

ТАКТИКА ТРАНСНАЗАЛЬНОГО ЭНДОСКОПИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ ИЗОЛИРОВАННОГО СФЕНОИДИТА

М.К. ИКРОМОВ, М.Б. НАЗИРМАДОВА

Национальный медицинский центр «Шифобахш», Душанбе, Республика Таджикистан

Цель: оценить эффективность эндоскопического трансназального доступа при лечении изолированного сфеноидита.

Материал и методы: за период 2015-2017 г.г. обследовано 8 больных с изолированным сфеноидитом в возрасте от 22 до 55 лет (средний возраст – 38,5 лет). Из них 4 пациента страдали хроническим экссудативным процессом, 1 – пролиферативной формой сфеноидита, и у 3 больных диагностирован острый экссудативный сфеноидит. Выбор метода лечения зависел от анамнеза заболевания, данных эндоскопического и КТ-исследования.

Результаты: троим больным с острым экссудативным и двоим – с хроническим экссудативным сфеноидитом назначено консервативное лечение. В одном наблюдении под общим эндотрахеальным наркозом транссептально проведена сфеноидотомия для свободного очищения полости пазухи от патологических пролиферативно изменённых масс. Двум больным с хроническим экссудативным сфеноидитом применено малоинвазивное эндоскопическое трансназальное вскрытие передней стенки клиновидной пазухи с установкой полиэтиленового катетера в полость сфеноидальной пазухи через это окошечко для эвакуации гноя, промывания пазухи и введения лекарственных веществ. Осложнений в ближайшем послеоперационном периоде не отмечено.

Заключение: проведённое исследование показывает, что применение малоинвазивного трансназального эндоскопического лечения с катетеризацией клиновидной пазухи у больных с изолированными экссудативными сфеноидитами можно считать оптимальным и относительно безопасным методом.

Ключевые слова: сфеноидит изолированный, эндоскоп, компьютерная томография.

APPROACH OF TRANSNASAL ENDOSCOPIC TREATMENT OF ISOLATED SPHENOIDITIS

M.K. IKROMOV, M.B. NAZIRMADOVA

National Medical Center «Shifobakhsh», Dushanbe, Tajikistan

Objective: To assess the effectiveness of endoscopic transnasal access in the treatment of isolated sphenoiditis.

Methods: For the period 2015-2017, 8 patients with isolated sphenoiditis aged from 22 to 55 years (mean age – 38.5 years) were examined. Of these, 4 patients suffered from the chronic exudative process, 1 – the proliferative form of sphenoiditis, and in 3 patients acute exudative sphenoiditis was diagnosed. The choice of method of treatment depended on the history of the disease, endoscopic and CT-examination data.

Results: Three patients with acute exudative and two with chronic exudative sphenoiditis are prescribed conservative treatment. In one observation, under the general endotracheal anaesthesia, sphenoidotomy was performed transseptal for the free clearance of the sinus cavity from pathologically proliferatively altered masses. Two patients with chronic exudative sphenoiditis underwent a minimally invasive endoscopic transnasal dissection of the anterior wall of the sphenoid sinus with a catheter inserted into the sphenoidal sinus cavity through this window to evacuate the pus, wash the sinus and introduction of the medicinal substances. There were no complications in the immediate postoperative period.

Conclusions: The current study shows that the use of minimally invasive transnasal endoscopic treatment with catheterization of sphenoid sinus in patients with isolated exudative sphenoiditis can be considered an optimal and relatively safe method.

Keywords: Isolated sphenoiditis, endoscope, computed tomography.

ВВЕДЕНИЕ

Сфеноидит – это заболевание в области клиновидной пазухи, характеризующееся поражением её слизистой оболочки воспалительным процессом. Сфеноидиты в основном встречаются в сочетании с другими синуситами (чаще гайморитами или этмоидитами, реже – фронтитами) [1]. Изолированный сфеноидит встречается крайне редко, в 1-3% случаев всех синуситов, зачастую трудно диагностируется, что приводит к постановке неправильного диагноза и неадекватной терапии [1-3]. Неспецифичность жалоб, предъявляемых пациентами, является причиной длительного нахождения больных под наблюдением смежных специалистов (невропатологов, офтальмологов). В таких случаях консультация оториноларинголога часто бывает обусловлена случайным выявлением патологического процесса в клиновидной пазухе при КТ и МРТ черепа [4-7].

