

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ  
БЕЛОРУССКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ  
КАФЕДРА БОЛЕЗНЕЙ УХА, ГОРЛА, НОСА

**П.А. Затолока**

## **РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие



Минск БГМУ 2008

УДК  
ББК

3 71

Утверждено Научно-методическим советом университета  
в качестве учебно-методического пособия г., протокол № \_\_\_\_

**Р е ц е н з е н т ы:** зав. кафедрой болезней уха, горла, носа Белорусского государственного медицинского университета, канд. мед. наук, доцент А.Ч. Буцель; главный внештатный оториноларинголог МЗ РБ, гл. врач ГУ «Республиканская клиническая больница патологии слуха, голоса и речи», канд. мед. наук Л.Э. Макарина-Кибак.

**Затолока П.А.**

3 71 Риногенные орбитальные осложнения: учеб.-метод. Пособие / П.А. Затолока – Минск: БГМУ, 2008. – \_\_\_\_ с.

ISBN 000-000-000-0

Учебно-методическое пособие является дополнением к учебнику по оториноларингологии. Описывает этиологию и патогенез риногенных орбитальных осложнений, клинику, диагностику, диффдиагностику и тактику лечения данной патологии..

Служит развитию клинического мышления студентов и лучшему усвоению учебного материала по оториноларингологии.

Учебно-методическое пособие предназначено для студентов 4-х курсов стоматологического и лечебного факультетов, 5-ых курсов медико-профилактического и педиатрического факультетов БГМУ, стажеров, клинических ординаторов, педиатров, терапевтов, оториноларингологов.

УДК \_\_\_\_\_  
ББК \_\_\_\_\_

ISBN 000-000-000-0

Оформление Белорусский  
государственный медицинский  
университет, 2008

## ВВЕДЕНИЕ

Анатомическая и физиологическая близость полости носа, околоносовых пазух и орбиты определяет возможность возникновения риногенных (риносинусогенных) орбитальных осложнений. Воспалительные изменения в глазнице могут быть следствием как острого, так и хронического синуситов (в детском возрасте чаще при острых процессах, во взрослом – при хронических). Инфекционные агенты, выявляемые при орбитальных риногенных осложнениях, аналогичны таковым при неосложненных синуситах (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*). Распространение воспалительного процесса возможно контактным (деструкция кости), лимфогенным, гематогенным путем, по сосудам (тромбообразование в венах с последующим гнойным расплавлением тромба), через дегистенции.

### КЛАССИФИКАЦИЯ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ (Б.В. Шеврыгин, 1976)

Различают следующие риногенные орбитальные осложнения:

- 1) реактивный отек клетчатки орбиты и век;
- 2) диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век;
- 3) остеопериостит орбиты;
- 4) абсцесс века;
- 5) свищ века и орбитальной стенки;
- 6) субпериостальный абсцесс;
- 7) ретробульбарный абсцесс;
- 8) флегмона орбиты;
- 9) тромбоз вен клетчатки орбиты, кавернозного синуса.

Первые 3 из указанных заболеваний условно относят к группе негнойных орбитальных осложнений, все остальные (включая тромбоз вен клетчатки

орбиты, кавернозного синуса) – к гнойным.

## **КЛИНИКА РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

### **РЕАКТИВНЫЙ ОТЕК КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ И ВЕК**

Больные с реактивным отеком клетчатки орбиты и век часто обращаются к офтальмологу, однако у них имеются также жалобы, характерные для синусита. Периодическое появление реактивного отека век может быть симптомом латентно протекающего хронического синусита.

Отек век проявляется в виде бледных, безболезненных, полупрозрачных припухлостей. В большинстве случаев поражается верхнее веко, реже — нижнее. При отеке орбитальной клетчатки может наблюдаться незначительно либо умеренно выраженный экзофтальм. Инфильтрация тканей отсутствует. У большей части больных общее состояние и температурная реакция соответствует таковым при синусите.

### **ДИФФУЗНОЕ НЕГНОЙНОЕ ВОСПАЛЕНИЕ КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ И ВЕК**

У пациентов с данной патологией постоянными симптомами являются умеренно выраженный экзофтальм и отек век, причем имеется изменение кожи в виде гиперемии. Возможна умеренной интенсивности боль в области глазного яблока, несколько усиливающаяся при пальпации, хемоз (отек конъюнктивы глазного яблока).

У детей, кроме местных симптомов, часто наблюдаются умеренно выраженные общие проявления (явления интоксикации, гипертермия до 38°, головная боль, иногда рвота). У взрослых больных заболевание может протекать с минимальными явлениями общей интоксикации.

