УДК 616.216-002:616.714.7-06(470-924.71)
<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-1-37-45>

Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко», Республика Крым, за период с 2014 по 2018 г.
М. А. Золотарева¹, Е. И. Назарук²

¹ Медицинская академия имени С. И. Георгиевского
Федерального государственного автономного
образовательного учреждения высшего образования
«Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского»,
г. Симферополь, Республика Крым, 295007, Россия

² Республиканская клиническая больница имени Н. А. Семашко,
г. Симферополь, Республика Крым, 295034, Россия

Orbital and intracranial complications of inflammatory diseases of paranasal sinuses in adults based on case studies of Department of Otorhinolaryngology of N. A. Semashko Republican Clinical Hospital for the period 2014 to 2018

M. A. Zolotareva¹, E. I. Nazaruk²

¹ Georgievsky Department of Otorhinolaryngology of Medical Academy
of Vernadsky Crimean Federal University,
Simferopol, Republic of Crimea, 295007, Russia

² Semashko Republican Clinical Hospital,
Simferopol, Republic of Crimea, 295034, Russia

Проведен анализ госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов в оториноларингологическом отделении Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Республики Крым «Республиканская клиническая больница имени Н. А. Семашко» за период с 2014 по 2018 г. Полученные данные свидетельствуют о том, что самая распространенная группа среди госпитализированных больных – это пациенты с болезнями органов дыхания, среди которых на первом месте – заболевания полости носа и околоносовых пазух. Риносинуситы, в большей степени хронические формы, являлись фактором развития орбитальных и внутричерепных осложнений. Осложненные формы течения данного заболевания составили: орбитальные – 10,9%, внутричерепные – 1,2% от всех выявленных случаев риносинуситов. По данным анализа преобладали орбитальные осложнения. Преобладающей формой являлся реактивный отек параорбитальной клетчатки и клетчатки век. Внутричерепными осложнениями, с которыми госпитализировались пациенты, были риногенный менингит и абсцесс мозга. Консервативное лечение при риногенных орбитальных осложнениях показано при условии обеспечения хорошего дренажа из вовлеченных в воспалительный процесс пазух, что достигается пункционным методом лечения. Неблагоприятный исход осложненных форм риносинуситов чаще всего связан с несвоевременным обращением к специалистам. Решение этой проблемы и приведет к снижению летальных исходов при лечении риносинуситов. Среди регионов Республики Крым наибольшее количество больных с осложненными формами риносинуситов отмечалось в городах Красноперекопск, Джанкой, Белогорск, в Симферопольском и Первомайском районах. Показатели сезонности не отметили значимых колебаний.

Ключевые слова: структура заболеваний ЛОР-органов, госпитализированная заболеваемость, острый риносинусит, хронический риносинусит, орбитальные осложнения, внутричерепные осложнения.

Для цитирования: Золотарева М. А., Назарук Е. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух у взрослых по материалам оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко», Республика Крым, за период с 2014 по 2018 г. *Российская оториноларингология*. 2020;19(1):37–45. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-1-37-45>

The authors analyzed the hospital morbidity of ENT diseases in Otorhinolaryngology Department of N. A. Semashko Republican Clinical Hospital for the period 2014 to 2018. The data obtained indicate that the most common group among in-patients is patients with respiratory diseases, where the diseases of the nasal cavity and paranasal sinuses predominate. Rhinosinusitis, mostly chronic forms, were the factor of development of orbital and intracranial complications. The complicated forms of this disease were: the orbital form – 10.9%, the intracranial form – 1.2% of all identified cases of rhinosinusitis. According to the analysis, orbital complications prevailed. The predominant form was reactive edema of orbital fat and eyelid fat. The intracranial complications that caused admissions were rhinogenic meningitis and brain abscess. Conservative treatment for rhinogenic orbital complications is indicated under condition of good drainage of the sinuses involved in the inflammatory process, which is provided by the puncture method. The adverse outcome of complicated forms of rhinosinusitis is in most often associated with the delayed visit to the specialists. The solution to this problem will lead to a decrease in lethality in the treatment of rhinosinusitis. Among the regions of the Republic of Crimea, the largest number of patients with complicated forms of rhinosinusitis was observed in Krasnoperekopsk, Dzhankoy, Belogorsk, in Simferopol and Pervomaisk districts. Seasonality indicators did not significantly vary.

Keywords: structure of ENT diseases, hospital morbidity, acute rhinosinusitis, chronic rhinosinusitis, orbital complications, intracranial complications.

For citation: Zolotareva M. A., Nazaruk E. I. Orbital and intracranial complications of inflammatory diseases of paranasal sinuses in adults based on case studies of Department of Otorhinolaryngology of N. A. Semashko Republican Clinical Hospital for the period 2014 to 2018. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2020;19(1):37–45. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2020-1-37-45>

Несмотря на значительные усилия, предпринимаемые государственными организациями, медицинская статистика по-прежнему свидетельствует о росте заболеваний ЛОР-органов [1, 2]. Особое анатомическое положение и биологическая защитная роль ЛОР-органов в организме человека predisполагают к частому возникновению в них патологических процессов [3]. В структуре заболеваний ЛОР-органов, по данным литературы, 51,1% составляют заболевания верхних дыхательных путей, что позволяет отнести их к наиболее распространенным [4, 5]. Среди данной группы заболеваний полости носа составляют 14,2%, болезни глотки – 11,1%, болезни гортани в виде изолированной патологии – 2,5%.

