



заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59; **Меланьин** Владимир Дмитриевич – докт. мед. наук, профессор, гл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59; **Лекишвили** Михаил Васильевич – докт. мед. наук, зав. лабораторией «Тканевой банк» ЦИТО им. Н. Н. Приорова. 125299, Москва, ул. Приорова, д. 10; **Жидков** Игорь Леонидович – руководитель отделения экспериментальной хирургии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Зеянин** Александр Сергеевич – зав. хирургическим отделением РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Ситниченко** Надежда Васильевна – ст. н. с. отделения экспериментальной хирургии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Ясаков** Сергей Олегович – врач-рентгенолог отделения рентгенологии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, тел.: 8-903-584-20-95; **Нелюбин** Сергей Павлович – зав. отделением рентгенологии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2, тел.: 8-499-248-16-33; **Кочарян** Евгения Захарьевна – ст. н. с. отделения патологической анатомии РНЦХ им. акад. Б. В. Петровского РАМН. Москва, Абрикосовский пер., д. 2; **Агаронова** Зоя Борисовна – мл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. Москва, ул. Гамалеи, д. 15, тел.: 8-499-196-64-59.

УДК: 616.216.23-002-07-08

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ПРОБЛЕМУ СФЕНОИДИТА

А. М. Ашуров

MODERN SIGHT AT A PROBLEM SPHENOID SINUSITIS

A. M. Ashurov

*Ташкентский институт усовершенствования врачей, Узбекистан
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. К. Д. Джаббаров)*

Статья посвящается одной из актуальных проблем оториноларингологии – диагностике сфеноидита. Материал и методы объединяет 100 изолированных сфеноидитов: острых (57) и хронических (43). Возраст больных от 14 до 70 лет, из них мужчин – 52%, женщин – 48%. Всем больным с подозрением на сфеноидит проведены ринологические, эндоскопические, рентгенологические, бактериологические, иммунологические, а также неврологические и офтальмологические исследования. Выявлено, что лучевая диагностика при изолированном сфеноидите совпадает с клиническими данными в 85% случаев. Воспалительные заболевания основной пазухи часто протекают с нейроофтальмологическими и неврологическими симптомами, что требует проведения дополнительного обследования у невропатологов, офтальмологов. Диагностика и лечение сфеноидита должны быть комплексными, включать дополнительные методы обследования и терапии.

Ключевые слова: сфеноидит, основная пазуха, вскрытие основной пазухи.

Библиография: 13 источников.

Article is devoted to diagnostics and treatment sphenoid sinusitis that is one of actual problems of otorhinolaryngology. The material and methods unites 100 isolated sphenoid sinusitis: sharp (57) and chronic (43) сфеноидитов. Age of patients from 14 till 70 years, from them men – 52%, women – 48%. All patient with sphenoid sinusitis spends all rhinology, radiological, bacteriological, immunology, and also neurologic and ophthalmologic researches of patients. It is revealed, beam diagnostics at isolated coincides with clinical data in 85 % cases. Inflammatory diseases often proceeds with ophthalmologic and neurologic symptoms that carrying out additional inspections of neuropathologist and oftalmologist. Diagnostics and treatment of sphenoid sinusitis have to be complex and include additional inspections and therapy.

Key words: sphenoiditis, sphenoid sinus, sphenoidotomy.

Bibliography: 13 sources.



Сфеноидит – воспаление клиновидной пазухи (КП), является одной из актуальных проблем современной ринологии. Своевременная и точная диагностика острого и хронического сфеноидита – трудная и важная задача в оториноларингологической практике [1, 3, 7, 11, 12].

По частоте сфеноидиты занимают третье место после воспалительных заболеваний верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта и встречаются от 19 до 46% случаев [2, 4, 8–10].

Увеличение числа больных с данной патологией связано с неблагоприятными условиями внешней среды, увеличением ОРЗ, нарастающей резистентностью микроорганизмов к антибиотикам, возрастающими фоновыми факторами, отсутствием единой лечебной тактики [9, 13].

