

УДК: 616.216.3-002

## ТЕЧЕНИЕ СФЕНОИДИТА ПОД МАСКОЙ НЕВРОЛОГИЧЕСКОГО ЗАБОЛЕВАНИЯ

Алия Айратовна Салимгараева, Хийир Тагирович Абдулкеримов, Ксения Игоревна Карташова, Ксения Валерьевна Шаманская  
ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»  
Министерства здравоохранения РФ,  
Екатеринбург, Россия

### Аннотация

**Введение.** Сфеноидит – заболевание, характеризующееся воспалительными процессами слизистой оболочки в области клиновидной пазухи носа, которое с учетом её анатомического расположения клинически может сопровождаться неврологическими и офтальмологическими симптомами [1]. **Цель исследования** – проанализировать карту стационарной больной с патологией клиновидной пазухи для обучения врачей и клинических ординаторов. **Материал и методы.** В статье представлен клинический случай сфеноидита. **Выводы.** Тщательный анализ и интерпретация клинических данных, взаимодействие неврологов и оториноларингологов, своевременное проведение компьютерной томографии, верно выбранная тактика лечения обеспечили благоприятный исход при лечении данного заболевания, предотвратив развитие серьезных осложнений.

**Ключевые слова:** сфеноидит, цефалгия, парез отводящего нерва.

## COURSE OF SPHENOIDITIS UNDER THE MASK OF NEUROLOGIC DISEASE

Aliya A. Salimgaraeva, Khiir T. Abdulkerimov, Ksenia I. Kartashova, Ksenia V. Shamanskaya  
Ural state medical university  
Yekaterinburg, Russia

### Abstract

**Introduction.** Sphenoiditis is a disease characterized by inflammatory processes of the mucous membrane in the region of the sphenoid sinus, which, taking into account its anatomical location, can be clinically accompanied by neurological and ophthalmological symptoms. **The purpose of the study is** to analyze the chart of an inpatient with sphenoid sinus pathology for the training of physicians and clinical residents. **Material and methods.** Article presents clinical case of sphenoiditis. **Conclusions.** Careful analysis and interpretation of clinical data, interaction between neurologists and otorhinolaryngologists, timely CT scanning, and the right treatment tactics ensured a favorable outcome in the treatment of this disease, preventing the development of serious complications.

**Keywords:** sphenoiditis, headache, paresis of the abducting nerve.

## ВВЕДЕНИЕ

Сфеноидит – заболевание, характеризующееся воспалительными процессами в полости клиновидной пазухи носа, составляющей до 19-58% от всех синуситов [1].

Клиновидная пазуха (КП) занимает большую часть тела клиновидной кости. Располагается она позади решетчатого лабиринта над хоанами и сводом носоглотки. Наиболее тонкой является передняя стенка КП, состоящая из двух частей – решетчатой и носовой и плавно переходящая в нижнюю стенку. На передней стенке соответственно каждой половине пазухи на уровне заднего конца верхней носовой раковины имеются естественные соустья для сообщения с полостью носа. Задняя стенка пазухи расположена преимущественно фронтально. При больших размерах пазухи эта стенка может иметь толщину менее 1 мм, что повышает опасность ее повреждения при операции на пазухе. Нижняя стенка наиболее толстая (12 мм) и соответствует своду носоглотки. Верхняя стенка состоит из компактной кости и является дном турецкого седла, в котором располагается гипофиз и перекрест зрительного нерва. По бокам от турецкого седла проходит внутренняя сонная артерия. Над верхней стенкой располагаются обонятельные пути и переднемедиальные поверхности лобных долей головного мозга. Рядом с КП проходят глазодвигательный, блоковый, отводящий и ветвь тройничного нерва.

Клинические проявления заболевания в основном представлены неврологическими нарушениями: самой главной жалобой, предъявляемой пациентами, является цефалгия (72,5%). Головная боль (ГБ), как правило, не имеет четкой локализации; ряд авторов описывают наиболее частые локализации: в лобной, теменной, периорбитальной или затылочной области. По характеру боль бывает тупой, ноющей мигренеподобной, которая не купируется приемом анальгезирующих препаратов. Еще одна отличительная особенность – усиление ГБ при движениях головы, а именно при наклонах, кашле, ходьбе или беге [2]. Помимо этого, ввиду тесной анатомической связи КП со зрительными, глазодвигательными, отводящими, блоковыми нервами, пациенты могут отмечать появление офтальмологических жалоб, таких как: экзофтальм, птоз века, диплопия.

**Цель исследования** – проанализировать карту стационарной больной с патологией клиновидной пазухи для обучения врачей и клинических ординаторов.

## **МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ**

В данной статье представлен клинический случай течения острого сфеноидита, осложнённого диплопией у пациентки с жалобами на головную боль и диплопию, показывающий сложность диагностики вторичных головных болей, а также парезов лицевых нервов, обусловленных патологией ЛОР-органов.

