

ЗНАЧЕНИЕ АНАТОМО-ТОПОГРАФИЧЕСКИХ ОСОБЕННОСТЕЙ ДЛЯ ЭНДОСКОПИЧЕСКОЙ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ СФЕНОИДИТОВ

М. К. Михайлов, Л. Г. Сватко, В. Н. Красножен, С. Б. Мосихин

*Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Р. У. Батыршин), кафедра лучевой
диагностики (зав.— акад. АНТ, проф. М. К. Михайлов)
Казанского института усовершенствования врачей*

По распространенности сфеноидиты уступают лишь воспалительным заболеваниям верхнечелюстной и решетчатых пазух [1, 3]. Клинические проявления этого заболевания нередко маскируются симптомами поражения передних пазух. Поэтому для успешного лечения и профилактики тяжелых осложнений крайне важна его ранняя диагностика.

Целью данной работы являлось изучение вариантов анатомо-топографического строения клиновидных пазух, включая естественное отверстие, выяснение их роли в развитии воспалительного процесса. Кроме того, было проведено исследование в возрастном аспекте объема клиновидных пазух по результатам рентгенологического обследования с применением боковой проекции и основания черепа в аксиальной подбородочно-теменной проекции, а также компьютерной томографии. Обращалось внимание на варианты пневматизации клиновидных пазух [1].

Объектом исследования служили блоки клиновидной кости, взятые при медицинских вскрытиях у 50 умерших. Они включали 100 клиновидных пазух, при этом мы оценивали взаимосвязь с задними клетками решетчатой кости, пневматизацию пазух и форму естественного соустья клиновидной пазухи. Были выявлены различные варианты предлежания задних клеток решетчатого лабиринта к передней стенке клиновидной пазухи: боковое — в 58 наблюдениях, переднее — в 24, переднебоковое — в 12, верхнее — в 6. Во всех наблюдениях при переднебоковом предлежании и в 8 случаях при переднем предлежании имелись макроскопические изменения со стороны слизистой оболочки (ее утолщение, наличие слизи и желеобразных масс), в

связи с которыми костные неровности в виде гребней и бухт были сглажены.

Выводные отверстия при переднем предлежании были частично прикрыты задними клетками решетчатого лабиринта, что следует учитывать при эндоскопическом осмотре пазухи и ее зондировании.

По типу строения в соответствии с классификацией С. А. Проскурякова [2] клиновидные пазухи дифференцировались на спонгиозные (26 пазух), пневматические (52) и пневмаспонгиозные (22). Дегистенции чаще наблюдались при пневмаспонгиозном типе строения. Естественное отверстие клиновидных пазух было различной формы: круглой, овальной, щелевидной или полулунной. Располагалось оно в верхней трети передней стенки или в центре передней стенки. Его размеры варьировали от 2,5 до 5—6 мм.

Были изучены 84 рентгенограммы пациентов в возрасте от 5 до 14 лет и 18 компьютерных томограмм больных от 15 до 60 лет. Определены размеры и формы пазух.

Наибольшего объема клиновидные пазухи достигали к 14 годам развития (8142,26 мм³). В этом возрасте чаще встречается селлярный тип Б или постселлярный тип пневматизации. В возрасте 5 лет объем пазух составлял 3069,3 мм³, 9 лет — 4168,88 мм³ с преобладанием преселлярного и селлярного типов А пневматизации.

Результаты рентгенологических исследований в возрастном аспекте указывают на необходимость учета размеров пазухи при микрохирургических вмешательствах по поводу сфеноидита у детей. По рентгенограммам в боковой и аксиальной проекциях определяли тип пневматизации клиновидных пазух, предлежания задних клеток решетчатой кости, форму передней стен-

ки и производили расчет оптимального прицельного угла пункции пазухи.

В течение года в городском ринологическом центре проведены 182 эндоскопические операции (инфундибулотомия, фенестрация естественных соустьев верхнечелюстных пазух, парциальная передняя полипоэктомиотомия, задняя полипоэктомиотомия, фенестрация соустья основной пазухи носолобного кармана). Сфеноидит был диагностирован у 8 больных, из них 6 потребовалось эндоскопическое вмешательство. Приводим одну из историй болезни.

