



УДК: 616. 831–002. 8:616. 284–002. 258–089. 166

АТИПИЧНАЯ КЛИНИКА ОТОГЕННОГО АБСЦЕССА ВИСОЧНОЙ ДОЛИ МОЗГА, ПРОРВАВШЕГОСЯ В БОКОВОЙ ЖЕЛУДОЧЕК И НА ПОВЕРХНОСТЬ МОЗГА

Г. А. Гаджимирзаев

*Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Частота прорыва абсцесса мозга в полость бокового желудочка или подбололочные пространства мозга, по сводной статистике Д. Г. Жученко [4] колеблется от 2 до 25%. За период с 1970 по 2008 г. г. мы наблюдали 101 больного с абсцессами мозга и мозжечка, из которых у 7 (6,9%) был диагностирован прорыв абсцесса височной доли мозга.

Прорыв абсцесса считается опасным для жизни осложнением, часто приводящим к смертельному исходу [1, 6]. Клиника прорыва абсцесса мозга складывается из остро развившихся симптомов нестерпимой головной боли, гипертермии, резко выраженных менингеальных явлений, спутанности сознания, переходящей в глубокую кому. Со времени широкого внедрения в клиническую практику антибиотиков стали появляться сообщения как о благоприятном исходе указанной болезни у отдельных больных, так и учащение случаев атипичного течения отогенных внутричерепных осложнений (ОВО).

Двусторонний (в боковой желудочек и в подбололочные пространства) прорыв абсцесса мозга у одного больного встречается очень редко [3, 5]. Мы наблюдали больного со стертой клинической симптоматикой отогенного абсцесса мозга с прорывом в боковой желудочек и на поверхность мозга.

Приводим краткую выписку из истории болезни нашего наблюдения.

Больной Т., 51 года поступил 09.03.09 в ЛОР-отделение РКБ Махачкалы с жалобами на сильные головные боли разлитого характера, гноетечение из правого уха, повышение температуры тела до 38,4 С.

Гноетечением из уха страдает 25 лет, отмечались ежегодные периодические обострения, последнее обострение было за 1,5 недели до поступления в клинику, в связи с чем лечился в стационаре районной больницы по месту жительства. Принимал антибиотики, анальгетики, жаропонижающие, капли в ухо в виде 1% раствор диоксидина. В связи с отсутствием положительной динамики больной направлен в ЛОР-клинику.

Состояние пациента при поступлении средней тяжести, в сознании, ориентирован во времени и пространстве. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание ровное, проводится по всем полям. ЧДД 18 в мин, АД 110/70 мм рт. ст., пульс 76 в мин.

В неврологическом статусе определяется ригидность затылочных мышц на 4 поперечных пальца, симптом Кернига положительный с обеих сторон, носогубные складки симметричные, язык по средней линии. Парезов и параличей нет, сухожильные рефлексы средней живости, патологических знаков нет. В позе Ромберга – пошатывание.

При ЛОР-осмотре наружный слуховой проход справа заполнен гноем с резким ихорозным запахом, имеется нависание задне-верхней стенки костного отдела наружного слухового прохода. Заушная область без изменений, пальпация сосцевидного отростка безболезненна. Накануне, ближе к полуночи был озноб.

Глазное дно с обеих сторон без изменений, на М-эхо смещение срединных структур не выявляется. На рентгенограммах височных костей отмечена порозность костной ткани и смазанность контуров верхней и задней грани пирамиды справа. Из-за отсутствия условий КТ(МРТ) исследование не проведено.

При люмбальной пункции под давлением получено 5 мл мутного ликвора. Биохимический анализ показал: цитоз нейтрофильный, подсчету не поддается, реакция Панди (++) , Н. Апелъта (++) .



Анализ крови: л. 16,1г 10 /л, СОЭ 40мм/ч.

На основании клинических и параклинических данных поставлен предоперационный диагноз: обострение хронического гнойного правостороннего мезоэпитимпанита, отогенный менингит.

