

Т.В. ПОЧУЄВА

НОВІ ТЕНДЕНЦІЇ В ХІРУРГІЧНОМУ ЛІКУВАННІ ХВОРИХ З ГНІЙНИМИ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИМИ УСКЛАДНЕННЯМИ ГОСТРОГО ЗАПАЛЕННЯ СЕРЕДНЬОГО ВУХА

*Каф. оториноларингології (зав. – проф. Г.І. Гарюк)
Харків. мед. академії післядиплом. освіти*

Останнім часом розвиток технічного оснащення і медикаментозного забезпечення ЛОР-стаціонарів призвів до значних змін в структурі захворюваності і тактиці ведення хворих при розвитку отогенних гнійних внутрішньочерепних ускладнень (ГВУ) (Г.І. Гарюк та співавт., 1999; Ю.В. Митин і соавт., 1999; М.П. Николаев і соавт., 2001; А.В. Зайцев, В.В. Березнюк, 2005). Поряд з відносною стабілізацією загальної чисельності отогенних ГВУ на рівні 3,1-4,1% (Г.І. Гарюк та співавт., 1999; В.Ф. Воронкин, М.М. Сергеев, 2000; И. Абабий і соавт., 2006), збільшилась кількість випадків комбінованих їх форм і нетипового перебігу. Вони можуть виникати як паралельно і маніфестувати одночасно, так і послідовно одне за одним на протязі певного часу.

Досить довго спостерігалась тенденція до розвитку більшості отогенних ГВУ внаслідок хронічних запальних процесів у середньому вусі: за період 1948-1960 рр. вони виникли як ускладнення гострого гнійного середнього отиту в 19,7% випадків, хронічного – в 80,3% (З.С. Щурук і соавт., 1997), за період 1960-1998 р.р. – в 22% і в 78%, відповідно (Н.М. Рішко та співавт., 1999). Але, на думку Ю.В. Мітіна та співавторів (1999, 2006), Г.І. Гарюка та співавторів (1999), А.В. Зайцева, В.В. Березнюка (2005) та інших, останніми роками виросла етіологічна роль гострих гнійно-запальних процесів в середньому вусі і сосковидному відростку приблизно до 65%. Частіше за все це стосується менінгітів і менінгоенцефалітів, але і абсцеси головного мозку виникають на тлі гострого запалення

в середньому вусі (В.Ф. Воронкин, О.П. Авророва, 1991; А.М. Тальшинский, 1991; А.О. Гюсан, 2001). Особливу увагу деякі автори (А.В. Зайцева, В.В. Березнюк, 2005) звертають на збільшення кількості «блискавичних» форм отогенних ГВУ, що розвиваються на протязі перших діб захворювання на гострий отит. Причому, питання про тактику ведення таких хворих стає найбільш складним тоді, коли мова йде про гострий негнійний середній отит.

Активне впровадження томографічних (СКТ- і МРТ) методів дослідження з одночасним використанням традиційних способів в багатьох випадках змінило тактику ведення пацієнтів при виборі підходів, строків виконання, послідовності і об'ємів хірургічних втручань (М.А. Шустер і соавт., 1991; И.М. Пригула і соавт., 1993; А.М. Туркин і соавт., 1996; Ю.В. Митин і соавт., 2006). З одного боку, можливість швидкої постановки топографічно точного діагнозу неінвазивним і легким для виконання способом дозволяє хірургам зорієнтуватись у виборі доступу і методики операції, але, з іншого боку, рентгенологами часто не враховуються варіанти гіпердіагностики при скануванні піраміди вискової кістки, коли приблизно однаково підвищення МР-сигналу спостерігається при наявності гнійно-ексудативного процесу і при незначному набряку слизової оболонки повітровміщуючої системи сосковидного відростка. В останньому випадку навіть відсутність клінічних ознак гнійного запалення вуха, підтвердженого тимпанопункцією і парацентезом, спонукає до проведення хі-

рургічного втручання, під час якого не виявляється ні гною, ні деструкції прилеглих до головного мозку кісткових утворень, ні патології мозкових оболонок, а тільки підвищена кровоточивість тканин або інколи набряк слизової оболонки.

