



Бойко Светлана Григорьевна, кандидат медицинских наук, зав. курсом ЛОР-болезней Коми филиала ГОУ ВПО «Кировская государственная медицинская академия» в г. Сыктывкаре. 167000, г. Сыктывкар, ул. Бабушкина, 11, Тел./факс: 8-8212-24-50-75; istok11@rol.ru; **Канева** Анастасия Михайловна, кандидат биологических наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74;факс: 8-8212-44-78-90; amkaneva@mail.ru; **Потолицина** Наталья Nikolaevna, кандидат биологических наук, ст. н. с. отдела экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел: 8-8212-24-14-74;факс: 8-8212-44-78-90; potol_nata@list.ru ; **Бойко** Евгений Рафаилович, доктор медицинских наук, профессор, заведующий отделом экологической и социальной физиологии человека Учреждения Российской академии наук Института физиологии Коми научного центра Уральского отделения РАН. 167982 г. Сыктывкар, ул. Первомайская, д. 50. тел. 8-8212-24-14-74;факс: 8-8212-44-78-90; erbojko@physiol.komisc.ru; **Янов** Юрий Константинович, доктор медицинских наук, профессор, Засл. врач РФ, Директор Санкт-Петербургского НИИ ЛОР. 190013, СПб.: ул. Бронницкая,9. тел 8-812-316-22-56, e-mail: lor-obchestvo@bk.ru

УДК: 616. 28-002. 3-085

О НЕРЕШЕННЫХ ВОПРОСАХ ПРОБЛЕМЫ ГНОЙНО-СЕПТИЧЕСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ УШНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ

Г. А. Гаджимирзаев

ABOUT NOT SOLVED QUESTIONS OF THE PROBLEM
OF IS PURULENT-SEPTIC COMPLICATIONS OF THE EAR ORIGIN

G. A. Gadzhimirzaev

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

На основании анализа 332 историй болезней, больных леченых в клинике болезней уха, горла и носа Дагестанской государственной медицинской академии с 1970 по 2010 г. г. с диагнозом отогенное внутричерепное осложнение, автор критически оценивает некоторые положения по указанной проблеме. Подчеркивается, что со временем внедрения в широкую врачебную практику антибиотиков и их нерациональное применение, особенно на догоспитальном этапе, привело к учащению случаев с малосимптомными, атипичными клиническими проявлениями ОВО, что усложняет лечебно-диагностический процесс.

Ключевые слова: гнойный средний отит, осложнения отитов, современное течение ОВО, лечение.

Библиография: 11 источников.

On the basis of the analysis of 332 stories of illnesses of patients of illnesses of an ear treated in clinic, a throat and a nose of the Dagestan state medical academy with 1970 on 2010 with the diagnosis intracranial complication, the author critically estimates some positions on the specified problem.

It is underlined that since introduction in wide medical practice of antibiotics and their irrational application, especially on to a hospital stage has led to increase of supervision with atypical clinical displays that complicates medical-diagnostic process.

Key words: pus an average otitis, otitis complications, the modern trend, treatment.

Bibliography: 11 sources.

Проблема отогенных внутричерепных осложнений (ОВО) остается одной из актуальных, поскольку наибольшая летальность среди ЛОР-больных в современных условиях наблюдается при вне- и внутричерепных осложнениях ушного происхождения. До внедрения в практику сульфаниламидов и антибиотиков более 25% стационарных больных оториноларингологического профиля составляли лица с отогенными осложнениями (3, 4, 5).



Значительные успехи в области клинической медицины и медицинской технологии, в частности внедрение в практическое здравоохранение антибиотиков, а также УЗИ, КТ, МРТ и др. за последние несколько десятилетий позволило значительно снизить частоту отогенных осложнений, улучшить их диагностику и уменьшить летальность.

Наряду с достижениями все чаще стали появляться сведения, указывающие на ряд особенностей течения отогенных гнойно-септических осложнений, не свойственные доантибиотиковому периоду: стертье, атипичность, малосимптомность клинических проявлений и связанные с этим трудности в диагностике и дифференциальной диагностике различных вариантов отогенных осложнений и, соответственно, несвоевременное оказание больным специализированной врачебной помощи[1, 7, 8]

Пациенты и методы. Под нашим наблюдением находилось 332 больных с различными формами отогенных внутричерепных осложнений, поступивших в клинику детской и взрослой оториноларингологии с усовершенствованием врачей Дагестанской государственной медицинской академии в период с 1970 по 2010 годы.