Следует отметить медленный регресс орбитальных проявлений при диффузном негнойном воспалении клетчатки.

## ОСТЕОПЕРИОСТИТ ОРБИТЫ

Периостит орбиты при синуситах наиболее часто развивается вторично, после воспаления кости глазничной стенки. Это позволяет рассматривать периостит не изолированно, а вместе с вызвавшим его процессом в кости, т. е. говорить об остеопериостите.

Характерными местными клиническими признаками остеопериостита являются отек и гиперемия кожи век; незначительный, либо умеренно выраженный экзофтальм с эксцентричным смещением глазного яблока, незначительным ограничением его подвижности. Выявляется умеренной интенсивности боль при пальпации верхней, медиальной, либо нижней стенок глазницы, что указывает на локализацию процесса. Остеопериостит глазницы может быть обусловлен воспалением лобных пазух, при этом происходит смещение глазного яблока книзу. Если источником указанной патологии является решетчатая пазуха, то глазное яблоко смещено латерально, наблюдается отек век, преимущественно у внутреннего угла глаза. Верхнечелюстной синусит сравнительно редко приводит к остеопериоститу. При этом наблюдается смещение глазного яблока кверху, выраженная болезненность в области нижней орбитальной стенки.

При периоститах орбиты наблюдается умеренно выраженная общая реакция организма в виде повышения температуры (обычно до 38°), головной боли, недомогания.

При прогрессировании процесса происходит гнойное расплавление тканей с образованием субпериостального абсцесса.

## АБСЦЕСС ВЕКА

При распространении гнойного воспалительного процесса кпереди от

тарзо-орбитальной фасции может образовываться абсцесс (или флегмона) века. Чаще происходит поражение верхнего века, обусловленное фронтитом, значительно реже — нижнего, вызванное максиллитом.

Местные признаки абсцесса века характеризуются яркой клинической симптоматикой. Глазное яблоко необозримо, так как закрыто резко отечным, ярко гиперемированным, неподвижным веком. При его пальпации выявляется флюктуация. Если удастся поднять веко, видна отечная и гиперемированная конъюнктура. Экзофтальм отсутствует, движения глазного яблока в полном объеме. Изменения на глазном дне отсутствуют.

Абсцесс века сопровождается выраженной общей реакцией организма, повышением температуры до 38—39°, явлением интоксикации.

## СВИЦ ВЕКА И ОРБИТАЛЬНОЙ СТЕНКИ

Свищи века в большинстве случаев имеет риногенное воспалительное происхождение и крайне редко является результатом травмы или специфического заболевания.

Образование свища — это заключительный этап распространения в веко патологического содержимого из околоносовой пазухи, наиболее часто является проявлением хронического гнойного синусита. Различают первичные орбитальные фистулы, развивающиеся при деструкции кости и прорыве гноя при эмпиеме пазухи, и вторичные — формируются после самопроизвольного вскрытия субпериостального абсцесса без разрушения кости. Свищи верхнего века и области корня носа сообщаются с лобной или решетчатой пазухами. Свищи нижнего века, обусловленные верхнечелюстным синуситом — редки. У большинства больных общее состояние и температурная реакция указывают на умеренно выраженную общую интоксикацию.

## СУБПЕРИОСТАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

Субпериостальный абсцесс образуется при прогрессировании гнойного остеоperiостита. Его источником чаще являются лобная и решетчатая пазухи, значительно реже верхнечелюстная, вследствие чего преимущественно локализуются абсцессы у верхневнутреннего края орбиты, несколько реже — в середине верхнеорбитального края и редко — у нижнего и наружного.

Местные клинические признаки субпериостального абсцесса во многом сходны с проявлением остеоperiостита, однако, степень их выраженности более значительная. Выявляется припухлость и гиперемия кожи век, конъюнктивы, а по мере нарастания воспаления – хемоз. Экзофтальм более выражен при глубоко расположенных субпериостальных абсцессах и несколько менее — при краевых. В зависимости от локализации процесса происходит эксцентричное смещение глазного яблока. Часто выявляется интенсивная боль при давлении на глазное яблоко и при его движениях. Возможно незначительное либо умеренное ограничение подвижности. Флюктуация из-за выраженного отека тканей определяется не всегда, особенно редко выявляется при глубоко расположенных субпериостальных абсцессах. Нарушение зрения (чаще преходящего характера) может наблюдаться при локализации процесса в глубоких отделах орбиты.

