

УДК 616.216.1-002.36-0.8:615.273.53

**КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ  
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
ОРБИТЫ РИНОСИНУСОФАЦИАЛЬНОГО ГЕНЕЗА**

*А.А. Байбориева, М.З. Эшимбетова, Е.В. Тулинова, Р.А. Сьедина*

Дано обоснование роли ДВС-синдрома в патогенезе гнойно-воспалительных заболеваний орбиты риносинусофациального генеза и применение в комплексной терапии средств, обладающих антикоагулянтным эффектом. Данный метод лечения получили 78 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями орбиты риносинусофациального генеза. Анализ результатов лечения больных показал, что применение средств, обладающих антикоагулянтным действием, повышает эффективность лечения больных с данной патологией.

*Ключевые слова:* тромбоз; ДВС-синдром; гепарин; орбита; флегмона; синусит.

**РИНОСИНУСОФАЦИАЛДЫК ГЕНЕЗДИН ОРБИТАСЫНЫН  
СЕЗГЕНУУ ООРУЛАРЫН ДАРЫЛОО ЖАНА АНЫН КЛИНИКАСЫ**

Бул макалада риносинусофациалдык генездин орбитасынын ириңдүү-сезгенүү ооруларынын патогенезинде ДВС-синдромунун ролу жана антикоагулянттуу натыйжага ээ каражаттарды комплекстүү терапияда колдонууга негиздеме берилет. Бул дарылоо методу риносинусофациалдык генездин орбитасынын ириңдүү-сезгенүү оорулары менен ооруган 78 оорулууга колдонулган. Оорулууларды дарылоонун жыйынтыктарына талдоо жүргүзүү көрсөткөндөй, антикоагулянттуу натыйжага ээ каражаттарды колдонуу мындай патологиядагы оорулууларды дарылоонун натыйжалуулугун жогорулатат.

*Түйүндүү сөздөр:* тромбоз; ДВС-синдром; гепарин; орбита; флегмона; синусит.

**THE CLINIC AND TREATMENT OF INFLAMMATORY DISEASES  
OF THE ORBITAL RHINOSINUSOPHASCIAL GENESIS**

*A.A. Baiborieva, M.Z. Eshimbetova, E.V. Tulinova, R.A. Sedina*

It is given the role of DIC-syndrome in the pathogenesis of HBG and the use of complex therapy of anticoagulant-like agents. This method of treatment was given to 78 patients with HBG. The analysis of the treatment results has shown that the use of drugs with anticoagulation effect increases effectiveness of treatment patients with this pathology.

*Keywords:* thrombophlebitis; DIC-syndrome; heparin; orbit; phlegmon; sinusitis.

**Введение.** Гнойно-воспалительные заболевания носа, придаточных пазух и кожи лица приводят к появлению крайне тяжелых осложнений со стороны орбиты. Они могут обуславливать снижение или потерю зрения, а в ряде случаев угрожают жизни больного [1, 2].

Патогенез контактного пути хорошо изучен и представлен следующими этапами: периостит, субпериостальный абсцесс, абсцесс век, ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты.

Что касается венозного пути распространения инфекции в орбиту, то имеющаяся о ней информация скудна и не представлена с достаточной четкостью и полнотой. В сообщениях,

имеющих отношение к этому вопросу, указывают, что распространение инфекции в орбиту происходит через инфицированные мелкие венозные сосуды, когда в них развиваются тромбы и перифлебиты, а также через венозные ветки, вливающиеся в верхнюю глазничную вену и пораженные таким же процессом [3]. Кроме того, периодически появляются сообщения о том, что при гнойно-воспалительных заболеваниях орбиты, риносинусофациального генеза (ГВЗОРГ), развивается патологическая реакция на воспаление – диссеминированное внутрисосудистое свертывание (ДВС-синдром), которое местно отличается особой выраженностью [4]. Появлению

и развитию последнего способствуют изменения в пораженных перифокальных тканях, неизменными компонентами которых являются стаз крови в сосудах, агрегация тромбоцитов, высвобождение тромбопластина и других факторов, ускоряющих свертывание крови. Нарушению микроциркуляции при гнойных синуситах благоприятствуют структурные изменения в микроциркулярном русле слизистой оболочки околоносовых пазух и носа [4]. Поэтому неудивительно, что некоторые специалисты считают целесообразным назначать лекарственные препараты, предупреждающие агрегацию эритроцитов в артериолах, венах и капиллярах [4]. Более того, совсем мизерное внимание уделяется ДВС-синдрому, который является пусковым механизмом прогрессирующего тромбофлебического процесса в орбите.

Именно поэтому мы решили в нашей работе уделить внимание клиническим проявлениям венозного пути распространения инфекции в орбиту и лечению ГВЗОРГ с использованием средств, направленных против проявлений местного ДВС-синдрома.

**Материалы и методы.** За период с 2000 по 2012 г. под нашим наблюдением находилось 78 больных с гнойно-воспалительными заболеваниями орбиты риносинусофациального генеза (ГВЗОРГ).

