

М.М. Золотарева

**Офтальмологические симптомы при
болезнях ЛОР-органов и полости рта**

**Москва
«Книга по Требованию»**

УДК 61
ББК 5
М11

М11 **М.М. Золотарева**
Офтальмологические симптомы при болезнях ЛОР-органов и полости рта / М.М. Золотарева – М.: Книга по Требованию, 2023. – 48 с.

ISBN 978-5-458-38701-9

ISBN 978-5-458-38701-9

© Издание на русском языке, оформление
«YOYO Media», 2023
© Издание на русском языке, оцифровка,
«Книга по Требованию», 2023

Эта книга является репринтом оригинала, который мы создали специально для Вас, используя запатентованные технологии производства репринтных книг и печати по требованию.

Сначала мы отсканировали каждую страницу оригинала этой редкой книги на профессиональном оборудовании. Затем с помощью специально разработанных программ мы произвели очистку изображения от пятен, клякс, перегибов и попытались отбелить и выровнять каждую страницу книги. К сожалению, некоторые страницы нельзя вернуть в изначальное состояние, и если их было трудно читать в оригинале, то даже при цифровой реставрации их невозможно улучшить.

Разумеется, автоматизированная программная обработка репринтных книг – не самое лучшее решение для восстановления текста в его первоизданном виде, однако, наша цель – вернуть читателю точную копию книги, которой может быть несколько веков.

Поэтому мы предупреждаем о возможных погрешностях восстановленного репринтного издания. В издании могут отсутствовать одна или несколько страниц текста, могут встретиться невыводимые пятна и кляксы, надписи на полях или подчеркивания в тексте, нечитаемые фрагменты текста или загибы страниц. Покупать или не покупать подобные издания – решать Вам, мы же делаем все возможное, чтобы редкие и ценные книги, еще недавно утраченные и несправедливо забытые, вновь стали доступными для всех читателей.

смещение его в сторону, противоположную локализации абсцесса. Иногда бывает дигло¹ пия. У больных с эмпией лобной пазухи возможен прорыв абсцесса в веко или в верхне-внутренний угол глазницы.

Ярким примером образования субпериостального абсцесса у больной фронтитом может быть следующее наше наблюдение.

Больная К., 55 лет, в конце 1966 г. после переохлаждения почувствовала боль в левой половине лба, затем наступил отек века, который быстро исчез. Через месяц появилась инфильтрация верхнего века. В 1967 г. была направлена в онкологический институт с диагнозом опухоль левой лобной пазухи. На операции выявлен гнойный фронтит. Пазуху опорожнили от гноя. До 6/III 1969 г. чувствовала себя хорошо, а затем вновь появилась инфильтрация, гиперемия, отек и птоз верхнего века (рис. 2, а) без ринологических изменений. На рентгенограмме (рис. 2, б) выявлена деструкция верхней стенки орбиты и фронтит. С диагнозом: хронический гнойный фронтит, субпериостальный абсцесс была госпитализирована в ЛОР-отделение. При осмотре офтальмологом обнаружено: рубец кожи в надбровной области, инфильтрация верхнего века распространяется до пальпебральной складки и по корню носа на лоб. Флюктуация в области века ниже верхней стенки орбиты. Глазное яблоко смещено книзу, подвижность его кверху ограничена, глазное дно в пределах нормы, острота зрения=1,0. 1 I/III больная оперирована ларингологом. Во время разреза мягких тканей в области надбровной дуги и спинки носа выделился гной. В латеральном углу глазницы был обнаружен дефект кости, продолжающийся на лобную пазуху. Обнаруженный гной в глазнице и правой лобной пазухе, попавший туда из дефекта перегородки, был удален вместе с полипозно утолщенной слизистой. Подобные изменения оказались и в решетчатой пазухе. Через неделю после операции резко улучшилось состояние больной (рис. 2, в).

Лишь в случаях глубокого расположения пазухи прорыв гнойника возможен в сторону орбиты с образованием ретробульбарного абсцесса. У больных этмоидитом фистула может возникнуть в несколько иной локализации, в соответствии с вышеуказанным локальным поражением.

