

нижней челюсти отмечалась на 30—35-й день. Для адаптации мышечного аппарата больные в течение 3 мес должны пользоваться в домашних условиях универсальной теменно-подбородочной повязкой с эластичной тягой (см. рис.). Она способствует более быстрой нормализации функции жевательного аппарата, предупреждает рецидив деформации и открытого прикуса.

Из осложнений во время операции у 5% больных наблюдалось кровотечение, у 1,6% — свищ околоушной железы. У всех больных наступило выздоровление. Отмеченные осложнения встречались лишь на ранних этапах освоения методов хирургического лечения прогении.

УДК 616.715.5—018.46—002—06:[617.76+616.831]—089.5

Е. В. Петушков (Казань). Затяжное течение остеомиелита лобной кости с комбинированным риногенным орбитальным и внутричерепным осложнением

Остеомиелит костей черепа является очень редким заболеванием. Обычно кости свода черепа поражаются вторично путем распространения инфекции по венам и лимфатическим сосудам из соседних очагов — преимущественно из придаточных пазух носа, гораздо реже — из среднего уха. Наиболее часто страдают лобная, височная и теменная кости. В большинстве случаев остеомиелит черепа вызывает внутричерепные осложнения.

Приводим собственное наблюдение.

В., 44 лет, поступил в ЛОР-клинику 25/IV 1980 г. с жалобами на обильное выделение гноя из свища верхнего века правого глаза, отечность верхнего века, сужение правой глазной щели, чувство умеренной тяжести в области правого глаза, нерезко выраженную головную боль.

Считает себя больным с 4/III, когда появились головные боли и припухлость внутреннего угла правого глаза. 7/III был госпитализирован в ЦРБ. На рентгенограмме было выявлено затемнение обеих верхнечелюстных пазух. Произведена их пункция. Справа обнаружен обильный гной, слева гнойное отделяемое в значительно меньшем количестве. Лечили пункциями с последующим введением в пазухи гидрокортизона. Состояние больного ухудшалось, припухлость правого глаза увеличивалась, нарастали головные боли, из-за которых больной не спал ночами, пользовался анальгетиками. Температура оставалась субфебрильной. 17/III оториноларинголог амбулаторно произвел разрез верхнего века справа, но гноя не получено. Припухлость мягких тканей распространилась на всю правую половину лица. 20/III больной был госпитализирован в ЛОР-отделение республиканской больницы (г. Чебоксары).

21/III под общим обезболиванием произведена радикальная операция обеих верхнечелюстных пазух. 23/III самопроизвольно вскрылся абсцесс правого верхнего века через разрез от предыдущей ревизии. Получал линкомицин в течение 10 дней. Состояние улучшилось. Припухлость мягких тканей стала уменьшаться, глазная щель справа расширилась, гнойные выделения из свища уменьшились. 1/IV был выписан на амбулаторное лечение.

3/IV снова наступило ухудшение, отечность и припухлость распространились на область лба и правую щеку, увеличилось количество гнойного отделяемого из свища. 10/IV повторно был госпитализирован в ЛОР-отделение республиканской больницы (г. Чебоксары). Произведена ревизия абсцесса верхнего века. Однако количество гнойного отделяемого из свища не уменьшилось, отек и припухлость мягких тканей правой половины лица стойко держались. 19/IV под местной анестезией была произведена ревизия клеток решетчатого лабиринта справа — гноя не получено. Ввиду затяжного течения патологического процесса и неэффективности проведенного лечения больной был направлен в Казань.

Объективно при поступлении: температура нормальная, состояние средней тяжести, больной передвигается самостоятельно. Слизистая оболочка носовой полости розовая, патологического отделяемого нет, дыхание свободное, соустья в оперированные верхнечелюстные пазухи проходимы с обеих сторон. Определяется отек, инфильтрация верхнего и нижнего века правого глаза, глазная щель сужена наполовину. Застойная гиперемия кожи век. В середине верхнего века правого глаза друг над другом два продольных свища, из которых выделяется гной. Отек распространяется на надбровную и лобную области, а также на мягкие ткани латерального края орбиты справа. На боковой стенке наружного носа в области клеток решетчатого лабиринта — послеоперационный разрез с кетгутowymi швами. Мягкие ткани вокруг инфильтрированы и отечны. При надавливании из свища обильно выделяется сликообразный гной. При зондировании свища у верхнемедиального края орбиты определяется неровная шероховатая кость. Пальпация надбровной и лобной области справа умеренно болезненная. Другие ЛОР-органы в пределах нормы. Экзофтальма нет. Движения глазного яблока справа не ограничены. Зрение обоих глаз одинаковое. Со стороны внутренних органов патологических изменений нет.

Анализ крови 26/IV 1980 г.: Hb — 1,86 ммоль/л, л. — $11,6 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 2%, п. — 1%, с. — 65%, лимф. — 28%, мон. — 4%; СОЭ — 42 мм/ч. Моча без патологических изменений.

Рентгенография придаточных пазух носа 16/IV 1980 г.: обе лобные пазухи от-

существуют, отмечается неровность контуров верхнемедиального края правой орбиты. Заподозрен остеомиелит лобной кости справа.

