

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК

ГРАНУЛЯЦІЙНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ*Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л.Я. Ковальчук)*

Серед різновидностей зовнішнього отиту (обмежений, дифузний, грибоквий, злоякісний, грануляційний, геморагічний, дифтерійний, псевдодифтерійний, туберкульозний, сифілітичний, гіпертрофічний) грануляційний зовнішній отит за частотою розвитку посідає п'яте місце після обмеженого, дифузного, грибкового, злоякісного. Не можна не погодитись з думкою О.Т. Костишина (1984), а також В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), які підкреслюють, що грануляційний зовнішній отит серед захворювань зовнішнього вуха найменш вивчений. Тому ця форма зовнішнього отиту недостатньо знайома практикуючим отоларингологам. При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт стосовно грануляційного зовнішнього отиту, тому представляємо свій огляд літератури з цієї проблеми. Вважаємо, що він може бути корисним для практикуючих отоларингологів, особливо початківців. В даній оглядовій роботі ми зупинимось на загальних відомостях про грануляційний зовнішній отит, на етіології, клінічних проявах, діагностиці, диференціальній діагностиці, лікуванні та рецидивах цієї патології.

Загальні відомості. Грануляційний зовнішній отит – надзвичайно рідке захворювання (Т.А. Вайнштейн, 1967). В навчальних посібниках з оториноларингології про нього не згадується. Короткі відомості про цю патологію наводяться в керівництві (А.К. Чаргейшвили, 1960) і довідниках з оториноларингології (А.Г. Лихачев, 1981, 1984). В літературі ми знайшли лише окремі публікації про грануляційний зовнішній отит (А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999; Punt, 1949) і описання окремих казуїстичних спостережень (Т.А. Вай-

нштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; В.В. Нижегородцева, 1977; К.С. Гулин, 1990; Man et al., 1964).

Т.А. Вайнштейн (1967), В.В. Нижегородцева (1977) і К.С. Гулін (1990) мали по одному випадку грануляційного зовнішнього отиту, Ман і співавтори (1964), а також С.В. Веренич (1969) – по два. Д.А. Бытченко (1968) описав 4 хворих з цією патологією. В.Ф. Гудін (1971) виявив грануляційний зовнішній отит у 2 із 112 осіб, що лікувались з приводу зовнішнього отиту.

Значне число пацієнтів з грануляційним зовнішнім отитом спостерігали Punt (1949), К.І. Башмаков (1960), В.В. Чорний (1968), Л.Н. Данилов (1974), О.Т. Костишин (1984), В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990), В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999). К.І. Башмаков (1960) лікував 12 таких хворих. Punt (1949) описав 13 аналогічних спостережень. О.Т. Костишин (1984) навів дані про 14 випадків грануляційного зовнішнього отиту, В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990) – про 18, а В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) – про 32. Л.Н. Данилов (1974) серед 147 осіб, котрі лікувались з приводу зовнішнього отиту, грануляційний процес відмітив у 16. І.А. Яшан і Є.М. Єдинак (1983) з 62 обстежуваних із запаленням зовнішнього вуха грануляційний отит виявили у 1.

Грануляційний зовнішній отит описується і під іншими назвами: „зовнішній грануляційний отит” (Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; В.В. Нижегородцева, 1977), „гранулюючий зовнішній отит” (А.К. Чаргейшвили, 1960; Т.А. Вайнштейн, 1967; В.М. Хмельник, 1979; И.А. Яшан, Е.Н. Єдинак, 1983; А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999), „гранульозний зовнішній отит” (Punt, 1949), „зернистий мірин-

гіт” (В.В. Черный, 1968). Але деякі автори (В.Ф. Гудин, 1971; Л.Н. Данилов, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984) дотримуються назви „грануляційний зовнішній отит”. Ми також користуємося цим терміном.

