



УДК 614.25:616.831-002.3:616.21(571.51)

ОБ ОКАЗАНИИ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННОЙ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЧЕСКОЙ ПОМОЩИ ПАЦИЕНТАМ С ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ В УСЛОВИЯХ СЕВЕРНЫХ ТЕРРИТОРИЙ

Ф. Ю. Сергеев¹, А. А. Кривопапов²

PROVISION OF SPECIALIZED ENT CARE TO PATIENTS WITH INTRACRANIAL COMPLICATIONS IN THE NORTHERN TERRITORIES

F. Y. Sergeev, A. A. Krivopalov

¹ МБУ «Северо-Енисейская центральная районная больница», пос. Северо-Енисейский, Красноярский край, Россия

(Главный врач – И. В. Чуваков)

² ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи»

Минздрава РФ, Санкт-Петербург, Россия

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

Описание двух клинических случаев лечения пациентов, проживающих в отдаленных северных территориях Красноярского края, наглядно демонстрирует зависимость прогноза и исхода заболевания от ранней диагностики и принятия правильных тактических решений при первичном поступлении (обращении) больного в лечебно-профилактическое учреждение. Оказание эффективной неотложной помощи при интракраниальных осложнениях воспалительных заболеваний уха, носа, околоносовых пазух на современном этапе возможно только в условиях существования системы оказания медицинской помощи столь тяжелой категории оториноларингологических больных.

Ключевые слова: оториноларингологическая помощь, внутричерепные осложнения, спиральная компьютерная томография.

Библиография: 20 источников.

We describe two cases of patients with intracranial complications during inflammatory diseases of the ear, paranasal sinuses. When first entering the patient's early diagnosis of complications can significantly improve the prognosis of the disease. To improve the medical care of these patients is necessary to create a standard and strictly enforce it.

Key words: ENT medical aid, intracranial complications, Spiral computed tomography.

Bibliography: 20 sources.

Отделение оториноларингологии, развернутое на 37 коек, – головное подразделение в структуре ЛОР-службы КГБУЗ «Краевая клиническая больница» и Красноярского края. Отделение оказывает экстренную и плановую специализированную медицинскую помощь взрослому населению Красноярского края и г. Красноярска. Неотложная отоларингологическая помощь оказывается сотрудниками отделения в круглосуточном режиме [9, 20]. При решении сложных диагностических задач используются возможности телемедицины. Ряд Центральных районных больниц (ЦРБ) Красноярского края оснащены современным телекоммуникационным оборудованием, благодаря которому проводятся консультации сложных и тяжелых пациентов в on-line режиме [1].

Север Красноярского края – Енисейский, Северо-Енисейский районы – территории со сложными природными и географическими условиями. Оказание медицинской помощи в этом регионе усложняется не только наличием многочисленных природных препятствий (реки, леса), но и значительным удалением населенных пунктов от

регионального центра – 750 км и более. Тяжелые климатические условия оказывают неблагоприятное влияние на систему местного иммунитета ЛОР-органов, что утяжеляет течение заболеваний и усложняет прогноз [18].

Значительная роль в оказании оториноларингологической помощи жителям отдаленных районов принадлежит Отделению экстренной и плановой консультативной помощи (Санитарная авиация) КГБУЗ «Краевая клиническая больница» г. Красноярска (КГБУЗ ККБ). Сегодня в задачи отделения входит не только оказание первичной санитарно-авиационной помощи, но и организация специализированной помощи на всей территории ответственности. Оказывается плановая и экстренная помощь путем формирования специализированных бригад из ведущих специалистов Краевого центра и осуществления консультаций и хирургических операций в отдаленных больницах Красноярского края. Отделение оснащено современным медицинским оборудованием и авиатехникой. Перевод пациентов из отдаленных районов края осуществляется в отделения и Центры КГБУЗ ККБ. Силами санитарной авиации



сегодня возможна транспортировка пациентов, находящихся в коме, на ИВЛ. Современные вертолеты осуществляют посадку прямо на территорию клинической больницы, на оборудованную площадку [13].

Описанные ниже клинические наблюдения наглядно демонстрируют зависимость прогноза и исхода заболевания от ранней диагностики и принятия правильных тактических решений при первичном поступлении пациента [3, 5].