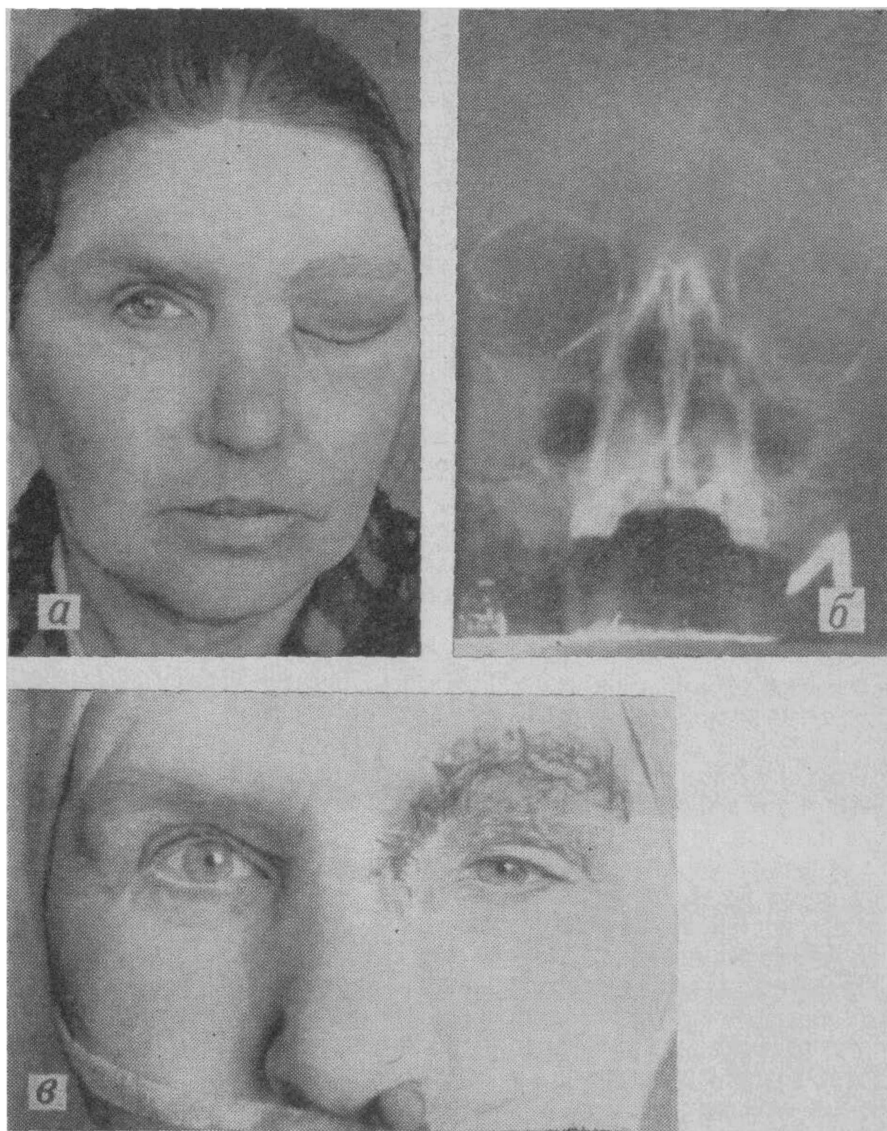


Рис. 2. Субпериостальный абсцесс вследствие рецидивирующего левостороннего гнойного фронтита:

а — общий вид больной до операции; б — рентгенограмма орбиты, дефект верхней стенки левой орбиты; в — общий вид больной после радикальной операции, вскрытия лобных и решетчатых пазух.

Диагностика субпериостального абсцесса при передних синуситах в типичных случаях при сочетании определенных клинических, ринологических, офтальмологических и рентгенологических данных не представляет особых затруднений.

Примером тяжелого и атипичного течения субпериостального абсцесса с внутричерепным осложнением может быть личное наблюдение.

Больной В., 17 лет, в январе 1962 г. был направлен в нашу клинику из республиканского онкологического диспансера для экзантерации правой орбиты по поводу предполагаемой саркомы. В анамнезе: 3/XI 1961 г. на нижнем веке правого глаза возник ячмень, который исчез 10/XI, но появились головная боль, рвота, обильные гнойные выделения из правой ноздри, отек век, слезотечение, экзофтальм, снизилась острота зрения. С 12/XI по 21/XII 1961 г. лечился в глазном и ушном отделениях районной больницы, а с 25/XII по 11/1 1962 г. — с диагнозом: ретробульбарный абсцесс — в глазном отделении областной больницы различными противовоспалительными средствами и антибиотиками. Ввиду безуспешности лечения был направлен в глазное отделение республиканской больницы, откуда с диагнозом опухоль орбиты и из-за отказа от экзантерации был переведен в онкологическое учреждение. Аспирационная биопсия показала в пунктате атипичные клетки незрелой злокачественной опухоли, возможно саркомы. Рентгенографией орбиты и придаточных полостей не выявлено патологии. Анализ крови: РОЭ — 5 мм, Э. 5050000, Л. — 4700, н — 49, л. — 39, м. — 8, э. — 4. Температура тела нормальная. Тем самым диагноз опухоли был подтвержден, и больной дал согласие на операцию. При поступлении: острота зрения правого глаза = 0,1. Веки растянуты вследствие резко выраженного экзофтальма, глаз смещен кнаружи и книзу, конъюнктив его гиперемизирована и инфильтрирована. В верхне-внутреннем углу орбиты видно и прощупывается плотное новообразование размером с грецкий орех. Подвижность глаза в его сторону отсутствует. Роговица отечна, чувствительность ее снижена, в нижнем отделе гнойно инфильтрирована, сетчатка отечна.

Данные анамнеза свидетельствовали в пользу синусита или гематогенной инфекции орбиты, однако отсутствие изменений: ринологических и рентгенологических, температурной и общей реакции крови и безуспешность противовоспалительного лечения, а тем более заключение онколога дали основание согласиться с этим диагнозом. Во время операции, в момент поднадкостничного разреза по верхнему краю орбиты (под веком), в ее внутреннем отделе оказался густой гной и выделилось его до 10 мл. Там же обнаружился дефект верхневнутренней стенки орбиты, ведущий в лобную пазуху. Тогда стало очевидным, что это субпериостальный абсцесс, который был опорожнен. В послеоперационном периоде уменьшился экзофтальм, улучшилась подвижность глаза кверху и книзу, но стал нарастать хемоз конъюнктивы снизу, туда же ограничилась подвижность глаза. Продолжала прогрессировать гнойная язва роговицы. С подозрением на ретробульбарный абсцесс была сделана орбитотомия снизу, гной не был обнаружен, однако уменьшился отек слизистой и улучшилась подвижность глаза. Через 2 недели после операции появился птоз, нарушение конвергенции, диплопия. По заключению невропатолога, у больного: менингоэнцефалит с преимущественной заинтересованностью основания и левосторонней микроорганикой (синдром Вебера) как проявление внутричерепного осложнения. Энергичное применение комплекса средств, в том числе и антикоагулянтов, привело к исчезновению всех симптомов, выздоровлению больного (19/III 1962 г.) и восстановлению остроты зрения до 0,7.

Субпериостальный абсцесс в случаях задних синуситов проявляется болью позади глаза и при отдавлении его кзади более резким, чем в случаях передних синуситов, экзофтальмом, нарушением подвижности глаза и его смещением, диплопией, амврозом или снижением остроты зрения вследствие центральной скотомы из-за неврита или отека зрительного нерва. Значительно реже возникает нейротрофическая язва роговицы или панфтальмит. При такой локализации субпериостального абсцесса возможен прорыв гноя в орбиту, и тогда развивается ретробульбарный абсцесс.

Редки субпериостальные абсцессы при эмпиемах гайморовой пазухи. Однако чаще это проявляется у детей в связи с поражением зубов или остеомиелитом верхней челюсти. При локализации абсцесса в переднем отделе пазухи могут интенсивнее проявиться симптомы, характерные для остеопериостита, в случаях более глубокого процесса отмечается экзофтальм, смещение глаза кверху и ограничение его подвижности книзу. При этом возможно поражение зрительного нерва (неврит, застойный сосок) и резкое снижение остроты зрения или слепота.

Воспаление мягких тканей век и глазницы может быть негнойным (простым) и гнойным.

