

УДК 616.284-002.3-036.12
DOI: 10.36979/1694-500X-2022-22-9-156-160

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНО-ПОЛИПОЗНОГО ХОЛЕСТЕАТОМНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЭКСТРАДУРАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

А.Б. Турумбекова, Т.А. Изаева

Аннотация. Приводится клинический случай обострения хронического гнойно-полипозного холестеатомного эпимезотимпанита, осложненного экстрадуральным абсцессом, который из-за несвоевременного лечения, диагностики и профилактики привел к развитию отогенного внутричерепного осложнения. Актуальность данной проблемы обусловлена частотой встречаемости острых и хронических отогенных средних отитов, которые приводят к развитию отогенных внутричерепных осложнений. На сегодняшний день нет тенденции к снижению распространения хронических гнойных средних отитов. Это часто встречающаяся патология в практике ЛОР-врача. Несмотря на достижения хирургических и консервативных методов лечения, частота хронических гнойных отитов остается высокой и сохраняется риск развития отогенных внутричерепных осложнений. Также наблюдается тенденция к росту заболеваемости острым средним отитом, особенно в детском возрасте, что, в свою очередь, ведет к росту уровня заболеваемости хроническими отитами. Среди всех отогенных осложнений абсцессы занимают особое место из-за трудности диагностики и своевременного распознавания. В связи с чем авторы обращают внимание на своевременную диагностику, адекватную терапию и профилактику острых и хронических средних отитов. Компьютерная томография височных костей является наиболее эффективным методом диагностики, которая позволяет оценить уровень разрушений в системе среднего уха и подлежащих анатомических структурах и, как следствие, определить объем хирургического вмешательства и дальнейшую тактику лечения.

Ключевые слова: отогенные внутричерепные осложнения; холестеатома; эпитимпанит; мезотимпанит; хронический отит; острый отит.

ЭКСТРАДУРАЛДЫК АБСЦЕССКЕ ӨТҮШҮП КЕТКЕН ӨНӨКӨТ ИРИНДҮҮ-ПОЛИПОЗДУУ ХОЛЕСТЕАТОМА ОТИТИНИН КЛИНИКАЛЫК УЧУРУ

А.Б. Турумбекова, Т.А. Изаева

Аннотация. Макалада экстрадуралдык абсцесске өтүшүп кеткен өнөкөт ириндүү-полипоздуу холестеатома эпимезотимпанитинин күчөшүнүн клиникалык учуру келтирилген, ал өз убагында дарылоонун, диагностиканын жана профилактиканын жоктугунан баш сөөктүн ичиндеги отогендик кабылдап кетүүгө алып келген. Бул көйгөйдүн актуалдуулугу баш сөөктүн ичиндеги отогендик кабылдап кетүүгө алып келген курч жана өнөкөт ириндүү отиттин пайда болуу жыштыгы менен шартталган. Бүгүнкү күнгө чейин өнөкөт ириндүү отиттин таралышынын төмөндөө тенденциясы жок. Бул кулак, мурун жана тамак ооруларынын дарыгеринин практикасында кеңири таралган патология. Хирургиялык жана консервативдик дарылоо ыкмаларынын жетишкендиктерине карабастан, өнөкөт ириндүү отиттин жыштыгы жогору бойдон калууда жана баш сөөктүн ичиндеги отогендик кабылдап кетүү коркунучу сакталууда. Бардык отогендик өтүшүп кетүүлөрдүн арасында абсцесс диагнозу коюунун жана өз убагында таануунун кыйынчылыгынан өзгөчө орунду ээлейт. Ушуга байланыштуу авторлор курч жана өнөкөт отит оорусун өз убагында аныктоого, адекваттуу дарылоого жана алдын алууга көңүл бурушат. Чыккыч сөөктөрүнүн компьютердик томографиясы ортоңку кулак системасынын жана анын астындагы анатомиялык түзүмдөрдүн бузулуу деңгээлин баалоого жана натыйжада хирургиялык кийлигишүүнүн көлөмүн жана андан ары дарылоо тактикасын аныктоого мүмкүндүк берген эң натыйжалуу диагностикалык ыкма болуп саналат.