Пациент Ш., 1975 г. р., был доставлен в ЦГБ г. Лесосибирска Красноярского края коллегами по работе с рабочего места – из леса, где трудился вахтовым методом. Из анамнеза известно, что боли в области левого уха появились за 3 дня до поступления, а через сутки присоединились выраженная головная боль и повышение температуры тела. Через 2 суток на фоне высокой температуры тела появился бред, сознание было утрачено. При поступлении: нарушение сознания до сопора, зрачки равные, на свет реакция ослаблена, движения глаз в полном объеме, выраженная болезненность в точках выхода тройничного нерва, симптом Манна–Гуревича положительный, лицо симметричное, мягкое небо подвижно, глоточный рефлекс живой. Движения в конечностях сохранены, с достаточной силой, рефлексы симметричные, выраженная ригидность затылочных мышц. В приемном отделении пациент был осмотрен оториноларингологом – патологии не выявлено. С подозрением на менингит он был госпитализирован в реанимационное отделение, где врачом-невропатологом была выполнена спинно-мозговая пункция. При пункции ликвор вытекал частыми каплями, мутный.

На фоне антибактериальной терапии (цефтриаксон, ванкомицин) отмечалась положительная динамика в состоянии больного в виде нормализации температуры до 36,6–37,1 °С, улучшения сознания. Пациент вступал в контакт, выполнял простые инструкции и на 7-е сутки от поступления был переведен из реанимации в неврологическое отделение. Через сутки на фоне продолжающейся антибактериальной терапии опять наступило ухудшение состояния: гипертермия до 38,5–39,1 °С, сознание утрачено до оглушения-сопора, периодически сменяется возбуждением, пациент дезориентирован, инструкции не выполняет, контакту не доступен. В связи с ухудшением состояния – перевод в отделение реанимации. На фоне продолжающегося лечения прежними препаратами у пациента отмечалась отрицательная динамика в неврологическом статусе: угнетение сознания до комы II, отсутствие движений в конечностях, отсутствие болевой чувствительности. Только на 12-е сутки от поступления была организована консультация с участием специалистов отделения оториноларингологии Краевой

клинической больницы (ККБ) и последующая транспортировка пациента в краевой центр.

Пациенты Красноярского края с тяжелыми осложнениями гнойно-воспалительной патологии ЛОР-органов, в том числе с интракраниальными осложнениями, поступают на лечение в гнойно-септический центр ККБ. Предоперационная подготовка, хирургическое лечение больных проводится оториноларингологами, совместно с другими узкими специалистами, в условиях центра. Отделение реанимации и интенсивной терапии центра оснащено современным оборудованием, располагает эффективными способами детоксикации организма больного, гипербарической оксигенацией [12].

Состояние пациента Ш. при поступлении в ККБ было тяжелым: сознание – кома II, выраженная ригидность мышц затылка. При риноскопии – скудное количество слизистого отделяемого в носовых ходах, при отоскопии – слева в наружном слуховом проходе серозно-геморрагическое отделяемое, гиперемия и нависание наружного слухового прохода в верхних отделах. Учитывая клиническую картину заболевания, подозрение на абсцесс головного мозга, пациенту проведена многослойная спиральная компьютерная томография (МСКТ) головного мозга с внутривенным введением контрастного вещества [6, 16]. При исследовании отчетливо был виден отек ткани головного мозга, однако абсцедирования или очагов накопления контраста в ткани мозга не выявлено. Слизистая оболочка верхнечелюстных пазух и решетчатых клеток слегка утолщена. В клеточной системе левого сосцевидного отростка склероз, все клетки затенены, деструкция в аттикоантральной зоне. Произведены пункции и дренирование обеих верхнечелюстных пазух, при промывании пазух получено скудное слизистогнойное отделяемое.

В день поступления, сразу после обследования, пациенту произведена расширенная радикальная операция на левом ухе с обнажением сигмовидного синуса, средней и задней черепных ямок. Операционные находки: тип строения сосцевидного отростка склеротический, в антруме холестеатомные массы и полипы, кровотоки в сигмовидном синусе сохранены, твердая мозговая оболочка слегка выбухает. Клинический диагноз: левосторонний хронический средний гнойный отит – эпителимпанит с холестеатомой, кариесом костной ткани, двухсторонний гнойный гайморит, этмоидит, вторичный гнойный менингоэнцефалит.