Негнойное воспаление век. Это скорее отек век, больше верхнего, чем нижнего или обоих, и гиперемия кожи, распространяющаяся на боковую поверхность носа. Наблюдается чаще у детей раннего возраста из-за катарального этмоидита или фронтита (реже) и может сопутствовать скарлатине или гриппу. Глаз не страдает. Изредка у больных бывает субфебрильная температура.

Отек ретробульбарной клетчатки, преимущественно типа коллатерального, чаще возникает в случаях задних синуситов, особенно гнойных. При этом у детей повышается температура тела, появляется головная боль, рвота, отек век, хемоз конъюнктивы, экзофтальм прямо вперед или кнутри с неподвижностью кнаружи из-за паралича VI нерва и диплопией. Глазное дно не изменяется. У взрослых отсутствуют или незначительны общие симптомы, но возможно временное снижение остроты зрения и паралитическое косоглазие. Отек клетчатки орбиты быстро исчезает под влиянием назальной терапии (С. И. Тальковский). Как редкое наблюдение А. Г. Сливко и Б. А. Шапоренко (1964) описали больного с одонтогенным острым гайморитом и отеком клетчатки в единственном глазу при тяжелом общем состоянии. Быстрое развитие и регрессирование описанных изменений отличает коллатеральный отек орбиты от воспалительных изменений в ней.

Гнойное воспаление мягких тканей век и глазницы. Гнойный процесс в подкожной клетчатке век — абсцесс, флегмона могут развиваться у больных с эмпиемой чаще решетчатой или гайморовой пазух вследствие прорыва гноя в клетчатку. Вначале возникает резкий ограниченный (абсцесс) или разлитой (флегмона) плотный отек и гиперемия кожи век, птоз, позже — флюктуация в месте будущего прорыва гноя, гиперемия и хемоз конъюнктивы глаза. После самопроизвольного вскрытия абсцесса может образоваться кожный свищ, иногда сообщающийся с пазухой, или опорожнение гнойного очага завершается рубцеванием века, его спаянием с костным краем орбиты, деформацией глазной щели. Отсюда возможен лагофтальм и кератит. Рентгенологически устанавливают диагноз: синусит.

Ретробульбарный абсцесс возникает вследствие прорыва в орбиту глубоко расположенного субпериостального абсцесса у больных синуситами или гематогенным путем из другого очага в организме, особенно на лице (фурункул носа, верхней губы и др.). У больных наблюдается выраженная общая реакция, соответствующая септическому процессу, экзофтальм, смещение глаза в сторону, противоположную локализации абсцесса, и ограничение подвижности в его направлении, постоянное снижение остроты зрения вследствие неврита зрительного нерва. Рентгенологически кроме синусита определяется

затемнение орбиты, а в случае перехода процесса контактным путем — дефект ее костной стенки, иногда обнаруживаемый и пальпацией. Дифференциации ретробульбарного с субпериостальным абсцессом способствует динамика процесса — прогрессирование общих и очаговых симптомов, рентгенологические данные.

Флегмона орбиты — острое гнойное воспаление с инфильтрацией, некрозом и гнойным расплавлением орбитальной клетчатки. Процесс начинается с тромбоваскулита сосудов орбиты и образований вокруг них вначале небольших, затем сливающихся абсцессов. Чаще всего развивается у больных с эмпиемами придаточных полостей, преимущественно перед другими лобной и гайморовой, или как следствие метастатических процессов (пневмония, сепсис, болезни зубов, фурункул носа, кожи лица и др.). У грудных детей может быть осложнением остеомиелита носового отростка верхней челюсти. Особенно опасна флегмона орбиты из-за возможных внутричерепных осложнений.

Заболевание проявляется тяжелой общей реакцией: высокой температурой тела и несоответственным ей замедлением пульса, головной болью, ознобом, тупой болью во лбу, глазнице, усиливающейся при надавливании на глаз или его движении. Веки плотные, кожа гиперемирована, видна тромбозированная венозная сеть их и лица. Глазная щель сомкнута (рис. 3,а), глаз резко выпячен вперед (рис. 3,б), за исключением тех случаев, когда флегмоне предшествует остеоperiостит или субпериостальный абсцесс. При этом глаз может быть смещен в противоположную ему сторону и неподвижен. Такое состояние связано с инфильтрацией клетчатки, мышц и двигательных нервов. Редко возникает диплопия. Слизистая глаза отечна и иногда ущемляется между веками.

Часто острота зрения снижается вплоть до амавроза, но не всегда в соответствии с тяжестью процесса, а в зависимости от причины поражения зрительного нерва. Частота этого отмечена у 28—29% (Birch-Hirschfeld, С. И. Тальковский). Мгновенная слепота связана с сосудистыми нарушениями в зрительном нерве из-за тромбофлебита или тромбоза глазничной вены, или тромбоза центральной вены сетчатки, эмболии артерии. Нарастающее снижение зрительной функции обязано сдавлению или токсическим воздействиям на зрительный нерв (С. И. Тальковский, 1962). Офтальмоскопически обнаруживают: неврит или застойный сосок у 19—22% больных с исходом в атрофию зрительного нерва, преимущественно при задних синуситах, кровоизлиянии в сетчатку, редко ее отслойку, тромбофлебит вен сетчатки. На рентгенограмме определяется диффузное затемнение орбиты, редко деформация костных стенок и синусит. В дальнейшем течении процесса средней тяжести появляется флюктуация, чаще в нижнем отделе орбиты, и прорыв гноя через ткани век и конъюнктивы. Это может привести к полному регрессированию процесса (так же, как и после вскрытия флегмоны простой орбитотомией) или образуется свищ, через который выделяется гной. В тяжелых случаях у части больных (21% у взрослых и 10% у детей, по данным института Гельмгольца, С. И. Тальковский) развивается потеря чувствительности роговицы, а затем нейротрофический кератит, гнойная язва. В исходе их возможен паноптальмит.



Рис. 8. Флегмона правой орбиты:
а — общий вид больного; б — экзофтальм правого глаза.

Флегмона орбиты опасна внутричерепными осложнениями, возникновением тромбофлебита поперечного, продольного и пещеристого синусов, менингита, абсцесса мозга и др. Эти осложнения так же, как и возможный сепсис, могут быть причиной смертельного исхода (по Birch-Hirschfeld — у 12,7% больных, С. И. Тальковскому — у 17,6%). Особенно опасны сфеноидиты, при которых Birch-Hirschfeld наблюдал гибель 28% больных.

