

УДК 617.741-004.1
ГРНТИ 76.29.56
БАК 14.00.08

ЭНДОАЗАЛЬНОЕ ВСКРЫТИЕ МУКОЦЕЛЕ ОРБИТЫ

© С. А. Карпищенко¹, Н. Ю. Кузнецова²

¹ Кафедра оториноларингологии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

² Кафедра офтальмологии с клиникой СПбГМУ им. академика И. П. Павлова, Санкт-Петербург

✧ **Ключевые слова:** мукоцеле глазницы, эндоскопическая хирургия, бумажная пластинка.

ВВЕДЕНИЕ

Мукоцеле («слизистая опухоль») орбиты развивается в результате закупорки естественного соустья или всего выводного протока придаточной пазухи носа, где скапливается слизь. Эластичная, обычно тонкая, капсула образования формируется из хронически воспаленной слизистой оболочки придаточной полости и превращается в замкнутый мешок — своеобразную ретенционную кисту. Мукоцеле постепенно увеличивается в размерах и, когда перестает помещаться в пазухе, может оказывать давление на костные стенки орбиты, истончая и даже разрушая их.

Такой вариант течения заболевания, по данным исследователей [3], чаще всего (в 40%) случаев обусловлен сочетанной патологией лобных и решетчатых пазух или изолированным поражением решетчатых клеток или лобных пазух (по 20%); реже — клиновидной (13,3%) или верхнечелюстной (6,7%) пазух.

Через образовавшийся в кости дефект киста проникает в орбиту. С этого времени начинаются клинические проявления мукоцеле, которые заставляют пациента обращаться к офтальмологу.

При обследовании определяется нарушение положения глазного яблока в орбите. Киста локализуется главным образом в верхневисочном отделе глазницы, экзофтальм, смещение кнаружи, книзу или кверху; что, как правило, сопровождается бинокулярным двоением [1]. Пальпация может выявить связанное с орбитальной стенкой гладкое эластичное тонкостенное образование в глазнице. Оно не пульсирует, не меняется в объеме при дыхании, натуживании и пр.

Рентгенологически можно выявить просветления и эрозии костей, обусловленные мукоцеле, для оценки анатомических особенностей и распространенности поражения необходима компьютерная томография.

Следует отметить, что в раннем детском возрасте мукоцеле не встречается из-за того, что примерно до 10 лет околоносовые пазухи еще не сформированы полностью.

Дифференцировать мукоцеле орбиты нужно с мозговой грыжей, дермоидной кистой, остеомой лобной пазухи, эктазией слезного мешка.

Мозговая грыжа — врожденное состояние. Наблюдается с раннего детского возраста. Характерна передача пульсаций мозга на ткани глазницы. Объем образования меняется при натуживании, сморкании, дыхании. При надавливании на грыжу могут возникать церебральные симптомы. На рентгенограммах определяется четко очерченный дефект в лобной или решетчатой кости, а в боковой проекции виден нависающий край кости («козырек»).

Дермоидная киста — также врожденное состояние, возникающее как порок развития в результате отщепления отдельных участков эктодермы. Структура стенок дермоидных кист соответствует структуре кожи. Они содержат волосные фолликулы, сосуды и т. д. Консистенция кист — мягкоэластичная; стенка более толстая.

При остеоме лобной пазухи определяется плотное, практически костной консистенции, грубобугристое образование. Рентгенологически определяется интенсивная четко очерченная тень.

Эктазированный слезный мешок располагается в области внутренней связки век, иногда можно получить отделяемое из слезных точек, надавливая на область слезного мешка. У больных при данной патологии имеются жалобы на слезотечение и анамнез указывающий на нарушение слезоотведения.

Этиологическими факторами для развития мукоцеле орбиты чаще всего являются травмы, даже незначительные [2], нарушающие целостность костных структур околоносовых пазух; реже — аномалии развития этих пазух, воспалительные заболевания и полипы полости носа [3, 4].

Основное лечение мукоцеле орбиты — хирургическое. Целью операции является удаление мукоцеле и восстановление сообщения пазухи с полостью носа.

В настоящей работе мы представляем основные этапы истории болезни пациентки Г., 56 лет, с довольно редким повреждением «бумажной пластинки» решетчатой кости, которое привело к развитию мукоцеле глазницы. Данный клинический случай, на наш взгляд, представляет несомненный интерес для офтальмологов.



