

Г.В. Бояркин

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ СОЧЕТАНИЯ ПОСТТРАВМАТИЧЕСКОГО АБСЦЕССА ЛОБНОЙ ДОЛИ ГОЛОВНОГО МОЗГА С РИНОСИНУСОГЕННЫМ МЕНИНГИТОМ

МУЗ «Городская больница №4», г. Комсомольск-на-Амуре

Лечение риногенных менингитов — одна из наиболее актуальных проблем в отоларингологии. Риногенные внутричерепные осложнения инфекционной и травматической этиологии составляют менее 1% от общего количества осложнений параназальных синуситов, однако летальность их очень высока и достигает, по данным некоторых авторов, 10-40% [1, 2, 4]. Результаты лечения находятся в прямой зависимости от качества диагностики и сроков хирургического вмешательства. В литературе имеются немногочисленные сообщения о сочетанных гнойных внутричерепных осложнениях и подчеркивается трудность их дифференциальной диагностики, недостаточность традиционных клиничко-лабораторных исследований. Применение компьютерной томографии и магниторезонансной томографии параназальных синуситов и головного мозга в настоящее время позволяет улучшить решение проблемы своевременной диагностики внутричерепных осложнений [3, 5, 6].

Целью данного сообщения является привлечение внимания врачей-отоларингологов и смежных специальностей (неврологов, нейрохирургов, челюстно-лицевых хирургов) к рассматриваемой проблеме критериев диагностики и лечебной тактики.

Приводим наше клиническое наблюдение.

Больной К., 26 лет, 14.05.2006 г. доставлен в приемный покой МУЗ «Городская больница №4» г. Комсомольска-на-Амуре в тяжелом состоянии с жалобами на головные боли, ринорею, заложенность в носу, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C. Из беседы с родственниками выяснилось, что около 2 нед. назад, во время ремонта автомобиля, больной сильно переохладился и тогда же получил закрытую черепно-мозговую травму (удар сорвавшимся с гайки ключом) в область левой половины лба. О факте потери сознания больной не помнит.

При объективном осмотре: общее состояние тяжелое, заторможен, имеет место афазия. Кожные покровы горячие, влажные, температура тела 39°C. Периферические лимфоузлы не увеличены. Ригидность затылочных мышц на 3 пальца. Со слов родственников отмечалось агрессивное поведение.

ЛОР-статус: реактивный отек верхнего века левого глаза. Риноскопия — слизистая оболочка слева гиперемирована, отечна, в среднем носовом ходе слизисто-гнойное содержимое, дыхание затруднено. Справа умеренная гиперемия слизистой оболочки, носовое дыхание справа компенсировано. На КТГ ППН — утолщение слизистой и лобной пазухах, вуаль в клетках решетчатой кости слева (рис. 1, 2).

Со стороны других ЛОР-органов видимых изменений не обнаружено.

Ключевые слова: посттравматический абсцесс, головной мозг, менингит.

Key words: posttraumatic abscess, brain, meningitis.

Осмотрен: неврологом — вторичный гнойный риногенный менингит; *терапевтом* — диагноз тот же; *окулистом* — реактивный отек верхнего века левого глаза. Глазное дно в норме, визус в норме.

На основании вышеописанного поставлен диагноз: острый гнойный гемисинусит, реактивный отек верхнего века левого глаза. Риногенный менингит. Абсцесс лобной доли головного мозга слева?

По экстренным показаниям больной взят в операционную, произведена левосторонняя гайморотомия по Калдвелл-Люкку и фронтотомидотомия по Киллиану. На операции в пазухах обнаружен густой гной без запаха. При ревизии синусов слизистая оболочка утолщена с грануляциями, костных деструкций не обнаружено. После удаления патологического содержимого наложены соустья пазух с полостью носа. В лобную пазуху введена полихлорвиниловая трубка с отверстиями. Дренажное верхнечелюстной пазухи через наложенное соустье. Назначено антибактериальное и дезинтоксикационное лечение (цефтриаксон в/в кап., гентамицин 0,01 в/в кап., гемодез в/в кап., нафтизин в нос, фентанил при болях, раствор Рингера с витамином С 5% в/в кап. и т.д.).

В послеоперационном периоде общее состояние, несмотря на санированный гнойный очаг, в течение суток ухудшилось, отмечалось прогрессирование моторной афазии, температура тела сохранялась от 38 до 39°C, отмечалось нарушение временно-пространственной ориентации. Затруднилось мочеиспускание, несмотря на то, что мочевого пузыря был полный.

К лечению добавлено в/в кап. СЗНП (одноразовая).

