

ЛЕЧЕНИЕ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ ОТОГЕННОГО ГЕНЕЗА НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

Т.А. Изяева – канд. мед. наук, доцент

Включение лимфотропной терапии в комплексное лечение больных с диагнозом отогенные внутричерепные осложнения приводит к сокращению срока пребывания их в стационаре.

Ключевые слова: отогенные внутричерепные осложнения; лимфотропная терапия.

В структуре ЛОР-патологии большой удельный вес продолжают занимать отогенные внутричерепные осложнения (1–5%). Последние возникают как при острых гнойных средних отитах, так и обострении хронических процессов и относятся к крайне тяжелым и жизненно опасным заболеваниям [1]. Смертность при отогенных менингитах и абсцессах мозга колеблется от 10% до 50% [2]. Ряд авторов считают, что эти показатели практически не зависят от сроков выполнения хирургической санации очага воспаления, что подтверждено рядом клинических исследований [3, 4].

Среди основных видов отогенных внутричерепных осложнений (ОВЧО) на первом месте по частоте стоит вторичный гнойный менингит, на втором – абсцессы мозга и мозжечка, на третьем – синустромбозы и отогенный сепсис [5].

Летальность при отогенных внутричерепных осложнениях зависит от многих обстоятельств: тяжести и давности заболевания, общего состояния и возраста больного, своевременности диагностики

и госпитализации и т.д. Но не менее значительную роль, на наш взгляд, в исходе заболевания играет и методика лечения больных. Нельзя не отметить успеха современных патогенетически обоснованных видов терапии, постоянное развитие проблем клинической фармакологии применительно к задачам отиатрии, разработка оптимальных вариантов хирургической и лекарственной терапии. Научно-технический прогресс предполагает также разработку новых методов лечения в послеоперационном периоде, таких, как лимфостимулирующая и лимфотропная терапия.

Последняя создает высокую и длительную концентрацию препарата в очаге воспаления, пролонгирует переход препарата в ткань, нормализует иммунопозитивную и фильтрационную функцию лимфатических узлов [1, 6]. Кроме того, некоторыми исследователями, работающими в других областях медицины, была доказана эффективность обсуждаемого метода терапии при сравнении концентраций антибактериальных препаратов и различных путей их введения [7, 8].

Однако лимфотропная терапия в послеоперационном периоде при отогенных внутричерепных осложнениях ранее в клинике не проводилась.

Материалы и методы. С 2000 по 2008 гг. обследованы и пролечены 64 пациента с диагнозом отогенный абсцесс мозга в отделении хирургии головы и шеи Национального госпиталя МЗ КР. Из них у 25 наблюдался абсцесс мозжечка, у 39 – абсцесс полушарий мозга. По возрасту больные распределены следующим образом: от 14 до 20 лет – 10 человек, от 21 до 30 лет – 26, от 31 до 40 – 23, от 41 до 50 – 3, свыше 50 лет – 2 человека. Из них – 39 мужчин, 25 женщин.

Почти все больные поступали в клинику по поводу обострения хронического воспаления в среднем ухе (62), лишь двое – по поводу острого среднего отита. Хронический отит, осложненный холестеатомой, был у 35 больных, кариесом – у 29. После начала обострения хронического процесса в ухе в течение первых 5 дней поступило 25 больных, с 6 до 10 дней – 11, с 11 до 16 дней – 7, с 16 и выше – 21. У 31 пациента абсцесс мозга протекал с другими внутричерепными осложнениями: эпидуральный абсцесс был у пяти больных, синустромбоз – у пяти, гнойный менингит – у двадцати, субдуральный абсцесс – у одного. Состояние больных при поступлении было тяжелым, лишь трое пациентов поступили в удовлетворительном состоянии.

Общемозговые симптомы в виде резкой головной боли с локализацией на стороне процесса и рвота были у большинства больных. Изменения со стороны глазного дна наблюдались у 35 больных (застойные соски зрительных нервов – 23, начальная стадия застойного соска – 12), брадикардия – у пяти больных.

При абсцессе левой височной доли мозга (14 человек) амнестическая афазия наблюдалась у шести больных; амнестическая, сенсорная и моторная афазия – у одного. Гемипарез на стороне очага отмечалась у четырех больных. При абсцессе мозжечка спонтанный нистагм в сторону очага наблюдался у 18 больных, в обе стороны – у двух, расстройство координации движений – у трех, головокружение – у одного, амнестическая афазия – у одного.

Лабораторные и инструментальные методы исследования включали общий анализ крови, ликвора (по показаниям), бактериологическое исследование патологического отделяемого из уха, рентгенографию пирамиды височной кости по Шюллеру, Майеру, компьютерную томографию. Следует отметить, что метод компьютер-

ной томографии дает наиболее достоверную информацию о характере и распространенности патологического процесса, намного облегчая задачи хирурга. Кроме того, все больные были обследованы комплексно совместно с окулистом, невропатологом и нейрохирургом.

