

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ



Хатамов Жахонгир Аброевич

Самаркандский государственный медицинский университет, Республика Узбекистан, г. Самарканд

ОТОГЕН ИНТРАКРАНИАЛ АСОРАТЛИ БЕМОРАЛНИ КОМПЛЕКС ДАВОЛАШНИ ОПТИМАЛЛАШТИРИШ

Хатамов Жахонгир Аброевич

Самарканд давлат тиббиёт университети, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд ш.

OPTIMIZATION OF COMPLEX TREATMENT OF PATIENTS WITH OTOGENIC INTRACRANIAL COMPLICATIONS

Khatamov Jakhongir Abbruevich

Samarkand State Medical University, Republic of Uzbekistan, Samarkand

e-mail: Alisherk75@mail.ru

Резюме. Сурункали йирингли ўрта отит оториноларингологияда энг жиддий касалликлардан бири бўлиб қолмоқда. Клиник ва инструментал текширув натижалари ва тиббий ёзувларни таҳлил қилиш асосида муаллиф отоген интракраниал асоратлар муаммоларини баҳолайди. Тадқиқотимизнинг мақсади касаллик клиник кечишининг хусусиятларини, эрта таъхислаш ва отоген интракраниал асоратларни комплекс даволаш тактикасини ўрганиш эди. Йирингли отит билан оғриган 64 нафар беморни интракраниал асоратлари билан жарроҳлик даволаш натижалари келтирилган. Беморларнинг 48,9% да алоҳида асоратлар, 51,1% да эса комбинацияланган асоратлар аниқланган. Чакка суякларининг ва бош миянинг МСКТ ва МРТ текшируви ва орқа мия суюқлигининг таркибини ўрганиш отоген интракраниал асоратларнинг дастлабки босқичини аниқлашга имкон беради деган хулосага келиш мумкин. Отоген интракраниал асоратларнинг аниқланиши шошилинч равишда ўрта қулоқда очиқ кенгайтирилган радикал операцияни талаб қилади. Тақдим этилган комплекс шошилинч интензив терапия тизими даволаш натижаларини яхшилаш ва отоген интракраниал асоратларда ўлимни камайтириши мумкин.

Калит сўзлар: сурункали йирингли ўрта отит, отоген интракраниал асоратлар, диагностика, жарроҳлик даволаш.

Abstract. Chronic suppurative otitis media remains one of the most serious diseases in otorhinolaryngology. Based on the results of a clinical and instrumental examination and analysis of medical records, the author evaluates the problems of otogenic intracranial complications. The aim of our study was to investigate the peculiarities of clinical course, early diagnosis and tactics of complex treatment of otogenic intracranial complications. The results of surgical treatment of 64 patients with purulent otitis media with intracranial complications are presented. Isolated complications were detected in 48.9% of patients, and combined complications in 51.1%. MSCT and MRI examination of the temporal bones, brain and study of the composition of cerebrospinal fluid make it possible to determine the early stage of otogenic intracranial complications. The development of otogenic intracranial complications urgently requires open extended radical surgery on the middle ear. The presented complex system of emergency intensive care is able to improve treatment results and reduce mortality in otogenic intracranial complications.

Key words: chronic purulent otitis media, otogenic intracranial complications, diagnosis, surgical treatment.

Актуальность исследования. Отогенные внутримозговые осложнения (ОВО) представляют собой одну из самых серьезных и сложных проблем в области оториноларингологии и нейрохирургии. Эти заболевания, вызванные инфекциями, локализуясь в области среднего уха, могут привести к развитию менингита, абсцессов мозга, тромбоза венозных синусов, и других тяжелых состояний, требующих немедленного и комплексного

вмешательства. Несмотря на значительные достижения в области диагностики и лечения, частота и тяжесть этих осложнений остаются высокими, что обуславливает необходимость оптимизации методов лечения и более детального исследования их патогенеза.

В Узбекистане проблемы диагностики и лечения отогенных осложнений активно исследуются в последние десятилетия. По данным работы Каюмова и

коллег (2022), важнейшей проблемой остаётся позднее выявление инфекций среднего уха, что приводит к развитию серьёзных неврологических осложнений (Каюмов А. А., Ахмедов Б. У. "Актуальные вопросы диагностики и лечения отогенных осложнений", Ташкент, 2022). Исследования, проведенные в Самаркандском медицинском университете, показали, что своевременная диагностика и комбинированное лечение значительно повышают шансы на выздоровление пациентов, особенно в случаях с абсцессами мозга и менингитом [2, 4, 6, 8, 12, 16].

