

УДК 616.71-018.3-002:616.288.7

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, Е.В. САВЧУК***ПЕРИХОНДРИТ І ХОНДРОПЕРИХОНДРИТ ВУШНОЇ РАКОВИНИ.
Повідомлення 1***Терноп. держ. мед. у-т ім. І. Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л. Я. Ковальчук)*

В оториноларингологічній літературі перихондриту і хондроперихондриту вушної раковини приділяється мало уваги. Література з цього питання мізерна. Перихондрит вушної раковини в основному описаний в підручниках (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.А. Гладков, 1965, 1973; Б.С. Преображенский і соавт., 1968; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), керівництві (А.К. Чаргейшвили, 1960), довідниках з оториноларингології (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов і соавт., 1986), малій медичній енциклопедії (Л. Нейман, 1967), окремих наукових публікаціях (А.К. Выдров, 1940; К.И. Башмаков, 1959; Г.Ф. Назарова, 1959; В.И. Ушаков, 1978; Stroud, 1963; Stevenson, 1964; Rudert, Boette, 1967; Martin et al., 1976), окремих спостереженнях з практики (С.А. Свенцицкий, 1900, 1901; В.Н. Окунев, 1913, 1913; П.П. Шевелев, 1916; А.Золотарев, 1931; А.И. Савельева, 1954; Н.А. Преображенский, 1956; М.Д. Кажлаев, М.Р. Расулова, 1961), приводиться в демонстраціях на засіданнях оториноларингологічних товариств (А. И. Ярославская, 1949; А. А. Кантор, 1963). Про хондроперихондрит вушної раковини нагадується в підручниках (Л.А. Зарицький, 1974; О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М. А. Завалий, 2004), керівництвах з оториноларингології (В.Ф. Ундріц і соавт., 1969; С.Н. Хечинаш-

вили, 1997), описується ця патологія і в наукових публікаціях (В.Д. Меланьин і соавт., 1982; С.К. Боенко і соавт., 1990, 1990; С.К. Боенко, В.В. Кизим, 1993). При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт про перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини, тому наводимо свій огляд літератури з цього питання. Вважаємо, що він виявиться корисним як для отоларингологів, особливо початківців, так і для інших спеціалістів (травматологів, комбустіологів, інфекціоністів, фтизіатрів та ін.). В даному повідомленні ми наводимо загальні відомості про перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини, етіологію, патогенез, клінічні прояви, діагностику цієї патології. Що стосується диференціальної діагностики, лікування, ускладнень, профілактики, прогнозу, то це буде предметом обговорення в окремому огляді.

Загальні відомості. О.А. Євдошенко і А.Т. Шевченко (1989) в своїй класифікації запальних захворювань зовнішнього вуха виділяють перихондрит вушної раковини і хондроперихондрит вушної раковини. Перихондрит – це розлите запалення охрястя вушної раковини (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984) з втягненням шкіри зовнішнього вуха (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). А.Г. Балабанцев і М. А. Завалий (2004) характеризують перихондрит як розлите запалення вушної раковини в результаті інфікування охрястя. Хондроперихондрит – це інфікування охрястя і хряща вуш-

ної раковини (Л.А. Зарицький, 1974; С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990; С.К. Боенко, В.В. Кизим, 1993; О. Кіцера, 1996; С.Н. Хечинашвили, 1997; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Хондроперихондрит – затворювання з затяжним перебігом, що погано піддається лікуванню, дуже часто призводить до спотворення вушних раковин (Г. Е. Новожилова, 1981). Хондроперихондрити вушної раковини являються трудним розділом в роботі отоларинголога. Нерідко доводиться витрачати тижні і більше на лікування, і все ж, як і 50 років назад, ефективність лікування невисока (А.Г. Лихачев, 1981). О. Кіцера (1996) виділяє ще хондрит (власне запалення хряща) вушної раковини. Перихондрит зустрічається частіше, хондроперихондрит – значно рідше.

Перихондрит вушної раковини зустрічається відносно рідко (Л. А. Зарицький, 1974). В.А. Свенцицький (1900, 1901), В.Н. Окунев (1913, 1913), П.П. Шевелєв (1916), А. І. Савельєва (1954), М.О. Преображенський (1956) М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) спостерігали по одному випадку даного захворювання, Г.Ф. Назарова (1959) – два, Martin і співавтори (1976) – п'ять, К.І. Башмаков (1959) – шість. В. І. Ушаков (1978) лікував 15 хворих на перихондрит вушної раковини, а Rudert і Boette (1967) – 19 осіб. Під спостереженням Г.Є. Новожилової (1981) знаходилось 18 осіб хондроперихондритом вушної раковини, під спостереженням В.Д. Меланьїна і співавторів (1982) – 31 пацієнт. С.К. Боенко і В.В. Кізім (1993) лікували 32 хворих на хондроперихондрит вушних раковин.

