

31,17±5,50, СНПВ — 4,17±1,05 и СВ — 3,23±1,07.

Для повышения эффективности лечения, а также сокращения его сроков нами с учетом полученных ранее данных об апудотропном действии лазерного излучения [1] в послеоперационном периоде применено облучение слизистой оболочки полости носа гелий-неоновым лазером мощностью 4 мВт и экспозицией по 300 с для каждой ее половины. Курс составил 8 сеансов. Первый сеанс начинали на следующий день после проведения подслизистой криоконхотомии.

Изучение в динамике объективных показателей, характеризующих проходимость полости носа и микроциркуляцию в слизистой оболочке полости носа, показало, что у 80 пациентов, получивших в послеоперационном периоде курс эндоназальной лазерной терапии, процессы восстановления функций шли более интенсивно, чем у лиц, не принимавших такого лечения. Так, АПВ составила у них на 3—4-е сутки после операции 16,26±4,12, СНПВ — 2,00±0,38, СВ — 1,72±0,76, что статистически значительно лучше соответствующих показателей в первой группе. В отдаленном же периоде (спустя один год после лечения) показатели оказались ближе к нормальным — соответственно 3,17±1,15, 3,15±0,90 и 28,12±5,06. Эффектив-

ность лечения составила к концу годичного срока наблюдений 91,2%.

Таким образом, способ подслизистой криоконхотомии отличается малой травматичностью, простотой и высокой эффективностью. Применение в послеоперационном периоде дополнительно эндоназальной лазерной терапии позволяет ускорить репаративные процессы в слизистой оболочке полости носа и получить в отдаленные сроки более устойчивый положительный эффект.

ЛИТЕРАТУРА

1. Митин Ю. В., Михайловский Д. О., Поканай Н. С. Материалы VII съезда оториноларингологов УССР.—К., 1989.—С. 239 — 240.
2. Шегергин Б. В. Атлас оперативной оториноларингологии.—М., 1983.

Поступила 01.10.94.

LASERTHERAPY AND A NEW SURGICAL METHOD OF THE TREATMENT OF VASOMOTOR RHINITIS

Yu. V. Mitin, D. O. Mikhailovskiy

Summary

In unsuccessful conservative therapy it is advisable to use the original method of surgical intervention: a cryoprobe point is brought into the submucous space of the inferior turbinated bone and after preliminary process of freezing it is removed with freezing soft tissue block. Positive results are obtained in 90% of the patients.

УДК 616.216—06:617.76—07—089.8

О ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУИТОВ

П. Д. Фирсов, А. Ю. Догалюк, А. И. Сабиров

Кафедра оториноларингологии (зав.— доц. Х. А. Алиматов)
Казанского медицинского университета,

Республиканская клиническая больница (главврач— канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ

Частота риногенных орбитальных осложнений варьирует от 0,5 до 6,2%. У взрослых осложнения такого рода возникают чаще всего при фронтосинусите, поли- и пансинуситах [4]. Соотношение структурных элементов околоносовых пазух и глазницы отличается большим разнообразием. Наличие в этой области костных образований сложной конфигурации делает обычные рентгено- и томограммы мало информативными. На современном этапе большую роль отводят компьютерной томографии (КТ), с помощью

которой удается визуализировать медиальную стенку глазницы и околоносовые пазухи [2, 3, 8].

С 1983 по 1993 г. в ЛОР-отделении на стационарном лечении находились 12 мужчин с различными синусогенными заболеваниями орбиты, что составило 0,6% к числу всех больных с воспалительными заболеваниями носа и его околоносовых пазух, леченных в стационаре за это время. 5 больных были моложе 18 лет, возраст 2 — от 18 до 50, 5 — старше 50. Догоспитальное лечение получили 6 больных, не обращались за медицинской помощью — 6. В течение 3 суток с момента заболевания в отделение поступили 5 больных, остальные — в более поздние сроки. 4 человека в качестве

Виды орбитальных осложнений при различных видах синуситов

Формы синусита	Орбитальные осложнения						Тактика лечения	
	реактивный отек	периастицит	субпериостический абсцесс	абсцесс века	ретробульбарный абсцесс	флегмона орбиты	консервативная	хирургическая
Острый	2	1	2		1	1	3	4
Хронический гнойный	1			1				2
Хронический гнойный гиперпластический				1				1
Хронический полипозно-гнойный		1	1					2
Всего	3	2	3	2	1	1	3	9

причины заболевания указали на простуду, а 3 — на травму, 2 — были ранее прооперированы на околоносовых пазухах.

Согласно данным риноскопии, у 6 больных был отек слизистой оболочки полости носа, у 3 — слизисто-гнойное и гнойное отделяемое в среднем носовом ходе; у одного больного носовые ходы были obturirваны полипами, у 2 — риноскопическая картина была без особенностей.

