

УДК 616.284.7-002-07-08

Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Ж.Ж. АБДЫКАЛИКОВА, М.Д. АУЕЛБАЕВ, М.С. ЖУМАХМЕТОВ,
В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.Н. МУСАГАЛИЕВААлматинский государственный институт усовершенствования врачей,
Городская клиническая больница №5, г. Алматы**ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ, ДИАГНОСТИКИ,
ЛЕЧЕНИЯ ВЯЛОТЕКУЩИХ МАСТОИДИТОВ**

Актуальность темы заключается в том, что острый средний отит является одним из частых проявлений респираторной инфекции верхних дыхательных путей. В последнее десятилетие в литературе появились сведения об увеличении числа заболеваний отитом, осложненных мастоидитом, частота заболеваемости составляет около 10% [1].

Ключевые слова: распространенность атипичного мастоидита, диагностика латентного мастоидита, вялотекущий мастоидит.

А типичные формы мастоидитов разделяют на два типа: латентные формы и вялотекущие мастоидиты. Их этиология и патогенез широко обсуждаются в научной литературе. По данным Delbrouck et al., Hawkins латентная форма часто встречается, протекает скрыто и нередко является операционной находкой [2]. Латентный мастоидит – полное отсутствие какой-либо клинической симптоматики, что, очевидно, объясняется блокадой адитуса. Диагностика мастоидита при отсутствии отделяемого и нормальном состоянии слизистой оболочки барабанной полости крайне затруднительна. Своевременно выявить его позволяет рентгенологическое исследование височной кости. Имеются изменения со стороны анализов крови – незначительный лейкоцитоз, повышение СОЭ [3].

Вялотекущие мастоидиты имеют незначительные клинические проявления, это может быть длительный субфебрилитет или длительная оторрея без болевого синдрома, незначительная болезненность при пальпации сосцевидного отростка, втянутость и стертость отоскопической картины. Поставка диагноза при вялотекущих мастоидитах затруднительна, поэтому считаем целесообразным поделить его собственным наблюдением. Приводим пример клинического наблюдения.

Больная Ш., 43 года, поступила в отделение ЛОР ГКБ на ПХВ №5 с жалобами: с марта 2011 г. тупая, ноющая боль в заушной области справа. С мая 2011 г. боль распространилась в затылочную область как ощущение распирания. С января 2012 г. возникло чувство распирания за правым глазом. Общая слабость, озноб больше к вечеру. Головокружение, тошнота с декабря 2012 г. Со слов пациентки «голова не своя, мутная». Заболела в марте 2011 года. Появилась тупая, локализованная боль в заушной области справа. Обратилась к лор-врачу по месту жительства. ЛОР-патологию исключили, пациентка была направлена на консультацию к врачу-невропатологу. Был установлен диагноз: Остеохондроз шейного отдела позвоночника. По установленному диагнозу пациентка получала лечение, но улучшения не отмечала. Также одновременно получала лечение у врача-стоматолога по поводу воспалительного процесса в 8-м зубе снизу справа.

В мае 2011 г. на МРТ была обнаружена киста гайморовой пазухи справа. Оперативное лечение на тот момент со слов пациентки было не показано. Боль в заушной области справа усилилась, появилась иррадиация боли от заушной области справа в височную область справа. В августе 2011 г. пациентка обратилась за консультацией к врачам в Германии. Был удален 8 зуб снизу справа. Также был назначен АБ – линкомицин 10 дней в/м. Самостоятельно постоянно принимала кетодолон, ксефокам. После полученного лечения пациентка почувствовала облегчение, боль в заушной области прекратилась. В

октябре 2011 г. боль в заушной области вновь возобновилась. Появились озноб и слабость по вечерам. Пациентка обратилась к лор-врачу по месту жительства. Был установлен диагноз: Обострение хронического гайморита. Произведена пункция в/ч пазухи справа, промывные воды чистые. Улучшения не наступило. В этом же месяце пациентка обратилась к лор-врачу в Барнауле. Сделано МРТ. Подтверждена киста гайморовой пазухи справа. Лечение получала по поводу хронического тонзиллита (промывание лакун небных миндалин). Улучшения не наступило, боль в заушной области справа не купировалась. Пациентка была направлена на консультацию к врачу-невропатологу. Был установлен диагноз: Остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Стационарное лечение в г. Москве с 06.02.2012 по 07.02.2012 г. с диагнозом при поступлении: Правосторонний катаральный средний отит. Диагноз при выписке: Правосторонний катаральный средний отит.

