

## ОСЛОЖНЕННЫЕ СИНУСИТЫ

Проф. Г. И. ГАРЮК, канд. мед. наук И. В. ФИЛАТОВА\*, В. М. АРНОЛЬДИ\*, Э. Г. АЗИЗОВ

*Харьковская медицинская академия последипломного образования,*

*\* 30-я Харьковская городская клиническая больница*

**Представлены данные литературы и собственных наблюдений о частоте орбитальных осложнений параназальных синуситов, показано значение периоститов для диагностики и лечения осложненных синуситов.**

*Ключевые слова: орбитальные осложнения синуситов, периоститы орбитальные.*

Несмотря на достижения современной медицины, вопросы диагностики и эффективного лечения синуситов остаются актуальными. Рабочая группа Американской академии отоларингологии дала определение синусита: «Синусит — это группа заболеваний, характеризующаяся воспалением слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух», включающих в себя весь спектр острых и хронических воспалительных процессов [1, 2]. В литературе и клинической практике все чаще используется термин «риносинусит», что патогенетически обосновано, поскольку эпителий, выстилающий околоносовые пазухи, является непосредственным продолжением слизистой оболочки полости носа, и воспалительный процесс развивается и в носу, и в околоносовых пазухах [3].

Острый синусит — одно из наиболее частых заболеваний, встречающихся в общей практике и почти в 50% случаев осложняющих течение вирусной инфекции в период эпидемии гриппа [4, 5]. По современным данным, синуситами болеет более 15% населения с возрастанием числа заболевших за последние 8 лет вдвое [5, 6]. Удельный вес госпитализированных по поводу заболевания околоносовых пазух увеличивается на 1,5–2% ежегодно, составляя 25–30% в структуре ЛОР-заболеваний [5, 7, 9, 10]. Медико-социальная значимость синуситов обусловлена также затратами на лечение больных и тем фактом, что риносинусит признан пятым ведущим диагнозом, при котором назначаются антибиотики [9–11].

При патологических состояниях околоносовых пазух возникают нарушения различных звеньев системы функциональных взаимосвязей и анатомических отношений, сопровождаемых реакцией безальтернативных психических, моторных и вегетативных нервных центров, изменениями гемо- и ликвородинамики, что может приводить к развитию соматических заболеваний, патологических состояний периферической и вегетативной нервной системы и воспалительным изменениям соседних областей [12–15].

Вовлечение в воспалительный процесс орбиты и ее содержимого с развитием орбитального осложнения установлено в 3,4–6,8% случаев

воспаления околоносовых пазух [15, 16]; 40–80% воспалительных поражений глазницы обусловлены заболеванием синусов [17]. По современным данным, риногенные орбитальные осложнения встречаются в 1,7% случаев острых риносинуситов с преобладанием негнойных осложнений над гнойными в 86,5% случаев против 13,5% [18] и высоким удельным весом субпериостального абсцесса в области базальной пластинки решетчатой кости [19].

Возникновению орбитальных осложнений синуситов способствуют тесные анатомо-физиологические связи с органом зрения. Общность костных стенок с достаточно тонкой верхней и внутренней, наличие дегисценций и отверстий, через которые проходят сосуды и нервы в решетчатой кости, передне-нижней стенке лобной, верхней стенке гайморовой и боковой стенке основной пазух обуславливают возможность непосредственного перехода воспалительного процесса в орбиту. При этом большое клиническое значение приобретают индивидуальные анатомические варианты нормы, свойственные строению околоносовых пазух, характер микрофлоры и патоморфологические особенности воспаления, а также состояние естественных соустьев пазух [20, 21]. Развитию орбитальных осложнений при синуситах способствуют обширные артериальные, венозные и лимфатические взаимосвязи придаточных пазух носа и орбиты [22, 23].

При неблагоприятном течении воспалительного процесса в придаточных полостях носа орбитальные осложнения могут быть следствием либо прямого распространения инфекции в окружающие ткани *per continuitatem*, либо результатом тромбоза мелких вен-перфорантов, либо возникать лимфогенно [22].

Очевидно, что орбитальные осложнения синуситов являются пограничной областью отоларингологии и офтальмологии, что обуславливает возникновение ряда дискуссионных аспектов проблемы, прежде всего в отношении их нозологических форм и классификации [24]. По Ф. И. Добромьльскому и И. И. Щербатову [25] выделяют периоститы глазницы (простой, гнойный,

