

УДК 617.7

НЕСКОЛЬКО СЛУЧАЕВ НАБЛЮДЕНИЯ СОЧЕТАННОЙ ПАТОЛОГИИ ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ И ОРБИТЫ

© Е.Э. Чикина, А.В. Чикин

Ключевые слова: орбитальное осложнение; верхнечелюстная пазуха; экзофтальм; хемоз; молчащий синус; эндофтальм; носоглотка; опухоль носоглотки.

Приведены собственные наблюдения сочетанной патологии околоносовых пазух и орбиты. Описана клиническая картина и методы исследования пациентов с воспалительной и невоспалительной патологией околоносовых пазух. Приведены данные, отражающие особенности развития и течения процесса у взрослых с заболеваниями носа и околоносовых пазух, приведших к орбитальному осложнению. Описаны характерные клинические орбитальные проявления и рентгенологические особенности при воспалительных процессах в околоносовых пазухах и синдроме молчащего синуса.

Развитию сочетанной патологии в околоносовых пазухах и орбите способствует их анатомическая близость. Как правило, орбитальная патология является следствием воспалительной и невоспалительной патологии в околоносовых пазухах. Причиной орбитальных осложнений являются как гнойные поражения околоносовых пазух (хронические гнойные риносинуситы), так и не гнойные, такие как мукоцеле околоносовых пазух, ретенционные кисты лобной пазухи, опухоли носоглотки [1].

В патогенезе воспалительных риносинусогенных осложнений можно говорить о двух путях распространения инфекции: контактным и сосудистом. Риносинусогенные заболевания глазницы и глаза подразделяются на: воспалительные заболевания стенок орбиты и ретробульбарной клетчатки, поражение глазного яблока и зрительного нерва [1].

С патологоанатомической точки зрения могут быть выделены четыре основные формы орбитальных осложнений: отек век и/или орбитального содержимого, орбитальный переостит, субпериостальный абсцесс и флегмона орбиты [2].

Отек век и периостит стенки орбиты возникают и при остром, и при хроническом синусите. Чаще всего источником воспаления служат фронтиты (воспаления в лобных пазухах). Субпериостальный абсцесс является как бы дальнейшим этапом эволюции гнойного остеоperiостита. Внешние признаки субпериостального абсцесса те же, что и при остеоperiостите. Это, прежде всего, воспалительные изменения век и конъюнктивы. По мере нарастания процесса веко все больше краснеет, уплотняется, его кожа становится напряженной, усиливается хемоз. Плотность отекающих тканей, болезненность при пальпации обычно не позволяют обнаружить флюктуацию. Воспалительный экзофтальм больше выражен при глубоких субпериостальных абсцессах и менее при краевых. Кроме того, возможны нарушения зрения [1].

Флегмона орбиты – это разлитое, без четких границ, прогрессирующее воспаление, приводящее к гнойному расплавлению глазничной клетчатки, распо-

ложенной позади тарзо-орбитальной связки. Характерный для флегмоны орбиты признак – это болезненный экзофтальм с резким нарушением подвижности или полной неподвижности глаза (офтальмоплегия), отечность век, выраженный хемоз и нарушение зрения. Превалирует нарушение общего состояния больного с высокой температурой, ознобами, головной болью [1].

Следует отметить, что орбитальное осложнение может быть первым клиническим проявлением бессимптомно протекающего синусита или развиваться после стихания воспаления в пазухах.

В числе причин развития риногенных осложнений первое место занимают воспалительные процессы в верхнечелюстных пазухах и клетках решетчатого лабиринта, затем в лобных пазухах и клиновидных пазухах [2].

Заслуживает внимание тот факт, что синусит с четким одонтогенным анамнезом не всегда ограничен воспалением верхнечелюстной пазухи, особенно при развитии орбитального осложнения [1].

