

УДК 616.289-001

РЕДКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ СОЧЕТАННОЙ ДЕСТРУКЦИИ ВИСОЧНОЙ КОСТИ

В. Н. Филимонов, Н. Л. Петров, О. М. Колесникова, Н. А. Еремина

Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И. П. Павлова,
Санкт-Петербург, Россия

THE RARE OBSERVATION OF ASSOCIATED DESTRUCTION OF THE TEMPORAL BONE

V. N. Filimonov, N. L. Petrov, O. M. Kolesnikova, N. A. Eremina

First I. P. Pavlov State Medical University of St. Petersburg, St. Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2014 г.

Острый мастоидит является наиболее частым осложнением острого среднего отита, и его раннее выявление и лечение представляет собой проблему в связи с потенциально серьезными последствиями. Представляем клинический случай пациентки 69 лет с острым мастоидитом, с выраженными деструктивными изменениями височной кости. В результате развился верхушечный мастоидит Орлеанского и редко встречаемый субпериостальный абсцесс скулового отростка височной кости. Хирургические находки полностью совпали с заключением компьютерной томографии височных костей, выполненной на дооперационном этапе.

Ключевые слова: мастоидит, субпериостальный абсцесс, компьютерная томография височных костей.

Acute mastoiditis is the most frequent complication of acute otitis media and its early detection and treatment poses a problem together with potentially serious consequences. We present a clinical case of a 69-year-old patient, with acute mastoiditis and destructive changes of the left temporal bone. As a result apical mastoiditis and rare subperiosteal abscess zygomatic process of the temporal bone have developed. Intraoperative findings coincided completely with temporal bones computed tomography results.

Key words: mastoiditis, subperiosteal abscess, CT of the temporal bone.

Введение. Мастоидитом принято считать деструктивный остео-периостит ячеистой структуры сосцевидного отростка [1]. В зависимости от распространения патологического процесса могут возникнуть внутричерепные и внечерепные осложнения мастоидита. К внутричерепным осложнениям мастоидита относят эпидуральный абсцесс, тромбоз сигмовидного синуса, менингит, абсцесс головного мозга и мозжечка. Внечерепные осложнения острого среднего отита и мастоидита — это тугоухость, лабиринтит (с резким головокружением), поражение лицевого нерва, субпериостальный абсцесс [1]. В настоящее время частота всех внутричерепных осложнений составляет 0,01–0,15% [2]. Частота возникновения таких внечерепных осложнений мастоидита, как субпериостальный абсцесс, лабиринтит и парез лицевого нерва, достаточно высокая и составляет 7%, 15% и 32% соответственно [3].

Появление антибиотиков значительно снижает частоту внутричерепных и внечерепных осложнений [1]. Согласно Jemy Jose и соавт. (2003) применение антибиотиков позволило снизить частоту развития мастоидита как осложнения острого среднего отита с 50% до 0,4% [4]. Во времена Ф. Бецоляда (1824–1908) у 20% пациентов с гнойным мастоидитом

наблюдался субпериостальный абсцесс. Несмотря на эру антибиотиков, сегодня почти у 50% пациентов с диагнозом мастоидит выявляется субпериостальный абсцесс [5]. Возможно, это связано с антибиотикорезистентностью возбудителей острого среднего отита и мастоидита.

Материалы и методы исследования. Представляем клинический случай пациентки с острым мастоидитом, с выраженными деструктивными изменениями височной кости. В результате развился верхушечный мастоидит Орлеанского и редко встречаемый субпериостальный абсцесс скулового отростка височной кости.

Пациентка Н., 69 лет, поступила в клинику оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного университета (ПСПбГМУ) им. И. П. Павлова 15 апреля 2014 г., в экстренном порядке с диагнозом: острый левосторонний гнойный средний отит, осложненный мастоидитом. Больная предъявляла жалобы на гнойные выделения из левого уха, боль в заушной области, болезненную припухлость в области левой височной области, боли при повороте головы и жевании, головную боль, повышение температуры тела до 37,5°С, снижение слуха.