На постсоветском пространстве эта проблема активно исследуется и в других странах СНГ. В России, например, ученые под руководством Петрова В.В. в своей работе (Петров В. В., Смирнов В. А. "Отогенные внутримозговые осложнения: диагностика, лечение и профилактика", Москва, 2021) обращают внимание на важность использования современных методов нейровизуализации, таких как МРТ и КТ, для ранней диагностики таких осложнений. Они также подчеркивают необходимость раннего хирургического вмешательства, когда консервативная терапия оказывается неэффективной [1, 3, 5, 10, 14].

В США исследования в области лечения отогенных внутримозговых осложнений фокусируются на применении новых антибактериальных и противовоспалительных препаратов, а также на инновационных методах нейрохирургического вмешательства. Так, в работе Thompson et al. (2019) подчеркивается значимость многокомпонентного подхода в лечении отогенных абсцессов мозга, где наряду с антибиотикотерапией и хирургией используется также иммунотерапия для борьбы с воспалением (Thompson, J. P., Harris, M. E. "Management of otogenic brain abscesses: A modern approach", American Journal of Otolaryngology, 2019). Применение таких методов значительно снизило летальность и улучшило прогноз для пациентов, страдающих отогенными осложнениями [11, 13, 15].

В Европе, особенно в Германии и Франции, также активно изучаются новые подходы к лечению отогенных внутримозговых осложнений. Исследования, проведенные в университетах Гейдельберга и Парижа, подтверждают эффективность интеграции нейроинфекциологов и отоларингологов в процесс комплексного лечения пациентов с такими осложнениями. В работе Schindler et al. (2021) показано, что использование современных диагностических технологий в сочетании с комплексной терапией, включая хирургическое лечение и антибиотикотерапию, позволяет значительно улучшить исходы лечения (Schindler, G., Müller, R. "Multidisciplinary management of otogenic intracranial complications", European Archives of Oto-Rhino-Laryngology, 2021) [9, 17, 18].

Таким образом, актуальность темы оптимизации комплексного лечения больных с отогенными внутримозговыми осложнениями обусловлена высоким уровнем заболеваемости, сложности своевременной диагностики и потребностью в мультидисциплинарном подходе к лечению. Опыт различных стран и новых научных исследований в этой области подтверждает необходимость применения инновационных методов лечения и комплексных стратегий для повышения качества жизни пациентов и улучшения клинических исходов.

Целью нашей работы явилось изучение особенности клинического течения, ранней диагностики и тактики комплексного лечения отогенных ОВО.

Материалы и методы исследования. Под нашим наблюдением за последнее 20 лет в ЛОР отделениях стационаров города Самарканда находились 64 больных с ОВО. Взрослых было 52 (86%), детей 12 (14%). В возрасте до 17 лет 12 больных, 17 – 30 лет 18 больных, 30 - 50 лет – 22 больных и старше 50 лет – 12 больных (рис. 1).