Відносна стабілізація показників середньостатистичної летальності за останні роки і, в той же час, неможливість її подальшого зниження, нові можливості інтенсивної терапії, гострота психоемоційного напруження медичного персоналу в кожній конкретній ситуації, відсутність єдиних підходів в різних клініках, необхідність тісної співпраці і взаєморозуміння з нейрохірургами, інфекціоністами і невропатологами – все це вимагає пошуку оптимального способу ведення таких хворих.

Мета дослідження – визначити клінічну ефективність лікування пацієнтів з гнійними менінгітами (менінгоенцефалітами) і абсцесами мозку при гострих середніх отитах за схемою, що передбачає зміну підходів до принципів хірургічного втручання.

Матеріали і методи дослідження

За період 1996-2005 рр. на лікуванні в клінічній оториноларингологічній лікарні

№30 м.Харкова, де базується кафедра ЛОР-хвороб ХМАПО (зав. – проф. Г.І. Гарюк), знаходилося 77 осіб віком від 14 до 81 років різної статі, що потрапили до стаціонару з ознаками гострого запалення в порожнині середнього вуха і ГВУ. Вони були розподілені на групи в залежності від варіанту гострого середнього отиту: 1-а група – при гнійному запаленні (у 36), 2-а група – при негнійному (у 41).

Клінічний діагноз і вибір тактики ведення хворих базувався на результатах отоскопічного, лабораторно-інструментального, отоневрологічного, рентгено- і томографічного (СКТ або МРТ) досліджень.

Оцінювалася клінічна ефективність комплексу лікувально-діагностичних заходів на доопераційному етапі і під час хірургічного втручання:

- 1) строк і необхідність проведення розширеного втручання на вусі;
- 2) вибір додаткового томографічного методу обстеження;
- 3) методика хірургічного втручання.

Статистична обробка отриманих даних проведена із застосуванням критерію Пірсона – «кси-квадрат» (Г.Ф. Лакин, 1990).

Результати дослідження та їх обговорення

Таблиця 1

Загальна характеристика основних груп обстежуваних пацієнтів

Загальні показники	Гострий гнійний середній отит – 36 осіб (100%)	Гострий негнійний середній отит – 41 особа (100%)	Р
Середній вік (в роках)	53,9±2,1	47,4±2,7	> 0,05
Чоловіки (число хворих)	16 (44,4%)	19 (46,3%)	> 0,05
Жінки	20 (55,5%)	22 (53,7%)	> 0,05
Перфоративний отит (число хворих)	28 (77,8%)	9 (21,9%)	< 0,05
Неперфоративний	8 (22,2)	32 (78,1%)	< 0,05
Однобічний процес (число хворих)	33 (91,7%)	31 (75,6%)	>0,05
Двобічний	3 (8,3%)	10 (24,4%)	<0,05

З огляду на отримані показники, можна зазначити, що при гнійному запальному процесі переважали однобічні перфоративні середні отити, в той час як при негнійному

– чверть обстежених мала двобічний середній отит і в більшості випадків – неперфоративний. Суттєвої залежності від віку та статі хворих не виявлено.

Всі пацієнти потрапили в стаціонар в ургентному порядку. Трохи більше половини з них в обох групах госпіталізовано з дому МШД (відповідно, 55,5 і 58,5%). В той же час з інфекційної лікарні переведено 15 (41,6%) хворих 1-ї групи, 12 (29,3%) – з 2-ї групи. При негнійному середньому отиті 5 (12,2%) осіб в непритомному стані потрапили одразу в реанімаційне відділення 4-ї лікарні невідкладної допомоги. Там при постановці клінічного діагнозу вирішувалась подальша тактика ведення, і вони проходили лікування з нашою участю. При гнійному середньому отиті таких пацієнтів було тільки 2 (5,6%).

