

Выводы

1. Симптомы орбитальных осложнений часто совпадают, иногда одна форма переходит в другую, что создает трудности в дифференциальной диагностике.

2. Больные с риногенными орбитальными осложнениями относятся к тяжелому контингенту, что требует экстренной специализированной хирургической помощи в условиях стационара, с привлечением офтальмологов.

3. Орбитальные осложнения острых синуситов не всегда требуют хирургического лечения. При негнойных осложнениях (реактивный отек клетчатки орбиты и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век, остеоperiостит орбиты) на фоне острого синусита наиболее целесообразно лечение начинать с консервативных мер (включая пункции синусов).

4. При гнойных орбитальных осложнениях (субпериостальный абсцесс, абсцесс века, свищ века и орбитальной стенки, ретробульбарный абсцесс, флегмона орбиты, а также тромбоза вен клетчатки орбиты) острого синусита показано хирургическое лечение. Вмешательство предусматривает не только санацию соответствующей околоносовой пазухи (или нескольких), но и вскрытие, и дренирование гнойного очага в глазнице.

Литература

1. Бобров, В. М. Анализ патологического процесса риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений, хирургическая тактика / В. М. Бобров // Рос. оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 27–31.

2. Гюсан, А. О. Риносинусогенные орбитальные осложнения: распространенность и принципы лечения / А. О. Гюсан, А. А. Кубанова, Р.Х. Узденова // Вестн. оториноларингологии. – 2010. – № 4. – С. 64–67.

3. Евдощенко, Е. А. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / Е. А. Евдощенко // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – № 5. – С. 1–6.

4. Риногенные орбитальные осложнения : метод. рекомендации / сост.: Э. Г. Беличева, В. И. Линьков, В.В. Науменко. – С.Пб.: [б.и.], 2000. – 44 с.

РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ (КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ)

*Ильина С. Н.¹, Романчук В. В.¹, Мармыш В. Г.¹, Логош С. М.²,
Руц И. А.², Бретько С. Л.², Каленик Р. П.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Заболеваемость риносинуситами в детском возрасте, несмотря на внедрение в практику новых методик диагностики и лечения воспалительных заболеваний околоносовых пазух по-прежнему остается на высоком уровне [1, 2, 3]. В большинстве случаев причиной риносинусита является увеличение числа респираторных вирусных инфекций, количества

ингалируемых аллергенов, снижение резервных возможностей слизистой оболочки верхних дыхательных путей у детей, растущая резистентность микрофлоры в результате широкого и нерационального применения антибиотиков.

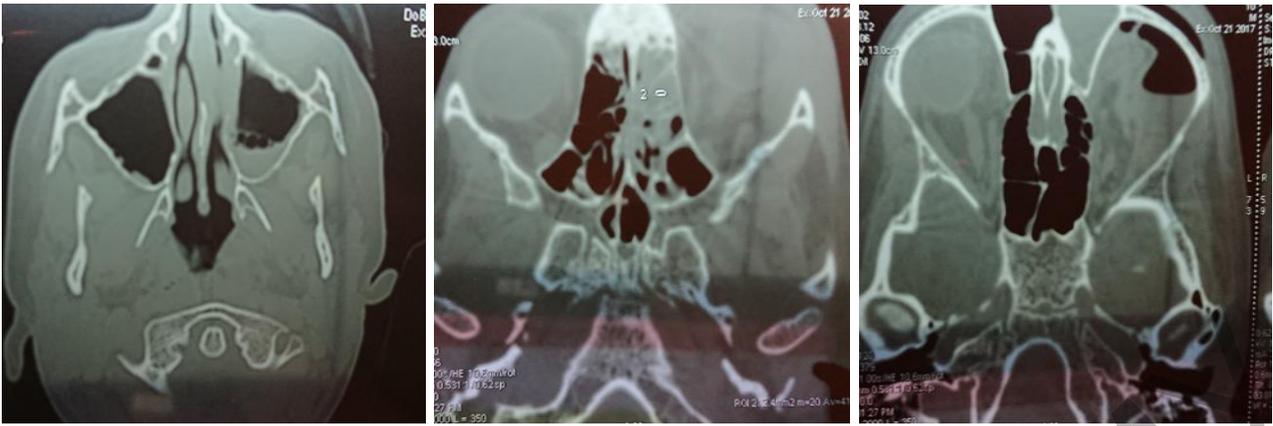
До настоящего времени риносинусогенные орбитальные осложнения (РОО) остаются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР помощи. По данным ряда авторов, заболевания ОНП осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 10-25% случаев, что обусловлено топографоанатомическими взаимоотношениями, особенностью кровоснабжения орбиты и пазух [1]. Наиболее стремительно РОО развиваются в раннем возрасте, когда симптомы поражения глазницы проявляются раньше поражения околоносовых пазух, отмечается быстрая генерализация воспалительного процесса, тяжелое течение, выраженная интоксикация, нейротоксикоз. У детей старшего возраста частота тяжелых септических осложнений при РОО процессах уменьшается.

Преимущественное развитие передних глазничных осложнений в раннем детском возрасте объясняется более ранним развитием передних пазух и значительным противодействием тарзоглазничной фасции, препятствующей проникновению инфекции в мягкие ткани глазницы.

Цель. Изучить особенности течения и эффективность лечения пансинусита, осложненного флегмоной орбиты на клиническом случае.

Клинический случай.

