



С утра 14.09.2011 г. состояние ребенка резко ухудшилось, в 6.00 зафиксирована остановка дыхания, начаты реанимационные мероприятия – без эффекта. В 06.30 14.09.2011 г констатирована биологическая смерть.

Посмертно диагноз бешенства подтвержден результатами вскрытия, исследованием фрагментов головного мозга методом ПЦР на наличие РНК-вируса, биологической пробой.

После смерти ребенка решением эпидемиологической комиссии по разбору случая все лица, контактировавшие с больной (врачи, в том числе 2 оториноларинголога, медицинский персонал, члены семьи – всего 14 человек), направлены на лечебно-профилактическую антирабическую иммунизацию.

ЛИТЕРАТУРА

1. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2010.
2. Овчинников Ю. М. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1988.
3. Пальчун В. Т., Магомедов М. М., Лучихин Л. А. Оториноларингология. – М.: Медицина, 2002.
4. Пальчун В. Т., Лучихин Л. А., Крюков А. И. Воспалительные заболевания глотки. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.
5. Руководство по инфекционным болезням / Под ред. В. М. Семенова. – М.: Медицинское информационное агентство, 2009.
6. Темкин Я. С., Лихачев А. Г., Преображенский Б. С. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медгиз, 1947.
7. Фельдман А. И., Вульфсон С. И. Болезни уха и верхних дыхательных путей в детском возрасте. – М.: Медгиз, 1957.
8. Шустер М. А., Калина В. О., Чумаков Ф. И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989.

Гербергаген Артем Викторович – оториноларинголог ЛОР-отделения Подольской городской клинической больницы. 142100, Московская область, г. Подольск, ул. Кирова, д. 38, тел.: 8-4967-54-55-72.

УДК: 616.288.6-089.844:616.284-002.258

ХОЛЕСТЕРОЛОВАЯ ГРАНУЛЕМА ПЕЩЕРЫ СОСЦЕВИДНОГО ОТРОСТКА С ИНТРАКРАНИАЛЬНЫМ РОСТОМ

И. Т. Мухамедов, Ш. М. Ахмедов, Г. А. Полев, З. Б. Агаронова

MASTOID CHOLESTEROL GRANULOMA WITH INTRACRANIAL INVASION

I. T. Muhamedov, S. M. Ahmedov, G. A. Polev, Z. B. Agaronova

*ФГБУ «Научно-клинический центр оториноларингологии ФМБА России»
(Директор – проф. Н. А. Дайхес)*

Холестероловая гранулема (ХГ) может поражать любой пневматизированный отдел височной кости, однако крупные костные дефекты вследствие экспансивного роста этого доброкачественного новообразования весьма редки. Представлено клиническое наблюдение молодого пациента с хроническим двусторонним средним отитом в анамнезе. По данным компьютерной томографии: объемное образование, занимающее всю пещеру сосцевидного отростка, с дефектом латеральной стенки сосцевидного отростка, а также дефектом крыши антрума и стенки левой средней черепной ямки приблизительно 12х8 мм. Провести дифференциальный диагноз мягкотканых образований височной кости на предоперационном этапе позволяет магнитно-резонансная томография.

Ключевые слова: холестероловая гранулема, височная кость, хронический гнойный средний отит.

Библиография: 9 источников

Cholesterol granuloma may involve any pneumatized compartment of temporal bone, extensive bone defects due to the expansive growth of this benign lesion are rare though. We report a case report of a young patient with a history of bilateral chronic otitis media. The CT-findings were as follows: gross



lesion filling antrum mastoideum with its lateral and upper walls bony defects, the latter up to 12x8 mm in diameter. MRI is useful to differentiate soft-tissue lesions of temporal bone on pre-operative stage.

Key words: cholesterol granuloma, temporal bone, chronic otitis media.

Bibliography: 9 sources.

Гистологический термин «холестероловая гранулема» («холестериновая гранулема», «холестероловая киста») используется для описания ответной реакции тканей на инородное тело в виде кристаллов холестерина [2, 8]. Холестероловая гранулема (далее ХГ) может быть обнаружена в любом месте человеческого организма, где накапливаются кристаллы холестерина [7]. Она может поражать любой пневматизированный отдел височной кости, но наиболее часто встречается в вершущке каменистой части [4, 6]. Ведущими патогенетическими факторами в образовании ХГ являются нарушение аэрации и дренирования комплекса воздухоносных ячеек височной кости, а также кровотечение [6]. Экстравазация крови с последующей деградацией гемоглобина приводит к образованию и накоплению кристаллов холестерина [2, 8]. Кристаллы холестерина являются высокоирритантными инородными телами, что стимулирует гигантские клетки к образованию гигантоклеточной гранулемы [8]. Клинически ХГ височной кости может проявляться следующими формами [1]: в сочетании с хроническим средним отитом (в особенности с холестеатомой), идиопатический гематотимпанум или локализованное поражение полости среднего уха, пещеры сосцевидного отростка, наружного слухового прохода или вершущки каменистой части височной кости [6]. Этот процесс часто протекает с остеоитом, резорбцией кости, хотя крупные костные дефекты весьма редки. В большинстве случаев начальная фаза протекает субклинически, что делает данную нозологию весьма опасной, ибо не редко она диагностируется на основе осложнений, которые уже произошли. Например, в случае самой частой локализации – каменистой части височной кости – нередко патология дебютирует неврологическим дефицитом черепно-мозговых нервов [9].

