



ХРОНИЧЕСКИЙ СФЕНОИДИТ, НЕВРОЛОГИЧЕСКАЯ СИМПТОМАТИКА, СОВРЕМЕННЫЙ ПОДХОД К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ

А. В. Кутина

CHRONIC SFENOIDIT, NEUROLOGICAL SYMPTOMS, MODERN APPROACH TO DIAGNOSIS AND TREATMENT

A. V. Kutina

ГОУ ФПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова»

(Зав. каф. оториноларингологии с клиникой – проф. С. А. Карпищенко)

Сфеноидит – заболевание, характеризующееся воспалительными процессами слизистой оболочки в области клиновидной пазухи носа. Частота воспалительного процесса в клиновидной пазухе составляет 19–58 % от всех синуситов.

Глубокое расположение клиновидной пазухи в основании черепа и ее соседство со зрительными и другими черепно-мозговыми нервами объясняет многообразие клинических проявлений сфеноидита. Яркие клинические симптомы поражения зрительных и других черепно-мозговых нервов нередко трактуются как офтальмологические, сосудистые и неврологические. Это осложняет диагностирование сфеноидита и приводит к отсутствию своевременного адекватного лечения.

Распознавание воспалительного процесса в клиновидной пазухе традиционными рентгенологическими методами представляет существенные трудности. Существует мнение, что в отношении выявления сфеноидитов имеет место «рентгенологическая гиподиагностика».

Применение компьютерной томографии (КТ) в 2D и 3D-проекциях и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки сделало обычным диагноз сфеноидита, который ранее даже не упоминался в отчетах как самостоятельная нозологическая форма.

Поскольку диагностика сфеноидита сложна, патология этой пазухи может обусловить необходимость консультаций многих специалистов – отоларинголога, офтальмолога, невролога, нейрохирурга, психиатра.

Все сказанное выдвигает изучение возможностей современных методов диагностики и лечения заболеваний клиновидной пазухи в одну из актуальных проблем клинической медицины.

Ключевые слова: компьютерная томография, сфеноидит, эндоскопическая сфенотомия.

Библиография: 7 источников.

Sfenoidit is a disease characterized by inflammatory processes of mucous in the sphenoid sinus of the nose. The frequency of the inflammatory process in the sphenoid sinus is 19-58% of all sinusitis. Great location in sphenoid sinus at the base of the skull and its neighborhood with Visual and other cranial-cerebral nerves explains the variety of clinical manifestations of sfenoidita. Clinical vivid visual symptoms and other cranial nerves are often treated as ophthalmologic, vascular and neurological. This complicates the diagnosis of sfenoidita and leads to a lack of timely and adequate treatment. Detection of inflammatory process in sphenoid sinus traditional x-ray techniques is significant difficulties. There is an opinion that in identifying the sfenoiditov is "gipodiagnostika"-Ray. The use of computed tomography (CT) in 2D and 3D projections and endoscopic study of the nasal cavity and nasopharynx made the usual diagnosis sfenoidita, which previously was not even mentioned in reports as a distinct nosologic form.

Because the diagnosis of sfenoidita complex, this sinus pathology might necessitate consultation of many experts – Otolaryngologist, ophthalmologist, neurologist, neurosurgeon and psychiatrist.

What makes study of the possibilities of modern methods of diagnosis and treatment of sphenoid sinus to one of the topical issues of clinical medicine.

Key words: computed tomography, sfenoidit, endoscopic sfenotomiâ.

Bibliography: 7 sources.

Симптоматика хронического сфеноидита зависит в основном от формы процесса (закрытая, открытая) и путей распространения гуморальных дериватов воспалительного процесса, что, в свою очередь, определяется анатомическим строением клиновидной пазухи (ее объемом, толщиной костных стенок, наличием в них дигисценций, сосудистых эмиссариев и др.). Расположение клиновидной пазухи у основания черепа и в непосред-

ственной близости к важным мозговым центрам (гипофиз, гипоталамус, другие подкорковые ганглии, система пещеристых синусов и др.) может обуславливать появление прямых и реперкуSSIONных симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс этих образований [1]. Поэтому симптоматика хронического сфеноидита, хотя и стертая, и скрытая, и замаскированная признаками, например этмоидита, все же содер-



жит в себе элементы «специфичности», касающиеся указанных выше «реперкуссионных» симптомов, мало характерных для заболеваний других околоносовых пазух [4]. Примерами таких симптомов могут быть начальные проявления оптико-хиазмального арахноидита, парез отводящего нерва и др. [2]