За А.Г. Лихачовим (1981, 1984), грануляційний зовнішній отит представляє особливу форму дифузного зовнішнього отиту. Разом з тим автор відмічає, що це захворювання зовнішнього вуха може існувати і без супутнього запалення зовнішнього слухового ходу. А.К. Чаргейшвілі (1960), Д.А. Битченко (1968), В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) грануляційний зовнішній отит вважають самостійною нозологічною формою. Патологічний процес, як правило, буває одностороннім. У всіх 18 осіб, що спостерігались В.І. Лозицькою і В.І. Заком (1990), та у всіх 32, що спостерігались В.П. Нечипоренком і В.І. Лозицькою (1999), грануляційний зовнішній отит був одностороннім.

Punt (1949) трактував це захворювання як своєрідне ураження шкіри, що характеризується непередбачуваним перебігом і утворенням грануляцій на різних ділянках зовнішнього слухового ходу. А.К. Чаргейшвілі (1960) підкреслює, що грануляційний зовнішній отит – маловідоме особливе явище, що полягає в самостійному рості грануляцій, які виникають у зовнішньому слуховому ході при непошкодженій барабанній перетинці.

Грануляційний зовнішній отит може мати двоякий характер (А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). В одних випадках грануляції є наслідком поверхневого запального процесу в шкірі без залучення у нього періосту; їх можна віднести до рубрики грануляційних зовнішніх отитів. Але значно частіше вони з’являються в результаті ураження періосту та кортикального шару кістки, що визначається непередбачуваним перебігом, різкими болями, гноетечею, а іноді і утворенням кісткових секвестрів (А.Т. Костышин, 1984) чи гнійних остеоперіоститів зовнішнього слухового ходу (В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). Варто ретельно проводити диференціювання глибокого процесу, оскільки при остеоперіоститах хірургічне втручання повинно бути більш

широким, з розширенням норичних ходів і наступним ретельним вишкрібанням ділянок остеонекрозу (В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). О.Т. Костишин (1984) вважає, що такі форми запалення варто класифікувати як гнійний остеоперіостит зовнішнього слухового ходу, при якому раціональним лікуванням є хірургічна елімінація остеонекротичного осередку.

Етіологія. Етіологічні фактори грануляційного зовнішнього отиту мало вивчені (В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). Деякі автори (Hochfilzer, 1945) причиною його розвитку вважають проникнення в шкіру слухового ходу відповідного гриба *Monilia*. Інші дослідники (Л.Т. Левин, Я.С. Темкин, 1948; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999) розцінюють грануляційний зовнішній отит як різновид гострого чи хронічного зовнішнього отиту.

Punt (1949) і Mc Laurin (1951) вважають, що при грануляційному зовнішньому отиті зустрічаються мікроорганізми, звичайні для здорового вуха. Л.Н. Данилов (1974) виділяв у таких хворих золотистий стафілокок, негемолітичний стрептокок, гемолітичний стрептокок. При дослідженні на наявність бактеріальної флори у виділеннях із зовнішнього слухового ходу В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990) знаходили стрептокок, В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) – стрептокок, стафілокок, *St. epidermidis*. О.Т. Костишин (1984) виділяв з вуха мікробні асоціації, що склались із стафілококів, стрептококів, кишечної і синьогнійної паличок.

За даними Д.А. Битченка (1968), у 2 з 4 описаних ним пацієнтів причиною грануляційного зовнішнього отиту виявилось травматизуюче видалення сірки зі слухового ходу сірником. В спостереженнях С.В. Веренича (1969) причинами цього захворювання були часті розчухування у зовнішньому слуховому ході в результаті свербіння, неодноразові видалення сірчаного корка гілочкою дерева. За спостереженнями Punt (1949), 3 випадки грануляційного зовнішнього отиту з 13 були пов’язані з фурункулосом зовнішнього слухового ходу. А.К. Чаргейшвілі (1960) грануляції, що з’являються

у зовнішньому слуховому ході, звичайно розглядає як результат гнійного запалення середнього вуха.