Түйүндүү сөздөр: баш сөөктүн ичиндеги отогендик кабылдап кетүү; холестеатома; эпитимпанит; мезотимпанит; өнөкөт отит; курч отит.

**A CLINICAL CASE OF CHRONIC PURULENT-POLYPOUS
CHOLESTEATOMIC OTITIS MEDIA COMPLICATED
BY EXTRADURAL ABSCESS**

A.B. Turumbekova, T.A. Izaeva

Abstract. The article presents a clinical case of exacerbation of chronic purulent-polypous cholesteatoma epimesotympanitis complicated by an extradural abscess, which, due to untimely treatment, diagnosis and prevention, led to the development of an otogenic intracranial complication. The relevance of this problem is due to the frequency of occurrence of acute and chronic suppurative otitis media, which lead to the development of otogenic intracranial complications. To date, there is no tendency to reduce the prevalence of chronic suppurative otitis media. This is a common pathology in the practice of an ENT doctor. Despite the achievements of surgical and conservative methods of treatment, the frequency of chronic suppurative otitis media remains high and the risk of developing otogenic intracranial complications remains. There is also a trend towards an increase in the incidence of acute otitis media, especially in childhood, which in turn leads to an increase in the incidence of chronic otitis media. Among all otogenic complications, abscesses occupy a special place due to the difficulty of diagnosis and timely recognition. In this connection, the authors pay attention to timely diagnosis, adequate therapy and prevention of acute and chronic otitis media. Computed tomography of the temporal bones is the most effective diagnostic method that allows assessing the level of destruction in the middle ear system and underlying anatomical structures and, as a result, determining the extent of surgical intervention and further treatment tactics.

Keywords: otogenic intracranial complications; cholesteatoma; epitympanitis; mesotympanitis; chronic otitis media; acute otitis media.

Актуальность. Хронический гнойный средний отит (ХГСО) является достаточно часто встречающейся патологией. Клинически ХГСО проявляется постоянной, длительной отореей, прогрессирующей тугоухостью и стойкой перфорацией барабанной перепонки [1, 2]. При развитии отогенных внутричерепных осложнений данная патология является жизнеугрожающим состоянием.

В научном обществе все чаще и чаще стоит вопрос о неполной изученности механизмов формирования очага хронического воспаления среднего уха, вследствие этого лечение ХГСО неэффективно. Несмотря на развитие консервативных и хирургических методов лечения ХГСО и возникшие вследствие этого отогенные внутричерепные осложнения являются актуальной проблемой как оториноларингологов, так и самих пациентов. Часто возникает рецидив холестеатомы, который требует повторной операции на ухе, что, в свою очередь, приводит к развитию так называемой “болезни оперированного уха”. Данная проблема также влияет и на социальную сферу жизнедеятельности человека, снижается качество его жизни.

В нашей республике данная проблема является не менее актуальной, в связи с отсутствием специалистов, мер профилактики, диспансеризации больных и несвоевременным обращением пациентов, особенно в регионах республики.

По клинике и тяжести заболевания выделяют: хронический туботимпанальный гнойный средний отит и хронический эптитимпано-антральный гнойный средний отит. Отличие этих форм в том, что при мезотимпаните идет поражение слизистой оболочки, а при эптитимпаните поражаются костные структуры среднего уха [3].

