

На контрольном УЗИ через 6 месяцев только у 2 пациентов отмечалось наличие кровотока в БПВ (реканализация).

Осложнения ЭВЛК наблюдались в 4 (3,2 %) случаях: у 2 (1,6 %) пациентов на месте варикозно расширенного узла образовался плотный узел; в 2 (1,6 %) случаях наблюдалась пигментация на месте коагулированной вены. На контрольном осмотре через 6 месяцев у пациентов с развившимися осложнениями не обнаружили явления реканализации. Пигментация на месте коагулированной вены значительно уменьшилась.

Выводы

1. ЭВЛК является эффективным (97 %) и безопасным (частота осложнений составила 3,2 %) методом лечения варикозного расширения вен большого диаметра.

2. Сочетание ЭВЛК и минифлебэктомии позволяет добиться наилучшего лечебного и косметического эффекта при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей. Наилучшие результаты достигаются при проведении ЭВЛК у пациентов на начальных стадиях заболевания, но данный метод может с успехом применяться и на поздних (С5–С6) стадиях варикозного расширения вен нижних конечностей.

3. Минимальная инвазивность, косметичность и короткий период послеоперационной реабилитации делают ЭВЛК методом выбора при лечении варикозного расширения вен нижних конечностей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богачев, В. Ю. Хронические заболевания вен нижних конечностей: современный взгляд на патогенез, лечение и профилактику / В. Ю. Богачев, И. А. Золотухин, А. Н. Кузнецов // Флебологическая наука и практика. — 2008. — Т. 2, № 1. — С. 43–50.
2. Эндоваскулярная лазерная облитерация большой подкожной вены при варикозной болезни / В. Ю. Богачев [и др.] // Ангиология и сосудистая хирургия. — 2004. — Т. 10, № 1. — С. 93–100.
3. Первый опыт применения радиальных световодов для лазерной коагуляции вен в Гомельской области / А. А. Лызинов [и др.]. — Гомель, 2015.
4. Гавриленко, А. В. Диагностика и лечение хронической венозной недостаточности нижних конечностей / А. В. Гавриленко. — М., 1999. — С. 7–96.

УДК 616.216:617.76-06

ВНУТРИОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОСИНУСОГЕННОЙ ПРИРОДЫ

Матвеевко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент И. Д. Шляга

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Источником многих серьезных проблем в ринологии являются воспалительные процессы в околоносовых пазухах. В настоящее время возросло число рецидивирующих форм гнойного синусита и сопряженных с ним риносинусогенных орбитальных осложнений, что делает особенно актуальным поиск новых методов лечения гнойно-воспалительных заболеваний околоносовых пазух и орбиты. Частота и факторы возникновения орбитальных риносинусогенных осложнений связаны с тесными анатомическими взаимоотношениями околоносовых пазух и орбиты.

При возникновении пиогенных глазничных осложнений следует учитывать одонтогенный фактор, поскольку возможно распространение инфекции из пораженных зубов в орбиту через верхнюю стенку верхнечелюстной пазухи. Главными путями распространения инфекции из лицевой области и передних околоносовых пазух являются артериальные и особенно венозные связи этих областей с органами глазницы. Немаловажное значение в распространении инфекции в направлении глазницы имеет сосудистая лимфатическая система. Таким образом, основными путями распространения инфекции в глазницу являются контактный и сосудистый.

Однако несмотря на большое количество консервативных и хирургических методов лечения, острые синуситы нередко переходят в хроническую форму, а также могут вызывать внутриорбитальные осложнения, представляющие одну из самых важных и сложных проблем оториноларингологии, нейрохирургии и офтальмологии, вследствие тяжести их течения, трудности диагностики, лечения и возможностью развития летального исхода.

Цель

Проанализировать этиопатогенетическую причину и подходы к лечению пациентов с орбитальными осложнениями риносинусогенной природы, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-клинике ГомГМУ с 2006 по 2017 гг., в зависимости от возраста, пола, причинного фактора, с учетом их клинических форм и особенностей течения синуситов.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 20 пациентов с орбитальными осложнениями в возрасте от 16 до 70 лет, находившихся на лечении с 2006 по 2017 гг. Данной категории пациентов проводилось тщательное комплексное обследование по разработанному алгоритму: передняя и задняя риноскопия, эндоскопическая риносинусоскопия, рентгенография околоносовых пазух, КТ-, МРТ-исследование, микробиологическое, гистологическое, цитологическое исследование, консультация офтальмолога и стоматолога.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что общее количество пациентов с заболеваниями риносинусогенной природы с 2006 по 2017 гг. составило 2972 человека.

Внутричерепные и внутриорбитальные осложнения развились у 35 (1,18 %) человек, при этом внутричерепные осложнения составили — 15 (42,9 %) случаев, внутриорбитальные — 20 (57,1 %).

Среди внутриорбитальных осложнений были выявлены: отек век — 11, флегмона орбиты — 3, остеомиелит — 4, ретробульбарный абсцесс — 4, панофтальмит — 3 (рисунок 1).