Виникнення грануляційного зовнішнього отиту Punt (1949) пов'язував зі спекою і потінням, оскільки всі спостережувані ним випадки з'явилися у спекотливу пору року. За даними О.Т. Костишина (1984), суворості сезонності захворювання не має, хоча В.В. Чорний (1968) відмічає деяке зростання кількості випадків звертання хворих до лікаря на початку весни і осені. За спостереженнями В.І. Лозицької і В.І. Зака (1990), пацієнти частіше звертались по допомогу в літній і осінній періоди року.

В розвитку грануляційного зовнішнього отиту, за спостереженнями В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), відіграє роль цукровий діабет. Автори підкреслюють, що наявність млявого перебігу грануляційного зовнішнього отиту, який важко піддається лікуванню, без попереднього діабетичного анамнезу може свідчити про існування у хворого латентної форми цукрового діабету.

Клінічні прояви. Скарги обстежуваних осіб з грануляційним зовнішнім отитом дуже різноманітні. Частою скаргою є гнійні виділення (гноетеча) з вуха (Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; В.Ф. Гудин, 1971; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984; К.С. Гулин, 1990; Punt, 1949). Іноді пацієнти відмічають мізерні сукровичні виділення з вуха (В.І. Лозицькая, В.І. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицькая, 1999). Хворі можуть скаржитись на біль у вусі (Т.А. Вайнштейн, 1967; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984; В.І. Лозицькая, В.І. Зак, 1990). Іноді він буває таким різким, що порушує нічний сон (А.Т. Костышин, 1984). Причому з появою виділень біль у вусі зменшується, як це буває при фурункулі зовнішнього слухового ходу (А.Т. Костышин, 1984). Спостерігається болючість при доторкуванні до вушної раковини (В.Ф. Гудин, 1971). Іноді буває головний біль (В.В. Нижегородцева, 1977). Пацієнтів може турбувати свербіння у вусі (В.Ф. Гудин, 1971; В.І. Лозицькая, В.І. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицькая, 1999), закладання у вусі (С.В. Веренич, 1969), незначне зниження слуху (Д.А. Быт-

ченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; А.Т. Костышин, 1984; В.І. Лозицькая, В.І. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицькая, 1999), шум у голові та вусі (С.В. Веренич, 1969), тиск у вусі (В.І. Лозицькая, В.І. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицькая, 1999). Зниження слуху пов'язано з прикриттям барабанної перетинки злущеним епідермісом (Д.А. Бытченко, 1968), закупорюванням зовнішнього слухового ходу густим гнійним детритом (А.Т. Костышин, 1984). За даними В.І. Лозицької і В.І. Зака (1990), з 18 обстежуваних з грануляційним зовнішнім отитом у 9 спостерігався тиск у вусі, свербіння, незначне зниження слуху, у 3 – мізерні сукровичні виділення з вуха, 6 осіб були направлені на консультацію для уточнення діагнозу (призовники, направлені з діагнозом хронічного середнього отиту).

При отоскопії виявляється запальний процес у зовнішньому слуховому ході (Л.Н. Данилов, 1974; Punt, 1949). При цьому відмічається інфільтрація у зовнішньому слуховому ході (Т.А. Вайнштейн, 1967; В.В. Нижегородцева, 1977) і гіперемія його стінок (В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984). Може бути також інфільтрація барабанної перетинки (В.В. Черный, 1968) і легка її гіперемія (С.В. Веренич, 1969). Д.А. Бытченко (1968) вважає, що барабанна перетинка до процесу залучається рідко, при цьому відмічається десквамація епідермісу, обмежені гіперемія та інфільтрація. Іноді має місце інфільтрація м'яких тканин в ділянці соскоподібного відростка (Т.А. Вайнштейн, 1967). Буває помірно виражена мацерація шкіри зовнішнього слухового ходу (Д.А. Бытченко, 1968; А.Т. Костышин, 1984).

