

УДК:616. 216. 1–002+617. 76

ОРБИТАЛЬНЫЕ РИНОСИНОСУГЕННЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Ф. Ф. Курбанов, В. М. Свистушкин, О. В. Перетягин,
Г. А. Голубовский, Д. М. Мустафаев, Е. А. Курбанова

ORBITAL RHINOSINUSAL COMPLICATIONS

Kurbanov F. F., Svistusckin V. M., Peretjagin O. V.,
Golubovski G. A., Mustafaev D. M., Kurbanova E. A.

ГУ Московский областной научно-исследовательский клинический институт
им. М. Ф. Владимирского

(Директор – з. д. н. РФ, член корр. РАМН, проф. Г. А. Оноприенко)

Орбитальные риносинусогенные осложнения являются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР-помощи. Лечение орбитальных осложнений воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух должно быть комплексным и проводиться с учетом особенностей первичного очага инфекции. Больные с гнойными формами риносинусогенных поражений орбиты оперируются в первые часы после поступления. Объем хирургического вмешательства определяется степенью поражения пазух и характером орбитального осложнения.

Ключевые слова: орбитальное риносинусогенное осложнение, хирургическое лечение.

Библиография: 17 источников.

Orbital rhinosinusal complications are a heavy pathology and demand the urgent complex ENT-aid. Treatment of the orbital complications of the inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses should be complex and be spent in view of features of the primary nidus of the infection. Patients with purulent forms of rhinosinusal affections of the orbit are operated at the first hours entering. The volume of the surgical intervention is defined by the extent of affection of the sinuses and the character of the orbital complication.

Key words: orbital rhinosinusal complication, surgery

Bibliography: 17 sources.

До настоящего времени орбитальные риносинусогенные осложнения остаются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР помощи [1, 4, 6, 9]. По данным ряда авторов, заболевания околоносовых пазух (ОНП) осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 0,5-25% случаев [8, 10], что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями, особенностью кровоснабжения орбиты и пазух. Распространение инфекции из ОНП возможно как контактным путем, так и по многочисленным венозным анастомозам (гематогенный путь).

Венозный отток от вен лица и ОНП осуществляется по трем магистральным путям:

1. Через нижнюю и верхнюю лицевые вены и далее через общую лицевую вену, которая впадает во внутреннюю яремную вену;
2. Через клиновидно-небную вену в венозное сплетение крылонебной ямки и далее во внутреннюю яремную вену и кавернозный синус;
3. Через глазничные вены, которые впадают в кавернозный синус.

Клинически выделяют следующие формы орбитальных осложнений: 1. реактивный отёк век и клетчатки орбиты; 2. пресептальный целлюлит - диффузное негнойное воспаление век и клетчатки орбиты; 3. остеопериостит стенки орбиты; 4. субпериостальный абсцесс; 5. абсцесс века; 6. свищ века и глазничной стенки; 7. ретробульбарный абсцесс; 8. флегмона орбиты; 9. тромбоз орбитальных вен [1, 5, 3, 9]. Каждый вид вышеперечисленных осложнений характеризуется своим симптомокомплексом, так, реактивный отек век и клетчатки орбиты характеризуется развитием псевдоптоза, ткани в зоне припухания сохраняют свою мягкость.

Пресептальный целлюлит развивается при распространении инфекции через стенку орбиты; при этом отек периорбитальных тканей является следствием нарушения оттока крови от



верхнего офтальмического венозного сплетения. Проявляется отеком век, гиперемией кожи, может присутствовать небольшой экзофтальм, однако ограничения подвижности глаза и снижение остроты зрения на этой стадии не наблюдается.

При остеопериостите стенки орбиты, чаще всего осложняют фронтиты, что приводит к припуханию верхнего века, конъюнктивальной инъекции, иногда к хемозу, ограничению движения глаза в сторону очага поражения.