Личное наблюдение демонстрирует благоприятный исход такого очень тяжелого состояния больного.

Больной А., 22 лет, за 3 дня до обращения в клинику выдавил у себя фурункул в правой ноздре. На следующий день появился отек правой половины носа, а еще через день — век правого глаза. На 3-й день утром больной сам явился на прием с жалобами на гнойные выделения из носа и отек век. Острота зрения = 1,0, глаз — без отклонений от нормы, температура — 37,2°. Ринолог диагностировал гнойный этмоидит, госпитализировал больного в ЛОР-клинику. К вечеру состояние больного резко ухудшилось, температура повысилась до 39,3°, сознание его стало неясным, усилился отек век и появился экзофтальм с легким смещением глаза кнаружи. Сделана экстренная операция — вскрытие решетчатого лабиринта с удалением гноя. Через 3 часа после операции больной пожаловался, что не видит глазом. При осмотре оказалось, что острота зрения у больного = движению руки, резкий экзофтальм, неподвижность глаза, чувствительность роговицы снижена, сосок зрительного нерва гиперемирован, отечен. Больной тут же был переведен в глазную клинику с диагнозом флегмона орбиты, и ввиду тяжести процесса решено произвести орбитотомию. За короткий срок, который прошел для подготовки больного к операции, появился отек левого глаза, небольшой экзофтальм, стали видны расширенные вены век, лба, состояние больного стало еще

более тяжелым, он потерял сознание. Стал очевидным и был подкреплен невропатологом диагноз: тромбоз кавернозного синуса. Во время орбитотомии правой орбиты выделилось небольшое количество крови и гноя, экзофтальм почти не изменился. Утром следующего дня температура у больного до 40°, сознание спутанное, острота зрения левого глаза в пределах 0,05, на глазном дне — отек диска и сетчатки, расширенные и извитые вены. Невропатолог на основании клинической картины и данных спинномозговой пункции поставил диагноз: гнойный менингит и тромбоз кавернозного синуса. Лечение больного проводилось с помощью интравенного и интратекарного (art. carotis) введения комплекса антибиотиков, дегидратирующих средств, антикоагулянтов, витаминов и др. В результате больной выздоровел, левый глаз сохранил остроту зрения = 1,0, правый ослеп вследствие развившейся атрофии зрительного нерва.

Воспалительные заболевания придаточных пазух носа у детей

У детей школьного возраста обнаруживаются такие же симптомы и осложнения, как и у взрослых, иное у маленьких детей, в связи с анатомическими особенностями их пазух и реактивностью организма (А. Г. Лихачев, 1963). И. И. Меркулов (1966) считает, что уже в первые месяцы жизни у ребенка может развиться гайморит, этмоидит или фронтит, осложненные субпериостальным абсцессом, ввиду уже имеющейся закладки пазух, могущих поражаться инфекционным процессом. Вообще же у детей бывают чаще хронические (93% больных, по Willemort), чем острые синуситы. Выявляются первые чаще с появлением субпериостальных или внутриглазных осложнений (А. Г. Лихачев). Из всех больных флегмонами орбиты, по данным института им. Гельмгольца, была 1/3 детей и заболевание у них развилось преимущественно как осложнение этмоидита или гайморита, последний был значительно чаще, чем у взрослых (С. И. Тальковский). Rossberg из 812 больных с синуситами у 67 (8,25%) наблюдал орбитальные осложнения, особенно часто — у маленьких детей.

В этиологии синуситов имеют значение инфекционные заболевания (грипп, скарлатина, коклюш, краснуха, ветряная оспа), аденоиды носоглотки, аллергические заболевания. По Willemort (Нейфах, 1959), из 420 детей с синуситами у 26% заболевание развилось после гриппа, у 36% — в связи с аденоидными разращениями, у 20% было аллергической природы, а у остальных — инфекционной.

В симптоматологии острого гайморита отмечается: повышение температуры тела, гнойные выделения из носа, боль в области fossa canina и внутреннего угла глазницы, отек щеки, век, конъюнктивы. У детей самого младшего возраста чаще всего страдает гайморова пазуха с входными воротами для инфекции через нос, конъюнктиву, полость рта, слезный мешок, при этом возможность орбитальных осложнений, в частности флегмоны орбиты, больше, чем у взрослых, вследствие анатомических возрастных особенностей пазухи и отсутствия зубов. У грудных детей нужна дифференциация гайморита с остеомиелитом носового отростка верхней челюсти. Следует учесть, что у детей до 1 года жизни это может быть первичным процессом.

Острый этмоидит может быть у детей самого раннего детского возраста вследствие гематогенной инфекции при заболеваниях гриппом, корью, скарлатиной. Начинается припухлостью области щеки у внутреннего угла орбиты и носа и выделениями из него, повышением температуры тела. Одновременно развивается отек обоих век, слезотечение, гиперемия и хемоз конъюнктивы.

Наше наблюдение.

Больная А., 3 лет, заболела двусторонней гриппозной пневмонией. Спустя неделю возник резко выраженный отек век (рис. 4, а), экзофтальм прямо вперед правого глаза, без нарушения его подвижности. Глазное дно — в норме. Этому предшествовало появление за 3 дня обильных выделений из правой половины носа. Ринологически и рентгенологически поставлен диагноз: острый пансинусит с преимущественной заинтересованностью задних придаточных пазух. После консервативного лечения в ЛОР-клинике наступило выздоровление (рис. 4, б).



Рис. 4. Острый этмоидит после пневмонии:
а — отек век, ретробульбарной клетчатки, экзофтальм; б — после выздоровления.

Уже через 12—24 часа возможно смещение глаза книзу и кнаружи с соответственным нарушением его подвижности, а через 1—2 суток развитие субперностального абсцесса, отслаивающего слезный мешок. Этому сопутствуют более интенсивный отек век, экзофтальм, а затем прорыв абсцесса и образование стойкого свища, напоминающие флегмону слезного мешка.

И. А. Серов описывает наблюдение над ребенком 1 г. 8 мес., у которого на протяжении месяца были гнойные выделения из правой половины носа, затем после сморкания появилась гиперемия конъюнктивы, слезотечение, отек век правого глаза, обострение травматического иридоциклита и катаракта. Ринолог установил гнойный этмоидит.