Клиническое наблюдение.

Пациент А., 20 лет, с хроническим двусторонним средним отитом в анамнезе поступил с жалобами на снижение слуха на оба уха, периодическое отделяемое из правого уха. Из анамнеза известно, что 8 лет назад пациенту произведена радикальная операция на правом ухе. Пациент госпитализирован для обследования, планировалась реоперация на правом ухе. По данным компьютерной томографии: объемное образование, занимающее всю пещеру сосцевидного отростка, с дефектом латеральной стенки сосцевидного отростка, а также дефектом крыши антрума и стенки левой средней черепной ямки приблизительно 12x8 мм (рис. 1).

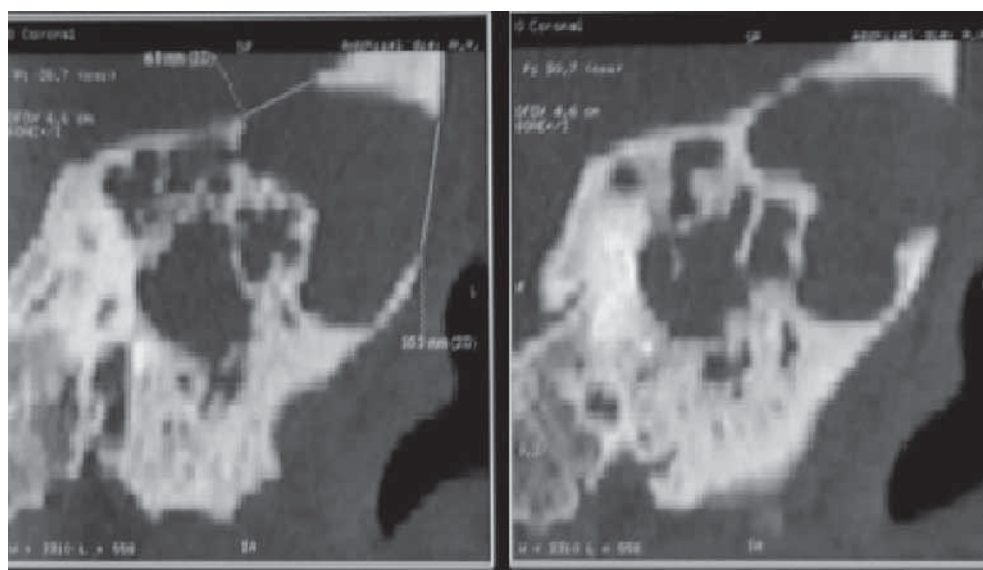


Рис. 1. Компьютерная томография левой височной кости. Определяется тотальное заполнение полости сосцевидного отростка мягкотканым образованием с деструкцией латеральной и верхней стенок сосцевидного отростка.

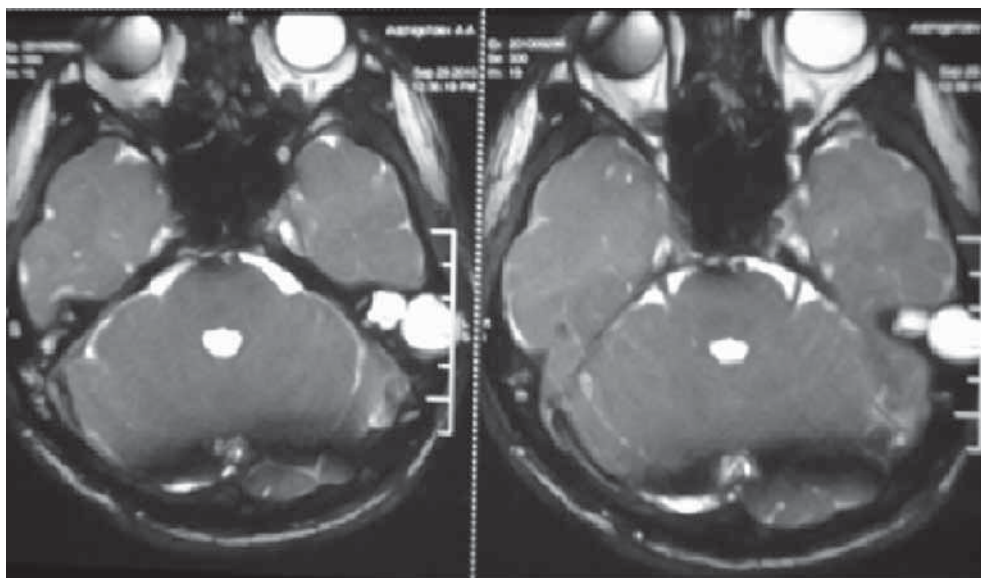


Рис. 2. Магнитно-резонансная томография черепа в горизонтальной плоскости. На T2-взвешенном изображении визуализируется округлое образование с ровными, четкими контурами, дающее гиперинтенсивный сигнал.

