

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО СФЕНОИДИТА В ПРАКТИКЕ НЕВРОЛОГА

Нестерова С.В., Савинцева Ж.И.

**О**тметить клинические особенности острого сфеноидита, а также характеристики методов нейровизуализации.

**Материал и методы.** В статье описан клинический случай острого сфеноидита у пациента, обратившегося к неврологу за консультацией с единственной жалобой на головную боль.

**Результаты.** Нетипичные проявления и невыраженная клиническая симптоматика вызвали определенные трудности в диагностике. Благодаря тщательному анализу и последующей интерпретации клинических данных, своевременно проведенному нейровизуализационному исследованию (МРТ), пациентке был поставлен правильный диагноз, а вовремя выполненное хирургическое лечение обеспечило благоприятный исход при лечении данного заболевания, что позволило избежать серьезных осложнений.

**Выводы.** Данное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность своевременной диагностики вторичных головных болей, несмотря на их низкую частоту встречаемости.

*Публикация подготовлена в рамках поддержанного РГНФ научного проекта №15-06-10816.*

**Ключевые слова:** сфеноидит, клиновидная пазуха, цефалгия, мигрень, вторичная головная боль, МРТ головного мозга.

ФГБУ науки "Институт мозга человека им. Н.П. Бехтерева" Российской академии наук (ИМЧ РАН).  
г. Санкт-Петербург, Россия.

## CLINICAL CASE OF ACUTE SPHENOIDITIS IN PRACTICE OF THE NEUROLOGIST

Nesterova S.V., Savintseva Zh.I.

**T**o provide clinical features of the acute sphenoiditis, as well as characteristics of methods of neurovisualization.

**Materials and Methods.** This article describes a clinical case of acute sphenoiditis in patient with single complaint of headache who was consulted by a neurologist.

**Results.** Atypical manifestations and unexpressed clinical symptoms caused definite difficulties for the diagnosis. Through careful analysis and subsequent interpretation of clinical evidence and timely neuroimaging study (MRI), the patient was diagnosed correctly and timely surgical treatment has ensured a favorable outcome in the treatment of this disease and helped to avoid serious complications.

**Conclusion.** This clinical case demonstrates the necessity of a timely diagnosis of secondary headaches despite the fact that these headaches occur with low frequency.

*The publication is prepared within the framework of the Russian Foundation for Humanities research project No. 15-06-10816.*

**Keywords:** sphenoidal sinusitis, sphenoid sinus, cephalalgia, migraine, secondary headache, MRT of the brain.

N.P. Bekhtereva the Institute of the Human Brain of the Russian Academy of Sciences (IHB RAS).  
St. Petersburg, Russia.

Головная боль (ГБ) может быть симптомом различных заболеваний. Вторичные формы ГБ (обусловленные органическими поражениями головного мозга или других органов и систем) составляют 2–5%. Превалируют первичные формы ГБ (когда не удается выявить органическую причину боли) – 95–98% всех форм цефалгий. Однако в 1–4% головная боль является симптомом тяжелого угрожающего жизни заболевания. Несмотря на то, что процент вторичных ГБ невелик, часто их диагностика представляет сложность [1-8].

Причиной вторичной головной боли может быть сфеноидит. Сфеноидит – воспаление клиновидной пазухи, может быть острым или хроническим. Клиновидная пазуха (синоним: основная, сфеноидальная) – это одна из околоносовых пазух, наряду с лобными, гайморовыми, решетчатными. Сфеноидит плохо диагностируется, часто правильный диагноз ставится только в случае возникновения осложнений, поскольку симптоматика со стороны полости носа скудная, а рентгенологическое исследование является малоинформативным, так как клиновидная пазуха занимает срединное положение в костных структурах основания черепа и при рентгенографии на нее накладываются тени костных и мягкотканых структур головы, располагающихся спереди и позади пазухи. Чтобы визуализировать основную пазуху при рентгенографическом исследовании необходимо применять специальные укладки, отличные от тех, что обычно применяют в общей практике для диагностики патологии гайморовых и лобных пазух. Полное представление о состоянии основной (клиновидной) пазухи можно получить только с помощью компьютерной томографии (КТ) или МРТ. Магнитно-резонансная томография в этом случае менее информативна по сравнению с КТ [9-13].

