

УДК 616.21

С.С. Косарев, Н.И. Невская

СИНДРОМ МОЛЧАЩЕГО СИНУСА В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Отделение оториноларингологии
ГБУЗ «Детская городская клиническая больница № 1» г. Твери

Описан клинический случай синдрома молчащего синуса – редкого патологического состояния, проявляющегося спонтанным экзофтальмом и обусловленного уменьшением объема гайморовой пазухи из-за коллапса ее стенок. Пациенту 15 лет было выполнено хирургическое вмешательство, что привело к быстрому регрессу симптоматики и восстановлению нормальной вентиляции пазухи.

Ключевые слова: синдром молчащего синуса, синусит, ателектаз.

SILENT SINUS SYNDROME IN THE PRACTICE OF PEDIATRIC OTORHINOLARYNGOLOGIST: CLINICAL OBSERVATION

S.S. Kosarev, N.I. Nevskaya

Municipal pediatric clinical hospital № 1, Tver, Russia

A clinical case of silent sinus syndrome is presented – a rare pathological condition manifested by spontaneous exophthalmos and caused by a decrease in the maxillary sinus due to the collapse of its walls. A 15-year-old patient underwent surgery, which led to a quick regression of symptoms and restoration of normal sinus ventilation.

Key words: silent sinus syndrome, sinusitis, atelectasis.

Введение

Хроническая гипоплазия гайморовой пазухи, описанная также как синдром молчащего синуса (синдром немого синуса), протекает в виде бессимптомной гипоплазии верхнечелюстной пазухи с прогрессирующим экзофтальмом, асимметрией лица [1–5].

Впервые данный симптомокомплекс описан W. Montgomery в 1964 г., но только в 1994 г. C. Soparkar et al. [6] был предложен термин «Silent sinus syndrome» для обозначения прогрессирующего безболезненного уменьшения верхнечелюстной пазухи и резорбции ее стенок на фоне блокады соустья и длительной гиповентиляции. Данное патологическое состояние встречается довольно редко. Согласно данным H. Babar-Craig et al. [7], за последние 50 лет в литературе описано менее 200 клинических случаев.

Этиология и патогенез синдрома пока недостаточно изучены. Большинство авторов сходятся во мнении, что причина уменьшения объема верхнечелюстной пазухи происходит из-за длительного снижения вентиляции в результате анатомических нарушений медиальной стенки пазухи, в частности решетчатой воронки. Данные анатомические аномалии могут быть как врожденными, так и возникать вследствие травм или перенесенных оперативных вмешательств в полости носа. Частые воспалительные процессы в верхнечелюстной пазухе также способствуют формированию блока соустья в области остиомаентального комплекса, приводящего к гиповентиляции пазухи. Отсутствие вентиляции пазухи способствует абсорбции газов, стойкому отрицательному давлению в пазухе, наблюдается

транссудация и заполнение просвета пазухи вязкой слизью. В конечном итоге это приводит к истончению костных стенок и пролабированию их в просвет пазухи [1, 4, 8–11]. В процессе формирования верхнечелюстной ателектаз проходит стадии мембранозной, костной и клинической деформации. В последнюю стадию наблюдаются асимметрия лица и экзофтальм.

Диагностика данного синдрома базируется на данных объективного статуса (риноскопия и/или эндоскопия) и компьютерной или магнитно-резонансной томографии околоносовых пазух. Диагностически значимыми критериями являются: одностороннее уменьшение объема синуса сравнительно с противоположным синусом, втяжение латеральной стенки пазухи и решетчатой воронки, латеральное подворачивание средней носовой раковины.

В доступных обзорах литературы описываются только единичные упоминания о данном состоянии у детей [12]. Приводим собственное **клиническое наблюдение** случая хронической гипоплазии верхнечелюстной пазухи у ребенка, который был диагностирован своевременно, что помогло избежать необоснованного лечения.

Пациент Л., 15 лет, обратился с жалобами на асимметрию лица, постоянный дискомфорт в зоне проекции правой верхнечелюстной пазухи, рецидивирующие синуситы справа. В течение 3 лет страдал от частых правосторонних синуситов, консервативное лечение которых не приводило к полному излечению. В течение всего этого времени наблюдалась незначительная асимметрия лица с экзофтальмом, втяжением передней стенки верхнечелюстной пазухи.

При осмотре наблюдается асимметрия лица за счет более низкого расположения правого глазного яблока, стяжения передней стенки правой гайморовой пазухи.

При эндоскопическом осмотре полости носа отмечалось расширение среднего и общего носового ходов справа, полное заращение естественного соустья.

Проведение МРТ выявило уменьшение правой верхнечелюстной пазухи, тотальное заполнение пазухи транссудатом, опущение дна правой глазницы по сравнению с левой, стяжение решетчатой воронки, при этом средняя носовая раковина подввернута латерально (рис. 1-2).



