

УДК [616.28-002+616.284.7-002]: 616.895.8

DOI: 10.55359/2782-3296.2026.73.68.012

**ПРАВООСТОРОННИЙ ОТИТ И МАСТОИДИТ У ПАЦИЕНТА  
С ШИЗОФРЕНИЕЙ (ПЕРИОПЕРАЦИОННОЕ ВЕДЕНИЕ):  
КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ**

Пилипенко М. Б., Никонова Е. М.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования «Луганский государственный медицинский университет имени Святого Луки» Министерства здравоохранения Российской Федерации, Луганск, ЛНР, Россия

**РЕЗЮМЕ.** Психические расстройства у взрослой категории пациентов достаточно распространены и представлены обширным списком заболеваний. У больных шизофренией иногда возникает необходимость проведения вмешательств и манипуляций в условиях анестезии, не связанных с психопатологией. Целью нашей работы явилось улучшение результатов периоперационного лечения пациентов с отитом и мастоидитом на фоне шизофрении путем анализа исходного и послеоперационного состояния больного для снижения риска возникновения осложнений. Рассмотрен клинический случай периоперационного ведения пациента с шизофренией, которому была проведена антростомастомия справа по ургентным показаниям. Тяжесть состояния усугублялась проблемой трудных дыхательных путей с выбором соответствующего плана по обеспечению их проходимости. По шкале Mallampati визуализация анатомических структур соответствовала IV классу. Прогностическая оценка трудной интубации по Эль-Ганзури в 7 баллов потребовала интубация трахеи при помощи видеоларингоскопии. Ввиду агрессивного поведения пациента было принято решение о седации и переводе на искусственную вентиляцию легких в приемном отделении. Больному была проведена тотальная внутривенная анестезия с перманентной инфузией пропофола 15 мл/час в качестве базового анестетика и фентанила в условиях искусственного обеспечения газообмена. В раннем послеоперационном периоде продолжена седативная терапия внутривенным введением дексметомидина со скоростью 2 мл/час, а также продленная искусственная вентиляция легких до уменьшения отека шеи (двое суток). В периоперационном периоде осложнений со стороны гемодинамики не наблюдалось. Пациент в удовлетворительном состоянии переведен в профильное отделение для дальнейшего лечения.

*Ключевые слова:* шизофрения, антипсихотические препараты, периоперационное ведение, антростомастомия

**RIGHT-SIDED OTITIS AND MASTOIDITIS IN A PATIENT WITH  
SCHIZOPHRENIA  
(PERIOPERATIVE MANAGEMENT): A CLINICAL CASE**

Pilipenko M. B., Nikonova E. M.

Federal State Budgetary Educational Institution of Higher Education «Saint Luka Lugansk State Medical University» of the Ministry of Health of the Russian Federation, Lugansk, LPR, Russia.\

**SUMMARY.** Mental disorders in the adult category of patients are quite common and are represented by a wide list of diseases. Patients with schizophrenia sometimes need to undergo interventions and manipulations under anesthesia that are not related to psychopathology. The aim of our work was to improve the results of perioperative treatment of patients with otitis and mastoiditis on the background of schizophrenia by analyzing the initial and postoperative condition of the patient to reduce the risk of complications. A clinical case of perioperative management of a patient with schizophrenia who underwent the right side antromastoidotomy for urgent indications is considered. The severity of the condition was exacerbated by the problem of difficult airways, with the choice of an appropriate plan to ensure their patency. According to the Malampati scale, the visualization of anatomical structures corresponded to class IV. The prognostic score of 7 points for difficult intubation according to El-Ganzouri required tracheal intubation using videolaryngoscopy. Due to the aggressive behavior of the patient, it was decided to sedate and transfer to artificial ventilation in the emergency department. The patient underwent total intravenous anesthesia with permanent infusion of propofol 15 ml/ hour as a basic anesthetic and fentanyl under conditions of artificial gas exchange. In the early postoperative period, sedation therapy with intravenous dexmedetomidine was continued at a rate of 2 ml/hour, as well as prolonged mechanical ventilation to reduce neck edema (two days). There were no hemodynamic complications in the perioperative period. The patient was transferred to a specialized department in a satisfactory condition for further treatment.

