



СЛУЧАИ ИЗ ПРАКТИКИ CASES REPORT

Случай из практики

УДК 617.77-001.4

DOI: <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2025-2-71-74>

© Макогон С.И., Фефелов А.В., 2025

Посттравматический абсцесс века. Клинический случай

С.И. Макогон, А.В. Фефелов

ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет» Минздрава России, Барнаул, Россия

РЕФЕРАТ

В статье приводится случай абсцесса верхнего века, развившегося после травмы у пациента П., 50 лет, через 7 дней после получения контузии правой половины лица. Пациент был экстренно госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии для проведения хирургического лечения. После вскрытия и дренирования абсцесса верхнего века пациенту проведена антибактериальная и противовоспалительная терапия. Своевременные диагностика и назначенное лечение позволили избежать вовлечения в воспалительный процесс глазного яблока.

Ключевые слова: воспалительный процесс параорбитальной области, абсцесс века, междисциплинарный подход, орбитальные осложнения

Для цитирования: Макогон С.И., Фефелов А.В. Посттравматический абсцесс века. Клинический случай. Точка зрения. Восток – Запад. 2025;12(2): 71–74. <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2025-2-71-74>

Автор, ответственный за переписку: Светлана Ивановна Макогон, vvk_msi@mail.ru

Case report

Posttraumatic abscess of the eyelid. Clinical case

S.I. Makogon, A.V. Fefelov

Altai State Medical University of the Ministry of Health of the Russian Federation, Barnaul, Russia

ABSTRACT

The article presents a case of an upper eyelid abscess that developed after an injury in a patient P., 50 years old, 7 days after receiving an injury (contusion) of the right side of the face. The patient was urgently hospitalized in a maxillofacial surgery department for surgical treatment. After incision and drainage, the patient received antibacterial and anti-inflammatory therapy. Timely diagnosis and treatment prevented involvement of the globe in the inflammatory process.

Key words: inflammatory process of the paraorbital region, eyelid abscess, interdisciplinary approach, orbital complications

For quoting: Makogon S.I., Fefelov A.V. Posttraumatic abscess of the eyelid. Clinical case. Point of view. East – West. 2025;12(2): 71–74. <https://doi.org/10.25276/2410-1257-2025-2-71-74>

Corresponding author: Svetlana I. Makogon, vvk_msi@mail.ru

ВВЕДЕНИЕ

Патология параорбитальной области является мультидисциплинарной проблемой, т.к. лежит на стыке профессиональных интересов многих специальностей: офтальмологов, оториноларингологов, стоматологов и челюстно-лицевых хирургов. Анатомо-топографические особенности орбиты и физиологическая близость полости носа, околоносовых пазух, близость к онтогенному аппарату и структурам головного мозга определяют возможность возникновения воспалительных процессов параорбитальной области. Задержка диагностики и лечения может привести к серьезным офтальмологическим и внутричерепным осложнениям: менингиту, тромбозу кавернозного синуса, абсцессу головного мозга и потере зрения [1].

Этиология и патогенез орбитальных осложнений разнообразны. В литературе описаны случаи возникновения орбитальных осложнений на фоне синуситов [2–4], в том числе скрытых, после стоматологических манипуляций [5, 6], эндоназальной эндоскопической хирургии околоносовых пазух [7], травмы параорбитальной области, в том числе с поражением придаточных пазух [1]. Воспалительные процессы параорбитальной области требуют неотложного междисциплинарного и визуализирующего подхода, антибиотикотерапии и хирургического лечения [8].

ЦЕЛЬ

Ознакомление офтальмологов и клинических ординаторов с течением посттравматического абсцесса века.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пациент П., 50 лет, был экстренно госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии 27.10.2024 с жалобами на резкую боль в области правого глаза, уплотнение в области верхнего века справа с гнойным отделяемым, невозможность самостоятельно открыть правый глаз.

