



2. Калинин А. В. Клиническая картина, диагностика и лечение опухолей АПУД-системы // Рос. журн. гастроэнтерологии, гепатологии. 1997. – № 3. – С. 36–41.
3. Онкология / Под ред. В. И. Чисов, С. Л. Дарьялова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009. – 560 с.
4. Пачес А. И. Опухоли головы и шеи. – М., 2000. – 416 с.
5. Симоненко В. Б. Карциноидные опухоли // Клинич. медицина. 1998. – № 12. – С. 57–59.
6. Badie V. Neurosurgical operative atlas // Neuro-oncology. – Thieme medical publishers, 2007. – 368 p.
7. Shah J. P., Pattel S. G. Head and neck surgery and oncology // Mosby. – New York, 2003. – P. 589–633.

**Виноградов** Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, вед. н. с. отдела ЛОР-онкологии НКЦ Оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Решульский** Сергей Сергеевич – мл. н. с. отдела патологии глотки и носа НКЦ оториноларингологии. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15; **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. мед. наук, зав. ЛОР-отделением клинической больницы № 86. 123098, Москва, ул. Гамалеи, д. 15.

УДК:616.284–002.258-06

## **ГИГАНТСКАЯ ХОЛЕСТЕАТОМА, ПРИВЕДШАЯ К РАЗРУШЕНИЮ КОСТНЫХ СТРУКТУР НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА, ГРАНИ ПИРАМИДЫ, РАЗВИТИЮ ЭКСТРАДУРАЛЬНОГО АБСЦЕССА И ГРАНУЛЯЦИОННОГО НАРУЖНОГО ОТИТА**

**Г. А. Гаджимирзаев, Р. Г. Гаджимирзаева, П. А. Абасова**

## **HUGE CHOLESTEATOMA, LED TO DESTRUCTION OF BONE STRUCTURES EXTERNAL AND A MIDDLE EAR, TO A PYRAMID SIDE, DEVELOPMENT POSITIVE EXTRADURAL AN ABSCESS AND GRANULATION AN EXTERNAL OTITIS**

**G. A. Gadzhimirzaev, R. G. Gadzhimirzaeva, P. A. Abasova**

*ГБОУ ВПО «Дагестанская государственная медицинская академия», Махачкала  
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. А. Гаджимирзаев)*

Авторы представляют случай гигантской холестеатомы, приведшей к разрушению костных структур наружного и среднего уха, грани пирамиды, крыши антрума и барабанной полости, развитию экстрадурального абсцесса средней черепной ямки и грануляционного наружного отита.

**Ключевые слова:** Хронический гнойный средний отит, холестеатома, экстрадуральный абсцесс, грануляционный наружный отит.

**Библиография:** 2 источника.

Authors represent a case huge cholesteatoma, led to destruction of bone structures external and a middle ear, a side of a pyramid, a roof antrum and to a drum-type cavity, development extradural an abscess of an average cranial pole and granulation an external otitis.

**Key words:** chronic purulent average otitis, cholesteatoma, extradural an abscess, granulation an external otitis.

**Bibliography:** 2 sources.

По данным современных отомикрохирургов, холестеатома встречается не только при хронических гнойных эпитимпанитах, но и при мезотимпанитах. У больных, подвергнутых тимпанопластике, в 80% случаев были обнаружены холестеатомные образования, располагавшиеся в пространствах Пруссак и в межрубцовых щелях барабанной полости [2]. В литературе периодически появляются сообщения о наблюдениях холестеатомы, выходящей за пределы полостей среднего уха [1].

Мы наблюдали больную с распространением холестеатомного процесса в наружное и среднее ухо с разрушением грани пирамиды и некоторыми клинико-диагностическими особенностями.



Больная Д., 39 лет, поступила в ЛОР-клинику 08.09.2011 г. с жалобами на гноетечение и снижение слуха на правое ухо, головную боль. Гноетечением из уха страдает с детства, лечилась нерегулярно, преимущественно различными «каплями для уха». Поступила в ЛОР-клинику с диагнозом: обострение правостороннего хронического гнойного среднего отита, новообразование наружного уха? При поступлении состояние больной удовлетворительное. Кожа и видимые слизистые оболочки естественной окраски, тоны сердца чистые, пульс 70 ударов в минуту, удовлетворительного наполнения, ритмичный. В легких везикулярное дыхание, живот мягкий, безболезненный. АД 110/70 мм рт. ст., температура тела нормальная.

Наружный слуховой проход справа закрыт за счет инфильтрации мягких тканей слухового прохода и округлых мягкотканых образований с ровными контурами, исходящих из нижней, задней и верхней стенок слухового прохода. При отдавливании этих образований узким распатором, через щель суженного слухового прохода определяются белесоватого цвета массы и гнойное отделяемое с запахом. Визуализировать глубокие отделы не представлялось возможным из-за воспалительного отека. Область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и надавливание его безболезненна. Признаков нарушения функций черепных нервов нет, менингеальные симптомы отсутствуют. Другие ЛОР-органы без изменений.