Состояние при выписке: заушная область не изменена, болезненна при пальпации заушной области. Козелок безболезненный. Слуховой проход широкий, свободный. Мт – серая, незначительно втянута, опознавательные знаки контурируются. Ш.р. – 4,5 м. В г. Москве произведено КТ височных костей. Заключение: КТ-картина – нарушения пневматизации единичных ячеек сосцевидного отростка правой височной кости. С учетом клинических данных, нельзя исключить ограниченный мастоидит. Проведено лечение в соответствии с Московскими городскими стандартами стационарной медицинской помощи. Проведенная медикаментозная терапия и процедуры: S.Cefotaximi 1.0-3р/д в/м, Analgin 50% -2,0 в/м при болях, ОАК, ОАМ, Б/Х анализ крови в пределах нормы.

КТ височных костей от 03.02.12: Справа: сосцевидный отросток имеет хорошо развитую ячеистую систему, пневматизация которой нарушена за счет утолщения слизистой и наличия уровня жидкости в единичных ячейках, расположенных на верхушке отростка. Костно-деструктивных изменений в отростке не выявлено. По другим полостям среднего уха без патологии. Слева: без патологии. Клинические проявления в виде выраженных, длительных, упорных головных болей не связаны с патологией ЛОР-органов. Рекомендовано: консультация и лечение у невролога. Не исключено наличие невралгии затылочных нервов или шейного спондилеза. Выписана с улучшением. Трудоспособность утрачена временно. Рекомендации: Консультация в НИИ неврологии, карбамазепин или филепсин 200 мг х 2 р/д, диакарб 200 мг 1т при головных болях. Наблюдение и лечение у невролога, наблюдение в поликлинике по месту жительства. Консультирована отоневрологом в НИИ нейрохирургии им. академика Н.Н. Бурденко. МРТ головного мозга: патологии не выявлено.

