

КРОВОТЕЧА З ВУХА (Повідомлення 2)

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

В попередній оглядовій статті (Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, 2005) були наведені дані про етіологію і патогенез кровотечі з вуха. В цьому повідомленні зупинимось на класифікації, клініці, діагностиці, диференціальній діагностиці, лікуванні, прогнозі та профілактиці кровотечі з вуха

Класифікація. Класифікація кровотечі з вуха має велике як теоретичне, так і практичне значення, але до нинішнього часу вона відсутня. На нашу думку, в основу такої класифікації повинен бути покладений єдиний принцип – патогенетичний з урахуванням етіологічних та інших факторів. На основі вивчення літератури, а також нашого власного досвіду ми представляємо коротку робочу класифікацію кровотечі з вуха, що ґрунтується на патогенетичному принципі і етіологічних факторах, додавши клінічну характеристику кровотечі. В запропонованій нами класифікації враховано 11 ознак: патогенез, етіологія, локалізація (джерело), ступінь, тривалість, частота, вираженість, раптовість, час виникнення, напрямок, наслідок. Наводимо цю класифікацію в повному викладі.

I. За патогенезом розрізняються кровотечі: 1) в результаті порушення цілості судинної стінки; 2) в результаті ерозії судин; 3) в результаті патологічного стану судин; 4) в результаті підвищення проникності судинної стінки; 5) у внутрішнє вухо в результаті зміни атмосферного тиску або інших причин; 6) в результаті зниження швидкості згортання крові; 7) фізіологічна кровотеча.

II. За етіологією кровотечі з вуха можуть бути спричинені: 1) травматичними пошкодженнями вушної раковини, зовнішнього слухового ходу, барабанної перетинки, барабанної порожнини, поздовжніми переломами піраміди вискової кістки; 2) сторонніми тілами зовнішнього слухового ходу і барабанної

порожнини; 3) опіками зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки; 4) гострими запальними захворюваннями зовнішнього слухового ходу і середнього вуха; 5) хронічними гнійними запаленнями середнього вуха; 6) туберкульозом середнього вуха; 7) доброякісними пухлинами зовнішнього слухового ходу і середнього вуха; 8) злоякісними пухлинами зовнішнього слухового ходу і середнього вуха; 9) патологічними процесами в глотці (травми і злоякісні новоутворення в носовій частині глотки, паратонзиллярний абсцес, парафарингіт); 10) змінами атмосферного тиску; 11) зниженням швидкості згортання крові; 12) загальними захворюваннями; 13) фізіологічною кровотечею.

III. За локалізацією (джерелом) кровотечі можуть виникати: 1) із зовнішнього вуха; 2) з середнього вуха; 3) з глотки (носова, ротова частини глотки); 4) з нижньої щелепи; 5) з внутрішнього вуха (крововилив).

IV. За ступенем: 1) невелика (незначна); 2) виражена (значна); 3) сильна (масивна).

V. За тривалістю: 1) короткочасна; 2) тривала.

VI. За частотою виникнення: 1) одноразова; 2) повторна.

VII. За вираженістю: 1) явна; 2) прихована.

VIII. За раптовістю: 1) раптова; 2) поступова.

IX. За часом виникнення: 1) рання (первинна); 2) пізня (вторинна).

X. За напрямком: 1) зовнішня (витікання крові через слуховий хід); 2) внутрішня (скупчення крові в барабанній порожнині; витікання крові через слухову трубу в носову частину глотки; скупчення крові під охрястям вушної раковини; скупчення крові під м'якими покривами голови; крововилив у внутрішнє вухо).

XI. За наслідком: 1) сприятлива; 2) несприятлива.

Ми виділили наступні 16 груп захворювань та окремих патологічних станів, при яких зустрічається кровотеча з вуха: 1. Захворювання вушної раковини (травми). 2. Захворювання зовнішнього слухового ходу (травми; сторонні тіла; хірургічні втручання; некротичний отит; постгрипозний отит; ангіома; капілярна гемангіома; кавернозна гемангіома; ангіофіброма; гемангіоендотеліома; рак; сифіліс). 3. Захворювання середнього вуха (аномалії розвитку; травми; сторонні тіла; хірургічні втручання; гострий гнійний середній отит; гострий постгрипозний середній отит; гострий середній отит при скарлатині; дифтерія; хронічний гнійний середній отит; туберкульоз; ангіома; хемодектома; рак; саркома). 4. Захворювання глотки (травми носової частини глотки; паратонзиллярний абсцес; парафарингіт; юнацька ангіофіброма носової частини глотки; саркома носової частини глотки). 5. Захворювання нижньої щелепи (остеомиєліт). 6. Захворювання привушних слинних залоз (травми; гострий і хронічний сіаладеніт; абсцес; гемангіома; рак). 7. Зміни атмосферного тиску. 8. Цинга. 9. Хвороба Верльгофа. 10. Гемофілія. 11. Гіпертонічна хвороба. 12. Атеросклероз. 13. Епілепсія. 14. Застосування антикоагулянтів. 15. Прикладання п'явок за вухом. 16. Кровотеча вікарна і конкомітуюча (замінює менструацію або супроводжує її).

