

сту в первые месяцы жизни, что говорит о неправильно выбранной выжидательной тактике врачей и недостаточной информированности населения, что сказывается на результатах лечения.

2. Изучение истории болезни свидетельствует об отсутствии единого диагностического подхода с широким использованием современных методов обследования (УЗИ, МРТ, ангиография и др.).

3. Необходимо разработать и внедрить в практику новые методы лечения гемангиом ЧЛО у детей с целью улучшения их результатов и этапов лечения.

## Литература

1. Исаков Ю.Ф. // Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 18-21.
2. Исаков Ю.Ф. Педиатрия. – 1995. – №4. – С. 18-21.
3. Кондрашин Н.И. Клиника и лечение гемангиом у детей. – М., 1963. – 103 с.
4. Разуваев С.Н., Дьякова С.В., Шафранов В.В., Иванов А.В. Лечение гемангиом мягких тканей лица у детей методом СВЧ-криодеструкции. – СПб, 2002. – 125 с.
5. Ситковский Н.Б., Гераскин В.И., Шафранов В.В., Новак М.М., Лечение гемангиом у детей жидким азотом. – Киев, 1998. – 120 с.
6. Федорев Г.А. Гемангиомы. – М., 1984. – 262 с.
7. Щербак В.И., Косырева Т.М., Решетников Ю.Н. Особенности клинического проявления, диагностики и хирургического лечения сосудистых опухолей мягких тканей околоушно-жевательной области у детей. – Самара, 1992. – С. 164-166.
8. Pasyk K. Classification and clinical and histopathological features of hemangiomas and other vascular malformations // Vasc. Birthmarks. – 1987. – Vol. 132. – P. 1-54.

## Резюме

Авторами изучены частота и медико-диагностическая тактика у детей с гемангиомой челюстно-лицевой области на основании материалов отделения детской челюстно-лицевой хирургии. Проведенные исследования позволяют сделать вывод о необходимости совершенствования диагностики и тактики лечения детей с гемангиомами челюстно-лицевой области.

## Summare

The analysis of department frequency and medical – diagnostic tactics at children with hemangioma maxillofacial area on materials of branch of children's surgical stomatology of the Tashkent medical academy with 2002 for 2006 is lead. The analysis of our researches has revealed necessity of perfection of diagnostics and tactics of treatment children with the hemangioma maxillofacial.

УДК: 617.76-002.36:616/145/115-151.5

## СЛУЧАЙ ВОЗНИКНОВЕНИЯ ТРОМБОЗА КАВЕРНОЗНОГО СИНУСА ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ



**Храмова Н.В.**

**Ташкентский  
государственный  
стоматологический  
институт**

Тромбоз кавернозного (пещеристого) синуса – закупорка тромбом пещеристой пазухи, расположенной в основании черепа по бокам от турецкого седла. В формировании первичных тромбозов основная роль отводится изменениям свертывающей и противосвертывающей системы крови. Главной причиной вторичных тромбозов являются различные инфекции. Проникновение инфекционного фактора в синусы происходит контактным, гематогенным или смешанным путями. Чаще наблюдается гематогенный путь внедрения инфекции в кавернозный синус через многочисленные венозные сосуды: орбитальные вены, крыловидное сплетение, нижний каменистый синус, мелкие вены клиновидной кости. При тромбозе пещеристого синуса патологический процесс охватывает расположенные в верхней части синуса блоковый и глазодвигательный нерв, расположенную в наружной части синуса верхнюю ветвь тройничного нерва, расположенную в заднем отделе синуса внутреннюю сонную артерию, периаартериальное симпатическое сплетение, отводящий нерв (рис. 1).

По данным литературы, это довольно редкая цереброваскулярная патология (0,5% от числа всех воспалительных заболеваний), но при этом часто приводящая к летальному исходу или развитию осложнений таких как слепота, инсульт, нарушение функции эпифиза, в результате чего наступает инвалидизация больного. Развитие таких осложнений наблюдаются примерно у 30% больных. Чаще всего кавернозный синус тромбируется при воспалениях в лицевой области. Впервые характерные симптомы тромбоза кавернозного синуса были описаны Н.И. Пироговым.