Т., 31 года, госпитализирована 11.04.1994 г. в ринологический центр 16-й городской больницы г. Казани с диагнозом: правосторонний хронический полипозный гайморит, сфеноидит (новообразование?), левосторонняя буллезная средняя раковина. Сопутствующие заболевания: ожирение II степени, бесплодие.

Из анамнеза известно, что в течение 10 лет больную беспокоят головная боль с локализацией в затылочной области и затруднено носовое дыхание. По рекомендации нейрохирурга 25.01.1994 г. проведена компьютерная томография черепа. На серии томограмм (рис. 1) выявлено нарушение пневматизации ячеек решетчатого лабиринта справа за счет пристеночной гиперплазии слизистой. В проекции правых отделов основной пазухи, на уровне задних ее отделов, определяется мягкотканного характера образование (организованный выпот). Заключение: сфеноидит, этмоидит. Больная направлена на оперативное лечение в ринологический центр.

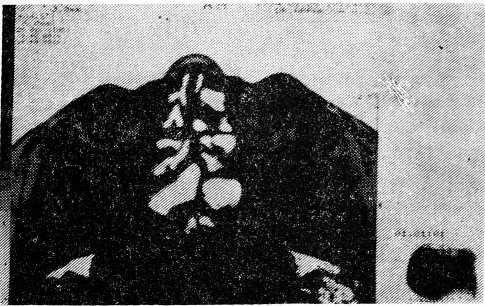


Рис. 1. Компьютерная томограмма головы больной Т. от 25.01.1994.

12.04.1994 г. под местной анестезией произведена эндоскопическая полисинусотомия справа: инфундибулотомия, фенестрация соустья верхнечелюстной пазухи, тотальная полипоэктомиотомия, фенестрация соустья основной пазухи справа, латеральная буллотомия средней носовой раковины слева. Основная пазуха осмотрена эндоскопами с углами зрения 0° и 30°. Выявлена киста, заполняющая правую основную пазуху. Путем

прокола аспирировано 4 мл опалесцирующей жидкости желтого цвета. Биопсийными щипцами удалены стенки кисты, располагающейся на передненижней стенке пазухи. Материал направлен на гистологическое исследование. Соустье пазухи расширено медиально и книзу.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Результаты гистологического исследования: киста основной пазухи. Больная 17.04.1994 г. выписана домой в удовлетворительном состоянии. Контрольные осмотры в кабинете реабилитации ринологического центра в течение 5 недель после выписки выявили состоятельность соустьев верхнечелюстной и основной пазух. Эндоскопически патологических изменений не обнаружено. Головная боль не беспокоит, носовое дыхание свободное. На серии контрольных томограмм от 24.08.1994 г. патологических изменений со стороны основной пазухи не определено (рис. 2).

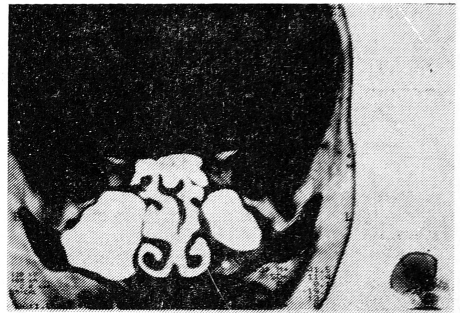


Рис. 2. Компьютерная томограмма головы больной Т. от 28.08.1994.

При очередном осмотре в ринологическом центре через 6 месяцев после операции пациентка сообщила о своей беременности. Можно предположить, что имеющийся патологический очаг в основной пазухе (киста) оказывал негативное влияние на эндокринную систему.

Таким образом, изучение анатомо-топографических особенностей строения клиновидных пазух показало, что в развитии сфеноидитов они могут играть определенную роль, а именно: переднебоковое и переднее предлежащие задних клеток решетчатого лабиринта прикрывают естественное соустье и нарушают дренажную функцию. Рентгенологические исследования и компьютерная томография дают ценные сведения о размерах клиновидных пазух и характере поражения слизистой оболочки. Однако с учетом лучевой нагрузки целесообразно использовать новые эндоскопические методы диагностики и лечения сфеноидитов.

