

СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ. ПРЕДЛЕЖАНИЕ СИГМОВИДНОГО СИНУСА

Изаева Т.А., Миненков Г.О., Насыров М.В., Кочкорова А.К.

Кыргызско-Российский Славянский университет
кафедра офтальмологии и оториноларингологии
Кыргызская государственная медицинская академия им.И.К.Ахунбаева
кафедра ЛОР-болезней
Бишкек, Кыргызская Республика

Резюме: в данной статье описан случай из практики - больной с предлежанием сигмовидного синуса проводилась реоперация на левом среднем ухе.

Ключевые слова: сигмовидный синус, отит, остеома, сосцевидный отросток.

ПРАКТИКАДАН АЛЫНГАН УЧУР. СИГМОВИДДИК СИНУСТУН ЖАЙГАШЫШЫ

Изаева Т.А., Миненков Г.О., Насыров М.В., Кочкорова А.К.

Кыргыз-Россия Славян университети
офтальмология жана оториноларингология кафедрасы
И.К. Ахунбаев атындагы Кыргыз мамлекеттик медициналык академиясы
кулак, мурун жана тамак кафедрасы
Бишкек, Кыргыз Республикасы

Корутунду: Аталган макалада солортонку кулагына кайра операция жасалган сигмовиддик синустун жайгашышы боюнча оорулунун практикадан алынган учуру.

Негизги сөздөр: сигмовиддик сөздөр,остеома, отит, урчуктуу өсүндү.

INCIDENT FROM PRACTICE. PRESENTATION OF SIGMOID SINUS

Izaeva T.A., Minenkov G.O., Nasyrov M.V., Kochkorova A.K.

Kyrgyz-Russian Slavic University
Department of Ophthalmology and Otolaryngology
I.K. Akhunbaev Kyrgyz State Medical Academy
ORI-HNS Chair
Bishkek, Kyrgyz Republic

Resume: in this article describes an incident from practice – patient with presentation of sigmoid sinus had taken re-operation on the left middle ear.

Key words: sigmoid sinus, otitis, osteoma, mamilliformprocessus.

Проблема отогенных внутричерепных осложнений остается одной из актуальных, поскольку наибольшая летальность среди ЛОР больных в современных условиях наблюдается при вне - внутричерепных осложнениях ушного происхождения. До внедрения в практику антибиотиков более 25% стационарных больных оториноларингологического профиля составляли лица с отогенными осложнениями.

Значительные успехи в области медицины внедрение в практику КТ и МРТ, за последние несколько десятилетий позволило значительно

снизить частоту отогенных осложнений, улучшить диагностику и уменьшить летальность.

Актуальность внутричерепных осложнений возникает в связи с наличием гнойного воспаления среднего уха и относятся к жизненно опасным заболеваниям. При отогенных внутричерепных осложнениях основной причиной приводящей к разрушению верхней стенки барабанной полости приводит к обнажению твердой мозговой оболочки до 32% случаев, сигмовидного синуса в 39%, разрушает костную стенку горизонтального полукружного

канала 20% случаев, лицевой нерв 9%(8). Неоспоримы достижения в их комплексном изучении, однако, успехи отечественной и зарубежной медицинской науки оказались пока недостаточными, чтобы устранить опасность возникновения осложнений.

Клинические симптомы:

Предлежание сигмовидного синуса

- Припухлость и болезненность в области сосцевидного отростка.

- Симптом Грингера – ограниченная припухлость и болезненность по заднему краю сосцевидного отростка.

- Болезненность при прощупывании по ходу яремной вены в верхней ее части, иногда в виде утолщенного твердого тяжа.

- Болезненность при ощупывании в верхней трети заднего шейного треугольника (симптом Мэкуэна) наступает лишь в поздних стадиях.

- Головные боли на больной стороне умеренные.

- Серьезные мозговые симптомы (параличи, различные виды афазии и т.д.) говорят о осложненном синустромбозе. При неосложненном течении сознание не помрачено, возможна легкая психическая депрессия.

- Изменения глаз редко наблюдается при неосложненном синустромбозе, и чаще указывает на сопутствующий менингит и мозговой абсцесс.

