

УДК 616.284-002

МАСТОИДИТ. СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ

А.А. Байбориева, В.С. Джембекова, А.М. Жоробаева, Каныбек у. К.

Рассматривается проблема ранней диагностики и лечения мастоидита, который наиболее часто встречается в детском возрасте (72 %). Такая частота обусловлена анатомо-физиологическими особенностями строения среднего уха у детей. Дается характеристика типичной формы мастоидита. Компьютерная томография височных костей позволяет идентифицировать различные формы мастоидита и планировать дальнейшее лечение заболевания. Приводится клинический случай мастоидита, возникший у ребенка вследствие неадекватного лечения хронического холестеатомного эпимезотимпанита, приведшего к обширным деструктивным разрушениям в сосцевидном отростке.

Ключевые слова: мастоидит; сосцевидный отросток; холестеатома; деструкция; острый и хронический средний отит.

МАСТОИДИТ. ТАЖРҲҲБАДАН АЛЫНГАН УЧУР

А.А. Байбориева, В.С. Джембекова, А.М. Жоробаева, Каныбек у. К.

Бул мақалада көбүнчө жаш балдарда (72%) кездешүүчү мастоидит дартын эрте аныктоо жана дарылоо маселеси каралат. Оорунун мындай көп кездешүүсү жаш балдардын ортоңку кулагынын түзүлүшүнүн анатомиялык жана физиологиялык өзгөчөлүктөрүнө байланыштуу. Мастоидиттин типтүү түрүнө мүнөздөмө берилет. Чыккык сөөктөрүнүн компьютердик томографиясы мастоидиттин ар кандай формаларын аныктоого жана ооруну андан ары дарылоону пландаштырууга мүмкүндүк берет. Баланын өнөкөт холестеатомиялык эпимезотимпанит оорусун туура эмес дарылоодон келип чыккан, упчу сымал чыккык сөөктүн кеңири деструктивдүү бузулушуна алып келген мастоидиттин клиникалык учуру тууралуу айтылат.

Түйүндүү сөздөр: мастоидит; упчу сымал чыккык сөөк; холестеатома; деструкция; курч жана өнөкөт отит медиасы.

MASTOIDITIS. INSTANCES OF PRACTICE

A.A. Baiborieva, V.S. Dzheembekova, A.M. Zhorobaeva, Kanybek u. K.

The article discusses the problem of early diagnosis and treatment of mastoiditis, which is most common in childhood (72%). This frequency is due to the anatomical and physiological features of the structure of the middle ear in children. The characteristic of the typical form of mastoiditis is given. CT of the temporal bones allows identification of various forms of mastoiditis and allows planning further treatment of the disease. A clinical case of mastoiditis arising in a child as a result of inadequate treatment of chronic cholesteatoma epimesotympanitis, which led to extensive destructive destruction in the mastoid process, is presented.

Keywords: mastoiditis; mastoid process; cholesteatoma; destruction; acute and chronic otitis media.

Введение. Мастоидит наиболее часто развивается у детей в возрасте до 7 лет (72 %) после остро́го или обострения хронического среднего отита и составляет в среднем 1,3 % госпитализированных детей с заболеваниями уха [1, 2]. Вероятно, это связано с тем, что на первом году жизни 44 % детей переносят острый средний отит

один-два раза, а 7–8 % – три и более раз [3]. Кроме этого, анатомо-физиологические особенности строения среднего уха у детей имеют свои особенности. Широкие, короткие и прямые слуховые трубы, наличие эмбриональной миксоидной ткани в барабанной полости и высокое расположение сосцевидной пещеры создают условия

для плохой аэрации и затрудняют отток секрета, что способствует развитию артрита уже на ранней стадии острого среднего отита, особенно у новорожденных, гипотрофичных и ослабленных различными заболеваниями детей. При хронических отитах причинами недостаточного дренирования являются: высокое расположение краевого дефекта при эпитимпанитах, небольшой размер дефекта или obturация его грануляциями, блок адитуса вследствие закрытия входа в антрум холестеатомными массами и грануляциями, что приводит к затруднению оттока секрета из воздухоносной системы среднего уха.

Развитию мастоидита у детей также могут способствовать запоздалое дренирование барабанной полости, связанное с задержкой прободения барабанной перепонки или парацентеза, неадекватная антибиотикотерапия на догоспитальном периоде при острых отитах и запоздалое хирургическое лечение при хронических отитах [4].

