

Выводы

Несмотря на достижения современной науки и технологических решений, в суровых климатических условиях Севера частота заболеваемости со стороны ЛОР-органов имеет четкую тенденцию к росту.

Проведение тщательного отбора больных, предоперационной и медикаментозной подготовки позволяет выполнить большой объем хирургических вмешательств в амбулаторных условиях (стационар одного дня).

Применение эндоскопической риносинусхирургии в комбинации CO₂-лазера и шейверной техники с управляемой гипотонией позволяет выполнять вмешательства амбулаторно, значительно повышая доступность оказания специализированной оториноларингологической помощи населению, при этом укорачиваются сроки нетрудоспособности и соответственно, снижаются затраты на лечение.

Полученные результаты свидетельствуют о медико-экономической эффективности современных малоинвазивных хирургических методик в амбулаторной практике и целесообразности их внедрения в практическое здравоохранение.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анестезия и оперативная оториноларингология в амбулаторных условиях / И. М. Алибеков [и др.] // Мат. 1-го Петербургского форума. – СПб.: Полифорум, 2012. – Т. 1. – С. 7–10.
2. Лопатин А. С. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа (руководство для практик. врачей). – М., 2011. – 2 с.
3. Пискунов Г. З. Современная амбулаторная хирургия в оториноларингологии (пособие для врачей). – М., 2007. – 7 с.
4. Эндоскопическая риносинусхирургия и управляемая гипотония в амбулаторных условиях / А.А. Чесноков [и др.] // Мат. XVIII съезда оториноларингологов России. – СПб., 2011. – Т. 3. – С. 307.

Алибеков Иманкарим Магомедович – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением городской поликлиники № 3, главный оториноларинголог г. Сургута. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14, тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru

Абдулкеримов Хийир Тагирович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Уральской ГМА. 620109, Екатеринбург, ул. Волгоградская, д. 189. тел.: 8-3432-400-476; 400-614, e-mail: abdulkerimov@mail.ru

Чесноков Анатолий Антонович – докт. мед. наук, профессор, зав. курсом оториноларингологии Сургутского ГУ. 628400, ХМАО-Югра, Тюменская обл., г. Сургут, ул. Энергетиков, д. 14; тел./факс: 8-3432-52-59-01; 52-58-87, e-mail: alibekovu@bk.ru

УДК 616.216.4-003.218

МУКОЦЕЛЕ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА

О. Е. Верещагина, А. С. Коношков

MUCOCELE OF ETHMOID CELLS

О. Е. Vereshchagina, A. S. Konoshkov

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

В статье рассмотрены некоторые вопросы этиологии и патогенеза возникновения мукоцеле придаточных пазух носа и, в частности, изолированного поражения задних клеток решетчатого лабиринта. Представлены диагностические возможности компьютерной томографии при решении вопроса объема и тактики лечения.

Ключевые слова: мукоцеле, решетчатый лабиринт, компьютерная томография, придаточные пазухи носа.

Библиография: 16 источников.

The article describes the etiology and pathogenesis of mukoccele sinuses, and in particular, an isolated lesion posterior ethmoidal labyrinth cells. Presents diagnostic possibilities of computer tomography in determining the scope and course of treatment.

Key words: mucoccele, ethmoid cells, computer tomography, paranasal sinuses.

Bibliography: 16 sources.



Кистоподобные образования околоносовых пазух, первые упоминания о которых появились в XVII веке, относились к числу редких заболеваний. При этом патологическом процессе происходит растяжение пазух за счет скопления в них гнойного, мукозного 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.

Первым опубликовал научные труды по кистоподобным образованиям в своей работе G. Killian в 1900 году [14]. В России кистовидным растяжениям околоносовых пазух были посвящены работы С. С. Головина [3], В. И. Воячека [2], Н. Д. Ходякова [11], Я. И. Альпина [1] и других авторов, сообщавших о единичных случаях.