Тривалість захворювання до надходження обстежуваного в стаціонар колива-

лася від 2 до 7 діб. Діагноз гострого гнійного середнього отиту встановлювався отоскопічно, негнійного – також отоскопічно і шляхом тимпанопункції, в результаті якої при аспірації не було отримано ніякої рідини у 6 (14,6%) випадках; до 0,5-1,0 мл сукровичної рідини виявлено у 30 (73,1%) і слизової – у 5 (12,2%). При накладанні парацентезу і динамічному спостереженні у всіх хворих 2-ї групи отореї не визначено.

Скарги на стан центральної нервової системи з'являлися за 1-2 доби. В свідомості при госпіталізації були 6 осіб, інші – з різним ступенем її порушення. В непритомному стані знаходилось 55,6% обстежуваних 1-ї групи і 48,8% – з 2-ї групи.

Таблиця 2

Ступінь порушення свідомості у обстежуваних хворих

Стан свідомості	Гострий гнійний середній отит – 36 осіб (100%)	Гострий негнійний середній отит – 41 особа (100%)	p
	число хворих		
Ясна	3 (8,3%)	3 (7,3%)	> 0,05
Оглушеність	11 (30,6%)	18 (43,9%)	> 0,05
Сопор	9 (25%)	11 (26,9%)	> 0,05
Кома	11 (30,6%)	9 (21,9%)	> 0,05

Менінгеальний симптомокомплекс констатувався у 30 пацієнтів 1-ї і у 36 – 2-ї групи, що складало приблизно 85%, а повнота його прояву або частковість не мали достовірної різниці по групах. Ознаки енцефаліту на цьому тлі констатувалися частіше у хворих 2-ї групи: 2-а група – у 23; 1-а група – у 14. В той же час були випадки, коли без наявності менінгіту переважала загально мозкова і осередкова симптоматика, сумісно з невротологом спочатку клінічно, а потім і томографічно встановлювався діагноз енцефаліту або абсцесу головного мозку. Треба відмітити, що тільки при енцефалітах, хоча і не констатована статистично достовірна різниця, але була виражена тенденція ($\chi^2 = 3,2$, достовірність >90%) до переважання цієї патології в 2-й групі. Абсцеси в прилеглих до піраміди вискової кістки ділянках були тільки в 2 випадках. Епідуральний абсцес виявився інтраопераційно у 7 осіб.

Слід зазначити, що оториноларингологічна та інфекційна лікарня не обладнані томографом, тому спочатку у всіх хворих, що були туди госпіталізовані, виконувалась рентгенографія сосковидних відростків за Шюллером та Майєром. Вуаль повітрової системи сосковидного відростка виявлялася приблизно однаково часто у пацієнтів обох груп. В 2-ій групі частіше (29,5%), ніж у 1-ій (13,8%), констатувалася відсутність асиметрії в щільності структур, що схилило до висновку про інтактність сосковидного відростку. Закономірно, що деструкція кісткових структур в 2 рази частіше визначена у хворих 1-ї групи, але і у них лише в 25% випадків. Треба відмітити, що досить часто в обох групах рентгенологічна картина була не інформативна.

Лікувально-діагностичні заходи при ГВУ завжди спрямовані в бік безпосереднього впливу на осередок запалення в

головному мозку і мозкових оболонках, що призводить до ліквідації порушених нервових механізмів і відновлення регуляції внутрішньочерепного тиску. Багато років традиційна хірургічна тактика ведення хворих з отогенними гнійними внутрішньочерепними ускладненнями включала негайне проведення розширеної антростаїдотомії для усунення осередку запалення у висковій кістці як причинного фактора. Оголення твердої мозкової оболонки середньої і задньої черепної ямки мало на меті виявити в прилеглих ділянках гнійні осередки, наприклад, екстрадуральний або перисинуозний абсцес, а також перервати судинні і

нервові зв'язки між середнім вухом і мозковими оболонками. За показаннями проводився пошук абсцесу головного мозку шляхом пункції твердої мозкової оболонки у різних напрямках і евакуація гною в трепанаційну рану (И.М. Притула и соавт., 1993; С.Я. Волощук, В.М. Ольхов, 1999; Боечко С.К. и соавт., 2006). Застосовувався пункційний (закритий) або дренажний (відкритий) метод видалення вмісту абсцесу. Такий підхід на протязі тривалого часу був виправданий при обмеженості засобів консервативної терапії і відсутності томографічних методів дослідження в медичній практиці.

