

УДК 616.21-039.42

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-4-113-122>

Редкие заболевания в практике поликлинического оториноларинголога. Некоторые аспекты диагностики

А. С. Киселев¹, **А. А. Вавилова**^{2,3}

¹ Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова,
Санкт-Петербург, 194044, Россия

² Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России,
Санкт-Петербург, 194044, Россия

³ Медицинская компания «АВА-ПЕТЕР» (клиники «Скандинавия АВА-ПЕТЕР» и «Скандинавия»),
Санкт-Петербург, 191014, Россия

Статья представляет собой обзор диагностических особенностей некоторых редких ЛОР-заболеваний, на которых хотел бы акцентировать внимание автор, опираясь на собственный клинический опыт, в помощь оториноларингологу поликлиники. Среди таких заболеваний – невринома VIII черепного нерва и опухоли носоглотки. Подчеркивается, что первые симптомы в виде снижения слуха при этих заболеваниях могут помочь направить мысль врача в правильном направлении, чтобы своевременно передать пациента в профильное учреждение. Отмечается ценность в диагностике этих заболеваний опыта Вебера. Так, при невриноме VIII нерва симптом Н. С. Благовещенской (отсутствие латерализации в сторону лучше слышащего уха при одностороннем нарушении слуха по типу звуковосприятия) позволяет заподозрить акустическую неврину. А при опухоли носоглотки одностороннее нарушение слуха по типу звукопроводения, возникающее в результате сдавления опухолью слуховой трубы, может быть первым симптомом болезни. В статье обсуждаются диагностические аспекты и других редких ЛОР-заболеваний: деструктирующей аденомы перегородки носа, гранулирующего наружного отита, доброкачественных опухолей потовых желез ушной раковины и наружного слухового прохода, боковых бранхиогенных кист шеи. Помимо перечисленных нозологий автор, также делясь собственными клиническими наблюдениями, останавливается на достаточно редком осложнении латентного сфеноидита – парезе отводящего (VI) нерва. Другой клинический пример, посвященный anosmia, описывает редкий механизм ее развития – травматический, при падении назад и ударе затылком о поверхность. Этот механизм может быть объяснен отрывом обонятельных волокон в области ситовидной пластинки решетчатой кости, который происходит вследствие инерционного смещения мозговых структур при падении назад.

Ключевые слова: невринома слухового нерва, ранняя диагностика, опухоль носоглотки, деструктирующая аденома перегородки носа, гранулирующий наружный отит, доброкачественные опухоли ушной раковины, боковые брахиогенные (врожденные) кисты шеи, латентные формы параназальных синуситов, сфеноидиты, оптохиазмальный арахноидит, отводящий нерв, травма решетчатого лабиринта, anosmia.

Для цитирования: Киселев А. С., Вавилова А. А. Редкие заболевания в практике поликлинического оториноларинголога. Некоторые аспекты диагностики. *Российская оториноларингология*. 2022;21(4):113–122. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-4-113-122>

Rare diseases in practice of otorhinolaryngologist of outpatient clinic. Some aspects of diagnostics

A. S. Kiselev¹, **A. A. Vavilova**^{2,3}

¹ Kirov Military medical academy, Saint Petersburg, 194044, Russia

² Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia,
Saint Petersburg, 194044, Russia

³ Medical company „AVA-PETER“, Saint Petersburg, 191014, Russia

The article is a review of the diagnostic features of some rare ENT diseases, which the author would like to focus on based on his own clinical experience to help the outpatient otorhinolaryngologist. Among such diseases are neuroma of the VIII cranial nerve and tumors of the nasopharynx. It is emphasized that the first symptoms in the form of hearing loss in these diseases can help guide the doctor's thoughts in the right direction in order to

transfer the patient to a specialized institution in a timely manner. The importance of Weber's test in the diagnosis of these diseases is noted. So, with neuroma of the VIII nerve, the symptom of N. S. Blagoveshchenskaya (lack of lateralization toward the better ear in case of unilateral hearing loss according to the type of sound perception) makes it possible to suspect an acoustic neuroma. And with a tumor of the nasopharynx, a unilateral hearing loss according to the type of sound conduction, resulting from compression of the auditory tube by the tumor, may be the first symptom of the disease. The article discusses the diagnostic aspects of other rare ENT diseases: destructing adenoma of the nasal septum, granulating external otitis, benign tumors of the sweat glands of the auricle and external auditory canal, lateral branchial cysts of the neck. In addition to the listed diseases, the author, also sharing his own clinical observations, dwells on a rather rare complication of latent sphenoiditis – paresis of the abducens (VI) nerve. Another clinical example devoted to anosmia describes a rare mechanism of its development – traumatic, when falling back and hitting the surface with the back of the head. This mechanism can be explained by the detachment of olfactory fibers in the region of the cribriform plate of the ethmoid bone, which occurs due to the inertial displacement of the brain structures during a backward fall.

Keywords: neuroma, acoustic, early diagnosis, nasopharyngeal tumor, destructive nasal septum adenoma, granulating otitis externa, benign tumors of the auricle, lateral branchial (congenital) cysts of the neck, latent sinusitis, sphenoiditis, optochiasmal arachnoiditis, abducens (VI) nerve, trauma of the ethmoidal labyrinth, anosmia.

For citation: Kiselev A. S., Vavilova A. A. Rare diseases in practice of otorhinolaryngologist of outpatient clinic. Some aspects of diagnostics. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2022;21(4):113-122. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2022-4-113-122>

Введение

В практике отоларинголога поликлиники, наряду с часто встречающимися заболеваниями, возможно появление пациентов с редкой патологией, не всегда представленной в известных монографиях по ЛОР-специальности [1]. На приеме могут встретиться пациенты с еще не очень выраженной клинической картиной заболевания, и первые жалобы могут быть малоинформативными. Между тем даже при такой ситуации внимательное отношение, казалось бы, к малозначимым жалобам и едва заметным симптомам может направить мысль врача в правильном направлении и помочь своевременно передать пациента в профильное лечебное учреждение.

Начнем с невриномы VIII пары черепных нервов.