За даними В.І. Ушакова (1978), перихондрит в два рази частіше буває у чоловіків, ніж у жінок. Із 15 хворих, що ним спостерігались, чоловіків було 10, жінок – 5. У випадках, описаних В.А. Свенцицьким (1900, 1901), П.П. Шевелєвим (1916), А.І. Савельєвою (1954), М.О. Преображенським (1956), М.Д. Кажлаєвим і М.Р. Расуловою (1961), хворі були чоловічої статі. Хондроперихондрит вушних раковин також буває значно частіше у чоловіків, ніж у жінок (В.Д. Меланьїн и соавт., 1982; С.К. Боенко, В.В. Кизим, 1993). Серед 31 хворого на хондроперихондрит вушної раковини, що спо-

стерігалися В.Д. Меланьїним і співавторами (1982), осіб чоловічої статі було 22, жіночої – 9. За даними С.К. Боенка і В.В. Кізіма (1993), із 32 хворих на хондроперихондрит вушних раковин було 29 чоловіків і 3 жінки.

Перихондрит вушної раковини зустрічається у будь-якому віці, але частіше в молодому і середньому. Із 20 хворих, що спостерігались В.А. Свенцицьким (1900, 1901), П.П. Шевелєвим (1916), А.І. Савельєвою (1954), М.О. Преображенським (1956), М.Д. Кажлаєвим і М.Р. Расуловою (1961), В.І. Ушаковим (1978), 14 осіб було віком від 10 до 40 років, а 6 – старші 40 років.

Перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини частіше буває одностороннім. Двобічний перихондрит описав П.П. Шевелєв (1916). А.Золотарьов (1931) двобічний перихондрит вушних раковин спостерігав у авіатехніків. Перихондрит вушної раковини буває гострий і хронічний. Випадок хронічного перихондриту вушної раковини описав В.А. Свенцицький (1900, 1901). Розрізняють серозний і гнійний перихондрит вушної раковини (П.П. Шевелєв, 1916; Г.Ф. Назарова, 1959; А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Stroud, 1963). Останній спостерігається частіше (В. Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). Окремі випадки серозного перихондриту описали П.П. Шевелєв (1961), Г.Ф. Назарова (1959). Хондроперихондрит також буває серозний і гнійний (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990; С.К. Боенко, В.В. Кизим, 1993).

Етіологія. Перихондрит виникає в більшості випадків в результаті проникнення мікробів при травмі вушної раковини (В.А. Свенцицький, 1900, 1901; А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; Г. Земцов, 1967; Л. Нейман, 1967; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А. Г. Лихачев, 1981, 1984; Б. А. Шапаренко и соавт., 1983; А. И. Цыганов и соавт., 1986; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.), в тому числі при забоях (В.А. Свенцицький, 1900, 1901; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974), пораненнях (О. Кіцера, 1996; Rudert, Boette, 1967). В.А. Свенцицький (1900, 1901) спостерігав випадок хроні-

чного перихондриту вушної раковини у хворого 29 років в результаті забою лівого вуха після падіння з коня. На травму вушної раковини як етіологічний момент перихондриту вказувала Г.Ф. Назарова (1959). Перихондрит, що виник в результаті травми, отримав назву «травматичний перихондрит вушної раковини» (Б.А. Шапаренко і соавт., 1983). Така ж причина виникнення і хондроперихондриту вушної раковини (В.Д. Меланьїн і соавт., 1982; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). За даними В.Д. Меланьїна і співавторів (1982), із 31 хворого на хондроперихондрит вушної раковини у 29 причиною захворювання була травма. І.М. Фальфушинський (1981) спостерігав перихондрит вушної раковини у хворого зі стороннім тілом (риболовним гачком) цієї раковини.

