



Золотовская Евгения Сергеевна,

ЧУЗ «Клиническая больница «РЖД-Медицина», г. Улан-Удэ
Zolotovskaya Ye.S., PHI "Clinical hospital "RZD-Medicine", Ulan-Ude

**КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ РИНОГЕННОГО ОРБИТАЛЬНОГО
ОСЛОЖНЕНИЯ С НЕТИПИЧНОЙ КЛИНИКОЙ
A CLINICAL CASE OF RHINOGENIC ORBITAL COMPLICATIONS
WITH ATYPICAL CLINICAL PRESENTATION**

Аннотация: В статье рассматривается клинический случай лечения пациента с риносинусогенным орбитальным осложнением – абсцесс века, свищ века. Осложнение развилось на фоне локализованного полипозного процесса в лобной пазухе, который протекал бессимптомно, вызвал obturацию лобно-носового канала, деструкцию стенки лобной пазухи с последующим формированием абсцесса и свища верхнего века.

Актуальность проблемы: Риносинусогенные орбитальные осложнения представляют собой одну из сложных проблем в работе врача-оториноларинголога. Частота риногенных орбитальных осложнений (РОО) составляет по данным ряда авторов от 0,5 до 3 % ринологических больных. В литературных источниках о частоте РОО приводится только ориентировочное представление, по причине нахождения данных пациентов в различных по профилю отделениях – офтальмологических, оториноларингологических и др.

Рост частоты встречаемости орбитальных риносинусогенных осложнений на протяжении многих лет и в разные временные периоды отмечают многие авторы, что позволяет говорить о сохраняющейся актуальности проблемы. Не вызывает сомнения, что тяжесть такой патологии требует участия в постановке диагноза и лечении пациента совместных усилий врача-оториноларинголога и врача-офтальмолога.



По мнению А.О. Гюсана и соавторов (2010), несмотря на понимание взаимообусловленности воспалительных процессов в околоносовых пазухах и глазнице и применение все более совершенных методов диагностики и лечения острого и хронического риносинусита, частота орбитальных осложнений продолжает расти. Эти осложнения риносинусита (как гнойные, так и негнойные) всегда значительно ухудшают прогноз и исход заболевания, угрожая в ряде случаев потерей зрения, а иногда и глаза. Риносинусогенные орбитальные осложнения развиваются в результате распространения инфекции из полости носа и околоносовых пазух в глазницу. Особенности топографии полости носа и околоносовых пазух, их анатомо-топографическая связь с глазницами, а также единство кровоснабжения и лимфооттока являются предрасполагающими факторами развития орбитальных осложнений. В их патогенезе также имеют значение: аномалии строения остиомеатального комплекса, индивидуальные анатомические варианты строения пазух, наличие костных дигисценций, возрастные особенности развития черепа, нарушение проходимости соустьев пазух из-за воспаления, полипов, рубцов.

Abstract: The article examines a clinical case of treatment of a patient suffering from rhinosinusoidal orbital complication – an eyelid abscess, an eyelid fistula. The complication developed after a localized asymptomatic polyposis in the frontal sinus, which caused obstruction of the frontonasal duct, destruction of a frontal sinus wall with subsequent upper eyelid abscess and fistula formation.

Relevance of the problem: Rhinosinusoidal orbital complications are one of difficult problems in the work of an otolaryngologist. According to data presented by a number of authors, frequency of rhinogenic orbital complications (ROC) is from 0.5 to 3% of rhinologic patients. Literary sources give just an approximate idea about the frequency of ROC, on account of hospitalization of such patients in different departments by medical specialty – Ophthalmology, Otorhinolaryngology, etc.

Many authors report an increase in the frequency of rhinosinusoidal orbital complications for many years and over different time periods, which makes it



possible to speak of the continuing relevance of the problem. There is no doubt that heaviness of such pathology demands joint participation and effort by an otolaryngologist and ophthalmologist in the diagnosis and treatment of such patients.

According to A.O. Gyusan and co-authors (2010), despite understanding interconditionality of inflammatory processes in paranasal sinuses and eye socket, and application of more perfect methods of diagnostics and treatment of acute and chronic rhinosinusitis, frequency of orbital complications continues to increase. Those complications of rhinosinusitis (either purulent or non-purulent) always significantly worsen the prognosis and treatment outcomes, in many cases threaten with visual impairment and sometimes blindness. Rhinosinusal orbital complications develop as a result of an infection spread from the nasal cavity and paranasal sinuses to the eye socket. Nasal cavity and paranasal sinuses topography peculiarities, their anatomo-topographic connection with eye sockets, as well as the unity of blood supply and lymph flow, are predisposing causes of orbital complications development. In their pathogenesis the following factors matter as well: structural anomalies of ostiomeatal complex, individual anatomical variations of sinuses' structure, presence of bone dehiscence, age characteristics of the skull development, a breach in the permeability of sinuses' anastomoses on account of inflammation, polyps or scars.

Ключевые слова: полип лобной пазухи, риносинусогенное орбитальное осложнение, абсцесс века, свищ века, бессимптомное течение.

Keywords: frontal sinus polyp, rhinosinusal orbital complication, eyelid abscess, eyelid fistula, asymptomatic disease course.

