



УДК 616.284-002.253+616.831.002.3-036-089

СЛУЧАЙ ПОСЛЕДОВАТЕЛЬНОГО ФОРМИРОВАНИЯ МНОЖЕСТВЕННЫХ АБСЦЕССОВ ВИСОЧНОЙ ДОЛИ МОЗГА ОТОГЕННОЙ ПРИРОДЫ С АТИПИЧНЫМ ТЕЧЕНИЕМ

Г. А. Гаджимирзаев, Ю. А. Джамалудинов, А. М. Магомедов, С. М. Абдулвагабов,
Р. Г. Гаджимирзаева, А. К. Караева, Г. М. Инчилов

CASES OF SEQUENTIAL DEVELOPMENT OF MULTIPLE ABSCESSSES OTOGENIC TEMPORAL LOBE NATUR4E WIDTH AN ATYPICAL COURSE AND A FAVORABLE OUTCOME

G. A. Gadzhimirzaev, U. A. Dzhamaludinov, A. M. Magomedov, S. M. Abdulagabov,
R. G. Gadzhimirzaeva, A. K. Karaeva, G. M. Inchilov

ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия МЗ РФ», г. Махачкала
(Ректор – проф. А. О. Османов)

РБЛУ «Республиканская клиническая больница МЗ РД», г. Махачкала

Авторы представляют наблюдение множественных абсцессов мозга отогенной природы с атипичной клиникой и трудностями диагностики. Последовательность формирования абсцессов была без анатомической связи между ними. Лечение абсцессов потребовало координации хирургического вмешательства оториноларингологов и нейрохирургов.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, множественные абсцессы мозга, атипичное течение, лечение.

The authors present a monitoring multiple brain abscesses ear origin width atypical clinic and difficulties verify the diagnosis. Plurality abscesses formed sequentially, without anatomical connection between them. Surgical treatment of abscesses implemented as they mature otorhinolaryngologic and neurosurgical approaches.

Key words: chronic suppurative otitis media, multiple brain abscesses, atypical course, treatment.

По данным различных источников на долю множественных отогенных абсцессов мозга приходится от 3,5 до 18,6% случаев от общего их числа. Из всех разновидностей внутричерепных осложнений наиболее трудно диагностируемыми и дающими высокую летальность являются множественные абсцессы мозга. Причины формирования множественных абсцессов мозга на почве гнойного процесса в среднем ухе до сих пор окончательно не выяснены.

Приводим краткую выписку из истории болезни нашего наблюдения.

Больной Ш., 48 лет, поступил 24.05.2012 г. в ЛОР-отделение РКБ г. Махачкалы с жалобами на головную боль, слабость, гнойотечение из правого уха и снижение слуха на это ухо.

Отореей страдает с юношеских лет, отмечались ежегодные периодические обострения. Последнее обострение наступило более недели назад после авиаперелета. Лечился дома, принимал

антибиотики, обезболивающие, капли в ухо. В прошлом удаляли полип из правого уха.

Состояние пациента при поступлении удовлетворительное, в полном сознании, ориентирован во времени и пространстве. Кожа и видимые слизистые оболочки бледно-розовые, дыхание ровное, проводится по всем полям. ЧДД 18 в 1 мин, АД 120/80 мм рт. ст., пульс 74 в 1 мин, температура тела 37, 20 °С. Менингеальных знаков, парезов и параличей и данных об объемном процессе мозга не определяется.

При ЛОР-осмотре в правом наружном слуховом проходе скудное гнойное отделяемое с запахом, субтотальный дефект барабанной перепонки; на медиальной стенке тимпанальной полости определяется стелющаяся грануляция. Пальпация в области сосцевидного отростка безболезненна.

