

Рис. 16.6. Взаимоотношение клиновидной пазухи с решетчатыми клетками

16.4. Клиника изолированного сфеноидита

Скучная ринологическая симптоматика, невозможность установить диагноз с помощью рентгенологического метода исследования способствовали тому, что в последние лет как нозологическая форма сфеноидит не упоминался в годовых отчетах стационаров и поликлиник.

В зарубежной литературе имеется немного сообщений, посвященных изолированному сфеноидиту. *J. Willie* и соавт. (1973) за 37 лет в клинике Майо наблюдали 34 больных с воспалительным процессом клиновидной пазухи, 6 — с опухолью

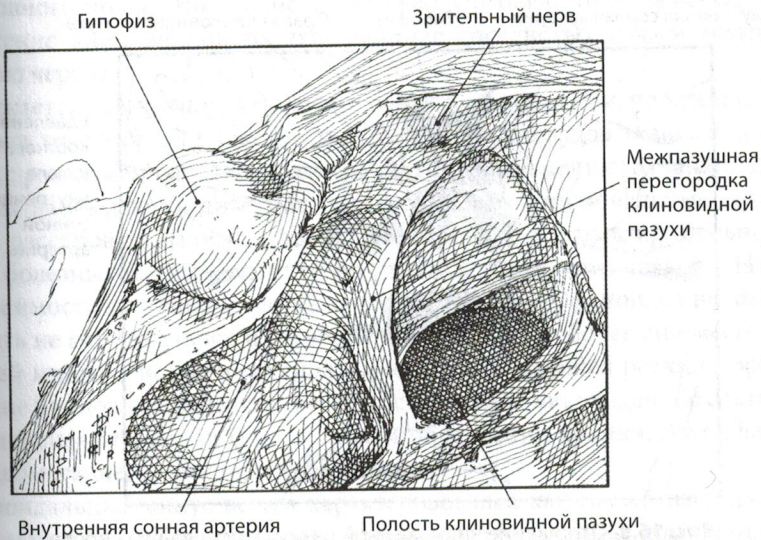
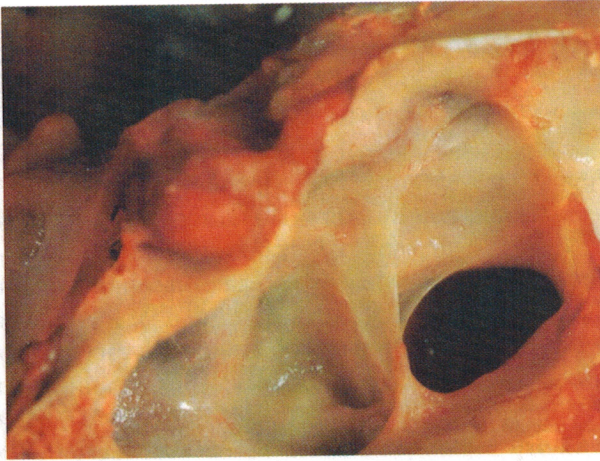
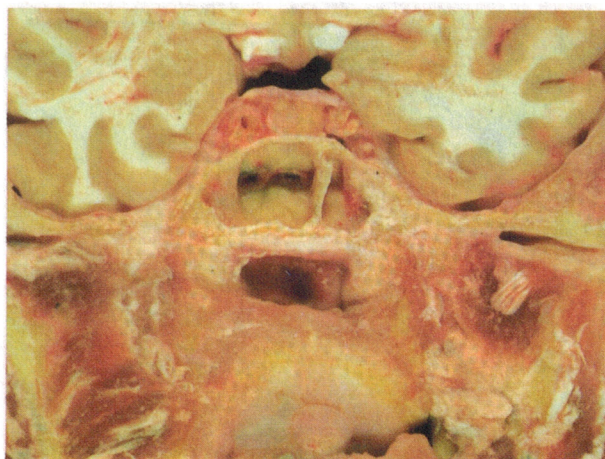


Рис. 16.7. Отношение клиновидной пазухи к зрительному нерву, внутренней сонной артерии и турецкому седлу

