

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК***ЗЛОЯКІСНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ***ПОВІДОМЛЕННЯ II**Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л.Я. Ковальчук)*

В попередній роботі ми навели огляд літератури щодо загальних відомостей, етіології, патогенезу, клінічних проявів злоякісного зовнішнього отиту (ЗЗО). Даний огляд літератури присвячений діагностиці, диференціальній діагностиці, лікуванню, ускладненням, летальності, рецидивам, прогнозу, профілактиці ЗЗО.

Діагностика. Клінічний діагноз ЗЗО нескладно визначити, якщо брати до уваги ознаки розлитого зовнішнього отиту у похилих осіб, особливо тих, що страждають на цукровий діабет, виявлення *Pseudomonas aeruginosa* при бактеріологічному дослідженні і відсутність ефекту від місцевого лікування на протязі 1 тижня (В.А. Гукович, 1988). Діагноз ставиться на підставі наявності в зовнішньому слуховому ході грануляцій, що некротизуються, болючості та припухання привушних м'яких тканин, остеомієлітичних змін. В діагностиці допомагає рентгенографія вискових кісток (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993; В.В. Гардыга, А.И. Барциховский, 1994; О. Кіцера, 1996; Mendez, Zuenzez, 1979; Cohen, Friedman, 1987), комп'ютерна томографія (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993; О. Кіцера, 1996; М.И. Никулин, 2005; Babiatzki, Sade, 1987) і магнітно-резонансна томографія (М.И. Никулин, 2005; Babiatzki, Sade, 1987). Застосовується сцинтиграфія з використанням технецію ^{99m}Tc (індикація осередків остеомієліту) (В.А. Гукович, 1988; В.П. Нечипоренко и соавт., 1993; Ostfeld et al., 1981; Parisier et al., 1982; Cohen, Friedman, 1987) та галію ^{69}Ga (накопичується в змінених м'яких тканинах).

На самому початку захворювання при рентгенографії вискових кісток спостерігається „завуалювання” повітряних комірок соскоподібного відростка (Mendez, Zuenzez, 1979), зниження їх пневматизації (В.В. Гардыга, А.И. Барциховский, 1994), пізніше визначається вже кісткова деструкція, що розповсюджується на середнє вухо, висково-щелепний суглоб і, нарешті, на основу черепа (Mendez, Zuenzez, 1979). При комп'ютерній і магнітно-резонансній томографії відмічається зміна структури вискової кістки (Babiatzki, Sade, 1987), тобто її деструкція (М.И. Никулин, 2005). За даними Cohen і Friedman (1987), сцинтиграфія з використанням технецію ^{99m}Tc є головним діагностичним методом виявлення остеомієліту і, отже, ЗЗО. Він показаний у всіх випадках, коли можна запідозрити останній, з метою ранньої діагностики, що забезпечує більш ефективне лікування (В.А. Гукович, 1988). Відмічена висока кореляція між результатами ^{99m}Tc -сцинтиграфії і клінічним перебігом ЗЗО (Ostfeld et al., 1981; Parisier et al., 1982). Якщо ^{99m}Tc -сцинтиграфію застосувати неможливо, рекомендують 1-3-тижневе місцеве лікування (В.А. Гукович, 1988). Його результативність також має діагностичне значення, оскільки ні в одному описаному спостереженні ЗЗО ефекту тільки від місцевого лікування не було, тоді як навіть при тяжкому перебігу гострого зовнішнього отиту курс лікування завжди дає хоча б часткове покращання (В.А. Гукович, 1988). Ostfeld і співавтори (1981), Parisier і співавтори (1982) застосували сцинтиграфію

з ^{69}Ga для оцінки ефективності і тривалості лікування хворих на ЗЗО антибіотиками.

При патологогістологічному дослідженні знаходять неспецифічну грануляційну тканину з ділянками некрозу (А.Т. Шевченко, 1984; Pihrt, Lochár, 1958), дрібні некротичні маси (А.М. Ольховский, 1972, 1979), некротичний процес (Ostfeld et al., 1981), грануляційну тканину з набряком, рясною васкуляризацією і масивною інфільтрацією нейтрофілами (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993), остеомієліт з остеолізом і остеогенезом (В.А. Гукович, 1988), хронічне запалення з фіброзом (Б.И. Дунайвицер, 1985). При дослідженні секвестрів визначається остеоліз і некроз, гнійна інфільтрація кістки (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993).

Основним діагностичним критерієм ЗЗО, за повідомленням Babiatski і Sade (1987), є тяжкий перебіг зовнішнього отиту, що не піддається консервативному лікуванню на протязі 8-10 днів; біль у вусі, особливо в нічний час; грануляції на нижній стінці зовнішнього слухового ходу; наявність *Pseudomonas aeruginosa* у виділеннях з вуха; наявність цукрового діабету; зміни структури вискової кістки при комп'ютерній томографії і магнітно-резонансній томографії.

Диференціальна діагностика. Диференціюють ЗЗО від гострого зовнішнього отиту, травматичних уражень, виразково-плівчастого зовнішнього отиту (фузоспірильоз), злоякісних пухлин, а також змін у зовнішньому слуховому ході при дифтерії, набутому сифілісі, туберкульозі слухового ходу, специфічних інфільтратів при захворюваннях крові, еозинофільної гранульомі (А.Н. Михалкина, 1964; А.М. Ольховский, 1979; Pihrt, Lochár, 1958).

