

Ю.А. БОДЯКА

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ ПАНСИНУСИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ВТОРИННИМ МЕНІНГОЕНЦЕФАЛІТОМ, СУБДУРАЛЬНОЮ ЕМПІЄМОЮ ГЕМІСФЕРИ ГОЛОВНОГО МОЗКУ, НАБРЯКОМ РЕТРОБУЛЬБАРНОЇ КЛІТКОВИНИ ПРАВОГО ОКА, ФЛЕГМОНОЮ ГОЛОВИ, СЕПТИКОПІЄМІЄЮ

*Від-ня оториноларингології (зав. – І.Т. Савчук) Хмельницьк. міської дит. лікарні
(гол. лікар – І.В. Гуцул)*

Риносинусогенні орбітальні, внутрішньочерепні ускладнення у дітей є завжди актуальною проблемою оториноларингології [1-6]. Іноді вони бувають дуже тяжкими внаслідок генералізації гнійно-септичної інфекції. Такі пацієнти потребують невідкладної хірургічної допомоги професіоналів декількох фахових спеціальностей через складність у діагностиці, виборі хірургічної тактики та проведенні подальшої інтенсивної терапії.

Прикладом такого тяжкого ускладнення гнійного пансинуситу може бути наше спостереження.

Пацієнт З., 16 років, 02.08.09 р. надійшов до реанімаційного відділення Хмельницької міської дитячої лікарні (ХМДЛ) зі скаргами на підвищення температури тіла, головний біль, набряк та болючість обличчя. З анамнезу хвороби відомо, що він хворіє протягом 7 діб, коли виникли згадані скарги, і був госпіталізований до реанімаційного відділення Хмельницької обласної дитячої лікарні 30.07.09 р. з діагнозом: алергічна реакція на укуси комах. Кропив'янка. Набряк Квінке. Хворий отримував відповідне лікування. Спостерігались елементи висипання на шкірі обличчя, верхніх та нижніх кінцівках, які повністю регресували. Але стан пацієнта погіршувався, він був проконсультований отоларингологом 02.08.09 р., після чого переведений до відділення реанімації хірургічного профілю ХМДЛ для подальшого лікування.

При огляді загальний стан хворого був тяжкий, стан свідомості – сопор, вира-

жений інтоксикаційний синдром, набряк і болючість обличчя, підщелепних ділянок та навколо очей, екзофтальм справа, анізокорія, обмеження рухливості очних яблук, флюктуація лобних ділянок, ригідність потиличних м'язів, геміпарез зліва. При передній риноскопії: слизова оболонка порожнини носа незначно гіперемована, у носових ходах – слизові кірки, дихання через ніс не утруднене. Слизова оболонка ротової частини глотки – блідо-рожевого кольору, чиста.

Загальний аналіз крові від 02.08.09 р.: ер. – $4,2 \cdot 10^{12}/л$; Нб – 110 г/л; кольор. пок. – 0,8; л. – $12,2 \cdot 10^9/л$; Нт – 0,34; ШОЕ – 43 мм/год; токсична зернистість ++++; н.п. – 51, с. – 32; лімф. – 8.

На рентгенограмі навколоносових пазух від 02.08.09 р. відмічається зниження пневмотизації в нижніх відділах лобних пазух, потовщення слизової оболонки верхньощелепних пазух, комірочки решітчастих кісток контуруються нечітко.

Висновок комп'ютерної томографії кісток черепа, головного мозку від 02.08.09 р.: – гаймороектоїдит справа, розширення бокового шлуночка мозку справа, дислокація вліво на 0,4 см.

Під місцевим знеболенням виконано діагностичну пункцію обох верхньощелепних пазух. Отримано гній, проведено промивання верхньощелепних пазух антисептиком.

Попередній діагноз: гострий гнійний пансинусит; субперіостальний абсцес лобних ділянок; вторинний менінгоенцефаліт,

реактивний набряк ретробульбарної клітковини правого ока; сепсис.

