

Ф. ЮРОЧКО

БІЛЬ У ВУСІ У ДІТЕЙ: ВІД ДІАГНОСТИКИ ДО ЛІКУВАННЯ

Біль вуха або отальгія є одною з найчастіших проблем, з якими стикаються педіатри та отоларингологи, які лікують дітей. Діти старшого віку повідомляють про біль у вусі, а у дітей немовлячого віку отальгія проявляється у вигляді плачу, неспокою, безсоння та підвищеної збудливості. Для визначення причини отальгії лікар повинен володіти методикою огляду вуха (отоскопії). Отоларинголог оглядає вуха за допомогою вушної лійки та налобного рефлектора (або налобної лампи), а лікарі інших спеціальностей (наприклад, педіатри, сімейні лікарі) оглянути вухо зсередини можуть за допомогою отоскопа.

Біль у вусі може бути спричинений захворюваннями вуха (отогенні або внутрішні причини) або інших органів і систем (неотогенні або зовнішні причини). Різні причини отальгії наведено у табл. 1 та 2.

Отогенні причини**Зовнішнє вухо**

Зовнішній отит – друга найчастіша причина болю у вусі у дітей. Етіологічний фактор – *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*, *S. epidermidis*, стрептококи, *Enterobacter aerogenes*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella pneumoniae*, *Candida* та *Aspergillus*. Плавання, висока вологість в оточуючому середовищі та місцева травма (найчастіше при очищуванні слухового ходу ватними паличками) можуть сприяти розвитку зовнішнього отиту. Важливим симптомом є посилення болю при пальпації вушної раковини або натисканні на козелок (*tragus*). Іноді біль супроводжується виділеннями з вуха (часто неприємного запаху) та зниженням слуху. При огляді слуховий хід виявляється звуженим за рахунок набряку шкіри, введення вушної лійки або отоскопа є болючим, барабану перетинку часто не видно через різке звуження слухового ходу. Лікування полягає у призначенні топічних ліків – протимікробних крапель, часто з

кортикостероїдним компонентом, при наявності грибів – протигрибкові місцеві ліки. При неефективності місцевого лікування приєднують системні протимікробні засоби (найчастіше амоксицилін/клавуланат перорально¹).

Фурункул зовнішнього слухового ходу локалізується тільки на зовнішній третині слухового ходу (де є волосяні мішечки). На відміну від зовнішнього отиту, де є дифузний набряк, при фурункулі спостерігається локальний, різко болючий набряк, а при нагноєнні виявляється гнійна верхівка. Тактика: розкриття та дренивання фурункула, призначення системного антибіотика (найліпше амоксицилін/клавуланат перорально).

Оперізуючий герпес (синдром Рамсей-Ханта) нерідко відносять до вірусного неврити лицевого нерва. Надзвичайно сильний однобічний біль у вусі часто передують утворенню везикул (міхурців), причиною яких є вірус *herpes zoster*. Везикули групуються та передусім уражають зовнішній слуховий хід і вушну раковину. Нерідко оперізуючий герпес супроводжується паралічем лицевого нерва, а також зниженням слуху чи вестибулярними розладами. Лікування включає анальгетики, протигерпетичні ліки (найкраще валацикловір) та кортикостероїди.

Перихондрит. Перихондрит найчастіше є наслідком тупої травми зовнішнього вуха. Виявляються суттєва болючість вушної раковини та набряк м'яких тканин. Якщо при перихондриті не проводити інтенсивне лікування, то може настати некроз хря-

¹ Оригінальний амоксицилін/клавуланат в Україні зареєстровано під торговою назвою АУГМЕНТИН, пероральний АУГМЕНТИН схвалений до застосування у дітей віком понад 2 міс, парентеральний АУГМЕНТИН схвалений до застосування у дітей від народження

ща з наступною тривалою деформацією вушної раковини. Рецидивуючі інфекції та наступне потовщення вушного хряща поширені серед боксерів (борців) і відомі як

“вухо – цвітна капуста”. Лікування включає системні антибіотики (найкраще внутрішньовенно) та місцевий туалет вуха. Іноді потрібне хірургічне втручання.

