

УДК 616'211 – 002.2 (575.2) (04)

РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Т.А. Изаева – канд. мед. наук, доц.

Н.Д. Дуганова – клин. ординатор

Н.Н. Беднякова – клин. ординатор

One of the main problems in present-day otolaryngology is diagnostics and therapy of intracranial complications. The problem is connected with difficult diagnostics, negative prognoses and possible lethal outcome.

Успехи технического обеспечения хирургических вмешательств, новые достижения в изучении причин и патогенеза гнойно-воспалительных заболеваний, появление высокоэффективных антибактериальных препаратов, средств патогенетического и симптоматического лечения, результаты терапии внутричерепных гнойно-воспалительных осложнений стали более результативными [1].

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. Смертность при отогенных менингитах и абсцессах мозга колеблется от 10% до 50% [2, 3]. Ряд авторов считают, что эти показатели практически не зависят от сроков выполнения хирургической санации очага воспаления, что подтверждено рядом клинических исследований.

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 (см. схему).

К 60-м годам XX века были заложены основные принципы патогенетического подхода в лечебной тактике ОВЧО и ее основные направления: дезинтоксикационная и дегидратационная терапия – иммунокоррекция и нормализация микроциркуляции в очаге воспаления.

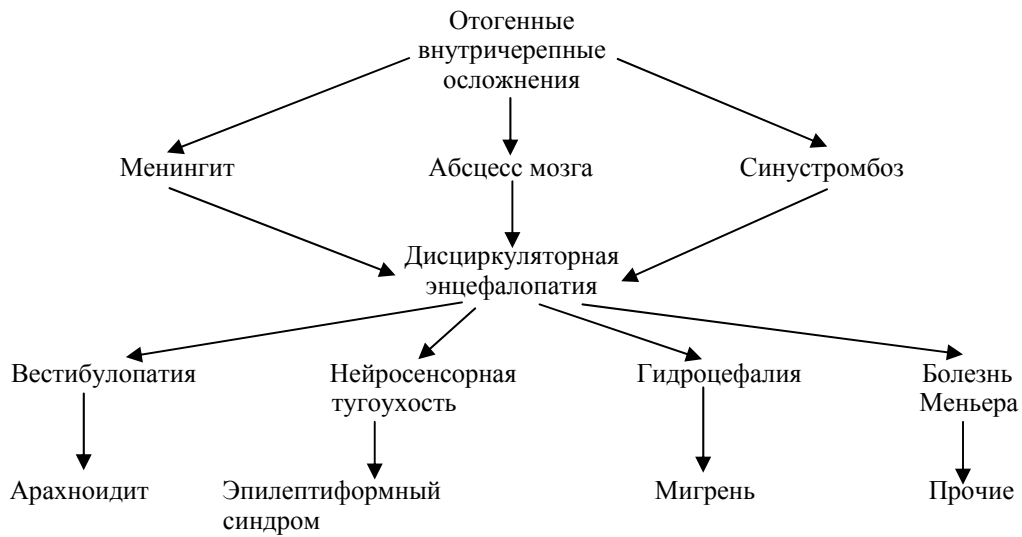
В настоящее время в связи с малой доступностью специализированной помощи в отдельных районах, ограниченной осведомленностью врачей общей практики, дороговизной медикаментов и транспортных расходов для значительного слоя населения высокая частота этих осложнений и их исходы приобретают особое значение [4].

Ниже приведены результаты наших исследований, которые апробированы на большом количестве больных с данным заболеванием.

Методы и материалы. Нами проанализированы истории болезни больных с интракраниальными отогенными осложнениями, пролеченными в ЛОР-отделении Национального госпиталя за 10 лет, для выяснения причины возникновения этих осложнений, развития заболевания и исход в зависимости от методов диагностики и тактики лечения.

Климат Кыргызстана характеризуется жарким летом. В некоторых же районах очень

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ



Возможные формы отогенных внутричерепных осложнений.

холодные и влажные зимы (Нарынская область). Вода в республике имеет высокую жесткость, маломинерализована, бедна биогенными веществами.

Неблагоприятные климатические условия играют определенную роль в вялом, затяжном течении отитов и развитии, в ряде случаев, осложнений, в том числе и внутричерепных. Все больные поступали из областей и районов республики и близлежащих районов Казахстана.

