

УДК 616.216.1-002-06-072.1

ИНТРАКРАНИАЛЬНОЕ РИНОСИНУСОГЕННОЕ ОСЛОЖНЕНИЕ: КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Батчаев А.С.

Северо-Кавказская государственная академия. Медицинский институт. Карачаево-Черкесская Республика, Черкесск, e-mail: aslan_batchaev74@mail.ru

Внутричерепные риносинусогенные осложнения представляют собой серьезное осложнение, связанное с тесной анатомической связью полости носа, околоносовых пазух и пространств черепа. Предметом настоящего исследования является анализ внутричерепных риносинусогенных осложнений, их предрасполагающих факторов и путей заражения в условиях тесной анатомической связи полости носа, околоносовых пазух и черепных пространств. Цель исследования – определить влияние остеомиелитического процесса в костных стенках околоносовых пазух на развитие внутричерепных осложнений. В исследовании представлен клинический случай девочки 11 лет, которая в связи с тяжестью состояния была госпитализирована в детское отделение анестезиологии и реанимации Карачаево-Черкесской республиканской больницы в г. Черкесске. Методом исследования является клиническое наблюдение за больным, включающее сбор анамнеза, физикальное обследование, лабораторные и инструментальные методы диагностики, лечение и контроль результатов лечебных мероприятий. Результаты исследования предполагают дальнейший анализ клинического случая для лучшего понимания развития инфекционных осложнений и острых заболеваний в этой области, что может помочь улучшить диагностику, лечение и профилактику внутричерепных риносинусогенных осложнений. Результаты наблюдения могут способствовать лучшему пониманию механизмов заражения, диагностики и лечения данного вида осложнений, что даст возможность повысить эффективность профилактики и лечения внутричерепных риносинусогенных осложнений в будущем.

Ключевые слова: риносинусогенные осложнения, полость носа, внутричерепные осложнения, околоносовые пазухи, дети, головная боль, снижение зрения, ригидность затылочных мышц, диагностика.

INTRACRANIAL RHINOSINUSOGENIC COMPLICATION: A CLINICAL CASE

Batchaev A.S.

North Caucasian State Academy. Medical Institute. Karachay-Cherkess Republic, Cherkessk, e-mail: aslan_batchaev74@mail.ru

Intracranial rhinosinusogenic complications are a serious complication associated with the close anatomical connection of the nasal cavity, paranasal sinuses and cranial spaces. The subject of this study is the analysis of intracranial rhinosinusogenic complications, their predisposing factors and ways of infection in conditions of close anatomical connection of the nasal cavity, paranasal sinuses and cranial spaces. The aim of the study was to determine the effect of the osteomyelitic process in the bone walls of the paranasal sinuses on the development of intracranial complications. The study presents a clinical case of an 11-year-old girl who, due to the severity of her condition, was hospitalized in the children's department of Anesthesiology and intensive care at the Karachay-Cherkess Republican Hospital in Cherkessk. The research method is clinical observation of the patient, including anamnesis collection, physical examination, laboratory and instrumental diagnostic methods, treatment and monitoring of the results of therapeutic measures. The results of the study suggest further case-based analysis to better understand the development of infectious complications and acute diseases in this area, which can help improve the diagnosis, treatment and prevention of intracranial rhinosinus complications. The results of the observation may contribute to a better understanding of the mechanisms of infection, diagnosis and treatment of this type of complications, which may increase the effectiveness of prevention and treatment of intracranial rhinosinusogenic complications in the future.

Keywords: rhinosinusogenic complications, nasal cavity, intracranial complications, paranasal sinuses, children, headache, decreased vision, rigidity of occipital muscles, diagnosis.

Интракраниальные риносинусные осложнения представляют собой серьезную медицинскую проблему, требующую внимания из-за высокой смертности и осложнений, связанных с этим заболеванием. Тесная анатомическая связь полости носа, околоносовых пазух и черепных пространств делает пациентов предрасположенными к развитию внутричерепных осложнений [1]. Их диагностика и лечение – сложные задачи, требующие комплексного подхода и высокой квалификации медицинского персонала. В ряде клинических случаев интракраниальные риносинусогенные осложнения могут иметь серьезные последствия, включая сепсис и менингит. Понимание механизмов развития, диагностики и лечения внутричерепных осложнений вследствие повреждения околоносовых пазух важно для улучшения результатов лечения и снижения смертности пациентов [2, 3, 4].

