

ИНТРАОРБИТАЛЬНОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ ПИОМУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИ И КЛЕТОК РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

Н.В. Солодченко¹, К.А. Муртазалиев¹, Ж.М. Турапова²

¹Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева
(ректор – д.м.н., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Кыргызско-Российский Славянский университет (ректор – д.т.н., проф. Нифадьев В.И.),
г. Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: Длительно протекающие гнойные синуситы могут переходить в кистовидное растяжение соответствующей пазухи, которое, в свою очередь, может приводить к различным осложнениям, в том числе интракраниальным и интраорбитальным. В данной работе авторами приведен клинический случай пиомукоцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненного флебитом вен орбиты.

Ключевые слова: пиомукоцеле, флебит, экзофтальм, компьютерная томограмма.

ИНТРАОРБИТАЛДЫК КОШУМЧА ООРУСУНА АЛЫП КЕЛГЕН МАҢДАЙ КОҢУЛУНУН ЖАНА БАШТЫН КАЛБЫР СЫМАЛ ЛАБИРИНТИНИН КЛЕТКАЛАРЫН ПИОМУКОЦЕЛЕСИ

Н.В. Солодченко¹, К.А. Муртазалиев¹, Ж.М. Турапова²

¹И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
(ректор – м.и.д., проф. Кудайбергенова И.О.),

²Кыргыз-Россия Славян университети (ректор – т.и.д., проф. Нифадьев В.И.),
Бишкек ш., Кыргыз Республикасы

Корутунду: Узак созулган ириндүү синуситтер тийиштүү коңулдун киста сыяктуу чоюлуп калышына алып келиши мүмкүн, бул нерсе, өз кезегинде, ар кандай кошумча ооруларга алып келиши мүмкүн, ошондой эле интракраниалдык жана интраорбиталдыктарга. Бул эмгекте авторлор интраорбиталдык кошумча оорусуна алып келген маңдай коңулунун жана баштын калбыр сымал лабиринтинин клеткаларын пиомукоцелесинин клиникалык окуясын көрсөтүшөт.

Негизги создор: пиомукоцеле, флебит, экзофтальм, компьютер томограммасы.

FRONTAL AND ETHMOID SINUSES PYOMUCOCELE WITH INTRAORBITAL COMPLICATION

N.V. Solodchenko¹, K.A. Murtazaliev¹, Zh.M. Turapova²

¹Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev
(rector – Ph.D., Prof. Kudaibergenova I.O.)

²Kyrgyz Russian Slavic University (rector – Ph.D., Prof. Nifadiev V.I.)
Bishkek, the Kyrgyz Republic

Summary: Long-lasting purulent sinusitis can turn into cystic extensions of the corresponding sinus, which, in turn, can lead to various complications, including intracranial and intraorbital ones. In this article the authors present a clinical case of the frontal and ethmoid sinuses pyomucocele complicated by phlebitis of the orbit veins.

Key words: pyomucocele, phlebitis, exophthalmos, computed tomography.

Кистовидные растяжения околоносовых пазух относятся к числу редких заболеваний. При этом патологическом процессе происходит

растяжение пазух за счет скопления в них мукозного, гнойного или воздушного содержимого вследствие нарушения их сообщения с полостью носа. В зависимости

от характера содержимого различают: мукоцеле, когда пазуха заполнена слизистым содержимым; пиоцеле - гнойным содержимым; пневмоцеле – воздухом [1, 2].

В настоящее время благодаря современным методам лучевой диагностики, в частности мультиспиральной компьютерной томографии улучшилась выявляемость кистовидного растяжения пазух, тем не менее, в литературе появляются публикации о единичных наблюдениях заболевания [3].

Кистовидные растяжения пазух могут приводить к обезображиванию лица, образованию региональных субпериостальных абсцессов, экзофтальму, диплопии, компрессии зрительных нервов, потере остроты зрения, интракраниальным и интраорбитальным осложнениям [4]. Несмотря на достижения в разработке антибиотиков и методов диагностической визуализации, эти осложнения все еще возникают иногда и могут быть серьезными. Следовательно, требуется тщательная диагностика и своевременное лечение важно для предупреждения каких-либо осложнений.

Диагностика может проводиться на основе клинических исследований, но только уже при достижении больших размеров, а также более достоверных методов исследования: компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной (МР) визуализации. КТ используется для определения региональной анатомии и степени поражения, в частности, костной эрозии и внутричерепного распространения. МР-томография полезна для дифференциации с новообразованиями посредством усиления контраста [5, 6].

Лечение кистовидных растяжений только хирургическое, направленное на восстановление дренирования пазухи, и подход может быть либо с помощью обычных методов (транскраниально и трансептально), либо с помощью назальной эндоскопии [6, 7, 8]. Но при наличии в пазухе деструкции кости или каких-либо осложнений до сегодняшнего дня основным способом хирургического лечения является наружное вскрытие пораженной пазухи с удалением патологического содержимого

и слизистой оболочки и созданием широкого сообщения с полостью носа. Основной целью такого метода является полное удаление как патологического очага, так и слизистой оболочки, что предотвращает рецидив заболевания [8].

