

консервативному лечению, а также при указании в анамнезе на ранее проведенные вмешательства на зубочелюстной системе.

2. Индивидуальный, междисциплинарный подход имеет решающее значение для достижения наилучших результатов лечения одонтогенного синусита.

**Список литературы:**

1. Жартыбаев Р.Н. Современные методы диагностики одонтогенных синуситов. Междисциплинарный подход к лечению/ Р.Н. Жартыбаев, Г.Г. Сметов // Вестник КазНМУ. –2016. –№4. – С.173–177.

2. Сапова К.И. Подходы к лечению одонтогенного риносинусита/ К.И. Сапова, С.В. Рязанцев, И.И. Чернушевич, А.Н. Науменко//Медицинский совет. – 2018.– №20. – С.43–45.

3. Сипкин А.М. Верхнечелюстной синусит: современный взгляд на диагностику, лечение, реабилитацию/ А.М. Сипкин, А.А. Никитин, В.П. Лапшин, Д.А. Никитин//Альманах клинической медицины. – 2013., – №28, – С. 82 – 87.

4. Сурин А.В. Частота и основные этиологические факторы хронического одонтогенного синусита верхнечелюстной пазухи на современном этапе/ А.В.Сурин, И.О. Походенько–Чудакова//Международные обзоры: клиническая практика и здоровье. – 2018. – №4. – С. 56–65.

5. Харитонов Ю.М. Эволюция методов диагностики одонтогенного перфоративного верхнечелюстного синусита/ Ю.М. Харитонов, И.С. Фролов//Российский стоматологический журнал. – 2013. – №4. – С. 53–56.

6. Lechien JR. Chronic maxillary rhinosinusitis of dental origin: a systematic review of 674 patient cases/ Lechien JR., Filleul O, de Araujo PC, Hsieh JW//Int Otolaryng. – 2014. – P. 1–9.

7. Little R.E. Odontogenic sinusitis: A review of the current literature/R.E. Little, C.M. Long, T.A. Loehrl, D.M. Poetker//Laryngoscope Investig Otolaryngol. – 2018. – № 3. – P. 110–114.

УДК 616.284-002

**Мелкозерова Е.А., Трупанова Е.В., Абдулкеримов Х.Т., Давыдов Р.С.,  
Карташова К.И.**

**РЕДКИЕ ОСЛОЖНЕНИЯ ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ  
СРЕДНЕГО УХА**

Кафедра хирургической стоматологии, оториноларингологии и челюстно-  
лицевой хирургии

Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Melkozzerova E.A., Trupanova E.V., Abdulkherimov Kh.T., Davydov R.S.,  
Kartashova K.I.**

## **RARE COMPLICATIONS OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE MIDDLE EAR**

Department of Surgical Dentistry, Otorhinolaryngology and Maxillofacial Surgery  
Yekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ek.melkozerova@mail.ru

**Аннотация.** При неблагоприятном течении острых и хронических воспалительных заболеваний среднего уха могут возникнуть различные осложнения: внутричерепные и внечерепные. В работе приведены результаты статистического ретроспективного анализа 74 клинических случаев отогенных внутричерепных осложнений, находящихся на лечении в ЛОР-клинике за последние 15 лет, также рассмотрены 3 клинических случая хронического среднего отита, осложнённых множественными абсцессами головного мозга, остеомиелитом и холестеатомой вершины пирамиды височной кости соответственно.

**Annotation.** With an unfavorable course of acute and chronic middle ear inflammatory diseases of the middle ear, intracranial and extra-cranial complications may occur. The article presents the results of a statistical retrospective analysis of 74 clinical cases of otogenic intracranial complications treated in the ENT clinic over the past 15 years, as well as 3 clinical cases of chronic otitis media complicated by multiple brain abscesses, osteomyelitis and cholesteatoma of the apex of the temporal bone pyramid, respectively.

