

СЛУЧАЙ ОСТРОГО ДЕСТРУКТИВНОГО СКВАМИТА, ОСЛОЖНЕННОГО ЭПИДУРАЛЬНЫМ АБСЦЕССОМ

Ш. Алиев¹,
В. Шпотин^{1,2}, доктор медицинских наук,
В. Сайдулаев²,
Д. Фернандо^{1,2}, кандидат медицинских наук,
А. Гостюнин²

¹Астраханский государственный медицинский университет

²Астраханский филиал ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»

E-mail: sultan070487@mail.ru

Приводится описание редкого клинического наблюдения острого атипичного мастоидита (сквамита) с развитием остеомиелита чешуи височной кости, осложненного эпидуральным абсцессом, в сочетании с острым гнойным гемисинуситом.

Ключевые слова: оториноларингология, сквамит, атипичный мастоидит, эпидуральный абсцесс, компьютерная томография.

Осложнения среднего отита (интратемпоральные и экстракраниальные) в доантибиотиковую эру были широко распространены и часто заканчивались смертельным исходом [5]. Благодаря использованию антибиотиков эти осложнения стали значительно более редкими, а манифестация их клинической картины стала скрытой и атипичной [7, 9]. По литературным данным, частота экстракраниальных осложнений составляет около 0,8% [6], мастоидит осложняет течение среднего отита не более чем в 0,15–1,0% случаев [1]. Атипичные формы мастоидита в наши дни казуистичны, встречаются в основном в пожилом возрасте, у больных с измененной общей и местной реактивностью, сахарным диабетом, при некротическом отите, нерациональном применении антибиотиков.

В соответствии со степенью и характером пневматизации сосцевидного отростка (его скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные, перилабиринтные ячейки) патологический процесс в нем может распространяться на те или иные ячейки с развитием нехарактерных симптомов [2]. Особенно своеобразным течением характеризуется верхушечно-шейный мастоидит. Прорыв гноя в области верхушки сосцевидного отростка может происходить на его внутренней или наружной поверхности (мастоидиты Бецоляда, Чителли, Муре, Орлеанского) [3, 4, 12]. При переходе воспалительного процесса на скуловые ячейки сосцевидного отростка возникает зигоматит, который характеризуется болезненностью и инфильтрацией в области скулового отростка височной кости. В зарубежной литературе субпериостальный абсцесс скулового отростка носит название абсцесса Люка [10, 11]. Петрозит – наиболее тяжелая форма атипичного мастоидита, при котором в патологический процесс вовлекаются воздухоносные клетки пирамиды височной кости. Для этой формы мастои-

дита характерен синдром Градениго (гнойное воспаление среднего уха, паралич наружной прямой мышцы глаза, тригеминальная невралгия) [8]. Сквамит встречается значительно реже и характеризуется поражением воздухоносных клеток в области чешуи височной кости. Лечение при развитии атипичных форм мастоидита в большинстве случаев хирургическое.

Приводим собственное наблюдение редкого клинического случая атипичного мастоидита (сквамита) с развитием остеомиелита чешуи височной кости, осложненного эпидуральным абсцессом, в сочетании с острым гнойным гемисинуситом.

***Пациентка С.**, 61 года, госпитализирована в экстренном порядке в отоларингологическое отделение ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» в августе 2016 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, заложенность носа, гнойные выделения из левой его половины, повышение температуры тела до субфебрильной. Со слов пациентки, заболела около 2 нед назад. За медицинской помощью не обращалась. Систематически злоупотребляет алкоголем.*

На момент поступления пациентка в сознании, хотя несколько заторможена, во времени и пространстве ориентирована, на вопросы отвечает правильно, но с заметной задержкой. Температура тела 37,6°C. Вестибулярных расстройств, нистагма, признаков раздражения мозговых оболочек и очаговых неврологических симптомов не выявлено. Внутренние органы – без особенностей.

***ЛОР-статус:** наружный нос правильной формы. Носовая перегородка приближена к средней линии. Нижние носовые раковины отечны. Слизистая оболочка полости носа резко гиперемирована, отечна. В левой половине носа обильное гнойное отделяемое. Дыхание носом затруднено. Носоглотка свободна, слизистая оболочка глотки обычной окраски. Нёбные миндалины – за нёбными дужками, налета нет. В лакунах чисто. Углочелюстные лимфатические узлы шеи не пальпируются. Горлань при непрямой ларингоскопии: надгортанник обычной формы. Голосовые складки белые, ровные, при фонации подвижны. Голосовая щель широкая.*