Таблиця 1

Отогенні причини оталгії у дітей та лікувальна тактика

Причина	Клінічні прояви	Тактика
<u>Зовнішнє вухо</u>		
Зовнішній отит	Біль при руху вушною раковиною, натисканні на козелок, виділення з вуха з неприємним запахом	Місцеві протимікробні та протизапальні ліки
Фурункул	Абсцес шкіри зовнішнього слухового ходу	Розкриття, дренажування, системний антибіотик
Сірчаний корок	Скупчення сірки	Усунення корка
Сторонній предмет	Сторонній предмет у зовнішньому слуховому ході	Видалення стороннього предмету
Травма	Набряк, кров, рани	Консервативне лікування
Опіки	Гіперерована вушна раковина	Консервативне лікування
Відмороження	«Неболюча блідість», яка переходить у гіперемію	Консервативне лікування
Перихондрит	Запалення вушної раковини без залучення сережки (мочки) вуха	Системний антибіотик
Бешиха	Запалення вушної раковини із залученням сережки (мочки) вуха	Системний антибіотик
Оперізуєчий герпес	Везикули на вушній раковині та шкірі слухового ходу	Системний протигерпетичний препарат
Мірингіт	Запалення та пухирі на барабанній перетинці без обмеження рухомості барабанної перетинки	Системний антибіотик
Пухлини	Наявність пухлини, виразкування на пізніх стадіях	Хірургічне, променеве, симптоматичне лікування, хімотерапія
<u>Середнє вухо</u>		
Середній отит	Запалення та знижена рухомість барабанної перетинки	Системний антибіотик
Баротравма	Почервоніння та втягнення барабанної перетинки, випіт у середньому вусі	Консервативне лікування
Травматичний розрив барабанної перетинки	Перфорація барабанної перетинки	Консервативне лікування
Дисфункція слухової труби	Втягнення та знижена рухомість барабанної перетинки	Лікування, направлене на причинний фактор в носі, носовій частині глотки
Мастоїдит	Відстовбурчення вушної раковини, нависання задньої стінки слухового ходу, болючість соскоподібного відростка	Системний антибіотик, артротомія, мастоїдотомія
Пухлини	Поліпoidні та горбисті розростання, які проникають з середнього вуха в слуховий хід	Хірургічне, променеве, симптоматичне лікування, хімотерапія

Неотогенні причини оталгії у дітей та лікувальна тактика

Причина	Клінічні прояви	Тактика
<u>Іррадіююча оталгія</u>		
Патологія нижньощелепно-вискового суглоба	Біль у ділянці нижньощелепно-вискового суглоба, який посилюється при відкриванні рота	Лікування з приводу основної причини
Периаурикулярний лімфаденіт	Локальний болючий набряк перед вушною раковиною або позаду чи знизу нього	Системні антибіотики, іноді хірургічне розкриття та дренивання
Патологія глотки	Гіперемія глотки, піднебінних мигдаликів	Лікування з приводу основної причини
Патологія зубів	Набряк, біль, нерідко карієс зуба	Лікування з приводу основної причини
Трійчастий нерв	Біль у ділянці іннервації трійчастого нерва	Лікування з приводу основної причини
Лицевий нерв	Біль у ділянці іннервації лицевого нерва	Лікування з приводу основної причини
Язико-глотковий нерв	Біль у ділянці іннервації язико-глоткового нерва	Лікування основної причини
Блукаючий нерв	Біль у ділянці іннервації блукаючого нерва	Лікування з приводу основної причини
Спинномозкові нерви шийного відділу	Біль у ділянці іннервації спинномозкових шийних нервів	Лікування з приводу основної причини
<u>Різні причини</u>		
Мігрень	Фотофобія	Анальгетики
Вушна невралгія	Не виявлено жодних патологічних знахідок	Симптоматичне лікування
Психогенна	Стан тривоги	Психотерапія

Бешиха. Гіперемія, набряк та болючість шкіри вушної раковини вказують на бешиху, причиною якої є стрептококи. Хвороба прогресує швидко, тому лікування полягає в негайному призначенні антибіотиків. Бешиху можна сплутати з перихондритом. Залучення у патологічний процес сережки вуха (внизу вушної раковини), як правило, вказує на бешиху, оскільки сережка не містить хряща. Призначаються системні антибіотики та місцевий туалет вуха.