**Ключевые слова:** средний отит, холестеатома, абсцесс головного мозга, остеомиелит сосцевидного отростка.

**Key words:** otitis media, cholesteatoma, brain abscess, mastoid osteomyelitis.

### **Введение**

При неблагоприятном течении острых и хронических воспалительных заболеваний среднего уха могут возникнуть различные осложнения: внутричерепные и внечерепные. Наиболее тяжелыми и опасными для жизни пациента являются внутричерепные осложнения, научная заинтересованность которыми сохраняется на высоком уровне до настоящего времени, так как они имеют доминирующее положение среди причин летального исхода при патологии ЛОР-органов.[3]

Еще в начале XX века летальность при отогенных внутричерепных осложнениях оставалась очень высокой и составляла до 80% и выше. Однако, благодаря повсеместному внедрению в практическое здравоохранение антибиотиков, а также значительным успехам в области клинической медицины, за последние десятилетия значительно снизилась частота отогенных внутричерепных осложнений, улучшилась их диагностика и уменьшилась летальность до 8—20,8%. [2]

Среди внечерепных осложнений ведущими являются поражения лицевого нерва, реже встречаются лабиринтиты и субпериостальные абсцессы. Крайне редкими осложнениями являются остеомиелит костей черепа. [5]

Основным диагностическим признаком хронического среднего отита является холестеатома, определяемая как опухолевидное образование, представляющее собой эпидермальную кисту, формирующуюся в результате агрессивного роста ороговевающего эпителия, содержащая остатки кератина. Чаще всего холестеатома образуется в полости среднего уха, однако в редких случаях возможно образование холестеатомы височной кости. Частота встречаемости холестеатомы пирамиды височной кости составляет 4–9% от всех патологических образований в пирамиде височной кости, 0,2% – от всех случаев хронического среднего отита, осложненного холестеатомой.[1]

Структура отогенных внутричерепных осложнений характеризуется вариабельностью. Превалирующим осложнением является гнойный менингит, возникающий в 42,5% случаев, а на долю абсцессов мозга и мозжечка приходится 24,5% случаев, гнойного менингоэнцефалита — 19,8%, синус-тромбоза — 7,1%, эпидуральных, субдуральных эмпием — 6,1%. [4]

Особенно важным является то, что отогенные внутричерепные осложнения имеют большое социальное значение, так как, во-первых, основная группа пораженных мужчины и женщины трудоспособного возраста, во-вторых, возможны неблагоприятные исходы в виде летальности, инвалидизации и тяжелого неврологического дефицита.

**Цель исследования** – проанализировать структуру отогенных внутричерепных и экстракраниальных осложнений у больных воспалительными заболеваниями среднего уха.

#### **Материалы и методы исследования:**

Проведен статистический ретроспективный анализ 74 клинических случаев отогенных внутричерепных осложнений, находящихся на лечении в ЛОР-клинике за последние 15 лет. Из них 46 мужчин и 28 женщин, средний возраст 43,49±1,81 лет.

#### **Результаты исследования и их обсуждение**

Отогенные внутричерепные осложнения подразделились на две основные группы – изолированные (одиночные), составившие 54,4 % (40 человек) и сочетанные или множественные 45,6 % (34 человека). Превалирующим осложнением среди изолированных форм по данным анализа стал экстрадуральный абсцесс, следующим по частоте встречаемости стали тромбоз сигмовидного синуса и гнойный менингит, реже всего встречался абсцесс височной доли мозга. Сочетание менингита и тромбофлебита заняли лидирующую позицию среди множественных форм отогенных внутричерепных осложнений, чуть реже встречались совокупность таких осложнений как абсцесс мозга, менингит и тромбоз синуса. Варианты комбинации осложнений тромбоз синуса с экстрадуральным абсцессом и абсцессом мозжечка, встречались одинаково редко, лишь в 3 и 3,2% случаев соответственно. (рис.1).

У 80% больных внутричерепная патология развивалась на почве обострения хронического гнойного среднего отита, у 20% - после острого гнойного среднего отита. До поступления в ЛОР-клинику больше половины больных (53,8%) в течение 4-30 и более дней лечились антибиотиками, сульфаниламидами, анальгетиками, антигистаминными препаратами, согревающими компрессами на область больного уха; часть получали физиолечение и инфузионную терапию.

Основной причиной несвоевременного поступления больных в ЛОР-клинику была первичная неадекватная интерпретация начальных проявлений интракраниальных осложнений, которые трактовались как следствие обострения хронического гнойного среднего отита.

