94,8% обследованных. Среди заболеваний преобладали старческая тугоухость и атрофические процессы верхних дыхательных путей.

УДК: 616.211:616.831-06-07-08

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОДОНТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

Т.Н. Буркутбаева, Б.Н. Садыков, М.С. Жумахметов,
С.Н. Умбеткулова, Т.М. Шамшудинов
Казахский медицинский университет непрерывного образования,
ГКП на ПХВ Городская клиническая больница №5

По данным отечественных и зарубежных источников, частота развития внутричерепных осложнений колеблется от 0,01 до 8%, не превышая в среднем 1,6% от общего числа синуситов [2]. У 24,4% взрослых пациентов риносинусогенные осложнения возникают в результате острого поражения околоносовых пазух, у 75% – при обострении хронического процесса. При внутричерепных осложнениях лобная пазуха поражается в 30%, верхнечелюстная – в 22%, решетчатая – в 20%, клиновидная – в 6%, но чаще осложнения возникают на фоне пансинусита. Среди больных, находящихся на лечении в оториноларингологических стационарах, от 15 до 36% составляют лица, страдающие синуситами [3]. Исследования показывают, что удельный вес госпитализированных по поводу заболеваний околоносовых пазух увеличиваются ежегодно на 1,5-2% [4]. Несмотря на большой спектр консервативных и хирургических форм и методов лечения синуситов, они нередко могут вызывать внутричерепные осложнения, количество которых не имеет тенденции к снижению.

Цель исследования

Анализ результатов лечения у больных с одонтогенными и риногенными внутричерепными осложнениями и разработка современной тактики ведения больных в условиях специализированного лечебного учреждения.

Материал и методы

За период с 2012 по 2015 гг. в ГКБ №5 на обследовании и лечении находились 4804 пациента с гнойными синуситами. Одонтогенные и риногенные внутричерепные осложнения наблюдались у 9 больных. Лиц мужского пола было 3, женского 6. Летальных исходов не наблюдалось. 7 больных были в возрасте от 35 до 50 лет, 2 – в возрасте от 18 до 35.

Всем пациентам было произведено клиническое обследование, их консультировали окулист, невропатолог, нейрохирург, терапевт, инфекционист, по показаниям другие специалисты. Применяли эндоскопические методы исследования, рентгенографию околоносовых пазух, производили панорамные снимки, компьютерную томографию околоносовых пазух (КТ), магнитно-резонансную томографию головного мозга (МРТ), трехмерную компьютерную томографию зубочелюстной системы, иммуноферментный анализ (ИФА), люмбальную пункцию с лабораторным исследованием ликвора.

Результаты и обсуждение

Пример №1: Больная М., 48 лет, поступила с жалобами на сильные головные боли в затылочной области. Обратилась к терапевту поликлиники и получала лечение по поводу артериальной гипертензии в течение недели. Через неделю, когда появилась боль в области шеи, обратилась в ГКБ №5. На КТ ППН обнаружено изолированное поражение основной

пазухи справа, осложненное риногенным менингитом (рис. 1).

Рис. 1. Больная М., 48 лет. КТ ППН: гомогенное затемнение основной пазухи справа.

Выполнены эндоскопическая этмоидотомия и сфеноидотомия справа, больная выписана с выздоровлением.

Особенность клинического наблюдения заключается в следующем: развитие внутричерепного осложнения после острого поражения основной пазухи наблюдается очень редко; скудность клинической симптоматики (отсутствие гнойного отделяемого из носа, наличие сопутствующей патологии – артериальной гипертонии); трудность дифференциальной диагностики с сопутствующими заболеваниями. Головная боль неясного генеза, офтальмологические нарушения, судорожные припадки должны ориентировать врача на необходимость компьютерного исследования головного мозга с обязательным исследованием состояния клиновидных пазух.