M. K. Mikhailov, L. G. Svatko,
V. N. Krasnozhen, S. B. Mosikhin

Summary

The results of anatomic-topographic investigation of 100 clinoid sinuses obtained in autopsy of 50 dead persons are given. The relations of clinoid sinuses with posterior cells of ethmoidal labyrinth are found, the location of natural anastomoses of sinuses on the anterior wall is defined. The case record of the patient with sphenoiditis after endoscopic surgical intervention is given. The role of endoscopic method for diagnosis and treatment of sphenoiditis is shown.

1. Плуужников М. С., Усанов А. А., Каленов В. Е., Головач Г. Г., Коссовой А. Л. Особенности клинико-рентгенологического обследования больных при зондировании и пункции клиновидных пазух//Журн. ушн. нос. и горл. бол.—1987.—№ 1.— С. 28 — 32.

2. Проскураков С. А. Основная пазуха. Анатомическое и клиническое наблюдение: Автореф. дисс. ...канд. мед. наук.—Новосибирск, 1939.

3. Шеврыгин Б. В., Агаев Г. Б.//Вестн. оторинолар.—1987.—№ 4.— С. 34 — 37.

Поступила 03.11.94.

УДК 616.216.1—002.2—053.2—085.28

ЭФФЕКТИВНОСТЬ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ ДИМЕФОСФОНА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ЭКССУДАТИВНЫХ ФОРМ ГАЙМОРИТА У ДЕТЕЙ

И. А. Студенцова, В. Н. Красножен

Кафедра оториноларингологии (зав.—доц. Р. У. Батыршин)
Казанского института усовершенствования врачей,
кафедра фармакологии (зав.—проф. Р. С. Гараев)
Казанского медицинского университета

При изучении местного действия димефосфона на моделях инфекционных воспалительно-аллергических заболеваний выявлены его антисептическое действие и способность повышать барьерные функции кожи и слизистых оболочек. Ранее нами показано, что местное применение 15% водного раствора препарата эффективно излечивает экспериментальный гнойный гайморит у кроликов [1].

Цель настоящей работы — клиническая оценка эффективности местного применения 15% водного раствора димефосфона при гнойном гайморите у детей в сравнении с традиционным методом лечения 1% раствором диоксидина.

Было обследовано 159 детей в возрасте от 9 до 14 лет (85 мальчиков и 74 девочки). Острый гайморит диагностирован у 68 больных, хронический — у 91. Все больные распределены по 2 группам. В 1-ю, основную, группу вошли 96 детей (у 42 — острый гайморит, у 54 — хронический), леченных 15% водным раствором димефосфона; во 2-ю — 63 ребенка (у 26 — острый гайморит, у 37 — хронический), леченных 1% раствором диоксидина. В процессе лечения исследовали дыхательную, обонятельную, выделительную и мукопилиарную функции носа.

Дыхательную функцию определяли по амплитуде отклонения нитки у входа в пред-

дверие носа при глубоком вдохе и выдохе, поочередно исследуя обе его половины. Обонятельную функцию носа изучали до лечения, во время него и в конце лечения качественным методом с помощью 4 стандартных растворов, помещенных в одинаковые пробирки: 0,5% раствор уксусной кислоты (I степень — слабый запах), чистый винный спирт (II степень — умеренный запах), настойка валерианы (III степень — интенсивный запах), раствор аммиака (IV степень — очень интенсивный запах).

Выделительную функцию слизистой оболочки носа оценивали с помощью ватных шариков диаметром от 0,3 до 0,5 см, которые вводили на одну минуту поочередно в правую и левую половины полости носа. При нормальной выделительной функции ватный шарик слегка пропитывается слизистым отделяемым, при сниженной — остается сухим, при повышенной — пропитывается полностью. О мукопилиарной активности мерцательного эпителия слизистой оболочки носа судили по следующему тесту. Крупицу сахарина размером 0,6 мм помещали на расстоянии 5 мм от места прикрепления нижней носовой раковины. Определяли время появления вкусового ощущения, оно составляло в среднем $14,5 \pm 3,4$ минуты.

5 мл 15% водного раствора димефосфона (1-я группа) и такое же количество 1% раствора диоксидина (2-я группа) вводили следующим образом. Ежедневно дренировали околоносовые пазухи через нижний носовой ход, предварительно их промыв 0,9% раствором натрия хлорида, затем вводили лекарственное средство 2 раза в день. В качестве ме-