А. Г. Лихачев в своей монографии «О кистовидном растяжении придаточных пазух носа» (1948) наиболее подробно рассмотрел и проанализировал клиническую картину, диагностику и хирургическое лечение кистоподобных образований, обобщил результаты лечения 45 больных, оперированных за 50 лет в ЛОР-клиниках [7]. Обращает внимание, отсутствие данных об изолированном поражении придаточных пазух носа, что можно связать с низким уровнем диагностики подобных процессов.

В последние десятилетия XX века, в связи с разработкой методов компьютерной диагностики, улучшилась выявляемость кистоподобных образований пазух, тем не менее в литературе появляются публикации лишь о единичных наблюдениях или обобщающих небольшое количество случаев заболевания [4–6, 8, 10].

Мукоцеле представляет собой доброкачественное кистоподобное локально-деструктивное поражение околоносовых пазух. Киста выстлана псевдобокаловидным или низким цилиндрическим эпителием, содержащим разрозненные бокаловидные клетки, и заполнена слизеподобным содержимым. Считают, что мукоцеле возникает как вторичное проявление обструкции соустьев околоносовых пазух. Причинами нарушения дренажа околоносовых пазух наиболее часто являются аномалия развития соустьев придаточных пазух носа, воспаление, рубцы, последствия травм, опухолей, экзостозы, высоко расположенное искривление перегородки носа, а также хроническая аллергия.

Кистовидное поражение пазух – длительно протекающее заболевание. Чаще всего мукоцеле образуется в лобной пазухе или же распространяется от передних клеток решетчатой кости, возможно, вследствие близкого расположения их соустьев. По литературным источникам, редкой локализацией изолированного мукоцеле

является клиновидная пазуха, а наиболее редко встречаемыми – задние отделы клеток решетчатой кости. Это заболевание развивается у людей разного возраста, причем частота его одинакова у мужчин и женщин и представителей разных рас. Симптомы заболевания возникают вследствие распространения мукоцеле и эрозии стенок костей. Наиболее часто эти кисты возникают у людей в возрасте до 40 лет. Согласно данным G. R. Nugent, 71% больных жалуются на головную боль [16]. Диплопию обнаружили у 30% больных, и она была вторичной по отношению к поражению III или VI пары черепно-мозговых нервов. Односторонний экзофтальм наблюдался у 1/3 больных. Патологический процесс может привести к обезображиванию лица, образованию региональных субпериостальных абсцессов, компрессии зрительных нервов, потере остроты зрения, выпадению полей зрения, интракраниальным и интраорбитальным осложнениям [7, 12, 15].

Важно дифференцировать изолированное мукоцеле придаточных пазух носа от злокачественного процесса, инородных тел, что существенно влияет на тактику ведения больного. В этом случае «золотым стандартом» в диагностике патологического процесса, такого как изолированное мукоцеле, является компьютерная томография, которая точно демонстрирует локализацию процесса, соотношение со смежными анатомическими структурами.

Лечение кистовидного изменения пазух на протяжении длительного времени заключалось в наружном вскрытии пораженного синуса с удалением патологического содержимого и слизистой оболочки, созданием широкого сообщения с полостью носа. В 1989 г. D. Kennedy предложил использовать для хирургического лечения эндоскопический эндоназальный подход [13]. В отечественной литературе также появились сообщения об использовании эндоскопического эндоназального подхода при лечении кистовидных поражений околоносовых пазух [6, 8–10]. Однако сообщений, обобщающих результаты лечения значительного числа больных с этой тяжелой клинической патологией, в доступной литературе нам обнаружить не удалось.

Представляем клинический случай. Больная К., 25 лет, поступила в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова с диагнозом кистоподобное образование задних клеток решетчатого лабиринта слева. Среди жалоб больная отмечала сильные головные боли в проекции виска слева, заложенность носа. Из анамнеза известно, что головные боли появились около года назад, причину возникновения которых было трудно выяснить. На компьютерной томограмме придаточных пазух носа выявлено изолированное затенение в задних клетках решетчатого