Рис. 1. Общий вид больной

Больная поступила в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 06.12.2005 г. с жалобами на боли в области левой глазницы, незначительную заложенность носа, постоянное образование в полости носа гнойных корок, наличие отделяемого из свищей в полости глазницы.

Из анамнеза известно, что по поводу врожденной гемангиомы левой половины лица пациентка дважды (в семимесячном и в одиннадцатимесячном возрасте) получала лучевую терапию. В течение многих лет острота зрения левого глаза была низкая и к 17 годам составляла 0,02, не корректировалась стеклами. В 1991 году больная была прооперирована по поводу узловатого нетоксического зоба.

В 2000 году ей была выполнена радикальная секторальная резекция левой молочной железы по поводу инфильтративной протоковой опухоли низкой степени злокачественности, в связи с чем проходила послеоперационный курс телегамматерапии (50 Гр), а с декабря 2001 по апрель 2004 года — 5 курсов полихимиотерапии.

В связи с ощущениями тяжести в левой орбите еще в 1990 году была сделана КТ черепа, которая выявила большую ликворную кисту в нижних отделах затылочной доли мозга, левой гемисферы мозжечка, соединяющейся с IV желудочком, и гидроцефалию боковых желудочков.

В начале 2001 года появилась резь в левом глазу и с конца 2001 года пациентка неоднократно лечилась в глазном отделении одного из стационаров города с диагнозом: краевая язва роговицы, вялотекущий увеит, осложненная катаракта левого глаза; лучевые рубцы кожи век и левой половины лица.

Левый глаз неоднократно оперирован (послойная кератопластика, эпикорнеальная аутоконъюнктивопластика — дважды; парацентез передней камеры; из-за прогрессирования язвы роговицы выполнена постоянная частичная блефароррафия). Острота зрения снизилась до неправильной проекции света. В сентябре 2002 года левое глазное яблоко удалили.

Через год (сентябрь 2003) сформировался абсцесс мягких тканей левой орбиты. По данным КТ, в латеральной части ее обнаружено образование неоднородной структуры (2,6 на 1,9 см). Костных изменений не обнаружено. Абсцесс был вскрыт. Через 2 месяца лечилась консервативно по поводу повторного гнойного воспаления тканей левой глазницы. Еще через 6 месяцев гнойный процесс в орбите обострился, на КТ выявлено, что орбита в основном выполнена гомогенным мягкотканым образованием. Костных повреждений по-прежнему не определялось. Придаточные пазухи носа были пневматизированы.

После проведения экзентерации левой глазницы, удаленное новообразование оказалось проявлением гранулематозного воспаления. Через 1,5 года КТ выявила воспалительные изменения мягких тканей орбиты, затенение ячеек решетчатой кости слева и частично справа. Костные стенки местами не прослеживались. Пневматизация верхнечелюстной и лобной пазух не была нарушена.

Данная больная была госпитализирована в клинику кафедры оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в удовлетворительном общем состоянии.

Местно: состояние после энуклеации левого глазного яблока, полость орбиты покрыта грубой рубцовой тканью бледно-розового цвета, на медиальной и нижней стенке глазницы имеются 3 свищевых хода, из которых поступает светло-желтая жидкость (рис. 1).

При передней риноскопии: слизистая оболочка слегка гиперемирована, не отечная, в области преддверья носа — небольшое количество гнойных корочек. Нижние носовые раковины не изменены. Средние носовые раковины гипертрофированы. Перегородка носа S-образно искривлена. Носовое дыхание удовлетворительное.

Задняя риноскопия, стоматофарингоскопия, непрямая ларингоскопия, отоскопия — без особенностей.

Выполнена спиральная компьютерная томография придаточных пазух носа в аксиальной и коронарной проекциях с последующей реконструкцией изображения (VR).

Определялось затенение левой гайморовой пазухи, за счет неравномерного утолщения слизистой оболочки, с наличием умеренного количества жидкостного компонента, соустье пазухи заблокировано. Полностью были затенены также клетки решетчатого лабиринта слева, медиальная стенка левой орбиты прослеживалась фрагментарно, с отчетливыми признаками остеонекроза. Нижняя стенка левой орбиты была сохранена. В левой орбите глазное яблоко отсутствовало, полость орбиты была выполнена неоднородным мягкотканым содержимым.

