

РЕДКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ГНОЙНОГО ДЕСТРУКТИВНОГО ЗИГОМАТИЦИТА

Ш. Алиев¹,
В. Шпотин^{1,2}, доктор медицинских наук,
В. Сайдулаев²,
У. Эдильсултанов¹

¹Астраханский государственный медицинский университет

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

E-mail: sultan070487@mail.ru

Зигоматитит – крайне редкое осложнение острого гнойного среднего отита. В представленном наблюдении данное осложнение сочеталось с развитием остеомиелита скулового отростка височной кости.

Ключевые слова: оториноларингология, зигоматитит, атипичный мастоидит, субпериостальный абсцесс, компьютерная томография.

Зигоматитит – одним из редких (экстракраниальных) осложнений острого гнойного среднего отита – относится к атипичным мастоидитам [1]. Встречается при обширной пневматизации височной кости с развитыми воздухоносными клетками в скуловом отростке [2].

Е. Bezold одним из первых описал абсцесс в височной области с деструкцией скулового отростка [3]. В зарубежной литературе субпериостальный абсцесс в области скулового отростка носит название абсцесса Люка по имени врача, подробно описавшего в 1900 г. клинику зигоматитита [4]. Вследствие редкой встречаемости данной патологии ее диагностика бывает поздней [5]. Лечение при атипичных мастоидитах хирургическое; оно направлено на элиминацию гнойного очага с дренированием области абсцесса [1].

Приводим редкое клиническое наблюдение – случай атипичного мастоидита (зигоматитит), осложненного субпериостальным абсцессом области скуловой кости.

Пациентка С., 59 лет, госпитализирована в экстренном порядке в отоларингологическое отделение ГБУЗ АО «Александро-Мариинская областная клиническая больница» в октябре 2016 г. Жалобы при поступлении на боль в левом ухе, иррадиирующей в скулу; отек и пастозность мягких тканей в области левого виска; отек век левого глаза; повышение температуры тела до фебрильной.

Заболела около 4 нед назад; 3 нед назад обратилась к оториноларингологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на заложенность и боль в левом ухе, снижение слуха на него, головную боль. Перечисленные жалобы появились после перенесенной острой респираторной вирусной инфекции. В поликлинике была назначена топическая антибактериальная терапия. Несмотря на проводимую консервативную терапию, состояние пациентки прогрессирующе ухудшалось. За 5 дней до госпитализации у пациентки появились отек,



Рис. 1. КТ левой височной кости пациентки С., аксиальная проекция. В области корня скулового отростка височной кости – патологическая полость, заполненная мягкотканым субстратом, местами прослеживается деструкция наружного кортикального слоя (стрелка)



Рис. 2. То же наблюдение. Кпереди и кверху от левой ушной раковины – выраженный инфильтрат; реактивный отек век левого глаза

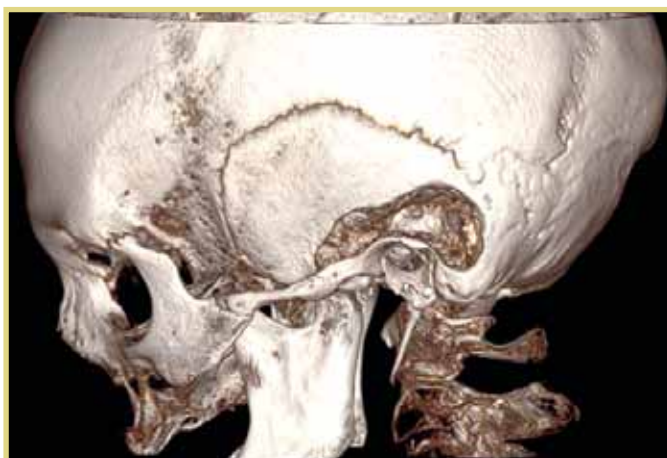


Рис. 3. 3D-реконструкция области левой височной кости. Послеоперационная полость через 3 мес после операции

пастозность и гиперемия кожи височной области слева, отек век левого глаза, температура тела повысилась до 38,6°C.

На момент поступления пациентка в сознании, хотя и несколько заторможена. Во времени и пространстве ориентирована, на вопросы отвечает правильно, но с некоторой задержкой. Температура тела 38,2°C. Вестибулярных расстройств, нистагма, признаков раздражения мозговых оболочек и очаговых неврологических симптомов не выявлено. Соматический статус спокойный.