Опіки та відмороження вуха. Діагноз таких уражень легко поставити на підставі короткого анамнезу та фізикального обстеження, а лікування та прогноз базуються на тяжкості ушкоджень. Прояви – еритема, наявність міхурів чи обвуглення та некроз. Відмороження проявляється як “неболюча блідість”. Але при поступовому ві-

дігріванні вушна раковина може стати особливо болючою. Прояви відмороження – гіперемія, міхурці чи некроз. Лікування – симптоматичне, при приєднанні перихондриту – так, як вказано вище.

Пухлини. Пухлини зовнішнього слухового ходу можуть виразкуватися та, прогресуючи, стають болючими, особливо на пізніх стадіях хвороби. Найчастіше в цій ділянці виникають рабдоміосаркома, лімфома. До пухлиноподібних утворень зовнішнього вуха належать еозинофільна гранульома та гранульоматоз Вегенера. Злоякісний процес треба підозрювати при будь-яких ураженнях вуха, які не піддаються лікуванню. Лікування – хірургічне, променеве, симптоматичне, хіміотерапія.

Сторонні тіла та сірчаний корок, до їх симптомів належать оталгія, закладе-

ність вуха та зниження слуху. При тривалому перебуванні стороннього предмету або сірчаного корку може виникнути супутній зовнішній отит. Більшість сторонніх предметів можна усунути амбулаторно: невеликі предмети можна вимити струменем води зі шприца Жане, якщо це не вдається, то слід застосувати гачки з набору Гартмана (маніпуляцію виконує тільки отоларинголог). Не можна виймати сторонні предмети чи корок пінцетом. Коли сторонній предмет щільно застряг у слуховому ході або коли дитина при огляді не співпрацює з лікарем, то можуть бути необхідні операційний мікроскоп та загальна анестезія. Треба оглянути протилежне вухо та ніс для виключення інших прихованих сторонніх предметів.

Мірингіт. Це ізольоване запалення барабанної перетинки без запалення середнього вуха. На барабанній перетинці спостерігаються геморагічні або серозні пухирі. Лікування – симптоматичне, місцеві антибіотикові краплі, іноді потрібні системні антибіотики.

Середнє вухо

Гострий середній отит. Гострий середній отит, зазвичай, проявляється помірним або сильним болем у вусі, зниженням слуху та гарячкою. Це найчастіша причина оталгії у немовлят та дітей. При огляді барабанна перетинка виглядає гіперемованою, потовщеною, нерідко випинає. У дітей віком до 1 року чутливим, але мало специфічним симптомом є болючість при натисканні на козелок (*tragus*) вуха. Оптимальним антибіотиком для лікування хворих на гострий середній отит у дітей є амоксицилін/клавуланат перорально². Тяжкі форми гострого середнього отиту необхідно лікувати в стаціонарі – виконується міринготомія та призначаються парентеральні антибіотики (наприклад, внутрішньовенно амоксицилін/клавуланат³). Амоксицилін / клавуланат має дуже високу ефективність при середньому отиті та одночасній добрій переносимості.

Травма. Травматичне ураження середнього вуха може виникнути внаслідок безпосереднього фізичного ушкодження барабанної перетинки та слухових кісточок. Первинними симптомами є сильний біль, який поєднується зі зниженням слуху та вестибулярними симптомами різного ступеня. При фізикальному обстеженні виявляється «свіжа» нерівна (рвана) перфорація барабанної перетинки. При травмі слід виконати отомікроскопію та аудіометрію. Лікування визначається на підставі тяжкості травми, обов'язково слід запобігати попаданню води в середнє вухо. Призначаються місцеві антибіотикові краплі і такий системний пероральний антибіотик, як при гострому середньому отиті.