При рентгенографическом исследовании обнаружены односторонний пансинусит (у 5), односторонний фронтосинусит (у 2), односторонний фронтосинусит с затемнением основной пазухи (у 1), односторонний гайморит (у 1), тотальное затемнение всех околоносовых пазух (у 3). Лейкоцитоз и увеличенная СОЭ выявлены у 10 больных.

Изменения со стороны глаза и прилежащих тканей варьировали в зависимости от формы орбитального осложнения. Они были минимальными при реактивном отеке век и орбитальной клетчатки и остеоперистите. При этих формах орбитальных осложнений, выявленных у 7 больных, наблюдались гиперемия конъюнктивы, нередко хемоз и экзофтальм.

При более тяжелых формах — субпериостальном абсцессе, флегмоне орбиты, ретробульбарном абсцессе — отмечено расширение вен сетчатки (у 3), застойные явления на глазном дне (у 2), ретробульбарный неврит с переходом в частичную атрофию зрительного нерва (у 1). В последнем случае имело место понижение зрения до 0,02 ед. без коррекции.

Анализ орбитальных осложнений с учетом операционных находок показал, что при острых синуситах наряду с контактным путем распространения инфекции имеет место, по-видимому, и сосудистый путь. При этом поражаются как передние, так и задние отделы орбиты. В таблице дан спектр всех возможных орбитальных осложнений острых синуситов. В то же время при хронических формах заболеваний патологические изменения локализуются преимущественно в передних отделах орбиты.

Больных с орбитальными осложнениями параназальных синуситов лечили совместно с окулистами. При гнойном воспалении в орбите и ухудшении зрения срочно одномоментно вскрывали все вовлеченные в патологический процесс околоносовые пазухи с ревизией орбиты с целью элиминации очага. Всем больным кроме массивного противовоспалительного дезинтоксикационного, дегидратационного лечения, а также витаминотерапии потребовались различного рода оперативные вмеша-

тельства. У 4 больных имело место обострение хронического гнойно-полипозного фронтита в сочетании с поражением передних решетчатых клеток. Всем им была проведена радикальная операция на лобной пазухе. Одному больному выполнена лобно-решетчатая трепанация по Муру, еще одному — двусторонняя фронтотомия (ревизия обеих лобных пазух) со вскрытием клеток решетчатого лабиринта. Одномоментную радикальную операцию лобной и верхнечелюстной пазух перенесли 2 человека с флегмоной орбиты и ретробульбарным абсцессом, при этом у одного вскрыты клетки решетчатого лабиринта, а у другого — основная пазуха. Операционные находки свидетельствуют о наличии костных дефектов стенок пазух — фистул (у 4). Во всех случаях имело место обострение хронического воспалительного процесса в околоносовых пазухах. 3 больным с реактивным отеком век и периастицитом было проведено консервативное лечение.

В настоящее время в диагностике и лечении заболеваний околоносовых пазух широко используют эндоскопические методы. Теоретической основой функционального эндоскопического вмешательства околоносовых пазух, разработанной в 70-е годы В. Мессерклингером, является признание риногенной природы большинства синуситов. Обычно исходной точкой для нарушения дренажа верхнечелюстных и лобных пазух служит узкая стенозированная область, находящаяся в передних отделах среднего носового хода, передней группе пазух решетчатой кости. Для планирования объема предстоящего эндоскопического вмешательства необходимо сочетание эндоскопических методов с КТ [6, 8]. В литературе имеются лишь отдельные публикации об эффективности эндоскопических вмешательств при орбитальных осложнениях синусита [5, 7].

В качестве примера приведем наблюдение из собственной практики.

Х., 15 лет, поступил в ЛОР-отделение 15.08.1994 г. по поводу головных болей в области лба, припухлости правого верхнего века, затрудненного носового дыхания. Из анамнеза установлено, что заболевание началось за 4 дня до поступления с подъема температуры до 39° С, сильной боли в области лба. Через сутки закрылся правый глаз.

При поступлении общее состояние средней тяжести, температура тела — 38°С. Асимметрия лица за счет припухлости правого верхнего века, болезненность при пальпации лобной пазухи справа. При риноскопическом ис-

следовании слизистая носа гиперемированная, отечная; в среднем носовом ходе справа в небольшом количестве слизисто-гнойный секрет. Остальные ЛОР-органы без патологии.

Анализ крови от 15.08.1994 г.: Нб — 2,4 ммоль/л, эр. — $4,4 \cdot 10^{12}/л$, л. — $11,2 \cdot 10^9/л$, п. — 3%, с. — 62%, лимф. — 27%, м. — 7%, эоз. — 1%; СОЭ — 27 мм/ч.