Головная боль может быть единственной жалобой при сфеноидите, что создает значительные трудности в диагностике заболевания. Головная боль (ГБ) при сфеноидите чаще локализуется в затылочной или в теменной области, реже в области лба или в височных областях.

Наглядно особенности течения заболевания, диагностическую тактику демонстрирует следующий клинический случай. Представлено клиническое наблюдение из практики врача-невролога острого гнойного сфеноидита у пациента с ведущей жалобой на одностороннюю головную боль в височной области.

Пациент А., женщина 34 лет, неработающая, обратилась за консультацией к неврологу с жалобами на сильную головную боль в области правого виска, беспокоившую ее в течение пяти дней. ГБ возникла впервые в жизни, через неделю после перенесенного острого респираторного заболевания (ОРЗ).

Интенсивность головной боли по шкале ВАШ (визуально аналоговой шкале боли) была 8 баллов. По характеру боль была «сжимающей», «давящей». Боль усиливалась при наклонах головы, при этом появлялось ощущение похожее на ощущение от попадания воды в нос. Головная боль начиналась с утра, усиливалась при обычной физической нагрузке, облегчалась в положении лежа, помогал сон.

Анамнез болезни: примерно с 22 мая 2014 г., т.е. за 18 дней до дня обращения за консультацией, переносила ОРЗ. Повышения температуры тела не было. Был конъюнктивит правого глаза, заложенность левого уха. Потом пропал голос, принимала нимесил в виде порошка в течение 5 дней и голос восстановился. С 5 июня появились вышеуказанные жалобы на головную боль. Воспалительных явлений со стороны глаза и уха уже не было. Обращалась повторно к ЛОР-врачу, при рентгенографии пазух носа патологии не была выявлена и диагноз ЛОР-патологии был исключен. Обращалась к неврологу в медицинский центр. Был поставлен диагноз «Мигрень», назначен релпакс, от приема которого эффекта не было.

Из анамнеза жизни: с 2005 г. периодически обращалась к врачам с жалобами астенического спектра, был поставлен диагноз: «Цервикальная миелоишемия С3-С4 с корешковым синдромом С3-С4, С5-С6, с дистоническими явлениями в вертебрально-базиллярном бассейне (ВББ)». В 2013 г. консультирована эндокринологом, наблюдалась с диагнозом: «Субклинический гипотиреоз. Нарушение менструального цикла, синдром преждевременного истощения яичников». Получала эутирокс, ледис формула, последние 3 месяца – джес.

Перенесенные инфекционные заболевания, кроме нечастых ОРЗ, отрицает. Травмы, воспалительные заболевания ЦНС отрицает. Наследственность по головным болям и другим заболеваниям неотягощена.

Объективный осмотр: состояние удовлетворительное. Астенического телосложения. Кожные покровы чистые, обычной окраски. Темные круги под глазами. Температура тела нормальная. Дыхание везикулярное, хрипов нет. ЧД – 16 в минуту. Пульс 70 ударов в минуту, ритмичный. АД – 110/70 мм. рт. ст. Тоны сердца ритмичные, ясные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный. Лимфатические узлы не увеличены. Стул и мочеиспускание в норме.

Неврологический статус: сознание ясное. Предъявляет многочисленные жалобы, многословна, непоследовательна в изложении. Черепно-мозговые нервы: Поля зрения не ограничены. Зрачки равные, D = S. Реакция на свет живая. Движения глазных яблок не ограничены.

Диплопии нет. Нистагма нет. Лицо симметричное. Язык по средней линии. Глотание и фонация не нарушены. Глоточные рефлексы в норме. Зрение, слух, обоняние не нарушены. Височно-нижнечелюстные суставы без особенностей.

Пальпация скальпа, надавливание на точки в проекции околоносовых пазух, пальпация точек выхода ветвей тройничного нерва безболезненны. Отечности в области височных артерий нет, пальпация безболезненная. Пальпация мышц шеи и остистых отростков шейных позвонков безболезненная. Активные движения в полном объеме. Контрактур нет. Мышечный тонус в норме. Сила мышц полная. Сухожильные рефлексы с конечностей: оживлены, D = S. Патологических стопно-кистевых знаков нет. Чувствительность (тактильная, болевая) не нарушена. Координаторные пробы выполняет удовлетворительно. В позе Ромберга устойчива. Походка в норме. Положение тела нормальное. Ригидности затылочных мышц нет. Менингеальные знаки отрицательные.