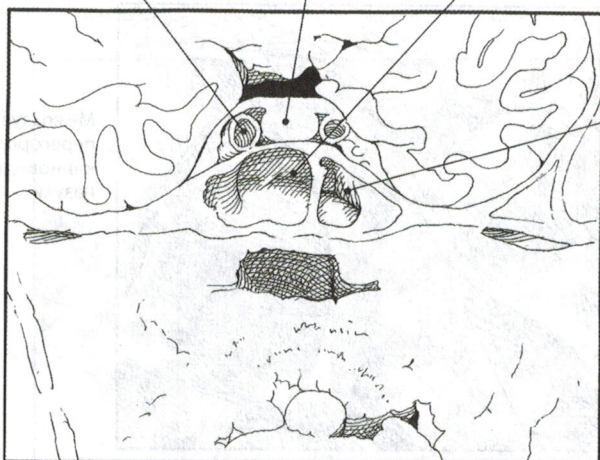
— с фиброзной дисплазией, 2 — с ринолитами, 1 — с солитарным полипом. Основным симптомом у этих пациентов была головная боль, локализующаяся в ретроорбитальной области. 13 больных были прооперированы: 12 — трансназальным доступом, 1 — наружным через решетчатый лабиринт.

R. Rothfield и соавт. (1991) наблюдали 13 пациентов с изолированным поражением клиновидного синуса: 5 из них имели доброкачественные опухоли, 2 — злокачественные, 4 — воспалительные поражения, 2 — полипозный процесс. Больные были прооперированы трансептальным доступом. По мнению указанных авторов, такой доступ обеспечивает более широкий обзор по сравнению с эндоназальным.

D. Lew и соавт. (1983) провели лечение 30 больных с воспалительными поражениями клиновидной пазухи (15 — острых, 15 — хронических сфеноидитов). Основным симптомом была головная боль, иррадиирующая в затылочную область



Внутренняя сонная артерия Гипофиз Правая клиновидная пазуха



Вдавление
костного
канала
внутренней
сонной
артерии

Рис. 16.8. Отношение клиновидной пазухи к основанию черепа

или по ходу тройничного нерва. Проведено эндоназальное вскрытие клиновидных синусов.

В отечественной и зарубежной литературе публикуются единичные сообщения об изолированных поражениях клиновидного синуса (Староха А.В. и соавт., 1990; Красножен В.Н., 2001; Scamoni С., 1992; Turgut S. et al., 1997; Yiotakis J. et al., 1997).

О трудностях выявления сфеноидита, особенно изолированного, сообщают авторы (Курдова З.И., 1966; Ревский Ю.К., Киселев А.С., Усанов Е.И. и соавт., 1990; Lindbaek M., Johnsen U.L., Kaastad E. et al., 1996; Shirahata Y., Yamazaki Y., Tachibana T., Onishi T., 1988; Witte R.J., Heurter J.V., Orton D.F., Hahn F.J., 1996), отмечая при этом, что латентные формы хронического процесса чаще всего вызывают тяжелые нарушения, в частности — ретробульбарный неврит.

К наиболее частым субъективным симптомам изолированного сфеноидита относится головная боль, не имеющая определенной характеристики и требующая сложной дифференцировки.

В генезе головной боли при сфеноидите основную роль играют вазомоторный, рефлекторный и токсический факторы. Интенсивная головная боль обычно сопровождается достаточно выраженным процессом, особенно при нарушении оттока патологического содержимого из пазухи.

Боль часто локализуется в ретроорбитальной, в затылочной областях или же «где-то в глубине головы», соответствующей пораженной стороне пазухи. Больной может ощущать ее в глубине орбиты или в других частях черепа — в темени, лобной области или виске. Кроме головных болей проявлением воздействия воспалительного очага в клиновидной пазухе на центральную нервную систему могут быть также симптомы, как снижение памяти, раздражительность, плохой сон. При воспалении клиновидной пазухи у некоторых больных отмечается нарушение психического равновесия: подавленность, мнительность, плаксивость, склонность к неоправданым переживаниям (Плужников М.С., Усанов А.А., 1985).