Таблиця 3

Виявлені отогенні внутрішньочерепні ускладнення

Варіанти ОГВУ	Гострий гнійний середній отит – 36 осіб (100%)	Гострий негнійний середній отит – 41 особа (100%)	p
Менінгіт	30 (83,3%)	36 (87,8%)	> 0,05
Енцефаліт	16 (44,4%)	25 (60,9%)	>0,05
Абсцес мозку	3 (8,3%)	6 (14,6%)	>0,05
Абсцес мозочка	0	0	
Епідуральний абсцес	3 (8,3%)	4 (9,8%)	> 0,05
Субдуральний абсцес	0	0	
Перисинуоз. абсцес	0	0	
Синус-тромбоз	0	0	

Таблиця 4

Рентгенологічні ознаки гострого середнього отиту у обстежуваних пацієнтів

Показники Ro-графії с/в	Гострий гнійний середній отит – 36 осіб (100%)	Гострий негнійний середній отит – 41 особа (100%)	p
Норма	5 (13,8)	12 (29,5%)	>0,05
Вуаль коміркової системи с/в	20 (55,5%)	21 (51,2%)	> 0,05
Деструктивні зміни	9 (25%)	5 (12,2%)	>0,05
Не інформативно	11 (30,6%)	8 (19,5%)	>0,05

Останнім часом з'явилися нові тенденції: пункцію мозкової речовини пропонується виконувати тільки у випадках, коли наявність абсцесу не викликає сумнівів і він розташовується у висковій долі мозку, безпосередньо торкаючись піраміди на зацікавленому боці (Ю.В. Мітін, О.М. Властько, 1997). Причому наявність абсцесу підтверджується попереднім томографічним

дослідженням, частіше МРТ-графією. В інших випадках санацію осередку гнійного запалення в порожнині черепа бажано проводити нейрохірургічним доступом. Поява дискусійних статей у фахових журналах (М.П. Николаев, 2001; Ю.В. Митин и соавт., 2006; М.П. Николаев, А.В. Борзов, 2006) про можливість виникнення сполучених з патологією середнього вуха, а не отогенних

гнійних внутрішньочерепних ускладнень спонукала нас переглянути підходи до строків і методів хірургічного втручання.

На підставі отриманих клінічних даних у всіх пацієнтів, поряд з обстеженням, починала проводитися інтенсивна протизапальна терапія в умовах реанімаційного відділення або палати інтенсивної терапії. Люмбальна пункція виконувалась в більшості випадків, протипоказанням ставала загроза вклинення стовбура мозку в потиличний отвір при набряку мозкової рідини.

При наявності гострого гнійного середнього отиту і ГВУ у 20 осіб 1-ї групи (в табл. 5 прийнято за 100%) в строк до 3 годин була виконана розширена антростаїдотомія. Рентгенологічне підтвердження залучення в патологічний процес сосковидного відростка у них було у вигляді завуальованості, і тільки у 9 спостерігались деструктивні зміни різних (частіше періантральної і кутової) ділянок повітровміщуючої коміркової системи. У 11 з них зроблена МРТ- і у 3 – СКТ-графія головного мозку (в більшості випадків в найближчому післяопераційному періоді), які підтвердили залучення в патологічний процес сосковидного відростка. Але основним показанням до операції на вусі у цих пацієнтів була виражена оторея. В більшості випадків (65-75%) інтраопераційно проведена евакуація гною і каріозно змінених кісткових структур, але все ж таки в 30% в сосковидному

відростку виявлено лише слиз і/або підвищене кровонаповнення.