Нами проанализированы истории болезни больных, находившихся на лечении в ЛОР-отделениях республики по поводу острого среднего гнойного отита 1362 больных и с обострением хронического – 4028 человек. Из них с отогенными внутричерепными осложнениями было 134 человека, что составило 2,48% от общего числа больных с гнойными отитами. При острых отитах осложнения наблюдались у 32 больных (2,41%) и в 69 случаях при хронических (1,71%). При анализе истории болезни обращает внимание, что из года в год мало изменяется количество пролеченных больных с отитами, в то же время значительно колеблется число осложнений (от 0,8% до 4,5%). Возраст больных был от 5 до 69 лет, из них мужчин было 78, женщин – 56. Следует отметить, что женщины в основном были старше 40 лет, а мужчины почти равномерно распределялись

Больные с внутричерепными отогенными осложнениями

во всех возрастных группах, но все же несколько преобладал молодой возраст (см. таблицу).

На первом месте по частоте осложнений были менингиты и менингоэнцефалиты. В трех наблюдениях менингеальные симптомы появились спустя 2–3 ч. после признаков острого отита и осложнение развивалось столь бурно, что впервые же сутки это проявилось коматозным состоянием, (больные были доставлены в реанимационное отделение). Несмотря на срочное хирургическое вмешательство и интенсивную терапию исход был летальным. На секции у них был установлен менингоэнцефалит. Еще у двух мужчин гнойный менингит развился на фоне острого отита на вторые и третьи сутки заболевания. Состояние этих больных расценивалось как крайне тяжелое. Из них один больной погиб, другого удалось спасти. Во всех остальных наблюдениях интенсивная терапия с хирургической санацией оказалась успешной, все больные живы.

При хронических отитах в полостях среднего уха были грануляции, полипы, холестеатома, но отоскопическая картина отличалась. В одних случаях наблюдались обильные гнойные выделения на фоне выраженного воспаления, в других – изменения были незначитель-

Осложнения	Количество	%	Летальный исход
Острый средний отит			
Менингит, менингоэнцефалит	15	46,8	3 (9,37%)
Тромбоз сигмовидного синуса	3	9,3	
Абсцесс височной доли мозга	2	6,25	1 (3,12%)
Экстрадуральный абсцесс	11	28,2	
Субдуральный абсцесс	1	3,1	
Всего	32		4 (12,5%)
Хронический средний отит			
Менингит	28	40,5	1 (2,56%)
Тромбоз сигмовидного синуса	7	10,1	
Абсцесс височной доли мозга	6	8,6	3 (4,34%)
Абсцесс мозжечка	5	7,2	1 (1,44%)
Экстрадуральный абсцесс	21	30,4	
Субдуральный абсцесс	2	2,9	
Всего	69		5 (7,24%)

ные. Наряду с выраженными менингеальными симптомами у большинства больных наблюдалась головная боль разной интенсивности, температурная реакция, воспалительные изменения в крови, в единичных наблюдениях изменения на глазном дне, очаговые симптомы. Менингит сочетался в одном случае с тромбозом сигмовидного синуса, в трех – с экстрадуральными абсцессами. У двух больных экстрадуральный абсцесс развился после радикальной операции через 7 и 11 лет.

Второе место среди внутричерепных осложнений занимали экстрадуральные абсцессы. Во всех случаях острого заболевания среднего уха экстрадуральные абсцессы сочетались с мастоидитом. Длительность заболевания острым средним отитом была в пределах 1–2 месяцев. При хронических средних отитах экстрадуральные абсцессы диагностировались уже при хирургических вмешательствах, хотя у некоторых больных были симптомы – головная боль, температурная реакция, воспалительные изменения в крови, что расценивалось как обострение процесса в ухе. Во всех случаях воспаление было деструктивным (холестеатома). В 21 случаях экстрадуральные абсцессы локализовались в зоне сигмовидного синуса, у 4 сопровождалась лабиринтитом, у 3 – парезом лицевого нерва. В 3 наблюдениях имели место сочетание осложнений – экстрадураль-

ный и перисинуозный абсцессы, гнойный менингит, синустромбоз и абсцесс височной доли мозга. Эти больные поступили в отделение с обострением хронического отита и головными болями. Состояние их оценивалось как тяжелое. Уже в отделении у них появились менингеальные симптомы, а очаговые отсутствовали, и диагноз абсцесса височной доли был поставлен при компьютерной томографии головного мозга. Тромбоз сигмовидного синуса по частоте наблюдений как при острых, так и при хронических отитах встречался несколько реже (третье место). При острых отитах наблюдалось сочетание тромбоза сигмовидного синуса с перисинуозными абсцессами. Выраженность всех клинических проявлений была манифестной: септическая температура с потрясающими ознобами, местные изменения со стороны уха и сосудисто-нервного пучка, а также воспалительные изменения в периферической крови. При хронических отитах у 7 человек имел место синустромбоз (в 2 случаях диагноз был поставлен во время хирургического вмешательства по поводу эпителимпанита). Все больные после операции выздоровели.