Тесная анатомо-топографическая связь КП с жизненно важными структурами головного мозга, гипофизом, кавернозным синусом, зрительным нервом, внутренней сонной артерией, глазодвигательным (3-я пара), блоковидным (4-я пара), отводящим (6-я пара) черепно-мозговыми нервами усложняет диагностику и лечение заболеваний КП. Поражение вышеперечисленных анатомических структур может привести к тяжелым внутричерепным осложнениям [6].

Цель работы. Совершенствование диагностики заболевания КП и оптимизация комплексной терапии сфеноидита.

Пациенты и методы. Клиническая часть объединяет 100 изолированных сфеноидитов: острых (57) и хронических (43). Возраст больных от 14 до 70 лет, из них мужчин – 52%, женщин – 48%.

Больные с подозрением на сфеноидит выявлены при исследовании околоносовых пазух (ОНП) в плановом порядке с направлением из поликлиник.

При сфеноидитах может быть поражение глазничных и других черепно-мозговых нервов. Учитывая это, нами обследованы больные, находившиеся в Республиканской офтальмологической клинике, отделении неврологии 1-й городской клинической больницы г. Ташкента. Среди них выявлены лица с патологией КП.

Всем больным проведены оториноларингологические методы исследования: осмотр ЛОР-органов, анемизация слизистой оболочки полости носа, аутовакуумная проба, исследование мукоцилиарного клиренса, ольфактометрия, эндоскопия полости носа. 80 больным проведены методы лучевой диагностики: рентгенография, компьютерная (КТ) и магнитно-резонансная (МРТ) томография.

Рентгенография КП произведена в прямой (40 больным), боковой (20 больным) и аксиальной (40 больным) укладках.

КТ-исследование черепа проводили на кафедре лучевой диагностики ТашИУВ. Плотность патологического очага и степень нарушения пневматизации ОНП определяли денситометрией в единицах по шкале Хаунсфилда (ед. Н).

МРТ-исследование черепа проводили на магнитно-резонансном томографе в отделении лучевой диагностики Ташкентской медицинской академии. Всем 80 больным КТ, МРТ исследования КП проведены в коронарных и боковых укладках.

Аутовакуумная проба – простейший метод определения проходимости околоносовых пазух при наличии экссудата в пазухе. Для этого создается отрицательное давление в полости носа путем глубокого вдоха при закрытом носе и рте при определенном положении головы для каждой пазухи.

Для КП аутовакуумная проба проводится при наклоне головы вперед, учитывая, что соустье КП находится на передней стенке пазухи. Если соустье проходимо, появляется экссудат в соответствующем носовом ходе.

Обонятельная функция носа обследована по методу Воячека «рядом пахучих веществ» (0,5%-ный раствор уксусной кислоты, этиловый спирт, экстракт валерианы, аммиак, дистиллированная вода).

Для исследования транспортной функции мерцательного эпителия применяли «сахариновую пробу».

Микрориноскопию проводили с помощью операционного микроскопа, фокусное расстояние 20–25 см. Микрориноскопия особенно удобна для осмотра задних отделов полости носа и КП (если нет грубого нарушения архитектоники полости носа). Манипуляция осуществля-

лась после тщательной анемизации и анестезии слизистой оболочки полости носа. При осмотре полости носа под микроскопом можно уловить мельчайшие детали исследуемой области, что нельзя сделать при обычной визуальной риноскопии. В частности, изучали состояние слизистой оболочки, ее гиперемия или бледность, отечность или гипертрофию, полипозные изменения или формирующиеся полипы, оценивали количество и характер секрета. Исследовали форму, диаметр и месторасположение естественного соустья КП, отношение задних клеток решетчатого лабиринта к передней стенке КП.

Иммунологические исследования (гуморальный и местный иммунитет) проведены в НИИ иммунологии Республики Узбекистан. Офтальмологические исследования (острота и поля зрения, глазное дно) проведены в Республиканской офтальмологической клинике. Неврологические обследования (наличие патологических рефлексов, нейровегетативные реакции) проведены на кафедре неврологии и нейрореабилитации ТашИУВ.

Бактериологические исследования экссудата из КП проведены в бактериологической лаборатории НИИ хирургии им. Вахидова Республики Узбекистан.

Собственные данные. Нами обследованы 100 больных с изолированным сфеноидитом.

