

ЗОНДИРОВАНИЕ КЛИНОВИДНЫХ ПАЗУХ ЧЕРЕЗ ЕСТЕСТВЕННОЕ СОУСТЬЕ

В статье обосновано значение эндоназального зондирования клиновидной пазухи через естественное соустье как основного и щадящего метода консервативного лечения гнойного сфеноидита, приведены показания для применения данного метода, необходимый инструментарий, техника проведения зондирования.

Эндоназальное зондирование клиновидной пазухи через естественное соустье в настоящее время по-прежнему не утратило своей актуальности и значения в ринологии.

Появление и техническое развитие эндоскопии околоносовых пазух (ОНП) позволяет непосредственно осмотреть и оценить состояние слизистой носа, наличие воспалительных изменений в носовом ходе, функциональное состояние естественного соустья и оболочки пазух. Однако эндоскопия естественного выводного отверстия клиновидной пазухи возможна, но не всегда осуществима вследствие его труднодоступности, особенно у детей [1].

С. В. Рязанцев [2] отметил, что в связи с эволюционным переходом человека в прямоходящее состояние, соустье верхнечелюстной пазухи оказалось расположено не в середине медиальной стенки пазухи, а в самых ее верхних отделах. Мы должны отметить, что это в значительной степени отразилось и на клиновидной пазухе. Соустье данного синуса оказалось также высоко в верхних отделах, что делает невозможным самопроизвольный отток патологического отделяемого и поэтому оказывает дополнительную нагрузку на функцию мерцательного эпителия.

Таким образом, *целью нашего исследования* является доказательство необходимости широкого и эффективного применения зондирования основной пазухи через естественное соустье.

Материалы и методы исследования

Более 110 лет существует метод эндоназального зондирования клиновидной пазухи, но он по-прежнему остается редкой манипуляцией практикующего врача-оториноларинголога. Это связано с недостаточным знанием анатомо-топографических вариантов строения полости носа и боязнью повреждения жизненно важных структур черепа. Эти факторы сдерживают внедрение метода зондирования в практику врача-оториноларинголога.

Большое клиническое значение имеет естественное соустье клиновидной пазухи, которое, по данным многих авторов, располагается в верхней трети передней стенки, ниже уровня ситовидной пластинки решетчатой кости.

По данным С. А. Проскурякова [3], естественное выводное отверстие клиновидной пазухи находится на 3–4 мм латеральнее перегородки носа и на 10–15 мм выше края хоаны.

Для проведения безопасного зондирования клиновидной пазухи большое практическое значение имеет знание расстояния от передней носовой ости до передней стенки клиновидной пазухи, этот размер является одним из

основных ориентиров. По данным многих авторов, это расстояние составляет от 4 до 10 см [4–6].

Форма и величина естественного отверстия весьма разнообразна. Наиболее часто выделяют четыре вида естественных отверстий клиновидной пазухи: круглое, овальное, полулунное, щелевидное. По мнению многих авторов, размеры естественного отверстия варьируют от 0,5 до 7 мм, а средней размер составляет 3–4 мм [7–9].

В преобладающем большинстве случаев увидеть естественное соустье при передней риноскопии не представляется возможным, за редким исключением – при выраженной атрофии слизистой оболочки носовой полости.

Таким образом, несмотря на большую вариабельность месторасположения, формы, величины естественного соустья, оно всегда располагается на передней стенке пазухи, и его размеры позволяют в большинстве случаев свободно проводить зондирование клиновидной пазухи через естественное соустье (рис. 1).

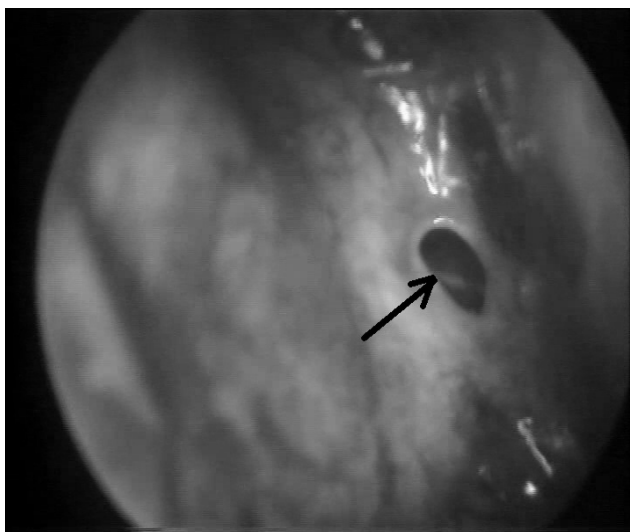


Рис. 1 Клиновидно-решетчатое углубление (эндоскопическая фотография).
Определяется отверстие клиновидной пазухи (указано стрелкой)