«Закрытая» форма хронического сфеноидита, характеризующаяся отсутствием сообщения пазухи с носоглоткой (отсутствие дренажной функции), проявляется значительно более выраженными симптомами, чем «открытая» форма, при которой экссудат, образующийся в пазухе, свободно выделяется через естественные дренажные отверстия. При закрытой форме (отсутствие выделений в носоглотке) больные предъявляют жалобы на полноту и тяжесть в голове, распирающие в периназальной области и в глубине орбит, постоянные, периодически обостряющиеся головные боли, иррадиирующие в темя и орбиты, усиливающиеся при потряхивании головой. Для болевого синдрома при хроническом сфеноидите характерен симптом «постоянной болевой точки», локализация которой строго индивидуальна для каждого больного. Симптом строго повторяется в одном и том же месте при каждом обострении воспалительного процесса. Головные боли при закрытой форме хронического сфеноидита обусловлены не только давлением на чувствительные нервы накапливающимся экссудатом, но и характерным для любого хронического синусита невритом чувствительных нервных окончаний, альтерация которых воспалительными токсинами приводит к возникновению периваскулярной невралгии и нейропатий, характерных для синдромов Сладера, Чарлина, Харриса и др. [2] К таким фиксированным болевым локусам могут относиться боли, иррадиирующие в супра- и инфраорбитальную области, определенные зубы, область сосцевидного отростка и верхние отделы шеи. При сочетании хронического сфеноидита с хроническим этмоидитом возможна гипосмия. Закрытый тип процесса приводит к гнилостному распаду тканей клиновидной пазухи и к объективной и субъективной какосмии. Характерным признаком хронического сфеноидита является снижение остроты зрения даже в отсутствие признаков оптико-хиазмального арахноидита, а также нередко случаи временной, до излечения заболевания, гипоакузии.

При «открытой» форме хронического сфеноидита главной жалобой больных являются сетования на наличие вязких, дурно пахнущих выделений в носоглотке, которые высыхают в желто-серо-зеленые корки. Для удаления этих выделений и корок больные вынуждены прибегать к промыванию полости носа и носоглотки различными растворами.

К объективным местным симптомам хронического сфеноидита относятся: гиперемия слизистой оболочки носа и паренхиматозная гипертрофия носовых раковин; недостаточно эффективное действие сосудосуживающих средств; в носовых ходах – гнойные выделения, высыхающие в трудно отделяемые корки; в обонятельной щели определяется скопление вязкого гноя и мелких полипов, что может указывать на сопутствующий хронический этмоидит [8, 9]. На задней стенке глотки – стекающий из носоглотки вязкий гной и корки; при задней риноскопии иногда может быть обнаружен полип, исходящий из клиновидной пазухи, покрытый гнойными выделениями, истекающими из верхнего носового хода и покрывающими задний конец средней носовой раковины. Последний гипертрофирован, нередко полипнозно изменен. Гнойные выделения, стекающие по задней стенке глотки, скапливаются в гортаноглотке и высыхают в трудно отхаркиваемые корки.

Хронический сфеноидит, как правило, отличается вялым течением, некоторой скудостью ринологических симптомов и в основном может быть охарактеризован теми же критериями, что и хронические воспалительные процессы в других околоносовых пазухах [10]. Однако при хроническом сфеноидите на первый план нередко выступают симптомы общего характера, например признаки неврологических и астеновегетативных нарушений (нарушение сна, ухудшение памяти, утрата аппетита, повышенная раздражительность). Нередки желудочно-кишечные расстройства из-за постоянного заглатывания гнойных масс, скапливающихся в гипофаринксе. Как отмечает А. С. Киселев, у отдельных больных может развиваться тяжелое ипохондрическое состояние, требующее психиатрического лечения. Вероятно, указанные неврологические нарушения обусловлены токсикогенным и паторефлекторным влиянием очага хронического воспаления, находящегося в непосредственной близости от гипоталамической и лимбико-ретикулярной систем. Об этом, в частности, свидетельствуют признаки нарушения эмоциональной сферы, появление центрального головокружения, изменений углеводного обмена и др. [3].