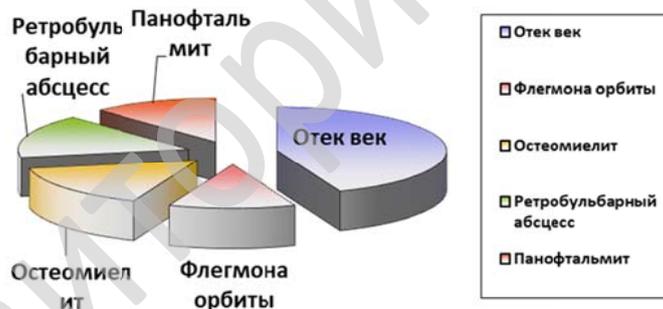


Рисунок 1 3 Формы внутриорбитальных осложнений

Было выявлено, что среди 20 обследуемых — 9 (47 %) пациентов женского и 11 (53 %) — мужского пола.

Распределение пациентов с внутриорбитальными осложнениями по возрасту в зависимости от количества человек составило: 15–30 лет — 1 (5 %) человек, 31–40 лет — 3 (15 %) человека, 41–50 лет — 3 (15 %) человека, 51–60 лет — 11 (55 %) человек, старше 60 лет — 2 (10 %) человека.

По результатам микробиологического исследования микробиота со стороны орбиты выделена не была.

Все пациенты подверглись хирургическому вмешательству со стороны пазух: гемисинусэктомия, полисинусэктомия. Со стороны орбиты: орбитотомия, вскрытие и дренирование ретробульбарного абсцесса и эвисцерация в двух случаях. Также, в большинстве процентов случаев, проводилась санация кариозных зубов.

Выводы

1. По нашим данным, внутриорбитальные осложнения наиболее часто встречаются преимущественно у мужчин в возрастной группе от 41 до 50 лет.

2. Среди орбитальных осложнений ведущее место занимают негнойные (реактивный отек параорбитальной клетчатки и клетчатки век — 44 %), гнойные осложнения — 46 %.

3. Орбитальные осложнения риносинусогенной природы развились в 100 % случаев в результате комбинированного поражения пазух на фоне хронических (83 %) полипозно-гнойных форм синуситов, преимущественно одонтогенной природы (87,6 %).

4. Целесообразно использование КТ в качестве метода точной диагностики, поскольку, по нашим данным, частота совпадений диагноза по результатам КТ и послеоперационного диагноза составила 97,3 % в отношении наличия гнойного синусита и 88,2 % в отношении орбитального осложнения.

5. Учитывая наличие орбитальных осложнений на фоне одонтогенной природы синуситов необходимо проводить профилактические мероприятия относительно данных осложнений — своевременная санация кариозных зубов.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Зенгер, В. Г.* Современные технологии в лечении заболеваний уха, горла и носа: рук-во для врачей / В. Г. Зенгер, А. Н. Наседкин. — М.: Медкнига, 2008. — 356 с.

2. *Пискунов, Г. З.* Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / Г. З. Пискунов, В. С. Козлов. — М.: Совершенно секретно, 2003. — 203 с.

3. *Цветков, Э. А.* Наш опыт в лечении орбитальных синусогенных осложнений / Э. А. Цветков, А. Н. Савин, С. Г. Ускова // Рос. оториноларингол. — 2007. — № 6. — С. 165–170.

УДК 616.216:616.714.1-06

ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОСИНУСОГЕННОЙ ПРИРОДЫ

Матвеевко А. В.

Научный руководитель: к.м.н., доцент *И. Д. Шляга*

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

Несмотря на большое количество консервативных и хирургических методов лечения, острые синуситы нередко переходят в хроническую форму, а также могут вызывать внутричерепные осложнения, представляющие одну из самых важных и сложных проблем оториноларингологии, нейрохирургии и офтальмологии, вследствие тяжести их течения, трудности диагностики, лечения и возможностью развития летального исхода.

При воспалительных заболеваниях околоносовых пазух в патологический процесс вовлекается их венозная система, которая посредством анастомозов сообщается с венами головного мозга. Эти анастомозы нередко служат путями заноса в мозговые вены и синусы инфекции из очагов воспаления. Основным проводником инфекции из околоносовых пазух в мозговые вены являются рино-офтальмо-церебральные анастомозы, по которым инфекция попадает сначала в мозговые вены, затем в венозные синусы мозга и в вены мозговых оболочек.

При острых передних синуситах инфекция чаще всего распространяется гематогенным путем. В этом случае абсцесс может возникать в лобной доле головного мозга без повреждения твердой мозговой оболочки. В случае распространения инфекции внутрь черепа контактным путем сначала развивается экстрадуральный абсцесс, затем некроз и дефект твердой мозговой оболочки и далее — либо генерализованный базилярный менингит, либо ограниченный энцефалит с образованием интрамедуллярного абсцесса.

Цель

Проанализировать этиопатогенетическую причину и подходы к лечению пациентов с внутричерепными осложнениями риносинусогенной природы, находившихся на обследовании и лечении в ЛОР-клинике ГомГМУ с 2006 по 2017 гг., в зависимости от возраста, пола, причинного фактора, с учетом их клинических форм и особенностей течения синуситов.