

## РИНОСИНОСОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ



Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хатамов Жахонгир Аброевич, Хайитов Алишер Адхамович  
Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

## РИНОСИНОСОГЕН ИНТРАКРАНИАЛ АСОРАТЛАР, ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШ

Насретдинова Махзуна Тахсиновна, Хатамов Жахонгир Аброевич, Хайитов Алишер Адхамович  
Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон республикаси, Самарканд ш.

## RHINOSINUSOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS, DIAGNOSIS AND TREATMENT

Nasretdinova Makhzuna Takhsinovna, Khatamov Jakhongir Abruevich, Khayitov Alisher Adhamovich  
Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: [luna1088@mail.ru](mailto:luna1088@mail.ru)

**Резюме.** Риносинусоген интракраниал асоратлар замонавий оториноларингологиянинг долзарб муаммоси бўлиб қолмоқда. Шунга қарамай, риносинусоген характердаги интракраниал асоратларда ўлим даражаси ҳали ҳам юқори ва тахминан 15% ёки ундан кўп. Бизнинг ишимизнинг мақсади риносинусоген интракраниал асоратларнинг клиник кечиши, эрта ташхислаш ва даволаш хусусиятларини ўрганиш еди. Тадқиқот 17 ёшдан 60 ёшгача бўлган риносинусоген интракраниал асоратлари бўлган 26 беморда ўтказилди. Текширувдан сўнг барча беморлар эрта босқичларда - биринчи соатларда ва бир кунгача паранасал синусларда операция қилинди. Жарроҳлик муолажалари ва интенсив терапиядан сўнг беморнинг умумий аҳволи аста-секин яхшиланди. Комплекс шошилинч интенсив терапия тизими даволаш натижаларини яхшилади ва риносинусоген интракраниал асоратларда ўлимни камайтирди.

**Калим сўзлар:** интракраниал асоратлар, менингоэнцефалит, йирингли синусит, интенсив терапия.

**Abstract.** Rhinosinusogenic intracranial complications remain an urgent problem of modern otorhinolaryngology. Despite this, mortality in intracranial complications of a rhinosinusogenic nature is still high and is about 15% or more. The aim of our work was to study the features of the clinical course, early diagnosis and treatment of rhinosinusogenic intracranial complications. The study was conducted in 26 patients with rhinosinusogenic intracranial complication aged 17 to 60 years. After the examination, all patients underwent surgery in the paranasal sinuses in the early stages - during the first hours and up to one day. After surgical treatment and intensive care, the patient's general condition gradually improved. The system of complex emergency intensive care improved the results of treatment and reduced mortality in rhinosinusogenic intracranial complications.

**Keywords:** intracranial complications, meningoencephalitis, purulent sinusitis, intensive care.

**Актуальность проблемы.** До настоящего времени риносинусогенные внутричерепные осложнения остается актуальной проблемой современной оториноларингологии. Результаты лечения при гнойно-воспалительных осложнениях риносинусогенного характера значительно улучшились. Это связано с появлением более совершенных методов диагностики и лечения с применением новых лекарственных препаратов. Несмотря на это летальность при внутричерепных осложнениях риносинусогенного характера еще высока и составляет около 15 % и выше.

Ко всем видам риносинусогенных внутричерепных осложнений применяется экстренная

хирургическая вмешательство для элиминации гнойного очага и интенсивная (антимикробная, дезинтоксикационная, противовоспалительная, дегидратационная и др.) терапия.

Целью нашей работы явилось изучение особенности клинического течения, ранней диагностики и тактика лечения риносинусогенных внутричерепных осложнений.

**Материалы и методы исследования.** Под нашим наблюдением находились 26 больных с риносинусогенным внутричерепным осложнением. В возрасте 17 – 30 лет был 8 больных, 30 - 50 лет – 11 больных и старше 50 лет – 7 больных. Причиной возникновения риносинусогенных

внутричерепных осложнений у 10 больных был острый гнойный синусит, у 13 хронический гнойный синусит, у остальных 3- фурункул носа.

Больные поступали в тяжелом состоянии, с повышением температуры тела до 39-40<sup>0</sup>С и жаловались на сильную головную боль. У всех больных были четко выражены общемозговые и менингеальные симптомы, спутанное сознание. Давление ликвора у больных с менингоэнцефалитами варьировалось от 190 до 240 мм. вод. ст., общее количество белка от 0,66 до 6 г/л с резко выраженной реакцией Панди и Нонне-Апельта. Плеоцитоз в ликворе достигал до 3 тысячи клеток в кубическом мм (мм<sup>3</sup>).