Проблема воспалительных заболеваний околоносовых пазух (ОНП) на сегодняшний день остается актуальной и имеет важное социальное значение [6].

Росту острых и хронических заболеваний слизистой оболочки полости носа и ОНП способствует возросшее количество аллергических и респираторных вирусных заболеваний, а также снижение местного и общего иммунитета среди взрослого населения. Воспалительные процессы в ОНП нередко протекают латентно, затрудняя диагностику осложнений риносинусита, что приводит к развитию запущенных форм заболевания [7, 8].

Риносинуситы значительно снижают качество жизни людей. Пациенты с риносинуситами имеют худшие показатели болевой чувствительности и социальной активности, чем пациенты с коронарной недостаточностью и хроническими обструктивными заболеваниями легких. Помимо того что риносинусит является очень распространенным заболеванием, он наносит материаль-

ный урон и имеет возможные другие последствия для жизни населения нашей страны, так как наибольшее число больных приходится на возраст от 18 до 55 лет, т. е. наиболее трудоспособную часть населения [9].

В структуре ургентной патологии ЛОР-органов также доминируют заболевания полости носа и околоносовых пазух (54,4%), на втором месте – заболевания уха (27,9%) [10]. Среди заболеваний полости носа и околоносовых пазух наиболее частой ургентной ЛОР-патологией являются риносинуситы (54,5% острые и 45,5% – обострения хронических). Верхнечелюстные пазухи в 1,5 раза чаще, чем лобные вовлекаются в воспалительный процесс. У 9,8% больных с риносинуситами выявлялись орбитальные и внутричерепные осложнения, 22,8% больных нуждаются в экстренном хирургическом вмешательстве. Мужчины и женщины нуждаются в срочной госпитализации в ЛОР-стационар почти одинаково часто (51,5 и 48,5% соответственно), возраст больных в большинстве случаев самый трудоспособный (20–49 лет, 59,8%). Кроме того, характерна сезонность роста заболеваемости (осень – весна, 82,6%). Ведущий канал госпитализации – через амбулаторную сеть (51,2%) [11].

Актуальность изучения патологии ОНП послужила основанием для изучения структуры и динамики удельного веса различных форм риносинуситов у больных Республики Крым, по данным республиканского оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «КБ им Н. А. Семашко», являющегося клинической базой кафедры оториноларингологии Медицинской академии имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения

высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского».

Цель исследования

Провести анализ показателей деятельности оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «КБ им. Н. А. Семашко», г. Симферополь, Республика Крым, за период 2014–2018 гг., позволяющий получить объективные данные, характеризующие распространенность риносинуситов в структуре общей ЛОР-патологии, с учетом клинических форм у госпитализированных больных, являющихся причиной орбитальных и внутричерепных осложнений. Проследить соотношение больных по полу и возрасту, выявить роль сезонности в распространении заболеваемости.

Пациенты и методы исследования

Нами проведен анализ данных статистических отчетов и историй болезни пациентов на базе оториноларингологического отделения ГБУЗ РК «КБ им. Н. А. Семашко», Республика Крым, г. Симферополь за период с 2014 по 2018 г. Общее количество пациентов, госпитализированных в ЛОР-отделение за данный период, составило 9462 человека, что в среднем составляет порядка 1892 человека ежегодно.

Данное профильное отделение включает 50 штатных коек, оказывает специализированную квалифицированную оториноларингологическую помощь почти двум миллионам жителей

Республики Крым, является клинической базой кафедры оториноларингологии Медицинской академии им. С. И. Георгиевского.

Результаты исследования и их обсуждение

Оториноларингологическое отделение оказывает специализированную помощь 3-го уровня, в том числе высокотехнологическую. Также отделение осуществляет экстренную помощь 1-го и 2-го уровней жителям Крыма, России, ближнего и дальнего зарубежья в связи с туристическим профилем региона и кадровым дефицитом некоторых районов республики.

Анализ показателей деятельности коечного фонда ЛОР-отделения за пятилетний период показывает, что количество пролеченных больных оставалось стабильно высоким. Процент выполнения плана пролеченных больных был самым высоким в 2016 г. – 117,03% – и снизился в 2017 г. до 99,18%, в 2018 г. составил 99,3%. Данные показатели связаны с тем, что в результате модернизации ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко» и временной нехватки фактических коек в наличии имеется 36 коек вместо 50 в палатах и 9 в коридоре. Средняя продолжительность пребывания на койке закономерно снижалась – с 8,6 больных, прошедших через койку за год, в 2015 г. (самый высокий показатель за пятилетний период) до 7,6 больных в 2018 г., а показатель оборота койки увеличивался до 44,6 больных, прошедших через койку за год, в 2017 г. и до 42,4 в 2018 г. Сокращение сроков

Таблица 1

Основные показатели работы ЛОР-отделения за 2014–2018 гг.