Показания к зондированию клиновидной пазухи

1. Клинические признаки сфеноидита или различные нейроофтальмологические осложнения, которые требуют исключить патологию клиновидных пазух.
2. Понижение прозрачности, затемнение клиновидных пазух или наличие уровня жидкости на рентгенограмме или компьютерной томографии.
3. Различные патологические состояния клиновидных пазух, требующие введения лекарственных или рентгеноконтрастных веществ.
4. Необходимость взятия патологического материала из пазухи на бактериологическое с определением чувствительности флоры к антибиотикам или цитологическое исследования.
5. Определение и улучшение дренажной функции естественного соустья клиновидной пазухи.

Инструментарий для зондирования клиновидных пазух

Зонд-канюля 9–10 см длиной с отклоненным рабочим концом на 5–10° от оси. Наружный диаметр канюли от 1,5 до 3 мм.

На рисунке 2 приведены канюли для эндоназального зондирования клиновидных пазух через естественное соустье.

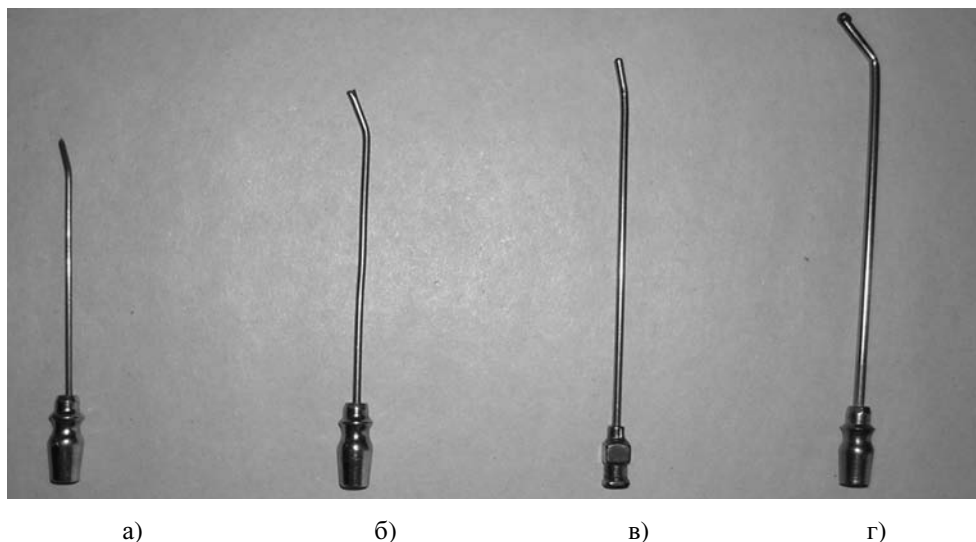


Рис. 2 Канюли для эндоназального зондирования клиновидных пазух:
а) аттиковая канюля для больных молодого возраста; б) канюля для больных среднего возраста; в) канюля предложенная С. С. Лиманским;
г) канюля для больных пожилого возраста

Техника эндоназального зондирования клиновидной пазухи

Зондирование клиновидной пазухи производится в положении больного сидя с незначительным разгибанием головы назад. Манипуляция проводится под местной анестезией. Первым этапом проводится анестезия 10% раствором лидокаина аэрозольно, далее между носовой перегородкой и поверхностью средней носовой раковины вводится зонд с ватной намоткой, смоченной 0,1% раствором адреналина и 1% раствором дикаина. Основным ориентиром для продвижения канюли является линия Цукеркандля (она определяется двумя точками: передняя носовая ость и середина свободного края средней носовой раковины). Зонд продвигается по этой линии вдоль носовой перегородки, при таком положении зонда в большинстве случаев мы достигаем передней стенки клиновидной пазухи. Аккуратными движениями, не прибегая к грубому проталкиванию, мы производим вращательные действия, пока не возникает ощущение «проваливания» в полость через узкое отверстие (рис. 3).