При виразково-плівчастому зовнішньому отиті (фузоспірильозі) утворюється виразка на шкірі зовнішнього слухового ходу (Н.В. Великорусова, 1928; С.К. Бернштейн, 1930), не некротизуються глибше розташовані тканини. При бактеріологічному дослідженні виявляють чисту культуру *Plaut-Vincent* з переважанням спірохет (С.К. Бернштейн, 1930). Іноді замість ЗЗО ставлять діагноз новоутворення зовнішнього слухового ходу (А.Н. Михалкина, 1964). У разі дифтерії утворюються плівки, які щільно прикріплюються до шкіри зовнішнього

слухового ходу; при їх зніманні залишається дефект шкірних покривів (А.К. Чаргейшвили, 1960). Біль не є характерним, однак окремі автори (А.С. Теркель, 1950) спостерігали первинну дифтерію зовнішнього слухового ходу, що супроводжувалась сильним болем у вусі. Бактеріологічне дослідження плівок показує наявність палички Лефлера (А.К. Чаргейшвили, 1960). При сифілісі відмічається набряк та інфільтрація стінок зовнішнього слухового ходу, гноєподібні виділення з неприємним запахом, темно-червоні грануляції, що злегка кровоточать при дотиканні, стінки слухового ходу різко болючі (А.Г. Фетисов, 1927; В.М. Хмельник, 1979).

При еозинофільній гранульомі уражається середнє вухо і вискова кістка; в зовнішньому слуховому ході спостерігаються грануляції з наявністю нориці в задній його стінці (Г.С. Протасевич, І.А. Яшан, 1999). В мазках і пунктатах пухлини відмічається велика кількість еозинофілів (Э.К. Казакевич, 1964; П.А. Тимошенко и соавт., 1978). Крім того, еозинофільна гранульома вискової кістки частіше зустрічається у дітей (Ф.Ф. Маломуж, 1951; Н.П. Белкина, 1959; Э.К. Казакевич, 1964; Н.Н. Юдов, 1978; В.И. Кошланский и соавт., 1981).

ЗЗО диференціюють також від грануляційного зовнішнього отиту, крупозного запалення зовнішнього слухового ходу, геморагічного зовнішнього отиту. При грануляційному зовнішньому отиті утворюються грануляції, які локалізуються або на стінках слухового ходу (Т.А. Вайнштейн, 1967; Д.А. Бытченко, 1968; В.В. Нижегородцева, 1977; А.Т. Костышин, 1984; В.И. Лоцицкая, В.И. Зак, 1990; Punt, 1949), або на стінках слухового ходу і барабанній перетинці (В.И. Лоцицкая, В.И. Зак, 1990), або тільки на барабанній перетинці (В.В. Черный, 1968; В.И. Лоцицкая, В.И. Зак, 1990; Punt, 1949). У немовлят грануляції можуть виходити з барабанної порожнини у зовнішній слуховий хід і повністю його заповнювати (А.И. Лисовская и соавт., 1967). Відсутні некротичні зміни чи інші глибокі ураження, які бувають при ЗЗО.

При крупозному зовнішньому отиті в слухових ходах утворюються своєрідні кірки, що складаються з фібрину (С. Гершман,

1936). Геморагічний зовнішній отит зустрічається у хворих на грип або при інших ГРЗ (В.Л. Каневский, 1962; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998). При цьому на стінках слухового ходу утворюються пухирці, наповнені серознокривавим вмістом (П.В. Ильин, 1900, 1903; Spira, 1909; В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), відсутні грануляції, некротичні зміни, мікроабсцеси в зовнішньому слуховому ході, що характерно для ЗЗО. Особливо важлива диференціальна діагностика від гострого зовнішнього отиту, який зустрічається значно частіше, ніж перелічені вище інші захворювання зовнішнього слухового ходу. Оскільки в початковій стадії (до переходу процесу на кісткову тканину) ЗЗО дуже важко відрізнити від гострого зовнішнього отиту, то своєчасна диференціальна діагностика цього захворювання має вирішальне значення, тому що гіпердіагностика (ЗЗО замість гострого зовнішнього отиту) небезпечна при призначенні лікування (В.А. Гукович, 1988).

Cohen і Friedman (1987) всі симптоми ЗЗО розподілили на 2 групи: 1) обов'язкові, чи постійні; 2) непостійні. Перші зустрічаються в 100% випадків, другі є характерними, але зустрічаються не у всіх хворих. До обов'язкових симптомів автори віднесли наступні: 1) біль; 2) ексудат; 3) набряк; 4) грануляції; 5) мікроабсцеси; 6) позитивний результат сцинтиграфії з використанням технецію ^{99m}Tc чи відсутність ефекту від місцевого лікування на протязі 1 тиждень; 7) висівання *Pseudomonas aeruginosa*. Однак висівання *Pseudomonas aeruginosa* зустрічається не у 100%, а у 98% пацієнтів. Перших три постійних симптоми не є патогномонічними для ЗЗО, оскільки зустрічаються і при гострому зовнішньому отиті, отже, для диференціальної діагностики між ними вони не суттєві. Грануляції – більш важлива ознака, оскільки при гострому зовнішньому отиті спостерігаються рідко. Наявність мікроабсцесів говорить про проникнення інфекції в глибину тканин, що типово для ЗЗО і дуже рідко буває при гострому зовнішньому отиті.

