



генетическим и способствует повышению эффективности лечения хронических форм секреторных средних отитов у детей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Значение активного аудиологического обследования детей раннего возраста в выявлении и профилактике слуховых нарушений / М. Р. Богомильский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 2006. – № 1. – С. 49–50.
2. Преображенский Н. А., Гвелесиани Т. Г. Клиническая аудиология. – М., 1996. – Р. 22–43.
3. Bluestone C. D., Klein J. O. In: Pediatric otolaryngology. – Philadelphia, 1990. – Р. 341–372.
4. Fish U. Tympanoplasty, Mastoidectomy and Stapes Surgery // Time Medical Publised. – Stuttgart, 1994. – Р. 146–148.
5. Sedeberg-Olsen J., Sedeberg-Olsen A., Jensen A. Late results of treatment with ventilation tubes for secretory otitis media in ENT – practice // Acta Otolaryngol. – 1989. – N 5–6. – Р. 448–455.
6. Tos M. Otolaryngology in Denmark, 1899–1999. – Copenhagen, 1999. – Р. 73–90.

Саидов Санжар Хусенович – аспирант каф. оториноларингологии Ташкентского педиатрического медицинского института. Республика Узбекистан, 100140, Ташкент, Юнус-Абадский р-н, ул. Богишамол, д. 223; тел.: 8-371-262-33-14, (+99890) 939-72-53; e-mail: otology_ent@bk.ru;

УДК: 616.216.3-002.3-089

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННЫХ СФЕНОИДИТОВ

И. А. Скиданова

APPROACH FOR THE MANAGEMENT OF ISOLATED SPHENOID SINUS DISEASES

I. A. Skidanova

ГБОУ ВПО «Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова Минздрава РФ»

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

ФГБУ «Консультативно-диагностический центр с поликлиникой»

Управления делами президента РФ», Санкт-Петербург

(Главный врач – Г. А. Иванов)

Изолированный сфеноидит составляет 1–2% всех синуситов. Основной жалобой пациентов является длительная головная боль. Диагноз ставится на основании результатов эндоскопического исследования полости носа, КТ и МРТ околоносовых пазух. Эндоскопическая эндоназальная хирургия является оптимальным методом лечения.

Ключевые слова: изолированный сфеноидит, клиновидная пазуха.

Библиография: 18 источников.

Isolated sphenoid sinus disease represents 1–2% of all paranasal sinusitis. Chief complaint of patients is headache. Preoperative investigations include endoscopy research of a nasal cavity, computed tomography and magnetic resonance imaging. Endoscopic sinus surgery is optimal method of treatment.

Key words: isolated sphenoid sinus diseases, sphenoid sinus.

Bibliography: 18 sources.

Изолированный сфеноидит встречается крайне редко, в 1–2% случаев всех синуситов, и часто бывает недиагностирован, что приводит к постановке неврологического или офтальмологического диагноза и проведению некорректной терапии.

Опасность развития воспаления в клиновидной пазухе связана с ее анатомо-топографическим расположением рядом с гипофизом, лобной долей головного мозга, внутренней сонной артерией, пещеристой пазухой, глазодвигательным, блоковым, первой ветвью тройничного и отводящим нервами (III, IV, V, VI пары черепных нервов). Поражение черепных нервов, развитие тромбоза

кавернозного синуса и вовлечение оболочек головного мозга являются нередкими осложнениями сфеноидита [1].

Предрасполагающими факторами развития изолированного сфеноидита являются: искривление носовой перегородки в задних отделах, аномалия или гипертрофия верхней и (или) средней носовой раковины, приводящие к блоку естественного соустья клиновидной пазухи. Кроме того, клиновидная пазуха весьма вариабельна по анатомическому строению, что может обуславливать атипичное течение патологического процесса, а также усложнять задачи врача при хирургическом вмешательстве. Изолированные



поражения клиновидной пазухи представлены различными нозологическими формами: острый и хронический сфеноидит, мицетома, пиоцеле, мукоцеле, полипы, энцефалоцеле, аневризма сонной артерии, злокачественные опухоли, остеома [6].