Исследования, проведенные российскими авторами из разных регионов, фокусируются на риносинусогенных орбитальных осложнениях у детей, включая распространенность случаев в Тюменской области [5]. Клинические случаи, описывающие экзофтальм и орбитально-септические осложнения, также занимают центральное место в исследованиях, что способствует улучшению диагностики и лечения подобных патологий [6]. Особое внимание уделено описанию больных с риногенными осложнениями на фоне неадекватного лечения конкретного заболевания, что подчеркивает важность учета таких факторов для эффективного лечения и профилактики осложнений [7, 8].

Следует отметить, что в данных исследованиях не показано долгосрочное наблюдение за пациентами после лечения, которое важно для оценки эффективности и долгосрочных последствий терапевтических вмешательств [9].

В связи с этим актуальность научной статьи подтверждается необходимостью углубленного изучения внутричерепных риносинусогенных осложнений и их влияния на состояние больных [10]. Анализ клинического случая позволит расширить представление о механизмах развития подобных осложнений и найти оптимальные стратегии лечения и профилактики, способные существенно улучшить качество медицинской помощи и результаты лечения пациентов со схожими заболеваниями [11].

Целью исследования является анализ клинического случая внутричерепных риносинусогенных осложнений у девочки 11 лет с тяжелым заболеванием. Полученные результаты могут помочь улучшить диагностику, лечение и профилактику подобных осложнений, что приведет к более эффективной медицинской помощи пациентам с подобными заболеваниями.

Материалы и методы исследования. Предлагаем Вашему вниманию собственное клиническое наблюдение. 26.09.2016 г. 15:28 ребенок (девочка) 11 лет доставлена бригадой

скорой помощи, госпитализирована в детское отделение анестезиологии и реанимации Карачаево-Черкесской республиканской клинической больницы г. Черкесска, минуя приемное отделение, в связи с тяжестью состояния.

Anamnes morbi: со слов мамы, заболела остро, 23.09.2016 г. после обеда появились жалобы на головную боль, повышение температуры тела до 38,0°C. Давали: кагоцел, нурофен, анальгин, аспирин. 24.09.2016 г. была очень вялой, почти не вставала с постели, дважды была рвота. За день выпила 200–300 мл жидкости. 25.09.2016 г. – рвота продолжалась, сохранялась головная боль. 26.09.2016 г. в обед обратили внимание на появившееся косоглазие – начал косить правый глаз, капали глазные капли. Рвота продолжалась. Вызвана бригада скорой помощи. При транспортировке, со слов фельдшера, эквиваленты судорог – девочка застыла, напряглась, было затруднение дыхания. Возможность получения травмы мать категорически отрицает.

Anamnes vitae: без особенностей. Привита по возрасту. На «Д» учете не состояла. При подробном сборе анамнеза выяснилось, что у ребенка в течение полугода наблюдаются головная боль и снижение зрения!

Аллергоанамнез: не отягощен. Вирусные гепатиты, венерические заболевания, туберкулез в семье мать отрицает.

Физикальная диагностика: при поступлении в отделение детской анестезиологии и реанимации состояние тяжелое, обусловленное развернутой неврологической симптоматикой: сознание оглушение – сопор (по шкале «Глазго-кома у детей» 10 баллов): самостоятельно открывает глаза, взор не фиксирует, понимает обращенную речь, на вопросы отвечает движениями головы, афазия, движения конечностей целенаправленные. Ригидность затылочных мышц 8–10 см (6 п/п), (+) симптомы Кернига, Брудзинского, Бабинского (больше слева). Движение в шее ограничено, положение головы вынужденное – повернута вправо. Сходящийся страбизм справа, выраженный экзофтальм справа, конъюнктивита правого глазного яблока инъецирована. Травматических меток на голове и теле не выявлено. Кожные покровы бледные, цианоз губ и ногтевых лож, «мраморность» на конечностях, температура тела 37,6°C. Дыхание самостоятельное, шумное, но без участия вспомогательной мускулатуры. Носовое дыхание затруднено, из носовых ходов отделяемого нет. Сиалорея. ЧДД 28 в минуту.

