

имеющих влияние на родоразрешение и развитие осложнений как у матери, так и у плода.

ЛИТЕРАТУРА

1. Калашников, С. А. Перинатальные исходы при монохориальной двойне/С. А. Калашников, Л. Т. Сичинова, А. А. Совинова//Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. – 2008. – Т. 7, № 6. – С. 41–45.
2. Герасимович, Г. И. Акушерство: учеб. пособие для студентов учреждений, обеспечивающих получение высш. мед. образования / Г. И. Герасимович. – Минск: Беларусь, 2004. – 815 с.
3. Федорова, М. В. Современные представления о многоплодной беременности / М. В. Федорова, В. С. Смирнова // Вест. Росс. Ассист. акуш-гинеколог. – 1998. – № 1. – С. 38–45.

ТРОМБОЗ СИГМОВИДНОГО СИНУСА КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

Маханькова Е. А., Вееник М. Г.

Гродненская университетская клиника

Научный руководитель: Рыженкова Т. И.

Актуальность. Тромбофлебит и тромбоз сигмовидного синуса представляют собой осложнения при воспалительных заболеваниях среднего уха. Вследствие анатомического строения в воспалительный ушной процесс иногда вовлекается сигмовидный синус[1]. Тромбофлебит сигмовидного синуса возникает чаще всего контактным путем (вследствие воспалительного процесса в прилежащей кости или перисинуозного абсцесса), значительно реже с током крови или лимфы (гематогенным и лимфогенным путем при фурункулах на лице).

Цель. Изучить распространенность отогенного тромбоза сигмовидного синуса у детей по данным оториноларингологического гнойного отделения для детей Гродненской университетской клиники.

Методы исследования. Проведен ретроспективный анализ медицинской документации детей с острым гнойным средним отитом, обострением хронического гнойного среднего отита, мастоидитом и экстра- и интракраниальными осложнениями. Все дети находились на стационарном лечении с 2012 по 2022 г.

Результаты и их обсуждение. За исследуемый период было пролечено 2704 пациента с гнойно-воспалительной патологией уха. Отогенные осложнения верифицированы у 15 детей, отогенный тромбоз либо тромбофлебит выявили у 2 (13,3% среди всех осложнений) детей. В первом случае ребенок поступил с жалобами на высокую температуру тела (до 39,5С°)

гектического характера, боли в ухе. Из анамнеза выяснилось, что в течение нескольких месяцев ребёнку консервативно лечили отит амбулаторно. При поступлении в больницу было выполнено КТ височных костей, обнаружено истончение задней стенки сосцевидного отростка на границе с сагиттальным синусом, примерно на протяжении 3 мм стенка не дифференцировалась. Во втором случае ребёнок был переведен из Гродненской областной детской клинической больницы (далее ГОДКБ). Из анамнеза следует, что в течение 6 дней лечился консервативно амбулаторно с жалобами на высокую температуру, боли в ухе, безуспешно: лихорадка (39,6 С°) сохранялась, появилось косоглазие. Был доставлен в ГОДКБ, где было выполнено МРТ головного мозга и выявлены признаки тромбоза сигмовидного синуса. Стоит отметить, что до обращения в поликлинику у ребёнка около месяца были признаки ОРВИ, в поликлинику не обращались, лечились самостоятельно.

В обоих случаях госпитальное обследование и лечение детей проводили с применением междисциплинарного подхода. Дети были осмотрены оториноларингологом, педиатром, неврологом, нейрохирургом, анестезиологом, офтальмологом, клиническим фармакологом. Всем детям выполнили экстренные хирургические вмешательства, назначали антибактериальную и антикоагулянтную терапию.

В первом случае из анамнеза выяснено отсутствие рентгенологической диагностики на этапе длительного лечения и контроля выздоровления пациента с острым средним отитом в амбулаторных условиях. Второй случай можно расценить как молниеносное развитие тромбоза сигмовидного синуса на фоне длительного течения ОРВИ и развития острого гнойного среднего отита.

Выводы. 1. Частота отогенного тромбоза и тромбофелита составила 13,3% от всех форм отогенных осложнений. 2. Несвоевременное обращение к врачу по поводу отита, бесконтрольное самостоятельное лечение, недостаточная настороженность врача амбулаторного звена могут стать причинами развития отогенного тромбофлебита. 3. Междисциплинарный подход к лечению позволяет снизить риск развития септических осложнений, неблагоприятных исходов и добиться полного выздоровления.

ЛИТЕРАТУРА

1. Тромбофлебит и тромбоз сигмовидного синуса, сепсис и септикопиемия. Электронный ресурс. – Режим доступа: https://www.minclinic.ru/cns_angio/tromboz_sepsis.html. – Дата доступа: 10.02.2023.