

О.Н. БОРИСЕНКО, Ю.А. СУШКО, И.А. СРЕБНЯК,
А.Ю. МИНИНА, А.О. СКОРОХОДА

ЭКЗОСТОЗЫ ВНУТРЕННЕГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА КАК ПРИЧИНА ПРОГРЕССИРУЮЩЕЙ СЕНСОНЕВРАЛЬНОЙ ТУГОУХОСТИ

ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Колумийченко НАМН Украины»
(дир. – акад. НАМНУ Д.И. Заболотный)

Экзостозы слухового прохода вместе с остеомой являются доброкачественными новообразованиями костной ткани, которые зачастую путают между собой. Гистологические отличия этих образований впервые были описаны Graham в 1979 г. Несмотря на то, что экзостозы и остеомы довольно часто встречаются в наружном слуховом проходе (НСП), во внутреннем слуховом проходе (ВСП) эти образования обнаруживаются крайне редко. В медицинской литературе имеются описания 4 случаев экзостозов ВСП, 15 наблюдений односторонних остеом ВСП и 2 наблюдения двусторонних остеом ВСП (одно из них представлено как случайная радиологическая находка у пациента с черепно-мозговой травмой). В этой работе мы описываем наблюдение двусторонних экзостозов ВСП, приводим клиническую и рентгенологическую картину, а также обсуждаем возможные варианты лечения.

Больная Ф., 24 лет, обратилась с жалобами на внезапное снижение слуха на левое ухо. При этом снижение слуха на правое ухо её беспокоит более 15 лет. Пациентка не пользуется слуховыми аппаратами, однако в последние 2-3 года отмечает ухудшение восприятия и разборчивости речи. На аудиограмме определяется повышение порогов звуковосприятия на правое ухо на 70 дБ, на левое ухо – на 65 дБ с обрывом аудиометрической кривой на частоте 3 кГц с обеих сторон (рис. 1); 50 % разборчивость речи достигалась на уровне 105 дБ справа и 80 дБ – слева. 100 % разборчивость

речи не достигалась. Отоакустическая эмиссия регистрировалась с обеих сторон. При регистрации КСВП отмечено увеличение межпиковых интервалов I-III до 2,73 мс и I-V – до 6,72 мс, а также и латентности волн слева. На правом ухе зарегистрировать волну КСВП не удалось. На КТ височных костей с высоким разрешением в области медиального края ВСП выявлены экзостозы, перекрывающие просвет ВСП (рис. 2). После проведенного курса лечения удалось восстановить слух на левое ухо до исходного уровня (рис. 1, красная линия). Большой было предложено хирургическое вмешательство, от которого она отказалась. Пациентка консультировалась в клинике Гелиос (Эрфурт, Германия), где ей также была предложена операция.