Фронтит реже наблюдается у детей до 6 лет (С. И. Тальковский) и совсем редки у них задние синуситы (А. Г. Лихачев).

Катаральные синуситы могут иметь более легкие проявления в виде изолированного невоспалительного коллатерального отека век (П. Н. Глейberman).

Хронический гайморит или в сочетании с этмоидитом может быть продолжением острого синусита или следствием хронического ринита, аденоидных разражений, заболеваний зубов и др. Процесс нередко бывает двусторонним, проявляется общими симптомами: субфебрильной температурой, быстрой утомляемостью, шейным лимфаденитом, непостоянными выделениями из носа. Нередко ему сопутствует упорный или рецидивирующий конъюнктивит, кератит.

Редкое и интересное наблюдение приводят Е. Martin, Р. Mendelsohn (1967) над 2-летним ребенком с большим и безболезненным торпидным абсцессом нижнего века, двусторонней аденопатией, частым насморком. Клинически и рентгенологически был выявлен гайморит. Кожные пробы на туберкулин оказались положительными. В культуре тканей из вскрытого абсцесса были обнаружены колонии *Mycobacterium tuberculosis hominis*. После курса специфического лечения состояние ребенка резко улучшилось.

Остеомиелит носового отростка верхней челюсти у грудных детей

Заболевание развивается вследствие инфекционных процессов слизистой рта—язвенного стоматита, чаще стафилококковой этиологии, в возникновении которого может иметь значение мастит у матерей (Leonhardt), реже конъюнктивитов и воспаления слизистой носа, распространяющихся на орбиту контактным или гематогенно-метастатическим путем. Острое начало заболевания возникает на фоне септического состояния у ребенка. Особенно выразителен плотный отек щеки, переходящий на кожу носа, век, больше во внутреннем углу, соответственно положению носового отростка верхней челюсти, гнойные выделения из носа. Одновременно обнаруживают отек твердого неба, позже появляются свищи и секвестры в верхней челюсти. Экзофтальм возникает в случаях отека ретробульбарной клетчатки или, редко, осложняющей течение процесса флегмоны орбиты (Leonhardt, Г. П. Попов, С. И. Тальковский). Переход процесса совершается через тонкую нижнюю стенку орбиты, чаще в местах прободения ее венами или через бумажную пластинку решетчатой кости, состоящую лишь из фиброзной ткани. Возможен смертельный исход из-за общего сепсиса, особенно в случаях нераспознанного остеомиелита, когда его ошибочно расценивают как дакриоцистит и не вскрывают очаг в челюсти (Hahlbrook). Подтверждением этому может быть и личное наблюдение.

Ребенок Н., в возрасте 2 месяцев, госпитализирован в педиатрическое отделение по поводу сепсиса с описанными выше

симптомами. Консультант ларинголог поставил диагноз: флегмона слезного мешка. Консервативное лечение оказалось безуспешным. Спустя 3 дня в глазной клинике был установлен правильный диагноз, но вскрытие очага в верхней челюсти, произведенное стоматологом, оказалось запоздалым, ребенок погиб от сепсиса.



Рис. 5. Двусторонний остеомиелит носового отростка верхней челюсти у грудного ребенка.

Но мы и наблюдали редкий двусторонний остеомиелит носового отростка верхней челюсти у 3-месячного ребенка (рис. 5) с благоприятным исходом после хирургического вмешательства.

Редкое наблюдение описали Б. М. Вовси и Л. И. Кальштейн (1964)— позднее развитие вторичного гнойного остеомиелита верхней челюсти у ребенка 3 лет как осложнение врожденного дакриоцистита. В полуторагодовалом возрасте ребенок находился под наблюдением этих врачей по поводу флегмоны слезного мешка, а при повторном поступлении был обнаружен кариес 4—5-го зубов верхней челюсти, гайморит и этмоидит. После экстракции больных зубов был обнаружен свищевой ход из слезного мешка в верхнюю челюсть и ее секвестры.

Риногенный ретробульбарный неврит у больных синуситами

Риногенному невриту была посвящена обширная литература со времен Onodi (1907), показавшего на анатомических препаратах близкую связь канала зрительного нерва с задними придаточными пазухами: задние решетчатые клетки иногда доходят до оптического канала, или он свободно вдаётся в придаточную пазуху, проходит в ней, либо слизистая оболочка клиновидной пазухи переходит на оболочки зрительного нерва и др. На основании этого Herzog- (1920) считал, что неврит возникает вследствие перехода инфекции из полости носа по мягким тканям, сосудистым путям или через кость на зрительный нерв, чему способствуют тонкие сосудистые веточки, проходящие через пограничную костную стенку канала, которая лишь изредка бывает компактной. Turner (1924), кроме того, придавал основное этиологическое значение еще интоксикации или сдавлению зрительного нерва, вызванного застоем лимфы, расстройством венозного кровообращения, нарушением обмена воздуха в пазухах, наступающих у больных, особенно с задними синуситами.

В последующие годы многие авторы (Gifford, McPier, Hirsch, Elschmig, Birch-Hirschfeld, Van-der-Hoeve, П. А. Дыбан, Н. А. Христианова и другие), считая частой риногенную этиологию неврита, признавали показательными для диагноза такие клинические признаки: внезапное понижение остроты зрения, наличие центральной, парацентральной или кольцевидной скотом, расстройство цветоощущения, увеличение размеров слепого пятна, особенно при исследовании красным или синим объектом (симптом Van-der-Hoeve), уменьшение скотомы под влиянием кокаин-адреналиновой тампонады носа (Wessely и Guist), наличие рентгенологических данных, свидетельствующих о поражении пазух (Bartolotti, 1950; Dorello и Svardory, 1959, по Schroder).