Из предоставленных на момент осмотра обследований: МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника от 2010 г. (Рис. 1 а, б). Заключение: МРТ изменений головного мозга не выявлено. Низкое положение миндалин мозжечка. Околоносовые пазухи дополнительных образований не содержат. МРТ шейного отдела позвоночника от 2010 г.: Остеохондроз С3-С4: дорзальная диффузная протрузия на 1,8 мм без конфликта с корешками. Остеоартроз С3-С4. Унковертебральный артроз С3-С4. Шейные ребра 1 степени. МР-венография от 2011 г., заключение: Асимметрия диаметров внутренних яремных вен, также сигмовидных и поперечных синусов (S>D). Нарушений ликвородинамики не выявлено [14].

Поскольку головная боль была ведущей жалобой у пациента, дифференциальный диагноз проводился с различными типами первичных и вторичных головных болей: «мигренью», «головной болью, связанной с гигантоклеточным артериитом (височным артериитом)», «цервикогенной головной болью», «головной болью, связанной с расслоением артерий», «головной болью, связанной с тромбозом церебральных вен (ТЦВ)», «головной болью, непосредственно связанной с опухолью», «головными болями, связанными с инфекциями, внутричерепной инфекцией или с системными инфекциями» и с «хронической постинфекционной головной болью».

На основании жалоб, данных анамнеза и объективного осмотра, с учетом временной связи впервые возникшей ГБ с перенесенной острой респираторной инфекцией, было выдвинуто предположение о вторичном характере головной боли. Впервые возникшая ГБ, строго

односторонней локализации, не отвечающая на лечение, является показанием для назначения нейровизуализационных методов исследования [1-8, 15].

Пациентке была назначена МРТ головного мозга. Результат МРТ головного мозга и шейного отдела позвоночника от 17.06.2014 г.: МРТ изменений головного мозга не выявлено. Низкая позиция миндалин мозжечка. Сфеноидит. Начальный остеохондроз С3-С4 и С4-С5 (Рис. 1 в, г).

На основании клинических данных и результатов МРТ поставлен диагноз: «Головная боль, связанная с патологией носовых пазух. Сфеноидит. (G44.8)». Пациентке было рекомендовано обратиться за консультацией к оториноларингологу. После консультации пациентка была госпитализирована в ЛОР-стационар. При поступлении клинический анализ крови, общий анализ мочи без отклонений. Биохимические показатели крови в пределах нормы. ЭКГ: синусовый ритм с ЧСС 71, неполная блокада правой ножки пучка Гиса [14]. Выполнена срочная хирургическая операция «эндоскопическая правосторонняя сфенотомия», из основной пазухи извлечено 5 мл гноя. Пациентка была выписана с диагнозом: «Острый гнойный правосторонний сфеноидит». Была проведена антибактериальная, противовоспалительная и местная симптоматическая терапия. Перемещение лекарственных средств по Проетцу. КТ околоносовых пазух в день выписки из стационара: клиновидная пазуха пневматизирована. После проведенного лечения головные боли пациентку не беспокоили, катамнез составил 12 месяцев. Улучшение общего самочувствия повысило повседневную активность женщины и ее социальную адаптацию, пациентка вернулась к работе после длительного перерыва в течение четырех лет.

#### Обсуждение.

Выявление воспаления клиновидной пазухи (сфеноидита) является наиболее сложным в диагностике синуситов. Клиновидная пазуха расположена в глубоких отделах основания черепа, известна в литературе как «забытый синус». Между тем, заболевание клиновидной пазухи встречается гораздо чаще, чем об этом принято думать. Рядом с основной пазухой находятся несколько важных анатомических образований: сонные артерии, зрительный нерв, кавернозный синус, гипофиз, глазодвигательные нервы. Распространение инфекции за пределы пазухи грозит поражением важнейших анатомических структур. Поэтому сфеноидит более опасен, чем синусит другой локализации. Поражения черепных нервов (обонятельного, зрительного, отводящего), развитие тромбоза кавернозного синуса и вовлечение оболочек головного мозга являются нередким осложнением



Рис. 1,а.



Рис. 1,б.