Второй по значимости причиной позднего поступления больных в ЛОР-клинику было применение антибиотиков, болеутоляющих, других противовоспалительных фармакопрепаратов, физиопроцедур, благодаря которым состояние больных субъективно улучшалось, уменьшалась или прекращалась боль в ухе, снижалась температура тела, местные признаки обострения болезни уха были стерты.

### Клинический пример №1

Больной Н. 18 л. поступил в ЛОР отделение с диагнозом обострение хронического среднего отита справа, состояние после мастоидотомии, множественные абсцессы головного мозга (рис 2.). Проведено оперативное лечение в объеме расширенной общеполостной санирующей операции на правом среднем ухе с мастоидопластикой.

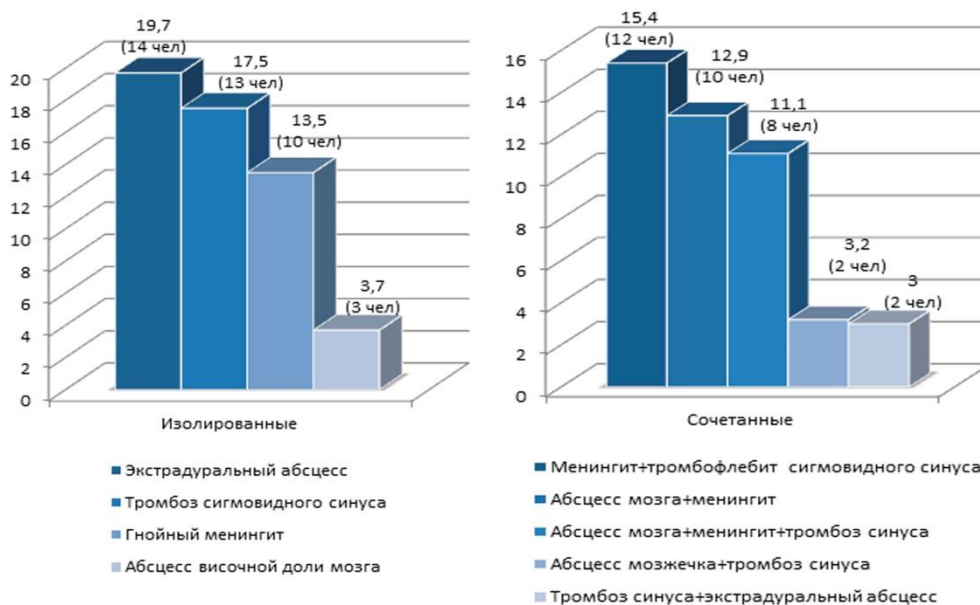


Рис. 1. Формы отогенных внутричерепных осложнений

Дренирование абсцессов правой височной и правой затылочной долей, диагностическая трепанация затылочной области. Выписан в удовлетворительном состоянии по настоятельной просьбе родственников.

### Клинический пример №2

Пациентка Л. 63 года поступила в ЛОР-клинику в неотложном порядке с диагнозом обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита, осложненного остеомиелитом, заушным свищом. Амбулаторное консервативное лечение с временным положительным эффектом. Сопутствующие заболевания: гипертоническая болезнь стадии III, АГ 3 степени, риск 4, бронхиальная астма, персистирующее течение, средняя степень тяжести, компенсированная, сахарный диабет 2-го типа, компенсированный. Выполнено оперативное вмешательство - расширенная мастоидотомия, иссечение свища с применением микроскопической техники. Выписана домой с выздоровлением.

### **Клинический пример 3**

Больной Р. 53 лет поступил в ЛОР клинику с диагнозом хронический гнойный средний отит слева, состояние после общеполостной операции на левом среднем ухе, холестеатома вершины пирамиды височной кости слева, вторичный гнойный отогенный менингит. Сопутствующее заболевание: сахарный диабет II типа. В неотложном порядке выполнена операция – удаление холестеатомы вершины пирамиды височной кости слева. Выписан в удовлетворительном состоянии под наблюдение терапевта по месту жительства.