Эволюция хронического сфеноидита, как и при хронических воспалительных процессах других околоносовых пазух, может происходить как в сторону выздоровления, так и в направлении усугубления местных и общих проявлений заболевания, а при неблагоприятных условиях (общие инфекции, снижение иммунитета, некоторые системные заболевания) возникает опасность (чаще чем при хронических воспалительных процессах в других околоносовых пазухах) возникновения ряда тяжелых осложнений (флегмона ор-



биты, неврит зрительного нерва, пахименингит основания черепа, оптико-хиазмальный арахноидит, абсцесс головного мозга, тромбоз пещеристого синуса и др.) [6, 7].

Цель исследования. Совершенствование диагностики заболеваний клиновидной пазухи и изучение эффективности эндоназальной эндоскопической сфеноотомии.

Пациенты и методы. На базе клиники оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова нами было обследовано 12 больных с хроническим односторонним сфеноидитом, 3 – с левосторонним сфеноидитом, 9 – с правосторонним сфеноидитом. Возраст больных варьировал от 23 до 47 лет, из них 10 женщин, 2 мужчин.

Пациенты были осмотрены в амбулаторном порядке и проходили следующий объем исследований.

1. Полное клиническое обследование, включающее направленный сбор анамнеза применительно к поставленной цели и осмотр больного специалистами (отоларингологом, неврологом, офтальмологом, терапевтом).

2. КТ придаточных пазух носа в 2D и 3D-проекциях.

3. Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки.

Результаты исследования и анализ. В 10 случаях из 12 пациентов беспокоили сильные головные боли. Первичное их обращение было к врачу-неврологу. Этим пациентам проводился объем исследований, описанный выше, и в результате был установлен точный диагноз с помощью КТ ППН в 3D-проекции – хронический сфеноидит.

Другие 2 пациентов жаловались на головную боль, выделения из носа гнойного характера, заложенность носа. Также был выполнен объем исследований и установлен диагноз – хронический сфеноидит.

Всем пациентам была выполнена эндоскопическая сфеноотомия под наркозом. Послеоперационный период протекал без особенностей. После оперативного лечения пациенты чувствовали себя удовлетворительно.

Ниже представлены два наиболее интересных случая.

Случай 1. Пациентка, 34 лет, жалобы на головную боль более 15 лет. Наблюдалась у невролога, был поставлен диагноз мигрень. В клинике оториноларингологии была обследована и поставлен диагноз хронический правосторонний сфеноидит. Выполнена эндоскопическая сфеноотомия под наркозом, после оперативного лечения на следующий день больная почувствовала, что головная боль больше не беспокоит.

Случай 2. Пациент, 27 лет, жалобы на периодические гнойные выделения из носа, заложенность носа, тяжесть в области переносицы в течение 3 лет. Наблюдался у ЛОР-врача, получал антибактериальную терапию, выполнялось рентгенологическое исследование ППН. В клинике оториноларингологии был проведен комплекс исследований и установлен точный диагноз – хронический правосторонний сфеноидит. Пациент получил оперативное лечение – эндоскопическую сфеноотомию справа, послеоперационный период протекал спокойно, и жалобы уменьшились на вторые сутки после операции.

Выводы

1. Необходим комплексный междисциплинарный подход для уточнения диагноза.
2. Использование компьютерной томографии в 3D-проекции позволяет получить наиболее полную информацию о состоянии клиновидной пазухи для выявления затемнения, изменения костных стенок пазухи и выяснения вариантов ее строения.
3. Эндоназальная эндоскопическая сфеноотомия, проводимая через область естественного соустья клиновидной пазухи, является эффективным, щадящим, безопасным методом хирургического лечения больных сфеноидитом с хорошими отдаленными результатами.

ЛИТЕРАТУРА

1. Балабанцев А. Г., Белицкий С. П., Богданов В. В. Использование ультразвуковой эхолокации и термографии в дифференциальной диагностике заболеваний верхнечелюстных пазух // 6-й съезд оториноларингологов РСФСР. – Оренбург, 1990. – С. 60–61.
2. Благовещенская Н. С. Классификация кохлеовестибулярных нарушений при черепно-мозговой травме. Классификация черепно-мозговой травмы. – М., 1992. – С. 32–34.
3. Киселев А. С. Хронический сфеноидит. – СПб.: ВМедА, 1997. – 47 с.
4. Крюков А. И., Шубин М. Н. Риногенная цефалгия. Современные вопросы аудиологии и ринологии: тез. – Курск, 2000. – С. 171–172.
5. Мосихин С. Б. Стимуляция процессов регенерации в терапии острого бактериального верхнечелюстного синусита: автореф. ... докт. мед. наук. – М., 1996. – 28 с.
6. Пискунов С. З., Пискунов И. С., Лудин А. М. Изолированные поражения клиновидной пазухи. Курский государственный медицинский университет, 2004. – 152 с.
7. Плужников М. С., Усанов А. А., Каленов В. Е. Диагностика сфеноидитов с помощью контрастного рентгенологического исследования // Вестн. оторинолар. – 1985. – № 6. – С. 36–40.