Глазное дно с обеих сторон без изменений. На рентгенограмме височных костей отмечено понижение пневматизации ячеек сосцевидного от-

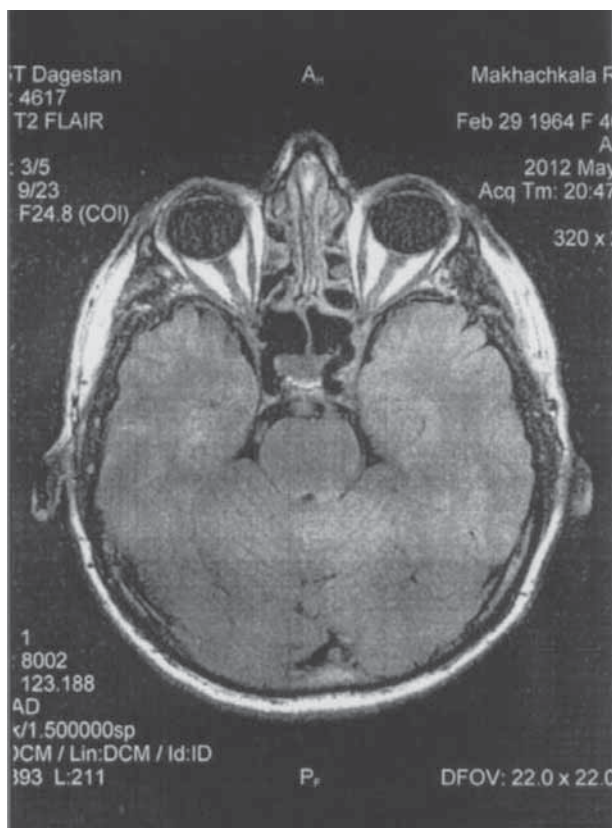


Рис. 1.

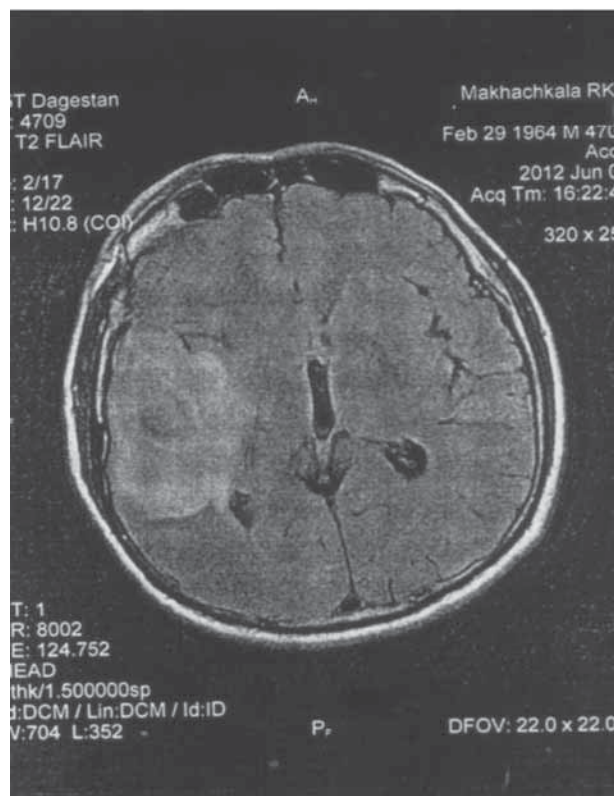


Рис. 2.

ростка справа. На МРТ от 26.05.12 г. данных об объемном процессе или ином патологическом очаге в мозгу не выявлено (рис. 1).

На основании анамнеза, клинических и параклинических данных поставлен предоперационный диагноз: хронический гнойный правосторонний мезоэптимпанит с грануляциями. Холестеатома? Экстрадуральный абсцесс?

От предложенной люмбальной пункции больной отказался. На вторые сутки после госпитализации у пациента отмечались явления тошноты и головокружения. Ввиду отсутствия ясности в клинической картине болезни решено временно воздержаться от хирургического вмешательства на ухе и перевести больного на режим интенсивной терапии.