Правым ухом разговорную речь воспринимает на расстоянии 0,5 м, на тональной аудиограмме определяется смешанная тугоухость справа с повышением порогов воздушной проводимости до 40 дБ. На рентгенограмме височных костей левый сосцевидный отросток пневматического типа, справа – большая полость (диаметром 4,5–5 см), расположенная в области пещеры и надбарабанного пространства, с распространением до средней черепной ямки.

Анализ крови: Hb – 137 г/л, СОЭ – 10 мм/ч, Л –  $5,0 \times 10^9$ /л. В анализе мочи изменений нет. Посев гноя из слухового прохода дал рост *St. epidermidis* и незначительный рост дрожжеподобных грибов, чувствительных к ципрофлоксацину, амфотерицину, клотримазолу. Гистологическое изучение тканей опухолевидных образований наружного слухового прохода выявил: грануляционная ткань с массивным лимфолейкоцитарным воспалительным инфильтратом. Атипических клеток не обнаружено.

Под интубационным наркозом произведена операция на правом ухе с заушным разрезом. После вскрытия выяснилось, что разрушены задняя, частично передняя костные стенки слухового прохода, латеральная стенка аттика. Крыша антрума и барабанной полости разрушены патологическим процессом в пределах 4,5×5 см. Обнаженный участок твердой мозговой оболочки утолщен, имеет грязно-серый цвет. Грани пирамиды были значительно разрушены, холестеатомные массы распространялись в сторону наружного слухового прохода и прилегали к твердой мозговой оболочке. Холестеатома вместе с капсулой удалена целиком (рис.). Резецирован участок кожи слухового прохода с грануляциями. Произведено промывание операционной полости физиологическим раствором, 3%-ным раствором перекиси водорода и 0,01%-ным раствором

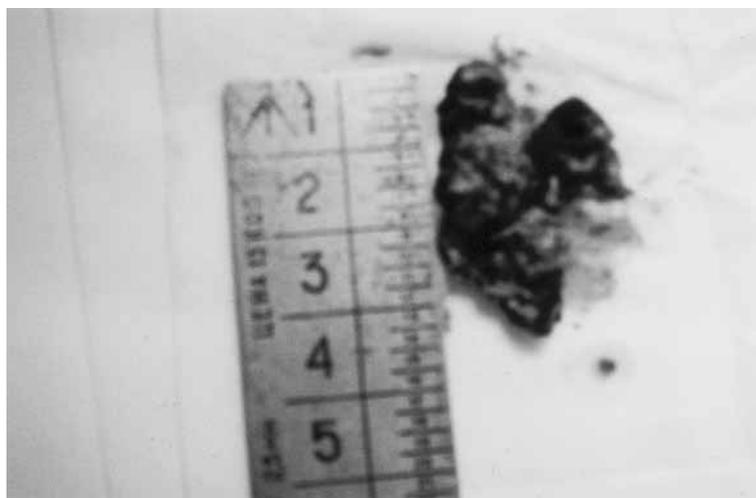


Рис. Макропрепарат удаленной холестеатомы



*мирамистина. Больная выписана на амбулаторное долечивание с неполной эпидермизацией послеоперационной полости.*

Особенностью данного наблюдения является распространение холестеатомы в сторону наружного слухового прохода и полости черепа с частичным разрушением костной части наружного слухового прохода и пирамиды височной кости, развитием грануляционного наружного отита, требовавшего дифференциации с новообразованием. С клинической точки зрения интересно отметить также, что, несмотря на значительные костные разрушения в области среднего уха, канал лицевого нерва остался устойчивым к агрессивному росту холестеатомы.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Калина В. О., Ростовцева Т. В., Фирфарова О. В. Наблюдение холестеатомы сосцевидного отростка травматического происхождения // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1965. – № 4. – С. 83–84.
2. Преображенский Ю. Б. Тимпанопластика. – М.: Медицина, 1973. – 296 с.

**Гаджимирзаев** Гаджимурад Абдусаматович – докт. мед. наук, профессор, зав. каф. оториноларингологии Дагестанской ГМА. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 2, тел.: 8(8722) 67-75-75; **Гаджимирзаева** Раисат Гаджимурадовна – канд. мед. наук, асс. ЛОР-кафедры. 367000, Махачкала, пл. Ленина, д. 2; **Абасова** Патимат Альбуриевна – врач-оториноларинголог. 367000, Махачкала, ул. Некрасова, д. 8, кв. 14.