Просвіт зовнішнього слухового ходу може бути звужений за рахунок інфільтрації його стінок (Т.А. Вайнштейн, 1967; В.В. Нижегородцева, 1977), в зв'язку з чим барабанна перетинка не проглядається (Т.А. Вайнштейн, 1967; В.В. Нижегородцева, 1977). Т.А. Вайнштейн (1967) спостерігав концентричне звуження зовнішнього слухового ходу на межі перетинчасто-хрящового і кісткового відділів. При натискуванні на стінки зовнішнього слухового ходу може бути різка болючість (Т.А. Вайнштейн, 1967).

В зовнішньому слуховому ході виявляються гнійні виділення (Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984). Вони можуть бути без запаху (Т.А. Вайнштейн, 1967) або з неприємним (Д.А. Бытченко, 1968) чи гнилісним запахом (Punt, 1949). В спостереженні В.В. Чорного (1968) барабанна перетинка була вкрита шаром гнійних виділень, які стікали на шкіру кісткового відділу зовнішнього слухового ходу і іноді засихали кірками. В одному випадку, описаному С.В. Вереничем (1969), зовнішній слуховий хід на межі кісткового і перетинчасто-хрящового відділу був obtурований щільною сірою масою. В спостереженні К.С. Гуліна (1990) в обох зовнішніх слухових ходах визначалась обмежена ідіопатична холестеатома, після видалення якої були знайдені грануляції на стінках слухових ходів.

Основна отоскопічна ознака, яка виражає суть даного захворювання, – наявність грануляцій у зовнішньому слуховому ході (А.К. Чаргейшвили, 1960; Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; Л.Н. Данилов, 1974; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999, Punt, 1949). Грануляції бувають або тільки на поверхні барабанної перетинки (К.И. Башмаков, 1960; И.А. Фельдман, 1968; В.В. Черный, 1968; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999, Punt, 1949), або на стінках зовнішнього слухового ходу і на поверхні барабанної перетинки (Л.Н. Данилов, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999) чи тільки на стінках зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; Л.Н. Данилов, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Т. Костышин, 1984; К.С. Гулін, 1990; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999, Punt, 1949). Так, за даними В.І. Лозицької і В. І. Зака (1990), у 7 з 18 хворих на грануляційний зовнішній отит грануляційна тканина знаходилась тільки на поверхні барабанної перетинки, у 6 грануляції розташовува-

лись на стінках зовнішнього слухового ходу і на поверхні барабанної перетинки, у 5 – тільки на стінках зовнішнього слухового ходу. За спостереженнями В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), серед 32 обстежуваних з грануляційним зовнішнім отитом у 9 грануляції розташовувались тільки на поверхні барабанної перетинки, у 11 – на стінках зовнішнього слухового ходу і на поверхні барабанної перетинки, у 12 – тільки на стінках зовнішнього слухового ходу. За даними Л.Н. Данилова (1974), у всіх 16 пацієнтів, що ним спостерігались, були грануляції на шкірі зовнішнього слухового ходу, а у 2 – і на барабанній перетинці.

При ураженні барабанної перетинки може бути різна отоскопічна картина. Так, за спостереженнями В.В. Чорного (1968), барабанна перетинка була з розширеними судинами і грануляціями яскраво-червоного кольору з гладкою зернистою поверхнею, які займали площу від маленьких островців до всієї поверхні барабанної перетинки. Рідко грануляції переходили деінде через лімб на стінки зовнішнього слухового ходу. За даними В.І. Лозицької і В.І. Зака (1990), а також В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), в задньоверхньому квадранті барабанної перетинки визначались рожеві сосочкоподібні грануляції, які розташовувались окремо одна від одної у вигляді ізольованих горбиків, а іноді зливались одна з одною, внаслідок чого проглядалась горбиста поверхня. Зондування грануляцій викликало незначну кровотечу. В передніх відділах у всіх хворих барабанна перетинка була зовнішньо без особливостей. У всіх випадках стінки зовнішнього слухового ходу не були змінені.

Наявність грануляцій на поверхні барабанної перетинки має назву „гранулюючий мірингіт” (В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999), „гранульозний мірингіт” (К.И. Башмаков, 1960; И.А. Фельдман, 1968; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999), „зернистий мірингіт” (В.В. Черный, 1968; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999).