***Уши:** правое – в наружном слуховом проходе обильное гнойное отделяемое с резким гнилостным запахом. Нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода в костной его части (симптом Schwartze). Барабанная перепонка резко гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные контуры сглажены. Центральная перфорация барабанной перепонки (диаметром до 2 мм), отчетливо виден пульсирующий рефлекс. Результаты аудиометрии: шепотная речь (ШР) – 0 м, разговорная речь (РР) – 2 м. Кпереди и сверху от ушной раковины – объемный малоблезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Левое ухо: наружный слуховой проход свободный, барабанная перепонка серая, с четкими контурами. Слух (ШР) – 6 м.*

Данные компьютерной томографии (КТ): сосцевидные отростки пневматического типа строения. Справа ячейки сосцевидного отростка заполнены пато-

логическим 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. 1, 2). В левых верхнечелюстной, фронтальной и решетчатой пазухах определяется патологический субстрат со снижением пневматизации и уровнями жидкости.

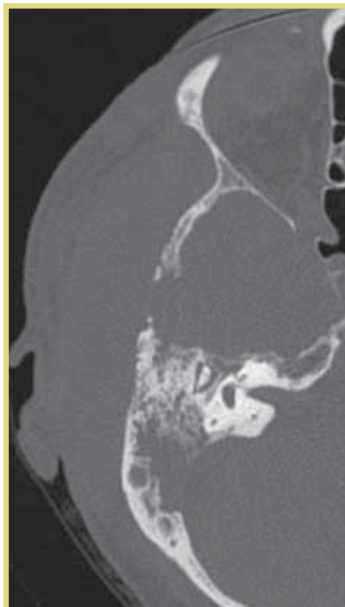


Рис. 1. КТ правой височной кости больной С. Аксиальная проекция. Ячейки сосцевидного отростка заполнены патологическим субстратом. Перисинуозные воздухоносные клетки разрушены. В области чешуи височной кости — деструктивный процесс с обнажением твердой мозговой оболочки

Клинический диагноз: правосторонний острый гнойный мастоидит; острый деструктивный скваммит; субпериостальный абсцесс; эпидуральный абсцесс; левосторонний острый гнойный гемисинусит.

По экстренным показаниям под интубационным наркозом заушным доступом выполнена антромастоидотомия. 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 на-

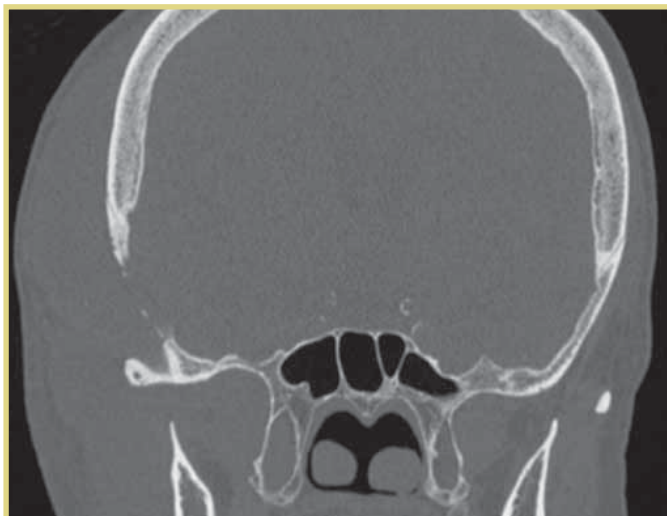


Рис. 2. То же наблюдение. КТ височных костей. Фронтальная проекция. В области чешуи правой височной кости — деструктивный процесс с обнажением твердой мозговой оболочки

правлениях — получена венозная кровь. Далее выполнен поперечный разрез в проекции инфильтрата. После разреза фасции и височной мышцы получено 30 мл гнойного отделяемого с резким гнилостным запахом. Под височной мышцей визуализирован участок деструкции чешуи височной кости с множеством клеток, заполненных гноем; костные перемычки между ними деструктивно изменены. Патологически измененная костная ткань удалена 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 (рис. 3, а). Выполнена катетеризация верхнечелюстной и лобной пазух слева.

Течение послеоперационного периода гладкое. Больная получала инфузионную дезинтоксикационную терапию, антибиотики (цефтриаксон внутримышечно + ципрофлоксацин внутривенно), противовоспалительные и десенсибилизирующие препараты. Ежедневно — перевязки с промыванием послеоперационных полостей и туалетом ран. Дренажные трубки удалены на 7–9-е сутки, швы с послеоперационных ран сняты на 9-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии на 14-е сутки после операции.

При осмотре перед выпиской: заживление ран первичным натяжением (см. рис. 3, б). Наружный слуховой проход справа свободный, отделяемого нет. Барабанная перепонка — с краевой гиперемией, опознавательные контуры четкие, перфорация закрылась. ШР — 5 м, РР > 6 м.