Невринома VIII нерва. Невринома VIII нерва – это не часто встречающаяся доброкачественная опухоль, относящаяся к заболеваниям отоневрологического характера. Пациент приходит к отоларингологу с жалобами на шум и снижение слуха в одном ухе, которые появились без видимой причины некоторое время назад и продолжают его беспокоить. При осмотре мы видим нормальную отоскопическую картину. Тут важно сделать опыт Вебера – если окажется, что звук камертона локализуется не в стороне лучше слышащего уха, как должно быть при нарушении звуковосприятия, а воспринимается в центре головы, то мы выявим очень ценный отоневрологический симптом, открытый Натальей Сергеевной Благовещенской, который трудно переоценить (рис. 1).

Н. С. Благовещенская установила отсутствие латерализации звука у больных с невриномой слухового нерва в 80% случаев [2]. Подтверждение важности этого симптома нахо-

дим и в работе А. А. Вавиловой и Ю. К. Янова [3]. Данный симптом должен сразу заставить врача задуматься и предпринять следующие шаги. Для начала – провести исследование спонтанного нистагма (SpNy), но он может еще не появиться на раннем этапе, как и другие отоневрологические симптомы. Далее необходимо исключить $2/3$ языка (эта область иннервируется вкусовыми волокнами n. chorda tympani в составе n. intermedius, Wrisbergi). Выполнить это совсем не трудно, например нанеся солевой раствор на боковые поверхности языка. Снижение или усиление слезоотделения с одной из сторон, проверяемое простой пробой Ширмера, также может еще не наступить. Проба Ширмера позволяет оценить функцию слезоотделения и проводится так – за нижнее веко обоих глаз устанавливаются тонкие полоски фильтровальной бумаги и сравниваются их намокание (напомним, парасимпатические волокна к слезной железе проходят в n. petrosus major) [3].

Однако даже при отсутствии вышеперечисленных нарушений игнорировать симптом Благовещенской в опыте Вебера нельзя! Данный период развития невриномы потому и носит название «отиатрический», что ранний диагноз может установить именно ЛОР-врач. В это время опухоль еще мала, и ее можно удалить без неврологических последствий. И если врач, заметивший отсутствие латерализации звука, знает о данной патологии, то он своевременно направит его к отоневрологу, которой при подтверждении диагноза передаст пациента нейрохирургам. Так врач поликлиники сделает первый и крайне важный шаг для своевременной диагностики опасного заболевания и спасет больного от развития

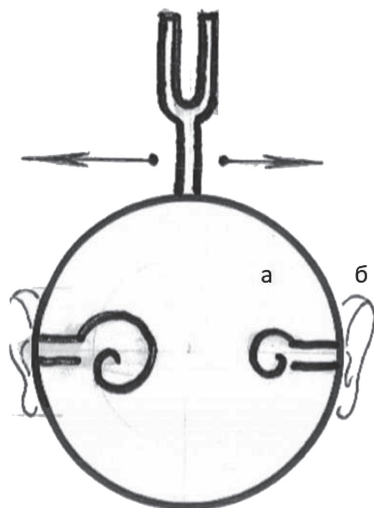


Рис. 1. Опыт Вебера при невриноме левого VIII нерва. Симптом Н. С. Благовещенской – локализация звука «в голове» или в обоих ушах (показано тонкими стрелками) при одностороннем снижении слуха по типу нарушения звуковосприятия, вместо того чтобы «быть в здоровом ухе». Отмечается в 80% при невриноме VIII черепного нерва: а – схематично изображен «пострадавший» левосторонний звуковоспринимающий аппарат в виде относительно «уменьшенного» в размере левого внутреннего уха; б – левая ушная раковина.

Использован рисунок автора

Fig. 1. Weber's experience with neurinoma of the left VIII nerve. The symptom of N. S. Blagoveshchenskaya is the localization of sound "in the head" or in both ears (shown by thin arrows) with unilateral hearing loss as a violation of sound perception instead of "being in a healthy ear." It is observed in 80% of patients with neurinoma of the VIII cranial nerve: a – the "affected" left-sided sound-perceiving apparatus is schematically depicted in the form of a relatively "reduced" in size left inner ear; b – left auricle

Author's drawing used

тяжелых последствий, вызванных поздней диагностикой.

Нельзя не упомянуть одну из возможных ошибок, которая встречается в практике, – неверно связывать одностороннюю сенсоневральную тугоухость при наличии у пациента сахарного диабета только с этим заболеванием. Сахарный диабет, действительно, приводит к изменениям в нейроглиальных элементах внутреннего уха, но, при этом, страдают оба уха!

Говоря об одностороннем снижении слуха, необходимо напомнить и о злокачественных опухолях носоглотки. Эти опухоли могут быть представлены различными формами [4]. Опухоль растет медленно, без очевидной манифестации. Располагаясь в мягких тканях носоглотки в области устья евстахиевой трубы, опухоль нарушает ее функцию, вызывая снижение слуха по типу поражения звукопроводящего аппарата (рис. 2). Одновременно наблюдается затруднение носового дыхания. Понятно, что в условиях поликлиники при первичном и, вероятно, повторном осмотре на основании этих симптомов трудно поставить ранний и правильный диагноз. Но помня

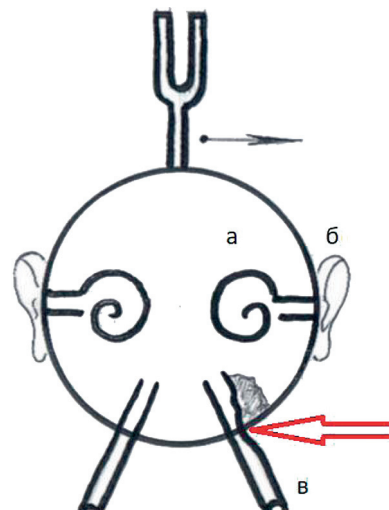


Рис. 2. Опыт Вебера при левосторонней опухоли носоглотки. При нормальном звуковоспринимающем аппарате с двух сторон имеет место нарушение звукопроводящего аппарата слева (латерализация звука камертона влево показана тонкой стрелкой). Схематично изображено левое внутреннее ухо (а), левая ушная раковина (б), левая слуховая труба (в), у устья которой в носоглотке имеется опухоль (показана большой красной стрелкой).

