

ОПЫТ ЛЕЧЕНИЯ БОЛЬНЫХ ПРИ АТИПИЧНОМ МАСТОИДИТЕ

Хамидов Д.У.

Халилова М.А.

Самаркандский государственный медицинский университет.

<https://doi.org/10.5281/zenodo.10884848>

Аннотация. Атипичные мастоидиты отличаются своеобразным клиническим течением, когда классические симптомы со стороны сосцевидного отростка слабо выражены или вовсе отсутствуют. Из-за отсутствия симптомов, характерных для типичного мастоидита, усложняется своевременная диагностика, совершаются диагностические ошибки, затягивается начало адекватного лечения. В статье приводится анализ нескольких клинических случаев атипичных мастоидитов, имитировавших локальные гнойно-воспалительные процессы.

Ключевые слова: верхушечно-шейный мастоидит, зигоматицит, сквамит, компьютерная томография.

Мастоидит относится к интратемпоральным осложнениям средних отитов. Термин мастоидит был впервые использован для обозначения инфекции слизистой оболочки части или всех воздухоносных клеток сосцевидного отростка с наличием или без деструкции кости и тромбоза [1]. В доантибиотиковую эру мастоидит имел широкое распространение [2].

В наши дни благодаря широкому использованию антибиотиков мастоидит встречается значительно реже, а манифестация его клинической картины может быть латентной и атипичной [3]. По данным литературы, мастоидит осложняет течение средних отитов не более чем в 0,15–1% случаев [4]. Особое место среди мастоидитов занимают атипичные мастоидиты. Одним из первых атипичный мастоидит описал F. Bezold. Автором был описан случай абсцесса в височной области с деструкцией скулового отростка [5]. Атипичные формы мастоидита в настоящее время встречаются очень редко, в основном в пожилом возрасте, у пациентов с измененной общей и местной реактивностью, сахарным диабетом, при некротических отитах, нерациональном применении антибиотиков. Чаще атипичные мастоидиты возникают при обширной пневматизации височной кости с развитыми воздухоносными клетками [6]. Соответственно степени и характеру пневматизации сосцевидного отростка (скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные, перифациальные, перилабиринтные ячейки сосцевидного отростка) патологический процесс в нем может распространяться на те или иные ячейки с развитием характерных симптомов [7]. Своеобразным течением характеризуются верхушечно-шейные мастоидиты. Прорыв гноя в области верхушки сосцевидного отростка может происходить в области его внутренней или наружной поверхности (мастоидиты Бецольда, Чителли, Муре, Орлеанского) [3, 8, 9]. При поражении пневматизированного скулового отростка возникает зигоматицит, который характеризуется болезненностью и инфильтрацией в области скулового отростка височной кости. В зарубежной литературе субпериостальный абсцесс скулового отростка носит название «абсцесс Люка» (Luc's abscess), который в 1900 г. подробно описал ее клинику [10, 11]. Петрозит – наиболее тяжелая форма атипичного мастоидита, при котором в патологический процесс

вовлекаются воздухоносные клетки пирамиды височной кости. Для этой формы мастоидита характерен синдром Градениго (гнойное воспаление среднего уха, паралич наружной прямой мышцы глаза, тригеминальная невралгия) [12]. Сквамит также относится к атипичным формам мастоидитов и характеризуется поражением воздухоносных клеток в области чешуи височной кости. Редкая встречаемость данной патологии является причиной поздней диагностики и лечения [13]. Лечение при развитии атипичных форм мастоидита в большинстве случаев хирургическое и направлено на элиминацию гнойного очага с дренированием области абсцесса [14]. В литературе последних лет информация, посвященная атипичным мастоидитам крайне скудна, что и послужило поводом для данной публикации. С февраля по октябрь 2023 г. в городе Самарканд частной клиники «Саомед» пролечено 5 больных атипичными мастоидитами. Возраст госпитализированных варьировал от 26 лет до 45 года (3 женщины, 2 мужчины). У 2 больных диагностирован мастоидит Бецоляда, у 2 больных – сквамит, у 1 больного – зигоматицит. Пациенты были экстренно госпитализированы в среднем через 12–14 дней после начала заболевания. Во всех случаях заболевание связывалось с перенесенным ранее острым респираторным заболеванием. Трое больных до госпитализации лечились амбулаторно в поликлинике по месту жительства по поводу острого наружного отита (2 человека) и острого среднего отита (1 человек).