Поводом для публикации данного сообщения явилась крайне редкая встречаемость такой атипичной формы деструктивного мастоидита, как скваммит. КТ височных костей позволила установить распространенность патологического процесса, визуализировать бессимптомные осложнения (эпидуральный абсцесс) и выбрать необходимый объем оперативного вмешательства.

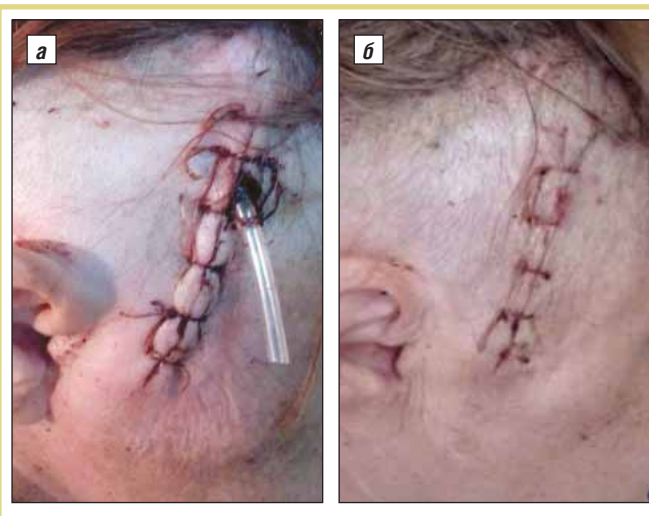


Рис. 3. То же наблюдение: а — состояние послеоперационной раны на 3-и, б — на 9-е сутки после операции; дренажные трубки и швы удалены; рана заживает первичным натяжением

Литература

1. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Туровский А.Б. и др. Осложнения острого среднего отита // Лечебное дело. – 2007; 4: 3–10.
2. Пальчун В.Т. Оториноларингология: национальное руководство / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 960 с.
3. Рыжикова К.В., Субботина Т.П., Лагунова М.В. и др. Диагностика абсцесса Чителли с помощью ультразвукового сканирования // Вестн. оториноларингол. – 2015; 3 (80): 61–2.
4. Spiegel J., Lustig L., Lee K. et al. Schindler Contemporary presentation and management of a spectrum of mastoid abscesses // Laryngoscope. – 1998; 108 (6): 822–8.
5. Govea-Camacho L., Pérez-Ramirez R., Cornejo-Suárez A. et al. Diagnosis and treatment of the complications of otitis media in adults. Case series and literature review // Cir. Cir. – 2016; 84 (5): 398–404.
6. Maranhao A., Andrade J., Godofredo V. et al. Epidemiology of intratemporal complications of otitis media // Arch. Otorhinolaryngol. – 2014; 18 (2): 178–83.
7. Hu C., He G., Liang C. Clinical analysis of otogenic extracranial and intracranial complications // Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi. – 2015; 29 (10): 903–5.
8. Jensen P., Hansen M., Møller M. et al. The Forgotten Syndrome? Four Cases of Gradenigo's Syndrome and a Review of the Literature // Strabismus. – 2016; 24 (1): 21–7.
9. Lin Y., Lin M. Bezold abscess // Ear Nose Throat J. – 2015; 94 (6): 45–6.
10. Scrafton D., Qureshi A., Nogueira C. et al. Luc's abscess as an unlucky complication of mastoiditis // Ann. R. Coll. Surg. Engl. – 2014; 96 (5): 28–30.
11. Zamzil Amin Ashf'ari, Muhammad Izani Shiyuti, Muhammad Zihni. Luc's Abscess: A reminder of a potential complication of otitis media // Brunei Int. Med. J. – 2012; 8 (5): 261–4.
12. Patel N., Goodman J., Singh A. Bezold's abscess in the setting of untreated HIV infection // Laryngoscope. – 2010; 120 (Suppl. 4): 134.

A CASE OF ACUTE DESTRUCTIVE SQUAMATIS COMPLICATED BY EPIDURAL ABSCESS

Sh. Aliev¹; V. Shpotin^{1,2}, MD; V. Saidulaev², D. Fernando^{1,2}, Candidate of Medical Sciences; A. Gostyunin²

¹Astrakhan State Medical University

²Astrakhan Branch, Otorhinolaryngology Research and Clinical Center, Federal Biomedical Agency of Russia

The paper describes a rare clinical case of atypical acute mastoiditis (squamatitis) with the development of temporal squama osteomyelitis complicated by epidural abscess concurrent with acute purulent hemisinusitis.

Key words: otorhinolaryngology, squamatitis, atypical mastoiditis, epidural abscess, computed tomography.