

1. Кутина А. В. Хронический сфеноидит, неврологическая симптоматика, современный подход к диагностике и лечению //Российская оториноларингология. – 2013. – №. 2 (63). – С. 62-65.
2. Карпищенко С. и др. Острый изолированный сфеноидит: тактика и лечение //Врач. – 2019. – Т. 4. – №. 30. – С. 49

Сведения об авторах

А.А. Салимгараева – ординатор

Х.Т. Абдулкеримов – доктор медицинских наук, профессор

К.И. Карташова – кандидат медицинских наук, доцент

К.В. Шаманская – ассистенткафедры

Information about the authors

A.A. Salimgaraeva – Post-graduated student

K.T. Abdulkarimov – Doctor of Medical Sciences, Professor

K.I. Kartashova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

K.V. Shamanskaya – Department assistant

***Автор, ответственныйзапереписку (Corresponding author):**

salimgaraeva97@mail.ru

УДК 616.216-002

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРИМЕР ДИАГНОСТИКИ РИНОГЕННОГО МЕНИНГИТА

Татьяна Александрована Федорова, Тхи Тует Нга Динь, Хийир Тагирович

Абдулкеримов, Ксения Игоревна Карташова

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-лицевой хирургии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет»

Министерства здравоохранения РФ

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения – это тяжёлые, угрожающие жизни состояния, возникающие при распространении инфекции, соответственно, из полостей среднего уха, носа или околоносовых пазух, в полость черепа. **Цель исследования.** Изучить патогенез риногенных внутричерепных осложнений с предоставлением клинического примера для обучения врачей, ординаторов в диагностике и лечении данной патологии. **Материал и методы.** В качестве примера был использован случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ №9». Использована история болезни пациентки, лабораторные и клинические данные. **Выводы.** В оториноларингологической практике внутричерепные осложнения встречаются не редко и заслуживают особого внимания, так как всегда представляют угрозу жизни и здоровью пациента. Лечебный комплекс таких больных должен состоять из хирургической санации первичного очага инфекции с одновременным проведением интенсивной медикаментозной терапии. При своевременном и адекватном лечении с соблюдением общепринятой тактики прогноз внутричерепных осложнений чаще благоприятный.

Ключевые слова: риногенные внутричерепные осложнения, риногенный менингит, клинический пример, жалобы.

CLINICAL EXAMPLE OF DIAGNOSIS OF THE RHINOGENIC MENINGITIS

Tatyana A. Fedorova, Thi T. N. Dinh, Khiiir T. Abdulkerimov, Ksenia I. Kartashova
Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery
Ural state medical university
Yekaterinburg, Russia

Abstract

Introduction. Orogenic and rhinogenic intracranial complications are severe, life-threatening conditions that occur when an infection spreads, respectively, from the cavities of the middle ear, nose, or paranasal sinuses into the cranial cavity. **The purpose of the study is** to investigate the pathogenesis of rhinogenic intracranial complications with the provision of a clinical example for training doctors, residents in the diagnosis and treatment of this pathology [1,2]. **Material and methods.** As an example, was used the case of a patient contacting the SAH of the Sverdlovsk Region «Children's City Clinical Hospital №9». We used the patient's medical history, laboratory and clinical data. **Conclusions.** In otorhinolaryngological practice, intracranial complications are rare, but deserve special attention, as they always pose a threat to the life and health of the patient. The medical complex of such patients should consist of surgical sanitation of the primary focus of infection and intoxication with the elimination of the developed complication and simultaneous intensive drug therapy. The prognosis of intracranial complications often remains difficult.

Keywords: rhinogenic intracranial complications, rhinogenic meningitis, clinical example, complaints.

ВВЕДЕНИЕ

Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения – это тяжёлые, угрожающие жизни состояния, возникающие при распространении инфекции, соответственно, из полостей среднего уха, носа или околоносовых пазух, в полость черепа.