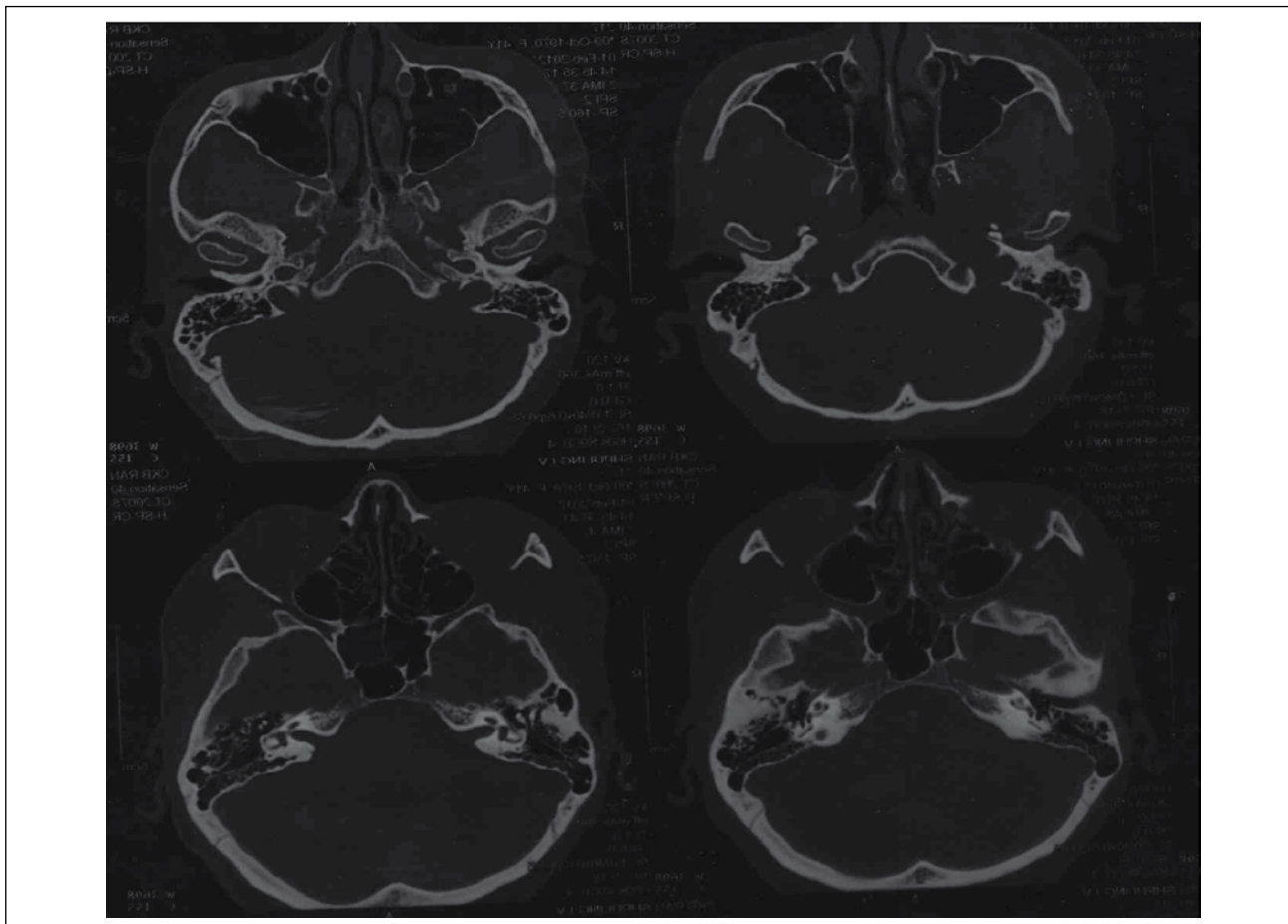


Рисунок 1 – Больная Ш., 43 года, КТ височных костей: определяется снижение пневматизации сосцевидного отростка в области верхушки и в области перипантральных клеток

08.02.12 КТ головного мозга: киста правой верхнечелюстной пазухи. КТ пирамид височных костей: четкой патологии не выявлено. Заключение: патологии со стороны ЛОР-органов не выявлено. Киста правой верхнечелюстной пазухи (выявляемая рентгенологически) срочного оперативного лечения не требует, скорее всего, не является причиной указанных жалоб.

В июне 2012 г. пациентка обратилась к лор-врачу по месту жительства в г. Усть-Каменогорске. Произведена операция: гайморотомия справа. Также произведены заушные блокады с лидокаином и антибиотиком.

В июле 2012 г. в связи с усилившейся болью в заушной области справа обратилась за консультацией в Германию. Установлен диагноз: Хронический тонзиллит. Были произведены операции: санация в/ч гайморовой пазухи справа, конхотомия н/носовых раковин, тонзиллэктомия, удаление 8 зуба снизу справа и слева, шунтирование барабанной перепонки справа. Получила лечение: амоксициллин 3 недели. После полученного лечения заушная боль, слабость, озноб не беспокоили.

Декабрь 2012 г. Боли вновь возобновились. Также появилось головокружение постоянного характера. В январе 2013 г. обратилась к лор-врачу по месту жительства. 15.01.13. Произведены КТ-исследования головного мозга и пирамид височных костей. Произведено КТ головного мозга 15.01.13. Заключение: При КТ-исследовании головного мозга органических изменений не выявлено. КТ пирамид височных костей 15.01.13 (рис. 1). Заключение: При КТ-исследовании пирамид височных костей состояние после операции справа.