Все пациенты предъявляли жалобы на снижение слуха на пораженное ухо. В 2 случаях были жалобы на обильную гнойную оторею и интенсивные боли в ухе. У 2 пациентов отмечалась болезненность при пальпации сосцевидного отростка. В 2 случаях отек распространялся от верхушки сосцевидного отростка до средней трети кивательной мышцы (2 случая абсцесса Бецоляда). У одного пациента с абсцессом Бецоляда при надавливании на отечные ткани в области шеи из уха выделялось гнойное отделяемое. Особенностью 3 клинических случаев (2 случая с абсцессом Бецоляда и 1 случай с зигоматицитом) было отсутствие болезненности при пальпации сосцевидного отростка и мягких тканей шеи, в том числе и в области воспалительных инфильтратов. У этих пациентов был сопутствующий сахарный диабет 2 типа, впервые диагностированный у 2 из них (см. таблицу). В случаях со сквамитом кверху от ушной раковины имелся объемный болезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. У больной с зигоматицитом безболезненный инфильтрат с флюктуацией в центре локализовался спереди и кверху от ушной раковины, имелся выраженный отек век на стороне поражения. При отоскопической картине во всех случаях барабанная перепонка была гиперемирована, дефект ее в натянутой части был только в 2 случаях. Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода в костной его части (симптом Schwartz) наблюдалось в 3 случаях. По данным компьютерной томографии во всех случаях были выявлены деструктивные изменения в клетках сосцевидного отростка и кортикальном его слое (рис. 1). У одного больного со сквамитом в области чешуи височной кости была выявлена деструкция кости с разрушением мозговой стенки и эпидуральным распространением патологического субстрата, а также деструкция перисинуозных воздухоносных клеток. Экстренную операцию проводили под интубационным наркозом заушным доступом в объеме антромастоидотомии с удалением патологически измененных тканей. В случаях с абсцессом Бецоляда разрез

был продолжен книзу до верхней трети кивательной мышцы с резекцией верхушки сосцевидного отростка. В случаях со сквамитом и зигматицитом разрез был выполнен в проекции инфильтрата с дренированием области абсцесса. В 1 случае интраоперационно был обнаружен и опорожнен эпидуральный абсцесс. Послеоперационные раны ушивались послойно с установкой трубчатых дренажей в антростаидальную полость и в дополнительно образовавшиеся полости (в чешуе височной кости, в области скулового отростка височной кости). При осмотре перед выпиской во всех случаях наблюдалось заживление ран первичным натяжением, отоскопическая картина нормализовалась. Слух восстановился до нормы у всех пациентов. Ниже приводим клинические наблюдения больных атипичными мастоидитами: Клиническое наблюдение 1. Пациентка С., 1996 г.р., госпитализирована в экстренном порядке в августе 2023 г. Жалобы при поступлении на отек, пастозность мягких тканей в области правого виска, боли в правом ухе, обильное гнойное отделяемое из правого уха с резким гнилостным запахом, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Со слов болеет около 2 нед. За медицинской помощью не обращалась. На момент поступления больная в сознании, хотя и несколько заторможена, во времени и пространстве ориентирована, на вопросы отвечает правильно, но с заметной задержкой. Вестибулярных расстройств, нистагма, признаков раздражения мозговых оболочек и очаговых неврологических симптомов не выявлено. По внутренним органам – без особенностей. Уши: АД – в наружном слуховом проходе обильное гнойное отделяемое с резким гнилостным запахом. Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода в костной его части (симптом Schwartze). Барабанная перепонка резко гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные контуры сглажены. Центральная перфорация барабанной перепонки до 2 мм в диаметре, отчетливо виден пульсирующий рефлекс. ШР – 0 м, РР – 2 м. Кпереди и кверху от ушной раковины имеется объемный малоблезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Данные компьютерной томографии: сосцевидные отростки пневматического типа строения. Справа ячейки сосцевидного отростка заполнены патологическим субстратом. Перисинуозные воздухоносные клетки разрушены. В области чешуи височной кости справа выраженный деструктивный процесс, с разрушением мозговой стенки и распространением патологического субстрата в полость черепа (рис. 2). Клинический диагноз: Правосторонний острый гнойный мастоидит. Острый деструктивный сквамит. Субпериостальный абсцесс. Эпидуральный абсцесс. По экстренным показаниям под интубационным наркозом заушным доступом выполнена антростаидотомия. В сосцевидном отростке обильное гнойное отделяемое с гнилостным запахом, остеодеструкция с формированием патологической полости. Обнаружен обнаженный участок сигмовидного синуса на протяжении 1,5 см. Синус визуально не изменен. Выполнена пункция сигмовидного синуса в проксимальном и дистальном направлениях – получена венозная кровь. Далее выполнен поперечный разрез в проекции инфильтрата. После разреза фасции и височной мышцы получено гнойное отделяемое с резким гнилостным запахом в объеме около 30 мл. Под височной мышцей визуализирован участок деструкции чешуи височной кости. В чешуе височной кости множество клеток, заполненных гноем, костные перепоны между ними деструктивно

