

Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(2): 34–37

Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(2): 34–37

УДК 616.284.7-002.1-053.2-036.1

ОСТРЫЙ МАСТОИДИТ В ПРАКТИКЕ ДЕТСКОГО ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА: КЛИНИЧЕСКОЕ НАБЛЮДЕНИЕ

Сергей Сергеевич Косарев, Елизавета Алексеевна Пахтанова

Кафедра оториноларингологии

ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России, г. Тверь, Россия

Аннотация. В статье представлено клиническое наблюдение двухмесячной девочки с острым мастоидитом, потребовавшим проведения хирургического лечения. Уникальными особенностями представленного случая являются: очень юный возраст ребенка, стертое начало заболевания и прогрессирование симптомов, что требует исключения краниофациальных пороков развития.

Ключевые слова: острый мастоидит, отит, абсцесс

Для цитирования: Косарев С. С., Пахтанова Е. А. Острый мастоидит в практике детского оториноларинголога: клиническое наблюдение. Верхневолжский медицинский журнал. 2025; 24(2): 34–37

ACUTE MASTOIDITIS IN THE PRACTICE OF A PEDIATRIC OTOLARYNGOLOGIST: CLINICAL OBSERVATION

S. S. Kosarev, E. A. Pakhtanova

Tver State Medical University, Tver, Russia

Abstract. The article presents a clinical observation of a two-month-old girl with acute mastoiditis that required surgical treatment. Unique features of the presented case are: the very young age of the child, the latent onset of the disease and the progression of symptoms, which requires the exclusion of craniofacial malformations.

Key words: acute mastoiditis, otitis media, abscess

For citation: Kosarev S. S., Pakhtanova E. A. Acute mastoiditis in the practice of a pediatric otolaryngologist: clinical observation. Upper Volga Medical Journal. 2025; 24(2): 34–37

Введение

Острый мастоидит (ОМ) представляет собой гнойную инфекцию сосцевидных воздухоносных ячеек с разрушением кости (остеомиелит). Процесс может распространиться на надкостницу и вызвать периостит и вовлечение прилежащих структур, в частности, неврологических и сосудистых образований. В этом отношении осложнения ОМ иногда бывают драматичными и трудно поддаются лечению. Очень важно провести раннюю диагностику и хорошо спланированное и длительное антимикробное или хирургическое лечение для избежания тяжелых осложнений, а иногда и летального исхода [1].

Острый мастоидит является наиболее распространенным осложнением острого среднего отита, возникая в одном из 400 случаев (0,24 %) [2]. Частота ОМ в разных странах варьирует в зависимости от детского возраста, составляя в год от 1,2 до 6,1 случая на 100 000 детей в возрасте 0–14 лет [3].

Основным этиопатогенетическим фактором ОМ является закрытие *aditus ad antrum* из-за отека или грануляционной ткани, что препятствует оттоку гнойного экссудата из воздушных ячеек сосцевидного отростка [4].

Детский возраст, несомненно, наиболее подвержен поражению сосцевидного отростка при инфекциях среднего уха, что обусловлено особыми анатомическими, иммунологическими и инфекционными условиями. В первые годы жизни у детей сосцевидный отросток более пневматизирован, костные трабекулы тонкие, а *aditus ad antrum* меньше, чем у взрослых, поэтому существует большая предрасположенность к накоплению секрета и остеоидной инфекции. Детский возраст часто характеризуется физиологической незрелостью иммунной системы с пиком заболеваемости между вторым и третьим годом жизни. В частности, у детей неселективная антибиотикотерапия может вызывать преобладание ре-

зистентных штаммов бактерий. В исследованиях A. Groth et al. (2012) доказаны различия в развитии ОМ в разном возрасте: у самых маленьких детей наблюдается более быстрая эволюция и более серьезные симптомы заболевания, чем у взрослых [5].

При отсутствии надлежащего лечения ОМ может привести к внечерепным и внутричерепным осложнениям, которые иногда весьма серьезны и даже опасны для жизни. Осложнения особенно часты у детей младше 2 лет, у которых болезнь прогрессирует быстрее и серьезнее [6].