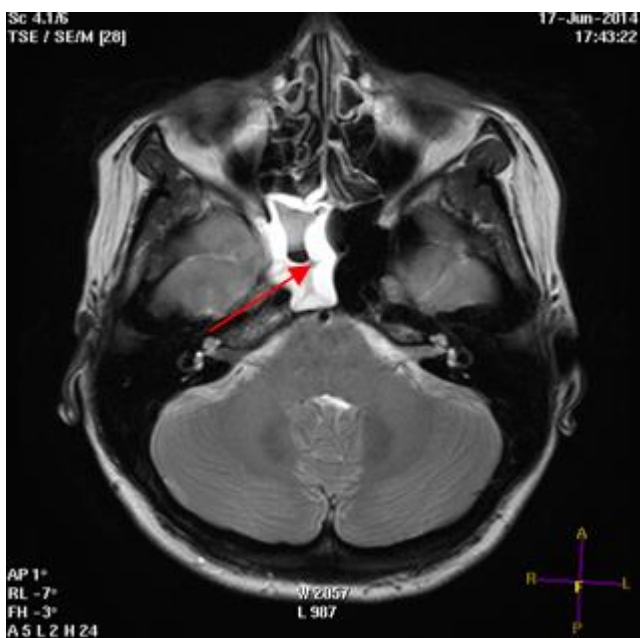


Рис. 1,в.

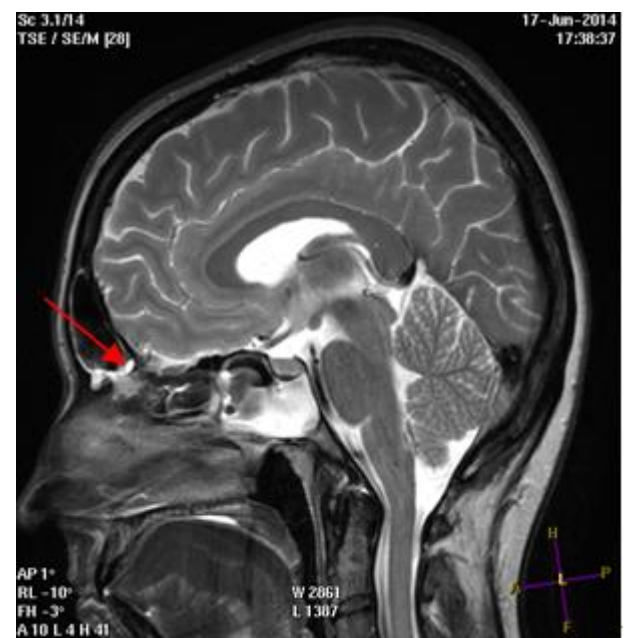


Рис. 1,г.

**Рис. 1. МРТ головного мозга.**

На серии Т2-ВИ в сагитальной и аксиальной плоскости (а, б) от 2010 года, воздухоносные пазухи носа дополнительных образований не содержат.

На МРТ головного мозга через 4 года (от 2014 года) на аксиальных и сагитальных Т2-ВИ (в, г) определяются признаки синусита основной пазухи в виде утолщения слизистой оболочки и неоднородного содержимого. Кроме того, отмечается реакция слизистой оболочки лобной пазухи (г, стрелка).

сфеноидита [9].

Сфеноидит осложняется зрительными нарушениями в 12% случаев [16]. Это могут быть неврит зрительного нерва, изолированные невриты других черепных нервов (III, IV, VI, VII), а также одновременное поражение всех глазодвигательных нервов (III, IV, VI). К ряду

тяжелых глазничных и зрительных осложнений относятся так же ретроульбарный неврит и оптохиазмальный арахноидит. Оптохиазмальный арахноидит представляет собой наиболее неблагоприятный вариант базального арахноидита. В клинической картине его преобладают зрительные нарушения: снижение остроты зре-



ния, концентрическое сужение полей зрения, появление скотом, часто центральных, нарушение цветового зрения. Могут развиваться и глазодвигательные расстройства (птоз, косоглазие, диплопия, реже односторонний экзофтальм), указывающие на вовлечение в воспалительный процесс III, VI и VII пар черепных нервов [9].