Больные предъявляли жалобы на головную боль различной локализации. Также больных беспокоили заложенность носа, насморк, общая слабость. Заболевания начали после простуды, в течение 7–8 дней.

Со стороны ЛОР-органов у 78% больных при передней риноскопии было выявлено: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, раковины отечные, в носовых ходах слизистое отделяемое. Задняя риноскопия – без особенностей. После аутовакуумной пробы в носовых ходах не появляются патологические выделения. Обязательная функция носа: у большинства больных определяется понижение обоняния легкой степени. Мукоцилиарный клиренс в пределах нормы.

На рентгенограммах, КТ, МРТ определяется пристеночное затемнение на проекции пораженной КП.

Зондирование: в КП патологического отделяемого нет. Другие ЛОР-органы без патологии.

Исходя из вышеизложенного данной группе больных поставлен диагноз: острый катаральный сфеноидит.

У 41 больного жалобы были более выражены: головная боль имела четкую локализацию – затылок, редко в височной области. Общее состояние относительно удовлетворительное. Соматических заболеваний нет.

При обследовании ЛОР-органов выявлено следующее: передняя риноскопия – гиперемия слизистой оболочки, отек раковин, наличие гнойного, серозного характера выделения. Также у части больных были искривление перегородки носа, конхабуллы. Задняя риноскопия показала наличие гнойного отделяемого, спускающегося из хоаны со стороны пораженной пазухи. При осмотре с помощью микроскопа (микрориноскопия) в некоторых случаях нам удалось рассмотреть местоположение, форму и диаметр естественного соустья КП и наличие выделений.

На рентгенограммах этой группы больных КП была завалуирована в различной степени, иногда с горизонтальным уровнем жидкости. На сериях КТ затемнение на проекции КП имело плотность до 24 ед. Н. Всем больным проведено зондирование КП, получен гнойный экссудат. Полученные данные дают возможность установить диагноз – острый гнойный сфеноидит.

К общим симптомам острого сфеноидита относится головная боль вследствие интоксикации ЦНС и (или) раздражения твердой мозговой оболочки. Кроме того, больные отмечали общую слабость, вегетативные (тошноту, рвоту, сонливость, в редких случаях судороги) и вестибулярные (головокружение, нарушение равновесия при стоянии и ходьбе) расстройства. В некоторых случаях наблюдали офтальмологические симптомы – боль в глазах, снижение зрения, туман перед глазами. При этом исключены другие соматические заболевания.

При хроническом сфеноидите (44 больных) локальная боль беспокоила при рецидивах, во время простудных заболеваний. Ощущение боли в затылке, в глубине глазницы при встряхивании головы – один из симптомов хронического воспаления КП. Затрудненное носовое дыхание встречалось у всех больных с патологией КП, но в различной степени. В большинстве случаев выделения из носа визуализировались при передней глубокой и задней риноскопии.



Отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает заболевания околоносовых пазух. При нарушении проходимости естественного соустья КП отделяемого может не быть. У 12 больных выделения в верхнем носовом ходе появлялись после наклона головы вперед, при аутовакуумной пробе.

Для диагностики хронического сфеноидита более показательны задняя риноскопия и эндоскопия: на своде носоглотки обнаруживаются симптомы эпифарингита. Коркообразование на своде носоглотки отмечено у 32% больных. Этот признак характерен для хронического сфеноидита, поскольку длительные патологические выделения из хоан приводили к нарушению функционального состояния (секреции, мерцания) слизистой оболочки.

По нашим данным, дисфункция естественного соустья КП при воспалительных процессах составляла 37%, в остальных случаях проходимость соустья сохранилась в удовлетворительном состоянии.

Нарушение обоняния выявлено у 12% больных независимо от формы сфеноидита: гипосмия 1-й степени – у 6% больных, гипосмия 2-й степени – у 3% больных, в остальных случаях – anosmia. Респираторное расстройство обоняния при остром воспалении КП носило временный характер. После ликвидации воспаления в КП обоняние у больных восстанавливалось.

В норме положительную сахариную пробу наблюдали обычно через 20–25 мин после аппликации сахара на переднюю часть нижней носовой раковины. Выявлено, что функция мукоцилиарного эпителия при данной патологии страдает у 35% больных, время сахариновой пробы у этой группы 30 мин и более.