Назначены: ванкомцин по 1 г внутривенно совместно с 0,9% раствором хлористого натрия – 200 мл, амикацин по 2 мл внутримышечного 2 раза в сутки. Внутривенно капельно ежедневно вводили 5% раствор глюкозы по 400 мл, 4% раствор хлористого калия по 30 мл, инсулин по 4 ЕД. Кроме того, больной получал витамины В₁ и В₆ по 2 мл, витамин В₁₂ по 500 мг внутримышечно, чередуя; 2,4% раствор эуфиллина по 3 мл внутривенно, преднизолон в таблетках по 10 мг 3 раза в сутки.

Ежедневно проводили промывание аттика раствором химотрипсина, 1% диоксидином, 0,01% мирамистином. От проводимого лечения

состояние больного улучшилось: головная боль прошла, температура тела нормализовалась, явления тошноты и головокружения не повторялись.

На фоне проводимой интенсивной терапии и вполне удовлетворительного общего состояния на 15-е сутки пребывания пациента в стационаре отмечены возобновление головной боли и однократная рвота. На повторной МРТ от 08.06.12 г. в правой височной области мозга выявлен патологический очаг с признаками абсцесса (рис. 2).

08.06.12 г. под интубационным эндотрахеальным наркозом проведена расширенная радикальная операция на правом ухе. В антруме выявлены гной, грануляционная ткань и участки холестеатомы. Крыша пещеры и барабанной полости макроскопически не изменена, после его снятия опорожнился экстрадуральный абсцесс, вышло около 2 мл гноя с неприятным запахом. Костное окно в сторону средней черепной ямки расширено до 4,0х5,0 см. Твердая мозговая оболочка целая с землистым оттенком, отекая, без гнойных наложений. Пульсация мозга не определяется. Через образованное костное окно произведена пункция мозга, получен густой зловонный гной в 4 мл с элементами мозгового детрита. Твердая мозговая оболочка рассечена крестообразным разрезом, и проведена ревизия раневого канала с использованием зеркала Киллиана. Полость абсцесса промыта последовательно физиологическим раствором, 3% раствором перекиси водорода

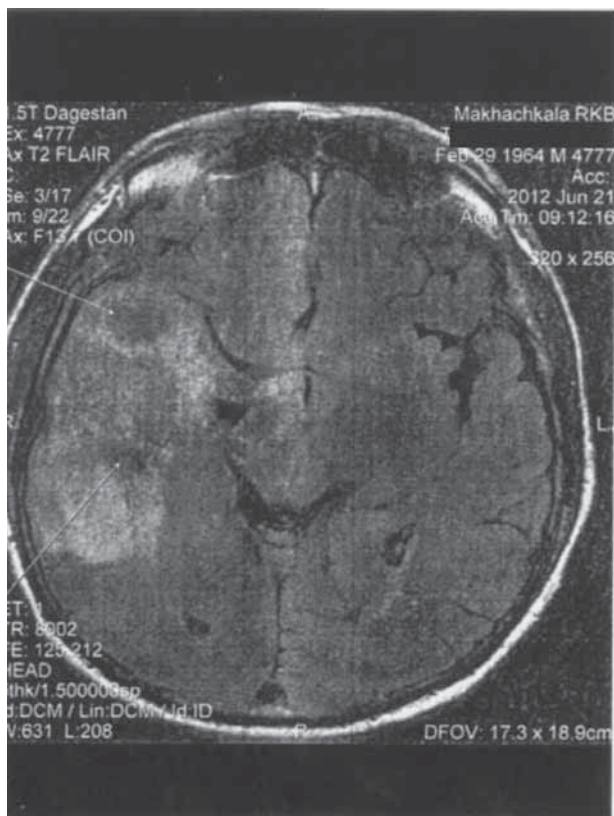


Рис. 3.