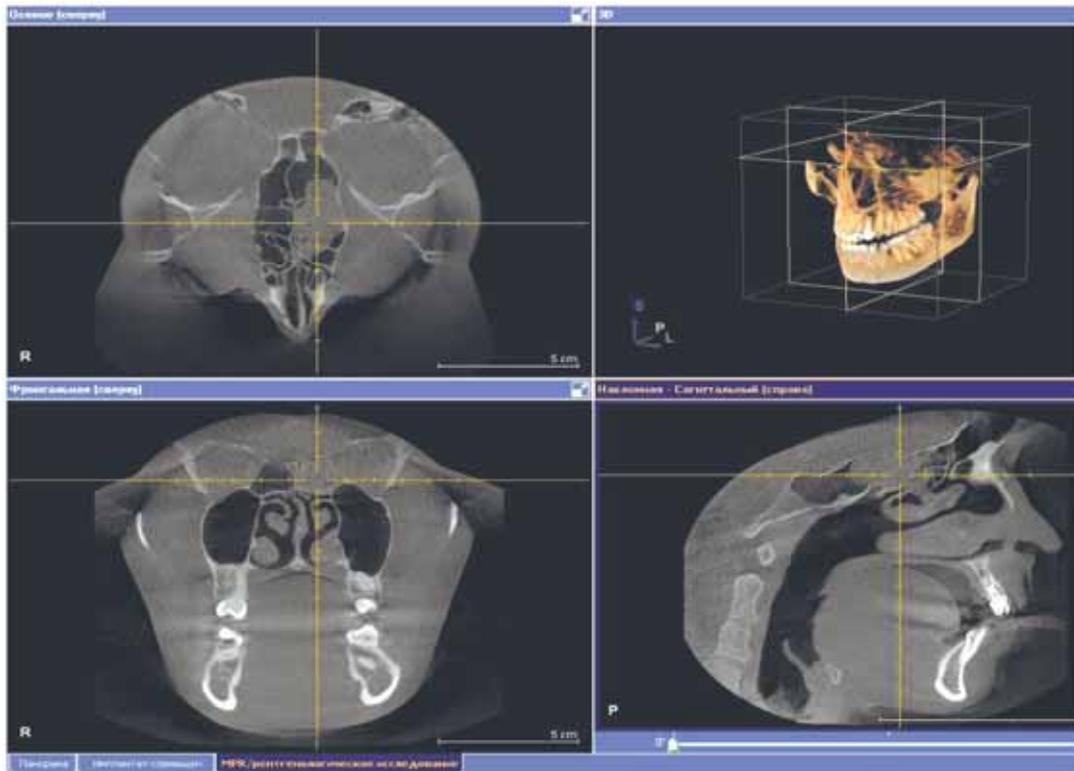


Рис. 1. На 3D-компьютерной томографии придаточных пазух носа представлено затенение задних клеток решетчатого лабиринта слева.

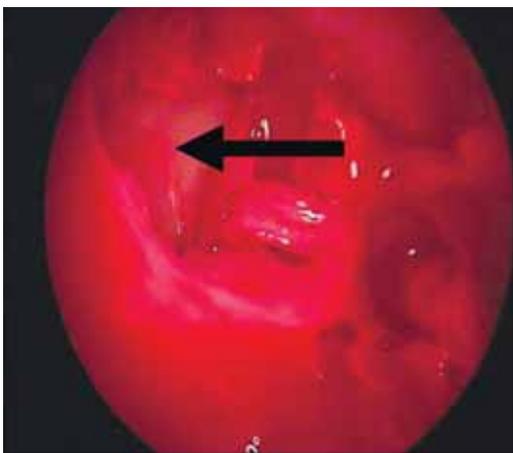


Рис. 2. Эндоскопическая картина мукоцеле задних клеток решетчатого лабиринта слева.



Рис. 3. Эндоскопическое изображение оболочек мукоцеле.