Улучшение наступало только во время приема антибиотиков, после окончания курса приема антибиотика боли в заушной области справа, слабость и озноб вновь возобновлялись. Status localis: AD – умеренная болезненность в области верхушки и planum mastoideum. Отоскопия: Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет. В области задненижнего квадранта барабанной перепонки обзрим шунт, через который отделяется незначительный экссудат. AS – в пределах нормы. Риноскопия: Носовые ходы широкие. Слизистая розовая, чистая. Фарингоскопия: Слизистая ротовой полости розовая, чистая. Минд. ниши свободные. На аудиограмме от 22.01.13 – патологии не выявлено. ОАК от 19.01.13 Нб – 121г/л, Эр – $4,68 \cdot 10^{12}$ /л, Тромб – $342,0 \cdot 10^9$ /л, Лейк – $3,9 \cdot 10^{12}$ /л, Нейтр- $1\% \cdot 10^9$ /л, С/я – $33\% \cdot 10^9$ /л, Эоз. – $1\% \cdot 10^9$ /л, Мон. – $8\% \cdot 10^9$ /л, Л/ф – $57\% \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 17 мм/час. Б/х от 21.01.13: Билирубин общий – 8,4 ммол/Л, Холестерин 6,92 ммол/Л, Креатинин 24 ммол/Л, Глюкоза 5,04, Общий белок – 72,0 г/Л, Мочевина 4,32 ммол/Л, АЛТ – 14,0 ед, АСТ – 17,0 ед. Тимоловая проба 2,7 ед.

На основании компьютерной томографии (рис. 1) и анамнеза был заподозрен вялотекущий мастоидит справа. Диагноз: Правосторонний хронический средний отит, осложненный мастоидитом (вялотекущая форма). Состояние после шунтирования барабанной полости (27.08.12).

Операция: Мастоидотомия. Антруми ячейки сосцевидного отростка выполнены грануляционной тканью, покрытой скудным слизисто-гноющим отделяемым. Патологические ткани из полости сосцевидного отростка

удалены. Произведена ревизия барабанной полости. Патологических изменений в ней не обнаружено.

Диагноз после операции: Правосторонний хронический средний отит осложненный мастоидитом (вялотекущая форма). Состояние после шунтирования барабанной полости. Получала противовирусную терапию.

Больная была выписана из отделения в удовлетворительном состоянии.

Интерес данного наблюдения заключается в отсутствии симптоматики, характерной для мастоидита, и в трудности его диагностики в связи с отсутствием воспалительного процесса в барабанной полости. В анамнезе больная длительное время страдала рецидивирующим герпесом в области рта, правого века, что способствовало вялотекущей форме течения мастоидита, в связи с чем больной была проведена противовирусная терапия.

Самоизлечения мастоидита практический не бывает, даже самое активное антибактериальное и противовоспалительное лечение позволяют только снять обострение воспалительного процесса или его распространение на окружающие ткани. Следовательно, патогенетическое лечение мастоидита в этом случае должно быть направлено на хирургическое дренирование полости антрума, которое действительно может обеспечить опорожнение полости абсцесса от гнойного экссудата, и проведение непосредственного лечения очага экссудативно-гнойного воспаления в этой области [3].

Выводы

На сегодняшний день, несмотря на современные возможности диагностики, атипичный мастоидит из-за особенностей течения трудно и поздно диагностируется, так как из-за скрытого течения больные обращаются после развития осложнений. Таким образом, атипичный мастоидит остается актуальным вопросом в оториноларингологии. При лечении острого и хронического отита в динамике надо большее время уделять не только субъективным данным, но и сопоставлять данные других исследований (рентгенограмма височных костей, КТ височных костей, отягощенный анамнез, наличие сопутствующих заболеваний).