По данным МРТ (рис. 2): образование полости сосцевидного отростка с гиперинтенсивным сигналом на T1- и T2-взвешенных изображениях с признаками доброкачественной деструкции латеральной и верхней стенок сосцевидного отростка по типу резорбции кости под давлением. Характерными признаками холестеатомной гранулемы на МРТ являются ровные четкие контуры образования с гиперинтенсивным сигналом на T1- и T2-взвешенных изображениях, тонкой прослойкой гипоинтенсивного сигнала по периферии образования, что соответствует стенке гранулемы. МРТ позволяет провести дифференциальный диагноз мягкотканых образований височной кости, позволяет отличить ХГ от холестеатомы (изо- или гипоинтенсивный сигнал в T1-режиме) [3].

Пациенту произведена мастоидэктомия, полное удаление патологического образования, обнаружены дефекты латеральной стенки полости сосцевидного отростка (рис. 3), крыши антрума, блок *aditus ad antrum* устранен, таким образом, восстановлена аэрация сосцевидной полости. При тимпанотомии патологии в полости среднего уха не обнаружено. Одномоментно произведена пластика кортикального слоя латеральной стенки сосцевидного отростка остеопластическим материалом «Перфоост», мирингопластика хрящом и надхрящницей. Диагноз ХГ подтвержден гистологически. Послеоперационный период гладкий. Больной выписан под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства.

К особенностям нашего наблюдения следует отнести наличие довольно крупного костного дефекта в сосцевидной полости вследствие экспансивного роста ХГ, своевременность оказания



Рис. 3. Интраоперационный снимок. После отсепаровки мягких тканей от *planius mastoideum* визуализируется дефект латеральной стенки полости сосцевидного отростка, мягкотканое образование грязно-коричневого цвета пролабирует в костный дефект.



хирургической помощи больному до возникновения неврологической симптоматики вследствие роста ХГ в среднюю черепную ямку, важность и необходимость использования возможностей современных методов диагностики на предоперационном этапе, в частности компьютерной и магнитно-резонансной томографии.

ЛИТЕРАТУРА

1. Alaminos D., Gamboa J., Prades J. Cholesterol granuloma in the middle ear // Sade J. editor. Basic aspects of the Eustachian tube and middle ear disease. Conference on the Eustachian tube and middle ear disease. – Genova: Kugler and Ghedini Publications, 1991. – P. 103–109.
2. Browning G. G. Pathology of inflammatory conditions of the external and middle ear // Scott-Brown's Otolaryngology (Ed. Alan G. Kerr). Fifth edition, Butterworth Co., London 1987. – Vol. 3. – P. 75–78.
3. Connor S.E. Imaging of the petrous apex: a pictorial review // The British Journal of Radiology. – 2008. – N 81. – P. 427–435.
4. Gherini S. G., Brackmann, D. E. Cholesterol granuloma of the petrous apex // Laryngoscope. 1985. – N 95. – P. 659–664.
5. Jang C. H. Cholesterol Granuloma of the Tympanic Membrane Presenting as a Blue Eardrum Yonsei // Med. J. – N 50 (4). – 2009. P. 585–587.
6. Latchaw R. E., Dreisbach J. N. Imaging the petrous bone associated intracranial structures. Otolaryngology Head and Neck Surgery (Ed. C.W. Cummings). – Second edition. – Mosby Year Book // St. Louis. – 1993. – Vol. 4. – P. 2736–2737.
7. MacNaughtan I. P. The Chronic Ear. The Aetiology and Treatment of Cholesterol Granuloma in the Middle Ear // Proc. R. Soc. Med. – 1964, Sep. N 57. – P. 767–769.
8. Nager G. T., Vanderveen, T. S. Cholesterol granuloma involving the temporal bone // Ann. Otol. Rhinol. Laryngol. 1976. – N 85. – P. 204–209.
9. Novo Ruiz J. J., Videgain G., Gondra R. Mastoid cholesterol granuloma with intracranial invasion // Acta Otorinolaringol. Esp. 2002, Apr. – N 53 (4). – P. 285–288.

Полев Георгий Александрович – клинический ординатор НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6; тел.: +7-926-178-95-55, e-mail: polev_gor@mail.ru; **Ахмедов** Шамиль Магомедович – канд. мед. наук, ст. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6, тел.: 8-926-111-99-76, e-mail: shamillor@mail.ru; **Агафонова** Зоя Борисовна – мл. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6; тел.: 8-903-219-49-67, e-mail: zoyarabota@yandex.ru; **Мухамедов** Иса Туктарович – докт. мед. наук, вед. н. с. отдела заболеваний среднего уха НКЦ оториноларингологии. 123182, Москва, Волоколамское шоссе, д. 30/6; e-mail: atal1960@mail.ru