Если имеется ощущение, что зонд упирается в плотную ткань, грубые продвижения его вперед недопустимы. На удачное проникновение зонда в полость указывает признак Грюнвальда – его фиксация в соустье. Таким образом, эндоназальное зондирование, как правило, осуществляется тактильно. При выполнении манипуляции, как указывают большинство исследователей, необходимо помнить о недопустимости насильственного продвижения канюли.

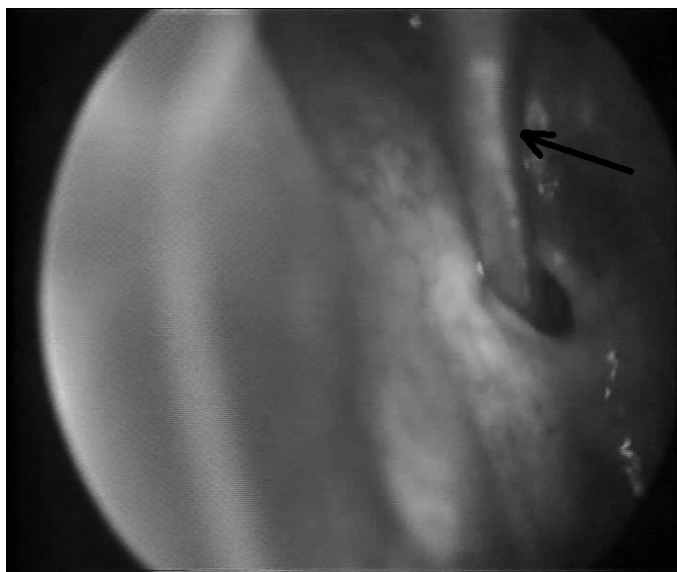


Рис. 3 Левое клиновидно-решетчатое углубление (эндоскопическая фотография).
Зонд (указано стрелкой) в соустье клиновидного синуса

Иногда перед введением зонда в клиновидную пазуху первым этапом осуществляется поиск соустья ушным пуговчатым зондом, далее, после его определения, вводится канюля. При введении жидкости в пазуху большинство больных ощущают боль и давление в затылочной области.

При первом зондировании возможно проведение контрольной рентгенографии в двух проекциях (рис. 4).

