

БАЙТЯКОВ В. В., КОНСТАНТИНИДИС К.

ЧАСТОТА ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СИНУСИТА

Аннотация. В статье представлен сравнительный анализ орбитальных осложнений гнойных синуситов в Республике Мордовия за разные периоды (за 2011–2017 гг. в сравнении с 1974–1977 гг.). Изучены колебания количества больных гнойным синуситом за изучаемый период, а также клиника орбитальных осложнений синуситов. Проведена оценка качества специализированной медицинской помощи в Республике Мордовия.

Ключевые слова: синусит, отек клетчатки орбиты, периостит орбиты, хемоз, экзофтальм.

BAYTIAKOV V. V., KONSTANTINIDIS K.

THE FREQUENCY OF ORBITAL COMPLICATIONS OF ACUTE PURULENT SINUSITIS

Abstract. The article presents a comparative analysis of orbital complications of purulent sinusitis in the Republic of Mordovia for different periods (the years of 2011–2017 compared to the years of 1974–1977). The research focuses on the fluctuations in the number of patients with purulent sinusitis during the study period as well as the clinic of orbital complications of sinusitis. An assessment of the quality of specialized medical care in the Republic of Mordovia is provided.

Keywords: sinusitis, fiber edema orbit, periostitis of the orbit, chemosis, exophthalmus.

Орбита у человека граничит с верхнечелюстной, решетчатой, лобной, околоносовыми пазухами и ими образована за исключением латеральной стенки, представленной скуловой костью. У новорожденного ребенка имеются решетчатые и верхнечелюстные пазухи. Лобная и клиновидная пазухи формируются к 3–4 годам [1].

ОРЗ, ОРВИ, острый ринофарингит являются самыми частыми причинами острого синусита. Инфекция из околоносовых пазух может распространяться контактным путем (через тонкие костные стенки), гематогенным (артериолы, тромбофлебит мелких вен) и лимфогенным путем. В патогенезе орбитального осложнения имеет значение повышение давления экссудата в пазухе в результате отека слизистой оболочки носа в среднем носовом ходе.

Различают воспаление мягких тканей век, абсцесс века, отек клетчатки орбиты, периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты. При остром и хроническом риносинусите возникает ретробульбарный неврит зрительного нерва, приводящий к быстрому падению остроты зрения [2; 3].

Диагноз орбитального осложнения синуситов ставится на основании клинических и рентгенологических данных. Принято выделять 9 форм орбитальных риногенных осложнений, отмечая трудность их дифференциальной диагностики [1–3]. Так как в диагностике этих осложнений имеется достаточно трудностей, нередко больные госпитализируются в глазные, хирургические и неврологические отделения и стационары.

Цель работы: изучив клинические и диагностические особенности, сравнить эффективность оказания медицинской помощи при орбитальных осложнениях гнойных синуситов в Республике Мордовия за 40 лет.

Материалы и методы. Проведен анализ частоты орбитальных осложнений синуситов за период 2011–2017 гг. в сравнении с 1974–1977 гг. Исследование основано на результатах обследования и лечения пациентов, которые находились в лор-отделениях Республиканской клинической больницы и Детской республиканской клинической больницы.

Результаты. В 2011–2017 гг. проведено лечение 21 больного с синуситом и распространением воспалительного процесса на орбиту. Возраст детей колебался от 8 месяцев до 6 лет. Мальчиков было 11, девочек – 10. Все дети до госпитализации перенесли ОРЗ, ОРВИ, острый ринофарингит, что явилось самыми частыми причинами острого синусита. У всех детей при общеклиническом и рентгенологическом исследовании был диагностирован острый гнойный гайморит, этмоидит. Больные получали антибиотикотерапию парентерально, противовоспалительную терапию местно (капли в нос, глаза), общеукрепляющую терапию, постоянное дренирование верхнечелюстной пазухи. У всех больных было отмечено выздоровление.