Аускультативно: Pulmon: жесткое дыхание, равномерно проводится во все отделы, хрипы непостоянные, проводные. Cor: тоны сердца приглушены, тахикардия до 130 в минуту. Пульс на лучевых артериях удовлетворительных свойств, АД 95/60 мм рт. ст., SpO₂ 99%. Язык сухой. Живот втянут, мягкий, печень +1,5 см из-под края правой реберной дуги. Перистальтика выслушивается. Стула не было. Мочеиспускание (со слов мамы) не нарушено. Установлены

периферический венозный катетер, назогастральный зонд, уретральный катетер. Налажена постоянная подача увлажненного O₂ через носовой катетер. Предварительный диагноз: Острый менингит?

План обследования при поступлении в отделение реанимации: Cito! ОАК, ОАМ, биохимический анализ крови с электролитами, люмбальная пункция, ЭКГ, ПЦР к энтеровирусной инфекции, мазок из носоглотки на менингококк, Rg органов грудной клетки, МРТ, МСКТ головного мозга. Консультации: офтальмолога, ЛОР-врача, нейрохирурга, невролога. В плане ведения: комбинированная антибиотикотерапия (с учетом динамической чувствительности микрофлоры), инфузионная терапия в режиме регидродегидратации, метаболиты, санация возможных очагов первичной инфекции.

Динамика и исходы. Определена группа и резус-фактор крови: А(II)пол.

Изучение представленной таблицы 1 с лабораторными данными позволяет проанализировать состояние здоровья пациента.

Таблица 1

Лабораторные данные пациента

| Показатель | Значение |
|-----------------------------------|----------------------------|
| Общий анализ крови | |
| Эритроциты (Эр) | 3,28 x 10 ¹² /л |
| Гемоглобин (Hb) | 105 г/л |
| Тромбоциты (Тр) | 643 x 10 ⁹ /л |
| Лейкоциты (Лей) | 28,68 x 10 ⁹ /л |
| Палочкоядерные (П) | 22% |
| Сегментоядерные (С) | 62% |
| Лимфоциты (Л) | 10% |
| Моноциты (М) | 3% |
| СОЭ | 27 мм/час |
| Глюкоза крови | 10,7 ммоль/л |
| Общий анализ мочи | |
| Удельный вес | 1020 |
| Прозрачность | Полная |
| Ацетон | Отсутствует |
| Белок | 0,03 г/л |
| Лейкоциты | 2–3 в п/зр |
| Эритроциты | 4–5 в п/зр |
| Кристаллы | Единичные в п/зр |
| Биохимический анализ крови | |
| Общий белок | 60,0 г/л |
| Альбумин | 33,0 г/л |
| Остаточный азот | 35,0 ммоль/л |
| Мочевина | 10,3 ммоль/л |

| | |
|----------------------|---------------|
| Креатинин | 145,0 ммоль/л |
| Общий билирубин | 10,0 ммоль/л |
| АЛТ | 49,8 МЕ/л |
| АСТ | 56,7 МЕ/л |
| Калий (К) | 3,4 ммоль/л |
| Натрий (Na) | 140,1 ммоль/л |
| Кальций (Ca) | 1,1 ммоль/л |
| Коагулограмма | |
| ПТИ | 77% |
| ПТВ | 18 сек |
| АЧТВ | 31 сек |
| Фибриноген | 6,2 г/л |

Общие показатели анализа крови показывают умеренное снижение уровня гемоглобина и тромбоцитов, увеличение количества лейкоцитов, высокую скорость оседания эритроцитов (СОЭ), гипергликемию. Данные общего анализа мочи указывают на наличие лейкоцитурии, эритроцитурии и низкого белка. Биохимический анализ крови показывает нормальный уровень общего белка и альбумина, повышенный уровень остаточного азота, креатинина, билирубина, активности АЛТ и АСТ, некоторых электролитных показателей. На коагулограмме отмечаются умеренное снижение фибриногена и атипичное время свертывания крови. Далее проведены лабораторные данные и дополнительная коррекция диагностики для выявления и устранения возможных патологий (табл. 2).