Пример №2. Больная М., 23 лет, поступила в ЛОР-отделение №1 ГКБ№5 с жалобами на головную боль в затылочной области, гнойное отделяемое, стекающее по задней стенке глотки. Больной дважды произведена операция – эндоскопическая сфеноидотомия: первая – в марте 2012 г., повторно в мае 2012 г. произведена операция двусторонняя сфеноидотомия профессором Дитцем из Германии, после чего состояние больной улучшилось. Спустя три месяца отмечалось повторное обострение сфеноидита, осложненного риногенным сепсисом. Проведена ИФА-диагностика, обнаружены хламидии – 2,500 (норма 0,2). На сегодняшний день ИФА является оптимальным методом в диагностике внутриклеточной инфекции. Препаратами для лечения хламидийной инфекции являются макролиды и фторхинолоны. В данном случае пациентка принимала левофлоксацин по 250 мг 2 раза в день в течение 14 дней. Особенность клинического наблюдения заключается в рецидивирующем течении хронического риносинусита хламидийной этиологии.

Пример №3. Больной М., 40 лет, поступил с жалобами на головную боль в области лба справа, озноб, повышение температуры до 39°С. Из анамнеза: 4-5 лет назад получил травму лицевой области справа. По поводу травмы никуда не обращался. На рентгенограмме ППН обнаружено гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта справа, уровень жидкости в лобной пазухе справа (рис. 2,3).

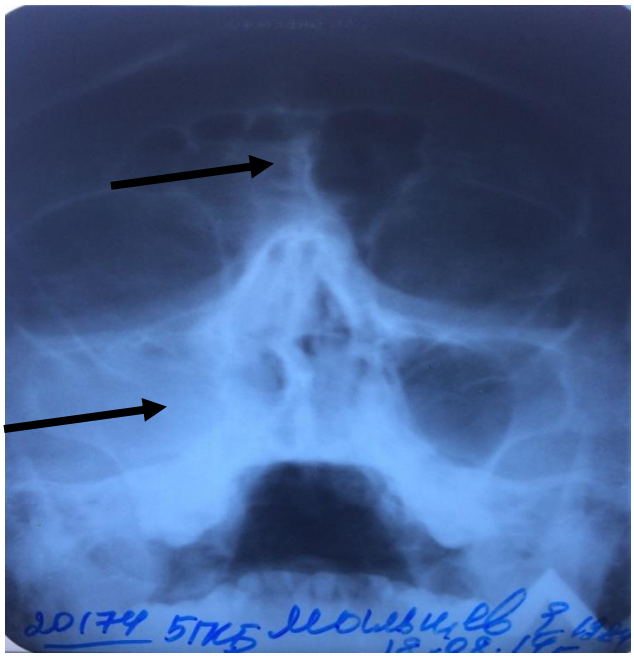

Рис. 2. Больной М., 30 лет. Рентгенография ППН в прямой проекции: гомогенное затемнение верхнечелюстной пазухи и клеток решетчатого лабиринта справа, уровень жидкости в лобной пазухе справа.

На панорамном снимке зуб [16] разрушен кариозным процессом на S. Деструкция костной ткани в области корней [16] зуба. В приемном покое произведено удаление [16] зуба и эндоназальное вскрытие в/ч пазухи справа под местной анестезией, получен гной. На 2-е сутки после поступления больной отмечает ухудшения состояния после пункции, появилась боль в области глазницы справа, отек в области правого глаза, озноб. Объективно: OD – глазная щель закрыта, экзофтальм, отмечается наличие инфильтративного отека верхнего и нижнего века справа, хемоз, при активном раскрытии имеются ограничения движения глазного яблока во всех направлениях.

