

УДК: 61.616.06

Экстремальный клинический случай инвазивного грибкового пансинусита.

Умаров Равшан Зияидинович к.м.н., врач-отоларинголог в частной медицинской клинике ООО *Prof Med Service*

Казимов Алибек Бахтиёрович Врач-челюстно-лицевой хирург, хирург головы и шеи в частной медицинской клинике ООО *Prof Med Service*

Нигматов Фарух Фархадович Врач-Отоларинголог в частной медицинской клинике ООО *Prof Med Service*

Аннотация

Пансинусит – воспаление одновременно всех придаточных пазух (синусов) носа. Околоносовые пазухи анатомически связаны между собой естественными соустьями, при неблагоприятном течении воспаления, возникшее в одном из синусов, процесс имеет тенденцию к распространению и на другие пазухи.

Осложнения пансинусита связаны с распространением инфекционного процесса на ближайшие структуры. При проникновении микроорганизмов в кости черепа развивается **остеомиелит**. При прогрессирующем течении пансинусита наблюдается снижение зрения (связано с поражением зрительного перекрёста), ухудшение обоняния. Самыми опасным осложнением является воспаление мозговых оболочек – **менингит**, который без должного лечения приводит к инвалидности или смерти. Если инфекция распространяется контактным путём со стороны лобной пазухи, может сформироваться эпидуральный или субдуральный абсцесс.

Ключевые слова : Грибковый синусит, Аспиргиллез, Палипоз придаточных пазух носа, Эндоскопическая хирургия носа, Сонные Артерии, Передняя черепная ямка, Средняя черепная ямка, Меккеллево пространство. Синусотомия.

Abstract

Pansinusitis is the inflammation of all paranasal sinuses simultaneously. The paranasal sinuses are anatomically connected to each other by natural fistulas; with an unfavorable course of inflammation in one of the sinuses, the process tends to spread to other sinuses.

Complications of pansinusitis are associated with the spread of the infectious process to nearby structures. When microorganisms enter the skull bones, osteomyelitis develops. In the progressive course of pansinusitis, a decrease in vision (related to the damage to the visual crossings) and a deterioration of smell are observed. The most dangerous complication is inflammation of the meninges - meningitis, which, without proper treatment, leads to disability or death. If the infection spreads through contact from the frontal sinus, an epidural or subdural abscess can form.

Keywords: Fungal sinusitis, Aspergilliosis, Parotid sinus paliposis, Endoscopic nasal surgery, Carotid arteries, Anterior cranial fossa, Median cranial fossa, Meckell's space. Sinusotomy.

Annotatsiya

Пансинусит - бурянинг бarchа qo'shimcha bo'shliqlari (sinuslari) ning bir vaqtda yallig'lanishi. Burun yondosh bo'shliqlari anatomik jihatdan bir-biri bilan tabiiy birikmalar

orqali bog'langan bo'lib, sinuslardan birida yuzaga kelgan yallig'lanishning noxush kechishida jarayon boshqa bo'shliqlarga ham tarqalishga moyil bo'ladi.

Pansinusitning asoratlari infeksiyon jarayonning yaqin atrofdagi tuzilmalarga tarqalishi bilan bog'liq. Mikroorganizmlar kalla suyaklariga kirganda osteomiyelit rivojlanadi. Pansinusitning progressiv kechishida ko'rishning pasayishi (ko'rish kesishmasining shikastlanishi bilan bog'liq), hid bilishning yomonlashishi kuzatiladi. Eng xavfli asorat miya pardalarining yallig'lanishi - meningit bo'lib, u to'g'ri davolanmasa, nogironlik yoki o'limga olib keladi. Agar infeksiya peshona bo'shlig'i tomonidan kontakt yo'li bilan tarqalsa, epidural yoki subdural abscess shakllanishi mumkin.

Kalit so'zlar: Zamburug'li sinusit, Aspirgillyoz, Parotid sinus palipozi, Endoskopik burun jarrohligi, Karotid arteriyalar, Oldingi kalla chuqurchasi, O'rta kalla chuqurchasi, Mekkel bo'shlig'i. Sinusotomiya.

Введение.