При ураженні зовнішнього слухового ходу грануляції локалізуються на різних

стінках його кісткового відділу (Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984). Так, Т.А. Вайнштейн (1967) спостерігав грануляції на нижній стінці кісткового відділу зовнішнього слухового ходу. Д.А. Бытченко (1968) відмічав в кістковому відділі зовнішнього слухового ходу на обмеженій ділянці наявність невеликих грануляцій діаметром 2-3 мм, розміщених на задній стінці біля стику її з верхньою і нижньою на відстані 2-5 мм від барабанної перетинки. С.В. Веренич (1969) виявив грануляції, які в одному випадку виходили з задньовіршої стінки зовнішнього слухового ходу, в іншому – з передньонижньої та передньовіршої стінок з вростанням їх в епідермальні або в нагноєні епідермальні нашарування. В.В. Нижегородцева (1977) знайшла грануляції на задній стінці кісткового відділу зовнішнього слухового ходу, а потім і поліпи. Вони швидко розростались і на протязі кількох днів повністю виповнили слуховий хід. О.Т. Костишин (1984) відмічав грануляції, що виступали в просвіт зовнішнього слухового ходу у вигляді чітко обмежених острівців в різних ділянках кісткового відділу слухового ходу. Л.Н. Данилов (1974) бачив грануляції, що розташовувались на всьому протязі зовнішнього слухового ходу. А.І. Лісовська і співавтори (1967) у немовлят в зовнішньому слуховому ході знаходили грануляції, що закривали барабанну перетинку. Після видалення грануляцій виявилось, що вони також виходили з барабанної порожнини, тобто мав місце зовнішній і середній грануляційний отит.

При зондуванні ділянки грануляцій відчувається кістка з шершавою поверхнею (Т.А. Вайнштейн, 1967). О.Т. Костишин (1984) при зондуванні у переважній більшості хворих (у 12 з 14) знаходив норицю, на дні якої була нерівна шершава поверхня. При грануляційному зовнішньому отиті відмічається зниження слуху за звукопровідним типом (Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969). В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990), В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) відмічають, що при грануляційному зовнішньому отиті слухова функція не страждає.

При цукровому діабеті грануляційний зовнішній отит може набути бурхливого прогресуючого перебігу із залученням у процес періосту та кісткової тканини і розвитком гнійно-некротичного зовнішнього отиту, який часто ускладнюється розповсюдженим остеомієлітичним процесом у висковій кістці з наступним виникненням сепсису та інших грізних ускладнень (В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицька, 1999).

Діагностика. Діагностика грануляційного зовнішнього отиту ґрунтується на даних характерної отоскопічної картини (наявність грануляцій тільки на поверхні барабанної перетинки чи одночасно на поверхні барабанної перетинки і стінках зовнішнього слухового ходу або тільки на стінках зовнішнього слухового ходу). При гістологічному дослідженні О.Т. Костишин (1984) знаходив грануляції, що складались в основному з плазматичних, ксантоматозних клітин, лімфоцитів, лейкоцитів, гігантських клітин. К.С. Гулін (1990) виявив грануляційну тканину при гістологічному дослідженні грануляцій. В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990) визначили тканину, вкриту багатошаровим плоским ороговіваючим епітелієм із занурювальним ростом, в підлеглий тканині – склероз і рясну лімфоцитарну інфільтрацію, крововиливи з глибами гемосидерину. При гістологічному дослідженні грануляційної тканини В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) у 21 з 32 пацієнтів знайшли хронічне запалення, а у 11 – грануляційну тканину з дифузною інфільтрацією лейкоцитами з переважанням еозинофілів і плазматичних клітин.