У одного больного с затянувшимся острым гнойным средним отитом нами был обнаружен обширный абсцесс височной доли мозга и, несмотря на проводимую терапию, исход оказался летальный. У 11 человек с хрониче-

скими отитами были диагностированы абсцессы мозга. При локализации процесса в височной доле мозга у трех пациентов абсцессы были множественными. Проведенное лечение в этих случаях оказалось неэффективным. Остальные 9 больных, прооперированные в ЛОР-отделении и отделении нейрохирургии, выздоровели.

При абсцессе мозжечка наблюдались трудности в диагностике: у одной больной в период госпитализации при отсутствии сознания и анамнестических данных только на 5-е сутки появились мозжечковые симптомы на фоне общего тяжелого состояния. При оперативном вмешательстве у нее были обнаружены множественные абсцессы мозжечка, которые нами дренировались в операционную полость. Несмотря на тяжесть течения, больная поправилась. У другого больного на фоне хронического отита рецидивировал гнойный менингит, развился сепсис и только на секции был обнаружен множественный абсцесс мозжечка.

Все больные с подозрением на внутричерепные осложнения обследовались хирургом, невропатологом, окулистом и терапевтом. Проводилось рентгенографическое исследование височных костей, ЭЭГ, ангиография, КТ и МРТ, исследования крови, ликвора. Хирургическое вмешательство зависело от характера процесса в ухе и сопровождалось широким обнажением мозговых оболочек средней и задней черепных ямок. Хирургическое лечение сочеталось с широким применением антибиотиков внутримышечно и внутривенно (пенициллин, кефзол, клафоран, цефалоспорин и др.) и сульфаниламидов. Эндолюмбально антибиотики вводились по показаниям. Активно проводилась дезинтоксикационная (гемодез, реополиглюкин, раствор Рингера, глюкоза), противоотечная (лазикс, манитол), гипосенсибилизирующая и витаминотерапия. В случаях обнаружения абсцесса, последний дренировался с ежедневным промыванием его полости [5–7]. В тяжелых случаях больные находились в палате интенсивной терапии отделения реанимации. По нашим данным, летальный исход интракраниальных осложнений при острых отитах составил 12,5%, в трех случаях хронического процесса – 5,7%.

На основании проведенных исследований установлено, что количество отогенных внутричерепных осложнений не уменьшается, хотя имеются успехи технического обеспечения хирургических вмешательств, новые достижения в диагностике (КТ, МРТ). При хронических отитах преобладают отогенные внутричерепные осложнения. Использование в последние годы высокоэффективных антибактериальных препаратов в лечении острых отитов приводит к атипичному течению ОВЧО. Настораживает появление молниеносных форм ОВЧО. Недостаточно разработана патогенетически обоснованная адекватная медикаментозная и реабилитационная терапия больных с ОВЧО в послеоперационном периоде, направленная на профилактику поздних и отдаленных осложнений нейросенсорного характера, ликвородинамических и цереброваскулярных нарушений.

Литература

1. Шевченко Т.И. Клинико-лабораторные показатели и принципы интенсивной терапии при отогенных и риногенных внутричерепных осложнениях и сепсисе: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Киев, 1988. – 20 с.
2. Левит А.Л. и др. Шкала оценки полиорганной дисфункции у хирургических больных // Анестезиология и реанимация. – 2000. – №3. – С. 26–28.
3. Погосов В.С. Рецензия на клинические лекции по оториноларингологии Солдатова И.В. // Вестник оториноларингологии. – 1993. – №4. – С. 57–59.
4. Воронкин В.Ф. Современные аспекты клиники, диагностики и лечения отогенных внутричерепных осложнений: Автореф. дис. ... мед. наук. – М., 1994. – 37 с.
5. Солдатов И.В. Клинические лекции по оториноларингологии. – М., 1990. – 93 с.
6. Насыров В.А. и др. К вопросу о реабилитации больных с отогенными внутричерепными осложнениями // Материалы второго съезда оториноларингологов Кыргызской Республики. – Бишкек, 2004. – С. 8–13.
7. Шпотин А.Г. Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2002. – №3. – С. 106–108.