Риногенный менингит развивается обычно при остром или обострении хронического гнойного воспаления в передней и задней группе околоносовых пазух вследствие того, что инфекция может по контакту проникнуть в полость черепа и вызвать гнойное разлитое воспаление мозговых оболочек. Клиническая картина: классическая триада сочетания лихорадки, ригидности затылочных мышц и нарушения сознания. Головная боль при менингите обычно носит диффузный характер, сопровождается фото- и фонофобией, тошнотой и рвотой. В диагностике широко используются симптомы Кернига и Брудзинского. Лабораторная диагностика менингита включает общий анализ крови, С-реактивный белок. Основными методами диагностики риногенного менингита являются компьютерная томография (КТ) головного мозга, люмбальная пункция. Характерен плеоцитоз (более 10—12 клеток/мкл), при этом цитоз достигает более 1000 клеток в мкл, а в цитограмме преобладают

нейтрофилы. В спинномозговой жидкости отмечается повышение белка более 660 мг/л, за счет чего реакция Панди резко положительная, при этом наблюдается умеренное снижение глюкозы и хлоридов. Лечебная тактика при риногенном менингите складывается из хирургической ликвидации очага воспаления в полости носа и околоносовых пазухах и активной медикаментозной противовоспалительной и дегидратационной терапии с нормализацией общего состояния больного [1,3].

Цель исследования – изучить патогенез риногенных внутричерепных осложнений с предоставлением клинического примера для обучения врачей, ординаторов в диагностике и лечении данной патологии.

МАТЕРИАЛ И МЕТОДЫ

В статье представлен клинический случай обращения пациентки в ГАУЗ СО «ДГКБ№9». Использована история болезни пациентки, лабораторные и клинические данные.

Для сбора данных по данной патологии использован интернет-браузер Microsoft Edge, через который осуществлялся поиск информации по риногенным внутричерепным осложнениям, риногенному менингиту, клинические рекомендации по ведению и лечению данной категории пациентов, кафедральные лекции и методические издания кафедры оториноларингологии ФГБОУ ВО "УГМУ".

РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ

Пациент Д. 11 лет, 02.10.22 доставлен в отделение РАО бригадой ЦМК, с диагнозом: острый гнойный менингоэнцефалит, тяжелой степени. Острый полисинусит.

Анамнез заболевания: заболел остро 30.09 22, отметили повышение Т тела до 37.3 С. Затем появилась выраженная головная боль, лихорадка до 39.6 С, гиперемия лица. 01.10.22 с утра вялость, отказ от еды, лихорадка до 39,0 С, к вечеру рвота 6-7 раз. 02.10.22 лихорадка до 39,6 С, рвота 2 раза обильно, интенсивные головные боли. Дома лечились: ибупрофен, церукал, без эффекта. 02.10.22 вызвали бригаду СМП – госпитализированы в оториноларингологическое отделение ГАУЗ СО «ДГКБ№9».

При осмотре: ригидность затылочных мышц, Симптомы Кернига и Брудзинского положительные.

St. localis: носовое дыхание затруднено, слизистая носа гиперемирована, отечна, слизистое отделяемое в общих носовых ходах скудно. Носовая перегородка по средней линии. Ротоглотка: слизистая розовая, чистая, налетов нет. Остальные ЛОР-органы без особенностей.

Лабораторные данные:

LP: плеоцитоз: 775 нейтр., 10 лимфоц., глюкоза 4.1 ммоль/л, белок 0.6 г/л, эритроциты 32.

Биохимический анализ крови: СРБ 132 мг/л.

ОАК ОАК (04.10.22): лейкоциты 27,98 10^9 /л, эритроциты 4,45 10^{12} /л, гемоглобин 124 г/л, тромбоциты 331 10^9 /л.

КТ головного мозга от 02.10.22, заключение: убедительных данных за травматические и органические изменения вещества головного мозга не выявлено. Катарально-экссудативные изменения ППН.