Расположение клиновидной пазухи у основания черепа, в непосредственной близости к важным мозговым центрам (гипофиз, гипоталамус, другие подкорковые ганглии, система пещеристых синусов и др.), может обуславливать появления прямых и реперкуSSIONных симптомов, указывающих на вовлечение в патологический процесс этих образований [8, 9]. Поэтому симптоматика хронического сфеноидита, зачастую стёртая, скрытая и замаскированная признаками, например этмоидита, всё же содержит в себе элементы «специфичности», касающиеся указанных выше «реперкуSSIONных» симптомов, мало характерных для других околоносовых пазух. Примерами таких симптомов могут быть начальные проявления оптико-хиазмального арахноидита, неврита отводящего нерва и др. [9]. Так, при неблагоприятных условиях (общие инфекции, снижение иммунитета и др.) хронический сфеноидит может осложниться флегмоной орбиты, невритом зрительного нерва, пахименингитом основания черепа.

па, оптико-хиазмальным арахноидитом, абсцессом головного мозга, тромбозом пещеристого синуса и др. [10, 11].

Наиболее распространённым симптомом сфеноидита является головная боль, которая не имеет чёткой локализации. Боль может ощущаться в ретроорбитальной области, проекции лобной пазухи, височной области; в редких случаях болевой синдром может имитировать неврит лицевого нерва [12, 13]. Нарушение зрения является вторым, по частоте встречаемости, симптомом изолированного сфеноидита и не зависит от характера патологического процесса, локализующегося в пазухе. Офтальмологические нарушения, как правило, проявляются в виде диплопии, светобоязни, прогрессирующего снижения остроты зрения, в отдельных случаях, приводящих к слепоте [13, 14]. Распознавание воспалительного процесса в клиновидной пазухе традиционными рентгенологическими методами представляет существенные трудности. Применение компьютерной томографии в 2D и 3D проекциях и эндоскопического исследования полости носа и носоглотки намного упростило диагностику сфеноидита, который ранее почти не упоминался в отчётах в качестве самостоятельной нозологической единицы [14, 15].

Цель исследования

Оценка эффективности эндоскопического трансназального доступа при лечении изолированных сфеноидитов.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

Под нашим наблюдением в ЛОР отделении Национального медицинского центра «Шифобахш» в период 2015-2017 г.г. находились 8 больных с диагнозом «Изолированный сфеноидит» в возрасте от 22 до 55 лет. Средний возраст составил 38,5 лет. При этом 4 пациента страдали хроническим экссудативным процессом, 1 – пролиферативной формой сфеноидита, и у 3 больных был диагностирован острый экссудативный сфеноидит. Ретроспективный анализ показал, что из 735 больных синуситами, госпитализированных в ЛОР отделение за наблюдаемый период времени, только 8 пациентам (1,1%) выставлен диагноз сфеноидит; подобная частота встречаемости этой патологии соответствует данным литературы. При отсутствии

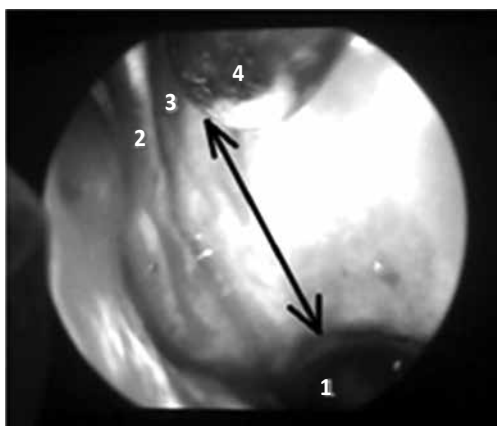


Рис. 1 Эндоскопическая картина передней стенки основной пазухи: 1 – верхняя граница хоаны; 2 – место прикрепления заднего конца средней носовой раковины; 3 – проекция передней стенки основной пазухи; 4 – виден кончик монополярного коагулятора. Стрелка – это расстояние между верхней границей хоаны и проекцией основной пазухи (около 15 мм).

осложнений лечение сфеноидита мы начинали с консервативной медикаментозной терапии, которая была показана троим больным с острым экссудативным и двоим – с хроническим экссудативным сфеноидитом. Консервативное лечение состояло из частой анемизации носовой полости сосудосуживающими препаратами, промывания носовой полости растворами антисептиков, орошения носовой полости и носоглотки растворами антибиотиков, облучения носовой полости ультрафиолетовыми лучами, назначения антибактериальных препаратов по результатам бактериологического исследования и чувствительности флоры.

