



10. Postural vertigo due to unilateral sudden partial loss of vestibular function. / J. R. Lindsay et al. // Ann Otol Rhinol Laryngol. 1956; 65: 692–706.
11. Recurrent paroxysmal positional vertigo related to oral contraceptive treatment. / P. G. Giacomidi et al. Gynecol Endocrinol. 2006 Jan; 22(1): 5–6.
12. Relationship between neurological asymptomatic vertigo and the vertebrobasilar system as revealed by magnetic resonance angiography. / T. Seo et al. // ORL J Otorhinolaryngol Relat Spec. 2000 Mar–Apr; 62 (2): 63–7.
13. Vertigo in patients with benign paroxysmal positional vertigo. / E. Kentala et al. // Acta Otolaryngol Suppl. 2000; 543: 20–2.

УДК: 616. 216. 1–002–06

АНАЛИЗ ОРБИТАЛЬНЫХ И ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ СИНУСИТОВ ПО НЕКОТОРЫМ СТАЦИОНАРАМ СЕВЕРНОГО КАВКАЗА

А. Г. Волков*, А. О. Гюсан, А. Р. Боджоков***, И. В. Стагниева*,
С. М. Хохлачев**, Р. Х. Узденова**, Л. С. Давыдова***

Ростовский государственный медицинский университет,
Ставропольская государственная медицинская академия**,
Адыгейская республиканская больница****

Течение параназальных синуситов на Северном Кавказе имеет весьма важные особенности в связи с ареалом заболеваний особого микробиологического спектра [8, 14], их аллергических проявлений [16] и непосредственно связано с экологической ситуацией в регионе [3, 4, 6, 18, 19].

В последнее десятилетие нередко появляются публикации об увеличении количества орбитальных и внутричерепных осложнений [5, 2, 13, 17] как у взрослых, так и детей. Причины орбитальных риногенных осложнений (ОРО) в этих случаях: поздняя обращаемость в стационар, анатомические и физиологические особенности детского возраста, несовершенство иммунной системы, повышенная чувствительность к инфекции [15].

К числу острых орбитальных осложнений фронтитов относят: реактивный отек век, абсцесс век, периостит и субпериостальный абсцесс орбиты, ретробульбарный абсцесс, флегмону орбиты, тромбоз вен орбитальной клетчатки, патологические изменения сетчатки глаза, неврит зрительного нерва; к хроническим – деформацию глазницы при муко-пиоцеле, поражение сетчатки глаза и зрительного нерва [10].

В последние полтора десятка лет можно заметить тенденцию к уменьшению числа внутричерепных осложнений (ВЧО) параназальных синуситов и сохранению или умеренно выраженному росту ОРО.

По материалам клиники ЛОР болезней РостГМУ на базе ЛОР отделения МЛПУЗ ГБ №1 г. Ростова-на-Дону нами был проведен анализ заболеваемости ОРО у взрослых за 12 лет – с 1986 по 1997 гг. За этот период в клинике находились на лечении 40085 больных, из них 117 – с осложнениями параназальных синуситов, что составило 0,28%. Были изучены истории болезней всей этой группы больных. Клинические признаки заболевания, данные объективного и инструментального исследований были отождествлены с синусогенными периоститами орбиты (простыми и гнойными) в отечно-инфильтративной или экссудативной стадиях, субпериостальными абсцессами и флегмонами орбиты – у 108 больных, у 9 – с риногенными внутричерепными осложнениями.

Из анализа историй болезни можно заметить неуклонный рост числа больных с ОРО, пик заболеваемости которых отмечен в 1992 и 1997 гг., а спад – в 1990–91 гг., что видно из диаграммы (рис. 1).

Хирургическому лечению подверглись 80 (68,4%) больных, причём в 1–3 суток после госпитализации saniрующие хирургические вмешательства были проведены 36. Из них в первые сутки пребывания в стационаре оперировано 26 больных, в течение первых семи дней – 10.