До непостійних симптомів належать: 1) висівання *Pseudomonas aeruginosa* (відне-

сено в другу групу ознак, оскільки не виявляється у 2% хворих); 2) зміни у висковій кістці на рентгенограмі; 3) наявність цукрового діабету; 4) втягнення в процес черепних нервів; 5) дебільність суб'єкта; 6) старечий вік.

Лікування. Перш за все слід обмежити вживання жирів, ліпідів, холестерину, заборонити паління (А.Н. Михалкина, 1964). Хворі на ЗЗО і цукровий діабет потребують екстреної госпіталізації і лікування отоларингологом та ендокринологом (К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981). З урахуванням патогенетичних аспектів, своєрідності інфекційного агента (*Pseudomonas aeruginosa* і її чутливість до антибіотиків) лікування при ЗЗО повинно бути комплексним (М.И. Никулин, 2005). Застосовується як загальна, так і місцева терапія (А.Н. Михалкина, 1964; В.П. Нечипоренко и соавт., 1993; В.Н. Гинькут, 2005). Із загальних засобів використовується загальнозміцнююча і стимулююча терапія (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993; В.Н. Гинькут, 2005; М.И. Никулин, 2005; Vach, 1956). Необхідними являються корекція порушення вуглеводного обміну і підвищення імунної реактивності організму (С.Н. Хечинашвили, 1997), терапія з приводу цукрового діабету, проведення заходів, направлених на нормалізацію функції печінки, підшлункової залози і кишечника (В.П. Нечипоренко и соавт., 1993). Обов'язковим є призначення антибіотиків з урахуванням чутливості до них мікробної флори (А.Г. Лихачев, 1981; К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981; С.Н. Хечинашвили, 1997; В.Н. Гинькут, 2005; Pihrt, Lochár, 1958, та ін.). А.Г. Лихачев (1981) рекомендує карбеніцилін, гентаміцин, що мають широкий антимікробний спектр. Їх вводять у великих дозах внутрішньом'язово чи внутрішньовенно. Карбеніцилін застосовують по 24 г на добу, гентаміцин – з розрахунку 1-1,5 мг на 1 кг маси тіла хворого 3 рази на добу. Chandler (1968), Doroghazi (1981), Lucente і співавтори (1983), Babiatzki і Sade (1987) вважають, що лікування обов'язково повинно включати комбінацію напівсинтетичного пеніциліну з аміноглікозидними антибіотиками (з урахуванням чутливості до них збудника) на протязі 3-12 тижнів. О.О. Кіцера (1996) підкре-

слює, що антибіотикотерапія (аміноглікозиди в поєднанні з синтетичними пеніцилінами) повинна тривати 6 тижнів. За даними Doroghazi (1981), всі 13 хворих, що лікувалися поєднанням напівсинтетичного пеніциліну з аміноглікозидними антибіотиками, одужали, а 6 пацієнтів, у яких був застосований тільки один препарат, загинули від рецидиву ЗЗО. Необхідність одночасного застосування антибіотиків різних типів визначається швидкою появою стійких форм *Pseudomonas aeruginosa* (В.А. Гукович, 1988). Після короткочасного курсу лікування і покращання загального стану пацієнта захворювання звичайно знову відновлюється, важко піддається лікуванню, тому терапію треба продовжувати і після зникнення всіх проявів хвороби (Babiatzki, Sade, 1987). Враховуючи нефротоксичність аміноглікозидних антибіотиків і тривалість їх застосування, необхідно слідкувати за станом функції нирок (В.А. Гукович, 1988). Strauss і Shpitzer (1989) рекомендують перорально офлоксацин.

В останні роки при ЗЗО з хорошим ефектом використовуються цефалоспорины III (цефотаксим, цефтриаксон, цефподоксим) і IV (цефпіром, цефепім) генерації або глікопептидам (ванкоміцин) і карбапенемам (меропенем/меронем) (В.Н. Гинькут, 2005), застосовуються антибіотики, що відносяться до групи флюорокінолонів, робляться спроби формування імунітету до токсину синьогнійної палички (Kent, Jones, 1988). Антибіотикотерапія повинна супроводжуватися детоксикаційними заходами, корекцією гомеостазу (О. Кіцера, 1996).

Найкращий ефект дає сумісний прийом антибіотиків з кортикостероїдами (А.Г. Лихачев, 1981). А.Т. Шевченко (1984) при ЗЗО на ґрунті нецукрового діабету призначала адіурекрин по 0,05 г 3 рази на добу, підшкірно – 1 мл розчину АТФ щоденно, по 100 мг кокарбоксілази 1 раз на день, вітамін В₁₂ по 200 мкг внутрішньом'язово щоденно. Pihrt і Lochár (1958), а також А.Н. Михалкіна (1964) рекомендують проводити консервативне лікування антисклеротичними (гепарин, йод, теобромін) і судинорозширюючими (певітон, папаверин) препаратами. А.М. Ольховський (1979) рекомендує всередину сульфаніламід, віта-

міни групи В, йодисті препарати. Відмічена ефективність гіпербаричної оксигенації в комплексному лікуванні хворих на ЗЗО (О. Кіцера, 1996; Mader, Love, 1982; Joachims et al., 1988).