Со стороны ЛОР-статуса отмечено уменьшение отека на верхнем веке левого глаза. Отделяемое из дренажной трубки скудное, сукровичное. Швы в удовлетворительном состоянии.

15.05.2006 г. осмотрен неврологом повторно. Заключение — вторичный гнойный менингоэнцефалит. Произведена люмбальная пункция — ликвор опалесцирующий. Результат лабораторного исследования ликвора: клетки (нейтрофилы) — 38; белок — 0-40; сахар — 6,0.

Клинический анализ крови от 16.06.2006 г.: Hb — 120; Eг — 4,2; L — 11; СОЭ — 32; п/я — 1; с/я — 80; лимф. — 38. Клинический анализ мочи без патологии. Биохимические показатели крови без патологии. На R-графии ОГК без патологии.

15.05.2006 г. в связи с ухудшением общего состояния решено сделать КТГ головного мозга для исключения абсцесса лобной доли головного мозга.



Рис. 1. Больной К., 26 лет, — затемнена левая лобная пазуха

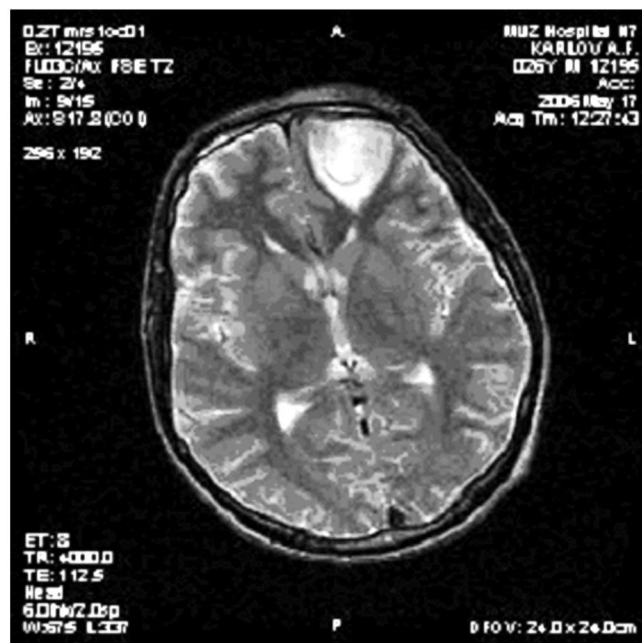


Рис. 2. Больной К., 26 лет, — абсцесс левой лобной доли

16.05.2006 г. произведена МРТ головного мозга — заключение: абсцесс левой лобной доли головного мозга. После осмотра нейрохирурга принято решение больного оставить в НХО и произвести санацию гнойника головного мозга. Больному произведена трепанация черепа, выявлен абсцесс левой лобной доли головного мозга. Твердая мозговая оболочка в этой области спаяна с задней стенкой лобной пазухи. После операции больной был переведен в РАО, где находился 5 дн.

Ежедневно осматривался отоларингологом совместно с нейрохирургом. Делались промывания левой лобной пазухи через соустье и туалет дренажной трубки, через соустье промывалась левая верхнечелюстная пазуха. Состояние больного улучшилось, температура тела нормализовалась, исчезли симптомы интоксикации и раздражения мозговых оболочек.

Больной был переведен в общую палату, где продолжалось противовоспалительное лечение. На 7 сут сняты швы. На 21 сут удалена дренажная трубка из левой лобной пазухи. Восстановилась речь, сохранился интеллект и двигательная активность. Через месяц он был

выписан из НХО для амбулаторного наблюдения невролога и отоларинголога.

Интерес данного случая состоит в том, что крайне редкое сочетание абсцесса головного мозга и риногенного менингита завершилось полным выздоровлением больного. При этом произошла полная трудовая и социальная реабилитация больного.

Л и т е р а т у р а

1. Арефьева Н.А., Курамшин А.Ф., Циглин А.А. // Российская ринология. 1988. №3. С. 36-37.
2. Борзов А.В., Николаев М.П. // Вестник отоларинголога. 2002. №5. С. 22-24.
3. Бобров В.М., Камникова О.П., Кузнецова И.Н. // Российская ринология. 2003. №1. С. 56-58.
4. Пискунов Г.З., Ширшова А.А., Яровая Л.А. // Российская ринология. 2004. №4. С. 35-37.
5. Вольфович М.И. Орбитальные и внутричерепные риносинусогенные осложнения: Рук-во по отоларингологии. М., 1963.
6. Воронкин В.Ф., Сергеев М.М. Интракраниальные осложнения в отоларингологии. Краснодар, 2000.