На рентгенограмме околоносовых пазух от 15.08.1994 г. отмечаются горизонтальный уровень жидкости в правой лобной пазухе, понижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта. 15.08.1994 г. произведена пункция правой верхнечелюстной пазухи — содержимого не получено.

Осмотрен окулистом: правое глазное яблоко смещено книзу и кпереди, движение глаза сопровождается двоением. Конъюнктивита глазного яблока гиперемирована. На глазном дне — легкая завуалированность границы диска зрительного нерва справа, вены умеренно расширены, извиты.

Клинический диагноз: правосторонний острый гемисинусит, осложненный реактивным отеком правой орбиты.

Назначена массивная противовоспалительная, антикоагулянтная терапия. 16.08.1994 г. произведена трепанопункция правой лобной пазухи, соустье частично заблокировано, пазуху промывали под давлением, получен крошковатый гной. В послеоперационном периоде сохранялся птоз; температура тела достигала 38°C; отмечалась болезненность в области лобной пазухи справа, при ее промывании выделялось обильное гнойное содержимое.

18.08.1994 г. произведена КТ околоносовых пазух. В правой лобной и верхнечелюстной пазухах определялись уровень жидкости и затемнение передних решетчатых клеток. Задние решетчатые клетки пневматизированы, основная пазуха справа анатомически малых размеров, левая — обычных размеров, пневматизация не нарушена.

Осмотрен окулистом в динамике: сохраняются ограничение движения правого глаза, диплопия, завуалированность границы диска зрительного нерва, расширенность вен.

Заключение: реактивный отек тканей правой орбиты.

С учетом данных КТ, свидетельствующих о патологическом процессе в передних решетчатых клетках справа, затруднении оттока из правой лобной и верхнечелюстной пазух, явлений реактивного отека тканей правой орбиты, 18.08.1994 г. проведена эндоскопическая полисинусотомия справа. Под контролем эндоскопа вскрыты передние решетчатые клетки. Слизистая резко утолщена, отделяемое слизисто-гнойное. Идентифицировано лобно-носовое соустье, через которое поступает гной. Удалена патологически измененная слизистая из просвета лобно-носового канала. Естественное соустье правой верхнечелюстной пазухи при зондировании стенозировано. Произведено его расширение кпереди до 1,5 см.

В послеоперационном периоде продолжены массивная антибактериальная и дезинтоксикационная терапия, тщательная анемизация среднего носового хода, промывание верхнечелюстной и лобной пазух, УВЧ-терапия.

На 2-е сутки после операции птоз уменьшился, прекратились гнойные выделения из

лобной пазухи. На 5-е сутки после операции глазная щель стала намного шире, птоз незначителен; диск зрительного нерва правого глаза имеет отчетливые границы, вены слегка расширены.

Заключительный диагноз: правосторонний острый гнойный гемисинусит, осложненный периститом, реактивным отеком верхнего века справа. Большой выписан на 22-е сутки от момента поступления.

Приведенное наблюдение представляет интерес в связи с определенными трудностями, возникшими в процессе диагностики гнойных и негнойных орбитальных риносинусогенных осложнений, и особенностями тактики оказания неотложной помощи. Применение современных методов диагностики (КТ) позволяет более четко дифференцировать эти патологические процессы. При оказании экстренной помощи больным с риносинусогенными орбитальными осложнениями необходимо пользоваться щадящими эндоскопическими методами хирургического лечения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Козлов В. С. // Российская ринология. — 1993. — Прил. 1. — С. 42 — 43.
2. Кузнецов С. В., Накатис Я. А., Конеченкова Н. Е. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 3. — С. 8 — 12.
3. Плужников М. С., Лавреница Г. В. Воспалительные и аллергические заболевания носа и околоносовых пазух. — Киев, 1990.
4. Сальникова Э. А., Селин В. Н. Неотложная оториноларингология. — М., 1984.
5. Amedee R. G., Mann W. I., Gilsbach I. B. // Arch. Otolaryngol. — 1990. — Vol. 155. — P. 1103—1106.
6. Kopp W., Stammberger H., Jotter R. // Europ. J. Radiol. — 1988. — Vol. 8. — P. 153—156.
7. Stammberger H., Posawetz W. // Europ. Arch. Oto-Rhino-Laryngol. — 1990. — Vol. 247. — P. 63—67.
8. Zinkeich S. J., Kennedy P. W., Rosenbaum A. E. et al. // Radiology. — 1987. — Vol. 163. — P. 769—775.

Поступила 01.10.94.

ON THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF ORBITAL COMPLICATIONS OF SINUSITIS

P. D. Firsov, A. Yu. Drogalyuk,
A. I. Sabirov

Summary

It is necessary to use the current possibilities of the diagnosis, namely, the computer tomography and endoscopic methods of the surgical treatment in providing service to patients with orbital complications of sinusitis.