УДК 616.831.9-002:616.28-002:615.33

ЛИМФОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ В КОМПЛЕКСНОМ ЛЕЧЕНИИ ОТОГЕННЫХ МЕНИНГИТОВ

Т.А. Изаева, С.Ю. Комиссарова

Представлен опыт лечения отогенных внутричерепных осложнений, в частности отогенного менингита, комбинированным методом. Комбинированный метод включает хирургическое, консервативное лечение и лимфотропную терапию. Включение лимфотропной терапии в комплексное лечение пациентов с острыми внутричерепными осложнениями более результативно по сравнению с общепринятым (только хирургическое и консервативное лечение).

Ключевые слова: отогенные внутричерепные осложнения; отогенный менингит; лимфотропная терапия; хронический гнойный средний отит.

ОТОГЕНДИК МЕНИНГИТТИ КОМПЛЕКСТҮҮ ДАРЫЛООДО ЛИМФОТРОПТУК ТЕРАПИЯНЫ КОЛДОНУУ

Макалада баш сөөк ичиндеги отогендик оорулардын өрчүп кетүүсүндө, тактап айтканда отогендик менингитти аралаш метод менен дарылоо тажрыйбасы көрсөтүлгөн. Аралаш метод хирургиялык, консервативдик дарылоону жана лимфотроптук терапияны өз ичине камтыйт. Ички баш сөөк оорусу өрчүп кеткен бейтаптарды комплекстүү дарылоодо жалпы кабыл алынган методдорго караганда (хирургиялык гана дарылоо же консервативдик дарылоо) лимфотроптук терапияны колдонуу бир кыйла натыйжалуу экендиги көрсөтүлгөн.

Түйүндүү сөздөр: баш сөөк ичиндеги отогендик оорулардын өрчүп кетүүсү; отогендик менингит; лимфотроптук терапия; өнөкөт болуп калган ириңдүү орто отит.

LYMPHOTROPIC THERAPY IN COMPLEX TREATMENT OF OTOGENIC MENINGITIS

T.A. Izaeva, S.Y. Komissarova

The article presents experience of treatment of otogenic intracranial complication, including otogenic meningitis by combined method. The combined method consists of surgical treatment, therapy treatment and limphotropic therapy. Adding of the limphotropic therapy in complex treatment of patient with intracranial complication is more efficient, by comparison to common methodology (only surgical and therapy treatment).

Keywords: otogenic intracranial complication; otogenic meningitis; limphotropic therapy; chronic suppurative otitis media.

Введение. Ежегодно в структуре оториноларингологической заболеваемости как взрослых, так и детей до 50–70 % приходится на долю гнойно-септических заболеваний ЛОР-органов. Внутричерепные осложнения, возникающие в связи с наличием гнойного воспаления среднего уха или придаточных пазух носа, относятся к жизненно опасным заболеваниям. Больные с внутричерепными осложнениями, как правило, госпитализируются в ЛОР- и нейрохирургические отделения ввиду необходимости их преимущественно хирургического лечения на первом этапе [1].

При отогенных внутричерепных осложнениях основной причиной, приводящей к разрушению верхней стенки (крыши) барабанной полости или пещеры сосцевидного отростка, как известно, является холестеатома. Последняя приводит к обнажению твердой мозговой оболочки до 32 % случаев, сигмовидного синуса – в 39 %, разрушает костную стенку горизонтального полукружного канала в 20 % случаев, лицевой нерв – в 9 %. При мезотимпаните такие осложнения возникают реже. Соотношение частоты возникновения осложнений при острых и хронических процессах составляет 1:3 [2].

Особое внимание в появлении отогенных внутричерепных осложнений, весьма опасных для жизни человека, по традиции отдается контактному пути распространения инфекции. Путей второго порядка очень много, и роль их играют

анормально или нормально имеющиеся сосудистые соединения, а также существующие уже анатомические сообщения в форме отверстий и клапанов (fissure petrosquamosa, fissure petrotympanica mastoideo-squamosa), а также преформированные отверстия и каналы [3].

