

## ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ СФЕНОИДИТОВ

(Обзор литературы)

Насыров В.А., Исаев В.А.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ, г. Бишкек

**Резюме.** Бул макалада сөөк көңдөйүпүн сезгенүү оорулары, физиология, негизги көңдөйлүк патологиясын аныктоо жана сөөк көңдөй ооруларын хирургиялык (эндоскопиялык) дарылоо проблемаларынын актуалдуулугу боюнча маалыматтар берилет. Негизги сөздөр: сфеноидит, хирургиялык дарылоо, эндоскопия, дарт аныктоо, эндоскопиялык дарт аныктоо, сөөк көңдөйү.

**Summary.** This article gives information about the urgency of the issue of inflammatory disease of sphenoidal sinus, physiology, on problems of diagnosis basilar sinus pathology and surgical (endoscopic) treatment of sphenoidal sinus diseases.

**Key words:** sphenoiditis, surgical treatment, endoscopy, diagnosis, endoscopic diagnosis, sphenoidal sinus.

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа остаются одной из основных проблем клинической оториноларингологии, что объясняется частотой заболеваемости и стойкой тенденцией к росту числа воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей.

Актуальность проблемы воспалительных заболеваний клиновидной пазухи связана с её топографо-анатомическими особенностями и трудностями диагностики, а также скудностью клинических проявлений со стороны носа и превалированием неврологической симптоматики (1).

Так, по выражению А.С.Киселева (2) – это «забытая пазуха, так как нередко проявления патологии со стороны основной пазухи попросту не диагностируются. С.З.Пискунов считает, что основная пазуха вовсе не «забытая», а попросту недоступная как в плане диагностики, так в плане и лечения (3).

До внедрения компьютерной томографии (КТ) придаточных пазух носа (ППН), сфеноидит практически не диагностировался, что обусловлено неврологическим характером его клинических проявлений. Однако с появлением компьютерной томографии выяснилось, что воспалительные поражения основной пазухи встречаются гораздо чаще, чем диагностируются (4).

Такая ситуация заставила многих ринологов вновь обратиться к проблеме сфеноидита, и в частности его диагностике, особенностям кли-

нических проявлений, методам консервативного лечения и разработкой эндоскопических хирургических пособий (И.А.Морозов,1975).

Несмотря на большой интерес оториноларингологов к проблемам воспалительных поражений клиновидной пазухи, остаются до конца не ясными вопросы частоты поражения основной пазухи, как при острых, так и при хронических процессах, а также проблемы изолированного поражения основной пазухи.

На сегодняшний день можно считать, что методы эндоскопической хирургии основной пазухи достаточно известны, но показания к их выполнению и объем сопутствующих оперативных вмешательств по устранению факторов, способствующих развитию сфеноидита, изучены сравнительно мало.

Все это определяет актуальность изучения воспалительных процессов клиновидной пазухи.

Открытия последних лет в области физиологии носа и околоносовых пазух привели к активному совершенствованию диагностических приемов и разработке способов консервативного лечения и особенно оперативных пособий методом эндоскопической микрохирургии носа.

Особенность строения основных пазух в совокупности с другими факторами, оказывают отрицательное влияние на слизистую оболочку полости носа, околоносовых пазух и служат условиями их вовлечения в патологический

процесс (5). К этим факторам относится склонность к частым острым респираторно-вирусным заболеваниям, физиологическая, иммунологическая незрелость и аллергизация организма у лиц подросткового периода. Этиопатогенетическое значение имеют также индивидуальные анатомо-топографические особенности строения полости носа, гипертрофия лимфаденоидного кольца глотки, наличие латентной инфекции (6). Значительная роль в развитии синуситов принадлежит естественным соустьям пазух.

Бактериологические исследования показали, что флора клиновидных пазух мало чем отличается от возбудителей, обнаруживаемых при заболеваниях других околоносовых пазух, в основном, это кокковая флора (7).

Как известно, все околоносовые пазухи делятся на переднюю и заднюю группы (8). До недавнего времени считалось, что основная пазуха открывается в верхний носовой ход. Но последние научные данные показывают, что естественное соустье клиновидной пазухи располагается в ее передней стенке и открывается не в верхний носовой ход, а в сфеноэтмоидальный карман. Соустье пазухи может иметь различную величину – от 0,5 до 5 мм, оно может быть овальным, округлым, полулунным или щелевидным. (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006).