Внутричерепные осложнения относятся к одним из наиболее тяжелых и опасных последствий заболеваний носа и околоносовых пазух. В клинической практике наибольшее значение имеют арахноидит, экстра- и субдуральный абсцесс мозга, синустромбоз пещеристого и верхнего продольного синуса, менингит и абсцесс мозга. Среди синустромбозов риногенного происхождения наиболее частым и опасным является синустромбоз кавернозного синуса [17]. Переход воспалительного процесса на стенку синусов приводит к развитию синусфлебита с последующим их тромбозом. Пещеристый синус располагается над телом клиновидной кости и ее пазухи, представляет собой сложноустроенный венозный коллектор, в который отводится кровь из различных венозных источников. Он сообщается с верхним и нижним каменистыми синусами. Пещеристый синус граничит с внутренней сонной артерией, отводящим, блокоидным и глазодвигательным нервами, а также первой и второй ветвями тройничного нерва. Такое сложное строение кавернозного синуса обуславливает клиническую картину его тром-

боза (Хилов К. А., 1960) [9].

Прогноз внутричерепных осложнений воспалительных заболеваний околоносовых пазух всегда был серьезен. До появления антибиотиков смертность при этих осложнениях превышала 80 - 90%. В настоящее время смертность значительно снизилась и находится в пределах 5 -10% [9].

#### **Заключение.**

Данный клинический случай острого сфеноидита у пациента с единственной жалобой на головную боль показывает сложность диагностики вторичных головных болей, обусловленных патологией ЛОР-органов. Благодаря тщательному анализу и последующей интерпретации клинических данных, своевременно проведенному нейровизуализационному исследованию (МРТ), пациентке был поставлен правильный диагноз, а вовремя выполненное хирургическое лечение обеспечило благоприятный исход при лечении данного заболевания, что позволило избежать серьезных осложнений. Данное клиническое наблюдение демонстрирует актуальность своевременной диагностики вторичных головных болей, несмотря на их низкую частоту встречаемости. Правильная тактика определяет высокую эффективность лечения и способствует социальной реабилитации пациентов.

#### **Список литературы:**

1. Табеева Г. Р., Яхно Н. Н. Мигрень. М., ГЭОТАР-Медиа, 2011. 620 с.
2. Амелин А. В., Игнатов Ю. Д., Скоромец А. А. Мигрень. Патогенез, клиника и лечение. СПб., Санкт-Петербургское медицинское изд-во, 2001. 200 с.
3. Осипова В. В., Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р., Тарасова С. А., Амелин А. В., Куцмелов И. В., Молдовану И. В., Одобеску С. С., Наумова Г. И. Диагностика головных болей в России и странах постсоветского пространства: состояние проблемы и пути ее решения. *Анналы клинической и экспериментальной неврологии*. 2012. 6 (2): 16-21.
4. Осипова В. В. Алгоритм диагностики головных болей. *Нервные болезни*. 2013; 3: 10-14.
5. Осипова В. В., Азимова Ю. Э., Табеева Г. Р. Международные принципы диагностики головных болей: проблемы диагностики головных болей в России. *Вестник семейной медицины*. 2010; 2: 8-18.
6. Стайнер Т.Дж. и соавт. Европейские принципы ведения пациентов с наиболее распространенными формами головной боли в общей практике. *Практическое руководство для врачей, перевод с английского Ю.Э. Азимовой, В.В. Осиповой; научная редакция В.В. Осиповой, Т.Г. Вознесенской, Г.Р. Табеевой*. Москва, 2010. 56 с.
7. Амелин А. В. Пропедевтика синдрома "Головная боль". *Справочник врача общей практики*. 2009; 11: 24-32.
8. Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). *The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version)*. *Cephalalgia*. 2013; 33 (9): 629-808.
9. Солдатов И.Б., Гофман В.Р. *Оториноларингология: учебник*. СПб., ЭЛБИ, ВМедА, 2000. 448 с.
10. Sethi D. S. Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1999; 120 (5): 730-36.
11. Friedman A., Batra P. S., Fakhri S., Citardi M. J., Lanza D. C. Isolated sphenoid sinus disease: etiology and management. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2005; 133 (4): 544-50.
12. Blagoveshchenskaia N. S., Mukhamedzhanov N. Z., Tumanova A. A., Turkin A. M. Magnetic resonance tomography in the diagnosis of paranasal sinusitis. *Vestn Otorinolaringol*. 1990; 1: 41-4.
13. Schwickert H. C., Cagil H., Kauczor H. U., Schweden F., Riecheltmann H., Thelen M. CT and MRT of the paranasal sinuses. *Aktuelle Radiol*. 1994; 4 (2): 88-96.
14. Нестерова С. В. Головная боль при остром сфеноидите. Клинический случай. V юбилейный балтийский конгресс по детской неврологии, сборник материалов конгресса. Под ред. Гузевой В.И. СПб., Изд-во «Человек и его здоровье». 2015: 256-258.
15. Нестерова С. В. Вторичная цефалгия при остром сфеноидите. Клинический случай. XIV всероссийская научно-практическая конференция «Поленовские чтения», сборник материалов конференции. СПб. 2015: 273.
16. Lawson W., Reino A. J. Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. *Laryngoscope*. 1997; 107 (12): 1590-5.