Table 1

Key performance indicators of ENT Department for 2014–2018

Показатель	2014	2015	2016	2017	2018
Количество пролеченных больных	1425	1655	1975	2231	2176
План законченных случаев	1394	1764	1688	2066	2074
Выполнение объемов ОМС, %	102,2	93,8	117	100,34	100
План выполнения койко-дня	16557	16249	14256	15700	15756
Фактическое выполнение плана койко-дня	16501	15532	16684	15572	15648
Процент выполнения плана койко-дня, %	99,7	93,8	117,03	99,18	99,3
Оперировано больных	1429	1390	1523	1966	2170
Выполнено оперативных вмешательств	2524	2257	2038	2800	2559
Хирургическая активность, %	73,7	73,7	70,5	88,1	99,7
Работа койки	310,6	310,6	333,68	311,44	312,96
Оборот койки	38,66	38,1	39,5	44,6	43,5
Норматив занятости койки	42,2	42,2	42,2	42,6	42,4
Среднее пребывание больного на койке	8,2	8,6	8,2	7,6	7,6

пребывания больных является наиболее важным рычагом интенсификации лечебно-диагностического процесса в стационаре.

Увеличилось количество проведенных оперативных вмешательств и оперируемых больных. Растет сложность оперативных вмешательств с использованием видеоэндоскопических технологий, операции проводятся симультанно. Широко внедрена септопластика с использованием эндоскопических технологий. Увеличились количество и объем эндоскопических операций, внедрены операции на носовых раковинах с использованием эндоскопических технологий. Практически не проводятся полипотомии и гайморотомии, микрогайморотомии без эндоскопического оборудования и видеоэндоскопической визуализации, для проведения полипотомии носа и аденотомии используется ринологический шейвер.

В отделении производятся эндоскопические сфенотомии с удалением новообразований основной пазухи, ревизией естественного соустья. Применяется риносептопластика в раннем периоде после травмы и по поводу посттравматических деформаций наружного носа в сочетании с искривлением носовой перегородки. Хирургические вмешательства, в зависимости от их степени сложности и продолжительности, выполняются под местной анестезией, внутривенным потенцированием, эндотрахеальным наркозом. Проводится оперативное лечение СОАС (синдром обструктивного апноэ сна). Этим больным проводятся восстановление носового дыхания, тонзилэктомия в сочетании с пластикой мягкого неба.

Анализ представленных статистических данных за период 2014–2018 гг. в структуре госпитализируемой заболеваемости больных Республики Крым свидетельствует о стабильно высокой распространенности болезней органов дыхания, среди которых на первом месте – заболевания полости носа и околоносовых пазух. В данной группе преобладают гнойно-воспалительные заболевания синусов – в среднем 2866 человек (42,1%). Из них: острые риносинуситы – 714 человек (24,9%), хронические риносинуситы – 2124 человека (74,1%). По частоте встречаемости: искривления

носовой перегородки – 32 случая (21,1%), фурункулы, абсцессы носа – 315 случаев (11%), травмы носа и ОНП – 258 случаев (9%), носовые кровотечения – 201 случай (7%), хронические риниты – 229 случаев (8%).

В течение всего анализируемого периода больных с хроническими формами риносинусита было диагностировано больше, чем с острыми. По частоте возникновения воспаления в различных ОНП у госпитальных больных установлено, что как острый, так и хронический воспалительный процесс возникал чаще в верхнечелюстных пазухах – в среднем в 1101 случае (38,4%). Вторыми по частоте поражения являлись лобные пазухи – в среднем в 633 случаях (22,1%). Количество случаев верхнечелюстных синуситов одонтогенной этиологии колебалось от 651 (22,7%) до 1009 (35,2%) от всех случаев риносинуситов. По нашим данным, источниками инфекции ОНП служили периапикальные очаги воспаления, околокорневые кисты, инородные тела (осколки или корни зубов, пломбировочный материал).

Осложненные формы ОНП, как риногенные, так и орбитальные, наиболее часто относились к хроническому бактериальному риносинуситу, возникшему на фоне предшествующей вирусной инфекции, которая провоцировала обострение хронического воспалительного процесса в ОНП, приводила к снижению реактивности организма и активации вторичной патогенной флоры. Удельный вес больных с риногенными орбитальными осложнениями составил 312 случаев (10,9%), риногенные внутричерепные осложнения нами диагностированы в 34 случаях (1,2%) по отношению ко всем случаям осложненных риносинуситов. Учитывая тот факт, что воспаления ОНП составляют 2866 (42,1%) от госпитализируемой заболеваемости, процентное соотношение является достаточно высоким.

Наиболее частой формой риносинусита с развитием осложнений был верхнечелюстной синусит, второй по частоте – гемисинусит. Изолированных сфеноидитов с осложненным течением нами не отмечено.

Среди орбитальных осложнений нами выявлено, что реактивный отек параорбитальной

Таблица 2
Структура госпитализированной заболеваемости ЛОР-органов в 2014–2018 гг.

The structure of hospital morbidity of ENT-diseases in 2014–2018

Нозологическая форма	Количество больных по годам				
	2014	2015	2016	2017	2018
Болезни уха	356 (25,0%)	366 (22,1%)	468 (23,7%)	542 (24,3%)	524 (24,1%)
Болезни органов дыхания	983 (69,0%)	1225 (74,0%)	1422 (72,0%)	1615 (72,4%)	1562 (71,8%)
Прочее	86 (6,4%)	64 (3,9%)	85 (4,3%)	74 (3,3%)	90 (4,1%)

клетчатки и клетчатки век наблюдался в 287 случаях (92%), то есть был наиболее частой формой осложнения, субпериостальный абсцесс и флегмоны орбиты выявлены в 25 случаях (8% от всех случаев, что согласуется с данными литературы) [12]. Частота риногенных внутричерепных осложнений незначительная, но смертность очень высока и достигает 30% [13, 14].

Внутричерепными осложнениями, с которыми госпитализировались пациенты, становились риногенный менингит и абсцесс мозга.