Субпериостальный абсцесс чаще формируется в верхнемедиальном углу глазницы. Клинически проявляется отеком, гиперемией верхнего века, нарушением его подвижности, смещением глазного яблока в противоположном расположению абсцесса направлении с ограничением его подвижности и экзофтальмом. Ввиду схожести клинической картины орбитального целлюлита и субпериостального абсцесса необходима дифференциальная диагностика, которая должна основываться на данных компьютерной томографии ОНП и глазницы [1, 2, 11]. Абсцесс века - проявляется резким отеком и гиперемией века, спонтанными болями в области глаза. Глазное яблоко интактно. Свищ века и глазничной стенки, как правило, результат хронического синусита - чаще локализуется в средней трети верхнего края орбиты.

При ретробульбарном абсцессе преобладает выраженный экзофтальм и ограничение подвижности глазного яблока в сочетании с резко выраженной общей реакцией. Клинически трудно дифференцировать с флегмоной орбиты.

Флегмона орбиты возникает при распространении воспаления в орбиту, и особенно на её верхушку, вызывая развитие офтальмоплегии, сдавление зрительного нерва и, в далеко зашедших случаях, слепоту. Клинические проявления флегмоны орбиты включают резкую пульсирующую боль в области глаза, общие симптомы воспалительного процесса (недомогание, лихорадка, тошнота, рвота) и местные признаки, которые включают отёк мягких тканей орбиты, распространяющийся на верхнее и нижнее веко, экзофтальм, хемоз, явления нейропаралитического кератита, ограничение подвижности глаза или полную офтальмоплегию и смещение глазного яблока. На глазном дне выявляются признаки венозного застоя, отёк головки зрительного нерва.

По данным литературы, наиболее типичным инфекционным агентом, вызывающим рино-синусогенные осложнения, являются стрептококки (*S. pneumoniae*, *S. agalactica*, *S. equines*, *S. bovis*, А - гемолитический стрептококк), *H. Influenzae*, *Moraxella catarrhalis*. В некоторых случаях (порядка 5%) воспалительные осложнения синуситов вызывают грибы рода *Aspergillus*, как правило, в ассоциации с другими возбудителями [12, 13, 15]. Анаэробная флора – бактероиды, пептострептококки, пептостафилококки, синегнойная палочка, гемофильная палочка – также достаточно часто (39% случаев) являются возбудителем осложненных синуситов [8, 12, 14, 16].

Лечение орбитальных осложнений воспалительных заболеваний носа и ОНП должно быть комплексным и проводиться с учетом особенностей первичного очага инфекции [7, 11, 17]. Объем лекарственной помощи определяется степенью тяжести состояния больного и формой орбитального осложнения. Прежде всего, назначаются антибактериальные препараты широкого спектра действия, а после получения антибиотикограммы проводится целенаправленная антибиотикотерапия. В тяжелых случаях предпочтительна комбинация из 2-3 антибиотиков и противогрибковых препаратов. Велико значение дезинтоксикационной терапии и назначения гипосенсибилизирующих препаратов, в том числе кортикостероидов. В случае угрозы развития тромбоза показано введение антикоагулянтов и блокаторов протеолитических ферментов. Назначаются препараты, восстанавливающие иммунную систему и поддерживающие деятельность отдельных органов и систем организма. При тяжелом эндотоксикозе рекомендуется применять обменный плазмаферез, УФО аутокрови [12, 13], внутривенное лазерное облучение крови, что усиливает функциональную активность лейкоцитов и снижает гиперкоагуляцию.

Дренирование орбиты проводится при абсцедировании её клетчатки. Это осуществляется трансэтмоидально, эндоназально эндоскопическим доступом через медиальную стенку орбиты, либо наружным доступом. При наружном доступе к субпериостальному абсцессу производится поднадкостничная орбитотомия. При флегмоне орбиты производится поднадкостничная маргинальная орбитотомия, а затем после отслойки надкостницы от внутренней

поверхности глазницы, в ней делается разрез и через него тупым путем проникают в орбитальную клетчатку и вводят дренаж.