Изучение клинических признаков заболевания позволило выделить следующие группы больных. По классификации Ф. И. Добромыльского и И. И. Щербатова [7] острый простой периостит орбиты, проявляющийся отёком века установлен у 26 больных, которым проведено консервативное лечение с благополучным исходом.

Остальные формы ОРО проявлялись отеком, гиперемией век и прилегающих мягких тканей у 44 больных; отеком, гиперемией и инфильтрацией век и мягких тканей орбиты – у 17. Гемисинусит выявлен у 11 (10,1%) больных, фронтит – у 22 (20,2%), максиллярный синусит – у 24 (26,6%).

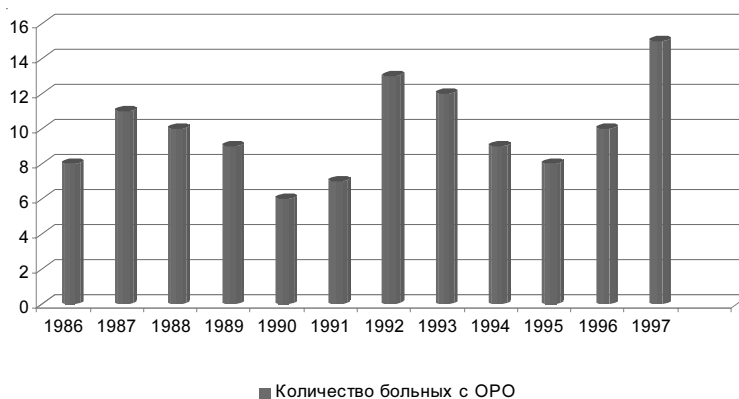


Рис. 1. Количество больных за период с 1986 по 1997 год.

В 2004 году мы повторили исследования. Был произведен анализ ОРО и ВЧО по данным той же клиники с 1998 по 2004 год. Тенденция к росту ОРО синуситов сохраняется, а количество больных продолжало неуклонно расти (рис. 2).

Интересно, что увеличение общего количества осложнений происходит за счёт резкого увеличения количества фронтитов, а число максиллярных синуситов растёт незначительно.

В Ростовской ЛОР клинике наблюдения за динамикой госпитализации больных фронтитом (с небольшим перерывом) ведутся с 1955 года. Они представлены на рисунке 3 [5]. Число больных фронтитом постоянно росло, с годами увеличивалось и их процентное отношение к числу госпитализированных. Так, если в 1955 году оно составляло 0,59% (1955), то в 1980 уже – 2,82%.



Рис. 2. Количество больных за период с 1998 по 2004 годы.

В дальнейшем, эти показатели значительно выросли (рис. 4). Процентное соотношение числа больных фронтитом к общему числу, находившихся на лечении в стационаре было в пределах от 4,54% (1987 год) до 4,78% (2001), иногда достигая 6,58% (1997) или опускаясь до 3,33% (1999), что, конечно, резко отличается от предшествующих цифр.

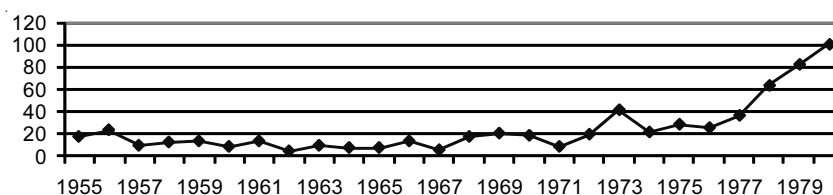


Рис. 3. Заболеваемость фронтитами в Ростове н/Д (1955–1979 гг.).

В последние годы количество фронтитов стало расти значительно быстрее. За последние 6 лет увеличилось в два с половиной раза, а по сравнению с 1990 годом, в 3 раза (рис. 5) и в 2007 году составило 464 человека (в 1955 – 17).