Кровоснабжение клиновидной пазухи аналогично как полости носа и околоносовых пазух осуществляется из системы наружной и внутренней сонной артерий. Вены клиновидной пазухи вливаются в венозное сплетение носоглотки и крыловидное сплетение, далее в пещеристую пазуху.

Нормальное функционирование основной пазухи обеспечивается в первую очередь аэрацией пазухи через естественное соустье, которое зависит от состояния архитектоники носовых структур (9). Соответственно, изменения анатомического строения полости носа, остеоагального комплекса, приводит к нарушению аэрации основной пазухи, что создает благоприятные условия для ее инфицирования и развития воспаления.

Также по последним научным данным, при компьютерном обследовании больных с травматическими, сосудистыми заболеваниями головного мозга и находящихся на искусственной

вентиляции легких были выявлены различной степени выраженности изменения клиновидных пазух, сочетающиеся у части пациентов с поражением задних клеток решетчатой кости (Пискунов И.С., Лопатин А.С. 1997; Пискунов И.С., 2002). Важным патогенетическим звеном в развитии поражения клиновидных пазух и задних клеток решетчатого лабиринта является то, что больные с сосудистыми и травматическими поражениями головного мозга находятся в тяжелом состоянии, часто без сознания, в горизонтальном положении, адинамичны, вследствие чего продуцируемый слизистой оболочкой секрет застаивается в синусах и носоглотке. Еще более благоприятные условия для задержки секрета создаются при интубации. В таких случаях КТ выявляет признаки патологического процесса в клиновидной пазухе и задних клетках решетчатого лабиринта. Такой синусит назвали латентным синуситом (Пискунов И.С., 2002). Также этот синусит еще называют гипостатическим. Таким образом патологические изменения в задних околоносовых пазухах следует выделить в самостоятельную нозологическую форму – посттравматический (или постинсультный) гипостатический синусит (сфеноидит, этмоидит, этмоидосфеноидит).

Достаточно сложное анатомическое строение клиновидной пазухи и ее топография, т.е. локализация в центре основания черепа, отделяющая полость черепа от полости носа, во многом определяют, как клинические проявления сфеноидита, так и характер осложнений (10).

При диагностике сфеноидита, как и любого другого заболевания, используются классические правила. Это сбор анамнеза, жалобы больного, оцениваются результаты объективных исследований.

Для диагностики сфеноидита эндоскопические исследования следует признать, наиболее важны. Они сводятся к осмотру передней стенки основной пазухи, оценки состояния соустья, характер патологического отделяемого и состояние слизистой носоглотки (11).

Наиболее распространенным методом диагностики сфеноидитов остается рентгенография (12).

Компьютерная томография также актуальна при диагностике заболеваний основной пазу-

хи (13).

Магнитно-резонансная томография имеет преимущества при исследовании мягкотканых структур, но дает худшее изображение костной ткани и занимает больше времени (14).

Диагностические мероприятия должны быть комплексными и поэтапными с оценкой не только изменений воздухоносности просвета пазухи, но и выявления изменений архитектоники полости носа и задних клеток решетчатого лабиринта, способствующих развитию воспалительных изменений в основной пазухе.

Клиническое течение сфеноидитов таково, что оно редко диагностируется обычными ринологическими исследованиями, что обусловлено анатомо-топографическим расположением клиновидной пазухи в центре черепа, близким расположением жизненно-важных структур головного мозга. Чаще всего сфеноидит может протекать бессимптомно. (15)

До последнего времени все авторы, занимавшиеся проблемой воспаления клиновидной пазухи указывали на один превалирующий симптом: головная боль, которая, как правило, иррадирует в затылок. Но это ошибочное мнение (Пискунов Г.З., Пискунов С.З., 2006). У подавляющего большинства пациентов головная *боль не имела типичной локализации, носила мигрирующий характер, локализовалась в области лба, затылка, висков.* Интенсивность ее была различна, она могла появляться в разное время суток, иногда носила приступообразный характер, усиливалась после эмоционального и физического перенапряжения, исчезала после приема анальгетиков. Кроме того, отмечалась раздражительность, психоэмоциональная неустойчивость, быстрая усталость, адинамия. Однако у некоторых больных, несмотря на глубокие разрушения клиновидной пазухи, головная боль отсутствовала. В связи с отсутствием ринологической симптоматики подавляющее большинство больных, страдающих головной болью, наблюдались в различные сроки у терапевта или невропатолога. Эти новые научные данные открывают новые возможности в диагностике сфеноидитов для лор-врачей, невропатологов и терапевтов. Что в свою очередь позволяет более точно и своевременно провести эндоскопическую диагностику и лечение сфеноидита, а также адекватную консерватив-