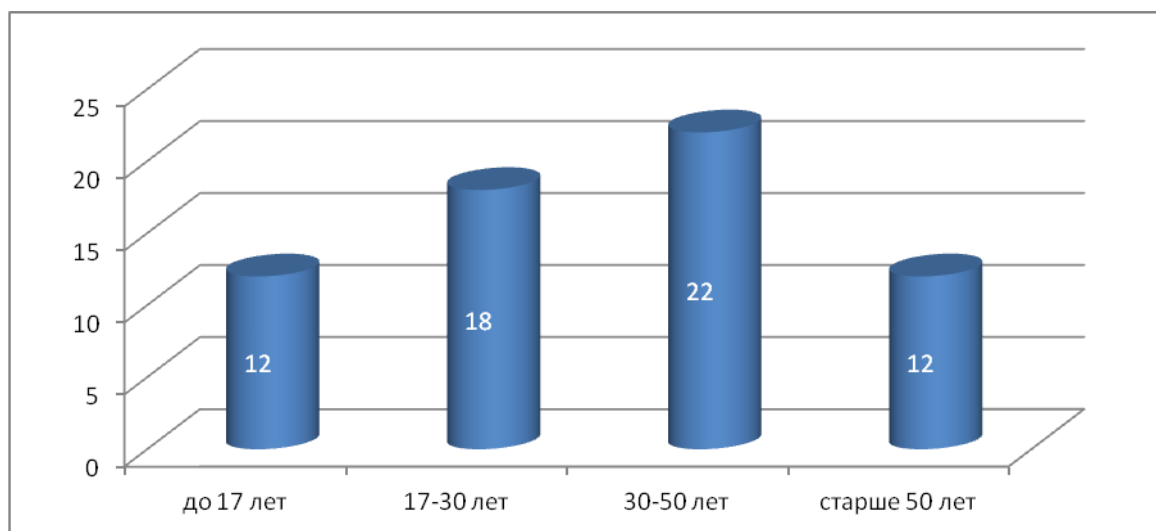


Рис. 1. Встречаемость отогенных ВЧО по возрасту

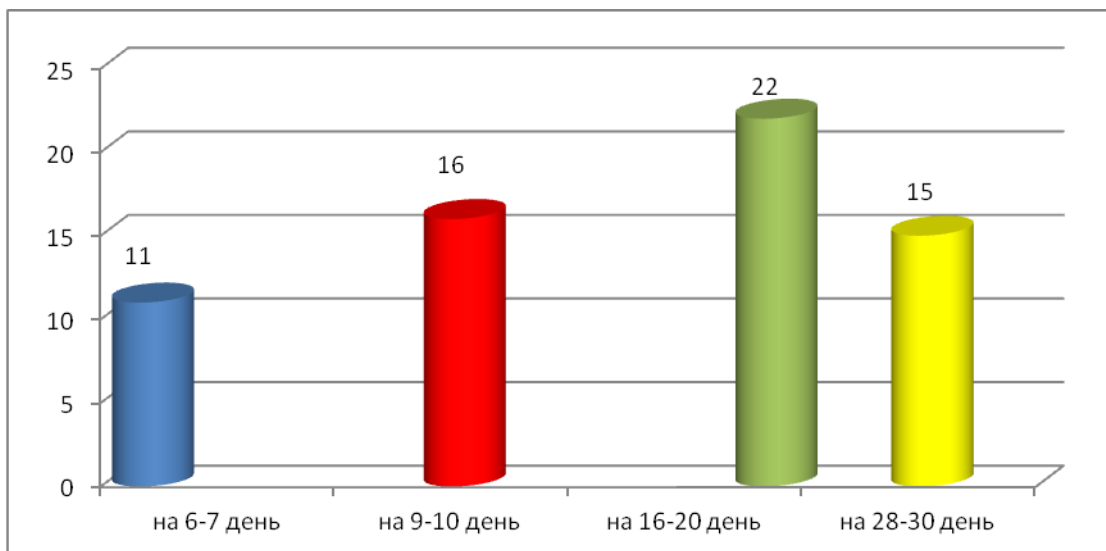


Рис. 2. Время поступления больных после начала заболевания

Больные поступали в состоянии средней тяжести, тяжелом и крайне тяжелом состоянии, с повышением температуры тела до 39-40⁰С и с жалобами на сильную головную боль, головокружение, шаткость походки, тошноту и рвоту.

До поступления в стационар все больные от 2 до 30 дней лечились самостоятельно или у врачей по месту жительства антибиотиками, анальгетиками, антигистаминными препаратами, согревающий компресс в область больного уха, и получали физиолечение и некоторые больные получали инфузионную терапию. Из поступивших в ЛОР клинику больных 11 были направлены на 6-7 день после начала признаков ОВО, 16-на 9-10-й, 22-на-16-20-й, 15-на 28-30 дни (рис. 2).

В стационаре при осмотре больных выявляли четко выраженные общемозговые и менингеальные

симптомы, спутанное сознание, сопор, иногда кома. Давление ликвора при спинномозговой пункции у больных с менингоэнцефалитами варьировалось от 190 до 240 мм. вод. ст., общее количество белка от 0,66 до 6 г/л с резко выраженной реакцией Панди и Нонне-Апельта. Плеоцитоз в ликворе достигал до 3 тысячи клеток в кубическом мм (мм³).