субпериостальный абсцесс) и воспаление мягких тканей орбиты — негнойное (отек век и ретробульбарной клетчатки) и гнойное (абсцесс век и ретробульбарной клетчатки). Б. В. Шеврыгин и Н. И. Куранов [23] различают реактивные отеки клетчатки орбиты и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век, периостит, субпериостальный абсцесс, абсцесс век, свищи век и глазничной стенки, ретробульбарный абсцесс, флегмону орбиты и тромбоз вен глазничной клетчатки. По мнению А. С. Киселева [26], эту классификацию следует усовершенствовать, объединив вышеперечисленные в группу риногенных зрительных осложнений глазничной локализации, и дополнить ее деформацией глазницы и зрительными нарушениями при панофтальме и мукоцеле, остеомах пазух, а также выделить группу риногенных зрительных осложнений внутричерепной локализации (опто-хиазмальный арахноидит, атрофия зрительного нерва, зрительные нарушения при поражении кавернозного синуса). В основу классификации риногенных орбитальных осложнений по Hubert et Chandler [цит. по 26] положен анатомический принцип локализации очага воспаления относительно septum orbitale: пресептальные (периорбитальный целлюлит — воспаление и отек век, абсцесс век) и ретросептальные осложнения (орбитальный целлюлит — воспаление клетчатки орбиты, воспаление тканей орбиты с субпериостальным абсцессом, с образованием абсцесса, тромбоз вен кавернозного синуса). По мнению Евдошенко Е. А. [24], сомнительна целесообразность выделения в самостоятельную единицу реактивного отека век, поскольку он развивается практически при всех орбитальных осложнениях синуситов.

На основании собственного опыта считаем, что наиболее четкой и удобной в клиническом отношении является классификация Ф. И. Добромыльского и И. И. Щербатова [25]. Недостаток ее — в отсутствии в качестве орбитального осложнения синуситов тромбоза кавернозного синуса, что, возможно, определено как риногенной, так и гематогенной его этиологией, а также экстраорбитальным положением синуса. Использование классификации Н. И. Куранова менее удобно, поскольку в клинике трудно различить реактивный отек орбитальной клетчатки и век от их диффузного негнойного воспаления, свищи век и глазничной стенки являются исходом гнойного периостита и могут быть отнесены к остеопериоститу, а тромбоз вен глазничной клетчатки и ретробульбарный абсцесс (в отличие от субпериостального абсцесса глубоких отделов орбиты) предшествуют и могут быть недлительной начальной стадией флегмоны орбиты, и поэтому самостоятельно рассматриваются редко. Зарубежные авторы не выделяют флегмону, а в указанных в классификации формах воспаления не учитывают качество морфологического субстрата (реактивный отек, гнойное воспаление) и объединяют различные

осложнения без необходимого уточнения в одну форму (воспаление тканей орбиты с субпериостальным абсцессом).

Высказываются различные мнения о преобладающей доле острого и хронического воспаления в синусах для возникновения орбитальных осложнений, преобладании моно- или полисинуситов, частоте возникновения различных форм орбитальных осложнений [28–30].

Современные исследования по обсуждаемой проблеме немногочисленны и разноречивы, малоизученными остаются синусогенные периоститы, классифицируемые как остеопериоститы [23]. Простой периостит является состоянием обратимым. Морфологическим субстратом является гиперемия и серозноклеточная инфильтрация надкостницы. Макроскопически может определяться небольшое утолщение периоста. Простые периоститы протекают либо как местный процесс на ограниченном участке, где при пальпации отмечается незначительное припухание и болезненность, либо могут сопровождаться развитием негнойных орбитальных осложнений. По данным [25], болезненность различной интенсивности при давлении на костные стенки пазухи является характерным симптомом при воспалении надкостницы и развитии периостита.

Целью настоящего исследования было изучение актуальности и эффективности учета состояния костных стенок пазух при синуситах для развития орбитальных осложнений и определения тактики лечения.

Проведено обследование и лечение 73 пациентов с острым риносинуситом. Из них 44 (60,3%) человека с обострением хронического гнойного и 29 (39,7%) больных с обострением полипозногнойного риносинусита. В группу обследованных вошли все больные с риногенными орбитальными осложнениями (отек век — 17 больных, отек ретробульбарной клетчатки — 9 пациентов, абсцесс века — 2, гнойный периостит — 1 больной) и больные при произвольной (случайной) выборке. На основании жалоб и объективного осмотра положительный симптом болезненности при перкуссии и пальпации околоносовых пазух установлен у 63% больных (у 84,6% при остром риносинусите и у 27,6% — при хроническом воспалительном процессе в пазухах). При остром риносинусите в 82,9% случаев определялась болезненность передней стенки лобной пазухи, из них в половине случаев поражение пазухи носило характер моносинусита (фронтита). У 17% больных отмечалась болезненность при перкуссии и пальпации верхнечелюстных пазух с преобладанием геми- и полисинусита. У всех пациентов с риногенными орбитальными осложнениями изучаемый симптом был положительным.

