

Н.В. ВАСИЛЮК

ГОСТРИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ, УСКЛАДНЕНИЙ ХОНДРОПЕРИХОНДРИТОМ ВУШНОЇ РАКОВИНИ ТА ФЛЕГМОНОЮ ЗАВУШНОЇ ДІЛЯНКИ

*Каф. оториноларингології, офтальмології з курсом хірургії голови та шиї
(зав. – докт. мед. наук, проф. В.І. Попович) ДВНЗ «Івано-Франківський НМУ»
ДВНЗ «Івано-Франківський національний медичний університет»
(ректор – докт. мед. наук, проф. М.М. Рожко)*

Серед патології ЛОР-органів досить часто зустрічаються запальні захворювання зовнішнього вуха. На долю зовнішніх отитів припадає 17-23% від усіх захворювань вуха [3, 4].

Термін «зовнішній отит» об'єднує всі запальні процеси в ділянці шкіри зовнішнього слухового ходу, які прийнято розподіляти на «обмежений» (фурункул) та «дифузний». Патологічні зміни спостерігаються переважно в шкірі зовнішнього слухового ходу. Однак зустрічаються і складніші ситуації, коли запальний процес із зовнішнього слухового ходу поширюється на вушну раковину та м'які тканини соскоподібно-го та виличного відростків. В більшості випадків відмічається інфільтрація прилеглих м'яких тканин. Інколи запалення може ускладнюватися абсцесом слухового ходу, запаленням привушної слинної залози, бешихою, злюквісним зовнішнім отитом [1, 2]. В окремих випадках зовнішній отит може ускладнюватися флегмоною навколоушної (частіше завушної) ділянки та хондроперихондритом вушної раковини [6]. При навколоушній флегмоні відмічається набряк м'яких тканин навколоушної ділянки, а при завушній локалізації вона маскується під мастоїдит [5].

Цікавий клінічний випадок довелося спостерігати в клініці кафедри оториноларингології Івано-Франківського НМУ.

Пацієнт А., 1994 р.н., звернувся 03.07.15 р. з вираженим болем в області лівого вуха та порушенням слуху на те ж вуха.

З анамнезу хвороби відомо, що він хворіє протягом останніх 10 днів. Захворювання розпочалося з незначного болю в області вуха та свербіння в ділянці зовнішнього слухового ходу.



Рис. 1. Вигляд вушної раковини спереду

Відомо, що хворий самостійно застосував отіпакс, а для зменшення свербіння користувався вушними паличками. Протягом останніх двох днів різко посилювався біль в області вуха, що спричинило звертання до отоларинголога в ургентному порядку.

Об'єктивно: загальний стан пацієнта відносно задовільний, температура тіла 36,7⁰С. При огляді вушна раковина набрякла, гіперемована в області хряща, відстов-

бурчена спереду, при дотику – гаряча, завушна складка згладжена. При пальпації відмічається виражена болочість вухної раковини, а також болочість, різка інфільтрація м'яких тканин в області сосковидного відростка та pars squamosa вискової кістки. При отоскопії на верхньозадній стінці хрящового відділу зовнішнього слухового ходу відмічається напівокруглої форми утворення яскраво-червоного кольору, яке при інструментальній пальпації флюктує. Шкіра в кістковому відділі по задньоверхній стінці яскраво-рожева та незначно набрякла. Барабанна перетинка ціла, сіро-рожева в задніх відділах, світловий конус присутній, розмитий, рукоятка молоточка контурується.



Рис. 2. Вигляд вухної раковини ззаду

На основі скарг, анамнезу, об'єктивних даних визначено попередній діагноз: Гострий лівобічний первинний мастоїдит, атипова форма? Субперіостальний абсцес?

З метою уточнення діагнозу та вирішення тактики лікування пацієнта в ургентному порядку були проведені додаткові обстеження [7, 8].

За результатами спіральної комп'ютерної томографії змін у вискових кістках не виявлено, пневматизація вискових кісток збережена з обох сторін.

В загальному аналізі крові: Нв – 143 г/л; E – $4,36 \times 10^{12}$; L – $14,7 \times 10^9$; ШОЕ – 7 мм/год; паличкаядерні – 1%; сегментоядерні – 47%; базофіли – 1%; лімфоцити – 40%; моноцити – 11%.