Методика лечения у всех больных была следующей: при постановке диагноза пациенту проводили радикальную общеполостную санитизирующую операцию на среднем ухе, после чего твердая мозговая оболочка обнажалась на значительном протяжении независимо от границ измененных участков кости и твердой мозговой оболочки. После предварительной пункции абсцесс вскрывали по игле, полость последнего расширялась, опорожнялась от гноя, после чего в полость вводили резиновую полоску и антибактериальный препарат.

Антимикробные препараты выбирали по результатам обследования, однако при поступлении больного назначали препарат эмпирически, исходя из спектра наиболее вероятных возбудителей и их способности проникать через ГЭБ. Антибактериальная терапия осуществлялась массивно с введением оптимальных доз. По показаниям назначалась также дезинтоксикационная, дегидратационная терапия. Для профилактики тромбозов все больные получали ацетилсалициловую кислоту перорально в дозе 0,25 г трижды в сутки. У части больных при сочетании абсцесса мозга с менингитом применяли люмбальную пункцию.

Наряду с общепринятой терапией, 20 пациентам получали лимфостимулирующую и лимфотропную терапии для устранения симптомов цитотоксического отека и восстановления лимфатического дренажного механизма мозга. Данную методику выполняли введением в межкостистые промежутки шейного и верхнегрудного отделов позвоночника лекарственной смеси, состоящей из лидазы, гидрокортизона и 0,25–0,5%-го раствора новокаина. Лидаза за счет повышения проницаемости стенки лимфатических капилляров в 5 раз ускоряет резорбцию высокомолекулярных веществ лимфатическими капиллярами. Малые концентрации новокаина и гидрокортизона повышают активность перистальтических движений лимфатических сосудов и способствуют проникновению глюкозы в мозг, что, в свою очередь, значительно улучшает обменные процессы в нейронах и способствует ускорению процессов восстановления воспаленной ткани. Лечение больных по методу не прямой лимфостимуляции начиналось в первые 1–3 дня

поступления в стационар сразу после уточнения клинического диагноза.

В результате проводимого лечения 64 больных получены следующие данные: из 39 больных абсцессом височной доли выздоровели 35, летальный исход – четыре пациента; из 25 больных абсцессом мозжечка – 23, и два соответственно.

Однако в группе пациентов, получавших комплексное лечение, включающее лимфостимулирующую и лимфотропную терапию, по сравнению с основной группой наблюдалось более раннее восстановление функции мозга. Афазия исчезла в ближайшие дни после операции у четырех больных, через три месяца – у одного; расстройство координации движений в раннем послеоперационном периоде – у трех. Один пациент с затянувшимся острым гнойным средним отитом поступил с диагнозом абсцесс височной доли мозга, однако процесс оказался обширным и множественным, и, несмотря на проведенное лечение, исход был неблагоприятным.

Таким образом, сочетание своевременного хирургического вмешательства, полноценного медикаментозного лечения и лимфостимулирующей и лимфотропной терапий может дать хорошие результаты и позволит сократить сроки восстановления функций мозга, значительно уменьшить время пребывания больного в стационаре при таких тяжелых и грозных заболеваниях, как отогенные абсцессы головного мозга.

Литература

1. Досова А.К. Клиническое и фармакокинетическое обоснование эффективности эндолимфонодулярной антибиотикотерапии при острых средних отитах: Автореф. дис... канд. мед. наук. – Астана, 2000. – 25 с.
2. Gupta V., Jain S. Meningitis with Bilateral Acute Suppurative Otitis Media caused by Group A Streptococcus // *Indian Pediatrics* 2005. – V. 42. – P. 79–80.
3. Sennaroglu I., Sozeri B. Orogenic brain abscess: review of 41 cases. *Otolaryngol Head Neck Surg*, 2000. – V. 123. – P. 751–755.
4. Wang Y., Kong W. Extracranial and intracranial complications of otitis media (with analysis of 60 cases) // *Journal of clinical otorhinolaryngology (China)*, 2003 May. – V. 17(5). – P. 283–284.
5. Насыров В.А., Изаева Т.А., Беднякова Н.Н., Дуганова Н.Д. К вопросу о реабилитации больных с отогенными внутричерепными осложнениями // *Матер. II съезда оторинолар. Кыргызской Республики*. – Бишкек, 2004. – С. 8–13.
6. Заречнова Н.Н., Песин Я.М. Возможности не прямой лимфостимуляции при лечении острых воспалительных заболеваний головного мозга // *Материалы научн.-практ. конф.* – Бишкек, 1998. – С. 37–38.
7. Песин Я.М., Габитов В.Х. Реабилитация двигательных нарушений при патологии спинного мозга с помощью метода не прямой лимфостимуляции // *Матер. II Чуйск. научн.-практ. конф.* – Бишкек. – 1996. – С. 21–25.
8. Песин Я.М. Пути оттока цереброспинальной жидкости в лимфатическое русло и методы лимфотропной терапии при заболеваниях нервной системы: Автореф. дис...канд. мед. наук. – Новосибирск, 1997. – 23 с.