Длительная задержка оттока гноя из полостей среднего уха приводит к стойкому повышению давления в ячейках сосцевидного отростка, вызывающего некроз слизистой оболочки с переходом воспаления на костные структуры. Наиболее частым местом прорыва гноя при эмпиеме сосцевидного отростка является его площадка, в результате чего в заушной области формируется субпериостальный абсцесс, реже – область задней костной стенки наружного слухового прохода с отслойкой кожи и образованием свищевого хода.

Прогрессирующее разрушение костных структур крыши барабанной полости и антрума может привести к развитию тяжелых внутричерепных осложнений (менингит, абсцессы мозга и мозжечка, синус-тромбоз, отогенный сепсис) [5].

Диагностика типичного течения мастоидита с выраженными воспалительными проявлениями в заушной области не вызывает затруднений. Через 3–4 недели после перенесенного острого или обострения хронического среднего отита появляются воспалительные изменения со стороны сосцевидного отростка. На фоне интоксикации и признаков воспаления возникают боли, усиливающиеся при пальпации, отек и гиперемия в области сосцевидного отростка,

оттопыренность ушной раковины и сглаженность заушной складки.

В случае образования субпериостального абсцесса появляется участок флюктуации. Отоскопическими признаками мастоидита являются нависание задне-верхней стенки костного отдела наружного слухового прохода, являющейся одновременно передней стенкой сосцевидной полости, выраженный отек и гиперемия барабанной перепонки, соответствующие острому или обострению гнойного хронического среднего отита, при наличии перфорации барабанной перепонки – профузное гноеечение и пульсирующий рефлекс. Густой сливкообразный гной, в количестве, превышающем объем барабанной полости, быстро заполняет просвет наружного слухового прохода после его удаления (положительный симптом резервуара). Снижение слуха по кондуктивному типу. Воспалительные изменения в лабораторных показателях крови (лейкоцитоз со сдвигом влево, ускоренная СОЭ).

Компьютерная томография (КТ) височных костей позволяет идентифицировать воспаление сосцевидного отростка, не выявляющееся при исследовании обычными рентгенологическими методами в 40 % случаев. КТ-исследования проводятся в двух взаимно перпендикулярных плоскостях – аксиальной и коронарной. Этот метод исследования позволяет оценить степень снижения пневматизации сосцевидного отростка и распространения деструктивного процесса, а также анатомотопографическое строение и взаимоотношение структур среднего уха [6–8]. Детальное исследование позволяет четко планировать вид хирургического вмешательства и минимизировать риск интраоперационных осложнений.

Клинический случай.

Больной Ж., 2012 г. р. поступил в отделение оториноларингологии Национального госпиталя МЗ КР 17.11.2020 в 14.50 с жалобами на гнойные выделения из левого уха в течение длительного времени, боли в височной области слева, снижение слуха слева, припухлость заушной области и лица слева, общую слабость.

Анамнез болезни: Ребенок страдает хроническим гнойным отитом в течение 5 лет. В период обострения заболевания получал амбулаторное

лечение с кратковременным прекращением гноетечения. Последнее обострение было месяц назад, в связи с чем ребенок находился на стационарном лечении в отделении оториноларингологии УДКБ СМП № 3 с 11.11.2020 г.

Получил антибактериальное лечение (цефотаксим по 1 г × 4 раза в/в струйно, метрид 40 мл × 3 раза в/в капельно) и местное – в виде промывания наружного слухового прохода раствором натрия хлорида 0,9%-го в течение 5 суток. Полученное лечение оказалось неэффективным. После консультации по линии санавиации ребенок был переведен в отделение оториноларингологии Национального госпиталя 17.11.2020 г. для дальнейшего лечения с клиническим диагнозом: «Обострение хронического гнойно-холестеатомного эпимезотимпанита слева, осложнившегося эмпиемой сосцевидного отростка. Смешанная тугоухость II степени слева».

17.11.2020 г. – состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Дыхание везикулярное, хрипов нет. – ЧД 20 в минуту. Сердечные тоны ритмичные. АД 110/60 мм рт. ст., ЧСС – 92 удара в минуту. Язык чистый, влажный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул и диурез в норме.

Местно: при внешнем осмотре ушная раковина слева оттопырена, заушная складка сглажена, область сосцевидного отростка гиперемирована, отечна, пальпация болезненна и отмечается флюктуация мягких тканей.

При отоскопии: наружный слуховой проход заполнен сливкообразным гноем, который после удаления снова заполняет весь просвет. Положительный симптом резервуара. Отмечается нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода. Имеется тотальный дефект барабанной перепонки.

