



УДК: 616. 284–002. 2:616. 1

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ХРОНИЧЕСКИМ ЭПИТИМПАНИТОМ, ПРОТЕКАЮЩЕМ НА ФОНЕ ВЕРТЕБРАЛЬНО-БАЗИЛЯРНОЙ СОСУДИСТОЙ НЕДОСТАТОЧНОСТИ

Ж. А. Рамазанова, Х. Т. Абдулкеримов, К. И. Карташова, Л. Н. Суворкина

ГОУ ПВО Уральская государственная медицинская академия, г. Екатеринбург
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Х. Т. Абдулкеримов)

Одним из важнейших условий жизнедеятельности человека, которое позволяет ему активно взаимодействовать с внешней средой, является сохранение равновесия и координации движений. Чувство равновесия является одним из наиболее древних приобретений человека в процессе его эволюции.

В связи с ростом числа заболеваний сердечно-сосудистой системы и остеохондроза позвоночника, в последние десятилетия заметно увеличилось количество больных с сочетанием хронического эпитимпанита и сосудистых расстройств. Это сочетание создает ряд проблем для оториноларинголога при постановке показаний к saniрующим и слуховосстановительным операциям на височной кости и их выполнении.

Так как хирургическое лечение хронического гнойного среднего отита при наличии сосудистой патологии представляет известный риск, в особенности у лиц старшей возрастной группы, многие оториноларингологи назначают таким больным только консервативное лечение. Следствием этого является учащение отогенных внутричерепных осложнений у лиц пожилого и старческого возраста.

Хронический эпитимпанит (ХЭ) является главным источником отогенных внутричерепных осложнений, которые по своей клинике нередко напоминают неогенные поражения центральной нервной системы. Последние, обычно протекающие на фоне патологии, прежде всего, сердечно-сосудистой системы, даже при своевременной диагностике, оказанном адекватном хирургическом пособии и интенсивном послеоперационном лечении имеют плохой прогноз [1].

Кроме того, во время операции, при типичной укладке больного на операционном столе (в связи с перегибом магистральных сосудов шеи) может возникнуть острое нарушение кровообращения в задней черепной ямке.

В пожилом и старческом возрасте снижаются компенсаторно-приспособительные механизмы, а также реактивность как сосудистой, так и нервной системы.

В настоящее время с точки зрения целостного (холистического) функционального подхода, патологические сенсорные, вегетативные и соматические реакции, возникающие при поражении вестибулярного аппарата и различных структур центральной нервной системы, трактуются как следствие нарушения взаимодействия элементов единой статокINETической системы организма [2–5].

СтатокINETическая система охватывает рубро-спинальный, таламо-паллидарный, пирамидно-стриарный и теменно-премоторный уровни построения движений.

Одним из важных афферентных входов статокINETической системы является вестибулярный аппарат. Это – датчик положения головы и информатор о параметрах ее перемещения в пространстве при активных и пассивных движениях человека.

Наличие тесной анатомо-физиологической связи слухового и вестибулярного рецепторов предрасполагает к сопряженным нарушениям при патологии внутреннего уха.

Благодаря тесной связи вестибулярных ядер со спинным мозгом афферентными и эфферентными волокнами посредством вестибуло-спинального пути, вестибулярный аппарат осуществляет тонические влияния на мышцы шеи, туловища и конечностей. Вестибуло-спинальные связи гомолатеральны, что уравнивает их тонус и обеспечивает поддержание нормальной статокINETической функции.

При патологии лабиринта эти связи нарушаются, вследствие чего нарушается координация позы и движения из-за перераспределения тонуса мышц. Нарушение координации движе-



ний называют атаксией (греч. ataxia – беспорядок). Выделяют атаксию статическую – нарушение равновесия при стоянии и атаксию динамическую – дискоординацию при движениях [6–8].

Поэтому, учитывая опасность операций на височной кости у лиц с нарушениями кровотока в сосудах вертебрально-базилярного бассейна, нами были разработаны и внедрены принципы отбора, предоперационной подготовки, хирургического пособия и послеоперационного лечения, больных хроническим эпителиомом, протекающим на фоне сосудистой патологии. Степень хирургического риска у лиц этой категории определяли совместно с анестезиологом.

Предоперационное обследование включало:

- эндоскопию органов уха, горла и носа;
- комплексное клиническое обследование с привлечением консультантов;
- тональную, надпороговую и речевую аудиометрию;
- исследование функции равновесия внутреннего уха с обязательным применением позиционных проб, тестов для обнаружения скрытой недостаточности кровотока в сосудах вертебрально-базилярного бассейна, позиционного нистагма с использованием очков Бартельса (+20 дп.);
- исследование функции равновесия методом компьютерной стабиллографии;
- компьютерную томографию (КТ) головного мозга и сосцевидных отростков с 3D и VRT реконструкцией, а также и МРТ (магнитно-резонансная томография);
- рентгенографию шейного отдела позвоночника в двух проекциях с функциональными пробами;
- транскраниальную доплеросонографию магистральных сосудов головного мозга и шеи, а при необходимости, компьютерную или магнитно-резонансную томографию по сосудистой программе, а также и другие нейрофизиологические исследования

Для оценки функции равновесия в данной работе использовалась методика комплексной функциональной компьютерной стабиллографии на Стабиллографе СТ-04. Прибор регистрирует перемещение центра давления стоп пациента на платформу в процессе поддержания им вертикальной позы (статокинезиограмму).

Для оценки статического и динамического компонентов равновесия использовались пробы:

- устойчивость в позе Ромберга с открытыми глазами;
- устойчивость в позе Ромберга проба с закрытыми глазами;
- проба на активную фиксацию туловища пациентом;
- проба с динамической нагрузкой (следящие движения туловищем).

Всем пациентам компьютерную стабиллографию проводили до начала лечения, в процессе лечения и после выписки больного из стационара.

После полного обследования, при обнаружении нарушений в системе гемостаза, больным проводили специальную предоперационную подготовку в течение одной–двух недель (амбулаторно или стационарно).

При наличии шейного вестибулярного синдрома, повышения цифр артериального давления, нарушений сердечного ритма, производилось симптоматическое предоперационное лечение.

К лечебным мероприятиям добавлялась медикаментозная терапия, направленная на предотвращение развития или усугубления гемодинамических нарушений в вертебрально-базилярном сосудистом бассейне и обеспечивающая:

- предотвращение увеличения содержания кальция в нервных клетках и в сыворотке крови;
- снижение реологических свойств крови;
- повышение порога резистентности мозговой ткани к гипоксии;
- уменьшение активности тромбоцитов;
- снижение обмена глюкозы в анаэробных условиях;
- устранение метаболических нарушений.

Хирургическое пособие, прежде всего, включало адекватную укладку самого больного на операционном столе, чтобы не было перегиба магистральных сосудов шеи при форсированном повороте головы (при типичной укладке для операции на височной кости).



Больного укладывали на бок, без поворота головы на операционный стол, снабженный специальным подголовником. Трепанацию сосцевидного отростка выполняли специальными фрезами при помощи электродрели, предложенной нами конструкции. Сама же операция сводилась только к удалению явнопатологического. В послеоперационном периоде за больными велось тщательное наблюдение.

Санирующие операции по данной методике выполнены в нашей клинике 62 пациентам, страдавшим хроническим эпитимпанитом, отягощенным сердечно-сосудистой патологией. Осложнений во время операции и в послеоперационном периоде не наблюдалось. Сроки наблюдения от 6 месяцев до 14 лет.

ЛИТЕРАТУРА

1. Абдулкеримов Х. Т. Способы диагностики вертебрально-базилярной сосудистой недостаточности при хроническом гнойном среднем отите / Х. Т. Абдулкеримов, В. И. Усачев // Усовершенствование методов и аппаратуры, применяемых в учебном процессе, медико-биологических исследованиях и клинической практике. Выпуск 26. – СПб.: ВМедА, 1995.
2. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. / Н. С. Благовещенская. М. Медицина, 1990 г. – 426 с.
3. Верещагин Н. В. Клиническая ангионеврология на рубеже тысячелетий. / Н. В. Верещагин. Мат. VII Всерос. съезда неврологов. – Н. Новгород, 1995. – 191 с.
4. Вестибулярные и слуховые нарушения при шейном остеохондрозе / В. И. Бабиак, Г. А. Акимов, В. Г. Базаров и др. // Киев, «Здоров'я», 1990 г. – 190 с.
5. Гофман В. Р. Центральные нервные механизмы в функции вестибулярного анализатора / В. Р. Гофман, В. Е. Корюкин // СПб.: 1994. – 149 с.
6. Григорьев Г. М. Вопросы диагностики и лечения при сочетании хронического среднего отита и сосудистой патологии. / Г. М. Григорьев. Актуальные вопросы клинической отиатрии. Свердловск. – 1985. – С. 21–31.
7. Корюкин В. Е. Состояние функции вестибулярного анализатора при хроническом среднем отите и влияние на нее радикальной операции: Автореф. дис.... канд. мед. наук. / В. Е. Корюкин, Л., 1969 г. – 26 с.
8. Decher H.. Die Zervikalen Syndrome in der Hals Nasen Ohrenheilkunde. / H. Decher. Stuttgart, 1969, Georg Thieme Verlag.

УДК: 616. 22–006. 6–089. 87–77

РЕАБИЛИТАЦИЯ ФУНКЦИЙ ГОРТАНИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ ПРОДЛЕННОЙ ИНТУБАЦИИ Л. В. Рыкова, Н. Э. Бойкова, А. Ю. Дергачев

ФГУ НКЦ оториноларингологии Росздрава, г. Москва

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

ГКБ №67 Департамента здравоохранения г. Москвы

(Главный врач – А. С. Шкода)

Многоплановость функций организма требует достижения определенного баланса в физиологическом функционировании верхнего отдела пищеварительного тракта. Когда эти механизмы находятся в оптимальном функциональном соответствии произвольного и непроизвольного нервно-мышечного контроля, это позволяет человеку осуществлять акты фонации, дыхания, глотания и защиты дыхательных путей. Данные функции критичны для поддержания человеческого существования в оптимальном состоянии, и когда происходит их сбой, это вызывает болезнь и даже смерть. Коррекция данных функций может осуществляться как хирургическим, так и нехирургическим путем [3].

Хирургическое лечение хронической аспирации основывается на концепции разделения верхних дыхательных путей в отношении глотательной и дыхательной функций. До 1972 года для разделения этих функций выполнялась ларингэктомия. Эта процедура была далека от идеала вследствие того, что утрачивался голос и дыхание выше голосовых складок. Более того, процедура была необратимой.