Мы наблюдали больного, 45 лет, который находился на лечении в ЛОР-отделении ГБУЗ «ТОКБ» с диагнозом: обострение правостороннего хронического гнойного гемисинуита. Флегмона правой орбиты. Пациент поступил в отделение через 10 дней после экстракции 7 зуба с жалобами на отек мягких тканей подглазничной области и век справа. Ранее болел редко. При поступлении состояние оценивалось как средней тяжести, обусловленное симптомами интоксикации. Температура тела отмечалась субфебрильная, соматической и неврологической патологии не выявлено. В области лунки удаленного зуба обнаружен серый налет и сообщение с гайморовой пазухой. Обращали на себя внимание резкий отек век правого глаза, экзофтальм, хемоз, ограничение подвижности глазного яблока, снижение зрения до счета пальцев у глаза. Окулистом выставлен диагноз: флегмона правой орбиты. На рентгенограмме околоносовых пазух выявлено тотальное затемнение правой гайморовой пазухи, клеток решетчатого лабиринта, лобной пазухи. В общем анализе крови гемоглобин – 120 г/л, эритроциты – $3,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $10,2 \cdot 10^9$ /л, палочкоядерные – 10 %, сег-

ментоядерные – 52 %, эозинофилы – 2 %, лимфоциты – 25 %, моноциты – 11 %. Общий анализ мочи – без патологии. Пациенту была произведена гайморотомия, вскрытие передних клеток решетчатого лабиринта, лобной пазухи. При операции было выявлено гнойное содержимое в синусах, полипозно-измененная слизистая, что указывало на длительность воспалительного процесса. Дополнительно больному была произведена верхняя орбитотомия. В послеоперационном периоде больному производились промывания через искусственные соустья гайморовой и лобной пазух. Смена дренажей в орбите. Больному была назначена массивная антибиотикотерапия, десенсибилизирующая терапия, анальгетики, местно – сосудосуживающие препараты. В процессе лечения добиться чистых промывных вод не удалось. Состояние больного не улучшилось, орбитальная симптоматика стала нарастать. По дренажу, находящемуся в орбите постоянно, отделялось гнойное содержимое. Кроме этого у больного прогрессивно снижалось зрение вплоть до полной потери. Через неделю пациенту повторно было произведено оперативное вмешательство на гайморовой пазухе, нижняя орбитотомия. Состояние больного улучшилось, температура тела нормализовалась, но сохранялись гнойные выделения из раны в области нижнего века. При промывании лобной и гайморовой пазухи промывные воды были чистые. В связи с тем, что у больного сохранялся гнойный процесс в орбите, больной был переведен в глазную больницу, где была выполнена энуклеация.

Таким образом, запоздалая диагностика воспалительного процесса в околоносовых пазухах и неадекватность санирующей операции на околоносовых пазухах способствовали неблагоприятному исходу заболевания.

Данное заболевание необходимо дифференцировать с тромбозом орбитальных вен. Это осложнение встречается реже других и развивается преимущественно при фурункуле (карбункуле) носа и верхней половины лица. Тромбоз вен орбитальной клетчатки часто сочетается с тромбозом кавернозного синуса, являясь его причиной и/или следствием.

Не менее интересный случай мы наблюдали при негнойной патологии верхнечелюстной пазухи – т. н. «синдром молчащего синуса». Термин «синдром молчащего синуса» предложен Soraker с соавторами в 1994 г., но впервые был описан в 1964 г. Montgomery.

Синдром молчащего синуса – это патологическое состояние, которое развивается в верхнечелюстной (гайморовой) пазухе. Характеризуется уменьшением размеров пазухи, резорбцией (рассасыванием) ее костных стенок, окклюзией (закупоркой) выводного протока пазухи, скоплением в пазухе гнойного или слизистого содержимого, энтофтальмом (более глубоким по сравнению с нормальным положением глазного яблока в орбите). Как правило, клинические проявления воспаления слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи отсутствуют. При синдроме молчащего синуса клинические симптомы могут проявиться в период от месяца до нескольких лет с момента возникновения данного синдрома. Считается, что развитию заболевания способствует длительное нарушение оттока содержимого верхнечелюстной пазухи вследствие закрытия отверстия, соединяющего полость пазухи с носом (соустья), что приводит к стойкому понижению давления в ее полости. В результате развивается хронический воспалительный процесс в верхнечелюстной пазухе. А также способствовать этому заболеванию могут травмы по-

лости носа и верхнечелюстной пазухи. Пациенты могут предъявлять жалобы на западение и опущение глазного яблока, снижение остроты зрения, вертикальную диплопию (двоение предметов по вертикали). При этом жалобы на одностороннее нарушение носового дыхания, боли в области верхнечелюстной пазухи, гнойные выделения из носа отсутствуют.