ную терапию. Другой и наиболее частый симптом – иррадиация боли в глазницу, или ощущение боли в глубине глазницы (16). Больные могут жаловаться на плохой сон, снижение памяти, нарушение остроты зрения, раздражительность. Может беспокоить заложенность носа, чаще с одной стороны, патологический секрет, стекающий в носоглотку.

Сфеноидит может осложниться парезом и параличом лицевого нерва.

Таким образом, несмотря на общепринятое мнение о том, что клинические проявления сфеноидита скудны, при прицельном обследовании больного выявляется достаточно специфический симптомокомплекс, характерный для течения воспалительного поражения клиновидной пазухи. Особенностью поражений основной пазухи является тяжесть и разнообразие осложнений, которые несравнимо тяжелее, чем осложнения со стороны передней группы околоносовых пазух. Поэтому своевременная диагностика и санация основной пазухи является актуальной задачей оториноларингологии.

Консервативное лечение воспалительных процессов основной пазухи, показано при острых формах процесса без наличия каких-либо осложнений. Основным принципом консервативного лечения сфеноидитов является создание оттока через естественное соустье и восстановление ее дренажной функции (17).

В комплексном лечении сфеноидитов, помимо различных пособий, способствующих восстановлению дренажной функции через естественное соустье, различными авторами разрабатывались методики вспомогательного лечения (18).

В настоящее время вошли в применение эндоскопические функциональные операции (19).

К хирургическим методам вскрытия основной пазухи, прибегают при хронических формах сфеноидита, а также при наличии какого-либо осложнения. Основной целью оперативных вмешательств является расширение естественного соустья или резекция передней стенки на большем или меньшем протяжении и создании благоприятных условий для воздействия на слизистую оболочку основной пазухи (20).

Это во многом определяют объем хирургического вмешательства.

Закрытое естественное соустье в сочетании с гиперплазией слизистой оболочки клиновидной пазухи и выявление механических причин развития сфеноидитидной пазухи является показанием для хирургического вмешательства, так как в этих условиях трудно рассчитывать на успех консервативной терапии. Чаще всего операция проводится под местной анестезией.

Основная задача операции – обнаружить естественное соустье пазухи, максимально расширить его, удалить явно гиперплазированную слизистую оболочку, закрывающую соустье. Это гораздо легче сделать с использованием оптики – жестких эндоскопов. Возможно два доступа к клиновидной пазухе – трансэтмоидальный и трансназальный.

Трансэтмоидальный доступ осуществляется после вскрытия пораженных передних, а затем задних клеток решетчатой кости. При этом следует иметь в виду, что ретробульбарные клетки (клетки Оноди) имеют крупные размеры и неопытным хирургом одна из них может быть принята за клиновидную пазуху, что может привести к грубым ошибкам в процессе хирургического вмешательства. Поэтому во время операции необходимо осуществлять контроль за зоной вмешательства со стороны общего носового хода. Положение передней стенки пазухи и ее соустья при эндоскопическом осмотре лучше всего определять, руководствуясь следующими ориентирами: определяют хоану и ее свод, поднимают кверху от свода хоаны на 1,5-2,0 см вдоль перегородки носа. В этом месте следует искать соустье пазухи. Ни в коем случае не следует отклоняться латерально от перегородки носа.

Трансназальная сфеноидотомия выполняется через общий носовой ход. При хроническом гнойном сфеноидите слизистая оболочка вокруг соустья отекает, гипертрофирована или полипнозно изменена, однако пугловчатым зондом или изогнутой костной ложкой удастся найти вход в пазуху. В тех случаях, когда задние клетки или задний конец средней или верхней раковины препятствуют осмотру передней стенки пазухи, необходимо их сместить латерально или резецировать.