До госпитализации в ЛОР-клинику 198 (60%) из 332 больных от 4 до 26 дней лечились в домашних условиях антибиотиками, анальгетиками, антигистаминными препаратами, ушными каплями, прикладыванием тепла на область больного уха; отдельные пациент получали физиотерапевтическое лечение. У этой категории больных часто наблюдалась нормальная или субфебрильная температура, практически неизмененные или малоизменные показатели крови и мочи, что приводило к определенным трудностям в диагностическом процессе.

Таблица

Характер отогенных внутричерепных осложнений по материалам ЛОР-клиник Дагмедакадемии (1970–2010)

Варианты внутричерепных осложнений	Число больных	Дети	Взрослые	Летальный исход
Изолированный наружный пахименингит (экстрадуральный абсцесс)	68(20,4%)	3	65	-
Гнойный менингит (менингоэнцефалит)	48(14,5%)	15	33	7
Тромбоз сигмовидного синуса(отогенный сепсис)	56(16,8%)	17	39	1
Абсцесс височной доли мозга	12(3,6%)	4	8	2
Менингит+тромбоз сигмовидного синуса	50(15%)	11	39	2
Абсцесс височной доли мозга+менингит	42(12,6%)	7	35	6
Абсцесс височной доли мозга+менингит+тромбоз сигмовидного синуса	36(10,8%)	7	29	9
Абсцесс мозжечка+тромбоз сигмовидного синуса	10(3%)	2	8	2
Тромбоз сигмовидного синуса+экстрадуральный абсцесс	10(3%)	4	6	-
Итого:	332(100%)	70(20,9%)	262(79%)	29(8,7%)



По настоящее время дискуссионным остается вопрос о том, следует ли прибегать к повторным пункциям спинномозгового канала с последующим введением антибиотика в субарахноидальное пространство при гнойном отогенном менингите.

При тяжелом течении менингита или при его сочетании с другой отогенной интракраниальной патологией, а также при отсутствии заметных положительных клинико-лабораторных сдвигов в течение 4–7 суток от внутримышечного и внутривенного введения антибиотиков и других антибактериальных препаратов в мегадозах, мы считаем показанной пункции и введение антибиотиков в спинномозговой канал. Опыт работы убедил нас в клинической целесообразности повторного введения антибиотика в субарахноидальное пространство при ОВО.

Наши исследования подтверждают мнение современных авторов о том, что в нынешних условиях чаще стала наблюдаться множественная внутричерепная патология отогенной природы, когда развивается не одна, а целый комплекс ОВО. У этой группы больных отмечался маскирующий эффект признаков абсцесса симптомами других грозных внутричерепных осложнений, главным образом менингоэнцефалита, что приводило к диагностическим трудностям и ошибкам. В ряде случаев подобные больные первично были госпитализированы в непрофильные стационары.

В доантибиотиковую эру прорыв абсцесса мозга в желудочки считался во всех случаях смертельным осложнением. В связи с применением антибиотиков количество сообщений о выздоровлении подобных больных увеличилось [2, 6]. Среди наших наблюдений прорыв абсцесса мозга в желудочки отмечен у 6 больных с абсцессами височной доли, двое из которых скончались. Из числа умерших, одного доставили в клинику через 34 часа после первых признаков прорыва абсцесса мозга, а второго – через 2-е суток.

Для дренажа отогенного абсцесса мозга оториноларингологии пользуются разнообразными способами с применением металлических, стеклянных, резиновых и пластмассовых трубочек и перчаточной резины. Однако, при дренировании указанными методами недостаточно эффективен отток гноя, и нередко образуются карманы, отроги, сращения с задержкой гноя с формированием дочерних абсцессов. Поэтому продолжаются поиски более надежных способов дренажа абсцессов мозга.

В ЛОР-клинике Дагмедакадемии более 40 лет успешно применяется оригинальный способ дренирования абсцесса мозга комбинированным тампоном-дренажом, известным в хирургии как «сигарный». В качестве наружной оболочки «сигарного» тампона-дренажа хирурги используют перчаточную резину, а наша клиника – резиновую детскую соску или резиновый колпачок от пипетки с вырезанными отверстиями. Просвет заполняется марлевыми турундами или кусочками поролона. За период применения «сигарного» тампона-дренажа не было ни одного случая формирования дочерних абсцессов и иных осложнений.