Клініка. Клінічні ознаки кровотечі з вуха залежать від її локалізації, характеру, інтенсивності. При крововиливі під охрястя вушної раковини (отгематома) змінюється її конфігурація (А.А. Лайко, 1998). У верхній частині увігнутої поверхні вушної раковини визначається напівкульоподібна кругла, гладка припухлість (Л.А. Зарицький, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, 1998, 1998), яка може мати різний колір: червонуватий (А.Г. Лихачев і соавт., 1950), червоний (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999), червоний з ціанотичним відтінком (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999), червоно-синій (А.А. Гладков, 1965, 1973), червонувато-синій (Э. Сийрде, 1967), синюватий (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960), ціанотично-багряний (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), багряно-синій (А.Г. Лихачев, 1981, 1984), багряний (А.К. Чаргей-

швили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974). Припухлість вкрита нормальною шкірою (А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийрде, 1967). Шкіра над отгематомою холодна на дотик (О. Кіцера, 1996). Місцевих проявів запалення шкіри немає, але коли вони з'являються, то це свідчить про виникнення перихондриту вушної раковини (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

Під час пальпації припухлість пружинить і флюктує (С.В. Лигин, 1912; В.К. Аброжевич, 1926; М.Я. Цыпин, 1931; И.Г. Сандлер, 1936; А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийрде, 1967; К.С. Гулин, 1972; А.А. Лайко, 1998, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.). Вмістом отгематоми являються кров і лімфа (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999). Свіжі гематоми містять яскраво-червону кров, через 24-48 год утворюється гемосидерин, а через тиждень – гематоїдин, внаслідок чого шкіра забарвлюється в коричнево-жовтий колір (А.А. Лайко, 1998).

Отгематома може нагноюватись і переходить в хондроперихондрит вушної раковини (Л.А. Зарицький, 1974; С.Н. Хечинашвили, 1997). Етіологічним фактором при таких ускладненнях звичайно є синюгнійна паличка. Необхідно враховувати ту обставину, що хрящ отримує живлення з безпосередньо прилеглої до нього ділянки надхрястя, тому субперихондральне скупчення гнійного ексудату викликає некроз хряща. При хондроперихондриті вушної раковини патологічний процес визначається “повзучим” характером (С.Н. Хечинашвили, 1997).

Якщо має місце крововилив під м'які тканини голови (гематома) при хронічному запаленні середнього вуха, то з'являється припухлість за вухом, на шиї, потилиці, лобній і тім'яній кістках (П.Г. Варшавская, 1930; А.Л. Гинзбург, 1932).

Кровотеча з вушної раковини, зовнішнього слухового ходу при незначних їх пошкодженнях не проявляється загальними симптомами (А.А. Лайко, 1998). При переломах нижньо-передньої стінки зовнішнього слухового ходу кровотечі бувають сильні (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Ще сильніші кровотечі з вуха спостерігаються при переломах кісткової частини зовнішнього слухового ходу з одночасним розривом барабанної перетинки (А.Г. Лихачев, 1981, 1984).

При профузних кровотечах з'являється блідість шкірних покривів і видимої слизової оболонки, прискорюється пульс, знижується кров'яний тиск (А.А. Лайко, 1998).

У разі скупчення крові в барабанній порожнині при цілості барабанної перетинки, що спостерігається при невеликих тріщинах покриву чи дна барабанної порожнини, але частіше при ідіопатичному гемотимпанумі, через непошкоджену, ледве випнуту барабанну перетинку просвічується "синя" кров (И.И. Гольдман, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Г.С. Протасевич, 2004). Синій колір барабанної перетинки може виникати при затіканні крові через слухову трубу з носової частини глотки в результаті частого ковтання при кровотечі з останньої або при носовій кровотечі, коли кров з носа попадає в носову частину глотки (Reiss, 1912; Г.С. Протасевич, 2004). У випадках, коли в барабанній порожнині з'являються згустки крові, які прикривають лабіринтні вікна, може розвиватись запаморочення голови, ністагм, вегетативні симптоми і завжди знижується слух (А.А. Лайко, 1998).

