

КРАТКИЕ НАУЧНЫЕ СООБЩЕНИЯ

Ф. А. Херобян

К вопросу о псаммомах придаточных полостей носа

Менингеомы в большинстве случаев развиваются из внутренней поверхности твердой мозговой оболочки. Отличаясь своим медленным ростом, опухоли эти, постепенно развиваясь, с течением времени из незначительных размеров могут дойти до величины апельсина и еще более крупных размеров. Менингеомы никогда не инфильтрируют мозговую ткань, а развиваются экспансивно и своим постоянным давлением на упомянутую ткань вызывают ее атрофию. Они относятся к группе опухолей эндотелиом, возникающих также из лимфатических сосудов, сухожильных влагалищ, слизистых сумок и синовиальных оболочек сустава. Эндотелиомы и в особенности менингеомы имеют большую склонность к кальцинации. Соли кальция обыкновенно отлагаются в погибших или подвергшихся гиалиновому перерождению клетках, иногда в просветах опустевших и вновь гиалинизированных сосудов, располагаясь при этом в виде концентрических скоплений и напоминая песчинки или жемчужные зерна.

Указанные известковые отложения придают менингеоме весьма характерный зернистый вид; поэтому подобные опухоли, начиная еще с 1863 года, именуются псаммомами, а известковые скопления—псаммомными тельцами или зернами.

Помимо эндотелиом, псаммомные тельца могут отлагаться также в фибромах и фибросаркомах. Последние в этом случае называются псаммомными фибромами или фибросаркомами.

Надо отметить, что псаммомы вообще и особенно придаточных полостей носа встречаются довольно редко. В доступной нам отечественной литературе мы нашли всего 9 случаев псаммом придаточных полостей носа и глазницы.

Левкоева за 30 лет существования больницы имени Гельмгольца насчитывает только 3 случая псаммомы зрительного нерва и глазницы.

Канаваевский [1], в 1933 году описывая 1 случай псаммомы гайморовой и решетчатой полостей, отмечает, что этот случай является единственным за время существования ЛОР (ларинго-ото-ринологического) отделения Боткинской больницы.

В 1945 г. на заседании Казанского ото-рино-ларингологического общества Огнева [5] демонстрировала 1 случай псаммомы придаточных полостей. В 1946 году аналогичный случай описал Лихачевым [4]. В 1951 и 1952 гг. Симолин [6] и Шапиро [7] описали по одному случаю псаммомы лобных пазух и орбиты. В доступной нам иностранной лите-

ратуре [8] удалось найти один случай псаммомы гайморовой полости, описанный в 1931 г.

ЛОР клиника Ереванского медицинского института за время своего 12-летнего существования имела только один случай псаммомы лобной пазухи, который мы приводим ниже.

Таким образом, нам в настоящее время известно всего 10 случаев псаммомы, из коих 8 случаев были локализованы в лобной пазухе и клетках решетчатой кости, 2 случая в гайморовой полости и в клетках решетчатой кости. По возрасту эти случаи распределяются так: от 10 до 20 лет—7 случаев, от 30 до 33—3 случая.

По описанию почти всех авторов, псаммома имеет зернистое строение и по внешнему виду напоминает селедочную икру, а иногда и губчатое костное вещество. Она бывает белесоватого или светлорозового цвета, на ощупь мягкая, местами ощущается зернистая неровность. При операции легко удаляется ложкой.

Возникая в какой-либо полости, опухоль эта постепенно заполняет ее, давит на стенки полости и вызывает их атрофию, иногда же разрушает стенки и прорастает в соседние ткани и органы.

Локализуясь обыкновенно в лобно-решетчатых пазухах, псаммома производит давление на соответствующую стенку глазницы, смещая эту стенку вниз и кнаружи, в результате чего вызывается в той или иной степени выраженный экзофтальм.

Микроскопическое исследование опухоли обнаруживает псаммоматозные тельца, которые бывают беспорядочно разбросаны в массе основной опухоли.

