



¹ Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи

² Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова

Клинико-анатомические особенности средней носовой раковины, влияющие на течение хронического синусита

С.А. Карпищенко, д.м.н., проф.^{1,2}, Е.В. Болознева, к.м.н.²,
О.А. Станчева², А.Ю. Голубев¹

Адрес для переписки: Сергей Анатольевич Карпищенко, karpischenkos@mail.ru

Для цитирования: Карпищенко С.А., Болознева Е.В., Станчева О.А., Голубев А.Ю. Клинико-анатомические особенности средней носовой раковины, влияющие на течение хронического синусита // Эффективная фармакотерапия. 2019. Т. 15. №. 30. С. 26–28.
DOI 10.33978/2307-3586-2019-15-30-26-28

В статье рассматриваются некоторые анатомические варианты средней носовой раковины, влияющие на течение хронического синусита. Представлен клинический случай, иллюстрирующий влияние анатомического варианта средней носовой раковины на развитие риносинусита.

Ключевые слова: средняя носовая раковина, хронический риносинусит

Введение

Последние годы тенденция к снижению распространенности заболеваний верхних дыхательных путей, особенно воспалительных поражений носа и околоносовых пазух, не прослеживается [1]. В структуре ЛОР-заболеваний значительную долю занимает хронический риносинусит. Данное заболевание снижает качество жизни пациентов, затраты на его лечение в государственном масштабе весьма значительны [2].

Основную роль в патогенезе параназальных синуситов, особенно рецидивирующих хронических воспалительных заболеваний си-

нусов, играют анатомические образования латеральной стенки полости носа: носовые раковины, носовые ходы, узкие каналы, естественные соустья. Средняя носовая раковина, решетчатая воронка, носолобный карман, крючковидный отросток входят в морфофункциональное понятие остиомеатального комплекса. Данный комплекс образует выводные соустья околоносовых пазух передней группы (передних клеток решетчатой кости, верхнечелюстной и лобной пазухи). В отношении задней группы околоносовых пазух, таких как задняя группа клеток решетчатого лабиринта и основных синусов,

такую роль играет сфеноэтомидальный карман [3].

В отличие от острого при хроническом риносинусите помимо инфицирования околоносовых пазух патогенной микрофлорой важным патогенетическим фактором является обструкция естественного соустья [4]. На фоне воспалительного процесса, отека слизистой оболочки полости носа и нарушения анатомии соустья блокируется, что приводит к соприкосновению противоположных участков структур полости носа и пазух. Как следствие – нарушение дренажа и вентиляции последних, изменение вязкости секрета и нарушение мукоцилиарного транспорта, развитие синусита.

В связи с этим комплекс лечебных мероприятий помимо применения антибактериальных препаратов предусматривает патогенетическую терапию назальными глюкокортикостероидами [5–7]. Кроме того, особое внимание уделяется обеспечению адекватного дренирования околоносовых пазух, удалению из них экссудата, вос-



становлению проходимости естественных соустьев и механизмов самоочищения пазух, то есть мукоцилиарного клиренса [8, 9].

Вместе с тем, по различным данным, у ряда пациентов после отмены терапии наблюдается рецидив хронического воспалительного процесса в околоносовых пазухах. У таких больных при выполнении компьютерной томографии нередко определяются анатомические изменения, влияющие на дренажную функцию остиомаатального комплекса (девиация перегородки носа) и деформирующие латеральную стенку полости носа в области среднего носового хода, а также изолированные изменения, например, со стороны носовых раковин.

Нижняя носовая раковина является отдельной костью, в то время как остальные раковины производные решетчатой кости. Их локализация по отношению к другим анатомическим образованиям полости носа чрезвычайно важна, особенно в эндоскопической синусоназальной хирургии. Особую роль играет средняя носовая раковина как компонент остиомаатального комплекса [10].