Использован рисунок автора

Fig. 2. Weber test with a left-sided tumor of the nasopharynx. With a normal sound-perceiving apparatus on both sides, there is a violation of the sound-conducting apparatus on the left (lateralization of the tuning fork sound to the left is shown by a thin arrow). Schematically depicts the left inner ear (a), the left auricle (b), the left auditory tube (c), at the mouth of which there is a tumor in the nasopharynx (shown by a large red arrow)

Author's drawing used

о возможности снижения слуха при опухоли носоглотки и имея онкологическую настороженность, будет верным направить такого больного в онкологический диспансер.

От редакции: подобные оригинальные схемы результатов опыта Вебера при различных клинических ситуациях многие годы для наглядности рисовались самим Алексеем Сергеевичем на занятиях со слушателями.

Деструктурирующая аденома перегородки носа. В клинической практике нередко приходится встречаться с перфорациями перегородки носа. Они могут возникать в результате ряда причин – травмы носа, септум-операции, сухого ринита, приводящего к образованию прободящей язвы (ulcus septi perforans). Часто перфорация развивается у лиц, работающих в химической, мукомольной, камне- и деревообрабатывающей промышленности. Перфорирующие язвенные поражения перегородки носа находят и при гранулематозных заболеваниях, в частности при туберкулезе, сифилисе, болезни Вегенера.

Редкой, а поэтому и менее известной причиной перфорации перегородки носа является

деструктирующая аденома – доброкачественная опухоль железистого характера. Она встречается обычно у лиц старше 40 лет. Если аденома латеральной стенки носа быстро растет и нередко озлокачивается, то аденома перегородки носа характеризуется медленным ростом и не метастазирует. Локализуясь в пределах самой перегородки, опухоль постепенно разрушает ее как в хрящевом, так и в костном отделах. Микроскопически опухоль сохраняет структуру аденомы с экспансивным ростом [5]. Для деструктирующей аденомы перегородки носа характерны периодические носовые кровотечения [6]. Приведенные клинические и морфологические особенности этой опухоли, «съедающей» перегородку носа, позволяют рассматривать ее как пограничную опухоль [7].

В качестве иллюстрации приводим одно из собственных наблюдений [8]. Пациентка Б., 49 лет, поступила в клинику отоларингологии ВМедА (03.03.2004 г.) по поводу рецидивирующих носовых кровотечений, которые возникли три года назад. Наследственность не отягощена. Условия жизни и работы – благоприятные. При эндоскопии в перегородке носа обнаружен дефект, начинающийся на 1–1,5 см от преддверия носа и продолжающийся вглубь на 2–2,5 см и до 1,5 см в высоту, что подтверждается на КТ (рис. 3). По краям дефекта перегородки скопились небольшие кровянистые корочки. Другие ЛОР-органы – в пределах возрастной нормы. Проведенная биопсия позволила установить наличие аденомы с местнодеструктирующим ростом. Больная прошла курс рентгенотерапии (суммарная доза составила 35 Гр), контрольный осмотр, произведенный через 16 месяцев после лечения, показал отсутствие продолжения роста опухоли. Вопрос о пластике дефекта перегородки носа при этой патологии рассматривается индивидуально.

Гранулирующий наружный отит. Наружный отит – нередкое заболевание в практике врача по-

ликлиники и стационара, его частота, по данным различных авторов, колеблется от 5 до 23% от всей патологии ЛОР-органов [9]. Среди его форм грануляционная форма является довольно редкой и занимает пятое место после таких вариантов, как ограниченный, диффузный, грибковый и геморрагический наружный отит [10].

При грануляционном наружном отите наружный слуховой проход заполняется кровотокающими грануляциями. Этиология и патогенез этой формы остаются недостаточно изученными. Часто грануляции появляются в результате воспаления периоста и кортикальной поверхности кости наружного слухового прохода [11]. Патологический процесс обычно бывает односторонним. Упорное течение рассматриваемого заболевания, при котором имеет место рост сомнительных кровотокающих грануляций, нередко вызывает подозрение на злокачественный процесс и требует проведения гистологического исследования.

Литературные данные свидетельствуют об упорном течении гранулирующего наружного отита и отсутствии достаточно определенной тактики в его лечении. Сообщается, что хирургическое вмешательство, которое одновременно имеет целью получить результат гистологического исследования, нередко сопровождалось значительным кровотечением, что затрудняло полное удаление грануляций [10]. Антибактериальная терапия, местная и общая, соответствующая результатам бактериального посева, часто бывает малоэффективна. В качестве консервативного лечения рекомендуются ежедневный туалет слухового прохода и туширование грануляций 5%-ным раствором азотнокислого серебра, введение капель 0,25%-ного сульфата цинка [10].

Наш личный опыт, о котором мы рассказали ранее [12], показывает, что наиболее успешным методом лечения наружного гранулирующего

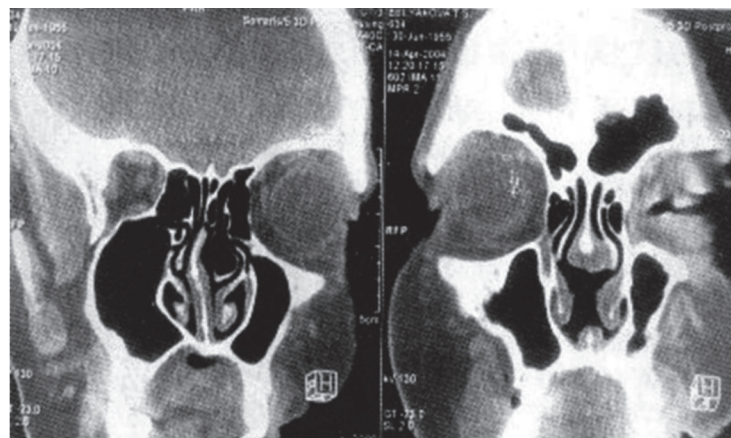


Рис. 3. КТ пациентки Б., 49 лет, в коронарной проекции с деструктирующей аденомой перегородки носа. На правом снимке видна ограниченная перфорация перегородки носа в переднем отделе

Fig. 3. CT scan of the patient B., 49 years old, in the coronal projection with destructive nasal septal adenoma. The right image shows a circumscribed nasal septal perforation of the in the anterior part

отита может служить туширование (прижигание) грануляций азотнокислым серебром в виде ляписной жемчужины. Она образуется на нагретом до красноты металлическом зонде, опущенном в пробирку с кристаллами азотнокислого серебра. Так, прижигание грануляций ляписной жемчужиной привело к быстрому обратному развитию заболевания у описанной нами пациентки с грануляционным наружным отитом, когда традиционные методы общей и местной антибактериальной терапии наружного отита, в соответствии с данным бакпосева, оказались неэффективными [12].