МРТ от 03.10.22, заключение: катарально-экссудативные изменения придаточных пазух носа. Вероятно, гной в левой лобной пазухе. При наличии клинико-лабораторных данных картина укладывается в менингит. За объемный процесс головного мозга данных нет.

В отделении реанимации получал лечение, в объеме: антибактериальной терапии – меропенем 1000 мг 3 раза в день, в/в, промедол 1% -1,0 мл в/м. Противоотечная терапия: дексаметазон 4 мг в/м. Противосудорожная, дегидратационная терапия: диакарб 1 таблетка 2 раза в день. Учитывая неэффективность консервативной терапии, наличие гнойного отделяемого в среднем носовом ходе справа, данные КТ ППН от 02.10.22: признаки полисинусита, рекомендовано выполнить эндовидеоскопическую полисинусотомию справа

03.10.2022 эндовидеоскопическая полисинусотомия справа. Под ЭТН+ИВЛ после анемизации слизистой носовых ходов, полость носа осмотрена эндоскопом 0 градусов 2,7 мм: в среднем носовом ходе справа гнойное отделяемое. Под контролем эндоскопа обратным выкусывателем расширено естественное соустье пазухи, вскрыты передние и средние клетки решетчатого лабиринта справа, удалена патологическая ткань, расширено естественное соустье правой лобной пазухи. Гемостаз. Установлен силиконовый дренаж в правую верхнечелюстную пазуху. Полость носа справа затампонирована турундами. Кровотечения нет.

Пациент переведен в оториноларингологическое отделение 04.10.22 из отделения РАО в ясном сознании.

Общее состояние средней степени тяжести, стабильное. Сознание ясное. Жалобы на заложенность носа, слизистое отделяемое из носа, слабость. Appetit снижен. На манипуляции и осмотр реагирует спокойно. Кожа бледно-розовая, высыпаний нет, видимые слизистые бледно-розовые. Дыхание аускультативно везикулярное, проводится по всем полям, хрипов нет. Тоны сердца ясные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул, диурез адекватны.

St. localis: носовое дыхание затруднено, слизистая носа гиперемирована, отечна, слизь в общих носовых ходах скудна. Носовая перегородка по средней линии. Ротоглотка: слизистая розовая, чистая, налетов нет. Остальные ЛОР-органы без особенностей.

Проведено: Анемизация слизистой носа. Туалет полости носа.

Результаты лабораторно-инструментальных исследований:

Посев отделяемого из носа от 03.10.2022: массивный рост *Streptococcus pneumoniae*. Чувствительность к: бета-лактамам антибактериальным препаратам: ванкомицину, бензилпеницилину, хлорамфениколу

ОАК (04.10.22): лейкоциты $17.43 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $3,62 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 102 г/л, тромбоциты $271 \cdot 10^9$ /л.

БХ крови (04.10.22) С-реактивный белок 114.1 мг/л.

В лечении:

Анемизация слизистой полости носа (ксилометазолин 0.05%) 2 раза в день.

Туалет полости носа 2 раза в день.

Ингаляции с Флуимуцил ИТ 2мл 2 раза в день

Меронем 1000 мг внутривенно капельно в 100 мл физиологического раствора 3 раза в сутки.

Диакарб 250 мг по % таблетки 2 раза в день через день внутрь.

Лабораторные данные при выписке:

ОАК от 17.10.2022: лейкоциты $10,06 \cdot 10^9$ /л, эритроциты $4,49 \cdot 10^{12}$ /л, гемоглобин 127 г/л, тромбоциты $536 \cdot 10^9$ /л.

Биохимия крови от 18.10.2022: СРБ 0.3 мг/л.

Анализ ликвора от 19.10.2022: бесцветный, прозрачный, белок 0,17 г/л, глюкоза 3,3 ммоль/л, WBC $10 \cdot 10^6$ /л, RBC отрицательные. Микробиологическое исследование ликвора: роста микрофлоры не обнаружено.

МРТ головного мозга с контрастом от 13.10 22: остаточные признаки венкулита, катаральные изменения придаточных пазух носа.

