

УДК 617.76-006-053.6

А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛБАЕВА, С.К. ИСМАИЛОВА

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, г. Алматы

КРАНИООРБИТАЛЬНАЯ ОПУХОЛЬ У ПОДРОСТКА

Краниоорбитальные новообразования – редкая патология, требующая участия разных специалистов. Больной Н, 17 лет, обратился с жалобами на покраснение глаза. При обследовании с помощью МРТ и КТ выявлена краниоорбитальная опухоль, представляющая большие трудности в ее хирургическом лечении, поскольку занимает обширную область с захватом лобной кости и глазницы.

Ключевые слова: опухоль, краниоорбитальная область, лобная кость, решетчатая пазуха.

Среди краниоорбитальных опухолей встречаются как доброкачественные, так и злокачественные новообразования [1]. Патология краниоорбитальной области привлекает внимание хирургов различных специальностей, вследствие близких и сложных анатомических взаимоотношений полости черепа, орбиты и придаточных пазух носа [2]. В связи с этим удаление опухолей, которые изначально локализовались в полости черепа либо в придаточных пазухах носа, а затем проросли в полость орбиты, – более трудная задача [3]. В нашей практике наблюдался редкий случай краниоорбитальной опухоли, как случайная находка.

Больной Н., 1997 г.р., обратился с жалобами на периодическое покраснение левого глаза с ноября 2013 года. Объективно: $\text{vis OU} = 1,0$, ВГД $\text{Po OD} - 17,0$, $\text{OS} - 12,0$ мм рт.ст. Отмечается асимметрия глазных щелей.

OS: Глазное яблоко выстоит вперед, небольшое ограничение подвижности кверху. Глазная щель смыкается полностью. Экзофтальмометрия: $\frac{18}{120}$. Передний отрезок: роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, зрачок круглый, хрусталик прозрачный. На глазном дне: OU – ДЗН бледно-розовый, границы четкие. Э/Д 0,6. Вены полнокровные, макулярная область без особенностей.

Рекомендовано:

1. OU – УЗИ
2. МРТ, КТ
3. Обследование на глаукому.

Заключение ультразвукового исследования:

OD – ПЗР- 23, 80; передняя камеры – 3, 62; хрусталик – 4, 0.

OS – ПЗР-23, 90; передняя камера – 3, 42; хрусталик – 3, 95.

OU – Полость глаза без особенностей.

OS – в ретробульбарном пространстве выше диска зрительного нерва визуализируется тень низкой эхогенности размерами $\approx 11,4 \times 14,4$ мм (рис.1).

Рекомендовано: МРТ.

Результаты МРТ:

На полученных T1- и T2-взвешенных изображений суб- и супратенториальных структур мозга слева определяется образование ячеистой структуры, которое захватывает верхне-внутренний квадрант орбиты, переходит на лобную пазуху и ячейки решетчатого лабиринта. Большая часть образования расположена интракраниально, перифокального отека не видно. Размеры образования до 5 см. Интракраниально по внутреннему краю процесса имеется скопление газа. Кранио-цервикальный переход, стволовые отделы мозга и мозжечок не имеют локальных изменений. Срединные структуры мозга не смещены. Объем желудочков мозга не увеличен, симметричность сохранена.

Заключение: Кранио-орбитальная опухоль слева.

Результаты компьютерной томографии. В костном режиме: увеличение левой половины лобной пазухи с деструкцией лобной кости слева, верхне-медиального

отдела левой глазницы, в центральной части мягкотканым компонентом, плотностью до 29 ед.Н и с компрессией левой лобной доли и левой глазницы. Срединные структуры не смещены. В гайморовых пазухах отмечаются гиподенситные участки, до 25 ед.Н, с четкими контурами и утолщение слизистой ячеек решетчатого лабиринта (рис. 2).

Заключение: КТ-признаки образования лобной кости с компрессией левой лобной доли и левой глазницы, кист гайморовых пазух, этмоидита.

Больной консультирован нейрохирургом: Краниоорбитальное оссифицированное новообразование слева. Киста гайморовой пазухи, этмоидит. Рекомендовано наблюдение в течение полугода.

Описанный случай представляет интерес в связи с отсутствием явной клинической картины, несмотря на большие размеры опухоли [4]. Хирургическое удаление