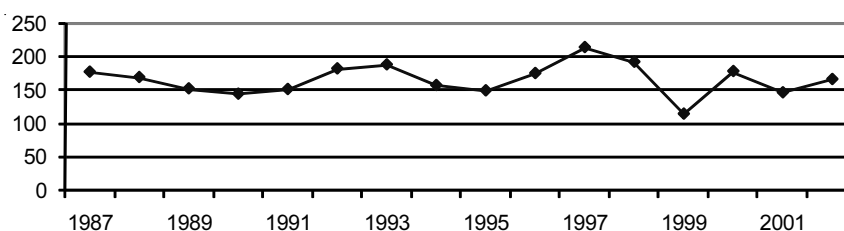


Рис. 4. Заболеваемость фронтитами в Ростове н/Д (1987–2001 гг.).

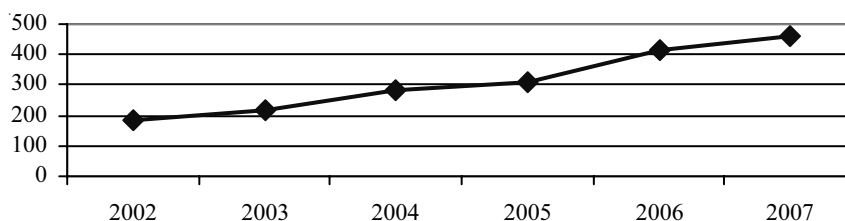


Рис. 5. Заболеваемость фронтитами в Ростове н/Д 2002–2007 гг.

В ЛОР отделении Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы (КЧРКБ) за последние 10 лет проведено лечение 986 больным с различными формами фронтитов, что составило 17,8% от всех больных с заболеваниями околоносовых пазух. В то же время, ОРО, причиной которых было заболевание околоносовых пазух, наблюдались у 136 человек, причем у 48 (35,3%) из них установлена прямая зависимость от воспалительной патологии лобной пазухи.

Таким образом в ЛОР отделении КЧРКБ, причиной больше чем трети всех ОРО при заболеваниях околоносовых пазух приходится на фронтиты. В 83,4% это больные в возрасте до 50 лет. ОРО чаще наблюдались у мужчин – 31 (64,6%). В таблице 1 представлен характер наблюдаемых ОРО при экссудативных фронтитах.

Таблица 1

Орбитальные осложнения экссудативных фронтитов

Характер осложнений	Всего	% осложнений
Реактивный отек мягких тканей глазницы	15	31,3%
Диффузное негнойное воспаление век	13	27,1%
Абсцесс век	4	8,3%
Периостит и субпериостальный абсцесс орбиты	11	22,9%
Ретробульбарный абсцесс	3	6,2%
Флегмона орбиты	-	-
Деформация глазницы	2	4,2%
ВСЕГО	48	100,0



Как видно из представленной таблицы, наиболее часто при экссудативном фронтите наблюдались – реактивный отек век и диффузное негнойное воспаление век, которые свидетельствовали о вовлечении в процесс рыхлой клетчатки переднего отдела глазницы. При несвоевременно принятых мерах, воспалительный процесс переходил на периост орбиты и возникал периостит. При этом наблюдался выраженный коллатеральный отек век, гиперемия и инфильтрация конъюнктивы. У некоторых таких больных формировался субпериостальный абсцесс. Глазная щель у них была полностью закрыта, и движения глазного яблока ограничены в сторону сформированного абсцесса.

Ретробульбарный абсцесс наблюдали лишь у единичных больных, которые вовремя не обратились за лечебной помощью. У всех этих больных наблюдалось септическое состояние, резкий экзофтальм, хемоз, полная неподвижность глазного яблока.

В ЛОР отделении Адыгейской республиканской больницы за последние 10 лет число больных с орбитальными и внутричерепными осложнениями у взрослых и детей увеличилось по сравнению с таким же предшествующим десятилетием и составило: ОРО – 19, из них у детей – 15, у взрослых – 4); ВЧО – 10 и только у взрослых.

