

УДК 616.216.4-002.3

ПИОЦЕЛЕ РЕШЕТЧАТОГО ЛАБИРИНТА (СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)**¹Насыров В.А., ²Миненков Г.О., ³Турапова Ж.М., ¹Солодченко Н.В.**¹*Кыргызская государственная медицинская академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек;*²*МЦ «ТОМЭКС», Бишкек;*³*Кыргызско-Российский Славянский университет им. Б.Н. Ельцина, Бишкек, e-mail: jazya_t@mail.ru*

Одним из проявлений хронического синусита является такое заболевание, как кистовидное растяжение воздухоносной пазухи носа с гнойным содержимым (пиоцеле). Чаще всего кистовидными растяжениями поражаются лобные пазухи и реже решетчатый лабиринт, клиновидные и верхнечелюстные пазухи. Кистовидные растяжения околоносовых пазух характеризуются как накоплением содержимого в пазухах, так и растяжением их костных стенок в основном вследствие нарушения оттока через естественные соустья, хотя могут быть и другие причины возникновения данной патологии, такие как травмы, в том числе и предшествующие хирургические вмешательства. Содержимое растянутой пазухи может быть слизистым (мукоцеле), гнойным (пиоцеле), а в некоторых случаях может содержаться воздух (пневмоцеле). Как правило, клинические симптомы проявляются через длительное время из-за медленного роста, при достижении больших размеров и, впоследствии, поражении окружающих органов, что практически исключает раннюю диагностику. Даже при проявлении явной симптоматики необходимо проводить детальную дифференциальную диагностику с иными объемными процессами, включая в особенности злокачественные новообразования. В данной работе приводится клинический случай пиоцеле решетчатого лабиринта с переходом на носовую перегородку.

Ключевые слова: околоносовые пазухи, решетчатый лабиринт, кистовидное растяжение, деструкция, пиоцеле

ETHMOID SINUS PYOCELE (CASE REPORT)**¹Nasyrov V.A., ²Minenkov G.O., ³Turapova Zh.M., ¹Solodchenko N.V.**¹*Kyrgyz State Medical Academy named after I.K. Akhunbaev, Bishkek;*²*Medical Imaging Center «TOMEX», Bishkek;*³*Kyrgyz Russian Slavic University named after B.N. Eltsin, Bishkek, e-mail: jazya_t@mail.ru*

One of the manifestations of chronic sinusitis is a disease such as cystic extension of the airway of the nose with purulent contents (pyocele). Most often the frontal sinuses and rarely ethmoid, ethmoid and maxillary sinuses are affected by cystic extensions. Cystic extensions of the paranasal sinuses are characterized both by the accumulation of contents in the sinuses and the dilatation of their bone walls mainly due to disturbed outflow through natural anastomoses, although there may be other causes of this pathology, such as trauma, including previous surgical interventions. The contents of the dilated sinus may be mucous (mucocoele), purulent (pyocele), and in some cases air may be contained (pneumocoeles). As a rule clinical symptoms manifest themselves after a long time because of slow growth, when large sizes are reached and subsequently damage to surrounding organs, which practically excludes early diagnosis. Even with the manifestation of the symptomatology it is necessary to conduct detailed differential diagnosis with other masses, including especially malignant neoplasms. In this article the clinical case of the pyocele of the ethmoid sinus with the transition to the nasal septum is given.

Keywords: paranasal sinuses, ethmoid sinus, cystic extension, destruction, pyocele

Актуальность проблемы обусловлена сложностью диагностики больных с кистовидными растяжениями из-за отсутствия клиники на ранних этапах заболевания и аналогичностью с другими объемными процессами при достижении больших размеров.

Кисты околоносовых пазух являются одними из наиболее часто встречающихся негнойных заболеваний в ЛОР-практике. Они составляют 3,9% в структуре общей ЛОР-патологии и 12,6% всех хронических поражений [1]. Кисты околоносовых пазух подразделяются на ретенционные (истинные) и кистовидные растяжения (ложные). К ложным кистам относятся так называемые кистовидные растяжения пазух, которые представляют собой скопление слизи (мукоцеле), гноя (пиоцеле) или воздуха (пневмоцеле) и дескваматирован-

ного эпителия в пазухе с растяжением его стенок [2, 3].

Кистовидные растяжения околоносовых пазух встречаются преимущественно в лобных пазухах (от 60% до 65%) [3], но также могут поражать решетчатый лабиринт (от 20% до 25%), верхнечелюстные (10%) и клиновидные пазухи (от 1% до 2%) [4, 5]. На начальном этапе развития муко-, пиоцеле может протекать без каких-либо клинических признаков. Кроме того диагноз может быть впервые выставлен при скрининговом обследовании. По мере прогрессирования патологического процесса, клиническая картина постепенно расширяется и становится более выраженной.