Під загальним інтубаційним знеболенням 02.08.09 р. зроблено операцію – розкриття субперіостального абсцесу лобних ділянок; двобічна фронтоетmoidотомія. Здійснено пункцію верхньощелепних пазух, їх дренажування фіксованими катетерами. З лобних, решітчастих, верхньощелепних пазух отримано гній, проведено посів на мікрофлору мазків з рани, а також промивання антисептиком. Призначено лікування: внутрішньовенно – аміцил – 500 мгх2 р/добу; метрогіл – 100 мг х 3 р/добу, флюконазол – 100 мл х 1 р/добу, 15% р-н манніту – 100 мл х 2 р/добу, 25% розчин сульфату магнію – 1 мл х 2 р/добу; дезінтоксикаційна терапія; консультація у невропатолога, окуліста, нейрохірурга.

Загальний стан 03.08.09 р. тяжкий, з погіршенням, турбує фебрильна температура, перебуває у сопорі. Відмічаються менингеальні ознаки, осередкова мозкова симптоматика зберігається. Збільшення болючих набряків у тім'яній, завусинах, скроневих, потиличній, лобних, підщелепних ділянках. Пацієнт проконсультований окулістом, діагностовано реактивний набряк ретробульбарної клітковини ока справа.

Невропатологом виконано люмбальну пункцію, отримано 5 мл чистої прозорої рідини, яка витікала частими краплями.

Аналіз спинномозкової рідини від 03.08.09 р.: реакція Апелъта (+); глюкоза – 5,2 ммоль/л, цитоз – 58 клітин, з них лімфоцитів – 29%, нейтрофільних гранулоцитів – 69%; мікрофлора кокова – велика кількість. Діагноз: вторинний риногенний менингоенцефаліт.

Консультація щелепно-лицевого хірурга від 03.08.09 р. Діагноз: флегмона голови (тім'яної, завушних, лобних, вискових, потиличної ділянок), можливо, анаеробна.

Під загальним ендотрахеальним знеболенням 03.08.09 р. окулістом проведено операцію – розтин та дренажування ретробульбарного простору ока справа.

Щелепно-лицевим хірургом розкрито флегмону голови: розтин тім'яної, завушних, лобних, вискових, потиличних ділянок. Поставлено контрапертурні дренажі: гумові

смужки і марлеві серветки, змочені 3% розчином перекису водню.



Консультація у нейрохірурга нейрохірургом 04.08.09 р. Висновок: риногенний менингоенцефаліт. На даний момент хворий

нейрохірургічного лікування не потребує. Рекомендовано: комп'ютерна томографія мозку в динаміці, через 3-4 доби. Результати мікробіологічного дослідження виділень з рани та визначення чутливості флори до антибіотиків від 02.08.09 р. за № 1541, від 03.08.09 р. за № 1562: *St. Aureus*, чутливий до офлоксацину, меропінему, сульперазону. Дослідження крові на стерильність за № 322 від 04.08.09 р.: виділено *St. Epidermalis*, який чутливий до офлоксацину. Загальний стан пацієнта залишався тяжким, з негативною динамікою. При огляді обстежуваний перебував у сопорі, його лихоманить, спостерігаються значні набряки обличчя і голови, відсутні рухи в лівій руці і нозі, зіниці - D>S, утримується ригідність м'язів потилиці, періодично з'являються короточасні судоми.

Виконано рентгенографію органів грудної клітки (ОГК) 05.08.09 р. Висновок: двобічна пневмонія (субтотальна, дрібно-осередкова зліва, осередкова зливна нижньобазальних сегментів справа).

Загальний аналіз крові від 06.08.09 р.: ер. – $3,2 \cdot 10^{12}/л$; Нб – 87 г/л; КП – 0,81; л. – $29,1 \cdot 10^9/л$; ШОЕ – 52 мм/год; Н.п. – 21, с. – 62; лімф. – 12; мон. – 3.

Контрольна рентгенограма ОГК від 07.08.09 р. Висновок: негативна рентгендіагностика, збільшення інфільтрації справа і зліва.

