



10. Schwartz R. A. (2004) Kaposi sarcoma: an update // J Surg Oncol 87: 146–57.
11. Use of liposomal anthracyclines in Kaposi sarcoma/ S.E.Krown [ et al.] // Semin Oncol 2004, 6, Suppl 13: 36–56.

**Виноградов** Вячеслав Вячеславович – канд. мед. наук, старший научный сотрудник отдела ЛЛО – онкологии ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.; **Решульский** Сергей Сергеевич – млад. науч. сотр. отдела патологии глотки и носа ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, 15. тел. 8-903-547-57-64. E-mail: www.RSS05@mail.ru.; **Галкина** Татьяна Анатольевна – канд. медиц. наук, заведующая ЛОР-отделением ФГУЗ КБ№86 . 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.; **Быкова** Валентина Павловна – докт. мед. наук, профессор, член-корр. Международной Академии оториноларингологии – хирургии головы и шеи, член правления Московского научного общества патологоанатомов, руководитель патологоанатомической лаборатории ФГУ НКЦ оториноларингологии. 123098. г. Москва, ул. Гамалеи, дом 15.

УДК: 612.284-002.5-053.36

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ПЕРВИЧНОГО ТУБЕРКУЛЕЗА СРЕДНЕГО УХА В РАННЕМ ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

**Е. В. Шабалдина, В. П. Тихонюк, Д. Р. Ахтямов, Л. В. Илясова, А. В. Шабалдин**  
**CLINICAL CASE OF A PRIMARY TUBERCULOSIS OF A MIDDLE EAR  
AT EARLY CHILDREN'S AGE**

**E. V. Shabaldina, V. P. Tihonjuk, D. R. Ahtjamov, L. V. Iljasova, A. V. Shabaldin**

ГОУ ВПО Кемеровская государственная медицинская академия

(Зав. каф. оториноларингологии – доц. Е. В. Шабалдина).

ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница

(Главный врач – докт. мед. наук В. Э. Новиков)

*Представлено описание первичного туберкулезного очага в правом среднем ухе у ребенка первого года жизни. Даны рекомендации о дополнительных исследованиях на туберкулез детей с заболеваниями ЛОР-органов, контактирующих с больными открытыми формами туберкулеза.*

**Ключевые слова:** средний отит, туберкулез.

**Библиография:** 1 источник.

*The description of the primary tubercular center in the right middle ear at the child of the first year of life is presented. Recommendations about additional researches on a tuberculosis of children with the chronic average otitis contacting to open forms of a tuberculosis are made.*

**Keywords:** the average otitis, a tuberculosis.

**Bibliography:** 1 source.

Показано, что в настоящее время туберкулез среднего уха составляет 1–5 % от всех случаев хронических гнойных средних отитов. По данным зарубежных авторов этот показатель находится в пределах 0,04–0,35 %. Кроме того, туберкулезное поражение ЛОР-органов преимущественно встречается у взрослых пациентов [1]. Исходя из того, что туберкулез среднего уха у детей достаточно редко встречаемая нозология, представляем клинический случай выявления первичного туберкулезного очага в правом среднем ухе у ребенка первого года жизни.

В клинику ЛОР-болезней Кемеровской областной клинической больницы поступил пациент О., 3 мес., 20 дней. Со слов сопровождающего медицинского работника, ребенок заболел остро, 3 дня назад когда произошло повышение температуры тела до 37,3 °С, появилась вялость, ребенок стал плохо спать и принимать пищу. На следующий день возникла болезненность в заушной области справа и припухлость парааурикулярной области, температура достигла фебрильных цифр. Через сутки пациент санитарной авиацией был доставлен в оториноларингологическое отделение для детей областной клинической больницы г. Кемерово.

Из анамнеза жизни известно: мать пациента находится на лечении в противотуберкулезном диспансере, социально-бытовые условия проживания ребенка неудовлетворительные. Вакцинация БЦЖ в родильном доме не выполнялась.