При переломах основи черепа з тріщиною, що проходить через покрив барабанної порожнини, і одночасному розриві твердої мозкової оболонки чи при тріщинах лабіринта, крім кровотечі з вуха, спостерігається вушна лікворея (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; С.Н. Хечинашвили, 1997).

Діагностика. Діагностика кровотечі з вуха проста (А.А. Лайко, 1998), при цьому велике значення мають анамнез, клінічні прояви, дані отоскопії і рентгенографії вискових кісток (Г.С. Протасевич, 2004). Але визначення місця кровотечі іноді представляє великі труднощі, а інколи буває неможливим (А.А. Лайко, 1998). Якщо вушна кровотеча припиняється внаслідок натискання на загальну сонну артерію, то це є свідченням того, що кровоточать її гілки (А.А. Лайко, 1998). У разі, коли джерело кровотечі у вусі не виявлено, слід мати на увазі, що кров у вуха може затікати через слухову трубу з носової частини глотки при її травматичних ушкодженнях і новоутвореннях (Г.С. Протасевич, 2004). Крім того, кров у зовнішній слуховий хід може попадати з ротової частини глотки при паратонзиллярному абсцесі, парафарингіті в результаті узурації гноем судинної стінки і прориву його в слуховий хід (А.С. Федотов, 1938; Л.М. Ковалева, 1955). Тому в кожному випадку вушної кровотечі слід, крім отоскопії, проводити

задню риноскопію і орофарингоскопію (Г.С. Протасевич, 2004).

Диференціальний діагноз. Мета диференціальної діагностики – виявити джерело кровотечі з вуха і захворювання, яке її викликало (Г.С. Протасевич, 2004). Від цього залежить лікувальна тактика захворювання, зокрема кровотечі. Існують деякі диференціальні ознаки при кровотечі з вуха тієї чи іншої локалізації, а також при тому чи іншому захворюванні (Г.С. Протасевич, 2004). Отгематома диференціюється з перихондритом вушної раковини, бешихою, а також з пухлинами, зокрема ангіомою (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

Перихондрит вушної раковини проявляється сильними болями в ділянці вуха, що ірадіюють в зуби, голову і шию (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; М.Д. Кажлаев, М.Р. Расулова, 1961; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Причому сильні болі у вусі відмічаються ще до появи змін на поверхні вушної раковини (А.Г. Лихачев и соавт., 1950). Вушна раковина припухає, збільшується в об'ємі, шкіра її стає червоною або ціанотичною, напруженою, за виключенням вушної часточки (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; О. Кіцера, 1996). Іноді вушна раковина відчепирена, сильно розпухла, роздута і має ціанотично-червоний колір, контури раковини згладжені (М.Д. Кажлаев, М.Р. Расулова, 1961). При доторкуванні до вушної раковини виникає сильний біль (М.Д. Кажлаев, М.Р. Расулова, 1961; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Подібні симптоми при отгематомі не спостерігаються.

У хворих на бешиху відмічаються болі в ділянці ураженого вуха, і вони скаржаться, що дуже пече шкіра на вусі (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Найменше доторкання до вушної раковини посилює біль (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Визначається значне порушення загального стану пацієнтів, вони

втрачають сон, апетит, підвищується температура тіла до 38-40°C, а іноді і більше, з'являється лихоманка (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Шкіра вушної раковини, включаючи часточку, і сусідніх ділянок гаряча, припухла, гіперемована, блискуча і потоншена (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), відокремлена неправильними язикоподібними виступами від навколишньої здорової шкіри (Л.А. Зарицький, 1974). Почервоніння і припухання часто поширюються на соскоподібний відросток (Н.А. Глинкин, 1929; А.Г. Лихачев и соавт., 1950). Іноді на шкірі з'являються пухирі з серозним вмістом (бульозна форма бешихи) (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Такі симптоми не бувають при отгематомі.