В 3 спостереженнях при відкритті середньої черепної ямки і кутової ділянки в трепанаційну порожнину вуха відкривався екстрадуральний абсцес. 9 пацієнтів були переведені в нейрохірургічне відділення, де проводилося консервативне лікування з приводу осередків енцефаліту у 6 з них і хірургічна санація абсцедуючого утворення вискової ділянки головного мозку у 3. Пункція мозкової речовини крізь неушкоджену тверду мозкову оболонку не виконувалась в жодному випадку.

У інших 11 хворих, що були госпіталізовані з гострим середнім неперфоративним отитом і гнійним менінгітом, при тимпанопункції виявлена гнійна рідина в незначній кількості, накладено парацетез. В подальшому оторея не спостерігалась. Рентгенологічно мали місце або вуаль в сосковидному відростку, або нормальна картина. Призначена інтенсивна терапія давала позитивний результат на протязі перших 1-2 діб. В цьому разі хірургічне втручання на сосковидному відростку не виконувалось. Ще в 5 випадках операція не була зроблена внаслідок тяжкого стану пацієнтів (мозкова кома, виражений набряк головного мозку, поліорганна недостатність, декомпенсація серцево-судинної системи або цукрового діабету), що призвело до летального наслідку у 3 з них.

Таблиця 5

Операційні знахідки у обстежуваних групах пацієнтів

Операційні знахідки в сосковидному відростку	Гострий гнійний середній отит – 36 осіб (100%)	Гострий негнійний середній отит – 41 особа (100%)	р
	число хворих		
Операція не проводилась / проведена	16 (44,4%) 20 (55,6%) - 100%	26 (63,4%) 15 (36,4%) - 100%	>0,05 >0,05
Виявлено гній	15 (41,7%) - 75%	0	<0,01
- карієс	13 (36,1%) - 65%	5 (12,2%) – 33,3%	>0,05
- кровонаповнення	3 (8,3%) - 15%	15 (36,6%) - 100%	0,01
- слиз	3 (8,3%) - 15%	5 (12,2%) - 33,3%	>0,05
Мозкові оболонки			
- не змінені	11 (30,6%) - 55%	15 (36,6%) - 100%	>0,05
- випнуті, напружені	7 (19,4%) - 35%	6 (14,6%) - 40%	>0,05
Екстрадуральний абсцес	3 (8,3%) - 15%	4 (9,8%) - 26,6%	>0,05

Примітка. В дужках – відсоток (%) від загальної кількості пацієнтів в групах, відповідно, 36 і 41 особа. Без дужок – відсоток (%) від оперованих пацієнтів в групах, відповідно, 20 і 15.

Набагато складніше було вирішити необхідність проведення розширеної антростоїдотомії у випадку гострого гнійного середнього отиту при наявності гнійного менінгіту і/або енцефалітичного осередку в стадії інфільтрації чи абсцедування. Строк виконання операції збільшувався, і її необхідність вирішувалась після проведення томографічного дослідження. Складність ситуації полягала в тому, що відсутність клінічних ознак гнійного запалення в порожнині середнього вуха і в той же час підвищення МР-сигналу з піраміди вискової кістки примушували схилитися в бік виконання розширеного втручання. Але враховуючи досить руйнівний його характер, що формує ятрогенні шляхи більш легкого доступу інфекційного агента в головний мозок при виникненні в подальшому запального процесу у вусі, обсяг операції в деяких випадках був змінений. Операція частіше за все здійснювалась, щоб довести відсутність гнійного отиту і мастоїдиту, тому що у випадку летального кінця знаходження хоч краплі слизової рідини в барабанній порожнині або антрумі давало змогу патанатомам обґрунтовувати отогенність внутрішньочерепного ускладнення (в той час, як в головному мозку мав місце сформований гнійник).

