

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ РИНОГЕННЫХ АБСЦЕССОВ МОЗГА

Городская клиническая больница № 1 (Братск)

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Изучение закономерностей возникновения, диагностики и лечения риногенных абсцессов (РА) лобной доли мозга (ЛДМ) в свете применения новых технологий компьютерной томографии (КТ) и УЗИ, а также сравнение качества конечного результата лечения данной патологии оториноларингологическим и нейрохирургическим методами.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Проведен анализ 7 случаев риногенных абсцессов лобной доли мозга, из которых 5 были внутримозговыми, а 2 — субдуральными, причем 1 субдуральный РА был расположен на 10 мм выше верхней стенки лобной пазухи. У 6 больных для диагностики РА использовалась КТ лобной доли мозга в аксиальной проекции с последующей цифровой реконструкцией изображения в сагиттальной плоскости. Ввиду невозможности применения КТ у 1 больного было использовано УЗИ лобной доли мозга через предварительное трепанированное отверстие в лобной кости. Секторный датчик УЗИ изолировался от *dura mater* стерильной хирургической перчаткой. Это позволило обнаружить внутримозговой риногенный абсцесс в лобной доле мозга и топически локализовать его в двух проекциях. Хирургический доступ к внутримозговому РА был осуществлен у 3 больных через заднюю стенку лобной пазухи, а у других 3 больных — нейрохирургическим доступом после костно-пластической трепанации черепа. У 1 больного с субдуральным РА доступ был осуществлен расширением фронтального отверстия в лобной пазухе вверх на 10 мм по типу обычной нейрохирургической трепанации. Главным условием лечения риногенных абсцессов лобной доли

мозга была предварительная радикальная санация первичного гнойного очага в лобной пазухе.

РЕЗУЛЬТАТЫ ИССЛЕДОВАНИЯ

Сравнительная оценка результатов лечения показала, что ЛОР метод доступа к внутримозговому РА лобной доли мозга по степени травматизма операции является более щадящим, а по срокам заживления более коротким, чем нейрохирургический. Мягкие резиновые дренажи и сигарные тампоны по методу Гаджимирзаева позволяют более физиологично дренировать полость внутримозгового риногенного абсцесса, чем грубые резиновые трубки, применяемые нейрохирургами.

ВЫВОДЫ

1. При невозможности проведения КТ (отдаленность больницы, неисправность КТ, тяжесть состояния больного и т.д.) возможно использование УЗИ для диагностики РА лобной доли мозга.
2. ЛОР доступ к РА лобной доли мозга более предпочтителен ввиду меньшего травматизма для больного.
3. Большинство российских практических нейрохирургов недостаточно осведомлены о технических деталях ЛОР доступа к РА лобной доли мозга через лобную пазуху, несмотря на то, что подавляющее большинство внутричерепных гнойников являются риногенными или отогенными (например, в США теоретическое знание ЛОР-операций на черепе является обязательным при получении нейрохирургического сертификата).
4. Отсутствует официальный документ Минздрава России, регламентирующий конкретные действия оториноларингологов и нейрохирургов при лечении риногенных и отогенных внутричерепных осложнений.

Е.С. Нетесин, С.М. Кузнецов, А.В. Щербатых, И.Е. Голуб

ЗНАЧЕНИЕ ИНТЕГРАЛЬНОГО КОЭФФИЦИЕНТА У БОЛЬНЫХ С КРОВОТЕЧЕНИЯМИ В ВЫБОРЕ ИНФУЗИОННОЙ ТЕРАПИИ

Иркутский государственный медицинский университет (Иркутск)

ЦЕЛЬ

С учетом предложенного интегрального критерия оценки степени тяжести кровопотери (ко-

эффициент компенсации) определить объем и качество инфузионной терапии на ранних этапах оказания медицинской помощи.

МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

В основу исследования положен предложенный и запатентованный способ оценки степени тяжести кровопотери:

$$\frac{АДс \times Нв}{ЧСС \times ЧД} = КК_i$$

где: АДс — артериальное давление систолическое (мм рт. ст.); ЧСС — частота сердечных сокращений (в мин); ЧД — число дыханий (в мин); Нв — концентрация гемоглобина (г/л).

Клинико-лабораторные исследования проводились у больных с тупой травмой живота, сопровождающейся внутрибрюшным кровотечением (n = 34) и у пациентов с профузным желудочно-кишечным кровотечением различной этиологии (n = 99). Средний возраст больных первой группы составил $22,5 \pm 7,9$ года, второй — $46,1 \pm 11,6$ года. Учитывая наличие высокой корреляционной зависимости между величиной дефицита ОЦК и значениями КК (в первой группе $r = -0,811$, во второй $r = -0,880$ при $p < 0,01$) был проведен анализ динамики значений КК в соответствии с изменениями величины дефицита ОЦК. Величина кровопотери в первой группе определялась в ходе операции, во второй группе дефи-

цит ОЦК рассчитывали по гематокритному методу F. Мооге.

РЕЗУЛЬТАТЫ

Проведенный анализ позволил выявить четкую закономерность между дефицитом ОЦК и КК, соответственно при КК = 1 дефицит ОЦК составил более 50 %, при КК = 2 — 45 %, при 3 — 40 %, 4 — 35 %, 5 — 30 %, 6 — 25 %, 7 — 20 %, 8 — 15 %, 9 — 10 %, 10 — до 5 % и при КК = 11 — до 3 %. Эти данные позволили разработать математическую формулу для расчета объема инфузионной терапии с учетом тяжести состояния больного, представленного в виде значений КК и массы тела больного:

$$V = M \times (65 - 5 \times КК),$$

где: V — расчетный объем инфузионной терапии (мл); M — масса тела больного (кг); КК — значение коэффициента компенсации.

ВЫВОДЫ

Предлагаемый способ оценки степени тяжести больных с острыми кровотечениями основанный на расчете КК дополнительно позволяет оценить величину дефицита ОЦК и сразу назначить адекватную инфузионную терапию с учетом тяжести состояния пациента и массы его тела.

В.Ю. Погребняков, П.А. Иванов, С.И. Курупанов

СИНДРОМ СИСТЕМНОГО ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ОТВЕТА ПРИ МАЛОИНВАЗИВНЫХ РЕНТГЕНОХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВАХ

Областная клиническая больница (Чита)

Основной задачей настоящего исследования было изучить лабораторные проявления синдрома системного ответа на воспаление у больных, пролеченных с использованием пунктирно-дренирующих вмешательств под лучевым контролем. С этой целью наряду с изучением общеклинических и лабораторных показателей провели исследование концентрации провоспалительных цитокинов IL-1α, IL-1β, IL-8, TNFα у 17 больных с неосложненными кистами поджелудочной железы, печени и почек. Исследование проводили в до- и ближайшем послеоперационном периоде.

Установлено, что при рентгенохирургических вмешательствах в ближайшем послеоперационном периоде не наблюдается существенных системных реакций. В то же время у 7 больных (41 %) наблюдалось повышение уровня TNFα в пределах 10 — 20 % от исходного уровня. Наряду

с этим в 14 (82 %) случаях через сутки после вмешательства отмечалось увеличенное количество эозинофилов, а у 12 (70 %) больных наблюдалось повышение температуры тела до субфебрильных цифр.

Повышение уровня TNFα мы склонны объяснить с позиций операционной травмы. Умеренная эозинофилия в сочетании с температурной реакцией обусловлены, по нашему мнению, реакцией на рентгеноконтрастные йодсодержащие препараты (урографин, тразограф), применявшиеся при вмешательствах.

Таким образом, предварительное изучение послеоперационного периода у больных с малоинвазивными рентгенохирургическими вмешательствами показало наличие вышеуказанных специфических отклонений, что свидетельствует о целесообразности дальнейшего углубленного изучения данного раздела.