



Гюрджян Т.А.¹ ✉, Гришкевич А.Н.¹, Василевич Е.В.², Пинчук Н.А.², Потрясова Н.В.²,
Чиж А.Г.³, Семак И.А.³

¹ Белорусский государственный медицинский университет, Минск, Беларусь

² Республиканский центр медицинской реабилитации и бальнеолечения, Минск, Беларусь

³ Республиканский научно-практический центр онкологии и медицинской радиологии имени Н.Н. Александрова, Минск, Беларусь

Редкое коморбидное состояние в офтальмологической практике

Конфликт интересов: не заявлен.

Вклад авторов: сбор и обработка материала – Василевич Е.В., Гюрджян Т.А., Гришкевич А.Н., Потрясова Н.В., Пинчук Н.А.; редактирование – Чиж А.Г., Семак И.А.; написание текста – Гюрджян Т.А.

Подана: 26.09.2023

Принята: 13.11.2023

Контакты: hiurjan.ta@mail.ru

Резюме

Офтальмологию относят к «узкой» специальности. Это можно объяснить условной изолированностью органа зрения от нашего организма. Но это очень относительно. По сути, изолированных органов нет, хотя некоторая «самостоятельность», «автономность» систем и органов существует.

Многие общие, системные патологические процессы, в частности сердечно-сосудистые и эндокринные заболевания, проявляются изменениями со стороны органа зрения.

Тесные анатомо-топографические связи околоносовых пазух с орбитой предрасполагают к развитию офтальмологических осложнений практически при всех заболеваниях околоносовых пазух, в том числе и при новообразованиях околоносовых пазух, среди которых наиболее часто встречается мукоцеле, которое может распространиться в орбиту и в редких случаях в полость черепа.

Ключевые слова: мукоцеле, околоносовые пазухи, офтальмологические осложнения, их диагностика и лечение



Gyurdzhyan T.¹ ✉, Grishkevich A.¹, Vasilevich Ye.², Pinchuk N.², Potryasova N.², Chizh A.³, Semak I.³

¹ Belarusian State Medical University, Minsk, Belarus

² Republican Center for Medical Rehabilitation and Balneotherapy, Minsk, Belarus

³ N.N. Alexandrov National Cancer Centre, Minsk, Belarus

Rare Comorbid Condition in Ophthalmological Practice

Conflict of interest: nothing to declare.

Authors' contribution: collection and processing of material – Vasilevich Ye., Gyurdzhyan T., Grishkevich A., Potryasova N., Pinchuk N.; editing – Chizh A., Semak I.; text writing – Gyurdzhyan T.

Submitted: 26.09.2023

Accepted: 13.11.2023

Contacts: hiurjan.ta@mail.ru

Abstract

Ophthalmology is classified as a "narrow" specialty. This can be explained by the relative isolation of the organ of vision from our body. But this is very relative. In essence, there are no "isolated" organs, although relative "independence", "autonomy" of systems and organs exists.

Many general, systemic pathological processes, in particular cardiovascular and endocrine diseases, are manifested by changes in the organ of vision.

The close anatomical and topographic connections of the paranasal sinuses with the orbit predispose to the development of ophthalmological complications in almost all diseases of the paranasal sinuses, including neoplasms of the paranasal sinuses, among which the most common are mucocoeles, which can spread into the orbit and, in rare cases, into the cranial cavity.

Keywords: mucocoele, paranasal sinuses, ophthalmological complications, their diagnosis and treatment

■ ВВЕДЕНИЕ

Экзофтальм является одним из наиболее частых офтальмологических проявлений заболеваний щитовидной железы и может иметь не только двусторонний, но и односторонний характер. Заболевания околоносовых пазух также могут вызвать односторонний экзофтальм, что обусловлено тесными анатомо-топографическими связями околоносовых пазух с орбитой (наличие единых стенок), взаимосвязями кровоснабжения, индивидуальными особенностями строения и развития околоносовых пазух и орбиты, что предрасполагает к развитию этих осложнений.

Наиболее частыми являются орбитальные осложнения при синуситах. К ним относятся такие тяжелые, угрожающие органу зрения, а иногда и жизни пациента состояния, как абсцессы век, субпериостальный абсцесс, ретробульбарный абсцесс, флегмона глазницы, септический тромбоз вен орбиты, тромбоз кавернозного синуса.

