



ЛИТЕРАТУРА

1. Акадже А. Проблемы медицинской реабилитации больных с переломами скулоорбитального комплекса. / А. Акадже, В. И. Гунько. // Стоматология. – 2004. – №1. С – 65–69.
2. Бельченко В. А. К вопросу об оказании квалифицированной помощи больным с челюстно- и черепно-лицевой патологией. В. А. Бельченко, В. П. Ипполитов, А. А. Кулаков // Там же. – 1998. – №5. – 32–33.
3. Ипполитов И. В. Состояние нижней стенки орбиты у больных с посттравматическими повреждениями. / И. В. Ипполитов, Н. И. Иващенко, С. В. Фёдорова. // Сб. науч. работ, посвящ. 100-летию со дня рождения Ф. М. Хитрова (1903). М 2001; 110–113.
4. Ипполитов И. В. Сравнительная клинко-рентгенологическая оценка методов остеосинтеза при лечении больных с посттравматическими дефектами и деформациями костей верхней и средней зон лица. / И. В. Ипполитов, Н. А. Рабухина, С. С. Колескина. // Стоматология. – 2003. – №1. – С. 2326
5. Клинико-рентгенологический анализ результатов устранения дефектов и деформаций костей лицевого черепа с использованием современных способов пластики и фиксации костных фрагментов. / Шамсутдинов А. Г. и др. // Там же. – 2002. – №3. – С. 28–32.
6. Косовой А. Л. Рентгенологическая диагностика изолированных и сочетанных переломов назоорбитальной области. / А. Л. Косовой, И. Д. Фрегатов // Там же. – 1993. – №2. – С. 32–35.
7. Кузнецов И. А. Оптимизация диагностики и хирургического лечения больных с посттравматическими деформациями скулоглазничной области после оскольчатых переломов: Автореф. дис.... канд. мед. наук. / И. А. Кузнецов. М.: 2000. – 16с.
8. Рабухина Н. А. Рентгенологическое исследование при травматических повреждениях костей лицевого черепа. / Н. А. Рабухина. // Вестн. рентгенологии и радиологии. – 1988. №4. – С. 71–77.

УДК:616. 831 – 002. 3 – 02:616. 28:616. 832. 959

**СОВРЕМЕННАЯ ОЦЕНКА НЕКОТОРЫХ ПОЛОЖЕНИЙ ПРОБЛЕМЫ
ОТОГЕННОГО ЭКСТРАДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА /
НАРУЖНОГО ПАХИМЕНИНГИТА/**

Г. А. Гаджимирзаев

**MODERN ESTIMATION OF SOME POSITIONS OF THE PROBLEM
OF OTOGENIC EXTRADURAL ABSCESS
(EXTERNAL PACHIMENINGITIS)**

G. A. Gadzhimirzaev

ГОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия»

(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)

Автор сообщает данные о 64 пациентах с наружным пахименингитом (экструдуральным абсцессом), которые наблюдались в ЛОР клинике с 1980 по 2008 г. г.. Представлена клиника заболевания, данные обследования, результаты лечения.

Ключевые слова: диагностика, экстрадуральный абсцесс, самолечение, хронический гнойный средний отит, острый средний гнойный отит, осложнения.

Библиография: 19 источников.

The author informs the data about 64 patients with external pachimeningitis (extradural abscess) which were observed in ORL to clinic with 1980 on 2008 g. The disease clinic, the given inspections, results of treatment is presented.

Keywords: diagnostics, extradural abscess, self-treatment, a chronic purulent average otitis, a sharp average purulent otitis, complications.

The bibliography: 19 sources.

Экструдуральный абсцесс /наружный пахименингит/ является разновидностью отогенных внутричерепных осложнений /ОВО/. Известно, что ОВО делят на две группы:

- большие формы – гнойный менингит и менингоэнцефалит, синус-тромбоз и отогенный сепсис, абсцесс мозга и мозжечка;



– малые формы – экстрадуральный абсцесс, субдуральный абсцесс, негнойный арахноидит и арахноэнцефалит, очаговый негнойный энцефалит и др.

Малые формы осложнений, в том числе экстрадуральный абсцесс /наружный пахименингит/, многие авторы не включают в статистику ОВО и в отношении их в литературе нет достоверных статистических сведений.

