

*З.С. ЩУРУК, О.З. ЩУРУК, Г.З. ЩУРУК, О.Г. КОСІЛОВСЬКА,
А.Л. ЧИРКО, І.С. БОБРИК*

АБСЦЕС МОЗОЧКА У ХВОРОГО ЧЕРЕЗ 1,5 МІС ПІСЛЯ ПЕРЕНЕСЕНОГО ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ

*Від-ня оториноларингології (зав. – Г.З. Щурук), від-ня нейрохірургії
(зав. – С.І. Бобрик) Волин. обл. клін. лікарні (гол. лікар – І.М. Сидор)*

Отогенні внутрішньочерепні ускладнення (ОВЧУ) і на сьогоднішній день є однією з актуальних проблем оториноларингології. Вони відносяться до дуже тяжких захворювань, що зумовлюють високу летальність (И.А. Курилин и соавт., 1983; С. А., Маркин и соавт., 1985; Е.М. Григорьев и соавт., 1986), серед причин якої варто виділити запізнілу діагностику через появу в окремих випадках латентних атипичних форм патологічного процесу, коли при нормальних даних отоскопії і нормальному слуху внутрішньочерепне ускладнення розвивається після перенесеного гострого середнього отиту. Внаслідок цього невчасно проводиться хірургічне втручання і призначається післяопераційна (антибактеріальна і протизапальна) терапія на фоні зниженої імунореактивності організму зв'язку з високою летальністю при цих захворюваннях вкрай необхідно вдосконалювати методи сучасної діагностики і лікування (В.О. Калина, 1957; В.Т. Пальчун и соавт., 1977; Ю.В. Митин и соавт., 1993).

Вирішальною для ефективного лікування є рання діагностика внутрішньочерепного ускладнення.

Використання загальноприйнятих електрофізіологічних методів дослідження (реоенцефалографії, електроністагмографії, церебральної ангиографії та ехоенцефалографії) не завжди допомагає встановити діагноз. Тому вони активно витісняються сучасними та більш інформативними способами: комп'ютерною томографією (КТ) із застосуванням контрастних речовин та магніторезонансною томографією (МРТ) (Ю.В. Митин, 1991; М.А. Шустер и соавт., 1991;

Д.И. Заболотный и соавт., 1995; Naada et al., 1994).

У своїй роботі ми використовуємо комп'ютерний томограф «Somaton» AR/SP фірми «Siemens». Наш досвід довів важливість раннього КТ-дослідження головного мозку у пацієнтів з підозрою на отогенне внутрішньочерепне ускладнення.

Комп'ютерна томографія дає змогу абсолютно точно визначити локалізацію абсцесу, його розміри, глибину залягання у тривимірному просторі та вплив на функціонально важливі структури мозку, що має величезне значення при виборі тактики лікування та доступу до патологічного осередка (Ю.В. Митин и соавт., 1991, 1993; М.А. Шустер и соавт., 1991; Naada et al., 1994).

Так, у випадку виявлення за допомогою КТ абсцесу мозочка при близькому його розташуванні до задньої поверхні піраміди вискової кістки ми вдаємося до його пункції та дренування через трепанаційний отвір в ділянці траутмановського трикутника. Якщо абсцес значно віддалений від первинного осередку, то після хірургічної санації порожнин середнього вуха такі хворі для подальшого лікування переводяться у нейрохірургічне відділення.

Ми виявили щире бажання поділитися своїм надзвичайно рідкісним спостереженням інкапсульованого отогенного абсцесу мозочка.

30-річний хворий П., непрацюючий, за 1,5 міс до госпіталізації у нейрохірургічне відділення Волинської обласної клінічної лікарні лікувався в домашніх умовах від болей у правому вусі і незначного зниження слуху на праве вухо. До лікаря він не звер-

