

**В ПОМОЩЬ ПРАКТИЧЕСКОМУ ВРАЧУ.
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ ОРБИТЫ И ИХ
СВЯЗЬ С ПАТОЛОГИЕЙ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА**

Эшимбетова М.З., Нуркеев Н.Б.

Кафедра офтальмологии и оториноларингологии КРСУ
кафедра ЛОР болезней КГМА им. И.К.Ахунбаева
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: В данной работе представлен клинический случай больного с риногенным орбитальным осложнением, одонтогенного происхождения, тактика хирургического и консервативного лечения.

Ключевые слова: флегмона орбиты, придаточные пазухи: гайморова, фронтальная, ячейки решетчатой кости.

**ПРАКТИКАЛЫК ДАРЫГЕРЛЕРГЕ ЖАРДАМ.
КӨЧ ЧАРАСЫНАН СЕЗГЕНҮҮ ООРУЛАРЫ ЖАНА
АЛАРДЫН МУРУНДУН КӨШМО КАНДАЙЧӨЛӨРҮ
МЕНЕН БАЙЛАНЫШЫ**

Эшимбетова М.З., Нуркеев Н.Б.

КРСУнун офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы КММА, кулак, мурун жана тамак кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Бул иште одонтогендик себептен, риногендик орбитанын күчөп кетүүсүнө алып келген оорунунун клиниканын кездешүүсү, хирургиялык жана дары-дармектер менен дарылоо ыкмасы келтирилген.

Негизги сөздөр: орбитанын жарасы, мурундун коңдойчолору: гайморова, фронталдик, торчо сымал сөөктөрдүн чөнөгү.

**HELP FOR PRACTICAL DOCTOR.
INFLAMMATORY DISEASE OF THE ORBIT AND THEIR
RELATIONSHIP WITH THE
PATHOLOGY OF SINUS**

Eshimbetova M.Z., Nurkeev N.B.

Department of ophthalmology and otorinolaryngology KRSU
Department of ENT diseases KSMA I.K.Ahunbaev
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: Are in this work occurred the clinical case of patient with the rinogenym orbital complication, odontogenous origins, tactics of surgery and conservative treatment.

Key words: The phlegmon of orbit, the additional cavities: is maxillary, frontal, the cell of the ethmoid bone.

Флегмона орбиты является серьезной проблемой в хирургической офтальмологии. Несмотря на свою относительно невысокую встречаемость (около 1% случаев в популяции) [2], флегмона глазницы может представлять опасность не только для зрительной функции, но и для жизни пациента.

При распространении гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа развиваются опасные осложнения – тромбоз мозговых сосудов и менингит, которые в 20% случаев приводят к гибели больных. Около 70% случаев флегмоны глазницы является осложнением синуситов, в особенности – этмоидита. По литературным данным

частота орбитальных осложнений синусного происхождения составляет 38,7%-80% [1, 2]. Глазница с трех сторон окружена околоносовыми синусами. Ее верхняя, медиальная и нижняя стенки являются одновременно и стенками соответствующих пазух: лобной, основной, ячеек решетчатой кости и верхней челюсти.

Костные пластинки, отделяющие орбиту от окружающих ее синусов, в некоторых местах очень тонки. Кроме того они пронизаны отверстиями и щелями, через которые проходят многочисленные сосуды и нервы. В костных стенках орбиты встречаются врожденные дефекты, дегисценции, благоприятствующие переходу воспаления из пазух в орбиту [4].

По данным [5] чаще всего поражается лобная, затем верхнечелюстная пазухи и столь же часто ячейки решетчатой кости. Реже всего – ячейки клиновидной кости. Ф.И. Добромьльский и И.И.Щербатов [1] считают, что флегмоны чаще всего являются следствием поражения верхнечелюстной пазухи. Причем по данным G.N.Harris [5], вследствие острой инфекции параназальных синусов разрушаются стенки примерно 50% окружности орбиты. Известно, что инфекция может, минуя эти закрытые фиброзной тканью «окна», прокладывая себе путь в орбиту непосредственно и через кость. Поражение орбиты и ее содержимого осуществляется по продолжению, т.е. инфекция проникает в глазницу через костную стенку. Этому способствует ряд факторов, из которых задержка гнойного содержимого в пазухе и давление на стенки играют решающую роль. Следует отметить, что в ряде случаев выводной ход пазухи может быть свободным для оттока накапливающегося гноя. Заболевания костной стенки глазницы проявляются в форме периостита, субпериостального абцесса или ретробульбарной флегмоны. Распространение воспалительного процесса на орбиту происходит контактным путем на костную стенку и периост, через мелкие венозные инфицированные сосуды при тромбозах, в случаях общей инфекции гематогенно-метастатическим путем. Известное значение для передачи инфекции имеет анатомическое строение косного покрова, отделяющего дно орбиты от гайморовой полости, а последней от луночек моляров и премоляров. Гнойное расплавление орбитальной клетчатки также может быть обусловлено проникновением инфекции из близлежащих очагов воспаления: зубов и челюстей. Здесь костный покров очень

тонкий и пористый, а иногда слизистая оболочка челюстной пазухи лежит непосредственно на верхушках корней. Вдающиеся в пазуху луночки имеют отверстия, через которые надкостница корня зуба приходит в соприкосновение со слизистой пазухи. В результате в ней возникают воспалительные процессы. Иногда при удалении этих зубов возможна перфорация дна пазухи с образованием свищевого хода и, как результат, также возникновение воспалительных процессов в ней. Инфекционный воспалительный процесс может поражать одновременно и кости орбиты и ее содержимое: глазничную клетчатку, мышцы, сосуды, нервы или только содержимое полости орбиты. Развитие флегмоны может быть продолжением тромбоза вен глазничных вен.