Большие формы ОВО как правило, проходят стадию наружного пахименингита /экстрадурального абсцесса/. Поэтому ранняя диагностика последнего позволяет избежать развития тяжелых осложнений и своевременно определить тактику лечения [4, 13].

Неоспоримым фактом последних десятилетий является чрезмерное увлечение пациентов самолечением, а также рекомендации органов практического здравоохранения как можно большему числу больных оказывать врачебную помощь в амбулаторно-поликлинических условиях. Все это, несомненно способствует атипичному течению гнойных средних отитов и их осложнений и запаздыванию специализированной госпитальной врачебной помощи.

Цель работы – современная оценка некоторых положений проблемы отогенного экстрадурального абсцесса /наружного пахименингита/ с позиций особенностей течения гнойных средних отитов в период широкого применения антибиотиков и противовоспалительных средств на догоспитальном этапе.

Пациенты и методы. С 1980 по 2008 годы в оториноларингологической клинике Дагмедакадемии мы наблюдали 64 больных с наружным пахименингитом /экстрадуральным абсцессом/ как самостоятельным, не сочетающимся с другими ОВО заболеванием. Больные поступили в основном из сельских районов Республики Дагестан. Причинами, побудившими врачей для направления их в ЛОР-клинику, были недостаточная эффективность проводимого лечения и развитие осложнений /мастоидит, лабиринтит, парез лицевого нерва/. Из указанного числа больных 8/12,5%/ было в возрасте от 4 до 15 лет, остальные 56/87,5%/ – от 16 до 63 лет.

У 46/71,8%/ больных из 64 диагностирован хронический гнойный средний отит, а у 18/28,2%/ – острый гнойный средний отит/ у 12 – перфоративный, у 6 – неперфоративный/. У всех 46 лиц с хроническим гнойным средним отитом /эпитимпанит – у 6, мезотимпанит – у 32, мезотимпанит – у 8/, по данным анамнеза и сопроводительным медицинским документам, имело место обострение процесса с обильным гноетечением и пульсацией отделяемого в глубине слухового прохода. При поступлении в клинику у 7 больных, благодаря проведенному лечению на догоспитальном этапе, никаких общих или местных признаков обострения не было, у остальных 39 наблюдалась умеренно выраженная картина обострения в виде неравномерной гиперемии остатков барабанной перепонки и слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости, а также реакция со стороны сосцевидного отростка в виде чувствительности или болезненности при его постукивании или надавливании. У 5 больных с хроническим гнойным средним отитом патологическое отделяемое в слуховом проходе носило слизистый характер, у 16 – слизисто-гнойный, у остальных 25 – гнойный с ихорозным запахом.

Из 64 больных у 50 общее состояние при поступлении в клинику было удовлетворительное, у 11 – средней степени тяжести, у 3 – тяжелое. Последнее было связано с развитием диффузного гнойного лабиринтита у 2 лиц, серозного – у 1. Все больные были в сознании, у части из них отмечалась общая слабость. На головную боль жаловались 39 больных, на боли в ухе – 18. В большинстве случаев головная боль ограничивалась стороной пораженного уха, нередко она развивалась медленно, носила упорный характер и усиливалась в ночное время суток. Как правило она оставалась и после ликвидации острого ушного процесса.

Температура тела у 6 больных была субфебрильной, у 3 достигала до 38°C. Умеренный лейкоцитоз /от $5,0 \times 10^9/\text{Л}$ до $9,5 \times 10^9/\text{Л}$ / наблюдался у 7 пациентов, повышенное СОЭ – у 47 обследованных/ в пределах 15–45 мм/ч; У всех обследованных пациентов диагностирован мастоидит: в форме субпериостального абсцесса у 45/70,3%/ , у 19/29,6%/ лиц признаки поражения сосцевидного отростка проявлялись в разных вариантах в виде затылочной формы мастоидита /у 2/, зигоматита/ у 4/ или нависанием мягких тканей задне-верхней стенки костного отдела слухового прохода с умеренной припухлостью и покраснением кожи заушной складки /у 13/.



Относительно редко /у 19/ мы наблюдали профузное гноеечение с пульсацией в глубине слухового прохода. Это было связано с тем, что практически все больные с ушным процессом поступили в ЛОР-клинику после проведенного лечения по месту жительства со ступенчатой местной и общей симптоматикой.