Таблица 2

Клинические данные и диагностика пациента с гнойным пансинуситом и осложнениями

| Показатель | Значение |
|--------------------------------------|---|
| ПЦ на энтеровирусную инфекцию | Отрицательно |
| Количество | 2,5 мл |
| Цвет до центрифугирования | Бесцветный |
| Цвет после центрифугирования | Бесцветный |
| Прозрачность до центрифугирования | Неполная |
| Прозрачность после центрифугирования | Полная |
| Цитоз в 1 мкл | 284 клетки (Лимфоциты – 23 кл, Нейтрофилы – 261 кл) |
| Белок | 1,45 г/л |
| Анализ крови на РСТ | 2,9 (№ < 0,5) |
| ЭКГ | |
| Ритм | Синусовый |
| ЧСС | 136 в минуту |

| | |
|---------------------------------------|---|
| ЭОС | Не отклонена |
| Rg ОГК | |
| Признаки | Усиление легочного рисунка в прикорневых отделах, больше справа, корни уплотнены, синусы свободны, сог и аорта без особенностей. ОРДС I–II степени |
| МР-томография | |
| Признаки | Постэнцефаломалиционная псевдокистозная полость в стволе мозга, реактивный экссудат в правой половине клиновидной пазухи, лобной пазухе и отдельных ячейках решетчатого лабиринта, очаговый отек вещества мозга |
| Консультация окулиста | |
| Диагноз | Экзофтальм, больше правого глаза, реактивный отек ретробульбарной клетчатки обоих глаз |
| МСКТ | |
| Признаки | Множественные мелкие очаги деструкции обоих легких, септическая эмболия с формированием множественных абсцессов легких. Деструкция ячеек решетчатого лабиринта |
| Невролог | |
| Диагноз | Менингоэнцефалит, судорожный синдром |
| ЛОР | |
| Клинический диагноз | Обострение хронического двухстороннего гнойного сфеноидита, обострение хронического гайморозтмоидита справа, вторичный гнойный менингоэнцефалит |
| Динамика с 27.09.2016 г. | Отрицательная, появление генерализованных тонических судорог с нарушением функции внешнего дыхания, угнетение сознания до комы II степени. Интубация ТТ, перенос на ИВЛ |
| Установлен клинический диагноз | |
| Основной | Гнойный пансинусит: сфеноидит, фронтит, двусторонний гайморит, ринит |
| Осложнения | Гнойный менингоэнцефалит, отек ствола головного мозга, судорожный синдром, полиорганная дисфункция, ОРДС I–II степени, анемия смешанного генеза |
| Показатель | Значение |
| ПЦ на энтеровирусную инфекцию | Отрицательно |
| Количество | 2,5 мл |
| Цвет до центрифугирования | Бесцветный |
| Цвет после центрифугирования | Бесцветный |

| | |
|--------------------------------------|---|
| Прозрачность центрифугирования до | Неполная |
| Прозрачность центрифугирования после | Полная |
| Цитоз в 1 мкл | 284 клетки (Лимфоциты – 23 кл, Нейтрофилы – 261 кл) |
| Белок | 1,45 г/л |
| Анализ крови на РСТ | 2,9 (№ < 0,5) |
| ЭКГ | |
| Ритм | Синусовый |
| ЧСС | 136 в минуту |
| ЭОС | Не отклонена |
| Rg ОГК | |
| Признаки | Усиление легочного рисунка в прикорневых отделах, больше справа, корни уплотнены, синусы свободны, сог и аорта без особенностей. ОРДС I–II степени |
| МР-томография | |
| Признаки | Постэцефаломалияционная псевдокистозная полость в стволе мозга, реактивный экссудат в правой половине клиновидной пазухи, лобной пазухе и отдельных ячейках решетчатого лабиринта, очаговый отек вещества мозга |
| Консультация окулиста | |
| Диагноз | Экзофтальм, больше правого глаза, реактивный отек ретробульбарной клетчатки обоих глаз |
| МСКТ | |
| Признаки | Множественные мелкие очаги деструкции обоих легких, септическая эмболия с формированием множественных абсцессов легких. Деструкция ячеек решетчатого лабиринта |
| Невролог | |
| Диагноз | Менингоэнцефалит, судорожный синдром |
| ЛОР | |
| Клинический диагноз | Обострение хронического двустороннего гнойного сфеноидита, обострение хронического гайморозтмоидита справа, вторичный гнойный менингоэнцефалит |
| Динамика с 27.09.2016 г. | Отрицательная, появление генерализованных тонических судорог с нарушением функции внешнего дыхания, угнетение сознания до комы II степени. Интубация ТТ, перенос на ИВЛ |
| Установлен клинический диагноз | |
| Основной | Гнойный пансинусит: сфеноидит, фронтит, двухсторонний гайморит, ринит |

| | |
|------------|---|
| Осложнения | Гнойный менингоэнцефалит, отек ствола головного мозга, судорожный синдром, полиорганная дисфункция, ОРДС I–II степени, анемия смешанного генеза |
|------------|---|