Большинство больных с тромбофлебитом поступило в клинику в среднетяжелом или тяжелом состоянии, нередко со стертый клинической картиной. Выраженность местных и общих симптомов и жалоб в большей степени была связана с предшествующим лечением. Желтушность склер и аспидный цвет лица, описываемые у больных доантибиотиковой эры, мы ни разу не наблюдали. Повышение температуры тела, доходившей до 41,8° С, являлась одним из характерных признаков отогенного синустромбоза в доантибиотиковую эру. Подъем температуры до 39–40° С отмечался у 63(38,8%) наших больных. У этих больных, кроме синустромбоза, были диагностированы и другие внутричерепные осложнения. У 77 (47,5%) пациентов, в том числе при сочетанной внутричерепной патологии, наблюдали лихорадку с подъемом температуры от 37,5° С до 38,5° С, у остальных 20 (12,3%) она была или нормальной (у 12) или субфебрильной (у 8). Классическим считается высокий подъем температуры тела, сопровождающийся потрясающими ознобами. В современных условиях повторные ознобы (до 6–8 раз в сутки) стали редкими проявлениями отогенного тромбофлебита. В историях болезней наших больных лишь у 14 (8,6%) лиц зафиксированы 1–2 кратные ознобы с потоотделением.

Обобщив показатели красной и белой крови у больных с тромбофлебитом сигмовидного синуса и сопоставив их с показателями, приведенными у пациентов, лечившихся без при-



менения антибиотиков [9, 11], мы отметили, что ни у одного больного лейкоцитоз не доходил выше 30000, не было также резко выраженной анемии.

Патогномоничные местные признаки отогенного тромбофлебита сигмовидного синуса (болезненность сосцевидного отростка при надавливании, симптомы Гризингера и Уайтинга), которые наблюдались у 50–90% больных доантибиотиковой эры [10], в современных условиях встречаются значительно реже. По материалу нашего исследования, признак Гризингера обнаружен у 32 (20%), а Уайтинга – у 41 (25%) больного.

Вопрос об объеме хирургического вмешательства при тромбозе сигмовидного синуса и внутренней яремной вены до сих пор окончательно не решен. Мы, как и большинство отиатров антибиотиковой эры, придерживаемся тактики радикального удаления тромба с обоих концов синуса. Вместе с тем мы не являемся сторонниками обязательного получения кровотечения из дистального конца синуса во время санирующей операции на ухе. В случаях отсутствия кровотечения со стороны луковицы яремной вены вопрос дальнейшей тактики лечения больного решаем в ближайшие 1–3 суток после операции. Удаление нагноившейся части тромба в комбинации с послеоперационной комплексной терапией, по нашим наблюдениям, нередко приводит к благоприятному конечному результату. И, наоборот, нам приходилось оперировать больных повторно из-за продолжающейся картины тромбофлебита и сепсиса. Исходя из собственного опыта и литературных сообщений, мы выработали тактику «шаг за шагом», согласно которой, если на фоне интенсивной терапии у больного с частично удаленным тромбом продолжается клиника сепсиса или выявляются другие признаки тромбофлебита внутренней яремной вены, производим повторную операцию с ревизией венозного сосуда на шее.

Отечественные оториноларингологи придерживаются мнения, согласно которому больных с ОВО следует подвергать неотложному оперативному вмешательству в ближайшие часы после поступления в стационар. Этим положением руководствуется и наша клиника. Однако, после выделения в самостоятельную клиническую дисциплину раздела практической медицины «Анестезиология, реанимация и интенсивная терапия», открытие специализированных отделений этого профиля при многопрофильных больницах и внедрение в лечебную практику высокоеффективной реанимационной программы с использованием методов интенсивной терапии, мы внесли определенные корректизы в вышеназванное положение. В частности, при сопорозном состоянии больного и высоком индексе анестезиологического риска (нарушение функций ряда жизненно важных органов, наличие декомпенсированных сопутствующих соматических заболеваний и др.) больные в течение 24–72 часов находятся в отделении интенсивной терапии и реанимации, где они получают адекватную тяжесть состояния терапию под постоянным врачебном наблюдением и аппаратным мониторингом с целью вывести пациента из токсико-инфекционного шока и улучшения функциональной деятельности головного мозга.

Заключение. На основании опыта работы нашей клиники за последние 15–20 лет можно говорить о том, что у больных с ОВО, находящихся в критическом состоянии, проведение интенсивной терапии в дооперационном периоде в условиях специализированного отделения способствует неосложненному течению эндотрахеального наркоза и минимизации операционного риска для больного и улучшения показателей послеоперационной смертности.

