

**Організація наукових медичних досліджень
«Salutem»**

ЗБІРНИК МАТЕРІАЛІВ

**МІЖНАРОДНОЇ НАУКОВО-ПРАКТИЧНОЇ
КОНФЕРЕНЦІЇ**

**«МЕДИЧНІ ТА ФАРМАЦЕВТИЧНІ НАУКИ:
АНАЛІЗ СУЧАСНОСТІ
ТА ПРОГНОЗ МАЙБУТНЬОГО»**

10–11 листопада 2017 р.

Дніпро
2017

НАПРЯМ 2. КЛІНІЧНА МЕДИЦИНА: СТАН ТА ПЕРСПЕКТИВИ

ОСОБЕННОСТИ ДИАГНОСТИКИ РИНОГЕННЫХ ВНУТРИМОЗГОВЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

ЮРЕВИЧ Н. А.

доцент кафедры отоларингологии

АЛЕКСЕЕВА В. В.

ассистент кафедры гистологии, цитологии и эмбриологии

Харьковский национальный медицинский университет

г. Харьков, Украина

Острые и хронические риносинуситы являются одной из наиболее часто встречающихся патологий в практике врача– отоларинголога. В литературе представлены сведения о том, что эти патологические процессы встречаются в ЛОР-практике у 15% амбулаторных и 30% стационарных больных (Д. И. Заболотный, Т. В. Маляренко, 2008). Кроме того, по данным статистики, отмечается устойчивая тенденция к росту количества воспалительных заболеваний околоносовых пазух.

Хронический риносинусит (ХРС) – хроническое воспалительное заболевание полости носа и околоносовых пазух инфекционной природы. На сегодняшний день существует несколько классификаций риносинусита, дополняющие друг друга. Наиважнейшей, с точки зрения выбора долгосрочной стратегии лечения, принято считать классификацию риносинуситов в зависимости от продолжительности сохранения симптомов. Согласно классификации EPOS по данному признаку выделяют только 2 вида риносинусита: острый риносинусит характеризуется полным исчезновением симптоматики в течение 12 недель; хронический риносинусит – продолжительность заболевания более 12 недель без полного исчезновения симптомов, может наблюдаться усиление симптомов. В отечественной литературе а также по данным некоторых зарубежных источников (Rosenfeld R.M. et al., 2007) выделяется подострая форма риносинусита, под которой принято считать риносинусит с сохранением симптомов от 4 до 12 недель.

Основным критерием для постановки диагноза «хронический риносинусит» является наличие симптомов в течение более чем 12 нед. Другой важный критерий – это сохранение признаков воспалительных изменений в околоносовых пазухах (по данным рентгенографии и

компьютерной томографии) в течение 4 нед., несмотря на проводимое адекватное лечение.

Если обратиться к статистическим данным США, то в 1994 г. ХРС был признан самым распространенным заболеванием человека. Женщины страдают данным заболеванием примерно в 1,5 раза чаще, чем мужчины. Заболеваемость ХРС существенно увеличивается с возрастом: в возрастной группе от 20 до 29 лет она составляет 2,7%, тогда как в группе от 50 до 59 лет – 6,6%. Заболевание не имеет четкой сезонности, однако обострения чаще развиваются осенью, зимой и ранней весной, в холодное и сырое время года, совпадая с основными эпидемиями острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ). В целом динамика по болезни такова, что уровень заболеваемости не имеет тенденции к снижению, лечение проводится не всегда адекватно, растет число случаев острого риносинусита, который переходит в хроническую форму. Это требует принятия надлежащих мер, поскольку и острый, и хронический риносинусит сопровождаются значительным снижением качества жизни. По данным ряда зарубежных исследований, ухудшение качества жизни при этой патологии значительно более выраженное, чем при ишемической болезни сердца и хронической обструктивной болезни легких. Аналогичные результаты были получены и в Украине. Развитию хронических синуситов способствуют иммунодефицитные состояния (СПИД, состояние после трансплантации, химиотерапия), заболевания эндокринной системы (сахарный диабет, гипотиреоз). Одна из важных причин хронических синуситов – это аллергические реакции, бронхиальная астма, аллергический ринит. При аллергии на пыль, пыльцу растений или плесень возникает вазомоторный ринит, который служит пусковым механизмом в развитии ХРС. Исследования, проводившиеся в США, показали, что 80% пациентов с аллергическими ринитами и 75% пациентов с бронхиальной астмой страдают также и от риносинуситов. Кроме того, длительное применение сосудосуживающих капель, аденоиды, искривленная перегородка носа и другие анатомические нарушения полости носа, носовые полипы, опухоли, одонтогенная инфекция, муковисцидоз, гранулематоз Вегенера, саркоидоз, синдром Картагенера, курение и профессиональные вредности могут приводить к хронизации процесса. Среди возбудителей ХРС большое значение имеют анаэробы, которые выделяются в 48% случаев (*Prevotella* spp. – 31%, анаэробные стрептококки – 22%, *Fusobacterium* spp. – 15% и др.), аэробные возбудители встречаются в 52% случаев (стрептококки – 21%, *H. influenzae* – 16%, *Pseudomonas aeruginosa* – 15%, *S. aureus*, *M. catarrhalis* – по 10%). Нужно отметить, что в последнее время участились случаи риносинусита, возбудителями которого являются различные роды грибов. *Staph. aureus* не относится к наиболее типичным возбудителям синусита, так как обычно он высевается преимущественно из преддверия полости носа и представляет собой путевую флору при заборе материала. Однако этот микроорганизм более вирулентен и устойчив к антибактериальной терапии; считается, что именно он вызывает наиболее тяжелые случаи синусита и значительно чаще – воспалительный процесс в клиновидной пазухе (до 29% случаев).