Из анамнеза заболевания известно, что в марте 2014 г. появилось гноетечение из левого уха. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала обезболивающие в течение года. Постепенно выраженность жалоб нарастала. В течение последней недели появилась болезненная припухлость в левой височной области, при надавливании на которую увеличивалось гноетечение из уха, боли при повороте головы и жевании появились за 3 дня до госпитализации.

Из сопутствующих заболеваний: гипертоническая болезнь III ст., ИБС, стенокардия напряжения, сахарный диабет 2-го типа, декомпенсированный, впервые выявленный (глюкоза крови при поступлении 29,4 ммоль/л).

При поступлении состояние больной средней степени тяжести. Больная контактна. Температура тела 37,5°С. Объективно: положение головы больной с отклонением в левую сторону. Движение головой резко болезненно. Определялась асимметрия лица за счет инфильтрата мягких тканей в нижневисочной области слева над скуловым отростком височной кости. Инфильтрат резко болезненный размерами 5×7 см с участком флюктуации в центре, при надавливании на

гноя. При удалении содержимого из наружного слухового прохода кожа инфильтрирована, гиперемирована, определялось нависание верхне-задней стенки костного отдела наружного слухового прохода. В костном отделе наружного слухового прохода в области плохо обозримой барабанной перепонки обширные кровотокающие грануляции, из-под которых под давлением поступает гной. Слух RR adsonum, латерализация звука в опыте Вебера в левое ухо. Остальные ЛОР-органы без особенностей. В лабораторных исследованиях лейкоциты 11,4×10⁹/л, СОЭ 51 мм/ч, глюкоза 29,4 ммоль/л.

Больная осмотрена в экстренном порядке офтальмологом, челюстно-лицевым хирургом, терапевтом, неврологом, анестезиологом. Выполнена КТ височных костей: слева определяется мелкоячеистый тип строения височной кости, выявляется тотальное равномерное снижение пневматизации наружного слухового прохода, барабанной полости, антральной клетки и клеток височной кости, в том числе в области скулового отростка. Выявляется обширная деструкция ячеек скулового отростка с дефектами костной ткани по наружной поверхности до 1,4 см. В области верхушки сосцевидного от-

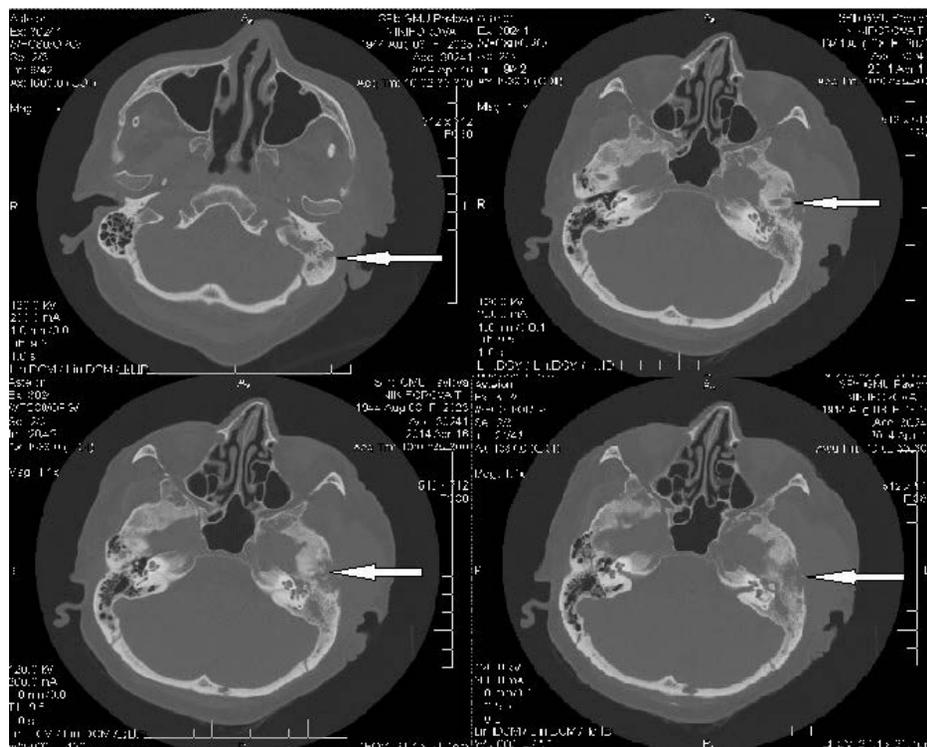


Рис. 1. Мультиспиральная компьютерная томография височных костей в аксиальной проекции.

