Залесская И.А., Залесский А.Ю., Сидельникова Н.Г.

*МБУЗ Городская больница №1 им.Н.А.Семашко города Ростова-на-Дону
Ростов-на-Дону, Россия*

doi: 10.18411/lj2016-7-1-08

idsp 000001: lj2016-16-1-08

Ретроспективный анализ отогенных внутричерепных осложнений (по материалам ЛОР отделения ГБ№1 г.Ростова-на-Дону)

Проблема отогенных внутричерепных осложнений (ОВО) не только не теряет своей актуальности последние несколько десятилетий, но и остается одной из самых сложных в ЛОР-практике. Значительные успехи в области клинической медицины и медицинской технологии, в частности внедрение в практическое здравоохранение новых антибиотиков, а также УЗИ, КТ, МРТ и др. за последние несколько десятилетий позволило значительно улучшить диагностику отогенных внутричерепных осложнений, однако, это не существенно влияет на частоту встречаемости и уровень летальности.

Несмотря на прогресс в создании новых антибактериальных препаратов и развитие новых способов диагностики, летальность при данном заболевании остается высокой и занимает одно из первых мест, а по данным некоторых авторов I место по летальности в ЛОР патологии. По данным разных авторов она составляет от 25 до 30% [2, 6].

Наряду с достижениями все чаще стали появляться сведения, указывающие на ряд особенностей течения отогенных гнойно-септических осложнений, не свойственные доантибиотиковому периоду: стертость, атипичность, малосимптомность клинических проявлений и связанные с этим трудности в диагностике и дифференциальной диагностике различных

вариантов отогенных осложнений и, соответственно, несвоевременное оказание больным специализированной врачебной помощи [2].

Многие литературные источники [3,4,5] отмечают увеличение частоты ОВО при острых средних отитах.

В литературе имеется значительное расхождение данных о летальности от ОВО в целом, по частоте встречаемости тех или иных осложнений, а также по преобладанию в этиологии острого или хронического среднего отита.

Так, например, по данным исследований И.А. Волошиной, Р.Б. Харамзиевой [1], ОВО, возникающие на фоне острого воспалительного процесса в среднем ухе, встречаются почти в 2 раза чаще, чем при хроническом гнойном среднем отите.

Противоположные данные приводит С.Я. Косяков (2014 г): в большинстве случаев (84,6%) ОВО развиваются на фоне хронического гнойного среднего отита, причем чаще у больных с более чем пятилетней историей воспалительного процесса в среднем ухе. Хронический гнойный средний отит у взрослых ассоциируется с абсцессом мозга, а острый средний отит у детей – с эпидуральным абсцессом.

Целью нашего исследования было изучение эпидемиологии ОВО в Ростове-на-Дону за период с 1995 по 2015 год. В задачи исследования входило: определить ведущее этиологическое заболевание, особенности клинического течения, лечения и исходы.

Материалы и методы исследования. Мы провели ретроспективный анализ случаев ОВО по архивным материалам ЛОР отделения для взрослых городской больницы № 1 г Ростова-на-Дону, которая оказывает круглосуточную неотложную помощь больным с ЛОР патологией. Изучено 53 истории болезни пациентов и операционные журналы.

В большинстве случаев – ОВО были осложнением острого среднего отита (44 пациента из 53 - 83,1%).

В структуре осложнений преобладали отогенные менингоэнцефалиты.

Менингоэнцефалит	39
Менингит	11
Абсцесс мозжечка	1
Экстрадуральный абсцесс	1
Тромбофлебит синусовидного синуса и внутренней яремной вены с отогенным сепсисом, экстрадуральный абсцесс	1

33,9% (18 случаев) закончились летальным исходом.

Количество ОВО из года в год оставалось одним и тем же, отмечался единственный подъем – в 2009, летальность варьировала от 0 в 2012 до 100% в 2013 и 2015 гг. Далее в таблице представлен сравнительный анализ частоты встречаемости ОВО и летальности по годам (выборочно).