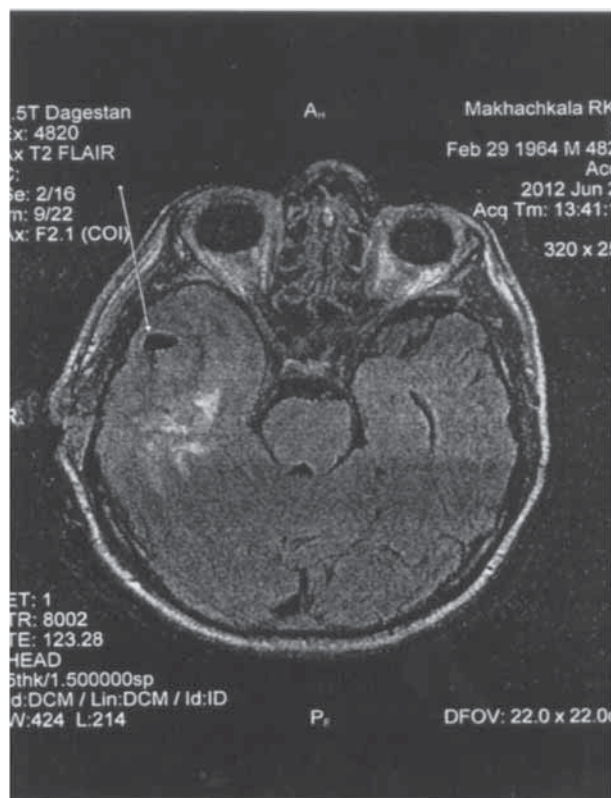


Рис. 4.

и 1% диоксидином. В целях дренажа введены полочки из перчаточной резины. Посев гноя из абсцесса роста флоры не дал.

Больной переведен в реанимационное отделение, где он находился на ИВЛ через интубационную оротрахеальную трубку. Ванкомицин и амикацин заменены меронемом по 2 г три раза в сутки и метрогилом по 100 мл один раз в сутки. Оба препарата вводились внутривенно. Внутривенно также вводили реамбрин по 400 мл, внутримышечно – 5% раствор мексидола по 1 мл два раза в день, реланиум по 2 мл один раз в сутки, лазикс по 2 мл два раза в сутки. Назначен антистафилококковый гамма-глобулин по 1 дозе каждые три дня, всего три дозы.

Общий анализ мочи и крови, биохимические показатели белкового и липидного обмена, а также показатели степени интоксикации организма проверяли в ежедневном режиме и в соответствии с полученными результатами проводили коррекцию медикаментозной терапии. Анализ спинномозговой жидкости от 10.06.12 г.: белок – 0,28 г/л, слабopоложительная реакция Панди и Нонне–Апельта, цитоз 280.

Пациент постоянно находился под комбинированной медикаментозной седацией. При выходе из седации отмечались двигательное возбуждение в виде некоординированных движений конечностей, нарушение психики в форме резко негативной реакции к проводимым процедурам и

медицинскому персоналу, немотивированного возбуждения. Питание осуществлялось через назогастральный зонд.

Ежедневно больному проводили промывание раневого канала 0,01% мирамистином с контролем стенок и дна абсцесса мозга. Последний очистился от гноя без образования бухт, карманов и закрылся на 8-е сутки после дренирования. Однако состояние больного продолжало оставаться тяжелым, была наложена трахеостома и пациент переведен на ИВЛ через трахеоканюлю. Три раза переливали свежемороженную одногруппную A(II) плазму по 250 мл, однократно эритроцитарную массу A(II) Rh⁺ – 210 мл. Температура тела держалась в пределах от 37,40 до 38,2° C. В картине крови лейкоцитоз от 7,1 до 11,5 × 10⁹/л, СОЭ от 12 до 30 мм/ч.

Несмотря на санацию гнойника мозга и проводимое интенсивное лечение, состояние больного оставалось без выраженной положительной динамики. В целях исключения нового мозгового очага проведено очередное обследование больного на МРТ. В результате в правой височной области рядом с санированным абсцессом обнаружен очаг с пониженной плотностью и перифокальным отеком (рис. 3). Врачебный консилиум в составе оториноларинголога, нейрохирурга, невропатолога, рентгенолога, окулиста, реаниматолога рассмотрел имеющиеся на МРТ изменения со стороны мозга как проявления ограниченного энцефалита и



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.