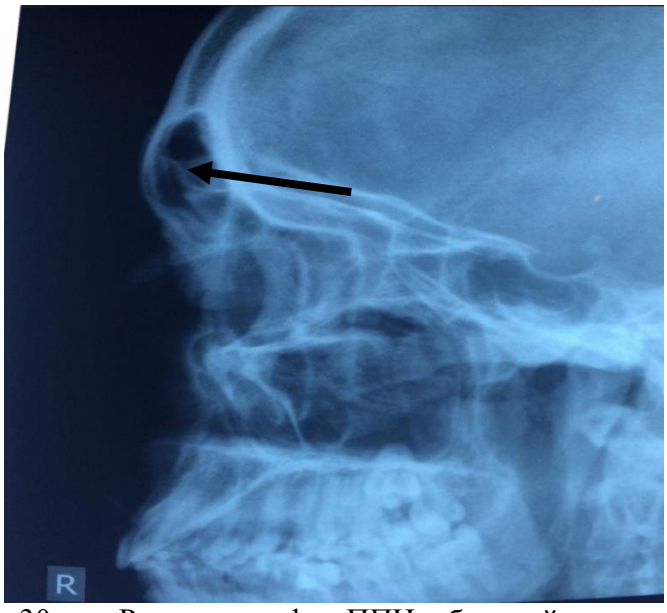

Рис. 3. Больной М., 30 лет. Рентгенография ППН в боковой проекции: снижение пневматизации лобной пазухи справа.

Поставлен диагноз: Обострение хронического одонтогенного гемисинусита справа. Остеомиелит верхней челюсти, осложненный флегмоной орбиты справа. Риногенный сепсис. Произведена операция – фронтотомия, гайморотомия справа, вскрытие флегмоны орбиты. Операция осуществлялась совместно с челюстно-лицевым хирургом. При ревизии верхней стенки гайморовой пазухи обнаружен дефект, при расширении получено гнойное отделяемое из ретробульбарного пространства орбиты. Обнаружен также дефект на нижней стенке гайморовой пазухи. Особенность клинического наблюдения заключается в поздней диагностике синусита одонтогенной этиологии, что привело к флегмоне орбиты и риногенному сепсису.

До настоящего времени преобладает мнение, что синусит чаще имеет риногенное происхождение. Однако хронический синусит одонтогенной этиологии встречается намного чаще, чем диагностируется. Это объясняется тем, что диагноз одонтогенного синусита выявляется лишь у больных, у которых связь между зубами и синуситом совершенно очевидна [1]. Однако заболевания зубов верхней челюсти часто протекают бессимптомно, поэтому при обследовании этих больных ЛОР-врачами по поводу гайморита процесс в околоносовых пазухах трактуется как риногенный. В то же время стоматологи, видя у больных многочисленные симптомы со стороны полости носа, также направляют их в ЛОР-стационары, забывая о больных зубах. Расхождение диагноза, поставленного направившим лечебным учреждением, и клинического диагноза стационара у больных одонтогенным гайморитом отмечается у половины пациентов, а по нашим наблюдениям, – у 53% обследованных.

Согласно последним тенденциям, в диагностике воспалительных процессов околоносовых пазух предпочтение отдается лучевым методам исследования, которые позволяют провести оценку объема воспалительного процесса, выявить вовлеченность других органов (зубы), определить тактику операционного ведения пациентов. Нами всем больным с риносинуситами проведена трехмерная компьютерная томография, в результате чего у 40% из них диагностирован одонтогенный гайморит. Таким образом, для дифференциальной диагностики синуситов риногенной и одонтогенной природы необходимо проводить трехмерную компьютерную томографию зубочелюстной системы.

Выводы

1. Частота одонтогенных и риногенных внутричерепных осложнений, по данным ГКБ №5, составляет 0,2%.
2. Трехмерная компьютерная томография является одним из основных методов дифференциальной диагностики одонтогенных и риногенных синуситов.
3. Метод функциональной эндоскопической синус хирургии (FESS), применяемый как самостоятельно, так и в комбинации с экстраназальным подходом, позволяют с минимальной травмой достичь желаемого результата.
4. Пациентам с рецидивирующими хроническими риносинуситами при отсутствии эффекта от традиционных методов лечения необходимо проводить ИФА-диагностику для выявления внутриклеточных возбудителей.