При місцевому лікуванні проводиться ретельний (кілька разів на день) туалет зовнішнього слухового ходу шляхом його промивання з наступним відсмоктуванням і введенням турунд, просочених антибіотиками чи антисептиками (Ostfeld et al., 1981; Parisier et al., 1982). Місцево застосовуються антибіотики Pihrt і Lochár (1958). А.Т. Шевченко (1984) рекомендує уводити у зовнішній слуховий хід турунди з антисептиками на протязі 2 тиж. А.Г. Лихачов (1981) відмічає високу ефективність уведення в зовнішній слуховий хід мазей з антибіотиків в комбінації з кортикостероїдами. Ю.В. Мітін і співавтори (2001) застосовують вушні краплі „Полідекса”, до складу яких входять антибактеріальні ліки – неоміцин, поліміксин В та стероїдний протизапальний препарат дексаметазон. В.Н. Гинькут (2005) пропонує місцево екзодерил, розчини поліміксину чи бацитрацину, амікацину чи тобраміцину з додаванням до них інсуліну. Однак консервативне лікування при ЗЗО не завжди виявляється ефективним. А.Т. Шевченко (1984), наприклад, не добилась при цьому ефекту від загальної і місцевої терапії на фоні нецукрового діабету.

Більш ефективним є хірургічне лікування з наступним комплексним застосуванням місцевих і загальних лікарських засобів. При цьому проводяться як дрібні хірургічні втручання, так і великі операції в залежності від розповсюдженості процесу, наявності чи відсутності ускладнень (В.П. Нечипоренко і соавт., 1993).

Багато спеціалістів (А.Н. Михалкіна, 1964; А.М. Ольховський, 1972, 1979; А.Т. Шевченко, 1984; Б.И. Дунайвицер, 1985; В.П. Нечипоренко і соавт., 1993; В.В. Гардыга, А.И. Барциховский, 1994; О. Кіцера, 1996; М.И. Никулин, 2005; Pihrt, Lochár, 1958) проводять видалення некротичної і грануляційної тканин, висічення некротичної шкіри і хряща, вишкрібання змінених ділянок кістки, видалення кісткових секвестрів. В післяопераційний період частіше застосовуються антибіотики з урахуванням

чутливості до них мікробної флори, що викликала патологічний процес, а також інші препарати загальної дії. Причому уніфікованого методу загального лікування не існує. Арсенал використовуваних лікарських засобів як за назвою препаратів, їх кількістю і методом уведення в організм призначається індивідуально в кожному конкретному випадку. Наводимо методики загального післяопераційного лікування, за даними різних авторів (А.М. Ольховский, 1972, 1979; А.Т. Шевченко, 1984; Б.И. Дунайвицер, 1985; В.В. Гардыга, А.И. Барциховский, 1994; М.И. Никулин, 2005).

А.М. Ольховский (1972) призначав всередину біоміцин, йодид калію, папаверин, вітамін В₁. Він (1979) на протязі 10 днів рекомендував прийом таблеток біоміцину по 100000 ОД 4 рази на день, 3% розчин йодиду калію по 1 столовій ложці 3 рази на день, внутрішньом'язове уведення 5% розчину вітаміну В₁ (по 1мл щоденно 1 раз на день). А.Т. Шевченко (1984) при ЗЗО на фоні нецукрового діабету призначала карбеніцилін внутрішньом'язово по 2 г 4 рази на добу на протязі 2 тиж, леворин – по 0,5 г 3 рази на добу, вітамін С – по 1 г 3 рази на день, антидіабетичне лікування, а також десенсибілізуючу і стимулюючу терапію. Б.И. Дунайвицер (1985) парентерально вводив еритроміцин, пеніцилін, тетрациклін, цефалізін, АТФ, кокарбоксілазу, фуросемід, інсулін. В.В. Гардыга і А.И. Барциховський (1994) проводили антибіотикотерапію ганталіном, застосовували ін'єкції вітамінів В₁ і В₁₂. М.И. Нікулін (2005) рекомендував антибіотики III покоління (цефтазидим і флюороквінолон). На протязі 3 діб він призначав внутрішньовенно по 2 г цефтазидиму 3 рази на добу, а потім 3 дні – 2 рази; після тижневого внутрішньовенного використання цефтазидиму хворих переводив на оральний прийом флюороквінолону 2 рази на день на протязі 8-10 днів. Крім того, застосовувалось загальнозміцнююче лікування. Joachims і співавтори (1988) призначали флюороквінолон.

В.П. Нечипоренко і співавтори (1993) при ЗЗО у хворих на цукровий діабет проводять наступне лікування. Антибіотикотерапію призначають, як правило, в передопераційний період. При цьому використовують

ють комбінацію з антибіотиків (поліміксин В, гентаміцин внутрішньом'язово, карбеніцилін внутрішньовенно), яку вважають оптимальною. Проводять пасивну імунізацію антистафілококовою плазмою і специфічним антистафілококовим гамма-глобуліном внутрішньом'язово. Після стихання гострих симптомів вводять стафілококовий анатоксин. Для профілактики гнійно-септичних тромбоемболічних ускладнень застосовують гепарин підшкірно. Вводять простий інсулін. Парентерально призначається фізіологічний розчин, глюкоза з інсуліном і калієм, 4% розчин соди, трисамін, вітаміни групи В. В тяжких випадках катетеризують магістральну вену і проводять інфузійну терапію із застосуванням плазми, альбуміну, амінопептиду, амінокровину, гамма-глобуліну. Використовуються гемодез, некомпенсан, фізіологічний розчин і концентровані розчини глюкози з адекватною кількістю інсуліну. Призначаються фуросемід, вводяться трасилол, контрикал, розчини ацетилсаліцилової кислоти.

