

3. Богданова, М.Б. Алгоритмы и организация антибиотикотерапии. Руководство для врачей / М.Б. Богданова, Т.В. Черненко // – М.: Издательский дом ВидарМ, 2004. – 223 с.
4. Бровкина, А.Ф. Болезни орбиты / А.Ф. Бровкина. – М.: Медицина, 1993. – 240 с.
5. Латыпова, Э.А., Азнабаев Б.М., Мухаммадиев Т.Р. Способ выбора тактики лечения острых воспалительных заболеваний орбиты / Патент РФ на изобретение № 2435555 от 10.12.2011.
6. Латыпова, Э.А. Способ лечения оптического неврита / Э.А. Латыпова, З.Р. Марванова / Патент РФ на изобретение № 2414900 от 27.03.2011.
7. Острые воспалительные заболевания орбиты: пособие для врачей / Б.М. Азнабаев [и др.] – Уфа: Изд-во БГМУ, 2008. – 32 с.
8. Рациональная фармакотерапия в офтальмологии: Руководство для практикующих врачей / под ред. Е.А. Егорова. – М.: Литтерра, 2004. – 954 с.
9. Травмы орбиты, осложненные флегмоной / М.Т. Азнабаев [и др.] // Рефракционная хирургия и офтальмология. – 2007. – Т. 7, № 4. – С. 27-31.
10. Хакимова, Г.М. Субпериостальный абсцесс орбиты / Г.М. Хакимова // Вестник офтальмологии. – 2008. – № 2. – С. 57-60.
11. Rootman, J. Inflammatory Diseases. In: Diseases of the Orbit: A Multidisciplinary Approach. Second Edition. / J. Rootman. – 2003. – 579 p.

УДК 617.76-002-036.11
© Э.А. Латыпова, 2015

Э.А. Латыпова

ТАКТИКА И ПРИНЦИПЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОСТРЫМИ ИНФЕКЦИОННЫМИ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ОРБИТЫ

*ГБОУ ВПО «Башкирский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Уфа*

Проанализированы клинические особенности острых инфекционных воспалительных заболеваний орбиты (ОИВЗО) у 92 пациентов в зависимости от локализации и характера воспалительного процесса. Разработан комплекс лечебных мероприятий как консервативных, так и оперативных с определением сроков госпитализации больных в профильные лечебные учреждения. В 60 случаях (65,2%) при ОИВЗО воспалительный очаг, вызванный травмой, фокальной инфекцией глаз, ОРВИ и т.д., локализовался в пределах пораженной орбиты. Лечение – антибиотикотерапия в комплексе с санированием и дренированием ран, гнойного очага в сочетании с орбитотомией – проводилось в офтальмологическом отделении. Развитию ОИВЗО у 32 (34,8%) пациентов способствовало обострение хронических риносинуситов, требующих безотлагательных вмешательств (санация пораженных пазух носа, орбитотомия) в ЛОР-отделении. Все пациенты с ОИВЗО выписались с клиническим выздоровлением, с сохранением исходного зрения в 80,4% случаев.

Ключевые слова: воспалительные заболевания орбиты, риногенные орбитальные осложнения.

E.A. Latypova

MANAGEMENT OF PATIENTS WITH ACUTE INFECTIOUS INFLAMMATORY ORBIT DISEASES

Clinical features of acute infectious inflammatory diseases of orbit were analyzed in 92 patients, depending on location and nature of inflammatory process. A complex of therapeutic measures, both conservative and surgical, with determination of duration of patients' hospitalization to specialized hospitals was developed. In 60 (65.2%) cases inflammatory foci caused by trauma, local eye infection, acute respiratory infection, etc., were located within affected orbit, and treatment (surgical debridement and drainage of wounds, purulent foci in conjunction with orbitotomy) was conducted at ophthalmologic department. Acute infectious inflammatory disease of orbit in 32 (34.8%) patients was contributed to the exacerbation of chronic rhinosinusitis and required emergent interventions (sanitation of affected sinuses, orbitotomy) at the department of otorhinolaryngology. All patients with acute infectious inflammatory diseases of orbit were released with clinical recovery and preservation of the initial visual acuity in 80.4% of cases.