Інфікування хряща вушної раковини може відбуватись через подряпини, спричинені хатніми тваринами, або через рани, нанесені різними предметами (О. Кіцера, 1996). Виникненню перихондриту сприяє грубе витягування сторонніх тіл із зовнішнього слухового ходу (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Перихондрит іноді розвивається в результаті відморожень вушної раковини (П.П. Шевелев, 1916; А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А. К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Г. Земцов, 1967; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004) та можуть призводити до хондроперихондриту (В.Д. Меланьїн і соавт., 1982). Автори спостерігали це у 2 із 31 пацієнта з хондроперихондритом вушної раковини.

Однією із причин перихондриту є опіки вушної раковини (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.А. Гладков, 1965, 1973; Г. Земцов, 1967; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Martin et al., 1976). Останні можуть спричинити і виникнення хондроперихондриту (С.К. Боєнко і соавт., 1990, 1990; С.К. Боєнко, В. В. Кизим, 1993; В.К. Гусак і соавт., 1999). За даними С.К. Боєнка і співавторів (1990), С.К. Боєнка і В.В. Кізіма (1993), у осіб з опіками вушної раковини хондроперихондрит розвинувся у 3,7 – 4,6% випадків.

До перихондриту вушної раковини можуть призвести укуси комах (Passow, 1905; А.Г. Лихачев і соавт., 1950; К.И. Башмаков, 1959; А.К. Чаргейшвили, 1960; Б.С. Преображенский і соавт., 1968; А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) описали випадок тяжкого перихондриту вушної раковини після укусу бджоли.

Захворювання може виникати при екземах (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), запальних процесах зовнішнього слухового ходу, гнійних виділеннях із середнього вуха (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), хронічному гнійному епітимпаніті, мезотимпаніті (В.И. Ушаков, 1978). За даними В.И. Ушакова (1978), із 15 хворих на перихондрит вушної раковини у 3 захворювання виникало при наявності хронічного гнійного епітимпаніту чи мезотимпаніту. В разі випадків виникнення перихондриту слід розглядати як ускладнення фурункула зовнішнього слухового ходу (А.А. Гладков, 1965, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). Із 15 осіб, що спостерігались В.И. Ушаковим (1978), у 2 захворювання виникло в результаті фурункула зовнішнього слухового ходу.

Перихондрит і хондроперихондрит може виникати внаслідок інфікування отгематоми (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.А. Гладков, 1965, 1973; Э. Сийрде, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; В. А. Волохов, 1977; А.Л. Маркзицер, 1986; О. Кіцера, 1996; С.Н. Хечинашвили, 1997; А.А. Лайко, 1998, 1998; В.Ф. Антонів і співавт., 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005; Л.С. Сенченко, И.Ю. Клименко, 2005). Перихондрит може розвиватись і як ускладнення гноячкових уражень шкіри вушної раковини (О. Кіцера, 1996). При раку вушної раковини буває раковий перихондрит (Д.Е. Розенгауз, 1952) і хондроперихондрит (В.С. Погосов, В.Ф. Антонив, 1997).

Перихондрит вушної раковини виникає інколи при туберкульозі (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н. А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984), гри-

пі (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н. А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). В його розвитку також відіграє роль цукровий діабет (Л.С. Сенченко и соавт., 2005). Л.С. Сенченко і співавтори (2005) відмітили перихондрит вухної раковини і зовнішній отит у 39,2% хворих на цукровий діабет з різними оториноларингологічними ускладненнями. А. Золотарьов (1931) спостерігав випадки перихондриту вухних раковин у авіаторів, причиною яких вважає різкий рух вітру на порівняно невеликій від землі висоті.

Перихондрит вухної раковини дуже рідко виникає без всяких причин (ідіопатично) (А.К. Чаргейшвили, 1960), може розвинути при операційній травмі (В.Н. Окунев, 1913, 1913; О. Alberti, 1925; А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А.И. Савельєва, 1954; Н.А. Преображенский, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Л. А. Зарицький, 1974; Ю. Б. Исхаки, Л. И. Кальштейн, 1977; В. И. Ушаков, 1978; В. И. Бартенева, 1979; А. Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Частіше він виникає після загальнопорожнинної операції середнього вуха, при якій травмувався хрящ (В.Н. Окунев, 1913, 1913; О. Alberti, 1925; А.Г. Лихачев и соавт., 1950; Н.А. Преображенский, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; В.И. Бартенева, 1979; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). До перихондриту може спричинити трепанація соскоподібного відростка (А.И. Савельєва, 1954), пластика зовнішнього слухового ходу (А.А. Гладков, 1965, 1973) чи вухної раковини (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Перихондрит вухної раковини буває після видалення доброякісних пухлин вухної раковини (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний 2005). Щоб уникнути цього ускладнення, під час операції потрібно дотримуватись правил асептики (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний 2005).

