

<https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-10>

Редкий случай сочетанного орбитального и внутричерепного осложнения гнойного одонтогенного гайморозтмоидита

А.Н. Гостюнин²,
Д.Р. Фернандо², кандидат медицинских наук,
В.П. Шпотин^{1, 2}, доктор медицинских наук,
Е.С. Кучкина^{1, 2}, кандидат медицинских наук,
Е.Я. Варначкина^{1, 2}, кандидат медицинских наук,
С.А. Кузнецов², кандидат медицинских наук

¹Астраханский государственный медицинский университет

²Александро-Мариинская областная клиническая больница,
Астрахань

E-mail: dinafernando.lor@gmail.com

Представлен клинический случай гнойного одонтогенного гайморозтмоидита, осложненного редким сочетанием флегмоны орбиты и абсцесса лобной доли мозга. Пациент, 44 лет, прооперирован мультидисциплинарной бригадой хирургов (оториноларинголог, офтальмолог, челюстно-лицевой хирург, нейрохирург). Пациент выписан на 26-е сутки госпитализации с полным клиническим выздоровлением.

Ключевые слова: оториноларингология, хирургия, одонтогенный синусит, флегмона орбиты, риногенный менингоэнцефалит, абсцесс лобной доли мозга.

Для цитирования: Гостюнин А.Н., Фернандо Д.Р., Шпотин В.П. и др. Редкий случай сочетанного орбитального и внутричерепного осложнения гнойного одонтогенного гайморозтмоидита. Врач. 2021; 32 (5): 55–58. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-10>

Сегодня в мире достигнуты неоспоримые успехи в лечении воспалительных заболеваний придаточных пазух носа. Тем не менее синуситы нередко становятся причиной развития серьезных и жизнеугрожающих состояний — риногенных внутричерепных и орбитальных осложнений. Среди всех интракраниальных осложнений риногенные встречаются в 10–34% случаев [1, 2]. Лидирующее место среди источников инфекции занимают гнойные поражения верхнечелюстной и решетчатой пазух [2], примерно в 13% случаев они имеют одонтогенную природу [3]. Заболевания околоносовых пазух осложняются вовлечением в патологический процесс орбиты в 0,5–2,5% случаев [4].

Существует ряд факторов, способствующих распространению гнойно-воспалительного процесса за пределы полости носа и придаточных пазух. В первую очередь, это тесная анатомо-топографическая связь с оболочками, веществом головного мозга и со-

держимым орбиты. Воспалительный процесс может следовать по ходу лимфатических и кровеносных сосудов, венозных и артериальных анастомозов, каналов черепно-мозговых нервов, врожденных костных дигисценций и приобретенных дефектов в стенках пазух. При наличии индивидуальных особенностей строения придаточных пазух (анатомическая узость естественных соустьев, наличие глубоких карманов и бухт, истончение задней стенки лобной пазухи, глазничной стенки верхнечелюстной пазухи и решетчатой пластинки этмоидального лабиринта) вероятность развития внутричерепных и орбитальных осложнений значительно возрастает [4, 5, 7].

Кроме этого, факторами, увеличивающими риск развития риногенных осложнений, являются дисметаболические и иммунодефицитные состояния различного генеза.

Из орбитальных осложнений преобладает реактивный отек клетчатки орбиты и век, реже встречаются остеоperiостит и субperiостальный абсцесс, еще реже — ретробульбарный абсцесс и флегмона орбиты [4, 6]. В структуре внутричерепных риногенных осложнений преобладают серозный и гнойный менингит, базальный арахноидит передней и средней черепных ямок, реже встречаются тромбоз кавернозного синуса, эпи- и субдуральный абсцессы, абсцесс лобной доли головного мозга [1, 7]. Сочетания орбитальных и внутричерепных осложнений одонтогенных синуситов крайне редки, агрессивны, трудно поддаются медикаментозной терапии и прогностически неблагоприятны.