Key words: inflammatory diseases of orbit, rhinogenous orbital complications.

Лечение больных с острыми инфекционными воспалительными заболеваниями орбиты (ОИВЗО) в связи с трудностью диагностики заболевания, различной локализацией, тяжестью течения, возможностью слепоты и летального исхода остается одной из актуальных проблем офтальмологии [1-6]. Воспалительные заболевания глазницы в 40-80% случаев имеют риногенное происхождение [1]. Однако при риногенных орбитальных осложнениях часто единственным внешним проявлением заболевания является орбитальная симптоматика, что приводит к госпитализации больных не в ЛОР-, а в глазные отделения, а это в свою очередь влечет за собой отсрочку необходимого хирургического вмешательства на пораженных околоносовых пазу-

хах (ОИВЗО) и, следовательно, более тяжелые исходы [5,6].

Цель работы – разработать тактику ведения и основные принципы лечения больных с острыми инфекционными воспалительными заболеваниями орбиты с определением сроков госпитализации в профильные лечебные учреждения.

Материал и методы

Наблюдалось 92 пациента (59 (64%) мужчин и 33 (36%) женщины в возрасте от 1 года до 77 лет) (см. таблицу) с острыми инфекционными воспалительными заболеваниями орбиты (ОИВЗО), поступившие в клинику Уфимского НИИ глазных болезней и глазное отделение городской клинической больницы № 10 г. Уфы по экстренным показани-

ям. К ОИВЗО более склонны дети (33,7%) и мужчины молодого возраста (67,4%).

Развитию воспалительного процесса в орбите способствовали бессимптомно протекающие риносинуситы, а также травмы, фокальные инфекция глаза, перенесенные ОРВИ и ветряная оспа, переохлаждение и др. В диа-

гностике учитывались анамнез, офтальмологический статус, общее состояние пациентов, данные рентгенографии, компьютерной (КТ) и магнитно-резонансной томографии (МРТ) черепа, в том числе орбиты, околоносовых пазух, полости рта. Все наблюдаемые были консультированы оториноларингологом.

Таблица

Пациенты	Возраст, лет									
	0-5	6-10	11-15	16-20	21-30	31-40	41-50	51-60	старше 60 лет	всего
Мужчины	6	9	9	6	7	10	8	2	2	59
Женщины	5	1	1	2	4	5	4	4	7	33
Итого...	11	10	10	8	11	15	12	6	9	92

Лечение больных с ОИВЗО начиналось с интенсивной антибиотикотерапии сразу после госпитализации, причем в зависимости от тяжести состояния она усиливалась. Из очага инфекции наиболее часто выделяли кокковую микрофлору. Антибиотикотерапию проводили на фоне дезинтоксикационной, десенсибилизирующей, противогрибковой, иммуностимулирующей, гормоно- и витаминотерапии. При поражении зрительного нерва (ЗН) в комплекс лечения включали сосудистые препараты с использованием никотиновой кислоты и пентоксифиллина [3]. Профилактика столбняка обязательно проводилась при травмах с нарушением целостности кожных покровов и слизистой оболочки глаз. Тактика хирургического лечения, его характер и объем зависели от особенностей патологического процесса в глазнице и смежных областях [2,5].

Результаты и обсуждение

ОИВЗО у наблюдаемых пациентов возникали в подавляющем большинстве случаев остро и в течение 1-5 суток клинически проявились прогрессирующим нарастанием орбитальных симптомов и ухудшением общего состояния разной интенсивности в зависимости от локализации и характера воспалительного процесса.

