

## ЛИТЕРАТУРА

1. Аникин, И. А. Причины неудовлетворительных результатов оперативного лечения хронического гнойного среднего отита / И. А. Аникин, С. В. Астащенко, Т. А. Бокучава // Российская оториноларингология. — 2007. — № 5. — С. 3–8.
2. Способ хирургического лечения хронического гнойного среднего отита: пат. № 15810 — Респ. Беларусь, МПК А 61F 11/00, А 61В 17/00 / В. П. Ситников [и др.]; заявитель УО «Гомельский гос. мед. ун-т». — № а 20101054; заявл 09.07.2010; опубл. 30.04.2012 // Афіцыйны бюл. / Нац. цэнтр інтэлектуал. уласнасці. — 2012. — № 2. — С. 70.

УДК 616.284-002.2:3:611.013.38

**ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ НА ФОНЕ НАЛИЧИЯ  
ЭКТОПИРОВАННОЙ ДЕРМЫ В ПОЛОСТЯХ СРЕДНЕГО УША  
(СЛУЧАЙ ИЗ ПРАКТИКИ)****Ярошевич А. И.<sup>1</sup>, Ядченко Е. С.<sup>2</sup>, Слизько Е. В.<sup>1</sup>, Морева Е. В.<sup>1</sup>****<sup>1</sup>Учреждение****«Гомельская областная детская клиническая больница»,****<sup>2</sup>Учреждение образования****«Гомельский государственный медицинский университет»****г. Гомель, Республика Беларусь****Введение**

По определению хронический гнойный средний отит (ХГСО) — это заболевание среднего уха, характеризующееся стойкой перфорацией барабанной перепонки, постоянной или периодической отореей, а также снижением слуха [1].

**Цель**

Демонстрация редкого клинического случая наличия эктопированной дермы в полостях среднего уха, имитирующей хронический гнойный средний отит.

**Материал и методы исследования**

Материалом послужила медицинская карта стационарного пациента.

**Результаты исследования и их обсуждение**

Пациент М., 10 лет, житель Жлобинского района, находился на стационарном лечении в ЛОР отделении У «ГОДКБ» с 22.08.2018 г. по 05.09.2018 г. с диагнозом: хронический левосторонний гнойный эпитимпаноантральный средний отит в стадии обострения.

При поступлении жалобы на головную боль, головокружение, гноетечение из левого уха. Из анамнеза известно, что болеет с 2-х лет, обострения отита отмечаются более 6 раз в год. При отоскопии справа — норма, слева — в наружном слуховом проходе гной с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, перфорация в эпитимпанум. При акуметрии ШР определяется ушной раковины, разговорная речь воспринимается с 4 м.

При общеклиническом обследовании показатели в пределах возрастной нормы. При микробиологическом исследовании отделяемого из левого уха роста микрофлоры не получено. Обследование офтальмолога показало: диски зрительных нервов светло-розовые, границы четкие, сосуды не изменены, сетчатка без патологии. Неврологический осмотр патологии не выявил. Компьютерная томография (КТ) височных костей: ячейки левого сосцевидного отростка, пещера, барабанная полость заполнены патологическим содержимым, костно-деструктивных изменений не выявлено, слуховые косточки без особенностей.

Учитывая выставленный диагноз, в качестве предоперационной подготовки проведен курс противовоспалительной терапии, после чего планировалось выполнение санлирующей операции на левом среднем ухе по открытому типу [2]. Интраоперационно обнару-

жено мягкотканое новообразование овальной формы с бугристой поверхностью размерами  $0,8 \times 1$  см, покрытое волосками, интимно связанное со слизистой оболочкой слуховой трубы, медиальной стенкой барабанной полости. В связи с чем, операция была завершена для выполнения повторной КТ, магнитно-резонансной томографии (МРТ) головного мозга и височных костей для уточнения степени распространенности образования, наличия деструкции костных стенок барабанной полости [3].



Рисунок 1 — Компьютерная томография височных костей

В барабанной полости слева выявляется дополнительный мягкотканый субстрат размером  $10 \times 11$  мм. Патологические массы распространяются на проксимальную часть слуховой трубы, по ходу лицевого нерва в расширенное шилососцевидное отверстие. При ретроспективной оценке предыдущих КТ-исследований динамики роста новообразования среднего уха слева не отмечается. КТ-картина больше характерна в пользу доброкачественного новообразования среднего уха слева жировой плотности — тератома? (рисунок 1).

Для дальнейшего обследования и лечения ребенок направлен в РНПЦ оториноларингологии г. Минска. Врачебным консилиумом в составе оториноларингологов, врача лучевой диагностики, сосудистого хирурга, учитывая подозрение на дефект кости в области луковичи яремной вены и возможность вовлечения в процесс лицевого нерва, было принято решение взять биопсию образования. Результат биопсии — эктопированная дерма. Вторым этапом проведена операция по удалению опухоли среднего уха слева. В последующем эпизодов рецидива ХГСО не было, состояние ребенка удовлетворительное.

### Заключение

1. Представленный случай клинического наблюдения свидетельствует о том, что в практике отохирурга не исключена возможность встретиться с относительно редкой локализацией эктопированной дермы, когда она имитирует признаки хронического гнойного среднего отита.

2. Описываемый клинический случай интересен своей редкостью – в доступной литературе подобного случая нами не найдено.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Ивойлов, А. Ю. Диагностический алгоритм и лечебная тактика при хроническом гнойном среднем отите в детском возрасте / А. Ю. Ивойлов // Русский медицинский журнал. — 2011. — № 19 (6). — С. 394–397.
2. Гаров, Е. В. Современные принципы диагностики и лечения пациентов с хроническим гнойным средним отитом / Е. В. Гаров, Е. Е. Гарова // Русский медицинский журнал. — 2012. — № 27. — С. 1355–1359.
3. Карнеева, О. В. Возможности неинвазивной диагностики резидуальной, рецидивирующей и ятрогенной холестеатомы / О. В. Карнеева, Д. П. Поляков // Доктор.Ру. — 2011. — № 6(65). — С. 26–28.