Доброкачественные опухоли потовых желез ушных раковин и наружного слухового прохода. Доброкачественные опухоли потовых желез наружного уха в практике врача поликлиники и стационара также встречаются не часто. Они представляют собой медленно растущие образования округлой формы, как правило, безболезненные. При этом они вызывают беспокойство пациентов, обычно женщин, старше 50 лет, и не столько косметическими нарушениями, сколько опасениями возможного злокачественного развития. Полезно напомнить, что потовые железы имеют простое трубчатое строение, они состоят из закрученного в виде клубка секреторного отдела, расположенного в глубоких отделах дермы, и прямого или слегка извитого выводного протока. В коже человека насчитывается около 3 млн потовых желез.

В зависимости от способа выделения секрета различают два типа потовых желез: эккринные (мерокринные), у которых выход секрета из клет-

ки происходит без повреждения ее плазмолеммы (оболочки клетки); апокринные, когда секреция осуществляется путем отрыва выростов плазмолеммы, окружающей секрет (разновидностью апокринных потовых желез являются железы, выделяющие ушную серу) [13]. Морфологический диагноз удаленной опухоли ушной раковины или наружного слухового прохода определяется гистологическим исследованием.

На рис. 4, взятом из статьи А. J. Anderson [14], представлена левая ушная раковина женщины 57 лет, с апокринной гидроцисаденомой потовой железы. Как сообщается, опухоль была замечена пациенткой за 9 месяцев до ее хирургического удаления, была безболезненной и имела легкое окрашивание в голубой цвет. Разницу между апокринными и эккринными опухолями иногда бывает трудно установить как при гистологическом, так и при клиническом исследовании. Одним из признаков апокринной опухоли является ее темно-голубой цвет, что хорошо видно на приведенной фотографии [14]. Собственные наблюдения (Киселев А. С., 2015) иллюстрирует уже другую форму опухолей потовых желез – эккринную цилиндрому [15]. Так, у больной К., 62 лет (рис. 5), была установлена эккринная кожная цилиндрома левой ушной раковины. Опухоль светло-розового цвета, размером до 2 см, при пальпации имела плотноэластическую консистенцию и была безболезненна. Светло-розовый или красноватый цвет обычно присущ этому типу опухоли. Опухоль была удалена в день поступления, заживление раны без особенностей. В дополнение



Рис. 4. Апокринная гидроцисаденома ушной раковины, женщины 57 лет (наблюдение А. J. Anderson, 2005)

Fig. 4. Apocrine hydrocystadenoma of the auricle, 57-year-old woman (observation of A. J. Anderson, 2005)



Рис. 5. Пациентка К., 62 лет, с установленной эккринной цилиндромой левой ушной раковины

Fig. 5. Patient K., 62 years old, with a proven eccrine cylindroma of the left auricle



Рис. 6. Пациентка З., 59 лет, с эккринной кожной цилиндромой правой ушной раковины

Fig. 6. Patient Z., 59 years old, with eccrine cutaneous cylindroma of the right auricle

на рис. 6 продемонстрирована эккринная цилиндрома другой пациентки, З., 59 лет, расположенная в области ладьевидной ямки правой ушной раковины. Представленные иллюстрации доброкачественных потовых опухолей (цилиндром) ушных раковин, вероятно, могут быть интересны и полезны ЛОР-врачам поликлиник.

Бранхиогенные кисты шеи. Бранхиогенные кисты шеи (от гр. – *branchia* жабра, *kystis* пузырь) являются сравнительно редкими аномалиями эмбрионального периода и образуются в результате неполного редуцирования эмбриональных жаберных щелей [16]. Они бывают срединные, исходящие из щитовидного эмбрионального протока, проходящего через подъязычную кость, и боковые, тесно прилежащие к сосудисто-нервному пучку шеи.

При своем нормальном развитии жаберные щели полностью облитерируются, в случае их незаращения образуются свищи. Свищ, обычно небольшой, имеет выход на коже шеи, из которого выделяется мутноватый секрет. При закрытии просвета щели с двух сторон создаются условия для формирования бранхиогенной кисты. Бранхиогенные кисты чаще появляются в юношеском возрасте, реже у лиц 30–40 лет, но могут обнаружиться и в более позднем возрасте. В таких случаях киста имеет тенденцию к озлокачествлению.

Срединные кисты шеи могут образовываться на различных уровнях щитовидно-язычного протока, но чаще они располагаются между верхним краем щитовидного хряща и подъязычной костью [17]. Локализация боковых бранхиогенных кист шеи достаточно типична – они располагаются по внутреннему краю грудино-ключично-сосцевидной мышцы. Боковые кисты шеи могут раз-

виваться медленно на протяжении длительного времени. Нарастанию клинических проявлений и нагноению часто способствует охлаждение – общее и, особенно, местное. (У одного наблюдаемого нами пациента в возрасте старше 50 лет киста проявилась после его часовой поездки на автомобиле с открытым окном.)

Распознавание боковой кисты не всегда просто. Кожа над кистой, не осложненной воспалительным процессом, обычно не изменена, пальпация безболезненная. При этом определяется флюктуирующее образование, тугоэластичной консистенции. Такие кисты необходимо дифференцировать с липомой, аневризмой сосудов, метастазами в лимфатические узлы шеи, другой онкологической патологией. В настоящее время в диагностике боковых кист шеи используются КТ или МРТ и пункционная биопсия для цитологического исследования. Лечение бранхиогенных кист шеи только хирургическое – радикальная экстирпация кисты и свища.