Рис. 1. МРТ пациента Л. с хроническим ателектазом верхнечелюстной пазухи

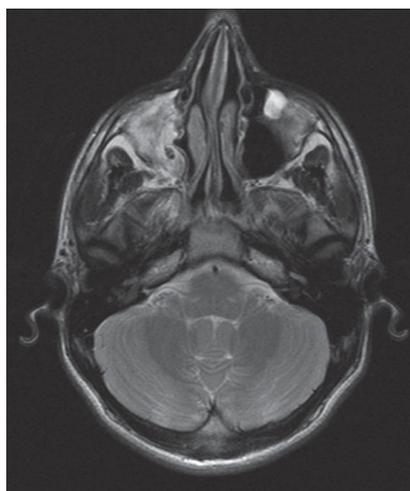


Рис. 2. МРТ пациента Л. с хроническим ателектазом верхнечелюстной пазухи

На основании объективных данных и результатов МРТ установлен диагноз «синдром молчащего синуса». Пациенту выполнена эндоскопическая операция на правой верхнечелюстной пазухе: вскрыты передние клетки решетчатого лабиринта, расширено заблокированное соустье верхнечелюстной пазухи, удален транссудат.

Пациент находится под наблюдением, после оперативного лечения прошло 3 недели. Назальные симптомы купированы, асимметрия лица не прогрессирует.

Планируется дальнейшее послеоперационное наблюдение пациента с контрольным КТ и эндоскопическим осмотром полости носа через 3 месяца.

Обсуждение и заключение

Таким образом, несмотря на редкость синдрома молчащего синуса применение комплекса современных диагностических методов, в первую очередь КТ/МРТ, учет типичных жалоб, данных анамнеза позволяют правильно диагностировать эту патологию. Можно предположить, что синдром молчащего синуса у детей встречается чаще, чем считалось ранее, ввиду поздней диагностики и нерационального и неадекватного лечения. В связи с этим оториноларингологам необходимо соблюдать настороженность в отношении данного заболевания особенно при выявлении асимметрии околоносовых пазух или их ателектаза.

Консервативное лечение при данном состоянии всегда неэффективно, такие инвазивные медицинские процедуры, как пункция верхнечелюстной пазухи, часто представляют опасность травматического повреждения вследствие низкого стояния орбиты и маленького объема пазухи [13].

Своевременно проведенное эндоскопическое хирургическое вмешательство на сегодняшний день считается оптимальным методом лечения данного состояния у детей и позволяет предотвратить прогрессирование ателектаза, восстановить нормальную вентиляцию верхнечелюстной пазухи, сохранить нормальное развитие лицевого скелета ребенка.

Литература/References

1. *Sheikhi, M.* The silent sinus syndrome / M. Sheikhi, F. Jalalian F. – Text: visual // Dent Res J (Isfahan). – 2013. Vol. 10. – № 2. – P. 264–267.
2. *Guillen, D.E.* The silent sinus syndrome: protean manifestations of a rare upper respiratory disorder revisited / D.E. Guillen, P.M. Pinargote, J.C. Guarderas. – Text: visual // Clin Mol Allergy. – 2013. – № 11. – P. 5.
3. *Chang, D.T.* A child with silent sinus syndrome and spontaneous improvement after sinus surgery / D.T. Chang, M.T. Truong. – Text: visual // Int J Pediatr Otorhinolaryngol. – 2014. – Vol. 78. – № 11. – P. 1993–1995.
4. Silent sinus syndrome in child / P.K. Burduk, K. Dalke, J. Mierzwiński [et al.]. – Text: visual // Otolaryngol Pol. – 2007. – Vol. 61. – № 4. – P. 458–462.
5. Silent sinus syndrome as a cause of diplopia in a child / C.C. Yip, T.J. McCulley, R.C. Kersten [et al.]. – Text: visual // J Pediatr Ophthalmol Strabismus. – 2003. – Vol. 40. – № 5. – P. 309–311.
6. The silent sinus syndrome. A cause of spontaneous enophthalmos / C.N. Soparkar, J.R. Patrinely, M.J. Cuaycong [et al.]. – Text: visual // Ophthalmology. – 1994. – Vol. 101. – № 4. – P. 772–778.
7. *Babar-Craig, H.* British Rhinological Society audit of the role of antibiotics in complications of acute rhino-

sinusitis: a national prospective audit / H. Babar-Craig, Y. Gupta, V. Lund. – Text: visual // *Rhinology*. – 2010. – Vol. 48. – № 3. – P. 344–347.

8. *Аллахвердиев, С.А.* Синдром молчащего синуса: обзор литературы и описание двух клинических наблюдений / С.А. Аллахвердиев, А.С. Лопатин, П.А. Кочетков. – Текст: непосредственный // *Вестник оториноларингологии*. – 2010. – № 6. – С. 81–84.

