doi: 10.17116/otorino201681161-63

Апикальный петрозит, остеомиелит костей основания черепа и первого шейного позвонка у ребенка 5 лет после ветряной оспы

Член-корр. РАН, д.м.н., проф. М.Р. БОГОМИЛЬСКИЙ[1], д.м.н., проф. М.М. ПОЛУНИН[1], д.м.н. Е.И. ЗЕЛИКОВИЧ[3], д.м.н., проф. Ю.Л. СОЛДАТСКИЙ[1, 2], орд. О.В. БУРОВА[1]

[1]Кафедра оториноларингологии (зав. — член-корр. РАН, засл. деятель науки, проф. М.Р. Богомильский) педиатрического факультета Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И. Пирогова, Москва, Россия, 117997; [2]Научный Центр здоровья детей РАН (зав. отделением компьютерной томографии — д.м.н. Е.И. Зеликович), Москва, Россия, 119991; [3]Морозовская ДГКБ ДЗМ (глав. врач — д.м.н., проф. И.Е. Колтунов), Москва, Россия, 119049

Apical petrositis, osteomyelitis of the base of the skull bones and of the first cervical vertebra in a 5 year-old children following chicken pox

M.R. BOGOMIL'SKY[1], M.M. POLUNIN[1], E.I. ZELIKOVICH[3], YU.L. SOLDATSKY[1, 2], O.V. BUROVA[1]

[1]Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow, Russia, 117997; [2]Research Centre of Children's Health, Russian Academy of Medical Sciences, Moscow, Russia, 119991; [3]Morozovskaya City Children's, Clinical Hospital, Moscow Health Department, Moscow, Russia, 119049

Цель работы — описание редкого случая развития апикального петрозита у ребенка с острым средним отитом на фоне ветряной оспы. Проведено КТ-исследование, которое выявило деструкцию височной кости, костей основания черепа, первого шейного позвонка. Выбранная тактика лечения (антибактериальная терапия и выжидательное наблюдение) в данном случае оказалась верна и может являться определенным алгоритмом, поскольку оперативный доступ к верхушке пирамиды труден и имеет большие риски инвалидизации в связи с возможной травмой черепно-мозговых нервов.

Ключевые слова: острый средний отит, апикальный петрозит, ветряная оспа.

This publication was designed to describe a rare case of development of apicalpetrositis in a child presenting with acute otitis mediafollowing chicken pox experienced in the preceding period. We carried out the study with the use of computed tomography (CT) that demonstrated destruction of the temporal bone, bones of the base of the skull and of the first cervical vertebra. The treatment strategy chosen for the management of this condition that included antibiotic therapy and expectant observation proved justified and can be recommended as an algorithm of choice taking into consideration the difficulty of surgical approach to the apex of the petrous pyramid. However, this approach is associated with the high risk of disability arising from the potential injury to the craniocerebral nerves.

Keywords: acute otitis media, apical petrositis, chicken pox.

Осложнения острого воспаления среднего уха у детей отличаются высокой частотой и разнообразием [1—3]. Нередко они связаны с такими детскими инфекциями, как корь, краснуха, ветряная оспа и др. Возбудитель ветряной оспы обладает иммунодепрессивной активностью, вызывая нарушения со стороны факторов естественной резистентности, гуморального и клеточного иммунитета. На этом фоне происходит быстрое присоединение вторичной микрофлоры с формированием бактериальных осложнений [4—6].

Возникновение и течение острого среднего отита на фоне продолжающейся иммуносупрессии провоцирует в свою очередь риск развития отогенных осложнений [7, 8]. В связи с тем, что случаи развития петрозита у ребенка с острым средним отитом на фоне ветряной оспы в клинической практике встречаются редко и в доступной нам литературе не описаны, приводим собственное наблюдение.

Ребенок *Б.*, 5 лет, поступил в РДКБ 31.09.14 с направительным диагнозом: левосторонний экссудативный отит. Флегмона(?) шеи (парафарингеального пространства слева). Из анамнеза известно, что полгода назад ребенок впервые перенес гнойный левосторонний отит, получал системную антибактериальную терапию (амоксициллин в течение недели) с положительным эффектом. Повторно острый средний гнойный отит наступил через 2 мес после перенесенной ветряной оспы. Постепенно у ребенка появились вынужденное положение головы, боль в шее и голове, диплопия. По месту жительства предположили наличие подвывиха шейного позвонка. Лечилась иммобилизацией в воротнике Шанца. Сохранялись периодическая диплопия, головные боли. В связи с отсутствием улучшения ребенок госпитализирован в травматологическое отделение с диагнозом: ротационный подвывих первого шейного позвонка, болезнь Гризеля. С диагностической целью травматологами выполнено УЗИ области шеи: слева вдоль кивательной мышцы определялась цепочка лимфатических узлов размером до 14×7 мм, го-

