



УДК: 616.988.21:616.21

БЕШЕНСТВО, АКТУАЛЬНЫЕ АСПЕКТЫ ДЛЯ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

А. В. Гербергаген

THE RABIES, ACTUAL ASPECTS FOR OTORHINOLARYNGOLOGIST

A. V. Gerbergagen

МУЗ «Подольская городская клиническая больница», г. Подольск, Московская область
(Главный врач – В. В. Громов)

Актуальность данного наблюдения для ЛОР-врачей состоит в следующем: случай наглядно демонстрирует возможность участия оториноларинголога в диагностических мероприятиях у больных бешенством.

На фоне отсутствия классических симптомов бешенства и явных указаний на травму одними из основных являются расстройства со стороны глотки и гортани, что может стать поводом для обращения к оториноларингологу.

Указанные выше расстройства, сопряженные с невозможностью выполнить осмотр гортани (по техническим причинам либо ввиду детского возраста больного), могут послужить причиной гипердиагностики патологии глотки и гортани, а также ненужного оперативного вмешательства.

Ключевые слова: бешенство, боль в горле, нарушение дыхания.

Библиография: 8 источников.

The urgency of this supervision for the otorhinolaryngologist consists in the following: the case illustrates the possibility of participating otolaryngologist for diagnostic measures in patients with rabies.

Against the background of the absence of classical symptoms of rabies and explicit instructions to the injury, is one of the major disorders of the pharynx and larynx, which may be an occasion to refer to the otolaryngologist.

The above-mentioned disorders, coupled with the inability to carry out inspection of the larynx (for technical reasons or in the mind of childhood the patient) may cause overdiagnosis of pathology of the pharynx and larynx, as well as unnecessary surgery.

Key words: rabies, sore throat, breath violations.

Bibliography: 8 sources.

Бешенство известно с давних времен, а его проявления описаны еще Аристотелем и Цельсом [5]. К настоящему моменту заболевание хорошо изучено, разработаны эффективные методы вакцинопрофилактики. Проводится регулярная санитарно-просветительская работа с населением о смертельной опасности бешенства, методах профилактики заболевания, правилах поведения для пострадавших от укусов животных. Благодаря этому случаи заболевания бешенством людей стали редкими: в России ежегодно регистрируется до 30 случаев заболевания [1]. Именно в этот момент многие люди теряют бдительность, начинают относиться к бешенству как к архаичному пережитку прошлого. Это же утверждение действительно в отношении узких специалистов, оториноларингологов в частности, тем более что проявления бешенства со стороны ЛОР-органов, по известным литературным источникам [1–8], обусловлены неврологическими расстройствами и не требуют какого-либо вмешательства. В этом свете любопытной является попытка стандартизировать показания к осмотру специалистами больного бешенством [5]. Так, авторами указанных рекомендаций предлагается: консультация



хирурга при наличии множественных рваных и нагноившихся ран, невролога – при клинико-лабораторных симптомах энцефалита.

Ввиду отсутствия видимой теоретической возможности участия ЛОР-врача в диагностическом и лечебном процессах при данной патологии и присутствия таковой на практике предлагаем вашему вниманию случай заболевания бешенством ребенка 9 лет.

Больная Б., 2002 г. р., жительница Подольского района, история болезни № ДИ-2547, 11.09.2011 г. в 18.20 доставлена бригадой СМП в приемное отделение детского инфекционного корпуса Подольской детской городской больницы с диагнозом ОРВИ. При поступлении предъявляла жалобы: на затрудненное дыхание, боль в горле при глотании, впервые возникшее заикание, судороги, повышение температуры тела до 38,2 °С, припухлость на передней поверхности шеи, высыпания на коже ягодиц, кожный зуд.

Со слов родственников, девочка заболела 08.09.11 г. Возможность наличия травмы, отравления отрицалась. Заболевание началось с появления сыпи на ягодицах и кожного зуда. За помощью обратились к дерматологу, установлен диагноз: стрептодермия. Проводилось амбулаторное лечение: обработка кожи ягодичных областей салициловой мазью и этиловым спиртом. К 10.09.2011 г. проявления сыпи и кожного зуда уменьшились, отмечено повышение температуры тела до 38,0 °С, в связи с чем ребенок получал нурофен в возрастной дозировке. 11.09.2011 г. состояние ребенка ухудшилось: температура тела повысилась до 38,2 °С, появились беспокойное поведение, затрудненное дыхание, боль в горле при глотании, заикание, судороги.

При поступлении ребенок осмотрен дежурным педиатром детского инфекционного корпуса, диагноз: ОРВИ, гипертензионный синдром. Увеличение щитовидной железы. Опухолевидное образование передней поверхности шеи? Госпитализирована в экстренном порядке в детское инфекционное отделение № 2. 11.09.2011 г. в 19.00 в связи с дыхательными расстройствами по типу стридора, осмотрена детским реаниматологом, рекомендован осмотр ЛОР-врача.