Наиболее объективными методами диагностики являются рентгенография, КТ, МРТ. На КТ утолщение слизистой оболочки КП отмечено у 30% больных, ограниченное затемнение – у 29%, тотальное затемнение – у 23%, уровень жидкости – у 18%. При сравнении данных лучевой диагностики и результатов эндоскопии и зондирования совпадение составляет 85%.

Наблюдаемые сфеноидиты делили по классификации, предложенной Г. З. Пискуновым [9] (табл.).

При иммунологическом исследовании мы исключили сопутствующие острые и хронические заболевания организма. Иммунологическое исследование показало, что сфеноидит сопровождается снижением Т-хелперной и Т-супрессорной функциями. При хроническом гнойном сфеноидите возникает иммунодефицит Т-клеточного и гуморального звеньев со снижением уровня Т-лимфоцитов, Т-хелперов и Т-супрессоров, дисбалансом регуляторных клеток, снижением уровня IgM и IgG, блокировкой активности фагоцитоза.

Таблица

Распределение изолированного сфеноидита по клиническим формам

Диагноз	Форма	Количество наблюдений	
		N	%
Острый сфеноидит (n = 56)	Катаральная	15	26,8
	Серозная	16	28,6
	Гнойная	25	44,6
Хронический сфеноидит (n = 44)	Катаральная	4	9,1
	Гнойная	15	34,1
	Кистозная, полипозная	3	6,8
	Серозная	8	18,2
	Гиперпластическая	10	22,7
	Смешанная	4	9,1
<i>Итого</i>	–	<i>100</i>	<i>100</i>

Нами изучены иммунологические показатели больных острым сфеноидитом. В процессе обследования выявлено, что иммунодефицитные состояния по совокупности факторов клеточного и гуморального иммунитета имели место у 91,2% пациентов. Недостаточность В-клеточного иммунитета встречалась наиболее часто, достигая по количественным показателям 70%. В отличие от многих параметров иммунитета депрессия факторов В-системы не была постоянной и имела выраженную положительную динамику у реконвалесцентов.

Для определения характера экссудата в КП всем больным проведено зондирование пазухи. Зондирование КП осуществляли после аппликационной анестезии 10%-ным лидокаином с помощью канюли Гартмана.

Бактериологическое исследование отделяемого КП показывает, что при различных формах гнойного сфеноидита выделены неклостридиальная анаэробная инфекция в чистом виде, анаэробы в ассоциации с аэробами и кишечной флорой. Гноеродные грамположительные кокки высевались значительно реже как в монокультуре (13,7%), так и в ассоциациях (21,2%). Анаэробная микрофлора представлена различными видами анаэробных неклостридиальных бактерий. Наиболее часто высевались патогенные виды облигатных анаэробов: *Bacteroidis fragilis* – 10,6%, *Bacteroidis malaninogenicus* – 10,6%, *Fusobacterium nucleatum* – 8,5%, *Fusobacterium necroforum* – 10,6%, *Peptococcus magnus* – 10,5%, *Peptococcus anaerobius* – 10,5% и др.

Учитывая, что риносинусогенные внутриглазные и внутричерепные осложнения могут протекать без гнойного воспаления, поражая только зрительный нерв, всем больным проведены офтальмологические и неврологические исследования.

Результаты определения зрения показывают, у 17 больных сфеноидитом (у 4 острый, 13 хронический процесс) выявлены нейроофтальмологические симптомы. Из этого числа у 10 больных отмечалось снижение остроты зрения от 0,9 до 0,6 Д, у 7 больных – от 0,5 до 0,2 Д.

У 37% больных выявлены вегетативные реакции по ваготоническому типу, которые проявлялись в следующем: усиление сосудистого рисунка, временами ощущение прилива, покраснение кожи, красный или смешанный дермографизм, головная боль на фоне переутомления, головокружение, лабильность сердечного ритма. Признаки депрессии, собственно аффективных расстройств, подавленность, тоскливость, угнетенность выражены слабо. Они стерты и затуманиваются «соматическими жалобами», которые выступают на передний план. Заболевание начинается медленно, постепенно, без видимых причин, чаще с субъективного ощущения угнетенности, отрицательно сказывается на социальных, физических и психических аспектах жизни человека.