В первые часы после поступления в стационар, всем больным проводили комплексное обследование: осмотр оториноларинголога, рентгенография сосцевидного отростка по Шюлеру и Майеру, МСКТ и МРТ головного мозга и сосцевидных отростков, лабораторные и микробиологические исследования. Проводили немедленные консультации невропатолога, нейрохирурга, окулиста, анестезиолога-реаниматолога, терапевта, инфекциониста.

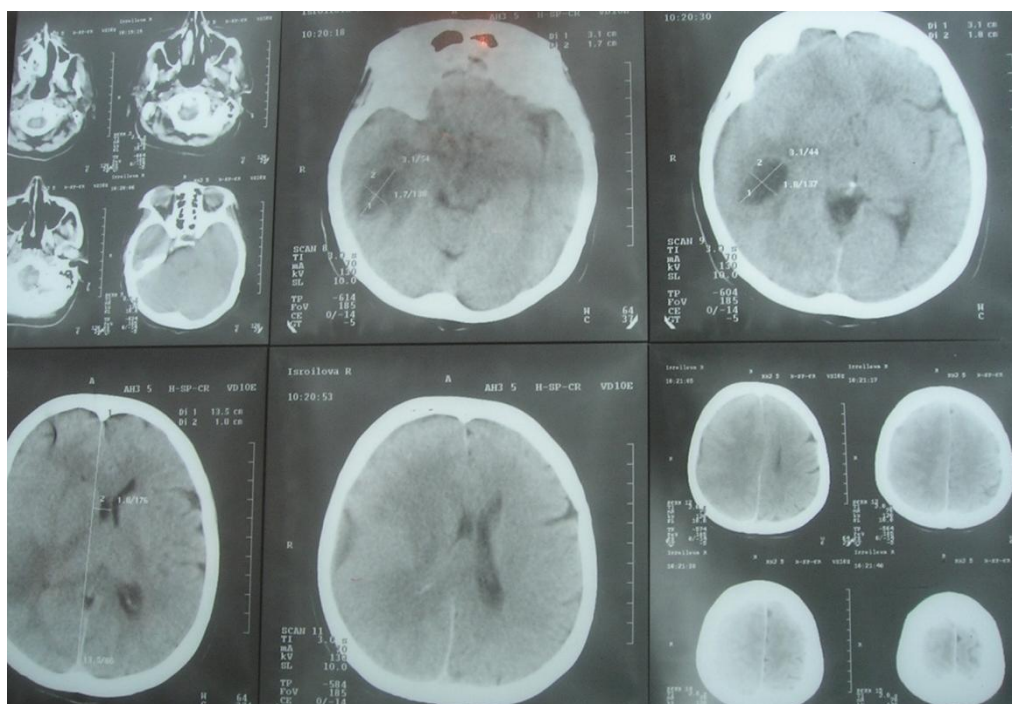


Рис. 3. КТ больной Р. Абсцесс височной доли головного мозга справа

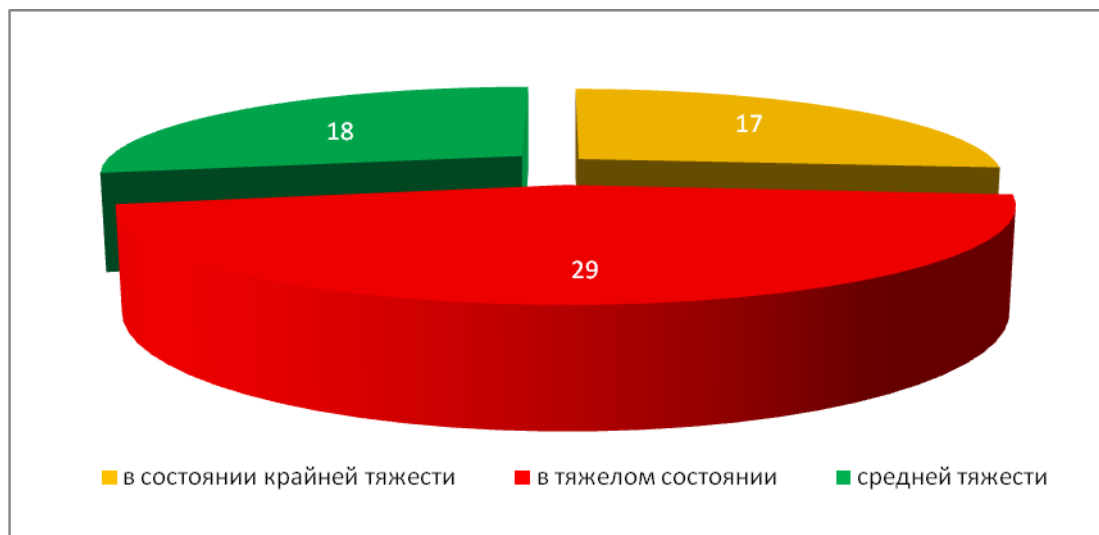


Рис. 4. Состояние пациентов при поступлении в стационар

После обследования на первом этапе при обнаружении признаков ОВО возникала необходимость экстренного хирургического вмешательства на соседних отростках, направленного на элиминацию гнойного очага из среднего уха и полости черепа в ранние сроки – в течении первых часов и до одних суток.

Больным проводили открытую общеполостную радикальную операцию с обнажением мозговых оболочек средних и задних черепных ямок. При обнаружении абсцесса на II этапе операция проводилась совместно с нейрохирургами.

В послеоперационном периоде операционное поле ежедневно промывали антисептическим раствором декасана и 1%-10,0 раствором диоксидаина, вводили в полость местно антибиотики.

Одновременно с оперативным лечением проводили антиби-отикотерапию, интенсивную противовоспалительную дегидратационную, дезинтоксикационную, десенсибилизирующую и общеукрепляющую терапию.

Назначение антибиотиков начинали эмпирически с момента поступления больного в стационар, а после элиминации гнойного очага из среднего уха и полости черепа с учетом чувствительности микрофлоры к антибиотикам. Наиболее часто использовали цефалоспорины III и IV поколения, антибиотики бета-лактаманного ряда, редко макролиды.

Следует отметить, нередко антибиотики применяли в комбинации и вводили внутривенно, эндолумбально при менингитах и при этом учитывали общее состояние больного, данные клинического и лабораторного исследований.

