

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

УДК 616.216.2-002:[616.14-002+611.714.6]

РИНОГЕННЫЙ ФЛЕБИТ ВЕН ОРБИТЫ
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)¹Бакиева К.К., ²Турапова Ж.М., ¹Нарматова К.К., ¹Шабданбаева Н.Х.¹Кыргызская государственная академия им. И.К. Ахунбаева, Бишкек,
e-mail: kalyska_92@mail.ru;²Кыргызско-Российский Славянский университет, Бишкек,
e-mail: jazya_t@mail.ru

Риносинусогенные внутриорбитальные осложнения у детей встречаются от 0,6 до 9% от всех форм воспаления придаточных пазух носа, в некоторых случаях в детском возрасте могут наблюдаться сочетания орбитальных осложнений риногенного происхождения с внутричерепными осложнениями в виде тромбоза кавернозного синуса, менингоэнцефалита, абсцесса головного мозга, мозжечка и др. У детей синусит-ассоциированные осложнения могут развиваться в период острого протекания воспалительных явлений в придаточных пазухах носа. Целью исследования явилось на примере клинического наблюдения показать бессимптомные и fulminantные проявления синуситов с внезапной клиникой внутриорбитальных осложнений. В статье продемонстрирован случай пациента женского пола, который с замаскированной клиникой синусита поступил вначале в отделение офтальмологии с предварительным диагнозом «флегмона орбиты», затем в ходе обследования был выявлен воспалительный инфильтрат иного генеза, что явилось случайной находкой – синусит одной из околоносовых пазух. Исходя из описанного, авторы пришли к выводу, что в ряде случаев минимальные воспаления в полости носа или пазух носа, по типу катарального явления, могут стать причиной внезапной генерализации процесса на близлежащие клетчаточные пространства. Таким образом, своевременная интерпретация симптомов в сочетании с данными инструментальных исследований позволяет выставить правильный диагноз и вылечить пациента. Своевременная тактика лечения, начиная с эмпирической антибиотикотерапии в адекватной дозе, и антикоагулянтная терапия позволяют добиться быстрого выздоровления.

Ключевые слова: синусит, флебит, тромбоз, придаточные пазухи носа, рентген, риноскопия

RHINOGENIC PHLEBITIS OF THE VEINS OF THE ORBIT
(A CASE FROM PRACTICE)¹Bakieva K.K., ²Turapova Zh.M., ¹Narmatova K.K., ¹Shabdanbayeva N.H.¹I.K. Akhunbayev Kyrgyz State Medical Academy, Bishkek, e-mail: kalyska_92@mail.ru;²Kyrgyz-Russian Slavic University, Bishkek, e-mail: jazya_t@mail.ru

Rhinosinusogenic intraorbital complications in children occur from 0.6 to 9% of all forms of inflammation of the paranasal sinuses, in some cases in childhood there may be a combination of orbital complications of rhinogenic origin with intracranial complications in the form of cavernous sinus thrombosis, meningoencephalitis, brain abscess, cerebellum and others. In children, sinusitis-associated complications may develop during the period of acute inflammatory phenomena of the paranasal sinuses. The aim of the study was to use clinical observation to show asymptomatic and fulminant manifestations of sinusitis with a sudden clinic of intraorbital complications. The article demonstrates the case of a female patient who, with a disguised sinusitis clinic, was initially admitted to the ophthalmology department with a preliminary diagnosis of orbital phlegmon, then an inflammatory infiltrate of a different origin was revealed during the examination, which was an accidental finding – sinusitis of one of the paranasal sinuses. Based on the above, the authors concluded that in some cases, minimal inflammation in the nasal cavity or sinuses, such as catarrhal phenomena, can cause a sudden generalization of the process to nearby cellular spaces. Thus, timely interpretation of symptoms combined with instrumental research data makes it possible to make the correct diagnosis and cure the patient. Timely treatment tactics, starting with empirical antibiotic therapy at an adequate dose, and anticoagulant therapy can achieve rapid recovery.

Keywords: sinusitis, phlebitis, thrombosis, paranasal sinuses, X-ray, rhinoscopy

Введение

Актуальность проблемы, связанной с заболеваниями придаточных пазух носа и осложнениями риногенного генеза в виде распространения в параорбитальные клетчатки, не исчерпывает значимость своевременной диагностики и тактики ведения пациента, что связано с близостью локализации данных анатомических структур [1].