Холестеатома – это эпидермальное образование, растущее в нетипичном месте. Холестеатомы уха располагаются в полостях среднего уха, сосцевидном отростке или на верхушке височной кости. Данное образование содержит все слои эпидермиса, включая базальный продуцирующий слой, который в большинстве случаев находится в тесной связи со стенками барабанной полости. Центральную часть холестеатомы образует постоянно слущивающееся роговое вещество, представляющее собой матрикс. Накопление рогового вещества способствует инфицированию среднего уха, вызывая гноетечение, деструкцию кости, потерю слуха той или иной степени, а также внутричерепные осложнения. Другими словами, холестеатома – это «кожа не в том месте». Термин «холестеатома» является неправильным, поскольку он не содержит кристаллы холестерина, и это не опухоль, заслуживающая суффикса «ома». Однако этот термин сохранился из-за его более широкого использования и распространения.

Генезис холестеатомы является предметом дискуссий и обсуждений. Существуют различные теории формирования холестеатомы:

- имплантационная теория;
- метапластическая теория;
- теория эпителиальной инвазии;
- инвагинационная теория.

Холестеатома классифицируется на:

1. Врожденную.
2. Приобретенную, первичную.
3. Приобретенную, вторичную [4].

Среди хронических средних отитов осложнениями чаще всего сопровождаются эпитимпаниты с холестеатомой и кариесом. Обычно возникновению осложнения предшествует обострение хронического процесса. Нередко начало отогенных осложнений протекает под маской обострения. Такое состояние часто может подавляться антибактериальной терапией. Переход воспалительного процесса со среднего уха на мозговые оболочки чаще всего происходит контактным путем. Обычно костные изменения прослеживаются вплоть до самой твердой мозговой оболочки.

Внутричерепные осложнения, вторичные по отношению к хроническому среднему отиту, включают экстрадуральный абсцесс, субдуральный абсцесс, менингит (с энцефалитом или без него), отогенный абсцесс головного мозга и тромбоз латерального или сигмовидного синуса. Возраст (первое десятилетие или пожилые), иммуносупрессия и наличие холестеатомы являются одним из общих факторов, влияющих на развитие внутричерепных осложнений [5].

Экстрадуральный абсцесс относится к отогенным внутричерепным осложнениям (ОВЧО). Экстрадуральным абсцессом называется процесс, при котором нагноение отслаивает оболочку от кости. Он характеризуется наиболее благоприятным прогнозом и слабо выраженной клинической картиной. Основным симптомом является обильное гноетечение из уха.

Отогенные экстрадуральные воспаления возникают в ближайшем соседстве с пораженными полостями среднего уха. Поэтому чаще всего они захватывают заднюю черепную ямку в области сигмовидной борозды и траутмановского треугольника и среднюю черепную ямку над крышей барабанной полости и пещеры [6, 7].

По нашему опыту и опыту других коллег, экстрадуральная грануляционная ткань или абсцесс могут быть, и обычно остаются, полностью скрытыми до операции. Даже во время операции огромные экстрадуральные абсцессы могут быть пропущены, если не проводить тщательную ревизию твердой мозговой оболочки средней и задней черепных ямок, особенно над сигмовидным синусом, через тонкую кость. Нет необходимости полностью удалять кость, чтобы увидеть, является ли твердая мозговая оболочка нормальной или нет.

Экстрадуральный абсцесс относится к так называемым “малым” формам ОВЧО. Поэтому своевременная диагностика и лечение предотвращают развитие более тяжелых осложнений. По мнению некоторых авторов, воздухоносные клетки сосцевидного отростка распространяются предпочтительно в направлении к задней черепной ямке, из-за чего острый воспалительный процесс намного легче достигает кортикальной пластинки сигмовидного синуса. При хронических процессах склеротические изменения в сосцевидном отростке зачастую сдерживают очаг нагноения в аттике и антруме. Такой процесс имеет тенденцию распространяться больше в сторону средней, чем задней черепной ямки [8].

Клиническая картина может быть смазана и не всегда проявляется какими-либо симптомами. В современном мире из-за широкого применения антибиотиков пациентами как при острых, так и при хронических отитах общие и местные признаки могут быть не столь выраженными.

Клинический случай

Больной, Садырбай у. Ч., 2001 г. р., поступил в отделение оториноларингологии и хирургии головы и шеи Национального госпиталя МЗ КР 01.03.2022 в 10:50 с жалобами на гноетечение из левого уха, снижение слуха слева, головные боли, шум в ушах.