Виконано повторну комп'ютерну томографію головного мозку 07.08.09 р. Висновок: згладженість кортикальних борозен гемісфери, наявність рідини субдурально справа, компресія правого бокового шлуночка. Дислокація серединних структур вліво до 7,1 мм.

Консультація нейрохірурга 07.08.09 р. Висновок: підозра на правобічну субдуральну емпієму.

Під загальним ендотрахеальним знеболенням 07.08.09 р. нейрохірургом здійснено операцію – розкриття та дренивання субдуральної емпієми справа. Із субдурального простору видалено до 25 мл густого

білого гною. Гемограма від 08.08.09 р.: Нб – 98 г/л; л. – $29,4 \cdot 10^9/л$; ШОЕ – 60 мм/год.

Консультація у пульмонолога 07.08.09 р. Діагноз: генералізована форма сепсису, септикопемія. Гостра двобічна осередково-зливна пневмонія нижньобазальних відділів, тяжкий перебіг, ДН I-II ст.

Консультація у кардіолога, діагноз: токсикогіпоксична кардіопатія НК₀.

УЗД органів черевної порожнини від 05.08.09 р.: печінка збільшена (+4 см), ехогенність підвищена; селезінка збільшена до 132 x 48 мм. Висновок: токсична гепатоспленомегалія.

Проводилась інтенсивна терапія: терцеф – 300 мг x 2 р/день, цифран – 100 мл x 2 р/день; дезінтоксикаційна внутрішньовенна крапельна терапія, еритроцитарна маса, антистафілококовий імуноглобулін, 5% веноімуно, 10% альбумін, коломіцин 666000 МО 3 р/день; пеніцилін – 1 г x 4 р/день, флюконазол – 100 мл x 1 р/день, цефепім – 1 г x 2 р/добу.

Щоденно, двічі на день, виконувалось промивання антисептиками навколоносових пазух, ран голови, туалет, накладання пов'язок на рани. Поступово стан хворого покращився, рани повністю загоїлися, відновилися рухи в кінцівках.

У задовільному стані він був виписаний додому 18.09.09 р. для подальшого нагляду дитячим лікарем, невропатологом та отоларингологом.

При контрольному огляді через 1 міс пацієнт був здоровим. Комп'ютерна томографія мозку, кісток черепа – без патологічних змін.

Особливістю наведеного спостереження є тяжке сполучене поліморфне ускладнення синуситу. Своєчасна хірургічна допомога оториноларинголога, щелепнолицевого хірурга, нейрохірурга, окуліста, призначення сучасних протимікробних засобів за результатами мікробіологічних досліджень та визначення чутливості до антибіотиків, проведення інтенсивної терапії призвели до одужання пацієнта.

1. Андреев В.Н. Острый гнойный гемисинусит, осложнившийся флегмоной орбиты, менинго-энцефалитом, сепсисом / В.Н. Андреев, В.Н. Гинькут // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. – № 3. – С. 77-79.
2. Белокуров Ю.Н. Сепсис / Ю.Н. Белокуров, А.Б. Граменицкий, В.М. Молодкин. – М.: Медицина, 1983. – 128 с.
3. Бернадский Ю.И. Гнойная челюстно-лицевая хирургия / Ю.И. Бернадский, Н.И. Заславский, Г.П. Бернадская. – К.: Здоров'я, 1983. – 248 с.
4. Воронкин В.Ф. Орбитальные и внутричерепные осложнения воспалительных заболеваний околоносовых пазух / В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, Д.Л. Перехода // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – № 4. – С. 25-27.
5. Гаращенко Г.И. Диагностика и лечение орбитальных осложнений острых и хронических синуситов у детей / Г.И. Гаращенко, А.П. Китайгородский // Рос. ринология. – 1996. – № 2-3. – С. 74-76.
6. Лайко А.А., Заболотний Д.І., Косаковський А.Л., Бредун О.Ю. Хронічний верхньощелепний синусит у дітей. – К., 2007. – 224 с.

Надійшла до редакції 25.10.10.

© Ю.А. Бодяка, 2011