В плане диагностики всем больным с орбитальными и внутричерепными риносинуситами проводились рентгенография околоносовых пазух, передняя и задняя риноскопия, эндоскопическая риносинусоскопия, при необходимости – КТ, МРТ, а также диагностические люмбальные пункции. Использовались бактериологические, гистологические, цитологические, иммунологические и микологические методы исследования.

Эффективность оказания помощи больным с риногенными орбитальными и внутричерепными осложнениями во многом зависит от своевременного выбора правильной лечебной тактики, что возможно лишь при адекватной оценке тяжести патологического процесса. Залогом успешного лечения данных осложнений явился комплексный и индивидуальный подход с учетом характера поражения околоносовых пазух и формы осложнения.

Тактика лечения риносинуситов при развитии осложнений зависит от локализации и формы осложнения. Предусматривает консервативную терапию (назначается антибактериальная, противовоспалительная терапии, проводится дезинтоксикация, дегидратация, коррекция водно-электролитного баланса, поддержание нормального уровня артериального давления, вспомогательная витаминотерапия, иммунокоррекция), а также хирургическую санацию первичных очагов инфекции. Санация орбитальных и внутричерепных очагов инфекции выполняется при наличии показаний.

Оценку результатов лечения проводили по совокупности признаков: повышение субъективных показателей состояния, нормализация контрольных рентгенограмм околоносовых пазух, МРТ-, КТ-грамм, нормализация риноскопической картины.

За период 2014–2018 гг. хорошие результаты отмечены в 87% случаев, удовлетворительные – в 12% случаев. В результате данных осложнений наблюдались изменения функции органа зрения, сохранялись упорные длительные головные боли. Имелся один летальный исход у пациента с внутричерепным осложнением.

Приведем ряд примеров из нашей практики.

Пациент К., 1995 года рождения, находился в оториноларингологическом отделении ГБУЗ РК

«РКБ им. Н. А. Семашко» с 09.06.18 г. по 21.06.18 г. с диагнозом:

основной: код по МКБ-10 J 32.8 – обострение хронического правостороннего гнойного гемисинусита;

осложнение основного: реактивный отек верхнего века справа;

сопутствующий: синехии полости носа с двух сторон.

Поступил с жалобами: на затруднение носового дыхания, гнойные выделения из носа, головные боли, лицевые боли в лобной области, больше справа, тяжесть в проекции верхнечелюстных пазух, реактивный отек верхнего и нижнего век правого глаза.

Анамнез настоящего заболевания: болеет с 2013 г., ежегодные обострения гемисинусита с отеком века правого глаза. Данное обострение около 5 дней, после купания в море. Лечился самостоятельно: промывание носа, сосудосуживающие капли в нос.

Анамнез жизни: туберкулез, малярию, венерические заболевания, болезнь Боткина отрицает, операции – септопластика (2013), травмы отрицает, аллергические реакции не отмечает, переливания крови не производились. Перенес: ОРВИ 1–2 раза в год, хронические гнойные гемисинуситы в анамнезе.

Объективные данные: носовое дыхание затруднено с двух сторон, носовые ходы узкие с двух сторон, носовая перегородка искривлена в верхних отделах справа, носовые раковины отечные, гиперемизированы с двух сторон, средний носовой ход слева закрыт гнойным отделяемым. В общих носовых ходах – синехии с двух сторон, от средних до задних отделов. В полости носа – гнойное отделяемое с двух сторон, в носоглотке аденоидов нет.

РГ ОНП от 09.06.18 г. – затемнение обеих верхнечелюстных и правой лобной пазух.

Результаты проведенных исследований

ОАК от 17.06.19 г.: Нб – 130 г/л, Эр – $4,23 \cdot 10^{12}$ /л, Цп – 0,92, Гем. – 34 %, Тр. – 298, L – $6,5 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 40 мм/ч, п/я – 6, с – 39, э – 4, л – 42, м – 9%.

Сахар крови от 17.06.18 г. – 4,7 ммоль/л.

RW № 905-202 от 13.06.18 г. – отрицательное.

Группа крови № 3784 от 10.06.18 г. – А (II) Rh (+).

11.06.18 г. – HbsAg, HCV № 30 – отрицательное.

Коагулограмма от 10.06.18 г. – ПТИ 94,1 %, МНО 1,308, ПВ 16,0 с, АЧТВ 31,7 с, фибриноген А 5,30 г/л.

Биохимический анализ крови от 13.06.18 г. – АЛТ 22,3 Ед/л, АСТ 32,3 Ед/л, билирубин общий 10,3 мкмоль/л, пр. 3,3 мкмоль/л, непрямо 7,0 мкмоль/л.

ОАМ от 17.06.18 г. – цвет с/желтый, прозрачность полная, уд. вес м/м, реакция щелочная, са-

хар, белок – отрицательный, эпителий 1-2-3 в п/з, лейкоциты 3–4 в п/з, бактерии +.

РГ ОГК от 10.05.18 г. – корни легких расширены, легочный рисунок усилен, синусы свободны, тень сердца – без особенностей.

УЗИ мягких тканей № 245428 от 14.06.19 г. – отек парабульбарной клетчатки и ПЖК в области века и правой щеки. Значимых ограниченных скоплений жидкости не выявлено.

КТ ОНП № 1295 от 10.06.18 г. – КТ-картина пансинусита, воспалительных изменений правой орбиты, вероятнее, флегмоны правой орбиты.