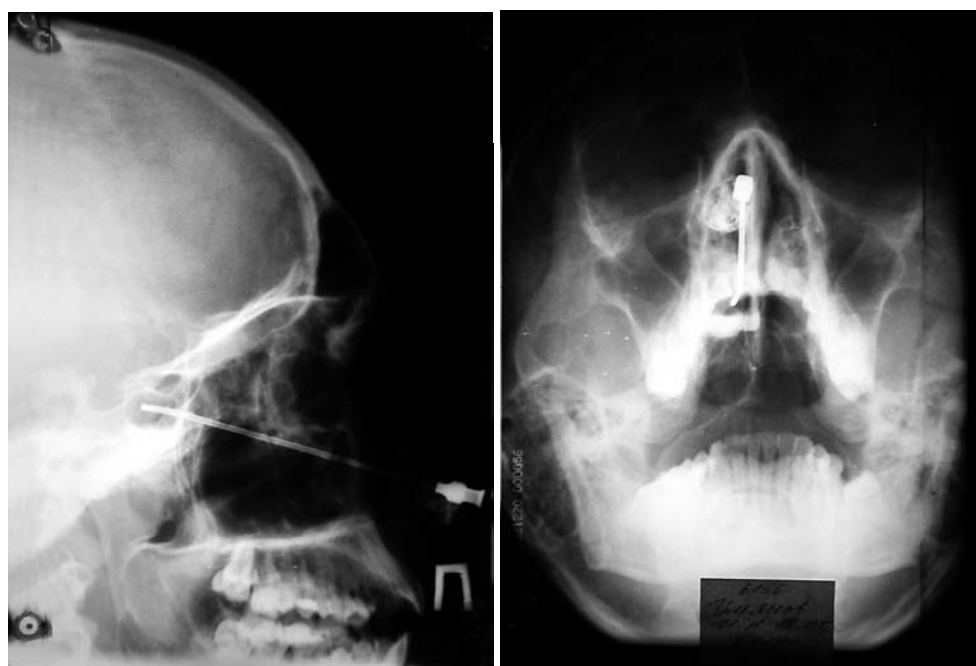


Рис. 4 На рентгенограммах ОНП в двух проекциях (правой боковой и прямой)
определяется канюля в правой основной пазухе

Основным препятствием для успешного проведения зондирования клиновидной пазухи является «синдром обструкции среднего носового хода» (Е. Н. Huizing), который возникает из-за наличия искривленной носовой перегородки, полипоза полости носа, гиперплазии или смещения средней носовой раковины к перегородке носа.

Через зонд-канюлю проводят промывание клиновидной пазухи, введение лекарственных препаратов и рентгеноконтрастных веществ.

Для улучшения качества диагностики сфеноидита нами применялось контрастное рентгенологическое исследование основных пазух (сфенография). Данное исследование является ценным вспомогательным методом и дает возможность определить объем и контуры пазухи, а также помогает оценить характер и степень патологического процесса, а также определить дренажную функцию естественного соустья.

Контрастное рентгенологическое исследование основных пазух нами использовалось, когда имелось расхождение между клиникой и отсутствием рентгенологического проявления сфеноидита. Сфенография также применялась для контроля за эффективностью проведенного лечения. Контрастное вещество (водорастворимое или масляное) в клиновидную пазуху мы вводили при помощи эндоназального зондирования полым зондом через естественное соустье. Контрастное исследование клиновидной пазухи мы проводили по общепринятой методике: после аппликационной анестезии раствором 1% дикаина и 0,1% адреналина между носовой перегородкой и поверхностью средней носовой раковины мы вводили полую канюлю, проводили эндоназальное зондирование клиновидной пазухи. В рентгеновском кабинете больному в положении с запрокинутой назад головой в пазуху медленно вводили около 5–10 мл подогретого контрастного вещества. Введение контрастного вещества прекращали в момент его поступления в глотку, затем производили рентгенографию в двух проекциях: носоподбородочной и боковой (рис. 5).



Рис. 5 На рентгенограммах ОНП в двух проекциях (левой боковой и прямой) определяется контраст в левой клиновидной пазухе

Эффективность метода

В Пензенской областной больнице им. Н. Н. Бурденко за период 1999–2007 г. зондирование клиновидной пазухи нами удалось осуществить у 92 пациентов. У 5 (5,4%) больных манипуляцию провести не удалось. Технические трудности были связаны с искривлением задне-верхней части носовой перегородки. Осложнений после проведенных манипуляций не было.

Наш опыт подтверждает мнение авторов [10–13], что при определенном навыке зондирование не представляет больших затруднений и является надежным и основным методом проникновения в полость пазухи без ее вскрытия и дает возможность предотвратить хирургическое вмешательство на последующих этапах лечения.

Для подтверждения данного заключения представляем одно из наших наблюдений.

Больная С., 64 года. В 2006 г. госпитализирована в лор-отделение с жалобами на головную боль в затылочной области слева, нарушение сна, понижение зрения на левый глаз. Считает себя больной в течение 3–4 лет, данное заболевание ни с чем не связывает, неоднократно обращалась и лечилась у врача-невролога, окулиста.

На основании жалоб и данных анамнеза была произведена компьютерная томография околоносовых пазух. На серии томограмм (рис. 6) определялось тотальное затемнение левой клиновидной пазухи и пазухи решетчатого лабиринта.

Поставлен диагноз: хронический левосторонний гнойный сфеноидит.