При объективном обследовании выявляется энтофтальм (западение глазного яблока), гипотофтальм (опущение глазного яблока). При исследовании остроты зрения отмечается снижение остроты зрения на стороне поражения. При эндоскопии полости носа – средняя носовая раковина, а иногда и латеральная стенка вдавлены в пазуху, соустье не определяется. При прогрессировании заболевания может наблюдаться более глубокое расположение глазного яблока по сравнению с нормой в орбите, опущение глазного яблока (как правило, процесс односторонний), значительное снижение остроты зрения. На поздних стадиях – вертикальная диплопия (двоение предметов по вертикали). У пациентов может наблюдаться косметический дефект лица в виде углубления (западения) щеки на стороне поражения [3].

В ЛОР-отделение ГБУЗ «ТОКБ» поступила пациентка с жалобами на асимметрию лица, которая проявлялась в виде западения щеки справа, незначительное смещение вниз правого глазного яблока и незначительное снижение зрения. При объективном исследовании состояние больной оценивалось как удовлетворительное. Температура тела в норме. Соматический и неврологический статус – без патологии. Обращали на себя внимание асимметрия лица, которая проявлялась в виде западения щеки справа, незначительное смещение вниз правого глазного яблока, ретракция вниз верхнего века, углубление борозды верхнего века. При эндоскопическом осмотре полости носа слизистая оболочка розового цвета, отделяемого гнойного нет, справа средняя носовая раковина несколько вдавлена в пазуху, соустье не определяется. На компьютерной томографии правая верхнечелюстная пазуха по сравнению с левой уменьшена в объеме и заполнена содержимым мягкотканой плотности (рис. 1). Средний носовой ход расширен, нижняя стенка правой орбиты истончена (рис. 2).

В общем анализе крови и мочи изменений воспалительного характера не было. Остальные лабораторные анализы в пределах возрастной нормы. Под местной анестезией была произведена микрогайморотомия. Полость пазухи была заполнена негнойным содержимым мукоидного характера. После удаления содержимого пазуха была осмотрена эндоскопом, и выявлено резкое истончение верхней стенки гайморовой пазухи. Под контролем эндоскопа 30* редрессирована средняя носовая раковина и расширено соустье кпереди. Послеоперационный период протекал без особенностей. Проводилось промывание верхнечелюстной пазухи через соустье, промывные воды чистые. Больная выписана в удовлетворительном состоянии.

Данное оперативное вмешательство позволит в дальнейшем восстановить нормальную вентиляцию пазухи, что будет способствовать восстановлению конфигурации пазухи и предотвращению ее дальнейшей деформации. У данной пациентки, мы надеемся, процесс остановлен. В дальнейшем, если все-таки возникнет тяжелая косметическая деформация лица, то необходимо будет осуществить пластику нижней стенки орбиты.

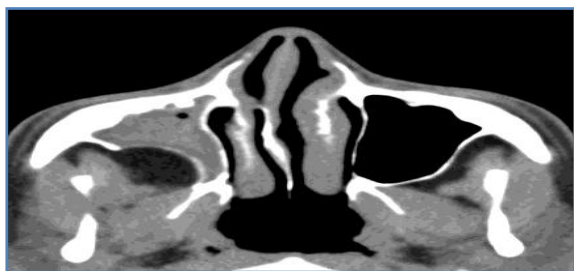


Рис. 1. Снимок верхнечелюстных пазух носа



Рис. 2. Снимок верхнечелюстных пазух носа в другой проекции

Очень сложны в плане лечения и диагностики пациенты с опухолями носоглотки.