Консультация врачей-специалистов

Невролог от 09.06.18 г. – на момент осмотра без очаговой и общемозговой симптоматики, данных о менингите и синус-тромбозе нет.

Офтальмолог от 10.06.18 г. – реактивный отек мягких тканей орбиты справа. Экзофтальм правого глаза. Хемоконъюнктивы правого глаза. Рекомендовано: в правый глаз капли офтаквикс по 1 капле 3 раза в день, мазь тетрациклиновая глазная 1% – закладывать за нижнее веко 2 раза в день. Наблюдение врачом-офтальмологом в динамике. С 13.06.18 г. – рекомендовано: добавить к терапии капли дексаметазона по 1 капле в правый глаз 4 раза в день – 3 дня.

Проведено лечение: под ЭТН произведена эндоскопическая гайморостомия справа. Иссечение синехий полости носа.

В послеоперационном периоде: цефтриаксон 1,0 2 раза в день в/м, метронидазол 100 мл 3 раза в день в/в, кеторолак 1,0 2 раза в день в/м, димедрол 1% 1,0 2 раза в день в/м, АЦЦ 200,0 1 пак. 3 раза в день, фуросемид 2,0 в/м, реамберин 500 в/в кап., сульфацил На 20 % 3 кап. 4 раза в день в правый глаз, октавикс 1 кап. 2 раза в день в правый глаз, цефепим 1,0 2 раза в день в/м, парацетамол 100,0 в/в кап., мазь глазная тетрациклиновая 1% 2 раза в день, ксилометазолин 2–3 впрыскивания в нос 3 раза в день, промывание сульфацилом На 3–4 раза в день, трехчасовая термометрия, ципрофлоксацин 500,0 мг 2 раза в день в/в кап., ингавирин 1 таб. в сутки, лоратадин 1 таб. в сутки утром, ванкомицин 1,0 + 200,0 физраствора в/в кап. 2 раза в день, ампициллин сульбактам 1,5 4 раза в день (2 раза на 100,0 физ. р-ра в/в кап., 2 раза в/м), флукорус 100,0 в/в кап., бактистатин 2 кап. 3 раза в день, нимесулид 1 пор. 2 раза в день при болях, флуконазол 100,0 в/в 1 раз в день, этамзилат 12,5% 2,0 в/м.

В результате проведенного лечения воспалительные явления полости носа и ОНП купированы, носовое дыхание улучшено. Реактивные явления со стороны правого глаза купированы.

Следующий пример: пациентка М., 1954 года рождения, находилась в отделении РСЦ с 07.06.18 г. по 08.06.18 г., в оториноларингологическом отделении ГБУЗ РК «РКБ им. Н. А. Семашко» с 08.06.18 г. по 09.06.18 г. с диагнозом:

основной: код по МКБ-10 J 01.0 обострение хронического двустороннего гнойного гайморита; осложнения основного: вторичный гнойный менингоэнцефалит;

фоновое заболевание: сахарный диабет II типа; сопутствующее заболевание: правосторонний наружный отит; гипертоническая болезнь II ст. I ст. риск IV, кризовое течение; ожирение III ст.

Пациентка доставлена автомобилем скорой медицинской помощи в приемное отделение в состоянии умеренной заторможенности, на разговор реагирует, но не отвечает на все вопросы. Из анамнеза: обратилась в поликлинику по месту жительства к участковому терапевту, ЛОР-врачу, отмечались судороги, оглушение, заподозрено ОНМК, в связи с чем направлена на госпитализацию в ГБУЗ РК «КБ им. Н. А. Семашко».

Анамнез жизни: сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь (оказана медицинская помощь в кабинете неотложной помощи).

Объективные данные на момент поступления: пациентка повышенного питания – ожирение III ст., кожа чистая, влажная. Над легкими – везикулярное дыхание с жестким компонентом. Хрипов нет. Тонус сердца приглушен, ритмичный. Живот без особенностей, отеков нет, менингеальных знаков нет. Носовые ходы широкие. Носовая перегородка S-образно искривлена. В носу скудное слизисто-гнойное отделяемое. AS: наружный слуховой проход сужен, барабанная перепонка серая с опознавательными знаками. АД: наружный слуховой проход сужен за счет диффузной инфильтрации кожи, барабанная перепонка плохо обозрима из-за скопления корок, туалет уха болезнен из-за гиперчувствительности.

Результаты проведенных исследований

ОАК от 09.06.18 г.: Hb – 145 г/л, Эр – $4,56 \cdot 10^{12}/л$, Гемоглабин – 44%, Цп – 0,95, Ht – 15,7%, Тр. $168 \cdot 10^9/л$, L $15,7 \cdot 10^9/л$, СОЭ – 11 мм/ч, м 1, п/я – 33, с – 57, э – 0, л – 3, м – 6%. Отмечается визуализация цитоплазмы и ядра моноцитов. Токсигенная зернистость 15%.

Сахар крови от 08.06.18 г. – 9,4 ммоль/л.

Анализ спинномозговой жидкости от 07.06.18 г.: цвет слабомутный, цитоз 5 клеток, белок 1,65 г/л, глюкоза не определяется, эритроциты св. 0–1 в п/з, лейкоциты – 7–8 в п/з.