Баротравма (aerotitis media). Баротравма середнього вуха проявляється гострою сильною оталгією з можливим зниженням слуху та вушним шумом, які виникли після недавнього польоту літаком або пірнання з аквалангом. При огляді виявляється потовщена геморагічна барабанна перетинка та накопичення випоту в середньому вусі. Призначаються анальгетики як симптоматичне лікування.

Мастоїдит. Мастоїдит розвивається найчастіше як ускладнення гострого середнього отиту. При мастоїдиті спостерігаються болюча відстовбурчена вушна раковина, тістоподібний болючий набряк за вухом, згладженість завушної складки. Важливою знахідкою є суттєвий набряк («нависання») задньої стінки зовнішнього слухового ходу та відсутність набряку передньої стінки. Лікування включає міринготомію, внутрішньовенно антибіотики та, ймовірно, мастоїдотомію.

² Добова доза оригінального перорального амоксициліну/клавуланату (АУГМЕНТИН™) при гострому середньому отиті і дітей становить 45-90 мг/кг у розрахунку на амоксицилін, її ділять на два введення. Підвищена доза амоксициліну / клавуланату (90 мг/кг/добу) доступна в Україні під назвою АУГМЕНТИН™ ES

³ Доза оригінального амоксициліну/клавуланату (АУГМЕНТИН™) для внутрішньовенних введення становить 25 мг/кг у розрахунку на амоксицилін кожні 6-8 годин, а для дітей вагою до 4 кг – кожні 12 годин. Розводять в 50-100 мл води для ін'єкцій або 0,9% розчину натрію хлориду. Вводять струменево протягом 3-4 хвилин або крапельно протягом 30-40 хвилин.

Дисфункція слухової труби. Дисфункція слухової труби проявляється дискомфортом та болем у вусі, зниженням слуху. Причини: запалення слухової труби (тубоотит) або патологія носа чи носової частини глотки, яка веде до блокади слухової труби. Лікування: корекція патології носа чи глотки.

Пухлини. Пухлини середнього вуха у дітей трапляються дуже рідко, але їх слід підозрювати у пацієнтів з безперервною стійкою отальгією. Поліпoidна або горбиста тканина середнього вуха, яка проникає у слуховий хід, викликає підозру на злоякісний процес і повинна бути направлена на біопсію. Лікування – хірургічне, променеве, симптоматичне, хіміотерапія.

Іррадіююча отальгія

Отальгія може бути наслідком іррадіації з інших ділянок, у яких розвинулись запальні процеси, пухлини або механічні розлади. Все це може імітувати первинну хворобу вуха. Біль іррадіює з інших ділянок, передусім через черепні нерви: V (трійчастий), VII (лицевий), IX (язикоглотковий) та X (блюкаючий), а також шийні нерви C₂ та C₃ (рисунок). Коли при отологічному обстеженні не виявляються патологічні зміни, то треба обстежити інші ділянки.

Періаурикулярний лімфаденіт може виникати вторинно до місцевої інфекції шкіри або волосистої частини голови та може призвести до отальгії. Лікування: системні антибіотики та, за потреби, хірургічне розкриття та дренивання.

Патологія нижньощелепно-вискового суглоба рідше трапляється у дітей, частіше - у дорослих. Класично пацієнт з патологією нижньощелепно-вискового суглоба скаржитись на епізоди гострої односторонньої отальгії, за якими настає тривалий тупий біль у ділянці суглоба. Допомогу в діагностиці дає пальпація над суглобом під час відкривання-закривання рота пацієнтом, котрий відмічає біль, а також клацання чи тертя в суглобі. Біль може залежати від жування та рухів нижньої щелепи, він погіршується вранці внаслідок бруксизму (скреготіння зубами уві сні). До отальгії можуть призвести подразнення нервів, м'язовий спазм або дегенеративні зміни в суглобі,

порушення зубного прикусу та ювенільний ревматоїдний артрит. Лікування включає місцеве застосування тепла, м'яку їжу, протизапальні засоби та анальгетики. Метою тривалого лікування є усунення основних причин, якими, як звичайно, є травма, ортодонтичні процедури, аномалії прикусу.

