

УДК 616.288.7:616.71-018.3-002

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, Е.В. САВЧУК***ПЕРИХОНДРИТ І ХОНДРОПЕРИХОНДРИТ ВУШНОЇ РАКОВИНИ**
Повідомлення 2*Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л. Я. Ковальчук)*

В попередній оглядовій роботі ми представили загальні відомості про перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини, етіологію, патогенез, клінічні прояви, діагностику цієї патології. В даному повідомленні розглядаються питання диференціальної діагностики, розвитку, ускладнень лікування, профілактики та прогнозу перихондриту і хондроперихондриту вушної раковини.

Диференціальна діагностика. В початкових стадіях перихондрит вушної раковини треба диференціювати з бешихою вушної раковини (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), флегмоною (А.К. Чаргейшвили, 1960) і штематомою (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004).

Бешиха розпізнається за характерним почервонінням, температурою і динамічним розповсюдженням за межі вушної раковини (А.К. Чаргейшвили, 1960). При бешиховому запаленні, на відміну від перихондриту, спостерігається дифузне поширення гіперемії на всю раковину, включаючи вушну часточку, і нерідко за межі раковини (А.Г. Лихачев, 1981, 1984), але при перихондриті загальний стан пацієнта мало порушений (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При пункції абсцедуючої ділянки спочатку відсмоктується серозна рідина з домішками крові, згодом - гнійний екссудат (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Флегмона рано дає флюктуацію, а розкриття гнійника попереджує подальше її розповсюдження (А.К. Чаргейшвили, 1960). Отгематома при діафаноскопії чи при просвічуванні електричною лампочкою на початку захворювання через наявність крові дає червоне просвічування, при серозному перихондриті – світложовте, а при гнійному - повне затемнення (А.К. Чаргейшвили, 1960). Крім того, в диференціаль-

ній діагностиці слід брати до уваги злякнісно новоутворення та оперізуючий лишай вушної раковини (О.О. Кіцера, 1996). Л.Й. Кальштейн (1958) описав випадок, коли початкова форма рака вушної раковини була діагностована як перихондрит. Серозний перихондрит слід диференціювати з гнійним перихондритом і отгематомою, оскільки він подібний до цих захворювань (Г.Ф. Назарова, 1959).

Лікування. Питанню лікування хворих на перихондрит і хондроперихондрит вушної раковини присвячені роботи низки авторів (А.К. Выдров, 1940; А.И. Савельева, 1954; Н.А. Преображенский, 1956; В.И. Ушаков, 1978; Г.Е. Новожилова, 1981; В.Д. Меланьин и соавт., 1982; С.К. Боечко, В.В. Кизим, 1993; В.К. Гусак и соавт., 1999; Alberti, 1925; Stroud, 1963; Stevenson, 1964; Rudert, Boette, 1967). Лікування при перихондриті вушної раковини представляє великі труднощі (Н.А. Преображенский, 1956). В перші дні захворювання проводиться місцева і загальна протизапальна терапія (Л. Нейман, 1967; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). На початку захворювання добре діють компреси з розчину борної кислоти, буровської рідини (А.К. Чаргейшвили, 1960) і етилового спирту (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Ефективним є застосування холодних примочок з буровської рідини (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), етилового спирту (А.А. Гладков, 1965, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978).

О.О. Гладков (1961) запропонував робити ряд поверхневих надрізів, потім накладати вологовідсмоктуючу пов'язку, просочену етиловим спиртом, наполовину розведеним розчином етакридину лактату (1:500) або нітрату срібла (1:1000 -1:3000). При недостатньому ефекті надрізи здійснюються щоденно чи через день. Цей

спосіб дає можливість зменшити напруження тканин, створити сприятливі умови для відтоку ексудату, з одного боку і проникнення дезінфікуючого розчину до запального осередка - з іншого (В.И. Ушаков, 1978). В.І. Ушаков (1978) за вказаним способом лікував 15 пацієнтів з перихондритом вушної раковини і у всіх добився одужання. Пізніше О.О. Гладков (1973) робив поверхневі насічки з подальшим накладанням компресу з етилового спирту, наполовину розведеного розчином етакридину лактату (1:500).