В большинстве случаев сфеноидит сочетается с поражением верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта. Изолированное поражение клиновидной пазухи встречается гораздо реже. В 65% случаев имеет место двусторонний процесс. Основными проблемами диагностики изолированных сфеноидитов является глубокое расположение клиновидной пазухи в структурах черепа, что затрудняет визуализацию признаков воспаления, и неспецифичность симптомов заболевания. Поэтому латентно протекающих сфеноидитов значительно больше, чем они встречаются в клинической практике. В литературе изолированный сфеноидит стал упоминаться после активного внедрения компьютерной томографии (КТ) в оториноларингологическую практику [5, 18].

Клинически сфеноидит проявляется достаточно разнообразными и неспецифичными симптомами – головной болью, стеканием слизистого или гнойного отделяемого из носоглотки, может наблюдаться диплопия или снижение зрения, нарушение сна, потеря аппетита, ухудшение памяти, головокружение, парестезии, субфебрилитет, ипохондрические состояния. Учитывая всю симптоматику, пациенты нередко обращаются к неврологам и офтальмологам [4, 14]. Наиболее частый симптом, который заставляет пациента обратиться к врачу, – головная боль, усиливающаяся при движении, кашле, наклонах головы, не купирующаяся приемом нестероидных противовоспалительных средств. Боль может локализоваться в лобной, височной, периорбитальной, затылочной областях или в любом месте черепнолицевой области [13].

Диагностировать сфеноидит при обычном рентгенологическом исследовании околоносовых пазух затруднительно. Только использование компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии (МРТ) и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки позволяет поставить окончательный диагноз сфеноидита [11]. КТ позволяет не только верифицировать сфеноидит, но и визуализировать анатомические особенности строения клиновидной пазухи и окружающих ее жизненно-важных структур, поскольку от этого зависит тактика хирургического лечения. При подозрении на сфеноидит первоначально целесообразно делать КТ. Показанием к МРТ является наличие дефекта костной стенки клиновидной пазухи для выявления аневризмы внутренней сонной артерии, кавернозной геман-

гиомы, энцефалоцеле и злокачественного новообразования. Диагноз сфеноидита, установленный при МРТ, необходимо подтвердить данными КТ [8, 10, 15].

Консервативные методы лечения применяются при остром катаральном и экссудативном сфеноидите. К ним относятся: медикаментозная терапия – противовоспалительная, противоотечная, антибактериальная – и зондирование основной пазухи через естественное соустье. К хирургическим методам лечения следует прибегать при неэффективности консервативных методов лечения острого сфеноидита, рецидивирующих воспалениях клиновидной пазухи, хронических сфеноидитах. Существуют два способа оперативного лечения сфеноидита с использованием классического и эндоскопического подхода. Ранее используемые методы вскрытия клиновидной пазухи производились с грубым разрушением внутриносовых структур, что сказывалось на отдаленных результатах лечения. Известны подход и оперирование клиновидных пазух сзади наперед. Операцию начинают с резекции заднего конца средней носовой раковины, а затем производится удаление передней стенки клиновидной пазухи [17]. Транссептальное вскрытие клиновидной пазухи по Гиршу позволяет получить наилучший обзор, осуществить ревизию обеих клиновидных пазух и сформировать стойкие соустья по обеим сторонам перегородки носа. Сегодня сформулированы принципы эндоскопических операций, которые основываются на щадящем отношении к внутриносовым структурам [2]. С появлением эндоскопической техники стало возможно производить вскрытие клиновидной пазухи с максимальным сохранением анатомических образований полости носа и околоносовых пазух [3]. Необходимо помнить, что клиновидная пазуха является одной из зон высокого риска возникновения тяжелых осложнений во время операций, таких как риноликворея, менингит, слепота и профузные кровотечения [8]. Эндоскопический подход является наиболее оптимальным методом хирургического лечения изолированных сфеноидитов [9, 12, 16]. Вмешательства осуществляют через верхний носовой ход, смещают среднюю носовую раковину латерально, а затем идентифицируют и расширяют отверстие клиновидной пазухи. При затруднении доступа к передней стенке клиновидной пазухи из-за анатомических особенностей полости носа прибегают к предварительным операциям (подслизистая коррекция перегородки носа, конхотомия). Для сохранения функционирования мукоцилиарной системы клиновидной пазухи операцию необходимо производить без разрушения медиальной стенки, в щадящем по отношению к внутрипазушным структурам режиме [7].