Трійчастий нерв бере участь у іннервації вуха, а також обличчя, скальпу, рота, зубів, зовнішнього носа, порожнини носа, навколоносових пазух, орбіти та привушної слинної залози. Тому біль, який виникає в цих структурах може спричинювати іррадіюючу отальгію. Найчастішою причиною іррадіюючої отальгії у дітей є одонтогенний біль, викликаний карієсом зубів, періапикальними інфекціями, іншими захворюваннями зубів. Стomatит, гінгівіт, глоссит, синусит, сіалоаденіт, епідпаротит також можуть викликати біль у вусі.

Лицевий нерв. Хоча лицевий нерв переважно містить рухові волокна до лицевих м'язів, він має чутливі волокна, які йдуть до барабанної перетинки, частини задньої стінки слухового ходу, латеральної частини вушної раковини та задньої частини сережки вуха та шкіри, яка вкриває соскоподібний відросток. Тому пацієнти з паралічем лицевого нерва Белла (ідіопатичний параліч лицевого нерва) часто скаржаться на біль у вусі та за вухом. Вірусний герпетичний неврит лицевого нерва також супроводжуються сильним болем у вусі (синдром Рамсей-Ханта, див. вище).

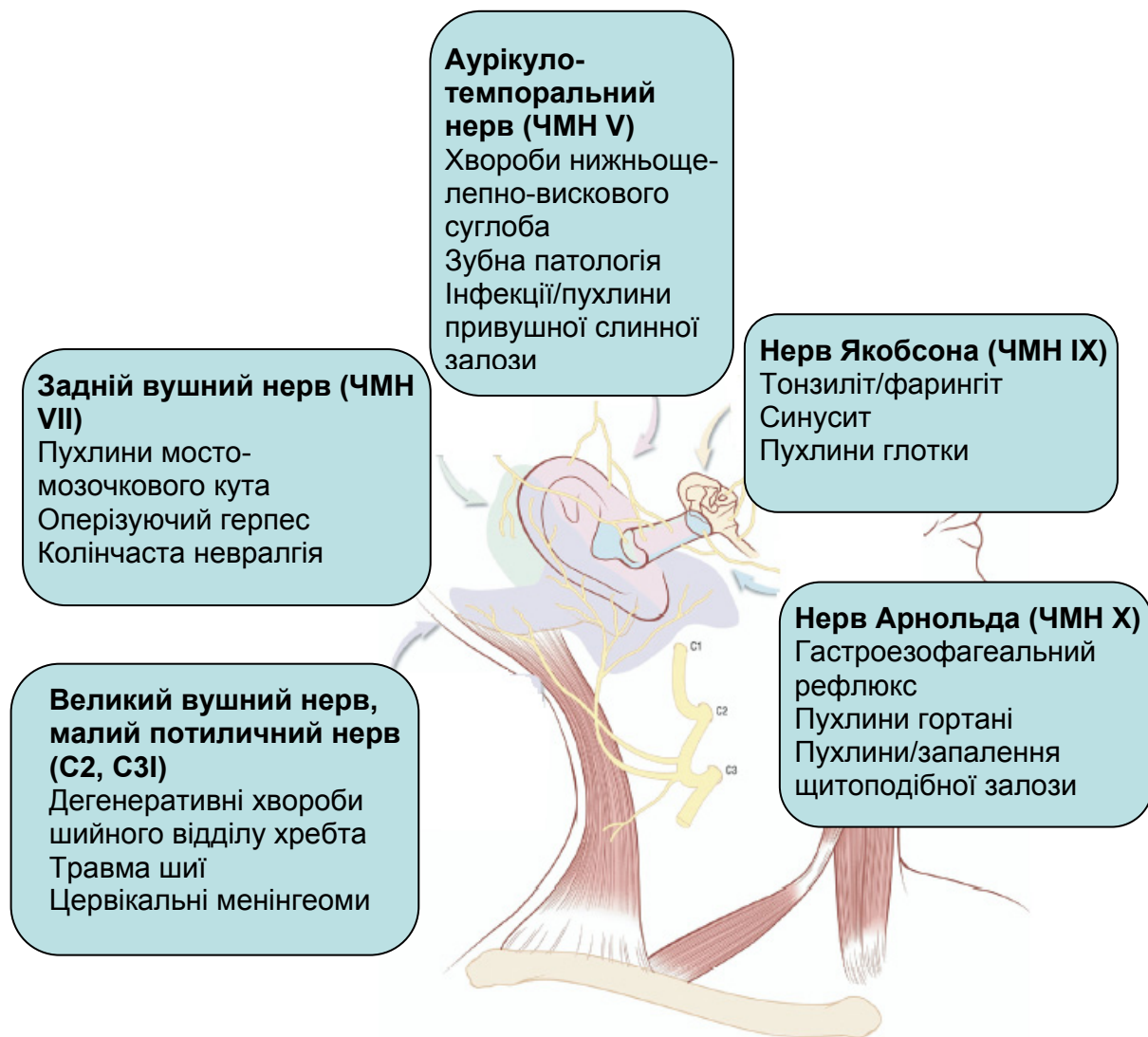
Язико-глотковий нерв забезпечує чутливу іннервацію слизової оболонки середнього вуха, слухової труби, частини слухового ходу, соскоподібних комірок. Він також іннервує глотку, піднебінні мигдалики, задню третину язика. Тонзиліт, фарингіт, паратонзиллярний абсцес, ретрофарингеальний абсцес та сторонні тіла глотки (наприклад, риб'яча кістка) можуть спричинити отальгію. Отальгія після тонзилектомії також обумовлена іррадіацією через цей нерв.