Іноді добрий ефект дає холод у вигляді накладання льоду (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). В.М. Окунев (1913) рекомендує тиснучу пов'язку і щоденне змазування вушної раковини настоячкою йоду. Г.Ф. Назарова (1959) в двох випадках отримала добрий результат від застосування тиснучої пов'язки при серозному перихондриті вушної раковини. В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) проводять змазування ураженої ділянки 5% настоячкою йоду. Ці автори, а також А.Г. Лихачов (1981, 1984) пропонують змазувати вушну раковину 10% розчином нітрату срібла.

Місцево призначаються антисептики (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), антибіотики (Л. Нейман, 1967; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; О.О. Кіцера, 1996). О.О. Кіцера (1996) використовує антибіотики широкого спектру дії місцево на 30% розчині дімексиду.

Місцево застосовуються мазі (А.Г. Лихачев і соавт., 1950; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). А.Г. Лихачов (1981, 1984) рекомендує 1% мазь або емульсію поліміксину М. О.І. Цыганов і співавтори (1986) накладали пов'язки з розчинами антибіотиків і гідрокортизону.

Ефективними вважаються новокаїнові блокади (А.И. Савельева, 1954; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). А.І. Савельева (1954) застосовує новокаїнізацію м'яких тканин по периметру вушної раковини 1% розчином новокаїну з адреналіном (ін'єкції у вигляді кругового вала). А.А. Лайко (1998, 1998), А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) вважають доцільним проводити блокади 1 раз на день, на курс лікування - 2-3 блокади. О.О. Гладков (1965, 1973), В.І. Ушаков (1978), А.Г. Лихачов (1981, 1984) виконують новокаїнові блокади з антибіотиками і повторюють їх кілька разів (А.А. Гладков, 1965, 1973; В.И. Ушаков, 1978). Л.А. Зарицький (1974) з лікувальних заходів віддає перевагу новокаїно-пеніциліновій блокаді у вигляді обколювання вушної раковини в межах здорових тканин. Звичайно після 3-4 обколювань, підкреслює

автор, часто вдається зупинити розвиток запалення охрястя.

При перихондриті вушної раковини слід призначити фізичні методи лікування (Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; А.И. Цыганов и соавт., 1981; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), а саме: електричне поле УВЧ (М.Д. Кажлаев, М.Р. Расулова, 1961; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.И. Цыганов и соавт., 1981, 1986; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), КВЧ (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978), ультрафіолетове опромінювання (Н.А. Преображенський, 1956; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.И. Цыганов и соавт., 1981; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), солюкс (А.А. Гладков, 1965, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.И. Ушаков, 1978; О.О. Кіцера, 1996), іонофорез (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), випромінювання гелій-неонового лазера (О.О. Кіцера, 1996), електромагнітне поле сантиметрового діапазону (А.И. Цыганов и соавт., 1981).

В ряді випадків здійснюється рентгенотерапія малими дозами на ділянку вушної раковини (А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1981; О.О. Кіцера, 1996). Звичайно проводиться 5-6 опромінювань по 50 - 75 R (А.А. Гладков, 1965, 1973; А.Г. Лихачев, 1981, 1984). М.О. Преображенський (1956) в одному випадку використав протизапальну телекюрітерапію (разова доза - 75 R, сумарна доза - 450 R). А.А. Лайко (1998, 1998), А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) вважають, що у дітей застосовувати променеву терапію недоцільно. З метою покращання кровообігу в ділянці вушної раковини і недопущення некрозу хряща додатково призначається масаж бокових поверхонь шиї і завушної ділянки чи дарсонвалізація малою силою струму (А.И. Цыганов и соавт., 1981).

Проводиться також протизапальне загальне лікування з використанням антибіотиків (Н.А. Преображенський, 1956; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1981; О. Кіцера, 1996; А.А.

Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Так, М.О. Преображенський (1956) рекомендує вводити пеніцилін (по 50 000 ОД 6 разів на добу) внутрішньом'язово. О.О. Гладков (1965, 1973) призначає внутрішньом'язово ін'єкції пеніциліну (по 100 000 - 300 000 ОД кожні 3-4 год) і стрептоміцину (по 250 000 ОД двічі на добу). Якщо збудником перихондриту є синьогнійна паличка, то він призначає інші антибіотики (тетрациклін, еритроміцин, ауреоміцин). Ю.Б. Исхаки і Л.І. Кальштейн (1977) пропонують призначити великі дози антибіотиків (пеніцилін, стрептоміцин, для боротьби з синьогнійною паличкою - еритроміцин, ауреоміцин і тетрациклін).