Для иллюстрации отмеченного, приводим случай из практики и краткую выписку из истории болезни:

Больной Усубалиев Р.У., 28 лет, проживающий по адресу: Чуйская область. Кеминский район, с. Кичи - Кемин, находился с 08.03.2014г по 07.04.2014г. в Национальном госпитале МЗКР в ЛОР отделении с диагнозом: Обострение хронического гнойного одонтогенного гайморозтмоидита слева, осложненный флегмоной орбиты.

Жалобы при поступлении на выраженную головную боль, высокую температуру, общую слабость, боль в области лица, чувство заложенности в носу, гнойное отделяемое из носа, зубную боль, отек верхнего века левого глаза.

Из анамнеза: Со слов больного вышеуказанные жалобы появились после перенесенной простуды. В течение нескольких недель болели зубы, но к врачам не обращался.

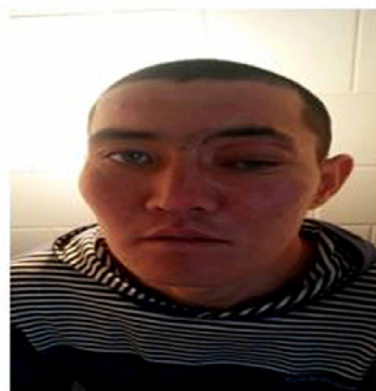
Локально: Ассиметрия лица, отек



а)



б)



в)

Рис.1. а) пункция в/ч пазухи слева, б) состояние после орбитотомии и фронтотомидотомии слева, в) через 1 мес. после выписки из стационара.

и гиперемия верхнего века левой орбиты, экзофтальм, боль при движении глазного яблока, ограничение подвижности глазного яблока кверху и кнаружи, болезненность при пальпации проекции в/ч пазухи слева, при передней риноскопии в полости носа обильные гнойные выделения.

При поступлении проводилась: пункция гайморовой пазухи слева - получен серо-коричневый гной в большом количестве.

Осмотр стоматолога: Кариозное поражение зубов: верхних 4,6,7.

Осмотр офтальмолога: визометрия: острота зрения 0,06. Снижение зрения у пациентов мы относим за счет механического воздействия на зрительный нерв отечной ретробульбарной клетчатки и токсического воздействия содержащегося в ней экссудата. Наружный осмотр: у больного развита картина острого воспаления тканей орбиты: выраженный отек и гиперемия век, глазная щель сужена, ограничение подвижности глазного яблока, смещение глазного яблока книзу, хемоз конъюнктивы. Биомикроскопически у больного определялся венозный застой в сосудах конъюнктивы, мелкоточечные кровоизлияния.

При обследовании:

1) на рентгенографии придаточных пазух обнаружены – затемнение гайморовой, фронтальной и решетчатой пазух;

2) РКТ – данные за левосторонний гайморозтмоидофронтит, имеется инкапсулированное жидкостное образование в верхнемедиальном углу левой орбиты.

Произведены следующие хирургические вмешательства.

1) 12.03.2014г: орбитотомия в нижне-наружном квадранте со вскрытием гайморовой и решетчатой пазухи. Также удалены верхние 4,6,7 кариозные зубы.

2) 15.03.2014г вскрытие орбиты в верхне-наружном квадранте;

3) 24.03.2014 орбитотомия в верхне-внутреннем квадранте со вскрытием фронтальной и решетчатой пазух.

Проводилось консервативное лечение:

1) цефтриаксон 1,0 х 2 р/д в/м

2) метрид 100,0 х 2 р/д в/в кап

3) Хим.смесь (преднизолон 120мг; 90мг; 60мг; 30мг; 30мг; + Хлористый кальций 10% 10,0 + димедрол 1% 1,0) на 200,0 физ. р-ре в/в

кап

4) гепарин 10 тыс. ЕД по схеме вокруг пупка

5) пенициллин 5,0 х 6 р/д в/м

6) фуросемид 2,0 в/м утром

На фоне лечения состояние больного не улучшилось: нарастал отек век, появился хемоз конъюнктивы. Развился ДВС-синдром, который подтверждается изменениями в показателях свертывающей системы крови больного, в частности снижением содержания фибриногена в крови до 1770 при норме 2000-4000 мг/л, снижением фибринолитической активности плазмы до 2 минут при норме 5-12, увеличением тромбинового времени до 40 с, в норме 10-13с, положительным этаноловым тестом.

Вследствие развития ДВС - синдрома больному произведена гемотрансфузия переливания одногруппной свежезамороженной плазмы 250,0 с целью повышения факторов свертывания.

После проведенного комплексного лечения общее состояние больного улучшилось, он выписан 08.04.2014 г. домой.

Выводы

1. Флегмона орбиты в большинстве случаев сопровождается патологией околоносовых синусов.

2. Распространение гнойного процесса по венозному руслу из орбиты в полость черепа, может обратиться серьезными осложнениями – тромбоз мозговых сосудов, ДВС синдром, менингит, которые могут привести к гибели больного.

3. Лечение флегмоны орбиты требует совместных мероприятий офтальмологов и оториноларингологов и смежных специалистов.

Литература:

1. Добромьельский Ф.И., Щербатов И.И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы. М.: Медгиз, 1955.

2. Миронов А.А., Гилязетдинов К.С., Финк Е.К. // Актуальные вопросы офтальмологии. Сб. тр. науч.-практ. конф., посв. 170-летию Московской офтальм. б-цы. М., 1996. Ч.2.

3. Пономаренко В.Н., Басинский С.Н. Клиническая анатомия органа зрения. Благовещенск, 1989.

4. Изаева Т.А., Насыров В.А. Монография. Отogenous и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение. Бишкек 2008.

5. Harris G.J. // Arch. Ophthalmol. 1983. Vol. 101. №5.