

СОВРЕМЕННЫЕ МЕТОДЫ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ОТОСКЛЕРОЗОМ

В. И. Галочкин

Кафедра последипломной подготовки врачей (зав.— проф. В. И. Галочкин) медицинского факультета филиала Московского университета, г. Ульяновск

Тугоухость в результате отосклеротического процесса в лабиринтной капсуле диагностируется у 0,1—1% всего населения, являясь таким образом важной медицинской и социальной проблемой. К настоящему времени разработано множество методов хирургической коррекции отосклеротической тугоухости и патогенетического медикаментозного воздействия на отосклеротический очаг в лабиринтной капсуле [10]. Из разнообразных слухоулучшающих вмешательств наибольшее распространение получили стапедэктомия и стапедопластика. Реже используются такие способы операций, как монокуральная транспозиция, стапеднолиз, интерпозиционная техника и др. Благодаря существующему многообразию методов отохирург имеет возможность выбирать рациональное для больного хирургическое вмешательство с учетом индивидуальных вариантов строения среднего уха и визуальной оценки особенностей развития отосклеротического процесса. К настоящему времени техника слухоулучшающей хирургии приближается, можно считать, к идеальному уровню и обеспечивает максимальную функциональную эффективность и социальную реабилитацию больных в 80—95% случаев [10 12].

Хирургическое вмешательство не предотвращает дальнейшего прогрессирования отосклеротического процесса, а в некоторых случаях вследствие своей травматичности стимулирует костную перестройку в очаге отосклероза. Параллельно с совершенствованием хирургической техники велись поиск и разработка способов медикаментозного воздействия на отосклеротический очаг в височной кости. Появление новых методов консервативного лечения было связано с исследованиями в области этиологии и патогенеза отосклероза, изучением минерального состава фрагментов стремени, биохимических компонентов перилимфы, а в последние годы с определением иммунологических аспектов патологического процесса у больных отосклерозом.

Впервые патогенетически обоснованный метод консервативного лечения отосклероза был предложен в 1964 г. [23]. В механизме его действия заложено свойство иона фтора оказывать стабилизирующее влияние на процессы костной деструкции.

Экспериментальное обоснование применения фторида натрия на D-гипервитаминозной модели костной перестройки в височной кости морских свинок представили ряд исследователей [4, 13]. Авторы рекомендовали назначать больным по 30—60 мг препарата в сутки (0,5 мг/кг массы) в течение 2 месяцев, затем через 1—2 месяца курс повторять. У больных с начальной стадией заболевания отмечались улучшение слуха или его стабилизация, исчезновение или снижение ушного шума. При выраженной стадии слух стабилизировался или даже ухудшался за счет повышения

порогов при воздушном звукопроведении, что объясняется большей фиксацией стремени при инактивации и, следовательно, уплотнением отосклеротического очага. В дальнейшем производили слухоулучшающую операцию, которую больные после консервативного лечения переносили значительно лучше, чем те, которые не принимали фторида натрия. Стабилизация порогов слуха при костном проведении звука сохранялась в среднем в течение 5—6 лет, после этого больным предписывали повторный курс лечения [2]. Таким образом, лечебный эффект давали малые дозы фтористого натрия, не вызывавшие побочных эффектов.

Наряду с назначением только фторида натрия многие авторы рекомендовали применять комплекс фторида натрия с препаратами кальция и витамином D, регулирующим процессы костного метаболизма [15, 16]. Определенный интерес представляют результаты исследования протеолитической активности перилимфы, взятой в ходе слухоулучшающей операции. В группе больных после приема фторида натрия активность протеаз была достоверно ниже, чем у нелеченных больных [3, 4].

Новый аспект применения фторида натрия в качестве профилактического средства у детей из «отосклерозных» семей был апробирован зарубежными исследователями [17, 19]. При выявлении у них начальных признаков тугоухости, им назначали консервативную терапию небольшими дозами фторида натрия. Контрольное обследование с помощью импедансометрии показало стабилизацию порогов слуха. По мнению авторов, среди школьников необходима профилактика отосклероза.

Стремясь избежать общего воздействия фторида натрия на организм больных отосклерозом, некоторые исследователи [6, 7] предложили вводить указанный препарат электрофоретическим способом в височную кость, разработав для этого методику эндурального электрофореза. С целью лечебного воздействия на измененный при отосклерозе органический компонент кости авторы одновременно назначали электрофорез витамина С, стимулирующего синтез коллагена. При исследовании фрагментов основания стремени удалось подтвердить увеличение количества фтора и аскорбиновой кислоты. Слуховая функция в отдаленные сроки после лечения оставалась стабильной или улучшалась. При гистологическом исследовании фрагментов основания стремени после электрофоретического лечения чаще обнаруживались неактивные очаги отосклероза [5].

Сравнивая результаты лечения отосклероза пероральным и электрофоретическим способами введения фторида натрия, В. И. Галочкин [4] выявил значительное преимущество первого способа. Стабилизация порогов восприятия при воздушном и костном звукопроведе-

ниях наблюдалась после электрофоретического способа лечения в течение 2—3 лет, в то время как после перорального — в течение 5—6 лет.

Одновременно с разработкой различных способов применения фторида натрия в отолгии шел поиск новых медикаментозных средств, способных оказывать стабилизирующее действие на отосклеротический процесс. Детальное изучение минерального обмена у больных отосклерозом выявило у них недостаточное количество магния в сочетании со сниженным уровнем оксипролина в костной ткани лабиринтной капсулы, что было подтверждено экспериментально. Исходя из этих данных для лечения больных отосклерозом был применен эндуральный электрофорез 5% раствора сернистого магния в виде повторяющихся каждые полгода курсов из 10—15 процедур. Стабилизация слуха в отдаленные сроки после лечения (через 3—5 лет) отмечена у 91,7% больных [1, 9]. Авторы подчеркивают преимущество сернистого магния при лечении больных по сравнению со фторидом натрия.

Используя регулирующее действие гормонов щитовидной железы на обмен кальция и фосфора, В. Ф. Никитина [8] назначала для инaktivации отосклеротического процесса препарат щитовидной железы — кальцитрин в комбинации с глюконатом кальция. Консервативная терапия, проведенная после хирургического вмешательства, стабилизировала послеоперационный уровень слуха в последующие сроки. Никаких осложнений при лечении не отмечено.

Способность контрикала ингибировать протеолитические ферменты послужила В. А. Гуквич и др. [6] основанием для назначения его больным отосклерозом. Контриказ вводили путем эндурального электрофореза для снижения уровня протеолитических ферментов в очаге отосклероза и жидкостях внутреннего уха. Нормальная концентрация протеза в перилимфе сохранялась после лечения в течение года.

В последнее десятилетие в отолгии находят подтверждение гипотеза об аутоиммунном характере отосклеротического процесса [20, 24]. Аутоиммунный ответ организма возникает на коллаген типа II, который содержится в остатках энхондрального хряща. В крови у больных обнаружены антитела к коллагену типа II, а в отосклеротических очагах — комплекс и антитела [22, 24]. Исследуя перилимфу у больных отосклерозом, Н. Н. Решетников и Т. И. Попова [11] выявили IgG и антитела к нативной ДНК и коллагену типа II, подтвердив аутоиммунный характер заболевания. Некоторые авторы [18] применяли кортикостероиды в иммуносупрессивных дозах для инaktivации отосклеротического очага после операции на стремени. Клинически стабилизация отосклероза проявлялась исчезновением или уменьшением ушных шумов.

В комплексную терапию больных отосклерозом В. И. Галочкин [4] включил фторид натрия и иммуномодулирующий препарат — дифосфон. Клиническое сравнение этой группы больных с пациентами, леченными только фторидом натрия, показало преимущество комплексного метода (улучшение порогов слуха при костном звукопроведении, повышение переносимости хирургического вмешательства, нормализация уровня протеолитических фер-

ментов в перилимфе). Кроме того, согласно результатам гистологического исследования фрагментов основания стремени, у этих больных преобладал неактивный отосклеротический процесс.

Дальнейшее изучение этиологии и патогенеза отосклероза позволит разработать новые методы лечения больных. В данном аспекте определенный интерес представляют такие публикации [14, 21], в которых авторы сообщают об обнаружении в отосклеротических очагах антигенов вирусов кори, свинки, краснухи и паротита. По их мнению, отосклероз является воспалительной сосудистой реакцией костной капсулы лабиринта на внедрение вирусов.

Таким образом, социальная реабилитация больных отосклерозом обеспечивается в настоящее время комплексом консервативных методов лечения, способствующих инaktivации и длительной стабилизации отосклеротического процесса, и различными вариантами хирургических вмешательств, направленных на коррекцию сниженного слуха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Белкина Н. П., Краева Н. И., Лях Г. С., Микущин М. К. Реабилитация больных с заболеваниями уха, горла, носа и речи. — Сб. трудов. — 1980. — Том XXIII-A. — С. 46—55.
2. Галочкин В. И. Современные методы диагностики и лечения заболеваний уха. — Сб. тр. ЛОР-каф. КГМИ. — Казань, 1985. — С. 24—30.
3. Галочкин В. И. // Вестн. оториноларингол. — 1987. — № 1. — С. 15—18.
4. Галочкин В. И. Консервативная терапия отосклероза с целью предупреждения прогрессирования тугоухости. Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — Казань, 1988.
5. Гуквич В. А., Авраменко Л. В. Тезисы IV съезда отоларингологов РСФСР. — Горький, 1978.
6. Гуквич В. А., Мартынюк Л. А., Авраменко Л. В. // Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1978. — № 2. — С. 70—72.
7. Гуквич В. А., Федотов А. Ф. // Вестн. оториноларингол. — 1973. — № 1. — С. 65—69.
8. Никитина В. Ф. Патология уха и реабилитация больных с тугоухостью. — М., 1987.
9. Пальчун В. Т., Белякова Л. В., Асламова В. И. и др. // Вестн. оториноларингол. — 1988. — № 1. — С. 23—27.
10. Преображенский Н. А., Пятакина О. К. Стапедэктомия и стапедопластика при отосклерозе. — М., 1973.
11. Решетников Н. Н., Попова Т. И. // Вестн. оториноларингол. — 1992. — № 3. — С. 14—16.
12. Сватко Л. Г. Отосклероз. — Казань, 1974.
13. Сватко Л. Г., Галочкин В. И., Петушков Е. В. Материалы XI конференции отоларингологов ТАССР. — Казань, 1975.
14. Arnold W., Friedmann I. // J. Laryngol. Otol. — 1988. — Vol. 102. — P. 865—871.
15. Balle V., Linthicum F. // Ann. Otol. — 1984. — Vol. 93. — P. 105—111.
16. Bretlau P., Hansen H., Causse J. et al. // Ann. Otol. Rhinol. Laryng. — 1985. — Vol. 94. — P. 103—104.
17. Causse J., Causse J. // Ann. Oto-Laryng. — 1980. — Vol. 97. — P. 325—351.
18. Causse J., Causse J., Bel J. et al. //

Acta otorhinolaryngol. belg.—1986.— Vol. 40.— P. 482—486.

19. Cole J.//Laryngoscope.—1982.— Vol. 92.— P. 863—872.

20. Harris J., Ryan A.//Amer. J. Otolaryngol.—1984.— Vol. 5.— P. 418—425.

21. McKenna M., Mills B.//Otolaryng. Head Neck Surg.—1983.— Vol. 62.— 387—390.

22. Shrader M., Weber B., Poppendieck J.// Ann. Otol.—1990.— Vol. 99.— P. 349—359.

23. Shambaugh G., Scott A.//Arch. Otolaryng.—1964.— Vol. 80.— P. 263—270.

24. Yoo T., Shea J., Floyd R.//Amer. J. Otolaryngol.—1987.— Vol. 8.— P. 317—324.

Поступила 01.10.94.

КРАТКИЕ СООБЩЕНИЯ

УДК 617.7—007.681—089.8

Н. Х. Хасанова, З. Г. Камалов, Ф. С. Амирова, Р. Ф. Ахметшин (Казань). Зависимость эффективности антиглаукоматозных операций от способа формирования конъюнктивального лоскута.

Изучено влияние двух способов формирования конъюнктивального лоскута на гипотензивную эффективность операций и отток внутриглазной жидкости в отдаленные сроки наблюдений.

Прооперированы 2 группы больных — 150 человек (150 глаз). В 1-й группе (76 пациентов) операции были выполнены с разрезом конъюнктивы у места ее прикрепления по лимбу на протяжении 5—6 мм с последующей отсепаровкой ее на 3—4 мм вверх.

На края конъюнктивальной раны у больных обеих групп на завершающем этапе операции накладывали нейлоновый непрерывный шов с фиксацией его концов.

В возрасте до 50 лет прооперировано 3 пациента, остальные были старше. Открытоугольная глаукома констатирована у 45 больных, закрытоугольная — у 16, смешанная — у 6, вторичная — у 9. Начальная стадия была у 19 пациентов, развитая — у 42, далеко зашедшая — у 15. С умеренно повышенным внутриглазным давлением (ВГД) прооперировано 43 человека, с высоким — 33. Коэффициент легкости оттока (КЛО) был низким и колебался от 0,01 до 0,09 мм³/мин. Глубокая склерэктомия произведена 39 (51,3%) пациентам, синусотрабекулоэктомию с задней трепанацией склеры — у 36 (47,4%), иридэктомия — у 1 (1,3%). Осложнений во время операций не было.

В послеоперационном периоде у 2 больных была гифема высотой в 2 мм, которая рассосалась бесследно после двух подконъюнктивальных инъекций эмоксипина.

Во 2-й группе (74 пациента — 74 глаза) больные прооперированы с выкраиванием конъюнктивального лоскута традиционным способом — отступя 7—8 мм от лимба и параллельно ему длиной 6—7 мм. Группы больных были стандартизированы по возрасту, форме глаукомы, стадии заболевания, степени компенсации. Больным этой группы также производили глубокую склерэктомия (40 глаз), синусотрабекулоэктомию с задней трепанацией (34 глаза). Сроки наблюдения — до 3 лет (от 18 до 36 мес).

Наблюдения за больными указанных групп показали, что при выкраивании конъюнктивального лоскута разрезом от лимба отмечалось почти ареактивное течение послеоперационного периода. Рана конъюнктивы у лимба быстро склеивалась, рубец был почти незаметен, а глаз спокоен с первых дней. Не было

реакции конъюнктивальных и эписклеральных сосудов. В раннем послеоперационном периоде всегда формировалась разлитая фильтрационная подушка. Ни разу не наблюдалось отхождения конъюнктивального лоскута от лимба. При этом способе во время операции создавались технические удобства для производства основных этапов антиглаукоматозных операций, так как конъюнктив, отсепарованная сверху, расширяла операционное поле, позволяла хорошо контролировать манипуляции в углу передней камеры. У больных при традиционном формировании конъюнктивального лоскута в послеоперационном периоде реактивное воспаление тканей конъюнктивы и эписклеры было более выраженным и держалось дольше (в среднем — 8—10 дней), в то время как при лимбальном разрезе они были минимальными и исчезали через 2—3 дня. Кроме того, у 4 больных с традиционным разрезом наблюдалось расхождение краев конъюнктивальной раны, что потребовало повторного наложения швов. У 28 (37,8%) пациентов этой группы в отдаленные сроки выявлен приобретенный птоз (от 1 до 3 мм), в то время как при лимбальном разрезе он был обнаружен у 3 (4%) больных в легкой степени (1,5 мм). Что касается ВГД, то при традиционном способе формирования лоскута умеренно повышенное и высокое давление в отдаленные сроки встречалось в 2 раза чаще, чем при формировании лоскута от лимба (11% и 5,2%). Истинное ВГД при лимбальном разрезе снизилось с $35,1 \pm 1,2$ до $16,8 \pm 0,4$; КЛО увеличился с $0,08 \pm 0,02$ до $0,26 \pm 0,01$, при традиционном — соответственно с $33,2 \pm 1,2$ до $17,8 \pm 0,7$ и с $0,09 \pm 0,01$ до $0,22 \pm 0,01$. Фильтрационная подушечка также чаще сохранялась выраженной при лимбальном способе формирования лоскута.

Приведенные данные свидетельствуют, что лимбальный метод формирования лоскута удобен технически, дает ареактивное заживление раны и создает лучшие условия для восстановления оттока внутриглазной жидкости и нормализации ВГД.

УДК 616.831.9—002—02: [616.28—002.2+616.216.1—002.2

С. К. Мудрецова, В. Т. Тимашов, В. В. Рафаилов (Казань). Обострение хронического воспалительного процесса уха и верхнечелюстной пазухи на фоне вирусного менингоэнцефалита

За последние годы участились случаи серозного менингита при гриппе. Приводим наше наблюдение.

Ш., 12 лет, поступил в клинику 22.11.1993 г. по поводу гнойных выделений из правого уха в течение длительного времени и выделений с неприятным запахом и зудом в левом ухе. В анамнезе у ребенка частые пневмонии, ОРВИ,