Среди них было мужчин – 46 и женщин – 32. Возраст больных колебался от 3 до 70 лет. В том числе от 3 до 15 лет наблюдалось 29 больных (37,1 %) и от 15 до 70 лет – 49 пациентов (62,9 %). Подытоживая эти данные, мы можем отметить, что под нашим наблюдением находились различные формы ГВЗОРГ. Среди последних флебит и тромбофлебит вен орбиты без гнойного расплавления тромбов с локализацией в пресептальном отделе орбиты был констатирован у 42 (53,9 %) и во всех отделах орбиты у 13 (16,7 %), тромбофлебит вен орбиты с гнойным расплавлением тромбов отмечен у 11 (14,1 %), абсцесс века – у 2 (1,5 %), субпериостальный абсцесс у 10 (12,8 %) пациентов. Среди отмеченных больных с гнойным процессом в орбите у 1-го больного указанный процесс сопровождался формированием абсцесса верхнего века и у 5-ти – с развитием флегмоны орбиты.

У всех больных с ГВЗОРГ исследовалось глазное дно. При этом были выявлены следующие изменения: расширение вен сетчатки у 72 (92,3 %) в сочетании с отеком зрительного нерва у 1-го, застойным соском зрительного нерва – у 3-х, ретробульбарным невритом – у 1-го и токсическим нев-

ритом с исходом в атрофию зрительного нерва – у 6-ти больных.

Наиболее частым и тягостным осложнением ГВЗОРГ является поражение зрительного нерва с исходом его в атрофию [1, 3]. В отношении нарушения зрения мы можем привести следующие данные, наблюдаемые у наших больных: транзиторное снижение зрения до 0,3 % – у 15 (21,4 %), стойкое снижение зрения от 0,3 до 0,02 – у 2 (2,8 %) и остро наступивший амвроз диагностирован уже при поступлении – у 5 (7,1 %) больных. Амвроз наблюдался при следующих формах поражения глазницы: тромбофлебит вен орбиты без гнойного расплавления тромбов с локализацией во всех отделах орбиты – у 1, тромбофлебит вен орбиты с гнойным расплавлением тромбов – у 3 и субпериостальный абсцесс с формированием флегмоны у 1 больного.

Всем больным с орбитальными осложнениями, этиологически связанными с риносинуситами, для подтверждения диагноза производилась рентгенография орбиты и придаточных пазух носа, компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ) орбиты и околоносовых пазух.

Все больные, наряду с традиционными методами лечения ГВЗОРГ, получали средства, направленные против проявлений местного ДВС-синдрома. Гепарин назначали взрослым больным по 5000 ЕД через каждые 6 часов в течение 4–5 суток. В последующем каждый очередной день частота инъекций уменьшалась на одну и через 3 дня внутривенное или подкожное введение гепарина отменялось. Со дня уменьшения частоты введения гепарина для предупреждения “рикошета” назначают пероральный прием ацетилсалициловой и никотиновой кислот. Первый препарат взрослые больные принимали внутрь по 0,25 г 2 раза и второй – по 0,03–0,05 г 3 раза в день.

**Клиника воспалительных и гнойных заболеваний орбиты, риносинусофациального генеза.** Поскольку клиническая картина венозного пути распространения инфекции в глазницу и формы осложнений представлена в литературе достаточно скудно, мы сочли необходимым попытаться описать клинические особенности их проявлений. С этой целью мы провели тщательный анализ жалоб, анамнестических и объективных данных, а также динамику развития и его исходов у 66 больных, что позволило нам “сконструировать” описание клинической картины различных вариантов воспалительного поражения содержимого орбиты, имеющих указанный генез.



Рисунок 1 – Б-ная К., 5 лет с острым гнойным правосторонним гайморэртмоидитом, осложненным тромбозом вен орбиты. И. б. № 1810/2048:  
а – в день поступления в ЛОР-отделение; б – на 3-и сутки лечения; в – на 8-е сутки лечения

Так, для флебита и тромбоза вен орбиты без гнойного расплавления тромбов с преимущественной локализацией в пресептальном отделе глазницы характерны умеренный, а иногда выраженный отек верхнего и нижнего век орбиты. Глазная щель при таком изменении названных анатомических образований становится суженной или закрытой. Раскрывается она, причем незначительно, только при мышечном усилии больного или при посторонней помощи. Кожа век застойно гиперемирована. Подвижность глазного яблока не ограничена. Зрение сохранено. На глазном дне можно определить легкое полнокровие вен, а в отдельных случаях изменения с их стороны могут отсутствовать. Заметного смещения глазного яблока нет. Общее состояние у большинства больных ухудшается, но незначительно. И тем не менее, в отдельных наблюдениях оно бывает тяжелым. Их беспокоят в основном описанные локальные изменения, сопровождающиеся неприятными и болезненными ощущениями, а также слезотечением. Температура тела колеблется в пределах субфебрильных цифр, а в отдельных наблюдениях бывает либо нормальной, либо наоборот высокой (рисунок 1).