- Симптом со стороны нервов. Так как вместе с поперечной пазухой выходит ряд нервных стволов- *vagus*, *accessories*, *glossopharyngeus*, то иногда наблюдаются изменения со стороны этих нервов: замедление пульса, охриплость голоса, затруднение дыхания, спазмы в грудино-ключично-сосцевидной мышце.

- Температура скачущего характера с высоким колебанием, ознобы несколько раз в день.

- Общий вид больного: лицо бледное или землистого цвета. Язык сухой, обложен. Больной производит впечатление сильно страдающего человека.

Сепсис

- Температура тела не скачет, все время держится на высоких цифрах, ознобы отсутствуют, так же, как и метастазы.

- Септический эндокардит, гепатит, нефрит, энтерит и увеличение селезенки.

- Пульс мал, част, нитевиден, едва ощутим.
- Кожа бледная, язык обложен.
- Рвота, понос, отсутствие аппетита.
- Тяжелые нарушения со стороны ЦНС.
- Смерть наступает быстро уже в первые дни болезни.

- В крови лейкоцитоз.

Больная Молдован Л.А. 1960 г.р. 9 история болезни №12235/714) поступила с жалобами на сильную головную боль, сниженный слух слева, боли в левом ухе, зноетечение из левого уха, общую слабость.

Со слов больной вышеперечисленные жалобы беспокоят в течение трех лет. Год назад оперировалась в г. Калининград по поводу хронического среднего отита. Улучшение после операции не отмечалось. В связи с чем обратилась в ЛОР отделение НГМЗКР для оперативного лечения.

При поступлении общее состояние больной относительно удовлетворительное. Сознание ясное. На вопросы отвечает понятно. На болевые раздражители реагирует. Перенесенные заболевания - ОРВИ. Наследственность неотягощена. Кожные покровы чистые, физиологической окраски. Красный дермографизм. Мышечный тонус в норме. Движения в конечностях в полном объеме. В позе Ромберга устойчив. Симптом Кернига отрицательный. ЧД 16 в минуту, АД 110/70 мм.рт.ст, ЧСС 65 ударов в минуту. Зрачки узкие, реакция на свет есть. Глазные щели симметричные, со стороны других органов изменений нет.

При отоскопии:

АД - ушная раковина обычной формы. Наружный слуховой проход широкий. При пальпации области козелка и сосцевидного отростка безболезненны. Барабанная перепонка серая, с перламутровым оттенком, опознавательные знаки контурируются.

АС - ушная раковина обычной формы. В заушной области послеоперационный рубец примерно 3,5см. Пальпация в области сосцевидного отростка безболезненна, особенно на верхушке. При отоскопии наружный слуховой проход заращён кожей и послеоперационным рубцом. Барабанная перепонка не визуализируется.

На рентгеновской компьютерной томографии височных костей от 21.04.2014 исследование выполнено в аксиальной плоскости,

ОРИГИНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

в режиме последовательного сканирования толщиной среза 0,3 мм. Состояние после операции на пирамиде височной кости слева.

Наружный слуховой проход справа обычной формы и размера, без патологического содержимого и дополнительных объемных образований. Сосцевидные отростки сформированы по пневматическому типу.