Основными симптомами риносинусита являются лицевые боли, затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа и нарушение обоняния. Боли чаще локализуются в лобной области, реже – в зоне проекции верхнечелюстной пазухи. Для сфеноидита характерны боли в затылке и в глубине головы, а также появление неприятного запаха в носу, мелькание мушек перед глазами, снижение зрения, головокружение, тошнота и рвота. Данные симптомы обусловлены топографо–анатомическими особенностями клиновидной пазухи, близким соседством таких важных структур, как головной мозг, зрительный, блоковый, глазодвигательный и отводящий нервы.

Учитывая наличие вышеизложенных симптомов и дополнительные методы диагностики (рентгенография, рентгеноскопия, спиральная компьютерная томография околоносовых пазух), постановка правильного диагноза казалось бы не вызывает каких–либо затруднений.

Однако хотим представить случай, когда своевременная и точная постановка диагноза не только вызвала ряд затруднений, но и привела к развитию инвалидизирующей патологии пациента.

Пациент Р. 1975 г. р. впервые обратился к врачу – отоларингологу в району. поликлинику по месту жительства с единственной жалобой на нарушение носового дыхания через обе половины носа в течение многих (точно указать не может) лет. При передней риноскопии отмечалось: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна чистая, влажная, отделяемого нет. Перегородка носа искривлена в хрящевых и костных отделах. Больному было рекомендована рентгенография околоносовых пазух. На рентгенограмме определялось тотальное затемнение правого верхнечелюстного синуса, отек носовых ходов (рис. 1)

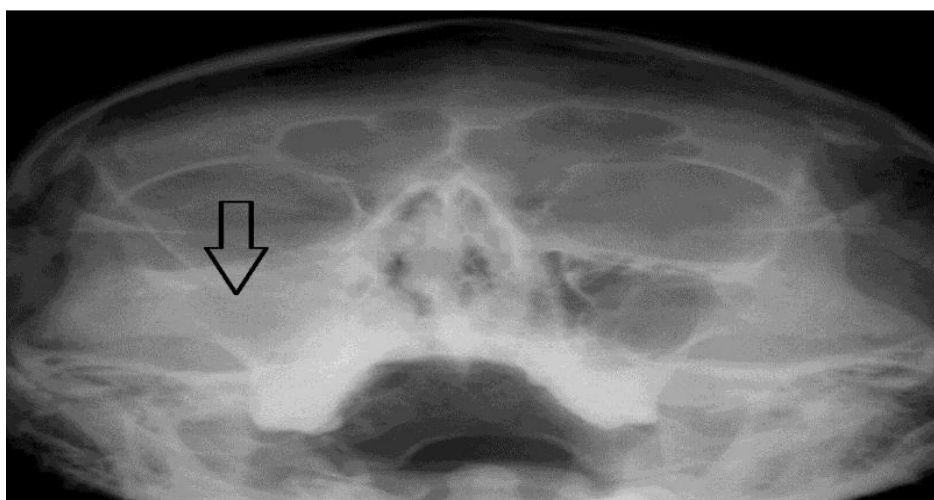


Рис. 1. Рентгенограмма больного Р

От проведения лечебно- диагностической гайморопункции и госпитализации в ЛОР- отделение больной категорически отказался. Была рекомендована антибактериальная, противоотечная терапия. В течение последующего часа после консультации состояние пациента резко

ухудшилось, отмечалось повышение температуры до 39°C, потеря сознания. МСП больной доставлен в Харьковскую областную клиническую больницу, где была проведена повторная рентгенография ОНП и установлении диагноз: обсрение хронического риносинюита на фоне ОРЗ. Проведена гайморопункция, получено гнойноле отделяемое, рекомендована антибактериальная и противоотечная терапия в стационарном режиме. Несмотря на проводимые методы лечения состояние больного прогрессивно ухудшалось, температурная реакция сохранялась, и было рекомедовано проведение СКТ ОНП, где определялось тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи и правой лобной пазухи. Учитывая наличие клинικο- лабораторных данных и отсутствие эффекта от консервативного лечения рекомедовано проведение правосторонней фронтогаймороэтомидотомии. Интраоперационно получено гнойное отделяемое, удалены полиповидные образования в указанных ОНП. Однако, даже после проведенного оперативного лечения в ЛОР- отделении состояние больного прогрессивно ухудшалось: температурная реакция не нормализовалась, усилились общемозговые и появились очаговые симптомы со стороны нервной системы. В связи с этим больному после повторной консультации нейрохирургом было рекомедовано МРТ исследование головного мозга, где и была диагностирована эмпиема лобной доли и формирующийся абсцесс лобной доли справа. В связи с этим больной переведен в нейрохирургическое отделение, где и было произведено оперативное лечение данного заболевания.