В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) з успіхом застосовують еритроміцин (по 100 000 - 200 000 ОД 4-6 разів на добу per os), тетрациклін, олететрин чи окситетрапиклін (по 100 000 - 150 000 ОД 4-6 разів на добу per os). До цих препаратів, відмічають автори, синьогнійна паличка чутливіша. А.Г. Лихачев (1981, 1984) рекомендує per os використовувати тетрациклін, олететрин чи окситетрациклін (по 250 000 ОД 4-6 разів на добу), еритроміцин (по 250 000 ОД 4-6 разів на добу), внутрішньом'язово - стрептоміцин (по 250 000 ОД двічі на добу). О.О. Кіцера (1996) вважає, що якомога швидше слід призначати антибіотики широкого спектру дії, краще внутрішньом'язово. А.А. Лайко (1998, 1998) повідомляє, що на початкових стадіях захворювання найдоцільніше застосовувати антибіотики пеніцилінового ряду внутрішньом'язово, зокрема натрієву сіль карбеніциліну, яка діє також і на синьогнійну паличку; А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) пропонують антибіотики пеніцилінового або цефалоспоринового ряду внутрішньом'язово. Пізніше призначаються антибіотики згідно з антибіотикограмою протягом 7-15 днів (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

М.Д. Кажлаєв і М.Р. Расулова (1961) використовують стрептоцид per os (по 1 г через 4 год). Доцільно застосовувати антигістамінні препарати, вітамінотерапію, раціональне харчування (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Alberti (1925) повідомив про сприятливі результати лікування хворих на перихондрит вухної раковини внутрішньовенним введенням лейкотропіну.

Якщо лікування проведено повно, вчасно, та перихондрит минає протягом 2-3 тиж (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

В ділянках, де виявляється флюктуація, робиться пункція з відсмоктуванням гнійного вмісту та наступним введенням в порожнину відповідного антибіотика (Н.А. Преображенс-

кий, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; Б.С. Преображенский и соавт., 1968; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978). Л.А. Зарицький (1974) рекомендує після пункції вводити замість витягнутої рідини пеніцилін по 50 000 - 100 000 ОД в 1-2 мл 0,25% розчину новокаїну; 0,25% розчин левоміцетину та інші антибіотики. М.О. Преображенський (1956) виконує пункції вухної раковини з наступним введенням 150 000 ОД стрептоміцину. У випадку, описаному М.Д. Кажлаєвим і М.Р. Расуловою (1961), у пацієнта було зроблено 11 пункцій припухлої раковини з аспірацією рідини і наступним введенням в товщу раковини пеніциліну, кожного разу в кількості 250 000 ОД. При появі флюктуації, яка вказує на нагноєння, не слід затримуватись з хірургічним втручанням (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1981) для запобігання виникнення тяжких косметичних наслідків (А.Г. Лихачев, 1981, 1984). Здійснюється широкий розріз м'яких тканин (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1965, 1973; Л. Нейман, 1967; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005) паралельно контурам вухної раковини (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Щоб уникнути великих рубців, А.К. Чаргейшвілі (1960) радить великі розрізи робити на задній поверхні вухної раковини, а малі - на передній. Автор відмічає, що паралельні розрізи у разі розплавлення хряща сприяють зморщуванню і спотворенню вухної раковини. Навпаки, кілька паралельних один одному розрізів, перпендикулярних до контурів вухної раковини, сприяють утворенню складаючих опору для шкіри рубців, що перешкоджають в подальшому зморщуванню і спотворенню раковини. К.І. Башмаков (1959) пропонує робити вертикальний розріз шкіри.