При рентгенологическом исследовании височных костей, а у части больных /14 человек/ с использованием КТ, из 64 обследованных у 52/81,2%/ выявлен выраженный склероз или завуалированность, нечеткость ячеистой структуры сосцевидного отростка, а у 11 больных были обнаружены деструктивные изменения в костной ткани.

Неоценимую помощь в диагностике наружного пахименингита в настоящее время оказывает компьютерное исследование височной кости [2, 4, 7, 11]. К сожалению, из-за низкого уровня освоения существующих методик КТ исследования стенок среднего уха на местах, диагностика наружного пахименингита с помощью КТ во многих регионах, в том числе в Республике Дагестан, затруднена.

После разностороннего обследования больных /консультации невропатолога, нейрохирурга, нейроофтальмолога; акуметрии, тональной аудиометрии, рентгенологических и КТ-исследований височных костей, общего анализа крови и мочи/ все госпитализированные лица подвергнуты хирургическому вмешательству. В зависимости от состояния звукопроводящего аппарата среднего уха, выраженности и распространенности патологического процесса в полостях среднего уха, характера и степени нарушения слуха были выполнены следующие операции: общеполостная – у 11, антромастоидотомия – у 16, антромастоидоаттикотомия – у 8, антроадитоатти-котомия – у 7, антродренаж – у 22.

Результаты и обсуждение. Оториноларингологи доантибиотиковой эры, экстрадуральные воспаления наблюдали значительно чаще при острых средних отитах [9, 14, 18], а в период широкого внедрения в клиническую практику сульфаниламидов и антибиотиков – при хронических [2, 6, 10, 12, 16]. По материалам нашей клиники, у 71,8% больных диагностирован хронический гнойный процесс в среднем ухе, у 28,2% – острый.

Частота явления экстрадурального абсцесса колеблется в широких пределах и составляет от 13% до 62,7% от числа больных, подвергнутых санлирующей операции на ухе [2, 9, 14]. Такой широкий разброс показателей этой патологии связано с тем, что одни авторы учитывают только изолированные /самостоятельные/ варианты болезни, другие же включают экстрадуральную патологию в статистику и при комбинированных /сочетанных/ вариантах ОВО.

Нет единого мнения у врачей и по вопросу локализации наружного пахименингита. Одна группа авторов [9, 19] чаще наблюдала поражение в области задней черепной ямки, другая [3, 7, 12] – в средней. Подобная избирательность, по мнению Н. Н. Усольцева [15], связана с тем, что воздухоносные клетки сосцевидного отростка распространяются преимущественно в направлении к задней черепной ямке, в силу чего острый воспалительный процесс легко достигает до кортикальной пластинки сигмовидного синуса. Склеротические изменения в сосцевидном отростке, свойственные хроническому гнойному среднему отиту, нередко ограничивает очаг нагноения в аттике и антруме. Такой процесс имеет тенденцию распространяться больше в сторону средней, чем задней черепной ямки. Среди наблюдавших нами больных экстрадуральное поражение чаще регистрировалось в области задней черепной ямки – у 32/50%/, чем в средней – у 24/37,5%/. У /8/12,5%) больных в патологический процесс были вовлечены обе черепные ямки.

В современных условиях редко встречаются так называемые «глубокие» экстрадуральные абсцессы. Они обычно располагаются на задней или верхней поверхности пирамиды и могут распространяться до самой верхушки ее [8, 9, 17]. Возникновению их, по мнению Л. Т. Левина [9] способствуют обильные, далеко внутрь идущие перилабиринтные ячейки. В нашей практике больных с глубокими экстрадуральными абсцессами не наблюдалось.

О трудностях в диагностическом процессе при экстрадуральном абсцессе говорится как в работах исследователей предыдущего, так и нынешнего поколений [1, 4, 5, 9]. Со времени широкого применения антибиотиков в клинической практике диагностические трудности усугубились еще и тем, что при использовании антибиотиков и других фармакопрепаратов проти-



вовоспалительного и анальгетического действия в домашних условиях у больных с острым и обострившимся хроническим гнойным средним отитом снижаются явления токсикоза, стушевываются местные признаки воспаления, менингеальные симптомы не выражены, общее состояние мало страдает. До госпитализации в ЛОР-клинику 45/70,3%/ наших больных от 3 до 20 дней лечилось в амбулаторно-поликлинических условиях по месту жительства каплями в ухо, антибиотиками, антигистаминными препаратами, анальгетиками, прикладыванием тепла на область больного уха, 10 человек находилось на стационарном лечении по месту жительства.