Пациенты и методы. На кафедре оториноларингологии с клиникой Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И. П. Павлова за 2011–2012 г. проведено обследование и хирургическое лечение 12 пациентов с изолированным сфеноидитом – 2 пациента с грибковым телом в клиновидной пазухе, 6 – с мукоцеле, 4 – с пиоцеле. Из них 5 мужчин и 7 женщин, в возрасте от 28 до 42 лет.

Основными жалобами у больных с изолированными сфеноидитами были: головная боль (100%), ощущение стекания слизистого или гнойного отделяемого по задней стенке глотки (83%), снижение остроты зрения (25%), диплопия (8%), субфебрильная температура (8%), неприятный запах в носу (8%).

На дооперационном этапе всем больным проведено комплексное обследование: передняя и задняя риноскопия, фарингоскопия, эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки, КТ и МРТ околоносовых пазух, лабораторные исследования. Диагностически значимыми являются результаты эндоскопического исследования полости носа и носоглотки. Искривление перегородки носа выявлено в 2 случаях, гипертрофия средних носовых раковин – у 2 пациентов, скопление слизисто-гнойного отделяемого в верхнем носовом ходе – у 1 пациента. Нормальная риноскопическая картина наблюдалась у 9 пациентов. КТ околоносовых пазух позволила поставить диагноз изолированного сфеноидита в 100% случаев. На КТ мукоцеле и пиоцеле визуализировалось как округлое образование с четким контуром, мицетома – образование с неровным контуром, субтотально заполняющее клиновидную пазуху.

Сфенотомия произведена 12 пациентам в условиях общей анестезии, под эндовидеоскопическим контролем, в области естественного отверстия клиновидной пазухи. Средняя носовая раковина смещалась латерально, в 2 случаях производили резекцию буллезной раковины, а затем расширяли естественное соустье клиновидной пазухи, патологическое содержимое удаляли с помощью аспиратора. Окончательный диагноз устанавливался интраоперационно, после вскрытия пазухи и визуализации ее содержимого. Кровотечение при эндоскопическом вмешательстве минимальное, в связи с чем производилась тампонада биополимерными криотампонами в зоне операции. В послеоперационном периоде пациенты получали антибактериальную терапию в течение 7 дней. В результате лечения во всех случаях головная боль купирована, восстановлено нормальное зрение.

В качестве примера рассмотрим следующий клинический случай.

Больная К., 40 лет, поступила в клинику оториноларингологии СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова в октябре 2012 г. с диагнозом изолированный сфеноидит, с жалобами на головную боль, иррадиирующую в левое ухо, чувство давления на левый глаз. Больна около года, когда после перенесенного острого верхнечелюстного синусита появилась головная боль. Обращалась к неврологу, назначено МРТ головного мозга, КТ околоносовых пазух, консультация оториноларинголога. При эндоскопическом осмотре полости носа патологических изменений не выявлено. По данным КТ-исследования придаточных пазух носа в клиновидной пазухе выявлено округлое образование

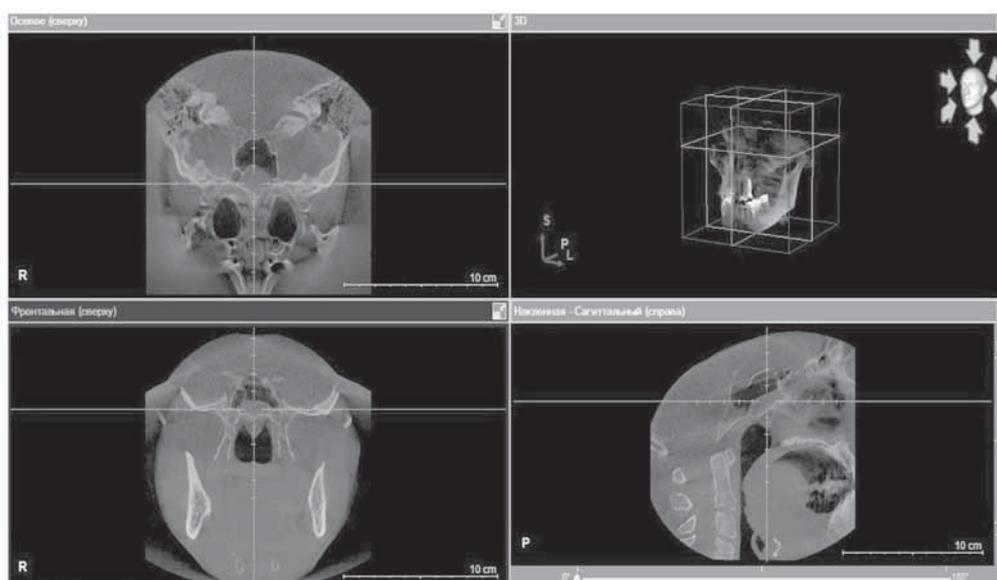


Рис. 1. Компьютерная томограмма больной К. В клиновидной пазухе выявлено округлое образование с четким контуром, заполняющее левую пазуху на $\frac{1}{3}$, без костно-деструктивных изменений.