Экстремальный клинический случай инвазивного грибкового пансинусита. Уникальный клинический случай ввиду чрезмерного роста грибковой инфекции, в придаточные пазухи носа, с инвазией в переднюю и среднюю черепные ямки, с разрушением основной кости и стенок общей сонной артерии. Случай от которого отказались все.

Ввиду неординарного случая, с поражением мозговых структур и структур сонных артерий грибковой инфекцией, мы решили поделиться данным кейсом с коллегами.



Рис.1

Рис.2

Фото после оперативного вмешательства (определение экзофтальма и хемоза глаз и их расположение)

Клинический случай:

Пациент Н. 1966 г.рождения

Пациент обратился в клинику Prof Med Service после отказов в клиниках разного профиля (включая нейрохирургию и онкологию).

С Жалобами : на ухудшение зрения, экзофтальм, отсутствие подвижности глазных яблок, заторможенность, отсутствие носового дыхания, ночное апноэ, не купирующийся головные боли.

Сопутствующийся заболевания : АГ(артериальная гипертензия) III ст, ГБ (гипертоническая болезнь) III ст, РССО 4 (риск сосудисто сердечных осложнений). Аденома простаты, Ожирение III ст. Двусторонний хемоз.

Из анамнеза : Жалобы отмечает в течение длительного времени , за последние 3 месяца состояние резко ухудшилось ввиду чего и было обращение в клиники.

Данные МСКТ до оперативного вмешательства (Рис 4,5,6): Признаки разрушения костных стенок придаточных пазух носа с инвазией образования в области передней-средней черепной ямки, с прорастанием в клиновидную кость, с деструкцией стенок общей сонной артерии.

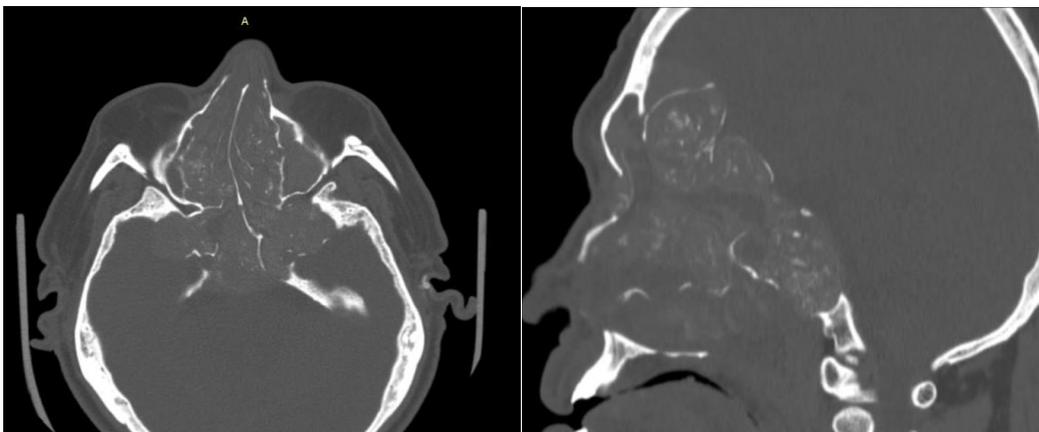


Рис.4

Рис.5



Рис.6

Риноскопия : не возможна ввиду облитерации носовых ходов палипозными массами с вязкими выделениями (что в свою очередь наталкивает нас верность предоперационного диагноза).

