

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Малыхиной Дарьи Дмитриевны> по теме: <Синдром немого синуса>.

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	+ <i>положит</i>
2. Наличие орфографических ошибок;	+ <i>положит</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме;	+ <i>положит</i>
4. Владение терминологией;	+ <i>положит</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	+ <i>положит</i>
6. Логичность доказательной базы;	+ <i>положит</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	+ <i>положит</i>
8. Круг использования известных научных источников;	+ <i>положит</i>
9. Умение сделать общий вывод.	+ <i>положит</i>

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: 19.12.18

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:



Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации.

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

Синдром немого синуса

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Малыхина Д.Д.

Красноярск, 2018

Содержание:

Актуальность	4
Изменения, характерные для синдрома немого синуса на КТ ОНП	4
Клинические случаи	4
Патофизиология синдрома немого синуса.....	5
Дифференциальная диагностика.....	6
Методы хирургического лечения.....	7
Список литературы.....	8

Актуальность

Синдром немого (молчащего) синуса – патологическое состояние, недостаточно известное широкому кругу отоларингологов. Характеризуется спонтанным безболевым прогрессирующим односторонним экзофтальмом и асимметрией лица, тотальным затемнением верхнечелюстной пазухи с ипсилатеральной стороны на рентгенограммах околоносовых пазух (ОНП), отсутствием ринологических жалоб. Больные обычно обращаются к офтальмологу для обследования по поводу асимметрии лица, которая может быть интерпретирована как экзофтальм или птоз пораженного глаза или иногда ошибочно, как экзофтальм контралатерального глаза [1, 2, 5, 7]. Нередко пациенты в течение длительного времени обследуются по поводу одностороннего экзофтальма или экзофтальма у офтальмолога, эндокринолога, невролога, челюстно-лицевого хирурга. После того, как будут исключены метаболические, глазные и неврологические причины необходимо обратить внимание на анатомию. Больного направляют на консультацию к отоларингологу, который назначает компьютерную томографию ОНП (КТ ОНП) с целью оценки состояния полости носа и околоносовых пазух.

Изменения, характерные для синдрома немого синуса на КТ ОНП

На компьютерных томограммах ОНП и глазниц выявляются следующие изменения, характерные для синдрома немого синуса:

- затемнение верхнечелюстной пазухи,
- обструкция её естественного соустья [3,7],
- уменьшение размеров пазухи вследствие ретракции стенок вовнутрь,
- резорбция её стенок разной степени выраженности,
- разрушение нижней стенки глазницы,
- пролапс клетчатки орбиты в пазуху [1],
- расширение среднего носового хода на стороне пораженной пазухи [2].

Клинические случаи

В журнале American Journal of Roentgenology за 2002 год A. Illner et al. приводят наблюдение четырех случаев синдрома немого синуса. В одном наблюдении авторы описывают больного 44 лет, в течение 18 месяцев предъявляющего жалобы на безболевое смещение вниз правого глазного яблока. По результатам КТ в коронарной проекции: правая верхнечелюстная пазуха полностью развита. Крючковидный отросток прикреплен к нижнемедиальной части орбиты, блокирует соустье верхнечелюстной пазухи. Из-за медиальной ретракции стенки синуса и средней носовой раковины произошло

расширение среднего носового хода. Нижняя орбитальная стенка втянута в просвет гайморовой пазухи.

Во втором случае синдрома немом синуса представлены результаты магнитно-резонансной томографии (МРТ) в T2- взвешенном режиме. Больной 39 лет в течение двух месяцев страдал диплопией. На серии МРТ в коронарной проекции визуализируется нормально развитая пазуха с ретракцией орбитальной стенки в просвет пазухи. Положение левого крючковидного отростка нормальное, правый – крепится к нижнемедиальной части орбиты, блокирует соустье верхнечелюстной пазухи. Медиальная стенка пазухи и средняя носовая раковина подвержены ретракции, что является причиной расширения среднего носового хода. Всем больным было выполнено эндоскопическое вмешательство на верхнечелюстной пазухе с наложением соустья, восстановление нижней стенки орбиты с хорошим клиническим и косметическим эффектом [4].

По данным литературы, при физикальном обследовании больных с синдромом немом синуса выявляется:

- углубление борозды верхнего века и энофтальм
- ретракция верхнего века
- нередко смещение глаза вниз и медиально
- движения глаз обычно в полном объеме, может наблюдаться вертикальная диплопия (при опущении глазного яблока более 2мм).

В анамнезе у большинства пациентов отсутствуют риносинуситы и жалобы со стороны носа и околоносовых пазух, но у небольшой группы больных могут быть жалобы на периодическую незначительную тяжесть в проекции верхнечелюстной пазухи, на которую они обычно не обращают внимание.

Термин «синдром немом синуса» был предложен в 1994 г С. Soparkar et al для обозначения патологического состояния, характеризующегося безболевым прогрессирующим энофтальмом, уменьшением размеров верхнечелюстной пазухи, резорбцией её костных стенок.

Первый случай подобного поражения пазухи подробно был описан W. Montgomery в 1964 г [4].