В таблице 2 представлены исчерпывающие клинические данные и диагнозы пациента по состоянию на 26 сентября 2016 года, в том числе результаты различных анализов и обследований, таких как: Б. Анализы СМЖ и крови, электрокардиограмма, МРТ, консультации специалистов и диагностические заключения. Все это помогает оценить состояние больного и проанализировать возможные патологии, в том числе гнойный пансинусит, менингоэнцефалит и другие осложнения.

Итак, с учетом тяжести состояния больной, обусловленной развитием септических осложнений, редкости данного клинического случая, высокого риска транспортировки пациента проведена телемедицинская консультация. По согласованию с директором НЦЗД, академиком РАН, д.м.н., профессором А.А. Барановым, был приглашен д.м.н., профессор Ю.Ю. Русецкий, имеющий богатый личный клинический опыт в лечении детей с риносинусогенными и отогенными внутричерепными осложнениями, который любезно согласился и в тот же день прилетел из г. Москвы. Проведены эндоскопическая гимисинусотомия справа, эндоскопическая сфенотомия слева. Протокол приведен ниже.

Результаты исследования и их обсуждение. 27.09.2016 г. Операция: эндоскопическая гимисинусотомия справа. Эндоскопическая сфенотомия слева.

Под тотальной внутривенной анестезией, после анемизации и дополнительной инфильтрации слизистой оболочки носа раствором ультракаина, под контролем торцевого эндоскопа проведена латеризация средней носовой раковины слева. Визуализирована верхняя носовая раковина. Нижний ее край резецирован. Идентифицировано и зондировано естественное соустье клиновидной пазухи. Произведено его расширение выкусывателем Керрисона и кюреткой. В пазухе обильное гнойное отделяемое, жидкое и хлопьями. Произведены его аспирация и промывание пазухи раствором хлоргексидина. Обнаружен дефект межпазушной перегородки. Далее произведено удаление крючковидного отростка слева. Идентифицировано и расширено соустье верхнечелюстной пазухи. Вскрыта решетчатая булла. Перфорирована основная пластинка средней раковины. Вскрыты задние клетки решетчатого лабиринта слева. Получен гной.

Визуализирована верхняя носовая раковина справа. Нижний ее край резецирован. Идентифицировано и зондировано естественное соустье клиновидной пазухи. Произведено его расширение выкусывателем Керрисона и кюреткой. В пазухе обильное гнойное отделяемое,

жидкое и хлопьями. Произведены его аспирация и промывание пазухи раствором хлоргексидина. Тампонада пальчиковыми тампонами.

Проводимое медикаментозное лечение (согласовано и постоянно курировалось заведующим детским реанимационным отделением НЦЗД Р.Ф. Типаевым и клиническим фармакологом РГБ ЛПУ КЧРКБ) показано в таблице 3.

Таблица 3

Схема медикаментозной терапии и инфузионной терапии с дополнительными лекарственными средствами

| Препараты | Дозировка | Путь введения | Длительность |
|--------------------------|------------------|---------------|------------------------|
| Ванкомицин | 400 мг × 4 раза | В/В капельно | 12 дней |
| Меропенем 2000 мг 3 раза | В/В капельно | 12 дней | |
| Амикацин | 500 мг × 1 раз | В/В капельно | 6 дней |
| Линезолид | 600 мг × 2 раза | В/В капельно | 3 дня |
| Цефтазидим | 2000 мг × 3 раза | В/В капельно | 13 дней |
| Лефобакт | 500 мг | В/В капельно | 1 раз в сутки, 13 дней |
| Цефепим | 1500 мг × 3 раза | В/В капельно | 11 дней |
| Флюконазол | 100 мг (50 мл) | В/В капельно | Один раз |
| Пентаглобин | 50 мл | В/В капельно | Три раза |
| Иммуновенин | 50 мл | В/В капельно | Четыре раза |

На фоне проводимого лечения в течение 8 суток состояние с положительной динамикой. Девочка в сознании, выполняет инструкции. Менингеальная симптоматика регрессировала. Гемодинамика стабильна. Отмечается значительное улучшение клинико-лабораторных показателей. 04.10.2016 г. (15:30) на фоне триады Гейла больная экстубирована, переведена на дотацию O₂ через носовые канюли. С 10.10.2016 г. дополнительная дотация O₂ прекращена, девочка переведена в отделение детской оториноларингологии.