Клинический случай: Пациент К, 56 лет, обратился на консультацию к врачу-оториноларингологу в январе 2021г с жалобами на покраснение и опущение верхнего века левого глаза, боли. Направлен офтальмологом. При сборе анамнеза установлено, что ранее никогда к оториноларингологу не обращался, хронические заболевания лор-органов отрицает. ЧМТ, травмы



головой, лица отрицает. Аллергический анамнез не отягощен. Считает себя больным около трёх недель, когда после переохлаждения появилась отечность верхнего века левого глаза. Лечился самостоятельно - без эффекта. Через неделю обратился к офтальмологу. Выставлен диагноз: Дакриоаденит слева. Было назначено противовоспалительное и антибактериальное (антибиотики местно и системно) лечение, физиолечение. На фоне проводимой терапии отек нарастал, у внутреннего угла глаза появился свищевой ход, через который выделялся гной. Проведено УЗИ глаза, патологии не выявлено. Больному было рекомендовано продолжить лечение. Повторно осмотрен врачом-офтальмологом через неделю - эффекта от лечения нет. На коже века появилось изъязвление диаметром около 0,3 см со скудным гнойным отделяемым. DS: Новообразование орбиты? Больной направлен на консультацию к врачу-оториноларингологу. При осмотре общее состояние удовлетворительное, $t - 36.2^{\circ}C$, жалобы на боли, отек в области верхнего века слева. При детальном опросе жалоб на затруднение носового дыхания, головную боль, боли на лице не предъявляет. Объективно: верхнее веко бордового цвета, опущено, на коже ближе к корню носа рана с неровными краями, с признаками некроза ткани. Риноскопия - дыхание не затруднено, слизистая розовая, носовые раковины нормотрофичны, полипов нет, отделяемое в левой половине носа скудное серозно-слизистое прозрачное. Пальпация околоносовых пазух безболезненна, перкуссия лобных пазух чувствительна слева. При рентгенографии пазух носа-левая лобная пазуха тотально затемнена. Выставлен DS: Острый фронтит слева. Мукоцеле лобной пазухи слева? Новообразование лобной пазухи слева? Осложнение: Риногенный свищ верхнего века слева.

Больной направлен в онкологический диспансер. Осмотрен. Проведена компьютерная томография орбиты, придаточных пазух носа.

На серии компьютерных томограмм околоносовых пазух от 20.01.2021 в левой лобной пазухе определяется тотальное заполнение пазухи содержимым



плотностью 30 ед. Н., деструкция костной стенки лобной пазухи. Отмечается инфильтрация мягких тканей верхнего века левого глаза, в толще инфильтрата определяется жидкостное образование (абсцесс?) размерами 20 x 11 мм. Остальные околоносовые пазухи не изменены. Заключение КТ придаточных пазух носа: нельзя исключить образование левой орбиты, левой лобной пазухи с деструкцией стенок. DS: ЗНО левой орбиты? ЗНО лобной пазухи слева?

В онкологическом диспансере был проведен осмотр полости носа с помощью эндоскопа – в области соустья лобной пазухи слева визуализируется плотное образование светло-серого цвета. Взята биопсия. Результаты гистологического исследования не подтвердили наличие злокачественного процесса (заключение ПГЗ от 21.01.2023г – морфологическая картина полипозной ткани фиброзного типа, атипичные клетки не выявлены). 02.02.2021 под эндотрахеальным наркозом выполнена радикальная операция на левой лобной пазухе. В соустье лобной пазухи удален полип d =1,5см (заключение ПГЗ – полипозная ткань). В просвете лобной пазухи определяется серозно-слизистое содержимое, утолщение слизистой оболочки до 0,7 см., выявлен дефект нижней стенки лобной пазухи . Вскрыт и дренирован абсцесс века (получено около 3,0 мл. гноя). Заключительный диагноз: Хронический полипозно-гнояный риносинусит, фронтит слева, полип лобной пазухи слева. Осложнение: риногенный абсцесс верхнего века слева, свищ верхнего века слева.

В послеоперационном периоде проведено антибактериальное и противовоспалительное лечение (цефтриаксон и метрогил), муколитики (синупрет). На 3 сутки после операции гиперемия, отечность, инфильтрация верхнего века правого глаза значительно уменьшились. Пациент выписан с выздоровлением на 10 сутки. В течение года больной за медицинской помощью не обращался. При плановом «Д»-осмотре жалоб не предъявляет. Объективно-носовое дыхание свободное, слизистая розовая, отделяемого нет, перкуторно в проекции придаточных пазух носа безболезненно, на контрольной компьютерной томографии графии пазухи носа без патологии.



Выводы:

При гнойных воспалительных орбитальных осложнениях синуситов необходимо срочное хирургическое вмешательство, заключающееся во вскрытии и дренировании пораженных околоносовых пазух и гнойного очага в орбите, в применении антибактериальных препаратов, иммунокорректирующей, дезинтоксикационной терапии.

Клинический случай приводится в связи с необходимостью акцентировать важность своевременной верификации воспалительной патологии околоносовых пазух у пациентов, находящихся на лечении у врача-офтальмолога.

Список литературы:

1. Шутов В.И. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ: РИНОГЕННЫЙ АБСЦЕСС ВЕКА // Международный журнал прикладных и фундаментальных исследований. – 2013. – № 8-3. – С. 113-113.