

## КЛИНИКО-ДИАГНОСТИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ПОРАЖЕНИЙ ОСНОВНОЙ ПАЗУХИ

*М.Д. Танабаева* – аспирант,  
*С.А. Таукелева* – докт. мед. наук, профессор,  
Алматы, Казахстан

---

На основании проведенного исследования определены клиничко-диагностические особенности поражения основной пазухи и даны клинические рекомендации для полноценного обследования больных страдающих этой патологией.

*Ключевые слова:* сфеноидит; “задний этмоидит”; “изолированный сфеноидит”.

В последние годы появляются все больше публикаций, посвященных проблемам поражения клиновидной пазухи. Такая ситуация, видимо, связана с незнанием практическими врачами особенностей течения, а также клинических проявлений сфеноидита воспалительной этиологии. Это обусловлено трудностями лучевой диагностики сфеноидитов, в частности, затрудненной проекцией клиновидной пазухи на обычных рентгенограммах околоносовых пазух,

что объясняется ее анатомической локализацией в толще тела клиновидной кости.

Цель исследования – уточнение клинических проявлений при острых формах поражения основной пазухи и обострениях хронического процесса.

**Материалы и методы исследования.** Были исследованы 115 пациентов (100%), госпитализированных в 5 отделение ГКБ г.Алматы с поражением основной пазухи с 2004 по 2007 гг.

Среди обследованных больных с острыми риносинуситами 37 (32,17%) и с обострением хронического процесса в основной пазухе 78 (67,82%) пациентов. Количество мужчин и женщин в исследуемой группе было приблизительно равным (женщин 63–54,78% и мужчин 52–45,21%). Возраст больных 17–45 лет.

**Результаты исследования.** Помимо деления сфеноидитов на острые и хронические формы процесса, нами выделялись формы воспалительного процесса (см. таблицу).

Так, из 32,17% больных с острым сфеноидитом катаральный процесс наблюдался только у 1,73%, некротических форм не было, а основную массу составили пациенты гнойными формами процесса – 30,43%. Катаральных форм нами не выявлено, а основную группу составили больные гнойными формами процесса, что составило 75 (65,21%), характеризующуюся в основном пристеночной гиперплазией слизистой основной пазухи 69 (60%).

На основании полученных данных нами были выделены две группы пациентов сочетанными поражениями передней группы околоносовых пазух, что составило 73 (63,47%), а также так называемые “изолированные сфеноидиты” (42–36,52%). На последней представленной группе хотелось бы остановиться подробнее.

В литературе, посвященной проблеме сфеноидита, часто встречается изолированная форма поражения [1–7]. Между тем, практически у 30% из исследуемых нами пациентов воспаление основной пазухи развивается изолированно,

без вовлечения в воспалительный процесс относящихся к передней группе пазух. При детальном изучении клинических проявлений, так называемого “изолированного сфеноидита”, нами выявлены поражения задних клеток решетчатого лабиринта. Так, из 42 (36,52%) пациентов этой группы только у 2 (1,73%) процесс был истинно изолированным, т.е без вовлечения задних решетчатых клеток. У остальных 40 (34,78%) пациентов этой группы воспаления клиновидной пазухи протекало на фоне так называемого “заднего этмоидита”. Следует подчеркнуть, что на серии компьютерных томограмм передние клетки решетчатого лабиринта у этих пациентов были совершенно прозрачными, без какого либо затемнения. Видимо, поэтому исследователи, изучавшие проблему сфеноидита, предложили именовать эту форму “изолированным сфеноидитом”.

По нашему мнению, более рациональным определением этого процесса может быть сфеноидит с поражением “задних клеток решетчатой кости”. С анатомо-физиологической точки зрения “изолированный сфеноидит” следует трактовать как “воспаление задней” группы околоносовых пазух. В общепринятых классификациях ринитов и риносинуситов крайне редко выделяется “задний этмоидит” как самостоятельная нозологическая форма ринита.