При брутальному характері процесу застосовуються методи детоксикації, в тому числі екстракорпоральні, плазмаферез в поєднанні з ультрафіолетовим опроміненням крові, гемосорбцію сорбентами СКН-4. Для покращання функції печінки перорально призначають 10% розчин сорбіту, карсил, лімамід чи ліполеву кислоту, есенціале. Проводять загальнозміцнюючу і стимулюючу терапію з включенням вітамінів В₁, В₆, В₁₂, кокарбоксілази, анаболічних стероїдів (ретаболіл). Призначаються протиалергічні і десенсибілізуючі засоби – плазмол, солі кальцію, антигістамінні препарати. При парезі лицевого нерва виконується голкорекс-терапія.

В післяопераційний період також проводиться місцеве лікування. А.М. Ольховський (1972) після видалення секвестрів швидко добився одужання, застосовувавши пухку тампонаду зовнішнього слухового ходу з 5% синтоміциновою емульсією і чергуючи їх з йодоформними. Після вишкрібання уражених ділянок окістя до здорових тканин А.М. Ольховський (1979) тампонував зовнішній слуховий хід, щоб запобігти зарощенню, використовуючи турунди, просочені 5% синтоміциновою емульсією і 9%

зависом йодоформу в гліцерині та в 96⁰ етиловому спирті. А.Т. Шевченко (1984) у зовнішній слуховий хід вводила тампони з гіоксизоною маззю. О.О. Кіцера (1996) заповнює зовнішній слуховий хід турундами, просоченими розчином гентаміцину. В.П. Нечипоренко і співавтори (1993) після операції у хворих на цукровий діабет в зовнішній слуховий хід на стерильній турунді вводять простий інсулін з 10% дімексидом (1:1), чередуючи з розчинами антисептиків (діоксидин, етоній, мікроцид) і антибіотиків з урахуванням чутливості до них мікрофлори у виділеннях із зовнішнього слухового ходу. У 7 осіб автори застосували аплікацію сорбційного волокна АУВМ «Днепр» у вигляді турунд і тампонів, просочених розчином карбеніциліну, які вводяться в слуховий хід на 5 діб. Б.Й. Дунайвіцер (1985) після видалення грануляційної тканини з зовнішнього слухового ходу місцево застосував фуратолгін, спирт, нітрофунгін, сангвіритрин, антибіотики. В.В. Гардига і А.І. Барціховський (1994) після висічення некротизованої шкіри і хряща місцево використали антибіотик ганталін. М.І. Нікулін (2005) після видалення грануляцій і каріозно зміненої ділянки кістки зовнішнього слухового ходу на раневу поверхню накладає турунди, просочені „біопароксом”, 3-4 рази на добу.

В післяопераційний період рідко призначаються фізіотерапевтичні процедури. Так, А.Т. Шевченко (1984) місцево проводила ендауральний фонофорез карбеніциліну, нормобаричну оксигенацію.

Розкриття і дренивання мікроабсцесів – одна з важливих складових хірургічного лікування при ЗЗО (Cohen, Friedman, 1987). При наявності абсцесу в заушній ділянці і в зовнішньому слуховому ході робиться розріз за ходом заушної складки і з'єднується з абсцесом слухового ходу (К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981). Neveling і Nysten (1962) із заушного розрізу підходять до кісткового відділу зовнішнього слухового ходу, все патологічне видаляють, вирізають змінену шкіру і укладають вільний шкірний трансплантант. В.П. Нечипоренко і співавтори (1993) у 2 хворих видаляли деструктивно змінену верхівку соскоподібного відростка.

Поява абсцесів і грануляцій вимагає широкого хірургічного втручання з видаленням всієї некротизованої тканини, хряща, кістки (А.Г. Лихачев, 1981; В.А. Гукович, 1988; О. Кіцера, 1996; Л.С. Сенченко и соавт., 2005), привушної слинної залози, м'язової тканини (А.Г. Лихачев, 1981). У 24% хворих, що спостерігалися Babiatzki і Sade (1987), процес розповсюджувався на середнє вухо і на ділянку привушної слинної залози, що потребувало широкого хірургічного втручання. Raines і Schindler (1980) у 3 осіб застосували навіть субтотальну резекцію вискової кістки для дренивання абсцесу основи черепа. Однак більшість авторів таких операцій не виконують, виходячи з обнадійливих результатів комбінованої антибіотикотерапії (В.А. Гукович, 1988), особливо якщо вона поєднується з гіпербаричною оксигенацією (Mader, Love, 1982). При ЗЗО, що ускладнився обмеженим менингоенцефалітом, В.В. Гардига і А.І. Барціховський (1994) в 1 випадку провели антромастоїдектомію з розкриттям середньої черепної ямки.