Риногенные внутриорбитальные осложнения, в свою очередь, характеризуются внезапным ухудшением общего состояния пациента и опасностью возникновения летального исхода. Согласно научным данным, в последние годы отмечается значительное увеличение их числа, что обусловлено агрессивностью микрофлоры, а также ведущей ролью возбудителей в развитии острых и обострений хронических синуси-

тов вирусной природы [2]. Внедрение в клиническую практику и доступность таких методов диагностики, как компьютерная и магнитно-резонансная томография, позволяют своевременно выявлять различные патологии околоносовых пазух и их осложнения [3]. На основании этого за последние десятилетия частота выявления риносинусогенных орбитальных осложнений, как гнойных, так и негнойных, снизилась и составляет от 0,1 до 0,6%. Характер течения патологического процесса в глазницах при синусите может варьироваться. В случае обострения хронической формы или острого процесса возможно развитие воспалительного отека клетчатки глазницы, вероятно вызванного нарушением венозного оттока. Такие проявления, как правило, купируются посредством рациональной противовоспалительной и антибактериальной терапии. Орбитальные осложнения сопровождаются характерными общими и локальными симптомами, выраженность которых определяется особенностями патологического процесса в пазухах, видом осложнения и его локализацией в орбите. Наименее выраженная симптоматика наблюдается при периостите орбиты, тогда как тяжесть состояния увеличивается с прогрессированием процесса, что приводит к формированию инфильтрата в глазнице, субпериостального и ретробульбарного абсцессов, а также флегмоны орбиты. Поскольку диагностика данной патологии относится к сфере компетенции не только оториноларинголога, но и невролога, нейрохирурга и офтальмолога, комплексное обследование и совместное ведение пациента специалистами различных областей медицины могут способствовать благоприятному исходу [4, 5].

В нормальном состоянии, даже при развитии выраженного гнойного воспалительного процесса в пазухе, костные стенки синуса препятствуют его распространению за пределы пораженной области. Разрушение стенок синуса вследствие воспалительных изменений при хронических синуситах, а в редких случаях – при острых, способствует контактному распространению инфекции. Также возможен гематогенный механизм, связанный с развитием флебитов лицевых, решетчатых и глазничных вен [6].

Анатомо-топографические особенности расположения орбитальных вен predisполагают к возникновению флебита, что объясняется их близостью к околоносовым пазухам, наличием естественных отверстий и щелей в области орбиты, тонкими костными стенками, разветвленной сосудистой сетью, спецификой строения венозной си-

стемы головы и шеи, отсутствием клапанов и прямым соединением с венозными синусами мозга. Эти анатомические и физиологические факторы способствуют развитию как внутриорбитальных, так и внутричерепных осложнений.

При выявлении патологических изменений в окологлазничной области, таких как субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты или отек глазницы, обязательно проводится рентгенологическая диагностика околоносовых пазух. Это обусловлено тем, что в 60–80% случаев основной причиной проникновения инфекции в глазницу являются воспалительные процессы в соседних структурах, особенно в носовой полости и околоносовых пазухах.

При орбитальных осложнениях, таких как реактивный отек орбитальной клетчатки, диффузное асептическое воспаление тканей глазницы и остеопериостит, возникающих в результате острого синусита и протекающих без образования гноя, применяется консервативная терапия. Она включает санацию посредством пункции и эффективного дренирования содержимого из пораженных пазух, а также проведение соответствующего курса антибиотикотерапии в оптимальных дозировках. Для эмпирической антибиотикотерапии необходимы данные о возбудителях данной нозологии, так как микрофлора является основным фактором, определяющим течение воспалительного процесса, прогноз и лечение. В большинстве случаев синуситы развиваются на фоне острых респираторных вирусных инфекций, сопровождающихся возникновением острого воспаления или обострением хронических патологий околоносовых пазух, а также присоединением бактериальной флоры. Вторичный этиологический фактор воспалительного отека обусловлен теми же микроорганизмами, что и при синуситах, – *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, а в отдельных случаях встречается *Staphylococcus aureus* [6, 7].

Поэтому антибиотиком для терапии можно назначить ингибитор-защищенные антибиотики пенициллинового ряда или же цефалоспорины 2–4-го поколений. По научным данным, в большинстве случаев при тромбозах синусов выявляется *S. aureus*.

При рецидивирующих течениях синуситов и негнойных формах орбитальных осложнений также возможен периодический курс антибиотикотерапии с дренированием пораженной пазухи; в случае частых рецидивов, если не отмечается заметное улучшение, тактико-техническим решением является хирургический метод лечения.