Поражение мозговых оболочек при воспалении среднего уха или придаточных пазух носа вызывается различными патогенными возбудителями и характеризуется рядом симптомов, своеобразие которых обусловлено анатомическим строением оболочек мозга и их соотношением с цереброспинальной жидкостью. Многочисленными клиническими наблюдениями и патолого-морфологическими исследованиями установлена динамичность воспалительного процесса, степень распространения и частота перехода одной нозологической формы в другую. Наиболее частыми являются ограниченный пахименингит (экстра- и субдуральные абсцессы), синус-тромбоз и диффузный гнойный менингит [4].

Материалы и методы исследования. Материалом исследования послужили данные 230 больных, диагноз у которых был верифицирован во время обследования и операций на среднем ухе по поводу острого и хронического гнойного среднего отитов в ЛОР-отделениях Национального госпиталя при Министерстве здравоохранения Кыргызской Республики, Бишкекского научно-исследовательского центра травматологии и ортопедии, областной больницы г. Ош и г. Нарын в период с 1998 по 2010 г.

Среди них мужчин было 138, женщин – 92. Таким образом, среди наблюдавшихся нами больных с отогенными внутричерепными осложнениями лиц мужского пола оказалось почти в 2 раза больше, чем женщин. Этот факт был отмечен и другими авторами и предположительно связывается с тем, что у женщин оказываются более эффективными факторы местной иммунной защиты.

Возраст больных колебался от 3 до 84 лет. От 3 до 15 лет наблюдалось 29 больных (12,6 %), от 15 до 60 лет – 196 (85,2 %), и свыше 60 лет – 5 человек (2,2 %). Из общего количества больных 76 пациентов были представителями трудоспособного возраста (20–40 лет).

Наиболее часто диагностируемыми патологиями являются ограниченный пахименингит (36 %) и гнойный менингит (14,8 %), а экстрадуральный абсцесс имел место в 12,6 % случаев. Данный факт частично схож с данными литературы, однако по результатам зарубежных клиник, частота последнего должна быть на переднем плане, нежели отогенный менингит [1, 5].

По результатам анамнестических данных нами установлено, что отогенные внутричерепные осложнения чаще возникают при длительном течении воспалительного процесса в среднем ухе, большинство больных имели продолжительность заболевания свыше 11 лет.

В зависимости от полученного метода лечения все пациенты были распределены на следующие клинические группы. Первую группу составили 148 пациентов с отогенными внутричерепными осложнениями, находившихся под наблюдением в ЛОР-отделениях Национального госпиталя (Бишкек), БНИЦТО (Бишкек), областных больниц (г. Ош и г. Нарын).

Эта группа больных сразу при поступлении получала интенсивную этиопатогенетическую и симптоматическую терапию. Этиотропное лечение, помимо санации гнойного очага хирургическим методом, включало в себя антибактериальную терапию – внутривенно или внутримышечно антибиотики широкого спектра действия: кефзол 3–4 г/сут., цефтриаксон 2–4 г/сут., линкомицин 0,5–2 г/сут., цефобид 1,0 × 2 раза в день в/м, сульперазон 1,0 × 2 раза в день в/м, рацефин 1,0–2,0 в/в и др., как средства эмпирической антибиотикотерапии до получения результатов бактериологического исследования патологического отделяемого из среднего уха с определением чувствительности выделенной флоры к препаратам.

При подозрении на анаэробную флору противомикробные препараты сочетали с метронидазолом. Местно они применялись нами в виде инсуффляций или растворов по результатам антибиотикограммы. Кроме того, антимикробная терапия сочеталась с назначением противогрибковых средств – флюконазол 50 мг один раз в день. Десенсибилизирующая терапия назначалась нами в виде “химиостероидной” смеси по схеме, начиная с массивных доз кортикостероидов, постепенно снижая их. Данная лекарственная смесь включала в себя: преднизолон 120–130 мг + димедрол 1 % – 1,0 + хлористый кальций 10 % – 10,0 + физиологический раствор 200,0 и вводилась ежедневно внутривенно капельно. Дезинтоксикационная, укрепляющая и стимулирующая терапия: гемодез до 400 мл, нативная плазма 300–500 мл, раствор глюкозы 5 % до 500 мл с добавлением аскорбиновой кислоты – 0,3 г и тиамина бромида – 0,1 г. В схему лечения входила также дегидратационная и мочегонная терапия.