Тривалість лікування і його наслідок залежать від багатьох факторів: вірулентності збудника, резистентності організму хворого, тривалості періоду від появи перших симптомів до початку правильної терапії (В.А. Гукович, 1988). Л.С. Сенченко і співавтори (2005) вважають, що ефект лікування залежить від тяжкості цукрового діабету. Після виписки із стаціонару необхідно продовжувати антибіотикотерапію на протязі 2 тиж (К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981).

Ускладнення. При ЗЗО можуть бути ускладнення, що відмічалось низкою авторів (А.Г. Лихачев, 1981; К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981; В.В. Гардыга, А.И. Барциховский, 1994; О. Кіцера, 1996; В.Н. Гинькут, 2005; Л.С. Сенченко и соавт., 2005; Lucente et al., 1983). К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина (1981) виявили абсцес зовнішнього слухового ходу і абсцес заушної ділянки. А.Г. Лихачев (1981) вказує на мастоїдит, петрозит, остеомієліт вискової кістки, парез лицевого нерва. Парез лицевого нерва спостерігали А.Н. Михалкіна (1964), В.В. Гардига і А.І. Барціховський (1994). О.О. Кіцера (1996) вказує на некротичний

паратит, який може ускладнюватися ураженням лицевого нерва, хондроперихондритом вушної раковини та зовнішнього слухового ходу, періоститом, згодом остеомієлітом вискової кістки, а іноді й основи черепа, паралічами черепних нервів. Л.С. Сенченко і співавтори (2005) у 3 хворих відмітили мастоїдит – соскоподібний відросток був повністю зруйнований, заповнений гноем і грануляціями. Особливо грізні бувають внутрішньочерепні ускладнення і множинні паралічі черепних нервів (А.Г. Лихачев, 1981). В.В. Гардига і А.І. Барціховський (1994) відмітили в одному випадку обмежений менінгоенцефаліт. В.Н. Гінькут (2005) з 9 хворих на ЗЗО ускладнення спостерігав у 3 (у 1 – менінгіт, у 2 – тяжку пневмонію).

Летальність. При ЗЗО можуть бути летальні наслідки (Б.И. Дунайвицер, 1985; В.А. Гукович, 1988; В.Н. Гінькут, 2005; М.И. Никулин, 2005; Chandler, 1968, 1972, 1977; Heckenast, Vegfalvy, 1976; RDoroghazi, 1981; Babiatzki, Sade, 1987). За даними багатьох авторів (Draf, Scheifele, 1974; Joachims, 1976; Meyerhoff et al., 1977; Mader, Love, 1982), летальність при цьому захворюванні спостерігається в 23-80% випадків в залежності від тяжкості перебігу, своєчасності діагностики і якості лікування. При відсутності ураження черепних нервів летальність не перевищує 10%, при паралічі лицевого нерва досягає 10%, а при множинних паралічах черепних нервів перевищує 80% (А.Г. Лихачев, 1981). М.И. Нікулін (2005) відмітив 1 летальний випадок на 4 спостереження ЗЗО, В.Н. Гінькут (2005) – 1 на 9, Doroghazi (1981) – 6 на 19. Один летальний випадок описали Malzer і Keleman (1959).

Летальні наслідки у таких хворих настають від сепсису (Б.И. Дунайвицер, 1985; Heckenast, Vegfalvy, 1976), менінгіту (В.Н. Гінькут, 2005), дисемінованої септичної тромбоемболії мозку (Chandler, 1968, 1972, 1977), розповсюдження ЗЗО на основу черепа (Malzer, Keleman, 1959), кровотечі внаслідок ерозії внутрішньої сонної артерії (М.И. Никулин, 2005), рецидиву ЗЗО (Doroghazi, 1981). Chandler (1968) вказує на

летальні наслідки при відсутності інтенсивної терапії. У разі розповсюдження процесу в глибину, появи парезу лицевого нерва летальному наслідку передують виснажливі болі, що не знімаються навіть морфієм (Babiatzki, Sade, 1987). Летальні наслідки можна попередити раннім правильним лікуванням (В.А. Гукович, 1988).

Рецидиви. Після лікування можливі рецидиви ЗЗО. На це вказували Doroghazi (1981), Babiatzki і Sade (1987). Б.Й. Дунайвицер (1985) спостерігав неодноразові рецидиви після видалення грануляційної тканини з зовнішнього слухового ходу.

Прогноз. Прогноз при ЗЗО далеко не завжди сприятливий. Можливі ускладнення і летальні наслідки. Не завжди можна добитися одужання (В.В. Гардыга, А.И. Барціховський, 1994). Якщо лікування неефективне і процес розповсюдився в глибину, з'явився парез лицевого нерва, то прогноз поганий (Babiatzki, Sade, 1987). Своєчасне інтенсивне лікування значно покращує прогноз (В.А. Гукович, 1988).

Профілактика. Профілактичні заходи відносно ЗЗО полягають в своєчасному лікуванні з приводу гострого зовнішнього отиту, який часто повторюється, зокрема, фурункулу слухового ходу, а також терапії, направленої на цукровий діабет.