который увеличивалось гноетечение из уха. При пальпации заушной области и верхушки сосцевидного отростка умеренная болезненность, кожа над ними не изменена, резкая болезненность определялась по боковой поверхности шеи слева. В верхней трети грудноключично-сосцевидной мышцы плотные болезненные мягкие ткани с цианотичным оттенком.

При отоскопии AS — в наружном слуховом проходе большое количество густого сливкообразного

ростка прослеживается несколько крупных затененных ячеек, образующих полость размерами 1,8×0,8 см с нечетким контуром внутренней стенки (смежной с задней черепной ямкой).

Отмечено наличие костно-деструктивного дефекта по наружной поверхности отростка до 0,5 см. Значительно увеличен объем мягких тканей в височной области (рис. 1—3). Больной был поставлен диагноз: острый гнойный левосторонний средний

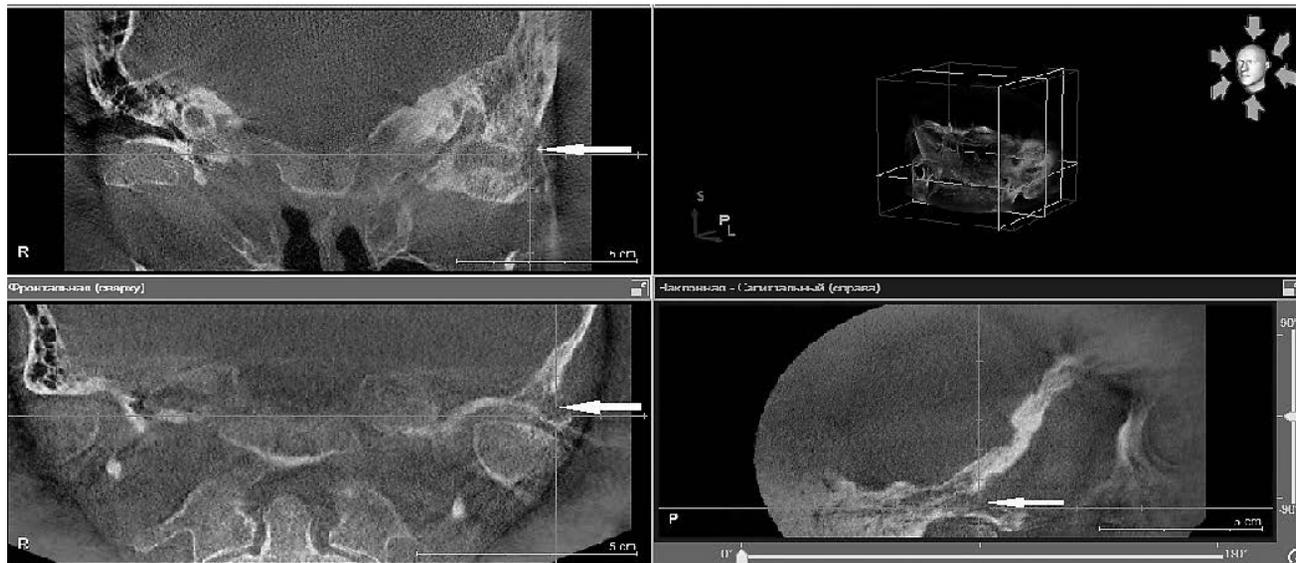


Рис. 2. Трехмерная компьютерная томография височных костей (стрелками обозначена деструкция скулового отростка височной кости).