В литературе нет единого мнения о лечении больных с ОРО. Мы считаем, что при любом виде такого осложнения в течении экссудативного фронтита необходимо срочно прежде всего провести санацию патологического очага в околоносовой пазухе/ах, послужившей/их источником осложнения, одновременно проводя максимально интенсивную терапию.

В послеоперационном периоде воспалительный очаг чаще всего ведется открытым способом для визуального контроля динамики изменений и возможности прямого воздействия на структуры воспаленных пазух и области осложнения [1, 2].

Основываясь на спектре основных бактериальных возбудителей гнойно-воспалительных заболеваний носа и околоносовых пазух, ведущим препаратом для эмпирической антибактериальной терапии осложнений следует считать амоксициллин. Это объясняется тем, что из всех доступных «оральных» пенициллинов и цефалоспоринов, включая препараты II–III поколения, амоксициллин наиболее активен в отношении пенициллинрезистентных пневмококков и, например, в 4 раза превосходит ампициллин, прекрасно подходит для комбинирования с ингибиторами β -лактамаз. Это и обусловило широкое повсеместное применение амоксициллина/клавуланата. С 2005 года, когда в РФ появился такой комбинированный препарат с торговым названием Трифамокс (фирма Бого – Аргентина), мы стали использовать его для лечения тяжелой группы больных с ОРО и ВЧО. Несмотря на малый срок использования в РФ, препарат имеет хорошие отзывы о его применении [11]. Трифамокс удобен в применении, так как имеет формы для внутримышечного, внутривенного и перорального введения и обладает высокой эффективностью по отношению к наиболее распространенным патогенам синусита у взрослых и детей [9]. Мы назначали препарат внутривенно по 1,5Г 2 раза в сутки в течение 3–4 дней с последующим переходом на внутримышечное введение по 1,5Г 2 раза в сутки в течение 3 дней с последующим приемом внутрь по 1000 мг 3 раза в сутки в течение 4 дней (10-дневный курс антибактериальной терапии). Препарат показал хорошие терапевтический эффект у данной группы больных с осложнениями параназальных синуситов.

Заключение:

- *имеется несомненное увеличение количества фронтитов в регионе Северного Кавказа;*
- *количество ОРО и ВЧО в различных регионах ЮФО различно и, хотя имеется заметное снижение ВЧО, количество ОРО нарастает неравномерно в регионах ЮФО;*
- *препарат трифамокс хорошо зарекомендовал себя при лечении больных с осложнениями синуситов.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Волков А. Г. Лобные пазухи /А. Г. Волков: Феникс, Ростов-на-Дону, 2000. – 512 с.
2. Волков А. Г. К выбору тактики лечения больных с осложнениями фронтита / А. Г. Волков, Е. В. Григорьева. – Экстрем. сост. в оторинол., офтальмол., невропат. и нейрохирург. Ростов н/Д, 1989. – С. 15–18.
3. Волков А. Г. Современный подход к диагностике и лечению неосложненных фронтитов / А. Г. Волков, А. О. Гюсан // Успехи современного естествознания. – 2004. – № 12. – С. 11–17.