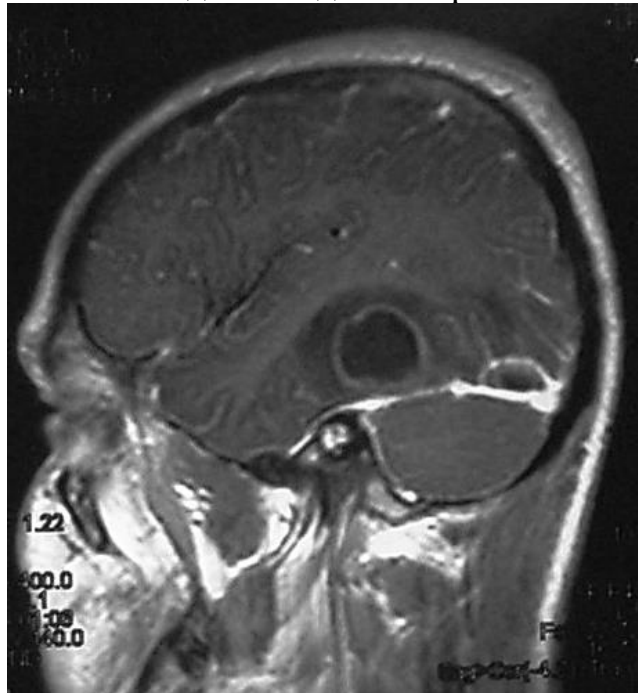


Рис. 2. МРТ: признаки хронического отита и мастоидита справа. Энцефалит с формированием множественных абсцессов височной и затылочной долей справа

### **Выводы**

Ранняя диагностика и лечение всех случаев обращения пациентов с воспалительными заболеваниями уха является залогом предотвращения крайне опасных осложнений, которые могут привести к неблагоприятным исходам.

### **Список литературы:**

1. Аникин И.А. Клинические особенности приобретенной холестеатомы среднего уха // Вестник оториноларингологии. – 2018. - № 83. – С. 11-15.

2. Гаджимирзаев Г.А. Диагностика и лечение отогенных внутричерепных осложнений // Вестник оториноларингологии. – 2016. - № 81. – С. 8-11.

3. Кривопалов А.А. Внутричерепные гнойно-воспалительные осложнения отогенной этиологии / А.А. Кривопалов, Ю.К. Янов, А.Ю. Щербук // Вестник хирургии имени И.И.Грекова. -2017. - № 7. – С. 16-18.

4. Пальчун В. Т. Внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и уха: менингит и абсцессы мозга у взрослых / В. Т. Пальчун, А. Л. Гусева, М.Л. Дербенева, О.А. Гусева // Вестник оториноларингологии – 2019. - № 84(6). – С. 61-68.

5. Филимонов В.Н. Редкое осложнение острого гнойного среднего отита / В.Н. Филимонов, О.М. Колесников // Русский медицинский журнал. – 2016. - № 17. – С. 965-968.

УДК 617.7

**Мищенко М.П., Степанянц А.Б.  
СОСТОЯНИЕ ПОВЕРХНОСТИ ГЛАЗНОГО ЯБЛОКА И  
ЦЕЛЕСООБРАЗНОСТЬ НАЗНАЧЕНИЯ СЛЕЗОЗАМЕНИТЕЛЕЙ  
ПАЦИЕНТАМ ПОСЛЕ УЛЬТРАЗВУКОВОЙ  
ФАКОЭМУЛЬСИФИКАЦИИ**

Кафедра офтальмологии  
Уральский государственный медицинский университет  
Екатеринбург, Российская Федерация

**Mishchenko M.P., Stepanyants A.B.  
THE CONDITION OF THE SURFACE OF THE EYEBALL AND THE  
APPROPRIATENESS OF PRESCRIBING TEAR SUBSTITUTES TO  
PATIENTS AFTER ULTRASOUND PHACOEMULSIFICATION**

Ophthalmology Department  
Ural State Medical University  
Ekaterinburg, Russian Federation

E-mail: ooo-mmp13@yandex.ru

**Аннотация.** На основании первого сообщения, которое было опубликовано в сборнике статей том II V международной научно-практической конференции (9-10 апреля 2020 года), рассматривается состояние слёзной плёнки у пациентов, которым была произведена экстракция сенильной катаракты спустя месяц после применения глазных капель «ОКУхил С». В исследовании принимали участие 49 пациентов. В послеоперационном периоде дополнительно к стандартной терапии им были рекомендованы глазные капли «ОКУхил С».