

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь  
Государственное учреждение «Республиканский  
научно-практический центр  
оториноларингологии»**

**Туберкулезный средний отит у  
ребенка: клинический случай**  
(постерный доклад)

**Врач-оториноларинголог: О.В. Тишковская  
Заведующий отделением детской патологии УЗ «ГКПБ», к.м.н.: И.В. Сахаров**

Минск, 2023

# Актуальность

- По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) в 2019 году было зарегистрировано около 10 миллионов новых случаев туберкулеза.
- Статистических данных о частоте встречаемости у детей младшего возраста туберкулеза среднего уха в доступных источниках не найдено.
- Внелегочный туберкулез встречается в 15–20 % случаев, чаще всего поражая лимфатические узлы, костную систему, мочеполовые пути, мозговые оболочки, глаза и уши.

# Актуальность

- Туберкулезный средний отит (ТСО) — редкая форма внелегочного туберкулеза, составляющая 0,1 % всех случаев туберкулеза и 0,04–0,9 % случаев хронического гнойного среднего отита.
- В большинстве случаев туберкулезный отит возникает вторично, когда в легких и лимфатических узлах уже существует очаг поражения.
- Отсутствие специфических симптомов туберкулезного поражения среднего уха является главной проблемой диагностики данного заболевания.

# Анамнез

- Девочка 2019 года рождения поступила в РНПЦ оториноларингологии с жалобами на отделяемое из правого уха.
- Наблюдается у ЛОР-врача по месту жительства с 1 года. В анамнезе рецидивирующий экссудативный средний отит, аденоотомия, шунтирование правой барабанной полости трижды.
- Неоднократно курс консервативного лечения амбулаторно и в стационаре по месту жительства, без существенной динамики.
- Прививочный статус: привита по возрасту.

# Статус при поступлении

- Отоскопия: наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка серо-розовая, тусклая, мутная, в эпитимпануме — белесоватого цвета налет, аспирирован. Шунт в задненижнем квадранте, функционирует, по шунту визуализируется пульсирующий прозрачный экссудат в умеренном количестве. Дополнительных перфораций барабанной перепонки не визуализируется.

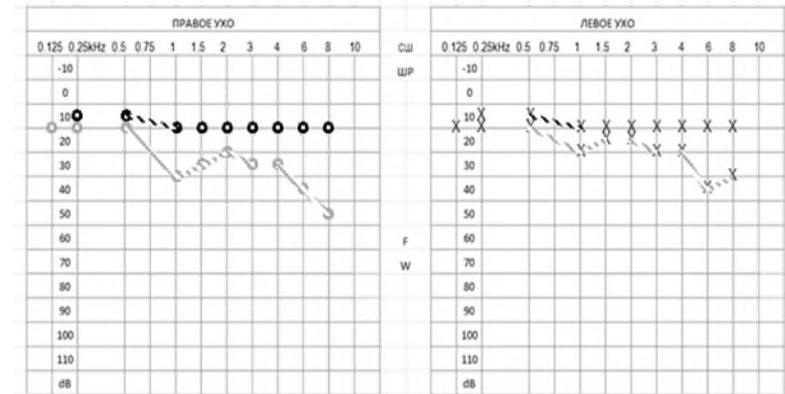


Рис.1 Аудиограмма при поступлении

# Инструментальные методы обследования

Рис.2 РКТ височных  
костей, аксиальная  
проекция

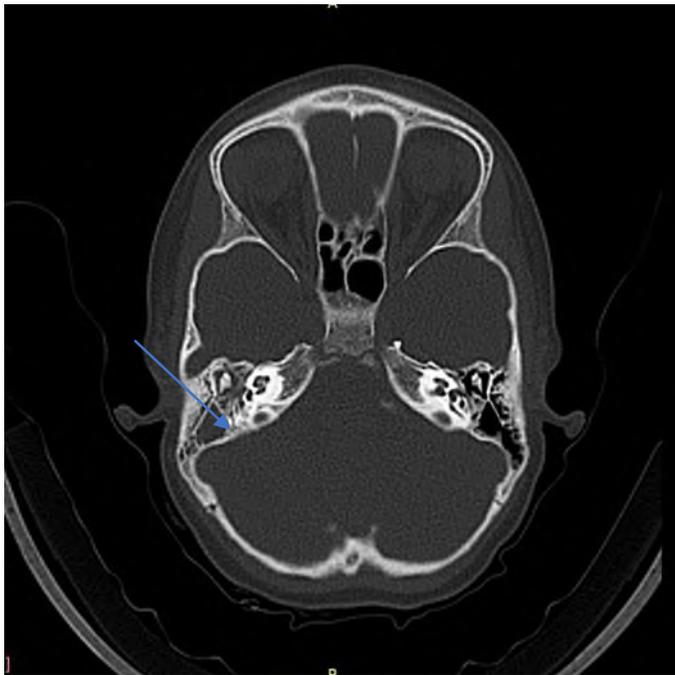
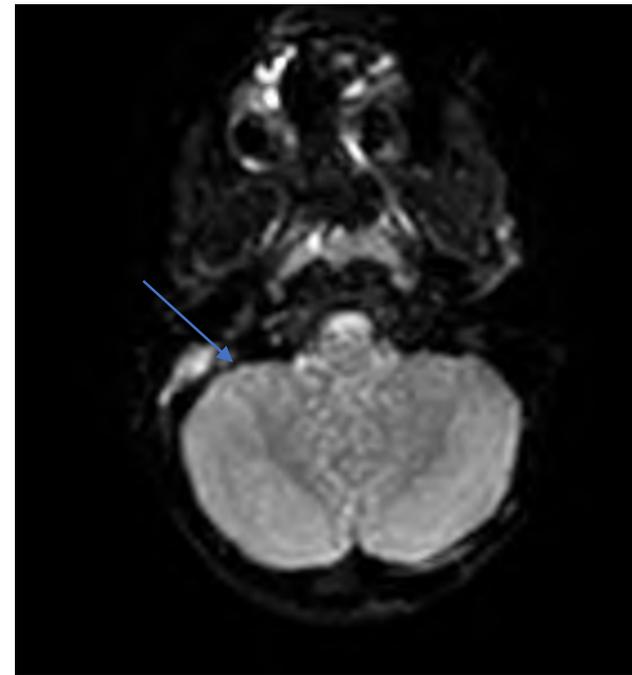


Рис.3 МРТ головного  
мозга, височных костей в  
режиме non epi dwi



# Хирургическое лечение

- После дообследования выполнено микрохирургическое вмешательство на среднем и внутреннем ухе: saniрующая операция открытого типа с тимпанопластикой 3 типа на правом ухе.
- Из протокола операции (кратко): полости среднего уха тотально выполнены тканью бледно-серого цвета в виде пластов. Слуховые косточки: сочленение молоточка и наковальни окутано вышеописанной тканью. Стремя-наковальное сочленение не состоятельно. Резецирована головка молоточка. Тело наковальни удалено. Стремя сохранно, подвижно, окутано патологической тканью.
- Патогистологическое исследование: грануляционная ткань с лимфоплазмочитарной инфильтрацией с большим количеством эпителиоидноклеточных гранул с казеозным некрозом и гигантскими клетками Пирогова-Лангханса. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые бактерии не выделены.

# Патогистологическое исследование

Рис.4 Созревающая грануляционная ткань с распространённой лимфо-плазмочитарной инфильтрацией, полями казеозного некроза. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение  $\times 50$ .