Во всех приведенных выше случаях диагноз псаммомы установлен на основании пато-гистологического исследования.

Переходим к описанию нашего случая.

Больная А. Б., 20 лет, поступила в ЛОР клинику 11 апреля 1949 г. с жалобами на опухоль левой надбровной области, чувства давления в левом глазу, экзофтальм, быструю утомляемость и диплопию этого глаза.

12 лет назад, в верхнемедиальном углу левого глаза возникла маленькая опухоль, которая медленно росла и увеличивалась. Вначале появились сильные головные боли, которые больная лечила консервативными средствами. С течением времени эти боли постепенно стихли и исчезли; опухоль же продолжала все расти и давить на глазное яблоко.

В прошлом больная перенесла корь и малярию. Сифилис и туберкулез отрицает. В раннем детстве она получила ушиб камнем в левую половину лба.

Объективное исследование: в области верхне-медиального угла левой глазницы имеется шаровидной формы плотная опухоль, величиною з грецкий орех. Кожа над ней не изменена, нормального цвета и подвижна. Глазное яблоко смещено вниз и кнаружи. Глазная щель несколько расширена. Движения глаза кнаружи и вниз совершаются свободно, но внутри они вызывают неприятные ощущения. Глазное дно не изменено, визус=1.

Передняя риноскопия показала, что носовые ходы свободны, слизистая розового цвета. Средняя раковина слева несколько увеличена и покрыта беловато-серым налетом. Органы слуха, глотки и горла в норме. Со стороны крови и мочи особых патологических отклонений от нормы не отмечается. Реакция Вассермана отрицательна.

Диафаноскопия. Левая лобная пазуха целиком и левая половина правой пазухи просвечиваются плохо. Гайморовые полости с обеих сторон просвечиваются со средней интенсивностью.

16 апреля произведено рентгенологическое исследование. На произведенных в разных проекциях снимках черепа в левой лобно-решетчатой области обнаружена опухоль величиной в 4×5 см, дающая неравномерное, средней интенсивности, затемнение с четкими волнистыми контурами (см. рис. 1).



Рис. 1. На снимке определяется с очерченными контурами тень опухоли в левой лобной пазухе, переходящая в клетки решетчатого лабиринта.

Верхнедвигательная стенка глазницы отнесена опухолью кнутри. На косых снимках черепа видно, что опухоль распространяется на передние и средние клетки решетчатой кости. Срединная стенка лобных пазух в средней своей части смещена вправо и заполняет часть правой пазухи.

Четко очерченные, ровные и округлые контуры опухоли, сравнительно более интенсивное затемнение и распространенность ее говорили об остеоме. Однако неравномерность затемнения и отсутствие свойственной костным опухолям плотной массы отрицали наличие остеомы и решили вопрос в пользу менингеомы.

Рентгенологически диагностика дифференцировалась между остеомой и менингеомой.

На следующий день после рентгенографии была произведена пробная пункция лобной пазухи, и из свободного пространства, оставшегося вокруг опухоли, извлечено 20 см<sup>3</sup> чистой крови. На этом основании рентгенологический диагноз был решен в пользу менингеомы.

Вопрос о рентгендиагностике менингеомы придаточных полостей в литературе еще недостаточно освещен. Копылов [2] в своей монографии «Основы нейрохирургической рентгенодиагностики» для прочей локализации менингиом (как, например, в своде черепа, на его основании, в височной области и т. д.) считает характерным наличие ряда неярких рентгенологических симптомов, которые обуславливаются коренными изменениями, вызванными продолжительным давлением опухолью. Из этих симптомов можно отметить: 1) гиперостоз кости, который является как реакция от продолжительного давления опухолью или же в результате клеточной инфильтрации; 2) конвергенция сосудов, обуславливаемая богатой развитой сетью кровеносных сосудов, развивающихся обыкновенно вокруг менингиом и радиально внедряющихся в ткань опухоли, напоминая голову медузы; 3) деструкция кости, когда появляется множество мелких костных дефектов, местами чередующихся с более интенсивно затемненными участками, в результате чего получается своеобразный крупноклеточный «рябоватый» рисунок.