**Key words:** *schizophrenia, antipsychotic drugs, perioperative management, antromastoidotomy*

## ВВЕДЕНИЕ

Заболеваемость шизофренией в России в 2011 г. составила 12,2 на 100 тыс. населения [1]. Шизофрения характеризуется аномальным восприятием реальности или нарушенным процессом мышления, связанным с аномальным повышением активности дофаминергической системы головного мозга. Клинически проявляется бредом, галлюцинациями, апатией, десоциализацией [2, 3].

По литературным данным, 21 % пациентов, получающих антипсихотические препараты, имеют серьезные побочные эффекты: экстрапирамидные симптомы, углубление седации, артериальную гипотонию, другие нарушения сердечно-сосудистой и вегетативной нервной системы. Послеоперационная летальность выше у больных, длительное время принимавших аминазин. Среди причин смерти – осложнения со стороны сердца, остановка

дыхания, паралитическая кишечная непроходимость [1, 4, 5].

Вопросы выбора метода анестезии и анестетиков для пациентов с шизофренией до сих пор остаются спорными. Больные шизофренией могут быть особенно чувствительны к вазодилатации и гиповолемии, а также к проводимой искусственной вентиляции легких, что создает определенные риски при проведении общей анестезии [2, 5].

ЦЕЛЬЮ нашей работы явилось улучшение результатов периоперационного лечения пациентов с отитом и мастоидитом на фоне шизофрении путем анализа исходного и послеоперационного состояния больного для снижения риска возникновения осложнений.

## МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Исследование проспективное наблюдательное. Рассмотрен клинический случай периоперационного ведения пациента с шизофренией, которому была

проведена антромастотомия справа по ургентным показаниям.

Пациенту при поступлении выполнялся сбор анамнеза, среди методов предоперационного обследования была выполнена мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ), фибробронхоскопия (ФБС), электрокардиография (ЭКГ) и лабораторные анализы.

#### РЕЗУЛЬТАТЫ

##### Описание клинического случая.

Больной К., доставлен из психоневрологического диспансера в приемное отделение Государственного бюджетного учреждения здравоохранения «Луганская республиканская клиническая больница» Луганской народной республики (ГБУЗ "ЛРКБ" ЛНР) с диагнозом:

Основной: Правосторонний отит, правосторонний мастоидит с деструкцией справа.

Сопутствующий: Шизофрения, параноидная форма, эпизодическое течение. Находится на постоянном лечении в психоневрологическом диспансере. Препараты, которые принимает пациент на постоянной основе: аминазин, сонапакс, галоперидол, кордиамин.

Жалобы на болезненность, припухлость боковой поверхности шеи справа, умеренно затрудненное открывание рта.

При поступлении обследован:

Клинический анализ крови: гемоглобин – 115 г/л; эритроциты –  $5,05 \times 10^{12}/л$ ; лейкоциты –  $15,0 \times 10^9 /л$ .

ЭКГ: ритм синусовый, Частота сердечных сокращений- 75 уд/мин.

МСКТ: КТ-признаки инфильтрата шеи справа. Правосторонний отит; двусторонний мастоидит, с деструкцией справа. Шейная лимфаденопатия.

ФБС: Патологии не выявлено.

Консультация оториноларинголога: Острый гнойным правосторонний отит. Мастоидит справа. Инфильтрат подчелюстной и зачелюстной области справа. Рекомендована

антромастотомия справа по ургентным показаниям.

Консультация челюстно-лицевого хирурга (ЧЛХ): Правосторонний отит, двусторонний мастоидит с деструкцией справа. Воспалительный инфильтрат подчелюстной и зачелюстной областей справа. Шейная лимфаденопатия.

Первичный осмотр анестезиолога: на момент осмотра состояние средней степени тяжести. Психический статус: агрессивный, лечиться не хочет, двигательное возбуждение.

Сознание ясное, по шкале ком Глазго 15 баллов, эмоционально и психически неустойчив, агрессивен к медицинскому персоналу. Менингеальная симптоматика отсутствует. Зрачки D=S; ширина соответствует освещенности. Фотореакция сохранена.

Кожные покровы обычной окраски, умеренно влажные, теплые на ощупь. Тургор сохранен. В ротовой полости очень большое количество мокроты. Отек на шее справа, в околоушной области. Состояние шеи и шейного отдела позвоночника: короткая шея, инфильтрация в области шеи справа.

Состояние ротоглотки: обильная саливация, смещение структур гортани. Визуализация анатомических структур ротоглотки по Malampati – IV класс. Прогностическая оценка трудной интубации по Эль-Ганзури – 7 баллов (интубация трахеи при помощи видеоларингоскопии).