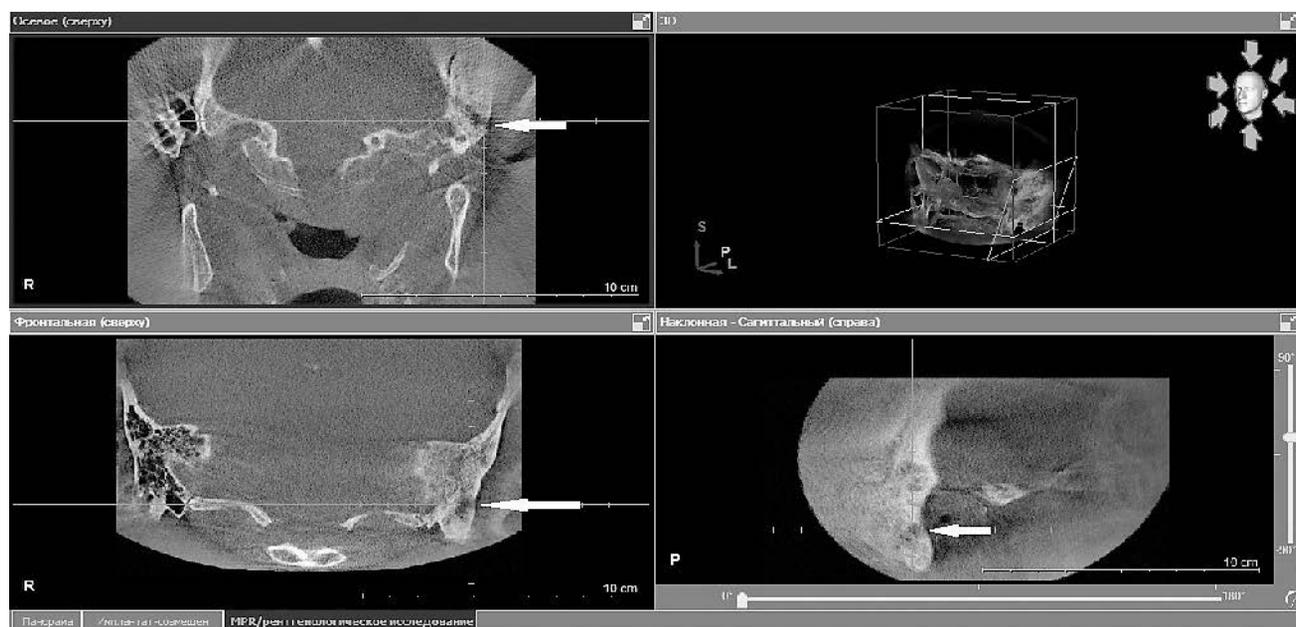


Рис. 3. Трехмерная компьютерная томография височных костей (стрелками обозначена деструкция сосцевидного отростка височной кости).

отит, мастоидит Орлеанского, зигоматит, субпериостальный абсцесс скулового отростка височной кости слева.

Показано оперативное вмешательство в экстренном порядке, с целью санации очага инфекции. Выполнена мастоидэктомия слева, вскрытие субпериостального абсцесса левой подвисочной области. При вскрытии абсцесса в области скуловой дуги слева обнаружена полость с наличием сливкообразного гноя в объеме 20 мл, некротическое расплавление кости по наружной поверхности скулового отростка височной кости слева. Интраоперационно произведено взятие материала на бактериологическое исследование. Обнаружен свищевой ход по наружной поверхности верхушки сосцевидного отростка диаметром 3 см. Клетки верхушки сосцевидного отростка некротически изменены, внутренняя стенка сосцевидного

отростка истончена. В антруме незначительное количество гноя с грануляционной тканью. Все патологическое содержимое сосцевидного отростка удалено, операционная рана велась открыто. По результатам бактериологического исследования содержимого субпериостального абсцесса скуловой дуги: *Klebsiella pneumoniae*, обильный рост.