Збудником перихондриту вухної раковини є кокова флора (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.И. Цыганов и соавт., 1986; О. Кіцера, 1996), зокрема стрептокок (Н.А. Преображенский, 1956; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний 2005) і стафілокок (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний 2005).

Одним з найчастіших збудників перихондриту є синьогнійна паличка (Vas. ruosyaneus) (А.К. Чаргейшвили, 1960; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1986; О. Кіцера, 1996; С.Н. Хечинашвили, 1997; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний 2005; Stevenson, 1964). За даними Martin і співавторів (1976), причиною перихондриту вухної раковини в 79-90% випадків є pseudomonas, в 50% - золотистий стафілокок.

Патогенез. Перихондрит вухної раковини розвивається повільно, може тягнутись тижнями, місяцями (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Нерідко має тяжкий перебіг (Г. Земцов, 1967). Перихондрит частіше виникає невдовзі після дії етіологічного чинника, але може бути і значно пізніше. М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) спостерігали тяжкий перихондрит, який розвинувся відразу після укусу бджоли в ділянку вухної раковини. М.О. Преображенський (1956) описав випадок перихондриту, що виник на 12-й день після загальнопорожнинної операції середнього вуха. А.І. Савельєва (1954) виявила перихондрит вухної раковини, який розвинувся через 2,5 міс після трепанації соскоподібного відростка.

Серозний перихондрит розвивається в результаті проникнення слабовірулентної інфекції при травмах (Г.Ф. Назарова, 1959), опіках (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), в момент укусу комахи (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984), при грипі (А.К. Чаргейшвили, 1960). Опіки можуть спричинити і виникнення серозного хондроперихондриту вухних раковин (С.К. Боєнко и соавт., 1990, 1990; С.К. Боєнко, В.В. Кизим, 1993; В. К. Гусак и соавт., 1999). За даними С.К. Боєнка і співавторів (1990, 1990), серозний хондроперихондрит спостерігався у 25,1-33,8 % хворих на опіки вухних раковин. При цьому він мав місце у 15,7-22,4 % постраждалих з поверхневими опіками і у 68,8-69 % осіб з глибокими опіками вухних раковин. Вторинні ураження (нагноєння

опікової рани, гнійний перихондрит Були) у 9,6-10,8 % постраждалих, гнійний хондроперихондрит – у 3,7-4,6 %, розплавлення хряща з деформацією вушної раковини – у 0,8-1,2 %.

При глибоких опіках вушних раковин збільшується вірогідність розповсюдження інфекції на охрястя і хрящ (С.К. Боєнко і соавт., 1990). Одні автори (М.В. Мухин, 1961) вважають, що хондроперихондрит розвивається в результаті некрозу хряща вушної раковини і занурення в нього інфекції при опіках IV ступеня, інші (Т.Я. Арьєв, 1966; В.П. Цуриков, А.П. Солов'єв, 1978) пов'язують нагноєння і некроз хряща з утворенням випоту між ним і охрястям внаслідок порушення мікроциркуляції. Б.С. Віхр'єв і В.М. Бурмістров (1986) вважають, що хондроперихондрит вушної раковини розвивається, як правило, при опіках III А ступеня, тобто поверхневих.

За спостереженнями С.К. Боєнка і співавторів (1990, 1990), хондроперихондрити можуть розвиватись як при поверхневих (III А ступінь), так і при глибоких (III Б ступінь) опіках вушної раковини. С.К. Боєнко і співавтори (1990, 1990) відзначають, що серед хворих на перихондрит вушної раковини після опіку хондроперихондрит розвинувся у 1,5 – 2 % осіб при поглибленні поверхневих опіків і у 12,5 – 14,2 % - при глибоких. Отже, за даними С.К. Боєнка і співавторів (1990, 1990), розповсюдження інфекції на хрящ при опіках вушних раковин в більшості випадків відбувається по продовженню. Ланки патогенезу гнійного перихондриту, підкреслюють автори, представляються наступним чином: нагноєння опікової рани – набряк м'яких тканин вушної раковини – стиснення найтонших судин охрястя – ішемія хряща – некроз хряща – гнійний хондроперихондрит. Виникненню хондроперихондриту, вважають автори, сприяють тугі пов'язки, стиснення вушної раковини на подушці під тяжкістю голови. Хрящ отримує живлення із безпосередньо прилеглої до нього ділянки охрястя, тому субперихондральне скупчення гною викликає некроз хряща (С.Н. Хечинашвили, 1997).

Клінічні прояви. Першим і основним симптомом перихондриту є сильний біль у

вушній раковині чи зовнішньому слуховому ході (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.И. Савельєва, 1954; Н.А. Преображенский, 1956; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л. И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.И. Цыганов і соавт., 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболтний 2005), який підсилюється при доторкуванні до вушної раковини (Н.А. Преображенский, 1956; А.А. Гладков, 1965, 1973). Біль ірадіює в зуби (М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961), голову і шию (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977) або в усі боки (Л.А. Зарицький, 1974). Він може відмічатись ще до появи реактивної інфільтрації шкіри зовнішнього вуха (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). Іноді бувають болі у відповідній частині голови (А.И. Савельєва, 1954), поганий сон (А.И. Савельєва, 1954; Н.А. Преображенский, 1956).

При гнійному перихондриті вушна раковина більш чи менш на широкій ділянці припухає (А.И. Савельєва, 1954; А.К. Чаргейшвили, 1960; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Припухлість досить швидко розповсюджується по всій вушній раковині (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; Л. Нейман, 1967; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), виключаючи вушну часточку (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984), оскільки вона не має хряща (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; Л. Нейман, 1967; А.Г. Лихачев, 1981, 1984).

На початку захворювання шкіра вушної раковини змінена мало (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978) або не змінена (К.И. Башмаков, 1959). В легких випадках процес може закінчитись на цій стадії (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; Л. Нейман, 1967). Конфігурація вушної раковини поступово змінюється (К.И. Башма-

ков, 1959; А.К. Чаргейшвили, 1960). Втрачаються звичні контури вушної раковини (О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Контури вушної раковини згладжуються (А.И. Савельєва, 1954; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; А.И. Цыганов и соавт., 1986), отвір зовнішнього слухового ходу різко звужується в перетинчасто-хрящовому відділі (А.И. Савельєва, 1954; О. Кіцера, 1996). Шкіра вушної раковини стає стовщеною (А.А. Гладков, 1965, 1973; А.И. Цыганов и соавт., 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005) внаслідок набряку (А. А. Лайко, 1998, 1998; А. А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005) і інфільтрації (Н.А. Преображенский, 1965). Вушна раковина деформується (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), стає згрубілою (Л. Нейман, 1967; О. Кіцера, 1996). Вона може бути відтопиреною, сильно розпухлою, роздутою (М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961). Потім шкіра поступово червоніє (Н.А. Преображенский, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1986; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Вушна раковина може мати синяво-червоний колір (М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961). Крім напруженості і набрякості, вона представляється з нерівною, місцями горбистою поверхнею (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Захворювання поступово прогресує (К.И. Башмаков, 1959; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

На окремих ділянках відмічається нагноєння (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л. Нейман, 1967; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). При нагноєнні зі скупченням гною між охрястям і хрящем у разі пальпації виявляється флюктуація в різних ділянках внутрішньої та зовнішньої поверхні вушної раковини (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; К.И. Башмаков, 1959; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Пре-

ображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), крім вушної часточки (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Звичайно вона з'являється через 7-8 днів від початку захворювання (А.А. Гладков, 1965, 1973; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

Під час пальпації виникає сильний біль в різних ділянках вушної раковини (Н.А. Преображенский, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), за винятком вушної часточки (Л. Нейман, 1967; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При пункції визначається спочатку серозно-кров'янистий (А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974), гнійно-кров'янистий (М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961), а потім гнійний ексудат (Н.А. Преображенский, 1956; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974). Якщо хворому своєчасно не почати лікування, процес може призвести до гнійного розплавлення хряща, його секвестрації з відторгненням некротичних тканин (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А. . Гладков, 1965, 1973; Л.Нейман, 1967; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н. А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Багаточисленні нориці утворюються переважно на передній поверхні вушної раковини (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) спостерігали прорив гною на задній поверхні раковини над вушною часточкою з утворенням нориці. Процес в цих випадках закінчується рубцюванням, зморщуванням і сильним спотворенням вушної раковини (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005) з значним зменшенням розмірів (А.А. Гладков,

1965, 1973; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

У випадку хондриту можуть утворюватись секвестри, які відходять через нориці, вушна раковина втрачає свою пружність і звисає (так зване вторинне котяче вухо) або ж зморщується і зменшується в розмірах (О. Кіцера, 1996). Іноді стенозується перетинчасто-хрящовий відділ зовнішнього слухового ходу (О. Кіцера, 1996).