Лабораторные обследования: общий анализ крови и мочи от 16.11. 2020 г. – показатели крови в пределах нормы.

На КТ височных костей слева от 16.11.20 г. данные за гетерогенное содержимое в переднем эпитимпануме и клетках сосцевидного отростка. Остеодеструктивный патологический процесс височной кости слева с КТ-признаками мастоидита.

На МРТ головного мозга выявлены единичные очаги глиоза в белом веществе лобных

долей обоих полушарий головного мозга сосудистого генеза. Воспалительные изменения структур среднего уха и ячеек сосцевидных отростков обеих височных костей (в фазе обострения слева).

Неврологический статус: сознание ясное. На вопросы отвечает правильно. Лицо симметричное. Зрачки S=D, фотореакции сохранены. УЗИ щитовидной железы и внутренних органов без структурной патологии.

ЭКГ от 17.11.2020 г.: ритм синусовый, правильный, ЧСС – 83 уд/мин, ЭОС – нормальная.

Рентген ОГК от 17.11.2020 г.: легочные поля прозрачные, корни легких структурны, синусы свободны.

Учитывая данные локального статуса, обширный деструктивный процесс в сосцевидном отростке по данным КТ и неэффективность консервативной терапии, было решено произвести санлирующую операцию.

17.11.2020 г. была проведена радикальная санлирующая операция на левом среднем ухе.

Ход операции. Под общим интубационным наркозом произведен разрез по заушной складке с отступом на 0,5 см от переходной складки. Послойно рассечены кожа и подкожно-жировая клетчатка. Из верхнего края раны получен сливкообразный гной в объеме 30,0 мл. Кортикальный слой в области задней стенки слухового прохода и переднего края сосцевидного отростка отсутствует. Вскрыты ячейки сосцевидного отростка, последние заполнены гноем и холестеатомными массами. Раневое отверстие расширено кверху, кзади и к верхушке.

Холестеатомные массы удалены до здоровой кости. При ревизии барабанной полости аттик, вход в антрум и антрум заполнены холестеатомными массами. Была удалена задняя стенка наружного слухового прохода. Из барабанной полости удалены холестеатомные массы. Полость промыта антисептическим раствором, произведена пластика слухового прохода. Тампонада послеоперационной полости. Рана за ухом ушита послойно. В верхний и нижний углы послеоперационной раны поставлены резиновые выпускники. Асептическая повязка. Операция прошла без осложнений.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Тампон из радикальной полости был удален полностью к 5-м суткам. Швы с раны сняты на 7-е сутки. Ребенок выписан домой в удовлетворительном состоянии.

Вывод. Данный клинический случай позволяет ориентировать практических врачей на то, что ранняя диагностика и адекватное комплексное лечение острых и хронических средних отитов являются основными в плане улучшения прогноза и предотвращения развития как внечерепных, так и внутричерепных осложнений.

Литература

1. Оториноларингология. Национальное руководство / под. ред. В.Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 960 с.
2. Дериглазов М.А. Острые средние отиты в детском возрасте / М.А. Дериглазов // Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М.Р. Богомилского, В.Р. Чистяковой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. 376 с.
3. Красножен В.Н. Анализ причин развития осложненных форм острого среднего отита у детей / В.Н. Красножен, И.Г. Андреева, Р.Н. Мамлеев, А.Д. Евдокимова // Российский вестник перинатологии и педиатрии. 2018. № 63 (5). С. 202–205.
4. Полунин М.М. Некоторые особенности клинического течения мастоидита у детей / М.М. Полунин, А.М. Иваненко, А.А. Поляков // Вестник оториноларингологии. 2014. № 6. С. 17–19.
5. Аникин И.А. О хирургическом лечении больных с приобретенной холестеатомой среднего уха / И.А. Аникин // Российская оториноларингология. 2015. Т. 77. № 4. С. 16–23.
6. Азаров П.В. Хирургическая тактика при хроническом гнойном среднем отите (мезотимпаните): автореф. дис. ... канд. мед. наук / П.В. Азаров. М., 2014. 28 с.
7. Миронов А.А. Хронический гнойный средний отит / А.А. Миронов // Вестник оториноларингологии. 2011. № 5. С. 72–76.
8. Изаева Т.А. Лечение внутричерепных осложнений отогенного генеза на современном этапе / Т.А. Изаева // Вестник КРСУ. 2009. Т. 9. № 10. С. 153–155.