В послеоперационный период больная получала этиотропную антибактериальную терапию (меронем 1 г 3 раза в день внутривенно капельно 7 дней, сефоперазон 2 г 2 раза в день внутривенно капельно 10 дней), инсулинотерапию по схеме, противовоспалительную терапию, ежедневную смену асептической повязки с синтомициновой эмульсией и мазью левомеколь, турунда в AS с диоксидином. Заметное клиническое улучшение в послеоперационном периоде наблюдалось только после коррекции показате-

лей глюкозы крови, на 4-й день послеоперационного периода. Больная была выписана 13 мая 2014 г., через месяц после операции, в удовлетворительном состоянии, с минимальными реактивными изменениями в области послеоперационной раны: кожа при пальпации безболезненна, в ране визуализируется грануляционная ткань. Отоскопически AS: наружный слуховой проход свободный, кожа его не изменена, барабанная перепонка слегка инфильтрирована, опознавательные пункты обозримы не полностью, слух РР 2,5 м. Другие ЛОР-органы без отрицательной динамики. В анализах крови лейкоциты $4,6 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ 55 мм/ч, глюкоза 5,1 ммоль/л.

При повторном осмотре через 4 нед: послеоперационная рана полностью закрылась, отоскопически AS — наружный слуховой проход свободный, кожа его не изменена, барабанная перепонка серая, опознавательные пункты обозримы, слух РР 4 м.

Обсуждение результатов. Типичное расположение субпериостального абсцесса — это пластинка сосцевидного отростка височной кости. В некоторых случаях субпериостальный абсцесс, отслаивая мягкие ткани, может распространяться на височную, теменную и затылочную области. Тромбирование сосудов, питающих наружный кортикальный слой, вызывает некроз кости с прорывом гноя через надкостницу. В случае прорыва гноя на верхушке сосцевидного отростка формируются верхушечные мастоидиты, формы которых зависят от направления распространения гноя.

Редким и необычным внечерепным осложнением острого среднего отита является субпериостальный абсцесс скулового отростка височной кости, который в зарубежной литературе описан лишь в нескольких клинических случаях [5–8]. Патогенез субпериостального абсцесса под височной мышцей отличается от других экстракраниальных осложнений острого среднего отита, так как не связан с костно-деструктивными изменениями в сосцевидном отростке [7]. Ф. Бецольд (1824–1908) был одним из первых, кто описал височно-теменной инфильтрат как вторичный по отношению к субпериостальному абсцессу сосцевидного отростка, который разрушает корень скуловой отростка [9]. А. Люк в 1900 году описал скуловой поднадкостничный абсцесс без внутрикостного нагноения сосцевидного отростка

височной кости [10]. С тех пор субпериостальный абсцесс скулового отростка височной кости носит название абсцесс Люка.

Диагностика мастоидита в типичных случаях не представляет трудностей, однако при атипичном течении заболевания диагностика усложняется. Традиционная рентгенография височных костей в проекции Шюллера сегодня практически вытесняется более информативной компьютерной томографией височных костей, которая помогает хирургу спланировать объем хирургического вмешательства на дооперационном этапе.

В диагностике осложненных мастоидитов компьютерная томография, по мнению L. Migirov, имеет чувствительность 97% и положительная прогностическая ценность составляет 94%. В его исследовании были сопоставлены диагнозы, поставленные после проведения компьютерной томографии и после хирургического вмешательства. При субпериостальном абсцессе правильный диагноз после проведения КТ височных костей был в 96%, для выявления деструкции кортикального слоя сосцевидного отростка — 94%. Наблюдалась некоторая гипердиагностика после проведения компьютерной томографии в отношении тромбоза сигмовидного синуса, деструкции сосцевидного отростка в области задней черепной ямки у больного с менингитом [11].

Компьютерно-томографическое исследование проводится в двух взаимно перпендикулярных плоскостях — аксиальной и коронарной. Оценивают степень снижения пневматизации сосцевидного отростка, распространения воспалительного процесса, а также анатомо-топографическое строение и взаимоотношения структур среднего уха [12].

Компьютерная томография в совокупности с другими клиническими признаками позволяет определить показания к хирургическому лечению — мастоидэктомии.

Выводы. Интерес представленного случая заключается в крайне редком сочетании нескольких форм осложненных мастоидитов у одной пациентки. Компьютерная томография, выполненная на дооперационном этапе, позволила спланировать объем и тактику хирургического лечения. Хирургические находки полностью совпали с заключением компьютерной томографии височных костей.