Цель исследования: на конкретном клиническом случае показать особенности диагностики на этапе обследования и оп-

тимального лечения больного с пиоцеле решетчатого лабиринта.

Материалы и методы исследования

Больному М., 60 лет, с пиоцеле решетчатого лабиринта проводился такой метод диагностики, как мультиспиральная компьютерная томография полости носа и околоносовых пазух, с последующим гистологическим исследованием послеоперационного материала после хирургического лечения.

Результаты исследования и их обсуждение

Несмотря на доброкачественность, экспансивный характер муко-, пиоцеле может привести к деструкции костей пазух носа по мере давления и последующему разрушению кости, что приводит к сдавливанию смежных структур [5]. В прогнозе первостепенное значение имеет ранняя диагностика. В большинстве случаев заболеваемость кистовидным растяжением пазухи встречается в возрасте 30–40 лет, но могут встречаться и в любом возрасте, вне зависимости от пола. Такое заболевание редко наблюдается в детском возрасте, за исключением больных с предрасполагающими факторами для обструкции выводных протоков пазух, таких как травма, хирургические манипуляции, хронический синусит, аллергия или кистозный фиброз [3–5].

В большинстве случаев невозможно определить локализацию первичного поражения из-за прогрессирующего остеолита костных стенок со значительным разрушением анатомических структур, помимо визуализации других пазух, вызванных обструкцией их соустьев [5].

Точной этиологии и патогенеза кистовидных растяжений все еще не имеется. Они могут развиваться по мере затруднения оттока из пазух носа в полость носа [5].

Хотя роль облитерации выводного отверстия околоносовой пазухи носа в патогенезе кистовидных растяжений не вызывает сомнений, эта облитерация не является единственной причиной растяжения. Среди других факторов решающая роль принадлежит травме лицевого скелета, в частности области глазницы и корня носа. Это объясняется тем, что первые симптомы кистовидного растяжения появляются спустя некоторый, нередко весьма значительный срок после травмы [6, с. 124].

В слизистой оболочке отмечаются истончение эпителиального слоя, пролиферация, метаплазия. Вместе с этим эта слизистая оболочка не теряет сходства с нормальной, в частности в ней всегда можно обнаружить слизистые железы. Двойные стенки характерны для кист, исходящих из слизистой

оболочки, обнаружить не удастся. Изменения слизистой оболочки при кистозном растяжении околоносовых пазух в основном носят дегенеративный характер и в меньшей степени являются результатом воспалительных процессов там, где не присоединилась вторичная инфекция [6, с. 125].

Клиника варьирует в зависимости от пораженной области. Она, как правило, характеризуется бессимптомно развивающимся медленным течением, возможно, вызывая боль в лице, головную боль, давление на лице, обструкцию носа, зубную боль и дакриоцистит. В дальнейшем могут развиваться явления конъюнктивита, светобоязнь и воспаление краев век. Зрение обычно не страдает, отсутствуют и мозговые симптомы [6, с. 125]. При присоединении инфекции мукоцеле переходит в пиоцеле и может сопровождаться синуситом, эритемой, лихорадкой и болью.

В начальных стадиях заболевания до появления видимых выпячиваний стенок пораженной пазухи поставить диагноз трудно. Выпячивание медиальной стенки глазницы (бумажной пластинки), рано развившийся экзофтальм и слезотечение чаще указывают на поражение передних отделов решетчатого лабиринта, хотя в некоторых случаях отмечается выпячивание медиальной стенки решетчатого лабиринта, достигающее перегородки. На поражение задних клеток решетчатого лабиринта указывает появление гладкого выпячивания, закрывающего хоану соответствующей половины носа. Нарушения слезооттока при поражении решетчатого лабиринта наблюдаются чаще, чем при кистовидном растяжении других пазух.

Для более точной диагностики и определения области поражения проводится мультиспиральная компьютерная томография.

Компьютерная томография предоставляет подробную информацию о структуре кости и считается методом выбора для исследования кистовидных растяжений [3, 5]. Обычно мукоцеле рассматриваются как изоденсивный или незначительно гиперденсивные участки в пазухах по отношению к мозговой ткани, но в случаях пиоцеле могут быть более плотными и расширенными по периферии изображениями. Таким образом, учитывая, что кистовидное растяжение не усиливается контрастными агентами, необходимо их дифференцировать с новообразованиями [4]. Соседняя структура кости реконструируется с областями сгущения и деструкции [5]. Кроме того, в более хрупких областях можно наблюдать продавливание в смежные структуры.

