

ГИГАНТСКОЕ ГРИБКОВОЕ ТЕЛО КЛИНОВИДНОЙ ПАЗУХИ С ДЕСТРУКЦИЕЙ ОСНОВАНИЯ ЧЕРЕПА

Г.А. Полев, к.м.н. Т.А. Галкина

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии» ФГБУЗ «КБ №86» ФМБА России

Несмотря на некоторые разногласия относительно классификации грибковых рино-синуситов (ГРС), общепринятая система разделяет ГРС на *инвазивные* и *неинвазивные* в зависимости от степени инвазии мицелия в слизистую оболочку по данным гисто-логического исследования.

К инвазивным ГРС относятся: острый инвазивный (фульминантный) ГРС, гранулематозный инвазивный ГРС и хронический инвазивный ГРС. Группа неинвазивных ГРС включает аллергический грибковый риносинусит и грибковое тело.

Грибковое тело представляет собой плотный конгломерат грибковых гиф в одной из околоносовых пазух (чаще всего верхнечелюстной) без признаков инвазии в слизистую оболочку [1]. Для описания грибкового тела в литературе попеременно использовались различные термины, такие как мицетома, аспергиллома и хроническая неинвазивная гранулема [2]. Использование термина «мицетома» сегодня не считается корректным, поскольку под мицетомой подразумевается локальная хроническая инвазия бактерий или грибов в подслизистый слой с формированием гранулемы. Термин «аспергиллома» также некорректен, так как данный процесс не всегда вызывается грибом рода *Aspergillus*. Общепринятым, таким образом, является термин «грибковое тело». Данный патологический процесс характеризуется следующими критериями: затемнение полости пазухи по данным рентгенологического исследования (при этом может наблюдаться гетерогенность затемнения, слизисто-гноное отделяемое в полости пазухи, плотный конгломерат грибковых гиф при отсутствии признаков инвазии слизистой оболочки), а также неспецифическое хроническое воспаление слизистой оболочки [3].

Интересно, что этот процесс чаще поражает женщин среднего и пожилого возраста, напротив, все формы инвазивного и хронического аспергиллеза чаще обнаруживаются у мужчин [4]. Использование термина «грибковое тело» подразумевает отсутствие инвазии в слизистую оболочку, однако в редких случаях происходит инвазия, к чему предрасполагает иммуносуппрессия, например после трансплантации почки [5].

Грибковое тело имеет характерную крошащуюся консистенцию, также в подавляющем большинстве случаев наблюдается гетероген-

ность затемнения пазухи по данным компьютерной томографии [6]. Приблизительно в 70% случаев диагноз грибкового тела ставится только по данным гистологического исследования и микроскопии, посевы при этом оказываются отрицательными. Общепринятой ранее тактикой являлась биопсия слизистой оболочки пораженной пазухи для установления отсутствия инвазии, однако в литературе описаны случаи развития инвазивного аспергиллеза с летальным исходом после взятия фрагментов слизистой оболочки при наличии грибкового тела в клиновидной пазухе [7]. Таким образом, для постановки диагноза достаточно данных лучевых методов диагностики, интраоперационных наблюдений, а также микроскопического исследования фрагментов грибкового тела. Целью данной работы является оценка эффективности применения оптики с меняющимся углом обзора при эндоскопических операциях на клиновидной пазухе.

Клиническое наблюдение ГРС

Больной Е., 73 лет, поступил с жалобами на двоение в глазах, головную боль умеренной интенсивности. Данные жалобы беспокоили больного около месяца; первое, на что он обратил внимание, была невозможность сфокусировать взгляд на удаленных предметах. Больной был госпитализирован в неврологический стационар с подозрением на инсульт, где 3 недели лечился консервативно без эффекта. В связи с отсутствием эффекта от проводимого лечения

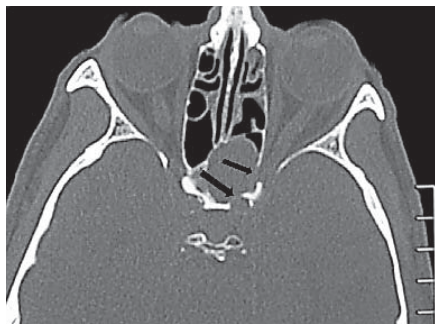


Рис. 1. Компьютерная томограмма (аксиальная проекция) больного Е. Затемнение обеих клиновидных пазух, дефекты костного канала зрительного нерва слева, костного канала левой внутренней сонной артерии

пациенту выполнена магнитно-резонансная томография головного мозга, обнаружено новообразование клиновидной пазухи.

При поступлении в ЛОР-стационар отведение левого глаза полностью отсутствовало. Больной консультирован офтальмологом, диагностировано паралитическое косоглазие левого глаза. Эндориноскопическая картина без особенностей, за исключением участка выбухания и гиперемии слизистой оболочки в области естественного соустья клиновидной пазухи слева. В рамках предоперационной подготовки для представления об объеме костной деструкции выполнена КТ околоносовых пазух. Обнаружена эрозия костного канала зрительного нерва слева, костного канала левой внутренней сонной артерии (рис. 1). Принято решение о необходимости эндоскопической сфеноидотомии с ревизией клиновидной пазухи и, при необходимости, удалении новообразования с последующим его гистологическим исследованием. Предоперационный диагноз: новообразование клиновидной пазухи. Паралитическое косоглазие слева. Произведена сфеноидотомия парасептальным доступом, при этом использовалась оптика ULYSS («Spro-Comeg GmbH», Германия).