Представляет интерес следующее наблюдение. Больной Ш. поступил 18.09.2015 г. в возрасте 2 года 11 мес. с весом 16 кг, жалобами на заложенность носа справа, отек век правого глаза. Из анамнеза заболевания: переболел ОРВИ, 11.09.15 г. появился насморк, лечился каплями в нос, с 16.09.15 г. наступило резкое ухудшение. Из анамнеза жизни: родился в срок, вакцинация по календарю без осложнений. При поступлении состояние тяжелое, общая интоксикация, очень вялый, при осмотре засыпает. Костно-мышечная система без видимой патологии, дыхание в легких звучное, хрипов нет. Число дыханий 24 в минуту. Тоны сердца ясные, пульс 116 в минуту. Язык влажный чистый. Живот мягкий, не вздут. Печень, селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме. Локально: отек век, легкий экзофтальм справа, передний отрезок и глазное дно без особенностей, носовое дыхание затруднено, слизистая оболочка носа гиперемирована, в верхнем носовом ходе отделяемое. На рентгенограмме от 18.09.15 г.: гомогенное затемнение гайморовых и решетчатых пазух. Спиральная компьютерная томография головного мозга и околоносовых пазух: структуры мозга не изменены. Верхнечелюстные пазухи и ячейки решетчатой пазухи тотально

заполнены воспалительным однородным содержимым. В полости правой орбиты определяется мягко-тканное образование, прилегающее к решетчатой кости. Поставлен диагноз: двусторонний острый гнойный гайморит, реактивный отек век, отек ретробульбарной клетчатки справа. 18.09.15 г. произведена пункция правой гайморовой пазухи, промылось гнойное отделяемое, введен в пазуху катетер. Назначено лечение: цефотоксим 1,0 х 2 раза в день в/м и в/в, метронидазол 70 мл х 2 раза в день в/в капельно, хлорпирамин 0,2 х 2 раза в день в/м, глюкоза с хлористым калием и магнием, гепарин в/в капельно, ринорус изофра в нос, нормакс, левомецетиновые капли в оба глаза. Ежедневный дренаж пазух методом «кукушка» (санация пазух носа методом перемещения). 19.09.15 г. ретробульбарно однократно введен дексаметазон 1 мл. Консультация окулиста 21.09.15 г.: ОД – веки и параорбитальная часть сильно отечные и гиперемизированные, при пальпации слегка болезненные. Глазная щель из-за отека сомкнута, при разведении конъюктива века и глазного яблока гиперемизированная, отечная, блефарит. Экзофтальма нет. Движения глазного яблока в полном объеме. 24.09.15 г. носовое дыхание улучшилось, санация пазух носа прекращена 29.09.15 г., гиперемия и отек век справа уменьшился. Выписан 07.10.15 г. После выписки перенес ОРВИ и вновь поступил 15.10.15 г. с симптоматикой от 18.09.15 г. и выставлен тот же диагноз. Назначено вышеприведенное лечение. 16.10.15 г. гиперемия и отек век значительно уменьшились. 21.10.15 г. гиперемия и отек век исчезли. 28.10.15 г. выявлена аллергическая настроенность (иммуноглобулин Е – 90 МЕ/мл, при возрастной норме – до 10 МЕ/мл), эозинофилия в секрете носа. Изменен выставленный ранее диагноз: инфекционно-аллергический синусит, осложненный отеком век. 30.10.2015 г. переведен в аллергологическое отделение.

В 1974–1977 годы под наблюдением находилось 14 больных, из них 11 – дети с риногенными орбитальными осложнениями. Возраст больных от 7 дней до 42 лет; лиц мужского пола было 5, женского – 9. Большинство заболело в холодное время года на фоне острой вирусной инфекции. Острое гнойное воспаление верхнечелюстной пазухи диагностировано у пяти человек, решетчатого лабиринта – у трех, лобной пазухи – у двух больных. В 4-х случаях имело место комбинированное поражение пазух. У шести больных процесс локализовался справа, у шести – слева, у двух было двустороннее поражение пазух. Все больные поступили в стационар в первый день возникновения внутриглазного осложнения.

Орбитальные осложнения синуситов у пяти больных сопровождалось нарушением общего состояния, повышением температуры тела до 38–40 °С, гиперемией и отеком век, болью в глазу, незначительным экзофтальмом. У них диагностирован реактивный отек клетчатки орбиты и век. У двух больных, кроме вышеперечисленных симптомов, отмечалась

резкая болезненность при пальпации краев орбиты, у них диагностирован периостит орбиты. У четырех больных с субпериостальным абсцессом орбиты наблюдались: высокая температура тела, головная боль, боль в области глаза, тошнота, припухлость мягких тканей в области пораженной пазухи и век, гиперемия и отек конъюнктивы, экзофтальм и ограничение подвижности глазного яблока. У двух больных с ретробульбарным абсцессом и у одного с флегмоной орбиты состояние было крайне тяжелое, наблюдались ознобы, септическая температура. Орбитальное осложнение гемисинуита у одного больного сочеталось с внутричерепным осложнением (энцефалоарахноидитом).