изменены. Патологически измененная костная ткань удалялась фрезами и костными ложками. При удалении кости со дна деструктивной полости чешуи височной кости обнаружен и опорожнен эпидуральный абсцесс, получено около 15 мл жидкого гноя. Обнаженная твердая мозговая оболочка визуально не изменена. Раны ушиты послойно с установкой трубчатых дренажей в антромастоидальную полость и полость в чешуе височной кости. Послеоперационный период гладкий. Осмотр перед выпиской (14-е сутки): заживление ран первичным натяжением. Наружный слуховой проход справа свободный, отделяемого нет. Барабанная перепонка с краевой гиперемией, опознавательные контуры четкие, перфорация закрылась. ШР – 5 м, РР > 6 м.

Клиническое наблюдение 2: Пациентка С., 1988 г. р., госпитализирована в экстренном порядке в октябре 2023 г. Жалобы при поступлении на боль в левом ухе, иррадиирующую в скулу, отек, пастозность мягких тканей в области левого виска, отек век левого глаза, повышение температуры тела до фебрильных цифр. Из анамнеза: заболела около 4 нед назад. Обращалась за медицинской помощью к оториноларингологу в районную поликлинику за 3 нед до поступления в стационар с жалобами на заложенность в левом ухе, снижение слуха на него, головную и боль в левом ухе. Несмотря на проводимую топическую антибактериальную терапию, состояние пациентки прогрессивно ухудшалось. За 5 дней до госпитализации у нее появились отек, пастозность и гиперемия кожи височной области слева, отек век левого глаза, повышение температуры тела до 38,6°C. Отоскопически на момент поступления: AS – наружный слуховой проход свободный. Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода в костной его части (симптом Schwartze). Барабанная перепонка резко гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные контуры сглажены. Перфорации не выявлено. ШР – 0 м, РР – 1 м. Кпереди и кверху от левой ушной раковины имеется объемный малоболлезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Определяется выраженный отек век левого глаза, практически полностью закрывающий левый глаз. Данные компьютерной томографии: сосцевидные отростки пневматического типа строения. Слева ячейки сосцевидного отростка тотально заполнены патологическим субстратом. В области отхождения скуловой дуги слева выраженный деструктивный процесс, истончение, местами прерывание внутреннего и наружного кортикального слоя височной кости, с формированием полостей с мягкотканым компонентом. Клинический диагноз: Левосторонний острый гнойный средний отит. Левосторонний острый гнойно-деструктивный мастоидит, зигоматит. Субпериостальный абсцесс височной области слева. По экстренным показаниям под интубационным наркозом заушным доступом выполнена антромастотомия. В сосцевидном отростке обильное гнойное отделяемое с гнилостным запахом, остеодеструкция с формированием патологической полости. Далее операционное поле расширено за счет продолжения разреза параллельно скуловому отростку. После разреза фасции и височной мышцы получено гнойное отделяемое с резким гнилостным запахом в объеме около 10 мл. В проекции скулового отростка визуализированы два участка деструкции, откуда так же поступает гнойное отделяемое. В скуловом отростке множество клеток, заполненных гноем, костные перемычки между ними деструктивно разрушены. Патологически измененная костная ткань удалена фрезами и костными ложками. Сформирована общая

