



При такой схеме обследования максимально учитываются лица с нарушениями слуха, причем у подавляющего числа диагностируется тугоухость I–II степени, что позволяет проводить необходимое лечение, предупреждая тем самым прогрессирование процесса и, следовательно, инвалидизацию больных.

В России наблюдается тенденция к росту числа людей, страдающих сенсоневральной тугоухостью и глухотой. Основным способом реабилитации данной категории больных является слухопротезирование. По данным Федерального научно-практического центра медико-социальной экспертизы и реабилитации инвалидов больше всего в технических средствах реабилитации нуждаются инвалиды, страдающие заболеваниями ушей (94,7%).

Для уточнения потребности инвалидов по слуху в слуховых аппаратах и обеспеченности ими в 2006 году нами был сделан запрос во все сурдологопедические кабинеты России. Ответ получен из 64 кабинетов. На 1 января 2006 года в данных кабинетах состояло на учете инвалидов по слуху 42 255 чел. В течение указанного года из этого числа было протезировано только 30.936 чел., из них бинаурально – 1 176.

Отмечается тенденция к увеличению числа инвалидов по слуху, состоящих на учете в специализированных кабинетах. Так, на 1 января 2007 года в указанных кабинетах состояло уже 58.643 чел.

Таким образом, внедрение в регионах разработанного метода скрининга случайной совокупности людей позволит наладить раннюю диагностику нарушений слуха у лиц старшего возраста и их учет, что даст возможность провести им своевременную, адекватную реабилитацию, уменьшит социальные конфликты (возможность посещать кинотеатры и театры, смотреть телевизор, не вызывая раздражение у членов семьи, возможность разговаривать по телефону, слышать телефонные и дверные звонки), сохранить профессиональную пригодность.

УДК: 616. 216–002–06–089

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ БОЛЬНЫХ РИНОСИНУСОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ ПРИ РАЗЛИЧНЫХ ВАРИАНТАХ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ЗАБОЛЕВАНИЯ

А. Н. Зинкин

*Кубанский государственный медицинский университет, г. Краснодар
(Зав. каф. ЛОР-болезней – проф. Ф. В. Семенов)*

Статистические данные о частоте и характере риносинусогенных осложнений у детей имеют существенные различия [2, 3, 4]. С. З. Пискунов и соавт. [7], приведя результаты 15-летних наблюдений за больными с такого рода осложнениями, подчеркивают, что большую часть из них (67%) составляют дети.

Формы интракраниальной риносинусогенной патологии в детском возрасте разнообразны и отличаются друг от друга по клиническим проявлениям. Причины, приводящие к проникновению инфекции из пазух в полость черепа, также многообразны и включают возрастные анатомо-физиологические особенности данной области, вирулентность флоры, состояние местной и общей реактивности организма [1, 5, 9, 11].

Важнейшую роль в патогенезе синусогенных интракраниальных осложнений играют возрастные анатомо-топографические особенности околоносовых синусов, их тесное соседство с полостью черепа, в частности с важнейшими образованиями передней и средней черепных ямок. Усиленное развитие лобного синуса, а так же венозной и диплоэтической систем в возрасте от 7 до 20 лет являются причиной того, что нарушение дренажа данной пазухи – самый частый фактор развития внутричерепных осложнений у молодых людей и подростков.



М. Я. Козлов [6] утверждает, что инфекция может распространяться непосредственно по венозным сосудам через систему анастомозов вен глазницы, крыловидно-небной ямки, кавернозный и верхний сагиттальный синусы, но чаще источником распространения патологического процесса являются инфицированные тромбы, поражающие диплоэтические вены и проникающие в венозные сосуды твердой мозговой оболочки. Контактный путь распространения инфекции в полость черепа при синуситах имеет место, как правило, при хронических воспалительных заболеваниях околоносовых пазух. При этом инфекционный агент попадает в глазницу или полость черепа в результате разрушения костных стенок.