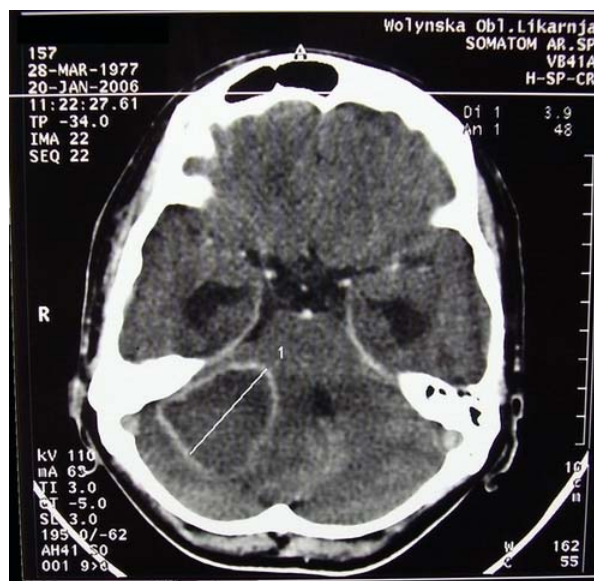
тався, приймав анальгетики і протизапальні ліки. Після цього лікування болі минули, ознаки запалення правого вуха зникли, відновився слух.

Проте через 1 міс після загального охолодження організму з'явилися запаморочення, відчуття тиску в потиличній ділянці, порушення рівноваги.

Після звертання у районну лікарню пацієнт був направлений у нейрохірургічне відділення обласної клінічної лікарні, куди поступив зі скаргами на постійний головний біль, блювання, запаморочення, відсутність апетиту, похитування при ходінні.

Стан хворого був середньої тяжкості, температура тіла нормальна, пульс – 72 удари за хвилину, АТ – 130/80, внутрішні органи – у межах норми. Ліве вухо, ніс, глотка, гортань – без видимих змін. Правий слуховий хід вільний, широкий, барабанна перетинка має сірий колір, дещо втягнута, світловий рефлекс вкорочений. Шепітну мову пацієнт сприймає на відстані 5 м на обидва вуха. Окуліст змін не виявив. Аналіз крові: е. – $4,0 \times 10^{12}$ /л, Нв – 134 г/л, л. – 15,1, ШОЕ – 25 мм/год. Аналіз сечі: п/вага – 1020, цукру, білка не виявлено, л. – 3-4 в п/з, е. – 1-2 в п/з. Сечовина – 3,8 м/моль/л. Заг. білок – 49,1 г/л.

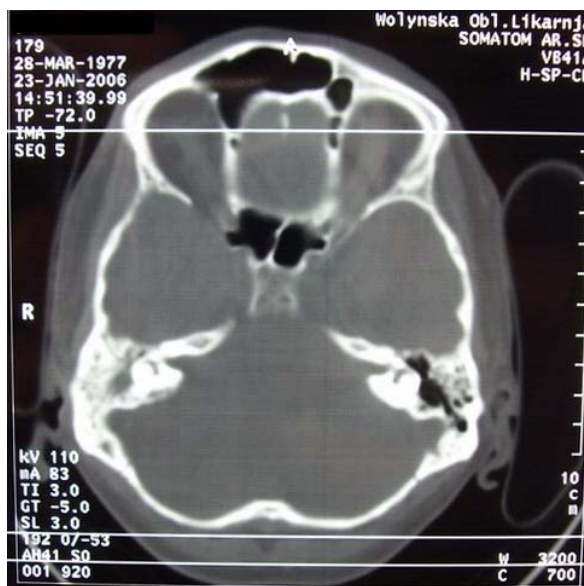
20.01.06 р. зроблено АКТ головного мозку (мал. 1) з контрастним підсиленням урографіном.



Мал. 1

На серії томограм виявлено абсцес правої гемісфери мозочка розміром до 40 мм у діаметрі, який прилягає до задньої поверхні піраміди вискової кістки. Стискання IV шлуночка, помірна оклюзійна гідроцефалія, III і бічні шлуночки гідроцефально розширені.

21.01.06 р. зроблена також КТ вискових кісток в аксіальній проекції (мал. 2). На серії томограм відмічається зниження пневматизації комірок правого соскоподібного відростка.



Мал. 2

21.01.06 р. проведено консилиум за участю нейрохірургів, отоларингологів і начмеда з хірургічної роботи Волинської обласної клінічної лікарні. Підтверджено наявність отогенного абсцесу правої гемісфери мозочка.

В зв'язку з тим, що цей абсцес прилягав до задньої поверхні піраміди вискової кістки, доцільно досягнути до нього через траутманівський трикутник.

