

## ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ ЯК ЗАГРОЗА ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНИХ УСКЛАДНЕНЬ У РОБОТІ СІМЕЙНОГО ЛІКАРЯ

Добржанська І.А.

Кафедра хірургічних дисциплін ФПО УжНУ, м. Ужгород

**Ключові слова:** хронічний гнійний середній отит, внутрішньочерепні ускладнення, мезотимпаніт, епітимпаніт, перфорація, барабанна перетинка, отоскопія

**Вступ.** Серед інфекційних захворювань, з якими найчастіше зустрічається лікар сімейної та загальної практики, на перший план, без сумніву, виходять інфекції верхніх та нижніх дихальних шляхів – гострий та хронічний гнійний середній отит, гострий та хронічний синусит, стрептококовий тонзиліт на інші.

Лікарі загальної та сімейної практики обов'язково мають бути обізнаними з особливостями протікання, діагностики, лікування та ускладнень хронічного гнійного середнього отиту.

Хронічний гнійний середній отит (ХГСО) є причиною не тільки втрати слуху та збільшення кількості погано чуючих і глухих людей, але й причиною важких внутрішньочерепних ускладнень. По даним Д.І. Тарасова із загальної кількості хворих з захворюваннями ЛОР-органів 48.8% звертаються з приводу хронічного гнійного середнього отиту [7]. Розповсюдженість цього захворювання до цього часу залишається високою і за даними різних авторів становить від 8.4 до 24 випадків на 1000 населення.

Соціальне значення цього захворювання полягає не тільки в його потенційній небезпечності для життя хворого, але й у тому, що воно нерідко викликає значну приглухуватість, у зв'язку з чим знижується працездатність хворих. Так, серед причин приглухуватості високої ступені на долю адгезивного середнього отиту припадає 9.7%, хронічного гнійного середнього отиту – 8.6%, а в структурі звертання населення за слупокрашуючою допомогою – відповідно 15.9 ти 7.9 % [8]. Близько 18% хворих, які страждають на приглухуватість, втратили слух внаслідок хронічного середнього отиту. В структурі інвалідизації захворювань органу слуху друге місце займають хронічний гнійний середній отит і їх наслідки [7].

Сімейний лікар у своїй практиці зустрічається з хронічним гнійним отитом неодноразово і має чітко знати, коли це захворювання можна лікувати консервативно, а коли воно стає загрозою життю хворого.

Обов'язковими ознаками хронічного гнійного середнього отиту є:

- наявність тривалої гноетечі з вуха (6 тижнів та більше) або періодичної гноетечі при загостреннях хвороби;
- наявність стійкої перфорації барабанної перетинки з оmozолілими краями;
- погіршення слуху, часто шум у вусі.

В залежності від особливостей морфологічних змін та клінічної картини хронічний середній отит поділяють на мезотимпаніт, епітимпаніт.

Мезотимпаніт – відносно доброякісна форма отиту, за якої ушкоджується слизова оболонка середнього та нижнього відділів барабанної порожнини середнього вуха. Хворого турбує періодична гноетеча з вуха, зниження слуху.

Діагностуємо при отоскопії - виділення у зовнішньому слуховому ході слизово-гнійні без запаху, перфорація барабанної перетинки є центральною або обідковою, тобто не доходить до барабанного кільця, до кістки. Нерідко в барабанній порожнині внаслідок хронічного запального процесу утворюються грануляції, поліпи. Під час дослідження слуху виявляється приглухуватість по типу ураження звукопровідного апарату, на аудіометричній кривій підвищені пороги сприйняття звуків по повітрю, пороги сприйняття по кістці в межах норми, завжди є повітряно-кістковий інтервал.

Епітимпаніт – недоброякісна форма хронічного середнього отиту, за якого ушкоджуються всі 3 відділи барабанної порожнини і обов'язково верхній відділ – аттик. Іншою важливою характеристикою епітимпаніту є те, що ушкоджується не тільки слизова оболонка, але й кістка. Саме гнійне запалення кісткової тканини визначає наслідок та ускладнення хронічного отиту.

Важливим у практичному відношенні проявом епітимпаніту є розвиток холестеатоми, яка викликає деструкцію підлеглих кісткових стінок, слухових кісточок, здатна інфікуватись та нагноюватись. Цей холестеатомно-каріозний процес обумовлює розвиток фістул лабіринту та внутрішньочерепних ускладнень [7].

