

УДК 616.216-002:617.7-002

*Р.А. АБИЗОВ, Я.В. ШКОБА, В.К. ВІТЕР,
А.Є. ВОРОБЧЕНКО, Т.В. ЧЕРНІЮК*

ГОСТРИЙ ЛІВОБІЧНИЙ ГНІЙНИЙ ГЕМІСИНУЇТ, УСКЛАДНЕНИЙ НЕКРОТИЧНИМ ЦЕЛЮЛІТОМ ВЕРХНЬОЇ ПОВІКИ ТА ТОКСИЧНИМ НЕВРИТОМ ЗОРОВОГО НЕРВА

*Каф. оториноларингології (зав. – Заслуж. діяч науки і техніки України,
проф. Р.А. Абизов) НМАПО ім. П.Л. Шупика*

В оториноларингологічній практиці одну з найпоширеніших груп захворювань становлять синусити, які складають 25-30 % від усієї стаціонарної ЛОР-патології. Співвідношення між гострими та хронічними синуситами - 5:1, хоча спостерігається тенденція до збільшення кількості хронічних форм синуситів. Як правило, запальний процес охоплює не одну, а декілька пазух, при цьому розвивається гемі- чи полісинусит.

Незважаючи на великий об'єм інформації про риногенні орбітальні ускладнення, в літературі досить рідко описується некротичний целюліт верхньої повіки [1] в поєднанні з токсичним невритом зорового нерва.

Наводимо власне спостереження.

В нашу клініку звернувся хворий П., 41 рік, зі скаргами на гнійні виділення з лівої половини порожнини носа, головний біль, випинання лівого ока та відсутність зору на нього, підвищення температури тіла до 38⁰С.

З анамнезу відомо, що пацієнт хворіє протягом 2 тижнів, відколи вперше з'явилися вищеописані скарги. Захворів він гостро, не лікувався. Три дні тому почалося погіршення стану: збільшився екзофтальм, з'явилися головні болі, підвищилась температура тіла до 38⁰С.

При об'єктивному обстеженні загальний стан хворого був середнього ступеня тяжкості. Пульс – 84 удари за 1 хв, артеріальний тиск – 120/80 мм рт. ст., ритмічний. Температура тіла – 38⁰С. В легенях – везикулярне дихання. Живіт при пальпації не

болючий, печінка не збільшена, с-м Пастернацького негативний з обох сторін. Фізіологічні відправлення не порушені.

Лабораторні дослідження - (на момент поступлення) ЗАК: л. – 21,4 г/л; Нв – 138 г/л, ер. – 4,09 Т/л.; тр. – 397 г/л; ШОЕ – 28 мм/год; еоз. – 1%; Н.: п. – 14%; с. – 70%; лімфоц. – 10%; мон. – 5%. ЗАС: протеїн – 0,3 г/л; РН – 6,0; ПВ – 1,025; л. – 0-1 в п/з, багато солей.

В ЛОР-статусі відмічався набряк в ділянці лівої лобної пазухи та верхньої і нижньої повіки, а також у висковій ділянці; екзофтальм лівого ока; геморагічний крововилив у верхню повіку. Рухомість лівого очного яблука обмежена в усіх напрямках.

Риноскопія: слизова оболонка порожнини носа гіперемована, носова перегородка викривлена, у порожнині носа зліва - гнійні виділення, нижня носова раковина набрякла. Інші ЛОР органи - без особливостей.

Хворий проконсультований окулістом: visus OD – 1,0; здорове; OS – розрізняє світло та тінь. Ліве око – набряк в ділянці брови, вискової ділянки, верхньої та нижньої повік; щільний набряк повік (більше 3 днів), обмежена рухомість очного яблука в усіх напрямках, гіперемія кон'юнктиви; рогівка – блискуча, середньої прозорості; на очному дні ДЗН – блідо-рожевого кольору, межі – чіткі, вени розширені.

З метою дообстеження проведено КТ лицевого скелета : виявлено лівобічний гемісінусит; екзофтальм, набряк ретробульбарної клітковини з наявністю повітря, а

також підшкірно у верхній та нижній повіках зліва.