Комплекс жалоб больных укладывается в картину поражения диэнцефальной зоны головного мозга. Это вполне объяснимо, учитывая топографо-анатомическое расположение клиновидной пазухи, наличие сосудистых связей между пазухой и твердостью черепа.

Допускается возможность проникновения инфекции или, по крайней мере, бактериальных токсинов или токсических продуктов распадов тканей в диэнцефальную зону с развитием соответствующей картины поражения (Бучацкий М.В., 1973). У больных наблюдаются диэнцефальный синдром; эмоциональные сдвиги и психические расстройства носят астеноипохондрический характер: больной угнетен, страдает в болезнь, жалуется на чувство раздражительности, плаксив. Наблюдается непереносимость звуковых и световых раздражителей. Сфеноидит необходимо рассматривать не как локальное поражение пазухи, а как заболевание всего организма с реакцией многих систем и органов. Проявлениями общей реакции организма на воспаление клиновидной пазухи, в частности, служат лихорадочное состояние и типичные изменения в крови (при острых и обострении хронических сфеноидитов), общее недомогание, слабость, головные боли.

Сфеноидальный синус всегда характеризовался как самый изолированный из параназальных синуситов. Все более широкое использование компьютерной томографии привело к совершенствованию диагностики изолированного сфеноидального синусита. К тому же диагностическая эндоскопия с помощью 0–30° телескопов дает возможность более легкой и ранней постановки диагноза.

Под нашим наблюдением с 1998 по 2003 год находился 61 больной с изолированным поражением клиновидных пазух: мужчин было 28, женщин — 33.

Наибольшее количество пациентов приходилось на активные возрастные группы от 14 до 40 лет, что составило почти 57% от числа пролеченных больных.

На основании проведенных клинических обследований выявлены следующие формы изолированного поражения клиновидных пазух (табл. 16.1).

Почти третья часть пациентов не могла ответить на вопрос, с какого времени они считают себя больными. Головная боль, утомляемость, эмоциональная неустойчивость и другие неопределенные симптомы, создающие состояние дискомфорта, беспокоили больного длительное время, и установить начало этих изменений больные не могли. По поводу этих жалоб они длительно наблюдались

Формы поражения клиновидных пазух

Формы поражения	Количество больных
Острый гнойный сфеноидит	3
Хронический сфеноидит:	10
♦ гнойный	9
♦ гнойно-полипозный	5
♦ полипозный	
Киста	14
Мукоцеле	3
Пиоцеле	3
Грибковые поражения (мицетома)	6
Пнеumoцеле	1
Злокачественные опухоли	5
Ликворея через клиновидную пазуху	1
Остеома клиновидной пазухи	1
Всего	61

у невропатолога или терапевта, чаще всего по поводу вегетососудистой дистонии и поражение клиновидной пазухи было установлено после проведения КТ околоносовых пазух. Нельзя считать, конечно, началом заболевания парез отводящего нерва или офтальмоплегия, которые появляются у больных на поздних стадиях развития заболевания. Так, у больной А., 75 лет, с мукоцеле клиновидной пазухи, вызвавшей тотальное разрушение тела клиновидной кости, контактирующее с твердой мозговой оболочкой средней и задней черепных ямок, жалобы отсутствовали. Обращение ее к врачу и госпитализация в лор-клинику была вызвана тем, что у больной внезапно развился синдром верхнеглазничной щели справа (офтальмоплегия правого верхнего века, мидриаз, экзофтальм). Несомненно, что заболевание клиновидной пазухи у этой больной, приведшее к тотальной резорбции всех ее стенок, продолжалось несколько лет.

Крайне тяжело также установить причину заболевания. У 60% пациентов причину поражения клиновидной пазухи выяснить не удастся. Следует также подчеркнуть, что у всех больных, кроме 3 пациентов с опухолевым поражением клиновидной пазухи, у которых опухоль занимала носоглотку и вызвала нарушение носового дыхания, отсутствовали ринологические жалобы.

В связи с тем что клиновидная пазуха располагается в центре основания черепа и находится в тесных топографических взаимоотношениях с прилегающими к ней сосудами и нервами (пещеристый синус, блоковой, внутренняя сонная артерия, тройничный, глазодвигательный, отводящий, зрительный нервы), больные обращались в клинику с различными жалобами (табл. 16.2). Основной была жалоба на головную боль. Мы считаем, что мнение о том, что головная боль при поражении клиновидной пазухи локализуется в затылке, ошибочно.