ЛОР-статус. Наружный нос правильной формы. Носовая перегородка приближена к средней линии. Нижние носовые раковины не увеличены. Слизистая оболочка розового цвета. Дыхание носом не затруднено. Носоглотка свободна, слизистая оболочка глотки обычной окраски. Нёбные миндалины – за нёбными дужками, налетов нет. В лакунах чисто. Переднечелюстные лимфатические узлы не пальпируются. Гортань при непрямой ларингоскопии: надгортанник обычной формы. Голосовые складки белые, ровные, при фонации подвижны. Головова щель широкая.

Левое ухо: наружный слуховой проход свободный. Нависание задневерхней стенки наружного слухового прохода в костной его части (симптом Schwartze). Барабанная перепонка резко гиперемирована, инфильтрирована, опознавательные контуры сглажены. Перфорации не выявлено. Шепотная речь (ШР) – 0 м, разговорная речь (РР) – 1 м. Кпереди и кверху от левой ушной раковины имеется объемный малоблезненный инфильтрат с флюктуацией в центре. Определяется выраженный отек век левого глаза, практически полностью закрывающий его (рис. 1).

Правое ухо: наружный слуховой проход свободный, барабанная перепонка серая, с четкими контурами. Слух: ШР – 6 м.

Данные компьютерной томографии (КТ) от 04.10.2016: 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 (рис. 2).

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 антростома. В сосцевидном отростке обильное гнойное отделяемое с гнилостным запахом, остеодеструкция с формированием патологической полости. Далее операционное поле расширено за счет разреза, который продолжен параллельно скуловому отростку слева в проекции инфильтрата. После разреза фасции и височной мышцы получено около 10 мл гнойного отделяемого с резким гнилостным запахом. В проекции скулового отростка визуализированы 2 участка деструкции, откуда также поступает гнойное отделяемое. В скуловом отростке множество клеток, заполненных гноем, костные перемычки между ними разрушены. Патологически измененная костная ткань удалена фрезами и костными ложками. Сформирована общая послеоперационная полость сосцевидного отростка и скулового отростка височной кости слева (рис. 3). Рана ушита послойно с установкой трубчатых дренажей в антростоидальную полость и в область скулового отростка височной кости.

Послеоперационный период протекал гладко. Пациентка получала антибактериальную, дезинтоксикационную терапию. Ежедневно проводились перевязки с промыванием послеоперационной полости антисептиками и туалетом раны. Дренажные трубки удалены на 8-е сутки. Швы с послеоперационной раны удалены на 9-е сутки. Выписана в удовлетворительном состоянии на 13-е сутки после операции.

При осмотре перед выпиской: заживление раны первичным натяжением. Наружный слуховой проход слева свободный, отделяемого нет. Барабанная перепонка – с краевой гиперемией, опознавательные контуры сохранены, перфорации нет. ШР – 4 м, РР > 6 м.

Поводом для данного сообщения явилась крайняя редкость такой атипичной формы деструктивного мастоидита, как зигоматит. КТ височных костей позволила установить распространенность патологического процесса, визуализировать область деструктивных изменений и выбрать необходимый объем оперативного вмешательства.

Литература

1. Weiss I., Marom T., Goldfarb A. et al. Luc's abscess: the return of an old fellow // *Otol. Neurotol.* – 2010; 31 (5): 776–9.
2. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии / М.: Медицина, 1981; с. 365.
3. Guo Y., Tsai T., Shiao A. Managements of complicated otitic abscess // *J. Chin Med. Assoc.* – 2003; 66: 621–6.
4. Luc H. The sub-periosteal temporal abscess of otic origin without intraosseous suppuration // *Laryngoscope.* – 1913; 23: 999–1003.
5. Nilam Sathe. Zygomatic abscess as a complication of otitis media / Nilam Sathe // *Natl. J. Maxillofac. Surg* – 2011; 2 (2): 181–3.

A RARE CASE OF ACUTE PURULENT DESTRUCTIVE ZYGOMATIC ABSCESS

Sh. Aliev¹; V. Shpotin^{1,2}, MD; V. Saidulaev²; U. Edilsultanov¹

¹Astrakhan State Medical University

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

Zygomatic abscess is a very rare complication of acute suppurative otitis media. In the present case, this complication was concurrent with the development of osteomyelitis of the zygomatic process of the temporal bone.

Key words: zygomatic abscess, atypical mastoiditis, subperiosteal abscess, computed tomography.