Дыхание самостоятельное, через естественные дыхательные пути. Газообмен не страдает. ЧДД=18 в минуту, SpO<sub>2</sub>=99 % при дыхании атмосферным воздухом.

Аускультативно: дыхание жесткое; проводится во все отделы; хрипы выслушиваются над всей поверхностью легких.

Гемодинамика стабильная. АД=135/78 мм рт. ст., ЧСС=100 уд/мин. Тоны сердца приглушены, ритмичные. Пульс 100 уд/мин, удовлетворительного наполнения.

Система органов пищеварения: Язык влажный; обложен налетом. Живот мягкий, не вздут, принимает участие в акте дыхания; пальпация безболезненная. Симптомов раздражения брюшины нет. Аускультативно: перистальтика активная.

Мочеиспускание свободное, моча – светло-желтого цвета.

Физический статус (ASA): IIIЕ.

Ввиду агрессивного поведения пациента принято решение о седации и переводе на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ) в приемном отделении:

Sol. Sibazoni 0,5% – 2.0;

Sol. Atropini 0,1% – 0.5;

Sol. Propofoli 1% – 200.0

Rocuronium – 50 mg.

Выполнена интубация трахеи орофарингеальной трубкой №8,0 с помощью прямого клинка ларингоскопа (ввиду анатомических особенностей пациента: короткая шея, макроглоссия). Визуализация анатомических структур по Кормаку-Лихену - IV степень.

Больной транспортирован в операционную с целью выполнения операции в ургентном порядке.

Пациенту выполнено ургентное оперативное вмешательство в объеме: радикальная операция на среднем ухе справа; вскрытие инфильтрата подчелюстной области справа в условиях тотальной внутривенной анестезии с ИВЛ. Медикация: внутривенно Sol. Fentanyl 0,005 % - 16,0 мл; Cytoflavini – 10,0 мл; Ceftriaxon – 2 г; Sol. Promedoli 2 % – 1,0 мл; перманентное внутривенное введение гипнотика Sol. Propofoli 1 % – 15,0 мл/час. Интраоперационная миорелаксация: Rocuronium - 100 mg.

Интраоперационный мониторинг витальных функций: показатели центральной гемодинамики: АД – 135-118/85-70 мм рт. ст., ЧСС - 85 уд/мин, ЦВД = 0 мм. вод. ст.

Периоперационная инфузионная терапия: Sol. NaCl 0,9% – 500,0 ml; Sol. Ringeri- 500,0 ml. Интраоперационная кровопотеря составила 200 мл.

Течение анестезии гладкое, без особенностей.

В раннем послеоперационном периоде пациент в состоянии остаточной нейромииоплегии, стабильными показателями гемодинамики: АД – 115/80 мм .рт .ст, ЧСС – 70 уд/мин., адекватным газообменом (SpO<sub>2</sub> 99 %) переведен в отделение экстренной и неотложной медицинской помощи (ОЭНМП) под наблюдение дежурного медицинского персонала.

Седация в ОЭНМП: начато внутривенное введение дексметомидина со скоростью 2 мл/час. Проводилась продленная ИВЛ до уменьшения отека шеи (двое суток).

Терапия в ОЭНМП: респираторная поддержка (ИВЛ), антибактериальная терапия (цефтриаксон), инфузионная терапия (кристаллоидные растворы в режиме поддержания нормоволемии), профилактика стрессовых язв, аналгоседация, поддержание нормогликемии, контроль и коррекция кислотно-основного состояния (КОС) и уровня электролитов.

Продолжена базовая терапия антипсихотическими препаратами. Также в периоперационном периоде было назначено профилактическое введение кортикостероидных препаратов. Течение раннего послеоперационного периода гладкое. На момент выписки общее состояние пациента удовлетворительное.

#### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Пациентам с шизофренией могут назначаться антипсихотические препараты с серьезными побочными эффектами, связанными с блокадой D<sub>2</sub> (допаминовых) рецепторов, блокадой H<sub>1</sub>-гистаминовых рецепторов, α-адренорецепторов и M-холинорецепторов; побочные действия включают широкий спектр осложнений, начиная с экстрапирамидных расстройств, гемодинамических нарушений и заканчивая развитием агранулоцитоза, катаракты,

нейтропении, удлинения интервала QT [1, 5].

