

АТЕЛЕКТАЗ ВЕРХНЕЧЕЛЮСТНОГО СИНУСА. КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Синдром “молчащего синуса” (СМС) – это совокупность клинических симптомов прогрессирующего экзофтальма, смещения глазного яблока книзу на фоне пролапса нижней стенки глазницы в сочетании с тотальным снижением пневматизации верхнечелюстной пазухи (ВЧП). Развивается вследствие окклюзии выводного протока синуса и последующей резорбции его костных стенок.

По мнению большинства авторов, в основе развития СМС лежит длительные гиповентиляция ВЧП и нарушение оттока её содержимого, которые развиваются по причине анатомических нарушений структур остиомеатального комплекса, в частности крючковидного отростка. Длительное нарушение вентиляции и дренажа синуса приводит к резорбции газов и секреции. Вследствие этого пазуха заполняется трансудатом, который преобразуется в густую слизь. Развивается вялотекущее хроническое воспаление слизистой оболочки, которое, на фоне пониженного давления, приводит к истончению и втяжению стенок пазухи в просвет – развивается ателектаз ВЧП. СМС может также возникнуть вследствие травм полости носа и верхнечелюстной пазухи, в том числе и как послеоперационное осложнение. Также выделяют спонтанный СМС, который возникает без видимых причин.

Согласно классификации Каас, выделяют три стадии развития ателектаза ВЧП: 1-деформация мембраны, с латерализацией фонтанеллы; 2-костная деформация с втяжением одной или нескольких стенок пазухи; 3-экзофтальм, асимметрия лица.

СМС постепенное, прогрессирующее заболевание. Клинически проявляется безболезненной лицевой асимметрией: западение или размягчение лицевой стенки ВЧП, опущение глазного яблока книзу или сочетание этих симптомов. В 30% случаев СМС пациентов беспокоит дискомфорт, чувство давления, незначительные болевые ощущения в проекции орбиты

и ВЧП. При третьей стадии заболевания возможно появление жалоб на двоение (вертикальная диплопия) и снижение зрения.

Лечение ателектаза синуса только хирургическое. Оно состоит в создании функционального соустья пазухи с полостью носа и удалении из неё патологического содержимого под эндоскопическим контролем. Данная операция позволяет восстановить дренаж и вентиляцию и предотвратить дальнейшую деформацию ВЧП и в большинстве случаев приводит к регрессу экзофтальма. Если через полгода после эндоскопической операции сохраняется выраженная косметическая деформация и глазные симптомы: снижение остроты зрения и вертикальная диплопия, показан второй этап – пластика нижней стенки орбиты.

За последний год в ЛОР клинике ЗГМУ прооперировано 3 больных с СМС (1 женщина и 2 мужчин). Диагноз ставился на основании клинических проявлений, данных анамнеза и КТ ОНП. У женщины отмечался ателектаз ВЧП 3 степени с экзофтальмом, втяжением орбитальной, передней и медиальной стенок и незначительной вертикальной диплопией при взгляде вверх. В анамнезе перенесла операцию на ВЧП в челюстно-лицевой хирургии. У мужчин диагностирована 2 степень СМС. На КТ исследовании – гомогенное затемнение ВЧП с истончением костных стенок и окклюзией воронки.

Всем 3-м пациентам произведена эндоскопическая эндоназальная инфундибулотомия с восстановлением соустья и удалением патологического содержимого из пазухи. При обследовании больных через полгода на КТ определялось восстановление воздушности верхнечелюстных пазух и увеличение в объёме их просвета. Женщина отметила исчезновение двоения.

Таким образом, своевременная диагностика данной патологии позволяет произвести адекватное хирургическое лечение с восстановлением дренажа и аэрации ВЧП и предупредить серьезные орбитальные осложнения.