



Клинико-лучевая мультимодальная диагностика хронического сфеноидита

Д.А. Лежнев, д.м.н., проф., Н.А. Мирошниченко, д.м.н., проф.,
А.В. Бакотина, к.м.н., С.Р. Кабардиев

Адрес для переписки: Нина Александровна Мирошниченко, mirnino@yandex.ru

Для цитирования: Лежнев Д.А., Мирошниченко Н.А., Бакотина А.В., Кабардиев С.Р. Клинико-лучевая мультимодальная диагностика хронического сфеноидита. Эффективная фармакотерапия. 2024; 20 (16): 36–40.

DOI 10.33978/2307-3586-2024-20-16-36-40

Патологические процессы, возникающие в клиновидной пазухе, весьма переменны. Более 60% в структуре патологии клиновидной пазухи занимают воспалительные заболевания. Помимо них встречаются новообразования. Разнообразие заболеваний обусловлено расположением основного синуса: поражение связано как с патологией полости носа, так и с патологическими изменениями в полости черепа. Современная диагностика заболеваний клиновидной пазухи основана на жалобах пациента, данных анамнеза, эндоскопического осмотра сфеноэтмоидального кармана, а также результатах лучевой диагностики. Дифференциальный диагноз в основном проводится между воспалительной патологией и новообразованиями. Клинические проявления часто схожи, а методы хирургических вмешательств, прогноз и исход разные. Предоперационная лучевая диагностика должна быть максимально направлена на определение локализации патологического процесса, инвазии в окружающие ткани, интенсивности кровоснабжения интересующей области и состояния костных стенок клиновидной пазухи, от чего будет зависеть дальнейшая тактика ведения пациента. Проведение компьютерной томографии (КТ) считается обязательным для диагностики поражений клиновидной пазухи. Однако при различных деструктивных процессах в пазухе, инвазивном распространении по данным КТ не всегда удается определить вовлеченность соседних сосудисто-нервных структур, тканей головного мозга в патологический процесс. В таких случаях обследование дополняется выполнением магнитно-резонансной томографии головного мозга, которая более детально определяет границы, вовлеченность соседних анатомических образований в патологический процесс. При планировании хирургического вмешательства врач-оториноларинголог, опираясь на полученные данные, сможет избежать непредвиденных ситуаций и осложнений, при необходимости привлечь смежных специалистов, что в конечном итоге повысит качество лечения.

Ключевые слова: клиновидная пазуха, хронический сфеноидит, компьютерная томография, магнитно-резонансная томография



Введение

В структуре всех патологий околоносовых пазух на долю изолированного заболевания клиновидной пазухи приходится 1–3%. При развитии полисинусита показатель намного выше [1].

Патология клиновидной пазухи часто остается без должного внимания специалистов по ряду причин, прежде всего из-за анатомо-топографических особенностей, изолированного расположения, труднодоступности.

Низкая частота своевременного диагностирования заболеваний клиновидной пазухи объясняется еще и тем, что проявления поражения неспецифичны. Основными симптомами, с которыми пациенты обычно обращаются к специалисту, являются головная боль различной локализации, чаще в затылочной области, зрительные нарушения, стекание слизи по задней стенке глотки [2].

Изолированное поражение клиновидной пазухи в большинстве случаев имеет воспалительное происхождение. Опухолевое поражение встречается реже (до 10%).

Современная диагностика заболеваний клиновидной пазухи основана на жалобах пациента, данных анамнеза, эндоскопического осмотра сфеноэтмоидального кармана, результатах компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) [3–5].

Несвоевременная диагностика и лечение могут привести к серьезным осложнениям: менингиту, энцефалиту, субдуральному и субпериостальному абсцессам, абсцессу гипофиза, слепоте, тромбозу кавернозного синуса. Это обусловлено топографическими особенностями пазухи. Верхняя стенка пазухи служит дном передней и средней черепных ямок, в непосредственной близости от которой проходит перекрест зрительных нервов. Латеральная стенка прилежит к кавернозному синусу, рядом проходят зрительные нервы, внутренние сонные артерии и черепно-мозговые нервы [6].

Клинический осмотр пациента и эндоскопическое исследование при острых воспалительных заболеваниях пазухи в большинстве случаев позволяют выявить специфические изменения в области сфеноэтмоидального кармана и установить клинический диагноз. Нередко при хронических воспалительных процессах, новообразованиях эндоскопические изменения в области соустьев отсутствуют. Только лучевая визуализация позволяет диагностировать поражение клиновидной пазухи [3, 7]. Дифференциальная диагностика патологий клиновидной пазухи затруднена, когда специфические рентгенологические признаки, характерные для определенной природы поражения, сочетаются с признаками, в большей степени характерными для другой группы заболеваний. Исходя из этого, предоперационная лучевая диагностика должна быть максимально направлена на определение предполагаемой природы поражения пазухи, оценку распространенности патологического процесса, характера роста, наличия костно-деструктив-

ных изменений, кровоснабжения очага изменений. Это поможет подобрать адекватную тактику ведения пациента и при планировании хирургического вмешательства избежать непредвиденных ситуаций и осложнений, которые могут поставить хирурга в затруднительное положение во время операции [8, 9]. Рассмотрим на клиническом примере особенности мультимодальной клиничко-лучевой диагностики воспалительных поражений клиновидной пазухи.

Клинический случай

В феврале 2023 г. в Клинический центр стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (КЦСиЧЛХ) Российского университета медицины поступила пациентка А., 57 лет, с жалобами на головную боль височно-затылочной локализации, периодическое головокружение.

Со слов пациентки, жалобы беспокоят в течение последних семи месяцев. В сентябре 2022 г. с жалобами на шаткость при ходьбе и головокружение бригадой скорой медицинской помощи была доставлена в отделение нейрореанимации Городской клинической больницы им. М.П. Кончаловского.

При клиническом и инструментальном обследовании установлен диагноз: ишемический инсульт в вертебрально-базилярном бассейне, лакунарный подтип по TOAST, вестибуло-атактический синдром. При инструментальном обследовании пациентки КТ головного мозга от 15 сентября 2022 г. показала изменения со стороны клиновидной пазухи: просвет клиновидной пазухи субтотально заполнен мягкотканым содержимым плотностью 48 HU, что необходимо дифференцировать между патологией воспалительного генеза или новообразованием (рис. 1). По поводу основного заболевания пациентка получила лечение в отделениях нейрореанимации



Рис. 1. КТ головного мозга. Аксиальная плоскость. Режим brain