Под интубационным наркозом 10. 03. 09 произведена расширенная радикальная операция на правом ухе. В антруме и барабанной полости выявлены гной, холестеатома. Крыша барабанной полости и пещеры кариозно изменена, визуальное дефект в ней не определяется. При снятии части *tegmen thympani* в операционную полость под давлением вылился гной перемешанный с ликвором. Костное окно в сторону средней черепной ямки расширено до 4,0 x 5,0 см. В центре обнаженного участка *dura* обнаружен свищ, ведущий в полость мозгового абсцесса. Путем крестообразного разреза наружной оболочки мозга расширен вход в раневой канал. Из полости абсцесса эвакуировано около 15–20 мл гноя, перемешанного с ликвором и элементами мозгового детрита. При ревизии полости абсцесса с помощью зеркала Киллиана оказалось, что на дне гнойника имеется дефект, откуда тонкой струей вытекает ликвор. После прекращения поступления ликвора в полость опорожненного абсцесса, произведено промывание раневого канала физиологическим раствором и 0,01% мирамистином. В целях дренажа введена перчаточная резина.

Больной переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии. Назначены цефотоксим по 2 г каждые 6 часов, линкомицин по 600 мг 3 раза в сутки внутримышечно; 1% раствор диоксидина по 50 мл с 10% раствором глюкозы капельно внутривенно. Ежедневно внутривенно вводились 10% раствор глюкозы по 500 мл, реамберин по 400 мл, инсулин по 12 ЕД, 5% раствор аскорбиновой кислоты по 10 мл. Кроме того больной получал витамины В1, В6 по 2 мл, В12 по 500 мг внутримышечно; 2,4% раствор эуфиллина по 10 мл внутривенно, 1% раствор димедрола по 1 мл, 5% раствор мексидола по 2 мл 3 раза в сутки, лазикс по 2 мл внутримышечно. Внутривенно вводились также аминокaproновая кислота по 100 мл, 4% раствор хлористого калия по 30 мл. Больной получал нистатин по 1 таблетке 4 раза в сутки.

В первые послеоперационные дни состояние больного оставалось тяжелым, температура тела до 39,3 С. Наружная повязка на ухе менялась по 2–3 раза в сутки, так как пропитывалась ликвором. Температура тела держалась в течение 14 дней в пределах от 37,5 до 38,6 С. Трижды с перерывом 3 дня производились разгрузочные спинно-мозговые пункции с последующим введением в канал 2 мл 1% диоксидина. В промежутках между спинно-мозговыми пункциями проводилась блокировка места истечения ликвора с использованием ЯМИК-катетера, способом описанным нами ранее [2].

Истечение спинно-мозговой жидкости прекратилось через 24 дня, а полость абсцесса закрылась спустя 38 дней после операции.

Больной выписан на 49 день пребывания в стационаре в удовлетворительном состоянии с полной санацией ликвора, с частичной эпидермизацией трепанационной полости среднего уха. Рекомендовано продолжить наблюдение у оториноларинголога по месту жительства.

Особенностью нашего наблюдения является отсутствие характерной клинической картины не только абсцесса височной доли мозга, но и проявлений такого тяжелого недуга как двусторонний прорыв гнойника, закончившийся благоприятным клиническим исходом.

ЛИТЕРАТУРА

1. Воронкин В. Ф., Сергеев М. М. Интракраниальные осложнения в оториноларингологии. – Краснодар. – 2000. – 176 с.
2. Гаджимирзаев Г. А., Джамалудинов Ю. А. Отогенный абсцесс височной доли мозга с прорывом в боковой желудочек с последующим выздоровлением больного //Вестн. оторинолар. – 1997. – №2. – С. 54
3. Гаджимирзаев Г. А., Джамалудинов Ю. А., Магомедов А. М. Отогенный абсцесс височной доли мозга с прорывом на поверхность мозга и боковой желудочек //Там же. – 2006. – №2. – С. 49–50.
4. Жученко Д. Г. Метастатические абсцессы головного мозга. М.: Медицина. – 1963. – 216 с.
5. Калина В. О. Отогенные абсцессы мозга. М.: Медгиз. – 1957. – 358 с.
6. Пальчун В. Т., Каплан С. И., Вознесенский Н. Л. Неврологические осложнения в оториноларингологии. М.: Медицина. – 1977. – 200 с.