Приведем клинический случай гнойного одонтогенного гайморозтмоидита, осложненного редким сочетанием флегмоны орбиты и абсцесса лобной доли мозга, закончившийся полным выздоровлением больного.

Монтажник Я., 44 лет, госпитализирован в отоларингологическое отделение ГБУЗ АО «Александрo-Маршинская областная клиническая больница» (Астрахань) по экстренным показаниям с жалобами на повышение температуры тела, заложенность носа, выделения из него, пульсирующую боль в проекции правой верхнечелюстной пазухи, ощущение давления в глазу, боли при его движении, экзофтальм, понижение остроты зрения. Со слов пациента, болен около 1 нед, лечился самостоятельно. В анамнезе вирусный гепатит С, туберкулез левого легкого; злоупотребляет алкоголем.

Пациент осмотрен коллегиально оториноларингологом, челюстно-лицевым хирургом и офтальмологом. Объективно на момент госпитализации: в правой половине носа выраженный отек слизистой оболочки, обильное гнойное отделяемое с резким гнилостным запахом. Мягкие ткани в проекции передней стенки правой верх-

нечелюстной пазухи отечны, болезненны при глубокой пальпации. В ротовой полости множественный глубокий кариес, признаки хронического периодонтита. Правый глаз ограниченно подвижен, болезнен при пальпации. Умеренно выраженный экзофтальм, гиперемия и хемоз конъюнктивы, снижение остроты зрения за счет оптической нейропатии.

Компьютерная томография (КТ) придаточных пазух носа: правая верхнечелюстная пазуха тотально затемнена за счет пристеночно утолщенной слизистой оболочки и жидкости; клетки решетчатой кости диффузно заполнены гиперплазированной слизистой; пневматизация других пазух не нарушена. Параорбитальная клетчатка справа уплотнена, в латеральных и передних отделах тяжистая, с наличием мелких пузырьков воздуха. Отмечается правосторонний экзофтальм — задний край глазного яблока по межскуловой линии. Подкожно-жировая клетчатка в области век и щеки справа отечна, с воспалительными изменениями (рис. 1).

Клинический диагноз: обострение правостороннего хронического гнойного одонтогенного гайморозтмоидита; флегмона орбиты справа; реактивный отек век OD; хронический периодонтит 1.6, 1.5, 1.4, 1.2 зубов.

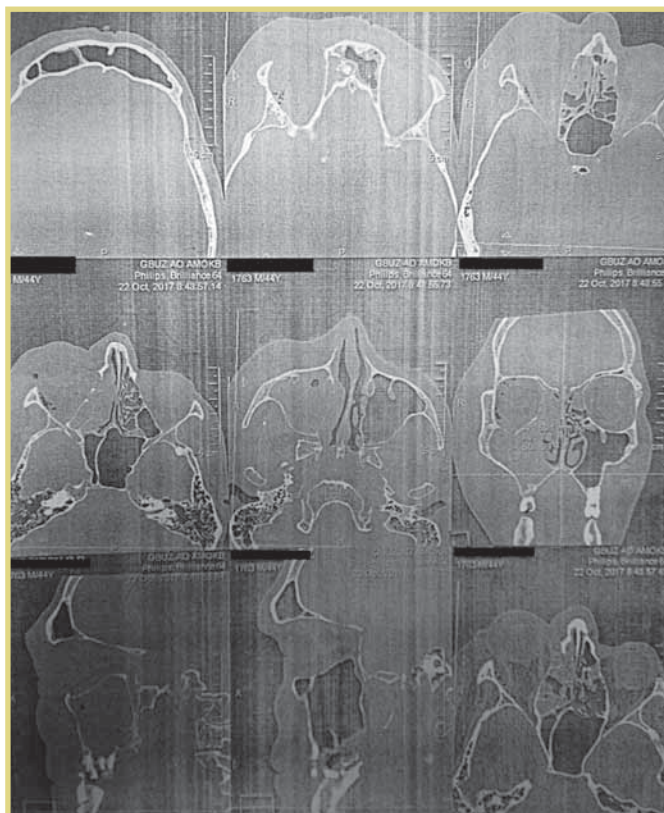


Рис. 1. КТ при поступлении
Fig. 1. Admission CT



Рис. 2. Первые сутки после операции
Fig. 2. Twenty hours after surgery

С момента поступления в стационар начаты дезинтоксикационная, антибактериальная и десенсибилизирующая терапия, назначено обследование. Диагноз подтвержден и уточнен лабораторными тестами (лейкоцитоз крови $19,2 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок – $18,3 \text{ мг/л}$).