22 из 92 пациентов были доставлены в глазную клинику в тяжелом состоянии с флегмоной орбиты (20 случаев), реактивным отеком век (1 случай) и тканей орбиты (1 случай). Заболевание у этой группы больных началось внезапно резким покраснением и отеком век, резкой болью в пораженной глазнице при движении глазных яблок, интенсивной головной болью, ознобом, высокой температурой (39° и выше). До появления симптомов воспаления в глазу 7 пациентов предъявляли жалобы на насморк и выделения из носа, 5 пациентов заболевание связывали с ОРВИ, 3 – с купанием в реке, 2 – с ветряной оспой, у остальных 5 – видимых причин не обнаружено. При обращении в лечебное

учреждение больные с ОИВЗО были направлены в офтальмологический центр, где им оказывали экстренную помощь, и по жизненным показаниям они были госпитализированы. У 16 пациентов на рентгенограмме, по данным КТ и МРТ преимущественно на стороне пораженной орбиты были выявлены характерные для риносинуситов изменения (понижение пневматизации, полипы и утолщение слизистой околоносовых пазух, наличие гнойного экссудата в пазухах). После консультации оториноларинголога 9 детей с риносинуситом были переведены в ЛОР-отделение Республиканской детской клинической больницы (РДКБ), а 7 взрослых – в ЛОР-отделение Республиканской клинической больницы (РКБ) им. Г. Г. Куватова, где им проводилась радикальная операция на пораженных пазухах носа. У 7 из 16 пациентов одновременно офтальмохирургом производилась орбитотомия. Состояние этих пациентов было крайне тяжелым и требовало проведения реанимационных мероприятий. У 4-х пациентов флегмона орбиты осложнилась септическим тромбозом кавернозного синуса, из них у 1 – менингоэнцефалитом в лобной доле, у 1 – вторичным гнойным менингитом и еще у 1 – сепсисом. Поражение ЗН наблюдалось во всех 7 случаях и с атрофией его в исходе в 3 случаях. У остальных 9 пациентов с риногенными орбитальными осложнениями (реактивным отеком век и мягких тканей орбиты, флегмоной орбиты в начальной стадии) после санации пораженных ОНП орбитальные проявления быстро регрессировали без орбитотомии, сохранилось и исходное зрение.

У 6 из 22 пациентов анализируемой группы инфекционно-воспалительный процесс с выраженным отеком век, экзофтальмом, хемозом конъюнктивы, офтальмоплегией, поражением ЗН развивался в пределах пораженной орбиты без вовлечения близлежащих областей. Дальнейшее их лечение с орбитотомией во всех случаях было продолжено

в глазном отделении. У 2 взрослых пациентов в исходе заболевания наступила атрофия ЗН.

Острый дакриоденит, наблюдаемый у 10 пациентов, в том числе у 4 детей, клинически проявился болезненной припухлостью, покраснением, отеком и опущением преимущественно наружной трети верхнего века, сужением глазной щели и общим недомоганием (субфебрильная температура, головная боль). В 6 случаях дакриоденит осложнился флегмоной орбиты с распространением отека на височную область и наружный отдел тканей орбиты, экзофтальмом с умеренным смещением глазного яблока внутрь и книзу. В 1 случае развитию дакриоденита и флегмоны орбиты предшествовал периодонтит, осложненный гайморитом. С использованием КТ, МРТ выявили очаг воспаления, локализованный в слезной железе, с распространением процесса в ткани орбиты вблизи слезной железы в 6 случаях, при этом у 1 пациента наблюдалось затемнение верхнечелюстной пазухи на стороне пораженной слезной железы. Лечение острого дакриоденита, в том числе со вскрытием слезной железы в сочетании с орбитотомией (2 случая), проводилось в глазном отделении. Пациент с одонтогенным гайморитом в тяжелом состоянии был переведен в ЛОР-отделение. Выздоровление больных с сохранением зрительных функций наступило во всех наблюдениях.

У 14 больных наблюдали пресептальный целлюлит (инфекционное поражение мягких тканей впереди от тазоорбитальной фасции), из них у 9 – рецидивирующие ячмени, у 2 – флегмону верхнего века, у 2 – рецидивирующую флегмону слезного мешка и у 1 – фурункул верхнего века. Хотя пресептальный целлюлит не относится к заболеваниям орбиты, но часто, быстро прогрессируя, он переходит в целлюлит орбиты. В наших исследованиях гнойная инфекция век осложнилась флегмоной орбиты (6 случаев) и верхнего века (1 случай), реактивным отеком век (4 случая) и тканей орбиты (3 случая), в 1 случае (у ребенка) развитием сепсиса и септической пневмонии. Флегмоне орбиты в 1 случае предшествовал тромбоз вен век и орбиты с резкой потерей зрения вследствие поражения ЗН после рецидивирующего ячменя. На КТ отмечалось затемнение впереди от тазоорбитальной фасции, в 7 случаях – в орбитальной области, из них в 1 – в сочетании с затемнением решетчатой и верхнечелюстной пазух. Во всех 14 случаях пресептального целлюлита были произведены вскрытие и дренирование гнойных очагов, в том числе у 4