Такая важная анатомическая составляющая латеральной стенки полости носа, как средняя носовая раковина, участвует в формировании остиомаатального комплекса, характеризуется рядом клинических и анатомических особенностей. Средняя носовая раковина наряду с нижней участвует в распределении воздушного потока. Она разделена основной пластинкой на передние и задние клетки решетчатой кости. Пластинка прикреплена к медиальной пластинке орбиты (бумажной пластинке). Прикрепление в передней части средней носовой раковины к основанию черепа может обуславливать назальные ликвореи при ее повреждении. Анатомическая вариабельность строения внутриносовых структур определяет существование нескольких основных анатомических вариантов средней носовой раковины, ассоциированных с нарушением работы остиомаатального комплекса. Речь идет

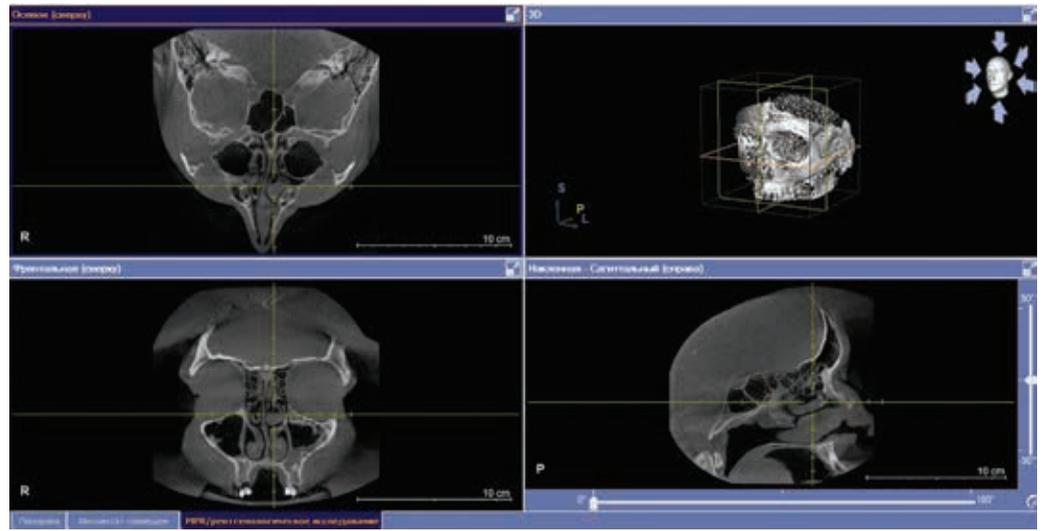


Рис. 1. Компьютерная томография

о парадоксальной и пневматизированной средней носовой раковине (concha bullosa) [10, 11].

Парадоксальная средняя носовая раковина имеет изогнутый край с вогнутой поверхностью, обращенной к носовой перегородке. Этот анатомический вариант сам по себе может привести к значительному сужению среднего носового прохода и, как следствие, нарушению нормального функционирования остиомаатального комплекса. Чаще встречается двусторонний анатомический вариант [11].

При наличии буллезной средней носовой раковины обычно выполняется резекция ее латеральной порции.

С указанными анатомическими вариантами могут ассоциироваться нарушение функционирования остиомаатального комплекса, стенозирование сформированных и естественных соустьев околоносовых пазух при хроническом риносинусите. Собственно средняя носовая раковина является важным анатомическим ориентиром при выполнении оперативных вмешательств на полости носа и околоносовых пазухах.

Клинический случай

Пациентка, 33 года, обратилась в отделение оториноларингологии ФГБОУ ВО «Первый

Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова» Минздрава России с диагнозом хронического верхнечелюстного синусита с обеих сторон, буллезных средних носовых раковин, хронического ринита. Больная предъявляла жалобы на рецидивирующий синусит, периодический дискомфорт в проекции околоносовых пазух, особенно в области левой верхнечелюстной пазухи, затруднение носового дыхания. Из анамнеза известно, что пациентке неоднократно назначали местные глюкокортикостероиды с нестойким положительным эффектом. Больная самостоятельно применяла деконгестанты для



Рис. 2. Буллезная средняя носовая раковина с синехией с латеральной стенкой полости носа



Рис. 3. Резекция латеральной порции средней носовой раковины

улучшения носового дыхания. При выполнении компьютерной томографии околоносовых пазух (рис. 1) визуализировались пневматизированные средние носовые

раковины с обеих сторон, слева больше по объему.