В нашем случае, благодаря естественному контрасту лобной пазухи, на рентгенограмме была выражена сама опухоль. Вышеприведенные неяркие рентгенологические симптомы отсутствовали.

7.V.49 г. больная была оперирована.

После предварительной перевязки левой наружной сонной артерии сделан обычный разрез в левой надбровной области. После отсепаровки мягких тканей острой ложкой легко была удалена истонченная передняя стенка лобной пазухи, на которой обнаружена беловато-розовая окраска, по наружному виду похожая на губчатое костное вещество—опухоль, которая без особых трудностей выскоблена. При попытке удалить также содержимое соседней пазухи началось бурное кровотечение, состояние больной резко ухудшилось, вследствие чего пришлось прекратить операцию, не докончив ее. Рана была туго тампонирована.

Куски удаленной опухоли имели зернистое строение, по виду напоминали селедочную икру. При прощупывании они легко уплощались под пальцами и распадались, местами оставались хрящевой консистенции комочки.

Пато-гистологическое исследование опухоли обнаружило богатый кровеносными сосудами слой эндотелиальных клеток, расположенных в виде сети. Далее попадались разной формы и величины многочисленные глянцевито перерожденные тельца, которые местами представляли собою скопления эндотелиальных клеток. На некоторых препаратах на отдельных участках поля зрения видны были известковые скопления. Пато-гистологический диагноз—менингиома-псаммома (рис. 2).

В послеоперационный период особых осложнений не наблюдалось, если не считать малярийных приступов, которые сильно ослабили боль-

нуч. Кровотечения не было. Рана зажила вторичным натяжением, оставив на лбу глубоковтянутый обезображивающий рубец, по поводу которого через 4 месяца больная вновь поступила в ЛОР клинику. Тогда была произведена косметическая операция удаления рубца, и одновременно взят кусок из лобной пазухи, пато-гистологическое исследование которого никаких элементов опухоли не выявило.

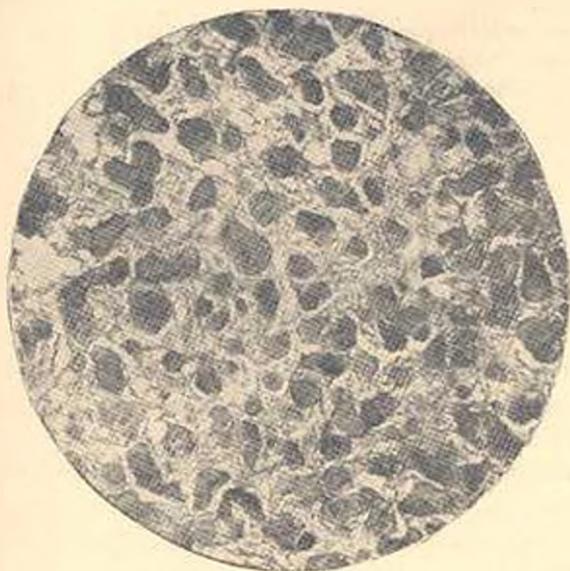


Рис. 2. На микрофотограмме определяются участки обызвествления—псаммомные тельца.

Самочувствие больной в настоящее время хорошее. Никаких жалоб она не имеет и очень довольна результатами двух произведенных операций.

Таким образом, как видно из описаний данного случая, предполагаемый рентгенологический диагноз менингиомы в дальнейшем подтвердился; пато-гистологическое исследование выявило псаммому, которая, как известно, диагностируется только на основании этого вида исследования.

Вышеизложенное даст нам основание сделать следующее заключение:

1) Псаммома придаточных полостей носа является редким заболеванием.

2) Рентгенологическая диагностика псаммозы придаточных полостей носа пока еще не разработана и сводится только к распознаванию менингиом.