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

- 1 Амиров А.М. Острые вялотекущие мастоидиты: автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – М., 2006. – 2 с.
- 2 Ghaffar F.A., Wondermann M., McCracken G.H. Jr. *Pediatr. Infect. Dis. J.* 2001. – №20. – С. 376-380
- 3 Heitzmann.P., *Ann. Otolaryngol. Chir. Cervicofac.*, 1990. – №1. – P. 35-41

Т Ұ Ж Ы Р Ы М

Т.Н. БУРКУТБАЕВА, Ж.Ж. АБДЫКАЛИКОВА, М.Д. АУЕЛБАЕВ, М.С. ЖУМАХМЕТОВ, В.И. ГРИГОРЕНКО, А.С. ОМИРХАНОВА, А.Н. МУСАГАЛИЕВА

Дәрігерлерді жетілдірудің Алматы мемлекеттік институты, Алматы қ.

№5 қалалық клиникалық аурухана, Алматы қ.

БАЯУ АҒЫМДАҒЫ МАСТОИДИТТЫҢ КЛИНИКАЛЫҚ АҒЫМЫ, ДИАГНОСТИКАСЫНЫҢ, ЕМІНІҢ ЕРЕКШЕЛІКТЕРІ

Берілген мақалада баяу ағымдағы мастоидиттың клиникалық ағымының ерекшеліктері қаралған. Мастоидиттың баяу ағымын емдеудегі ұстанымдары мен диагностикасының ерекшеліктерінің меншікті бақылаудағы мысалы келтірілген.

Негізгі сөздер: түріндегі мастоидиттің таралымы, латент мастоидитінің диагностикасы, енжар мастоидит.

S U M M A R Y

T.N. BURKUTBAEVA, Zh.Zh. ABDIKALIKOVA, M.D. AUELBAEV, M.S. ZHUMAKHMETOV, V.I. GRIGORENKO, A.S. OMIRKHANOVA, A.N. MUSAGALIEVA

The Almaty Extension Course State Institute for Medical Practitioners, Almaty c.

5st City clinic hospital, Almaty c.

FEATURES OF A CLINICAL CURRENT, DIAGNOSTICS, TREATMENT SLOW MASTOIDITIS

In this article questions of features of clinical manifestations slow mastoiditis are considered. The example of own supervision of a slow form mastoiditis, the principles of diagnostics, treatment is carried out.

Key words: The prevalence of atypical mastoiditis, the diagnosis of latent mastoiditis, sluggish mastoiditis.

СТОМАТОЛОГИЯ

УДК 616.315-007.254

Е.М. КОЖАБЕКОВ

Кафедра ортодонтии стоматологического факультета Стамбульского университета (Турция),

кафедра стоматологии Международного Казахско-Турецкого университета им. Х.А. Ясави (Казахстан)

ПРОТОКОЛ ДООПЕРАЦИОННОЙ ПОДГОТОВКИ НОВОРОЖДЕННОГО С ВРОЖДЕННОЙ РАСЩЕЛИНОЙ ВЕРХНЕЙ ГУБЫ И НЁБА, ПРИНЯТОЙ В КЛИНИКЕ ОРТОДОНТИИ СТАМБУЛСКОГО УНИВЕРСИТЕТА

Дети с врожденной расщелиной верхней губы и нёба по неотложным показаниям нуждаются в изготовлении нёбной пластинки (обтуратор) сразу после рождения и до первого кормления. После операции хейлопластики пациенты носят пассивную пластинку из мягкой пластмассы. По показаниям в послеоперационном периоде продолжается формирование фрагментов верхней челюсти с помощью активных преформированных нёбных пластин. В случаях недостаточного формирования носа после хейлопластики продолжается лечение с использованием фиксаторов ноздрей (nostril retainer). Операция на нёбе (уранопластика) рекомендуется в возрасте 1,5 года.

Ключевые слова: врожденная расщелина верхней губы и нёба, нёбная пластинка, хейлопластика, уранопластика.