Эта патология действительно является редкой – в ЛОР-отделении Городской больницы № 20 с 2006 по 2018 г. было госпитализировано только три пациента с боковой кистой шеи [18]. Приведем одно из таких наблюдений. На рис. 7 представлена боковая киста шеи больного К., 18 лет. Отчетливо видна динамика прогрессирующего увеличения боковой кисты шеи в течение 10 дней, прошедших от первого осмотра (а) и до госпитализации (б).

Такие больные, посетив поликлинику, не должны задерживаться, и их следует сразу направлять в ЛОР- или онкологический стационар.

Некоторые из зрительных осложнений латентных синуситов. Латентные синуситы, в отличие от других, рассматриваемых здесь заболеваний, не относятся к числу редких. Напротив, особенно в Санкт-Петербурге с его холодно-влажным, «промоглым» климатом осенью и зимой, больных с хроническими и латентно протекающими синуситами более чем достаточно. Но такое зрительное осложнение синуситов, как парез отводящего нерва, о котором пойдет речь ниже, является достаточно редкой патологией.

Впервые упоминание о скрытно протекающих воспалительных заболеваниях верхнечелюстной пазухи мы находим в работе 1857 г. профессора хирургии П. П. Заболоцкого-Десятовского «О болезнях носа и носовых полостей». Петр Петрович Заболоцкий-Десятовский был соратником Н. И. Пирогова и в 1852–1869 гг. возглавлял кафедру теоретической хирургии в Медико-хирургической академии, на которой тогда преподавались некоторые разделы оторинологии. За труды, посвященные заболеваниям носа, носовых пазух и полости рта, он был награжден Демидовской премией Российской Академии

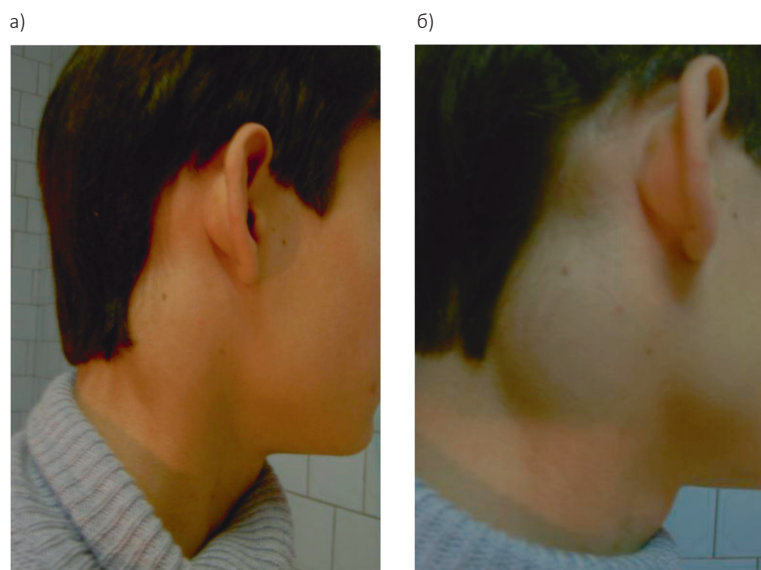


Рис. 7. Боковая киста шеи. Больной К., 18 лет, при первом осмотре (а) и при осмотре спустя 10 дней при поступлении в стационар (б)

Fig. 7. Lateral cyst of the neck. Patient K., 18 years old, at the first examination (a) and at the examination 10 days later upon admission to the hospital (b)

наук, высшей в те годы научной наградой, основанной представителем семьи знаменитых горнозаводчиков [19].

В настоящее время хорошо известно значение латентно протекающих синуситов для развития зрительных осложнений, особенно при поражении клиновидной пазухи. Еще в 1929 г., в то время приват-доцент, а потом крупный московский профессор Александр Исидорович Фельдман дал классическое определение латентным синуситам. Он писал: «Латентными синуситами называются такие, которые проходят скрытно, незаметно для больного и даже для врача; их физические симптомы почти отсутствуют, и только какое-нибудь осложнение со стороны соседних органов заставляет и больного, и врача обратить внимание на нос» [20].

Во времена А. И. Фельдмана (в первой половине XX века) трудно было диагностировать сфеноидит, даже при наличии головных болей и некоторых других клинических симптомов. По словам одного из известных в прошлом знатоков патологии клиновидной пазухи, в 1934–1971 гг. заведующего кафедрой отоларингологии Новосибирского медицинского института – Сергея Анатольевича Проскурякова, нужно было иметь много опыта и умения, чтобы поставить правильный диагноз «сфеноидит» [21].

В настоящее время, когда КТ- и МРТ-исследования вошли в широкую клиническую практику, выявить причину тех или иных внутричерепных и зрительных осложнений стало несравненно легче. Но всегда надо помнить старое положение: «чтобы поставить правильный диагноз, его, прежде всего, надо иметь в виду».

Латентно протекающие синуситы, особенно сфеноидит, необходимо оценивать с позиции их возможных осложнений [22]. В качестве примеров осложнений латентно протекающего хронического сфеноидита приведу только два заболевания. Первое – оптохиазмальный арахноидит, вызывающий прогрессирующее снижение зрения. Это заболевание, хорошо описанное в офтальмологической и неврологической литературе, получило дальнейшее освещение и во многих статьях, выходящих из ЛОР-клиники ВМА в 90-х годах, а также в монографии «Ринохирургия оптохиазмального арахноидита» [23].

Другим тяжелым осложнением хронического сфеноидита является тромбоз кавернозного синуса, заболевание, в большинстве случаев быстро ведущее к смерти. Но бывает ограниченное вовлечение в воспалительный процесс этого грозного синуса. При этом, как правило, выключается п. abducens, отводящий нерв (VI пара черепных нервов). И пациенты, нередко это дети, которые даже не ощущали себя больными, вдруг обнаруживают, что не могут повернуть одно из глазных яблок кнаружи – это состояние вызывается парезом отводящего нерва. По личным наблюдениям прошлых лет, в Ленинграде в различных лечебных учреждениях ежегодно такое осложнение наблюдалось в одном-двух случаях.