В правой гайморовой пазухе и клетках решетчатого лабиринта было отмечено умеренно выраженное пристеночное затенение. Костно-деструктивные изменения стенок пазух справа не выявлены. Пневматизация лобных и основных пазух не нарушена.

Умеренное утолщение костей лицевого черепа слева, вероятнее всего, постлучевого характера.

Заключение: КТ-признаки левостороннего гнойного воспалительного процесса в решетчатой кости слева и в левой орбите. Состояние после энуклеации левого глаза (рис. 2).

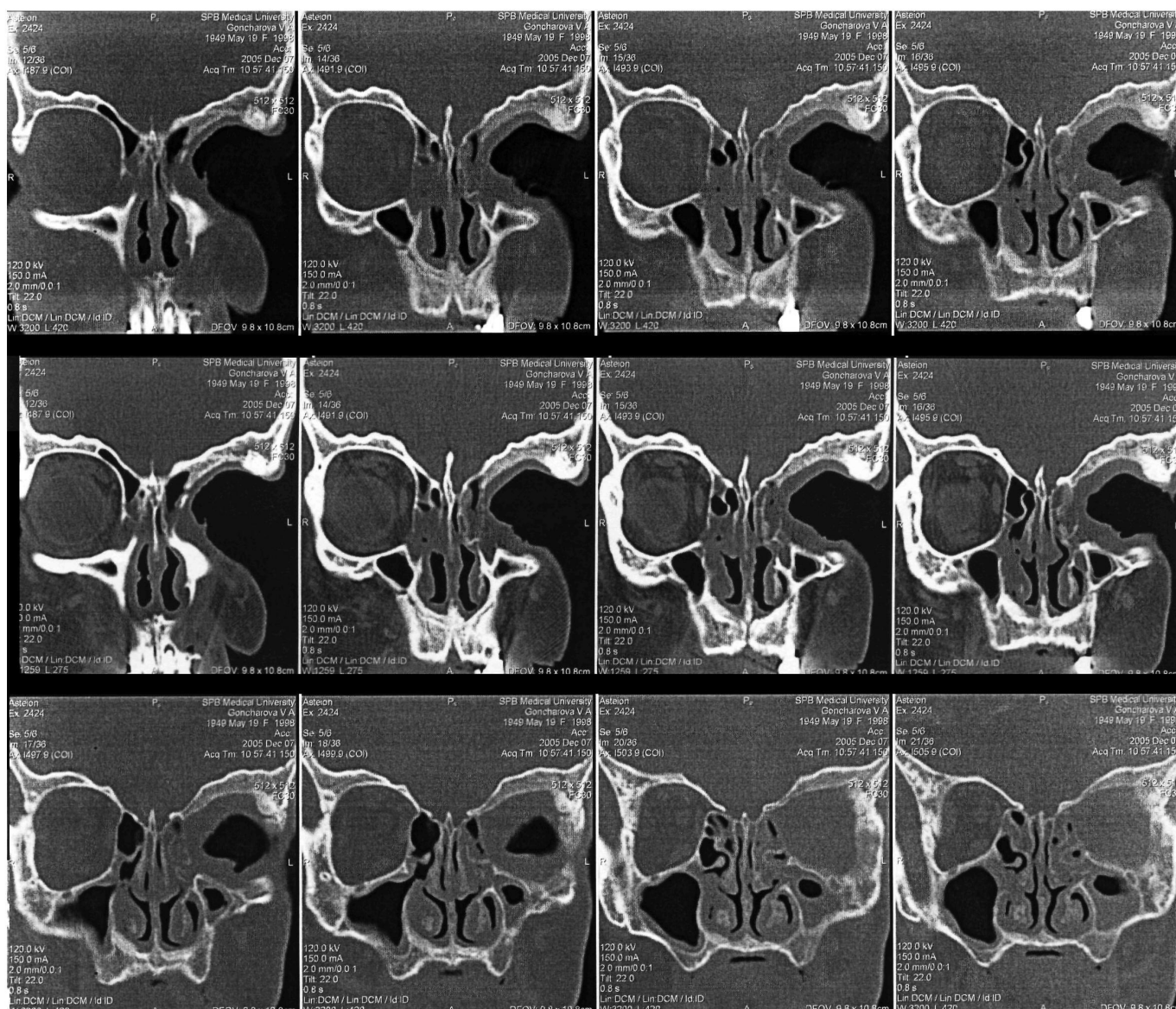


Рис. 2. Серия компьютерных томограмм больной: не прослеживается бумажная пластинка слева