Развитие внутричерепного осложнения нередко сопровождается выраженной интоксикацией, поражением жизненно важных органов и систем, в виде их дисфункции или недостаточности, которые нередко, при отсутствии своевременной помощи, приводят к летальному исходу.

Хирургическое лечение при данной патологии в первую очередь направлено на удаление первичного гнойного очага в околоносовых синусах и полости черепа. Сохраняющаяся, не смотря на все достижения современной медицины, высокая летальность при риносинусогенных внутричерепных осложнениях делает проблему лечения их весьма актуальной.

Целью настоящей работы было изучение непосредственных и отдаленных результатов лечения внутричерепных риносинусогенных осложнений у детей и подростков за 15 лет.

Материал и методы. Проанализировано 47 историй болезни пациентов в возрасте от 1 месяца до 17 лет, лечившихся в 1993 по 2007 годах в ЛОР-отделении детской краевой клинической больницы г. Краснодара.

Острые синуситы явились основной причиной внутричерепных осложнений в 43 случаях, причем к особенностям этих осложнений следует отнести вовлечение в процесс нескольких пазух почти у 90% детей.

Клиническими вариантами внутричерепных осложнений у подавляющего большинства детей были гнойные формы этой патологии (экстрадуральный абсцесс – 5, менингит (в 2-х из 9 случаев серозный), менингоэнцефалит – 6, субдуральная эмпиема – 12, тромбоз кавернозного синуса – 8, абсцесс головного мозга – 7).

Из особенностей клинического течения осложнений следует указать на весьма быстрое (в течение нескольких часов) нарастание, прежде всего, менингеальных симптомов. У каждого четвертого из пациентов установлены патологические рефлексy, наблюдаемые при поражении пирамидных путей, а 5 детей имели явления моторной афазии.

При менингоэнцефалите, помимо менингеальных симптомов, наблюдали центральный парез лицевого нерва, гемипарез и др., что потребовало (особенно в сочетании менингоэнцефалита с субдуральной эмпиемой) дифференциальной диагностики с абсцессом головного мозга.

Субдуральная эмпиема патогенетически сочеталась с другими заболеваниями (менингит, менингоэнцефалит, тромбоз кавернозного синуса). В соответствии с рекомендациями E. Lang et al. при подозрении на субдуральную эмпиему в экстренном порядке всем больным проводили КТ-исследование головного мозга, параназальных синусов и орбиты [10].

У 5 из 7 детей с абсцессом лобной доли был острый гнойный полисинусит, что подтверждает мнение К. К. Brook, E. M. Friedman, подчеркивавших, что в последние годы у детей чаще встречаются абсцессы мозга и возникают они при острых гайморитомидитах [8]. Клиническая картина заболевания у всех пациентов складывалась из общеинфекционных и общемозговых признаков, колеблясь от недомогания до проявлений тяжелой интоксикации. В цереброспинальной жидкости в большинстве случаев констатировали повышенное давление (6), увеличение количества белка (7) и небольшой лимфоцитарный плеоцитоз (5). Решающую диагностическую ценность показало КТ-исследование.

Тромбоз кавернозного синуса является одной из самых тяжелых форм риногенной интракраниальной патологии. Наиболее значимыми симптомами, помимо общесептических, были экзофтальм, вначале односторонний, а потом двусторонний, отек век, хемоз. На глазном дне – застой и тромбоз вен сетчатки, отек зрительного нерва. Отмечено резкое ограничение подвижности и даже полная неподвижность глазных яблок.



Санация первичных гнойных очагов при риносинусогенных внутричерепных осложнениях осуществлялась путем экстренной операции на пораженной пазухе (пазухах). Хирургическая тактика определялась характером и распространенностью патологического процесса.