Блюкаючий нерв. Через свої вушні гілки іннервує частину слухового ходу та барабанної перетинки а також забезпечує чутливу іннервацію гортані, трахеї, гортанної частини глотки, стравоходу, щитоподібної залози, легень та органів черевної порожнини. Тому ларингіт, сторонні тіла гортані чи

стравоходу, езофагіт, тироїдит (наприклад, тироїдит де Кервена) та гастроєзофагеальний рефлюкс можуть спричиняти іррадіюючу отальгію.

Спинномозкові нерви. Великий аурікулярний нерв, сформований з волокон C₂ і C₃, та малий потиличний нерв, сформова-

ний з волокон C₂, забезпечують чутливу іннервацію вушної раковини, заушної ділянки, скальпа, а також шкіри і м'язів шиї. Тому шийний лімфаденіт, інфекції волосистої частини голови, підвивих атланта-аксіального суглоба, пухлини шиї та травми хребта можуть спричиняти отальгію.



Різні етіологічні фактори іррадіюючої отальгії залежно від джерела та сенсорної іннервації різними нервами вуха та періаурікулярних структур

Інші причини

Мігрень. Отальгія при мігрені, як правило, не є домінуючим симптомом. Переважають біль голови, нудота, блювання, фотофобія. Перед нападом може бути аура. Лікування – специфічні протимігренові препарати, комбіновані потужні анальгетики.

Вушна невралгія проявляється тікоподібним, коротким, гострим колючим болем, локалізованим глибоко у вусі без іррадіації навколо вуха. Причина невідома. Лікування – анальгетики.

Психогенна отальгія. Психогенна причина підозрюється за наявності супут-

нього страху або емоційного стресу, невідповідності між знахідками при огляді та тяжкістю симптомів, багатьох інших соматичних скарг. Є повідомлення про синдром Мюнхаузена у підлітка, який скаржився на постійний біль у вусі, і внаслідок постійного обдурювання лікарів (в т.ч. симуляцію ліквореї з вуха) пацієнт неодноразово обстежувався і був двічі прооперований.

Висновки

Отальгія є частим симптомом у дітей, але її причини іноді важко з'ясувати. Ретельне збирання анамнезу та фізикальне обстеження, звичайно, дозволяють поставити діагноз. Проте, коли важко визначити видимі отогенні причини отальгії, лікар має ретельно обстежити пацієнта на предмет неотогенних причин болю у вусі.

