



рекомендовал продолжить консервативное лечение с контролем МРТ в динамике. Через неделю на контрольной МРТ в области правой височной доли мозга определили признаки гнойного очага с наличием воздуха и смещением структур мозга до 10 мм влево (рис. 4). На основании данных клиники и МРТ выставлен диагноз: отогенный абсцесс (множественный) правой височной доли с дислокационным синдромом. Принято решение оперировать больного с нейрохирургическим подходом.

27.06.12 г. выполнена резекционная трепанация черепа в правой височной области с тотальным удалением второго абсцесса с капсулой.

В послеоперационном периоде больной продолжал получать антибактериальную, дезинтоксикационную, противоотечную и общеукрепляющую терапию, а также местное лечение, направленное на заживление ушной операционной раны. Больной был деканюлирован без последствий ношения трахеоканюли. Температура тела нормализовалась, состояние стало улучшаться,

общемозговые симптомы прошли. Заушная и височная операционные раны зажили первичным натяжением, трахеостома закрылась самостоятельно. Больной выписан домой на 44-й день пребывания в больнице без неврологических и соматических последствий от болезни и проведенного лечения с частичной эпидермизацией трепанационной полости среднего уха. Рекомендовано продолжить наблюдение у оториноларинголога по месту жительства.

Особенностями наблюдения является: малосимптомное, атипичное клиническое течение множественных абсцессов мозга отогенной природы и последовательность формирования их вне анатомической связи между собой, развитие второго абсцесса на фоне интенсивной местной и общей антибактериальной и противовоспалительной терапии. Характер клинико-параклинических проявлений болезни потребовал координации хирургических вмешательств между оториноларингологами и нейрохирургами.

Гаджимирзаев Гаджимурад Абдусамадович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 1; тел.: 8-989-883-89-09

Джамалудинов Юнускади Асхабалиевич – докт. мед. наук, доц. каф. ЛОР-болезней ДГМА, зав. ринологическим отделением РКБ. 367000, Махачкала, ул. Ляхова, д. 43

Магомедов Ариф Магомедович – канд. мед. наук, доц., зав. каф. нервных болезней, медицинской генетики и нейрохирургии. 367000, Махачкала, ул. Ляхова, д. 43

Абдулвагабов Сергей Мурадович – врач отделения нейрохирургии РКБ. 367000, ул. Ляхова, д. 43

Гаджимирзаева Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, ассистент ЛОР-кафедры ДГМА

Караева Айшат Караевна – врач-рентгенолог РКБ. 367000, Махачкала, ул. Ляхова, д. 43

Инчилов Гаджи Магомедович – зав. отделением реанимации и интенсивной терапии РКБ 367000. Махачкала, ул. Ляхова, д. 43.

УДК 616.288.1-08-039.73:661.857'043

О ЛЕЧЕНИИ ГРАНУЛИРУЮЩЕГО НАРУЖНОГО ОТИТА

А. С. Киселев

ABOUT TREATMENT OTITIS EXTERNA GRANULOSE

A. S. Kiselev

ФГКВБОУ ВПО «Военно-медицинская академия им. С. М. Кирова МО РФ»

(Начальник каф. отоларингологии – проф. В. В. Дворянчиков)

Представлен случай гранулирующего наружного отита, подтвержденного гистологическим исследованием и успешно излеченного тушированием гранулирующей ткани кристаллическим нитратом серебра.

Ключевые слова: гранулирующий наружный отит, кристаллический нитрат серебра.

Библиография: 7 источников.

Represent a case otitis externa granulose, confirm histology research and success treatment with crystal nitrate of silver.

Key words: otitis externa granulose, crystal nitrate of silver.

Bibliography: 7 sources.

Наружный отит – нередкое заболевание поликлинического и стационарного звена здравоохранения. Так, частота наружных отитов, по данным разных авторов колеблется от 5 до 23 % от всей патологии ЛОР-органов [2]. В то же время гранулирующий наружный отит (*otitis externa granulosa*) (ГНО), одна из разновидностей наружного отита – занимает по частоте пятое место после таких вариантов, как ограниченный, диффузный, грибковый и геморрагический наружный отит [6]. При этом он является наименее изученным среди поражений наружного уха [5].

А. Г. Лихачев [3] справедливо считал ГНО особой формой диффузного внешнего отита, подчеркивая, что это заболевание может существовать без сопутствующего воспаления наружного слухового прохода. Ряд авторов [1, 5, 7] считают его самостоятельной нозологической формой. При этом А. К. Чаргейшвили, автор главы «Заболевания наружного уха» в томе II капитального «Руководства по оториноларингологии» (1960), трактует ГНО как своеобразное малоизвестное поражение кожи [7]. Оно характеризуется непредвиденным произвольным ростом грануляций, которые могут возникать в разных отделах наружного слухового прохода при неповрежденной барабанной перепонке. Патологический процесс обычно бывает односторонним.

В литературе, как правило, встречается описание только отдельных случаев этого своеобразного заболевания, поэтому следует считать, что такая форма наружного отита недостаточно знакома практикующим отоларингологам. Между тем упорное течение рассматриваемого заболевания, при котором имеет место рост сомнительных кровотокающих грануляций, нередко вызывающих подозрение на злокачественный процесс, требует к нему серьезного отношения.

Этиологические факторы ГНО также мало изучены. Авторы, описывающие свои наблюдения данного заболевания, не приводят сколько-нибудь значащих моментов, которыми можно было бы объяснить возникновение гранулирующего процесса.