При пальпации у 12 больных острым и у 6 пациентов хроническим синуситом определялась асимметрия передней стенки лобной пазухи с наличием ограниченного уплотнения, а при

тщательном сборе анамнеза установлено наличие в прошлом болевых эпизодов, купировавшихся приемом антибиотиков. Рентгенологически у большинства пациентов имело место наличие уровня жидкости в лобной пазухе либо тотальное понижение ее прозрачности. В ходе наблюдения и лечения сохраняющаяся болезненность при перкуссии пазухи коррелировала со стойким нарушением дренажной функции естественного соустья у 10 пациентов и развитием реактивного отека верхнего века у 8 больных. На этом этапе лечения осложненных синуситов, как правило, возникает вопрос о выборе дальнейшей тактики; целесообразности продолжения консервативной терапии либо проведении оперативного вмешательства, его подходах, объемах и сроках проведения. Ранее факт наличия риногенных орбитальных осложнений был безусловным показанием для оперативного лечения с классическими санлирующими подходами. На современном этапе считают возможной и перспективной комбинацию экстраназальных (вскрытие абсцесса, трепанопункция) и эндоназальных методов на основе индивидуального подхода. При этом более физиологичным методом является трепанопункция по сравнению с установкой трубки в естественное соустье [19]. Но у пациентов с орбитальными осложнениями в стадии абсцедирования со стойкой патологией дренажа через естественное соустье предпочтение должно быть отдано наружным доступам [18].

На основании вышеизложенного больным с риносинуситами, осложненными периоститом стенок придаточных пазух при отсутствии положительной или наличии отрицательной динамики доступных клинических симптомов (перкуссии и пальпации), особенно с сохраняющейся стойкой патологией дренажа через естественное соустье в течение 2–4 дн консервативной терапии, была произведена смена тактики лечения на оперативную. С учетом современных тенденций у 19 пациентов выполнены классические санлирующие

оперативные вмешательства на околоносовых пазухах (в 8 случаях — фронто-гайморо-этмоидотомия, в 11 — фронтотомия), у 5 больных — эндоназальные и у 5 больных — комбинированные хирургические подходы на пазухах носа. Интраоперационно во всех случаях острого процесса установлено гнойно-некротическое воспаление, что подтверждено морфологически. У 3 пациентов после эндоназального подхода и у 2 с комбинированным хирургическим доступом явления периостита сохранялись в послеоперационном периоде в течение 5–7 дн с развитием субпериостального абсцесса в 3 случаях. Субпериостальный абсцесс при классических подходах имел место только у 1 пациента.

Таким образом, проведенные исследования показали, что в 79,5% случаев развитие острых и, в меньшей степени, хронических синуситов сопровождается и осложняется развитием простого периостита. Установлено преобладание моносинусита (фронтита) при остром воспалении, поли- и гемисинусита — в случаях хронического воспаления. Простые клинико-диагностические приемы (перкуссия, пальпация) достаточно информативны в диагностике периостита. Простой периостит передних стенок пазух в большинстве случаев не имеет общепризнанных, визуально определяемых признаков орбитального осложнения, однако и в этом случае синусит следует рассматривать как осложненный, поскольку вероятно распространение на другие костные стенки и развитие орбитального осложнения, в том числе гнойного. Динамика болезненности при перкуссии и пальпации стенок околоносовых синусов может служить простым информативным критерием эффективности лечения и должна учитываться при выборе объема и тактики хирургического вмешательства. По нашим данным, классические санлирующие оперативные вмешательства на придаточных пазухах носа являются методом выбора при осложненных синуситах.

#### Литература

1. Лопатин А., Юрочко Ф., Михайлов А. Сильнее синусита. — Львов: Изд-во Мс, 2006. — 80 с.
2. Healthcare expenditures for sinusitis in 1996. Contributions of asthma, rhinitis and other airway disorders / N. F. Ray, J. N. Baraniuk, M. Thamer et al. // *J. Allergy Clin. Immunol.* — 1999. — Vol. 103. — P. 408–414.
3. Management of a 35-year-old man with acute nasal and sinus complaints / M. V. Conde, J. V. Williams, D. L. Witsell, J. E. Piccirillo // *JCOM.* — 1998. — Vol. 5. — P. 63–76.
4. Principles of appropriate antibiotic use for acute rhinosinusitis in adults; background / J. M. Hickner, J. G. Bartlett, R. E. Besser et al. // *Annals of internal medicine.* — 2001. — Vol. 134 (6). — P. 498–505.
5. Гладуш Ю. И., Тышко Ф. А., Скицюк С. В. Синуситы. Клинич. рук-во в таблицах и схемах. — М.: Медицина, 2007. — 59 с.
6. Kaliner M. Medical management of sinusitis // *Amer. J. Med. Sciences.* — 1998. — Vol. 316, № 1. — P. 21–28.
7. Хронічний верхньощелепний синусит у дітей / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний, А. Л. Косаковський, О. Ю. Бредун. — К.: Логос, 2007. — 224 с.
8. Безшапочний С. Б., Лобурець В. В. Ендоскопічна ендоназальна функціональна хірургія: достоїнства, недоліки, перспективи // *Ринологія.* — 2002. — № 2. — С. 3–10.
9. Bensor V. M., Marano M. A. Current estimates from the National Health Interview Survey // *Vital Health Stat.* — 1994. — Vol. 10 (189). — P. 1895–1899.
10. Отоларингология / Под ред. В. Т. Пальчуна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 960 с.
11. McCaig L. F., Hughes J. M. Trends in antimicrobial drug prescribing among office-based physicians in the United States // *JAMA.* — 1995. — Vol. 273. — P. 214–219.

12. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология.— М.: «Миклош», 2002.— 390 с.
13. Спокойная В. А. Параназальные синуситы как источник негнойных неврологических осложнений // VII съезд оториноларингологов СССР (Тез. докл.).— М., 1975.— С. 164.
14. Сабанович Р. И. Множественные осложнения при фронтотомоидите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1980.— № 2.— С. 71–72.
15. Волков А. Г. Лобные пазухи.— Ростов-на-Дону: Феникс, 2000.— 509 с.
16. Беличева Э. Г., Линьков В. И., Науменко В. В. Особенности тактики лечения риносинусогенных орбитальных осложнений // Рос. ринология.— 1998.— № 2.— С. 38–39.
17. Фотин А. В., Куранов Н. И. Внутриглазные осложнения при воспалительных заболеваниях придаточных пазух носа // Вестн. оториноларингологии.— 1973.— № 3.— С. 60–65.
18. Наш опыт лечения риногенных орбитальных осложнений по данным ЛОР-клиники ЗГМУ / В. И. Троян, Л. Я. Лисицина, К. Г. Назаренко, И. А. Синайко // Матер. XI з'їзду отоларингологів України (17–19 травня, м. Судак).— Судак, 2006.— С. 207–208.
19. Эндоназальная эндоскопическая хирургия риногенных орбитальных осложнений / С. К. Боечко, З. Т. Климов, А. С. Платонов и др. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 2007.— № 3.— С. 41–42.
20. Гострий лівобічний гнійний гемісинусит, ускладнений некротичним целюлітом верхньої повіки та токсичним невритом зорового нерва / Р. А. Абизов, Я. В. Шкоба, В. К. Вітер та ін. // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 2011.— № 1.— С. 69–70.
21. Бодяка Ю. А. Гострий гнійний пансинусит, ускладнений вторинним менінгоенцефалітом, субдуральною емпіємою головного мозку, набряком ретробульбарної клітковини правого ока, флегмоною голови, септікопемією // Журн. ушних, носовых и горловых болезней.— 2011.— № 1.— С. 71–74.
22. Золотарева М. М. Офтальмологические симптомы при болезнях ЛОР-органов и полости рта.— Минск: Изд-во «Беларусь», 1969.— 147 с.
23. Шеврыгин Б. В., Куранов Н. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения синуситов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1976.— № 3.— С. 55–58.
24. Евдощенко Е. А. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1989.— № 5.— С. 3–9.
25. Добромьльський Ф. И., Щербатов И. И. Придаточные пазухи носа и заболевания глазницы.— М.: Медгиз, 1961.— 287 с.
26. Киселев А. С. К вопросу о классификации риногенных зрительных осложнений // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 2007.— № 3.— С. 130.
27. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія.— Львів: Кварт, 2006.— 531 с.
28. Ходаков И. Г., Пономарев М. Н. Риногенное орбитальное и внутричерепное осложнение // Вестн. оториноларингологии.— 1978.— № 3.— С. 65–67.
29. Куранов Н. И. Риногенные орбитальные осложнения у больных различных возрастных групп // Вестн. оториноларингологии.— 1976.— № 5.— С. 65–66.
30. Шеврыгин Б. В., Куранов Н. И. Риногенные орбитальные осложнения у детей и взрослых // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1982.— № 4.— С. 31–34.

### УСКЛАДНЕНІ СИНУСИТИ

Г. І. ГАРЮК, І. В. ФІЛАТОВА, В. М. АРНОЛЬДІ, Е. Т. АЗІЗОВ

**Представлено дані літератури та власних спостережень про частоту орбітальних ускладнень параназальних синуситів, показано значення періоститів для діагностики та лікування ускладнених синуситів.**

*Ключові слова: орбітальні ускладнення синуситів, періостити орбітальні.*

### COMPLICATED SINUSITIS

G. I. GARIUK, I. V. FILATOVA, V. M. ARNOLDI, E. G. AZIZOV

**The literature data and the original findings about the incidence of orbital complications of paranasal sinusitis are presented. Significance of periostitis in diagnosis and treatment of complicated sinusitis is shown.**

*Key words: orbital complications, orbital periostitis.*

Поступила 08.06.2011