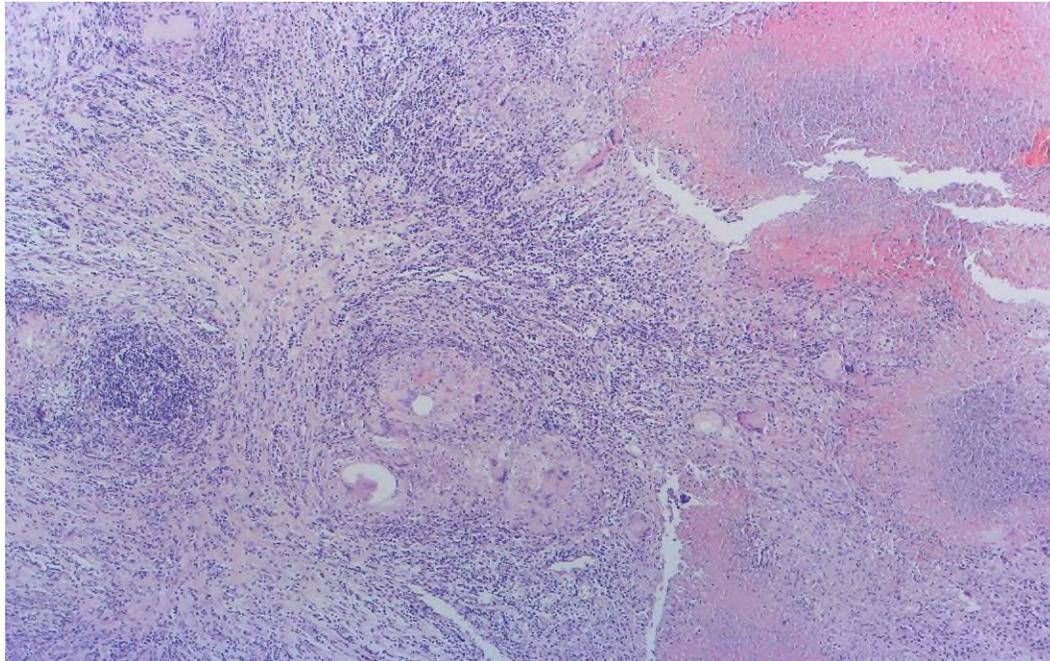
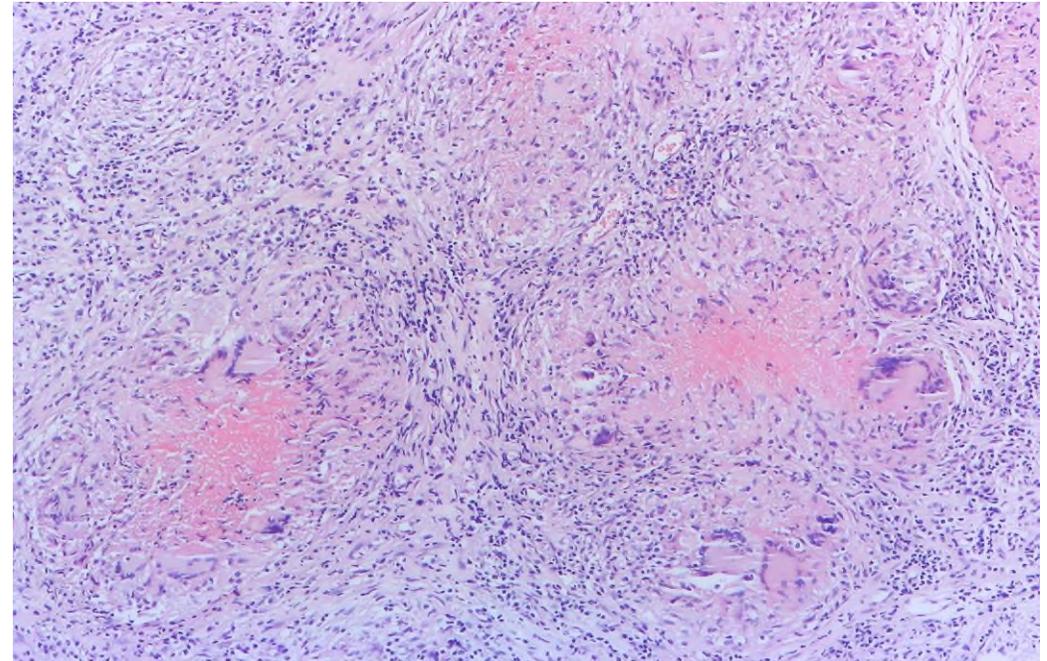


Рис.5 Эпителиоидноклеточные гранулёмы с казеозным некрозом в центре и гигантскими многоядерными клетками Пирогова-Лангханса. При окраске по Цилю-Нильсену кислотоустойчивые бактерии не обнаружены. Окраска гематоксилином и эозином, увеличение  $\times 50$ .



# Верификация диагноза в РНПЦ пульмонологии и фтизиатрии

- Рентгенография ОГК: видимых очаговых и инфильтративных теней не определяется.
- Диаскинтест - положительный (гиперергическая реакция).
- Молекулярно-генетический метод (мазок из уха): выявлена ДНК *Mycobacterium tuberculosis*, определена чувствительность.
- Культуральный метод (посев на жидкие среды): выявлен рост культуры микобактериального комплекса.
- Таким образом: очаг инфекции в полостях среднего уха является первичным.



Рис.6 Реакция на диаскинтест

# Лечение

- По результатам проведенного обследования ребенку назначен курс консервативного лечения по схеме с учетом чувствительности: интенсивная фаза – Изониазид 0,15, Рифампицин 0,15, Пиразинамид 0,5, Этамбутол 0,3 (суммарно до 60 доз), затем фаза продолжения – Изониазид, Рифампицин, дозировки с учетом веса ребенка (суммарно 120 доз).
- На данный момент курс лечения продолжается, состояние ребенка удовлетворительное.
- Индексный пациент не верифицирован.