Еще в 1920 г. Bruckner и Eicken высказались в пользу вскрытия придаточных пазух в случаях явной или предположительной риногенной этиологии неврита, так как наступало улучшение глазного процесса в случаях обнаружения в пазухах минимального воспалительного процесса и даже без него. Поэтому в 30-х годах Meller, Hirsch, Elschmig считали показанным в случаях ретробульбарного неврита даже неясной этиологии вскрытие пазух (в том числе и здоровых — Escat) для уменьшения кровенаполнения в зрительном нерве, учитывая венозные анастомозы между ним и слизистой придаточных пазух. Позже поддерживали эти взгляды Meissner (1943), Wessely и Guist, Vogel (1955) и др. Schroder (1964) до сих пор придерживается такого мнения и считает, что в случаях безуспешного лечения ретробульбарного неврита, если обнаруживается положительный симптом Van-der-Hoeve и центральная скотома, даже если ринолог не диагностирует

заболевания задних придаточных пазух, нужно рекомендовать их вскрытие. Напротив, Nippel был убежденным противником операции и еще в 1928 г. опубликовал данные 14-летних наблюдений над 70 больными с ретробульбарным невритом, из которых 48 были излечены без операции, и из 22 неизлеченных 10 были оперированы. М. А. Дворжец, М. И. Вольфович (1937), Marx (1949, по Schroder) и в последние годы Е. Ж. Трон (1955, 1962), Е. Живков, В. Денев и Р. Големинова, Д. М. Рутенберг, А. Г. Лихачев и другие считают редкой риногенную этиологию ретробульбарного неврита, указывая на ведущее значение рассеянного склероза, поэтому определяют показания к операции лишь в случаях установленных эмпием задних придаточных пазух при условии нарастающих изменений зрительного нерва и исключения процесса другой этиологии.

Клиническая картина риногенного неврита мало отличается от ретробульбарного иной этиологии. Для острого процесса типичны: анамнестические данные о перенесенной остром рините и инфекционном заболевании, быстрое падение остроты зрения и ее улучшение после кокаин-адреналиновой тампонады носовых ходов, боль при движении (чаще бывает односторонний процесс) и отдавлении глаза кзади, иногда возникает светобоязнь, небольшой экзофтальм, отек век, боль при надавливании в области лобной и решетчатой пазух, особенно в месте выхода ramus supraorbitalis n. trigemini. Глазное дно бывает нормальным или могут быть признаки папиллита разной интенсивности, вплоть до отека, напоминающего застойный сосок. В поле зрения, чаще на стороне пораженной придаточной пазухи (хотя может быть и на противоположной), определяется абсолютная или относительная центральная скотома, иногда сужение периферических границ.

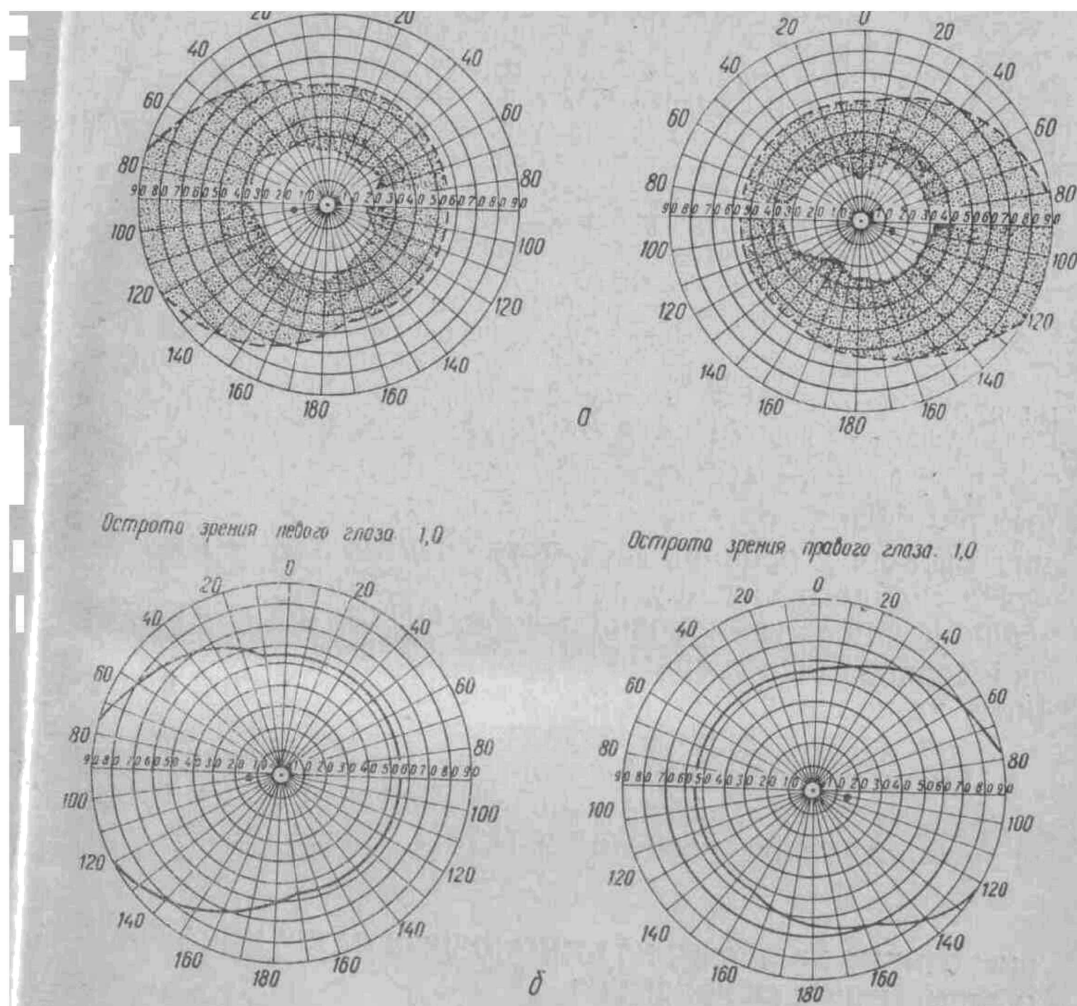
Увеличение размеров слепого пятна и его динамика под влиянием лечения, чему придавал ведущее диагностическое значение Van-der-Hoeve, не может считаться дифференцирующим признаком, так как это наблюдается при многих глазных заболеваниях, особенно зрительного нерва. М. И. Вольфович (1933) предлагал учитывать следующие данные в пользу риногенного неврита: еще большее увеличение слепого пятна во время тампонады носа и уменьшение его размеров после извлечения тампона, особенно резкое после кокаин-адреналиновой анемизации слизистой, носового кровотечения или после операции вскрытия пазухи, как следствие изменения кровообращения в сосудах зрительного нерва и его анемизации.