Анамнез настоящего заболевания: Со слов матери, вышеуказанные жалобы беспокоят в течение последних 10 дней. Из анамнеза страдает хроническим гнойным средним отитом в течение последних 5 лет. Неоднократно получал консервативное лечение в амбулаторных условиях

по месту жительства, с кратковременным эффектом. Был госпитализирован в ЛОР-отделение НГ МЗ КР для дальнейшего лечения с клиническим диагнозом «Обострение хронического гнойно-полипозного холестеатомного эпимезотимпанита слева, осложненного экстрадуральным абсцессом».

1 марта 2022 года состояние пациента при поступлении удовлетворительное. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Частота дыхания 18 в минуту. Артериальное давление 120/80 мм рт. ст., частота сердечных сокращений – 70 ударов в минуту. Язык чистый, влажный. Зубы санированы. Живот обычных размеров, мягкий, безболезненный. Печень, селезенка, желчный пузырь, поджелудочная железа не увеличены. Стул и диурез регулярные.

Локальный статус при поступлении: *Auriculus sinistra* – при внешнем осмотре ушная раковина обычной формы, в наружном слуховом проходе обильное гнойное отделяемое. После туалета – слуховой проход obturated образованием розового цвета с гладкой поверхностью, которое заполняет костную и перепончато-хрящевую часть слухового прохода, исходящее из среднего уха. Осмотр барабанной полости, остатков барабанной перепонки невозможен из-за наличия образования. Площадка сосцевидного отростка за ухом имеет точечный дефект кожи, из которого выделяется гной. Пальпация сосцевидного отростка болезненна, кожа над ним отечна и гиперемирована, флюктуации нет.

Auriculus dextra – при внешнем осмотре ушная раковина обычной формы, в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое. После туалета уха в барабанной перепонке центральный дефект. Остатки барабанной перепонки – края оmozолелые, отечные, гиперемированы.

Лабораторные исследования: общий анализ крови от 02.03.2022 г. – в пределах нормы. Общий анализ крови и общий анализ мочи от 03.03.2022 г. – показатели в пределах нормы.

На КТ височных костей от 28.02.2022 г. – данные за дефект затылочной кости справа, гетерогенное патологическое содержимое в барабанной полости, антруме и других клетках сосцевидного отростка справа (ХГСО? Холестеатома?), остеодеструктивный, гетерогенный

объемный патологический процесс в толще пирамиды височной кости слева (холестеатома?). Иной генез выявленных изменений представляется менее вероятным.

Неврологический статус: сознание ясное, ориентирован в месте, во времени. На вопросы отвечает. Глазные щели одинаковые. Движение глазных яблок – в полном объеме. Лицо симметричное. Головокружения нет. Мышечный тонус не изменен. Менингеальных знаков нет. В позе Ромберга – устойчив.

ЭКГ от 02.03.2022 г. – ритм синусовый, ЧСС – 63 в мин, вертикальное положение ЭОС.

Рентген ОГК от 02.03.2022 г. – без особенностей.

Учитывая все вышеизложенное, в частности отсутствие эффекта консервативной терапии, локальный статус, данные компьютерной томографии, было принято решение произвести санирующую операцию на левом ухе.

03.03.2022 г. была произведена радикальная санирующая операция на левом среднем ухе со вскрытием средней и задней черепной ямки.