21.01.06 р. під загальним знеболенням зроблена розширена мастоїдотомія: слизова оболонка комірок соскоподібного відростка потовщена, гною не виявлено. Тверда мозкова оболонка у межах траутманівського трикутника не змінена, має сіро-блакитний колір. Після її розтину у речовину мозку на глибину 1,5 см була введена голка. Отримано 15-18 мл гною. За ходом голки у порож-

нину абсцесу введений носовий кліановський розширювач. Після вивільнення абсцесу від гною і промивання фізрозчином у його порожнину введено дві поліетиленові трубки діаметром 2 мм, через які у післяопераційному періоді виконувалося промивання порожнини абсцесу фізрозчином з наступним введенням антибіотиків (цефотаксим – по 0,5 г після кожного промивання).

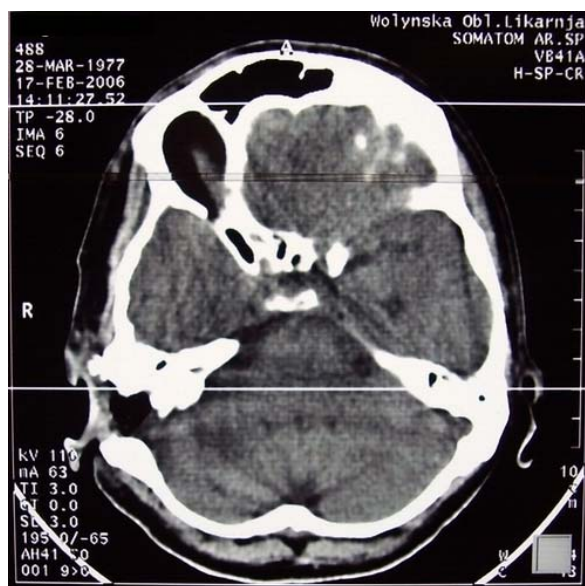
У післяопераційному періоді, крім місцевого, проводилося загальне лікування: цефотаксим – по 1,0 г 4 рази в/в через 6 годин, курс – 10 днів; ампісульбін – 1,5 г в/в через 6 годин, всього 6 днів; кеталекс – при болях; лоратадин – по 1 табл. 1 раз на день, всередину; флюконазол – 100 мг (1 табл. 1 раз на 3 дні). Здійснювалася корекція водно-електролітного обміну: 5% р-н глюкози – 400,0 мл; КСІ – 20,0; 25% розчин MgSO₄ – 5,0 мл; 10% розчин NaCl – 20,0 мл двічі на день в/в, курс – 5 днів; 20% розчин луцетама – 15,0 мл в/в 1 раз на день, всього 7 днів; 0,9% р-н NaCl – 200,0 мл в/в крап. 2 рази на день, курс – 3 дні.

У результаті проведеного лікування поступово, протягом 10 днів, стан хворого значно поліпшувався, зник головний біль, минуло хитання при ходінні, припинилися запаморочення, адіадохінез.

На 23-й день після операції, 17.02.06., виконана контрольна КТ головного мозку (мал. 3), за допомогою якої виявлено, що настала санація порожнини абсцесу правої півкулі мозочка. Візуалізується помірна пневмоенцефалія і трепанаційна порожнина у висковій кістці справа. Серединні структури не змінені.

Аналіз крові від 20.02.06: е. – $4,1 \times 10^{12}/л$, Нв – 138 г/л; КП – 1,0; л. – $8,6 \times 10^9/л$, ШОЕ – 11 мм/год.; загальний аналіз сечі: питома вага – 1014, білок, цукор – немає, л. – 3-6 у полі зору, глюкоза крові – 5,24 ммоль/л, сечовина крові – 2,6 м/моль, креатині – 0,020 м/моль, заг. білок – 65,5 г/л.

24.02.2006 р. у задовільному стані хворий виписаний з ЛОР-відділення для подальшого амбулаторного спостереження отоларингологом і невропатологом за місцем проживання.



Мал. 3

Особливістю нашого спостереження є те, що абсцес правої гемісфери мозочка утворився через 1,5 міс після самолікування і одужання хворого на гострий середній отит, перебіг якого характеризувався бідною клінічною симптоматикою з незначним зниженням слуху. Пацієнт звернувся до лікаря лише тоді, коли виявилися симптоми ураження мозочка.