Субпериостальный абсцесс сопровождается выраженной общей реакцией организма, повышением температуры до 38—39°, интенсивной головной болью, интоксикацией.

## РЕТРОБУЛЬБАРНЫЙ АБСЦЕСС

Ретробульбарный абсцесс является ограниченным гнойным очагом в глазничной клетчатке.

Основные механизмы его образования следующие: 1) прорыв субпериостального абсцесса кзади от тарзо-орбитальной фасции и распространение гноя в мягкие ткани ретробульбарного пространства; 2)

распространение инфекции сосудистым путем; 3) перелом стенки глазницы при наличии гнойного синусита. Следует отметить, что ретробульбарным абсцессам наиболее часто предшествует субпериостальный, с соответствующей клиникой.

Для местной симптоматики ретробульбарного абсцесса характерна выраженная гиперемия и отек век, вследствие чего глазное яблоко необозримо. Если удастся поднять веки, визуализируется отечная и гиперемированная конъюнктура. Имеет место выраженный экзофтальм, возможно эксцентричное смещение и ограничение подвижности глазного яблока. При движении последнего и давлении на него выявляется интенсивная боль.

Ретробульбарные абсцессы протекают с резко выраженной общей реакцией организма, высокой температурой тела (38—39°), ознобом, явлением интоксикации, значительными изменениями воспалительного характера в крови.

Клиника ретробульбарного абсцесса бывает очень сходна с флегмоной орбиты, вследствие чего до хирургического вмешательства трудно дифференцировать эти две формы орбитальных осложнений.

## ФЛЕГМОНА ОРБИТЫ

Флегмона орбиты – это распространенный, без четких границ, прогрессирующий острый гнойный воспалительный процесс, сопровождающийся инфильтрацией и расплавлением клетчатки глазницы.

Существует несколько механизмов возникновения флегмоны глазницы. Достаточно частый путь распространения инфекции — из синуса по венам, которые проходят через костные стенки пазухи и анастомозируют с венами глазницы. Расплавление тромбов в сосудах орбитальной клетчатки способствует образованию мелких абсцессов вокруг вен, которые в дальнейшем могут сливаться и образовывать разлитое гнойное воспаление.



Флегмона орбиты может быть следствием прямого прорыва гноя из околоносовой пазухи через кость и надкостницу, с первичным образованием субпериостального абсцесса.

Независимо от механизма развития, основным местным признаком флегмоны орбиты является выраженный экзофтальм с резким ограничением подвижности или полной неподвижностью глазного яблока (офтальмоплегия). При попытке движения глазного яблока и давлении на него появляется интенсивная боль. Характерна выраженная гиперемия и отек век, вследствие чего глазное яблоко обзримо лишь при поднятии век.

При флегмоне глазницы происходят изменения на глазном дне застойного характера, снижение остроты зрения; выпадение роговичного и зрачкового рефлексов.

Характерна выраженная общая реакция организма, высокая температура тела (38—39°), озноб, интоксикация. В гемограмме значительные изменения воспалительного характера.

#### ТРОМБОЗ ВЕН КЛЕТЧАТКИ ОРБИТЫ, КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА

Несколько обособленное место занимает достаточно редкая форма риногенных орбитальных осложнений — тромбоз вен глазничной клетчатки (без гнойного расплавления), который может сочетаться с тромбозом (тромбофлебитом) кавернозного синуса.

Во всех случаях выявляется отечность век, вначале одного, а в дальнейшем, возможно, обоих глаз. В толще отечных тканей иногда можно пропальпировать более плотные тяжи — затромбированные вены. Вскоре присоединяются выраженные признаки воспаления: гиперемия, инфильтрация, уплотнение век, хемоз. Экзофтальм — постоянный признак, однако он часто маскируется отеком век. Боли при тромбофлебите вен глазницы, как спонтанные, так и при давлении на глаз, не столь интенсивны, как при флегмоне. Подвижность глазного яблока резко ограничена или

отсутствует. Достаточно часто происходит снижение остроты зрения.

Если флебит глазничных вен осложняется поражением кавернозного синуса, то процесс тромбообразования распространяется и на ткани орбиты противоположенного глаза с соответствующими, описанными выше, местными проявлениями.

Для данного орбитального осложнения характерно тяжелое общее состояние больного (септическое): высокая температура тела (чаще гектического типа), ознобы, головная боль, слабость. Особенно интенсивно выражены признаки тяжелого септического состояния при вовлечении в процесс кавернозного синуса.