Рис. 2. В просвете вскрытой левой клиновидной пазухи густое мукозное содержимое.

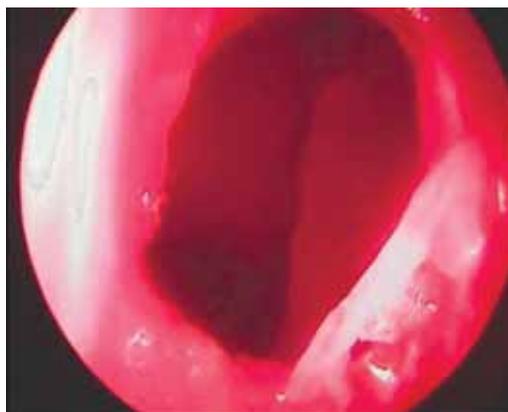


Рис. 3. Клиновидная пазуха после удаления патологического содержимого.

с четким контуром, заполняющее левую пазуху на 1/3, без костно-деструктивных изменений. Остальные околоносовые пазухи пневматизированы (рис. 1).

Учитывая, что воспалительный процесс ограничен клиновидной пазухой, было принято решение вскрыть клиновидную пазуху через переднюю стенку эндоскопическим подходом. Под общей ане-

стезией, в условиях эндоскопического контроля произведено вскрытие клиновидной пазухи слева, получено густое мукозное содержимое (рис. 2, 3). На следующий день, после удаления содержимого из пазухи, больная отметила исчезновение головной боли, чувства давления на глазное яблоко слева. Пациентка выписана на амбулаторное наблюдение.

Выводы

1. Диагностика изолированного поражения клиновидной пазухи сложна из-за неспецифичности клинических проявлений заболевания. Учитывая, что длительная головная боль является одним из наиболее стойких симптомов, пациентам с подобной жалобой показана КТ околоносовых пазух для исключения сфеноидита.
2. КТ является высокоинформативным методом диагностики изолированных сфеноидитов, позволяющим не только верифицировать диагноз, но и учесть особенности строения клиновидной пазухи при проведении хирургического вмешательства.
3. Определение нозологической формы изолированного поражения клиновидной пазухи возможно только после ее вскрытия и визуализации содержимого.
4. Эндоскопическая сфенотомия является наиболее оптимальным и щадящим методом хирургического лечения изолированных сфеноидитов, который обеспечивает полноценную визуализацию операционного поля и позволяет максимально сохранить интактные анатомические образования полости носа.

ЛИТЕРАТУРА

1. Блоцкий А. А., Плужников М. С., Карпищенко С. А. Клиническая анатомия ЛОР-органов: метод. пособие. – СПб.: Эскулап, 2007. – 196 с.
2. Кайнц И. Функциональная эндоскопическая хирургия околоносовых пазух – техника Мессерклингера // Рос. ринология (Приложение). – 1994. – № 2. – С. 75–76.
3. Карпищенко С. А., Шахназаров А. Э., Беляева Я. Г. Наш опыт эндоскопической ринохирургии // Ученые записки СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. – 2010. – Т. XVII. – № 3. – С. 9–15.
4. Киселев А. С. Хронический сфеноидит. – СПб.: ВМедА, 1997. – 47 с.
5. Козлов В. С. Современные возможности микроэндоскопической эндоназальной хирургии // Мат. конф., посвящ. пятилет. Рос. общества ринологов. – М., 1997. – С. 35–39.
6. Лудин М. А. Изолированные поражения клиновидной пазухи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2003. – 20 с.
7. Мосихин С. Б., Лопатин А. С. Мукоцилиарная транспортная система клиновидной пазухи // Рос. ринология. – 2001. – № 2. – С. 108–109.
8. Нерсесян М. В. Современные методы диагностики и лечения заболеваний клиновидной пазухи: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 2005. – 20 с.
9. Пискунов Г. З., Лопатин А. С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух: пособие для врачей. – М., 1992. – 34 с.
10. Пискунов И. С. Компьютерная томография в диагностике заболеваний полости носа и околоносовых пазух. Курск, 2002. – 191 с.