© Коллектив авторов, 2016

[1]e-mail: mmpolunin@rambler.ru

[2]e-mail: grkur@mail.ru

[3]e-mail: ysoldatsky@mail.ru

ловка кивательной мышцы смещена кпереди объемным образованием 45×24 мм паренхиматозной плотности и неоднородной структуры. По данным КТ шеи с внутривенным контрастным усилением обнаружен мягкотканный инфильтрат без четких контуров и границ в передней и задней части предпозвоночного пространства, а также в заднем шейном пространстве слева на уровне C_I—C_{II}, с распространением под основание черепа, затылочной кости, в область между скатом и пирамидой височной кости. Реактивный подвывих C_I—C_{II}. На уровне C_I—C_{II} слева паравертебрально определялось плотно-эластичное неподвижное опухолевидное образование с относительно четкими контурами, малоболезненное. Кожа над образованием не изменена. В общем анализе крови — умеренный лейкоцитоз, увеличение СОЭ до 34 мм/ч. Проведена биопсия, в результате которой обнаружены лимфатические узлы нормального гистологического строения, мышечная ткань с очагами склероза, грануляционная ткань. В пределах исследуемого материала признаков неопластического процесса не выявлено. На миелограмме опухолевые клетки не обнаружены. МРТ головного мозга: данные за наличие объемного образования и очаговой патологии структур головного мозга не выявлены; инфильтративные изменения мягких тканей затылочной области и шеи слева, вероятнее всего, следует расценить как проявления воспалительного характера (флегмона?) с признаками реактивных изменений в позвонке C_I и затылочной кости. Реактивные изменения лимфоузлов шеи слева. На повторном УЗИ через 3 нед определяется участок разрыва и деструкции в области височно-затылочных костей. В общем анализе крови сохраняется умеренный лейкоцитоз 13,9, СОЭ 21 мм/ч. Ребенку проводилась системная антибактериальная терапия (цефтриаксон внутримышечно в течение 7 дней).

31.10.14 ребенок поступил в ЛОР-отделение Морозовской детской городской клинической больницы. При поступлении сохранялись жалобы на боли в шее, приступы головных болей, вынужденное положение головы с ротацией влево.

Была выполнена повторно КТ височных костей. Слева впервые были найдены выраженные деструктивные изменения на верхушке пирамиды височной кости **(рис. 1, 2)**. Участок деструкции имел неправильную форму, нечеткие и неровные контуры. Деструктивные изменения прослеживались от сохраненного кортикального слоя верхней границ до задненижней поверхности пирамиды, которая была разрушена на участке 24×15 мм. Зона деструкции достигала передних отделов ямки луковицы яремной вены, а также стенок внутреннего слухового прохода, оставляя сохранной капсулу лабиринта. Перилабиринтно в зоне деструкции определялось скопление жидкости серповидной формы толщиной 2—5 мм. Деструктивные изменения распространялись на прилежащие к пирамиде отделы затылочной кости (участок деструкции 18×8 мм) и на C_I (участок деструкции 12×7 мм). Пневматизация хорошо развитой ячеистой системы сосцевидного отростка незначительно нарушена в части ячеек. Слуховые косточки сохранены. Костно-деструктивных изменений стенок барабанной полости и антрума не отмечено. Справа — без патологических изменений. Верхушка пирамиды частично пневматизирована, имеются перилабиринтные ячейки. Отмечается выраженная ротация в C_I—C_{II}. Заключение КТ: апикальный петрозит слева, остеомиелит основания черепа и C_I.

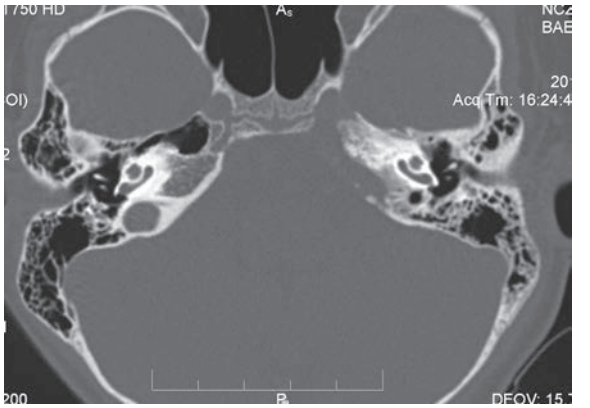


Рис. 1. **КТ-срез височных костей в аксиальной проекции. Деструктивные изменения в пирамиде слева.**