Одному пациенту под общим эндотрахеальным наркозом транссептально проведена операция сфеноидотомия для свободного очищения полости пазухи от патологических пролиферативно изменённых масс.

Двум больным с хроническим экссудативным сфеноидитом применено малоинвазивное эндоскопическое трансназальное вскрытие передней стенки клиновидной пазухи бормашиной со вставлением полиэтиленового катетера в полость сфеноидальной пазухи для эвакуации гноя, промывания пазухи и введения лекарственных веществ.

Ход операции: под общим эндотрахеальным наркозом, после предварительной анемизации носовых ходов 0,1% раствором нафтизина или галазолина, под контролем жёсткого эндоскопа с углом зрения 0° или 30°, идентифицируется передняя стенка сфеноидальной пазухи (беспорным помощником в таких случаях может быть КТ пазух носа, которая даёт изображения основной пазухи в трёх проекциях). По анатомо-топографическим данным передняя стенка основной пазухи находится на уровне места прикрепления задней части средней носовой раковины примерно 1,5 см выше хоан (рис. 1). Во избежание интраоперационного кровотечения после нахождения передней стенки основной пазухи слизистая оболочка коагулируется монополярным коагулятором, площадь которого должна быть не более 5 мм в диаметре. Затем алмазными фрезами при помощи бормашины аккуратно просверливается костная основа передней стенки, и через это окошечко в полость пазухи вставляется полиэтиленовый катетер (рис. 2). Наружный конец катетера прикрепляется к кончику наружного носа лейкопластырем.



Рис. 2 R-грамма черепа больного Н., 29 лет, боковая проекция: виден полиэтиленовый дренаж, вставленный в полость клиновидной пазухи

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В настоящее время золотым стандартом диагностики патологии околоносовых пазух является компьютерная томография. При остром и хроническом изолированном сфеноидите данное исследование может выявить весь спектр патологических изменений, начиная от отёка слизистой оболочки и пузырьков воздуха и заканчивая наличием жидкого содержимого клиновидной пазухи.

Одним из неинвазивных методов консервативного лечения сфеноидита является использование синус-катетера «ЯМИК». Его можно использовать при экссудативных формах сфеноидита, когда сохранена проходимость естественного соустья клиновидной пазухи. У больных с пролиферативными изменениями клиновидной пазухи, когда невозможно восстановить естественное соустье, можно прибегнуть к хирургической санации полости пазухи.

По нашему мнению, использование малоинвазивного метода лечения (эндоскопическое трансназальное вскрытие полости клиновидной пазухи через её переднюю стенку с вставлением в пазуху полиэтиленового катетера для дальнейшей санации и введение в пазуху лекарственных средств) при экссудативных сфеноидитах является наиболее приемлемым и оправданным способом. Данный метод способствует быстрой элиминации из пазухи патологических секретов. При этом курс лечения составлял 6-7 дней, тогда как при консервативном лечении он длился 10-12 дней. Эффективность той или иной терапии оценивали по следующим критериям: субъективные ощущения больного, данные эндоскопической картины носовой полости, повторное лучевое обследование после лечения (рис. 3).



Рис. 3 КТ пазух носа больного Н., 29 лет, до и после лечения малоинвазивным эндоскопическим трансназальным доступом

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Компьютерная томография околоносовых пазух является не только высокоэффективным методом диагностики изолированных сфеноидитов, но и позволяет изучить особенности строения клиновидной пазухи в целях проведения хирургического вмешательства. Применение малоинвазивного трансназального эндоскопического лечения с катетеризацией клиновидной пазухи у больных с изолированными экссудативными сфеноидитами можно считать наиболее оптимальным и оправданным методом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Скиданова ИА. Тактика лечения изолированных сфеноидитов. *Российская оториноларингология*. 2013;1:186-90
2. Верашагина ОЕ, Долгов ОИ, Стончев ОА. Трансназальный эндоскопический подход в лечении изолированных сфеноидитов. *Российская оториноларингология*. 2015;1:26-9.
3. Икромов МК, Назирмадова МБ, Давлатов ДШ, Абдухалилов АА. Роль эндоскопических технологий в диагностике заболеваний ЛОР органов. *Вестник последиplomного образования в сфере здравоохранения*. 2017;3:16-20 .
4. Назарочкин ЮВ, Бутырина ЕВ, Обьетанов АА. Успешное лечение комбинированного проникающего огнестрельного ранения орбиты, клеток решётчатого лабиринта и клиновидной пазухи. *Вестник оториноларингологии*. 2015; 3:73-4.
5. Гайдуков СС, Науменко АН, Науменко ИН, Гуляев ДА. Особенности пластики основания черепа с локализацией в клиновидной пазухе. *Российская оториноларингология*. 2016;2:21-4.
6. Кутина АВ. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход к диагностике и лечению. *Российская оториноларингология*. 2013;2:62-5.
7. Ашуров АМ. Современный взгляд на проблему сфеноидита. *Российская оториноларингология*. 2012;2:29-36.
8. Икромов МК, Давлатов ДШ, Назирмадова. МБ, Абдухалилов АА. Оценка эффективности эндоскопической синусотомии при хронических полипозных риносинуситах по данным ЛОР клиники ГУ «Национальный