Приводим клинический случай пиомукоцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненной флебитом вен орбиты.

Больной К., 25 лет (ист.бол. №8463/667) поступил в ЛОР-отделение Национального Гоститалья при МЗКР с жалобами на выраженную головную боль, усиливающаяся при наклоне головы вперед, слизисто-гнойные выделения из носа, заложенность носа, общую слабость, тошноту, припухлость верхнего и нижнего век слева.

Из анамнеза: со слов больного вышеуказанные жалобы беспокоили около 7 дней, связывал с простудой. Занимался самолечением, без эффекта. Принимал обезболивающие средства, пероральные антибиотики. Обратился в ЛОР отделение НИГ МЗКР, было назначено лечение, но назначенное лечение больной не принимал, утром на следующий день появилась припухлость левого века, было 2-3 эпизода рвоты. Был госпитализирован в экстренном порядке для дальнейшего обследования и лечения.

Локальный статус: При внешнем осмотре отмечался отек и гиперемия верхнего века слева (рис.1), глазная щель была сужена, движение глазных яблок не нарушено. При пальпации передней стенки левой гайморовой и лобной пазухи отмечалась болезненность. При передней риноскопии слизистая полости носа отечна, гиперемирована, в носовых ходах слизисто-гнойное отделяемое, носовое дыхание затруднено слева.

На рентгенограмме придаточных пазух носа – данные за понижение прозрачности клеток решетчатого лабиринта с обеих сторон и неравномерное понижение пневматизации лобных пазух.

В первый же день госпитализации больной осмотрен окулистом - глазное дно артерии расширены, вены сужены.



Рис. 1. Больной К. до лечения

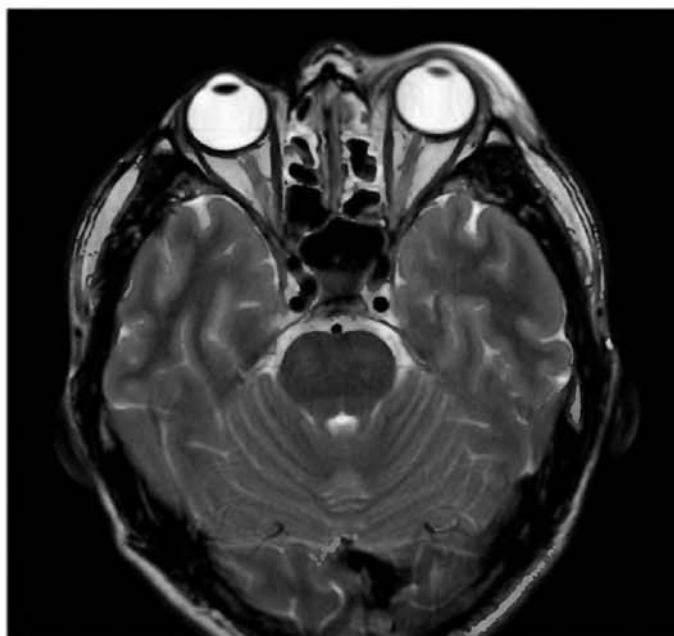


Рис. 2. МРТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости

МРТ-ангиография сосудов головного мозга (рис.2) - данных за патологию артерии и вен головного мозга не получено. Слизистая оболочка левой гайморовой, лобной пазух, ячеек решетчатого лабиринта неравномерно утолщена.

Под общим интубационным наркозом в экстренном порядке была произведена операция: «Фронтотомия со вскрытием клеток решетчатого лабиринта с формированием лобно-носового соустья». В последующем пациент направлен на проведение КТ ППН.

КТ придаточных пазух носа (рис.3-4): В режиме визуализации мягкотканых структур имеется наличие неравномерного утолщения,

отека и инфильтрации мягких тканей лобной области, а также проекции надпереносья. Задняя стенка лобной пазухи, а также ее передняя стенка справа без признаков структурной патологии. Пневматизация ее значительно снижена за счет наличия в правой и левой ее половинах явления неравномерного утолщения слизистой. В правой половине лобной пазухи визуализируется умеренный объем жидкостного компонента, до 3,3 мм толщиной с горизонтальным уровнем. плотностные показатели которого составляют +33 - +40 ед.Н. Большинство камер левой половины решетчатой пазухи, а также передних камер ее правой половины с

наличием значительного утолщения слизистой. Основная пазуха представлена асимметричным двухкамерным ее вариантом, пневматизирована, левая половина имеет большие размеры. По передней стенке левой половины основной пазухи, имеется умеренное неравномерное утолщение слизистой до 1,8-3 мм. В нижнем этаже обеих верхнечелюстных пазух, больше слева, отмечается

неравномерное, подушковидное утолщение слизистой от 1,6 до 5 мм.