лабиринта слева (рис. 1), что с учетом онкологической настороженности позволяло предполагать наличие злокачественного процесса. При более подробном сборе анамнеза было выяснено, что год назад пациентка перенесла косметическую септоринопластику, о которой старалась не упоминать. В условиях наркоза под контролем 0-градусного ригидного эндоскопа проведена эндоскопическая этмоидотомия слева. Обнаружено в задних клетках решетчатого лабиринта слева

изолированное мукоцеле (рис. 2), оболочка образования была удалена (рис. 3), а густое мукозное содержимое аспирировано. В раннем послеоперационном периоде больная отметила улучшение общего состояния, отсутствие головных болей, восстановление носового дыхания. Этот клинический случай наглядно демонстрирует причину возникновения мукоцеле как результат травматично выполненной септоринопластики и является проявлением ятрогении.



Выводы

Точная постановка диагноза кистоподобного образования околоносовых пазух достигается выполнением компьютерной томографии в коронарной и аксиальной проекциях, что позволяет выявить не только пораженный синус, его размеры, состояние костных стенок, характер содержимого, но и взаимоотношение пораженной пазухи с окружающими ее органами и тканями.

При наличии кистовидного поражении околоносовых пазух эндоскопический эндоназальный подход дает возможность в типичных случаях широко вскрыть пораженный синус, исключить необходимость экстраназального подхода, добиться стойкого выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Альпин Я. И. К казуистике ruocele ethmoidalis // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1933. – № 10, 1–2. – С. 77.
2. Воячек В. И. Мукоцеле гайморовой полости // Вестн. ушн., нос. и горл. бол. – 1912. – С. 816.
3. Головин С. С. Mucosele labyrinthi ethmoidalis // Вестн. офтальмологии. – 1896. – С. 34.
4. Иванов В. П. Гигантское мукоцеле лобных пазух и решетчатого лабиринта // Рос. ринология. – 2001. – № 1. – С. 26–27.
5. Киселев А. С., Лушникова Т. А., Руденко Д. В. Патология глубоких околоносовых пазух в генезе зрительных нарушений // Новости оторинолар. и логопатол. – 1995. – № 3 (4). – С. 132.
6. Красножен В. Н., Мустафин Р. А., Покровская Е. М. Хирургическое лечение мукоцеле верхнечелюстной пазухи // Рос. ринология. – 2001. – № 3. – С. 43–44.
7. Лихачев А. Г. О кистозном растяжении придаточных пазух носа. – М., 1948. – 135 с.
8. Лопатин А. С., Капитанов Д. Н., Потапов А. А. Эндоскопическая диагностика и лечение назальной ликвореи // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 4. – С. 20–24.
9. Наш опыт эндоскопической ринохирургии / С. А. Карпищенко [и др.] // Ученые записки. – 2010. – Т. VII, № 3. – С. 9–15.
10. Пискунов Г. З. Рецидивирующий риносинусит: справ. поликлинического врача. – 2005. – № 3. – С. 57–60.
11. Ходяков Н. Д. К вопросу о развитии мукоцеле // Вестн. риол. – 1928. – № 2. – С. 5–12.
12. Hao S. P. Mucosele of the sphenoid sinus with acute blindness: report of a case // J. Formosan. Med. Ass. – 1994. – Vol. 93. – P. 519–521.
13. Endoscopic sinus surgery for mucocoeles: a viable alternative / D. Kennedy [et al.] // Laryngoscope. – 1989. – Vol. 99. – P. 885–895.
14. Killian G. Sinustis frontalis chronica c. dilatatione // Heimann Die Nase. Heimann Wien. – 1900. – S. 1124.
15. Muneer A., Jones N. S. Unilateral abducens nerve palsy: a presenting sign of sphenoid sinus mucocoeles // J. Laryngol. Otol. – 1997. – Vol. 111. – P. 644–646.
16. Nugent G. R., Sprinkle P., Byron M. Sphenoid sinus mucocoeles // J. Neurosurgery. 1970. – N 32. – P. 443–451.

Верещагина Ольга Евгеньевна – канд. мед. наук., врач-оториноларинголог каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8; тел.: +7-911-968-31-96; e-mail: wereschagina@yandex.ru

Коношков Александр Сергеевич – очный аспирант каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Л. Толстого, д. 6/8; тел.: +7-921-596-29-74; e-mail: konoshkov@mail.ru