Больные с гнойными формами риносинусогенных поражений орбиты оперируются в первые часы после поступления. Объем вмешательства определяется степенью поражения пазух и характером орбитального осложнения.

Целесообразность комплексного подхода и раннее совместное ведение больного ЛОР-врачом и офтальмологом демонстрирует следующее наблюдение.

Пациент К., 22 года, находился на стационарном лечении в ЛОР-отделении МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского с диагнозом: острый правосторонний гнойный гемисинусит, флегмона орбиты справа, менингоэнцефалит, эмпиема правой лобной области. Жалобы при поступлении: на затруднение носового дыхания с обеих сторон, гнойное отделяемое из правой половины носа, припухлость, покраснение в области правого глаза, отёк и опущение верхнего века справа, повышение температуры тела до 39,1°С. Вышеуказанные жалобы беспокоили в течение четырёх дней, когда появилась заложенность носа, слизисто-гнойное отделяемое из него, повышение температуры тела до 38,2°С, слабость. Днём позже появился незначительный отек верхнего века правого глаза. На момент поступления отмечалась небольшая припухлость в левой надбровной области, выраженный отек век правого глаза. Болезненность при перкуссии в проекции правой лобной и верхнечелюстной пазух. Носовое дыхание затруднено с обеих сторон, больше справа. Слизистая оболочка носа справа отечна, гиперемирована, в носовых ходах гнойное отделяемое.

При поступлении в общем анализе крови отмечен лейкоцитоз – 17,8; палочкоядерные - 21,5; сегментоядерные – 67,0; лимфоцитопения – 5,5; СОЭ – 30 мм в час. В биохимическом анализе крови обращает на себя внимание увеличение прямого билирубина до 10,5 мкмоль/л; общего билирубина до 28,1 мкмоль/л; непрямого билирубина до 17,6 мкмоль/л; общий белок увеличен до 87,7 г/л; креатинин – 98; АлАТ – 46 ед/л; АсАТ – 27,5 ед/л; С-реактивный белок – 446,97 мг/л. В моче отмечалась лейкоцитурия – 10. Серологические анализы крови на RW, AIDS, HbsAg, анти-НСV – отрицательные. Анализ спинномозговой жидкости: цвет – бесцветная, прозрачность – полная, цитоз – 696,3, белок – 0,51 г/л, реакция Панди – слабоположительная, лимфоциты – 22%, нейтрофилы – 75%, полибласты – 3%.

В посеве из раны на флору и чувствительность к антибиотикам выявлен гемолитический стрептококк 4Ч10 в 9 степени. Посев ликвора, крови на флору и чувствительность к антибиотикам – роста не выявлено.

На рентгенограммах ОНП (прямая и боковая проекции) отмечено гомогенное тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи. В правой лобной пазухе – уровень жидкости. Затемнение клеток решетчатой кости справа.

В день поступления в ЛОР-клинику МОНИКИ больному под местной анестезией проведена пункция верхнечелюстной пазухи справа. Было получено гнойное отделяемое бледно-желтого цвета с ихорозным запахом. Из верхнечелюстной пазухи слева гноя не получено. На вторые сутки нахождения в стационаре больному под общей анестезией произведена фронтоэтмоидогайморотомия и орбитотомия с дренированием справа (рис. 1, а). Несмотря на проводимое – общую (антибактериальную, инфузионную) терапию, УФО крови, обменный плазмаферез, на КТ головы (третьи сутки пребывания в стационаре) отмечена картина патологического участка в верхних отделах правой орбиты, а также жидкостного участка вдоль задне-медиальных отделов правого глаза.