Клиническое наблюдение

Пациентка К. в возрасте 2-х месяцев поступила в Центр детской неврологии г. Твери с жалобами на беспокойство, снижение аппетита, повышение температуры до фебрильных цифр. В клиническом анализе крови выявлены выраженные воспалительные изменения и анемия 2 степени. Поставлен диагноз: подострый менингоэнцефалит. Находилась в отделении в течение 3-х дней.

В связи с наличием припухлости в области левого уха ребенок был направлен на консультацию в ЛОР-отделение детской городской клинической больницы №1.

ЛОР-осмотр: при риноскопии и фарингоскопии патологических изменений не выявлено. При отоскопии справа барабанная перепонка мутная, не контурируется, выбухает. Слева — наблюдается выраженная припухлость в области скуловой кости, при пальпации отмечается флюктуация, на пальпацию реагирует болезненно. В околоушной области инфильтрация, гиперемия. При отоскопии ушная раковина внешне гиперемирована, отечна, форма не изменена. Наружный слуховой проход узкий, отделяемого нет. Барабанная перепонка не визуализируется.

На КТ головного мозга в ячейках височной кости, в барабанной полости слева, в адитусе и антруме слева отмечается значительное количество жидкого содержимого в сочетании с деструкцией свода черепа, чешуйчатой кости и основания пирамиды височной кости. Величина костного дефекта в области свода черепа до 14×12 мм. Отмечается распространение

патологической жидкости в мягкие ткани височной области с формированием скопления размерами до $16 \times 29 \times 18$ мм (рис. 1).

Уставлен диагноз: Острый средний гнойный отит слева, осложненный отоанtritом, субпериостальным абсцессом с деструкцией костей черепа и распространением гнойного процесса на мягкие ткани левой височной области. Острый вторичный менингоэнцефалит неуточненной этиологии. Последствия перинатального гипоксически-ишемического поражения ЦНС 2 степени, синдром мышечной дистонии. Микроцефалия.

Девочка была экстренно госпитализирована в отделение анестезиологии и реанимации (ОАР) ДГКБ №1 с явлениями нарастания отека мягких тканей в околоушной и височной областях слева на фоне сохраняющейся фебрильной температуры тела.

В клиническом анализе крови при поступлении эритроциты $2,29 \times 10^{12}/л$, гемоглобин 67 г/л, гематокрит 0,197 л/л (02:00), что соответствует анемии тяжелой степени. Повышение С-реактивного белка до 30 мг/л. В динамике показатели крови пришли в норму. Общий анализ мочи: цвет светло-желтый, легкая муть, pH 7,2 ед., удельный вес 1008, белок 0,187 г/л, сахар отсутствует, эритроциты 1–2 в п/зрения, лейкоциты 15–18 в п/зрения, плоский эпителий 2–3 в п/зрения, переходный эпителий 7–12 в п/зрения.

Пациентке выполнено экстренная операция: расширенная антротомия с пластикой дефекта твердой мозговой оболочки. Во время операции отмечалась полная деструкция сосцевидного отростка, всех воздухоносных ячеек височной кости, частично скуловой кости, обширный дефект височной кости с обнажением твердой мозговой оболочки.

Дальнейшее лечение продолжено в условиях ОАР, ежедневно проводились осмотры ЛОР-врачом, обработка швов. Спустя 7 суток после операции выполнено ушивание послеоперационной раны, не имевшей признаков воспаления.

В последующем наблюдалось улучшение состояния, пациентка переведена в ЛОР-отделение ДГКБ №1 для дальнейшего лечения.