Дальнейшее снижение частоты отогенных внутричерепных осложнений и уменьшение процента летальности мы связываем с прогрессом в области разработки и внедрения в практику новых высокоэффективных антимикробных, антивирусных, антимикотических, иммунотропных лекарственных средств, повсеместным внедрением компьютерных методов диагностики внутричерепных осложнений на этапах раннего их формирования, повышением профессионального уровня как ЛОР-специалистов, так и семейных (общих) врачей. Имеет значение также доступность специализированной врачебной помощи по месту жительства независимо от удаленности территории от профильного лечебного учреждения; четкость и действенность организационной работы по системе «участковая сельская больница, районное (сельское) лечебное объединение, ЛОР-стационар многопрофильной больницы»; ликвидация формализма в организации и проведении диспансерной работы.



ЛИТЕРАТУРА

1. Воронкин В. Ф., Серегев М. М., Константинов Ю. П. Клиника и диагностика отогенных абсцессов мозга и мозжечка. Мат. 16 съезда оторинолар. России. – СПб.: 2001. – С. 62–65.
2. Воронкин В. Ф., Серегев М. М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. – Краснодар, 2000. – 176 с.
3. Гаршин М. И. Отогенный менингит. М.: Медицина, 1963. – 210 с.
4. Калина В. О. Отогенные абсцессы мозга. М.: Медицина, 1957. – 310 с.
5. Кузнецов В. С., Морозов А. Б. Структура и летальность больных, госпитализированных в оториноларингологические стационары. Тез. докл. межобл. конф. оторинолар. в г. Петрозаводск 15–17 июня 1971. – Л., 1971. – с. 13–15.
6. Менякин Р. П. Случай прорыва отогенного абсцесса мозга в боковой желудочек //Журн. ушн.,нос. и горл. болезней. – 1965. – №2. – С. 120.
7. Митин Ю. В., Цымбалюк В. И., Власюк А. И. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. – Киев, 1993. – 80 с.
8. Пальчун В. Т., Каплан С. И., Вознессенский Н. Л. Неврологические осложнения в оториноларингологии. М.: Медицина, 1977 – 200 с.
9. Соколов Б. Н. К клинике и терапии отогенной септикопиэмии //Вестн. оторинолар. – 1940. – №11. – С. 53-70.
10. Стариков Г. М. Клиника и патогенез отогенного тромбоза сигмовидного синуса. Смоленск, 1962. – 210 с.
11. Усольцев Н. Н. Клиника поражений внутренней яремной вены при отогенном сепсисе //Вестн. оторинолар. – 1941. – №6. – С. 11–20.

Гаджимирзаев Гаджимурат Абдусамадович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской государственной медицинской академии 367000. Махачкала, Ул. Астемирова 3, кв. 2. Тел. дом. 8 - 8722-67-75-75

УДК: 616.212.4—089.819:615.849.19

ДИОДНЫЙ ЛАЗЕР В УСТРАНЕНИИ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННЫХ СИНЕХИЙ ПОЛОСТИ НОСА

Н. М. Гусейнов, М. Д. Гулиев, Р. М. Гашимли, В. М. Панахиан

*Азербайджанский государственный институт усовершенствования врачей
им. А. Алиева, г. Баку*

(Ректор – проф. С. Г. Керимов)

У 49 из 64 наблюдавших пациентов с синехиями полости носа произведены рассечения синехий лазерным аппаратом «ЛАЗЕРМЕД» в контактном режиме. В контрольной группе операции проводились с использованием традиционных методов – применением холодного инструмента. Отдаленные результаты проводимых вмешательств показали высокий положительный эффект лазерного иссечения с полным восстановлением носового дыхания и функции слизистой оболочки.

Ключевые слова: синехии полости носа, диодный лазер.

Библиография: 3 источников.

In 49 out of 64 observed patients with adhesions made dissection of the nasal cavity synechiae by laser apparatus "LAZERMED in contact mode. In the control group, operations were carried out using traditional methods which is using the cold tool. Long-term result shows that the restoration of nasal breathing and function of the mucosa is protected after the laser excision of synechiae.

Key words: synechia of the nasal cavity, diode laser.

Bibliography: 3 sources.

Синехии полости носа – это распространённые послеоперационные осложнения, встречающиеся в оториноларингологии. Обычно большинство синехий наблюдается в форме эпителизиальных сращений слизистой оболочки между перегородкой носа и нижней, а также средней носовыми раковинами, впоследствии приводящими к стойким рубцовым процессам полости носа. В зависимости от причин возникновения синехии размещаются как в пере-