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 различное время суток, иногда носила приступообразный характер, усиливалась после эмоци-

Таблица 16.2

Основные клинические симптомы

Клинические симптомы	Количество больных
Головная боль	38
Парез глазодвигательных нервов	12
Двоение в глазах	5
Судорожные припадки	8
Головокружение	7
Сепсис	3

психического и физического перенапряжения, снималась после приема анальгетиков. Кроме того, отмечались раздражительность, психоэмоциональная неустойчивость, быстрая усталость, адинамия. Однако у некоторых больных, несмотря на глубокие нарушения клиновидной пазухи, головная боль отсутствовала, они никогда не пользовались анальгетиками.

В связи с отсутствием ринологической симптоматики подавляющее большинство больных, страдающих головной болью, наблюдались различные сроки у терапевта или невропатолога. Патологический процесс в клиновидной пазухе был выявлен после проведения компьютерного обследования головного мозга, после чего больные госпитализировались в лор-отделение для обследования и хирургического вмешательства. Однако, к глубокому сожалению, далеко не всегда лучевой диагност при проведении КТ головного мозга захватывает в срез клиновидную пазуху.

Наиболее частым неврологическим симптомом был парез отводящего нерва (у 7 пациентов). У 5 больных (1 — мукоцеле, 2 — гнойно-полипозный сфеноидит, 2 — рак клиновидной пазухи) наблюдался синдром верхнеглазничной щели.

Судорожный синдром наблюдался нами у 8 пациентов. У 7 пациентов в анамнезе заболевания продолжительностью до 1,5 лет отмечались редкие большие генерализованные припадки. У 1 пациентки в возрасте 14 лет с полипом в правой клиновидной пазухе отмечались на протяжении 5 месяцев ежедневные абсансные припадки, проявляющиеся кратковременным, продолжительностью 10–20 секунд, прекращением деятельности, судорожным сокращением сгибателей левой верхней конечности, нистагмоидными движениями левого глазного яблока (на стороне, противоположенной пораженной пазухе).

Клинические проявления сепсиса у 3 больных с острым гнойным сфеноидитом отличались от описанных в литературе при тромбозе кавернозного синуса.

Таким образом, клинические проявления поражения клиновидной пазухи отличались многообразием симптоматики, отличающей их от поражения других околоносовых пазух. В связи с отсутствием ринологической симптоматики значительная часть больных (28 пациентов) была направлена на прием к оториноларингологу невропатологом или терапевтом или переведена в лор-отделение из неврологического или нейрохирургического отделений.

Наш опыт выполнения диагностических манипуляций и хирургических вмешательств на клиновидной пазухе дает основание рекомендовать следующую методику определения локализации ее соустья как при нормальном состоянии носа и околоносовых пазух, так и при их воспалительных поражениях.

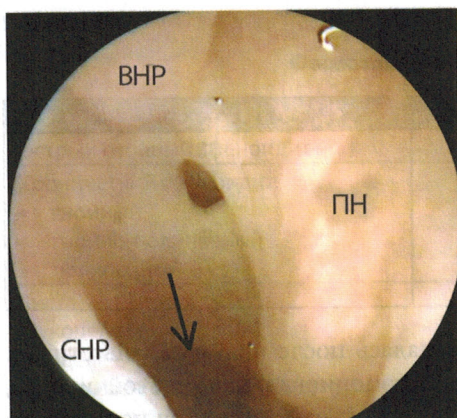


Рис. 16.9. Эндоскопическая картина правой половины носа. Сустье клиновидной пазухи располагается над сводом хоаны (указано стрелкой) у перегородки носа (ПН). Видны задние концы верхней (ВНР) и средней (СНР) носовых раковин

ративный процесс в слизистой оболочке по краям сустья. На демонстрируемом рисунке видна сеть извитых, расширенных сосудов, свидетельствующая о воспалительном состоянии слизистой оболочки, что подтверждает эту точку зрения.