## **ДИАГНОЗ И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНЫЙ ДИАГНОЗ**

Диагнозу риногенного воспалительного орбитального осложнения должно предшествовать выявление патологии околоносовых пазух.

Диагностика синусита осуществляется на основании характерных жалоб, анамнеза, физикальных методов (пальпация, перкуссия), данных риноскопии, рентгенографии, КТ (МРТ) околоносовых пазух (по показаниям), диагностической пункции.

Выявление синусита позволяет рассматривать воспалительную патологию орбиты как вторичное заболевание риногенного происхождения.. Следует отметить трудность дифференциальной диагностики различных форм риногенных орбитальных осложнений. Так, симптомы некоторых из них идентичны и иногда проблематична дифференцировка реактивного отека и воспаления клетчатки глазницы, ретробульбарного абсцесса и флегмоны орбиты и др.

В таблице 1 отображены основные местные клинические проявления орбитальных осложнений с указанием частоты их встречаемости (по мере нарастания – нет, редко, иногда, часто, всегда). Из таблицы видно, что местные симптомы некоторых патологических процессов могут совпадать. Поэтому

необходимо принимать во внимание и общие проявления. Для негнойных орбитальных осложнений (реактивный отек клетчатки орбиты и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век, остеопериостит орбиты) характерно отсутствие выраженной общей реакции организма.

Многие гнойные орбитальные осложнения, в том числе тромбоз вен клетчатки орбиты и кавернозного синуса проявляются выраженной общей реакцией, что является весьма важным критерием при дифференциальной диагностике.

Таблица 1

Местные симптомы при различных риногенных орбитальных осложнениях

Виды орбитальных осложнений	Симптомы							
	Боль в области глаза	Болезненность при давлении на глазное яблоко	Боль при движении глазного яблока	Отек век	Хемоз	Экзофтальм	Экцентричное смещение глазного яблока	Снижение остроты зрения
Реактивный отек клетчатки орбиты и век	редко	нет	нет	всегда	редко	часто	редко	нет
Диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век	часто	часто	нет	всегда	иногда	всегда	редко	редко

Остеопериостит орбиты	иногда	часто	иногда	часто	иногда	часто	часто	иногда
Абсцесс века	всегда	всегда	иногда	всегда	иногда	нет	редко	нет
Свищ века и орбитальной стенки	часто	часто	иногда	часто	редко	нет	редко	нет
Субпериостальный абсцесс	часто	часто	часто	часто	часто	всегда	часто	часто
Ретробульбарный абсцесс	всегда	всегда	часто	всегда	часто	всегда	часто	часто
Флегмона орбиты	всегда	всегда	всегда	всегда	всегда	всегда	часто	часто
Тромбоз вен клетчатки орбиты, кавернозного синуса	часто	всегда	часто	всегда	всегда	всегда	иногда	часто

Наглядная схема формулировки диагноза представлена в таблице 2. Из каждого столбца необходимо выбрать одно, обусловленное конкретной клинической ситуацией значение, за исключением последнего столбца, откуда возможен выбор нескольких видов заболевания (так как возможно сочетание орбитальных осложнений).

Таблица 2.

### Схема формулировки диагноза

Характеристика синусита	О	Форма орбитального осложнения
	С	

-острый	- катаральный		Л	
	- серозный		О	- реактивный отек клетчатки
	- гнойный		Ж	орбиты и век
	- пристеночно- гиперпластический	- фронтит	Н	- диффузное негнойное
	- полипозный	- верхнечелюстной синусит	Е	воспаление клетчатки
	- холестеатомный	(максиллит)	Н	орбиты и век
	- атрофический	- этмоидит	Н	- остеоperiостит орбиты
	- казеозный	- сфеноидит	Ы	- абсцесс века
	- некротический	- гемисинусит	Й	- свищ века и орбитальной стенки
	- вазомоторный	- пансинусит		- субperiостальный абсцесс
- хронически й	- аллергический	- полисинусит		- ретробульбарный абсцесс
	- смешанный (напр. полипозно- гнойный)			- флегмона орбиты
				- тромбоз вен клетчатки
				орбиты, кавернозного синуса

#### Примеры формулировки диагноза:

- 1) Острый катаральный верхнечелюстной синусит слева, осложненный реактивным отеком клетчатки левой орбиты и век;
- 2) Острый гнойный гемисинусит слева, осложненный остеоperiоститом левой орбиты;
- 3) Хронический гнойный полисинусит (двусторонний верхнечелюстной синусит, правосторонний фронтит), осложненный диффузным негнойным воспалением клетчатки левой орбиты, абсцессом правого верхнего века;
- 4) Хронический пристеночно-гиперпластический гемисинусит слева, осложненный диффузным негнойным воспалением клетчатки левой орбиты и век;
- 5) Хронический двусторонний гнойный верхнечелюстной синусит, осложненный ретробульбарным абсцессом справа;

б) Хронический полипозно-гнойный пансинусит, осложненный флегмоной правой орбиты, тромбозом кавернозного синуса.