Диференціальна діагностика. Варто мати на увазі, що грануляційний зовнішній отит може симулювати фурункул зовнішнього слухового ходу, дифузний зовнішній отит (А.Т. Костышин, 1984; В.І. Лозицька, В.І. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.І. Лозицька, 1999; Man et al., 1964), тому з цими захворюваннями треба проводити диференціальну діагностику. В спостереженнях О.Т. Костишина (1984) хворі довго лікувались з приводу „фурункула” чи „дифузного зовнішнього отиту”. За даними В.І. Лозицької і В.І. Зака (1990), 6, а за даними В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), 7 пацієнтів були направлені на консультацію з діагно-

зом хронічного середнього отиту. А у немовлят при грануляційному середньому отиті (отоанtritі) можуть спостерігатись у зовнішньому слуховому ході грануляції, що закривають барабанну перетинку (А.И. Лисовская и соавт., 1967).

Диференціально-діагностичні відмінності між грануляційним мірингітом і хронічним гнійним середнім отитом наводять В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990), а також В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999). Автори підкреслюють, що при грануляційному мірингіті отоскопічні дані при першому огляді можуть нагадувати хронічній середній отит, ускладнений поліпом чи грануляціями; для диференціального діагнозу варто використати обережне прощупування гудзиковим зондом, різні методи продування (при наявності перфорації барабанної перетинки підвищення тиску в барабанній порожнині викликає шумові ефекти, а отоскопічно можна відмітити появу вмісту чи пухирців повітря з барабанної порожнини). Користуючись пневматичною лійкою, можна відмітити, що при грануляційному мірингіті відбуваються одночасні і однакової інтенсивності коливання барабанної перетинки і розташованих на ній грануляцій, а при хронічному гнійному середньому отиті з наявністю поліпа чи грануляцій коливання барабанної перетинки, що викликаються перепадами тиску у зовнішньому слуховому ході, відбуваються незалежно від поліпа чи грануляцій. Навіть якщо і спостерігається переміщення останніх, воно не співпадає з коливаннями барабанної перетинки за часом і амплітудою. Хронічний гнійний середній отит майже завжди супроводжується зниженням слуху різного ступеня вираженості. При грануляційному мірингіті слухова функція не страждає.

Лікування. Лікування при грануляційному зовнішньому отиті може бути консервативним і хірургічним. Консервативне лікування проводили К.І. Башмаков (1960), А.К. Чаргейшвілі (1960), Т.А. Вайнштейн (1967), В.Ф. Гудін (1971), Л.Н. Данилов (1974), А.Г. Лихачов (1981, 1984). Так, К.І. Башмаков (1960) тушував грануляції 5% азотнокислим сріблом і одночасно вводив у вухо 0,25% цинкові краплі. А.К. Чаргейшвілі (1960) рекомендував щоденно очищати

зовнішній слуховий хід, припикати грануляції нітратом срібла чи чистою карболовою кислотою, після чого стінки слухового ходу припудрювати порошком сульфаниламідів і вставляти туди турунду. Автор проводив також видалення грануляцій. Т.А. Вайнштейн (1967) в одному випадку застосовував УВЧ на вухо щоденно по 10 хв, перед сном - лампу Мініна на вухо по 5 хв, аутогемотерапію з пеніциліном по 200000 ОД через день; щоденно робив туалет вуха з введенням у зовнішній слуховий хід турунд з гіпертонічним розчином. Після лікування наступило покращання, але не одужання. Тому довелось видалити грануляції. А.Г. Лихачов (1981, 1984) виконує припикання грануляцій 40-50% розчином нітрату срібла чи хромовою кислотою, припудрює сульфаниламидами чи антибіотиками, призначає УВЧ на вухо, при необхідності вишкрібає грануляції. Punt (1949) і Mc Laurin (1951) вважають, що немає необхідності в застосуванні антибіотиків в зв'язку з тим, що при грануляційному зовнішньому отиті зустрічаються мікроорганізми, звичайні для здорового вуха.