Рис. 3. СКТ скроневиx кісток

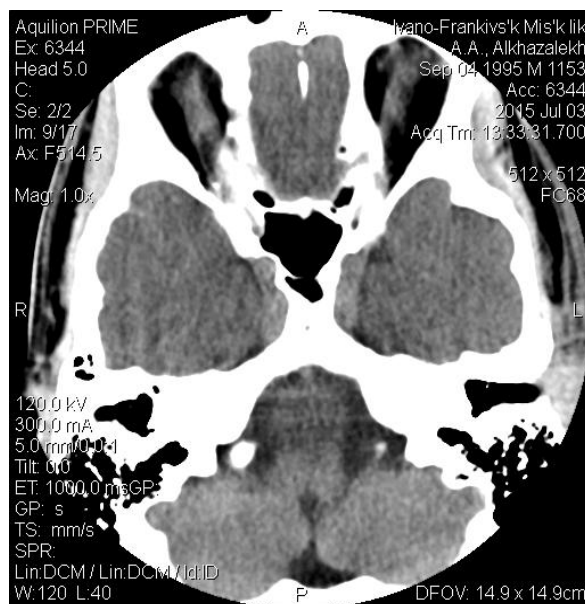


Рис. 4. СКТ скроневиx кісток

Враховуючи попередні дані та результати додаткових методів обстеження визначено діагноз: Гострий зовнішній отит, ускладнений хондроперихондритом вухної раковини та флегмоною завушної ділянки.

В ургентному порядку проведено хірургічне втручання: розтин та дренивання абсцесу (через місце найбільшого вип'ячування по верхньозадній стінці хрящового відділу зовнішнього слухового ходу) з виконанням контрапертурного розтину в завушній ділянці зліва. Виділилася велика кількість густого гною. Порожнину проми-

то стерильним розчином 0,9% натрію хлориду, дреновано гумовим дренажем. Накладено асептичну пов'язку.

Додатково проведено курс консервативної терапії: цефотаксим, ципрофлоксацин, ревомоксикам, дімексид 1:4, біон-3.

Щоденно здійснювався туалет рани. 06.07.15 – рана повністю очистилася, видалено дренаж. Розпочалася епітелізація рани.

На фоні проведеної терапії стан пацієнта помітно покращився, при огляді вушна раковина була звичайної форми та розмірів, шкіра – звичайного кольору, при дотику – не гаряча, при пальпації – не болюча. При пальпації навколоушної ділянки болючості, інфільтрації тканин, флюктуації – не виявлено. При отоскопії зовнішній слуховий хід був широким, патологічних виділень не містив, шкіра по верхньозадній стінці хрящово-перетинчастого відділу незначно інфільтрована, рожева, в кістковому відділі – не змінена. Барабанна перетинка – в нормі.

Література

1. Крюков А.И. Гнойно-воспалительные заболевания уха, горла, верхних дыхательных путей / А.И. Крюков, В.Г. Жуховицкий // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – №1. – С. 3-5.
2. Оториноларингология. Руководство / Под ред. В.Т. Пальчуна. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008: 960 с.
3. Протасевич Г.С. Дифузний зовнішній отит / Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №4. – С. 82-91.
4. Пухлик С.М. Зовнішній отит для практиків / С.М. Пухлик // Медицина світу. – 2008. – №5, Том XXIV. – С. 32-37.
5. Юрочко Ф. Гострий зовнішній отит у дітей // Меди-

References

1. Kryukov AI, Zhukhovitskii VG. Purulent and inflammatory diseases of the ear, throat, upper respiratory system. Vestnik otorinolaryngologii. 2004;(1):3-5. Russian.
2. Puchlik SM. External otitis for practitioners. Medycyna svitu. 2008;24(5):32-7. Russian.
3. Protasevych GS, Savchuk EV. Difuse otitis externa. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 2006;(4):82-91. Ukrainian.
4. Palchun VT. Otorinolaryngology. Moscow: GEOTAR-Media; 2008. 960 p. Ukrainian.
5. Jurochko F. Acute external otitis in in children. Medycyna svitu. 2015;38(2):3-9. Ukrainian.

В зв'язку з одужанням пацієнт виписаний додому з рекомендацією проводити контрольний огляд у дільничного отоларинголога за місцем проживання.

Висновок

1. Швидке та комплексне обстеження пацієнтів із запальними захворюваннями вуха допоможе отоларингологу в чіткому визначенні діагнозу і виборі правильної тактики лікування.

2. Своєчасне звертання пацієнта до лікаря сприятиме попередженню розвитку ускладнень.

3. З метою запобігти виникненню ускладнень при зовнішніх отитах медичні працівники повинні проводити санітарно-профілактичну роботу серед населення стосовно загрози розвитку тяжких, інколи – з летальним наслідком захворювань при самостійному лікуванні пацієнтів із захворюваннями вуха.

1. цина світу. – 2015. – Т. XXXVIII, №2. – С. 3-9.
6. Hui C. Acute otitis externa / C. Hui // Canadian Paediatric Society Infectious Diseases and Immunization Committee Paediatr Child Health. – 2013. – №18(2). – С. 96-98.
7. Kuczkowski J. Zygomatic abscess with temporal myositis – a rare extracranial complication of acute otitis media / J. Kuczkowski et cet// International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. – 2005. – № 69 (4). – С. 555-559.
8. Polat S. Incidental diagnosis of mastoiditis on MRI / S. Polat et at // European Archives of Otorhinolaryngology. – 2011. – № 268 (8). – С. 1135-1138.

Надійшла до редакції 23.10.15.