3) Псаммозы придаточных полостей макро- и микроскопически определяются лишь на основании известковой зернистости, весьма характерной для данной опухоли.

Л И Т Е Р А Т У Р А

1. Канаевский В. Л.—Журнал ушных, горловых, носовых болезней, том XIII, 2, стр. 239—241, 1936.
2. Копылов М. Б.—Основы нейрохирургической рентгенодиагностики, 1940.
3. Левкозова Э. Ф.—Архив офтальмологии, том VII, 6—7, стр. 793—802, 1930.
4. Лихачев А. Г.—Вестник ото-рино-ларингологии, 3, стр. 80—82, 194 .
5. Огнева Н. Я.—Сборник научных докладов Казанского ото-рино-ларингологического общества, Казань, 1946.
6. Симолин В. А.—Вестник ото-рино-ларинг., 6, стр. 76—77, 1951.
7. Шапуров М. Я.—Вестник ото-рино-ларинг., 2, стр. 81—82, 1952.
8. Shahen Nassan Bey—The Journal of Laryngology and Otology, February, 1931.

Ֆ. Ա. Խերոբյան

ՔՔԻ ՀԱՎԵԼՅԱԼ ԽՈՒՈՂՆԵՐԻ ՊՍԱՄՄՈՄԱՅԻ ՀԱՐՑԻ ՇՈՒՐՁԸ

Ա Մ Փ Ո Փ Ո Ւ Մ

ՔՔԻ հավելյալ խոռոչները հազվագյուտ են ախտահարվում այն հիվանդությունք, որը պատկանում է ուսուցքներից մենինգիտենդոթելիոմանների շարքին. հսկում սննի կրային կազմափոխությունների ենթարկվելու և կոչվում է պսամմոմա: Գրականությունից մեզ հայտնի է այդպիսի 9 դեպք:

Երևանի քիթ-կոկորդ, ականջ կլինիկայի 12-ամյա գոյություն ընթացքում հանգիպել է ճակատային խոռոչների պսամմոմայի մեկ դեպք, որը մենք նկարագրում ենք:

Հիվանդությունը վերաբերվում է 20 տարեկան ազգկա, որը դանդաղում էր ձախ վերհոնրային շրջանի ուսածությունից, ակնադնդի արտափրումից և տեղաշարժից ու երկատությունից (դիպլոպիա). հիվանդությունը սկսված է 8 տարեկան հասակից, փոքրիկ ուսուցքով նկարագրված շրջանում, որը ժամանակի ընթացքում մեծանում է: Վաղ մանկական հասակում այդ շրջանում ստացել է բարի հարված, քիթ կողմից օբյեկտիվ փոփոխություններ չեն հայտնաբերված:

Ռենտգենյան նկարները ձախ ճակատ-մազոտկրային շրջանում կար 4—5 սմ մեծության ուսուցք, դիագնոզը աատանվում էր մենինգիոմայի և օստեոմայի (օստեոսմա) միջև. վիրահատումից պարզվեց, որ ձախ ճակատային խոռոչը, մասամբ նաև աջը՝ լցված էին ուսուցքային մասսայով, որը սննիք շատ ընդորշ սևաք. մանրաձկան ձկնկիրի նմանվող: Պաթոհիստոպոպիական դիագնոզն է մենինգիոմա-պսամմոմա:

Մանրթանայով գրականության հետ և սննիական դեպքի ուսումնասիրությունից ելնելով ցանկանում ենք նշել հետևյալը.

1. ՔՔԻ հավելյալ խոռոչների պսամմոման հազվագյուտ է.
2. Հավելյալ խոռոչների պսամմոմայի սննուպենոդիադնոստիկան դեռևս մշակված չէ և արտահայտվում է միայն մենինգիոմայի ճանաչմամբ.
3. Պսամմոմաներին մաիքոս և միկրոսկոպիորեն հատուկ է կրային բնորոշ հասակավորությունը: