

УДК 616.284.7:616.284-002.258

<https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-4-101-103>

Холестеатома сосцевидного отростка

Ф. В. Семенов^{1,2}, Р. В. Резников^{1,2}, И. С. Элизбарян^{1,2}¹ Кубанский государственный медицинский университет, Краснодар, 350063, Россия² Краевая больница № 3, Краснодар, 350007, Россия

Редкий случай рецидивирующей резидуальной холестеатомы у пациента, формировавшейся после перенесенной в детстве санирующей операций открытого типа на правом ухе.

Ключевые слова: холестеатома, санирующая операция на ухе.

Для цитирования: Семенов Ф. В., Резников Р. В., Элизбарян И. С. Холестеатома сосцевидного отростка. *Российская оториноларингология*. 2023;22(4):101–103. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-4-101-103>

Cholesteatoma of mastoid process

F. V. Semenov^{1,2}, R. V. Reznikov^{1,2}, I. S. Elizbaryan^{1,2}¹ Kuban State Medical University, Krasnodar, 350063, Russia² Regional Hospital No 3, Krasnodar, 350007, Russia

A rare case of recurrent residual cholesteatoma formed in a patient after undergoing open mastoid surgeries on the right ear in childhood.

Keywords: cholesteatoma, mastoid surgery.

For citation: Semenov F. V., Reznikov R. V., Elizbaryan I. S. Cholesteatoma of mastoid process. *Russian Otorhinolaryngology*. 2023;22(4):101–103. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2023-4-101-103>

Холестеатома (новолат. cholesteatoma, гр. Χολή – желчь, др.-гр. stear, steatos – жир, др.-гр. – ομα отὸ ὑψωμα – опухоль) – опухолевидное образование, содержащее омертвевшие эпителиальные клетки, скопления кератина, кристаллы холестеатина, окруженное соединительной тканью в виде капсулы. Макроскопически холестеатома имеет вид одиночного узла неправильно округлой формы с неравномерно-бугристой поверхностью [1, 3]. Впервые холестеатома была описана в 1683 году во Франции Du Verney и на протяжении уже довольно длительного времени остается одним из центральных вопросов отиатрии.

Различают врожденную и приобретенную холестеатому.

Наиболее часто в настоящее время пользуются классификацией, предложенной в 1988 г. М. Tos, основывающейся на локализации и направлении роста холестеатомы.

1. Холестеатома аттика.
2. Холестеатома синуса.
3. Холестеатома натянутой части барабанной перепонки.
4. Холестеатома посттравматическая.

5. Холестеатома наружного слухового прохода.

6. Рецидивирующая холестеатома, которую автор подразделил на три подвида: резидуальная холестеатома, собственно рецидивирующая холестеатома, ятрогенная холестеатома [4].

Больной Е., 35 лет, госпитализирован в ГБУЗ «КБ № 3» для хирургического лечения по поводу новообразования заушной области справа и реоперации на правом ухе. При поступлении предъявлял жалобы на образование в заушной области в течение 20 лет, снижение слуха на правое ухо, периодические слизисто-гнойные выделения из наружного слухового прохода. Из анамнеза установлено, что в детстве (выписка не представлена) выполнена санирующая операция открытого типа на правом ухе.

При осмотре: правое ухо – в заушной области объемное образование размером $2,5 \pm 6$ см, мягко-эластичной консистенции, безболезненное при пальпации (рис. а). Отоскопия: наружный слуховой проход широкий, свободен, на медиальной стенке барабанной полости эпидермис, отмечается высокая задняя стенка наружного слухового прохода, в мастоидальной части грануляции,

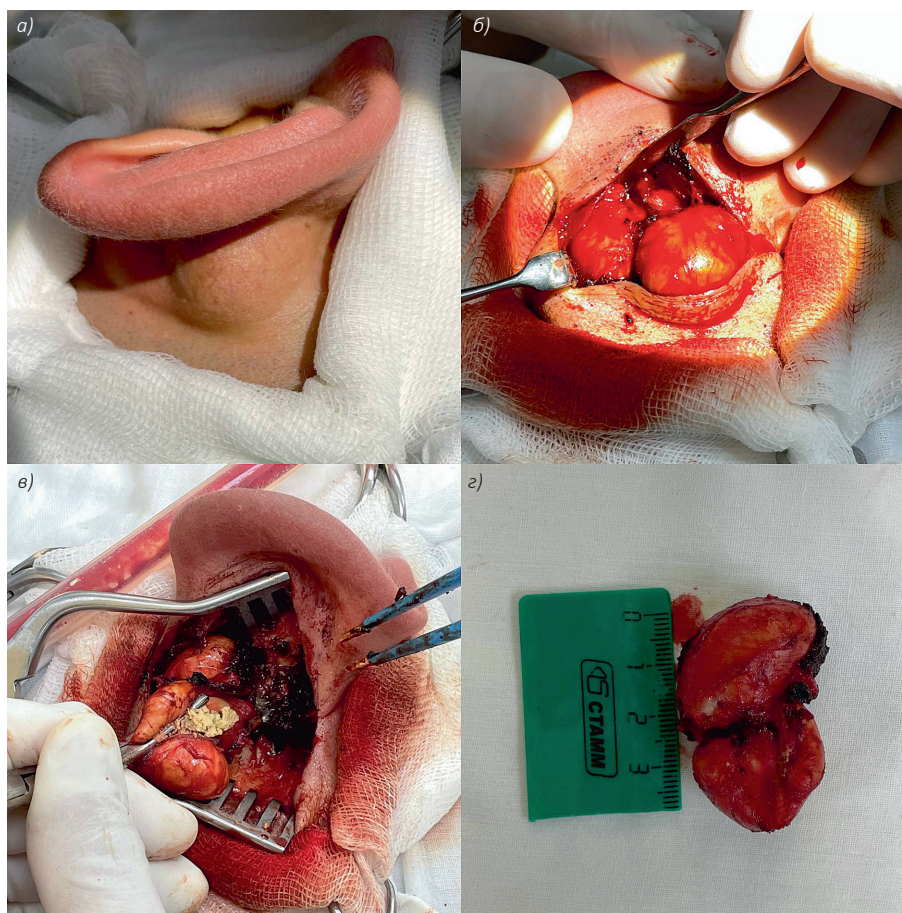


Рис. Вид ушной раковины и заушной области с холестеатомой до оперативного лечения (а); холестеатомные массы после разреза и выделения холестеатомы в заушной области (б); вскрытая холестеатома (в); вид холестеатомы после удаления (г)
Fig. View of the auricle and the occipital region with cholesteatoma before surgical treatment (a); cholesteatoma masses after incision and isolation of cholesteatoma in the occipital region (b); opened cholesteatoma (v); view of cholesteatoma after removal (z)

холестеатомные массы. Шепотная речь – 0,5 м, разговорная речь – 3 м.

Левое ухо – область сосцевидного отростка не изменена, пальпация и перкуссия безболезненна, слуховой проход свободен, широкий, барабанная перепонка серая, опознавательные пункты четкие. Шепотная речь – 6 м, разговорная речь – >6 м.

Другие ЛОР-органы без патологии.

Аудиологическое обследование: нарушение звукопроводения справа.

Камертональное исследование: опыт Вебера вправо, опыт Ринне отрицательный справа.

Пациенту проведено общеклиническое исследование (отклонений в лабораторных показателях не выявлено).

Под общим наркозом произведено удаление новообразования заушной области справа, реоперация на правом среднем ухе. Разрез в заушной области. Отслоены мягкие ткани в области сосцевидного отростка. Выделено образование неправильной формы (б, в), мягкоэластичной консистенции с гладкой поверхностью 2,5+6+3 см (г), плотно спаяно с окружающими тканями.

Образование удалено единым блоком полностью. С помощью бормашины произведено расширение мастоидальной полости с удалением грануляций и холестеатомных масс, сглажена задняя стенка наружного слухового прохода, на медиальной стенке эпидермис, распространяющийся в устье слуховой трубы (в связи с чем тимпанопластика не проводилась). Слуховые косточки отсутствуют, выполнена пластика кожи наружного слухового прохода, в полость уложены турунды с йодоформной эмульсией. Материал отправлен на патогистологическое исследование (ПГИ). Края раны ушиты послойно (рис.). Асептическая повязка.

Послеоперационный период протекал без осложнений. Проводилась антибактериальная, противовоспалительная, симптоматическая терапия. Удаление турунд из уха и швов на 7-е сутки.

Пациент выписан в удовлетворительном состоянии.

Результат патогистологического исследования: холестеатома.