После определения локализации сустья, которое в нормальных условиях имеет диаметр 3–5 мм, осматриваются стенки пазухи. Нормальная слизистая оболочка пазухи в виде тонкого слоя покрывает ее поверхность, имеет бледно-розовый цвет. На ней определяется сеть мелких артериальных сосудов (рис. 16.12).

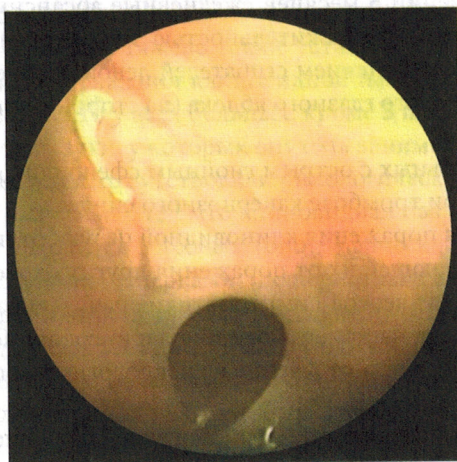
Одновременно проводится тщательный осмотр стенок клиновидной пазухи. У одного из обследуемых нами пациентов из нейрохирургического отделения с резекцией отводящего нерва при эндоскопическом обследовании стенок правой кли-

После введения эндоскопа в заднюю часть полости носа (рис. 16.9) необходимо поднять свод хоаны, затем от свода хоаны подняться вдоль перегородки носа на 2–2,5 см. В этом участке около перегородки носа будет определяться зияющее сустье клиновидной пазухи. Если сустье заблокировано, поиски его производятся пугачевым зондом или маленькой костной ложечкой.

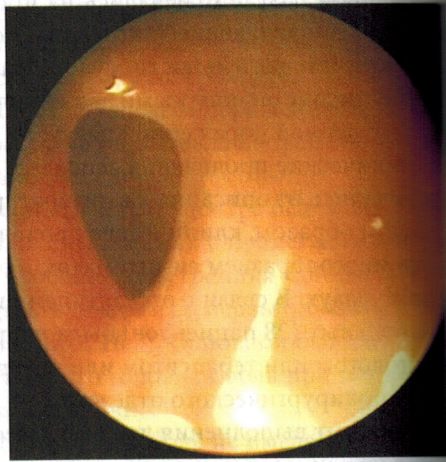
Нормальное сустье имеет овальную или округлую форму, края ровные, размеры и формы левого и правого сустьев асимметричны (рис. 16.10).

Однако в редких случаях края сустьев имеют фестончатую форму (рис. 16.11).

Фестончатость краев сустья, по моему мнению, свидетельствует о перенесенном ранее воспалительном процессе в результате которого развился проли-



а



б

Рис. 16.10. Размеры и формы нормальных сустьев клиновидных пазух: а — справа, б — слева

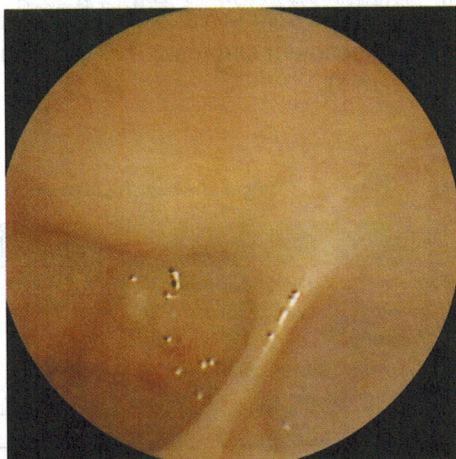
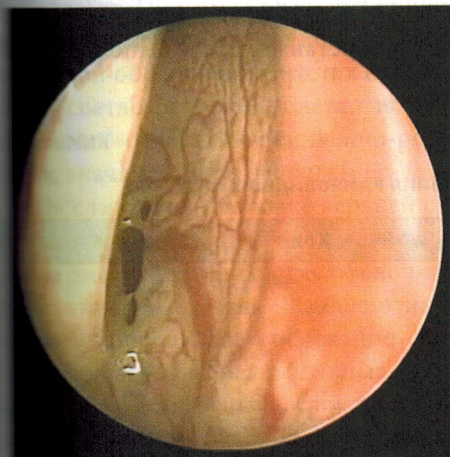


Рис. 16.11. Края соустья клиновидной пазухи имеют фестончатую форму. Вокруг соустья сеть извитых расширенных сосудов

Рис. 16.12. Эндоскопическая картина нормальной слизистой оболочки клиновидной пазухи. В заднеинferиорном ее отделе костный гребень

клиновидной пазухи удалось увидеть в ее латеральной стенке кавернозный синус темно-синюшного цвета (рис. 16.13).