МРТ головного мозга с контрастом от 20.10.22: катарально-экссудативные изменения придаточных пазух носа, положительная динамика состояния оболочек головного мозга и боковых желудочков.

Пациент в удовлетворительном состоянии выписан под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства.

ВЫВОДЫ

1. В оториноларингологической практике внутричерепные осложнения встречаются не редко и заслуживают особого внимания, так как всегда представляют угрозу жизни и здоровью пациента.

2. Лечебный комплекс таких больных должен состоять из хирургической санации первичного очага инфекции с одновременным проведением интенсивной медикаментозной терапии.

3. При своевременном и адекватном лечении с соблюдением общепринятой тактики прогноз внутричерепных осложнений чаще благоприятный.

СПИСОК ИСТОЧНИКОВ

1. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Руководство по ринологии / Г. З. Пискунов //М.: Литтерра. – 2011. – Т. 960.

2. Пальчун В. Т. и др. Внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и уха: менингит и абсцессы мозга у взрослых / В. Т. Пальчун //Вестник оториноларингологии. – 2019. – Т. 84, №. 6. – С. 61-68.

3. Садовский В. И. Основные лекарственные препараты, применяемые в оториноларингологии. – 2006.

Сведения об авторах:

Т.А. Федорова* – ординатор

Т.Т.Н. Динь – ординатор

Х.Т.Абдулкеримов – заведующий кафедрой, главный специалист по оториноларингологии министерства здравоохранения Свердловской области, доктор медицинских наук, профессор

К.И.Карташова – к.м.н, доцент

Information about authors:

T.A. Fedorova* – Post-graduated student

T.T.N. Ding – resident

Kh.T. Abdulkerimov – Head of the Department, Chief Specialist in Otorhinolaryngology of the Ministry of Health of the Sverdlovsk Region, Doctor of Medical Sciences, Professor

K.I. Kartashova – Candidate of Medical Sciences, Associate Professor

K.V. Shamanskaya – Department assistant

***Автор, ответственный за переписку (Corresponding author):**

tanya.f_2505@inbox.ru

УДК 617.7-001.5

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТРАВМЫ ГЛАЗА: ПРОНИКАЮЩЕЕ КОРНЕОСКЛЕРАЛЬНОЕ РАНЕНИЕ С КОНТУЗИЕЙ ТРЕТЬЕЙ СТЕПЕНИ. РАСШИРЕННЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ ПОДХОД К ЛЕЧЕНИЮ

Дмитрий Викторович Салов¹, Серафима Николаевна Субботина², Сергей Сергеевич Шамкин², Армен Беникович Степанянц¹

¹Кафедра офтальмологии

ФГБОУ ВО «Уральский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения РФ

²ГАУЗ СО «Центральная городская клиническая больница № 23»

Екатеринбург, Россия

Аннотация

Введение. Лечение пациентов с травмой глаза остается актуальной проблемой офтальмологии в связи с тяжелыми клиническими проявлениями и исходами, частой встречаемостью среди лиц трудоспособного возраста, что несет в себе особую социальную значимость. **Цель исследования** – представить клинический случай комбинированной травмы глазного яблока: проникающее корнеосклеральное ранение, контузия III степени, а также расширенный хирургический подход к лечению данной патологии. **Материал и методы.** Под наблюдением находился пациент с тяжелой комбинированной травмой глаза, которому было проведено офтальмологическое обследование, хирургическое и консервативное лечение. **Результаты.** После проведения первичной микрохирургической обработки (ПМХО) и ранней витрэктомии удалось достичь достаточно хорошего клинического результата. **Выводы.** Применение ранней витрэктомии в лечении пациентов с тяжелой травмой глаза с гемофтальмом способствует сохранению функции глаза, положительно влияет на прогноз дальнейшего восстановления остроты зрения. Лечение больных с тяжелыми комбинированными повреждениями органа зрения необходимо