Наряду с этим известно, что риногенный неврит может рецидивировать, когда синусит излечивается консервативным или даже хирургическим путем. М. И. Вольфович сообщил о таких 4 больных, у которых позже был установлен диагноз рассеянного склероза. Е. Ж. Трон, считая наиболее частой этиологией ретробульбарного неврита рассеянный склероз, отмечает, что глазные симптомы могут быть ранними и сначала единственными его признаками, и полагает, что ряд больных, у которых выздоровление наступило после вскрытия придаточных пазух, страдали еще нераспознанной формой этого заболевания. В свете современных данных А. Г. Лихачев считает, что риногенные невриты преимущественно могут развиваться в случаях острых задних синуситов.

Острота зрения правого глаза 0,5-0,6 C-O^O^yn " - "in

Рис. 6. Поле зрения больной С. с острым двусторонним гайморитом;
— до лечения; б —• после лечения.

Острота зрения левого глаза: 0,6 C-0,5^0,8



а — до лечения; б -

Лично пришлось наблюдать возможность единственного их проявления риногенным невритом.

Больной С., 28 лет, поступил в клинику с жалобами на внезапное резкое понижение зрения в левом глазу. Считает себя больным - 10 дней. За день до заболевания очень охладился длительной поездкой в открытой автомашине. Наутро появилась боль в правой надбровной дуге, в орбите при поворачивании глаз в стороны и снижение остроты зрения. При поступлении: острота зрения правого глаза=0,04. Диск зрительного нерва гиперемирован с нечеткими контурами, в поле зрения определяется центральная абсолютная скотома в пределах 30—40°, цветоощущение расстроено по приобретенному типу. На рентгенограмме видно затемнение правой клиновидной пазухи. Д. Ринолог, невропатолог не обнаружили никаких клинических отклонений от нормы. Другая этиология была исключена детальным обследованием больного. В исходе консервативного лечения синусита наступило выздоровление больного с полным восстановлением зрения.

Реже в литературе упоминается о передних синуситах как причине ретробульбарного неврита. Lallement, Neurol и Gandon (1954) описали больного с острым фронтитом гриппозной этиологии, у которого спустя 4 месяца появились острые боли в области лобных синусов и развился двусторонний ретробульбарный неврит. Удаление из решетчатой и основной пазух атипичного полипа завершилось выздоровлением больного и восстановлением зрения. Следует подчеркнуть мнение Wilkinson (1948) о возможности развития острого неврита риногенной этиологии в любом отделе зрительного нерва, в том числе и двусторонних интракраниальных.

Личное наблюдение показывает значение гайморита в этиологии двустороннего периневрита и ложной миопии. 1 34

Больная С., 9 лет, в марте 1967 г. перенесла острый двусторонний гайморит, лечилась консервативными средствами без пункции пазух. В апреле острота зрения снизилась до 0,4—0,5, была выявлена миопия в 1,0 D и острота зрения с коррекцией =1,0. В мае коррекция уже не улучшала зрения, тогда же было обнаружено концентрическое сужение поля зрения. В сентябре 1967 г. появилось затруднение ориентировки в пространстве, поле зрения сузилось до 25—30%. При осмотре: острота зрения =0,4—0,5 с коррекцией—1,0 D=1,0. Скиаскопически — эмметропия. Резерв аккомодации в правом глазу — 6,0 D, а в левом — 8,0 D. Цветоощущение — в норме. Поле зрения сужено (рис. 6, а). На рентгенограмме определяется затемнение обеих гайморовых пазух. Ринологически обнаружены скудные выделения по дну носа, набухлость нижних раковин, затрудненное носовое дыхание. Пункцией гайморовых пазух установлено наличие гноя в них. Была госпитализирована в ЛОР-клинику, где лечилась антибиотиками и пункцией пазух. В исходе: острота зрения обоих глаз=1,0. Поле зрения—в норме (рис. 6, б). Объем аккомодации—15,0 D.

Н. Г. Аленгоз (1962) описывает 2 больных, переведенных в ЛОР-клинику из института им. Филатова, у 1 из них был двусторонний ретробульбарный неврит, вследствие гнойного пансинусита и у 1 односторонний неврит из-за полипоза гайморовой пазухи. Основным симптомом заболевания был гнойный насморк. Регрессирование неврита, не поддававшегося консервативной терапии, наступило после операции на пазухах.

Наконец, риногенный неврит может быть следствием искривления носовой перегородки, болезней зубов и миндалин, аденоидов, носоглотки (М. И. Вольфович).

КИСТОВИДНОЕ РАСТЯЖЕНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА И ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ

Это состояние возникает вследствие нарушения сообщения придаточной пазухи с полостью носа из-за сужения или облитерации выводного протока, анатомических вариантов развития, полипоза, воспаления слизистой носа у больных с неполностью излеченным синуситом или его вялым хроническим течением с сужением выводного протока, травм (Ф. И. Добромыльский и И. И. Щербатов). В результате в пазухах скапливается серозное (hydrops), слизистое (mucosoele) или гнойное (pyosoele) содержимое, которое приводит к растяжению и истончению костных стенок полостей и выпячиванию кисты слизистой под кожу или в орбиту, так как особенно выражено растяжение именно стенок глазницы. Чаще поражается лобная пазуха (80%), реже решетчатая (15%) и совсем редко основная и гайморова (А. Г. Лихачев). Мукоцеле нередко, по мере истончения костей, распространяется из

одной пазухи в другую.

Как пишет Schroder, кисты пазух в общем редкое заболевание, но часто наблюдается в смежной практике окулиста и ринолога. Симптомы лобной и решетчатой кист относительно ясны, значительно сложнее определить наличие кисты задних пазух, при которых особенно важна ранняя диагностика из-за опасности повреждения зрительного нерва.