	1995	1998	2002	2005	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Всего случаев	3	3	3	4	6	4	1	2	3	2	2
Летальность	2	2	1	1	3	1	1	0	3	1	2

Существенных гендерных различий в анализируемой группе пациентов выявлено не было. Что касается возраста больных, определенной связи не отмечалось (он составил от 21 до 82 лет), однако все умершие были старше 37 лет. (37-79).

У всех умерших пациентов имела сопутствующая патология, иногда сочетанная, среди которой преобладали: гипертоническая болезнь и сахарный диабет (50% и 38,8% соответственно).

Сопутствующая патология	Количество случаев, %
Сахарный диабет, в том числе впервые выявленный	7 38,8%
Гипертоническая болезнь	9 50%
ИБС, атеросклероз	4 22,2%
Хр.гепатит, холецистит, панкреатит, хр.алкоголизм	3 16,6%
Цирроз печени	1 5,5%
Ожирение	1 5,5%

Сроки обращения пациентов в стационар от начала заболевания варьировали от 2х дней до 2 недель, при этом 71% больных обратились к врачу в течение первой недели заболевания).

68% умерших пациентов отмечали боль в ухе не более недели до проявления признаков осложнений, примерно половина из этого числа – на протяжении 2-3 дней, что позволяет говорить о молниеносности процесса.

Всем больным с острым средним отитом при поступлении был произведен парацентез, а затем - расширенная антромастотомия (при остром среднем отите) или расширенная общеполостная операция (при хроническом гнойном среднем отите), причем в 82% случаев операция выполнена в первые сутки и даже часы после поступления.

После проведенной операции все больные находились в реанимационном отделении (от 1 до 18 суток). Большинство из них находилось на продленной ИВЛ (от 1 до 17 суток).

В реанимационном отделении все больные получали массивную антибактериальную, дезинтоксикационную, противоотечную терапию.

Спектр антибактериальных препаратов, назначаемых в нашей клинике, в разные годы менялся. Так с 1995 – 1998гг в антибиотикотерапии преобладали пенициллин(12-30 млн.ЕД в сутки) и гентамицин. В дальнейшем в лечении ОВО стали использовать комбинацию антибиотика цефалоспоринового ряда (цефотаксим, цефоперазон, цефсон, цефтриаксон, сульмовер), с фторхинолонами, или аминогликозидами, или ванкомицином, а с 2008 года все больные получали карбапенемы (меронем до 6 г/сутки).

Проанализировав вышеперечисленное, мы сделали следующие выводы:

1. Количество ОВО за последние 20 лет не имеет тенденции к росту.
2. В этиологии отогенных внутричерепных осложнений в нашей клинике преобладали острые средние отиты.
3. Раннее оказание помощи (хирургическое вмешательство в 1е часы поступления больного с ОВО) не всегда гарантирует положительный исход.
4. У большинства больных с ОВО имеется сопутствующая соматическая патология.

Летальность при ОВО остается высокой, в среднем - 33,9%, а в некоторые годы достигает 100%.

Литература:

1. Волошина И.А., Хамзалиева Р.Б. Частота летальности при ото- и риногенных внутричерепных осложнениях.// Вестн. оторинолар. 2009. № 1. –С. 23-25.
2. Гаджимирзаев Г.А. О нерешенных вопросах проблемы гнойно-септических осложнений ушного происхождения.// Вестн. оторинолар. 2000. № 6. С. 47-50
3. Дискаленко В.В., Никитин К.А. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения. Пособие. Изд-во СПбГМУ 2002.
4. Косяков С.Я., Носуля Е.В., Перич Б. Основные направления в лечении отогенных внутричерепных осложнений. Вестник оториноларинго-логии. 2014. № 1. С. 64-69.
5. Семак Л.И. Осложнения острого гнойного среднего отита: особенности клиники, диагностики, лечения. Автореф. на соиск. уч. степени канд. мед наук. Минск, 2015
6. Чумаков Ф.И., Селин В.Н., Голубовский Г.А. Новости оторинолар и логопатол 2002. № 4. С. 48—50.
7. Клинические особенности отогенных внутричерепных осложнений на современной этапе. Янов Ю.К., Кривопапов А.А. Вестник оторинолар.2015. №5. С23-29