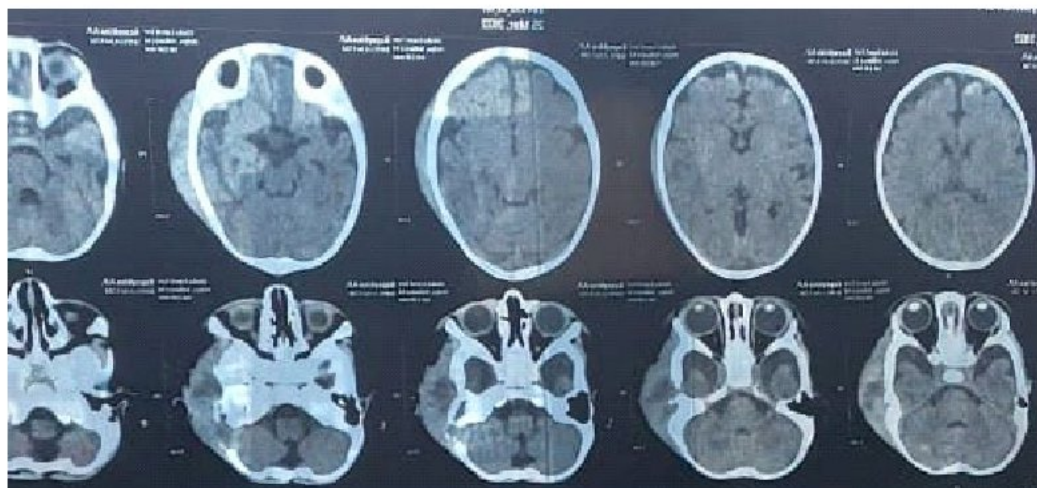


Рис. 1. Компьютерная томограмма черепа пациентки К.

Fig. 1. Computer tomography scan of the skull of patient K.

Планируется дальнейшее наблюдение пациентки с контрольным КТ и осмотром ЛОР-врача через 1 месяц.

Консультирована гематологом д.м.н. Долгополовым И.С.: нельзя исключить врожденный лангерганс-клеточный гистиоцитоз с первичным поражением височной кости, вызвавший развитие анемии хронического заболевания.

Ввиду отсутствия возможности проведения гистологического исследования — данный диагноз был отклонен с возможной ревизией в течение годичного периода наблюдения за ребенком.

Заключение

Острый мастоидит является потенциально опасным для жизни осложнением и крайне редко встречается у детей младше шести месяцев. Представленный случай мастоидита имел место у самого юного пациента за всю историю детского ЛОР отделения г. Твери.

Подводя итог, можно сказать, что острый мастоидит у грудных детей в наши дни встречается редко, особенно в эру современных антибиотиков. Уникальными особенностями представленного клинического наблюдения являются: очень юный возраст нашего пациента в сочетании со стертым началом заболевания и прогрессированием симптомов, что побуждает к дальнейшему исследованию и исключению краниофациальных пороков развития.

Список источников

1. Rosenfeld R.M., Kay D. Natural history of untreated otitis media. Laryngoscope. 2003; 113(10):1645-1657. doi: 10.1097/00005537-200310000-00004
2. Quesnel S., Nguyen M., Pierrot S., Contencin P., Manach Y., Couloigner V. Acute mastoiditis in children: a retrospective study of 188 patients. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2010; 74(12): 1388-1392. doi: 10.1016/j.ijporl.2010.09

3. Lin H.W., Shargorodsky J., Gopen Q. Clinical strategies for the management of acute mastoiditis in the pediatric population. Clin Pediatr (Phila). 2010; 49(2): 110-115. doi: 10.1177/0009922809344349
4. Groth A., Enoksson F., Hultcrantz M., Stalfors J., Stenfeldt K., Hermansson A. Acute mastoiditis in children aged 0-16 years—a national study of 678 cases in Sweden comparing different age groups. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 2012; 76(10):1494-1500. doi: 10.1016/j.ijporl.2012.07.002
5. Dhooge I.J., Albers F.W., Van Cauwenberge P.B. Intratemporal and intracranial complications of acute suppurative otitis media in children: renewed interest. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1999; 49 Suppl 1: S109-114. doi: 10.1016/s0165-5876(99)00144-5

Косарев Сергей Сергеевич (контактное лицо) — ассистент кафедры оториноларингологии, ФГБОУ ВО Тверской ГМУ Минздрава России; главный внештатный детский оториноларинголог Министерства здравоохранения Тверской области; 170100, Тверь, ул. Советская, д. 4; kosarewsergy@gmail.com

Поступила в редакцию / The article received 17.02.2025.

Принята к публикации / Was accepted for publication 06.05.2025.