В связи с параллельным нарушением системы коагуляции при отогенных внутричерепных осложнениях, необходимо назначение антикоагулянтной терапии (гепарин 10 тыс ЕД п/к, аспирин

0,5 3 раза в день). Кроме того, антикоагулянты, лизируя тромбы, улучшают поступление антибиотиков к инфицированным тканям [6]. Симптоматическая терапия проводилась по показаниям.

Во вторую группу вошло 82 больных, которым наряду с "традиционным" оперативным и консервативным лечением проводились параллельно стимуляция лимфодренажа центральной нервной системы и лимфотропная антибактериальная терапия хронического гнойного среднего отита как причины развития отогенных внутричерепных осложнений. Непрямая лимфостимуляция выполнялась путем введения в межостистые промежутки шейного и верхнегрудного отделов позвоночника лекарственной смеси, состоящей из лидазы, гидрокортизона и 0,5 % раствора лидокаина [7].

Регионарная лимфотропная антибиотикотерапия проводилась по результатам антибиотикограмм. Препарат вводили медленно подкожно в заушной области на стороне процесса на 1 см ниже и латеральнее сосцевидного отростка под углом 45°. Через иглу вводили 0,5 мл раствора лазикса, спустя 5 мин, не вынимая иглы вводили антибиотик в средней суточной дозе.

Эффективность проводимого лечения в обеих исследуемых группах оценивалась по динамике клинических проявлений заболевания, воспалительным изменениям и давлению ликвора, степени обсемененности полости среднего уха в динамике, изменениям анализа крови и степени летальности.

Следует отметить, что у большинства больных давность процесса составляла более 20 лет (123 пациента); длительность патологического процесса в среднем ухе от 11 до 20 лет отмечена у 91 больного. И всего в 6,9 % случаев длительность хронического гнойного среднего отита составила от 5 до 10 лет. Большинство больных неоднократно лечились по поводу хронического гнойного среднего отита консервативно в амбулаторных условиях по месту жительства. Хотя следует также отметить, что часть пациентов, преимущественно из неблагоприятных слоев населения и отдаленных районов республики не имели возможности получить консервативную терапию по месту жительства и ранее по поводу хронического гнойного среднего отита под диспансерным наблюдением не находились.

Методы исследования больных с отогенными внутричерепными осложнениями сводились к сбору жалоб и анамнестической информации, детальному исследованию состояния ЛОР-органов. Всем больным проводилось общеклиническое обследование, пациенты были консультированы терапевтом, окулистом, невропатологом, при необходимости – нейрохирургом. Это позволяло определить их общее состояние по субъективным ощущениям, внешнему виду и результатам обследования.

Результаты и их обсуждение. Бесконтрольное использование антибиотиков и сульфаниламидов, несвоевременное хирургическое лечение гнойных отитов значительно изменило клинику отогенных внутричерепных осложнений. Увеличилось число стертых, латентных форм, появились молниеносные и рецидивирующие менингиты, множественные и контралатеральные абсцессы головного мозга и мозжечка. Особенно возросло количество сочетанных ОВЧО с большим разнообразием симптомов или без четко выраженных клинических проявлений, когда одна форма переходит в другую, маскируя клиническую картину предыдущего заболевания. Отогенный менингит был диагностирован у 34 человек (14,8 %). Из них у 13 (38,2 %) пациентов менингит протекал без других внутричерепных осложнений, у других 21 больных сочетался с абсцессом головного мозга и мозжечка или с тромбозом сигмовидного синуса. Основной причиной гнойного менингита стало обострение хронического гнойного эпитимпанита (22 человека из 34). Возникший без всяких предвестников отогенный менингит нередко интерпретируется как инфекционное заболевание. Поэтому такие больные попадают в инфекционные больницы с различными другими диагнозами. У подавляющего большинства больных менингитом инфекция из уха в полость черепа проникала контактным путем, когда первым проявлением интракраниального процесса был наружный пахименингит.

