



к корню языка выяснено, что в подскладковом пространстве слева определяется образование неоднородной формы покрытая грязно-серой пленкой. Гортанным зондом взят материал для лабораторного анализа. Микроскопическое исследование содержимого подскладкового пространства гортани выявило грибы рода *Candida*.

На основании совокупности результатов клинического и лабораторного обследования установлен диагноз опухолевидная форма кандидоза гортани. Назначен одномесячный курс антимикотической терапии/амфотерицин В, ингаляции 0,05% раствором мирамистина, нистатин, мильгамма, имудон/.

Больной выписан на амбулаторное долечивание по месту жительства с рекомендацией явиться через один месяц в ЛОР-клинику для деканюляции.

При повторной госпитализации 21.11.07 состояние пациента удовлетворительное, жалобы на ношение трахеоканюли и незначительные болевые ощущения в области трахеостомы. Объективно: в типичном месте имеется трахеоканюля из металла, вокруг стомы кожа утолщена, гиперемирована, края мацерированы, поверхность покрыта пленкой из слизи. На задней стенке трахеи слизистое отделяемое. При непрямой ларингоскопии с прижатием надгортанника к корню языка, голосовая щель свободная, воспалительных явлений в полости гортани не выявляются.

Металлическая канюля заменена на пластмассовую №4, кожа вокруг стомы обработана мазью Вишневского. Больному назначены: эндоларингеальное введение смеси кандибиотик + 0,5% диоксидин в соотношении (1:1)х2 по 3–4 мл; диазолин, поливитамины, орошение стомы ИРС-19. Ежедневно проводился туалет стомы, смазывание раневой поверхности стомы гипоксизоновой мазью. После стихания воспалительных явлений со стороны стомы и кожных покровов вокруг него 30.11.07 больной деканюлирован. На 2-е сутки после удаления канюли трахеостома закрылась полностью. В полости гортани патологических образований не определяется, дыхание свободное. Повторное исследование отделяемого гортани на предмет выявления грибковой инфекции дал отрицательный результат. Больной выписан домой с рекомендацией наблюдаться у районного оториноларинголога. Пациент самостоятельно явился на консультацию в ЛОР-клинику через 1,5 мес. Жалоб не предъявляет, дыхание свободное, в гортани патологических изменений не определяется.

Представленный случай имеет интерес с точки зрения сочетания острого отечного эпиглоттита и ларингомикоза. Редко встречающаяся опухолевидная форма микоза подскладкового отдела гортани обусловила затруднения в дифференциально-диагностическом процессе острой патологии гортани.

ЛИТЕРАТУРА

1. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии. /В. Я. Кунельская. М.: Медицина, 1989. – 320 с.

УДК: 616. 284. 7–002

СЛУЧАЙ ПСЕВДОБЕЦОЛЬДОВСКОЙ ФОРМЫ МАСТОИДИТА

Г. А. Гаджимирзаев, М. А. Шахбанов

*ГОУ ВПО Дагестанская государственная медицинская академия, г. Махачкала
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Классическая форма Бецольдовского мастоидита / М / предполагает прорыв гноя через внутреннюю стенку верхушки сосцевидного отростка /СО/ с образованием плотного инфильтрата на боковой поверхности шеи. За последние десятилетия в литературе участились сообщения о многочисленных случаях атипичного течения М и связывают это, наряду с другими факторами, нерациональной антабактериальной и противовоспалительной терапией на различных этапах /в амбулаторно-поликлинических условиях, в участковой сельской больнице, рай-



оном лечебном объединении/ курации больных вплоть до госпитализации в специализированное ЛОР-отделение (1, 3). Приводим описание нашего наблюдения.

Больной А., 16 лет, 09.12.07 поступил в ЛОР-клинику с диагнозом правосторонний острый средний катаральный отит, осложненный М Бецольда. Со слов больного и сопровождающих его родственников две недели назад заболел ОРЗ, была высокая температура тела до 38,3°C, насморк. Вскоре появились боли и заложенность в правом ухе. Первые 4 дня болезни лечился дома, принимал ципролет, пенталгин, поливитамины, капли в ухо и в нос, тепло на ухо. В связи с усилением болей в ухе и их появлением за ухом был госпитализирован в хирургическое отделение районной больницы по месту жительства, где начата массивная антибактериальная и инфузионная терапия. Из-за отсутствия не только положительной динамики в течение болезни, но и появлением припухлости за ухом с переходом на область шеи направлен в ЛОР-отделение РКБ г. Махачкала.