На 6-е сутки пребывания в стационаре у пациента развился судорожный приступ (клонические негенерализованные судороги). Заключение невропатолога: вторичный гнойный менингоэнцефалит. Больной переведен в реанимационное отделение, в котором находился в течение 3-х дней. На КТ головы визуализирована картина жидкостного участка вдоль задне-медиальных отделов правого глаза (без заметной положительной динамики по сравнению с предыдущим исследованием). Картина оболочечной эмпиемы в правой лобной области, подозрение на наличие эмпиемы в правой теменно-затылочной области. В связи с этим произведена ревизия орбиты правого глаза, получено 6,0 мл гнойного содержимого, орбита дренирована. На фоне лечения лейкоцитоз уменьшился до 14,5, палочкоядерные – 4,0, сегментоядерные 72,0, лимфоциты – 18,0, СОЭ выросла до 40 мм/час. Биохимия крови АлАТ – 54,1 ед/л, АсАТ – 40,9 ед/л, С-реактивный белок – 10,11 мг/л.



Рис. 1. Пациент К., 22 года, с диагнозом: острый правосторонний гнойный гемисинусит, флегмона орбиты справа, менингоэнцефалит, эмпиема правой лобной области. а – после хирургического вмешательства: фронтотомоидогайморотомия и орбитотомия с дренированием; б – 6 месяцев после выписки.

Больной выписан из стационара на 29-е сутки. Заключение КТ головного мозга, полости носа и ОНП при выписке: положительная КТ динамика изменений в верхних и медиальных отделах правой орбиты вплоть до отсутствия последних. Данных за эмпиему в правой теменно-затылочной области не получено. ЛОР-статус: пальпация и перкуссия области проекций околоносовых пазух безболезненна. При риноскопии – слизистая оболочка полости носа бледно-розового цвета, незначительно отечна, в носовых ходах патологического отделяемого не выявлено. Носовое дыхание свободное. Офтальмологический статус: сохраняются жалобы на снижение зрения правого глаза, птоз. Острота зрения – 0,1 н/к. Птоз – II степень. Подвижность глазного яблока в полном объеме. Помутнение в поверхностных слоях стромы роговицы (нижневнутренний отдел) с тенденцией к прорастанию сосудов. Глубже лежащие среды не изменены. Глазное дно: ДЗН – розовый, границы четкие. Сосуды умеренно расширены, полнокровны. Больной наблюдался в течение 6 месяцев после выписки из стационара (рис. 1, б). Из жалоб отмечался небольшой птоз верхнего века (за счет лимфостаза), а также снижение остроты зрения (ОЗ с коррекцией 0,4-0,5). Снижение остроты зрения связано с дистрофическим дефектом роговицы в нижненаружном отделе, достигающим до нижнего зрачкового края, как следствие ишемии глазного яблока в острой фазе флегмоны орбиты.

Данное наблюдение подтверждает необходимость проведения комплексного лечения больного в наиболее ранние сроки после начала заболевания, а также необходимость своевременного дренирования орбиты для сохранения зрения больному.

Выводы:

При гнойных воспалительных орбитальных осложнениях синуситов необходимо срочное хирургическое вмешательство со вскрытием и дренированием пораженных околоносовых пазух и гнойного очага в орбите, применение антибактериальных препаратов последних поколений, иммунокорректирующей, дезинтоксикационной терапии. И лечение должно проводиться совместно с такими специалистами, как офтальмолог, невролог и химиотерапевт.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М. Р., Чистякова В. Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина, 2002. – С. 219–224.
2. Дерюгина О. В., Чумаков Ф. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у взрослых и детей. М.: Медицина, 2001. – С. 118.
3. Добромилский Ф. И., Щербатов И. И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы и слезоотводящих путей. М.: Медицина 1961. – 114 с.
4. Евдошенко Е. А. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1989. – №5. – С. 1–5.
5. Зуев Л. А., Балабанцев А. Г. Современные принципы диагностики и лечения риногенных орбитальных. // Рос. ринология. – 1996. – №2–3. – С. 82–90.
6. Кравченко Д. В., Кравченко А. В., Попадюк В. И. Некоторые результаты обследования и лечения больных с