Anamnesis morbi: 20.10.2024 получил травму уличного характера (упал, ударился о землю). Отметил появление выраженной гематомы в области правого глаза после травмы. За помощью не обращался, самостоятельно лечением не занимался. В течение последних 4 дней отмечает уплотнение места ушиба и прорыв гнойного отделяемого на кожу. Обратился по месту жительства в ЦРБ Заринского района Алтайского края, осмотрен стоматологом. Направлен в ГБ №5 г. Барнаула. В приемном отделении осмотрен дежурным врачом – челюстно-лицевым хирургом. Госпитализирован в отделение челюстно-лицевой хирургии в экстренном порядке.

Anamnesis vitae: перенес инфаркт миокарда, постинфарктная стенокардия напряжения, у терапевта, кардиолога не наблюдается, ситуационно принимает нитроглицерин.

Status praesens communis: общее состояние больного средней тяжести. Температура тела – 38,4 °С. Сознание ясное, адекватное, ориентирован. Кожный покров обычной окраски, невозможность самостоятельно открыть глаз. Периферические лимфоузлы (подчелюстные, над- и подключичные, подмышечные) не увеличены, безболезненные. Костно-мышечная система без видимой патологии. Органы дыхания: дыхание через нос свободное, частота дыхания – 18 в минуту. Грудная клетка правильной формы, симметричная. Межреберные промежутки не изменены. Аускультация, перкуссия легких без особенностей. Органы кровообращения: область сердца без патологической пульсации, верхушечный толчок определяется в V межреберье на 1 см кнутри от левой среднеключичной линии. Пульс на лучевых артериях симметричный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Органы пищеварения: живот симметричный, участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, безболезненный. Кишечник не вздут, при пальпации безболезненный. Стул ежедневно, оформлен, без патологических примесей. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

Status localis: симметрия лица нарушена за счет выраженного инфильтрата верхнего века справа. Глазная щель сомкнута вследствие инфильтрата, оценить зрение невозможно (рис. 1). Инфильтрат плотный, размером около 2,5 см, резко болезненный, с очагом некроза по центру около 1,5 см в диаметре и гнойным отделяемым.

Учитывая жалобы больного, анамнез заболевания, данные клинического осмотра, выставлен диагноз: Посттравматический гнойно-некротический абсцесс верхнего века справа.

Лабораторные и инструментальные исследования:

Общий анализ крови от 27.10.2024: лейкоциты – 9,88%, нейтрофилы – 7,22%; лимфоциты – 1,31%, моноциты – 1,19%, эозинофилы – 0,12%, базофилы – 0,04%,

эритроциты – $4,32 \times 10^{12}/л$, гемоглобин – 137 г/л, тромбоциты – $243 \times 10^9/л$, СОЭ – 35 мм/ч, экспресс-анализ на сифилис – отрицательно.

Биохимия крови от 27.10.2024: билирубин общий – 10,6 мкмоль/л, аспартатаминотрансфераза – 27,90 Ед/л, аланинтрансаминаза – 47,30 Ед/л, общий белок – 76,10 г/л, мочевины – 4,20 ммоль/л, креатинин – 77,00 мкмоль/л, глюкоза – 5,91 ммоль/л, натрий – 135,00 ммоль/л, калий – 5,3 ммоль/л, С-реактивный белок – 25,97 мг/л.

Коагулограмма от 27.10.2024: протромбиновый индекс по Квику – 83,40, протромбиновое время – 11,70%, международное нормализованное отношение (МНО) – 1,08, активированное парциальное тромбопластиновое время (АПТВ) – 23,80 с, фибриноген – 7,16 г/л.

Рентгенография органов грудной клетки от 27.10.2024: легочные поля расправлены, очагов и инфильтратов не выявлено. Легочный рисунок патологически неизменен. Корни не расширены, малоструктурны, тяжисты. Синусы свободны, справа визуализируется плевро-диафрагмальная спайка. Диафрагма расположена обычно, контур ровный, четкий. Сердце без патологических изменений. Со стороны костной системы патологии не выявлено. Заключение: плевро-диафрагмальная спайка справа.