Деформація раковини буває виражена сильніше, коли внаслідок відшарування охрястя і порушення живлення хрящ повністю розсмоктується (А.К. Чаргейшвили, 1960), зморщується і раковина перевтілюється в безформенне утворення (А.К. Чаргейшвили, 1960). Запальний процес завершується (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Для недопущення рубцевої деформації вушної раковини необхідно проводити своєчасне лікування (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

Гнійний перихондрит перебігає бурхливіше, ніж серозний (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), однак інколи і ця форма тягнеться тижнями (А.К. Чаргейшвили, 1960). Тяжкі форми перихондриту вушної раковини приймають затяжний перебіг (А.И. Савельєва, 1954). Інколи перихондрит вушної раковини може бути хронічним (В.А. Свенцицкий, 1900, 1901).

О.І. Циганов і співавтори (1981) виділяють дві клінічні стадії перихондриту вушної раковини. В I стадії запалення проявляються обмежена болючість, гіперемія і набряк окремих ділянок вушної раковини. В II стадії в міру накопичення ексудату і відшарування охрястя, змінюється конфігурація раковини, з'являються ділянки флюктуації. В подальшому настає некроз ділянок хрящового скелету, секвестрація і рубцювання з спотворенням вушної раковини. Виходячи з цих стадій, автори призначають той чи інший вид фізіотерапевтичного лікування.

При хондроперихондриті патологічний процес відзначається „повзучим” характером (С.Н. Хечинашвили, 1997), хоча „повзучим” він може бути і при перихондриті (В.Н. Окунев, 1913, 1913; А.И. Савельєва, 1954).

Щодо загального стану, то він мало порушений (А.А. Лайко, 1998, 1998), однак іноді буває тяжким. М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) відмітили сильну адинамію і послаблення серцевої діяльності, що потребувало застосування серцевих середників. Температура тіла субфебрильна (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977), а в подальшому вона підвищується (Н.А. Преображенский, 1956; А.А. Гладков, 1965, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). Температурна реакція може бути в межах від 37,2 – 37,6 °С до 38 – 39,2°С (А.И. Савельєва, 1954; М.Д. Кажлаєв, М.Р. Расулова, 1961; А.И. Цыганов и соавт., 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Іноді виникає лихоманка, хворого морозить (О. Кіцера, 1996).

Діагностика. Діагностика перихондриту вушної раковини не є складною (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Діагноз ставиться на основі перелічених симптомів (А. Г. Лихачев, 1981, 1984). Повільний перебіг за наявності всіх ознак запалення говорить про перихондрит (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). В анамнезі визначаються вхідні ворота інфекції (А. А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д. І. Заболотний, 2005). Інколи за перихондрит вушної раковини може бути прийнята початкова форма раку цієї локалізації (Л.И. Кальштейн, 1958). Л.І. Кальштейн (1958) описав такий випадок.

Діагностика хондроперихондритів вушної раковини у хворих з опіками значно складніша, ніж банальних хондроперихондритів, оскільки вони маскуються опіками обличчя і шиї (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). Найбільш інформативні біль, що підсилюється при легкому натискуванні в аурикоцефальному куті, швидко наростаючий набряк задньовнутрішньої поверхні вушної раковини (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). Зміни саме в цій ділянці мають найбільше значення для ранньої діагностики хондроперихондритів у хворих з опіками вушних раковин (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). Хондроперихондрити можуть розвиватись до кінця 3 тиж після опікової травми (С.К.

Боенко и соавт., 1990, 1990). До цього часу опік II – III А ступеня може вже зажити, а на опіки III Б ступеня може бути пересаджена шкіра (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). Разом з тим Mills і співавтори (1988) спостерігали гнійні хондроперихондрити через 3-5 тиж і підкреслювали, що це ускладнення легше попередити, ніж лікувати. Для ранньої діагностики хондроперихондритів можна використати пункційні методи з наступним виконанням дренажних розрі-

зів (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). У разі серозного перихондриту вушної раковини при пункції отримують прозору жовтувату рідину (Г.Ф. Назарова, 1959)

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини зустрічаються рідко. Етіологічні фактори і клінічний перебіг цієї патології самі різноманітні. Діагностика не представляє труднощів. Діагноз встановлюється на основі перелічених симптомів.