Після розрізу порожнина абсцесу вишкрябається гострою ложечкою для видалення грануляцій (А.К. Чаргейшвили, 1960), некротизованих шматочків хряща (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; 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. Преображенский, 1978; В.И. Ушаков, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Рана промивається 0,25% розчином колі-

міцину в 0,25% розчині новокаїну (А.А. Гладков, 1965), розчином етакридину лактату (1:500) (А.А. Гладков, 1973; В.И. Ушаков, 1978), антисептиками чи антибіотиками (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), присипається порошком борної кислоти (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977) і дренують (А.И. Цыганов и соавт., 1981; А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005) гумовими смужками (О. Кіцера, 1996). А.Г. Лихачов і співавтори (1950) в порожнину вкладають йодоформний тампон, В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) – тампон, просочений розчином антибіотиків, А.К. Чаргейшвілі (1960) – тампон, просочений розчином пеніциліну. А.Г. Лихачов (1981, 1984) рекомендує в рану призначити стрептоміцин або інші антибіотики.

На вухо накладається волога пов'язка (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). В.І. Ушаков (1978) накладає волого-відсмоктуючі пов'язки, попередньо змочені етакридином лактатом (1:500) чи відповідним антибіотиком. В подальшому застосовується мазь Вишневського (А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.И. Ушаков, 1978), бальзам Шостаковського (Л.А. Зарицький, 1974). О.І. Цыганов і співавтори (1986) використовували пов'язки з глюкокортикостероїдними мазями в стадії реконвалесценції. Після хірургічного втручання О.І. Цыганов і співавтори (1981) використовують електричне поле УВЧ.

Деякі фахівці радять вчасно виконувати підохрясну секвестротомію (О.О. Кіцера, 1996). Вважається, що в такому разі хрящ здатен відтворитися (О.О. Кіцера, 1996). А.К. Видров (1940) проводить викончасту резекцію шкіри і охрястя вушної раковини при перихондриті. Запропоновано ставити дренажні поліетиленові трубочки між шкірою вушної раковини і охрястям, через які вводяться розчини антибіотиків та протеолітичних ферментів (Martin et al., 1976).

При активному лікуванні перихондрит звичайно ліквідується через 3-4 тиж (Л.А. Зарицький, 1974). Своєчасна терапія дає можливість затримати запальний процес (А.А. Гладков, 1965, 1973; Л.А. Зарицький, 1974). Проте не завжди вдається запобігти спотворенню вушної раковини (Л.А. Зарицький, 1974; А.И. Цыганов и соавт., 1981, 1986). М.О. Преображенський (1956) спостерігав за 2 хворими, у яких з появою перших ознак перихондриту були застосовані внутрішньом'язові ін'єкції великих доз пеніциліну (800 000 ОД на добу протягом 1 - 1½ міс) в поєднанні з опромінюванням ультрафіолетовими променями та широким хірургічним втручанням, і в обох випадках відбулося спотворення вушної раковини. Автор пояснює це

тим, що, по-перше, пеніцилін не є активним до синьогнійної палички, яка виявляється при більшості перихондритів вушної раковини, і, по-друге, при відшаровуванні охрястя концентрація пеніциліну у осередку запалення недостатня.

При лікуванні хворих на хондроперихондрит вушних раковин лікар стикається з значними труднощами, тому вирішення даної проблеми до цього часу залишається актуальним (А.К. Чаргейшвілі, 1960; М.В. Мухин, 1961; В.Ф. Ундріц и соавт., 1969; А. Г. Лихачев, 1981, 1984; С.К. Боєнко и соавт., 1990; С.К. Боєнко, В.В. Кізім, 1993; Mills et al., 1988). Найскладнішою є терапія при хондроперихондриті вушних раковин, викликаному термічними агентами (С.К. Боєнко, В.В. Кізім, 1993). При серозному хондроперихондриті і загрози нагноєння С.К. Боєнко та співавтори (1990), С.К. Боєнко і В.В. Кізім (1993), а також В.К. Гусак та співавтори (1999) з успіхом використовують іригацію м'яких тканин вушної раковини розчинами антибіотиків широкого спектру дії. З цією метою під шкіру на задній поверхні вушної раковини вводиться тонкий іригатор. В якості іригатора С.К. Боєнко і В.В. Кізім (1993), В.К. Гусак та співавтори (1999) застосовують попередньо перфорований судинний катетер. Кожні 4-6 год на протязі 5-6 діб вводяться антибіотики в об'ємі 4 - 8 мл звичайної концентрації з урахуванням чутливості мікрофлори. В наступному призначаються 3-4 сеанси рентгенотерапії. Таким чином, антибіотики надходять безпосередньо в осередок ураження, при цьому доза препарату зменшується, терапевтичний ефект підвищується. Крім того, у хворих на хондроперихондрит вушних раковин після початку іригації уже на протязі першої доби відмічається значне зменшення болю у вусі, який до того знімався тільки великими дозами анальгетиків.