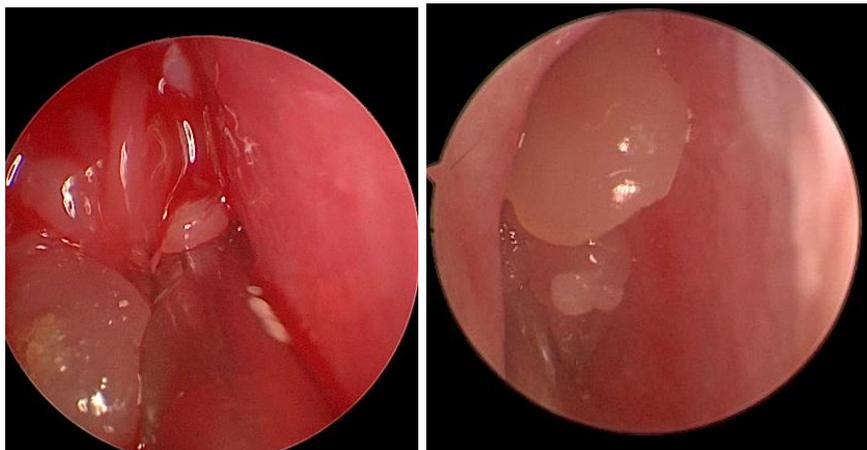


Рис. 7

На основе клинических и лабораторных исследований был поставлен диагноз: Грибковый инвазивный пансинусит с прорастанием в переднюю среднюю черепную ямку, клиновидную кость и Меккельево пространство с двух сторон.

Было проведено оперативное вмешательство по поводу удаления грибковых масс:

1. Проведена микродебрирование палиппозных масс (Рис.7), с удалением крючковидных отростков (Рис.8), медиализацией остатков средних носовых раковин (Рис.9), раскрытием верхнечелюстных пазух (рис. 10), передних и задних решеток, с коагуляцией передних и задних решетчатых артерий (рис. 11), а также клиновидной артерии слева. (рис. 12)

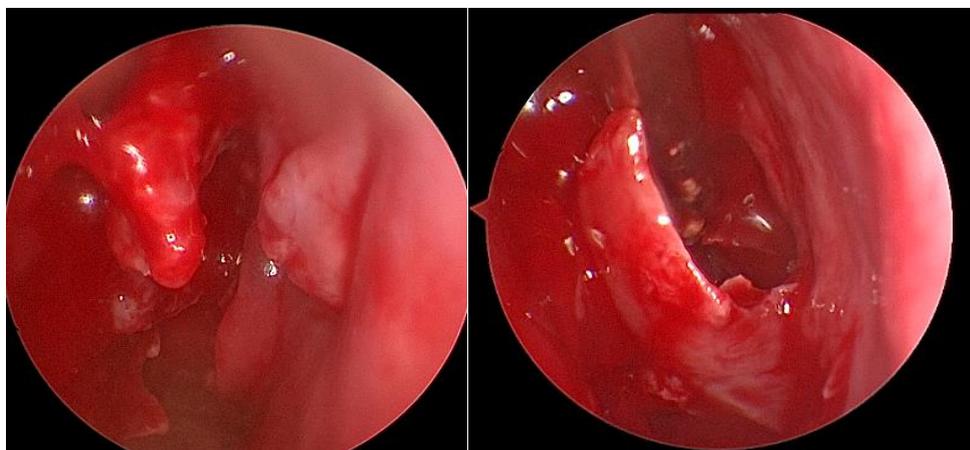


Рис. 8 измененные крючковидные отростки (правый носовой ход и левый соответственно)