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що діагноз ЗЗО ставиться на основі клінічних даних із застосуванням додаткових методів дослідження (рентгенографія вискових кісток, комп'ютерна томографія, магнітно-резонансна томографія, сцинтиграфія з використанням технецію ^{99m}Tc та галію ^{67}Ga). Лікування при даній патології комплексне з призначенням загальних і місцевих засобів впливу на хворобу. Застосовується також хірургічне лікування. ЗЗО може призводити до ускладнень і летальних наслідків. Останні бувають досить часто. Прогноз не завжди сприятливий. Недивлячись на значні успіхи, досягнуті в діагностиці і лікуванні, проблема ЗЗО залишається актуальною, особливо в ранній діагностиці і виборі методу лікування (М.И. Никулин, 2005).

1. Белкина Н.П. Эозинофильная гранулема височной кости // Вестн. оториноларингологии. – 1959. – №4. – С. 87-88.
2. Бернштейн С.К. Флора Plaut-Vincent'a в патологии уха. Фузоспириллез наружного слухового прохода // Вестн. риноларингоотитологии. – 1930. – №2-3. – С.236-241.
3. Бытченко Д.А. Наружный грануляционный отит//Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №2. – С.88-89.
4. Вайнштейн Т.А. Случай гранулирующего наружного отита//Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №2. – С.111-112.
5. Великоруссова Н.В. Случай Винцентовского гнойного отита, излеченного раствором Бертолетовой соли // Вестн. риноларингоотитологии. – 1928. – №3. – С.426-427.
6. Гардыга В.В., Барциховский А.И. Два наблюдения злокачественного наружного отита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №2. – С.64-65.
7. Heckenast O., Vegfalvy I. (1976). Цит. По А. М. Ольховскому (1979).
8. Гершман С. Otitis externa squarrosa chronica // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1936. – Т.13, №4. – С.491-492.
9. Гинькут В.Н. Злокачественный наружный отит // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5-с. – С.37.
10. Гукович В.А. Злокачественный наружный отит//Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №3. – С.86-88.
11. Draf W., Scheifele J. (1974). Цит по А. М. Ольховскому (1979).
12. Дунайвицер Б.И. Некротический наружный отит//Вестн. оториноларингологии. – 1985. – №1. – С.71-72.
13. Зарицкий Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С.49-50.
14. Ильин П.В. Пузырчатое или геморрагическое воспаление наружного слухового прохода // Хирургия. – 1900. – Т.8, №47. – С. 419-422.
15. Ильин П.В. Пузырчатое или геморрагическое воспаление наружного слухового прохода // Московский университет: Клиника болезней уха, горла и носа: Тр. – М.: Б. и., 1903. – Т.1. – С. 152-158.
16. Казакевич Э.К. Эозинофильная гранулема височной кости // Вестн. оториноларингологии. – 1964. – №1. С. 79-80.
17. Каневский В.Л. Заболевания наружного слухового прохода // Мед. сестра. – 1962. – №2. – С. 22-28.
18. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б. в., 1996. – С. 164-165.
19. Костышин А.Т. Наш опыт лечения больных гранулирующими наружными отитами // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – №1. – С.64-65.
20. Кошланский В.И., Алымов В.А., Чернышук В.И., Габинет Д.В., Савчук И.Т. Болезнь Хенда-Шюллера-Кристенена с двусторонним поражением височной кости // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. – №6. – С. 62-64.
21. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 44.
22. Лайко А.А., Заболотний Д. І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 58-59.
23. 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.
24. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 187-188.
25. Лозицкая В.И., Зак В.И. Гранулирующий наружный отит // Вестн. оториноларингологии. – 1990. - №3. – С. 31-33.
26. Маломуж Ф.Ф. Два случая эозинофильной гранулемы височной кости // Вестн. оториноларингологии. – 1951. - №6. – С. 73-76.
27. Мітін Ю.В., Дєєва Ю.В., Мотайло О.В. Наш досвід використання вушних крапель „Полідекса” при запальних захворюваннях зовнішнього і середнього вуха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. – №5. – С. 73-75.
28. Михалкина А.Н. Наблюдение циркулярного некроза наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1964. - №2. – С.99-101.
29. Нечипоренко В.П., Талалаенко И.А., Лозицкая В.И. Гнойно-некротический наружный отит у больных сахарным диабетом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1993. – №5/6. – С. 23-26.
30. Нижегородцева В.В. Наружный грануляционный отит // Воен.-мед. журн. – 1977. – №2. – С. 86-87.
31. Никулин М.И. К методике комбинированного лечения злокачественного наружного отита // Журн. вушних, носових і горлових болезней. – 2005. – №5-с. – С. 115-116.
32. Ольховский А.М. Наблюдение некротического наружного отита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1972. – №1. – С. 97.
33. Ольховский А.М. К вопросу о некротическом наружном отите // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №1. – С. 66-67.
34. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 316-318.
35. Протасевич Г.С., Яшан І.А. Еозинофільна гранульома кісток черепа у дитини // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №2. – С. 73-76.
36. Рыбальченко К.Д., Чекрыгина Н.И. Некротический наружный отит у больных сахарным диабетом // Вестн. оториноларингологии. – 1981. – №2. – С. 69-70.