Показанням до введення іригатора у вушну раковину, за спостереженнями С.К. Боєнка і В.В. Кізіма (1993), є: а) біль, що посилюється при натисканні в аурикулоцефальному куті; б) швидкозростаючий набряк задньовнутрішньої поверхні вушної раковини; в) наявність серозного вмісту при діагностичній пункції вушної раковини. Як відмічають автори, такі клінічні прояви можуть виникати в кінці 4-го, на початку 5-го тиж з моменту травми.

За методикою іригації автори лікували 29 осіб з хондроперихондритом вушних раковин. У 18 з них вдалось купірувати цей запальний процес на протязі 6-9 днів, у 11 іригація поєднувалась з розкриттям гнійників і затьоків на вушній раковині. У 3 обстежуваних запальний процес у вушній раковині продовжувався після видалення іригатора і розкриття гнійників, що розцінено

як відсутність ефекту від лікування. В.К. Гусак та співавтори (1999) використали метод іригації вушних раковин у 69 хворих на серозний хондроперихондрит і у 12 - з гнійним перихондритом. Метод іригації вушних раковин розчином антибіотиків, за даними авторів, сприяє скороченню строків лікування. Всім пацієнтам призначалась загальна антибактеріальна, десенсибілізуюча та фізіотерапія. Таким чином, підкреслюють автори, при хондроперихондриті вушних раковин внаслідок опіку метод іригації їх м'яких тканин розчином антибіотика сприяє абортивному перебігу процесу, швидкому зменшенню больового синдрому, значному скороченню строків лікування, попередженню виникнення косметичних дефектів.

За даними С. К. Боєнка і співавторів (1990, 1990), покращання місцевої гемодинаміки у 8 осіб з серозним хондроперихондритом було досягнуто за допомогою медичних п'явок.

Для дренування гнійного ексудату при хондроперихондритах вушної раковини проводяться розрізи (А.К. Чаргейшвили, 1960; С.К. Боєнко и соавт., 1990; 1990; С.К. Боєнко, В.В. Кизим, 1993; С.Н. Хечинашвили, 1997). При розвитку гнійних хондроперихондритів С.К. Боєнко та співавтори (1990, 1990), С.К. Боєнко і В.В. Кізім (1993) виконують широкі дренажні розрізи з видаленням некротизованих тканин. При цьому автори використовують як вертикальні, так і горизонтальні розрізи за А.К. Чаргейшвилі (1960), потім місцево застосовують розчини антибіотиків скерованої дії, фізичні методи лікування (УВЧ). Рубцева деформація раковин дещо менш виражена при проведенні горизонтальних розрізів (С.К. Боєнко и соавт., 1990, 1990).

При хондроперихондриті вушної раковини Г. Є. Новожилова (1981) робить широкий розріз м'яких тканин до хряща з урахуванням топографії вушної раковини і локалізації запального процесу, порожнину обробляє антибіотиками чи 5% настоянкою йоду, або розчином борної кислоти. Цей спосіб, підкреслює автор, дає можливість зменшити напруження тканин, створити гарні умови для відтоку ексудату і впливати на рану. Stroud (1963) запропонував висікати при гнійному перихондриті всі тканини в ділянці абсцеса (шкіри, підшкірної тканини і хряща), видаляти всю уражену ділянку, що попереджає подальшу деструкцію.

Ефективним методом терапії при перихондритах і хондроперихондритах вушної раковини є висікання некротизованих ділянок хряща в межах здорових тканин (С.Н. Хечинашвили, 1997; Rudert, Voette, 1967; Martin et al., 1976), після чого призначаються антибактеріальні пре-

парати, до яких чутлива синьогнійна паличка. Таким же чином здійснюється лікування при комбінованих ураженнях вушної раковини і зовнішнього слухового ходу (С.Н. Хечинашвили, 1997).