При таком заболевании после обращения пациента к врачам – к офтальмологу и неврологу, после сделанных КТ- или МРТ-исследований диагноз становится обычно ясным – обнаруживается та или иная патология клиновидной пазухи, чаще в одной из ее половин. Вскрытие клиновидной пазухи сейчас делается эндоскопически. В прошлом

a)



б)

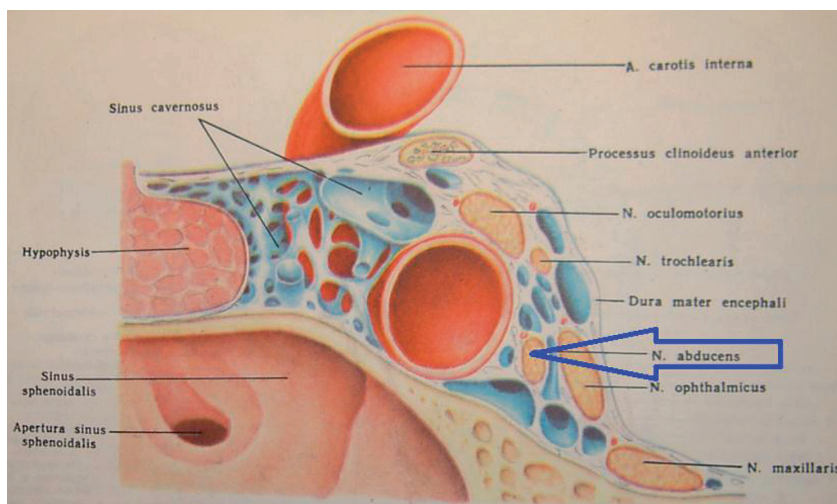


Рис. 8. а – пациент С., 9 лет; парез левого отводящего нерва, вызванный ограниченным тромбозом кавернозного синуса, развившимся на почве левостороннего сфеноидита; б – топографо-анатомические взаимоотношения пещеристого синуса, прилегающего к клиновидной пазухе, отводящего нерва (показан синей стрелкой) и других черепных нервов (из Атласа Р. Д. Синельникова)

Fig. 8. а – patient S., 9 years old; paresis of the left abducens nerve, caused by limited thrombosis of the cavernous sinus, developing on the basis of left-sided sphenoiditis; б – topographic and anatomical relationships of the cavernous sinus adjacent to the sphenoid sinus, the abducens nerve (shown by the blue arrow) and other cranial nerves (from the Atlas of R. D. Sinelnikov)

в этих случаях клиновидная пазуха чаще вскрывалась через решетчатый лабиринт, этот метод является быстрой и эффективной операцией.

В качестве примера привожу одно из наших наблюдений. Пациент С., 9 лет, в 1994 г. пришел с отцом на консультацию в ГБ № 20 с жалобами на невозможность отведения наружу левого глаза, которая появилась две недели назад. При осмотре – ребенок здоровый, без видимой ЛОР-патологии. На МРТ, в левой клиновидной пазухе, определялось легкое краевое помутнение. Была предложена операция левосторонней сфенотомии, произведенная через левый решетчатый лабиринт. На 3-и сутки после операции явления пареза левого отводящего нерва ликвидировались. При нашем следующем общении молодому человеку было уже 27 лет, он окончил Санкт-Петербургский университет и имел интересную работу. Проблемы со зрением и ЛОР-органами отрицал.

На рис. 8, а, взятом из нашего лекционного курса, ребенок до операции. Виден парез левого отводящего нерва. На рис. 8, б из Атласа Р. Д. Синельникова – вид клиновидной пазухи сзади, над ней гипофиз и левый кавернозный синус, который пронизывает нервы и сосуды (синяя стрелка указывает на отводящий нерв).

И завершает наш краткий обзор демонстрация редко встречающегося последствия черепно-мозговой травмы в виде полной потери обоняния. Привожу собственное наблюдение. Пациентка П., 44 года, зимой, находясь за городом, выйдя на свежий воздух и посмотрев на звездное небо, поскользнулась и упала на спину, ударившись

затылком о лед. Имела место кратковременная потеря сознания. Когда женщина пришла в себя, она заметила, что перестала ощущать запахи. Обследование в ЛОР-клинике ВМА установило полную потерю обоняния, в том числе и на нашатырный спирт. Механизм anosмии в этом слу-

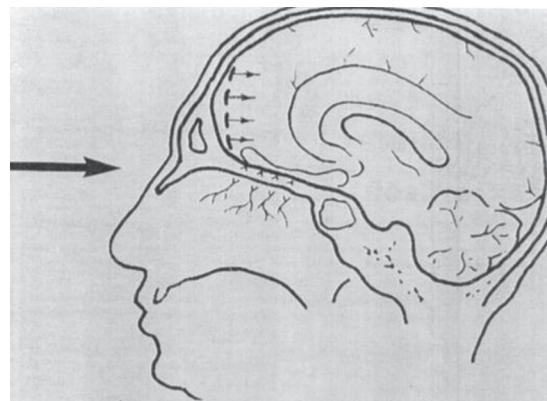


Рис. 9. Схема травматического повреждения обонятельного нерва при падении назад (направление падения показано большой стрелкой) при ЧМТ. Маленькими стрелками показано направление инерционного смещения вещества мозга, приводящее к обрыву обонятельных нитей, fila olfactoria, фиксированных в отверстиях ситовидной пластинки решетчатой кости (взято из публикации А. С. Киселева, И. М. Волошина и А. А. Рыбина «Решетчатый лабиринт и его травма», 2014) [25]

Fig. 9. Scheme of traumatic injury to the olfactory nerve during a backward fall (the direction of the fall is shown by a large arrow) in traumatic brain injury. Small arrows show the direction of the inertial displacement of the brain substance, leading to the breakage of the olfactory filaments, fila olfactoria, fixed in the openings of the cribriform plate of the ethmoid bone (taken from the publication of A. S. Kiselev, I. M. Voloshin, and A. A. Rybin "Ethmoid labyrinth and his injury" (2014) [25])

чае связан с инерционным движением головного мозга, при котором происходит «срезание» обонятельных нитей, фиксированных в отверстиях перфорированной пластинки решетчатой кости, приводящее к аносмии (рис. 9) [24, 25].