Среди больных изолированные осложнения (менингит, риногенный синустромбоз, сепсис, абсцесс мозга) диагностированы у 49,3 %, а сочетанные осложнения (менингит + абсцесс мозга, менингоэнцефалит + риногенный синустромбоз + сепсис) у 50,7% больных. Из всех форм внутричерепных осложнений чаще встречался менингоэнцефалит и синустромбоз кавернозного синуса.

Всем больным проводили рентгенография придаточных пазух носа, МСКТ и МРТ головного мозга, консультация нейрохирурга, невропатолога, окулиста и др.

После обследования первом этапе при обнаружении признаков внутричерепных осложнений возникает необходимость экстренного хирургического вмешательства, направленного на элиминацию гнойного очага придаточных пазух носа и полости черепа.

Все больные после обследования подвергались операции в придаточных пазухах в ранние сроки – в течении первых часов и до одних суток.

Обнаруженный абсцесс мозга на II этапе оперировались нейрохирургами. Из придаточных пазух на второй день удаляли тампон. В послеоперационном периоде операционные полости ежедневно промывали 1 % антисептическим раствором диоксида и декасана.

Одновременно с оперативным лечением проводили интенсивную противовоспалительную терапию, дезинтоксикационного, дегидратационного, десенсибилизирующего и общеукрепляющего действия.

Назначение того или иного антибиотика после элиминации внутричерепного гнойного очага, проводилась с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Наиболее часто использовали антибиотики бета-лактаминового ряда, цефалоспорины, редко макролиды. Следует отметить, нередко антибиотики применяли в комбинации и вводили внутримышечно, внутривенно, эндолумбально и при этом учитывали общее состояние больного, данные клинического и лабораторного исследований.

При тяжелых состояниях больного, внутримышечно вводили антибиотики бета-лактаминового ряда в высоких дозах, внутривенно-цефалоспорины. Антибиотикотерапия сочеталась с назначением противогрибковых средств из расчета 1-3 мг/кг веса. По показаниям проводили люмбальную пункцию и ее количество определяли по состоянию больного и по составу ликвора.

В случаях развития перифокального вторичного менингоэнцефалита, внутричерепной гипертензии и отека мозга, а также при разлитом гнойном менингите часто была рвота. В целях обеспечения питания и дезинтоксикации проводили общеукрепляющую и стимулирующую терапию, назначали внутривенно нативную плазму 300-500 мл., 5-10% раствор глюкозы до 500 мл. с добавлением аскорбиновой кислоты 5%-4,0 кокарбоксылазы 2,0, 15% раствор альбумина до 200 мл. Вводили дегидратационные и мочегонные средства; глюкоза 40%-20,0 уротропин 40%-10,0 маннитол 20%-30,0 внутримышечно вводили магнезия сульфат 25%-10,0, лазикс 2,0, внутрь назначено глицерин медицинский 50%-1 ч. ложки 3 раза в день, диакарб 0,25 по 1 таб. 1 раз в день. Дополнительно назначали антикоагулянты внутривенно капельно фибринолизин (20 тыс. ЕД на 250 мл. изотонического раствора натрия хлорида) с добавлением 10 тыс. ЕД гепарина, клексана, внутрь аспирина 0,5 г. 3 раза в сутки. Больным обеспечивался тщательный уход, высококалорийное энтеральное питание (при необходимости через зонд) и при показаниях назначали симптоматическую терапию.

**Результаты и их обсуждение.** Как правило после хирургического лечения, дренажа абсцессов мозга, удаления тромба из синуса и проведения интенсивной терапии общее состояние больного постепенно улучшалось и наступало нормализация клинических и биохимических показателей, что позволяет объективно определять эффективность лечения.

Несмотря на проведенное лечение с риносинусогенными внутричерепными осложнениями 3 больных умерло, 23 больных выписаны из стационара с выздоровлением.

**Выводы.** Таким образом представленная система комплексной неотложной интенсивной терапии позволила улучшить результаты лечения и снизить летальность при риносинусогенных внутричерепных осложнениях.

#### Литература:

1. Древаль О. Н., Джинджихадзе Р. С. и соавт. //Клинические рекомендации по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием / - М., 2015. - 28 с.