пациентов дополнительно проведена орбитотомия с целью декомпрессии ЗН. 2 ребенка в тяжелом состоянии были переведены в ЛОР- и реанимационное отделения РДКБ. Положительные результаты лечения наблюдались у всех пациентов, из них у 10 – с сохранением зрения. В 1 случае наступила атрофия ЗН.

У 41 пациента развитию гнойной инфекции в глазнице способствовали травмы органа зрения. Из них у 22 больных были инфицированные раны век и мягких тканей орбиты, у 6 – инородные тела в орбите. Контузии с ушибом и гематомой мягких тканей орбит наблюдали у 13 пострадавших, у которых из анамнеза выяснилось воспаление ОНП (острый и хронический риносинусит), из них в 4 случаях в сочетании с переломом костных стенок.

Местные проявления воспаления орбиты при инфицированных ранах мягких тканей в 21 случае характеризовались наличием воспалительного очага вокруг раны с распространением реактивного отека преимущественно в передние отделы тканей орбиты. В одном случае гнойная рана верхнего века привела к развитию флегмоны орбиты, проявляющейся экзофтальмом с хемозом, офтальмоплегией, резким снижением зрения в связи с развитием неврита ЗН. Кроме этого, флегмона орбиты осложнилась трофической язвой роговицы, кератоувеитом, некрозом тканей век. У 6 пациентов воспалительный процесс глазницы поддерживала открытая травма орбиты с наличием инородных тел, у 4 из них потеря зрения наступила сразу после травмы.

Во всех рассматриваемых случаях воспалительный процесс развился в пределах поврежденной орбиты без вовлечения соседних параорбитальных областей, что подтвердили результаты рентгенографии, КТ, МРТ, выявившие патологический очаг в орбите при удовлетворительной пневматизации ОНП. Ухудшение общего состояния пострадавших с явлениями интоксикации, изменениями клинических анализов крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ) соответствовало воспалительному процессу в орбите. Лечение пострадавших проводилось в травматологическом отделении глазной клиники с санацией и дренированием ран, в последующем наложением вторичных швов по показаниям. В 5 случаях инородные тела, поддерживающие гнойно-воспалительный процесс в орбите, подлежали удалению. В 3 случаях дополнительно производилось вскрытие флегмоны орбиты с целью декомпрессии ЗН (2 случая) и эвакуации гноя (1 случай). Клиническое выздоровление наступило во всех случаях, но с потерей зрения в 4

случаях вследствие травмы, в 1 – вследствие флегмоны орбиты, осложненной невритом ЗН.

Тупые травмы с ушибом и гематомой мягких тканей орбиты без видимых нарушений их анатомической целостности у 13 пациентов способствовали обострению риносинуситов. В клинической картине на фоне контузии усиливался воспалительный отек мягких тканей орбиты, веки становились плотными, кожа век резко гиперемированной с цианотичным оттенком, быстро нарастали экзофтальм с хемозом конъюнктивы, офтальмоплегия, усиливался болевой синдром. Слепота у 4 пациентов наступила в момент получения тяжелой травмы орбиты с переломом костных стенок, у 2 пациентов – резкое снижение зрения вследствие флегмоны орбиты, осложненной невритом ЗН. Орбитальная симптоматика сопровождалась тяжелым общим состоянием пострадавших септического характера: озноб, высокая температура (39°C и выше) постоянного характера, интенсивная головная боль. На рентгенограмме и по данным КТ-исследования были выявлены патологические очаги в ОНП, преимущественно на стороне поврежденной орбиты. После консультации оториноларингологом все пострадавшие с контузией орбиты, осложненной риногенной флегмоной, были переведены в ЛОР-отделение, где всем пациентам провели радикальную операцию на пораженных пазухах носа, в 1 случае в сочетании с репозицией костных отломков нижней стенки орбиты. В 7 из 13 случаев офтальмохирургом дополнительно производились вскрытие и дренирование пораженной орбиты. У остальных 6 пациентов после санации ОНП симптомы воспаления в орбите быстро купировались без орбитотомии с сохранением исходного зрения.