Анализ спинномозговой жидкости от 08.06.19 г.: цвет светло-желтый, мутная, цитоз 1320 клеток, белок 0,978 г/л, глюкоза 1,2 ммоль/л, хлориды 82,7 ммоль/л, эритроциты свежие 5–7 в п/з, лейкоциты 20–28 в п/з, эритроциты неизмененные 5–7 в п/з, измен. 2–3 в п/з.

Коагулограмма от 08.06.18 г. – ПТИ 81%, МНО 1,28, ВР 1,18, АЧТВ 34 с, фибрин 30 мг, фибриноген А 6,66, ВСК по Ли-Уайту 13 с.

Биохимический анализ крови от 08.06.19 г. – общий белок 68,7 г/л, альбумины 32,2, билирубин

общий – 8,8 мкмоль/л, пр. – 5,8 мкмоль/л, непр. – 3,0 мкмоль/л, калий – 3,8, натрий 147, хлориды 98, ГТПП 58,4, ЛДГ 504, мочевины 8,1 мкмоль/л, креатинин 70 мкмоль/л.

ОАМ от 09.06.18 г. – цвет желтый, мутная, уд. вес 1005, реакция кислая, сахар слабopоложительный, белок 0,295, эпителий плоский единичный в п/з, лейкоциты 5–6–8 в п/з, эритроциты покрывают поле зрения.

КТ головного мозга от 07.06.18 г. – убедительных признаков ОНМК не выявлено.

РГ ОГК от 07.06.18 г.

Консультация специалистов

Терапевт от 07.06.18 г.: ТИА? ОНМК? Гипертоническая болезнь II ст. I ст. риск IV кризовое течение. Ожирение III ст.

Невролог от 07.06.18 г.: ИБС, гипертоническая болезнь III ст., гипертонический криз.

Дежурный невролог от 07.06.18 г.: по данным КТ головного мозга от 07.06.18 г. данных о ОНМК нет. В целях исключения вторичного гнойного менингита с учетом анамнеза произведена люмбальная пункция. На момент осмотра нельзя однозначно исключить ОНМК. Следует дифференцировать с энцефалопатией неясного генеза, больная госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии № 5. Рекомендовано: ситуационная симптоматическая терапия.

Реаниматолог от 07.06.18 г.: 17:35 – больная интубирована, уровень сознания сопор.

Психиатр от 07.06.18 г.: острое мозговое кровообращение, геморрагический синдром. Рекомендовано наблюдение невролога в динамике, госпитализация.

Реаниматолог от 07.06.18 г.: 22:30 – энцефалопатия неуточненная, ОНМК? Менингоэнцефалит? АГ 3 ст. СД 2 ст. Ожирение 3 ст.

Терапевт от 07.06.18 г.: сахарный диабет II типа, целевой гликозилированный гемоглобин. Ожирение морбидное. Гипертоническая болезнь II ст. (ГЛЖ), II ст., АГ, риск IV. СН II А.

Дежурный невролог РСЦ от 08.06.18 г.: данных о ОНМК нет. Вторичный (вероятно, отогенный) гнойный менингит. Фон: хронический гнойный гайморит. Правосторонний отит. Рекомендовано: РГ ОГК – решение о профиликации пациентки в ЛОР-отделение или неврологическое отделение, посев крови на стерильность (х3), посев мочи на стерильность, консультации стоматолога, пульмонолога, хирурга, УЗИ сердца, ОБП+почки+ОМТ, антибиотикотерапия, терапия.

Дежурный ЧЛХ от 08.06.18 г.: данных о хирургической патологии ЧЛО не выявлено.

Дежурный невролог от 08.06.19 г.: вторичный риногенный гнойный менингит. Отек головного мозга. Кома II. Рекомендовано дальнейшее наблюдение и лечение пациентки на ЛОР-койке в

отделении реанимации и интенсивной терапии № 5 по месту первичного очага гнойного процесса, консультация окулиста (глазное дно), МРТ ГМ с контрастированием при стабилизации функций. К лечению: физраствор 150,0 в/в капельно 8 часов меропенем 2,0 3 раза в день № 14, физраствор 150,0 цефтриаксон 2,0 в/в капельно 2 раза в день № 14, физраствор 150,0 дексаметазон 16 мг в/в кап. в 8-00 по схеме: 3 дня – 16 мг, 3 дня – 12 мг, 3 дня – 8 мг, 3 дня – 4 мг+дексаметазон 1,0 в/м 3 раза в день калидон 6 часов (14.00–20.00–02.00), омез 40 мг сутки, физ. р/р 150,0 L-лизин 10,0 в/в кап. 2 раза в день № 14;

Окулист от 08.06.18 г.: роговица прозрачная, вены извиты.

Дежурный невролог от 09.06.18 г.: на момент осмотра кома II–III ст.

Произведено лечение 07.06.18 г., под местной анестезией произведена пункция верхнечелюстных пазух – получено гнойное отделяемое.

Проведено лечение в отделении ОРИТ № 5: NaCl 0/9% – 200,0+MgSO₄ 2% – 5/0+рибоксин 10,0, реополиглюкин 200,0, NaCl 0/9 % – 200,0+цитофлавин 20,0, физ. р-р 200,0+L-лизин 20,0, ремаксол 400, метронидазол 100,0, цефтриаксон 2,0 в/в, клексан 0,4 п/к, дексаметазон 8 мг в/м, фуросемид 2,0 по показаниям, в носовые ходы нафтизин 3 кап. в каждый носовой ход 3 раза в день, в правый ушной ход ципрофлоксацин, меропенем 2 гр 2 раза в сутки.