Среди новообразований околоносовых пазух наиболее частыми являются мукоцеле, которые развиваются медленно, поэтому до появления симптомов в среднем проходит 1–2 года, но известны случаи, когда болезнь развивалась в течение 10 лет.

Основной симптом мукоцеле – постоянная головная боль в области лба, затылка, верхней челюсти или «где-то в глубине головы». Интенсивность боли может быть разной. Локализация зависит от того, в какой пазухе возникло заболевание. С этим симптомом пациенты иногда ошибочно обращаются к неврологу или терапевту.

Офтальмологические симптомы связаны с распространением мукоцеле в орбиту, что приводит не только к одностороннему экзофтальму, но и к смещению глазного яблока, двоению, ограничению его подвижности и другим симптомам.

■ КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Редким примером развития мукоцеле в медицинской практике был мужчина Н., 1982 года рождения, который 07.10.2019 впервые обратился за консультацией к офтальмологу и неврологу Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения с жалобами на отечность век левого глаза, болезненность при взгляде вверх, которые появились полгода назад.

При обследовании на МРТ головного мозга и орбит было обнаружено образование левой орбиты позади глазного яблока 17×30×18 мм неоднородной структуры, зрительный нерв смещен медиально. Данных касательно аденомы гипофиза не выявлено.

По рекомендациям невролога, который предположил наличие у пациента псевдотумора орбиты, была назначена схема лечения метилпреднизолоном, начиная с 68 мг/сут каждые 7 дней, со снижением дозы на 8 мг/сут до полной отмены препарата.

На фоне назначенного лечения была отмечена положительная динамика: боль в левом глазу при взгляде вверх исчезла и уменьшился отек век.

Данные первичного офтальмологического обследования:

- острота зрения обоих глаз – 1,0;
- экзофтальмометрия ОД – 18 мм, ОС – 21 мм – легкий экзофтальм слева;
- ширина глазной щели – 13/12 мм;
- подвижность глазных яблок в полном объеме;
- репозиция слева слегка затруднена;
- зрачки D=S, реакции на свет живые, двигательных нарушений не выявлено;
- глазное дно в норме.

Неврологический статус: со стороны ЧМН патологии не выявлено. Патологические рефлексы отсутствуют. Менингеальных знаков нет. Вертебральный синдром отсутствует.

Симптомы натяжения отсутствуют, движения в ШОП и ПОП в полном объеме.

Обследование у эндокринолога:

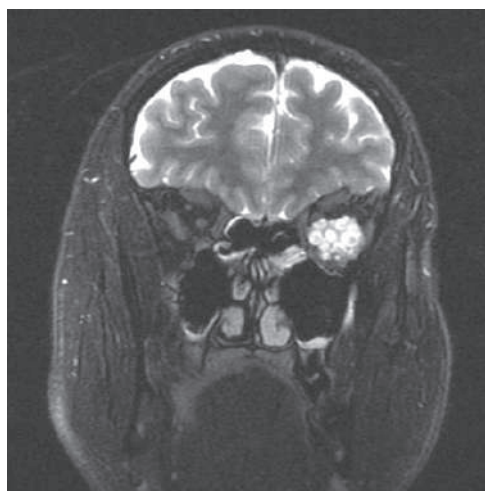
- УЗИ ЩЖ (эхогенность обычная, без структурной патологии);
- гормональный статус в норме;
- гликемия крови – в норме (5,52 ммоль/л);
- симптомы Дальримпля, Крауса, Роденбаха – положительные;
- гормональный статус – без отклонений от нормы.

В течение 2 лет пациент наблюдался специалистами Республиканского центра медицинской реабилитации и бальнеолечения (РЦМР и Б), в том числе офтальмооооологом РНПЦ онкологии и мед. радиологии им. Н.Н. Александрова, но существенной динамики не отмечалось.