Целью исследования явилось продемонстрировать наблюдения бессимптомного и фульминантного проявления синуситов с внезапной клиникой внутриорбитальных осложнений.

Материалы и методы исследования

В качестве демонстрации клинического примера приводится случай собственного практического наблюдения успешного лечения острого гнойного гемисинусита распространения воспалительного процесса из полости околоносовых пазух в орбитальную клетчатку.

Результаты исследования и их обсуждение

Под наблюдением находился пациент женского пола А., 16 лет, с жалобами на головную боль, покраснение, опущение и припухлость верхнего века левого глаза, полное сужение глазной щели. По данным анамнеза больного беспокоила головная боль нестерпимого характера в течение 2 дней, на следующий день утром появилась припухлость левого глаза, пациент полностью не мог открыть левый глаз. В течение суток отмечает прогрессирующий отек и выбухание параорбитальной области слева. Ни с чем не связывает свое данное состояние, при детальном опросе жалоб на выделения из носа не было, также заложенность носа отрицает. Обратился к офтальмологу по месту жительства, был направлен на стационарное лечение в отделение микрохирургии глаза № 1 Национального госпиталя при МЗ КР, пациент был осмотрен дежурным врачом и госпитализирован в отделение с предварительным диагнозом «флегмона орбиты слева». В процессе обследования с целью выявления первичного очага выполнена рентгенография придаточных пазух носа в двух проекциях, которая показала выраженное снижение пневматизации левой лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта. Пациент осмотрен оториноларингологом, после чего был направлен в ЛОР-отделение для дальнейшей диагностики и лечения.

Общий анализ крови указывает на воспалительный процесс: лейкоцитоз до $18,3 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофилез, скорость оседания эритроцитов (СОЭ) – 40 мм/ч. Показатели биохимического анализа крови находились в пределах нормы.

При внешнем осмотре левый глаз был полностью сомкнут, верхнее и нижнее веки выражено отечны, покрасневшие, глазная щель закрыта и большим усилием удавалось приоткрыть ее максимально на 0,2 см. При этом имела жалоба на распирающую

боль в глубине орбиты; подвижность глазного яблока во всех направлениях сохранена (рис. 1).

Пальпация области околоносовых пазух не вызывала болевых ощущений, однако при простукивании наблюдалась болезненность в проекции лобной пазухи слева. При эндоскопическом исследовании носоглотки были выявлены умеренная гиперемия и отечность слизистой левой половины носовой полости, а также небольшое количество слизисто-гнойного секрета в общем и среднем носовых ходах. Носовая перегородка расположена по средней линии. Глотка и уши без видимых патологических изменений. Менингеальные симптомы отсутствуют.



Рис. 1. Состояние глазной щели в 1-е сутки поступления в стационар

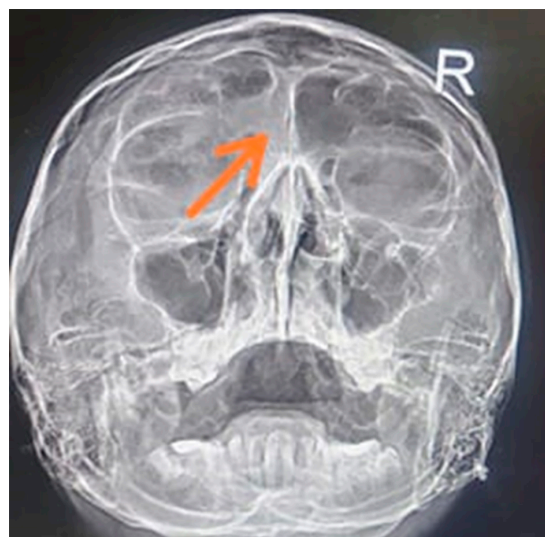


Рис. 2. Рентген придаточных пазух носа в прямой проекции

Обзорная рентгенография придаточных пазух носа показала выраженное снижение

воздушности левой лобной пазухи в прямой проекции (рис. 2), а также уровень жидкости, обнаруженный в боковой проекции (рис. 3). Вероятно, именно этот фактор способствовал развитию флебита вены орбиты вследствие блока и распространения воспалительного процесса в ее полость.



Рис. 3. Рентген придаточных пазух носа в боковой проекции

Пациенту женского пола было предложена операция: трепанопункция лобной пазухи. Был получен отказ, в связи с чем было решено применить тактику ведения консервативной терапии в динамике. Согласно практическим данным авторов, детям, имеющим воспалительную патологию околоносовых пазух, при наличии реактивного отека век и клетчатки орбиты в первые дни назначается системная антибактериальная, протеолитическая, антикоагулянтная и топическая сосудосуживающая терапия.