Мультидисциплинарной бригадой хирургов (оториноларинголог, челюстно-лицевой хирург и офтальмолог) под общей анестезией выполнено экстренное оперативное вмешательство: радикальная операция на правых верхнечелюстной и решетчатой пазухах, удаление 1.6, 1.5, 1.4, 1.2 зубов с кюретажем лунок, вскрытие и дренирование флегмоны орбиты справа (рис. 2).

В послеоперационном периоде по согласованию с клиническим фармакологом проводилось комплексное противовоспалительное лечение: сочетанная антибактериальная терапия препаратами цефалоспоринового и фторхинолонового ряда, дезинтоксикационная и противоотечная терапия, анальгезия. Выполнялись ежедневные перевязки послеоперационных ран. Локальный статус быстро нормализовался, улучшилось общее состояние.

На 5-е сутки госпитализации у больного появилась и стала нарастать головная боль, возникла серия эпилептических приступов, купированная медикаментозно. По рекомендации нейрохирурга выполнена КТ головного мозга: справа, в основании лобной доли обнаружена слабогиподенсивная зона (плотность 27 Н) с нечеткими контурами размером $40 \times 23 \times 27 \text{ мм}$. Выполнена люмбальная пункция, в ликворе: цитоз – $52,0 \cdot 10^6/\text{л}$; белок – $0,66 \text{ г/л}$; глюкоза – $5,3 \text{ ммоль/л}$; хлориды – $124,0 \text{ ммоль/л}$; реакция Панди 2^+ ; лимфоциты – 20%; нейтрофилы – 80%.

Диагноз: вторичный гнойный менингоэнцефалит в правой лобной доле. Медикаментозное лечение скорректировано и усилено, в том числе с учетом чувствительности выделенной микрофлоры.

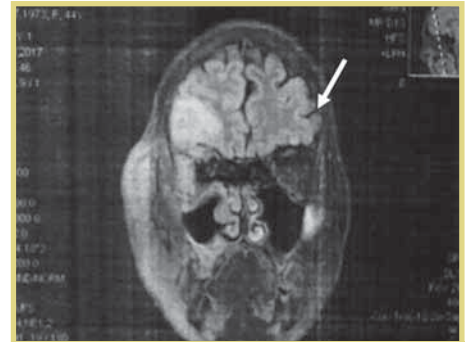


Рис. 3. Формирование энцефалитического очага по данным МРТ (8-е сутки госпитализации)
Fig. 3. Formation of an encephalitic focus (MRI, on day 8 of hospitalization)

На 8-е сутки госпитализации выполнена магнитно-резонансная томография (МРТ) головного мозга, на которой в паренхиме правой лобной доли визуализирована зона патологически измененного МР-сигнала с наличием жидкостной зоны в центральной части (признаки энцефалита и формирующейся зоны абсцедирования) (рис. 3). Лечение продолжено.

Диагноз уточнен выполнением КТ головного мозга с контрастированием на 12-е сутки госпитализации (рис. 4): в основании лобной доли определена слабогиподенсивная зона (плотность 27 Н) с нечеткими контурами размером $40 \times 33 \times 27 \text{ мм}$, в толще которой визуализирована зона до $20 \times 15 \times 14 \text{ мм}$.

Диагноз: абсцесс правой лобной доли. Пациент переведен в нейрохирургическое отделение, где под общим обезболиванием произведена резекционная трепанация в правой лобной области с удалением абсцесса правой лобной доли. Интраоперационные находки: на глубине 0,5 см обнаружен абсцесс объемом до 3,0 мл жидкого гноя с формирующейся капсулой, окруженный зоной перифокально отека.