2. Кубаев А. С. Оптимизация диагностики и лечения верхней микрогнатии с учетом морфофункциональных изменений средней зоны лица // Научные исследования. – 2020. – №. 3 (34). – С. 33-36.
3. Насретдинова М. Т., Карабаев Х. Э. Совершенствование методов диагностики у пациентов с головокружением // Оториноларингология. Восточная Европа. – 2017. – Т. 7. – №. 2. – С. 194-198.
4. Насретдинова М. Т., Хайитов А. А. Влияние лазеротерапии на местный синтез иммуноглобулина класса А у детей, больных острым и хроническим гайморитом // Детская оториноларингология. – 2020. – №. 3-4. – С. 34-35.
5. Нурмаматова К. Ч., Ризаев Ж. А. Распространенность аллергического ринита среди детей Узбекистана // Менеджмент в здравоохранении: вызовы и риски XXI века. – 2021. – С. 172-177.
6. Ризаев Ж. А., Рахимова Д. А., Махкамова О. А. Толерантность к физической нагрузке и респираторный статус больных с быстропрогрессирующим пародонтитом при бронхиальной астме // Conferencea. – 2022. – С. 82-83.
7. Салимова Ш. С., Хушвакова Н. Ж., Хайитов А. А. Клинико-иммунологические особенности течения и комбинированная антимикотическая терапия хронических синуситов, осложненных кандидозной инфекцией // Молодой ученый. – 2015. – №. 18. – С. 66-68.
8. Ризаев Ж. А., Хайдаров Н. К. Клиническое, эпидемиологическое и этиопатогенетическое исследование ишемического инсульта // Журнал неврологии и нейрохирургических исследований. – 2020. – Т. 1. – №. 1.
9. Ризаев Ж. А. и др. Разработка метода прогнозирования риска возникновения и раннего выявления возрастной макулярной дегенерации сетчатки. – 2020.
10. Ризаев Ж. А., Мусаев У. Ю. Современные требования к организации содержания и методологии интерактивных практических занятий по стоматологии в последипломном образовании // Медицинские новости. – 2020. – №. 9 (312). – С. 72-73.
11. Ризаев Ж. А. и др. Значение коморбидных состояний в развитии хронической сердечной недостаточности у больных пожилого и старческого возраста // Достижения науки и образования. – 2022. – №. 1 (81). – С. 75-79.
12. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдуллаев Д. Ш. Параллели патогенеза заболеваний пародонта и хронической сердечной недостаточности // Dental Forum. – Общество с ограниченной ответственностью "Форум стоматологии", 2017. – №. 4. – С. 70-71.
13. Ризаев Ж. А., Гадаев А. Г., Абдувакилов Ж. У. Иммунологические аспекты патогенеза патологии пародонта у больных с хронической сердечной недостаточностью // Journal of biomedicine and practice. – 2016. – Т. 1. – №. 1. – С. 6-10.
14. Ризаев Ж. А., Агабабян И. Р. Связь заболеваний пародонта с острым коронарным синдромом (литературный обзор) // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
15. Ризаев Ж. А., Ахророва М. Ш. Оценка особенностей изменения слизистой оболочки и состояния полости рта при covid-19 // Журнал биомедицины и практики. – 2022. – Т. 7. – №. 4.
16. Ризаев, Ж. А., Абдуллаев, Д. Ш., Асадуллаев, Н. С., & Иногамов, Ш. М. (2019). Анализ активных механизмов модуляции кровотока микроциркуляторного русла у больных с пародонтитами на фоне ишемической болезни сердца, осложненной хронической сердечной недостаточностью. Вісник проблем біології і медицини, (4 (1)), 338-342.
17. Ризаев Ж. А., Шодмонов А. А., Олимжонов К. Ж. Периимплантиты-ранние осложнения при дентальной имплантации // Журнал биомедицины и практики. – 2021. – Т. 6. – №. 1.
18. Ризаев Ж. А., Кубаев А. С., Абдукадиров А. А. Состояние риномаксиллярного комплекса и его анатомо-функциональных изменений у взрослых больных с верхней микрогнатией // Журнал теоретической и клинической медицины. – 2020. – №. 3. – С. 162-165.

### **РИНОСИНУСОГЕННЫЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ**

*Насретдинова М.Т., Хатамов Ж.А., Хайитов А.А.*

**Резюме.** Риносинусогенные внутричерепные осложнения остаются актуальной проблемой современной оториноларингологии. Несмотря на это летальность при внутричерепных осложнениях риносинусогенного характера еще высока и составляет около 15 % и выше. Целью нашей работы явилось изучение особенностей клинического течения, ранней диагностики и тактика лечения риносинусогенных внутричерепных осложнений. Исследование проведено у 26 больных с риносинусогенным внутричерепным осложнением в возрасте от 17 до 60 лет. Все больные после обследования подвергались операции в придаточных пазухах в ранние сроки – в течении первых часов и до одних суток. После хирургического лечения и проведения интенсивной терапии общее состояние больного постепенно улучшалось. Система комплексной неотложной интенсивной терапии позволила улучшить результаты лечения и снизить летальность при риносинусогенных внутричерепных осложнениях.

**Ключевые слова:** внутричерепные осложнения, менингоэнцефалит, гнойный синусит, интенсивная терапия.