Из всех околоносовых пазух решетчатая кость отличается наибольшим разнообра-

зием и сложностью своего анатомического строения. Тот факт, что одно из названий пазухи – «решетчатый лабиринт», свидетельствует о сложности ее структуры и взаимоотношения с прилежащими костными структурами, огромной вариабельностью строения и индивидуальными особенностями. Компьютерная томография в аксиальной проекции дает наиболее полное представление о строении и форме решетчатой кости, так как в один срез сразу попадают все ее ячейки, бумажные и перпендикулярные пластинки. Коронарная проекция позволяет лучше оценить состояние ситовидной пластинки, остиомеатального комплекса и взаимоотношения клеток с носовыми раковинами, полостью носа и верхнечелюстными пазухами [7, с. 123–126].

При кистовидном растяжении решетчатого лабиринта лизируются костные перегородки между клетками, в результате чего несколько ячеек превращаются в одну большую кистовидную полость. Бумажная пластинка поражается всегда раньше других стенок решетчатого лабиринта. В некоторых случаях наблюдается выпячивание медиальной его стенки в полость носа, которое иногда достигает перегородки и даже вызывает узуру последней. Некоторые авторы считают характерным для кистовидного растяжения решетчатого лабиринта его распространение в сторону носовой полости.

В некоторых случаях в результате развития мукоцеле решетчатого лабиринта наблюдается расширение носовых костей. В процессе роста кистовидное расширение решетчатого лабиринта может распространяться и в лобную пазуху. В этом случае

иногда образуется одна общая полость. То же может произойти и в обратном случае, т.е. при распространении муко-, пиоцеле лобной пазухи в решетчатый лабиринт. В таких случаях даже во время операции трудно установить, какая пазуха явилась исходным местом образования муко-, пиоцеле – лобная или решетчатый лабиринт [6, с. 127].

Важно проводить дифференциацию между кистовидными растяжениями решетчатого лабиринта и иными объемными процессами, такими как инвертированная папиллома, кровоточащий полип, полип полости носа, остеомиелит верхней челюсти и злокачественное новообразование (таблица).

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 [2, 8]. В настоящее время эндоскопическая хирургия считается методом выбора для лечения кистовидных растяжений околоносовых пазух. Основной целью такого метода является полное удаление как патологического очага, так и слизистой оболочки, что предотвращает рецидив заболевания.

Иллюстрацией вышеизложенного может служить клинический случай пиоцеле клеток решетчатого лабиринта и верхних отделов полости носа, больше справа.

Больной М., 60 лет, поступил 2 марта 2018 г. в ЛОР отделение НГ МЗКР с жалобами на затрудненное носовое дыхание, заложенность носа, периодические головные боли, частые простудные заболевания.

Дифференцированная диагностика кистовидных растяжений и других объемных образований

Заболевание Симптомы	Кистовидное растяжение	Инвертир. папиллома	Кровоточ. полип	Полип по- лости носа	Остеомиелит верх. челюсти	Злокач. новообр.
Затруднение носового ды- хания	Есть	Есть	Может быть	Есть	Нет	Может быть
Кровянистые выделения	Нет	Нет	Есть	Нет	Нет	Есть
Припухлость локальная	Может быть	Нет	Нет	Нет	Есть	Может быть
Пенетрация	Есть	Есть	Нет	Может быть	Есть	Есть
Четкие границы	Есть	Есть	Есть	Есть	Нет	Нет
Хроническая патология в полости носа	Есть	Может быть	Может быть	Есть	Есть	Может быть
Заболевания зубо-челюст- ной системы	Может быть	Нет	Нет	Нет	Есть	Может быть
Наличие травмы в анамнезе	Может быть	Нет	Нет	Нет	Может быть	Нет

Из анамнеза: со слов больного болеет в течение двух лет. В 2008 г. была произведена полипотомия полости носа. Отмечал незначительное облегчение состояния. В связи с усилением боли за последнюю неделю обратился в ЛОР отделение Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики.

Локально: При внешнем осмотре наружный нос обычной формы. При передней риноскопии носовая перегородка искривлена влево, нижние носовые раковины не увеличены. В носовом ходе справа имеется округлое образование на широком основании ($\approx 3,5 \times 2,5$ см), спаянное с медиальной стенкой, плотное при пальпации пуговчатым зондом. Носовые ходы сужены, носовое дыхание с двух сторон затруднено, патологических выделений из носа нет. При задней риноскопии носоглотка свободная, слизистая розового цвета. Ото- и фарингоскопически без особенностей.