## **ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ**

Важным в лечении риногенных воспалительных орбитальных осложнений является воздействие на первичный очаг заболевания, т. е. на воспаленную околоносовую пазуху. Лечебные мероприятия, направленные только на пораженные ткани орбиты обречены на неудачу. В настоящее время большинство авторов предпочитают комплексный метод лечения, охватывающий большой круг мероприятий в зависимости от характера поражения глазницы и синусов.

Тактику лечения риногенных орбитальных осложнений целесообразно рассматривать отдельно при острых синуситах и при обострении хронического процесса.

Выбор конкретного метода лечения зависит от следующих основных факторов:

- 1) характер поражения глазницы;
- 2) характер поражения синуса (синусов);
- 3) состояние зрения у пациента;
- 4) возраст больного.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ**

Орбитальные осложнения острых синуситов не всегда требуют

хирургического лечения.

При негнойных осложнениях (реактивный отек клетчатки орбиты и век, диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век, остеопериостит орбиты) на фоне острого синусита наиболее целесообразно лечение начинать с консервативных мер (включая пункции синусов). Однако если при консервативном лечении не наблюдается явной положительной динамики в течение первых 2-3 суток или симптомы нарастают, производится операция на соответствующей околоносовой пазухе (пазухах).

При гнойных орбитальных осложнениях (субпериостальный абсцесс, абсцесс века, свищ века и орбитальной стенки, ретробульбарный абсцесс, флегмона орбиты, а также тромбоза вен клетчатки орбиты) острого синусита показано хирургическое лечение. Вмешательство предусматривает не только санацию соответствующей околоносовой пазухи (или нескольких), но и вскрытие, и дренирование гнойного очага в глазнице. Наиболее целесообразный состав хирургической бригады – оториноларинголог и офтальмолог. Хирургическое лечение должно быть произведено по экстренным показаниям как можно в более ранние сроки, так как вследствие нарастающего отека и инфильтрации мягких тканей орбиты происходит сдавление и ишемия зрительного нерва. Данное обстоятельство может привести к выраженному снижению остроты зрения, слепоте. Кроме этого быстрое прогрессирование воспалительного процесса может привести к паноптальмиту, что в ряде случаев может потребовать экзвисцерацию орбиты.

## **ЛЕЧЕНИЕ ОРБИТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ХРОНИЧЕСКИХ СИНУСИТОВ**

При негнойных орбитальных осложнениях хронических синуситов лечение наиболее целесообразно начинать с консервативных мероприятий (включая пункции околоносовых синусов). При отсутствии выраженной положительной динамики в течение первых 1-2 суток, либо при

отрицательной динамике показано хирургическое лечение. Показания к операции следует выставлять в более ранние сроки, нежели при аналогичных осложнениях острых синуситов. В ряде случаев при негнойных осложнениях возможно проведение эндоназальной санирующей операции (в том числе и эндоскопической функциональной синусотомии), однако выбор конкретного объема хирургического вмешательства должен производиться строго в индивидуальном порядке.

При гнойных орбитальных осложнениях, развившихся на фоне хронического синусита, показано срочное хирургическое лечение. Производится санация соответствующей околоносовой пазухи (или нескольких), а также вскрытие и дренирование гнойного очага в орбите.

Таким образом, наиболее целесообразна следующая тактика лечения:

1) при негнойном поражении орбиты и остром синусите:

- у детей и взрослых – консервативное лечение (включая пункции пазух), при неэффективности – хирургическое лечение;

2) при негнойном поражении глазницы и хроническом воспалении околоносовых пазух:

- в детском возрасте показано щадящее хирургическое вмешательство с учетом возрастных особенностей развития синусов;

- взрослым, в большинстве случаев, показаны санирующие вмешательства на околоносовых пазухах (наиболее целесообразно – эндоназально);

3) при гнойном поражении орбиты и синусов, как у взрослых, так и у детей применяется широкое вскрытие пораженных околоносовых пазух с одновременным дренированием гнойника в глазнице (через оперированную пазуху или посредством дополнительной орбитотомии);

4) при наличии признаков тромбоза вен клетчатки орбиты и кавернозного синуса показано срочное хирургическое вмешательство на пораженных синусах вне зависимости от характеристики воспалительного процесса в них;



5) при снижении остроты зрения рекомендуется срочное хирургическое вмешательство на пораженных синусах вне зависимости от характеристики воспалительного процесса в них.