Обычно кисты развиваются медленно, годами и бессимптомно до выхода за пределы пазухи. Вначале появляется ощущение тяжести, боль в области пораженной пазухи, усиливающиеся при наклоне головы, нередко одностороннее слезотечение без изменений в слезопроводящих путях, позже может быть конъюнктивит, блефарит, светобоязнь без влияния на остроту зрения. Далее в месте истончения костной стенки, чаще у внутренне-верхнего угла глазницы или под ее верхним краем, появляется подкожное выпячивание эластической консистенции, которое может уменьшаться при отдавлении его в сторону пазухи. При этом или при пальпации ощущается пергаментный хруст истонченной кости, иногда определяются края дефекта в виде костного валика или шипов — остеофитов. По мере увеличения кисты появляется флюктуация. В случае проникновения кисты в глазницу, о чем сообщил впервые С. С. Головин (1895), очень медленно развивается экзофтальм и смещение глаза в противоположном направлении, а также ограничение подвижности в сторону кисты, что и объясняет редкое возникновение диплопии.

К числу редких признаков кист относят (Ф. И. Добромыльский и И. И. Щербатов) птоз, нарушение реакции зрачка на свет и конвергенцию из-за сдавления цилиарного узла, сужение поля зрения, отек век и кожи в области лба, из-за сдавления вен глазницы, кератит, ретробульбарный абсцесс и флегмону орбиты.

Ринологические изменения часто скудны и нетипичны; основными в диагностике оказываются офтальмологические и рентгенологические данные. Последние обнаруживают увеличение одной или нескольких пазух, выпячивание их в орбиту. Иногда на рентгенограмме в случаях кисты лобной пазухи заметно лишь истончение верхней стенки глазницы, а во время операции определяется ее обширный дефект, очевидно, за дно пазухи ошибочно принимают утолщенную стенку кисты.

Киста лобной полости. Иногда задолго до появления внешних признаков у больных бывает упорная головная боль. Это свойственно локализации кисты в задней стенке пазухи и распространению ее в сторону лобной доли. При этом офтальмологические симптомы отсутствуют. Большей частью экзофтальм является ранним и единственным признаком заболевания, по поводу которого больные обращаются к окулисту. Иногда пальпацией обнаруживается выпячивание нижней стенки лобной пазухи, что предшествует описанным выше симптомам. В выраженных случаях наступает опущение глазной щели (рис. 7), смещение глаза книзу-кнаружи и нарушение его подвижности вверх-кнутри. Редко возникает диплопия из-за смещения блока и нарушения функции верхней косой мышцы, что более типично для лобно-решетчатых кист. Schroder сообщает о редких случаях пульсации кисты, если она распространяется до малых крыльев основной кости и на большом протяжении обнажается dura mater, а также о возможности атипичного положения кисты в верхне-наружном отделе орбиты при больших размерах пазухи и кисты.

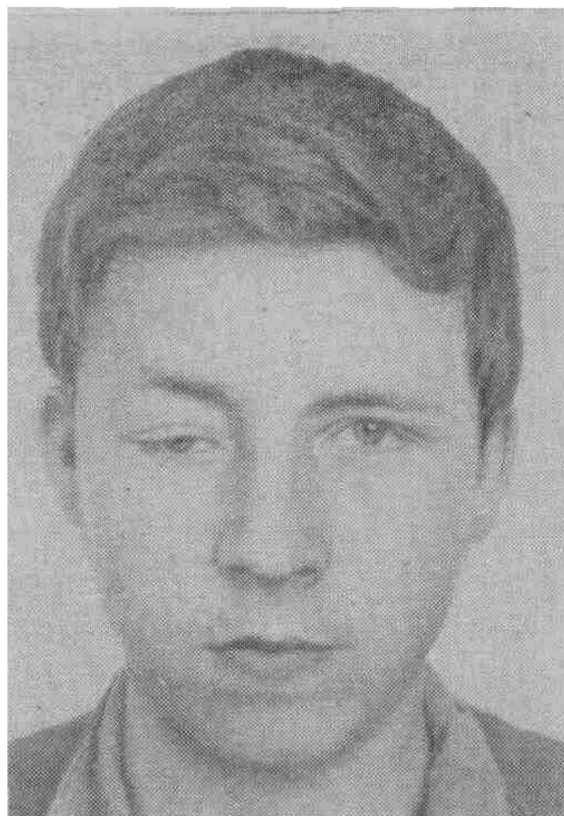


Рис. 7. Мукоцеле правой лобной пазухи (опущение глазной щели).

Киста решетчатой пазухи часто возникает последовательно за лобной. Ринологические изменения в случаях мукоцеле этих пазух проявляются затрудненным носовым дыханием, снижением обоняния, сужением носовых ходов. Часты, но непостоянны скопления секрета в носовых ходах, образование полипов, свойственных хроническому синуситу.

В случае изолированного развития и внутриносового положения кисты рано нарушается слезоотведение и у больных появляется одностороннее слезотечение. Подкожное выпячивание заметно у внутреннего угла век, выше их спайки. Реже при орбитальной локализации кисты возникает экзофтальм, но обычно не нарушается подвижность глаза, а поэтому непостоянна диплопия, которая проявляется лишь при взгляде кверху и кнутри. Исключительно редко страдают зрительный нерв и острота зрения.

Киста основной пазухи чаще сочетается с решетчатой, чем с лобной, и исключительно редко бывает одиночной. В последнем случае бывают боли в глазу, одно- или двусторонний экзофтальм, снижение остроты зрения из-за ретробульбарного неврита или первичной атрофии зрительного нерва, возможна офтальмоплегия из-за поражения двигательных нервов, диплопия, иногда отек век. Возможен синдром верхней глазничной щели. Нередко орбитальные осложнения оказываются первыми и постоянными симптомами задних синуситов. Lundgreen, Olvin (1961, по Schroder), подчеркивая трудности их диагностики, считают, что они встречаются значительно чаще, чем диагностируются. Авторы наблюдали 60 таких больных, у которых после операции повысилась острота зрения, но медленно регрессировала скотома. Ими подчеркивается трудность диагностики и необходимость дифференциации кисты основной пазухи с опухолью гипофиза из-за возможной деструкции кости в области хиазмы, опухолью крыльев основной кости и особенно опухолями орбиты и придаточных пазух носа.

Киста верхней челюсти бывает редко и преимущественно одонтогенной этиологии. Ее симптомы: экзофтальм и смещение глаза вперед и кверху, может быть отчасти кнаружи из-за выпячивания носовой стенки, ограничение подвижности глаза книзу. Вследствие истончения лицевой стенки пазухи при пальпации нижней стенки орбиты обнаруживается пергаментный хруст. В редких случаях, как это было и в личных наблюдениях, киста может смещаться в орбиту, имитируя опухоль.