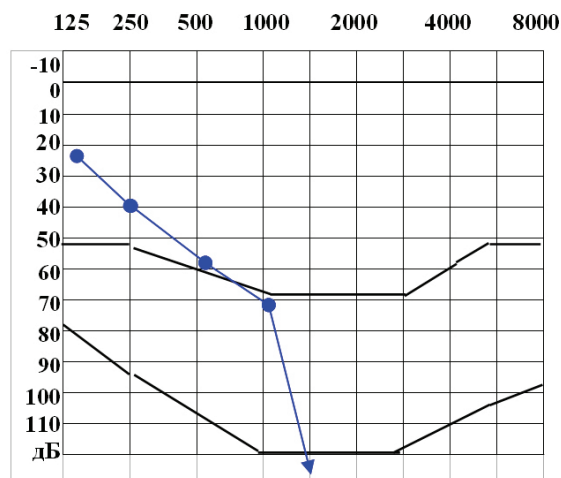


Рис. 1А

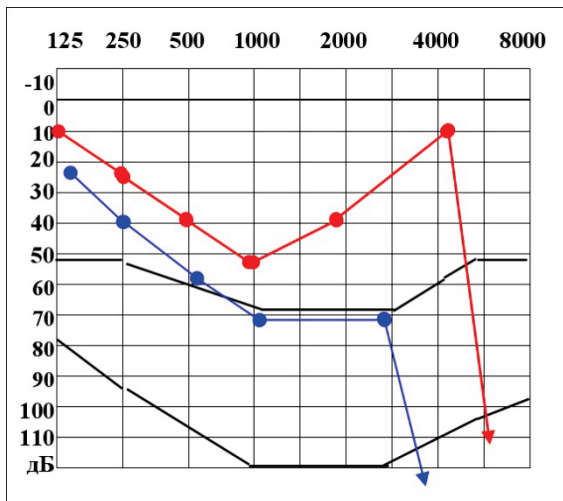
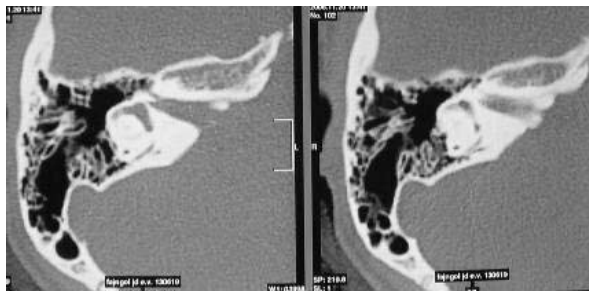
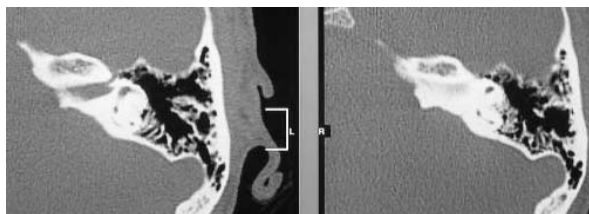


Рис. 1. Аудиограмма у больной Ф. Тональная пороговая кривая костнопроведенных звуков: А – правое ухо; Б – левое ухо (синяя кривая – до лечения; красная кривая – после лечения).



А



Б

Рис. 2. Высокоразрешающая компьютерная томограмма височных костей, аксиальная проекция, срезы на уровне внутренних слуховых проходов.

Дискуссия

Экзостозы являются довольно редкой патологией височной кости, однако, если они образуются в слуховом проходе, это может приводить к серьезным расстройствам. Причина образования экзостозов во ВСП до конца еще не известна. Экзостозы во ВСП без генерализованного поражения всей височной кости обнаруживаются крайне редко, и в литературе имеется всего лишь

несколько ссылок на указание возможной причины этого заболевания. Предполагается, что причиной образования экзостозов могут быть травма, раздражение, гормональные нарушения, воспаление и инфекция.

Обычно экзостозы растут медленно, и длительное время могут не увеличиваться в размерах. Учитывая темпы роста экзостозов, можно предположить, что имеется большое количество пациентов с этими образованиями, которые пока еще себя никак не проявляют. Определяются эти экзостозы, как правило, когда появляются нарушения слуха и вестибулярной функции при сдавлении сосудов и нервов во ВСП. Ушной шум не так часто встречается при этих образованиях, а нарушение функции лицевого нерва бывает крайне редко.

Graham отмечал, что экзостозы в НСП имеют широкое основание и микроскопически выглядят как концентрические параллельные слои субпериостальной (кортикальной) кости, содержащей в избытке остециты и фиброваскулярные каналы. В отличие от этого остеома имеет тонкую ножку и микроскопически содержит фиброваскулярные каналы, окруженные слоистой костной структурой с минимальным содержанием остецитов.