При знакомстве с работами, посвященными экстрадуральной патологии отогенного генеза, обращает внимание, что названия «экстрадуральный абсцесс» и «наружный пахименингит» применяют как синонимы. Связано это, по нашему мнению, с тем, что у больных с гнойновоспалительным процессом в области задней или средней черепных ямок, абсцесс в классическом варианте /скопление гноя между твердой мозговой оболочкой и височной костью/ во время хирургического вмешательства у большинства не визуализируется. Чаще отоларинголог сталкивается с дефектом кости в области крыши антрума и /или барабанной полости, а также костной пластинки над сигмовидным синусом и обнаженной твердой мозговой оболочкой. Отсутствие гноя между dura и внутренней поверхностью височной кости, по мнению отдельных авторов, связано с наличием свободного дренажа экстрадурального абсцесса через среднее ухо в сторону наружного слухового прохода.

Вместе с тем мы допускаем возможность развития той или иной формы экстрадуральной патологии отогенного характера в зависимости от механизма распространения патологического процесса из уха в сторону черепных ямок. Можно предполагать, что при распространении токсико-инфекционного начала по костным каналам в воспалительный процесс первоначально может вовлечься только крыша барабанной полости и /или антрума с последующей ее деструкцией и обнажением dura. При прогрессировании болезни /отсутствии адекватного лечения гнойного среднего отита/ патологический процесс с костной ткани переходит на наружную поверхность dura с последующим формированием экстрадурального абсцесса. В случаях же распространения гноя per continuitatem, изначально может формироваться классическая форма экстрадурального абсцесса. В условиях деструкции крыши барабанной полости и антрума вплоть до дна пещеры, экстрадуральный абсцесс средней черепной ямки может опорожняться в сторону наружного слухового прохода. Перисинуозный абсцесс дренируется при его объединении с эмпиемой сосцевидного отростка.

Твердая мозговая оболочка обладает большой сопротивляемостью и может долгое время оставаться не поврежденной, даже омываемая гноем. Однако, при длительном течении патологического процесса она вовлекается в воспалительный процесс. Основываясь на личном опыте и литературных сведениях, в зависимости от степени выраженности воспалительного процесса dura, мы выделяем следующие формы наружного пахименингита.

- Катаральная – твердая мозговая оболочка теряет присущий ей блеск, становится гиперимированной, инфильтрированной, может приобретать и мутный оттенок.
- Фиброзная – на наружной поверхности dura определяются фиброзные, фиброзно-гнойные наложения сероватого или грязно-серого цвета.
- Пролиферативная – обнаженный патологическим процессом участок твердой мозговой оболочки утолщен за счет разрастания грануляционной ткани.
- Некротическая – целостность твердой мозговой оболочки нарушена, формируется свищ в субдуральное пространство.