В качестве эмпирической антибиотикотерапии был назначен сультамп (ампициллин + сульбактам). Средняя продолжительность антибиотикотерапии составила 10 дней. Также из антикоагулянтов назначен фраксипарин 0,3 х 2 раза в день в течение 7 дней. Для разжижения гнойного секрета и усиления мукоцилиарного клиренса из ферментных препаратов назначают синупрет по 2 капсулы 3 раза в день в течение 20 дней, а также АЦЦ в дозировке 600 мг по 1 таблетке 1 раз в сутки на протяжении 10 дней. Топическую терапию осуществляли с помощью ксилометазолина, а после его введения проводили промывание полости носа по методу Проетца физиологическим

раствором. Также проводили анемизацию слизистой оболочки полости носа 0,18%-ным раствором адреналина каждые 2 часа с целью создания оттока крови из пазухи.



Рис. 4. Состояние глазной щели на 3-и сутки пребывания в стационаре

На фоне проводимой комплексной терапии наблюдалась положительная динамика: на 3-и сутки лечения пациент слегка начал открывать глаз (рис. 4), а также субъективно отмечал уменьшение ощущения тяжести в области левого глаза, снижение интенсивности боли в глубине орбиты.

Локально: при пальпации придаточных пазух носа боль не отмечалась, при перкуссии отмечается чувствительность в области левой лобной пазухи. При эндоскопии носоглотки: отек слизистой оболочки полости носа значительно уменьшился, свободного отделяемого в полости носа нет.



Рис. 5. Состояние глазной щели на 7-е сутки

Пациент получал лечение в течение 2 недель, постепенно отек глаз спал, слизистая полости носа на момент выписки слегка гиперемирована, не отечна, носовые ходы

широкие, патологического отделяемого нет. Пациента выписали домой из отделения в удовлетворительном состоянии. Хронология отражена в рисунках (рис. 1, 4, 5, 6).



Рис. 6. Состояние глазной щели на 11-е сутки

На приведенном выше клиническом примере был рассмотрен случай риносинусогенного флебита вен левой орбиты, возникшего вследствие разрушения стенок лобной пазухи на фоне слабо выраженного воспалительного процесса в ее полости. В связи с этим авторы сочли целесообразным представить в данной работе некоторые сведения о проблеме внутричерепных осложнений, так как в последние годы взгляды на механизмы развития этого заболевания, а также подходы к его терапии существенно изменились [2, 3].

Заключение

Анализируя данный случай, можно сделать заключение, что важны дифференцированный подход, а также точная иденти-

фикация при диагностике воспалительных процессов орбитальной клетчатки с учетом анатомической взаимосвязи клетчаточных пространств.

Список литературы

1. Насыров В.А., Исаев В.А. Хирургическое лечение сфеноидитов // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. 2010. № 2. С. 75-79. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=20736185> (дата обращения: 15.03.2025).
2. Насыров В.А., Миненков Г.О., Турапова Ж.М., Солодченко Н.В. Пиоцеле решетчатого лабиринта (случай из практики) // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. 2018. № 11-2. С. 300-304. URL: <https://applied-research.ru/ru/article/view?id=12494> (дата обращения: 15.03.2025).
3. Солодченко Н.В., Муртазалиев К.А., Турапова Ж.М. Интраорбитальное осложнение пиомucoцеле лобной пазухи и клеток решетчатого лабиринта // Вестник Кыргызской государственной медицинской академии имени И.К. Ахунбаева. 2019. № 2. С. 102-106. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=41300135> (дата обращения: 12.03.2025).
4. Кузина Е.Г., Иванов О.Ю., Маллин Д.А., Пушкина К.В. Клинический случай риногенного орбитального осложнения // Актуальные вопросы оториноларингологии: материалы Межрегиональной научно-практической конференции. Чебоксары. 2020. С. 39-43. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=43037576> (дата обращения: 15.03.2025).
5. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. С. 519.
6. Золотарева М.А., Назарук Е.И. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н.А. Семашко», Республика Крым, за период с 2014 по 2018 г. // Российская оториноларингология. 2020. № 19 (1). С. 37-45. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=42384528> (дата обращения: 12.03.2025).
7. Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Клинический случай орбитального осложнения при риносинуситах у детей раннего возраста // Евразийский вестник педиатрии. 2020. №3 (6) С.78-82. URL: <https://elibrary.ru/item.asp?id=68622300> (дата обращения: 17.03.2025).