37. Сенченко Л.С., Клименко И.Ю., Флигинских Н.А., Шамрай Е.В. Взаимосвязь патологии ЛОР-органов с сахарным диабетом // Журн. ушных, носовых и горловых хвороб. – 2005. – №5-с. – С. 140.
38. Spira R. Случай otitis externa haemorrhagica // Ежемес. ушных, горловых, носовых болезней. – 1909. – Т.4, №9. – С. 512.
39. Теркель А.С. Случай первичной дифтерии наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1950. – №5. – С. 76-77.
40. Тимошенко П.А., Езерская Л.В., Постоялков В.М. Двусторонний мастоидит, обусловленный эозинофильной гранулемой костей черепа // Вестн. оториноларингологии. – 1978. – №5. – С.105-107.
41. Фетисов А.Г. Сифилис наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1927. – Т.4, №5-6. – С. 458-460.
42. Хечинашвили С.Н. Воспалительные заболевания наружного уха//Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 91-92.
43. Хмельник В.М. Наружный отит сифилитической этиологии // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №1. – С. 65-66.
44. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С.29-65.
45. Черный В.В. „Зернистый мирингит” // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. – №1. – С. 80-81.
46. Шевченко А.Т. Некротический наружный отит у больной несладким диабетом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1984. – №2. – С. 63-64.
47. Юдов Н. Н. Симметричное поражение височных костей эозинофильной гранулемой // Вестн. оториноларингологии. – 1978. – №3. – С. 95-96.
48. Babiatzki A., Sade J. Malignant external otitis//J. Laryngol. Otol. – 1987. – Vol. 101, №3. – P. 205-210.
49. Bach E. Nekrotisierende Erkrankungen des äußeren Gehörganges // Mschr. Ohrenheilk. – 1956. – №6. – P. 321-325.
50. Chandler J.R. Malignant external otitis // Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. – 1968. – Vol.78, №7. – P. 1257-1294.
51. Chandler J.R. Pathogenesis and treatment of facial due to malignant external otitis // Ann. Otol., Rhinol., Laryngol. – 1972. – Vol.81, №4. – P. 648-658
52. Chandler J.R. Malignant external otitis: further considerations // Ann. Otol. – 1977. – Vol.86, №4. – P. 417-428.
53. Cohen D., Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis // J. Laryngol. Otol. – 1987. – Vol.101, №3. – P. 216-221.
54. Doroghazi R.M. Invasive external otitis – report of 21 cases // Amer. J. Med. – 1981. – Vol.71, №4. – P. 603-614.
55. Joachims H.Z. Malignant External Otitis in Children // Arch. Otolaryng. – 1976. – Vol.102, №4. – P. 236-237.
56. Joachims H.Z., Dunina J., Raz R. Malignant external otitis: treatment with fluoroquinolones // Amer. J. Otol. – 1988. – Vol.9. – P. 102-105.
57. Kent S.E., Jones R. Pseudomonas vaccination in chronic ear disease // J. Laryngol. Otol. – 1988. – Vol.102. – P. 579-581.
58. Lucente F.E., Parisier S.C., Som P.M. Complications of the treatment of malignant external otitis // Laryngoscope (St. Louis). – 1983. – Vol.93, №2. – P.279-281.
59. Mader J.T., Love J.T. Malignant external otitis cure with adjunctive hyperbaric oxygen therapy // Arch. Otolaryngol. – 1982. – Vol.108, №1. – P. 38-40.
60. Malzer P.E., Keleman J. Pyoceanous osteomyelitis of the temporal bone, mandible a Zygomat // Laryngoscope (St. Louis). – 1959. – Vol.69, №8. – P. 1300-1316.
61. Meyerhoff W.L., Gates G.A., Montablo P.J. Pseudomonas mastoiditis // Laryngoscope (St. Louis). – 1977. – Vol.87, №3. – P. 483-492.
62. Mendez J.Jr., Zuenzer R.M. Malignant external otitis: a radiographic clinical correlation // Amer. J. Radiol. – 1979. – Vol.132, №8. – P. 957-961.
63. Neveling R., Nysten H. Die chronische nekrotisierende Gehörgangsentzündung und ihre Behandlung // Ztschr. Laryng. Rhinol. – 1962. – №3. – S. 216-224.
64. Ostfeld E., Aviel A.M., Pelet D. Malignant external otitis. The diagnostic value of bone scintigraphy // Laryngoscope (St. Louis). – 1981. – Vol.91, №6. – P. 960-964.
65. Parisier S.C., Lucente F.E., Som P.M. Nuclear scanning in necrotizing progressive „malignant” external otitis // Laryngoscope (St. Louis). – 1982. – Vol.92, №6. – P. 1016-1020.
66. Pihrt J. Lochár M. K etiopatogenesi ohranicéného nekrotisulicého zánétu zevního zvukovodu // Čs. Otolaryng. – 1958. – Т.7, №4. – P. 241-247.
67. Punt N. A. Otitis externa granulose // Brit. M. J. – 1949. – Vol.2. – P. 989-990.
68. Raines J.N., Schindler R.A. The surgical management of recalcitrant malignant external otitis // Laryngoscope (St. Louis). – 1980. – Vol.90, №2. – P. 369-378.
69. Strauss M., Shpitzer T. Oral oflocacin as treatment of malignant external otitis // Laryngoscope (St. Louis). – 1989. – Vol.99, №5. – P. 548-551.

Надійшла до редакції 03.07.06.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2009