При объективном осмотре: общее состояние пациента тяжелое за счет выраженного болевого и интоксикационного синдромов (температура тела 38,9 °C). Ребенок был в сознании, но пассивен и плаксив. При специальном исследовании выявлено, что носовое дыхание не затруднено, слизистая оболочка носа незначительно отечна, гиперемии, отделяемого нет. Слизистая оболочка ротоглотки розовая, миндалины обычные. Мимика была симметрична, спонтанного нистагма не было. Заушная область слева не изменена, безболезненна. Слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка серая, несколько вытянута. Справа резкий отек, инфильтрация и болезненность околоушной области, распространяющийся до верхней височной линии кверху, до мочки уха книзу, скуловой кости кпереди и затылочной кзади. Симптом флюктуации положительный. Слуховой проход широкий, свободный. Барабанная перепонка гиперемирована, резко утолщена и инфильтрирована, умеренно напряжена. Околоушные лимфоузлы справа были увеличенными, а при пальпации отмечалось их уплотнение.

Больному в экстренном порядке в условиях перевязочного кабинета под местной анестезией было произведено вскрытие периостального абсцесса справа: получено около 20 мл сливкообразного гноя (отделяемое направлено на микробиологическое исследование). Далее был произведен парацентез справа, получено гнойно-сукровичное отделяемое. Начато проведение массивной антибактериальной (цефалоспорины III поколения, амикацин) и дезинтоксикационной терапии в условиях отделения реанимации. На рентгенографии органов грудной клетки патологии не выявлено. По данным лабораторных исследований была диагностирована анемия средней степени тяжести, что потребовало переливания эритроцитарной массы. Таким образом ребенок был подготовлен для проведения операции по санации среднего уха, которая была выполнена через сутки после поступления.

Под эндотрахеальным наркозом пациенту была произведена антропомия справа. После рассечения мягких тканей заушной области был выявлен очаг гнойно-некротической деструкции, все патологические ткани удалены. Полость полости была выполнена грануляциями, гноем, некротическими массами. Материал взят для гистологического исследования. Далее было произведено расширение входа в полость, осмотр и промывание барабанной полости. В конце операции проведена рыхлая тампонада послеоперационной полости, парацентезное отверстие ревизировано. Наложена асептическая повязка. В послеоперационном периоде ребенку проводились ежедневные двухкратные перевязки, заушная рана велась открытым способом, заживление проходило по типу вторичного натяжения.

На седьмой день после операции произведена отомикроскопия справа, при которой была выявлена деструкция задней стенки костной части слухового прохода, инфильтративно-язвенное поражение барабанной перепонки, что не характерно для типичного течения послеоперационного периода.

По результатам проведенного гистологического исследования выявлено специфическое поражение доставленных тканей туберкулезным процессом. В мазках, полученных при вскрытии периостального абсцесса и сосцевидного отростка, преобладала гемофильная палочка 104.

Ребенок проконсультирован фтизиатром, установившим диагноз: первичный туберкулез правого уха, назначено лечение.

Специфическое лечение в условиях КОКБ проводилось в течение 1 недели, после чего пациент был переведен в противотуберкулезный диспансер для долечивания. При выписке: заушная рана полностью закрылась, околоушная область была спокойной и безболезненной. При отоскопии барабанная перепонка серая, инфильтрация исчезла, перфорация уменьшилась.

В послеоперационном периоде отмечено увеличение сроков заживления раны в 1,5–2 раза, значительное оживление репаративных процессов с началом специфического лечения.

Развитие туберкулезного процесса у этого ребенка вполне вероятно связано с интранатальным инфицированием ЛОР-органов от матери, больной туберкулезом. Далее патологическому процессу способствовали продолжающийся контакт ребенка с носителем туберкулезной инфекции, антисанитарные условия его проживания и не сбалансированное питание по белкам, жирам, углеводам и витаминам. Поэтому необходимо исключать туберкулез ЛОР-органов у детей из асоциальных семей.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Чумаков Ф. И., Дерюгина О. В. ЛОР-органы и туберкулез. М.: Медицина, 2004. 160 с. 97 с.