В 2-й групі виконано 15 операцій (прийнято за 100% в табл.5). В тому випадку, коли томографічно була констатована відсутність абсцедуючих утворень головного мозку в прилеглих до піраміди ділянках і в той же час мало місце підвищення МР-сигналу з піраміди вискової кістки, проводилась діагностична антростоїдотомія з ревізією адитуса (виключити його блокаду) і аттика (7 операцій у хворих 2-ї групи). Така ж операція на середньому вусі виконувалась тоді, коли першим етапом ставало нейрохірургічне втручання з приводу абсцесу вискової ділянки мозку, під час якого була проведена ревізія цілісності вискової кістки шляхом підняття вискової долі (2 випадки з 2-ї групи). Ні в одному з них в середньому вусі не було знайдено гною або слизу.

Якщо томографічно констатувався епідуральний абсцес або абсцес (обмежений енцефаліт) вискової ділянки головного моз-

ку, прилеглий до піраміди з боку зацікавленого вуха і безпосередньо межуючий з tegmen antri (хоча до операції клінічно і при тимпанопункції гною в середньому вусі не було визначено), виконувалась антростоїдотомія з оголенням мозкових оболонок середньої і/або задньої черепної ямки. У випадку здорової кістки в перисинуозній ділянці і підвищеної кровоточивості – стінка синуса не оголялася (6 операцій у хворих 2-ї групи). В цих випадках під час антростоїдотомії була підтверджена відсутність гнійного отиту і мастоїдиту, але при руйнуванні tegmen antri в операційну рану самостійно відкривався визначений абсцес без пункції або розтину мозкової оболонки.

В жодному з перелічених випадків у хворих 2-ї групи в післяопераційному періоді гнійного екссудату в трепанаційній і барабанній порожнині визначено не було. Рана ушивалась на 6-10-у добу після хірургічного втручання і нормалізації отоскопічної картини.

У 2 пацієнтів цієї групи подальше спостереження за перебігом хвороби виявило утворення інших осередків гнійного запалення в головному мозку на тлі відсутності середнього отиту, що ще раз підтверджувало неотогенний характер внутрішньочерепних ускладнень. В кожному з них виконувались повторні нейрохірургічні втручання: кістково-пластична трепанація черепа у висковій або тим'яній ділянці, видалення абсцесу різних ділянок головного мозку з капсулою з подальшим дрениванням приливно-відливним методом.

Перебування в ЛОР-стаціонарі у зазначеної категорії пацієнтів завершилося наступним шляхом:

- виписані додому під нагляд отоларинголога і невропатолога 24 особи (66,7%) 1-ї групи і 31 (75,6%) – 2-ї групи;

- переведені в нейрохірургічне відділення 9 (25%) з 1-ї групи і 7 (17,1%) – з 2-ї групи;

- померли 3 (8,3%) хворих 1-ї групи і 3 (7,3%) – з 2-ї групи.

Причиною смерті у 2 випадках була поліорганна недостатність, в 3 – виражений, несумісний з життям набряк мозкової речовини і дислокація стовбура мозку, в 1 – декомпенсація цукрового діабету.

Сприятливий перебіг захворювання у 55 (71,4%) обстежених і відсутність запальних змін в середньому вусі при подальшому спостереженні переконали нас в правильності вибраної тактики.

Висновки

При виникненні ГВУ на тлі гострого запалення середнього вуха при гнійному процесі переважають однобічні перфоративні отити (77,8%), при негнійному – неперфоративні (78,1%), частіше двобічні. Більшість пацієнтів потрапляли в стаціонар в непритомному стані з дому, але хворі 1-ї групи частіше опинялись спочатку в інфекційному стаціонарі.

Рентгенологічні знахідки при традиційному дослідженні в сумнівних випадках не дають чіткої відповіді на питання про залучення сосковидного відростка в запальний процес: у половини пацієнтів обох груп виявлялась завуальованість повітровміщуючої коміркової системи, але деструктивні зміни констатувались у 25% обстежених навіть при гнійному отиті і тільки у 12,2% – при негнійному.

