

УДК: 616.216.2-002

МУКОЦЕЛЕ ЛОБНОЙ ПАЗУХИУ.Л. ЛУТФУЛЛАЕВ, Г.У. ЛУТФУЛЛАЕВ, Н.И. САФАРОВА,
Х.Э. НУРАДДИНОВ, Д.Ш. ФАЙЗУЛЛАЕВ

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ПЕШОНА БЎШЛИГИ МУКОЦЕЛЕСИУ.Л. ЛУТФУЛЛАЕВ, Г.У. ЛУТФУЛЛАЕВ, Н.И. САФАРОВА,
Х.Э. НУРАДДИНОВ, Д.Ш. ФАЙЗУЛЛАЕВ

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

MUCOCELE OF FRONTAL SINUSU. LUTFULLAEV, G. LUTFULLAEV, N. SAFAROVA, H.E. NURADDINOV, D. FAYZULLAEV
Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Мукоцеле околоносовых пазух - это своеобразная ретенционная мешотчатая киста какой-либо одной околоносовой пазухи, образующаяся в результате облитерации носового выводного протока и скопления внутри пазухи слизистого и гиалинового секрета, а также элементов десквамации эпителия [1, 3, 6]. Чаще всего мукоцеле околоносовых пазух локализуется в лобной пазухе (80 %), затем в решетчатой лабиринте (15%) или на границе между ними, что нередко приводит к проникновению «кисты» в глазницу, вызывая экзофтальм, - факт, который объясняет частое обнаружение ее офтальмологами. Очень редко мукоцеле локализуется в клиновидной и верхнечелюстной пазухах (5%).

Патогенез и патологическая анатомия мукоцеле в настоящее время достаточно изучены [2, 5]. По мнению большинства авторов, закрытие устья или всего выводного протока, ведущего из придаточной полости в нос, является главной причиной возникновения этого заболевания. Спорным остается вопрос о причинах закупорки: одни считают, что в основе ее лежат причины, связанные с анатомическими вариантами, другие полагают, что это обусловлено аномалией развития, по мнению третьих, непроходимость выводного протока или его устья вызывается воспалительными изменениями слизистой носа, полипозом и его последствиями, а также моментами, приводящими к сужению или полному закрытию просвета протока рубцовыми изменениями при сифилисе, склероме и пр. Сюда же можно отнести и последствия травм [4].

В большинстве случаев мукоцеле придаточных пазух носа наблюдается у больных в возрасте от 11 до 20 лет и сравнительно редко встречается в более молодом – до 10 лет или в пожилом возрасте – 50-60 лет. В связи с чем приводим наше наблюдение:

Больная Т. 59 лет (ист.бол. № 1413) поступила в ЛОР отделение клиники СамМИ с жалобами на припухлость в области лобной пазухи

слева, выпячивание левого глазного яблока, головную боль. Из анамнеза: считает себя больной в течение 3 лет, по поводу данного заболевания лечилась в 2012 году в глазном отделении клиники СамМИ, где была произведена операция (дакриоцистотомия), после чего наблюдала у себя припухлость в лобной области в холодное время года. Больная вновь обратилась к окулисту и с диагнозом «Опухоль орбиты» была направлена в РОНЦ для обследования. Заключение: МСКТ признаки наличия новообразования в структуре левой фронтальной пазухи, в полости ячеек решетчатых костей слева, с деструкцией медиальной стенки левой орбиты, основания фронтальной пазухи и стенок решетчатого лабиринта слева. Вторичный экзофтальм слева. В РОНЦ больная прошла полное клинко-лабораторное обследование, также проведена пункционная биопсия с проверкой на цитологию с обнаружением нейтрофильных лейкоцитов и исключением онкологического заболевания. С диагнозом «Мукоцеле левой лобной пазухи» больная была госпитализирована в ЛОР отделение клиники СамМИ. St.praesens: Левый глаз: глазная щель ниже, чем на правой стороне. Под верхним краем орбиты плотная безболезненная при пальпации припухлость. Кожа век не изменена. Слезные органы нормальны. Выпячивание и смещение глазного яблока книзу и кнаружи (рис.1 А). Движения глазного яблока вверх и кнаружи ограничены. Слизистая век и глазного яблока не изменена. Роговица прозрачна, блестяща. Передняя камера средней глубины, рисунок радужки четкий. Зрачок правильной формы, хорошо реагирует на свет. Хрусталик и стекловидное тело прозрачны. Глазное дно нормально. Острота зрения 1,0. Правый глаз не изменен. При риноскопии: слева слизистые носа гипертрофированы, нижняя раковина увеличена, в среднем носовом ходе имеется гнойное выделение, общий носовой ход сужен, носовое дыхание затруднено.