Діагноз здійснюється на підставі отоскопічної картини. Перфорація барабанної перетинки крайова, оскільки вона межує з краєм кістки, в розслабленій частині барабанної перетинки з ходом в аттик. Характерним є неприємний запах гною, що пояснюється виділенням пуринів у разі карієсу (костоїди), руйнуються слухові кісточки, розростаються грануляції [3].

Погіршення слуху у хворих на епітимпаніт виражено більшою мірою, ніж у хворих на мезотимпаніт. До кондуктивної приглухуватості приєднується нейросенсорна, тобто слух погіршений за змішаним типом. Обстеження хворого має включати консультацію невропатолога та окуліста, щоб не пропустити початок внутрішньочерепного ускладнення.

У 90% спостережень внутрішньочерепні ускладнення викликає хронічний гнійний епітимпанит, у 10% - гострий гнійний отит. Серед отогенних внутрішньочерепних ускладнень найчастіше зустрічається менінгіт, відносно рідше – екстра- та субдуральні абсцеси, абсцеси скроневої ділянки головного мозку та мозочка, тромбоз сигмовидного синуса та отогенний сепсис. Нерідко бувають комбіновані внутрішньочерепні ускладнення: синус-тромбоз та абсцес мозочка, менінгіт та абсцес великих півкуль мозку, перисинуозний абсцес, синус-тромбоз і сепсис [8].

У разі хронічного гнійного отиту найчастіше інфекція проникає в порожнину черепа внаслідок руйнування кістки каріозним процесом або холестеатоною – контактний шлях (per continuitatem), рідше – лабіринтогенним, гематогенним, лімфогенним, контактним шляхами, через дегісценції, по преформованим шляхам.

В останні роки спостерігається зниження частоти цих ускладнень, що пояснюється, перш за все, виявленням та своєчасною санацією осередків інфекції у вусі. Поряд з цим значних змін набула клінічна картина ускладнень, що викликає труднощі в їх діагностиці та погіршує прогноз.

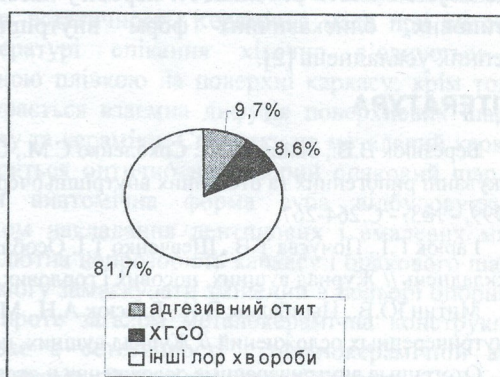
Летальність при внутрішньочерепних ускладненнях, за даними клініцистів, лишається високою (від 13,2 до 37,4 %) [1].

**Мета дослідження.** Визначити діагностичні помилки, що переважають на етапі долікарської та лікарської допомоги хворим з хронічним гнійним середнім отитом, сформулювати найхарактерніші ознаки форм цього захворювання, симптоми внутрішньочерепних отогенних ускладнень.

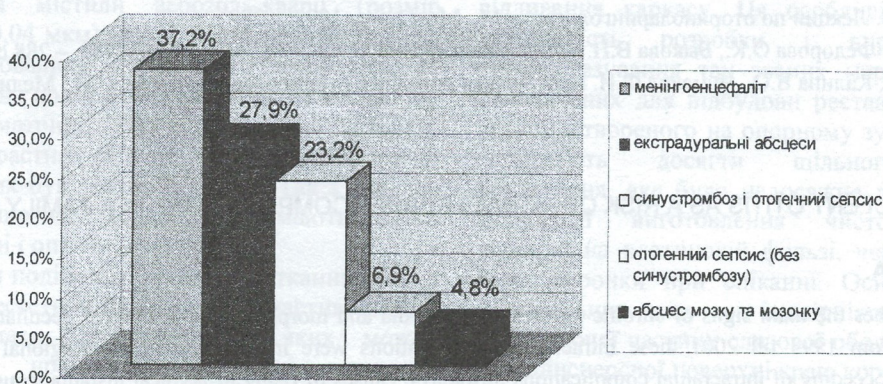
**Матеріал та методи дослідження.** За останні 10 років у ЛОР-клініці обласної клінічної лікарні знаходилось на стаціонарному лікуванні 12867 хворих, із них з ХГСО 1240 пацієнт (9,6 %). У 43 хворих спостерігались отогенні внутрішньочерепні ускладнення (3,5 %). Це були пацієнти у віці від 8 до 74 років, переважна більшість з них (73%) були працездатного віку [5]. Домінуючим отогенним внутрішньочерепним ускладненням був менінгоенцефаліт – 16 хворих (37,2%), на другому місці екстрадуральні абсцеси – у 12 хворих (27,9%), на третьому синустромбоз і отогенний сепсис – 10 хворих (23,2%), на четвертому отогенний сепсис (без синустромбозу) – 3 (6,9 %), на п'ятому – абсцес мозку та мозочку – 2 (4,8 %). Померло 3 хворих (7 %) – 2 від менінгоенцефаліту, 1 – після синустромбозу та отогенного сепсису.