Клинические проявления новообразований носоглотки наступают сравнительно поздно и обусловлены не только локализацией опухоли, но и направлением ее роста. Экзофитная форма опухоли наиболее часто возникает в области свода носоглотки и присуща в основном саркомам, которые растут быстро и, заполняя просвет носоглотки, проникают в полость носа и орбиту. Симптомы, характерные для этих опухолей, проявляются довольно рано и характеризуются, прежде всего, нарушениями носового дыхания. При осмотре носоглотки определяется округлой формы образование, имеющее достаточно четкие контуры, покрытое неизменной слизистой оболочкой, частично прикрывающее хоаны. При изъязвлении экзофитной опухоли к вышеуказанным симптомам присоединяются кровавые выделения из носа. Эндофитно-язвенные формы злокачественных опухолей носоглотки присущи обычно раку и локализуются чаще всего на задней стенке или в розенмюллеровой ямке. Рост этих опухолей, как правило, медленный, симптомы появляются поздно. Основными симптомами при этой форме опухоли являются одностороннее прогрессирующее снижение слуха, головные боли и выделения из носа. При осмотре носоглотки отмечаются плоские бугристые разрастания без четких границ. Иногда новообразования этой формы представлены плоским инфильтратом с изъязвлением по поверхности и некротическим дном. Окружающая инфильтратом слизистая оболочка резко гипертрофирована, пастозна. При проникновении опухоли через рваное отверстие в полость черепа или глазницу появляются симптомы, связанные с поражением черепно-мозговых нервов и, прежде всего, глазодвигательного, блокового и отводящего, что вызывает диплопию, конвергирующий страбизм и расширение зрачка. При поражении ветвей тройничного нерва наступает потеря

чувствительности кожи лба и век, возникает невралгическая боль в надбровной и верхнечелюстной областях. Вовлечение в процесс языкоглоточного, блуждающего и добавочного нервов вызывает односторонний паралич мягкого неба, гортани и глотки с нарушением акта глотания, хрипоту, кашель, атрофию и опускание плеча. Появляется тахикардия, одышка, гиперестезия в области кожи козелка. При регионарном метастазировании на шее определяются увеличенные одиночные или множественные узлы, одно- или двусторонние, разных размеров, чаще всего локализующиеся в области верхней глубокой группы яремных лимфатических узлов. Большинство опухолей носоглотки очень рано метастазирует. Регионарные метастазы нередко являются единственным признаком злокачественной опухоли носоглотки. Метастазирование большинства злокачественных опухолей носоглотки происходит по лимфатическим путям, и поэтому регионарные метастазы возникают в определенных группах лимфатических узлов шеи, являющихся коллекторами лимфы, оттекающей от данного отдела глотки. Регионарные метастазы злокачественных опухолей носоглотки, прежде всего, проявляются в верхних глубоких яремных лимфатических узлах и почти не наблюдаются в заглоточных лимфатических узлах. Благодаря широкой сети анастомозов лимфатических сосудов шеи метастазы могут появляться в лимфатических узлах противоположной стороны. Возможно также и ретроградное метастазирование. Диагностика злокачественных опухолей носоглотки основана на анамнестических данных, итогах инструментального, рентгенологического, цитологического и гистологического исследований. Тщательно собранный анамнез позволяет уточнить особенности начала заболевания, клиническую симптоматику и ориентировочно определить локализацию и распространенность процесса. Следует отметить, что инструментальное обследование носоглотки представляет определенные трудности, что связано с особенностями анатомического строения носоглотки, и поэтому требует определенных практических навыков. Ценными дополнительными методами диагностики опухолей носоглотки являются рентгенологическое и томографическое исследования, позволяющие не только определить наличие опухоли и ее размеры, но также установить распространенность процесса и отношение опухоли к окружающим тканям. Анатомическое строение носоглотки, характер роста опухоли, раннее регионарное и отдаленное метастазирование привели к тому, что в настоящее время хирургическое лечение больных со злокачественными опухолями носоглотки признано бесперспективным. Сейчас применяются и продолжают изучаться лучевые методы. Однако при лучевом лечении больных с этой локализацией злокачественных опухолей приходится сталкиваться с целым рядом трудностей: опухоли носоглотки расположены на значительной глубине, и подведение необходимых для разрушения опухоли высоких доз связано с неизбежностью облучения большого объема тканей, в т. ч. головного и спинного мозга, гипофиза, зрительного нерва. Трудности в подведении необходимой очаговой дозы к опухоли носоглотки являются одной из причин невысокого процента случаев длительного излечения больных этой группы [4].

