

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

Матвеевко А. В., Матвеевко 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.

Цель

Сравнительное изучение диагностических возможностей лучевых методов исследования в комплексной диагностике орбитальных и внутричерепных осложнений риносинусогенной природы.

Материал и методы исследования

Проведен ретроспективный анализ историй болезни 35 пациентов с орбитальными и внутричерепными осложнениями в возрасте от 16 до 70 лет, находившихся на лечении в период с января 2006 по сентябрь 2017 гг.

Результаты исследования и их обсуждение

По результатам исследования было обнаружено, что общее количество пациентов с заболеваниями риносинусогенной природы за период с января 2006 по сентябрь 2017 гг. составило 2972 человек. Внутричерепные и внутриорбитальные осложнения развились у 35 (1,18 %) человек, при этом внутричерепные осложнения составили — 15 (42,9 %) случаев, внутриорбитальные — 20 (57,1 %).

В структуре внутричерепных изменений преобладало поражение вещества головного мозга различной степени выраженности. Из них у 5 пациентов выявлен эпидуральный абсцесс головного мозга, у 4 выявлен менингоэнцефалит, у двух пациентов — эмпиема лобной доли. У 5 пациентов обнаружены признаки тромбоза кавернозного синуса и вен.

Из внутриорбитальных осложнений у 11 человек выявлен отек век. Причиной данного орбитального осложнения у всех пациентов стал полисинусит. УЗИ выявило умеренное повышение эхогенности тканей орбиты. КТ показывало признаки воспалительных изменений в пазухах носа (утолщение слизистой, наличие уровня жидкости, снижение воздушности), позволяя тем самым уточнить диагноз и выбрать лечебную тактику. Флегмона орбиты выявлена у 3 пациентов. При КТ определялись характерные для поражения околоносовых пазух признаки: снижение прозрачности, заполнение жидкостью, утолщение слизистых оболочек, а также орбитальные изменения — увеличение плотности всей ретробульбарной ткани или с локализацией соответственно стенки орбиты, являющейся также стенкой пораженной пазухи. Субпериостальный абсцесс орбиты, который развивается при скоплении гноя между костной стенкой глазницы и периорбитой, был диагностирован у 4 пациентов с синуситами. На КТ определялись утолщение и гиперденсивность надкостницы соответствующей стенки орбиты. Также у 4 и 3 пациентов были диагностированы остеомиелит и паноптальмит соответственно. Причиной орбитальных осложнений стал синусит, преимущественно одонтогенной природы (87,6 %).

В отличие от УЗИ, КТ и МРТ являются более объективными методами исследования. Однако к их недостаткам можно отнести высокую лучевую нагрузку и дороговизну. На КТ отчетливо определяются костные стенки глазницы и черепа, но мягкотканые структуры орбиты и головного мозга, а также оболочки и внутриканальная часть зрительного нерва не визуализируются. Метод выявляет наличие синусита, но не позволяет полностью оценить состояние и степень вовлечения в патологический процесс зрительного нерва, а также прогнозировать развитие интракраниальных и сосудистых осложнений. МРТ, как и КТ, выявляет наличие воспаления в пазухах носа, но метод ограничен в оценке изменений костных стенок глазницы и костей черепа. Несомненным преимуществом МРТ в диагностике риносинусогенной воспалительной патологии являются высокая точность в определении всех мягкотканых компонентов орбиты и головного мозга.

Выводы

1. У всех пациентов с подозрением на воспалительные заболевания орбиты 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.

2. 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.

3. РКТ позволяет визуализировать наличие и распространенность деструктивных изменений костных структур и заподозрить изменения головного мозга и орбиты на ранней стадии. Однако МРТ представляет больше информации о состоянии вещества головного мозга и орбиты, чем РКТ, однако продолжительность исследования и невозможность выявления мелких костных изменений делает метод дополнительным.

ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов, Г. З. Заболевания носа и околоносовых пазух. Эндомикрохирургия / С. З. Пискунов, В. С. Козлов. — М: Совершенно секретно, 2003. — 203 с.
2. 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 616.943

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЙ В УСЛОВИЯХ ОТДЕЛЕНИЯ ИНТЕНСИВНОЙ ТЕРАПИИ И РЕАНИМАЦИИ ДЕТСКОГО ХИРУРГИЧЕСКОГО СТАЦИОНАРА

Мательский Н. А.

Научные руководители: к.м.н., доцент Ю. Л. Горбич, к.м.н., доцент А. Е. Кулагин

Учреждение образования

«Белорусский государственный медицинский университет»,

Государственное учреждение образования

«Белорусская медицинская академия последипломного образования»

г. Минск, Республика Беларусь

Введение

Сепсис является одной из основных причин летальности в отделениях интенсивной терапии и реанимации и достигает до 25–35 % при сепсисе, а в случае развития септического шока 60 %. По данным зарубежной литературы летальность среди недоношенных новорожденных при септическом шоке достигает до 80%. Не смотря на улучшение методов диагностики и раннего выявления септических проявлений, частота развития данной патологии не имеет тенденций к снижению [1].

Сепсис — жизнеугрожающая органная дисфункция вызванная патологическим ответом организма на инфекцию. Органная дисфункция оценивается по увеличению количества баллов по шкале SOFA (Sequential Organ Failure Assessment) до двух и более, что ассоциируется с подъемом внутрибольничной летальности более, чем на 10 % [1].

Септический шок — это состояние, в основе которого лежат выраженные нарушения циркуляции, глубокие патологические изменения в клетках и метаболизме, которые в значительной степени увеличивают летальность. По некоторым данным летальность превышает 40%. Диагностируется, когда на фоне сепсиса сохраняется гипотензия, требующая введения вазопрессоров для достижения возрастных норм среднего АД. При этом пациент не отвечает на болюсное введение кристаллоидов в дозе 20 мл/кг, а также характерно повышение уровня лактата > 2,0 ммоль/л. Повышение последнего опосредованно снижением доставки кислорода и, как следствие, переходом на анаэробный гликолиз [2, 3].

Цель

Установить структуру этиологии сепсиса у детей первых лет жизни, госпитализированных в стационар, а так же изменение показателей внутренней среды организма при септическом шоке и адекватность антибактериальной терапии.

Материал и методы исследования

В настоящее ретроспективное исследование были включены данные 25 пациентов с установленным диагнозом сепсис, которые находились в отделении интенсивной терапии и реанимации (ОИТР) двух детских учреждений здравоохранения Республики Беларусь с 2010 по 2017 гг.