

**Интересный случай из
практики.**

***Новообразование
основной пазухи***

Этиология

Новообразования основной пазухи обычно возникают у лиц пожилого возраста, чаще у мужчин. Им большей частью предшествуют хронические воспалительные процессы, особенно полипозного характера.

Симптоматика начальных проявлений новообразований зависит от их локализации. Темпы дальнейшего роста и распространения опухоли, характер применяемого лечения и прогноз в значительной степени связаны с ее гистологическим строением и биологической характеристикой.

Злокачественные новообразования чаще всего поражают верхнечелюстную пазуху (75-80%), на втором месте стоят клетки решетчатой кости (10-15%), на третьем — лобная пазуха и на последнем — основная пазуха (1-2%).

Патогенез

Чаще всего в патогенезе основную роль играют предшествующие хронические воспалительные заболевания других околоносовых пазух и в основном — хроническое вялотекущее воспаление задних ячеек решетчатого лабиринта. Важную роль играет анатомическое положение клиновидной пазухи и ее тесные связи с носоглоточными лимфоаденоидными образованиями. Локализация хронического очага инфекции в них является важным фактором в возникновении первично-хронического воспаления слизистой оболочки клиновидной пазухи.

Клиническая картина

Симптомы в начальных стадиях развития новообразований придаточных пазух носа неотчетливы, часто маскируются воспалительным процессом. По мере роста опухоли и дальнейшего ее распространения появляются различные симптомы. По мере их увеличения появляются заложенность носа, выделения из носа слизистого или слизисто-гнойного характера, иногда сукровичное отделяемое из носа.

При опухолях основной пазухи более значительные изменения происходят в органе зрения, когда в процесс вовлекаются нервы, проходящие через зрительное отверстие и верхнюю глазничную щель, развивается ретробульбарный неврит, атрофия зрительного нерва, параличи мышц глаза.

Могут появляться боли различной интенсивности в области лица и головы в связи с вовлечением в процесс ветвей тройничного нерва, костного лицевого скелета или черепа, оболочек мозга, а также сопутствующие воспалительные изменения.

Диагностика

Диагноз основывается на характерных жалобах, данных объективного осмотра, эндоскопического и рентгенологического исследования. Клинический диагноз часто устанавливается лишь в поздних стадиях заболевания. Поэтому большое значение имеет рентгеномографическое исследование, позволяющее обычно установить диагноз новообразований придаточных пазух носа значительно раньше. Наиболее информативными в диагностике воспаления клиновидной пазухи являются данные компьютерной томографии или магнитно резонансной томографии. С целью уточнения гистологической формы опухоли производится биопсия, а также цитологическое исследование содержимого пазух.

Лечение исключительно хирургическое. Опухоль удаляют преимущественно эндоназально или экстраназально и создают широкое соустье пазухи с полостью носа.

В поздних стадиях злокачественных опухолей придаточных пазух носа и при опухолях основной пазухи и задних клеток решетчатой кости, когда анатомо-топографические особенности расположения опухоли или большая ее распространенность исключают возможность соблюдения правил абластики при хирургическом вмешательстве, лучевая терапия становится основным и чаще лишь паллиативным методом лечения. В дополнение к хирургическому и лучевому методам лечения применяют химиотерапию.

Больной Н., 58 лет поступил 27.03.15г. с диагнозом новообразование основной пазухи.

На момент осмотра предъявлял жалобы на затруднение носового дыхания, выделения из носа, глотки, двоение в глазах.

Анамнез заболевания: в феврале текущего года стал отмечать двоение в глазах. Обследован. Госпитализирован в лор отделение АОКБ.

LOR-status

Риноскопически:

Пальпация, перкуссия носа, ОНП: безболезненная

Наружный нос: не деформирован

Слизистая полости носа: бледно-розовая, корочки

Носовые ходы: сужены

Отделяемое: нет

Носовая перегородка: S-образно искривлена

Носовое дыхание: затруднено

Фарингоскопически:

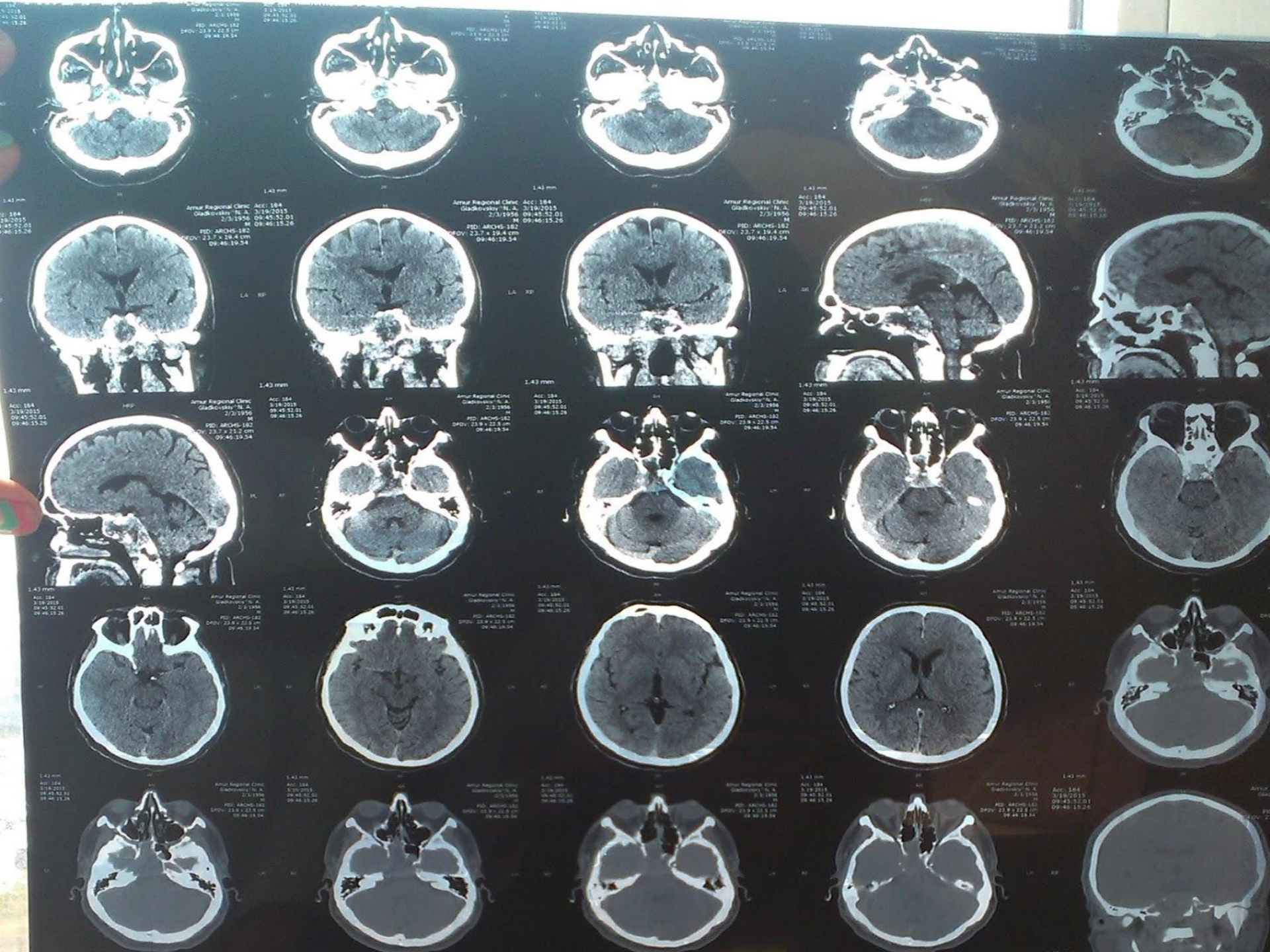
Слизистая задней стенки: гиперемия, слизистое отделяемое

Нёбные миндалины: не увеличены, чистые

Подчелюстные лимфоузлы: не увеличены

Дополнительные методы обследования.

- Компьютерная томограмма ОНП от 19.03.15: признаки объёмного образования основной пазухи, прорастающего в боковую стенку справа с распространением в полость черепа.



- **Магнитно-резонансная ангиография головного мозга от 14.04.2015: МР-признаков патологических изменений со стороны интракраниальных артерий не выявлено. Деформация сонных артерий на уровне клиновидного отдела.**

- Магнитно-резонансная томография мозга с контрастом от 7.04.2015:
Опухоль основания черепа, больше данных за петрокливальную менингиому.

Интерес данного заболевания

- Редкость заболевания.
- Клиническая диагностика заболеваний клиновидной пазухи нередко вызывает значительные затруднения.
- Патологические процессы в клиновидной пазухе в связи с анатомо-топографическими особенностями нередко вызывают изменения в прилежащих к пазухе оболочках головного мозга, зрительного и глазодвигательных нервов, хиазмы, приводя к развитию офтальмоневрологических осложнений.