послеоперационная полость сосцевидного и скулового отростков височной кости Рана ушита послойно с установкой трубчатых дренажей в антромастоидальную полость и в область скулового отростка височной кости. Послеоперационный период гладкий. Осмотр перед выпиской (13-е сутки): заживление раны первичным натяжением. Наружный слуховой проход слева свободный, отделяемого нет. Барабанная перепонка с краевой гиперемией, опознавательные контуры четкие, перфорации нет. ШР – 4 м, РР>6 м. Заключение Таким образом, несмотря на значительные успехи в диагностике и лечении патологии среднего уха атипичные мастоидиты встречаются и в наши дни. Бесконтрольное применение антибиотиков и фоновая соматическая патология (сахарный диабет) нередко определяют латентное и атипичное течение мастоидитов, что затрудняет своевременную их диагностику и затягивает начало адекватного лечения. Компьютерная томография позволяет выявить особенности архитектоники височной кости, степень распространенности патологического процесса и выбрать необходимый оптимальный объем оперативного вмешательства при атипичных мастоидитах.

References:

1. Хамракулова Н.О., Хушвакова Н.Ж. и др. Применение озона и местного антисептического раствора у больных с гнойным средним отитом на фоне хронического лейкоза // Российская оториноларингология, 2012. С. 150.
2. Исхакова Ф.Ш. и др. Оценка эффективности лечения бактериального рецидивирующего синусита // Прорывные научные исследования как двигатель науки, 2018. С. 170-172.
3. Насретдинова М.Т. и др. Нарушение системы антиоксидантной защиты у детей с хроническим гнойным синуситом и её комплексная коррекция // Таджикский государственный медицинский университет имени Абуали ибн Сино. С. 87.
4. Насретдинова М.Т. и др. Совершенствование диагностики различных форм грибковых риносинуситов // Вестник врача. С. 53.
5. Сафарова Н.И. и др. Эффективность применения дипроспана в комплексном лечении полипозных риносинуситов // Вестник Казахского Национального медицинского университета, 2014. № 7-9.
6. Хайитов А.А. и др. Диагностика показателей ключевых цитокинов у больных с острым бактериальным риносинуситом // Инновационные технологии в медицине детского возраста северокавказского федерального округа, 2017. С. 93-95.
7. Хайитов А.А. и др. Оптимизация одноэтапной санации носоглотки и барабанной полости при рецидивировании экссудативного среднего отита // Актуальные научные исследования в современном мире, 2018. № 1-8. С. 81-84.
8. Хушвакова Н.Ж. и др. Клинико-иммунологические аспекты течения хронических гнойных синуситов у детей с сахарным диабетом 1 тип // Russian otorhinolaryngology. Медицинский научно-практический журнал, 2014. С. 104.
9. Хушвакова Н.Ж. и др. Оценка эффективности лазерного облучения при комплексном лечении хронического тонзиллита // Russian otorhinolaryngology, 2013. С.

221.

10. Шаматов И.Я. и др. Современные подходы к хирургической коррекции патологии устья слуховых труб у детей // Ўзбекистон республикаси оториноларингологларнинг iу съездига бағишланган маҳсус сон. С. 91.
11. Шаматов И.Я. и др. Эндоскопическая диагностика и лечение деформации носовой перегородки и гипертрофии нижних носовых раковин // International Scientific and Practical Conference World science. ROST, 2017. Т. 5. № 5. С. 61-63.
12. Zarifova, D. (2023). TEACHING TECHNOLOGY OF THE TOPIC OF PORTRAIT OF THE HUMAN HEAD IN PAINTING. Modern Science and Research, 2(10), 391-393.
13. qizi Zarifova, D. O. (2023). RANGLARNING FAZOVIIY BIRIKMALARI VA XUSUSIYATLARI. Educational Research in Universal Sciences, 2(5), 159-162.
14. Zarifova , D. O. qizi. (2023). SHARQ GRAFIKA SAN'ATIDA MAISHIY JANRNING O'RGANILISHI. Innovative Development in Educational Activities, 2(9), 57-62. Retrieved from <https://openidea.uz/index.php/idea/article/view/1259>
15. Шаматов И.Я. и др. Эндоскопическая диагностика: новые возможности щадящих хирургических операций в полости носа и глотки // Инновационные механизмы решения проблем научного развития, 2016. С. 186-189.
16. Самиева Г.У. и др. Состояние клеточного и гуморального звеньев иммунитета у детей с острым первичным и рецидивирующим ларинготрахеитом // Мухаррир минбари менежмент ва маркетинг, 2005.