Ангіома вушної раковини представляє собою доброякісну пухлину (В.С. Погосов, В.Ф. Антонив, 1997). Вона буває досить великих розмірів (М.С. Лукашкин, 1927; В.Л. Фалеева, 1939; В.А. Чудносоветов, 1947), локалізується як на передній поверхні вушної раковини, звисаючи вперед і назовні (В.А. Чудносоветов, 1947), так і на задній поверхні та соскоподібному відростку (Н.А. Флигинских и соавт., 1976), різко відступаючи від бічної поверхні голови (В.Л. Фалеева, 1939). Ангіома вушної раковини ціанотична (В.Л. Фалеева, 1939), може пульсувати (В.Л. Фалеева, 1939; Н.А. Флигинских и соавт., 1976) і виразкуватись (В.С. Погосов, В.Ф. Антонив, 1997). Ці симптоми не характерні для отгематоми.

Остаточний діагноз отгематоми встановлюється на основі пункції ділянки припухлості.

Кровотеча із зовнішнього слухового ходу може вказувати на те, що джерелом її є власне цей відділ вуха або барабанна порожнина. Вказівка в анамнезі на травму говорить про травматичну етіологію кровотечі. Незначне травматичне пошкодження зовнішнього слухового ходу, відсутність скарг на зниження слуху і непошкоджена барабанна перетинка свідчать проти кровотечі з середнього вуха (Г.С. Протасевич, 2004). При глибоких травмах зовнішнього слухового ходу кровотеча буде вираженою, як при розриві барабанної перетинки. Відсутність зниження слуху спостерігається при кровотечі із слухового ходу.

Розрив барабанної перетинки, що супроводжується вушною ліквореєю, наявність

в анамнезі характерної травми (удар в лоб чи потилицю, падіння на підборіддя) вказують на поздовжній перелом піраміди вискової кістки (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; С.Н. Хечинашвили, 1997; Г.С. Протасевич, 2004). При кровотечі з вуха, зумовленій тільки травмою барабанної перетинки, ніколи не буде вушної ліквореї.

Одним з проявів кровотечі з вуха являється гемотимпанум (скупчення крові в барабанній порожнині), що отоскопічно проявляється випинанням барабанної перетинки ціанотичного кольору (И.И. Гольдман, 1974; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Г.С. Протасевич, 2004). Він може виникати при травмі середнього вуха (тріщина покрову і дна барабанної порожнини) (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Г.С. Протасевич, 2004), після підслизової резекції перегородки носа (А.А. Горлина, 1968), буває наслідком затікання крові через слухову трубу з носової частини глотки при її травмах і пухлинах (Г.С. Протасевич, 2004), а також може мати ідіопатичний характер (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Г.С. Протасевич, 2004). Наявність гемотимпануму при відсутності травми вуха свідчить про те, що він має іншу природу: ідіопатичний чи джерело кровотечі знаходиться в носовій частині глотки або в носі. Виявлення такого джерела в носовій частині глотки чи в порожнині носа говорить про носоглоткове або носове його походження. Відсутність такого джерела в носовій частині глотки чи порожнині носа, а також відсутність даних про травму середнього вуха вказує на ідіопатичне походження гемотимпануму.

Гематома завушної ділянки диференціюється з мастоїдитом. Остаточний діагноз встановлюється на основі пункції припухлості, при якій отримують кров у разі гематоми (А.Л. Гинзбург, 1932).

Наявність в анамнезі перенесеного грипу, сукровисті виділення у зовнішньому слуховому ході, визначення під час отоскопії кров'янистих міхурців на стінках його кісткового відділу свідчать про гострий постгрипозний середній отит (Н.В. Мишенькин, 1997; А.А. Лайко, 1998; Г.С. Протасевич, 2004). Некротичні зміни у зовнішньому слуховому ході, кров'янисті виділення, неушкоджена барабанна перетинка, відсутність в анамнезі перенесеного грипу і травми вказують на некротичний зовнішній отит (Г.С. Протасевич, 2004) і причинний зв'язок кровотечі з цим захворюванням.

Незначні кров'яністі виділення з вуха можуть мати місце при скарлатинозному середньому отиті, дифтерії середнього вуха і в перфоративний період гострого середнього гнійного отиту; великі некротичні руйнування барабанної перетинки і вказівка хворого на перенесену скарлатину спостерігаються при скарлатинозному походженні отиту. На дифтерію середнього вуха вказує наявність дифтерійних плівок, після вилучення яких залишається кровоточива поверхня і спостерігаються серозно-кров'яністі виділення. Такого характеру виділення з зовнішнього слухового ходу при наявності спонтанної перфорації барабанної перетинки, вказівка хворого на попередні різкі болі у вусі і відсутність даних про травму вуха та інфекційні захворювання свідчать про те, що виділення крові з вуха пов'язано з гострим середнім гнійним отитом (перфоративний період).

