

А.М. Сулейманов¹, М.Б. Убайдуллаев², А.Н. Питюк¹, Г.М. Агайдарова¹**МУКОЦЕЛЕ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОЙ ПАЗУХИ:
ДИАГНОСТИКА, КЛИНИКА, ЛЕЧЕНИЕ**¹ГБУЗ РБ «Городская клиническая больница № 21», г. Уфа²ФГБОУ ВО «Башкирский государственный медицинский университет»

Минздрава России, г. Уфа

В статье приводится описание редкого случая мукоцеле (кистовидное растяжение) верхнечелюстной пазухи с выраженной клиникой у двух пациенток женского пола. Диагностика основана на предоперационных обследованиях: обследование полости рта, цитологическое исследование, рентгенография придаточных пазух носа, компьютерная томография костей лицевого скелета. В обоих случаях были отмечены жалобы на нарушение зрения в виде снижения его остроты и диплопии. Результаты гистологического исследования, полученные после хирургического лечения, позволили подтвердить диагноз. Оперативное лечение проводилось под общим обезболиванием. Приведенный случай кистовидного растяжения верхнечелюстной пазухи интересен тем, что пациентка обратилась к челюстно-лицевым хирургам после безуспешного лечения у окулиста по месту жительства через два года после появления симптомов заболевания. При жалобе больного на диплопию рекомендуется в первую очередь провести компьютерную томографию придаточных пазух носа.

Ключевые слова: верхнечелюстная пазуха, диплопия, кистовидное растяжение, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография, мукоцеле.

A.M. Suleymanov, M.B. Ubaydullaev, A.N. Pityuk, G.M. Agaidarova

**MAXILLARY SINUS MUCOCELE:
DIAGNOSIS, CLINICAL COURSE, TREATMENT**

The article describes a rare case of mucocele (cystic stretching) of the maxillary sinus with a pronounced clinical picture in two female patients. Diagnostics is based on preoperative examinations: oral cavity examination, cytology, X-ray of the paranasal sinuses and computed tomography of the bones of the facial skeleton. In both cases, complaints of visual impairment were noted in the form of a decrease in its acuity and diplopia. The results of the histological study obtained after the surgical study allowed us to confirm the diagnosis. Surgical treatment was performed under general anesthesia. This case of cystic stretching of the maxillary sinus is interesting because the patient turned to the maxillofacial surgeons after unsuccessful treatment by an ophthalmologist two years after the onset of symptoms. When a patient complains about diplopia, it is recommended to make a CT scan of the paranasal sinuses.

Key words: maxillary sinus, diplopia, cystic stretching, computed tomography, MRI, mucocele.

Мукоцеле – кистовидное растяжение околоносовых пазух, образующееся в результате обструкции их естественных соустьев. Блокада соустьев приводит к накоплению слизи в придаточных пазухах носа невоспалительного характера и деформации кости. По данным литературы [1,2] мукоцеле в верхнечелюстной пазухе локализуется редко – частота составляет около 10% случаев. Мукоцеле, доброкачественное новообразование с медленным и экспансивным ростом, вызывает истончение и рассасывание костного вещества стенок придаточных пазух носа [2,3].

Основными жалобами больных являются: головные боли, двоение в глазах, головокружение. В некоторых случаях больные жалуются на нарушения носового дыхания и остроты зрения. В нашей практике мы наблюдали два случая кистовидного растяжения околоносовых пазух с выраженной симптоматикой нарушения зрения.

Приводим клиническое наблюдение:

Больная Г. 63 лет была госпитализирована на плановое оперативное лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы 17.04.2001 г. с диагнозом мукоцеле левой верхнечелюстной пазухи.

Жалоба больной – затрудненность носового дыхания слева. В октябре 1999 г. заметила двоение в глазах, лечилась в декабре по поводу глаукомы у окулиста поликлиники по месту жительства. Беспокоили головная боль, ноющие боли в верхней челюсти.

Внутриглазное давление составляло OD/OS 37 и 49 мм рт. ст. соответственно. Ввиду появления экзофтальма пациентка в марте 2001 г. направлена на проведение компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа. Консультирована оториноларингологом, онкологом клинического республиканского онкологического диспансера (КРОД). После пункции левой верхнечелюстной пазухи диплопия исчезла. Пациентка направлена в ГКБ № 21 для дальнейшего лечения.

Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Положение тела активное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД – 120/80 мм рт. ст., ЧСС – 78 ударов/мин. Из перенесенных заболеваний отмечает простудные заболевания.