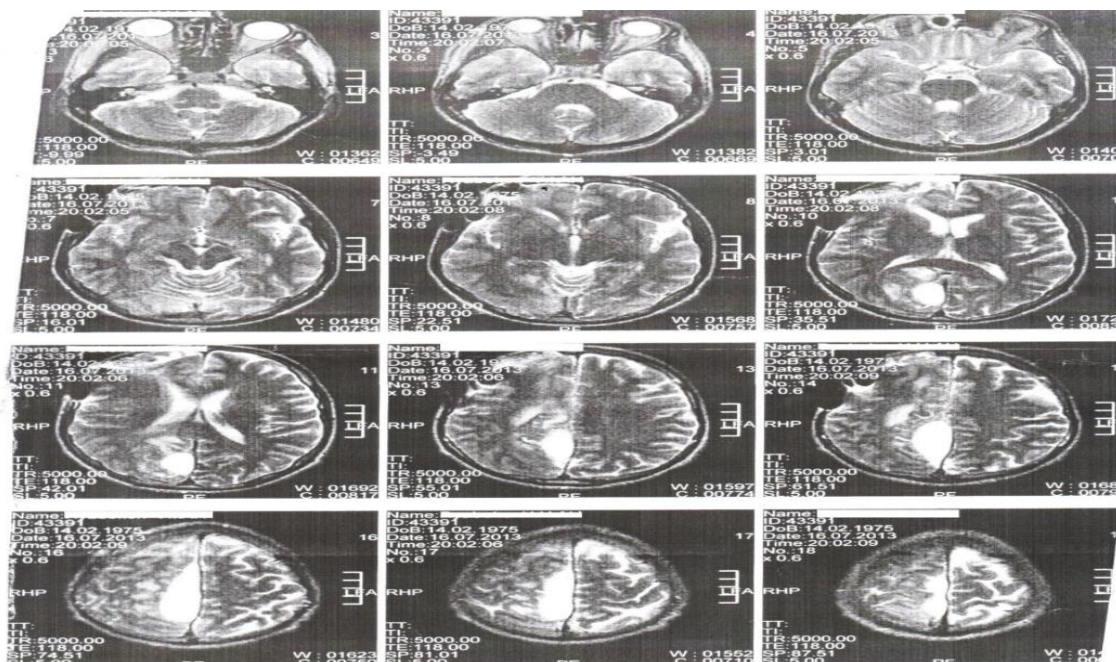


Рис. 2. МРТ больного Р. после оперативного лечения

Пациент выписан из нейрохирургического отделения с улучшением, после выписки он является пожизненно инвалидом 2 грппы.

Таким образом, развитие обострения данного заболевания от момента обращения до момента ургентной госпитализации в ЛОР – отделение областной больницы в данном случае заняло всего лишь несколько часов. Практически все вышеописанные симптомы, характерные для риносинуситов, в представленном случае отсутствуют, как и данные анамнеза не позволяют хотя бы предположить эпизоды обострений или единичные случаи острого воспалительного процесса в околоносовых пазухах.

И только интраоперационные находки в лобной и гайморовой пазухе (полипы, гнойное содержимое, гиперплазия слизистой) позволили установить диагноз хронического фронтогаймороэтмоидита. Примечательно также, что ни в поликлинике по месту жительства, ни в стационаре при рентгенологическом исследовании не выявились признаки фронтита, равно как малоинформативным выявился и компьютерная томография для диагностики риногенного абсцесса лобной доли головного мозга. Все это и привело к развитию инвалидизирующей патологии и резкому снижению качества жизни данного больного (рис. 2). Это и позволяет сделать вывод, что не существует единого стандарта диагностики для всех, а подход к диагностике, лечение каждого отдельного пациента должен быть строго индивидуальным.

Использованная литература:

1. Авилова О.М. Хирургическое лечение стенозов и травм гортани и трахеи // Хирургия трахеи и бронхов – М., 1986 – С. 8.
2. Агеева С.А. Фурункулы носа // Неотложная оториноларингология – М., 1984 – С. 68-73.
3. Оториноларингология: нац. руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР – Медиа, 2008. – 954 с.
4. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла и носа – М.: Медицина, 1980. – 487 с.
5. Пачес А.И. Опухоли головы и шеи. – М.: Медицина, 1983. 413 с.
6. Павжик В.П., Дайняк А.А. Длительное нахождение крупного инородного тела в грушевидном синусе // Вестн. оториноларингологии. – 1982. – № 3. – С. 77-78.
7. Тарасов Д.И., Лапченко С.Н., Банарь И.М. и др. Стенозы и дефекты гортани и трахеи – Кишинев: Штиинца, 1982. – 280 с.
8. Шеврыгин Б.С., Мchedлидзе Т.П. Справочник по оториноларингологии. – М., 1998. – 446 с.