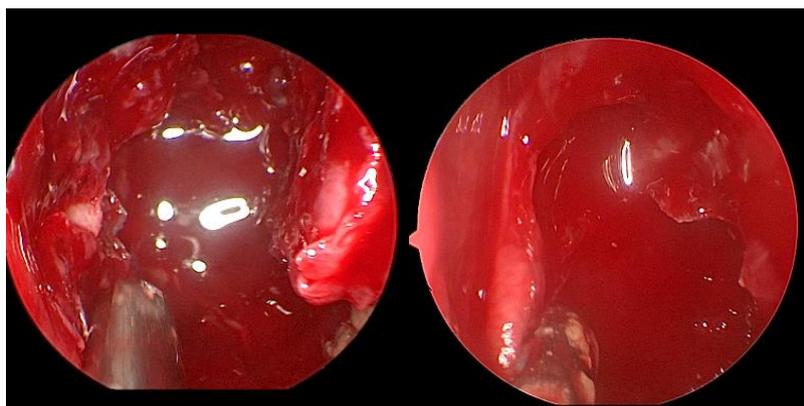


Рис 9



Рис 10 левая верхнечелюстная пазуха с обзора оптикой 70°

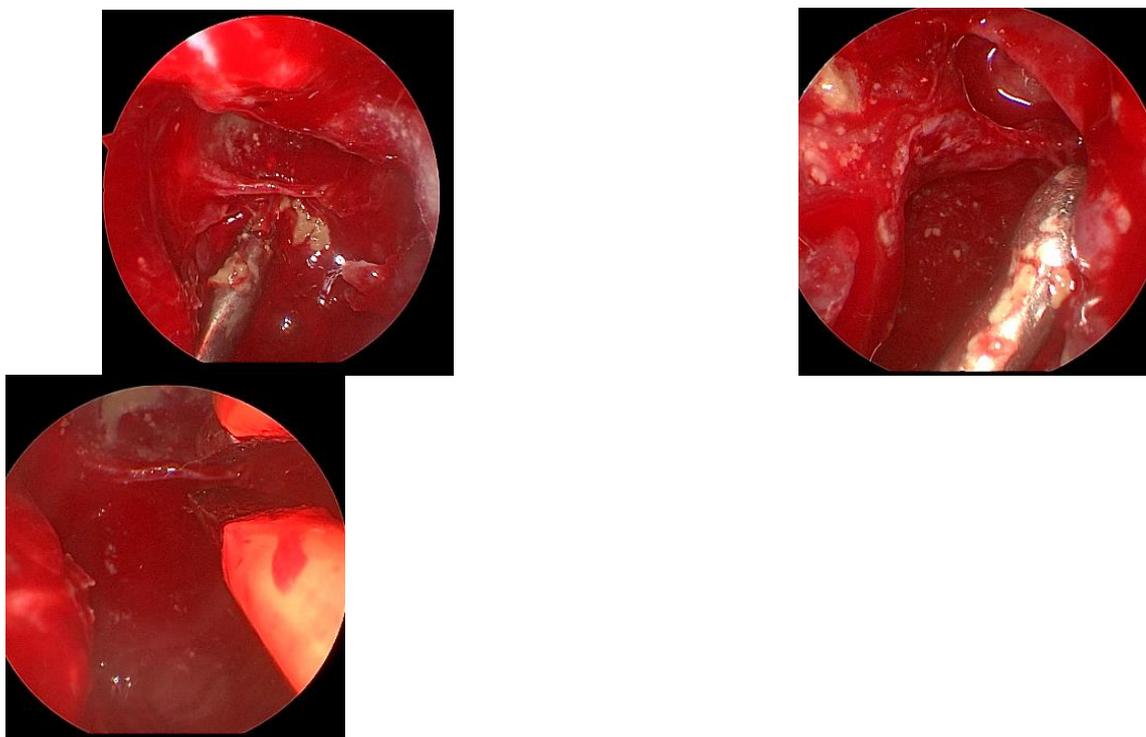


Рис 11 передняя и задняя решетчатые артерии вид со стороны левой полости носа

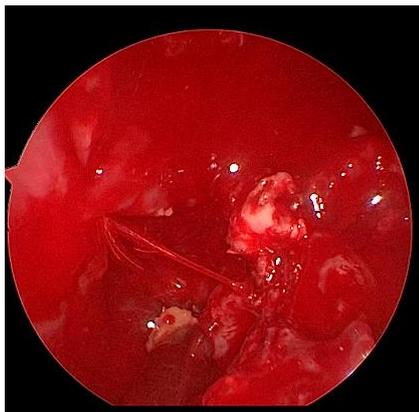


Рис 12 кровотечение из крылонебной артерии

2. Раскрытие основной пазухи (рис. 13) с санацией грибковых масс , где мы визуализируем ход внутренней сонной артерии (рис. 14,15)