Кровоточиві грануляції і поліпи у вусі можуть зустрічатись при хронічному середньому гнійному отиті, туберкульозі і раку середнього вуха. Відмінності між цими захворюваннями наступні. При хронічному середньому гнійному отиті грануляції і поліпи незначно кровоточать при дотику вушним зондом під час туалету слухового ходу. При раку середнього вуха кровоточивість більш виражена і виникає як при туалеті вуха, так і спонтанно. Наявність порожнини на рентгенограмі вискових кісток свідчить про ракову пухлину, а склероз кістки – про хронічне запалення. Виявлення ознак туберкульозного процесу в легенях вказує на специфічну природу грануляцій у вусі. Діагноз підтверджується на основі гістологічного дослідження грануляцій і поліпів з вуха (Г.С. Протасевич, 2004).

Існування поліпозного утворення в барабанній порожнині з кровотечею може мати місце при хемодектомі цієї локалізації. Повторна часта кровотеча, виражена кровотеча при дотику вушним зондом до “поліпа” свідчать на користь цієї пухлини. При раку середнього вуха, а тим більше при хронічному гнійному середньому отиті, такої вираженої кровотечі не буде. Для ангіоми зовнішнього слухового ходу характерна наявність пухлини темно-червоного кольору в слуховому ході, що сильно кровоточить при дотику до неї зондом при спробі почистити вухо (А.А. Лайко, 1998; Г.С. Протасевич, 2004).

Існування крові у зовнішньому слуховому ході, яка виділяється з нориці на одній з

його стінок, при виявленні у пацієнта паратонозилярного абсцесу чи парафарингіту свідчить про виникнення кровотечі на ґрунті цих захворювань (А.С. Федотов, 1938; Л.М. Ковалева, 1955). При захворюваннях привушних слинних залоз (гострий і хронічний сіалоаденіт, абсцес, гемангіома, рак) можлива поява крові у зовнішньому слуховому ході, яка виділяється з однієї із стінок нориці (Г.С. Протасевич, 2004).

Лікування. Лікувальні заходи при вушній кровотечі визначаються локалізацією останньої і її інтенсивністю. У разі розриву вушної раковини накладаються шви кінським волосом. Частково або повністю відірвана вушна раковина пришивається (А.А. Лайко, 1998). Пришивати відірвану вушну раковину можна не пізніше ніж через 8-10 год після травми, за умови правильної догоспітальної тактики (А.А. Лайко, 1998). Шви треба накладати тільки на шкіру, не захоплюючи хрящ (Г.С. Протасевич, 2006). При отгематомі необхідно видалити кров шляхом аспірації (В.В. Громов, 1948; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийдре, 1967; К.С. Гулин, 1972; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; О. Кіцера, 1996; С.Н. Хечинашвили, 1997; В.Д. Драгомирецький, 1999) в стерильних умовах (Э. Сийдре, 1967) з наступним субперихондральним введенням антибактеріальних препаратів (С.Н. Хечинашвили, 1997), а в порожнину гематоми – розчину антибіотика (А.А. Гладков, 1965, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; В.Д. Драгомирецький, 1999) для недопущення нагноєння (А.А. Гладков, 1965, 1973), кількох крапель 5% настоянки йоду (А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийдре, 1967; А.Г. Лихачев, 1981, 1984) з метою викликати вивільнення порожнини (А.Г. Лихачев, 1981, 1984), утворення злукового процесу (А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийдре, 1967) і накласти тиснучу пов'язку (В.В. Громов, 1948; А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; В.Д. Драгомирецький, 1999) з легкою прокладкою позаду вушної раковини (А.Г. Лихачев, 1981, 1984). В більшості випадків накопичену кров вдається евакуювати без розрізу (С.Н. Хечинашвили, 1997). Розрізи необхідні для дренажу гнійного екссудату при хондроперихондритах вушної раковини (С.Н. Хечинашвили, 1997; А.А. Лайко, 1998).