У 4 из 5 пациентов с тенонитом, обусловленным ОРВИ (2 случая), обострением гайморита (1 случай), субтеноновой анестезией (1 случай), местные проявления ограничивались отеком, хемозом конъюнктивы у экватора глаза, умеренным экзофтальмом и болезненностью глазного яблока при движении и пальпации. У 1 пациента после перенесенного гнойного отита развился гнойный тенонит, осложненный флегмоной орбиты и увеитом. С использованием КТ патологический очаг был выявлен в глазнице в проекции теноновой капсулы, а у 1 пациента – в области верхнечелюстной пазухи. 4 пациента с тенонитом получили консервативное лечение, среди них в 1

случае оториноларингологом проведена пункция верхнечелюстной пазухи. При гнойном теноните производилось вскрытие теноновой капсулы и орбиты с эвакуацией большого количества гноя. В исходе наступила субатрофия глазного яблока.

Таким образом, в результате клинических исследований у 32 пациентов с ОИВЗО и резким ухудшением общего состояния была выявлена риносинусогенная этиология заболевания, что потребовало безотлагательной хирургической помощи на базе ЛОР-отделения. Остальные 60 пациентов при локализации инфекционного воспалительного очага в пределах пораженной орбиты получили лечение в глазном отделении.

Все пациенты с ОИВЗО выписались с клиническим выздоровлением, с сохранением исходного зрения в 80,4% случаев. Слепота в связи с поражением ЗН наступила у 18 (19,6%) пациентов, причем у 8 из них – непосредственно в момент травмы.

Заключение

При выработке тактики ведения больных с ОИВЗО, проявляющимся острым нарастанием орбитальных симптомов и резким ухудшением общего состояния, в первую очередь необходимо исключить риногенный или одонтогенный процессы. Затемнение околоносовых пазух подтверждает вовлеченность в процесс анатомически близких областей. Пациенты с риногенными или одонтогенными орбитальными осложнениями должны быть госпитализированы в ЛОР-отделение и отделение челюстно-лицевой хирургии по экстренным показаниям. Дальнейшее их лечение должно осуществляться в тесном контакте с оториноларингологами, челюстно-лицевыми хирургами и офтальмологами.

При локализации воспалительного очага в пределах пораженной орбиты без вовлечения соседних параорбитальных областей офтальмологическую помощь необходимо оказывать в глазном отделении.

Как показывает наш опыт, проведение орбитотомии на ранней стадии развития инфекционного воспалительного процесса в глазнице не всегда обязательно, так как при санации первичного очага воспаления (дренирование пораженных пазух носа и гнойничков в челюстно-лицевой области, обработка инфицированных ран орбиты, удаление инородных тел) в комплексе с антибиотикотерапией орбитальные проявления быстро регрессируют.

Сведения об авторе статьи:

Латыпова Эльмира Анваровна – к.м.н., доцент кафедры офтальмологии с курсом ИПО ГБОУ ВПО БГМУ Минздрава России. Адрес: 450000, г. Уфа, ул. Ленина, 3. Тел. / факс: 8(347) 223-24-21. E-mail: latipovaelm@yandex.ru.

ЛИТЕРАТУРА

1. Беличева, Э.Г. Риногенные орбитальные осложнения: учебное пособие / Э.Г.Беличева, В.И.Линьков, В.В.Науменко. – СПб.: Изд-во СПбМАПО, 2000. – 21 с.
2. Латыпова, Э.А. Способ выбора тактики лечения острых воспалительных заболеваний орбиты / Э.А.Латыпова, Б.М.Азнабаев, Т.Р.Мухаммадеев// Патент РФ на изобретение № 2435555 от 10.12.2011.
3. Латыпова, Э.А. Способ лечения оптического неврита /Э.А.Латыпова, З.Р.Марванова/ Патент РФ на изобретение № 2414900 от 27.03.2011
4. Пальчун, В.Т. Современные принципы диагностики и лечения орбитальных риногенных осложнений /В.Т.Пальчун, Л.А.Лучихин// Вестн.оторинолар. – 2003. – № 2. – С.4-7.
5. Флегмоны и другие воспалительные заболевания орбиты /Б.М. Азнабаев [и др.]. – М.: Август, 2012. – 295 с.
6. Rootman, J. Inflammatory Diseases of the Orbit /J. Rootman. – A Multidisciplinary Approach. Second Edition, 2003. – 579 p.