При тяжелых состояниях больного, внутривенно вводили антибиотики бета-лактаманного ряда и цефалоспорины в высоких дозах. Антибиотикотерапия сочеталась с назначением противогрибковых средств из расчета 1-3 мг/кг веса. По показаниям проводили люмбальную пункцию и ее количество определяли по состоянию больного и по составу ликвора.

В случаях развития перифокального вторичного менингоэнцефалита, внутричерепной гипертензии и отека мозга, а также при разлитом гнойном менингите часто была рвота. В целях обеспечения питания и дезинтоксикации проводили общеукрепляющую и сти-

мулирующую терапию, назначали внутривенно нативную плазму 300-500 мл., 5-10% раствор глюкозы до 500 мл. с добавлением аскорбиновой кислоты 5%-4,0 кокарбоксилазы 2,0, 15% раствор альбумина до 200 мл. Вводили дегидратационные и мочегонные средства; глюкоза 40%-20,0 уротропин 40%-10,0 маннитол 20%-30,0 внутримышечно вводили магнезия сульфат 25%-10,0, лазикс 2,0, внутрь назначено глицерин медицинский 50%-1 ч. ложки 3 раза в день, диакарб 0,25 по 1 таб. 1 раз в день. В комплексе лечения проводили плазмозферез (ПА). Количество процедур ПА от 3 до 5, интервал между процедурами 24-48 часов. Замещение, удаляемого объема плазмы, осуществляли растворами кристаллоидов в объеме 1000-1200 мл. Средняя продолжительность процедуры – до 40 мин. Дополнительно назначали антикоагулянты внутривенно капельно фибринолизин (20 тыс. ЕД на 250 мл. изотонического раствора натрия хлорида) с добавлением 10 тыс. ЕД гепарина, клексана, внутрь аспирин 0,5 г. 3 раза в сутки.

Больным обеспечивался тщательный уход, высококалорийное энтеральное питание (при необходимости через зонд) и при показаниях назначали симптоматическую терапию.

Комплексную интенсивную терапию до операции и в послеоперационном периоде проводили в отделении нейрореанимации под строгим наблюдением оториноларинголога, нейрохирурга, невропатолога и нейрореаниматолога.

Результаты и их обсуждение. Больные поступали в стационар: в состоянии средней тяжести – 18, в тяжелом состоянии - 29, в крайне тяжелом состоянии 17- больных (рис. 4).