Шести детям с негнойной формой воспаления глазницы проведена массивная противовоспалительная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая и витаминотерапия с пункцией и промыванием пазух, с отсасыванием гнойного экссудата из полости носа электроотсосом. Восемью больным наряду с консервативной терапией произведено вскрытие и дренирование пораженных пазух, вскрытие гнойного очага в орбите со стороны пазухи или дополнительным разрезом по краю орбиты.

Восьмью больным из 14 наряду с консервативным лечением произведено вскрытие и дренирование околоносовых пазух со вскрытием гнойника в орбите со стороны пазухи или дополнительным разрезом по краю орбиты. При повторном осмотре 13 человек выздоровели, у одного диагностирован хронический гнойный этмоидит, больному проведено соответствующее лечение.

Интересна история болезни больной с субпериостальным абсцессом орбиты, краткую выписку из которой приводим.

Больная А., 15 лет, поступила в хирургическое отделение районной больницы с жалобами на головную боль, припухлость верхнего века справа. Заболела остро: через несколько дней после перенесенного гриппа, температура тела повысилась до 38,5 °С, появилась отечность верхнего века справа. На второй день отечность усилилась, появились резкие боли в области правого глаза. Была назначена массивная противовоспалительная терапия. В связи с ухудшением состояния направлена в лор-клинику. При поступлении общее состояние средней тяжести, кожные покровы бледные, отмечалась припухлость и гиперемия кожи верхнего века справа. Глазная щель сомкнута. Хемоз. Экзофтальм. Глазное яблоко отклонено книзу, подвижность его ограничена. В правой половине носа – гнойное отделяемое. На обзорной рентгенограмме околоносовых пазух носа: незначительное затемнение лобной и верхнечелюстной пазух справа. При диагностической пункции верхнечелюстной пазухи получено 2 мл вязкого гноя. Слабоположительный симптом Кернига. Другие органы без особенностей. Анализ крови: лейкоцитов 7500, СОЭ 51 мм/час. Был выставлен диагноз: правосторонний острый гнойный фронтит, гайморит, флегмона

орбиты. В день поступления под эндотрахеальным наркозом справа при отсепаровке надкостницы с глазничной стенки вскрылся больших размеров субпериостальный абсцесс, который находился глубоко в орбите. Через глазничную стенку пазуха вскрыта, в ней обнаружен гной, вытекающий под давлением. Гной и отечная слизистая оболочка были удалены. Лобная пазуха оказалась двухкамерной, перегородка между ними удалена. Лобно-носовой канал функционирует нормально. На края раны наложено несколько швов, орбита в области верхней стенки дренирована резиновой полоской. Через рану в пазуху введена полиэтиленовая трубка. В послеоперационном периоде проводилось промывание лобной пазухи через полиэтиленовую трубку, дренирование орбиты в течение 20 дней, промывание гайморовой пазухи с введением антибиотиков. Проведенное лечение привело к выздоровлению. Особенность данного случая заключается в том, что врачи отказались от формирования лобно-носового соустья.

Следует отметить, что во всех случаях причиной орбитального осложнения был острый гнойный синусит. Негнойные формы орбитальных осложнений можно успешно лечить консервативно. При переходе гнойного процесса в орбиту необходимо срочное оперативное вмешательство с дренированием пазухи и орбиты. При функционирующем лобно-носовом канале у детей можно ограничиться фронтотомией.

Сравнивая наблюдения 40-летней давности, можно констатировать, что частота орбитальных осложнений остается на прежнем уровне.

Заключение. В прошлые годы больные наблюдались общим хирургом, окулистом и только затем оториноларингологом (реактивный отек клетчатки орбиты переходил в гнойную форму, что требовало вскрытия пазухи и орбиты). Очевидно, что благоприятный исход (выздоровление) орбитальных осложнений гнойных синуситов в последние годы вызван ранней диагностикой и своевременно начатым лечением. Наше сравнение – яркий пример улучшения специализированной лор-помощи в Республике Мордовия.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. Болезни уха, горла и носа в детском возрасте: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 739 с.
2. Пальгин В. Т. Оториноларингология: национальное руководство. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. – 655 с.
3. Бабияк В. И., Говорун М. Т., Накатис Я. А. Оториноларингология: руководство. – В 2-х томах. – Т. 1. – СПб.: ПИТЕР, 2009. – С. 354–365.