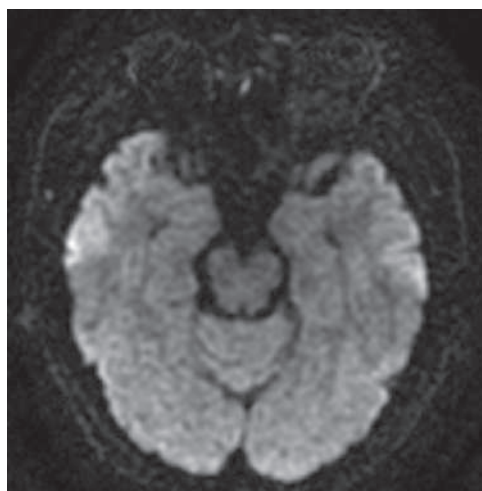


В конце 2021 г. появилась значительная отрицательная динамика наблюдения за состоянием образования в левой орбите: двоение при взгляде вверх и вправо, ограничение и болезненность движений левого глаза и снижение зрения на левый глаз до 0,2.

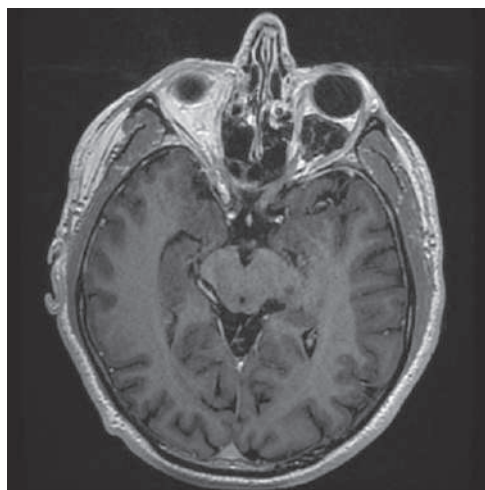
С 16.02.2022 по 11.03.2022 пациент находился на дообследовании и стационарном лечении в НХО РНПЦ ОМР им. Н.Н. Александрова.



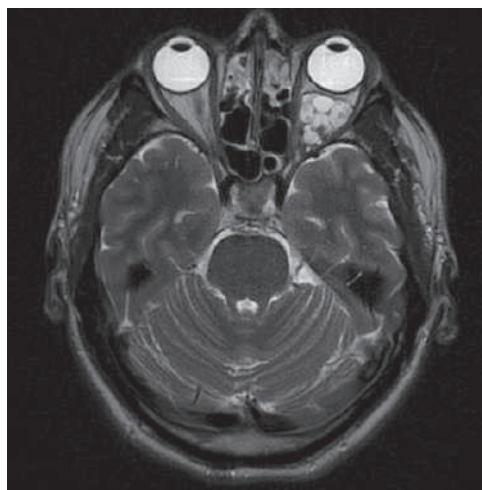
A



B



C



D

Результаты МРТ-исследования пациента до операции: А – режим T2, коронарный срез; В – диффузионно-взвешенный режим, аксиальный срез; С – режим T1 с контрастным усилением, аксиальный срез; D – режим T2, аксиальный срез

Results of MRI examination of the patient before surgery: A – T2 mode, coronal slice; B – diffusion-weighted mode, axial slice; C – T1 mode with contrast enhancement, axial slice; D – T2 mode, axial slice

Окончательный клинический диагноз – синоорбитальное мукоцеле левой орбиты с интракраниальным расположением.

28.02.2022 была произведена краниоорбитальная резекция и удаление опухоли.

С учетом крупных размеров образования и его расположения внутри мышечно-септального конуса с вхождением в канал зрительного нерва, для его удаления был использован модифицированный орбитозигматический доступ (без резекции скуловой дуги), позволивший достигнуть образования, отделить его от окружающих структур и тотально удалить.

На рисунке продемонстрированы данные МРТ на этапе планирования операции, по результатам чего выявлены следующие особенности. Небольшой экзофтальм слева до 0,4 см. В левой орбите за глазным яблоком определяется треугольной формы мультикистозное образование размерами до 2,2×3,1×2,0 см с участками кровоизлияния, без ограничения диффузии, гетерогенно накапливающее контрастное вещество. Левый зрительный нерв смещен медиально, сдавлен до 0,3 см (справа до 0,5 см). По сравнению с представленным МРТ-исследованием от 23.03.2021 отмечается небольшой рост опухоли (на сопоставимых сканах была 2,0×3,0×1,8 см).