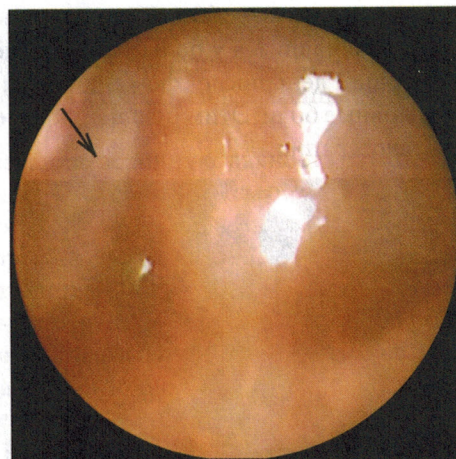


Рис. 16.13. Эндоскопическая картина правой клиновидной пазухи. В латеральной стенке определяется кавернозный синус (указано стрелкой)

16.5. Клинические варианты поражения клиновидной пазухи

Воспалительные поражения клиновидной пазухи. Острый воспалительный процесс в слизистой оболочке клиновидной пазухи маскируется проявлениями острого ринита. Каких-либо клинических признаков, характерных только для острого сфеноидита, не существует. Поэтому острый сфеноидит в клинической практике выявляется крайне редко.

Трудность выявления этой патологии объясняется несовершенством методов диагностики. Как отмечалось выше, в связи с наслоением на контур пазух изображений костных и мягкотканых образований черепа не удастся получить достоверной рентгенологической картины, в связи с чем высок процент ложноположительных результатов. Для обследования пазухи необходимо использование специальных рентгенологических укладок, которое не выполняется во многих кабинетах поликлиник и больниц.

Только компьютерная томография обладает высокой диагностической ценностью для оценки состояния полости пазухи и ее слизистой оболочки. У всех наблю-

даемых нами больных с острым и хроническим воспалительным поражением слизистой оболочки клиновидной пазухи диагноз был поставлен после выполнения КТ (табл. 16.3).

Таблица 16.3

Формы воспалительного поражения клиновидных пазух

Формы поражения	Количество больных
Острый гнойный сфеноидит	3
Хронический сфеноидит:	
♦ гнойный	10
♦ гнойно-полипозный	9
♦ полипозный	5
Всего	27

Таким образом, из общего числа пролеченных больных только у троих был острый процесс, продолжительность которого колебалась от одного до трех месяцев. Все больные предъявляли жалобы на сильные диффузные головные боли. Кроме того, у двух больных отмечалась высокая температура до 39 °С, подъем которой сопровождался ознобом. Этот клинический симптом, по нашему мнению, объяснялся развившимся у больных перифлебритом кавернозного синуса, так как уже на следующий день после сфеноидотомии температура у них нормализовалась, исчезли головные боли. Этим больным кроме хирургического лечения проводилась антибиотикотерапия.



Рис. 16.14. КТ околоносовых пазух больного Н., 28 лет. Уровень жидкости, заполняющий половину просвета левой клиновидной пазухи

У всех больных с острым гнойным сфеноидитом определялся уровень жидкости, заполняющий половину или $\frac{2}{3}$ пазухи; заметного утолщения слизистой оболочки пазухи не выявлялось (рис. 16.14).

При эндоскопическом исследовании у двух больных выявлено искривление перегородки носа в задних отделах на уровне контакта перпендикулярной пластинки решетчатой кости с сошником, один пациент страдал хроническим ринитом.