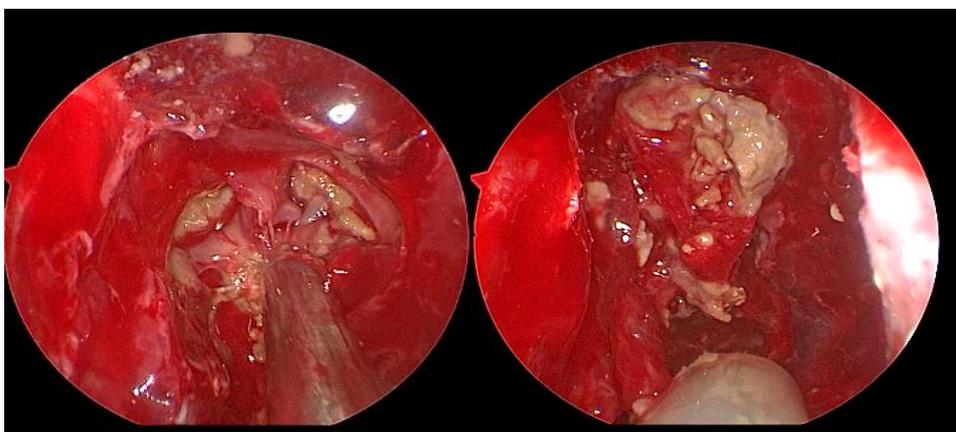


Рис.13

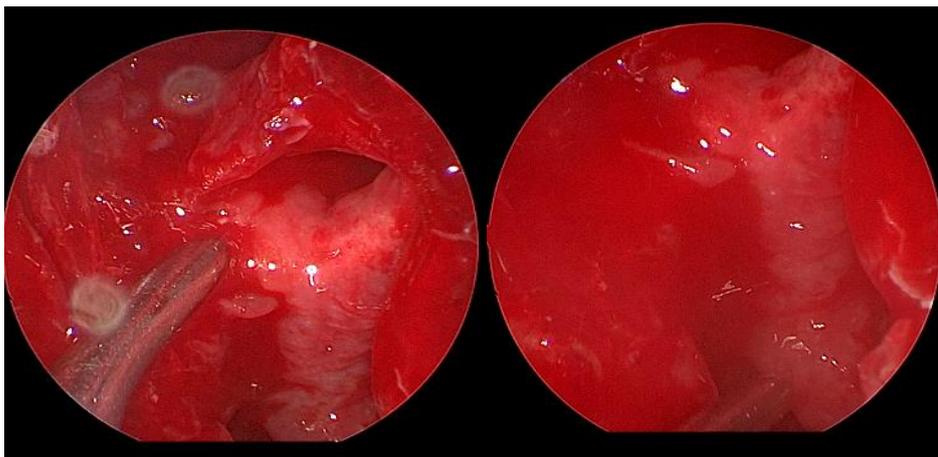


Рис 14. Визуализация левого оптико-каротидного кармана, с оголенной внутренней сонной артерией (клиновидный сегмент) , и ее ходом в пещеристый сегмент

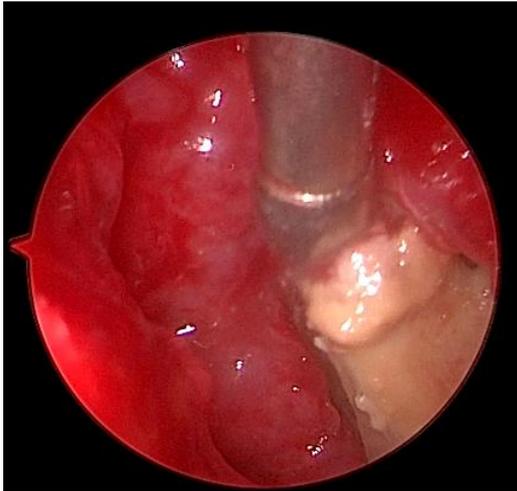


Рис 15. Продолжение нисхождения внутренней сонной артерии .



Рис 16 твердая мозговая оболочка .

3. Проведена санация придаточных пазух носа справа, с раскрытием передней и средней черепной ямки без нарушения целостности твердой мозговой оболочки, удаление всех грибковых масс.
4. Проведена асептическая обработка, закрытие открытых участков твердой мозговой оболочки и сонной артерий Surgicel , постановка пальчиковых тампонов .
5. Проведена экстубация. Пациент находится в отделе реанимации интенсивной терапии. Состояние удовлетворительное.

Постоперационное исследование МСКТ (рис.17) : состояние после эндоскопической санации придаточных пазух носа, передней средней черепной ямки, клиновидной кости. С умеренной инфильтрацией тканей мозга, в послеоперационном поле.