В заключение, автор выражает надежду, что приведенные клинические симптомы начала развития ряда опасных заболеваний помогут ЛОР-докторам избежать диагностических ошибок и своевременно направить пациента в специализированные учреждения. Перечисленные нозологии в различной степени разбирались нами в

предыдущих публикациях и лекционных курсах. Но, оглядываясь ретроспективно на опыт последних лет, хотелось бы в этой статье особо акцентировать внимание коллег-оториноларингологов на некоторых диагностических аспектах этих редких заболеваний. Потому что возможность заподозрить редкое заболевание и даже спасти пациента порой находится в руках ЛОР-врача поликлинического звена.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: национальное руководство / Под ред. В. Т. Пальчуна. 2-е изд., перераб. и доп. М.: Медгиз, 2016. 1024 с.
2. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. М.: Медицина, 1990. 432 с.
3. Вавилова А. А., Ю. К. Янов. Невринома VIII нерва (ранняя отоневрологическая диагностика). СПб.: ИК «Синтез», 2006. 44 с.
4. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. М.: Медицина, 1983. 418 с.
5. Быкова В. П. Опухоли полости носа, околоносовых пазух и носоглотки // Патологоанатомическая диагностика опухолей человека: руководство для врачей в 2 томах / Под ред. Н. А. Краевского, А. В. Смольяникова, Д. С. Саркисова. Т. I. М.: Медицина, 1993. С. 409–428.
6. Абызов Р. А. Лоронкология. СПб.: Диалог, 2004. 256 с.
7. Карпов Н. А. Злокачественные опухоли полости носа // Злокачественные опухоли: клиническое руководство / Под ред. Н. Н. Петрова, С. А. Холдина. Т. III. Часть 1. Л.: Медгиз, 1950. С. 302–353.
8. Киселев А. С., Ушаков В. С., Дворянчиков В. В., Куц Б. В. Деструктирующая аденома перегородки носа. *Российская ринология*. 2006; 3: 36–37.
9. Кустов М. О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода. *Российская оториноларингология*. 2012;1(56):111–118.
10. Протасевич Г. С., Савчук Е. В. Грануляційний зовнішній отит. *Журн. вушн., нос. і горл. хвороб*. 2005;5:82–89.
11. Костышин А. Т. Наш опыт лечения больных гранулирующими наружными отитами. *Журн. ушн., нос. и горл. болезней*. 1984;1:64–65.
12. Киселев А. С. О лечении гранулирующего наружного отита. *Российская оториноларингология*. 2013;3(64):182–184.
13. Данилов Р. К. Гистология. Эмбриология. Цитология. М.: ООО «Медицинское информативное агентство», 2006. 456 с.
14. Anderson A. J. Apocrin Hydrocysadenoma of the Ear. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2005;133:981–982.
15. Киселев А. С. Доброкачественные кожные опухоли ЛОР-органов. *Российская оториноларингология*. 2015;6(79):35–38.
16. Пипилюк Н. В., Гобжелянова Т. А., Чумакова А. Н., Пипилюк Д. Н. Диагностика и лечение врожденных кист и свищей шеи. *Вестник стоматологии*. 2011;2(75):44–50.
17. Гаджимирзаев Г. А., Асиятилов А. Х., Джамалудинов Ю. А., Гаджимирзаева Р. Г., Чудинов А. Н., Азизов М. А., Гамзатова Э. Г. Диагностика и хирургическое лечение срединных кист и свищей шеи. *Российская оториноларингология*. 2013;2(63):9–13.
18. Киселев А. С., Морозов А. Д., Харламов Д. А. Бранхиогенные боковые кисты шеи. *Российская оториноларингология*. 2018;4(95):48–53.
19. Киселев А. С. Оториноларингология Военно-медицинской академии. Ее становление и развитие в различные эпохи за первые двести лет (1798–1998 гг.). М.: Техносфера, 2017. 272 с.
20. Фельдман А. И. Латентно протекающие воспаления задних придаточных полостей носа и зависящие от этих воспалений заболевания зрительного нерва – ретробульбарные невриты. *Русская отоларингология*. 1929;4:309–321.
21. Проскураков С. А. Основная пазуха. Анатомическое и клиническое наблюдение: диссертация на степень д-ра медицины. Новосибирск, 1939. 202 с.
22. Бондарук В. В., Киселев А. С. Диагностическая стратегия выявления латентных сфеноидитов. *Российская ринология*. 2005;2:64.
23. Киселев А. С., Гофман В. Р., Лушникова Т. А. Ринохирургия оптохиазмального арахноидита. СПб.: Оргтехиздат, 1994. 142 с.
24. Киселев А. С. К вопросу о развитии аносмии при закрытой черепно-мозговой травме. *Российская ринология*. 2001;3:41–42.
25. Киселев А. С., Волошин И. М., Рыбин А. А. Решетчатый лабиринт и его травма. *Российская оториноларингология*. 2014;5(72):24–28.