К.С. Гулін (1972) після пункції рекомендував накладати тиснучу пов'язку в поєднанні з медикаментозною терапією (10% хлорид кальцію, антибіотики, вітаміни, антигістамінні препарати). І.А. Морозов (1973) застосовував парафінову пов'язку, яку в перші 3-4 дні міняють щоденно, а в наступному – через день. Іноді після пункції і відсмоктування вмісту гематоми використовується гіпсова пов'язка (Б.П. Давадов, 1957; В.Ф. Романов, 1974). Однак цей метод не є безпечним. В ряді випадків необхідне проведення повторних пункцій і відсмоктування крові з гематоми. При накладанні гіпсу така можливість виключається. Повідомляється про лікування хворих з отгематомою дренажуванням її порожнини поліетиленовою трубкою (Г.К. Задорожников, 1974). Ю.В. Гусаров (1977), А.Л. Маркзіцер (1986) застосовував метод активного вакуумного дренажування при отгематомі.

Для припинення невеликої кровотечі із зовнішнього слухового ходу в нього вводиться стерильна марльова турунда та накладається пов'язка на вухо (А.А. Лайко, 1998). При значних кровотечах виконується щільна тампонада зовнішнього слухового ходу. При розриві барабанної перетинки хворий і лікар повинні дотримуватись максимальної обережності, щоб не внести інфекцію в середнє вухо. Тому слід уникати всяких маніпуляцій (видалення згустків крові, висушування) у вусі. Категорично протипоказано промивання вуха. Перша допомога повинна обмежуватись введенням в зовнішній слуховий хід сухої стерильної марльової турунди чи ватної кульки. З першого дня після травми лікарські речовини у вухо не призначаються. Тільки у разі появи гнійних виділень лікування проводиться так само, як при гострому середньому гнійному отиті (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Якщо кров з барабанної порожнини затікає в носову частину глотки, то показана задня тампонада носа, при неефективності – ревізія барабанної порожнини і перев'язка кровоточивої судини на всьому її протязі (К.П. Дерепка, 1977).

При кровотечі під час операції на соскоподібному відростку здійснюється його тампонада. Кровотеча з сигмоподібного синуса зупиняється введенням тампона між ним і кісткою за Уайтінгом (А.А. Лайко, 1998). При арозивних кровотечах слід притиснути уражену судину і перев'язати зовнішню або внутрішню, а інколи загальну сонну артерію

на боці ураження (А.А. Лайко, 1998). За показаннями одночасно виконується переливання однокрупової крові і кровозамінників до повного відновлення крововтрати і стабілізації артеріального тиску (К.П. Дерепка, 1977; А.А. Лайко, 1998).

Прогноз. При кровотечі з вуха в більшості випадків прогноз сприятливий. Отгематома після лікування, як правило, розсмоктується безслідно, але іноді може призводити до хондроперихондриту вушної раковини (Л.А. Зарицький, 1974; С.Н. Хечинашвили, 1997), який, в свою чергу, може закінчитись розплавленням хряща та охрястя і спотворенням вушної раковини (Л.А. Зарицький, 1974). При масивних кровотечах в результаті травми чи узурування великих судин можливі летальні наслідки (Н.А. Атенянц, 1915; Д.В. Нестеров, 1969). Прогноз при кровотечах на ґрунті злоякісних пухлин вуха залежить від основного захворювання.

Профілактика. З метою профілактики кровотечі при слухополіпшуючих операціях у хворих на отосклероз застосовується амінокапронова кислота (Н.Г. Герасименко, В.В. Щуровський, 1971), дицинон (В.Т. Пальчун, М.И. Кадьмова, 1976). Особливо корисним виявляється останній. При цьому за 1 год до хірургічного втручання внутрішньом'язово вводиться 1 ампула (250 мг) дицинону. Окрім цього, під час операції додатково використовується дицинон (250-500 мг) на ватній кульці. При призначенні дицинону відмічається виражений гемостатичний ефект. Зі збільшенням дози препарату кровозупинна дія його посилюється. Операційне поле у всіх випадках виявляється сухим чи бувають невеликі виділення крові. При місцевому застосуванні дицинону на раневій поверхні зразу утворюється кров'яний згусток. Використання дицинону ефективно при операціях на стремені як засіб, що посилює тромбоз капілярів. У порівнянні з адреналіном дицинон при місцевому призначенні діє швидше і триваліше, оскільки адреналін лише звужує судини, а дицинон тромбує їх (Г.С. Протасевич і співавт., 2002; А.П. Ковалик і співавт., 2007).