В настоящее время различают несколько классификаций отогенного менингита: этиологическую, патогенетическую, анатомо-топографическую и клиническую. Мы основывались на классификации, предложенной Н.И. Муратовым, которая основана на клиническом принципе с учетом форм отита (острый, хронический), характера течения (молниеносная, рецидивирующая) и тяжести состояния больных (тяжелое или средней тяжести) [8]. Многолетние наблюдения, а также литературные данные показали, что эта классификация более точно отражает разнообразие форм отогенного менингита [1].

Больные с тяжелой формой менингита более чем в половине наблюдений поступили без сознания или со спутанным сознанием, переходящим в бред, с двигательным возбуждением, светобоязнью. У них отмечалась сильная головная боль постоянного характера. Почти у всех больных была тошнота, рвота, температура тела повышалась до 40 °С, пульс учащен. Менингеальные симптомы (ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига

и Брудзинского) были резко выражены. У 2-х больных наблюдался паралич отводящего, у 1-го – глазодвигательного нервов. Выраженное воспаление мозговых оболочек у них соответствовало высокому плеоцитозу нейтрофильного характера и большому содержанию белка, в крови отмечался лейкоцитоз и повышенная СОЭ.

Атипичное течение менингита отмечалось у 8 больных и характеризовалось стертыми, слабовыраженными симптомами с нормальной температурой тела и небольшими изменениями в ликворе. У 4-х больных менингит протекал с субфебрильной или нормальной температурой, с легкой головной болью, слабовыраженными менингеальными знаками. В спинномозговой жидкости у этой группы больных отмечались небольшие изменения.

Менингит с очаговыми проявлениями протекал у 7 больных. Причиной развития очаговых симптомов явились не только менингоэнцефалит, отек мозга и нарушение гемодинамики, а также экстрадуральный абсцесс, который обнаружен во время операции у 4-х пациентов. Из очаговых симптомов у 2-х больных были различные проявления сенсорной афазии, у одного – гемипарез нижних конечностей. Спонтанный нистагм как проявление диффузного лабиринтита был у 3-х больных.

Рецидивирующее течение менингита отмечено у 2-х пациентов. К причинам рецидивов можно отнести неправильные дозировки лекарственных препаратов, а также прерывающееся или позднее лечение.

Не менее важным критерием динамики течения воспалительного процесса в среднем ухе является изучение цитологического состава его патологического отделяемого у больных с хроническим гнойным средним отитом. С помощью исследования цитологии экссудата в нативном препарате нами прослежена динамика воспалительного процесса и эффективность сравниваемых методов лечения. Анализ проведен в группах больных, которым проводилось лечение ОВЧО с применением лимфостимулирующей и лимфотропной антибиотикотерапии, а контрольную группу составляли пациенты, которым хирургическое лечение и антибактериальная терапия были проведены по общепринятым методикам.

При клиническом обследовании больных с отогенными внутричерепными осложнениями, менингеальные симптомы выявлялись у 93,2 % больных первой группы и в 91,4 % – у пациентов второй группы, получавших региональную лимфотропную терапию и стимуляцию лимфодренажа центральной нервной системы.

Менингеальные симптомы отражают степень раздражения мозговых оболочек воспалительным процессом, и их интенсивность меняется в зависимости от этапов развертывания патологического процесса и его течения. Следует указать, что первые трое суток лечения по динамике менингеальных симптомов у больных обеих обследуемых групп не имели принципиальных различий. Однако уже на 7-е сутки эти клинические проявления во второй группе значительно снижены и составляют 51,2 % от всего количества пациентов, которым проводилось лимостимулирующее лечение. К 14-му дню интенсивной комплексной терапии, менингеальные симптомы имеют место лишь в 8,5 % случаев, тогда как этот же показатель у больных первой группы сохранялся в 47,3 %.

При анализе данных при лечении с использованием общепринятой методики послеоперационного лечения больных с отогенными внутричерепными осложнениями отмечается статистически достоверное снижение количества клеточных элементов воспаления в динамике.