Позитивний ефект від консервативного лікування отримали В.Ф. Гудін (1971) і Л.Н. Данилов (1974). Так, В.Ф. Гудін (1971) застосував 0,3% розчин натрієвої солі уснінкової кислоти в піхтовому бальзамі (Бінан-бальзам) для лікування 2 хворих на грануляційний зовнішній отит. Після ретельного туалету зовнішнього слухового ходу в нього 1 раз на день він вводив „Бінан-бальзам” на ватному фітильку на 6-8 год. Курс лікування складав 7-12 днів. Результати терапії виявились позитивними. З другого дня лікування грануляції ставали блідими, ущільнювались, при доторкуванні не кровоточили, значно зменшувались в розмірах і на 10-12-у добу повністю зникали. Л.Н. Данилов (1974) після туалету зовнішнього слухового ходу 2 рази на день вводив в нього ватний фітильок з локакортемом-Н. Курс лікування становив 6-10 днів. З 16 хворих на грануляційний зовнішній отит позитивний ефект відмічено у 14: грануляції зменшувались в розмірах, а потім повністю зникали. Більшості пацієнтів, поряд з локакортемом-Н, призначались фізпроцедури (УВЧ, УФО-тубус). На основі отриманих результатів

автор дійшов до висновку, що місцеве застосування локакортену-Н в поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами є високоєфективним методом лікування при грануляційному зовнішньому отиті. І.А. Яшан і Є.М. Єдинак (1983) в комплексному лікуванні хворих на грануляційний зовнішній отит в одному випадку з успіхом застосували нормобаричну оксигенацію ураженого вуха.

Частіше проводиться хірургічне втручання – видалення грануляцій (Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984; К.С. Гулин, 1990; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). Грануляції видаляються щипцями (А.К. Чаргейшвили, 1960), гострою ложкою (Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; С.В. Веренич, 1969; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; К.С. Гулин, 1990), конхотомом чи вушною кюреткою (А.Т. Костышин, 1984; К.С. Гулин, 1990; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). Низка авторів розширюють зовнішній слуховий хід, ретельно вишкрібають ділянки остеонекрозу з наступним припіканням ляпісом (С.В. Веренич, 1969), 5% розчином йоду (А.Т. Костышин, 1984), 10% розчином таніну (В.В. Нижегородцева, 1977) чи ваготилом (В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990; В.П. Нечипоренко, В.И. Лозицкая, 1999). В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990), В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) рекомендують припікати грануляції ваготилом на протязі 2-3 днів.

Після видалення грануляцій і припікання раневої поверхні щоденно в слуховий хід вводиться турунда, змочена 96°C спиртом (С.В. Веренич, 1969), 1% хінозоловим спиртом, 1% розчином новоіманіну, 0,5% олійним розчином усніату натрію, синтоміциновою емульсією (А.Т. Костышин, 1984).

А.К. Чаргейшвілі (1960) після видалення грануляцій стінки зовнішнього слухового ходу припудрює сульфаніламидами і в слуховий хід вводять турунду, а К.С. Гулін (1990) туширує їх 10% розчином азотнокислого срібла, в слуховий хід вводять турунди

з софрадексом. Після усунення грануляцій Т.А. Вайнштейн (1967) в одному випадку у зовнішній слуховий хід вводив турунду з оксикортом і преднізолоновою маззю. Однак після видалення грануляцій вони посилено росли, з'явилися симптоми запалення привушної слинної залози. Автор залишки грануляцій двічі припікав 30% ляпісом. В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990), В.П. Нечипоренко і В.І. Лозицька (1999) після видалення грануляцій і припікання уражених ділянок ваготилом вводять у зовнішній слуховий хід турунди, просочені розчинами антибіотиків з урахуванням даних на чутливість до них. Антибіотики місцево застосовуються і в порошках. Використовуються також мазі при вираженому свербінні (ріодоксолова, лориденова, нітоцидова, преднікарбова, фенітилова, геліоміцинова, клотримазолова, фторокортова), вінілін шляхом змазування ними уражених ділянок. Хворим призначають вітаміни, антигістамінні препарати, плазмол і аутогемотерапію. За даними В.П. Нечипоренка і В.І. Лозицької (1999), з 32 пацієнтів після проведеного лікування у 14 одужання наступило на 6-8-й день, у 13 – на 10-й день, у 5 лікування продовжувалось 14-16 днів.