С.А. Проскураков (1965) запропонував хірургічний метод лікування, в основі якого лежить ідея раннього підхрясного висікання втягнутих в запальний процес ділянок хряща вушної раковини в межах здорових тканин. В.Д. Меланьїн та співавтори (1982) застосували цей метод у 31 хворого на

хондроперихондрит вушної раковини і відмітили високу його ефективність. Автори показали, що навіть повна резекція хряща за умови правильного формування рельєфу вушної раковини за допомогою марльових валиків і кульки не призводить до повторних косметичних дефектів, оскільки, на їх думку, відновлюється хрящовий остов. Джерелом регенерації нового хряща, допускають автори, є збереження охрястя. Використання антибактеріальних і протизапальних засобів при цьому методі лікування обов'язкове.

Ускладнення. Необхідно враховувати ту обставину, що хрящ отримує живлення із безпосередньо прилеглої до нього ділянки охрястя (С.Н. Хечинашвили, 1997), тому субперихондральне скупчення гнійного ексудату викликає некроз хряща (Г.Е. Новожилова, 1981; С.Н. Хечинашвили, 1997) і його розплавлення (Л.А. Зарицький, 1974; В.Д. Драгомирецький, 1999) та розплавлення охрястя (Л.А. Зарицький, 1974). Ось чому наслідком перихондриту і хондроперихондриту може бути зморщування (А.Г. Лихачев и соавт., 1950; Н.А. Преображенский, 1956; А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; С.Н. Хечинашвили, 1997; В.Д. Драгомирецький, 1999), деформація (А.И. Цыганов и соавт., 1986; В.Ф. Антонів і співавт., 1999; Martin et al., 1976), різке спотворення вушної раковини (А.А. Гладков, 1965; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; Г.Е. Новожилова, 1981; А.И. Цыганов и соавт., 1986) із значним зменшенням її розмірів (А.А. Гладков, 1965; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998), звуження зовнішнього слухового ходу (Н.А. Преображенский, 1956). За даними В.Ф. Антоніва і співавторів (1999), нагноєння з деформацією вушної раковини виникає у 5-7 % осіб з гематомою в перший тиждень після травми, якщо гематома своєчасно не була опорожнена. З 5 хворих на перихондрит вушної раковини в результаті термічного опіку, котрі лікувались Martin і співавторами (1976), у 4 наслідком захворювання була деформація вушної раковини. В разі утворення деформації вушної

раковини в подальшому проводиться пластикна операція (А.А. Кантор, 1963; А.А. Гладков, 1965, 1973; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Цыганов и соавт., 1981). За наявності рубців застосовується ультразвук, іонофорез гідрокортизону, аміназину чи витяжок з лікувальних грязей (А.И. Цыганов и соавт., 1981).

Профілактика. Профілактичні заходи щодо перихондриту і хондроперихондриту вушної раковини здійснюються в різних напрямках. У плані профілактики розвитку перихондриту основна увага має приділятися запобіганню травм шкірних покривів вушної раковини (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При будь-яких механічних ушкодженнях (садна, поранення, укуси, забої) вушної раковини слід суворо дотримуватись правил асептики і антисептики (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), якомога раніше накладати шви (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

При гнійних запаленнях середнього вуха і перед загальнопорожнинною операцією на вусі необхідно визначати флору і застосовувати при передопераційній обробці рани відповідний антибіотик, особливо у разі наявності синьогнійної палички (А.К. Чаргейшвили, 1960). В таких випадках добре діє левоміцетин, синтоміцин, стрептоміцин, а з давніх засобів - борна кислота у вигляді присипки із порошокдувача (А.К. Чаргейшвили, 1960). З метою профілактики виникнення перихондриту вушної раковини оперувати на вусі рекомендується під прикриттям антибіотиків (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Сторонні тіла із зовнішнього слухового ходу, особливо гостроконечні, а також кісткові уламки, під час операції треба видаляти з великою обережністю (Ю. Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Своєчасно і ефективно проводити лікувати при наявності лікування отгематоми.