Клиническая картина развивается достаточно бурно на фоне выраженных воспалительных явлений, гипертермии,



### ИНФОРМАЦИЯ +

С другими материалами по теме стоматологии вы можете ознакомиться

НА САЙТЕ [WWW.TSDI.UZ](http://WWW.TSDI.UZ)

обратившись к разделу «Наука»: «Научные доклады, семинары, статьи»

нейтрофильного лейкоцитоза, ускоренной СОЭ. Появляются симптомы местного нарушения венозного оттока: экзофтальм, выраженный отек мягких тканей глазницы, синюшность кожных покровов этой области. Параллельно возникают признаки внутричерепной гипертензии: застойные явления на глазном дне, вторичная глаукома, двусторонняя гипертензия при эхоэнцефалографии, головная боль распирающего характера, сопровождающаяся тошнотой и рвотой. В неврологическом статусе наблюдается картина синдрома верхней глазной щели с парезом отводящего, глазодвигательного, блокового нервов и первой ветви тройничного нерва. Клинически это проявляется птозом, наружной офтальмоплегией, нарушением чувствительности роговицы и надглазничной области [1,2].

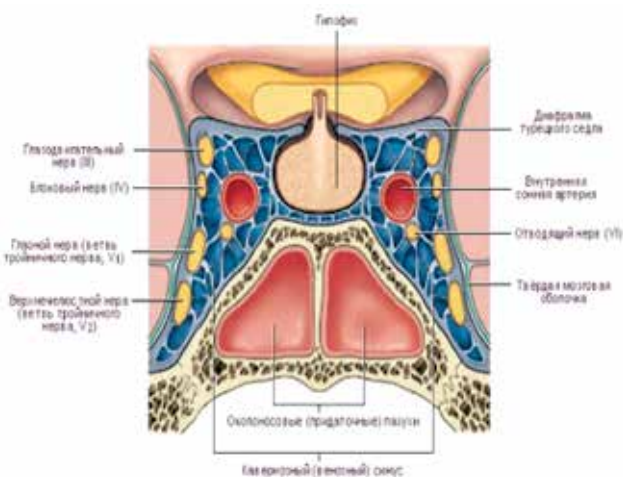


Рис. 1. Схема расположения кавернозного синуса.

Поскольку тромбоз кавернозного синуса является редким заболеванием, интерес представляет каждый клинический случай его возникновения.

Больной И., 1949 г.р., поступил в отделение ВЧЛХ с диагнозом "Флегмона орбиты слева. Тромбофлебит угловой вены лица слева. Сепсис?". Из анамнеза 15 дней назад появилась припухлость в лобной области, которая распространилась на правый глаз, по месту жительства был осмотрен окулистом, назначено противовирусное, антибактериальное лечение. 3 дня назад припухлость распространилась на левый глаз, состояние больного резко ухудшилось (рис. 2а).

В течение данного периода времени у больного наступило резкое ухудшение состояния, вызванное распространением гнойного процесса. По согласованию с администрацией был госпитализирован в отделение взрослой челюстно-лицевой хирургии Ташкентского государственного стоматологического института. Под внутривенным обезболиванием было произведено вскрытие флегмоны орбиты, получен гной, назначена интенсивная терапия (рис. 2б).

Учитывая резкое ухудшение общего состояния, больной переведен в отделение общей реанимации. На МСКТ грудной клетки: признаки двусторонней нижнедолевой пневмонии. Небольшой плевральный выпот с обеих сторон. МСКТ головного мозга: МСКТ-признаков очаговых изменений головного мозга не выявлено. Левосторонний экзофтальм с инфильтрацией параорбитальных мягких тканей. Расширение верхней глазничной вены справа. Сфеноидит. Катаральные изменения в гайморовой пазухе слева и клетках решетчатой кости (рис. 3). Больной в отделении общей реанимации был интубирован. Проведена операция наложения трахеостомы. Повторная МСКТ головного мозга: изменения в проекции моста мозга, средней ножки мозжечка и гемисферы мозжечка слева могут соответствовать энцефалиту. Расширение вены орбиты. Инфильтрация параорбитальных мягких тканей. Сфеноидит. Этмоидит. Двусторонний гайморит. Левосторонний средний отит. Под местной анестезией выполнена операция вскрытия абсцесса верхнего века справа. В отделении общей реанимации получал антибактериальную, дегидратационную, антикоагулянтную, инфузионную терапию, плазмо- и альбуминотрансфузии. Питание зондовое. Был осмотрен невропатологом, нейрохирургом, ЛОР-врачом, инфекционистом, эндокринологом, нефрологом. Диагноз и лечение согласованы. Состояние больного в динамике улучшилось (рис. 4).