При контрольном осмотре через 1 месяц отмечается: пальпация и перкуссия сосцевидного отростка безболезненная, в заушной области

послеоперационный рубец без признаков воспаления, наружный слуховой проход широкий, свободен, полость после санирующей операции открытого типа сохраняет форму, эпидермизируется. ШР 0,7 м.

Интерес клинического случая заключается в длительности заболевания (образование в за-

ушной области более 20 лет), наличии высокой задней стенки наружного слухового прохода, затрудняющей очищение полости от эпидермальных масс.

Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Аникин М. И., Канафьев Д. М., Аникин И. А., Бокучава Т. А. Холестеатома среднего уха: определение, вопросы классификации и этиопатогенеза (краткий обзор литературных данных). Часть I. *Российская оториноларингология*. 2016;3(82):115–124. <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-3-115-124>
Anikin M. I., Kanaf'ev D. M., Anikin I. A., Bokuchava T. A. The middle ear cholesteatoma: definition, classification and etiopathogenesis issues (brief literature review). Part I. *Rossiiskaya otorinolaringologiya*. 2016;3:115-124. (In Russ.) <https://doi.org/10.18692/1810-4800-2016-3-115-124>
2. Левин Л. Т., Темкин Я. С. Хирургические болезни уха. М.: Медгиз, 1948. 723 с.
Levin L. T., Temkin Ya. S. *Hirurgicheskie bolezni uha*. Moscow: Medgiz, 1948. 723 p. (In Russ.)
3. Пальчун В. Т., Преображенский Н. А. Болезни уха, горла, носа. М.: Медицина, 1978. 488 с.
Pal'chun V. T., Preobrazhenskij N. A. *Bolezni uha, gorla, nosa*. Moscow: Medicina, 1978. 488 p. (In Russ.)
4. Tos M. Incidence, etiology and pathogenesis of cholesteatoma in children. *Adv. Otol.* 1988;40(1):110-117.
5. Volgger V., Lindeskog G., Krause E., Schrötzmair F. Identification of risk factors for residual cholesteatoma in children and adults: a retrospective study on 110 cases of revision surgery. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2020;Mar-Apr;86(2):201-208. <https://doi.org/10.1016/j.bjorl.2018.11.004>

Информация об авторах

Семенов Федор Вячеславович – доктор медицинских наук, профессор, заведующий кафедрой ЛОР- болезней, Кубанский государственный медицинский университет (350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4); главный врач, Краевая больница № 3 (350007, Россия, Краснодар, ул. Захарова, д. 59); e-mail: lorplastika@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4323-9869>

✉ **Резников Роман Владимирович** – ассистент кафедры ЛОР- болезней, Кубанский государственный медицинский университет (350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4); врач-оториноларинголог, Краевая больница № 3 (350007, Россия, Краснодар, ул. Захарова, д. 59); e-mail: kb3kkkr@yandex.ru

<https://orcid.org/0000-0002-5356-2459>

Игорь Семенович Элизбарян – аспирант 1-го года обучения кафедры ЛОР-болезней, Кубанский государственный медицинский университет (350063, Россия, Краснодар, ул. Седина, д. 4); врач-оториноларинголог, Краевая больница № 3 (350007, Россия, Краснодар, ул. Захарова, д. 59); e-mail: ise95@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0412-0275>

Information about authors

Semenov Fedor V. – MD, Professor, Head of the Department of ENT Diseases, Kuban State Medical University (4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063); Chief Physician, Regional Hospital No 3 (59, Zakcharova str., Krasnodar, Russia, 350007); e-mail: lorplastika@mail.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4323-9869>

✉ **Roman V. Reznikov** – Assistant of the Department of ENT Diseases, Kuban State Medical University (4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063); Otorhinolaryngologist, Regional Hospital No 3 (59, Zakcharova str., Krasnodar, Russia, 350007); e-mail: kb3kkkr@yandex.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-5356-2459>

Igor' S. Elizbaryan – Postgraduate Student of 1 year of Study Department of ORL Diseases, Kuban State Medical University (4, Sedina str., Krasnodar, Russia, 350063); Otorhinolaryngologist, Regional Hospital No 3 (59, Zakcharova str., Krasnodar, Russia, 350007); e-mail: ise95@rambler.ru

ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-0412-0275>

Статья поступила 06.02.2023

Принята в печать 05.07.2023