REFERENCES

- Otorhinolaryngology: National leadership. Ed. V. T. Palchun. 2nd ed., revised. and additional. Moscow: Medgiz, 2016. 1024 p. (In Russ.)
- Blagoveshchenskaya N. S. Otoneurological symptoms and syndromes. Moscow: Meditsina, 1990. 432 p. (In Russ.)
- Vavilova A. A., Yanov Yu. K. Neuroma of the VIII nerve (early otoneurological diagnosis). Saint Petersburg: IK „Sintez“, 2006. 44 p. (In Russ.)
- Paches A. I. Tumors of the head and neck. Moscow: Meditsina, 1983. 418 p. (In Russ.)
- Bykova V. P. Tumors of the nasal cavity, paranasal sinuses and nasopharynx. In: Pathological anatomical diagnosis of human tumors. A guide for doctors in 2 volumes. Ed. by N. A. Kraevsky, A. V. Smolyannikov, D. S. Sarkisov. Moscow: Meditsina, 1993. T. I, pp. 409-428. (In Russ.)
- Abyzov R. A. LOR Oncology. Saint Petersburg: Dialog, 2004. 256 p. (In Russ.)
- Karpov N. A. Malignant tumors of the nasal cavity. In: Malignant tumors. Clinical Guide. Ed. by N.N. Petrov, S.A. Holdin. L.: Medgiz, 1950. T. III. Part 1, pp. 302-353 (In Russ.)
- Kiselev A. S., Ushakov V. S., Dvoryanchikov V. V., Kuts B. V. Destructive adenoma of the nasal septum. *Rossiiskaya rinologiya*. 2006; 3:36-37. (In Russ.)
- Kustov M. O. Inflammatory diseases of the external auditory canal. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2012;1(56):111-118. (In Russ.)
- Protasevich G. S., Savchuk E. V. Granulation otitis externa. *Journal Ear, Nose and Throat Diseases*. 2005; 5: 82-89. (In Russ.)
- Kostyshin A. T. Our experience in treating patients with granulating otitis externa. *Journal Ear, Nose and Throat Diseases*. 1984;1: 64-65. (In Russ.)
- Kiselev A. S. On the treatment of granulating otitis externa. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2013;3(64):182-184. (In Russ.)
- Danilov R. K. Histology. Embryology. Cytology. Moscow: OOO Meditsinskoe informativnoe agentstvo, 2006. 456 p. (In Russ.)
- Anderson A. J. Apocrin Hydrocysadenoma of the Ear. *Otolaryngology-Head and Neck Surgery*. 2005;133:981-982.
- Kiselev A. S. Benign skin tumors of ENT organs. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2015;6(79):35-38. (In Russ.)
- Pipilyuk N. V., Gobzhelyanova T. A., Chumakova A. N., Pipilyuk D. N. Diagnosis and treatment of congenital cysts and fistulas of the neck. *Vestnik stomatologii*. 2011;2(75):44-50. (In Russ.)
- Gadzhimirzaev G. A., Asiyatillov A. Kh., Dzhamaludinov Yu. A., Gadzhimirzaeva R. G., Chudinov A. N., Azizov M. A., Gamzatova E. G. Diagnostics and surgical treatment of median cysts and neck fistulas. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2013;2(63):9-13. (In Russ.)
- Kiselev A. S., Morozov A. D., Kharlamov D. A. Branchiogenic lateral cysts of the neck. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2018; 4(95):48-53. (In Russ.)
- Kiselev A. S. Otorhinolaryngology of the Military Medical Academy. Its formation and development in different eras for the first two hundred years (1798-1998). Moscow: Technosphere, 2017. 272 p. (In Russ.)
- Feldman A. I. Latently flowing inflammation of the posterior paranasal cavities and diseases of the optic nerve dependent on these inflammations are retrobulbar neuritis. *Russkaya otolaringologiya*. 1929;4:309-321. (In Russ.)
- Proskuryakov S. A. Sphenoid sinus. Anatomical and clinical observation. Dissertation for the degree of Doctor of Medicine. Novosibirsk, 1939. 202 p. (In Russ.)
- Bondaruk V. V., Kiselev A. S. Diagnostic strategy for detecting latent sphenoiditis. *Rossiiskaya rinologiya*. 2005;2:64. (In Russ.)
- Kiselev A. S., Gofman V. R., Lushnikova T. A. Rhinosurgery of optochiasmal arachnoiditis. Saint Petersburg: Orgtekhizdat, 1994. 142 p. (In Russ.)
- Kiselev A.S. On the development of anosmia in closed craniocerebral injury. *Rossiiskaya rinologiya*. 2001;3:41-42. (In Russ.)
- Kiselev A. S., Voloshin I. M., Rybin A. A. Ethmoidal labyrinth and its injury. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2014;5(72):24-28. (In Russ.)

Информация об авторах

Киселев Алексей Сергеевич – заслуженный врач РФ, доктор медицинских наук, профессор кафедры отоларингологии, Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева д. 6); e-mail: lor_kas@mail.ru

✉ **Вавилова Анастасия Алексеевна** – кандидат медицинских наук, врач-оториноларинголог-вестибулолог, Всероссийский центр экстренной и радиационной медицины им. А. М. Никифорова МЧС России (Россия, 194044, Санкт-Петербург, ул. Академика Лебедева, д. 4/2); e-mail: anastasiastpb@mail.ru

Information about authors

Aleksei S. Kiselyev – Honored Doctor of Russia, MD, Professor of the Department of Otolaryngology, Kirov Military Medical Academy (6, Academica Lebedeva Str., Saint Petersburg, Russia, 194044); e-mail: lor_kas@mail.ru

✉ **Anastasiya A. Vavilova** – MD Candidate, otorhinolaryngologist-vestibulologist, Nikiforov Russian Center of Emergency and Radiation Medicine, EMERCOM of Russia (4/2, str. Academician Lebedev, Saint Petersburg, Russia, 194044); e-mail: anastasiastpb@mail.ru

От редакции

Статья является одной из последних, присланных в журнал Алексеем Сергеевичем Киселевым в конце 2018 г., и опубликована после его ухода. В ней отражены клинические наблюдения А. С. Киселева последних лет, которые уже представлялись им в лекциях и публикациях, но которые он считал важным еще раз рассмотреть со своей читающей ЛОР-аудиторией, сделав акценты на наиболее выразительных клинических симптомах редких ЛОР-заболеваний. Эта статья оказалась отражением лишь малой части громадного врачебного опыта, которым Алексей Сергеевич делился на протяжении всей своей жизни в специальности, и главным журналом для его публикаций все годы оставалась «Российская оториноларингология». Зная Алексея Сергеевича манера повествования в статье может напомнить его прежние насыщенные и всегда наполненные особой культурой изложения практические занятия с коллегами-оториноларингологами.

Статья опубликована при участии Анастасии Алексеевны Вавиловой.