Рис. 2. Внешний вид пациента И. в день поступления (а) и на 2-й день после оперативного вмешательства (б).

На 27-й день состояние больного средней тяжести. Дыхание самостоятельное. Состояние трахеостомы удовлетворительное. Сознание ясное. Принудительные команды выполняет. Физиологические отправления в норме. Ригидность затылочных мышц и гемиплегия справа сохраняется. Больному ежедневно проводится санация легких через трахеостомическую трубку. АД 130/80, пульс 80 уд. в мин. Местный статус: раны очистились, зажили вторичным натяжением. Экзофтальм и хемоз левого глаза сохраняются, в динамике с уменьшением, состояние кожных покровов вокруг трахеостомы удовлетворительное (рис. 5).

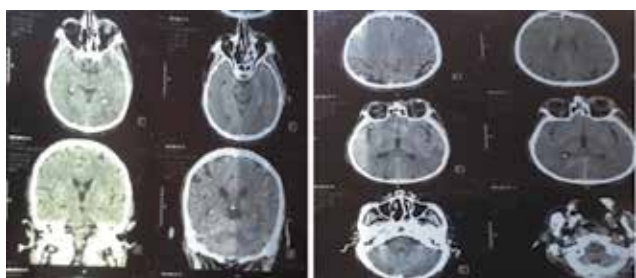


Рис. 3. МСКТ-срезы головного мозга пациента И.; определяются признаки энцефалита



Рис. 4. Экзофтальм и хемоз конъюнктивы у пациента И. слева на стороне оперативного вмешательства (а), состояние глазного яблока справа (б).



Рис. 5. Внешний вид пациента И. на 27-й день, перед выпиской из стационара,

### Заключение

При анализе данного случая прослеживается типичное течение тромбоза кавернозного синуса. Для предотвращения данного осложнения необходимо прогнозировать

тяжесть гнойного процесса с самого начала поступления больного в клинику.

### Литература

1. Козлов В.А. Воспалительные заболевания и повреждения тканей челюстно-лицевой области: Руководство для врачей. — СПб: Спец. лит-ра, 2014. — С. 220-225.
2. Соловьев М.М., Большаков О.П., Галецкий Д.В. Гнойно-воспалительные заболевания головы и шеи. Этиология, патогенез, клиника, лечение. — М.: Умный доктор, 2016. — С. 184-185.

### Резюме

Тромбоз кавернозного синуса развивается вследствие гнойных инфекций челюстно-лицевой области и ЛОР-органов. На сегодняшний день он является осложнением, при котором летальность остается высокой (13-14%), а по некоторым данным, достигает 50-70%. При диагностике тромбоза кавернозного синуса важна дифференциальная диагностика тромбоза кавернозного синуса с общими и глазными патологиями. В статье подробно рассмотрены именно офтальмологические симптомы, что дает возможность отличить тромбоз от сепсиса нетромботического характера.

### Резюмеси

Каверноз синусинг тромбози юз-жағ соҳаси ва ЛОР аъзо-лардаги йирингли яллиғланиш жараёнларидан сунг ривожланади. Бугунги кунда унинг асорат сифатида леталлиги юқори бўлиб (13-14%), баъзи маълумотларга кўра 50-70%гача оради. Таъхис кўйишда каверноз синусинг тромбозини ва кўз патологияларини дифференциал диагностика қилиш муҳимдир. Биз каверноз синус тромбозини офтальмологик симптомларини кўриб чиқдик ва бу бизга тромбознинг нотромбоз сепсисдан фарқлаш имкониятини бериб, даволаш ва касалликнинг тузатишига таъсир кўрсади.

### Summary

Cavernous sinus thrombosis develops owing to purulent infections of maxillofacial area and ENT-organs. Nowadays, it is the complication at which mortality remains high (13-14 %), and according to some information reaches 50-70 %. In diagnostics of cavernous sinus thrombosis differential diagnostics of a cavernous sinus thrombosis with the general and eye pathologies is important. We have in detail considered exactly ophthalmologic symptoms that gives the opportunity to distinguish a thrombosis from a sepsis of not thrombotic character and by that influences on treatment and a disease outcome.