Причиной возникновения отогенных осложнений у 11 (15%) больных был острый гнойный средний отит (ОГСО), у 53 (85%) хронический гнойный средний отит. Из них причиной ОВО у 39 больных был хронический гнойный эпитимпанит, у 14 хронический гнойный мезотимпанит и у 11 хронический гнойный эпимезотимпанит.

У обследованных пациентов отогенный гнойный менингит выявлен у 14, отогенный абсцесс мозга у 10, отогенный абсцесс мозжечка у 8, эпидуральный абсцесс у 13, отогенный синустромбоз у 7 и перисинуозный абсцесс у 12 больных (рис. 5).

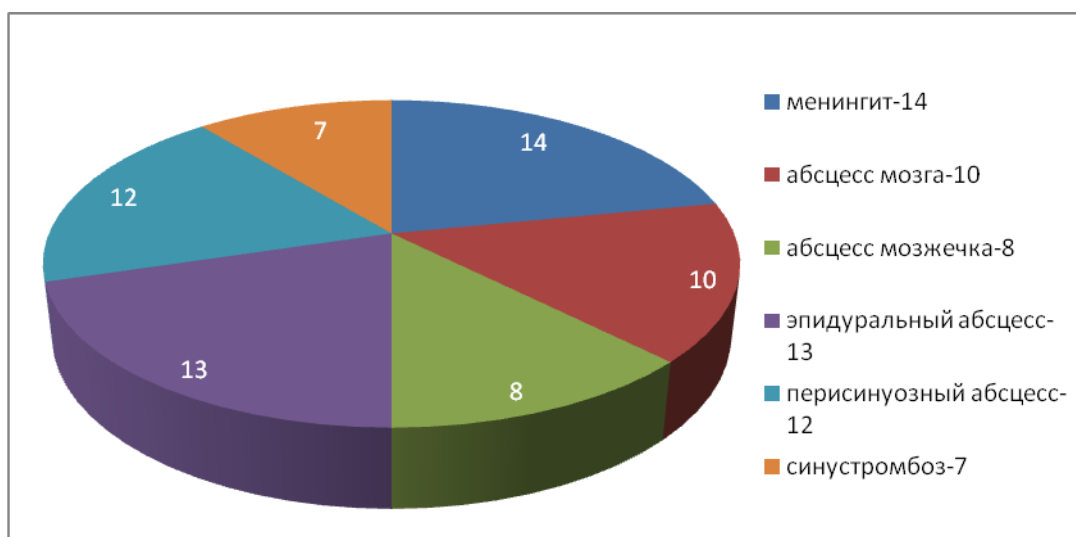


Рис. 5. Распределение ОВО по нозологии

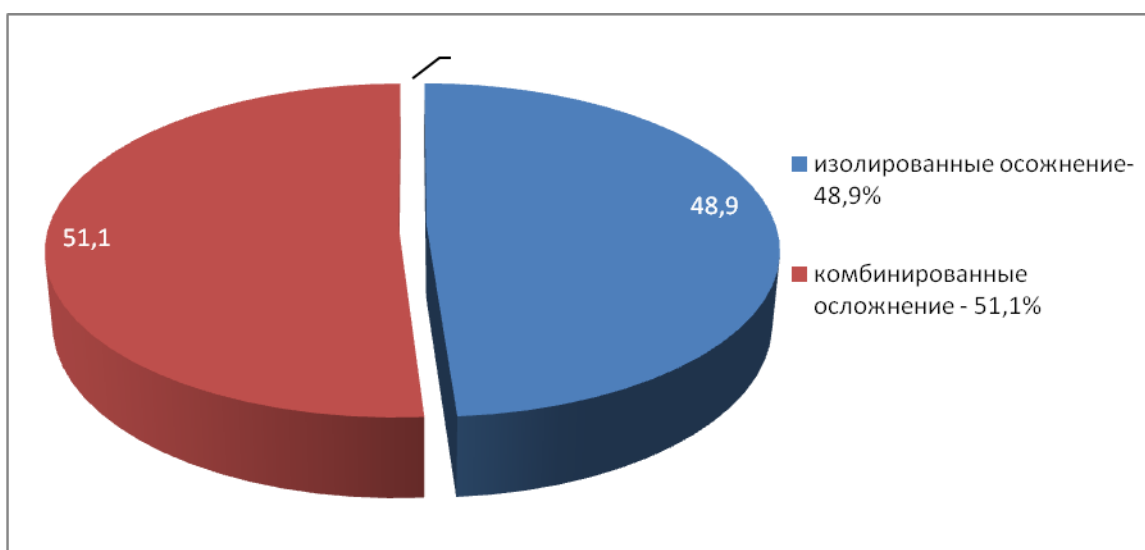


Рис. 6. Структура встречаемости ОВО

Среди больных изолированные осложнения (менингит, синустромбоз, сепсис, абсцесс мозга) диагностированы у 48,9 %, а сочетанные осложнения (менингит + абсцесс мозга, менингоэнцефалит, синустромбоз + сепсис) у 51,1% больных (рис. 6).

Из всех форм внутричерепных осложнений чаще встречался менингоэнцефалит, синустромбоз сигмовидного синуса, перисинуозный абсцесс и экстрадуральный абсцесс височной доли головного мозга. При бактериологическом исследовании мазков выделений из уха, полостей абсцессов и спинномозговой жидкости наиболее часто обнаруживали *S. epidermidis* (32,0%), *S. aureus* (30,1%) *P. aeruginosa* (16,2%). реже выявляли облигатно-анаэробные микроорганизмы (9,9%), среди них преобладали пептострептококки. Патогенные грибы изолированно не встречались, а в бактериально-грибковых ассоциациях преобладали *Candida spp.* (6,7%) и у 5,1% случаев микрофлора отсутствовала.

После хирургической санации клеток сосцевидного отростка, дренажа абсцессов мозга, удаления тромба из сигмовидного синуса и проведения интенсивной комплексной терапии с включением плазмолитика к 7 дню общее состояние больных в динамике

постепенно начали улучшаться и последовательно наступала нормализация клинических и биохимических показателей, что позволило объективно определить эффективность комплексного лечения. У больных отмечались снижение температуры тела до нормальных показателей, уменьшение головных болей и головокружений.

Постепенно исчезли общемозговые, очаговые и менингеальные симптомы. Давление ликвора с отогенными менингоэнцефалитами постепенно снижалось до нормальных уровней.

Несмотря на проведенное лечение 3 больных умерло, 61 больных выписаны из стационара с выздоровлением, у 1 больного отогенным абсцессом левой височной доли головного мозга отмечалось правосторонний гемипарез.

Выводы. Таким образом в результате исследований выявлено, что среди больных с отогенными ОВО часто диагностируются комбинированные осложнения у 51,1% больных, изолированные у 48,9%. Представленная система комплексной диагностики, проведение одномоментной экстренной операции и санации гнойного очага среднего уха и головного мозга, неотложная интенсивная комплексная терапии и

