

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

Матвеев 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.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 15 пациентов с внутричерепными 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 внутричерепных осложнений диагностированы: тромбоз кавернозного синуса — 4, менингоэнцефалит — 4, эпидуральный абсцесс головного мозга — 5, эмпиема лобной доли — 2 (рисунок 1).

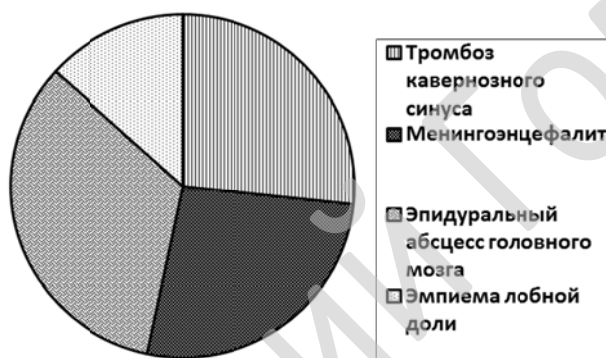


Рисунок 1 — Формы внутричерепных осложнений

Распределение пациентов с внутричерепными осложнениями по возрасту в зависимости от количества человек составило: 15–30 лет — 1 (5 %) человек, 31–40 лет — 2 (14 %) человека, 41–50 лет — 7 (47 %) человек, 51–60 лет — 3 (20 %) человека, старше 60 лет — 2 (14 %) человека.

Результаты микробиологического исследования отделяемого, взятого из синусов интраоперационно: *Staph. Haemolyticus* был выделен у 16 % пациентов, *Staph. Eridermidis* — у 20 %, *Staph. Aureus* — у 17 %, *Str. Viridans* — у 9 %, *Str. Гегемолитический* — у 11 %, грибы рода *Candida* составили 10 %, *Acinetobacter* — 6 %, *E. coli* — 6 %, *Enterococcus saprophyticus* — 2 %, *Klebsiella saprophyticus* — 3 %.

Оценка результатов лечения проводилась по следующим критериям: улучшение субъективных показателей состояния, контрольных рентгенограмм околоносовых пазух, МРТ-, КТ-грамм, нормализация риноскопической и офтальмологической картины, улучшение лабораторных показателей.

Выводы

1. По нашим данным, осложнения синуситов наиболее часто встречаются преимущественно у мужчин в возрастной группе от 41 до 60 лет.

2. Среди внутричерепных осложнений ведущее место занимают гнойные осложнения, которые составили 46 % (эпидуральный абсцесс головного мозга — 71 %, эмпиема лобной доли — 29 %).

3. У всех пациентов с подозрением на внутричерепные осложнения проведение лучевой диагностики околоносовых пазух является обязательным, даже без явных клинических признаков синусита, т. к. наши данные свидетельствуют о возможности развития осложнений у этой категории пациентов.

4. По результатам микробиологического исследования наиболее часто выделяемой микробиотой являются *Staph. Haemolyticus*, *Staph. Eridermidis*, *Staph. Aureus*, грибковая биота, а также их ассоциации. Антибактериальная терапия была назначена с учетом их чувствительности.

5. Залогом успешного лечения данных осложнений является комплексный и индивидуальный подход с учетом характера поражения околоносовых пазух (в т. ч. и одонтогенной природы) и формы осложнения.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов. — М.: Медицина, 2014. — 572 с.
2. Бабияк, В. И. Оториноларингология: учебник для вузов / В. И. Бабияк, М. И. Говорун. — СПб.: Питер, 2012. — 640 с.
3. Шляга, И. Д. Микозы верхних дыхательных путей и уха: современные аспекты / И. Д. Шляга, Д. Д. Редько. — Гомель, 2009. — 23 с.

УДК 616.216:[616.714.1+617.76]-06-073.7

ВОЗМОЖНОСТИ ЛУЧЕВЫХ МЕТОДОВ ИССЛЕДОВАНИЯ В РАННЕЙ ДИАГНОСТИКЕ ОРБИТАЛЬНЫХ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ РИНОСИНУСОГЕННОЙ ПРИРОДЫ

Матвеенко А. В., Матвеенко А. А.

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

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

г. Гомель, Республика Беларусь

Введение

В структуре причин летальности в практике оториноларинголога лидирующее место занимают внутричерепные осложнения, к длительной нетрудоспособности и инвалидизации могут привести внутриорбитальные осложнения. Первоочередное значение в их диагностике принадлежит лучевым методам диагностики: рентгеновскому исследованию, компьютерной томографии, магнитно-резонансной томографии, мультиспиральной компьютерной томографии.

Рентгеновская компьютерная и магнитно-резонансная томография позволяет выявить внутричерепные жидкостные скопления, воспалительные изменения мозговых оболочек, асимметричность некоторых вен и венозных синусов — проявление нарушения внутричерепного венозного оттока. В случае ранней диагностики начальные изменения могут быть выражены нечетко или вообще никак не выявляться на томограммах. В таких случаях имеется необходимость проводить исследования с внутривенным контрастированием. Воспаленные мозговые оболочки или вещество мозга будут накапливать контрастное вещество, тем самым повышая яркость пораженной зоны на томограммах. В случае венозного тромбоза будет виден обрыв контрастирования сосуда или виден тромб в просвете контрастированного венозного синуса.

В последние годы наблюдается инновационное развитие новых технологий лучевых исследований с их внедрением в практическую офтальмологию. Комплексное лучевое исследование, включающее эхографию (УЗИ), магнитно-резонансную (МРТ) и компьютерную томографию (КТ), позволяет с высокой точностью диагностировать патологию орбиты. В случае экстренности или ввиду тяжелого состояния пациента рентгеновская компьютерная томография обладает более высокой скоростью исполнения, чем магнитно-резонансная томография. Мельчайшие костные структуры и их изменения хорошо визуализируются на рентгеновских компьютерных томограммах. Однако МРТ и МСКТ имеют преимущество при визуализации изменений мягких тканей.