- ▶ Пациент М., 10 лет
 - ▶ Поступил в приемный покой на 3 сутки с начала заболевания с жалобами на заложенность носа, отек век левого глаза (сутки), двоение в левом глазу, подъем температуры до 40С.
 - ▶ Амбулаторно принимал: ринофлуимуцил, фраминазин, ингаверин, парацетамол, синупрет.
 - ▶ Клинически: выраженный экзофтальм левого глаза, хемоз, кожа век гиперемирована, отечна, глазная щель закрыта. Пальпация болезненна.
- Носовое дыхание затруднено. Обоняние снижено. Слизистая носовых раковин застойна, в носовых ходах скудное слизистое отделяемое.
- ▶ Выполнена Р-ППН: субтотальное снижение пневматизации левой в/ч пазухи и ячеек решетчатого лабиринта.
 - ▶ ОАК при поступлении: эр 4,74 x 10¹²/л, Нв 130 г/л, лейкоц 21,3x10⁹/л, п 1, с 84, м 4, л 11, СОЭ 47 мм/ч



Описание исследования: контуры ППН ровные, четкие целостность не нарушена. Субтотальное снижение пневматизации левой в/ч пазухи, левой лобной пазухи, передних и средних ячеек решетчатого лабиринта. Орбиты симметричны. Края стенок глазниц ровные, четкие, без признаков деструкции. В левой орбите по латеральной стенке – гиперденсивное включение 23 НУ, однородной структуры размером 26x14 мм с четкими неровными контурами неправильной формы. Наружняя прямая мышца оттеснена кнаружи. Зрительные нервы прослеживаются на всем протяжении. Мягкие ткани параорбитальной области слева увеличены в объеме, инфильтрированы.

Диагноз: Левосторонний острый гнойный пансинусит. Флегмона орбиты слева.

Лечение. В день поступления выполнено: вскрытие и дренирование флегмоны орбиты – слизисто-геморрагическое содержимое, эндоскопическая фронтотомидотомия – полипозно измененная слизистая, гнойное отделяемое с ихорозным запахом пункция и катетеризация в/ч пазухи слева –слизисто-гнойное отделяемое. А/б терапия, дексаметазон, антикоагулянтная терапия, дезинтоксикационная, симптоматическая терапия. Санация в/ч катетера. Удален на 10 сутки. Санация раны орбиты, замена дренажей (4 р за курс лечения совместно с офтальмологами)

Выводы

1. Орбитальные риносинусогенные осложнения являются тяжелой патологией и требуют неотложной комплексной ЛОР-помощи.
2. Лечение орбитальных осложнений воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух должно быть комплексным и проводиться с учетом особенностей первичного очага инфекции.
3. Превалирование яркой глазничной симптоматики сравнительно с выраженностью признаков поражения околоносовых пазух и риноскопической картиной служит наиболее частой причиной несвоевременной диагностики и поздней госпитализации преимущественно в непрофильные отделения (инфекционное, офтальмологическое, неврологическое, стоматологическое), а в связи с этим и причиной позднего оказания специализированной помощи.
4. Правильная трактовка симптоматики, оценка тяжести состояния, диагностическая эндоскопия полости носа, и адекватное лечение - залог выздоровления ребенка.

Литература

1. Гуляева, Л. В. Особенности орбитальных риносинусогенных осложнений в детском возрасте / Л. В. Гуляева, М. А. Золотарева // Таврический медико-биологический вестник. - 2016. – № 1. – С. 16–18.
2. Орбитальные риногенные осложнения у детей г. Иркутск /М.В. Субботина [и др.] //Материалы межрегиональной научно-практической конференции оториноларингологов Сибири и Дальнего Востока с международным участием "Актуальные вопросы оториноларингологии". – 2016. – №1. – С. 109–111.
3. Рентгеновская компьютерная томография в оценке острой гнойной воспалительной патологии орбиты / М.Г. Тухбатуллин [и др.] //Медицинская визуализация. – 2011. – №5. – С. 64–70.

ФАКТОРЫ РИСКА РАЗВИТИЯ ЭНДОКРИННОЙ ОФТАЛЬМОПАТИИ

*Кринец Ж. М.¹, Ильина С. Н.¹, Нечипоренко А. С.²,
Мартинкевич О. Н.², Сухоносик О. Н.²*

¹Гродненский государственный медицинский университет

²Гродненская университетская клиника

Актуальность. Эндокринная офтальмопатия (ЭОП) – прогрессирующее заболевание мягких тканей орбиты, в основе которого лежит иммуномедиаторное воспаление экстраокулярных мышц и орбитальной клетчатки [1,2]. Ежегодно ЭОП диагностируется у 16 женщин и у 2,9 мужчин на 100000 населения [1,3]. Выявлено два возрастных пика заболеваемости: для женщин 40 – 44 года и 60 – 64 года, а для мужчин 45 – 49 лет и 65 – 69 лет. В течении ЭОП выделяют активную воспалительную фазу, которая в течение 3 – 4 месяцев до нескольких лет переходит в стадию фиброза. Выявление рисков развития и своевременная диагностика заболевания может предотвратить появление тяжелых вариантов течения процесса, которые приводят к инвалидности и ограничению социальной активности пациентов.

Цель исследования. Определение факторов риска развития эндокринной офтальмопатии.

Материалы и методы. В исследование включено 190 пациентов с дисфункцией щитовидной железы (380 орбит). Для изучения клинико-инструментальных признаков развития ЭОП пациенты, участвующие в исследовании, подразделены на группы: группа 1 – пациенты без видимых клинических признаков ЭОП – 100 пациентов (200 орбит); группа 2 – пациенты с клиническими признаками ЭОП – 90 пациентов (180 орбит). Выполнено стандартное офтальмологическое обследование пациентов. Проведены инструментальные методы диагностики: УЗИ глазного яблока, КТ с определением анатомических структур орбиты и внутриорбитального комплекса: ширины решетчатого лабиринта в аксиальной плоскости (Шрл),