У всех больных при осмотре передней стенки клиновидной пазухи и свода носоглотки определялась узкая полоска гнойного секрета, вытекающего из соустья пораженной пазухи. Поскольку количество секрета было невелико и гной стекал

в глотку, больные не предъявляли жалоб на гнойные выделения из носа, также они не отхаркивали избыточного количества гнойного секрета. Стекающий в небольшом количестве гной заглатывался больными со слюной.

Соустье пазухи было закрыто или значительно сужено отеком слизистой оболочкой; гнойный секрет не заполнял весь просвет пазухи, а располагался в ее

отделах. Поэтому при эндоскопическом осмотре отмечалось различное состояние слизистой оболочки: в верхних отделах она была светло-розового цвета, истончена; в нижних отделах — синюшно-розового цвета, значительно утолщена (рис. 16.15).

На слизистой оболочке верхней стенки хорошо виден сосудистый рисунок, тогда как на дне пазухи слизистая оболочка диффузно гиперемирована. Такая картина слизистой оболочки дает основание считать, что у наблюдаемых нами больных, обратившихся в указанные выше сроки, уже начался процесс самоизлечения; воспалительные изменения в слизистой оболочке клиновидной пазухи стихают по направлению от верхней стенки к дну пазухи.

У больных с различными формами хронического сфеноидита отмечалась различной степени выраженности головная боль, которая носила мигрирующий характер, была непостоянна. Полностью отсутствовала ринологическая симптоматика. У 8 пациентов отмечался парез нервов, иннервирующих глазные мышцы, у 5 — судорожный синдром.

При тщательном сборе анамнеза заболевания истинную давность его начала в большинстве случаев установить не удастся. Объясняется это тем обстоятельством, что хронический сфеноидит характеризуется «синдромом малых клинических признаков» (Киселев А.С., 1995), по поводу которых пациенты занимались самолечением или наблюдались у терапевта или невропатолога. Половина из наблюдаемых нами пациентов с хроническим сфеноидитом (13 человек) обратилась к врачу или в связи с развившимся нарушением движения глазных яблок, или с судорожным синдромом, срок наступления которых больные указывали точно.

У 4 наблюдаемых нами пациентов отмечался парез только отводящего нерва, у 4 — синдром верхней глазничной щели. Наиболее частое поражение отводящего нерва объясняется тем, что из всех глазных нервов он проходит самый длинный путь внутри черепа и располагается наиболее близко к латеральной стенке клиновидной пазухи, хотя не все авторы согласны с этой точкой зрения (Живков Е., 1967).

Расположение чувствительных и глазодвигательных нервов в узкой верхней глазничной щели создает для них неблагоприятные условия в случае воспаления. При поражении верхней орбитальной щели развивается синдром верхней глазничной щели: расстройство кожной чувствительности в области лба, паралич периферических отделов глазодвигательных нервов, птоз, полная неподвижность глазного яблока (офтальмоплегия), широкий, не реагирующий зрачок (мидриаз), симптомы нарушения венозного кровообращения (Архангельский В.Н., 1969).

Паралич глазодвигательных нервов выявляется легко (рис. 16.16, 16.17). Как и при исследовании спонтанного нистагма, мы просим больного посмотреть влево, вправо, вверх, вниз и определяем степень синхронности движения глазных яблок.

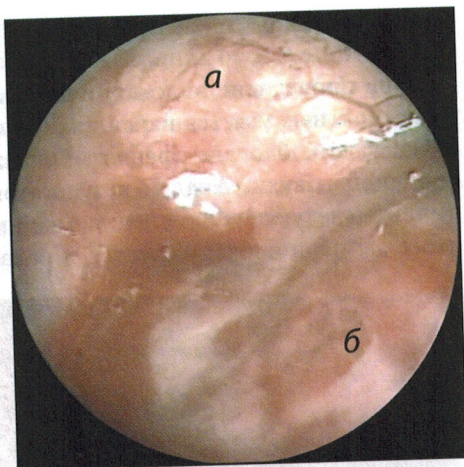


Рис. 16.15. Различное состояние слизистой оболочки в клиновидной пазухе при остром сфеноидите: а — бледно-розовая в верхних отделах; б — синюшно-розовая на дне пазухи