Нейровизуализации отводится решающее значение в верификации неврологических нарушений при сфеноидите. По нашим данным, для острого изолированного сфеноидита характерны быстрое изменение цвета кожи, бледность кожных покровов (14,3%), дермографизм (21,4%), тахикардия (19,6%), гипертензионный синдром (21,4%), раздражительность (16,1%). Кроме того, у некоторых больных наблюдались лабильность пульса, периодическая головная боль, изменения артериального давления, субфебрилитет. Хронический гнойный сфеноидит проявлялся следующими неврологическими признаками: бледность кожи (6,8%), белый или красный дермографизм (18,2%), склонность к гипертермии (18,2%), тахикардия (20,5%), рассеянность (29,5%), раздражительность (27,3%).

Лечение острого сфеноидита состояло из общей терапии: антибактериальная – цефатоксим, цефазолин, для улучшения функции мерцательного эпителия муколитик – синупрет, в целях иммуностимуляции – рибомунил, для повышения эффективности антибактериальных препаратов энзимотерапия – вобэнзим.

Местное лечение включало введение в пораженную пазуху бактериоцидных препаратов – метронидазол, диоксидин, противоотечных препаратов – суспензию гидрокортизона, препаратов после удаления патологического содержимого и промывания, улучшение функции мукоцилиарной системы и оксигенацию КП.

Показаниями к вскрытию КП являлись:

– наличие осложнения со стороны органов зрения (у 5 больных неврит зрительного нерва) и головного мозга (3 больных с оптохиазмальным лептоменингитом, 1 больной с судорожным синдромом);



- неэффективность консервативной терапии (5);
- пролиферативное воспаление КП (13).

Обсуждение результатов. Клиника острого и хронического сфеноидитов характеризуется разнообразием симптомов в связи с глубоким расположением КП в основании черепа и близким прилеганием к структурам головного мозга. Переход острого воспаления КП к хроническому полифакторный. Как в литературе указано, этими факторами являются нарушения архитектоники полости носа, агрессивность микрофлоры, гипореактивность организма и др. Но мы считаем, что главную роль при этом играют несвоевременная диагностика и несвоевременное и (или) недостаточно эффективное лечение острого воспаления КП.

Сфеноидиты встречается чаще, чем предполагает статистика. Переход острого сфеноидита в хроническую форму обусловлен не только трудностью диагностики, лечения и нарушением архитектоники полости носа, но и невыявленным острым заболеванием КП.

Основу диагностики воспалительных заболеваний КП, лечебной тактики на сегодняшний день составляют осмотр и данные рентгенографии, в том числе контрастной, панорамной томографии, зонографии, электрорентгенографии, результаты зондирования пазухи. Наиболее информативные диагностические изображения могут быть получены при применении КТ, МРТ. Мы провели сравнительную характеристику данных методов. Самым объективным методом лучевой диагностики, по нашим данным, является КТ околоносовых пазух. МРТ для околоносовых пазух является сверхчувствительным методом, дающим иногда гипердиагностику.

А. А. Усанов считает [10], что процент возможной ошибки лучевой диагностики составляет 38,1%, но, по нашим данным, это показатель не превышает 15%. Решающее значение в рентгенодиагностике сфеноидита имеет правильная интерпретация воздушности КП, которая нередко зависит от особенностей строения костей черепа. Чем крупнее пазуха и больше ее объем, тем меньше может быть выражено снижение пневматизации на рентгенограмме. Следовательно, в диагностике необходимо опираться не только на данные лучевой диагностики, но и на данные риноскопии и зондирования.

Естественное соустье КП имело формы: щелевидную, точечную, округлую и полумесяца. В некоторых случаях из-за анатомического расположения задних клеток решетчатого лабиринта (позиции Оноди) форму естественного соустья КП невозможно идентифицировать. Если соустье КП хорошо обозримо при эндоскопии, то в пазуху можно ввести полиэтиленовую трубку для последующего промывания и введения лекарственных препаратов, контрастного вещества.

В литературе мы не встретили данных об иммунных нарушениях при изолированных сфеноидитах. Полученные нами результаты иммунологического исследования дают основание считать, что при хроническом сфеноидите нарушается иммунный статус организма.