Мы наблюдали пациентку, поступившую с жалобами на умеренное затруднение носового дыхания, снижение слуха, низкочастотный шум в ушах. Предва-

рительно пациентка была осмотрена сурдологом, было произведено аудиометрическое исследование, импедансометрия. Пациентка поступила с направительным диагнозом: Двусторонний экссудативный отит. Смешанная тугоухость.

Состояние пациентки при поступлении удовлетворительное. Температура тела в норме. Со стороны внутренних органов – без патологии.

При осмотре ЛОР-органов было выявлено: нос, полость носа розового цвета, носовое дыхание умеренно затруднено, носовая перегородка по средней линии, носовые раковины обычной окраски и обычной формы. Отделяемого из носа нет. При эндоскопическом осмотре 0* эндоскопом в носоглотке определялась ткань бледно-розового цвета, бугристая, без четких границ, выполняющая свод носоглотки, закрывающая хоаны на 2/3, без признаков изъязвления, не кровоточащая. Уши – в слуховых проходах отделяемого нет, барабанные перепонки серого цвета, втянуты, опознавательные знаки – сглажены, шепотная речь – 2/2 м. Слуховые трубы непроходимы. Остальные ЛОР-органы – без признаков воспаления. Правый и левый глаз – без патологии, зрение сохранено. Пациентке была выполнена компьютерная томография околоносовых пазух и носоглотки, на которой выявлялось образование мягкотканой плотности в области носоглотки, без деструктивных изменений. Прорастания опухоли в соседние органы не отмечалось. Нами была выполнена биопсия носоглотки, произведена мириготомия с двух сторон. При мириготомии отделяемого получено не было. По данным биопсии носоглотки был выставлен диагноз: В – лимфоэпителиома носоглотки. После чего больная продолжила лечение в ТООД.

Таким образом, своевременно выявленная патология со стороны носа и околоносовых пазух помогает

предотвратить возникновение орбитальных осложнений. Значительную роль в выявлении патологии со стороны носа помогают дополнительные методы исследования, такие как компьютерная томография и магнитно-резонансная томография. А также своевременное обращение пациентов к врачу.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Блоцкий А.А., Карпищенко С.А.* Неотложные состояния в оториноларингологии. СПб.: Диалог, 2009. С. 19-23.
2. *Дерюгина О.В., Чумаков Ф.И.* Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. М.: МОНИКИ, 2001. С. 19-25.
3. URL: www.pointnix.info/stat/molchaschiy_sinus.php. (дата обращения: 12.02.2014).
4. *Поддубный Б.К., Белоусова Н.В., Унгиадзе Г.В.* Диагностическая и лечебная эндоскопия верхних дыхательных путей. М.: Практическая медицина, 2006. С. 63-69.

Поступила в редакцию 19 марта 2014 г.

Chikina E.E., Chikin A.V. CASE STUDIES OF PARANASAL SINUS AND ORBIT ASSOCIATED PATHOLOGY

Our own observations of the paranasal sinus and orbit associated pathology are listed in the paper. The clinical picture and methods of examinations of patients with inflammatory and non-inflammatory paranasal sinuses pathology are described. The article considers the data reflecting the peculiarities of the development and course of the process in adults with nasal and paranasal sinus disorders that had led to the orbital complication. The typical clinical orbital manifestations and radiological peculiarities in the paranasal sinus inflammatory processes and silent sinus syndrome are described.

Key words: orbital complication; maxillary sinus; exophthalmos; chemosis; silent sinus; enophthalmos; nasopharynx; nasopharyngeal tumor.

Чикина Елена Энгельсовна, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, кандидат медицинских наук, доцент кафедры глазных и нервных болезней, e-mail: naukatmb@mail.ru

Chikina Elena Engelsovna, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Candidate of Medicine, Associate Professor of Ocular and Nervous Diseases Department, e-mail: naukatmb@mail.ru

Чикин Антон Викторович, Тамбовский государственный университет им. Г.Р. Державина, г. Тамбов, Российская Федерация, старший преподаватель кафедры глазных и нервных болезней, e-mail: naukatmb@mail.ru

Chikin Anton Viktorovich, Tambov State University named after G.R. Derzhavin, Tambov, Russian Federation, Senior Lecturer of Ocular and Nervous Diseases Department, e-mail: naukatmb@mail.ru