



УДК: 616.216.1 -002:616.831.39-006-073.756.8

СЛУЧАЙ ОБНАРУЖЕНИЯ ОПУХОЛИ МОЗОЛИСТОГО ТЕЛА ГОЛОВНОГО МОЗГА У БОЛЬНОГО С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО КАТАРАЛЬНОГО ГАЙМОРИТА

В. А. Долгов, С. В. Полняков, Л. А. Макарова, Г. Г. Амерханов, Ж. П. Харина

THE CASE OF DETECTION OF A CORPUS CALLOSUM OF BRAIN TUMOR IN THE PATIENT WITH AGGRAVATION OF CHRONIC CATARRHAL ANTRITIS

V. A. Dolgov, S. V. Polnyakov, L. A. Makarova, G. G. Amerkhanov, G. P. Kharina

ГБОУ ВПО «Оренбургская государственная медицинская академия МЗ и СР РФ»

(Ректор – засл. деятель науки РФ, проф. В. М. Боев)

НУЗ «Отделенческая клиническая больница ст. Оренбург» ОАО «РЖД»

(Главный врач – А. А. Гандыбин)

Описан клинический случай опухоли мозолистого тела, выявленной у больного с обострением хронического катарального гайморита в процессе проводимого обследования и лечения.

Ключевые слова: гайморит, мозолистое тело, опухоль, компьютерная томография.

Библиография: 5 источников.

The clinical case of a tumor of corpus callosum revealed in the patient with an aggravation of chronic catarrhal antritis in the process of examination and treatment has been described.

Key words: antritis, corpus callosum, tumor, computer tomography.

Bibliography: 5 sources.

К числу редко встречающихся опухолей головного мозга относятся доброкачественные и злокачественные новообразования мозолистого тела [2–4]. В большинстве случаев опухоли данной локализации протекают бессимптомно и лишь на поздних стадиях развития в связи с прорастанием в полушария головного мозга и возникновением ликвородинамических нарушений, они могут клинически проявляться и вызывать у больных головные боли, личностные и поведенческие расстройства [1, 5].

Больной Б., 51 год, 24.08.2011 г. обратился к ЛОР-врачу Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург с жалобами на головную боль, затруднение носового дыхания, слизистые выделения из носа. Заболел неделю назад. Заболевание связывал с переохлаждением на работе. За медицинской помощью не обращался, принимал анальгетики. В анамнезе у больного двухсторонний хронический гайморит, периодические головные боли. В день обращения общее состояние больного удовлетворительное, сознание ясное, ориентирован во времени и месте. Температура тела 37,20. ЛОР-статус: слизистая оболочка носа умеренно отечна, гиперемирована, в передних отделах слизистое отделяемое, дыхание затрудненное. На рентгенограмме околоносовых пазух от 24.08.2011 г. – пристеночная инфильтрация слизистой оболочки верхнечелюстных пазух. Со стороны других ЛОР-органов без видимых патологических изменений. Результаты ОАК: э. – $4,7 \times 10^{12}$ г/л, л. – $8,8 \times 10^9$ г/л, гемг. – 150 г/л, лим. – 22,1%, мон. – 4,5%, сегм. – 73,4%, СОЭ – 3 мм/ч; ОАМ: уд. вес – 1017, цвет соломенно-желтый, белка нет, сахар отрицательный, единичные лейкоциты и эритроциты в поле зрения.

Учитывая наличие упорных головных болей, пациент с диагнозом обострение хронического двухстороннего катарального гайморита был госпитализирован в отделение, где ему назначе-



ны противовоспалительная, десенсибилизирующая терапия, сосудосуживающие капли в нос, физиолечение на верхнечелюстные пазухи. Через 4 дня в результате проводимой терапии воспалительные явления в полости носа уменьшились, носовое дыхание улучшилось, однако головные боли сохранялись и продолжали беспокоить. Больной был осмотрен и обследован неврологом. Произведены реоэнцефалография, электроэнцефалография, эхоэнцефалография, рентгенография черепа в двух проекциях. Результаты обследования показали наличие у больного внутричерепной гипертензии, смещения М-ЭХО не выявлено.