Allahverdiev, S.A. Sindrom molchashhego sinusa: obzor literatury i opisaniye dvuh klinicheskikh nablyudenij / S.A. Allahverdiev, A.S. Lopatin, P.A. Kochetkov. – Tekst: neposredstvenny`j // *Vestnik otorinolaringologii*. – 2010. – № 6. – S. 81–84.

9. *Саватеева, Д.М.* Синдром молчащего синуса (клиническое наблюдение) / Д.М. Саватеева, М.З. Джафарова, В.М. Свистушкин. – Текст: непосредственный // *Русский медицинский журнал*. – 2014. – № 9. – С. 700–701.

Savateeva, D.M. Sindrom molchashhego sinusa (klinicheskoe nablyudenie) / D.M. Savateeva, M.Z. Dzhaifarova, V.M. Svistushkin. – Tekst: neposredstvenny`j // *Russkij medicinskij zhurnal*. – 2014. – № 9. – S. 700–701.

10. Stage II Chronic maxillary atelectasis associated with subclinical visual field defect / J. Mangussi-Gomes, M. Nakanishi, M.R. Chalita [et al.]. – Text: visual // *Int Arch Otorhinolaryngol*. – 2013. Vol. 17. – № 4. – P. 409–412.

11. *Gillman, G., Schaitkin B, May M.* Asymptomatic enophthalmos: the silent sinus syndrome / G. Gillman,

B. Schaitkin, M. May. – Text: visual // *Am J Rhinol*. – 1999. – Vol. 13. – № 6. – P. 459–462.

12. Синдром молчащего синуса у ребенка 10 лет / А.П. Якушенкова, К.Л. Мещеряков, Е.А. Светлова, М.М. Балян. – Текст: непосредственный // *Кремлевская медицина. Клинический вестник*. – 2014. – № 3. – С. 131.

Sindrom molchashhego sinusa u rebenka 10 let / A.P. Yakushenkova, K.L. Meshheryakov, E.A. Svetlova, M.M. Balyan. – Tekst: neposredstvenny`j // *Kremlevskaya medicina. Klinicheskij vestnik*. – 2014. – № 3. – S. 131.

13. *Русецкий, Ю.Ю.* Функциональные и эстетические аспекты диагностики и реконструктивного хирургического лечения свежих травм наружного носа: автореф. дис. ... д-ра мед. наук / Ю.Ю. Русецкий. – М., 2009. – 39 с. – Текст: непосредственный.

Ruseczkij, Yu.Yu. Funkcional`ny`e i e`steticheskie aspekty` diagnostiki i rekonstruktivnogo hirurgicheskogo lecheniya svezhih travm naruzhnogo nosa: avtoref. dis. ... d-ra med. nauk / Yu.Yu. Ruseczkij. – M., 2009. – 39 s. – Tekst: neposredstvenny`j.

Косарев Сергей Сергеевич (контактное лицо) – врач-оториноларинголог детской городской клинической больницы № 1; 170100, Тверь, ул. Рыбацкая, д. 7. Тел. 8 (4822) 34-25-73; e-mail: kosarewsergy@gmail.com.

УДК 61 (092)

А.Г. Иванов¹, И.В. Березовский¹, Т.Ф. Шматко¹, Е.З. Мирзоева²

ЕВГЕНИЙ СЕРГЕЕВИЧ БОТКИН – ХРОНИКА ЖИЗНИ И ПАМЯТИ (К 100-ЛЕТИЮ СО ДНЯ ГИБЕЛИ)

¹ Кафедра общественного здоровья и здравоохранения с курсом истории медицины,
² кафедра оториноларингологии
ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет Минздрава России

Евгений Сергеевич Боткин, сын выдающегося русского врача-терапевта, основоположника отечественной клинической медицины Сергея Петровича Боткина, служил лейб-медиком при дворе императора Николая II. После отречения царя от престола он вместе с царской семьей добровольно поехал в сибирскую ссылку, где беззаветно и бескорыстно лечил членов царской семьи и всех, кто просил у него помощи, а затем вместе с семьей Романовых принял мученическую смерть, оставаясь верным врачебному долгу и данному императору честному слову служить престолу верой и правдой. 3 февраля 2016 года Русская Православная Церковь приняла решение о канонизации доктора Евгения Сергеевича Боткина.

Ключевые слова: лейб-медик Е.С. Боткин, царская семья, врачебный долг, честь и мужество русского врача.

EVGENIY BOTKIN: CHRONICLE OF LIFE AND MEMORY (ON THE 100TH ANNIVERSARY OF DAY OF DESTRUCTION)

A.G. Ivanov, I.V. Berezovsky, T.F. Shmatko, E.Z. Mirzoyeva

Tver State Medical University

Evgeniy Sergeyevich Botkin, the son of a prominent Russian clinician, the founder of the national clinical medicine Sergei Petrovich Botkin, served as court physician at the court of Emperor Nicholas II. After the Tsar's abdication of the throne, he voluntarily went to the Siberian exile with the Tsar's family, where he wholeheartedly and disinterestedly