В течение последующих 6 суток лечения в отделении реанимации гнойно-септического центра состояние пациента было тяжелое, но стабильное. Рана велась открыто, течение раневого процесса вялое. Далее у больного внезапно появилась анизокория $D > S$. Других ухудшений

в неврологическом статусе отмечено не было. Произведены МСКТ-исследования в динамике (на 6; 8 и 11-е сутки от поступления в ККБ), на которых отмечалась нарастающая гидроцефалия. В связи с прогрессирующими явлениями нарушения ликвородинамики нейрохирургом было выполнено наружное дренирование желудочков головного мозга. Были проведены бактериологические исследования ликвора в динамике:

– ликвор при поступлении – рост микрофлоры не выявлен;

– через 14 дней от поступления в стационар – *Acinetobacter lwoffii*, резистентный ко всем антибиотикам;

– через 21 день от начала лечения – *Klebsiella pneumoniae*, слабая чувствительность к карбоненам;

– через 30 дней от поступления – *Acinetobacter sp.*, резистентный ко всем антибиотикам.

На 21-е сутки от поступления в ККБ, на фоне гипертермии и отрицательной динамики при МСКТ околоносовых пазух, были выполнены эндоназальное эндоскопическое вскрытие верхнечелюстных, клиновидных пазух и этмоидэктомия. Через неделю выполнена повторная эндоскопическая ревизия оперированных пазух. Результаты бактериологического исследования содержимого околоносовых пазух:

– забор материала при синусотомии – *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*; слабая чувствительность: цефоперазон, цiproфлоксацин: устойчивость ко всем β-лактамам антибиотикам;

– через 20 дней – *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas sp.*, слабая чувствительность – оксациллин.

За время нахождения в реанимационном отделении пациенту были выполнены трахеостомия, гастростомия по Витцелю, реляпаротомия с реконструкцией гастростомы. В процессе лечения пациенту проводили антибактериальную терапию следующими препаратами: меропенем – 9 дней; ванкомицин – 12 дней; цiproфлоксацин – 16 дней; цефтриаксон – 20 дней; ампициллин сульбактам – 3 дня; гентамицин – 7 дней; амикацин – 17 дней; диоксидин – 16 дней. На фоне непрерывно продолжающегося интенсивного лечения, на фоне высокой устойчивости микрофлоры пациента ко всем группам антибактериальных препаратов через 2 месяца от поступления наступил летальный исход. Непосредственные причины смерти: сепсис, менингоэнцефалит, отек-дислокация головного мозга.

Пациент В., 1973 г. р., поступал в Северо-Енисейскую ЦРБ дважды. Первая экстренная госпитализация была связана с огнестрельным ранением лицевого скелета. Неотложное оперативное вмешательство было выполнено совмест-

но с ЛОР-специалистом Краевой клинической больницы г. Красноярск. В ходе операции было выполнено: ПХО раны, вскрытие и дренирование верхнечелюстной и лобной пазух. Дальнейшее лечение пациента проводилось оториноларингологом в реанимационном отделении. Тактика лечения согласовывалась со специалистами отделения оториноларингологии ККБ. Состояние пациента было с положительной динамикой, что позволило быстро перевести его в хирургическое отделение, а в дальнейшем – выписать под наблюдение оториноларинголога.

