

ОСОБЕННОСТИ ВНУТРИНОСОВЫХ СТРУКТУР У БОЛЬНЫХ С ХРОНИЧЕСКИМ РИНОСИНУСИТОМ

Будяков С.В., Шутов В.И., Шаповалова А.Е.*

Муниципальная городская больница № 2,

**Областная клиническая больница*

Белгород, Россия

За последние годы с целью диагностики и лечения синуситов стали использоваться видеоэндоскопические хирургические вмешательства, направленные на восстановление адекватного носового дыхания и нормализацию функции естественных выводных отверстий околоносовых пазух. Среди местных эндоназальных причин возникновения хронического верхнечелюстного синусита важную роль играют разнообразные изменения внутриносовых структур, вызывающие обструкцию остиомеатального комплекса и являющиеся причиной возникновения (рецидивирования) патологического процесса в околоносовых пазухах.

Несмотря на сравнительно высокую частоту обнаружения нарушений эндоназальных анатомических структур у больных с хроническим синуситом, эти изменения не всегда рассматриваются в качестве бесспорных условий возникновения синуситов.

Цель исследования: изучить характер и частоту нарушений анатомических структур полости носа у больных с хроническим риносинуситом.

Материалы и методы

Взаимоотношения анатомических структур носовой полости определяли на основании данных спиральной компьютерной томографии и данных видеоэндоскопии полости носа и околоносовых пазух у 367 больных.

Результаты и обсуждения

Различные изменения верхнечелюстной пазухи отмечены у 82,5% больных, в клетках решетчатого лабиринта – 36,7%, в лобной пазухе - 29,8%, в клиновидной у 29,3 % больных с хроническим полисинуситом. Двухсторонняя локализация процесса чаще наблюдалась в верхнечелюстных пазухах (68,5%) и в решетчатой кости (53,6 % всех случаев этмоидита), несколько реже в клиновидной пазухе (48,1 %). Более чем в половине случаев фронтита (63,7%) изменения были отмечены в одной пазухе.

Наиболее частым видом нарушения эндоназальных структур при хроническом риносинусите были:

- искривление носовой перегородки (у 83,8 % обследованных);
- гипертрофия переднего конца средней носовой раковины (63,9%);
- гипертрофия крючковидного отростка (49,6%);
- гипертрофия задних концов нижних носовых раковин (33,1%);
- парадоксальных изгиб средней носовой раковины (29,6%);
- аденоидные вегетации (12,2% больных).

В большинстве случаев (86,3%) наблюдалось сочетание двух и более нарушений анатомических структур полости носа и носоглотки.

Заключение

У обследованных больных отмечаются различные варианты форм и расположения внутриносовых структур, которые вызывают сужение носовых ходов, нарушение вентиляции околоносовых пазух, что приводит к развитию хронического синусита.