Ход операции. Под общим интубационным наркозом и местной анестезией *Solutio Novocaini* произведен разрез, отступив от заушной складки на 0,3 см. Послойно рассечены кожа, подкожно-жировая клетчатка, мышцы и надкостница. Гемостаз. Обнажена плоскость сосцевидного отростка, в которой на уровне слухового прохода примерно на 0,5 см кзади от него имеется щель диаметром около 2 мм, через которую выделяется гной с неприятным запахом. Долотом указанное отверстие расширено во все стороны. Вскрыта полость сосцевидного отростка, которая полностью выполнена холестеатомными массами. Трепанационное отверстие расширено книзу в сторону верхушки сосцевидного отростка. По ходу вскрыты оставшиеся ячейки сосцевидного отростка, выполненные матриксом холестеатомы. Холестеатомные массы под контролем зрения удалены. Вскрытыми и выполненными последними оказались барабанная полость, все клетки сосцевидного отростка, средняя и задняя черепные ямки, обнажена твердая мозговая оболочка, обнажен сигмовидный синус. Также при ревизии обнаружен дефект Фаллопиевого канала, однако внутри канала

лицевой нерв без признаков нарушения целостности. Ревизия полости, гемостаз. Произведена пластика слухового прохода по Василенко. Тампонада послеоперационной полости мазе-марлевым тампоном. Рана за ухом ушита послойно кетгуттом. На кожу швы из лески. Операция прошла без осложнений. Асептическая повязка на рану. Удаленный материал направлен на гистологическое исследование.

Результат:

Патогистологическое исследование от 03.03.2022 № 28294-5 б/з: в материале грануляционная ткань с массивной лимфо-лейкоцитарной инфильтрацией.

Патогистологическое исследование от 09.03.2022 № 29671-5 б.з.: в материале юная грануляционная ткань, гнойный экссудат, холестеатомные массы. Фиброзная ткань с воспалительной инфильтрацией. В межболочных пространствах гнойное воспаление.

Послеоперационный период протекал гладко, без осложнений. Тампон из полости удален на 7-е сутки. Пациент выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Таким образом, данный клинический случай показывает практикующим врачам то, что своевременная диагностика, профилактика, диспансеризация и адекватное лечение предотвращают развитие отогенных внутричерепных осложнений. В основе профилактики обострений хронических процессов лежит рациональное консервативное и хирургическое лечение. Немаловажное значение имеют также диспансеризация и учет больных с хроническими гнойными средними отитами на уровне первичного звена здравоохранения. Несмотря на достигнутые успехи современной

оториноларингологии, существует ряд проблем, которые требуют дальнейшего изучения.

Поступила: 04.03.22; рецензирована: 18.03.22;
принята: 22.03.22.

Литература

1. Пальчун В.Т. Оториноларингология: учебник / В.Т. Пальчун, А.И. Крюков, М.М. Магомедов. 4-е изд., перераб. и доп. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. 592 с.
2. Изаева Т.А. Отогенные и риногенные осложнения. Клиника, диагностика, лечение / Т.А. Изаева, В.А. Насыров, И.М. Исламов, А.А. Исмаилова. Бишкек, 2008. 192 с.
3. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. 960 с.
4. P.L. Dhingra, Shruti Dhingra, Deeksha Dhingra / Diseases of ear, nose and throat & head and neck surgery 6th edition, 2014. 476 p.
5. Gendeh H.S., Abdullah A. Binti, Goh B.S., Hashim N.D. Intracranial Complications of Chronic Otitis Media: Why Does It Still Occur? // Ear, Nose & Throat Journal. 2019; 98 (7): 416–419. DOI:10.1177/0145561319840166.
6. Воячек В.И. Многоотомное руководство по оториноларингологии: в 4 т. / В.И. Воячек, Б.С. Преображенский. М.: Медгиз, 1960. Т. II. 691 с.
7. Изаева Т.А. Лечение внутричерепных осложнений отогенного генеза на современном этапе / Т.А. Изаева // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 153–155.
8. Гаджимирзаев Г.А. Современная оценка некоторых положений проблемы отогенного экстрадурального абсцесса/наружного пахименингита / Г.А. Гаджимирзаев // РО. 2009. № 4. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/sovremennaya-otsenka-nekotoryh-polozheniy-problemy-otogennogo-ekstraduralnogo-abstessa-naruzhnogo-pahimeningita> (дата обращения: 13.03.2022).