Через 4 года после ранения и успешного лечения пациент В. был доставлен повторно в Северо-Енисейскую ЦРБ в тяжелом состоянии. Тяжесть была обусловлена неврологической симптоматикой: нарушение сознания в виде сопора, также отмечались выраженные менингеальные знаки. Невропатологом ЦРБ была выполнена люмбальная пункция, при которой был получен ликвор под давлением, мутный. При on-line консультации со специалистами Красноярского центра оториноларингологии было принято решение о срочном переводе больного в ККБ. Транспортировка пациента была выполнена в тот же день силами отделения экстренной и плановой медицинской помощи (санитарная авиация). При поступлении в приемное отделение Краевой клинической больницы была выполнена МСКТ головного мозга с внутривенным введением контрастного вещества. Было выявлено: отек ткани головного мозга, преимущественно левой лобной доли со смещением срединных структур мозга. При введении рентген-контрастного вещества: накопление контраста в веществе головного мозга в зоне контакта с задней стенкой левой лобной пазухи и ткани левой лобной доли в виде капсулы абсцесса. МСКТ головного мозга с внутривенным контрастированием позволило диагностировать у пациента множественные абсцессы лобной доли головного мозга [11]. Экстренное оперативное вмешательство было выполнено совместно с нейрохирургами [2]. Операционные находки: посттравматический щелевидный дефект задней стенки левой лобной пазухи, контактный субдуральный внутричерепной абсцесс, локализирующийся сразу за задней стенкой пазухи, и абсцесс ткани головного мозга в левой лобной доле. Во время операции все гнойные очаги были вскрыты и дренированы. Дальнейшее лечение пациента проводили в реанимационном отделении гнойно-септического центра ККБ. Проводили симптоматическую интенсивную терапию, направленную на стабилизацию основных жизненных функций организма, противоотечную терапию (осмотические диуретики), препятствующую развитию отека ткани головного мозга, а также мощную антибактериальную терапию. Был использован цефтазидим –



цефалоспориновый антибиотик 3-го поколения в максимальной дозе – 6 г в сутки. Для профилактики грибковых осложнений вводили флуконазол по 400 мг в сутки внутривенно. Перевязки и эндоскопическая санация полости носа и полостей оперированных пазух проводилась ежедневно, при необходимости – 2 раза в сутки. Дренирование полостей абсцессов головного мозга проводилось 6 дней, затем дренажи были удалены. На фоне проводимого лечения у пациента отмечалось быстрое улучшение общего состояния и положительная динамика в неврологическом статусе. Через 6 суток нахождения в реанимационном отделении пациент был переведен в оториноларингологическое отделение, откуда был выписан через 14 дней в удовлетворительном состоянии.

Оказание эффективной неотложной помощи пациентам с интракраниальными осложнениями воспалительных заболеваний уха, носа, околоносовых пазух на современном этапе возможно только в условиях существования системы оказания медицинской помощи столь тяжелой категории оториноларингологических больных. Именно на врачей-оториноларингологов лечебно-профилактических учреждениях районного и межрайонного уровня возлагается важная задача

дифференциальной диагностики внутричерепных осложнений в оториноларингологической практике и принятие ответственных тактических решений [4, 17].

Необходима организация плановой выездной работы в межрайонных центрах с проведением тематических семинаров, лекций, мастер-классов, консультаций пациентов ведущими специалистами центров оториноларингологии [7]. Для успешной реализации данной программы необходимо использовать средства современной телекоммуникации. Оснащение районных больниц телемедицинскими пунктами расширит возможности проведения on-line консультаций районных ЛОР-врачей с ведущими специалистами Центров в сложных диагностических и тактических случаях в круглосуточном режиме [8, 14].

Важное значение в организации этой работы имеет тесное взаимодействие Центров оториноларингологии с отделениями экстренной и плановой медицинской помощи (санитарная авиация). Необходимо участие ведущих специалистов оториноларингологов в экстренных вылетах в отдаленные регионы, консультациях пациентов на местах и участие в проведении хирургических операций [10, 15, 19].