слаженная работа оториноларинголога, нейрохирурга, невропатолога, реаниматолога позволила улучшить результаты лечения и снизить летальность при отогенных внутричерепных осложнениях.

Литература:

1. Воинов В.А. Эфферентная терапия мембранный плазмаферез. Издание пятое переработанное и дополненное Москва 2010.
2. Гаджимирзаев Г.А., Джамалудинов Ю.А. и др. Диагностика и лечение отогенных внутричерепных осложнений. // Вестн.оторинолар. 2016; 5; 8-11.
3. Дорощенко Н.Э. Методы реофереза в лечении сенсоневральной тугоухости. //Диссертация на соискание уч.степ. канд. мед. наук. М.,2006.
4. Древаль О. Н., Джинджихадзе Р. С.и соавт. //Клинические рекомендации по диагностике и лечению абсцессов головного мозга, внутричерепных эпидуральных и субдуральных эмпием / - М., 2015. - 28 с.
5. Карнеева О.В., Коновалов Г.А., Дорощенко Н.Э. и др. Применение методов гемафереза в отоларингологии./ЯСремлевская медицина. -2002.- №2.-С.60~61.
6. Костюченко А.Л. Эфферентная терапия.Санкт-Петербург, Фолиант, 2003, С.41-56.
7. Коновалов Г.А, Абрамов С.Ю,Звездкин П.В. и др. Экстракорпоральные методы коррекции метаболических нарушений/Кремлевская медицина. - 2002. -№2. - С.9-13.
8. Косяков С.Я, Носуля Е.В. Перич Б. Основные направления в лечении отогенных внутричерепных осложнений. //""Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология" 2014; 2; 60-65.
9. Кривопалов А.А., Янов Ю.К., и др. Предикторы неблагоприятного исхода лечения больных с гнойно-воспалительными отогенными и риносинусогенными внутричерепными осложнениями //Вестник хирургии. 2017; 3; 14-20.
10. Москвин С.В., Т.С. Фотеева Т.С. Плазмаферез и лазерная терапия. Journal of new medical technologies - 2017 - V. 24, № 4 - P. 231-248.
11. Пальчун, В. Т., Магомедов М.М., Гуров А.Б. Краткий курс оториноларингологии: руководство для врачей // М. ГЭОТАР - Медиа, 2016.- 224с.
12. Ризаев Ж. А., Ахмедов А. А. Основы стоматологической помощи в Республике Узбекистан на основе развития общей врачебной практики // Журнал стоматологии и краниофациальных исследований. – 2023. – Т. 4. – №. 3.
13. Ризаев Ж. А., Хакимова С. З., Заболотских Н. В. Результаты лечения больных с хроническим болевым синдромом при дорсопатии бруцеллезного генеза // Uzbek journal of case reports. – 2022. – Т. 2. – №. 3. – С. 18-25.
14. Ризаев Ж. А., Хазратов А. И. Канцерогенное влияние 1, 2-диметилгидразина на организм в целом // Биология. – 2020. – Т. 1. – С. 116.
15. Ризаев Ж. А., Назарова Н. Ш. Состояние местного иммунитета полости рта при хроническом