20.10.2016 г. переведена в неврологическое отделение ККДБ г. Ставрополя для дальнейшей реабилитации. На момент перевода: состояние ближе к удовлетворительному по характеру патологии, стабильное по витальным функциям. Сознание ясное – самостоятельно открывает глаза, понимает обращенную речь, правильно отвечает на вопросы (речь восстанавливается), целенаправленные движения конечностей справа. Левосторонний гемипарез I–II балла. Лицо симметричное. Глазные щели соразмерны. Зрачки D=S, фотореакция (прямая и содружественная) живая. Двусторонний парез IV и VI пар черепно-мозговых нервов. Глотание не нарушено. Кожные покровы бледно-розовые, губы и ногтевые ложа розовые. МКЦ не нарушена.

Дыхание спонтанное, обеспечивающее, без участия вспомогательной мускулатуры. ЧД 18 в минуту.

Аускультативно: Pulmon: везикулярное дыхание, равномерно проводится во все отделы, хрипы не выслушиваются. Cor: тоны сердца приглушены, ритмичны. ЧСС 92 в минуту. АД 110/70 мм рт. ст. Пульсация на периферии определяется в типичных точках, удовлетворительных свойств. Гемодинамика стабильная. Язык влажный. Питание и питье усваивает в полном объеме. Живот мягкий, безболезненный при пальпации во всех отделах. Печень +1,0 см из-под края правой реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул, диурез не нарушены.

Диагноз при переводе: последствия перенесенного пансинусита – этмоидита и контактного менингоэнцефалита, с поражением ствола головного мозга, осложнившиеся формированием постэнцефаломалияционной кисты на границе моста и продолговатого мозга. Состояние после эндоскопической гимисинусотомии справа, эндоскопической сфенотомии слева.

Ценность данного исследования состоит в том, что благодаря совместным усилиям с одной из ведущих клиник России удалось оказать ребенку своевременную высококвалифицированную помощь, тем самым спасена еще одна жизнь. В настоящее время, после реабилитации, девочка без ограничений учится с одноклассниками в обычной общеобразовательной школе под наблюдением детского невролога по месту жительства.

На основании представленного исследования были сформулированы следующие рекомендации.

1. Проведение ранней и дифференциальной диагностики риносинусита и его осложнений для своевременного выявления внутричерепных риносинусогенных осложнений.
2. Оказание неотложной медицинской помощи при подозрении на внутричерепное риносинусогенное осложнение, включая назначение лучевых исследований (компьютерная томография или магнитно-резонансная томография).
3. Назначение соответствующей медикаментозной терапии, включающей антибиотики, противовоспалительные и дополнительные препараты, для борьбы с инфекцией и предотвращения прогрессирования осложнений.
4. В ряде случаев могут потребоваться малоинвазивные хирургические вмешательства для дренирования гнойничковых образований и улучшения дренирования секрета из патологических полостей черепа.
5. Постоянный мониторинг состояния больного, включая стабилизацию жизненно важных функций, наблюдение за динамикой инфекционного процесса и оценку эффективности терапии.

6. Дальнейшее наблюдение и обследование после выписки для предотвращения возможных рецидивов и осложнений.

7. Информирование больного или его родственников о симптомах и признаках осложнений риносинусита, чтобы в случае появления подозрительных симптомов своевременно обратиться за медицинской помощью.

Данные рекомендации помогут сохранить и восстановить здоровье пациента, обеспечить адекватное лечение и снизить риск развития тяжелых осложнений при внутричерепном риносинусогенном осложнении.