# Объективный статус в настоящее время

Отоскопия: наружный слуховой проход свободен, трепанационная полость правильных соотношений, эпидермизирована, неотимпанальная мембрана рубцово изменена, без дефекта.

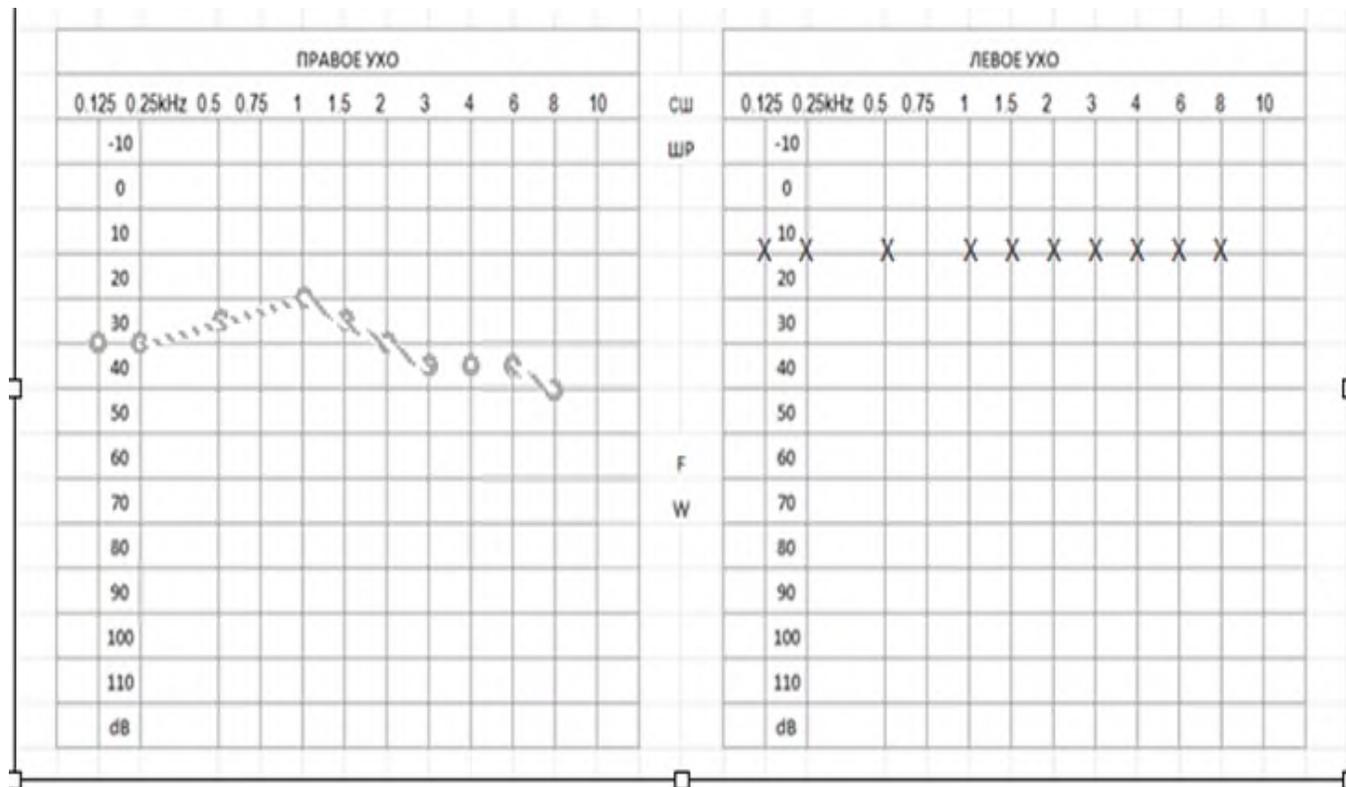


Рис. 7 Аудиограмма после хирургического лечения.

# Заключение

- Туберкулез уха у детей при отсутствии специализированной терапии быстро переходит в некротическую фазу с разрушением барабанной перепонки и костной деструкцией.
- Отсутствие специфических симптомов туберкулезного поражения среднего уха является главной проблемой диагностики данного заболевания.
- Вялотекущий характер воспаления в полостях среднего уха требует проведения дополнительных исследований для исключения туберкулезного процесса.

Спасибо за внимание!

*tishkovskaya.olga86@mail.ru*