Менінгеальний симптомокомплекс, часто з ознаками енцефаліту, спостерігався у більшості пацієнтів з ГВУ (83-87%). Але в обох групах зустрічалися хворі, у яких переважала загально мозкова і осередкова симптоматика без менінгіту (або з мінімальними і нетривалими його ознаками), що свідчило про енцефалітичне ураження головного мозку або швидке формування осередка гнійного запалення. Діагноз підтверджувався томографічними, частіше МРТ, методами дослідження. Абсцес вискової або тим'яної ділянки виявлявся приблизно в 10% випадків, причому частіше при негнійному середньому отиті. Це свідчило про те, що мала місце сполучена патологія середнього вуха і головного мозку.

При гострому гнійному середньому отиті і ГВУ в типових випадках (з вираженою отореею, рентгенологічними ознаками деструкції) показано проведення негайної (в строки до 3 годин) розширеної антростомії. Пункція мозкової речовини крізь неушкоджену тверду мозкову оболонку не виконувалась в жодному випадку.

Коли гноетеча не виражена або короткочасна, сосковидний відросток інтактний, і на тлі проведення консервативної інтенсивної терапії стан пацієнта поліпшується, можна обмежитися активною тактикою місцевого лікування (парацентез, аспірація, дренирування): таких хворих було 44,4%.

При гострому негнійному середньому отиті і ГВУ в типових випадках показано призначення інтенсивної консервативної терапії, накладання парацентезу барабанної перетинки і люмбальної пункції, що призводить до поліпшення стану пацієнтів у 63,4% випадків. Якщо стан хворого дуже тяжкий, консервативне лікування не дає позитивних результатів, а рентгенологічно відсутні ознаки запалення або деструкції в комірковій системі сосковидного відростка, показано виконання СКТ- або МРТ-графії. Коли томографічно не виявляється епідуральний, перисинуозний абсцес або осередок енцефаліту чи абсцес головного мозку не розташовується поруч з пірамідою вискової кістки і в той же час реєструється гіпопневматоз або підвищення МР-сигналу з ділянки середнього вуха, показано проведення діагностичної антростомії. У випадку відсутності гною і каріозних змін руйнування прилеглих до порожнини черепа кісткових утворень не потрібне.

Узагальнюючи все викладене, вважаємо за можливе запропонувати зміну в тактиці ведення таких пацієнтів на первинному етапі. При швидкому погіршенні стану хворого, який за декілька днів до цього вперше скаржився на захворювання вуха, при прогресуючій втраті свідомості і клінічній появі менінгеального симптомокомплексу необхідна госпіталізація його в стаціонар, обладнаний томографом і потужним реанімаційним відділенням.

Перспективність цього дослідження полягає у більш виваженій тактиці ведення означеної категорії хворих з урахуванням нових діагностичних і лікувальних можливостей, а також в ощадливому підході до об'єму хірургічних втручань, що в подальшому сприятиме швидкій і повноцінній реабілітації осіб, які перенесли гнійні внутрішньочерепні ускладнення.