На 7-е сутки после оперативного вмешательства при заборе материала из среднего уха уровень лейкоцитов снижается в среднем на 31,1 % и составляет в среднем 23,5 % в поле зрения, а на 14-е сутки снижается еще на 25,1 %. Однако уменьшение количества нейтрофилов происходит значительно медленнее, и, соответственно, увеличение количества лимфоцитов также носит пассивный характер. Данная картина, вероятно, обусловлена недостаточной концентрацией антибактериальных препаратов в очаге оперируемой области.

Во второй группе больным проводилась радикальная санирующая операция на среднем ухе, по показаниям – широкое обнажение твердой мозговой оболочки, вскрытие абсцессов, сигмовидного синуса и т. д., а также интенсивная этиопатогенетическая терапия с проведением лимфостимулирующей и лимфотропной антибактериальной терапии ОВЧО.

При данном виде лечения отмечалось достоверное снижение лейкоцитов: на 7-е сутки происходит в среднем на 74,7 %, а к 14-м суткам их количество составляло всего 19,2 % от первоначального уровня. Динамика числа нейтрофилов в этой группе показала более яркую тенденцию к снижению, нежели в I группе, что, вероятно, объясняется мощным детоксикационным действием лимфостимулирующей терапии и адекватной концентрацией антибиотика в очаге поражения.

Таким образом, применение непрямой лимфостимуляции и лимфотропной антибактериальной терапии в комплексе с традиционными методами этиопатогенетической терапии вызывало заметное снижение местного воспалительного процесса

и способствовало развитию гипосенсибилизации. При оценке динамики менингиальных симптомов клинические проявления во второй группе значительно снижены по сравнению с первой уже на 7-й день, а на 14-й день менингальные симптомы имели место в 8 % случаев по сравнению с 47 % пациентов в первой группе.

Следовательно, комбинированный метод лечения отогенных внутричерепных осложнений с использованием непрямой лимфостимуляции и лимфотропной антибактериальной терапии приводит к более быстрому купированию клинических признаков воспаления слизистой среднего уха и клинических проявлений ОВЧО, что, вероятно, объясняется выраженным и пролонгированным антимикробным, детоксикационным, дегидратирующим, гипосенсибилизирующим, а также противовоспалительным действиями вышеотмеченной комбинации.

Литература

1. *Изаева Т.А.* Оптимизация диагностических критериев и комплексного лечения отогенных внутричерепных осложнений: дис. … д-ра мед наук / Т.А. Изаева. Бишкек, 2012. С. 6–10; 24–26; 62–70; 114–120.
2. *Бикбаева А.И.* Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения по материалам ЛОР-отделения РКБ / А.И. Бикбаева, С.Б. Саитова // Актуальные вопросы организации здравоохранения и клинической медицины. Уфа, 1976. Вып. 6. С. 158–161.
3. *Бартон М.* Болезни уха, горла и носа: краткое руководство для врачей и студентов / М. Бартон / пер. с англ. М.: Изд-во БИНОМ, СПб.: Невский диалект, 2002. 288 с.
4. *Гаджимирзаев Г.А.* Некоторые особенности клинического течения и лечения отогенного гнойного менингита в современных условиях / Г.А. Гаджимирзаев, А.М. Магомедов, А.А. Гамзатова и соавт. // Вестник оториноларингологии. 2004. № 3. С. 28–40.
5. *Изаева Т.А.* Лечение внутричерепных осложнений отогенного генеза на современном этапе / Т.А. Изаева // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 153–154.
6. *Сулайманов Ж.С.* Противомикробные препараты и основы конструирования схем этиотропного и патогенетического противовоспалительного лечения при оториноларингологических заболеваниях / Ж.С. Сулайманов, Г.А. Фейгин. Бишкек, 2003. 198 с.
7. *Бородин Ю.И.* Очерки по клинической лимфологии / Ю.И. Бородин, В.А. Труфакин, М.С. Любарский и соавт. Новосибирск, 2001. 191 с.
8. *Муратов Н.И.* О ранней диагностике и прогнозировании отогенных внутричерепных осложнений / Н.И. Муратов, В.Ф. Воронкин // Вестник оториноларингологии. 1999. № 2.