В результате проводимого лечения к 09.06.18 г. у больной на фоне интенсивной терапии отмечается отрицательная динамика, терминальная, уровень сознания кома III, функция дыхания протезирована аппаратом ИВЛ. Проводные хрипы не определяются, аускультативно дыхание жесткое. Гемодинамика с дальнейшей тенденцией гипотензии. АД 60/40 поддерживается инфузией дофамина, диурез отсутствует. В 13:00 наступила остановка сердечной деятельности, реанимационные мероприятия в полном объеме в течение 30 мин неэффективны. 09.06.18 г. в 13.30 констатирована смерть.

В данном случае летальный исход связан с поздним обращением в лечебные учреждения. В оториноларингологическое отделение больная попала в тяжелом состоянии с уже развившимися осложнениями. Время для успешного лечения было упущено. Несмотря на оказание квалифицированной помощи в полном объеме, неблагоприятный исход был прогнозирован.

Выводы

Анализ показателей деятельности оториноларингологического отделения за период 2014–2018 гг. демонстрирует высокий оборот койки, низкий средний койко-день, высокую хирургическую активность, что говорит о рациональном

использовании стационарной койки и соответствии ее работы лечебно-диагностическим стандартам Российской Федерации.

В структуре госпитализируемой заболеваемости ЛОР-органов ведущую группу составляют болезни органов дыхания, среди которых на первом месте заболевания полости носа и околоносовых пазух – гнойные острые и хронические риносинуситы. Рост числа больных острыми и хроническими риносинуситами в структуре госпитализации является объективной реальностью.

Преобладающей формой являются хронические риносинуситы, в том числе по локализации – верхнечелюстные.

Хронические риносинуситы являются наиболее частым фактором развития орбитальных и внутричерепных осложнений.

Среди стационарных больных с различными формами риносинуситов преобладают мужчины трудоспособного возраста. Показатели сезонности не отметили значимых колебаний.

Оториноларингологическое отделение ГБУЗ РК «КБ им Н. А. Семашко» имеет достаточно большой опыт в тактике ведения хирургического лечения больных с риногенными орбитальными и внутричерепными осложнениями. По статистическим данным за 2014–2018 гг., количество больных с осложненными формами риносинуситов уменьшилось за счет ранней диагностики

и своевременного восстановления носового дыхания.

Преобладающей формой орбитального осложнения был реактивный отек параорбитальной клетчатки и клетчатки век. Решающая роль в определении распространенности и характера поражения околоносовых пазух и структур полости черепа принадлежит компьютерной томографии, выполненной в коронарной и аксиальной проекциях.

Консервативное лечение при риногенных орбитальных осложнениях показано лишь при условии обеспечения хорошего дренажа из вовлеченных в воспалительный процесс пазух, что достигается пункционным методом лечения.

Хорошие результаты лечения в подавляющем проценте случаев осложненных форм риносинусита – это следствие адекватной комбинированной терапии, включающей хирургическое вмешательство (пункционный метод) и интенсивную консервативную терапию.

Неблагоприятный исход осложненных форм риносинуситов чаще всего связан с несвоевременным обращением к специалистам. Решение этой проблемы и приведет к снижению летальных исходов при лечении риносинуситов.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА

1. Авдеева О. Н. Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе. *Российская оториноларингология*. 2006;3:33–37. https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_Per_937631/
2. Сватко Л. Г., Галиулин А. Н., Шулаев А. В. Исследование качества лечения больных с ЛОР-патологией в амбулаторно-поликлинических условиях. Проблема реабилитации в оториноларингологии. Труды Всероссийской конференции с международным участием. Самара, 2003:55–56. http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/
3. Кривопапов А. А., Вахрушев С. Г., Болдырева О. В. Опыт применения функциональной эндоскопической риносинусохирургии в лечении больных с интракраниальными осложнениями воспалительных заболеваний околоносовых пазух. *Российская оториноларингология*. 2013;3:85–88. <https://entru.org/2013-3.html>
4. Богомилский М. Р., Страчунский Л. С. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста в фармакотерапии болезней ЛОР-органов. М., 2001:21–32.
5. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология: руководство для врачей. М., 2001.
6. Пискунов Г. З., Пискунов С. З. Клиническая ринология. М.: Миклош, 2002:225–233.
7. Воронкин В. Ф., Сергеев М. М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. Краснодар, 2000. 175 с.
8. Воронкин В. Ф., Сергеев М. М., Перехода Д. Л. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух. *Вестник оториноларингологии*. 1999. <https://www.mediasphera.ru/journal/vestnik-otorinolaringologii>
9. Gliklich R. E., Metson R. *Otolaryngol. Head Neck Surg*. 1998;118(3) Pt1:344–9.
10. Авдеева О. Н. Совершенствование поликлинической оториноларингологической помощи в условиях современного мегаполиса (клинико-эпидемиологическое исследование): дис. ... канд. мед. наук. М., 2008:126–128. <https://www.dissercat.com/content/sovershenstvovanie-poliklinicheskoi-otorinolaringologicheskoi-pomoshchi-v-usloviyakh-sovreme>
11. Кислова Н. М. Структура ургентной патологии и оказание неотложной помощи больным в ЛОР-стационаре: дис. ... канд. мед. наук. М., 2002. <https://search.rsl.ru/ru/record/01002848626>
12. Гюсан А. О., Кубанова А. А., Узденова Р. Х. Риносинусогенные орбитальные осложнения: распространенность и принципы лечения. *Вестник оториноларингологии*. 2010;4:64–67. <http://library.odmu.edu.ua/catalog/112945>
13. Карпищенко С., Волошина А., Станчева О., Юсупов Д. Острый изолированный сфеноидит: тактика и лечение. *Врач*. 2019;4:49–53. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-04-08>