Заключение. Внутричерепные риносинусные осложнения представляют собой серьезную медицинскую проблему, требующую комплексного подхода и квалифицированного вмешательства. В представленном клиническом наблюдении девочки 11 лет с гнойным пансинуситом и осложнениями проведено обширное обследование, включающее эндоскопическое хирургическое вмешательство, медикаментозную и инфузионную терапию. Благодаря усилиям медицинского персонала удалось спасти жизнь пациента и добиться положительной динамики выздоровления.

Этот случай дает ценный опыт клиницистам и подчеркивает важность своевременной диагностики, соответствующего лечения и постоянного наблюдения за состоянием пациента. Рекомендации, сформулированные на основе исследования, направлены на совершенствование процесса диагностики, лечения и профилактики риносинусогенных осложнений, что в конечном итоге приведет к повышению качества медицинской помощи и снижению риска развития тяжелых осложнений. Важность своевременного вмешательства, комплексного подхода и постоянного наблюдения за пациентами с такими заболеваниями нельзя недооценивать, а результаты данного наблюдения подтверждают необходимость соблюдения этих принципов в клинической практике.

Список литературы

1. Куницкий В.С., Королькова Н.К., Якимцова А.В. Риносинусогенные орбитальные осложнения у детей // Материалы 74-ой научной сессии сотрудников университета. Достижения фундаментальной, клинической медицины и фармации (г. Витебск, 23-24 января 2019 г.). Витебск: «Витебский Государственный Медицинский Университет», 2019. С. 24-26.

2. Вешкурцева И.М., Кузнецова Н.Е., Извин А.И. Орбитальные осложнения риногенной этиологии у детей: некоторые аспекты // Уральский медицинский журнал. 2023. Т. 22. № 3. С. 37-45. DOI: 10.52420/2071-5943-2023-22-3-37-45.
3. Султанов И.С., Чалова Ю.Д., Еремцов Д.В. Внутриорбитальное осложнение у больного с полисинуситом // Российский педиатрический журнал. 2023. Т. 26. № S4. С. 76.
4. Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Клинический случай орбитального осложнения при риносинуситах у детей раннего возраста // Евразийский вестник педиатрии. 2020. № 3 (6). С. 78-82.
5. Кузнецова Т.Б., Елшин В.Н., Кузнецова Н.Е., Пономарева М.Н. Распространенность риносинусогенных орбитальных осложнений у детей Тюменского региона // Вестник Башкирского государственного медицинского университета. 2019. № 3. С. 97-101.
6. Шарданов З.Н., Артюшкин С.А., Кривопалов А.А. Воспалительные заболевания лор-органов и ассоциированные с ними гнойно-септические внутричерепные осложнения в Кабардино-Балкарской Республике // Медицинский совет. 2019. № 20. С. 121-126. DOI: 10.21518/2079-701X-2019-20-121-126.
7. Кузнецова Н.Е., Вешкурцева И.М., Пономарева М.Н. Риносинусогенные орбитальные и внутричерепные осложнения, ассоциированные с травмой носа в анамнезе // Современные проблемы науки и образования. 2022. № 5. [Электронный ресурс]. URL: <https://science-education.ru/ru/article/view?id=32138> (дата обращения: 10.05.2024). DOI: 10.17513/spno.32138.
8. Вешкурцева И.М., Извин А.И., Кузнецова Н.Е., и др. Некоторые аспекты риногенных осложнений у детей // Материалы VII Петербургского форума оториноларингологов России (Санкт-Петербург, 25-27 апреля 2018 г.). СПб., 2018. С. 44-45.
9. Ракова С.Н., Алещик И.Ч., Логис О.В., Павочка Н.В. Риносинусогенные внутриорбитальные осложнения у детей // Материалы республиканской с международным участием научно-практической конференции, посвященной 60-летию Гродненского государственного медицинского университета (Гродно, 28 сентября 2018 г.). Гродно: «Гродненский государственный медицинский университет», 2018. С. 657-660.
10. Карабаев Х.Э., Маматова Ш.Р. Клинический случай орбитального осложнения при риносинуситах у детей раннего возраста // Евразийский вестник педиатрии. 2020. № 3 (6). С. 78-82.
11. Алексеенко С.И., Молчанова М.В., Артюшкин С.А., Малиновская Н.А., Копылов В.В. Клинический случай риногенной флегмоны орбиты у ребенка четырех месяцев // Российская оториноларингология. 2019. № 18 (1). С. 92-97. DOI: 10.18692/1810-4800-2019-1-92-97.