1. Alberti O. Лечение воспаления ушной раковины лейкоцитропином // Рус. отоларингология. – 1925. – №3. – С. 259.
2. Антонів В.Ф., Пронченко С.В., Машаріпов Р.М. Кисти вуха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №5, Дод. №1. – С. 8-11.
3. Арьев Т.А. Термические поражения. – Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1966. – С. 151-152.
4. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии / Под ред. Ю. В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 3-24.
5. Бартенева В.И. Ангиолейомиома уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. - №2. – С. 77-78.
6. Башмаков К.И. О своеобразной этиологии перихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. – 1959. - №3. – С. 86-88.
7. Боенко С.К., Полищук С.А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Диагностика, классификация и лечение ожогов ушных раковин // Клин. хирургия. – 1990. - №3. – С. 15-17.
8. Боенко С.К., Полищук С.А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Ожоги ушных раковин, их осложнения и лечение // Вестн. оториноларингологии. – 1990. - №5. – С. 11-13.
9. Боенко С.К., Кизим В.В. Метод ирригации мягких тканей ушных раковин при хондроперихондрите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1993. - №2. – С. 37-40.
10. Вихриев Б.С., Бурмистров В.М. Ожоги. – Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1986. – С. 154-155.
11. Волохов В.А. К лечению осложненных отгематом // Воен.-мед. журн. – 1977. - №7. – С. 83.
12. Выдров А.К. К окончательной резекции кожи и перихондра ушной раковины при отгематомах и перихондритах // Вестн. оториноларингологии. – 1940. - №7-8. – С. 61.
13. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. – М.: Медицина, 1965. – С. 197-198.
14. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. – М.: Медицина, 1973. – С. 214-215.
15. Гусак В.К., Кизим В.В., Нечипоренко В.П., Фисталь Э.Я. Термические поражения наружного уха: лечение, профилактика осложнений // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №5, Дод. №1. – С. 31-34.
16. Драгомирецький В.Д. Травматичні пошкодження вуха // Оториноларингологія / За ред. Д. І. Заболотного, Ю. В. Мітіна, В. Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 127-131.
17. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №6. – С. 10-12.
18. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 43-45.
19. Земцов Г. Отит // Малая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1967. – Т. 6. – С. 1148-1158.
20. Золотарев А.О перихондритах ушных раковин у авиатехников // Воен.-мед. журн. – 1931. - №4. – С. 421-422.
21. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 269-270.
22. Кажлаев М.Д., Расулова М.Р. Тяжелый перихондрит ушной раковины после укуса пчелы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. - №2. – С. 72-74.
23. Кальштейн Л.И. К клинике рака наружного и среднего уха // Здравоохр. Таджикистана. – 1958. - №3. – С. 51-54.
24. Кантор А.А. Пластика ушной раковины по поводу перенесенного перихондрита с удовлетворительным косметическим эффектом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1963. - №3. – С. 95.
25. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 158-159.
26. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 36-37, 40-41, 160-163.