В 43 (из 47) случаях проведена экстраназальная этмоидо-, гайморо- и/или фронтотомия с широким обнажением твердой мозговой оболочки (ТМО) передней черепной ямки вначале в области задней стенки лобной пазухи, а затем в направлении основания передней черепной ямки. Такая последовательность значительно облегчала обнажение ТМО и предупреждала повреждение ситовидной пластинки решетчатой кости. Обнажение мозговой оболочки до границ со здоровыми тканями (в случае обнаружения изменений на ней) позволяет прервать сосудистые и нервные связи, существующие между синусами и мозговыми оболочками, оценить состояние самой твердой мозговой оболочки, а именно: ее цвет, наличие или отсутствие фибринозных или гнойно-некротических налетов, грануляций, пульсации, выявить и вскрыть экстрадуральный гнойник, иногда обнаружить свищ, ведущий в субдуральное пространство. При повышенном внутричерепном давлении такое обнажение оболочки позволяет осуществить декомпрессию, а при подозрении или наличии клинических признаков абсцесса головного мозга в него можно проникнуть, произведя пункцию или рассекая ТМО в данном участке.

У 12 (из 43) пациентов произведено полное удаление церебральной стенки пораженного лобного синуса с тщательным удалением слизистой оболочки лобной пазухи. С целью косметической коррекции у 2-х (из 12) пациентов произведена пластика лицевой стенки лобной пазухи пластинами из никелида титана (рис. 1).

В 3-х случаях церебральная стенка лобной пазухи не удалялась, а ликвидация гнойника в полости черепа осуществлялась нейрохирургом посредством дополнительного доступа со стороны черепа. Оториноларингологическое и нейрохирургическое пособие при этом осуществлялось одновременно.

У одного пациента с серозным менингитом и односторонним фронтитом санация очага гнойного воспаления достигнута методом трепанопункции пораженной пазухи и системной антибактериальной терапией.

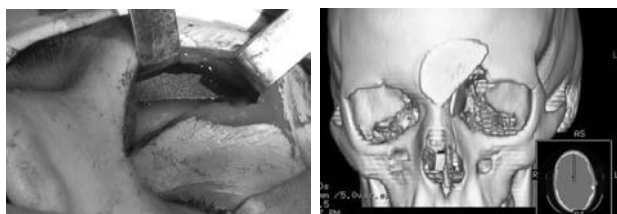


Рис. 1. Закрытие дефекта лицевой стенки лобной пазухи пластиной из никелида титана.

После проведения хирургического вмешательства, всем больным проводили комплексное медикаментозное лечение в отделении интенсивной терапии под контролем витальных функций. Как правило, антибиотики назначались эмпирически, при этом охватывался весь спектр возможных возбудителей, и учитывалось проникновение препарата через гематоэнцефалический барьер.

Непосредственные результаты лечения оказались оптимистичными, 44 человека выздоровели и лишь у 3-х пациентов констатирован неблагоприятный исход (2 умерли, у 1 вегетативное состояние (апалический синдром)). Качество жизни при выписке было снижено у 8-х из выздоровевших: у 4-х сохранялись неврологические нарушения в виде гемипареза, у 3-х имели место нарушения речи, 1 страдал булимией и снижением интеллекта, и у 1 отмечалась назолликворея.

Отдаленные результаты изучены у 42 из 47 человек находившихся под наблюдением. У 31 больного – путем непосредственного клинического наблюдения, и у 11 пациентов – посредством анкетирования (по разработанной нами анкете).



В результате проведенного анализа отмечено, что у 7 человек через 3–10 (в среднем – 5,7) лет возник рецидив фронтита, потребовавший реоперации на лобной пазухе. У этих пациентов имелся рубцовый стеноз носолобного соустья. Мукопиоцеле лобной пазухи с полной облитерацией носолобного соустья, потребовавшее проведения реоперации, зарегистрировано у 3 человек.