ЛИТЕРАТУРА

1. Оториноларингология: Национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. — 960 с.
2. Король И. М. Клинико-морфологические параллели мастоидитов / И. М. Король, И. А. Швед, Ж. В. Колядич // Рецепт. — 2009. — № 3 (65). — С. 84–91.
3. Leskinen K. Acute complications of otitis media in adults / K. Leskinen, J. Jero // Clin. Otolaryngol. — 2005. — Vol. 30 (6). — P. 511–516.
4. Jose J. Life threatening complications after partially treated mastoiditis / J. Jose, A. P. Coatesworth, P. Gerard // BMJ. — 2003. — Vol. 5, № 327 (7405). — P. 41–42.
5. Spiegel J. H. Contemporary presentation and management of a spectrum of mastoid abscesses / J. H. Spiegel, L. R. Lusting, K. C. Lee et al. // Laryngoscope. — 1998. — Vol. 108. — P. 822–828.

6. *Asha'ari Z. A.* Luc's Abscess: A reminder of a potential complication of otitis media / Z. A. Asha'ari, M. I. Shiyuti, M. Zihni // *Brunei Int Med J.* — 2012. — Vol. 8 (5). — P. 261–264.
7. *Knappe M. V.* Luc's abscess — a rare complication of middle-ear infection / M. V. Knappe, R. T. Gregor // *J. Laryngol Otol.* — 1997. — Vol. 111 (5). — P. 461–464.
8. *Scrafton D.* Luc's abscess as an unlucky complication of mastoiditis / D. Scrafton, A. Qureishi, C. Nogueira, S. Mortimore // *Ann. R. Coll. Surg. Engl.* — 2014. — Vol. 96 (5). — P. 28–30.
9. *Guo Y. C.* Managements of complicated otitic abscess / Y. C. Guo, T. L. Tsai, A. S. Shiao // *J. Chin. Med. Assoc.* — 2003. — Vol. 66. — P. 621–626.
10. *Luc H.* The sub-periosteal temporal abscess of otic origin without intra-osseous suppuration / H. Luc // *Laryngoscope.* — 1913. — Vol. 23. — P. 999–1003.
11. *Migirov L.* Computed tomographic versus surgical findings in complicated acute otomastoiditis / L. Migirov // *Ann. Otol. Rhinol. Laryngol.* — 2003. — Vol. 112 (8). — P. 675–677.
12. *Завадский А. В.* Влияние пневматизации височной кости на возникновение и течение острого мастоидита / А. В. Завадский // *Вестник оториноларингологии.* — 2002. — № 5. — С. 4–6.

Поступила в редакцию: 5.09.2014 г.

Контакт: *Филлимонов В. Н., vfilimonov@yandex.ru*

Сведения об авторах:

Филлимонов В. Н. — канд. мед. наук, доцент, заведующий отделением клиники оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: 499-70-19;

Петров Н. Л. — канд. мед. наук, врач челюстно-лицевой хирург отделения челюстно-лицевой хирургии и хирургической стоматологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, тел.: 499-71-78;

Колесникова О. М. — канд. мед. наук, врач-оториноларинголог отделения оториноларингологии клиники оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: 499-70-19;

Еремина Н. А. — врач-интерн кафедры оториноларингологии ПСПбГМУ им. акад. И. П. Павлова, Санкт-Петербург, тел.: 499-70-19.



Девиз: «Знать и уметь!»

УВАЖАЕМЫЕ КОЛЛЕГИ!

От имени и по поручению Санкт-Петербургского радиологического общества приглашаю вас принять участие в работе VIII Международного «Невского радиологического форума–2015», который состоится в Санкт-Петербурге с 9 по 12 апреля 2015 года.

Подробная информация: на официальном сайте общества: www.spbra.ru

Регистрация по e-mail: spbra.register@gmail.com

Место проведения: конгрессно-выставочный центр Санкт-Петербурга «ЭКСПОФОРУМ», Петербургское шоссе, 64/1.

Президент конгресса

VIII «Невский радиологический форум–2015»

профессор

В. Е. Савелло