На основі проведених обстежень у пацієнта був визначений діагноз: гострий гнійний лівобічний гемісинусит, ускладнений набряком ретробульбарної клітковини, періоститом передньої стінки лівої лобної пазухи, геморагічним крововиливом у верхню повіку зліва, субперіостальним абсцесом верхньої стінки орбіти; токсичний неврит зорового нерва зліва.

Виконана лікувально-діагностична пункція лівої верхньощелепної пазухи. При пункції отримано гній об'ємом 5 мл з неприємним запахом. Цієї ж доби проведено фронтотомію зліва, розкрито субперіостальний абсцес верхньої стінки орбіти зліва. Під час операції у лобній пазусі знайдено гній. Лобно-носовий канал прохідний, пазуха дренована. Розкрито субперіостальний абсцес. Взято мазок з рани для бактеріологічного дослідження на флору та чутливість до антибіотиків.

Хворому призначена антибактеріальна терапія: цефтриаксон – 1,0 мл в/м 2р/д – 10 дн. та метронідазол – 100,0 мл 3 р/д в/в кр. – 5 дн., а також промивання лобної та верхньощелепної пазух з уведенням р-ну гентаміцину та гідрокортизону; реосорбілакт – 200,0 мл в/в кр.; цетрин – по 1 табл. на ніч.

На другу добу після операції у пацієнта збільшився набряк верхньої повіки лівого ока, піднялась температура тіла до 39⁰С, погіршився загальний стан. Через відсутність ефекту від дренажного лікування на фоні антибіотикотерапії у нього була проведена гайморотомія, етмоїдектомія, сфеноїдотомія зліва, ревізія лівої лобної пазухи, розкриття абсцесу верхньої повіки зліва. Під час операції у верхньощелепній пазусі виявлено гній та некротизовану слизову оболонку. При ревізії лобної пазухи знайдено гнійний вміст, пазуху дреновано. Розкрито абсцес верхньої повіки зліва, поставлено дренажі. Незважаючи на вжиті заходи, у хворого на 3-ю добу перебування в стаціонарі розвинувся некротичний целюліт верхньої повіки лівого ока.

На 4-у добу отримано результати дослідження мазка з рани на флору та її чутливість до антибіотиків (*S. epidermidis*, *Enterococcus faecium* чутливі до доксицикліну, канаміцину, левофлоксацину). Антибіотик було змінено на левофлоксацин – 100,0 x 2 р/д в/в, а також призначено трентал – 5,0+200 мл фіз. р-ну в/в кр.; 40% р-н глюкози – 20,0 мл. + 2% р-н еуфіліну – 4,0 мл + 10% р-н Са глюконата – 10,0 мл + 5% р-н віт. С – 4,0 мл в/в; віт В₁ – 1,0 мл в/м через добу, віт В₆ – 1,0 в/м через добу; АТФ – 1,0 в/м, актовегін - 80 мг в/м.

На наступну добу стан хворого значно покращився. При об'єктивному обстеженні відмічалось зменшення реактивного набряку парабульбарної клітковини та набряку верхньої повіки і вискової ділянки. Рухомість очного яблука незначно обмежена, екзофтальм зменшився. Пацієнт почав бачити світло та предмети на ліве око, розрізняти кількість пальців на руці, знизилась температура тіла до 36,8⁰С.

На 8-у добу від моменту поступлення у хворого було здійснено ектомію некротизованих тканин верхньої повіки лівого ока. На 14-у добу проведена пластика верхньої повіки.

На момент виписки (20-а доба) пацієнт проконсультований окулістом: *visus OD* – 1,0; *OS* – 0,7; виписаний додому в задовільному стані.

Цей випадок цікавий тим, що, незважаючи на застосування антибіотиків широкого спектру дії та достатній об'єм хірургічного втручання, у хворого на фоні гострого гнійного гемісинуситу виникли такі рідкісні ускладнення, як некротичний целюліт верхньої повіки та токсичний неврит зорового нерва, а своєчасна заміна антибактеріального препарату, відповідно до результатів бактеріального дослідження, та додатково проведена антинеуритна терапія дали можливість відновити зір.

1. Неотложная медицинская помощь: Пер. с англ. / Под ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.

Надійшла до редакції 23.12.2009.

© Р.А. Абизов, Я.В. Шкоба, В.К. Вітер, А.С. Воробченко, Т.В.Черніюк, 2011