- риносинусогенными орбитальными осложнениями. //Вестн. оторинолар. – 1999. – №2. – С. 23–25.
7. Лучихин Л. А., Гилазетдинов К. С., Завгородний А. Э. Пре- и постсептальные орбитальные риносинусогенные осложнения. //Там же. – 2000. – №2. – С. 23–27.
 8. Нестерова К. И. Комплексное лечение больных негнойными синусогенными орбитальными осложнениями с применением низкочастотного ультразвука. // Рос. оторинолар. – 2004. – №2. – С. 80–83.
 9. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология. М.: Медицина, 2001. – С. 173.
 10. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Завгородний А. Э. Современные принципы диагностики и лечения орбитальных риносинусогенных осложнений. // Вестн. оторинолар. – 2001. – №2 – С. 4–7.
 11. Шишкин С. А., Бобров В. М., Молчанов Л. И. Применение УФ-облучения аутокрови в комплексной терапии гнойно-септических состояний в оториноларингологии. // Вестн. оторинолар. – 1989. – №4. – С. 90.
 12. Янюшкин С. П., Янюшкина Е. С. Риногенные воспалительные орбитальные осложнения в детской оториноларингологии. // Там же. – 2006. – №3. – С. 38–40.
 13. A case of invasive aspergillosis of paranasal sinuses with a feature of allergic aspergillus sinusitis / Y. Nakamaru [et al]. // Otolaryngol. Head and Neck Surgery. – 2002. – Vol. 126. – P. 204–209.
 14. Jabor M. A., Amedee R. G. Orbital complications of sinusitis / M. A. Jabor, R. G. Amedee // J. La State Med. Soc. – 1997. – Vol. 149, N4. – P. 105–108.
 15. Lance E., Clay J. M. Complications of Acute Sinusitis in children. // Otolaryngol. Head and Neck Surg. – 2005. – Vol. 133. – P. 32–39.
 16. Surgical treatment of subperiosteal abscess of the orbit: Sendai's ten year experience / K. Ikeda [et al]. Auris Nasus Larynx – 2003. – Vol. 30, pt. 3 – P. 259–62.
 17. Two cases of Aspergillus sinusitis with bone destruction / S. Miyab [et al]. // Auris Nasus Larynx – 2003. – Vol. 30, Suppl. 1. – P. 115–136.

УДК: 616. 22–008. 5:576. 8. 077. 3

СОСТОЯНИЕ ОБЩЕГО И МЕСТНОГО ИММУНИТЕТА У БОЛЬНЫХ С ФУНКЦИОНАЛЬНЫМИ И ОРГАНИЧЕСКИМИ ДИСФОНИЯМИ

Е. Е. Корень, Л. Л. Клячко, Ю. Е. Степанова

LOCAL AND GENERAL IMMUNITY CONDITION OF PATIENTS WITH FUNCTIONAL AND ORGANIC DYSPHONIAS

Е. Е. Koren, L. L. Klyachko, G. E. Stepanova

ФГУ Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи Росмедтехнологий
(Директор – Засл. врач РФ, проф. Ю. К. Янов)

Проведено исследование местного и общего звеньев иммунитета у 44 больных с органическими и функциональными дисфониями и 19 здоровых людей. Полученные данные свидетельствуют о нарушении местного звена иммунитета и снижении неспецифической резистентности у больных с органическими дисфониями.

Ключевые слова: местный иммунитет, общий иммунитет, органические и функциональные дисфонии, небные миндалины.

Библиография: 16 источников.

There was made the analysis of the local and general immunity status of 44 patients with organic and functional dysphonias and 19 healthy people. The results show that patients with organic dysphonias have changes of the local link of immunity and have reduction of nonspecific resistance.

Key words: local immunity, general immunity, organic and functional dysphonias, palatine tonsils.

Bibliography: 16 sources.

Диагностика и лечение заболеваний гортани является не только важной оториноларингологической, но и социальной проблемой, так как нарушение голосообразования затрудняет общение и полноценное выполнение профессиональных обязанностей. Слизистая оболочка верхних дыхательных путей в силу своего топографического положения обладают неспецифической и специфической (иммунной) защитой, обеспечивающей в большинстве случаев