## **РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**

Клинический случай. Пациентка Щ. 1959 г.р. поступила в неотложном порядке в приемное отделение ГКБ 40 с жалобами на головную боль в лобно-височных областях, двоение в правом глазе при взгляде вправо. Из анамнеза заболевания: считает себя больной с 03.10.22, когда появилась головная боль в

лобно-височной области, которая в динамике начала прогрессировать, лекарственная терапия («Мигрениум») без эффекта, 11.10.22 отметила двоение в глазах. 12.10.22 консультирована неврологом в поликлинике по месту жительства, бригадой СМП доставлена в приемное отделение ГКБ 40. Данное состояние расценено как ОНМК в вертебробазиллярном бассейне, парез VI пары ч.м.н справа, в связи с чем пациентка госпитализирована в неврологическое отделение ГКБ 40. Из неврологического статуса: глазничные щели равномерны, не доводит правое глазное яблоко до наружной спайки (Рис.1), сходящееся косоглазие, двоение в правом глазу при взгляде в правую сторону, чувствительность на лице и в носу сохранена, спонтанного нистагма нет.

В условиях неврологического стационара пациентка получала вазоактивную терапию- без эффекта. Выполнено КТ головного мозга (Рис.2): в основной и решетчатой пазухах определяется патологическое содержимое, МРТ головного мозга: левая половина основной пазухи заполнена густым содержимым с ограничением диффузии, в связи с чем пациентка переведена в ЛОР отделение.



Рис. 1. Ограничение движения глазного яблока справа при отведении вправо



Рис. 2. Патологическое содержимое в левой половине клиновидной пазухи

25.10.2023 выполнена эндовидеоскопическая сфеноидотомия (Рис.3) с удалением грибковых масс клиновидной пазухи слева, левосторонняя конхопексия с частичной резекцией заднего конца нижней и средней носовых раковин слева. В ходе операции в клиновидной пазухе обнаружены грибковые массы, гной с запахом. В послеоперационном периоде пациентка стала отмечать полный регресс головных болей, восстановление носового дыхания, а также снижения чувства двоения в глазах. Спустя месяц больная была повторно приглашена на осмотр: определяется полное восстановление носового дыхания, купирование чувства двоения в глазах.

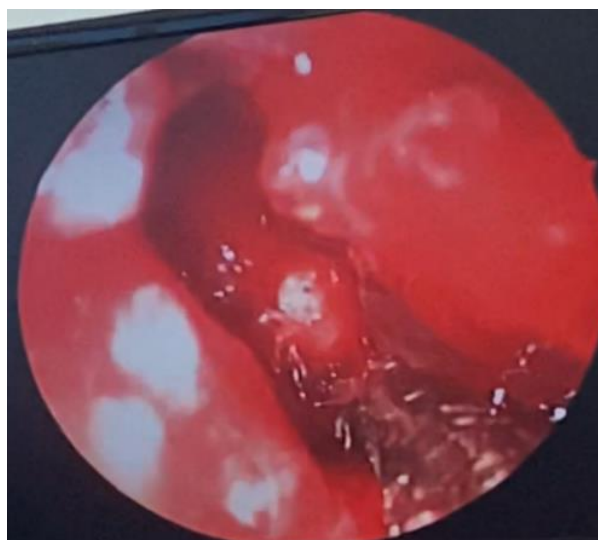


Рисунок 3 Картина после выполненной сфеноэтмоидотомии

## ВЫВОДЫ

Тщательный анализ и интерпретация клинических данных, взаимодействие неврологов и оториноларингологов, своевременное проведение компьютерной томографии, верно выбранная тактика лечения обеспечили благоприятный исход течения сфеноидита, предотвратив развитие серьезных осложнений.

## СПИСОК ИСТОЧНИКОВ:

1. Кутина А. В. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход к диагностике и лечению //Российская оториноларингология. – 2013. – №. 2 (63). – С. 62-65.

2. Карпищенко С. и др. Острый изолированный сфеноидит: тактика и лечение //Врач. – 2019. – Т. 4. – №. 30. – С. 49

### **Сведения об авторах**

А.А. Салимгараева – ординатор

Х.Т. Абдулкеримов – доктор медицинских наук, профессор

К.И. Карташова – кандидат медицинских наук, доцент

К.В. Шаманская – ассистенткафедры

### **Information about the authors**

A.A. Salimgaraeva – Post-graduated student

K.T. Abdulkarimov – Doctor of Medical Sciences, Professor

K.I. Kartashova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

K.V. Shamanskaya – Department assistant

**\*Автор, ответственныйзапереписку (Corresponding author):**

salimgaraeva97@mail.ru

**УДК 616.216-002**

### **КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИАГНОСТИКИ РИНОГЕННОГО МЕНИНГИТА**

Татьяна Александрована Федорова, Тхи Тует Нга Динь, Хийир Тагирович

Абдулкеримов, Ксения Игоревна Карташова

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

### **Аннотация**

**Введение.** Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения – это тяжёлые, угрожающие жизни состояния, возникающие при распространении инфекции, соответственно, из полостей среднего уха, носа или околоносовых пазух, в полость черепа. **Цель исследования.** Изучить патогенез риногенных внутричерепных осложнений с предоставлением клинического примера для обучения врачей, ординаторов в диагностике и лечении данной патологии.

**Материал и методы.** В качестве примера был использован случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ №9». Использована история болезни пациентки, лабораторные и клинические данные. **Выводы.** В оториноларингологической практике внутричерепные осложнения встречаются не редко и заслуживают особого внимания, так как всегда представляют угрозу жизни и здоровью пациента. Лечебный комплекс таких больных должен состоять из хирургической санации первичного очага инфекции с одновременным проведением интенсивной медикаментозной терапии. При своевременном и адекватном лечении с соблюдением общепринятой тактики прогноз внутричерепных осложнений чаще благоприятный.