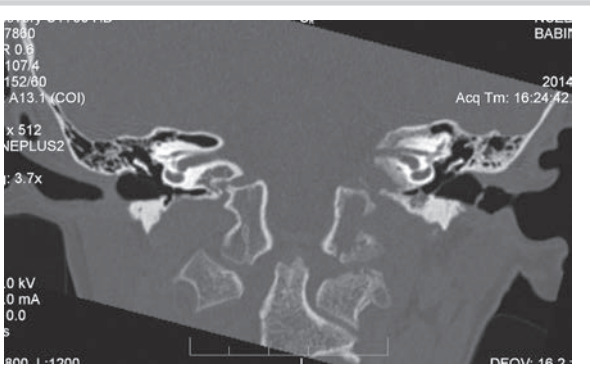


Рис. 2. **КТ-срез височных костей в коронарной проекции. Деструктивные изменения в верхушке пирамиды слева.**

Ребенок всесторонне обследован, выявлено повышение титра IgA (177 мг/дл), Ig G (1597 мг/дл). Проба Манту: плоская папула 8 мм (гиперемия 11 мм). Диаскин-тест: реакция (отрицательная).

Ребенку проведен курс антибактериальной терапии: ванкомицин 400 мг 2 раза в сутки внутривенно капельно 14 дней, метронидазол 250 мг 2 раза в сутки 14 дней, далее цефтазидим 950 мг 2 раза в сутки внутривенно 14 дней.

В результате проводимого лечения у ребенка прекратились приступы головных болей, болей в шее, осмотр окулистом патологии не вывил, самочувствие нормализовалось. На КТ височных костей после проведенного курса лечения отмечается отчетливая положительная динамика. Размеры деструктивно измененных участков в пирамиде височной кости, затылочной кости и C_I уменьшились, контуры их стали более четкими, местами с явлениями склерозирования. Отмечавшееся ранее перилабиринтное скопление жидкости в зоне деструкции не определяется. В височной и затылочной костях появились участки вновь образованной кости. Полностью восстановилась пневматизация полостей среднего уха. Сохраняется ротация в C_I—C_{II}.

Ребенок консультирован неврологом, назначен курс лечения кривошеи, после чего выписан домой под наблюдение оториноларинголога, ортопеда и невролога по месту жительства.

Данный клинический случай представляет определенный интерес, поскольку является крайне редкой патологией в ЛОР-практике. Решающую роль в постановке диагноза сыграли своевременно выполненное КТ-исследование височных костей и его адекватная трактовка. Неоднозначным при таком диагнозе является решение вопроса о тактике лечения (хирургическое вмешательство совместно с нейрохирургами или длительная антибактериальная терапия и выжидательное наблюдение, поскольку оперативный доступ к верхушке пирамиды труден и имеет большие риски инвалидизации в связи с возможной травмой черепно-мозговых нервов).

Выбранная тактика лечения в данном случае оказалась оправданна и может являться определенным алгоритмом с учетом динамической оценки состояния пациента при одновременном наблюдении нейрохирургом и инфекционистом.

Конфликт интересов отсутствует.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богомильский М.Р., Минасян В.С. *Острые средние отиты у детей*. Учебно-методическое пособие. М.: РГМУ; 2000.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. *Детская отоларингология*. Учебное пособие. М.: ГЭОТАР-МЕД; 2002.
3. Chen M, Liu B, Zhang J, Liu S. Petrositis due to acute otitis media: a case report and literature review. *Lin Chung Er Bi Yan Hou Tou Jing Wai Ke Za Zhi*. 2011;25(19):888-890.
4. Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. *Инфекционные болезни у детей*. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2011.
5. Lammers TH, Krieser DM. Unusual presentation of acute otomastoiditis with petrositis. *J Paediatr Child Health*. 2013;49(9):457-460.
   doi: 10.1111/jpc.12170.
6. Choi KY, Park SK. Petrositis With Bilateral Abducens Nerve Palsies complicated by Acute. *Otitis Media Clin Exp Otorhinolaryngol*. 2014;7(1):59-62.
   doi: 10.3342/ceo.2014.7.1.59.
7. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. *Оториноларингология*. Учебник. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013.
8. Favier M, Bessou P, Franco-Vidal V, Pédespan JM. Gradenigo syndrome and petrositis in a child. *Arch Pediatr*. 2015;22(3):283-286.
   doi: 10.1016/j.arcped.2014.11.013.