17. Kriss T. C., Kriss V. M., Warf B. C. Cavernous sinus thrombophlebitis: case report. *Neurosurgery*. 1996; 39 (2): 385-89.

**References:**

1. Tabeeva G.R., Yakhno N.N. *Migraine. M., GEOTAR-Media, 2011. 620 p. (in Russian)*.
2. Amelin A.V., Ignatov Yu. D., Skoromets A.A. *Migraine. Pathogenesis, clinical appearance and treatment. SPb., Saint-Petersberg medical publishing house, 2001. 200 p. (in Russian)*
3. Osipova V.V., Azimova Yu.E., Tabeeva G.R., Tarasova S.A., Amelin A.V., Kutsemelov I.V., Moldovanu I.V., Odobesku S.S., Naumova G.I. *Diagnostics of headache in Russia and post-Soviet countries: state of the problem and ways for its solution. Annals of clinical and experimental neurology. 2012. 6 (2): 16-21 (in Russian)*
4. Osipova V.V. *Algorithm of headache diagnostics. Nervous diseases. 2013; 3: 10-14 (in Russian)*
5. Osipova V.V., Azimova Yu.E., Tabeeva G.R. *International rules in headache diagnostics: problems of headache diagnostics in Russia. Herald of family medicine. 2010; 2: 8-18 (in Russian)*
6. Steiner T.J. et. al. *European principles of management of common headache disorders in primary care. Practical guidance, translated by Yu. Je. Azimova, V.V. Osipova. Moscow, 2010. 56 p. (in Russian)*
7. Amelin A.V. *Propaedeutics of "Headache" syndrome. General practitioner guide. 2009; 11: 24-32 (in Russian)*
8. *Headache Classification Committee of the International Headache Society (IHS). The International Classification of Headache Disorders, 3rd edition (beta version). Cephalalgia. 2013; 33 (9): 629-808.*
9. Soldatov I.B., Gofman V.R. *Otorhinolaryngology: guide-book. SPb., JeLBI, VMedA, 2000. 448 p. (in Russian)*
10. Sethi D. S. *Isolated sphenoid lesions: diagnosis and management. Otolaryngol Head Neck Surg. 1999; 120 (5): 730-36.*
11. Friedman A., Batra P. S., Fakhri S., Citardi M. J., Lanza D. C. *Isolated sphenoid sinus disease: etiology and management. Otolaryngol Head Neck Surg. 2005; 133 (4): 544-50.*
12. Blagoveshchenskaia N. S., Mukhamedzhanov N. Z., Tumanova A. A., Turkin A. M. *Magnetic resonance tomography in the diagnosis of paranasal sinusitis. Vestn Otorinolaringol. 1990; 1: 41-4.*
13. Schwickert H. C., Cagil H., Kauczor H. U., Schweden F., Riechelmann H., Thelen M. *CT and MRT of the paranasal sinuses. Aktuelle Radiol. 1994; 4 (2): 88-96.*
14. Nesterova S.V. *Headache in acute sphenoiditis. Clinical case. V anniversary Baltic congress on paediatric neurology, conference information package. Ed. by V.I. Guzeva. SPb., publishing house «A person and his health». 2015: 256-258 (in Russian)*
15. Nesterova S.V. *Secondary cephalalgia in acute sphenoiditis. Clinical case. XIV national research and practice conference «Polenovskie readings», conference information package. ЦИБ. 2015: 273 (in Russian)*
16. Lawson W., Reino A. J. *Isolated sphenoid sinus disease: an analysis of 132 cases. Laryngoscope. 1997; 107 (12): 1590-5.*
17. Kriss T. C., Kriss V. M., Warf B. C. Cavernous sinus thrombophlebitis: case report. *Neurosurgery*. 1996; 39 (2): 385-89.