Бактериологические исследования экссудата КП при хроническом изолированном сфеноидите показало высокую частоту высеваемости энтерококка (11,2%), вульгарного протей (8,75%), кишечной палочки (5%), синегнойной палочки (3,75%), в остальных случаях выявлена полифлора, что совпадает с данными А. А. Усанова [10].

При определении эффективности антибиотиков выявленная микрофлора оказалась наиболее чувствительной к цефалоспориновому ряду.

На основании проведенных исследований установлено, что клиническое обследование позволяет заподозрить наличие сфеноидита, рентгенологическое исследование – выявить наличие патологии в КП, эндоскопическое исследование – определить доступ для зондирования КП, выявить патогенетические факторы заболевания, зондирование (пункция) – точно установить характер воспалительного процесса. Эти факты еще раз указывают на целесообразность комплексного подхода к обследованию больных сфеноидитом.

Необходимо отметить, что при задних синуситах поражение зрительного нерва начинается со стороны венозной системы, что еще раз указывает на общность венозной сети. Проявлялось это расширением, полнокровием вен сетчатки, сужением поля зрения. Центральные волокна зрительного нерва страдали мало.

Основной причиной поражения зрительных структур глазницы при сфеноидите явилось действие токсинов инфекционного агента. Большинство больных с риносинусогенными ней-

роофтальмологическими осложнениями поступили на лечение в ЛОР-клинику после консультации офтальмолога.

Консервативное лечение показано при неосложненной острой и хронической формах экссудативного сфеноидита. В большинстве случаев можно получить хорошие результаты, применив малоинвазивные методы лечения.

Для эффективности консервативного лечения острого и хронического экссудативных сфеноидитов необходимы частая санация пазухи и введение в нее лекарственных веществ, что достигается зондированием КП.

Одним из неинвазивных методов лечения сфеноидита является использование синус-катетера ЯМИК. Мы следовали рекомендациям авторов синус-катетера и применяли ЯМИК для лечения сфеноидитов при сохранении проходимости естественного соустья КП.

Неэффективность консервативной терапии выявлена, как правило, у больных с пролиферативными воспалениями КП, при невозможности восстановить нормальную проходимость естественного соустья КП. В таких случаях, естественно, прибегали к хирургической санации КП. Эффективность той или иной терапии оценили по следующим параметрам: субъективные ощущения больного, данные риноскопии и повторного лучевого обследования.

Выводы

Всем больным необходимо провести нижеперечисленные методы исследования, поскольку сфеноидит протекает полиморфно, иногда маскируется клиникой неврологических или офтальмологических заболеваний.

Разработанная система двухэтапной диагностики сфеноидитов предусматривает на первом этапе выявление патологических изменений с помощью клинико-рентгенологических, КТ-, МРТ-исследований; на втором этапе диагностического процесса путем зондирования КП, бактериологического исследования экссудата, осмотра офтальмолога и невролога обосновывается заключительный диагноз (форма, объем, длительность, осложнения сфеноидита).

Сфеноидиты, как и другие синуситы (по данным литературы), сопровождаются угнетением гуморального и клеточного иммунитета (снижением Т-лимфоцитов, Т-хелперов, Т-супрессоров, иммуноглобулинов М, G классов и фагоцитарной активности). Иммунные механизмы, лежащие в основе возникновения и развития гнойно-воспалительного процесса при сфеноидитах, имеют общий характер, что подтверждает возможность использования единого лечебного алгоритма при данных видах нозологий клиновидной пазухи.

На основании проведенного микробиологического исследования установлено, что в микробном пейзаже сфеноидитов в острой стадии преобладает кокковая флора. Наиболее часто встречающимися возбудителями гнойно-воспалительного процесса в КП являются анаэробные, неклостридиальные и аэробные кишечные бактерии, что является показанием для применения препаратов цефалоспоринового ряда.

Комплексная консервативная терапия дает хорошие результаты при острых и хронических экссудативных сфеноидитах.