УДК 617.711-004.4

© А.В. Петраевский, К.С. Тришкин, Н.А. Адельшина, 2015

А.В. Петраевский, К.С. Тришкин, Н.А. Адельшина МОРФОГЕНЕЗ ПТЕРИГИУМА ПО ДАННЫМ ОПТИЧЕСКОЙ КОГЕРЕНТНОЙ ТОМОГРАФИИ

*ГБОУ ВПО «Волгоградский государственный медицинский университет»
Минздрава России, г. Волгоград*

Обследовано 42 пациента (84 глаза) с первичным птеригиумом различной степени и пингвекулой. Стандартное офтальмологическое обследование дополнялось проведением оптической когерентной томографии переднего сегмента глаза. На основании ее результатов описаны анатомические изменения в области внутреннего отдела бульбарной конъюнктивы, лимба, роговицы и склеры на различных стадиях формирования птеригиума.

Ключевые слова: птеригиум, пингвекула, морфогенез, патогенез, оптическая когерентная томография

A.V. Petraevsky, K.S. Trishkin, N.A. Adeshina PTERYGIUM MORPHOGENESIS ACCORDING TO OPTICAL COHERENCE TOMOGRAPHY DATA

42 patients (84 eyes) with various degrees of primary pterygium and pinguecula were investigated. Standard ophthalmologic examination was made using a method of anterior segment optical coherence tomography. Based on the results of this examination, anatomic changes in the area of an internal fragment of bulbar conjunctiva, limbus, cornea and sclera at various stages of pterygium formation were described.

Key words: pterygium, pinguecula, morphogenesis, pathogenesis, optical coherence tomography.

В южных регионах России распространенность птеригиума достигает 11% общего числа пациентов с патологией переднего сегмента глаза [2]. Этим заболеванием чаще страдает сельское население, преимущественно мужчины, занятые трудом на открытом воздухе [13]. Этиопатогенез птеригиума до сих пор остается неясным, однако, важную роль в нем играют: ультрафиолетовое излучение [9], длительное воздействие раздражителей [1, 3], синдром «сухого глаза» [5]. В большинстве случаев истинному первичному птеригиуму предшествует пингвекула [6, 14], развитие птеригиума de novo отмечается крайне редко. Детальное исследование пато- и морфогенеза птеригиума позволило бы разработать комплекс профилактических мероприятий, что особенно актуально для сельских жителей, для которых доступ к офтальмохирургической помощи в некоторых случаях бывает ограничен.

Основным методом исследования морфогенеза патологических образований является гистологический, требующий инвазивного забора материала. По данным литературы, с гистологическим методом по информативно-

сти сравним метод оптической когерентной томографии (ОКТ) [4]. Данный метод характеризуется рядом преимуществ: неинвазивностью, простотой выполнения, способностью быстрого охвата большого числа пациентов. При этом исследование ткани происходит в месте ее локализации без потери контакта с окружающими структурами.

Учитывая активное внедрение в повседневную клиническую практику метода ОКТ, актуальным является исследование морфогенеза первичного птеригиума с использованием этого перспективного и высокоинформативного способа диагностики.

Цель работы – проанализировать изменения анатомических взаимоотношений структур переднего сегмента глаза на различных стадиях формирования птеригиума с использованием ОКТ с дальнейшей разработкой подходов к лечению заболевания.

Материал и методы

Обследовано 42 пациента (84 глаза), из них 19 женщин и 23 мужчины. Средний возраст пациентов составлял 63,4±1,4 года. Птеригиум I-III степени по классификации