09.12.2005 года в клинике оториноларингологии СПбГМУ им. академика И. П. Павлова было произведено эндоскопическое вскрытие клеток решетчатого лабиринта слева, вскрытие интраорбитального мукоцеле с наложением широкой риностомы. Под местной анестезией, произведен разрез слизистой оболочки носа, кпереди от крючковидного отростка. Крючковидный отросток мобилизован и удален. Истончена средняя носовая раковина. Вскрыты передние клетки решетчатого лабиринта. Отмечена выраженная гиперплазия слизистой оболочки (рис. 3, 4, 5, 6). Вскрыты задние клетки решетчатого лабиринта. Обнаружено поражение бумажной пластинки (lamina orbitalis), решетчатых костей и стенка образования, по типу мукоцеле (рис. 7). Полость образования вскрыта, в просвете оказалось большое количество густого слизистого секрета. Полость кисты распространяется до наружной стенки глазницы, это было видно при осмотре эндоскопом (70°) (рис. 8, 9, 10). В ходе операции после вскрытия мукоцеле отмечено запустевание свищей глазницы со стороны носа. Послеоперационный период протекал без осложнений

(рис.11). Больная отмечала исчезновение болей в области медиального угла глазницы, сохранялись болевые ощущения тупого характера в области латерального отдела глазницы. Риностома в послеоперационном периоде стойкая. Больная продолжает наблюдаться в клинике оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова (рис. 12).

ВЫВОДЫ

Необычность представленного наблюдения состоит в том, что компьютерная томография не выявляла объемного образования в орбите и мукоцеле явилось интраоперационной находкой. К развитию мукоцеле орбиты привели неоднократные вмешательства в глазнице, вызвавшие повреждения бумажной пластинки со стороны орбиты.

Не исключено, что предрасполагающим фактором к легкому повреждению бумажной пластинки была лучевая терапия этой части лица. Кроме