Отже завдяки комп'ютерній томографії вдалося вчасно виявити місце розміщення і розміри абсцесу.

Для кращої візуалізації необхідно виконувати КТ-дослідження головного мозку з контрастуванням.

Своєчасно поставлений діагноз, вчасне хірургічне втручання та адекватна антибактеріальна і протизапальна терапія є запорукою успіху лікування осіб з отогенними абсцесами головного мозку і, зокрема, мозочка. Незважаючи на значні досягнення у нейрохірургії та розробку нових хірургічних доступів до абсцесу головного мозку і, зокрема, мозочка, слід пам'ятати про традиційні отохірургічні доступи з боку вискової кістки.

1. Гапанович В.Я., Быстренин В.А., Тимошенко П.А. Отогенные внутричерепные осложнения и тактика врача // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1980. – №2. – С. 50-53.
2. Гаршин М.И. Клиника отогенных абсцессов полушарий головного мозга // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – №1. – С. 4-8.
3. 3. Гаршин М.И. Отогенные абсцессы мозжечка // Вестн. оториноларингологии. 1991. – №6. – С. 44-46.
4. Григорьев Е.М., Загайнова Н.С., Терновой А.В. Отогенные внутричерепные осложнения по данным городской больницы скорой медицинской помощи // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – №6. – С. 65-68.
5. Заболотный Д.И., Рогожин В.А., Пеньковский Г.М., Пионтковская М.Б. Магнитно-резонансная томография и спектроскопия в оториноларингологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1995. – №4/5. – С. 1-10.
6. Калина В.О. Отогенные абсцессы мозга. – М.: Медгиз, 1957.
7. Курилин И.А., Юрина Р.В., Тышко Ф.А. К особенностям течения и диагностики отогенных внутричерепных осложнений // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – №6. – С. 1-7.
8. Маркин С.А., Лопарев А.А. Опыт диагностики и лечения больных с отогенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Вестн. оториноларингологии. – 1985. – №5. – С. 38-41.
9. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Власюк АН., Фениш Нуреддин. Современные методы диагностики ото- и риногенных абсцессов мозга и мозжечка // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №2. – С. 23-25.
10. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Власюк А.Н., Фениш Нуреддин, Унич П.П. Вопросы лечения и реабилитации больных с ото- и риногенными абсцессами полушарий головного мозга и мозжечка // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1991. – №5. – С. 16-19.
11. Пальчун В.Т., Каплан С.Н., Вознесенский Н.Л. Неврологические осложнения в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1997.
12. Шустер М.А., Якушева А. А, Тимиргалиев М.Х., Пригула И.М., Чканников А.Н. Современные методы диагностики внутричерепных абсцессов в оториноларингологической практике // Вестн. оториноларингологии. – 1986. – №6. – С. 7
13. Шустер М.А., Чумаков Ф.И., Чканников А.Н. Роль компьютерной томографии в диагностике инкапсулированных абсцессов мозжечка при острах средних отитах // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №6. – С. 41-44.
14. Шурук З.С., Цимар А.С., Шурук Г.З., Косіловська О.Г., Сагальчик Я.С., Черемухіна Т.К. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення (за матеріалами ЛОР відділення Волинської обласної клінічної лікарні за період з 1948 по 1996 рік). // Журн. вушн., носових і горлових хвороб. – 1997. – №3. – С. 43-46.
15. Fernandes O.M.C., Samuel J., Steinderg J.L. otogenic complication: a persisting problem // Laryngoscope. – 1986. – Vol. 96, №3. – P. 272-278.
16. Naaga J.R., Lanzieri C.P., Sartoris D.J., Zerhouni E.A. Computer tomography and magnetic resonance imaging of the whole body. – Mosdy – Year Book/ Ink.: St. Louis, 1994.
17. Schitt H.E., Preux J., Spoerri O. Der Kleinhirnabszed als endokraniella Komplikation otologischer Erkrankungen // HNO (Berl.). – 1979. – Bd. 27,N8. – S. 271-274.

Надійшла до редакції 25.06.06.

© З.С. Шурук, О.З. Шурук, Г.З. Шурук, О.Г. Косіловська, А.Л. Чирко, І.С. Бобрик, 2006