При морфологическом исследовании удаленного препарата выявлено располагающееся среди фиброзной ткани мультикистозное образование с остатками эпителия респираторного типа, без признаков цитологической атипии и митотической активности. Установлено, что микроскопическая картина соответствует орбитальной многокамерной кисте (синоорбитальному мукоцеле).

В послеоперационном периоде пациент принимал в течение 2 месяцев нейромидин по 20 мг 2 раза в сутки, троксерутин по 200 мг 3 раза в сутки в течение месяца, местно в левый глаз – инстилляции неванака 3 раза в день – 21 день.

Пациент наблюдался нейрохирургами, производились контрольные исследования:

- МРТ головного мозга (01.03.2022) – на фоне послеоперационных изменений в левой орбите между зрительным нервом и нижней прямой мышцей глаза на уровне зрительного канала нельзя исключить наличие мелкого очага остаточной опухоли. МРТ-картина небольшой эпидуральной гематомы вдоль лобной пазухи слева;
- КТ ГМ (01.03.2022) – остаточная опухоль не определяется. КТ-картина частично лизированной эпидуральной гематомы в левой лобно-височной области.

30.03.2022 и 22.04.2022 пациент был консультирован офтальмологами РЦМР и Б.

Офтальмологический статус: со стороны левого глаза: отек век, отклонение глаза вверх и кнаружи и ограничение его подвижности. Характер зрения одновременный.

Острота зрения: ОД=1,0; ОС=0,2; ВГД (ПТМ) ОД 12 мм / ОС 12 мм.

При последнем посещении офтальмолога РЦМР и Б (22.07.2023) у пациента была отмечена значительная положительная динамика: глаза стоят прямо, движения глазных яблок в полном объеме, характер зрения – бинокулярный.

Острота зрения обоих глаз: ОД=1,0; ОС=0,2–0,3 с диафрагмой 3 мм, острота зрения левого глаза 0,5–0,6; анизокория: зрачок ОС шире ОД, зрачковые реакции ОС ослаблены.

ВГД (ПТМ) – 17/13 мм.

Глазное дно обоих глаз в норме.



■ ВЫВОДЫ

1. Орган зрения, включая глазное яблоко, придатки глаза, зрительные проводящие пути вплоть до зрительных центров в затылочной доле головного мозга, устроен очень сложно и тесно связан анатомически через систему кровообращения, иннервацию (чувствительную, двигательную и вегетативную) с лицевой частью черепа (в том числе с придаточными пазухами носа), основанием черепа, шейей и головным мозгом.
2. Патология в соседних анатомических структурах может отражаться на состоянии органа зрения.
3. Изменения органа зрения, связанные с положением и подвижностью глазного яблока, вызывают значительный косметический и зрительный дискомфорт в виде двоения, косоглазия или экзофтальма.
4. Одной из причин данной глазной патологии являются новообразования орбиты или околоносовых пазух.

■ ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Mineeva L.A., Baranov A.A., Pavlyuchenkov A.P., Aksenfel'd R.G., Kolin'ko A.A. *Ophthalmology for general practitioners: methodological manual*. M.: GEOTAR-Media; 2019. 199 p. (In Russ.)
2. *Otorhinolaryngology: textbook*. O.G. Horov, ed. Minsk: Novoe znanie; 2020. 413 p. (In Russ.)
3. Zolotaryova M.M. *Ophthalmological symptoms in diseases of ENT-organs and oral cavity*. Minsk: Belarus; 1969. 152 p. (In Russ.)
4. Kunickij V.S., Kulikov A.V., Shed'ko V.A., et al. Mucocele of the paranasal sinuses. Experience of usage of topical application of hemostatic agent for sinus wall remedy. *Otorhinolaryngology. Eastern Europe*. 2017;7(1):123–132. (In Russ.)
5. *Ophthalmology: a national handbook*, eds. S.E. Avetisova, E.A. Egorova, L.K. Moshetovoj, V.V. Neroeva, H.P. Tahchidi, eds. M.: GEOTAR-Media; 2014. 735 p. (In Russ.)
6. Balwant S.G., Pinakin D. Paranasal Sinus Mucoceles – Ophtalmic Manifestations, Raiological Imaging, Endoscopic Endonasal Marsupilization and Outcome. *Ophthalmology – Current Clinical and Research Updates*. 2014:567–587. doi: 10.5772/58331