Мал. 1. Співвідношення ХГСО до інших ЛОР хвороб. приглухуватості.



Мал. 2. Причини хронічної



Мал.3. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення за період 1992-2001 рр.

На етапі долікарської та першої лікарської допомоги переважали діагностичні помилки, пояснені відсутністю настороженості відносно можливих ускладнень у пацієнтів з хронічними гнійними отитами, слабким знанням неврологічної симптоматики та інших клінічних проявів цієї патології. На цьому етапі зустрічались і лікувально-діагностичні помилки, коли при виявленні ознак внутрішньочерепного ускладнення своєчасно не запрошувався фахівець (оториноларинголог, нейрохірург), або з запізненням хворий направлявся в спеціалізоване відділення. Помилковим слід вважати і ранне, часто безпідставне, призначення антибіотиків, які, не ліквідуючи осередку запалення, утруднюють діагностику ускладнення, затримують вчасне оперативне лікування [1].

При довготривалому протіканні гнійного отиту, і особливо при тривалому місцевому або загальному використанні антибіотиків, кортикостероїдів, виникає постійна зміна мікрофлори середнього вуха, яка підтримує або погіршує протікання хронічного отиту, а іноді приводить до розвитку важких ускладнень. Необхідно відмітити маскуючу роль антибіотиків при їх широкому та нерациональному застосуванні, що обумовлюють особливості перебігу латентних, атипичних, блискавичних форм внутрішньочерепних ускладнень [2].

## ЛІТЕРАТУРА

1. Березнюк В.В., Зайцев В.С., Соколенко С.М., Соколенко Я.Б., Аверін А.О. Про можливі помилки в діагностиці та лікуванні риногенних та отогенних внутрішньочерепних ускладнень // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №3. - С.264-267.
2. Гарюк Г.І., Почуєва Т.В., Шевченко Т.І. Особливість сучасного перебігу отогенних внутрішньочерепних ускладнень // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №3. - С.291-296.
3. Митин Ю.В., Цымбалюк В.И., Власюк А.Н., Молочек Л.И. Современное состояние проблемы отогенных внутричерепных осложнений // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №3. - С.378-383.
4. Отогенные внутричерепные осложнения и отогенный сепсис. Риногенные орбитальные и внутричерепные осложнения: Методические рекомендации для самостоятельной подготовки студентов к практическим занятиям / Под ред. Ю.В. Митина. - К., 1989. – 104 с.
5. Рішко Н.М., Попович О.А., Митровка З.Ю., Добржанська І.А., Сівач В.О., Паук П.В., Петрецький М.В. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення (за матеріалами ЛОР-клініки УжДУ за період 1960-1998 років) // Журнал вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №3. - С.449-452.
6. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1990. – 288 с.
7. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. – М.: Медицина, 1988. – 288 с.
8. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Неотложная помощь в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – 304 с.

## SUMMARY

CHRONIC PURULENT OTITIS AS A RISK OF INTRACEREBRAL COMPLICATIONS IN A FAMILY DOCTOR'S PRACTICE

Dobrzhanska I.A.

The author describes the main signs of chronic purulent otitis media and morphological & clinical peculiarities of its two forms. Starting from 1993 till 2001 these intracranial complications were investigated in the Regional Hospital. The peculiarities of proceeding of intracranial complications nowadays, causes of rising of atypical instantaneous effaced forms presented in the paper. For family doctors main symptoms are defined by suspicion on intracranial complications.

**Key words:** chronic purulent otitis media, intracranial complication, mesotympanitis, epitympanitis, perforation, tympanic membrane, otoscopy