Эндоскопия полости носа показала пневматизированную среднюю носовую раковину слева с признаками хронического воспаления, синехию с латеральной стенкой полости носа (рис. 2). Однако предыдущие оперативные вмешательства на полости носа и околоносовых пазухах, тампонады полости носа пациентка отрицала.

Больной выполнены резекция латеральной порции средней носовой раковины с двух сторон, эндоскопическая гайморотомия посредством расширения естественных соустьев (рис. 3).

В послеоперационном периоде пациентке назначили системную антибактериальную терапию, местную противовоспалительную терапию. Субъективно отмечалось

значительное улучшение носового дыхания, снижение чувства дискомфорта в проекции околоносовых пазух, улучшение общего самочувствия, исчезновение периодического дискомфорта в проекции околоносовых пазух, улучшение носового дыхания.

Выводы

При назначении консервативной терапии при хроническом синусите необходимо оценивать рентгенологические данные для исключения анатомических вариантов строения внутриносовых структур, которые способны влиять на стенозирование и нарушение дренажа околоносовых пазух. При необходимости пациенту рекомендуют оперативное лечение хронического синусита с коррекцией средних носовых раковин. ☺

Литература

1. Fokkens W., Lund V., Mullol J., *European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps group*. European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2007 // *Rhinol. Suppl.* 2007. Vol. 20. P. 1–136.
2. Bhattacharyya N. The economic burden and symptom manifestations of chronic rhinosinusitis // *Am. J. Rhinol.* 2003. Vol. 17. № 1. P. 27–32.
3. Карпищенко С.А., Волошина А.В., Станчева О.А. Болевой синдром при изолированном сфеноидите: наш опыт в диагностике и лечении // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2017. Т. 23. № 2. С. 4–10.
4. Brook I. The role of bacteria in chronic rhinosinusitis // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2005. Vol. 38. № 6. P. 1171–1192.
5. Рязанцев С.В. Тактика лечения полипозного риносинусита // *Российская оториноларингология*. 2017. № 2 (87). С. 162–169.
6. Александров А.Н., Пинежская А.Н., Шазназаров А.Э. Роль деконгестантов в профилактике и лечении риносинуситов и тубоотитов // *Folia Otorhinolaryngologiae et Pathologiae Respiratoriae*. 2017. Т. 23. № 2. С. 45–49.
7. Карпищенко С.А., Болознева Е.В. Консервативная терапия симптоматических рецидивирующих верхнечелюстных синуситов // *Эффективная фармакотерапия*. 2015. № 29. С. 10–13.
8. Mullol J., Crespo C., Carré C., Brosa M. Pharmacoeconomics of *Cyclamen europaeum* in the management of acute rhinosinusitis // *Laryngoscope*. 2013. Vol. 123. № 11. P. 2620–2625.
9. Лопатин А.С., Иванченко О.А., Сошников С.С. Сравнительное исследование эффективности различных схем лечения хронического риносинусита // *Российская ринология*. 2015. № 2. С. 47–56.
10. Neskey D., Eloy J.A., Casiano R.R. Nasal, septal, and turbinate anatomy and embryology // *Otolaryngol. Clin. North Am.* 2009. Vol. 42. № 2. P. 193–205.
11. Sava C.J., Rusu M.C., Săndulescu M., Dincă D. Vertical and sagittal combinations of concha bullosa media and paradoxical middle turbinate // *Surg. Radiol. Anat.* 2018. Vol. 40. № 7. P. 847–853.

Clinical and Anatomical Features of the Middle Turbinate Affecting the Course of Chronic Sinusitis

S.A. Karpishchenko, MD, PhD, Prof.^{1,2}, Ye.V. Bolozneva, PhD², O.A. Stancheva², A.Yu. Golubev¹

¹ St.-Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech

² Acad. I.P. Pavlov First St.-Petersburg Medical University

Contact person: Sergey A. Karpishchenko, karpishchenkos@mail.ru

The article discusses some anatomical variants of the middle turbinate, affecting the course of chronic sinusitis. A clinical example is presented that reflects the effect of the anatomical variant of the middle turbinate on rhinosinusitis.

Key words: middle turbinate, chronic rhinosinusitis