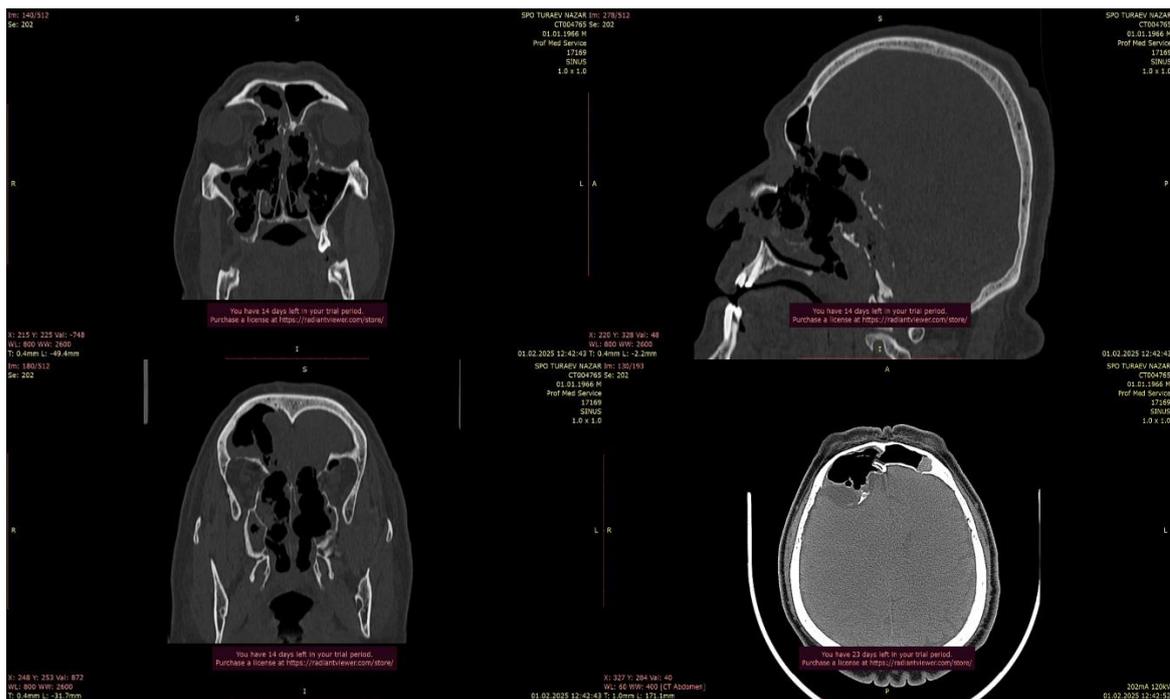


Рис.17

Прогноз и профилактика.

В данном клиническом кейсе мы наблюдаем запущенный случай грибкового пансинусита с вытекающими осложнениями, с невероятной удачей самого пациента, так как относительно временных рамок он не получил, несопоставимых с жизнью осложнений.

В настоящее время пансинуситы, любого характера при своевременном обращении в клиники и начатой консервативной терапии или же проведенных оперативных вмешательствах с использованием эндоскопических систем, быстро поддаются лечению с минимальными возможными осложнениями и реабилитационным периодом. Ввиду чего в современном мире, редко определяются на столько запущенные случаи. Это должно быть еще одной тенденцией к развитию медицины отдаленных регионов и оснащению их современными методами диагностики, и лечения.

Литература.

1. Ahn, J., et al. (2020). Management of Chronic Rhinosinusitis and Pansinusitis. *Otolaryngology–Head and Neck Surgery*, 163(2), 203-212. doi:10.1177/0194599820911250.
2. Liu, J., et al. (2021). Pansinusitis: Etiology and Treatment Approaches. *International Forum of Allergy & Rhinology*, 11(5), 759-766. doi:10.1002/alr.22712.
3. Hwang, P. H., et al. (2018). Sinusitis and Its Complications. *JAMA Otolaryngology–Head & Neck Surgery*, 144(6), 527-533. doi:10.1001/jamaoto.2018.0671.
4. Fong, K. W., et al. (2020). Advances in the Management of Pansinusitis. *Laryngoscope Investigative Otolaryngology*, 5(1), 60-67. doi:10.1002/lio2.349.
5. Feldman, R., et al. (2019). Pansinusitis: An Update on Management Strategies. *Clinical Reviews in Allergy & Immunology*, 56(2), 223-233. doi:10.1007/s12016-018-8710-2.