27. Лайко А.А. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 27-29.
28. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 61 – 62, 314-315, 365-370.
29. Лихачев А. Г., Преображенский Б. С., Темкин Я. С. Болезни уха, носа и горла. – М.: Медгиз, 1950. – С. 80-81.
30. Лихачев А.Г. Выступление в прениях // Вестн. оториноларингологии. 1981. - №1. – С. 77.
31. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 230.
32. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 230.
33. Маркзицер А.Л. Вакуумное дренирование отгематомы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1986. - №6. – С. 64-65.
34. Меланьин В.Д., Калеев И.И., Лебедева О.П., Семенов А.Г. Резекционный метод лечения хондроперихондритов ушной раковины // Вестн. оториноларингологии.- 1982. - №4. – С. 48-50.
35. Mills D. Roberts L. Mason A. et al. (1988). Цитується за Боекком С. К. і співавторами (1990).
36. Мухин М.В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. – Л.: Медгиз, Ленингр. отделение, 1961. – С. 27 – 28.
37. Назарова Г.Ф. Клиника, профилактика и терапия серозного перихондрита ушной раковины // Избранные вопросы клинической оториноларингологии. – М.: Б. и., 1959. – С. 151-157.
38. Нейман Л. Наружное ухо // Малая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1967. – Т. 6. – С. 347-351.
39. Новожилова Г.Е. К лечению хондроперихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1981. - №1. – С. 77.
40. Окунев В.Н. Случай своеобразного ползучего послеоперационного перихондрита ушной раковины // Ежемес. ушных, горловых, носовых болезней. – 1913. – Т. 8, №10. – С. 505-26.
41. Окунев В.Н. Случай своеобразного ползучего послеоперационного перихондрита ушной раковины, послеоперационные перихондриты ушной раковины вообще и рациональное их лечение // Врач. газета. – 1913. - №11. – С. 410-11.
42. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 282-83.
43. Пассов А. (1905). Цитується за Кажлаєвим М. Д. і Расуловою М. Р. (1961).
44. Погосов В.С., Антонив В.Ф. Злокачественные новообразования наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 539-540.
45. Преображенский Б.С., Темкин Я.С., Лихачев А.Г. Болезни уха, носа и горла. – М.: Медицина, 1968. – С. 75.
46. Преображенский Н.А. О лечении перихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1956. - №2. – С. 49-51.
47. Розенгауз Д.Е. Рак наружного уха // Вестн. оториноларингологии. - 1952. - №2. – С. 38-42.
48. Савельева А.И. Лечение больного «ползучим» перихондритом ушной раковины круговой новокаиновой блокадой // Вестн. оториноларингологии. - 1954. - №5. – С. 75-76.
49. Свенцицкий В.А. О хроническом перихондрите ушной раковины // Хирургия. – 1900. – Т. 8, №47. – С. 423 – 425.
50. Свенцицкий В.А. О хроническом перихондрите ушной раковины // Практическая медицина. – 1901. - №3. – С. 55.
51. Сенченко Л.С., Клименко И.Ю. Вакуумное дренирование гематомы ушной раковины // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. - №5-с. – С. 139.
52. Сенченко Л.С., Клименко И.Ю., Флигинских Н.А., Шамрай Е.В. Взаимосвязь патологий ЛОР-органов с сахарным диабетом // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. - №5-с. – С. 140.
53. Сийрде Э. Отгематома // Малая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия. – 1967. – Т. 6. – С. 1134-1135.
54. Ундриц В.Ф., Хиллов К.Л., Лозанов Н.Н., Супрунов В.К. Болезни уха, горла и носа: Руководство для врачей / Под ред. Д. И. Пигулевского. – Л.: Медицина, Ленингр. отделение, 1969. – С. 91-92.
55. Ушаков В.И. О лечении перихондрита ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. - №5. – С. 90-91.
56. Фальфушинский И.М. Необычное инородное тело в ушной раковине // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1981. - №2. – С. 81.
57. Хечинашвили С.Н. Травмы уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 88-90.
58. Цуриков В.П., Соловьев А.В. О поражении ЛОР-органов у обожженных // Воен. – мед. журн. – 1978. - №1. – С. 30-32.
59. Цыганов А. И., Мартынюк Л.А., Колотилова Н.Н., Оржешковский В.В., Ермилова В.И. Справочник по физиотерапии болезней уха, горла и носа. – К.: Здоров'я, 1981. – С. 157-158.
60. Цыганов А.И., Гукович В.А., Тимен Г.Э. Справочник по оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 122.
61. Чаргейшвили А. К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А. Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т. 2. – С. 29-65.
62. Шапаренко Б.А., Бухарович М.Н. Ольховский А.М., Бочаров В.А. Заболевания наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. - №6. – С. 15-18.

63. Шевелев П.П. Случай серозного перихондрита ушных раковин и носовой перегородки // Вестн. ушных, горловых, носовых болезней. – 1916. - № 9-10. – С. 321-325.
64. Ярославская А.И. Перихондрит ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1949. - №5. – С. 94.
65. Martin R., Yonkers A.J., Yarrington C.T. Perichondritis of the Ear // Laryngoscope (St. Louis). – 1976. - Vol. 86, №5. – P. 664-673.
66. Rudert H., Boette G. Die Therapie der Ohrmuschelperichondritis // HNO (Berl.). – 1967. – Bd. 15, №8. – S. 245 – 247.
67. Stevenson E.W. Bacillus pyocyaneus perichondritis of the ear. An effective method of treatment // Laryngoscope (St. Louis). – 1964. – Vol. 74, №2. – P. 255-259.
68. Stroud M.H. A simple treatment for suppurative perichondritis // Laryngoscope (St. Louis). - 1963. Vol.73, №5. – P. 556-563.

Надійшла до редакції 11.03.2008.

© Г.С. Протасович, І.В. Мальована, Е.В. Савчук, 2010