Выводы: Диагностика наружного пахименингита / экстрадурального абсцесса/ на дооперационном этапе обследования больного, представляется для врача не простой задачей. Однако наличие таких симптомов как мастоидит с обильным гноетечением и пульсацией в глубине слухового прохода, не прекращающаяся головная боль на стороне пораженного уха после снятия или минимизации проявлений острого воспаления, рентгенологических и КТ признаков деструкции кости в сосцевидном отростке и стенках среднего уха, изменения в крови воспалительного характера в динамике и нередко с тенденцией к прогрессированию служат для врача основанием заподозрить экстрадуральную патологию ушного происхождения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Белякова Л. В. Диагностика ограниченных отогенных пахименингитов / Л. В. Белякова, Е. И. Петрова // Вестн. оторинолар. – 1978. – №4. – С. 80–82.
2. Воронкин В. Ф. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии / В. Ф. Воронки, М. М. Сергеев. – Краснодар. – 2000. – 176 с.
3. Гладков А. А. Болезни уха, горла и носа. Изд. 2-е. Учебник для студентов медицинских институтов / А. А. Гладков. – М.: Медицина. – 1973. – 400 с.
4. Дербенева М. Л. Клиника и лечение начальных проявлений отогенных внутричерепных осложнений / М. Л. Дербенева // Вестн. оторинолар. – 1999. – №3. – С. 26–30.
5. Енин И. П. Отогенные внутричерепные осложнения / И. П. Енин // Детская оториноларингологии в 2-х томах. Под ред. М. Р. Богомилского и В. Р. Чистяковой. Т. I. – М.: Медицина. – 2005. – С. 543–566.
6. Исхаки Ю. Б. Детская оториноларингология. Учебник для студентов / Ю. Б. Исхаки, Л. И. Кальштейн. – Душанбе: «Маориф». – 1984. – 398 с.
7. Камалова З. З. Возможности компьютерной томографии височной кости в диагностике гнойных средних отитов / З. З. Камалова, Ю. Б. Перникова, Р. А. Шарипова // Рос. оторинолар. – 2007. Приложение. – С. 585–591.
8. Курдова З. И. Диагностика отогенных внутричерепных осложнений / З. И. Курдова. – М.: Медицина. – 1966. – 176 с.
9. Левин Л. Т. Хирургические болезни уха. Книга 2-я / Л. Т. Левин. М – Л. 1937. – С. 367–374.
10. Митин Ю. В. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения / Ю. В. Митин, В. И. Цымбалюк, А. Н. Власюк. – Киев. – 1993. – 80 с.
11. Овчинников Ю. М. Компьютерная томография при заболеваниях полости носа, околоносовых пазух, носоглотки и уха / Ю. М. Овчинников, В. Е. Добротин. – М. – Издание Московской мед. академии. – 1997. – 65 с.
12. Пальчун В. Т. Неврологические осложнения в оториноларингологии / В. Т. Пальчун, С. И. Каплан, Н. Л. Вознесенский. – М.: Медицина. – 1977. – 200 с.
13. Пальчун В. Т. Оториноларингология. Учебник для ВУЗов, 2-е издание / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. М.: «ГЭОТАР – Медиа». – 2008.
14. Преображенский С. С. Ушные болезни. Руководства для практических врачей и студентов / С. С. Преображенский. М.: – 1911. – 412 с.
15. Усольцев Н. Н. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. Руководство по оториноларингологии в 4-х томах. Т. 2 / Н. Н. Усольцев. – М.: Медгиз. – 1960. – Т. 2 – С. 299–393.
16. Фельдман С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте / С. И. Фельдман, С. И. Вульфсон. М.: Медгиз. – 1957. – 384 с.
17. Циммерман Г. С. Клиническая отоневрология / Г. С. Циммерман. М.: Медгиз. – 1952. – 472 с.
18. Денкер А. Учебник по болезням уха и дыхательных путей. Пер. с немецкого / А. Денкер, В. Брюнингс. Петроград. Изд-во «Практическая медицина». – 1914. – 455 с.
19. Денкер А. Учебник болезней уха, верхних дыхательных путей и полости рта. Пер. с немецкого / А. Денкер, В. А. Альбрехт. Л.: Биомедгиз. – 1936. – 622 с.

УДК:614. 23/. 25:616. 45 – 001. 1/. 3(575. 3)

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ СТРЕССЫ У МЕДИЦИНСКИХ РАБОТНИКОВ В ТАДЖИКИСТАНЕ

Н. С. Джураева, И. А. Филипущенко, З. С. Гуломов

PROFESSIONAL STRESSES AT MEDICAL WORKERS IN TAJIKISTAN

N. S. Juraeva, I. A. Filipushenko, Z. C. Gulomov

*Таджикский государственный медицинский университет им. Абуали ибн Сино,
г. Душанбе*

*(Зав. каф. социальной гигиены и организации здравоохранения –
канд. мед. наук, И. А. Филипущенко)*

При изучении влияния стрессовых факторов на отдельные профессиональные группы медицинских работников было выявлено, что степень влияния факторов зависит от специальности и условий труда, в которых они работают. Наибольшему влиянию стрессовых факторов среди врачей подвержены врачи хирургического профиля, затем врачи общего профиля и врачи «узкие специалисты».