Лечение ГНО может быть консервативным и хирургическим. Так, ряд авторов тушировали грануляции 5% азотнокислым серебром (ляписом), карболовой кислотой, 0,25% цинковыми каплями, припудривали стенки порошком сульфаниламидов, преднизолона, смазывали мазью локакортена-Н и др., а также применяли физиопроцедуры (УВЧ, УФО-тубус). Чаше проводилось хирургическое вмешательство, которое одновременно имело целью получить результат гистологического исследования. Последняя процедура обычно сопровождалась значительным кровотечением, что затрудняло полное удаление грануляций. При рецидивах производилось повторное

удаление грануляций. Продолжительность лечения нередко превышала 3 недели [6].

Приведенные литературные данные, свидетельствующие об упорном течении данного заболевания и отсутствии убедительных сведений об этиологии и патогенезе данной патологии и достаточно определенной тактики его лечения, позволили нам поделиться собственным наблюдением.

Г. А. Жаб-ко, 70 лет (и/б 6930), поступила в ЛОР-отделение Санкт-Петербургской ГБ № 20 27.06.2012 г. с жалобами на небольшую болезненность в правом ухе и кровянистые выделения. Больной считает себя около 2 недель, в течение которых посещала поликлинику. Какой-либо причины, вызвавшей ее заболевание, указать не может, отрицает раздражение кожи слухового прохода посторонними предметами.

При обследовании: общее состояние больной удовлетворительное, органы грудной и брюшной полостей в пределах возрастной нормы.

ЛОР-органы: в области правой околоушной железы отмечаются небольшая припухлость и болезненность, перкуторно справа сосцевидный отросток безболезненный, потягивание правой ушной раковины и надавливание на козелок ушной раковины вызывает болезненность. Отоскопия: в правом наружном слуховом проходе кровянистые выделения, после туалета барабанная перепонка просматривается, неизменная. На нижней стенке слухового прохода, преимущественно в перепончато-хрящевом отделе, кровотокающие грануляции на протяжении не менее 1,5 см. Отоскопия слева без патологии. Другие ЛОР-органы в пределах возрастной нормы. Посев микрофлоры установил наличие монофлоры, что коррелируется с последними литературными данными, свидетельствующими о преимуществен-

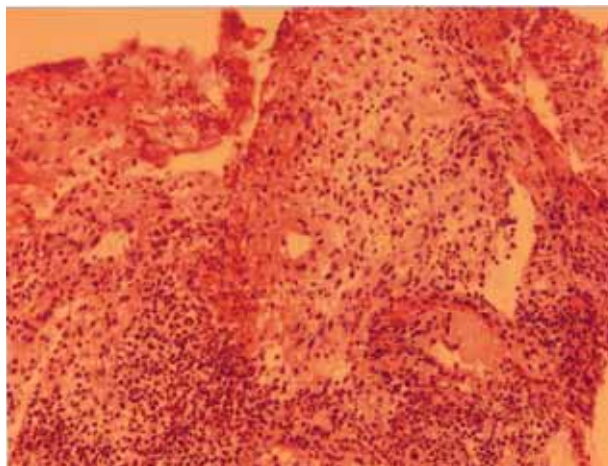


Рис. Микрофотограмма биопсийного материала, взятого из наружного слухового прохода больной Жаб-ко. Окраска гематоксилином и эозином. Ок. 10, об. 40. Описание в тексте.



ной монофлоре при наружных отитах [4]. В данном случае был получен *Pseudomonas aeruginosa*, наиболее чувствительный к ципрофлоксацину.

Гистологическое исследование биопсийного материала, проведенное проф. Н. М. Хмельницкой, установило фрагмент грануляционной ткани с тонкостенными сосудами. Среди клеток инфильтрата преобладают нейтрофилы, немногочисленные эозинофилы, плазматические клетки и фибробласты (рис.).

Данные клинического и гистологического исследований позволили установить у больной диагноз гранулирующего наружного отита.

Антибактериальная терапия местная и общая, соответствующая результатам бакпосева, и применение 5% азотнокислого серебра видимого эффекта не дали. Однако туширование грануляций азотнокислым серебром в виде ляписной жемчужины привело к их побледнению и бы-

строму обратному развитию. На 4-е сутки после туширования грануляций ляписом больная была выписана и затем в течение недели наблюдалась амбулаторно. Наступило полное выздоровление.

Заключение. Приведенное наблюдение гранулирующего наружного отита не позволило установить его этиологию и генез, однако еще раз подтвердило упорное клиническое течение этого заболевания, не поддающегося общепринятой терапии.

Клинические проявления этого довольно редкого заболевания могут и должны вызывать подозрение о возможном развитии злокачественного процесса, что требует проведения гистологического исследования.

И, наконец, данное наблюдение позволяет рекомендовать при лечении грануляционного наружного отита использовать кристаллическое азотнокислое серебро в виде ляписной жемчужины для туширования грануляций.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бытченко Д. А. Наружный грануляционный отит // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1968. – № 2. – С. 88–89.
2. Кустов М. О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода // Рос. оторинолар. – 2012. – № 1 (56). – С. 111–118.
3. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – 187 с.
4. Микрофлора наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом / М. О. Кустов [и др.] // Рос. оторинолар. – 2012. – № 3 (58). – С. 66–70.
5. Нечипоренко В. П., Лозицкая В. И. Клинические особенности гранулирующего наружного отита // Журн. ушн., нос. и горл. хвороб. – 1999. – № 5, дод. 1. – С. 98–100.
6. Протасевич Г. С., Савчук Е. В. Грануляційний зовнішній отит // Там же. – 2007. – № 5. – С. 82–89.
7. Чаргейшвили А. К. Гранулирующий наружный отит: руководство по оториноларингологии / Под ред. А. Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т. 2. – С. 56.

Киселёв Алексей Сергеевич – докт. мед. наук, профессор каф. отоларингологии ВМА им. С. М. Кирова. 194044, Санкт-Петербург, ул. Лебедева, д. 6, тел.: 8-921-753-52-28.