Для профілактики кровотечі при проведенні загальнопорожнинної операції на середньому вусі рекомендується в анестезуючу речовину (новокаїн) додавати розчин гемофобіну (Ф.Н. Тетерин і соавт., 1977). В якості місцевого гемостатичного засобу після операцій на вусі Р.С. Маковеева і Г.А. Тимофеев (1970) застосовується желатинова губка.

Таким чином, кровотеча з вуха класифікується за різними ознаками, клінічна симптоматика її різноманітна і залежить від локалізації, характеру та інтенсивності кровотечі. Діагностика вушної кровотечі нескладна. Диференціальна діагностика проводиться з різною патологією. Лікувальна тактика визнача-

ється локалізацією кровотечі з вуха, її інтенсивністю, а також етіологічним фактором, що спричинив її. Прогноз в більшості випадків сприятливий. Однак можливі смертельні наслідки. З метою профілактики кровотечі при операціях на вусі застосовуються різні кровоупиняючі засоби.

1. Аброжевич В.К. Демонстрация больного с гематомой правой ушной раковины // Рус. оториноларингология. – 1926. – №6. – С. 470-471.
2. Атенянц Н.А. К казуистике смертельных кровотечений из уха // Ежемес. ушных, горловых, носовых болезней. – 1915. – Т. 10, №2. – С. 124-132.
3. Варшавская П.Г. Демонстрация больного // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1930. – Т. 7, №7-9. – С. 482.
4. Герасименко Н.Г., Щуровский В.В. Применение эпсилонаминокапроновой кислоты с целью профилактики кровотечений при слухоулучшающих операциях у больных отосклерозом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. – №5. – С. 101-102.
5. Гинзбург А.Л. Случай обширной гематомы головы при хроническом воспалении среднего уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1932. – Т. 9, №1-2. – С. 70-71.
6. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. – М.: Медицина, 1965. – С. 197-198.
7. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 214-215, 355-358.
8. Глинкин А.А. Рожа правого сосцевидного отростка // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1929. – Т. 6, №1-2. – С. 123.
9. Гольдман И.И. Идиопатический гематотимпанум // Вестн. оториноларингологии. – 1974. – №6. – С. 23-27.
10. Горлина А.А. Подслизистая резекция носовой перегородки у больных в возрасте старше 50 лет // Вестн. оториноларингологии. – 1968. – №5. – С. 58-60.
11. Громов В.В. Некоторые вопросы оказания первой ЛОР-помощи // Сб. тр. врач.-санатор. службы Казанской желез. дороги. – Казань: Б.и., 1948. – Вып.2. – С. 16-23.
12. Гулин К.С. О некоторых особенностях этиологии и клиники отгематом // Вестн. оториноларингологии. – 1972. - №1. – С. 98.
13. Гусаров Ю.В. Применение метода активного вакуумного дренирования в лечении отгематом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №5. – С. 98-99.
14. Давыдов Б.П. О лечении отгематом // Вестн. оториноларингологии. – 1957. – №1. – С. 107-108.
15. Дерепя К.П. Неотложная помощь при кровотечениях в оториноларингологической практике // Съезд отоларингологов Украины. 5-й: Тез. докл. – Донецк: Б.и., 1977. – С. 62-63.
16. Драгомирецький В.Д. Оториноларингологія /За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 127-131.
17. Задорожников Г.К. К вопросу о лечении отогематом // Вестн. оториноларингологии. – 1974. - №2. – С. 114-115.
18. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 42-43, 44-46.
19. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 269-270.
20. Кажлаев М.Д., Расулова М.Р. Тяжелый перихондрит ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. – №2. – С. 72-74.
21. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б. в., 1996. – С. 158-159.
22. Ковалева Л.М. Кровотечение из уха при парафарингите // Вестн. оториноларингологии. – 1955. - №6. – С. 64.
23. Ковалик А.П., Яшан О.І., Протасевич Г.С., Гавура І.А., Савчук Е.В. Застосування дицинону при деяких ендоназальних хірургічних втручаннях // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. – №3-с. – С.139.
24. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 35-37, 40-42, 69-71, 108-110, 160-163.
25. Лайко А.А. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 27-29, 60-61.
26. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 61-63, 314-315.
27. Лигин С.В. Отгематома (кровяная опухоль уха) как профессиональное заболевание у врача // Терап. обозрение. – 1912. – №12. – С. 366-368.
28. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С.155, 183-184.
29. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С.155, 183-184.
30. Лихачев А.Г., Преображенский Б.С., Темкин Я.С. Болезни уха, носа, горла. - М.: Медгиз, 1950. - С.75, 80-81.
31. Лукашкин М.С. Демонстрация ребенка 1 года 6 месяцев, страдающего ангиомой правой ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1927. – Т.4, №7-8. – С. 596.