Патофизиология синдрома немом синуса

Патофизиология синдрома немом синуса не ясна. Не выявлена корреляция с полом, профессией, употреблением алкоголя, табакокурением, наследственностью. Не выявлены причины, почему остается бессимптомным заболевание верхнечелюстной

пазухи [7]. Первоначально предполагали, что причиной является пазуха малого размера с явлениями хронического обструктивного синусита. Отрицательное давление внутри пазухи было выявлено у большинства пациентов с синдромом немом синуса. Обструкция соустья пазухи есть всегда, однако не совсем ясно является ли это причиной или результатом ретракции стенок синуса. Полная обструкция соустья слизистой оболочкой приводит к резорбции газа и формированию отрицательного давления, аналогичным образом формируется ателектаз среднего уха из-за дисфункции слуховой трубы, это наиболее вероятное объяснение. Не исключено, что другие факторы, такие как травма или анатомическая предрасположенность, способствуют развитию синдрома немом синуса [5]. Возможно, разрушение стенок пазухи происходит вследствие ограниченного остеопороза тела верхней челюсти [1]. Ведущая теория о патофизиологии синдрома немом синуса основана на хронической обструкции верхнечелюстной пазухи с гиповентиляцией, что указывает на то, что в конечном итоге причины отрицательного давления развиваются в пределах пазухи. После окклюзии соустья верхнечелюстной пазухи слизистая оболочка начинает разрастаться, в итоге заполняет синус. Застойная слизистая оболочка стимулирует неспецифический воспалительный процесс в пазухе и является причиной остеолитического стенок пазухи. Стенки истончаются вследствие воспаления и втягиваются в пазуху за счет отрицательного давления. [4, 6].

Дифференциальная диагностика

Дифференциальный диагноз синдрома немом синуса необходимо проводить с верхнечелюстным синуситом, гипоплазией пазухи, неопластическими процессами. Гипоплазированная верхнечелюстная пазуха имеет меньшие размеры с более короткими и толстыми стенками пазухи, осуществляющими защиту синуса от остеолитического и эффекта отрицательного давления.

Заподозрить диагноз можно по клиническим данным, а КТ и МРТ помогают исключить другие причины экзофтальма в дифференциальной диагностике, такие как перелом нижней стенки орбиты, первичную и вторичную малигнизацию, микрофтальм, нейрофиброматоз с отсутствием крыла клиновидной кости, заболевания соединительной ткани, атрофию мягких тканей [2].

Диагноз синдром немом синуса может быть установлен только в случае осведомленности врача об этом синдроме. С большой вероятностью результаты КТ и МРТ могут трактоваться как опухолевые изменения (в связи с наличием деструкции костных стенок), и реже как изменения воспалительной природы.

Методы хирургического лечения

С 1964 г. по 1993 г. основным методом лечения была операция по Caldwell–Luc с трансконъюнктивальным восстановлением нижней стенки глазницы. В 1993 г. Blackwell et al. описали успешное применение эндоскопического доступа для вскрытия верхнечелюстной пазухи совместно с трансконъюнктивальным восстановлением нижней стенки глазницы у трех пациентов. Они доложили об излечении заболевания верхнечелюстного синуса при последующем клиническом обследовании, повторных КТ и отсутствии рецидива энофтальма в течение 15 месяцев [7].

По мнению ряда авторов, первоначальное ведение синдрома немого синуса должно быть консервативным. Если лечение не эффективно, тогда нормальный дренаж содержимого пазухи может быть восстановлен за счет расширения естественного соустья верхнечелюстной пазухи во время эндоскопической хирургии. Хирургические вмешательства для повышения аэрации верхнечелюстной пазухи останавливают прогрессирование втяжения стенок пазухи вовнутрь, контракцию (сужение) пазухи, но не восстанавливают первоначальный объем пазухи. У пациентов с диплопией или выраженным косметическим дефектом восстановление орбитальной стенки с установлением поднадкостничного импланта может быть выполнено одновременно или после функциональной эндоскопической хирургии пазух [5].

Список литературы

1. С. З. Пискунов, Ф. Н. Завьялов, Н. М. Солодилова. Два случая синдрома молчащего синуса // Рос. ринология.– 2009. – С. 29–31.
2. A case of unilateral enophthalmos / H. D. Roach [et al.] // British Journal of Radiology. – 2003. – Vol. 76, P. 577–578.
3. Silent sinus syndrome / A. Annino [et al.] // Current Opinion in Otolaryngology & Head & Neck Surgery. – 2008.– Vol. 16, P. 22–25.
4. Silent Sinus Syndrome / A. Illner [et al.] // American Journal of Roentgenology. – 2002. – Vol. 178, P. 503–506.
5. Silent Sinus Syndrome: An Acquired Condition / R. Hourany [et al.] // American Journal of Neuroradiology. –2005. – Vol. 26, P. 2390–2392.
6. Silent sinus syndrome: a case presentation and comprehensive review of all 84 reported cases / W. A. Numa [et al.] // Annals of otology, rhinology, and laryngology. – 2005. – Vol. 114, P. 688–694.
7. The silent sinus syndrome: a case series and literature review / B. Joseph [et al.] // Laryngoscope. – 2001. – Vol. 111, № 6, P. 975–978.