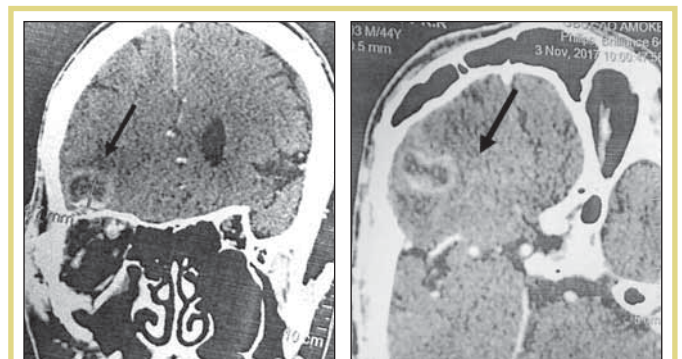


Рис. 4. Формирование абсцесса правой лобной доли по данным КТ (12-е сутки госпитализации)
Fig. 4. Formation of right lobe abscess (MRI, on day 12 of hospitalization)



Рис. 5. Послеоперационный период по данным контрольной КТ (25-е сутки госпитализации)
Fig. 5. The postoperative period (control CT, on day 25 of hospitalization)

При микробиологическом исследовании во всех пораженных гнойным процессом областях (полость верхнечелюстной пазухи, орбита, абсцесс лобной доли) обнаружен схожий микробный пейзаж, с обильным ростом *Escherichia coli*, *Staphylococcus aureus* и *Staphylococcus epidermidis*. После удаления абсцесса лобной доли произведена смена антибактериальных препаратов на цефалоспорины III поколения с ингибитором β -лактамаз в сочетании с антибиотиком группы гликопептидов.

В послеоперационном периоде пациент продолжал курироваться оториноларингологом и офтальмологом. Лабораторные показатели значительно улучшились: лейкоциты — $5,8 \cdot 10^9/\text{л}$, С-реактивный белок — $3,8 \text{ мг/л}$. На контрольной КТ — в правой лобной доле определяется зона послеоперационных слабогиподенсивных изменений без видимого патологического содержимого; параорбитальная клетчатка остаточного уплотнена, в придаточных пазухах пристеночные послеоперационные изменения (рис. 5).

На 8-е сутки после нейрохирургического оперативного вмешательства пациент в удовлетворительном состоянии выписан из стационара на амбулаторное долечивание; всего в стационаре провел 26 койко-дней. Наблюдение в амбулатории около 1 года; в настоящее время пациент клинически полностью здоров, работает в той же должности.

Прогноз риногенных осложнений всегда очень серьезен, особенно если речь идет о вовлечении в патологический процесс одновременно нескольких близко расположенных анатомических зон. Но даже при таком грозном и прогностически неблагоприятном сочетании орбитальных и внутричерепных осложнений возможно полное выздоровление, достигаемое оптимально орга-

низованным мультидисциплинарным подходом и слаженной работой врачей разных специальностей.

* * *

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Исследование не имело спонсорской поддержки.