Рис. 6 На компьютерной томограмме ОНП. Тотальное затемнение левой клиновидной пазухи. Затемнение левых клеток решетчатого лабиринта

При нахождении в отделении оториноларингологии больной неоднократно проводилось зондирование левой основной пазухи через естественное соустье (при промывании получено гнойное отделяемое). При выписке состояние пациентки значительно улучшилось. При осмотре через год состояние удовлетворительное, головные боли не беспокоят. На рисунке 7 приведена контрольная компьютерная томография околоносовых пазух – пневматизация основных пазух достаточная.



Рис. 7 На компьютерной томограмме ОНП. Пневматизация клиновидной пазухи и клеток решетчатого лабиринта достаточная

На данном примере показано, что зондирование основной пазухи через естественное соустье является щадящим и наиболее эффективным методом консервативного лечения, предотвратившим хирургическое вмешательство у данной пациентки.

Заключение

Таким образом, метод зондирования является главным методом в лечении гнойного сфеноидита, поскольку высоко расположенное соустье клиновидной пазухи делает невозможным самопроизвольный отток патологического отделяемого даже в случае, когда соустье является достаточно широким и, по нашим наблюдениям, в большинстве случаев не было полностью обтурировано.

Поэтому основным принципом в лечении является эвакуация гнойного отделяемого и терапия, направленная на восстановление функции мукоцилиарного транспорта. Наиболее эффективным методом при гнойном сфеноидите во всех возрастных группах необходимо считать зондирование основной пазухи через естественное соустье. Зондирование необходимо проводить, предварительно изучив индивидуальную и возрастную анатомию носа и клиновидного синуса.

Список литературы

1. **Пискунов, Г. З.** Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух : пособие для врачей / Г. З. Пискунов, А. С. Лопатин. – М., 1992. – 34 с.
2. **Рязанцев, С. В.** Острый синусит подходы к терапии : метод. рекомендации / С. В. Рязанцев. – М., 2003. – 16 с.
3. **Проскуряков, С. А.** Основная пазуха. / С. А. Проскуряков // Труды Новосибирского института усовершенствования врачей. – Новосибирск, 1939. – Т. 13. – С. 202.
4. **Кариев, И. В.** Определение расстояния от передней носовой ости и корня носа до середины передней стенки клиновидной пазухи при различных формах черепа / И. В. Кариев // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1990. – № 6. – С. 33–34.

5. **Kohn, K. H.** Die Nasennebenhohlen Anatomische variationen. Die Schilddrüse G. Floboese Mediastinum / K. H. Kohn, Hrsgs. Von B. Walthard // Nase und Nasennebenhohlen Kehlkopf und Luftrohre. – Berlin ; Heidelberg ; New York, 1969. – S. 70–72.
6. **Счастликова, Г. П.** Клиника, диагностика и лечение сфеноидитов : метод. рекомендации / Г. П. Счастликова. – М., 1972. – 17 с.
7. **Onodi, A.** Topographische Anatomie der Nasenhöhle und ihren Nebenhöhlen / A. Onodi // Handbuch I Band. – Vatz, 1922.
8. **Калина, В. О.** Клиническая анатомия придаточных пазух носа / В. О. Калина // Хирургические болезни носа, придаточных пазух и носоглотки. – М, 1949. – С. 179–232.
9. **Нейман, Л. В.** Значение морфологических особенностей в патологии и хирургии основной пазухи / Л. В. Нейман // Вестн. оторинолар. – 1948. – № 3. – С. 29–39.
10. **Лиманский, С. С.** Дренирование придаточных пазух носа через естественные соустья / С. С. Лиманский, С. А. Лапина, М. А. Решетов // Материалы XVI съезда оториноларингологов РФ. – 2001. – С. 611–615.
11. **Плужников, М. С.** Диагностика и щадящее лечение сфеноидитов : метод. рекомендации / М. С. Плужников, А. А. Усанов. – Л., 1989. – 15 с.
12. **Плужников, М. С.** О зондировании и пункции клиновидных пазух / М. С. Плужников, А. А. Усанов // Современные методы диагностики и лечения заболеваний верхних дыхательных путей : тез. докл. науч.-практ. конф. – Курск, 1987. – 49 с.
13. **Пискунов, С. З.** Изолированные поражения клиновидной пазухи / С. З. Пискунов, И. С. Пискунов, А. М. Лудин. – Курск, 2004. – 152 с.