28/IV под наркозом произведена ревизия остеомиелитического очага лобной кости, верхнего и наружного края орбиты справа с обнажением твердой мозговой оболочки передней черепной ямки и ее пункцией. Сделан широкий разрез от латерального края орбиты по брови до разреза в области клеток решетчатого лабиринта. Обнаружено обширное остеомиелитическое поражение верхнего и латерального края орбиты до перехода в скуловую кость, четыре остеомиелитических очага в лобной кости, покрытые грануляциями. Обильная грануляционная ткань в области верхнего века вокруг свищевого хода, который сообщался со всеми пораженными костными участками. Все патологически измененные ткани удалены. При этом в лобной кости образовался дефект размером 5×3 см, опорожнился экстрадуральный абсцесс, после чего появилась пульсация твердой мозговой оболочки. У верхнего края костного дефекта твердая мозговая оболочка резко утолщена, гиперемизована и покрыта фибринозным налетом на небольшом участке. При пункции в этом месте получен ликвор с кровью. Рана оставлена открытой.

Микрофлора операционной раны: замедленный рост золотистого стафилококка, единичные грамотрицательные палочки. Ассоциация микробов чувствительна к оксациллину, метициллину, тетрациклину, карбенициллину, слабее к стрептомицину, устойчива к пенициллину, эритромицину, левомицетину.

Результат патогистологического исследования тканей: хроническое гнойное воспаление с явлениями склероза, остеомиелит правой лобной кости.

Перевязки раны с йодоформом производились каждый день. 3/V 1980 г. свищ на верхнем веке закрылся. Картина крови нормализовалась к 14/V. Дважды осматривен невропатологом: объемный процесс лобной доли мозга не выявлен.

19/V назначена УВЧ-терапия на мягкие ткани вокруг раны. Через два дня у больного возникли выраженный отек и инфильтрация мягких тканей лобной области, латерального края глазницы в области скуловой кости, умеренная гиперемия кожи. В ране снова появился свободный гной, который выделялся из-под края костного дефекта черепа. Больной срочно осматривен окулистом, невропатологом и психиатром. Глазное дно — в норме. Убедительных данных, свидетельствующих об очаговом и контактом поражении лобной доли мозга, нет. Реактивная депрессия. Анализ крови 22/V 1980 г.: Hb — 2,01 ммоль/л, л. — $9,2 \cdot 10^9$ в 1 л, э. — 1%, п. — 4%, с. — 70%, лимф. — 20%, мон. — 5%, СОЭ — 7 мм/ч. ЭЭГ: очаговые изменения не обнаружены.

23/V под наркозом произведена ревизия остеомиелитического очага лобной кости справа. Сделан добавочный полукружный разрез сверху почти до волосистой части головы. Обнаружен остеомиелит краев костного дефекта в верхнем и латеральном отделах. Твердая мозговая оболочка утолщена, покрыта фибринозным налетом, грануляциями. При пальпации отчетливо передается пульсация мозга, гноя нет. Пораженные края обработаны костными щипцами и осмотрены под операционным микроскопом. Добавочный разрез частично ушит. На операционном столе рана осматривена нейрохирургом. Диагноз: эпидуральный абсцесс лобной области справа, остеомиелит лобной кости справа.

Больной получал комплексную терапию: пенициллин — 97 млн. ЕД, стрептомицин — 17 млн. ЕД, линкомицин — 22 млн. ЕД, сульфадиметоксин — 17 г, нистатин; глюкозу внутривенно и сернокислоту магнезию внутримышечно, сухую антистафилококковую плазму 125,0 внутривенно 2 раза, нативную плазму 100,0 внутривенно 2 раза, антистафилококковый γ -глобулин 5,0 внутримышечно 5 раз; метилурацил — 22 г внутрь, витамины В₁, В₆, аскорбиновую кислоту внутривенно. Перевязки раны производились ежедневно с 1% раствором диоксидина.

Рана уменьшилась в размерах, твердая мозговая оболочка и часть кости покрылись мелкими розовыми грануляциями, гнойное отделяемое исчезло. В удовлетворительном состоянии по собственному желанию 6/VI 1980 г. больной был выписан для дальнейшего лечения в стационар по месту жительства. Клинический диагноз: остеомиелит лобной кости справа. Экстрадуральный абсцесс передней черепной ямки справа. Орбитальный свищ. Состояние после радикальной операции обеих верхнечелюстных пазух, наружного вскрытия клеток решетчатого лабиринта справа.

Особенностью данного клинического случая являлось сочетание у больного орбитального и внутричерепного риногенных осложнений. Остеомиелит лобной кости — гематогенный, вторичный, вызванный гнойным воспалительным процессом верхнечелюстных пазух, который был единственным гнойным очагом инфекции у больного.

Несмотря на двукратное хирургическое вмешательство, произведенное в очень широком объеме, патологический процесс принял затяжное, хроническое течение, что характерно для остеомиелитического процесса диплоэтического типа. Радикальные хирургические вмешательства привели к купированию воспалительного процесса лишь в сочетании с интенсивной терапией.

Родственники сообщали, что через 2 мес после выписки из клиники у больного развился менингоэнцефалит с летальным исходом. Вероятно, наступил рецидив остеомиелита, осложнившийся менингоэнцефалитом.