Для попередження розвитку гнійного хондроперихондриту після опіку вушних раковин здійснюються адекватна комплексна протишокова, в тому числі трансфузійна, терапія, напра-

влена на покращання показників гемодинаміки (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990). Іншим важливим заходом профілактики гнійного хондроперихондриту є щоденне промивання обпеченої вушної раковини теплою водою з шампунем чи милом і подальше використання 1-2 шарів марлі, змоченої 1 % розчином йодопірону, іншими антисептиками (С.К. Боенко и соавт., 1990, 1990), або мазей на водорозчинній основі (левосин, левомеколь, дермазин) (С.К. Боенко и соавт., 1990).

При поверхневому пошкодженні вушних раковин С.К. Боенко та співавтори (1990), С.К. Боенко, В.В. Кизим (1993) намагаються не допустити занурення інфекції і поглиблення некрозу. Вони досягають цього за допомогою різних антисептичних аерозолей («оксициклозол», «левовінізол») і заходів, направлених на покращання показників гемодинаміки в уражених ділянках. З цією метою автори з успіхом застосовують гірудотерапію. При цьому вони уникають використання будь-яких пов'язок, оскільки останні сприяють поглибленню ураження.

Прогноз. Прогноз перихондриту вушної раковини є серйозним стосовно збереження хряща і, отже, форми вушної раковини, оскільки навіть при своєчасному втручанні рідко вдається уникнути зморщування раковини (А.К. Чаргейшвили, 1960). У разі правильного лікування, а також при серйозному перихондриті (Г.Ф. Назарова, 1959) прогноз сприятливий (А.А. Лайко, 1998, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що диференціювати перихондрит треба з бешихою вушної раковини, флегмоною, отгематою, злоякісними новоутвореннями, оперізуючим лишаям. Лікування при перихондриті та хондроперихондриті є консервативним і хірургічним. Ускладнення бувають у вигляді деформації, спотворення і зменшення вушної раковини. Профілактика розвитку перихондриту і хондроперихондриту вушної раковини здійснюється в різних напрямках. Прогноз при своєчасному і правильному лікуванні сприятливий.

1. Антонів В.Ф., Пронченко С.В., Машаріпов Р.М. Кісти вуха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 1999. - №5, Додаток №1. - С. 8-11.
2. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. - К.: Здоров'я, 2004. - С. 3-24.
3. Башмаков К.И. О своеобразной этиологии перихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1959. - №3. - С. 86-88.
4. Боенко С.К., Полищук С.А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Диагностика, классификация и лечение ожогов

ушных раковин // Клини. хирургия. - 1990. - №3. - С. 15-17.

5. Боенко С.К., Полищук С.А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Ожоги ушных раковин, их осложнения и лечение // Вестн. оториноларингологии. - 1990. - №2. - С. 11-13.
6. Боенко С.К., Кизим В.В. Метод ирригации мягких тканей ушных раковин при хондроперихондрите // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. - 1993. - №2. - С. 37-40.
7. Выдров А.К. К окончательной резекции кожи и перихондрита ушной раковины при отгематомах и перихонд-