4. Волков А. Г. Течение и лечение экссудативных фронтитов на Северном Кавказе / Волков А. Г., Гюсан А. О. // Фундаментальные исследования. – 2005. – №2. – С. 115–116.
5. Воронкин В. Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В. Ф. Воронкин, М. М. Сергеев, Д. Л. Перехода // Вестн. оторинолар. – 1999. – №4. – С. 25–27.
6. Гюсан А. О. Ретроспективный анализ результатов лечения острых и хронических фронтитов методом трепанопункции / А. О. Гюсан, С. А. Гюсан, Р. Х. Узденова. Тез. докл. научно-практ. конференции «Совр. вопросы аудиологии и ринологии». – Курск, 7–8 июня 2000». – М., 2000. – С. 109–110.
7. Добромыйский Ф. И. Придаточные пазухи носа и их связь с заболеваниями глазницы / Ф. И. Добромыйский, И. И. Щербатов. – М., Медгиз, 1955. – 259 с.
8. Ерошенко А. Ю. Клинические проявления и тактика лечения заболеваний ЛОР органов, вызываемых *Haemophilus influenzae*: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – / А. Ю. Ерошенко: Ростов н/Д, 2000. – 20 с.
9. Карпов О. И. Амоксициллин/сульбактам в решении проблемы острого синусита / О. И. Карпов, С. А. Карпищенко // Реф. медиц. журн.. – 2006. – Т. 14. – №29. – С. 1–5.
10. Киселев А. С. О классификации риногенных зрительных осложнений / А. С. Киселев // Рос. ринология. – 2007. – №2 – С. 41–42.
11. Козлов Р. С. Амоксициллин/сульбактам – новый представитель ингибиторозащищенных бета-лактамов / Р. С. Козлов, А. В. Веселов // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2006. – Т. 8. – №2. – С. 173–185.
12. Наш опыт в лечении орбитальных синусогенных осложнений / Э. А. Цветков, А. Н. Савин, С. Г. Ускова и др.) // Российская оториноларингол. – 2007. – №6 (31). – С. 165–170.
13. Пискунов И. С. Диагностика риносинусогенных внутричерепных осложнений по данным компьютерной томографии / И. С. Пискунов, А. Н. Демиденко / Российск. ринология. – 2008. – №1. – С. 8–12.
14. Попель С. Е. Состав микробной флоры у больных фронтитом в 1999–2000 гг / С. Е. Попель // Матер. 55 научн. итог. конф. молодых ученых. – Ростов н/Д, 2001. – С. 73.
15. Риносинуситы и особенности развития риногенных орбитальных осложнений у детей / Л. С. Бакулина, Н. А. Глебова, М. В. Бабайцева и др. // Рос. ринология – 2001. – №2. – С. 114.
16. Трофименко С. Л. Аллергические заболевания носа и околоносовых пазух / С. Л. Трофименко, А. Г. Волков. – Ростов н/Д: ЗАО «Книга», 2001. – 352 с.
17. Трудности и ошибки в диагностике риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений / О. В. Мареев, В. В. Шкабров, Р. И. Капрелов и др. // Рос. оторинолар. – 2008. – Приложение №3. – С. 252–255.
18. Узденова Р. Х. Эпидемиология заболеваний лобных пазух в Карачаево-Черкесии / Р. Х. Узденова, А. О. Гюсан. // Мат. краевой научн.-практ. конференции «Акт. аспекты диагност., профилактик. и лечения забол. уха, горла и носа». – Ставрополь, 2002. – С. 115–118.
19. Узденова Р. Х. Клиническая эпидемиология экссудативных фронтитов в регионе Юга России и сравнительная оценка различных методов их лечения: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук / Р. Х. Узденова. – СПб., 2004. – 21 с.

УДК: 612. 215. 4–053. 2

КРИСТАЛЛОГРАФИЯ НОСОВОГО СЕКРЕТА У ДЕТЕЙ

А. Г. Волков, И. В. Добытко

ГОУ ВПО «Ростовский государственный медицинский университет»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. А. Г. Волков)

В последние годы все чаще стали обращать внимание на неинвазивные методы исследования жидкостей, доступные в амбулаторных условиях, в связи с чем представляется интересным чувствительный кристаллографический метод изучения биологических субстратов при различных заболеваниях.

Метод кристаллографии (или тизеографии) предложен W. Daems в 1964 году и основан на изучении процессов кристаллизации хлорида меди в присутствии природных органических соединений.

По кристаллографической картине ликвора выявляли не только характер нарушения мозгового кровообращения и количество крови излившееся в подпаутинное пространство, но и регистрировали скорость ее рассасывания в процессе лечения [8]. Неретин Н. Я., Киряков В. А. [8], исследуя смывы с тканей различных органов, полученных при биопсии применяли его как дополнительный метод при диагностике некоторых патологических состояний верхних дыхательных путей. Теодор И. Л. и соавт. [6] использовали его для дифференциальной диагности-