Лишь у пациентов с тотальной резекцией церебральной стенки лобной пазухи и тщательным удалением слизистой оболочки лобной пазухи, не отмечено ни одного рецидива синусита. При осмотре через 1 год и более у них не найдено признаков синусита, а при КТ исследовании установлена краниализация лобной пазухи (рис. 2). Пластика лицевой стенки, проведенная у 2-х пациентов пластинами из никелида, позволила добиться хороших косметических результатов у всех пациентов этой группы.

Во всех случаях с диагностированной при выписке остаточной неврологической симптоматикой, указанные симптомы полностью регрессировали в течение года.

Пациент с апаралитическим синдромом умер через год из-за сформировавшейся у него полиорганной недостаточности.

У больного с назоликвореей развился рецидивирующий риногенный менингит, который потребовал проведения пластики основания черепа с закрытием ликворного свища. Указанная операция, проведенная совместно с нейрохирургом, привела к полному выздоровлению.

Таким образом, проведенное исследование показало, что своевременное проведение радикальной расширенной операции при риносинусогенных внутричерепных осложнениях позволяет добиться у 96% пролеченных благоприятного исхода. Однако анализ отдаленных результатов показал несовершенство указанного вида вмешательств на лобной пазухе, нередко приводящих к формированию «болезни оперированной пазухи», которая значительно снижает качество жизни пациентов.

Тотальная резекция церебральной стенки, сочетающаяся с тщательным удалением слизистой оболочки лобной пазухи и при необходимости пластикой лицевой стенки пластинами из никелида титана, дает наилучшие результаты в лечении рассматриваемой категории больных. По нашему мнению подобная хирургическая тактика является эффективным и перспективным методом позволяющим добиться не только хороших непосредственных результатов лечения, но и позволяющим избежать развития болезни оперированной пазухи.

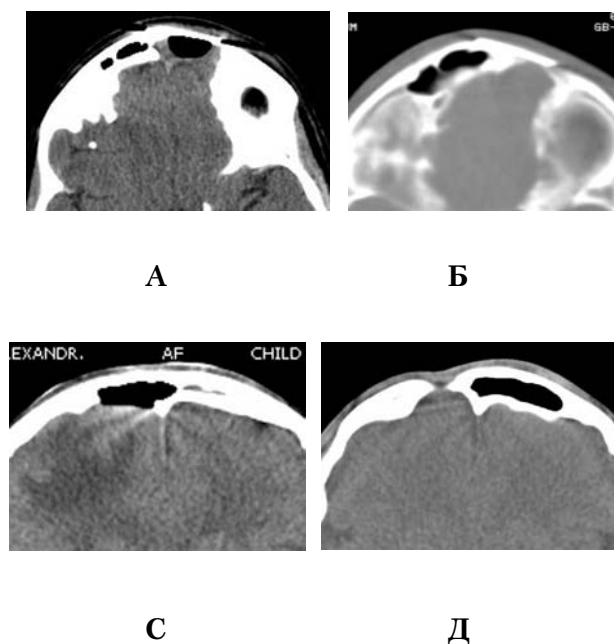


Рис. 2. Краниализация лобной пазухи после проведения фронтотомии с полным удалением церебральной стенки. КТ-граммы больного И.

Примечание: А и Б – КТ-граммы больного Л. /с пластикой передней стенки лобной пазухи пластиной из никелида титана /А – при выписке, Б – через 1 год после операции.

С и Д – КТ-граммы больного И. / без пластики передней стенки лобной пазухи / С – при выписке, Д – через 3 год после операции).



ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М. Р. Риносинусогенные внутричерепные осложнения и их диагностика на современном этапе. / М. Р. Богомилский, В. Р. Чистякова Детская оториноларингология. – М.: Гэотар-Мед, 2001. – 430 с.
2. Воронкин В. Ф. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. / В. Ф. Воронкин, М. М. Сергеев – Краснодар. – 2000. – 175 с.
3. Гаращенко Т. И. Диагностика и лечение орбитальных осложнений острых и хронических синуситов у детей. / Т. И. Гаращенко, А. П. Китайгородский // Рос. ринол. – 1996. – №2–3. – С. 74.
4. Дерюгина О. В. Проблемы диагностики риносинусогенных орбитальных и внутричерепных осложнений. / О. В. Дерюгина, Ф. И. Чумаков, Л. Ю. Мусатенко Оториноларингология на рубеже тысячелетий / Мат. XVI съезда оториноларингологов РФ. – СПб.: РИА-АМИ, 2001. – С. 557–559.
5. Киселев А. С. Зрительные и внутричерепные осложнения сфеноидитов. / А. С. Киселев, Л. М. Ковалева // Новости оторинолар. и логопатол. – 2002. – №1. – С. 8–14.
6. Козлов М. Я. Воспаление придаточных пазух носа у детей. / М. Я. Козлов – Л.: Медгиз, 1985. – 206 с.
7. Пискунов С. З. Риногенные внутричерепные и орбитальные осложнения. / С. З. Пискунов, И. В. Тарасов, И. Г. Медведкова и др. // Рос. ринология. – 1995. – №2. – С. 48–49.
8. Brook K. Intracranial complications of sinusitis in children. / K. Brook, E. M. Friedman // Ann. Otol. – 1982. – V. 91. №1. – P. 41–49.
9. Hoshino T. Clinical and bacteriological features of six cases with intracranial abscess in childhood. / T. Hoshino, A. Nakamura // Kansenshogaku Zasshi. – 2002. – Vol. 76, №2. – P. 83–88.
10. Intracranial complications of acute frontal sinusitis. / E. E. Lang, A. J. Curran, N. Patil et al. // Clin. Otolaryngol. – 2001. – Vol. 26, №6. – P. 452–457.
11. Subdural empyema secondary to sinusitis: four pediatric cases. / J. P. Oliveira Monteiro, A. L. Duarte Teles, M. L. Silva Goncalves et al. // Rev. Neurol. – 2002. – Vol. 35, №4. – P. 331–336.

УДК: 616. 284/. 288–613. 62–057(575)

ЗАБОЛЕВАЕМОСТЬ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА У РАБОТНИКОВ ЭНЕРГЕТИЧЕСКОЙ ПРОМЫШЛЕННОСТИ УЗБЕКИСТАНА

Г. С. Карабаева

Мед. сан. часть УП Узэлектросеть ГАК Узбекэнерго

(Главный врач – А. Р. Иногамов)

Заболевания уха широко распространены среди жителей различных социальных и возрастных групп географических широт, стран и континентов [12, 14]. Острые и обострения хронических заболеваний наружного и среднего уха обычно возникают в осенне-весенний период и сопровождают вирусные сезонные заболевания [13, 3]. Ухудшение экологической обстановки отрицательно влияет на защитные силы организма, что способствует росту уровня распространенности болезней уха [8]. В патогенезе этих заболеваний кроме инфекционного агента ведущая роль принадлежит иммунной системе слизистых оболочек уха, носа и горла, а также общим реакциям гуморального и клеточного иммунитета [4, 5].

Условия труда различных профессиональных групп также являются фактором, способствующим возникновению острых и формированию хронических заболеваний уха [1, 6, 9]. Данные профилактических осмотров рабочих профессионально вредных производств показали, что распространенность этой патологии возрастает с увеличением стажа работы и зависит от рода профессиональной деятельности [7, 10]. Именно отологические заболевания являются не только одной из основных причин временной нетрудоспособности, но и профессиональной непригодности, что, совершенно понятно, отрицательно сказывается как на показателях трудового коллектива вообще, так и на судьбе каждого работника в частности [11, 2].

В связи с этим изучение причин возникновения воспалительных заболеваний уха в различных климатических и производственных условиях, определение уровня распространенности острых и хронических процессов в нем, а также разработка способов их профилактики является на сегодняшний день весьма актуальной проблемой.