Вместе с тем у пациента на фоне продолжающихся головных болей появились странности в поведении: эпизодически наблюдались приступы возбуждения, слуховые галлюцинации, дезориентация в месте. 29.08.2011 г. пациент был повторно осмотрен неврологом, а также психиатром и с подозрением на органическое поражение головного мозга был направлен на компьютерную томографию. Заключение врача кабинета компьютерной томографии: объемное образование в передних отделах мозолистого тела диаметром 50 мм с ростом в область 3-го желудочка, окклюзионная гидроцефалия. 01.09.2011 г. осмотрен нейрохирургом. Заключение: опухоль мозолистого тела с ростом в полушария большого мозга и 3-й желудочек, окклюзионная гидроцефалия, отек головного мозга, дислокационный синдром. Хирургическое лечение не показано. Больной был переведен в реанимационное отделение, где на фоне нарастающего отека головного мозга 04.09.2011 г. умер. Патологоанатомический диагноз: олигодендроглиобластома мозолистого тела головного мозга; отек вещества головного мозга.

Заключение. В большинстве случаев опухоли мозолистого тела головного мозга развиваются бессимптомно, что затрудняет их своевременную диагностику. Симптомы объемного процесса головного мозга появляются у больных после прорастания опухоли в полушария и развития ликвородинамических нарушений.

Особенностью данного наблюдения является выявление опухоли мозолистого тела у больного с обострением хронического гайморита. Появившиеся симптомы, не укладывающиеся в клинику обострения хронического катарального гайморита, вызвали необходимость проведения неврологического обследования и компьютерной томографии головного мозга. Обнаруженная опухоль мозолистого тела оказалась неоперабельной и привела к летальному исходу. В связи с этим всем ЛОР-больным, у которых сохраняются упорные головные боли, несмотря на проводимую адекватную терапию, рекомендуются осмотр невролога и компьютерная томография головного мозга.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бейн Б. Н. Мозолистое тело. Эпилептогенез. Коллозотомия. – Киров: Маури, 2010. – 400 с.
2. Зозуля Ю. А. Клинические проявления и хирургическая тактика при внутримозговых опухолях, прорастающих мозолистое тело // Пробл. нейрохир. – 1970. – Вып. 3. – С. 11–16.
3. Лешоко Л. И. Клинико-анатомическое обоснование применения микрохирургической техники при операционных вмешательствах на структурах срединной области большого мозга: автореф. дис. ... докт. мед. наук. – СПб., 2000. – 47 с.
4. Феллер Т. О. Возможности локально-уточненного диагноза и некоторые клинические синдромы опухолей мозолистого тела // Мат. конф. нейрохирургов. – Тарту, 1975. – С. 90–104.
5. Холин А. В. МРТ при заболеваниях центральной нервной системы. – СПб., 1999. – С. 89–92.

Долгов Вячеслав Александрович – докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии Оренбургской ГМА. Оренбург, 460000, ул. Советская, д. 6; тел./факс: (3532) 77-24-59, e-mail: orgma@essoo.ru; **Полняков** Сергей Владимирович – канд. мед. наук, начмед Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург. 460022, Оренбург, ул. Народная, д. 8/1; тел.: (3532) 74-22-27; **Макарова** Любовь Алексеевна – зав. неврологическим отделением Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург. 460022, Оренбург, ул. Народная, д. 8/1; тел.: (3532) 74-50-17; **Амерханов** Гамир Гумарович – врач-оториноларинголог Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург. 460022, Оренбург, ул. Народная, д. 8/1; тел.: (3532) 74-50-63; **Харина** Жанна Петровна – врач-невролог Отделенческой клинической больницы ст. Оренбург, тел.: (3532) 74-50-17, 751-752.