1. Абабий И., Попа В., Антохий И. и соавт. Некоторые аспекты отогенных осложнений согласно данным нашей клиники // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 3.
2. Боечко С.К., Нечипоренко П.В., Коваль О.Н. и соавт. Комплексное лечение отогенных абсцессов головного мозга // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 10.
3. Волощук С.Я., Ольхов В.М. Особенности диагностики и лечения множественных абсцессов головного мозга ото- и риногенного происхождения // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3. – С. 292-293.
4. Воронкин В.Ф., Авророва О.П.К вопросу о диагностике и лечении отогенных абсцессов головного мозга у детей // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №5. – С. 39-41.
5. Воронкин В.Ф., Сергеев М.М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2000. – №3 (23). – С. 25-36.
6. Гарюк Г.І., Почуєва Т.В., Шевченко О.М. Особливість сучасного перебігу отогенних внутрішньочерепних ускладнень // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (додаток). – С. 293-296.
7. Гюсан А.О. Острый средний отит, осложненный абсцессом височной доли мозга // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – №5. – С. 52.
8. Зайцев А.В. О выборе лечебной тактики при отогенных внутричерепных осложнениях // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 30.
9. Лакин Г.Ф. Биометрия: учебное пособие для биолог. вузов. – М.: Высшая школа. – 1990. – 352 с.
10. Мітін Ю.В., Власюк О.М. Взаємодія оториноларингологів та нейрохірургів при лікуванні хворих на ото- та риногенні абсцеси півкуль головного мозку та мозочка // Актуальні питання мікрохірургії вуха та захворювань верхніх дихальних шляхів. – Київ, 1997. – С. 65-66.
11. Митин Ю.В. Современное состояние проблемы отогенных внутричерепных осложнений // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (додаток). – С. 378-383.
12. Митин Ю.В., Васильев В.М., Чорный В.С., Дева Ю.В. Лечебная тактика при внутричерепных осложнениях // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 3-с. – С. 47-48.
13. Николаев М.П. О причинно-следственных связях при сочетании гнойных внутричерепных процессов с заболеваниями ЛОР-органов // Вестн. оториноларингологии. – 2001. – №3. – С. 40-41.
14. Николаев М.П., Борзов А.В. О современной тактике неотложных лечебно-диагностических мероприятий при сочетании внутричерепной и ЛОР-патологии // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – № 3-с. – С. 51-52.
15. Притула И. М., Ахадов Т. А., Денисова Л. Б. Консервативное лечение абсцессов головного мозга под контролем компьютерной томографии // Вопр. нейрохирургии. – 1993. – №1. – С. 39-40.
16. Рішко Н.М. та співавт. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення (за матеріалами ЛОР-клініки УЖДУ за період 1960-1998 р.р.) // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3 (додаток). – С. 449-452.
17. Тальшинский А.М. Абсцесс большого мозга у годовалого ребенка при остром гнойном среднем отите // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №4. – С. 55-57.
18. Туркин А.М. и соавт. Магнито-резонансная томография в диагностике объемных образований задней черепной ямки // Вопр. нейрохирургии. – 1996. – №1. – С. 12-16.
19. Шустер М.А., Чумаков Ф.И., Чканников А.Н. Роль компьютерной томографии в диагностике инкапсулированных абсцессов мозжечка при острых средних отитах // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №6. – С. 41-44.
20. Щурук З.С., Цимар А.В., Щурук Г.З., Косіловська О.Г., Сагальчик Я.С., Черьомухіна Т.К. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1997. – №3. – С. 43-47.

Надійшла до редакції 25.09.07.

© Т.В. Почуєва, 2008

**НОВЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ХИРУРГИЧЕСКОМ
ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ГНОЙНЫМИ
ВНУТРИЧЕРЕПНЫМИ ОСЛОЖНЕНИЯМИ
ОСТРОГО ВОСПАЛЕНИЯ СРЕДНЕГО УХА**

Почуева Т.В. (Харьков)

Резюме

Представлен современный взгляд на проблему отогенности или сочетанности острой гнойно-воспалительной патологии среднего уха и головного мозга. Приведены результаты лечения 77 больных острым средним (гнойный – у 36 и негнойный – у 41) отитом с гнойными внутричерепными осложнениями с позиций новых возможностей инструментальной диагностики, в первую очередь, томографических методов исследования. Представлены и обоснованы некоторые изменения в тактике ведения таких пациентов в отношении сроков, объёма и необходимости проведения хирургического вмешательства на ухе, последовательности взаимодействий с нейрохирургами.

**NEW TENDENCIES IN SURGICAL
TREATMENT OF PURULENT
INTRACRANIAL COMPLICATIONS OF
OCUTA INFLAMMATION OTITIS MEDIA**

Pochuyeva T.V. (Kharkov)

Summary

The problem of dependence on or combination of otitis media pathology and brain pathology are described in the article taking into account modern developments in the field. The result of treatment of 77 patients with ocuta otitis media (purulent - 36 and non-purulent – 41) and purulent intracranial complications are shown in the article based on new abilities of instrumental diagnosis and primary of tomography method of research. Some changes in tactics of treatment of the patients in respect of terms, necessity of surgery and consequentialness of cooperation with neurosurgeons are presented in the article and proved.