

Линьков В.И., Вержбицкий Г.В., Кустов М.О.  
**ГЕМОРРАГИЧЕСКИЙ НАРУЖНЫЙ И  
СРЕДНИЙ ОТИТ КАК ОДИН ИЗ  
СИМПТОМОВ ОСТРОГО НАРУШЕНИЯ  
МОЗГОВОГО КРОВООБРАЩЕНИЯ**

*Санкт-Петербургская медицинская академия  
последипломного образования,  
г. Санкт Петербург*

В сравнении с обычными воспалительными процессами в наружном и среднем ухе, воспалительный процесс с образованием на коже слухового прохода везикул, булл, а в полости среднего уха геморрагического отделяемого, встречается относительно редко.

Такой наружный или средний отит, называемый геморрагическим, буллезным, связывают с вирусным агентом. В литературе по данному вопросу, наряду с вирусом гриппа большое внимание уделяется роли пневмококка, бета-гемолитического стрептококка, гемофильной палочки тип В, микоплазмы.

В нашей практике мы встретили необычные случаи, когда на фоне геморрагических измене-

ний в слуховом проходе или в среднем ухе, без предшествующих травм, расчесов, катаральных явлений в дальнейшем выявилось ОНМК. Необходимо отметить, что во всех наблюдениях (8 человек), пациенты страдали атеросклерозом, гипертонической болезнью 2-3-й степени или вторичной артериальной гипертензией, в 87.5% (7 человек) это были женщины в возрасте от 35-ти до 54-х лет.

В доступной нам литературе мы не нашли указаний на подобные случаи, в связи с чем сочли целесообразным сообщить об этом.

Больная М., 42 лет, поступила в приемное отделение городской больницы с жалобами на слабость, шум в голове, тошноту, повторную рвоту, шаткость при ходьбе, насморк. В течении недели лечилась по поводу ОРВИ. 5-ть дней назад появились кровянистые выделения из уха и болевые ощущения, затем головокружение и тошнота. В приемном покое осмотрена неврологом, заключение – вертебробазилярная недостаточность? При осмотре ЛОР-врачом: нос – слизистое отделяемое, глотка и гортань без особенностей; уши – АД – норма, ШР – 6 метров, AS – слуховой проход широкий, свободный в просвете геморрагические корочки. Барабанная перепонка равномерно гиперемирована, перфорации и отделяемого нет. При пальпации болезненность в области верхушки сосцевидного отростка. ШР – 1 метр. Спонтанного нистагма нет! Шаткость походки. Менингеальные симптомы отсутствуют. Температура тела 37,2. На рентгенограмме с/о по Шюллеру – снижение пневматизации клеток слева. В анализе крови: гемоглобин – 126, лейкоциты – 8,8, палочкоядерные – 6, сегментоядерные – 48, лимфоциты – 37, СОЭ-52. Диагноз дежурного врача: острый левосторонний средний гнойный отит, мастоидит. Больной была выполнена антростома слева. При вскрытии отростка в его клетках и в антруме обнаружено геморрагическое содержимое без видимых костно-деструктивных изменений. По истечении 12-ти часов состояние больной не улучшилось. В сознании, но заторможена, тошнота, однократно рвота. Высказано предположение о наличии ОНМК. Выполнена КТ головного мозга, на которой выявлен очаг геморрагического инсульта в левую височную долю головного мозга. Послеоперационный период протекал гладко. Патогистологическое исследование операционного материала гнойного воспаления не выявило. Отоскопическая картина нормализовалась к 4-му дню. На момент выписки ШР справа- 6 метров, слева- 4 метра.

В другом случае больная поступила в кардиореанимационное отделение с диагнозом: ги-

пертонический криз, давление нормализовано, однако через 48 часов от момента поступления у больной сопорозное состояние, повышение температуры тела до 39,5, менингеальная симптоматика. Очаговых симптомов нет. Диагноз: менингоэнцефалит? Выполнена люмбальная пункция: цитоз – 1230\3, 96% - нейтрофилов, белок 0.88, сахар – 5.4. В клиническом анализе крови лейкоцитов 8.6; СОЭ -35.

Осмотрена ЛОР врачом: нос, глотка – без патологии, отоскопия: АД – норма, AS – кожа слухового прохода гиперемирована, геморрагические везулы, отделяемого нет, барабанная перепонка утолщена, синюшна, контуры сглажены. На рентгенограмме с/о по Шюллеру затемнены клетки слева. Наложена парацентез получено геморрагическое отделяемое. С диагнозом вторичный гнойный менингоэнцефалит, острый левосторонний средний геморрагический отит больная была переведена в ЛОР отделение. При поступлении данные ЛОР осмотра те же, но в неврологическом статусе выявлена анизорефлексия за счет повышения сухожильных рефлексов справа. Высказано предположение о наличии ОНМК в левой гемисфере головного мозга. Учитывая наличие гнойного менингоэнцефалита и среднего отита слева, через 1 час от момента поступления, выполнена антростома слева: в клетках сосцевидного отростка и в антруме жидкая кровь без костно-деструктивных изменений. Утром следующего дня выполнена КТ головного мозга, которая подтвердила наличие геморрагического инсульта в левой височной доле.

Описанные наблюдения обращают наше внимание на несколько моментов – гиперемия кожи глубоких отделов слухового прохода и барабанной перепонки, наличие геморрагического компонента в воспалительной реакции и кровянистого отделяемого из уха при целой барабанной перепонке, отсутствие гнойного экссудата в полостях среднего уха, оталгия умеренного характера и наличие ангиогенной патологии головного мозга. Почти, во всех случаях оториноларингологи и неврологи не сразу обнаруживали наличие синхронной мозговой патологии и связь отиатрической симптоматики с ОНМК.

Возможность такой связи и синхронизации вполне допустима, если учесть общность адаптивных и дегенеративных изменений в экстра- и интрацеребральных сосудах головы при атеросклерозе и гипертонии, а также нарушение реологии крови в сосудах головы при ОНМК в виде ДВС синдрома. Безусловно, важную роль в реализации этой связи играет общее кровоснабжение наружного, а также среднего уха и мозговых



оболочек средней черепной ямки.

Таким образом, необходимо рассматривать геморрагические наружные и средние отиты с позиции этиопатогенеза как гетерогенную группу заболеваний. Важно помнить, что геморрагические изменения в наружном и среднем ухе в ряде случаев могут быть сопутствующим или реактивным синдромом более тяжелой сосудистой патологии головного мозга. В отношении лечебной тактики нужно сказать следующее: в таких случаях необходима компьютерная томография головного мозга, и в случае обнаружения ОНМК от оперативного вмешательства стоит воздержаться, при этом больной должен оставаться под постоянным наблюдением ЛОР-врача