- ритах // Вестн. оториноларингологии. - 1940. - №7-8. - С.61.
8. Гладков А.А. (1961). Цитується за Ушаковим В.І. (1978).
 9. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. - М.: Медицина, 1965. - С. 197-198.
 10. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. - М.: Медицина, 1973. - С. 214-215.
 11. 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, Додаток №1. - С. 31-34.
 12. 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.
 13. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. - К.: Вища школа, 1974. - С. 43-45.
 14. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. - Душанбе: Маориф, 1977. - С. 269-270.
 15. Кажлаев М.Д., Расулова М.Р. Тяжелый перихондрит ушной раковины после укуса пчелы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1961. - №2. - С. 72-74.
 16. Кальштейн Л.И. К клинике рака наружного и среднего уха // Здоровоохр. Таджикистана. - 1958. - №3. - С. 51-54.
 17. Кантор А.А. Пластика ушной раковины по поводу перенесенного перихондрита с удовлетворительным косметическим эффектом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1963. - №3. - С. 95.
 18. Кіцера О.О. Клінічна оториноларингологія. - Львів: Б. в., 1996. - С. 158-159.
 19. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. - К.: Здоров'я, 1998. - С. 40-41.
 20. Лайко А.А. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. - К.: Здоров'я, 1998. - С. 27-29.
 21. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. - К.: Логос, 2005. - С. 61-62, 314-315.
 22. Лихачев А.Г. Выступление в прениях // Вестн. оториноларингологии. - 1981. - №1. - С. 77.
 23. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. - М.: Медицина, 1981. - С. 230.
 24. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. - М.: Медицина, 1984. - С. 230.
 25. Лихачев А.Г., Преображенский Б.С., Темкин Я.С. Болезни уха, носа и горла. - М.: Медгиз, 1950. - С. 80-81.
 26. 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.
 27. Мухин М.В. Лечение ожогов головы, лица, шеи и их последствий. - Л.: Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1961. - С. 27-28.
 28. Назарова Г.Ф. Клиника профілактики і терапія сезонного перихондрита ушної раковини // Перихондрита ушної раковини // Избранные вопросы клинической оториноларингологии. - М.: Б.и., 1959. - С. 151-157.
 29. Нейман Л. Наружное ухо // Малая медицинская энциклопедия. - М.: Сов. энциклопедия, 1967. - Т. 6. - С. 347-351.
 30. Новожилова Г.Е. К лечению хондроперихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1981. - №1. - С. 77.
 31. Окунев В.Н. Случай своеобразного ползучего послеоперационного перихондрита ушной раковины // Ежемес. ушных, горловых, носовых болезней. - 1913. - Т. 8, №10. - С. 505 - 526.
 32. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. - М.: Медицина, 1978. - С. 282 - 283.
 33. Преображенский Н.А. О лечении перихондрита ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. - 1956. - №2. - С.49 -51.
 34. Преображенский Б.С., Темкин Я.С., Лихачев А.Г. Болезни уха, носа и горла. - М.: Медицина, 1968. - С. 75.
 35. Проскуряков С.А. Опыт работы по восстановительной хирургии лица и ЛОР-органов. - Новосибирск: Новосибирскгиз, 1965. - С. 171-172.
 36. Савельева А.И. Лечение больного «ползучим» перихондритом ушной раковины круговой новокаиновой блокадой // Вестн. оториноларингологии. - 1954. - №5. - С. 75-76.
 37. Ундриц В.Ф., Хиллов К.Л., Лозанов Н.К., Супрунов В.К. Болезни уха, горла и носа: Руководство для врачей / Под ред. Д. И. Пигулевского. - Л.: Медицина, Ленингр. отд-ние, 1969. - С. 91-92.
 38. Ушаков В.И. О лечении перихондрита ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. - 1978. - №5. - С. 90-91.
 39. Хечинашвили С.Н. Травмы уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. - М.: Медицина, 1997. - С. 88-90.
 40. Цыганов А.И., Гукович В.А., Тимен Г.Э. Справочник по оториноларингологии. - К.: Здоров'я, 1986. - С. 122.
 41. Цыганов А.И., Мартынюк Л.А., Колотилов Н.Н., Оржешковский В.В. Ермилова В.И. Справочник по физиотерапии болезней уха, горла и носа. - К.: Здоров'я, 1981. - С. 157-158.
 42. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. - М.: Медгиз, 1960. - Т. 2. - С. 29-65.
 43. Alberti O. Лечение воспаления ушной раковины лейкотропином // Рус. оториноларингология. - 1925. - №3. - С. 259.
 44. Martin R., Yonkers A. J., Yarrington C. T. Perichondritis of the Ear // Laryngoscope (St. Louis). - 1976. - Vol. 86, №5. - P. 664-673.
 45. Mills D., Roberts L., Mason A. et al. (1988). Цитується за Боенком С.К. і співавторами (1990).
 46. Rudert H., Boette G. Die Therapie der Ohrmuschelperichondritis // HNO (Berl.). - 1967. - Bd. 15, №8. - S. 245-247.
 47. Stevenson E.W. Bacillus pyocyaneus perichondritis of the ear. An effective method of treatment // Laryngoscope (St. Louis). - 1964. - Vol. 74, №2. - P. 255-259.
 48. Stroud M.H. A simple treatment for suppurative perichondritis // Laryngoscope (St. Louis). - 1963. - Vol.73, №5. - P. 556-563.

Надійшла до редакції 22.04.08.

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