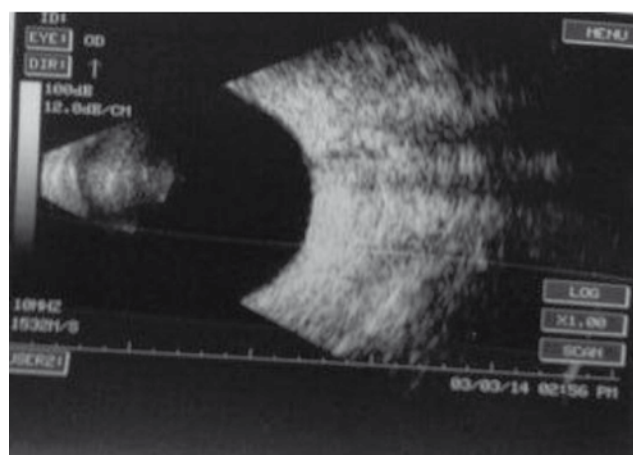


Рисунок 1- Ультразвуковое исследование орбитальной части новообразования

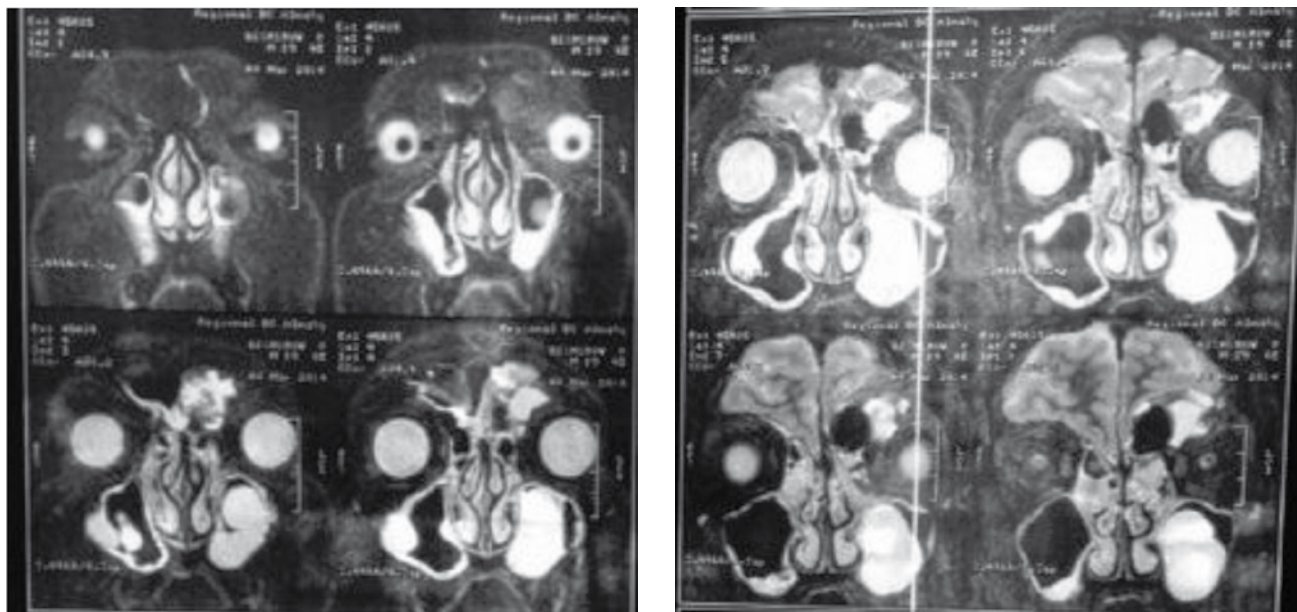


Рисунок 2 – Новообразование лобной кости и левой орбиты

опухоли сопряжено с большими трудностями, связанными с областью и протяженностью новообразования, а также с анатомическими и косметическими последствиями [5].

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Белов Ф.И., Черкаев В.Ф., Шишкин Л.В. Кранио-орбитальные внутрикостные гемангиомы // Журнал вопросы нейрохирургии им. Н.Н. Бурденко. – 2011. – №3. – С. 83-88
- 2 Голубев С.Ю. Краниоорбитальные псевдоопухолевые новообразования. Клинические особенности, показания к оперативному лечению // Сб. трудов «Опухоли и опухолеподобные заболевания органа зрения». – М, 2007. – С. 114-115
- 3 Закондырин Д.Е., Рябуха Н.П., Берснев В.П. Хирургическое лечение новообразований краниоорбитальной области // Бюллетень сибирской медицины. – 2008. – №5. – С. 62-65
- 4 Зозуля Ю.А., Трош Р.М. Краниоорбитальные опухоли // Киев: Здоров'я, 1988. – 152 с.
- 5 Шуголь О.А. Новообразования краниоорбитальной области: автореф. дисс. ... канд. мед. наук, Челябинск, 2006. – С. 22

ТҰЖЫРЫМ

**А.Ж. АУБАКИРОВА, З.Т. УТЕЛБАЕВА,
С.К. ИСМАЙЛОВА**

С.Ж. Асфендияров атындағы қазақ ұлттық медицина университеті, Алматы қ.

ЖАСӨСПІРІМНІҢ КРАНИООРБИТАЛЬДІ ІСІГІ

Жасөспірімдердегі краниоорбитальді ісіктер қатерлі және қатерсіз болады. Олар хирургиялық емдеу кезінде қиындықтар туғызады. Науқас Н, 17 жаста, сол көзінің қызаруына шағымданып дәрігерге келді. Сыртқы қарау арқылы сол көздің қыймылының шектелгені, экзофтальм бар екені анықталған. МРТ және КТда маңдай сүйегінің сол жақ бөлігінің және көз шарасының, компрессия краниоорбитальді ісікгі анықталған. Нейрохирург кеңесінен: жарты жыл ішінде бақылауда болу.

Негізгі сөздер: ісіктер, краниоорбитальді аймақ, маңдай сүйегі, торлы қуыс.

SUMMARY

**A.Zh. AUBAKIROVA, Z.T. UTELBAYEVA,
S.K. ISMAILOVA**

*Kazakh national medical university
n.a. S.D. Asfendiyarov, Almaty c.*

CRANIO-ORBITAL TUMOR IN A TEENAGER

Tumors of the cranio-orbital region can be benign or malignant. They are great difficulties in the surgical treatment. Patient H, aged 17, complained of redness of the left eye. The examination revealed limited mobility, light proptosis. When MRI and CT installed cranio-orbital tumor with compression of the left frontal lobe and left eye socket. Consult a neurosurgeon: recommended observation for six months.

Key words: tumor, cranio-orbital region, frontal bone, ethmoid sinus.