Как показывает опыт, большинство экзостозов ВСП не являются показанием к хирургическому вмешательству. Более того, они представляют значительные трудности для проведения биопсии. При отсутствии гистологического исследования ткани дифференциальный диагноз строится на основании радиологической характеристики образования во ВСП. Многие авторы считают, что провести грань между экзостозом и остеомой можно только на основании гистологического исследования. Вместе с тем ясная картина этих костных образований, которые четко вырисовываются при радиологическом исследовании, позволяет произвести это разделение. Рентгенологически экзостозы представляют собой образование с гладкими краями и широким основанием, которое выступает в просвет ВСП. Чаше экзостозы бывают множественными и двусторонними. Остеома же обычно является единственным образованием, которое имеет ножку и распо-

лагается в просвете ВСП. Остеома в отличие от экзостозов может содержать хорошо видимый рентгенологически костный мозг, который служит эквивалентом фиброваскулярных каналов, и обнаруживается при гистологическом исследовании.

Очень важно исследовать всю височную кость, чтобы исключить генерализованную патологию костной ткани, при которой может наблюдаться сужение ВСП, например при образовании таких костных наростов во ВСП, как остеома и экзостозы; при генерализованном разрастании костной ткани, приводящем к концентрическому стенозу ВСП, который встречается при фиброзной дисплазии, болезни Паджета, болезни Камурати-Энгельманна (прогрессирующая диафизарная дисплазия), остеопетрозите; при врожденных аномалиях, которые обычно сопровождаются аплазией VIII черепного нерва. В то же время менигиома в области ВСП может приводить к гиперостозу, утолщению кости и сужению просвета ВСП. Хондробластома каменистой части височной кости также может вызвать склеротическое утолщение кости.

Выбор метода лечения при экзостозах ВСП зависит, в первую очередь, от выраженности клинических проявлений заболевания, связанных с компрессией нервов. Наблюдение рекомендуется проводить в тех случаях, когда отсутствуют симптомы болезни. Пациенты с умеренно выраженными субъективными и/или объективными симптомами также могут находиться под наблюдением с регулярными периодическими обследованиями, которые включают выполнение аудиометрии и КТ височных костей. Лица, у которых имеется выраженная симптоматика в виде прогрессирующей сенсоневральной тугоухости или инвалиди-

зирующего головокружения, а также те, у которых существует риск развития полной окклюзии ВСП, требуют проведения хирургического вмешательства с целью удаления костных образований и декомпрессии нервов, что позволит предупредить наступление необратимых изменений. Несмотря на то, что экзостозы, как правило, являются множественными и двусторонними, операцию рекомендуется производить с одной стороны с удалением одного экзостоза, который представляет наибольшую угрозу. Для удаления экзостоза могут использоваться различные доступы: через среднюю черепную ямку, заднюю ямку или ретро-сигмоидный.

Были представлены обнадеживающие результаты хирургического вмешательства при экзостозах и остеомах ВСП с полным восстановлением нарушенных функций. Davis и соавторы (2000) представили обзор по результатам операции у 8 пациентов с остеомами ВСП, из которых у 3 с прогрессирующей сенсоневральной тугоухостью отмечалось улучшение слуха, у 5 исчезли головокружения и у 4 исчез шум в ухе. В большинстве случаев улучшение состояния больных происходило в течение первых 6 мес после операции.

Экзостозы ВСП представляют собой довольно редкую патологию, которая может приводить к прогрессирующей сенсоневральной тугоухости и глухоте, а иногда к инвалидизирующим головокружениям. Диагностика этого заболевания основывается на изучении данных высокоразрешающей компьютерной томографии височных костей. Наиболее эффективным лечением может быть хирургическое вмешательство на одной из стенок ВСП с целью декомпрессии черепных нервов.

1. Davis T.C., Thedinger B.A., Green G.M. Osteomas of the internal auditory canal: a report of two cases // Am. J. Otol. - 2000. - Vol. 21. - P. 852-856.

2. Graham M.D. Osteomas and exostoses of the external auditory canal. A clinical, histopathologic, and scanning electron microscopic study // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. - 1979. - Vol. 88. - P. 566-572.

Поступила в редакцию 19.01.12.