ЛИТЕРАТУРА

1. Анютин Р. Г., Куликов Р. С., Нерсисян М. В. Морфологические особенности слизистой оболочки клиновидной пазухи у больных сфеноидитом // Рос. ринология. – 2005. – № 4. – С. 21–22.
2. Волков А. Г. Лобные пазухи. – Ростов-на-Дону, 2000. – 183 с.
3. Гладуш Ю. И. Наш опыт лечения больных сфеноидитом // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 1. – С. 63–67.
4. Гомеостаз верхнечелюстной пазухи и параназальный синусит: современный взгляд на проблему / В. Т. Пальчун [и др.] // Там же. – 2002. – № 6. – С. 54.
5. Гринева В. А. Диагностика та лікування хворих не екссудативний сфеноїдитю: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Київ, 1997. – 16 с.
6. Ковалева Л. М. Сфеноидиты у детей. – СПб., 2001. – 116 с.
7. Куранов Н. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения риносинусита // Вест. оторинолар. – 2001. – № 4. – С. 47.
8. Мохаммед Ашраф Лудин. Клиника, диагностика и лечение изолированных сфеноидитов: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 2003. – 8 с.
9. Пискунов С. З., Пискунов И. С., Лудин А. М. Изолированные поражения клиновидной пазухи. – Курск, 2004.
10. Усанов А. А. Сфеноидиты (диагностика, клиника, лечение) // Новости оторинолар. и логопатол. – 2000. – № 3(23). – С. 203–209.



11. Imaging the sphenoid sinus: pictorial essay / V. F. Chong [et al.] // Australas Radiol. – 2000. – N 44 (2). – P. 143–154.
12. Hnatuk L. A., Macdonald R. E., Papsin B. C. Isolated sphenoid sinusitis: The Toronto Hospital for Sick Children experience and review of the literature // J. Otolaryngology. – 1994. – N 23. – P. 36–41.
13. Postma G. N., Chole R. A., Nemezek W. R. Reversible blindness secondary to acute sphenoid sinusitis // Otolaryngol. Head Neck surg. – 1995. – P. 112(6).

Ашуров Азимжон Мирзажонович – ассистент каф. оториноларингологии Ташкентского института усовершенствования врачей. Республика Узбекистан, 100049, Ташкент, ул. Паркентская, д. 51. тел.: +998-974-061-819, e-mail: azim_1960@mail.ru

УДК:616.833.1-009.7

КРАНИОЦЕФАЛЬНЫЕ СИНДРОМЫ

В. И. Бабияк¹, В. Р. Гофман², Я. А. Накатис³, В. Н. Тулкин¹

CRANIAN-BRAIN SYNDROMES

V. I. Babiyak, V. R. Gofman, Ya. A. Nakatis, V. N. Tulkin

¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

² Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. М. И. Говорун)

³ ФГБУЗ «Клиническая больница № 122 им. Л. Г. Соколова», Санкт-Петербург
(Гл. врач – проф. Я. А. Накатис)

В статье рассматриваются причины и механизмы возникновения болевого черепно-мозгового синдрома. Перечисляются основные патологические процессы, при которых возникает этот синдром, указываются нервные образования, которые служат пусковыми механизмами, разбирается проблема головной боли как основного признака синдрома.

Ключевые слова: синдром, иррадиация, симптомокомплекс, рецептор, вегетативные боли, соматические боли, рефлекторные боли.

Библиография: 8 источников.

Reasons and mechanisms of the origin of the headache are considered in the article. The main pathological processes, under which this syndrome appears, are indicated. Nervous formations, which serve as activating mechanisms, are indicated. The problem of headache as the main sign of the syndrome is discussed.

Key words: syndrome, irradiation, symptom complex, receptor, vegetative pains, somatic pains, reflected by headache.

Bibliography: 8 sources.

Многие заболевания черепно-лицевой области относятся к компетенции отоневролога, оториноларинголога, онколога и др., и большинство из этих заболеваний сопровождается болями. Нередко эти боли приобретают характер *болевого краниоцефального синдрома* (БКС) – симптомокомплекса, характеризующегося рядом особенностей, среди которых ведущим признаком является *боль* (Б). При рассмотрении феномена Б следует исходить из следующих характеризующих этот феномен положений:

боль – это универсальное проявление патологического процесса, развивающегося в тканях, снабженных *болевыми рецепторами*;