Для тромбоза вен орбиты без гнойного расплавления тромбов с локализацией в пресептальном и постсептальном отделах орбиты характерна более тяжелая клиническая картина. Больных беспокоят тяжесть, напряжение и спонтанная боль в области пораженной глазницы, особенно усиливающаяся при пальпации век и манипуляциях на них и глазном яблоке. Из-за отека век с нарастающей плотностью их тканей и застойной гиперемией их кожи глазная щель оказывается за-

крытой. Веки выпячены. Для осмотра глаза необходимо их насильственное открывание. После этого можно увидеть экзофтальм и хемоз бульбарной конъюнктивы. Глазное яблоко подвижно в полном объеме или же ограничено в подвижности в какой-то мере, но во всех направлениях. У отдельных больных отмечается транзитное ухудшение зрения. На глазном дне определяется выраженное расширение вен с признаками застоя и сужение артерий. Общее состояние больных тяжелое, особенно у детей. Детей могут беспокоить тошнота и рвота. Особенно тяжело протекает тромбоз вен орбиты без гнойного расплавления тромбов, симулирующий флегмону орбиты. У таких больных налицо все признаки внутричерепной гипертензии. В периферической крови отмечается лейкоцитоз до 12000–14000 в 1 мл со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и ускоренное СОЭ до 35–45 мм/ч (рисунок 2).

Флегмона глазницы, прежде всего, характеризуется тяжелым септическим состоянием больного. Больного беспокоят высокая температура постоянного или гектического типа, ознобы, головная боль, разбитость, выраженная слабость, иногда тошнота и рвота. Определяются выраженный отек и застойная гиперемия век. Глазная щель закрыта. Однако из-за выраженного экзофтальма она иногда слегка приоткрывается, что связано с небольшим раздвиганием век выпирающим глазом. При осмотре такой глазной щели нередки проявления конъюнктивита и хемоз бульбарной конъюнктивы. Пальпация на веках и манипуляции, необходимые для обследования глаза, отличаются резкой болезненностью. Глазное яблоко сдвинуто



Рисунок 2 – Б-ная А., 17 лет с острым левосторонним гнойным гайморозтмоидитом, осложненным тромбозом вен орбиты И. б. № 5432/484/1445:  
а – в день поступления в ЛОР-отделение; б – больная на 2-е сутки лечения; в – на 11-е сутки лечения

процессом кпереди. Однако в начале развития флегмоны оно может смещаться не только кпереди, но и кнаружи, кверху и книзу. Это в какой-то степени зависит от симметричности или асимметричности гнойного расплавления тромбов и, следовательно, от первоначальной локализации гнойника. Глазное яблоко неподвижно. На глазном дне выраженные признаки венозного застоя и признаки, свидетельствующие о развивающемся или развившемся неврите зрительного нерва (рисунок 3).

Результат лечения мы считали удовлетворительными, если у больного после проведенного лечения отмечался полный регресс воспалительных явлений со стороны орбиты и носа, нормализация остроты зрения и калибра вен на глазном дне и отсутствие рецидивов в отдаленные сроки.

Лечение по ликвидации гнойно-воспалительного процесса во всех случаях было успешным,



Рисунок 3 – Больной М., 15 лет. с острым двусторонним гнойным гайморозтмоидитом, осложненным тромбозом вен орбиты с гнойным расплавлением тромбов (флегмона) слева. И. б. №26281/1874:

а – в день поступления в ЛОР-отделение;  
б – через 3 месяца после выписки из стационара

однако в 3-х из них – без восстановления зрения. Эти больные поступили на лечение в 2-х случаях с амврозом и в 1-м – с эндофтальмитом. Последнему нашему пациенту даже пришлось произвести энуклеацию глаза. Кроме того, у одного больного развился рецидив заболевания в виде тромбоза без гнойного расплавления тромбов, который после проведения консервативной терапии был ликвидирован.

**Заключение.** Поскольку ДВС-синдром может быть причиной прогрессирующего тромбоза по направлению к глазнице и непременно отражается на течении внутриорбитальных воспалительных осложнений как один из основных его патогенетических механизмов, следует считать обоснованным введение в комплексную лекарственную терапию средств, обладающих антикоагулянтным эффектом и активизирующим фибринолитическую активность плазмы крови, а также реологические свойства крови.

#### Литература

1. Гюсан А.О. Риносинусогенные орбитальные осложнения: распространенность и принципы лечения / А.О. Гюсан // Вестник оториноларингологии. 2010. № 4. С. 64–67.
2. Затолока П.А. Риногенные орбитальные осложнения: учеб.-метод. пособие / П.А. Затолока. Минск: БГМУ, 2008. 15 с.
3. Морохоев В.И. Диагностика и лечение риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений / В.И. Морохоев // Российская ринология. 2013. № 2. С. 47.
4. Фейгин Г.А. Кровотечения и тромбозы в оториноларингологии и в хирургии головы и шеи / Г.А. Фейгин, Б.И. Кузник. Чита: Экспресс-издательство, 2015. С. 335–345.