Электрокардиография от 27.10.2024: синусовый ритм, частота сердечных сокращений – 67 уд/мин. Нормальное положение электрической оси сердца, замедление внутрипредсердной проводимости, рубцовые изменения передне-перегородочной области левого желудочка.

После осмотра анестезиолога 27.10.2024 экстренно проведена операция: вскрытие абсцесса, некрэктомия. В асептических условиях под внутривенным наркозом после обработки операционного поля произведено иссечение некротизированного участка верхнего века справа, удалены участки некроза в полости абсцесса, получено скудное гнойное отделяемое. Произведен тщательный туалет раны. Тупым способом ткани разделены до кости в области скулового отростка лобной кости и в полость глазницы, отделяемого нет. Медицинская обработка, дренаж. Произведен разрез подглазничной области в проекции нижнего края орбиты до кости, пройдено в полость глазницы, отделяемого нет. Медицинская обработка, дренаж. Верхнее веко поднято кверху, структуры глаза сохранены. Гемостаз по ходу операции. Дренажи. Асептическая повязка.

По окончании операции и после восстановления ясного сознания (Ф.И.О. называет правильно, самостоятельно перебрался на каталку), переведен в отделение челюстно-лицевой хирургии под наблюдение дежурного персонала.

При осмотре 28.10.2024 (на следующий день после операции): умеренный отек, инфильтрация подглазничной области и верхнего века справа, пальпация малоболезненна. Кожа в области инфильтрата умеренно гиперемирована, пальпация умеренно болезненна, по дренажам – гнойно-геморрагическое отделяемое в умеренном количестве. На рисунках 2, 3 и 4 представлены фото пациента в различные дни после хирургического лечения.



Рис. 1. Фото пациента на момент госпитализации

Fig. 1. Picture of the patient at the time of hospitalization



Рис. 3. Фото пациента на 6-й день после хирургического лечения

Fig. 3. Picture of the patient on the 6th day after surgery



Рис. 2. Фото пациента на 2-й день после хирургического лечения

Fig. 2. Picture of the patient on the 2nd day after surgery



Рис. 4. Фото пациента на 9-й день после хирургического лечения

Fig. 4. Picture of the patient on the 9th day after surgery

В послеоперационном периоде получал антибактериальную, противовоспалительную терапию, курс гипербарической оксигенации.

При выписке *status localis*: симметрия лица не нарушена, пальпация безболезненна. Кожа в области инфильтрата слабо гиперемирована, пальпация безболезненна. По дренажу – сукровичное отделяемое в небольшом количестве. Глазная щель около 7 мм. Консультирован офтальмологом: острота зрения 1,0/1,0; внутриглазное давление по Маклакову 16/17 мм рт.ст.; ОУ: конъюнктива спокойная, роговица прозрачная, передняя камера средней глубины, влага прозрачная, радужная оболочка структурна, хрусталик прозрачный, стекловидное тело без изменений. На глазном дне диск зрительного нерва