Литература/Reference

1. Трусов Д.В., Бычкова М.В. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. Статистика и анализ, проведенные за 50 лет. *Вестник ТГУ*. 2017; 22 (6): 1621–8 [Trusov D.V. Bychkova M.V. Orogenic and rhinogenous intracranial complications. Statistics and analysis made for 50 years. *Vestnik TGU*. 2017; 22 (6): 1621–8 (in Russ.)]. DOI: 10.20310/1810-0198-2017-22-6-1621-1628
2. Крюков А.И., Царапкин Г.Ю., Кадышев В.А. и др. Воспалительные заболевания околоносовых пазух и риногенные осложнения в практике врача скорой помощи. *Московская медицина*. 2019; 9: 69–70 [Kryukov A.I., Tsarapkin G.Yu., Kadyshov V.A. et al. Vospalitel'nye zaboлевaniya okolonosovykh pazukh i rinogennyye oslozhneniya v praktike vracha skoroi pomoshchi. *Moskovskaya meditsina*. 2019; 9: 69–70 (in Russ.)].
3. Абабий И.И., Сандул А.М., Бураковский Н.С. и др. Одонтогенный острый гнойный верхнечелюстной и этмоидальный синусит, осложненный ретробульбарным абсцессом. *Оториноларингология. Восточная Европа*. 2014; 14 (1): 131–5 [Ababii I., Sandul A., Buracovschi N. et al. Acute ethmoidal and maxillary purulent sinusitis complicated with retrobulbar abscess. *Otorinolaringologiya. Vostochnaya Evropa*. 2014; 14 (1): 131–5 (in Russ.)].
4. Курбанов Ф.Ф., Свистушкин В.М., Перетягин О.В. и др. Орбитальные риносинусогенные осложнения. *Российская оториноларингология*. 2009; 42 (5): 67–71 [Kurbanov F.F., Svistushkin V.M., Peretjagin O.V. et al. Orbital rhinosinusoidal complications. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2009; 42 (5): 67–71 (in Russ.)].
5. Гайнутдинова Р.Ф., Довгальюк А.Ю., Камалов З.Г. Анализ орбитальных риносинусогенных осложнений. *Российская ринология*. 2011; 2: 64–5 [Gainutdinova R.F., Dovyalyuk A.Yu., Kamalov Z.G. Analiz orbital'nykh rinosinusogennykh oslozhnenii. *Rossiiskaya rinologiya*. 2011; 2: 64–5 (in Russ.)].
6. Гуляева Л.В., Золотарева М.А. Особенности орбитальных риносинусогенных осложнений в детском возрасте. *Таврический медико-биологический вестник*. 2016; 19 (1): 16–8 [Gulyaeva L.V., Zolotareva M.A. Features of orbital rinosinusogenny complications at children's age. *Tavricheskii mediko-biologicheskii vestnik*. 2016; 19 (1): 16–8 (in Russ.)].
7. Кривопапов А.А., Лейко Д.В., Щербук А.Ю. и др. Неотложная помощь при внутричерепных осложнениях воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух. *Российская оториноларингология*. 2019; 4: 91–6 [Krivorpalov A.A., Leiko D.V., Shcherbuk A.Yu. et al. Emergency aid in intracranial complications of inflammatory diseases of the nose and paranasal sinuses. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2019; 4: 91–6 (in Russ.)]. DOI: 10.18692/1810-4800-2019-4-91-96

A RARE CASE OF COMBINED ORBITAL AND INTRACRANIAL COMPLICATIONS OF PURULENT ODONTOGENIC MAXILLOETHMOIDAL SINUSITIS

A. Gostyunin², **D. Fernando**², Candidate of Medical Sciences; **V. Shpotin**^{1,2}, MD; **E. Kuchkina**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **E. Varnachkina**^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; **S. Kuznetsov**², Candidate of Medical Sciences

¹Astrakhan State Medical University

²Aleksandro-Mariinsk Regional Clinical Hospital, Astrakhan

The paper describes a clinical case of purulent odontogenic maxilloethmoidal sinusitis complicated by a rare concurrence of orbital phlegmon and frontal lobe abscess. A 44-year-old patient was operated on by a multidisciplinary team of surgeons: an otorhinolaryngologist, an ophthalmologist, a maxillofacial surgeon, and a neurosurgeon. The patient was discharged on day 26 of hospitalization with complete clinical recovery.

Key words: otorhinolaryngology, surgery, odontogenic sinusitis, orbital phlegmon, rhinogenic meningoencephalitis, frontal lobe abscess.

For citation: Gostyunin A., Fernando D., Shpotin V. et al. A rare case of combined orbital and intracranial complications of purulent odontogenic maxilloethmoidal sinusitis. *Vrach*. 2021; 32 (5): 55–58. <https://doi.org/10.29296/25877305-2021-05-10>