



КТ правой височной кости.
CT of right temporal bone.

и грушевидные карманы свободны, голосовые складки белого цвета, при фонации смыкаются полностью, подголосовое пространство свободное, голос звучный, дыхание свободное.

При отомикроскопии: AS – наружный слуховой проход не изменен, барабанная перепонка серого цвета со всеми опознавательными знаками; AD – визуализировался наружный слуховой проход с гнойным отделяемым, при его аспирации видна перфорированная в верхних отделах барабанная перепонка, сквозь перфорацию видна ткань новообразования; видимая слизистая барабанной полости отечна, гиперемирована, инфильтрирована.

Шепотную речь правым ухом воспринимает на расстоянии 1 м, левым – более 6 м.

По данным тональной аудиометрии – правосторонняя кондуктивная тугоухость I степени (костно-воздушный интервал составляет в среднем 20 дБ).

Была проведена компьютерная томография (КТ) височных костей (рис.): снижение пневматизации полостей среднего уха (аттика, антрума, мезотимпанума) справа, цепь слуховых косточек оказалась сохранна, но ткани новообразования не обнаружены, что бывает характерно для холестеариновой гранулемы.

Учитывая неинвазивный рост образования, отсутствие кариозного процесса, предварительно диагностирована холестеариновая гранулема среднего уха.

Пациенту проведено хирургическое лечение: раздельная аттикоантротомия с ревизией полостей среднего уха и удалением новообразования, установлением шунта в аттик, пластикой перфорации барабанной перепонки.

Интраоперационно и гистологически диагноз холестеариновая гранулема подтвердился.

Послеоперационный период прошел без осложнений. Пациент был выписан через 3 дня после операции. Через 3 недели после операции (субъективно пациентом и по данным контрольного аудиометрического исследования) костно-воздушный разрыв сократился полностью по всему диапазону частот.

Заключение

Холестеариновая гранулема среднего уха при своевременной диагностике и оказании помощи имеет благоприятный прогноз. Однако, являясь заболеванием с неизученной до конца этиологией и распространенностью, приводящим к неблагоприятным последствиям и серьезным осложнениям (эрозии костных структур барабанной полости и сосцевидного отростка и распространение патологического процесса за их пределы, вторжение в базальные обороты улитки и/или твердую мозговую оболочку средней и/или задней черепных ямок, срастание с сигмовидным синусом, сонной артерией), данная патология не должна оставаться не диагностированной и тем более оставаться без лечения. На сегодняшний день диагностика данного образования становится проще благодаря МРТ – на снимках в различных режимах T1/T2 гиперинтенсивный сигнал в отличие от холестеатомы, которая гиперинтенсивна только в T2, а также в DWI, а при МРТ с контрастом ХГ не накапливает контрастное вещество; КТ, с помощью которых можно точно определить местоположение и размер ХГ, которая обычно проявляется характерными изменениями в различных режимах. Лечение заключается в формировании четкой хирургической тактики и качественном послеоперационном уходе.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Полшкова Л. В., Аникин И. А. Этиопатогенетические и патоморфологические предпосылки формирования холестеатомы при хроническом гнойном мезотимпаните. *Российская оториноларингология*. 2011;5(54):170–178 [Polshkova L. V., Anikin I. A. Etiopathogenetic and pathomorphological preconditions of cholesteatoma in tubotympanic type of chronic suppurative otitis media. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2011;5(54):170–178]. (in Russ.). <http://entru.org/en/2011-5.html>
2. Гаров Е. В. Хронический гнойный средний отит: терминология, диагностика и лечебная тактика. *Российский медицинский журнал*. 2011;19(6):390–393 [Garov E. V. Chronic purulent otitis media: terminology, diagnosis and therapeutic tactics. *Rossiiskii meditsinskii zhurnal*. 2011;19(6):390–393]. (in Russ.). https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Hronicheskiy_gnoynyy_sredniy_otit_terminologiya_diagnostika_i_lechebnaya_taktika/