Консервативное лечение должно включать антибактериальные, гипосенсибилизирующие препараты, деконгестанты, мукоактивные препараты, физические методы лечения. В последние годы все чаще публикуются данные о положительном эффекте применения иммуномодуляторов и топических кортикостероидов в комплексном лечении синуситов. Особенностью лечения тромбоза вен клетчатки орбиты и кавернозного синуса (а также подозрения на указанную патологию) является применение антикоагулянтов прямого действия.

## ЛИТЕРАТУРА

1. Воронкин, В.Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, Д.Л. Перехода // Вестник оториноларингологии. 1999. №4. С. 25-27.
2. Дерюгина, О.В. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у взрослых и детей / О. В. Дерюгина, Ф. И. Чумаков // М.: МОНИКИ, 2001. 116 с.
3. Дерюгина, О.В. К вопросу о риногенных и риносинусогенных орбитальных и внутричерепных осложнениях у детей. / О.В. Дерюгина, В.М. Исаев, Л.Ю. Мусатенко // Материалы 6 конгресса педиатров России. – М.:ООО «Юнитар-принт», 2000. С.100.
4. Кравченко, Д.В. Некоторые результаты обследования и лечения больных с риносинусогенными орбитальными осложнениями / Д.В. Кравченко, А.В. Кравченко, В.И. Попадюк // Вестник оториноларингологии. 1999. №2. С.23-25.
5. Куранов, Н.И. Орбитальные и внутричерепные осложнения риносинусита / Н.И. Куранов // Вестник оториноларингологии. 2001. №4. С. 46-47.
6. Янюшкин, С. П. Риногенные воспалительные орбитальные осложнения в детской оториноларингологии (по материалам клиники за 10 лет) / С.П. Янюшкин, Е.С. Янюшкина // Вестник оториноларингологии. 1999. №2. С.23-25.
7. Jabor, M.A. Orbital complications of sinusitis / M.A. Jabor, R.G. Amedee // J LaState-Med-Soc. 1997. Vol. 149, №4. P. 105-108.
8. Mortimore, S. The Groote Schurz hospital classification of the orbital complications of sinusitis / S. Mortimore, P. Wormald // J. Laryngol. 1997. Vol. 1211, № 8. P. 719-723.

## ОГЛАВЛЕНИЕ

- 1 Введение
- 2 Классификация риногенных орбитальных осложнений
- 3 Клиника риногенных орбитальных осложнений
  - а) реактивный отек клетчатки орбиты и век
  - б) диффузное негнойное воспаление клетчатки орбиты и век
  - в) остеопериостит орбиты
  - г) абсцесс века
  - д) свищ века и орбитальной стенки
  - е) субпериостальный абсцесс
  - ж) ретробульбарный абсцесс
  - з) флегмона орбиты
  - и) тромбоз вен клетчатки орбиты, кавернозного синуса
- 4 Диагноз и дифференциальный диагноз
- 5 Тактика лечения риногенных орбитальных осложнений
  - а) лечение орбитальных осложнений острых синуситов
  - б) лечение орбитальных осложнений хронических синуситов
- 6 Литература

Учебное издание

**Затолока Павел Александрович**

# **РИНОГЕННЫЕ ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

Учебно-методическое пособие

Ответственный за выпуск А.Ч. Буцель  
Редактор  
Компьютерный набор П.А. Затолока, Е.Н. Мелешко  
Компьютерная верстка  
Корректор

Подписано в печать \_\_\_\_\_ Формат 60x84/16. Бумага писчая. «Снегурочка».  
Печать офсетная. Гарнитура «Times».  
Усл. печ. л. \_\_\_\_\_. Уч.-изд. л. \_\_\_\_\_. Тираж \_\_\_\_\_ экз. Заказ \_\_\_\_\_  
Издатель и полиграфическое исполнение –  
Белорусский государственный медицинский университет.  
ЛИ № 02330/0133420 от 14.10.2004; ЛП № 02330/0131503 от 27.08.2004.  
220030, г. Минск, ул. Ленинградская, 6