Надійшла до редакції 18.03.11.

© Ф. Юрочко, 2011

1. Al-Sheikhli AR. Pain in the ear-with special reference to referred pain // *J Laryngol Otol.* – 1980 94:1433-1440.
2. Arnold JE. External otitis. In: Nelson WVE, Behrman RE, Kliegman RM, Arvin AM, eds. *Nelson Textbook of Pediatrics.* Philadelphia: W. B. Saunders 1996:1813-1814.
3. Chasin WD. Otalgia. In: Bluestone CD, Stool SE, Scheety MD, eds. *Pediatric Otolaryngology.* Philadelphia: W. B. Saunders 1990:189-197.
4. Dight R. Psychogenic earache: an unusual cause of otalgia // *MedJAust.* – 1980 1:76-77.
5. Gibson WS Jr, Cochran WA. Otalgia in infants and children: a manifestation of gastroesophageal reflux // *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol.* – 1994 28:213-218.
6. Gilbert RW, Pierse PM, Mitchell DP. Cryptic otalgia: a case of Munchausen syndrome in a pediatric patient // *J. Otolaryngol.* – 1987. – 16:231-233.
7. Jaber J.J. et al Cervical spine causes for referred otalgia // *Otolaryngology – Head and Neck Surgery* (2008) 138, 479-485.
8. Hatton P, Abbott RJ, Mitchell SC, Holland IM. A cervical cord tumour presenting with earache // *BrJHosp Med.* – 1988. – 39:72.
9. Hayden GF, Schwartz RH. Characteristics of earache among children with acute otitis media // *AmJDis Child.* – 1985. – 139: 72 1-723.
10. Hirsch BE. Diseases of the external ear. In: Bluestone CD, Stool SE, Kenna MA, eds. *Pediatric Otolaryngolog. Q.* Philadelphia: WN. B. Saunders 1996:378-387.
11. Kramer II, Kramer CM. The phantom earache: temporomandibular joint dysfunction in children // *Am. J. Dis. Child.* – 1985. – 139:943-945.
12. Kutila S, Kutila M, Le Bell Y. Characteristics of subjects with secondary otalgia // *J. Orofac. Pain. Summer.* – 2004;18(3):226-34.
13. Lamer TJ. Ear pain due to cervical spine arthritis: treatment with cervical facet injection // *Headache.* – 1991. – 31:682-683.
14. Leuing AK, Robson MAL. Otitis media in infants and children // *Drugs Protocol.* – 1990. – 5:29-35.
15. Licameli GR. Diagnosis and management of otalgia in the pediatric patient // *Pediatr. Ainn.* – 1999 28:364-368.
16. Lichanan BJ, Hoagland J, Fischer PR. Pseudoepidemic and air travel-associated ear pain in children // *Arch Pediatr Adolesc Med.* – 1999. – 153:466-468.
17. Liever WC. Eustachian tube dysfunction // *JAMA.* – 1993. – 269:809.
18. Marchant CD. Earache. In: Kliegman RM, Nieder MI, Super DM, eds. *Practical Strategies in Pediatric Diagnosis and Therapy.* Philadelphia: W. B. Saunders 1996:116-125.
19. Murtagh J. The painful ear. *Anist Fain PhYsician.* 1991 20: 177/9-1783.
20. Potsic WP. Pain-earache. In: Fleisher GR, Ludwig S, eds. *Textbook of Emergency Medicine.* Baltimore: Williams & Wilkins 1993:369-371.
21. Scarbrough TJ, Day TA, Williams TE. Referred otalgia in head and neck cancer: a unifying schema // *Am. J. Clin. Oncol.* – 2003; Oct;26(5): e157-62.
22. Shah RK, Blevins NH. Otalgia // *Otolaryngol Clin North Am.* Dec 2003; 36(6): 1137-51.

AGMT/10/UA/17.03.2011/4743

Друкується при підтримці ГлаксоСмітКляйн

Вперше опубліковано на сайті видавництва «Медицина світу» www.msvitu.com