Рис. 1. Больная Т. Мукоцеле левой лобной пазухи до (А) и после операции (Б)

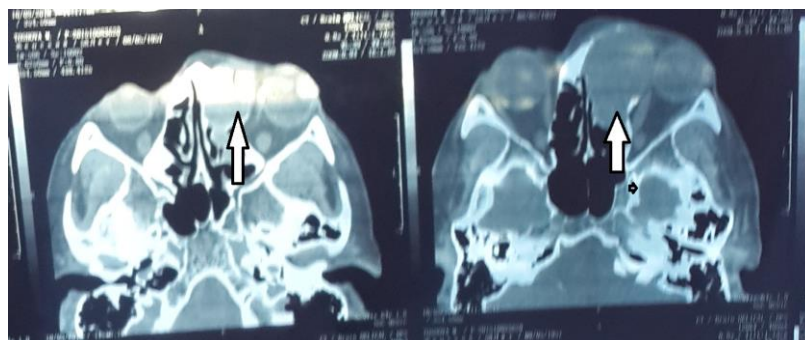


Рис. 2. МСКТ больной Т., стрелкой указано патологическое включение

При рентгенологическом исследовании обнаружено увеличение размеров левой лобной пазухи; дно ее не дифференцируется, внутренняя стенка левой орбиты разрушена, частично затемнен левый решетчатый лабиринт, пристеночное затемнение левой гайморовой полости. Заключение МСКТ: признаки наличия новообразования в структуре левой фронтальной пазухи (указано стрелкой), в полости ячеек решетчатых костей слева, с деструкцией медиальной стенки левой орбиты, основания фронтальной пазухи и стенок решетчатого лабиринта слева. Вторичный экзофтальм слева (рис. 2).

Общий анализ крови: Hb - 86; эрит. - 3,5; ЦП - 0,7; лейкоц. - 6,3; СОЭ - 28 мм/с; свер. по Сухореву нач. - 3,1; кон. - 4,2; тромб - 231; эоз - 3; нейт: паляд - 4; сегм.яд - 60; лимф - 27; моно - 6. ЭКГ: Ритм синусовый, ЧСС-93, отклонение ЭОС влево. Клинический диагноз: Мукоцеле левой лобной пазухи. Сахарный диабет II типа, средней тяжести, стадия субкомпенсации. ИБС, стенокардия напряжения. Анемия. Лечение: под общим эндотрахеальным наркозом произведена фронтотомия слева. На операции подтвержден диагноз мукоцеле и обнаружены разрушения передней и нижней стенок левой орбиты. Вся левая лобная пазуха заполнена кистозной жидкостью, которую удалили вместе с капсулой кисты, проникающую в бульбарную клетчатку левой глазницы. Левое глазное яблоко соприкасается с лобной пазухой, в связи с отсутствием нижней стенки этой пазухи. Левая лобная пазуха промыта раствором фурациллина, облитериро-

ванный лобно-носовой канал вновь сформирован с удалением части клеток решетчатого лабиринта и носовой кости слева, в который вставили дренажную трубку и вывели через левую ноздрию. Дренажная трубка зафиксирована шелковыми нитками, также ушита кожная рана. Асептическая повязка. В послеоперационный период назначены цефтриаксон в/м по 1,0х2, анальгетики. На 7-день после операции больная выписана домой в удовлетворительном состоянии. При контрольном обследовании через 2 недели можно было отметить постепенное возвращение левого глаза к нормальному положению (рис. 1 Б).

Литература:

1. Волков А.Г. Лобные пазухи. – Ростов на Дону: Феникс. -2000. – С.510.
2. Гюсан А.О., Узденова Р.Х. Пиоцеле лобной пазухи с обширными разрушениями передней, задней и межпазушной костных стенок // Ж. Вестн.оториноларингологии. -2003. № 4.С.65-66.
3. Заболотный Д.И. Некоторые аспекты эндокринной регуляции и развития полипозов носа // Российская ринология. – 2002. -№ 4. - С. 9.
4. Насыров В.А. и соавт. Мукоцеле лобной пазухи. Случай из практики // Астана медициналык журннали. – 2016. - № 1. – С.174-177.
5. Пискунов С.З. Некоторые вопросы истории, анатомии, физиологии и патологии носа и околоносовых пазух // Российская ринология. – 2007. № 3. – С.8-11.
6. Hauptman G., Ryan M. W. // Otolaryngol Head surg. – 2007. - № 137(5). – P. 815.