Синускоп ULYSS с меняющимся углом обзора особенно удобен при операциях на клиновидной пазухе, поскольку позволяет дойти до расширенного соустья с торцевым углом обзора, а далее провести осмотр полости пазухи с помощью 45, 70 и 100 градусов обзора. В данном случае это особенно значимо, поскольку при расширении естественного соустья и аспирации слизисто-гноного отделяемого было визуализировано грибковое тело, движущееся маятникообразно в соответствии с пульсом пациента. Кроме того, основная масса грибкового тела располагалась ниже уровня естественного соустья. Поэтому возможность смены угла обзора, не выходя при этом из полости пазухи, позволила осмотреть латеральную стенку с выпячиванием канала зрительного нерва, зрительно-каротидное углубление, эрозивный канал внутренней сонной артерии, а также дно клиновидной пазухи. Смена угла обзора внутри клиновидной пазухи ощутимо сэкономила время операции, позволила чувствовать себя «безопаснее» в столь сложной ситуации (рис. 2). Заключительный клинический

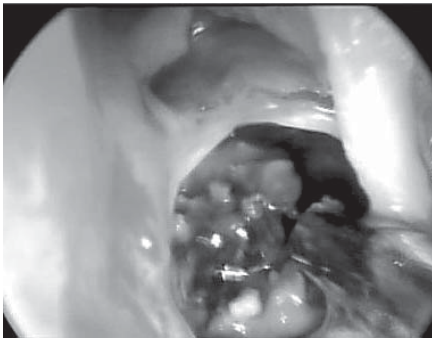


Рис. 2. Эндофотография клиновидной пазухи больного Е. После сфеноидотомии парасептальным доступом визуализировано грибковое тело, движущееся маятникообразно в такт пульсу пациента

диагноз – грибковое тело клиновидной пазухи. Послеоперационный период гладкий. На 5-й день произведен туалет оперированной полости под эндоскопическим контролем. Для лучшего осмотра оперированной полости также использована модель ULYSS. На 7-й день после операции отведение левого глаза восстановилось на 80%, исчезла головная боль. При эндоскопическом исследовании соустье клиновидной пазухи слева широкое, функционирует, что подтверждено данными КТ (рис. 3). Однако в связи с частичным разрушением канала левой внутренней сонной артерии пациенту рекомендовано динамическое наблюдение.

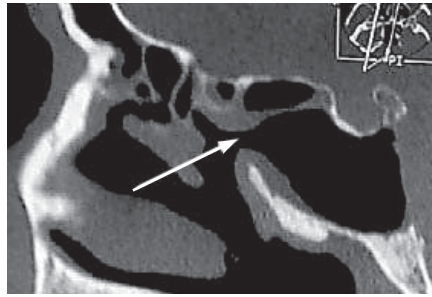


Рис. 3. Компьютерная томограмма больного Е. на 7-е сутки после операции. Воздушность клиновидной пазухи полностью восстановлена, естественное соустье пазухи достаточного размера (указано стрелкой), что обеспечивает адекватную аэрацию пазухи в послеоперационном периоде

Заключение

Использование оптических систем с меняющимся углом обзора является новой вехой в развитии эндоскопической синусхирургии, позволяет экономить время операции, свободнее ориентироваться в одном из наиболее сложных анатомических регионов.

Оптика ULYSS имеет диаметр 4,2 мм, что позволяет хирургу, привыкшему к применению стандартных 4-миллиметровых оптических систем, перейти к использованию новой оптики и ощутить удобство системы «5 в одном» (угол обзора может изменяться от 10 до 100 градусов).

Литература

1. Grosjean P., Weber R. Fungus balls of the paranasal sinuses: a review. *Eur Arch Otorinolaryngol* 2007; 264: 461 – 470.
2. Ferguson B.J. Definitions of fungal rhinosinusitis. *Otolaryngol Clin North Am* 2000; 33: 227—235.
3. deShazo R.D., O'Brien M., Chapin K. Criteria for the diagnosis of sinus mycetoma. *J Allergy Clin Immunol* 1997; 99: 475—485.
4. Dufour X., Kauffmann-Lacroix C., Ferrie J.C., Goujon J.M., Rodier, M.H., Klossek J.M. Paranasal sinus fungal ball epidemiology, clinical features and diagnosis. A retrospective analysis of 173 cases from a single center in France, 1989—2002. *Med Mycol* 2006; 44: 61—67.
5. Gungor A., Adusumilli V. Fungal sinusitis: progression of diseases in immunosuppression – a case report. *Ear Nose Throat J* 1998; 77: 207—215.
6. Dhong H.J., Jung J.Y., Park J.H. Diagnostic accuracy in sinus fungus balls: CT scan and operative findings. *Am J Rhinol* 2000; 14: 227—231.
7. Chakrabarti A., Ponikau J. et al. Fungal Rhinosinusitis: A Categorization and Definitional Schema Addressing Current Controversies. *Laryngoscope* 2009; 119:9: 1809—1818.



(495) 649-82-27
www.medianamed.ru