Местный статус: лицо асимметричное за счет деформации левой подглазничной

и скуловой областей. Определяются умеренно выраженный экзофтальм слева, отечность век, лагофтальм слева. Кожа лица физиологической окраски. Слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная. Внутриглазное давление – OD/OS 22 и 33 мм рт. ст. соответственно. Зубная формула

00	0000
1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8
0	00

При анализе данных серии КТ придаточных пазух носа (рис. 1, 2) определялось интенсивное затемнение округлой формы с четкими контурами, располагающееся в левой верхнечелюстной пазухе и частично в носовой полости и левой орбите, величиной около 5×6 см. В предоперационном периоде проведены исследования: общий анализ крови от 10.04.2001 г.: эритроциты – $4,8 \times 10^{12}/л$, Нв – 130г/л, тромбоциты – $200 \times 10^9/л$; лейкоциты – $5,7 \times 10^9/л$, СОЭ – 10 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные нейтрофилы – 57, эозинофилы – 1, лимфоциты – 40, моноциты – 2.

Биохимический анализ крови от 10.04.2001 г.: общий белок – 79 г/л; мочевины – 7,7 ммоль/л, билирубин общий – 9,7 мкмоль/л. Анализ мочи от 14.04.2001 г.: уд. вес – 1010, реакция кислая. Спирография от 17.04.2001 г.: вентиляционная функция легких в пределах нормы. ЭКГ от 14.04.2001 г.: синусовый ритм, электрическая ось сердца не отклонена, гипертрофия миокарда левого желудочка.

19.04.2001 г. под эндотрахеальным наркозом произведена операция гайморотомии слева: произведены разрез слизистой оболочки переходной складки верхней челюсти слева и трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи в области клыковой ямки. Выявлена деформация передней стенки верхнечелюстной пазухи. Полость гайморовой пазухи полностью заполнена образованием кистозного характера. Оболочка кисты (4×4 см) выделена со стенок пазухи, представляет собой рыхлую структуру. Макропрепарат направлен на гистологическое исследование.

Гистологическое заключение оболочки кисты № 19443-54 от 26.04.2001 г.: хронический гайморит с участками метаплазии железистого эпителия.

Послеоперационный период без осложнений. Больная жалоб не предъявляет. Выписана в удовлетворительном состоянии под наблюдением врача-оториноларинголога по месту жительства.



Рис. 1. Больная Г. 63 лет. Компьютерная томография верхнечелюстной пазухи. Определяется затемнение округлой формы с четкими контурами, располагающееся в левой верхнечелюстной пазухе

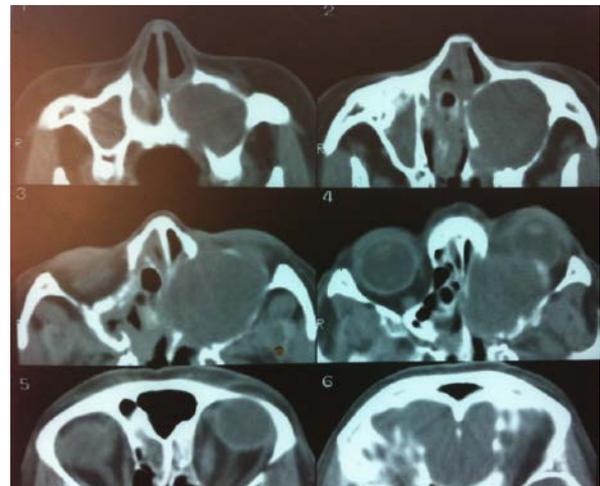


Рис. 2. Больная Г. 63 лет. Компьютерная томография придаточных пазух носа, орбиты в аксиальной проекции. Определяется выраженный экзофтальм слева

Таким образом, несмотря на жалобы о нарушении носового дыхания и зрения, диагноз установлен только после КТ-исследования.

Второе клиническое наблюдение:

Больная А. 31 года была госпитализирована на плановое оперативное лечение в отделение челюстно-лицевой хирургии ГБУЗ РБ ГКБ № 21 г. Уфы 14.11.2001 г. с диагнозом киста левой верхнечелюстной пазухи.

Жалобы больной на тянущие, ноющие боли в правой подглазничной и лобной областях. Отмечает снижение остроты зрения. Болеет около двух лет. За медицинской помощью обратилась в октябре 2001 г. После проведенной магнитно-резонансной томографии (МРТ) верхнечелюстной пазухи выявлены гиперинтенсивный сигнал в режиме T2 и изоинтенсивный сигнал в режиме T1, расположенные по задней и латеральной стенкам, округлой формы с четкими, ровными контурами, размерами 1,8×2,1×1,8 см.

Из перенесенных заболеваний больная отмечает простудные. Общее состояние на момент осмотра удовлетворительное. Сознание ясное. Кожные покровы физиологической окраски. Тоны сердца ритмичные, АД – 110/80 мм рт. ст., ЧСС – 80 ударов/мин.