REFERENCES

1. Skidanova IA. Taktika lecheniya izolirovannykh sfenoiditov [Tactics of treatment of isolated sphenoiditis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2013;1:186-90.
2. Verashchagina OE, Dolgov OI, Stonchev OA. Transnazal'nyy endoskopicheskiy podkhod v lechenii izolirovannykh sfenoiditov [Transnasal endoscopic approach in the treatment of isolated sphenoiditis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2015;1(74):26-29.
3. Ikromov MK, Nazirmadova MB, Davlatov DSh, Abdukhalilov AA. Rol' endoskopicheskikh tekhnologiy v diagnostike zabolevaniy LOR organov [The role of endoscopic technologies in the diagnosis of diseases of the ENT organs]. *Vestnik poslediplomnogo obrazovaniya v sfere zdravookhraneniya*. 2017;3:16-20 .
4. Nazarochkin SE, Butyrina EV, Obyetanov AA. Uspeshnoe lechenie kombinirovannogo pronikayushchego ognestrel'nogo raneniya orbity, kletok reshyotchatogo labirinta i klinovidnoy pazukhi [Successful treatment of combined penetrating gunshot wound of the orbit, cells of the latticed labyrinth and sphenoid sinus]. *Vestnik otorinolaringologii*. 2015;3:73-4.
5. Gaydukov SS, Naumenko AN, Naumenko IN, Gulyaev DA. Osobennosti plastiki osnovaniya cherepa s lokalizatsiyey v klinovidnoy pazukhe [Features of plasty of the base of the skull with localization in the sphenoid sinus]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016;2:21-4.
6. Kutina AV. Khronicheskiy sfenoidit, nevrologicheskaya simptomatika, sovremennyy podkhod k diagnostike i lecheniyu [Chronic sphenoiditis, neurologic symptoms, modern approach to diagnosis and treatment]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2013;2:62-5.
7. Ashurov AM. Sovremennyy vzglyad na problemu sfenoidita [Modern view on the problem of sphenoiditis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2012;2:29-36.
8. Ikromov MK, Davlatov DSh, Nazirmadova MB, Abdukhalilov AA. Otsenka effektivnosti endoskopicheskoy sinusotomii pri khronicheskikh polipoznykh rinosinitakh po dannym LOR kliniki GU «Natsional'nyy meditsinskiy tsentr»

медицинский центр» РТ. *Вестник Авиценны*. 2017;19(1):63-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-1-63-67>.