11. Пискунов С. З., Пискунов И. С. Лудин М. А. Изолированные поражения клиновидной пазухи. – Курск: Курский гос. мед. ун-т, 2004. – 152 с.
12. Плужников М. С., Карпищенко С. А., Рябова М. А. Современные направления развития эндоназальной хирургии // Рос. ринология. – 2003. – № 1. – С. 11–13.
13. Плужников М. С., Усанов А. А. К вопросу о болевых синдромах при сфеноидитах. – Л., 1984. – 249 с.
14. Солдатов И. Б., Гофман В. Р. Оториноларингология. – СПб.: ЭЛБИ, 2000. – 472 с.
15. Evaluation and Surgical Management of Isolated Sphenoid Sinus Disease / T. J. Martin [et al.] // Arch Otolaryngol Head Neck Surg. – 2002. – Vol. 128. – N 12. – P. 1413–1419.
16. Stammberger H. Functional endoscopic sinus surgery. The esserklinger technigue. – Philadelphia: B. C. DecKer, 1991. – 529 p.
17. Wigand M. E. Endoscopic surgry of the paranasal sinuses and anterior skull base. Otolaryngol. – New York: Thieme, 1990. – 152 p.
18. Yanagisawa E. Endoscopic view of sphenoid sinus cavity // Ear Nose Throat J. – 1993. – Vol. 92. – N 6. – P. 393–394.

Скиданова Ирина Александровна – и. о. зав. отоларингологическим кабинетом Консультативно-диагностического центра с поликлиникой Управления делами президента РФ. 197110, Санкт-Петербург, Морской пр. д. 3; Тел. 8(905)215-49-17, e-mail: iskidanova@yandex.ru

УДК: 616.22-006.6-089.5

ВЛИЯНИЕ СПОСОБА РЕСПИРАТОРНОЙ ПОДДЕРЖКИ ПРИ ЛАРИНГЭКТОМИИ НА ОНКОЛОГИЧЕСКИЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ РАКОМ ГОРТАНИ

А. Е. Смирнов, В. В. Бырихина, К. Г. Джафаров

EFFECT OF THE METHOD OF RESPIRATORY SUPPORT FOR LARYNGECTOMY ON ONCOLOGICAL RESULTS IN PATIENTS WITH LARYNGEAL CANCER

A. E. Smirnov, V. V. Byrihina, K. G. Jafarov

ГБОУ ВПО «Ярославская государственная медицинская академия Минздрава России»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Л. Клочихин)

В данной работе представлены результаты клинического обследования 76 больных местно-распространенным раком гортани III–IV стадии, которым в плановом порядке под общей анестезией выполнена ларингэктомия. У 34 больных перед операцией под местной анестезией формировали трахеостому, через которую во время операции проводили объемную искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). У 42 больных проводили оротрахеальную интубацию с последующей ИВЛ. После мобилизации и отсечения гортани от трахеи переинтубировали пациента в трахею через операционную рану. Трахеостому формировали после полного удаления гортани. Выполнена оценка онкологических результатов лечения больных раком гортани после ларингэктомии в зависимости от способа респираторной поддержки во время операции.

Ключевые слова: рак гортани, ларингэктомия, трахеостомия, интубация трахеи, онкологические результаты.

Библиография: 7 источников.

This paper presents the results of 76 clinical examination of patients with locally advanced laryngeal cancer stage III–IV, which in the planning of the order is made under general anesthesia laryngectomy. In 34 patients before to surgery under local anesthesia formed tracheostomy, through which the operations were carried out the volume artificial lung ventilation. In 42 patients carry out the orotracheal intubation followed by artificial lung ventilation. After mobilization of the larynx and trachea cut, fulfilled intubation the patient into the trachea through the surgical wound. Tracheostomy formed after the complete removal of the larynx. The evaluation of the oncological results a treatment of cancer patients with laryngeal cancer after laryngectomy, depending on the method of respiratory support during the operation.

Key words: cancer of the larynx, laryngectomy, tracheostomy, tracheal intubation, oncological results.

Bibliography: 7 sources.