Рецидиви. Грануляційний зовнішній отит після одужання хворих може рецидивувати (А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лозицкая, В.И. Зак, 1990). О.Т. Костишин (1984) спостерігав рецидиви у 3 з 14 оперованих, В.І. Лозицька і В.І. Зак (1990) – у 1 з 18. Рецидиви супроводжуються ростом грануляцій (А.Т. Костышин, 1984). При рецидивах виконується повторне вишкрібання (А.Т. Костышин, 1984).

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що грануляційний зовнішній отит зустрічається рідко і описується під різними назвами. Етіологія цього захворювання недостатньо вивчена. Клінічні прояви дуже різноманітні, але основною і постійною ознакою є наявність грануляцій у зовнішньому слуховому ході. Лікування при грануляційному зовнішньому отиті є консервативним і хірургічним. Після одужання пацієнтів можливі рецидиви захворювання.

1. Башмаков К.И. Клиника и экспертиза при гранулезном мирингите // Воен.-мед. журн. – 1960. – №5. – С. 54-57.
2. Бытченко Д.А. Наружный грануляционный отит // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №2. – С. 88-89.
3. Вайнштейн Т.А. Случай гранулирующего наружного отита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №2. – С. 111-112.
4. Веренич С.В. Два наблюдения наружного грануляционного отита // Здравоохр. Белоруссии. – 1969. – №8. – С. 79-80.
5. Hochfilzer J. (1945). Цитується за Лозицькою В.І., Заком В.І. (1990).
6. Гудин В.Ф. Лечение наружных отитов антибиотиком Бинан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – №1. – С. 101.
7. Гулин К.С. Ограниченная идиопатическая холестеатома наружных слуховых проходов // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – №5. – С. 77-78.
8. Данилов Л.Н. Лечение наружных отитов локакортемом-Н // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. – №1. – С. 103.
9. Костышин А.Т. Наш опыт лечения больных гранулирующими наружными отитами // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – №1. – С. 64-65.
10. Левин Л.Т., Темкин Я.С. (1948). Цитується за Лозицькою В.І., Заком В.І. (1990).
11. Лисовская А.И., Ларина Т.Н., Качала Л.М., Виграйзер Г.З. Грануляционные отиты у детей грудного возраста // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №2. – С. 93-94.
12. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 187.
13. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 187.
14. Лозицкая В.И., Зак В.И. Гранулирующий наружный отит // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – №3. – С. 31-33.
15. Нечипоренко В.П., Лозицкая В.И. Клинические особенности гранулирующего наружного отита // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 1999. – №5, Дод.1. – С. 98-100.
16. Нижегородцева В.В. Наружный грануляционный отит // Воен.-мед. журн. – 1977. – №2. – С. 86-87.
17. Фельдман И.А. Дополнительный метод дифференциальной диагностики гранулезного мирингита // Воен.-мед. журн. – 1968. – №5. – С. 83.
18. Хмельник В.М. Наружный отит сифилитической этиологии // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №1. – С. 65-66.
19. Чаргейшвили А.К. Гранулирующий наружный отит // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т. 2. – С. 56.
20. Черный В.В. Зернистый мирингит // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №1. – С. 80-81.
21. Яшан И.А., Единак Е.Н. Местная нормобарическая оксигенация в лечении больных наружными отитами // Съезд отоларингологов УССР. 6-й. – Львов: Б.и., 1983. – С. 104-105.
22. Man A., Leventon G., Kraus P. External otitis simulating otitis media. Report on two cases // J. Laryng. – 1964. – Vol. 78, N 11. – P. 1044-1046.
23. Mc Laurin J.W. Principles of therapy in otitis externa // Laryngoscope (St. Louis). – 1951. – Vol. 61, N 1. – P. 66-87.
24. Punt N.A. Otitis externa granulosa // Brit. M.J. – 1949. – Vol. 2. – P. 989-990.

Надійшла до редакції 03.05.07.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2007