

# ПЕТРОЗИТ, ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ: КЛІНІКА, ДІАГНОСТИКА, ЛІКУВАННЯ

**Овчаренко Ніна Михайлівна**

здобувач вищої освіти медичного факультету  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

**Науковий керівник: Дзиза Алла Василівна**

асистент кафедри оториноларингології  
*Харківський національний медичний університет, Україна*

**Вступ.** Петрозит – ускладнення гострого середнього отиту, яке рідко зустрічається, завдяки активному застосуванню антибіотикотерапії та ранніх хірургічних втручань [3, 5]. Проте найбільш небезпечне, бо несе більшу загрозу важких ускладнень: менінгіт, абсцеси, параліч черепних нервів, тромбоз венозного синуса, субдуральна емпієма, лабіринтит і смерть [7].

**Розвиток.** Петрозит виникає внаслідок поширення запального процесу. Цьому сприяє підвищена пневматизація скроневої кістки з розвиненими повітроносними комірками.

Шляхи поширення запалення:

1. Антрально-епітимпанічний: від антрального відділу та епітимпанічного простору над вушною раковиною, над і позаду верхнього півколового каналу, потім до внутрішнього слухового проходу і до маси комірок під кришкою передньої поверхні верхівки.

2. Гіпотимпанічний: від гіпотимпанічного простору нижче вушної раковини, потім нижче внутрішнього слухового проходу і до маси комірок під кришкою задньої поверхні верхівки.

Частіше розвивається у людей похилого віку, пацієнтів зі зниженою реактивністю чи з хронічними хворобами [3]. Розвиток ускладнень петрозиту також залежить від виду та ступеня пневматизації, вірулентності інфекції та резистентності пацієнта [8].

**Клініка.** Поширені неспецифічні симптоми: біль ураженого вуха, оторея, підвищення температури тіла до 38-39 °С, підвищення ШОЕ, лейкоцитоз. Специфічні клінічні прояви обумовлені руйнуванням верхівки піраміди і здавленням важливих анатомічних структур [1,6]:

- болі в половині обличчя або головні болі – ушкодження трійчастого нерву (V);
- диплопія – ушкодження відвідного нерву (VI);
- слабкість мимічної мускулатури – ушкодження лицевого нерву (VII);
- зниження слуху та вестибулярні порушення – ушкодження присінково-завиткового нерву (VIII).

Повна тріада синдрому Граденіго (гнійний отит, тригемініт і парез відвідного нерва) спостерігається вкрай рідко [5, 7]. Також можливий тривалий безсимптомний перебіг, бо прояв дисфункції черепних нервів починається від тижня до двох-трьох місяців після початку гострого отиту [5].

**Діагностика.** Грунтується на анамнезі хвороби, клінічних проявах та результатах додаткових методів обстеження. В якості інструментальних методів використовують КТ та МРТ.

Результати КТ більше характеризують зміни кісткової тканини. Уражена піраміда – пневматизована, а здорова – заповнена рідиною або склерозована [6]. Така асиметрія пірамід дає можливість припустити діагноз «петрозит». Проте в деяких випадках, асиметрія пірамід – варіант норми [6]. В цьому випадку, МРТ є більш інформативним щодо характеристики м'яких тканин. Результати КТ та МРТ також дають змогу оцінити об'єм подальшого хірургічного втручання.

**Лікування.** Часто лікування петрозиту – комплексна терапія, що включає хірургічне втручання (антромастоїдотомію), антибіотикотерапію, протизапальну терапію. Проте клінічні випадки, для лікування яких використовували лише консервативний метод, показали позитивні результати [4, 5, 7]. Лікування включало застосування антибіотиків, НПЗЗ та глюкокортикоїдів.

Застосовані схеми:

1. Цефтріаксон (50 мг/кг на добу), метронідазол (40 мг/кг на добу) протягом 33 днів та амікацин (5 мг/кг на добу) протягом 3 днів та ацетилсаліцилова кислота та внутрішньовенна кортикотерапія (метилпреднізолон) [5].

2. Цефтріаксон (2 г/добу) та ванкоміцин (600 мг/3 на добу) протягом 3 тижнів, метронідазол (400 мг/3 на добу) протягом 1 тижня та внутрішньовенний дексаметазон (10 мг/добу) протягом 2 днів і 2 тижні пероральний амоксицилін (40 мг/кг на добу) і клавуланова кислота (10 мг/кг на добу) для виписки [5].

3. Імпінем і амікацин 2 дні, імipенем, ципрофлоксацин і гентаміцин внутрішньовенно протягом 4 тижнів [4].

**Висновки.** Вчасна діагностика і вдале лікування петрозиту має велике значення в попередженні ускладнень. Яскрава маніфестація – неврологічні симптоми, що можуть не формувати чіткий синдром. Зокрема повний синдром Граденіго – досить рідкий. Для підтвердження або виключення петрозиту необхідно провести КТ та МРТ. На основі результатів з'ясовують подальше хірургічне втручання. Слід звернути увагу на застосування лише консервативного підходу у лікуванні, бо, згідно з результатами досліджень, він дає позитивний результат.

#### Список використаних джерел:

1. Chan, Kai-Chieh, and Shih-Lung Chen. "Diplopia in a child: Gradenigo syndrome is an unforgettable disease." *Ear, Nose & Throat Journal* 102.2 (2023): NP53-NP55.
2. Uchoa, Jamily, et al. "Gradenigo syndrome as a rare complication of otitis: a case report." *International Archives of Otorhinolaryngology* 26 (2022).
3. Sathe N. U. et al. A Rare Presentation of Gradenigo's Syndrome // *J Otolaryngol Rhinol.* – 2020. – Т. 6. – С. 091.
4. Krasnozhen, V. N., et al. "Rare observation of petrositis complicated by parapharyngeal abscess in an 8-year-old patient." *Vestnik Otorinolaringologii* 87.4 (2022): 107-112.
5. Pecoraro L. et al. What is the correct therapy for a petrositis? A critical point of view starting from a case report in a child // *OTORINOLARINGOLOGIA.* – 2019. – Т. 69. – №. 2. – С. 119-121.
6. Viswanath V., Gupta M. Petrositis Following Chronic Otitis Media without Gradenigo's, Treated without Surgery. – 2021.
7. Krasnozhen V. N. et al. Rare observation of petrositis complicated by parapharyngeal abscess in an 8-year-old patient // *Vestnik Otorinolaringologii.* – 2022. – Т. 87. – №. 4. – С. 107-112.