Литература

1. Бускина А.В., Гербер В.Х. К вопросу о клинической классификации хронического одонтогенного гайморита // Вестн. оториноларингол. – 2000. – №2. – С.20-22

2. Завьялов Ф.Н., Демиденко А.Н., Солодилова Н.М. Сочетанное риносинусогенное внутричерепное и орбитальное осложнение // Вестн. оториноларингол. – 2009. – №3. – С. 55-56.

3. Крюков А.И., Туровский А.Б., Изотова Г.Н., Карюк Ю.А. Эффективность консервативной терапии

при остром синусите // Рус. мед. журн. – 2013. – №11. – С. 579.

4. Славский А.Н., Пшонкина Д.М., Свистушкин В.М. Бактериофаги в комплексном лечении острого бактериального риносинусита // Рус. мед. журн. – 2014. – №26. – С. 1925-1928.

Резюме: Проанализированы результаты диагностики и лечения пациентов с гнойными синуситам, у 6 из которых выявлены внутричерепные осложнения риногенной этиологии, у 3 – одонтогенной этиологии. Как показали наблюдения, метод функциональной эндоскопической синус хирургии (FESS), применяемый как самостоятельно, так и в комбинации с экстраназальным подходом, позволяют с минимальной травмой достичь желаемого результата.

Summary: The present workis based on theresults of the analysis examined and treated 4804 patients with purulent sinusitis for the period from 2012 to 2015 in City hospital № 5, out of which 9 patients had intracranial complications: 6 patients intracranial complications rhinogenous etiology, in 3-odontogenic etiology. Cause complications in 2 patients had acute, and at 7 -exacerbation of chronicsinusitis. Pansinusitfound in 3 individuals and gemisinusit at 4 monosinusit – at 2. Of these 1 patient intracranial complications combined with the orbital pathology. Of the 9 patients, 5 experienced meningitis, four of the patients with sepsis, one of whom was found intracellular infection.

УДК: 616.211-002.7-07

ГРАНУЛЕМАТОЗ ВЕГЕНЕРА В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

С.Ф. Кудайбергенова, Г.К. Джаркинбекова, А.Б. Айтбекова

Казахский национальный медицинский университет им. С.Д. Асфендиярова, Алматы, Казахстан

Гранулематоз Вегенера (ГВ) (F. Wegener, нем. патолог, род. в 1907 г.; синоним: болезнь Вегенера, некротическая гранулема верхних дыхательных путей с нефритом) – это системное заболевание, часто со смертельным исходом, которое поражает верхние дыхательные пути, включая слизистую оболочку носа, верхних дыхательных путей, а также почки. В 1954 г. G. Godman и W. Churg опубликовали обзор F. Wegener и выделили диагностическую триаду: лёгочный и системный васкулит, нефрит, некротизирующий гранулематоз респираторного тракта [2,3].

Этиология: аутоиммунный, микробный фактор, генетическая предрасположенность. Встречается в 25-60 случаях на 1 млн населения; формы: локальная и генерализованная.

Самым частым начальным проявлением ГВ является поражение ЛОР-органов. Поражение верхних дыхательных путей отмечается у всех больных, у большинства же это – первый признак болезни. Заболевание начинается с ринита и синусита. При риноскопии находят гранулематозную ткань или атрофичную, истонченную слизистую, покрытую трудно снимающимся налетом, и множественные эрозии, язвы и перфорацию носовой перегородки. Часто развиваются синуситы с выраженной клинической картиной, но при пункции околоносовых пазух гнойного содержимого не получают. Возможны локальные отеки в области спинки носа или одной половины лица; часто возникает головная боль. При прогрессировании болезни развиваются язвенно-некротические изменения слизистых с вовлечением в процесс глотки, гортани, трахеи. Появляются жалобы на боли в горле, осиплость голоса, стридорозное дыхание. Возможно разрушение хрящевой части