32. Маковеева Р.С., Тимофеев Г.А. Применение желатиновой губки (кровостана) в качестве местного гемостатического средства в оториноларингологической практике // Межобл. конф. отоларингологов северо-западных областей и выездная сессия Ленинградского НИИ по болезням уха, горла, носа и речи: Материалы. – Л.: Б.и., 1970. – С. 42-44.
33. Маркзицер А.Л. Вакуумное дренирование отгематомы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. – №6. – С.64-65.
34. Мишенькин Н.В. Острое воспаление среднего уха // Руководство по оториноларингологии /Под ред. И.Б.Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 92-101.
35. Морозов И.А. К лечению отгематом // Вестн. оториноларингологии. – 1973. - №2. – С. 102-103.
36. Нестеров Д.В. Кровотечение из внутреннего отдела сонной артерии при кариезе передней стенки барабанной полости // Вестн. оториноларингологии. – 1969. – №6. – С. 96-97.
37. Пальчун В.Т., Кадымова М.И. Применение дицинона при микрооперациях на ухе // Кондуктивная и нейросенсорная тугоухость. – М.: Б.и., 1976. – С. 70-72.
38. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 270-279, 281-283.
39. Погосов В.С., Антонив В.Ф. Доброкачественные новообразования наружного уха // Руководство по оториноларингологии /Под ред. И.Б.Солдатова. – М.: Медицина, 1977. – С. 537-539.
40. Протасевич Г.С. Кровотечение из уха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии /Под ред. Ю.В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 123-127.
41. Протасевич Г.С. Поранення вушної раковини // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 57-58.
42. Протасевич Г.С., Ковалик А.П., Янюк А.В., Гавура І.А., Дужик У.Р. Застосування дицинону при підслизовій резекції перегородки носа // Здобутки клінічної та експериментальної медицини. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2002. – В.7. – С. 85.
43. Протасевич Г.С., Ковалик П.В. Кровотечка з вуха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №6. – С. 79-85.
44. Reiss R. Haematotympanum после epistaxis и «тампонады по Belloq» // Вестн. ушных, горловых, носовых болезней. – 1912. – №4. – С. 289-290.
45. Романов В.Ф. Гипсовая повязка при лечении отгематом // Воен.-мед. журн. – 1974. – №1. – С. 83.
46. Сандлер И.Г. Случай отгематомы левой ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1936. – Т.13, №6. – С. 808.
47. Сийдре Э. Отгематома // Малая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1967. – Т.6. – С. 1134-1135.
48. Тетерин Ф.Н., Войтюк А.Г., Макаров С.Н., Рослов Л.А., Зобнина Н.Н. Опыт применения гемофобина для профилактики кровотечений при некоторых операциях на ЛОР-органах // Вестн. оториноларингологии. – 1977. – №3. – С. 112-113.
49. Фалеева В.Л. Случай ветвистой ангиомы ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1939. – Т.16, №1. – С. 86.
50. Фалеева В.Л. Случай пульсирующей ветвистой ангиомы ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1939. – Т.16, №3. – С. 264-267.
51. Федотов А.С. Демонстрация больного после хирургической перевязки правой общей сонной артерии и правой яремной вены по поводу профузного кровотечения из правого уха и верхних дыхательных путей на почве перитонзиллита // Вестн. оториноларингологии. – 1938. – №3. – С. 333.
52. Флигинских Н.А., Деменков В.Р., Ерышев Ю.Н., Арбузов С.Н. Пульсирующая гемангиома ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №5. – С.95-96.
53. Хечинашвили С.Н. Ухо. Аномалии развития, травмы. Инородные тела // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б.Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 85-91.
54. Цыпин М.Я. Два случая кровяной опухоли уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1931. – Т.8, №7-8. – С. 460-461.
55. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
56. Чудносветов В.А. Случай большой гемангиомы ушной раковины у ребенка // Дагестанский медицинский институт: Труды. – Махачкала: Б.и., 1947. – Т.3. – С. 283-284.

Надійшла до редакції 17.10.07.

© Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, Е.В. Савчук, А.П. Ковалик, 2008