9. Пальчун ВТ, Лучихин ЛА. Лор-болезни: учиться на чужих ошибках. Москва, РФ: Эксмо; 2011; 415с.
10. Будковская МА, Захарова ГП. Патогенетическое обоснование лечения полипозного риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2016;2:13-20.
11. Бербом Х, Кашке О, Навка Т, Свифт Э. *Болезни уха, горла и носа. Пер. с англ. 2-е изд.* Москва, РФ: МЕДпресс-информ; 2016. 776 с.
12. Пальчун ВГ, Магомедов МН, Лучихин ЛА. *Оториноларингология*. Москва, РФ: GEOTAR-Media; 2016; 581 с.
13. Аллохверанов ДА, Юнусов АС, Рябинин АГ. Отдалённые результаты эндоскопических методов лечения хронического полипозного риносинусита. *Российская оториноларингология*. 2015;3:158-60.
14. Карпищенко СА, Верещачина ОЕ. Качество жизни ринологических больных. *Врач*. 2013;7:57-9.
15. Меркулов ОА. Эндоскопическая эндоназальная реконструкция основания черепа: принципы, тенденции, проблемы. *Российская оториноларингология*. 2011; 554:107-13
- RT [Estimation of endoscopic sinusotomy efficiency in chronic rhinosinusitis with nasal polyps based on data of ENT Clinic of Public Institution «National Medical Center» of the Republic of Tajikistan]. *Vestnik Avitsenny [Avicenna Bulletin]*. 2017;19(1):63-7. Available from: <http://dx.doi.org/10.25005/2074-0581-2017-19-1-63-67>.
9. Palchun VT, Luchikhin LA. *Lor-bolezni: uchit'sya na chuzhikh oshibkakh [ENT pathology: to learn from other people's mistakes]*. Moscow, RF: Eksmo; 2011. 415 p.
10. Budkovskaya MA, Zakharova GP. Patogeneticheskoe obosnovanie lecheniya polipoznogo rinosinusita [Pathogenetic rationale for the treatment of polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2016;2:13-20.
11. Burbom H, Kaschke O, Navka T, Swift A. *Bolezni ukha, gorla i nosa. Per. s angl. 2-e izd. [Diseases of the ear, throat and nose]*. Moscow, RF: MEDpress-inform; 2016. 776 p.
12. Palchun VG, Magomedov MN, Luchikhin LA. *Otorinolaringologiya [Otorhinolaryngology]*. Moscow, RF: GEOTAR-Media; 2016. 581 p.
13. Allokhveranov DA, Yunusov AS, Ryabinin AG. Otdalyonnye rezul'taty endoskopicheskikh metodov lecheniya khronicheskogo polipoznogo rinosinusita [Long-term results of endoscopic treatment of chronic polypous rhinosinusitis]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2015;3:158-60.
14. Karpishenko SA, Vereshchagina OE. Kachestvo zhizni rinologicheskikh bol'nykh [Quality of life of rinological patients]. *Vrach*. 2013;7:57-9.
15. Merkulov OA. Endoskopicheskaya endonazal'naya rekonstruktsiya osnovaniya cherepa: printsipy, tendentsii, problemy [Endoscopic endonasal reconstruction of the base of the skull: principles, trends, problems]. *Rossiyskaya otorinolaringologiya*. 2011;5:107-13.

И СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ

Икромов Махмадуло Курбонovich, врач оториноларинголог, больничный ординатор I ЛОР отделения Национального медицинского центра «Шифобашш»

Назирмадова Мохира Бадаргаевна, врач оториноларинголог детского ЛОР отделения Национального медицинского центра «Шифобашш»

Информация об источнике поддержки в виде грантов, оборудования, лекарственных препаратов

Финансовой поддержки со стороны компаний-производителей лекарственных препаратов и медицинского оборудования авторы не получили.

Конфликт интересов: отсутствует.

✉ АДРЕС ДЛЯ КОРРЕСПОНДЕНЦИИ:

Икромов Махмадуло Курбонovich
врач оториноларинголог, больничный ординатор I ЛОР отделения Национального медицинского центра «Шифобашш»

734026, Республика Таджикистан, г. Душанбе, пр. Сомони, 59
Тел.: (+992) 918 530898
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

ВКЛАД АВТОРОВ

Разработка концепции и дизайна исследований: ИМК
Сбор материала: ИМК, НМБ
Статистическая обработка данных: НМБ
Анализ полученных данных: ИМК
Подготовка текста: ИМК, НМБ
Редактирование: ИМК
Общая ответственность: ИМК

Поступила 30.06.2017
Принята в печать 14.09.2017

И AUTHOR INFORMATION

Ikromov Mahmadulo Kurbonovich, Otorhinolaryngologist, Attending Physician of First ENT Department, National Medical Center «Shifobakhsh»

Nazirmadova Mohira Badargaevna, Otorhinolaryngologist, Children's ENT Department, National Medical Center «Shifobakhsh»

✉ ADDRESS FOR CORRESPONDENCE:

Ikromov Mahmadulo Kurbonovich
Otorhinolaryngologist, Attending Physician of First ENT Department, National Medical Center «Shifobakhsh»

734026, Republic of Tajikistan, Dushanbe, Somoni Ave., 59
Tel.: (+992) 918 530898
E-mail: ikromov.mk-71@mail.ru

Received 30.06.2017
Accepted 14.09.2017