14. Дерюгина О. В., Чумаков Ф. И. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух у взрослых и детей. М.: МОНИКИ, 2001. <https://search.rsl.ru/ru/record/01000725532>

REFERENCES

1. Avdeeva O. N. Rasprostranennost' zabolevaniy LOR – organov sredi gorodskogo naseleniya na sovremennom etape. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2006;3:33–37. https://rusneb.ru/catalog/000200_000018_RU_NLR_Per_937631/
2. Svatko L. G., Galiulin A. N., Shulaev A. V. Issledovanie kachestva lecheniya bol'nykh s LOR-patologiei v ambulatorno-poliklinicheskikh usloviyakh. Problema reabilitatsii v otorinolaringologii. *Trudy Vserossiiskoi konferentsii s mezhdunarodnym uchastiem*. Samara, 2003:55–56. http://mednet.by/cgi-bin/irbis64r_14/
3. Krivopalov A. A., Vakhrushev S. G., Boldyreva O. V. The results of using fess in the treatment of the patients with the intracranial complications of rhinosinusitis. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2013;3:85–88. <https://entru.org/2013-3.html>
4. Bogomil'skii M. R., Yu. Strachunskii L. S. Aktual'nye voprosy otorinolaringologii detskogo vozrasta v farmakoterapii boleznei LOR-organov. M., 2001:21–32.
5. Pal'chun V. T., Kryukov A. I. *Otorinolaringologiya: rukovodstvo dlya vrachei*. M., 2001.
6. Piskunov G. Z., Piskunov S. Z. *Klinicheskaya rinologiya*. M.: Miklosh, 2002:225–233.
7. Voronkin V. F., Sergeev M. M. *Intrakranial'nye oslozhneniya v otorinolaringologii*. Krasnodar, 2000. 175 s.
8. Voronkin V. F., Sergeev M. M., Perekhoda D. L. Orbital'nye i vnutricherepnye oslozhneniya vospalitel'nykh zabolevaniy okolonosovykh pazukh. *Vestnik otorinolaringologii*. 1999. <https://www.mediasphera.ru/journal/vestnik-otorinolaringologii>
9. Gliklich R. E., Metson R. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 1998;118(3) Pt1:344–9.
10. Avdeeva O. N. *Sovershenstvovanie poliklinicheskoi otorinolaringologicheskoi pomoshchi v usloviyakh sovremennogo megapolisa (kliniko-epidemiologicheskoe issledovanie): diss. ... kand. med. nauk*. M., 2008:126–128. <https://www.disscat.com/content/sovershenstvovanie-poliklinicheskoi-otorinolaringologicheskoi-pomoshchi-v-usloviyakh-sovreme>
11. Kislova N. M. *Struktura urgentnoi patologii i okazanie neotlozhnoi pomoshchi bol'nym v LOR-statsionare: diss. kand. med. nauk*. M., 2002. <https://search.rsl.ru/ru/record/01002848626>
12. Gyusan A. O., Kubanova A. A., Uzdanova R. Kh. Rinosinusogennye orbital'nye oslozhneniya: rasprostranennost' i printsipy lecheniya. *Vestnik otorinolaringologii*. 2010;4:64–67. <http://library.odmu.edu.ua/catalog/112945>
13. Karpishchenko S., Voloshina A., Stancheva O., Yusufov D. Ostryi izolirovannyi sfenoidit: taktika i lechenie. *Vrach*. 2019;4:49–53. <https://doi.org/10.29296/25877305-2019-04-08>
14. Deryugina O. V., Chumakov F. I. *Orbital'nye i vnutricherepnye oslozhneniya vospalitel'nykh zabolevaniy nosa i okolonosovykh pazukh u vzroslykh i detei*. M.: MONIKI, 2001. <https://search.rsl.ru/ru/record/01000725532>

Информация об авторах

✉ **Золотарева Марина Анатольевна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии, Медицинская академия имени С. И. Георгиевского Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского» (295007, Республика Крым, г. Симферополь, бульвар Ленина, д. 5/6); тел.: + 7 (978) 714-43-77, e-mail: marina_marine@list.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8414-2844>

Назарук Елена Ивановна – заведующая оториноларингологическим отделением, Республиканская клиническая больница имени Н. А. Семашко (295034, Республика Крым, г. Симферополь, ул. Киевская, д. 69); тел.: + 7 (978) 731-54- 48, e-mail: e-notik@mail.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3394-7378>

Information about the authors

✉ **Marina A. Zolotareva** – MD Candidate, Associate Professor of the Chair of Otorhinolaryngology, Georgievsky Department of Otorhinolaryngology of Medical Academy of Vernadsky Crimean Federal University (5/6, Lenina Boulevard, Simferopol, 295007, the Republic of Crimea); tel.: +7(978) 714-43-77, e-mail: marina_marine@list.ru

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-8414-2844>

Elena I. Nazaruk – Head of the ENT Department, Semashko Republican Clinical Hospital (69, Kievskaya str. the, Simferopol, 295034, Republic of Crimea); tel.: +7(978)731-54- 48, e-mail: e-notik@mail

ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-3394-7378>