8. Плужников М. С., Усанов А. А. Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов: метод. рекомендации. – Л., 1989. – 15 с.
9. Счастликова Г. П. Повышение эффективности лечения больных хроническим сфеноидитом методом длительного дренирования клиновидных пазух // Сб. тр. МЗ РСФСР, Моск. НИИ уха, горла и носа. – 1978. – Вып. XXIV, С. 87–91.
10. Усанов А. А. Комплексная диагностика сфеноидитов / Оториноларингология. Науч. тр. 1-го Ленинградского мед. ин-та, посвященные 100-летию со дня рождения заслуж. деятеля наук, проф. В. Ф. Ундрица. – Л., 1991. – С. 145–155.
11. Хохлачев С. М. Профилактика и лечение острых синуситов у больных с черепно-мозговой травмой: автореф. ... канд. мед. наук. – М., 2008. – 14 с.

Кутина Анна Владимировна – клинический ординатор каф. оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. 197022, Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д. 6/8, тел.: 8-921-319-93-36, e-mail: kutik-an@rambler.ru

УДК 614.7+658.21:616.2

ГИГИЕНИЧЕСКАЯ ОЦЕНКА ВЛИЯНИЯ ЭКОЛОГИЧЕСКИХ ФАКТОРОВ НА ФОРМИРОВАНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ПАТОЛОГИИ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ НАСЕЛЕНИЯ ПРОМЫШЛЕННОГО ЦЕНТРА

В. А. Ляпин¹, В. П. Казаковцев²

HYGIENIC ASSESSMENT OF INFLUENCE OF ECOLOGICAL FACTORS ON THE CASE RATE OF CHRONIC DISEASES OF THE TOP RESPIRATORY TRACTS OF ADULT POPULATION OF THE INDUSTRIAL CENTRE

V. A. Lyapin, V. P. Kazakovtsev

¹ *Институт комплексных проблем гигиены и профессиональных заболеваний Сибирского
отделения РАМН РФ, Омск*

(Директор – засл. врач РФ, проф. В. В. Захаренков)

² *МУЗ «Омская городская клиническая больница № 1 им. А. Н. Кабанова»*

(Главный врач – Г. Ф. Соболев)

Целью ретроспективного исследования было проведение анализа влияния экологических факторов риска на хроническую заболеваемость верхних дыхательных путей взрослого населения в крупном промышленном центре Западной Сибири – г. Омске.

Методы исследования: использовался корреляционный статистический анализ данных, проведенный с использованием пакета стандартных статистических программ Statistica 6.0, где были выделены ведущие факторы риска, негативно влияющие на заболеваемость верхних дыхательных путей населения г. Омска в период с 1970 по 2009 г.

Результаты: Условия проживания населения в крупном промышленном центре Западной Сибири в течение изученного периода были стабильно неблагоприятными. Ведущими установленными факторами, оказывающими влияние на формирование заболеваемости взрослого населения крупного промышленного центра за анализируемый период, являлись экологические (антропогенное загрязнение атмосферного воздуха, воды поверхностного водоисточника и почвы). Показатели заболеваемости взрослого населения г. Омска характеризуются высоким ее уровнем без тенденции к снижению.

Выводы. В изучаемый период в г. Омске имело место сочетание экологических факторов риска развития, которое способствовало росту заболеваемости.

Ключевые слова: болезни органов дыхания, ЛОР-патология, хронические болезни верхних дыхательных путей, заболеваемость, факторы риска.

Библиография: 5 источников.

Carrying out the analysis of influence of ecological risk factors on a chronic case rate of the top respiratory tracts of adult population in the large industrial center of Western Siberia Omsk was the purpose of retrospective research.

Research methods: the correlation statistical analysis of the data which has been carried out with use of a package of the standard statistical Statistica 6.0 programs where the leading risk factors which are negatively