При проведении анестезии таким пациентам необходимо учитывать нежелательные побочные эффекты антипсихотических препаратов, а также риск их взаимодействия с анестетиками. Анестезиолог может столкнуться с проблемами поведенческого, когнитивного и эмоционального характера у пациентов с шизофренией на всех этапах периоперационного периода.

При длительно существующей шизофрении рекомендуют продолжать прием антипсихотических препаратов до операции, несмотря на повышение чувствительности к гипотензивному влиянию препаратов, используемых для анестезиологического обеспечения. Относительно безопасно у пациентов с шизофренией при проведении оперативных вмешательств, не связанных с психопатологией, применение тотальной внутривенной анестезии на основе пропофола и фентанила.

Список литературы доступен по QR-коду:



#### **СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:**

##### **Пилипенко Мария Борисовна**

- ординатор 1 года обучения по специальности «Анестезиология-реаниматология» ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России  
- E-mail: pilimari.2002@gmail.com  
- Телефон: +7(959) 202-19-71

##### **Никонова Елена Михайловна**

- к. мед. н., доцент, заведующая кафедрой анестезиологии, интенсивной терапии и экстренной медицинской помощи ФГБОУ ВО «Луганский государственный медицинский университет им. Святителя Луки» Минздрава России,  
- E-mail: nikonova.my@yandex.ru  
- Телефон: +7(959) 117-73-03

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Мясникова В. В., Мурунов А. Е. Периоперационное ведение пациентов с шизофренией. Вестник интенсивной терапии имени А. И. Салтанова. 2018; 2:24–30.

2. Интенсивная терапия: Национальное руководство. Краткое издание: в 2 томах/ под редакцией И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко.- 3-е издание-Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2024. -Т.1. -640с.-300с.

3. Заболотских И. Б., Грицан А. И., Лебединский К. М., и др. Периоперационное ведение пациентов с психическими заболеваниями. Методические рекомендации Общероссийской общественной организации «Федерация анестезиологов и реаниматологов», второй пересмотр //Вестник интенсивной терапии им. А.И. Салтанова. 2021; 1:Х–XX. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-X-XX.

4. Периоперационное ведение пациентов с сопутствующими заболеваниями: Руководство для врачей: Т 3. 2-е изд., перераб. и доп. /Под ред. И. Б. Заболотских. – М.: Практическая медицина, 2018.- 848 с.

5. Беккер Р. А., Быков Ю. В. Проблематика проведения общей анестезии на фоне приема психофармакотерапии (Часть I). Портал Consilium Medicum: <https://con-med.ru/upload/iblock/eee/psi-for-site-bykov1.pdf>. Дата обращения 27.02.2026.

Obshcherossiiskoi obshchestvennoi organizatsii «Federatsiya anesteziologov i reanimatologov», vtoroi peresmotr //Vestnik intensivnoi terapii im. A. I. Saltanova. 2021; 1:KH–KHKH. DOI: 10.21320/1818-474X-2021-1-KH-KHKH. (in Russian)

4. Perioperatsionnoe vedenie patsientov s soputstvuyushchimi zabolovaniyami: Rukovodstvo dlya vrachei: T 3. 2-e izd., pererab. i dop. /Pod red. I. B. Zabolotskikh. – М.: Prakticheskaya meditsina, 2018. - 848 s. (in Russian)

5. Bekker R. A., Bykov YU. V. Problematika provedeniya obshchei anestezii na fone priema psikhofarmakoterapii (Chast' I). Portal Consilium Medicum: <https://con-med.ru/upload/iblock/eee/psi-for-site-bykov1.pdf>. Data obrashcheniya 27.02.2026. (in Russian)

#### REFERENCES

1. Myasnikova V. V., Muronov A. E. Perioperatsionnoe vedenie patsientov s shizofreniei. Vestnik intensivnoi terapii imeni A.I. Saltanova. 2018; 2:24–30. (in Russian)

2. Intensivnaya terapiya: Natsional'noe rukovodstvo. Kratkoe izdanie: v 2 tomakh/ pod redaktsiei I. B. Zabolotskikh, D. N. Protsenko.- 3-e izdanie-Moskva: GEHOTAR-Media, 2024. -Т.1. -640s.-300s. (in Russian)

3. Zabolotskikh I. B., Gritsan A. I., Lebedinskii K. M. Perioperatsionnoe vedenie patsientov s psikhicheskimi zabolovaniyami. Metodicheskie rekomendatsii