генерализованном парадонтите // Вестник науки и образования. – 2020. – №. 14-4 (92). – С. 35-40.

16. Янов Ю. К., Кривопалов А. А., Корнеевков А. А. Современные эпидемиологические особенности ото и риносинусогенных внутричерепных осложнений / // Вестн. оторинолар. - 2015. - № 6. - С. 32-37.
17. Baysal E, Erkutlu I., Mete A. [et al.]. Complications and treatment of chronic otitis media // J. Craniofac. Surg. - 2013. - Vol. 24, № 2. - P. 464-467.
18. Dubey, S. P., Larawin V., Molumi C. P. Intracranial spread of chronic middle ear suppuration // Amer. J. Otolaryngol. - 2010. - Vol. 31, № 2. - P. 73-77.
19. Klein M, Pfister H.-W. [et al.]. Brain Abscess Infections of the central nervous system - Fourth edition.- Philadelphia.//Wolters Kluwer Health,2014.- P. 1068-1115.
20. Luetje C.M., Berliner K.I. Plasmapheresis in autoimmune inner ear disease: long-term follow-up. // Am. J. Otol. - 1997. - Vol.18. - №5. - P. 572 - 576.
21. Palma S., Bovo R., Benatti A. [et al.] Mastoiditis in adults: a 19-year retrospective study // Eur Arch Otorhinolaryngol.-2014.-Vol. 271, № 5.-P. 925-931.
22. Suchfull M. Heparin - induced extracorporeal low-density lipoprotein precipitation apheresis: a new therapeutic concept in the treatment of sudden hearing loss // Therapeutic apheresis 2001; 377-383.

ОПТИМИЗАЦИЯ КОМПЛЕКСНОГО ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ С ОТОГЕННЫМИ ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ

Хатамов Ж.А.

Резюме. Хронический гнойный средний отит остается одним из самых серьезных заболеваний в оториноларингологии. На основании результатов клинико-инструментального обследования и анализа медицинских карт автор оценивает проблемы отогенных внутричерепных осложнений. Целью нашего исследования явилось изучение особенности клинического течения, ранней диагностики и тактики комплексного лечения отогенных внутричерепных осложнений. Представлены результаты хирургического лечения 64 больных гнойным средним отитом с внутричерепными осложнениями. Изолированные осложнения были выявлены у 48,9% пациентов, а комбинированные-у 51,1%. МСКТ и МРТ исследование височных костей, головного мозга и изучение состава спинномозговой жидкости позволяют определить раннюю стадию отогенных внутричерепных осложнений. Развитие отогенных внутричерепных осложнений срочно требует открытой расширенной радикальной операции на среднем ухе. Представленная комплексная система неотложной интенсивной терапии способна улучшить результаты лечения и снизить смертность при отогенных внутричерепных осложнениях.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, отогенные внутричерепные осложнения, диагностика, хирургическое лечение.