При поступлении в стационар состояние больного удовлетворительное, температура тела нормальная. Менингеальной и очаговой симптоматики нет. Пульс 74 в 1 мин, ритмичный; А/Д 100/60 мм рт. ст., тоны сердца ясные. В легких везикулярное дыхание. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. Симптом Пастернацкого с обеих сторон отрицательный. Наследственность неотягощена, туберкулез и вензаболевания у себя и членов семьи отрицает.

Правая ушная раковина оттопырена, кожа заушной области слегка гиперимирована, пастозна, заушная кожная складка и контуры СО сглажены. Отек и припухлость в заушной области распространяется на шею на 0,5 см ниже угла нижней челюсти /рис/. Пальпация данной области болезненна, флюктуации нет. При отоскопии слуховой проход свободный, задне-верхняя стенка костного отдела нависает, видимая часть барабанной перепонки умеренно гиперимирована, перфорации не определяется. Слух: справа ШР – 3 метра, слева в норме.



Рис. Фотография пациента с псевдобецольдовской формой мастоидита, вид сзади.

При рентгенологическом исследовании височных костей по Шюллеру и Майеру справа определяется завуалированность и смывость отдельных клеток, исчезновение межклеточных перегородок. Анализ крови: гемоглобин 110 г/л, эритроциты $4,08 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты $11,0 \times 10^9$ /л, СОЭ 43 мм/ч.

Осмотрен невропатологом и окулистом, своей патологии не выявили. Клинический диагноз – острый правосторонний катаральный средний отит, осложненный М Бецольда.

На вторые сутки после госпитализации под эндотрахеальным наркозом – выполнена расширенная мастоидотомия на правом сосцевидном отростке. Кортикальный слой не изменен. Вскрыт антрум, в нем мелкие грануляции без гноя. Спонгиозная субстанция сосцевидного отростка от антрума до вер-хушки представлялась в виде «мокрого сахара» с грануляциями и легко удалялась. Свободного гноя ни в одном участке операционного поля не обнаружено. Патологическим процессом обнажена стенка сигмовидного синуса на участке 1,5х0,5 см. Сигмовидный синус не изменен, пункция не произведена. После тщательной ревизии трепанационной полости произведено промывание его 3% раствором перекиси водорода и 1% диоксидином. В связи с отсутствием гноя в клетках сосцевидного отростка ревизия шейного инфильтрата не проведена. Послеоперационная полость тампонирована марлевой турундой, пропитанной 1% диоксидином. Заушная рана оставлена открытой.

В послеоперационном периоде больной получал антибактериальную /линкомицин, цефтриоксан, метрагил/, дезинтоксикационную и дегидратационную /гемодез, реополюглокин, глюкоза/, десенсибилизирующую/ димедрол, кестин/, общеукрепляющее /витамины В-группы, аскорбиновая кислота, алое/ и симптоматическую терапию. Регулярно проводились перевязки с тщательным контролем состояния трепанационной полости и шейного инфильтрата. Послеоперационный период протекал без осложнений, инфильтрат в области шеи полностью рассосался на 5 сутки после операции. Заключение гистоморфологического исследования операционного материала: подострое продуктивное воспаление с грануляциями и остеомиелитом, специфические гранулемы не обнаружены. Результат микробиологического исследования операционного материала: роста нет. 15.12.07 проведена пластика заушной раны. На 22 сутки пребывания в стационаре больной выписан с нормальными показателями анализов крови и мочи под наблюдением оториноларинголога по месту жительства.

Особенностью нашего наблюдения является развитие М при целой барабанной перепонки, отсутствие гнойного отделяемого в клетках СО, дооперационные диагностические трудности.

Анализируя данное наблюдение, следует сказать следующее. С патогистоморфологической точки зрения в тканях СО при мастоидите выделяют две стадии воспалительной реакции: экссудативную и альтеративно-пролеферативную (2, 3). По-видимому, при рано начатой антимикробной и противовоспалительной терапии в ряде случаев происходит редукция первой стадии воспаления, вследствие чего воспалительные изменения в костно-мозговой ткани носят преимущественно альтеративно-пролеферативный характер, как это было у нашего пациента. Образовавшийся плотный инфильтрат в области шеи, можно полагать, являлся реакцией тканей шеи на проникновение токсико-инфекционного начала по преформированным путям верхушки. СО.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лучихин Л. А. Современные представления о динамике и лечении мастоидита/Л. А. Лучихин //Вестн. оторинолар. – 1999. – №6. – С. 9–13.
2. Мишенькин Н. В. Мастоидит/Н. В. Мишенькин. В кн.: Руководство по оториноларингологии. Под ред. И. Б. Солдатов. М.: Медицина, 1996. – С. 101–110
3. Особенности клинического течения различных форм мастоидита/В. Г. Зенгер, В. И. Самбутов, В. Н. Селин и др. //Рос. оторинолар. 2007. – №5. – С. 178–183.