19:20 11.09.2011 г. ребенок осмотрен дежурным ЛОР-врачом, выявлены: образование плотной консистенции на передней поверхности шеи, катаральные изменения слизистой оболочки ротоглотки, осиплость голоса. Удалось выполнить непрямую ларингоскопию – патологических изменений не выявлено. Диагноз: ОРВИ, гипертензионный синдром. Увеличение щитовидной железы. Опухолевидное образование передней поверхности шеи? Рекомендована госпитализация в МОНИКИ им. М. Ф. Владимирского.

В связи с продолжающимися приступами нарушения дыхания, появившимся акроцианозом 11.09.2011 г. в 19.40 девочка переведена в отделение детской реанимации. Начато проведение интенсивной терапии. В 23.30 11.09.2011 г. случай консультирован врачом ЛОР-отделения МОНИКИ, рекомендовано продолжить проводимое лечение.

В ночь с 11 на 12.09.2011 г. состояние больной ухудшилось: появились неадекватность поведения, бред. Утром 12.09.2011 г. к ребенку повторно вызван ЛОР-врач. При осмотре: девочка бредит, мечется в постели; наблюдаются приступы судорог, напоминающие опистотонус. При осмотре и пальпации шеи определяется увеличение щитовидной железы, кожа не гиперемирована, отека мягких тканей нет, лимфоузлы не пальпируются. Голос чистый, звонкий; стридора, акроцианоза нет. Непрямую ларингоскопию выполнить не удалось из-за неадекватного поведения больной и судорог. При орофарингоскопии: слизистая оболочка ротоглотки бледно-розового цвета, отека нет. На поверхности небных миндалин небольшое количество серовато-зеленого налета и слизи. Тризма жевательных мышц нет. Заключение: данных, характерных для паратонзиллита, флегмоны шеи нет. Гипертрофия щитовидной железы? Рекомендована консультация невролога, инфекциониста.

Тем же утром ребенок осмотрен детским неврологом, выявлены признаки энцефалита, рубец от укуса на левой голени – заподозрено наличие бешенства. 12.09.2011 г. мать вспомнила о факте укуса дочери одичавшей кошкой в июле 2011 г.

12 и 13.09.2011 г. состояние девочки прогрессивно ухудшалось, появились классические проявления бешенства: отказ от питья, обильное слюноотделение с пеной; рвота при разговоре, шуме воды. В этот период больная осмотрена специалистами: офтальмологом, кардиологом, детским хирургом, инфекционистом Подольской детской городской больницы, инфекционистом и неврологом МОНИКИ, главным специалистом Министерства здравоохранения Московской области по антирабической помощи детям.



С утра 14.09.2011 г. состояние ребенка резко ухудшилось, в 6.00 зафиксирована остановка дыхания, начаты реанимационные мероприятия – без эффекта. В 06.30 14.09.2011 г констатирована биологическая смерть.

Посмертно диагноз бешенства подтвержден результатами вскрытия, исследованием фрагментов головного мозга методом ПЦР на наличие РНК-вируса, биологической пробой.

После смерти ребенка решением эпидемиологической комиссии по разбору случая все лица, контактировавшие с больной (врачи, в том числе 2 оториноларинголога, медицинский персонал, члены семьи – всего 14 человек), направлены на лечебно-профилактическую антирабическую иммунизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Овчинников Ю. М. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1988.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2002.
4. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В. М. Семенова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
6. Темкин Я. С., Лихачев А. Г., Преображенский Б. С. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медгиз, 1947.
7. Фельдман А. И., Вульфсон С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1957.
8. Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989.

Гербергаген Артем Викторович – оториноларинголог ЛОР-отделения Подольской городской клинической больницы. 142100, Московская область, г. Подольск, ул. Кирова, д. 38, тел.: 8-4967-54-55-72.

УДК: 616.288.6-089.844:616.284-002.258

ХОЛЕСТЕРОЛОВАЯ ГРАНУЛЕМА ПЕЩЕРЫ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА С ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ

И. Т. Мухамедов, Ш. М. Ахмедов, Г. А. Полев, З. Б. Агаронова

MASTOID CHOLESTEROL GRANULOMA WITH INTRACRANIAL INVASION

I. T. Muhamedov, S. M. Ahmedov, G. A. Polev, Z. B. Agaronova

ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

(Директор – проф. Н. А. Дайхес)

Холестероловая гранулема (ХГ) может поражать любой пневматизированный отдел височной кости, однако крупные костные дефекты вследствие экспансивного роста этого доброкачественного новообразования весьма редки. Представлено клиническое наблюдение молодого пациента с хроническим двусторонним средним отитом в анамнезе. По данным компьютерной томографии: объемное образование, занимающее всю пещеру сосцевидного отростка, с дефектом латеральной стенки сосцевидного отростка, а также дефектом крыши антрума и стенки левой средней черепной ямки приблизительно 12х8 мм. Провести дифференциальный диагноз мягкотканых образований височной кости на предоперационном этапе позволяет магнитно-резонансная томография.

Ключевые слова: холестероловая гранулема, височная кость, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 9 источников

Cholesterol granuloma may involve any pneumatized compartment of temporal bone, extensive bone defects due to the expansive growth of this benign lesion are rare though. We report a case report of a young patient with a history of bilateral chronic otitis media. The CT-findings were as follows: gross