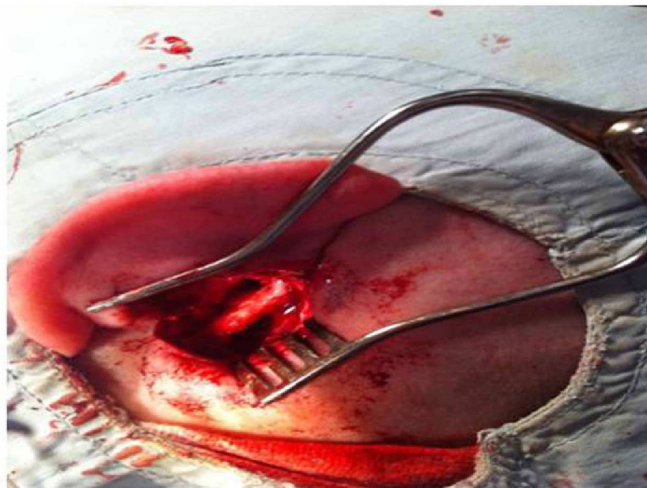
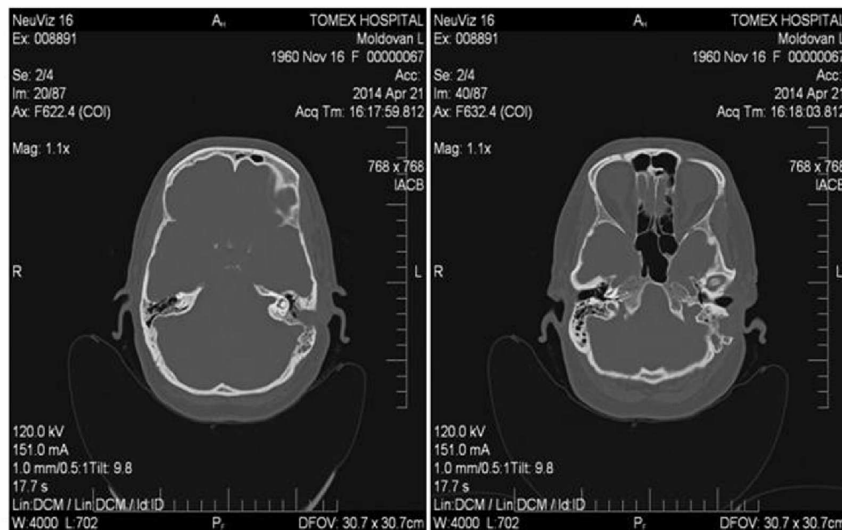
Слева: в наружном слуховом проходе проекции клеток сосцевидного отростка и переднем эпитимпануме определяется гетерогенное патологическое содержимое. Слуховые косточки (молоточек, наковальня, стремечко) дифференцируются отчетливо, обычной формы, взаимоположение их не нарушено. Остеодиструкции tegmen tympani et tegmen antrale не выявлено. Отмечается наличие дефекта заднего контура пирамиды височной кости слева в проекции сигмовидного синуса.

Справа: картина в пределах нормы.

Заключение: КТ данные за состояние

после операции на пирамиде височной кости слева с наличием в наружном слуховом проходе, проекции клеток сосцевидного отростка и переднем эпитимпануме гетерогенного патологического содержимого.

Ход операции: Под общим вентиляционным наркозом + дополнительной инфльтрационной анестезией Sol. Novocaini 2% - 20,0 + Sol. Adrenalini 0,1% произведен разрез по предыдущему рубцу, обнаружена вскрытая задняя черепная ямка, обозрим сигмовидный синус синюшного цвета примерно 3,5- 4,0 см.. Задняя стенка слухового прохода не снята, на ее внутренней поверхности обнаружена остеома примерно 1,5-2 см., которая сбита кускованием. Пластика слухового прохода по Василенко, из барабанной полости удалены грануляции, полипозная ткань, гной с запахом. Тампонада гиаксизоновой мазью с антибиотиками после промывания операционной полости раствором фурацилина+ гентамицин. Послойное ушивание



раны, асептическая повязка, резиновый выпускник.

Послеоперационный диагноз: Хронический гнойный средний отит (эпимезотимпанит) осложненный холестеатомой, грануляциями. Остеома слухового прохода. Состояние после мастоидотомия, предлежание сигмовидного синуса.

Удаленный во время операции материал направлен для гистологического исследования. Операция прошла без осложнений.

Патологогистологическое исследование от 25.04.14 микроскопическое описание: фрагменты кожи и рубцовой (гиализированной) ткани.

Послеоперационное лечение:

• Цефобид 1,0х 2 раза в день в/м после пробы

• Кетотоп 2,0 в/м при болях

• Дифлюкан 50,0 в/в капельно

Послеоперационный период протекал спокойно, без осложнений. Проводились ежедневные перевязки. Швы послеоперационной раны сняты на 10 день. Больная выписалась домой в удовлетворительном состоянии.

Литература:

1. Брызгалова С.В. Возможности рентгеновской компьютерной томографии в изучении строения височной кости и повышении эффективности диагностики воспалительных заболеваний среднего уха. – автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб. – 2009.