

Таким образом, классическая радикальная операция вытесняется щадящим санирующим вмешательством с различными формами пластики среднего уха. При хронических средних отитах показана наиболее ранняя хирургическая санация среднего уха, что позволяет, во-первых, сохранить элементы среднего уха и расширить возможности его реконструкции, во-вторых, уменьшить риск снижения слуховой функции, а по большому счету — и опасность для жизни больного.

ЛИТЕРАТУРА

1. Петушков Е. В., Демина Г. Б. Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха.— Казань, 1985.
2. Погосов В. С. Атлас оперативной отоларингологии.— М., 1983.

УДК 616.21—06—07—08

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ВНУТРИЧЕРЕПНЫХ ОТОГЕННЫХ И РИНОГЕННЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

С. Н. Серебрякова, Е. В. Петушков, А. Ю. Довгалаук, П. Д. Фирсов,
И. В. Ключикин, М. М. Ибатуллин

Республиканская клиническая больница (главврач — канд. мед. наук С. В. Абуладзе) МЗ РТ,
Республиканский медицинский диагностический центр
(главврач — доц. И. В. Ключикин), г. Казань

Внутричерепные осложнения имеют значительный удельный вес в структуре ЛОР-патологии, дают высокую летальность и потому их диагностика и лечение остаются актуальной задачей отоларингологов.

Поэтапному сравнительному анализу подвергнуто 912 истории болезни, составленных по поводу отогенных внутричерепных осложнений за 70 лет существования ЛОР-клиники. Частота их неуклонно снижается по десятилетиям [1] за счет уменьшения абсолютного числа больных гнойным средним отитом среди пациентов стационара. В настоящее время больные с внутричерепными отогенными осложнениями составляют 2—3% от общего числа госпитализированных с гнойными заболеваниями среднего уха [5]. По данным нашей клиники, частота внутричерепных осложнений за последнее десятилетие снизилась до 1%.

В подавляющем большинстве внутричерепные патологические процессы возникают при хронических гнойных эпителимпанитах с длительностью заболевания около 10 лет и более. В последние годы возрос удельный вес внут-

3. Потапов И. И., Овчинников Ю. М., Случанко А. П. Пособие по овладению слухоулучшающими операциями.— М., 1970.

4. Тарасов Д. И., Федорова О. К., Быкова В. П. Заболевания среднего уха.— М., 1988.

Поступила 01.11.94.

MEDICAL TACTICS IN CHRONIC OTITIS MEDIA

R. M. Nursaitova, O. A. Guryanov

Summary

It is advisable to perform cautious radical operations at the same time with plasty elements. The early surgical sanitation of the middle ear is recommended allowing to preserve its elements, to increase the possibilities of reconstruction and consequently, to decrease a potential danger for acoustic function of a patient as well as for his life as a whole.

ричерепных осложнений при острых отитах, особенно отогенных менингитов, что совпадает с данными других авторов [6]. Осложнения в виде менингитов возникают в первые дни заболевания острым отитом, что дало основание называть такие формы «молниеносными». Параллельно со снижением частоты внутричерепных осложнений уменьшается вызываемая ими летальность, однако ее уровень пока достаточно высок — от 8 до 33% [4, 7]. Снижение летальности по различным нозологическим формам происходит неравномерно. Если при отогенном менингите, синус-тромбозе и сепсисе летальность упала в десятки раз, то при абсцессах мозга и мозжечка, тем более при комбинированных осложнениях она снижается незначительно и еще довольно высока — от 36 до 58% [3, 5].

За последнее десятилетие (1984—1993) в клинике Казанского медицинского университета были лечены 2533 человека с воспалительными заболеваниями уха. Внутричерепные осложнения выявлены у 23 (около 1%), умерли 13 больных, то есть более полови-

Таблица 1

Частота отогенных внутричерепных осложнений (%) к числу оперированных больных с заболеванием среднего уха

Виды осложнений	1964— 1973 гг.	1974— 1983 гг.	1984— 1993 гг.
Синус-тромбоз и сепсис	29,6	20	13
Перисинуозный и экстрадуральный абсцессы	23,6	15,5	—
Комбинированные осложнения	20,2	28,7	47,8
Абсцесс мозга и мозжечка	14,6	11,3	13
Отогенный менингит	12,1	27,5	26,2

ны оперированных. Особенно важным и подлежащим обсуждению мы считаем обнаруженное при анализе изменение традиционного соотношения различных видов внутричерепной патологии по частоте (табл. 1).

Среди различных внутричерепных осложнений, зарегистрированных за последние 10 лет, доминируют комбинированные формы (47,8%), сопровождаемые наибольшей частотой летальных исходов (из 11 больных умерли 8). Для сравнения приводим данные за предыдущие десятилетия: в 1964—1973 гг. из 113 больных умерли 55, в 1974—1983 гг. из 23—8, в 1984—1993 гг. из 11—8. Очевидно, несмотря на уменьшение числа больных с комбинированными внутричерепными осложнениями летальность среди перенесших срочное хирургическое вмешательство не снижается, что связано с чрезвычайной тяжестью патологии, поступлением больных в поздние сроки от начала заболевания, а также трудностями диагностики. Наиболее часто в группе комбинированных осложнений сочетались абсцесс мозга или мозжечка и менингоэнцефалит, реже — абсцесс мозга и менингоэнцефалит или синус-тромбоз.

На второе место по частоте после комбинированных осложнений в последние годы вышел отогенный менингит — 6 (26,2%) больных, который развивается как осложнение острого отита на фоне респираторного вирусного заболевания. В подобных случаях весьма эффективно срочное хирургическое лечение. Следуя такой тактике, мы не имели в течение двух последних десятилетий ни одного летального исхода (табл. 2).

Таблица 2

Летальность при внутричерепных отогенных осложнениях (%)

Виды внутричерепных осложнений	1964— 1973 гг.	1974— 1983 гг.	1984— 1993 гг.
Синус-тромбоз и сепсис	1,8	0	0
Перисинуозный и экстрадуральный абсцесс	0,7	0	0
Комбинированные осложнения	48,7	34,7	72,8
Абсцесс мозга и мозжечка	18,3	11,1	27,2
Отогенный менингит	19,1	0	0

Как следует из данных табл. 2, из 23 больных за последнее десятилетие умерли 13 (56,5%). В структуре внутричерепных осложнений отитов половину составляют тяжелейшие комбинированные формы, что определяет высокий уровень летальности, характерный для этой патологии. Еще более высокой остается летальность при риногенных внутричерепных осложнениях. По данным клиники, за 50 лет на стационарном лечении находились 33 таких пациента с комбинированными поражениями: абсцессу мозга сопутствовали менингит или менингоэнцефалит. Из 33 больных умерли 12 (36,3%).

Высокий уровень летальности, характерный для этой патологии, обусловлен трудностями диагностики и оперативной тактики, особенно в случаях локализации абсцессов в отдаленных от околоносовых пазух отделах головного мозга.

В настоящее время для диагностики интракраниальной отогенной и риногенной патологии применяются различные способы исследования: ЭЭГ, ЭХОЭГ, пневмоэнцефалография, каротидная ангиография, исследование ликвора и другие. Однако с их помощью можно выявить лишь косвенные признаки поражения головного мозга.

В последнее десятилетие ведущими методами исследования головного мозга стали компьютерная томография (КТ) и магнитно-резонансная томография (МРТ), которые обладают большой информативностью, позволяют точно установить локализацию очага и определить характер внутричерепного

осложнения [2, 4]. Будучи неинвазивными методами, они не требуют подготовки больного и становятся особенно ценными в экстремальных случаях, так как не представляют угрозы для жизни больного. Кроме того, МРТ не дает лучевой нагрузки по сравнению с КТ и может быть использована многократно в процессе лечения для оценки его результатов [2].

Лечебная тактика при внутричерепных осложнениях синуситов включает экстренное хирургическое вмешательство с обязательным обнажением мозговой оболочки и пункцией вещества лобной доли мозга. Этот традиционный и испытанный десятилетиями опыт в настоящее время стал дискуссионным в связи с диагностическими возможностями КТ и МРТ. В нашей клинике эти методы применяются с 1991 г. в связи с открытием Республиканского диагностического центра. За данный период на стационарном лечении находились 4 пациента с риногенными внутричерепными осложнениями, развившимися на фоне хронических гнойных синуситов. У всех больных были диагностированы комбинированные осложнения: у одного — абсцесс лобной доли мозга с менингоэнцефалитом, у второго — абсцесс лобно-теменно-височного стыка с менингоэнцефалитом и субдуральным абсцессом, у третьего — 2 абсцесса лобной доли мозга с менингоэнцефалитом и у последнего — на фоне менингоэнцефалита эпидуральный абсцесс в лобно-теменной области и субдуральная эмпиема лобно-теменной и затылочной областей. Применение МРТ позволило обнаружить патологические изменения в полости черепа и выбрать следующие адекватные варианты оперативной тактики: в двух случаях был применен ринологический доступ с дренированием абсцессов лобной доли мозга, в остальных — нейрохирургический доступ с наложением фрезевых отверстий с приточно-отточным дренажем очагов поражения.

В качестве иллюстрации ринологического доступа и дренирования абсцессов лобной доли мозга приводим МРТ больного Г., 18 лет, на которой видно скопление воздуха в полостях абсцессов с небольшим уровнем остаточной жидкости. Непосредственных признаков перфорации желудочков нет, но об этом может свидетельствовать

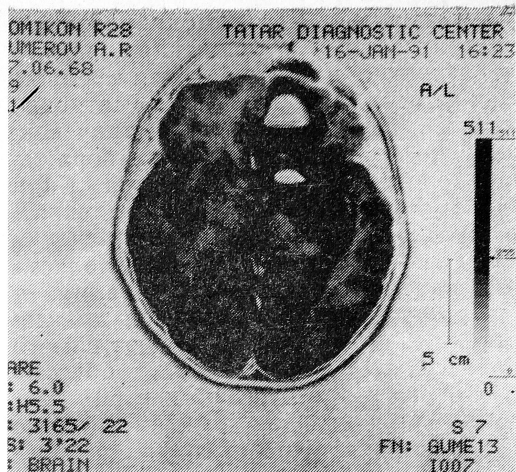


Рис. 1. МРТ больного Г. до операции.

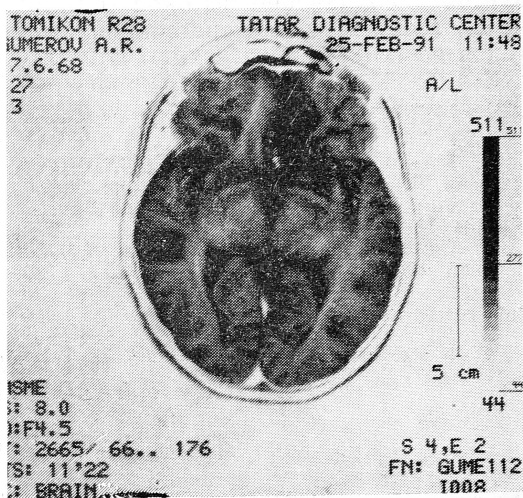


Рис. 2. МРТ этого же больного через один месяц после операции.

наличие в них воздуха. Небольшой отек в левой лобной доле. Через месяц после дренирования абсцессов была отмечена положительная динамика, выразившаяся на МРТ в полном спадении полости абсцесса и нормализации анатомической структуры мозга. Желудочки мозга обычные. Остаточные явления отека левой лобной доли и умеренные воспалительные изменения в лобной пазухе.

Из четырех последних наблюдений лишь в одном случае были получены положительные результаты лечения.

Итак, абсолютная частота внутричерепных осложнений отитов и синуситов за последние 20 лет, по материалам клиники, снижается. Вместе с тем летальность не имеет тенденции к

уменьшению, а при комбинированных внутричерепных осложнениях, преобладающих в настоящее время, даже возрастает. Наиболее информативными методами диагностики внутричерепных отогенных и риногенных поражений головного мозга являются КТ и МРТ, позволяющие выбрать адекватную хирургическую тактику лечения для санации очага инфекции в полости черепа. Имея неспоримые преимущества перед другими методами диагностики, КТ и МРТ не облегчают самого процесса лечения больного, поэтому летальность при отогенных и риногенных внутричерепных осложнениях до сих пор достаточно высока. Превалирование комбинированных форм внутричерепных осложнений отитов и синуситов и сохранение высокой летальности требуют совершенствования методов не только диагностики, но и лечения этой тяжелейшей патологии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акимов В. Н., Серебрякова С. Н., Нечипуренко Р. А. Патогенез, клиника и лечение негнойных и гнойных заболеваний уха.— Казань, 1974.
2. Ключкин И. В., Камалов И. И.//Казанский мед. ж.— 1993.— № 3.— С. 185 — 189.

УДК 616.211—002—085.849.19

ЛАЗЕРНАЯ ТЕРАПИЯ И НОВЫЙ ХИРУРГИЧЕСКИЙ МЕТОД ЛЕЧЕНИЯ ВАЗОМОТОРНОГО РИНИТА

Ю. В. Митин, Д. О. Михайловский

Кафедра оториноларингологии (зав.— проф. Ю. В. Митин)
Украинского медицинского университета, г. Киев

С целью изучения патогенеза вазомоторного ринита и изыскания патогенетических методов лечения нами исследовано функционирование в слизистой оболочке полости носа клеток АПУД-системы (Amine Precursors Uptake and Decarboxylation). Основной функцией последней является накопление предшественников биогенных аминов с их последующим синтезом. Сопоставление вазомоторных расстройств слизистой оболочки носа с уровнем функциональной активности местных аудоцитов было проведено на модели вазомоторного ринита у 39 кроликов. Моделирование осуществлялось путем обратимой фармакологической десимпатизации животных с помощью внутримышечного ежедневного введения резерпина из расчета

3. Лурье А. З. Неотложная помощь в оториноларингологии.— М., 1983.

4. Миразизов К. Д., Буссель Л. Г., Ходжаева К. А., Мухамеджанов Н. З.//Вестн. оториноларингол.— 1988.— № 3.— С. 27—32.

5. Солдатов И. Б. Руководство по оториноларингологии.— М., 1994.

6. Шустер М. А., Мищенко Т. М., Неотложная оториноларингология.— М., 1984.

7. Ярлыков С. А., Волков В. А. Гнойный средний отит и отогенные внутричерепные осложнения.— Иваново, 1972.

Поступила 01.10.94.

CURRENT METHODS OF THE DIAGNOSIS AND TREATMENT OF INTRACRANIAL OTOGENIC AND RHINOGENIC COMPLICATIONS

S. N. Serebryakova, E. V. Petushkov,
A. Yu. Dovgalyuk, P. D. Firsov,
I. V. Klyushkin, M. M. Ibatullin

Summary

On the basis of the archival material of the Kazan otolaryngologic clinic, the comparative analysis of intracranial rhinogenic and otogenic pathology is performed by stages. In the presence of a general decrease of the intracranial complications rate during the last 20 years in this pathology structure the combined lesions prevail, which determines the high level of lethality. Computer tomography and particularly MRT-tomography allow to reveal the infection focus in the skull cavity and to define the adequate surgical tactics.

0,5 мг/кг массы тела в течение 4 суток. О выраженности вазомоторных расстройств слизистой оболочки полости носа судили по данным ринопневмометрии и изменению веса стандартных трубочек, впитывающих носовой секрет.

В слизистой оболочке носа у животных и человека (материал получен при нижней конхотомии) при окраске по методу Гримелнуса выявлены аргирофильные клетки, расположенные диффузно либо скоплениями, преимущественно около сосудов микроциркуляции русла. Они были округлой, овальной или треугольной формы с основанием на базальной мембране, некоторые из них — с тонким отростком на апикальном полюсе, который направлялся в сторону полости носа или просвета сосуда. Клетки имели округлое ядро, сдвинутое в апикальный полюс. Применение метода Севки позволило выделить среди них две основные гистохимические группы — апу-