Анализ литературных данных [1–6] позволяет утверждать, что описание симптомов сфеноидита чаще касается его хронических форм. Наши наблюдения показали, что ведущими сим-

Клинические формы воспалительных процессов основной пазухи

Форма поражений	n	%
Острая	37	32,17
а – катаральная	2	1,73
б – гнойная	35	30,43
в – некротическая	0	0
Хроническая	78	67,82
а – катаральная	–	–
б – гнойная	75	65,21
в – пристеночная	69	60
г – гиперпластическая	6	40
д – кистозная	3	2,60
Изолированная	42	36,52
а – этмоидосфеноидиты	40	34,78
б – сфеноидиты	2	1,73
Сочетанная	73	63,47
а – этмоидогайморосфеноидит	65	65,52
б – этмоидофронтосфенидит	6	5,21
г – гемисинуит	2	1,73

птомами острого сфеноидита, протекающего на фоне острого воспаления других пазух, является головная боль и глазная симптоматика. Как правило, давность заболевания в большинстве случаев установить не удается. Этот факт можно объяснить “синдромом малых клинических признаков” [6, 7], которые больные лечили сами или с помощью врачей-невропатологов, врачей общей практики [7–9]. Чаще всего сфеноидит диагностируется при помощи компьютерной томографии головного мозга и выявляется при обследовании как случайная находка. Из 78 (67,83%) наблюдаемых нами пациентов 8 обратились к врачу с жалобами на развитие осложнений: нарушения движения глазного яблока, парез отводящего нерва и синдром верхнеглазничной щели и т.д. [10–12].

При обследовании больных хроническими формами сфеноидита в полости носа обнаруживаются изменения анатомических структур, способствующих блокаде сфеноэтмоидального кармана и естественного соустья основной пазухи. Так, по нашим данным, самой частой причиной развития сфеноидитов являлась деформация носовой перегородки в костном ее отделе, а также гипертрофия задних концов средней и нижней носовых раковин, задних клеток решетчатой кости (см. рисунок).



Эндоскопический снимок задних отделов полости носа.

Клинические проявления сфеноидита достаточно разнообразны, в корне отличаются от клинических проявлений воспаления передней группы околоносовых пазух. Изолированные

сфеноидиты необходимо рассматривать как самостоятельную нозологическую патологию со стороны задней группы околоносовых пазух, что объясняется анатомо-физиологическими особенностями функционирования этой группы пазух.

#### Литература

1. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия // Совершенно секретно. – М., 2003. – 202 с.
2. Киселев А.С. Хронический сфеноидит. – СПб., 1997. – 46 с.
3. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. Клиническая оториноларингология. – М.: Миклош, 2002. – 390 с.
4. Пискунов Г.З., Лопатин А.С. Эндоскопическая диагностика и функциональная хирургия околоносовых пазух (Пособие для врачей). – М., 1992. – 34 с.
5. Лопатин А.С., Пискунов Г.З. Основные принципы функциональной внутриносовой хирургии околоносовых пазух // Вестник оториноларингологии. – 1995. – №6. – С. 35–40.
6. Киселев А.С. Хронический сфеноидит. – СПб., 1997. – 46 с.
7. Киселев А.С. Диагностика сфеноидитов // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 1997. – №3 (11). – С. 28–33.
8. Пискунов Г.З., Пискунов С.З. К вопросу о классификации синуситов // Российская ринология. – 1997. – №2. – С. 13–14.
9. Пискунов И.С. Компьютерная томография в диагностике воспалительных и невоспалительных заболеваний полости носа и околоносовых пазух: Автореф. дис. ... докт., мед. наук. – М.: Центр аудиологии и слухопротезирования, 2001. – 38 с.
10. Ковалева Л.М. Сфеноидиты у детей. – СПб., 2001. – 169 с.
11. Лопатин А.С. Магниторезонансная томография в исследованиях полости носа и околоносовых пазух // Российская ринология. – 2001. – №3. – С. 56
12. Пискунов С.З., Пискунов И.С., Лудин А.М. Изолированные поражения клиновидной пазухи. – Курск, 2004. – 152 с.