Левое глазное яблоко умеренно смещено в переднем направлении (в сравнении с контрлатеральной стороной) на величину до 5 мм (проявление экзофтальма). Параорбитальная жировая клетчатка в переднем, верхнем ее отделе умеренно, неравномерно уплотнена.

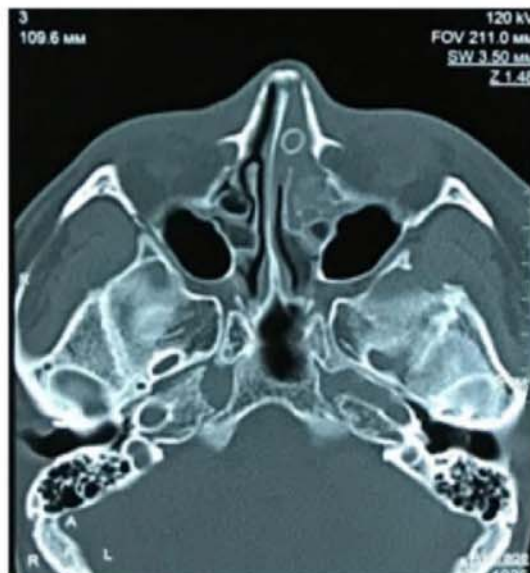


Рис. 3. КТ-срез, выполненный в аксиальной плоскости на уровне клеток решетчатого лабиринта.



Рис. 4. КТ-срез, выполненный в коронарной плоскости на уровне средних отделов полости носа

Заключение: РКТ-данные соответствуют признакам состояния после перенесенного оперативного вмешательства, фронтита, хронических двустороннего гайморита, сфеноидита, этмоидита. Умеренное явление экзофтальма слева.

Оптическое когерентное томографическое исследование: Застойные явления в зрительном нерве левого глаза.

Микробиологическое исследование промывных вод и гноя из раны: - *Staphylococcus aureus* - 10^6 (обильный рост), *Pseudomonas Auregeneza* - 10^6 (обильный рост).

Результат патогистологического исследования № 34972-3: фиброзная ткань с кровоизлияниями, некрозами гнойным воспалением.

Клинический диагноз: Пиомucoцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, осложненная флебитом вен орбиты.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Производились ежедневные перевязки. Проведена антибактериальная (согласно результатам бактериологического посева), десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

На 21-ый день с рекомендациями больной выписан из отделения в удовлетворительном состоянии.

Таким образом, в данной статье мы приводим редкий клинический случай кистовидного растяжения лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта, клиническая картина которого длительное время оставалась неявной, пока не появилось интраорбитальное осложнение, в частности флебит вен орбиты. Такие лучевые методы исследования, как КТ и МРТ, имеют большое значение при постановке диагноза и выборе оптимальной тактики лечения. При пиомucoцеле пазухи при наличии интраорбитальных осложнений наиболее оптимальным методом лечения остается наружное вскрытие пазухи с целью полного удаления патологического содержимого и ревизии пазухи с формированием носолобного соустья для дренирования пазухи.

Литература

1. Алексеев, А.В. Совершенствование диагностики и хирургического лечения кистовидного растяжения околоносовых пазух: дис. канд. мед. наук : 14.00.04 / Алексеев А.В.; Курский гос.мед.ун-т. – Курск: Б.и., 2007. – 139 с.

2. Sushil, K.A. Frontal sinus mucocoele with orbital complications: Management by varied surgical approaches / K.A. Sushil, B. Kranti, K. Amit, K. Raj, S. Arun // *Asian J Neurosurg.* – 2012. – Vol. 7(3). – P. 135–140.

3. Иванов, В.П. Гигантское мукоцеле лобных пазух и решетчатого лабиринта / В.П. Иванов // *Рос. ринология.* – 2001. – № 1. – С. 26 – 27.

4. Muneer, A. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucocoeles / A. Muneer, N.S. Jones // *J Laryngol. Otol.* – 1997. – Vol. 111. – P. 644–646.

5. Пискунов, Г.З. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов – 3-е изд., доп. – Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. – 750 с.

6. Насыров, В.А. Пиоцеле лобной пазухи / В.А. Насыров, Ж.С. Сулайманов, Ж.М. Турапова // *Международный студенческий научный вестник.* – 2018. – №1. – С. 20.

7. Cavazza, S. Two anomalous localizations of mucocoele: clinical presentation and retrospective review / S. Cavazza, C. Bocciolini, P. Laudadio, et al. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* – 2007. – Vol. 27. – P. 208–211.

8. Насыров, В.А. Пиоцеле решетчатого лабиринта (случай из практики) / В.А. Насыров, Г.О. Миненков, Ж.М. Турапова // *Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований.* – 2018. – №11/2. – С. 300–304.