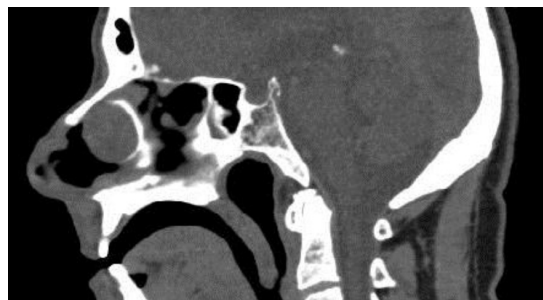
Компьютерная томограмма полости носа и околоносовых пазух (рисунок, А–В): в передних клетках решетчатого лабиринта и верхних отделах полости носа, больше справа, определяется остеодеструктивное, гетерогенное объемное образование, КТ-плотностью от +31,3 ед.Н. до +36,6 ед.Н., с достаточно четкими контурами, закругленной формы, размером до $34,6 \times 23,5 \times 33,2$ мм. Отмечается остеодеструкция межпазушных перегородок клеток решетчатого лабиринта, а также костного отдела носовой перегородки и костей крыла носа справа по типу атрофии от давления, с наличием их оттеснения, истончения и появлением костных дефектов в местах наибольшей компрессии. Инфильтрации окружающих костно-мягкотканых структур не выявлено. В средних и задних клетках решетчатого лабиринта с обеих сторон, на фоне пристеночного утолщения слизистой оболочки, определяется патологическое содержимое, КТ-плотностью до +21,4 ед.Н. Носовая перегородка искривлена влево.

Заключение: КТ-данные за гетерогенное, остеодеструктивное объемное образование в передних клетках решетчатого лабиринта и верхних отделах полости носа, больше справа, наиболее вероятно доброкачественного генеза. КТ-данные за двухсторонний этмоидит, искривление носовой перегородки.

Клинический диагноз: Пиоцеле клеток решетчатого лабиринта и верхних отделов полости носа, больше справа.

Лечение: хирургическое. После премедикации Sol. Promedoli 2% 1,0 под местной анестезией Sol. Novocaini 1% 15,0 произведена гидроотсепаровка слизистой оболочки под надхрящницей носовой перегородки вокруг новообразования, произведен окаймляющий разрез сверху, спереди и снизу. Надхрящни-

ца и надкостница отсепарованы, образование вскрылось, и в полость носа излилось около 5 мл густого гноя. Стенки кисты удалены вместе со слизистой оболочкой перегородки носа. Гемостаз. Послеоперационная рана: часть четырехугольного хряща отсутствует, перпендикулярная пластинка решетчатой кости резко искривлена в левую сторону. В заднем отделе среднего носового хода определяется полипозная ткань, которая также удалена. Тампонада правой половины полости носа.



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



Б. КТ-срез, выполненный в коронарной плоскости на уровне передних отделов полости носа



В. КТ-срез, выполненный в сагиттальной плоскости на уровне носовой перегородки

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. На следующий день после операции тампон из полости носа удален. Проведена антибактериальная, десенсибилизирующая, симптоматическая терапия.

На 5-й день с рекомендациями больной выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Выводы

Таким образом, нами приведен достаточно редкий случай из практики ЛОР-врача, который также во многих случаях могут принимать за иное объемное новообразование (согласно гистологическому исследованию злокачественного роста нет). Клиника пиоцеле решетчатого лабиринта длительное время остается скудной и только при достижении больших размеров, оказав механическое давление на смежные структуры, может проявиться. На наш взгляд, в подобных случаях необходимо проводить дифференциальную диагностику с некоторыми объемными процессами, которую мы представили в виде таблицы. Также важны характерные особенности на

компьютерной томограмме при постановке диагноза, особенно для дифференциации со злокачественным процессом.

Список литературы

1. Аллахвердиев С.А. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух: дис. ... канд. мед. наук. Москва, 2010. 84 с.
2. Насыров В.А., Сулайманов Ж.С., Турапова Ж.М. Пиоцеле лобной пазухи // Международный студенческий научный вестник. 2018. № 1. С. 20.
3. Marambaia O., Gomes A.M., Marambaia P.P. et al. Tratamento endoscopico das mucocelos frontoetmoidais. Rev Bras Otorrinolaringol. 2008. 74(Supl).
4. Tinoco P., Pereira J.C., Lourenco Filho R.C. et al. Tratamento nasoendoscópico da mucocela de seio esfenoidal. Arq. Int. Otorrinolaringol. 2009. № 13. P. 336–339.
5. Cavazza S., Bocciolini C., Laudadio P. et al. Two anomalous localizations of mucocela: clinical presentation and retrospective review. Acta Otorhinolaryngol Ital. 2007. № 27. P. 208211.
6. Лихачев А.Г. Заболевания верхних дыхательных путей: многотомное руководство по оториноларингологии. М., 1963. Т. IV. 558 с.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая ринология. 3-е изд., доп. М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. 750 с.
8. Насыров В.А., Исламов И.М., Солодченко Н.В. Пиомукоцеле лобной пазухи // Медицинский журнал Астаны. 2016. № 1. С. 174–177.