Рис. 3. Эндоскопическая картина левой половины носа до операции

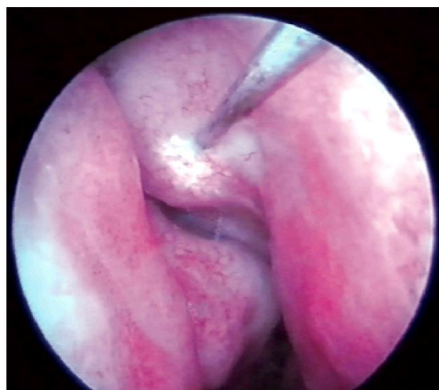


Рис. 4. Инфильтрационная анестезия

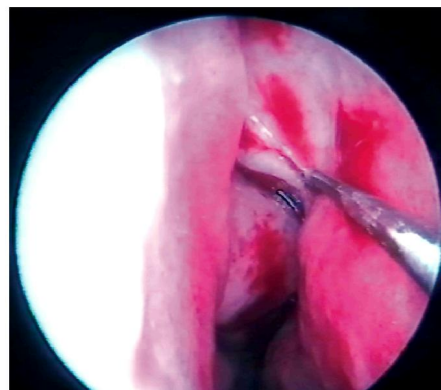


Рис. 5. Разрез кпереди от крючковидного отростка

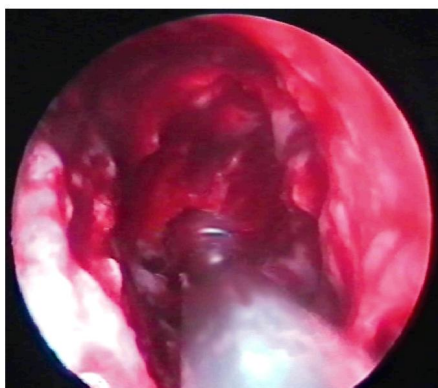


Рис. 6. Вскрыт решетчатый лабиринт

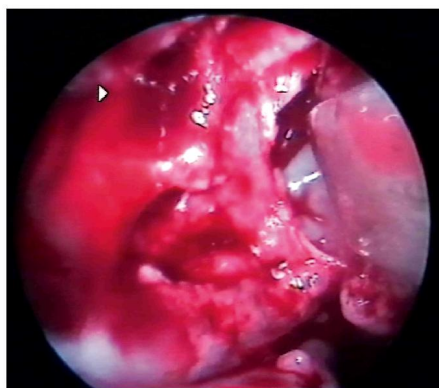


Рис. 7. Обнажена капсула мукоцеле

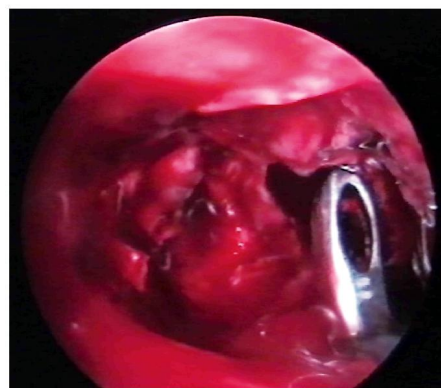


Рис. 8. Удаляется капсула мукоцеле



Рис. 9. Полость мукоцеле в дне глазницы

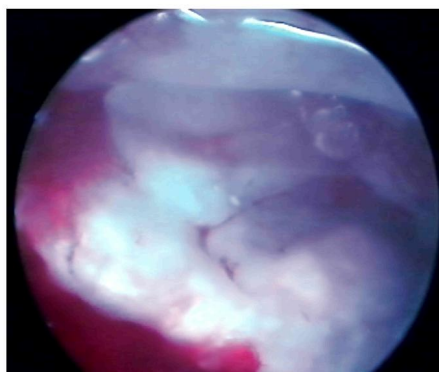


Рис. 10. Эндоскопическая картина в конце операции

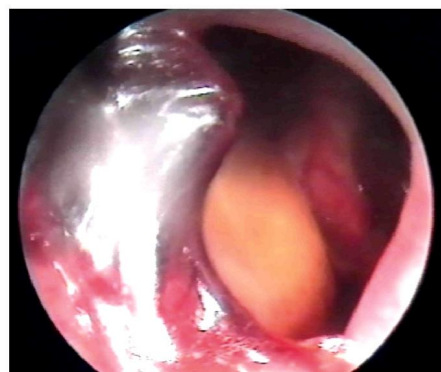


Рис. 11. Эндоскопическая картина через две недели после операции

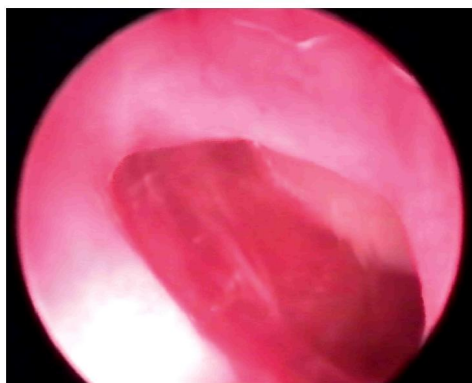


Рис. 12. Эндоскопическая картина через два месяца после операции

этого, представленное наблюдение позволяет считать функциональную эндоскопическую хирургию здесь более предпочтительной, чем наружный доступ, так как вмешательство обеспечило стойкое сообщение мукоцеле с полостью носа и таким образом — хороший функциональный результат.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Аветисов Э. С. Мукоцеле придаточного синуса. / Справочник по офтальмологии. — М: «Медицина», 1978 — 376 с
2. Asamoto S., Boker D. K., Lucke M. Intraorbital mucocele associated with old minor trauma — case report. // Neurol Med Chir (Tokyo). — 2003. — Vol. 43, N 8. — P. 383–385.

3. Wang T. J., Liao S. L., Jou J. R., Lin L. L. Clinical manifestations and management of orbital mucocoeles: the role of ophthalmologists. // Jpn. J. Ophthalmol. — 2005. — Vol. 49, N 3. — P. 239–245.
4. Weitzel E. K., Hollier L. H., Galzada G., Monolidis S. Single stage management of complex fronto — orbital mucocoeles. // Granofoe Surg. — 2002. — Vol. 13, N 6. — P. 739–745.

ENDONASAL DISSECTION OF ORBITAL MUCOCELE

Karpischenko S. A., Kuznetsova N. Yu.

✧ **Key words:** orbital mucocoele, endoscopic surgery, lamina papyracea.

Сведения об авторах:

Карпищенко Сергей Анатольевич, д. м. н., заведующий, кафедра оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6. корпус 6. E-mail: karpischenkos@mail.ru.

Кузнецова Наталия Юрьевна, к. м. н., доцент, кафедра офтальмологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197089, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6. корпус 16. E-mail: astakhov@spmu.rssi.ru.