Найдя соустье клиновидной пазухи, необходимо его расширить, что осуществляется с помощью сфеноидального выкусывателя (щипцы

типа Керрисон), которым удаляется часть передней стенки в направлении к перегородке носа и кзади. Соустье формируется достаточного размера, необходимого для обзора пазухи и выполнения манипуляций в ее просвете с целью удаления измененных тканей из полости синуса. Отечную, гиперплазированную слизистую оболочку стенок удалять не следует, так как восстановление оттока из пазухи и ее аэрации приводит к скорой нормализации ее морфологического состояния.

Кровотечение во время операции минимальное. После завершения операции в пазуху целесообразно на сутки рыхло ввести узкий тампон, пропитанный антисептиком, что позволяет предупредить образование сгустка крови в просвете пазухи.

Следует отметить, что больные легко переносят сфеноидотомию. Уже на следующий день после удаления тампона из пазухи они не предъявляют никаких жалоб. Проявления послеоперационного травматического ринита минимальны, носовое дыхание не страдает (21).

#### ЛИТЕРАТУРА:

1. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух // Вестник оториноларингологии.-1995.-№6.-С.35-40.
2. Киселев А.С. Диагностика сфеноидитов //Новости оториноларингологии и логопатологии.-1997.-№3(11).-С.28-33.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. К вопросу о классификации синуситов. – Российская ринология.-1997.-№2.-С.13-14.
4. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. ...док-ра, мед. наук, Центр аудиологии и слухопротезирования. М., 2001.-38с.
5. Пальчун В.Т. Устьянов В.А. Дмитриев Н.С. Параназальные синуситы –М. Медицина.-1982.-152с.
6. Карал-оглы // Лечение воспалительных заболеваний верхне-челюстных и лобных пазух // КИШИНЕВ.-« Птица» -1983 г.
7. Овчинников Ю.М., В.Е., Добротин В.Е., Цукерберг Л.И., Флимонов Г.П., Федоренко В.Д. Роль компьютерной томографии в диагностике остеомиелита клиновидных пазух с внутричерепным распространением // Вестник оториноларингологии.- 1994.-№3.-С.11-14.
8. Пискунов С.З., Пискунов Г.З. Влияют размеры и расположение соустьев на характер патологического процесса в околоносовых пазухах // Вест-

ник оториноларингологии. №4.-С.44-45.

9. А.А. Усанов, Коленов В.Е. //В-к рентгенологии №3 С.32-33.

10. Плужников М.С., Шатунов А.Г., Лавренова Г.В., Носуля Е.В. Слизистая оболочка носа. С-Пб., 1995.-155с.

11. Солдатов. Руководство для врачей

12. Егоров В.И., Козаренко А.В. Эффективность нового фторхинолонового антибиотика авелокса при лечении гнойных синуситов. //Вестник оториноларингологии.-2002.-№5.-С.35-36.

13. Мостовой 1974г

14. Плужников М.С., Усанов А.А. О зондировании и пункции клиновидной пазухи //Современные методы диагностики и лечения заболеваний ВДП:-Тезисы и доклады Научно-практической конференции Курск-1987-с49

15. Гудима И.А. Микробные биоценозы при гипертрофии лимфоидного кольца глотки и хроническом тонзиллите у детей. Авторефер. Дис. канд. мед. наук,

Ростов-на-Дону, 2002.

16. Пискунов Г.З. Лекарственные средства, применяемые в оториноларингологии.-«Финстатин-форм»-2000-275с.

17. Габриэлян Р.И., Горская Е.М., Снегова Н.Д. Функции микрофлоры желудочно-кишечного тракта и последствия ее нарушения после хирургических вмешательств.-Антибиот. химиотер.-2000-45(9):24-29..

18. Меньшиков В.В. Лабораторная профессия в современных условиях.-Клиническая диагностика.-2007.-№4.-С.4

19. Танабасва М.Д. Оценка эффективности комплексного лечения сфеноидитов методом эндоскопической катетеризации и шунтирования основных пазух. Авторефер. Дис. канд. мед. наук, Астана, 2009.

20. Пискунов С.З. Пискунов Г.З., 1991.,

21. Пискунов С.З. Пискунов Г.З., Клиническая ринология. М.: «Миклош», 2002. 390 с.