ЛИТЕРАТУРА

1. Беляков В. К. Становление и развитие телемедицинских технологий // Бюл. Нац. науч.-исслед. ин-та обществ. здоровья. – 2006. – Вып. 4. – С. 73–74.
2. Бобров В. М. Анализ патологического процесса риногенных орбитальных и внутричерепных осложнений; хирургическая тактика // Рос. оторинолар. – 2006. – № 2. – С. 27–31.
3. Борзов А. В. Трудности диагностики и врачебной тактики при сочетании гнойных внутричерепных процессов с воспалительными ЛОР-заболеваниями // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 5. – С. 22–24.
4. Гаджимирзаев Г. А. Организационные и лечебно-диагностические ошибки и трудности, встречающиеся на этапах курации больных с отогенными внутричерепными осложнениями, и пути их устранения // Рос. оторинолар. – 2005. – № 3. – С. 99–101.
5. Дерюгина О. В. О тактике лечения больных с гнойными ото- и риносинусогенными внутричерепными осложнениями // Вестн. оторинолар. – 2002. – № 5. – С. 57–59.
6. Ильин С. Н., Ноздревых О. В. Компьютерная томография в диагностике заболеваний височных костей: руководство для врачей. – СПб.: Ира-Принт, 2010. – 87 с.
7. Кириллов В. В. Оптимизация лечебно-диагностической деятельности специализированных бригад скорой и неотложной помощи медицинского центра // Клинич. вестн. – 1996. – № 2. – С. 51–54.
8. Круглов С. Е. Информационные технологии в современной медицине // Бюл. Нац. науч.-исслед. ин-та обществ. здоровья. – 2006. – Вып. 2. – С. 92–94.
9. Лучихин Л. А. Особенности оказания неотложной помощи ЛОР-больному в условиях приемного отделения многопрофильной больницы // Вестн. оторинолар. – 2009. – № 3. – С. 43–46.
10. Мишин Г. В. Некоторые аспекты деятельности специализированных отделений клинической больницы скорой медицинской помощи // Вопр. организации оказания неотл. мед. помощи в условиях крупного промышленного центра. – 1996. – С. 3–5.
11. Морозов С. П., Насникова И. Ю., Сеницын В. Е. Мультиспиральная компьютерная томография. – М.: ГЕОТАР-Медиа. 2009. – 112 с.
12. Мохов В. А. Отделение септической реанимации – новый этап в развитии специализированной медицинской помощи // Вопр. организации оказания неотл. мед. помощи в условиях крупного промышленного центра. – 1994. – С. 6–8.
13. Опыт организации оказания скорой специализированной (санитарно-авиационной) медицинской помощи на территории Удмуртской республики / Л. В. Фирулев [и др.] // Проблемы экспертизы в медицине. – 2010. – № 1–2. – С. 48–49.
14. Подготовка медицинской информации в телемедицине: учеб. пособие для вузов / А. И. Григорьев [и др.]. – М.: Слово, 2007. – 56 с.



15. Пономаренко Г. С., Дементьев В. В. Основные направления деятельности системы здравоохранения, изложенные в концепции долгосрочного социально-экономического развития России на период до 2020 года // Первая краевая. – 2010. – № 38. – С. 29–30.
16. Прокоп М., Галански М. Спиральная и многослойная компьютерная томография. – М.: Медпресс, 2009. – 414 с.
17. Пушкарева М. В. Межрайонные центры по оказанию специализированной медицинской помощи населению в задачах реструктуризации системы регионального здравоохранения // Здоровье населения и оптимизация развития системы регионального здравоохранения. – 1999. – Ч. 1. – С. 201–204.
18. Рязанцев С. В. Роль кондиционирующей функции полости носа и околоносовых пазух у работающих на нефтяных и газовых месторождениях Арктических регионов России // Новости оторинолар. и логопатол. – 1995. – № 2. – С. 24–25.
19. Финченко Д. А. Интеграция и специализация медицинской помощи в областном центре // Пробл. соц. гигиены, здравоохранения и история медицины. – 1999. – № 5. – С. 35–37.
20. Финченко Е. А. Некоторые методологические подходы к организации специализированной медицинской помощи в условиях крупного регионального (областного) центра // Вестн. межрегион. ассоц. «Здравоохранение Сибири». – 2001. – № 3. – С. 29–32.

Сергеев Федор Юрьевич – врач-оториноларинголог высшей категории Северо-Енисейской центральной районной больницы. 663282, Красноярский край, пос. Северо-Енисейский, ул. Советская, д. 2; тел.: 8(39160)21-2-67, e-mail: serlor1@mail.ru

Кривопапов Александр Александрович – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела разработки и внедрения высокотехнологичных методов диагностики и лечения Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9; тел.: 8(812)316-25-01, e-mail: krivopalov@list.ru

**ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский
институт уха, горла, носа и речи»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

*В отдел диагностики и реабилитации нарушений слуха:
научного сотрудника.*

*В отдел разработки и внедрения высокотехнологичных методов лечения:
научного сотрудника.*

Срок подачи документов – до 30 января 2014 г.
Справки по телефону: (812) 316-28-52.