Местный статус: лицо симметричное. Кожа лица физиологической окраски. Движения в височно-нижнечелюстном суставе не нарушены. Язык чистый, влажный. Слизистая оболочка полости рта светло-розовая, влажная. Зубная формула

О к и к	О к к 0 0
1.8 1.7 1.6 1.5 1.4 1.3 1.2 1.1	2.1 2.2 2.3 2.4 2.5 2.6 2.7 2.8
4.8 4.7 4.6 4.5 4.4 4.3 4.2 4.1	3.1 3.2 3.3 3.4 3.5 3.6 3.7 3.8
0	к 0 0 к

На рентгенограмме придаточных пазух носа от 14.11.2001 г. определяется куполообразное, полукруглое затемнение поля левой верхнечелюстной пазухи. В предоперационном периоде проведены исследования: общий анализ крови от 15.11.2001 г.: эритроциты – $4,4 \times 10^{12}/л$, Нв – 145 г/л, тромбоциты – $187 \times 10^9/л$; лейкоциты – $4,0 \times 10^9/л$, СОЭ – 12 мм/ч; лейкоформула: сегментоядерные нейтрофилы – 48, эозинофилы – 2, лимфоциты – 46, моноциты – 4.

Биохимический анализ крови от 01.11.2001 г.: общий белок – 74 г/л, мочевины – 5,46 ммоль/л, билирубин общий – 7,0 мкмоль/л, кретинины – 79 мкмоль/л. Анализ мочи от 01.11.2001 г.: уд. вес – 1016, реакция кислая. ЭКГ от 01.11.2001 г.: синусовый ритм, электрическая ось сердца не отклонена.

16.11.2000 г. под эндотрахеальным наркозом произведена операция цистгайморотомия слева: произведены разрез слизистой оболочки переходной складки верхней челюсти слева и трепанация передней стенки верхнечелюстной пазухи в области клыковой ямки. В полости верхнечелюстной пазухи обнаружено кистозное образование $3,0 \times 3,0$ см бледно-розового цвета, прилегающее к её латеральной стенке. Из полости кисты эвакуирована прозрачная жидкость. Оболочка кисты выделена со стенки пазухи и направлена на гистологическое исследование.

Гистологическое заключение оболочки кисты № 49878-79 от 22.11.2001 г.: мукоцеле верхнечелюстной пазухи.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Жалоб больная не предъявляет. Выписана 30.11.2011 г. в удовлетворительном состоянии под наблюдение врачоториноларинголога поликлиники по месту жительства.

Выводы

Обе пациентки имели жалобы на нарушение бинокулярного зрения в одном случае и снижение остроты зрения в другом. Характерными были жалобы на головные боли, боли в области верхней челюсти с анамнезом заболевания два года. При сочетании нарушений зрения и носового дыхания компьютерная томография придаточных пазух носа является наиболее оптимальным инструментом диагностики мукоцилиарных кист.

Сведения об авторах статьи:

Сулейманов Азат Мудасирович – к.м.н., зав. отделением челюстно-лицевой хирургии ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. E-mail: Suleimanov_azat@mail.ru.

Убайдуллаев Мухаммадхон Бурханович – д.м.н., профессор кафедры хирургической стоматологии БГМУ. Адрес: 450008, г. Уфа, ул. Ленина, 3, e-mail: doctorumb@yandex.ru.

Питюк Аэлита Николаевна – врач-рентгенолог ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. Тел. 8(347) 246-53-40.

Агайдарова Гульмира Мукамбеткалеевна – врач челюстно-лицевой хирург ГБУЗ РБ ГКБ № 21. Адрес: 450071, г. Уфа, ул. Лесной проезд, 3. E-mail: gulmir.ag@mail.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аллаhverдиев, С.А. Выбор оптимального хирургического доступа при кистах верхнечелюстных пазух /С.А. Аллаhverдиев, А.С. Лопатин // Российская ринология. – 2010. – № 1. – С. 32-35.
2. Гюсан, А.О. Хирургическое лечение кист верхнечелюстных пазух /А.О. Гюсан, А.Х. Ламкова // Российская ринология. – 2009. – № 2. – С. 29.
3. Пискунов, С.З. Совершенствование хирургического лечения кистовидного растяжения околоносовых пазух /С.З. Пискунов, А.В. Алексеев, Е.И. Курятин // Российская ринология. – 2012. – № 2. – С. 19-20.

REFERENCES

1. Allahverdiev S.A., Lopatin A.S. Vybor optimal'nogo hirurgicheskogo dostupa pri kistah verhnchelyustnyh pazuh // Rossijskaya rinologiya. – 2010. – № 1. – S. 32-35. [In Russ].
2. Gyusan A.O., Lamkova A.H. Hirurgicheskoe lechenie kist verhnchelyustnyh pazuh // Rossijskaya rinologiya. – 2009. – № 2. – S. 29. [In Russ].
3. Piskunov S.Z., Alekseev A.V., Kuryatina E.I. Sovershenstvovanie hirurgicheskogo lecheniya kistovidnogo rastyazheniya okolonosovyh pazuh // Rossijskaya rinologiya. – 2012. – № 2. – S. 19-20. [In Russ].