бледно-розового цвета, округлой формы, с четкими контурами, соотношение артерий к венам 2:3, макулярная область, видимая периферия сетчатки – без патологических изменений. 07.11.2024 пациент выписан на амбулаторное долечивание, даны рекомендации.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Представленный клинический случай продемонстрировал этапы развития инфекционного процесса от инфильтрата до развития некроза ткани с гнойным отделяемым. Своевременное назначение хирургического и медикаментозного лечения позволило избежать вовлечения в воспалительный процесс глазного яблока.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Toh ZYC, Cameron A. Orbital compartment syndrome secondary to subperiosteal abscess initiated by barotrauma. *BMJ Case Rep.* 2022;15(3): e248540. doi: 10.1136/bcr-2021-248540
2. Welkoborsky HJ, Pitz S, Grass S, Breuer B, et al. Sinogenic Orbital Complications. *Dtsch Arztebl Int.* 2022;119(3): 31–37. doi: 10.3238/arztebl.m2021.0379
3. Бойко Н.В., Стагниева И.В., Гукасян Э.Л., Государственная П.А. Орбитальные осложнения риносинусита у детей. *Вестник оториноларингологии.* 2023;88(2): 74–79. [Boiko NV, Stagnieva IV, Gukasyan EHL, Gosudarstvennaya PA. Orbital complications of rhinosinusitis in children. *Bulletin of Otorhinolaryngology.* 2023;88(2): 74–79. (In Russ.)] doi: 10.17116/otorino20228802174
4. Casady DR, Zobal-Ratner JL, Meyer DR. Eyelid abscess as a presenting sign of occult sinusitis. *Ophthal Plast Reconstr Surg.* 2005;21(5): 368–370. doi: 10.1097/01.iop.0000179372.05969.6a
5. Horowitz J, Almog Y, Wolf A, Buckman G, Geyer O. Ophthalmic Complications of Dental Anesthesia: Three New Cases. *Journal of Neuro-Ophthalmology.* 2005;25: 95–100. doi: 10.1097/01.WNO.0000161659.83648.7F
6. Scott JK, Moxham BJ, Downie IP. Upper lip blanching and diplopia associated with local anaesthesia of the inferior alveolar nerve. *Br Dent J.* 2007;202: 32–33. doi: 10.1038/bdj.2006.114
7. Горбачев Д.С., Леонгардт Т.А., Харитоновна Н.Н., Ковалевская И.С., Воронов А.В. Реконструктивная хирургия офтальмологических осложнений эндоназальной эндоскопической хирургии околоносовых пазух (клинический случай). *Точка зрения. Восток – Запад.* 2018;4: 98–100. [Gorbachev DS, Leongardt TA, Haritonova NN, Kovalevskaya IS, Voronov AV. Reconstructive Surgery Of Ophthalmic Complications Of Endoscopic Endonasal Procedures On Paranasal Sinuses. *Point of View. East – West.* 2018;4: 98–100. (In Russ.)] doi: 10.25276/2410-1257-2018-4-98-100
8. Costan VV, Bogdănici CM, Gheorghe L, Obadă O, Budacu C, Grigoraș C, Andronic DG, Niagu IA. Odontogenic orbital inflammation. *Rom J Ophthalmol.* 2020;64(2): 116–121. doi: 10.22336/rjo.2020.22

Информация об авторах

Макогон Светлана Ивановна – д.м.н., доцент, зав. кафедры офтальмологии с курсом ДПО ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет, vvk_msi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3943-1188>

Фефелов Александр Владимирович – к.м.н., доцент, доцент кафедры ортопедической стоматологии с курсом хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии ФГБОУ ВО «Алтайский государственный медицинский университет, k-hirstom@asmu.ru

Information about the authors

Svetlana I. Makogon – MD, PhD, Associate Professor, Head of the Department of Ophthalmology with the Course of DPO, Altai State Medical University, vvk_msi@mail.ru, <https://orcid.org/0000-0002-3943-1188>

Aleksandr V. Fefelov – MD, PhD, Associate Professor, Associate Professor of the Department of Orthopedic Dentistry with the Piece of Surgical Dentistry and Maxillofacial Surgery, Altai State Medical University, k-hirstom@asmu.ru

Вклад авторов:

Макогон С.И. – концепция и дизайн исследования, написание, редактирование.

Фефелов А.В. – вклад в концепцию, сбор и обработка материала, редактирование.

Authors' contribution:

Makogon S.I. – concept and design of the study, writing, editing

Fefelov A.V. – contribution to the concept, collection and processing of material, editing.

Финансирование: Авторы не получали конкретный грант на это исследование от какого-либо финансирующего агентства в государственном, коммерческом и некоммерческом секторе.

Funding: The authors did not receive a specific grant for this research from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.

Конфликт интересов: Отсутствует.

Conflicts of interests: There is no conflict of interest.

Поступила: 18.03.2025

Переработана: 06.04.2025

Принята к печати: 22.04.2025

Originally received: 18.03.2025

Final revision: 06.04.2025

Accepted: 22.04.2025