

УДК 616.284—002.3—036.12—08

К. Г. ШУКУРЯН, Г. А. БАБАЯН, А. С. ВАРДАНЯН, Н. А. ЛУСИНЯН, Л. А. ЯВРЯН

К КЛИНИКЕ И ДИАГНОСТИКЕ ХРОНИЧЕСКОГО
ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Комплексными клиническими методами обследованы больные с различными формами хронических гнойных отитов. Выявлено, что наряду с хроническими гнойными эптитимпанитами разрушение костных элементов барабанной полости могут вызывать также мезотимпаниты, которые могут стать причиной функциональных и органических нарушений среднего уха, а также отогенных внутричерепных осложнений. В комплекс методов дифференциальной диагностики предложено включить отомикроскопию.

В настоящее время диагностике, клинике, патоморфологическим изменениям при различных формах хронических отитов посвящено большое число работ. Однако многие стороны освещены недостаточно, в частности вопросы классификации, дифференциальной диагностики различных клинических форм хронических гнойных отитов, функциональных нарушений слуха при них [5, 7, 9, 11]. А между тем изучение этих вопросов имеет важное значение для выявления ранних форм заболевания, начальных симптомов развития внутричерепных осложнений, а также профилактики и реабилитации слуха.

Нами обследовано 200 больных с различными формами хронических гнойных отитов (100—с хроническим гнойным мезотимпанитом и 100—с хроническим гнойным эптитимпанитом). Мужчин—163, женщин—37 в возрасте от 15 до 53 лет. В группе с хроническим гнойным мезотимпанитом односторонним процессом страдали 74, двусторонним—26 больных. В группе с эптитимпанитом односторонний процесс был у 78 и двусторонний—у 22 больных.

Таблица I

Распределение больных хроническим гнойным отитом по клиническим формам в зависимости от давности, частоты и длительности заболевания

Клиничес. формы хро- нического гнойного отита	Всего	Давность заб. в гг.				Частота обострен.			Длительность за- болевания в днях		
		2—3	4—6	7—10	Более 10	2—3 раза	3—5 раз	5 и более	2—3	4—5	6 и более
Мезотимпан.	100	16	6	10	68	54	37	9	9	10	81
Эпитимпан.	100	8	17	38	37	66	14	10	7	59	24

Анализ данных, приведенных в табл. 1, показал идентичность полученных результатов при мезотимпанальной и эптитимпанальной формах хронического гнойного отита.

Данные, приведенные в табл. 2, свидетельствуют, что у подавляющего большинства больных обеих групп отделяемое из уха имело гнойный характер. Умеренный характер отделяемого из уха в обеих группах установлен почти у одинакового числа больных. Обильное отделяемое у больных с мезотимпанитом наблюдалось чаще, чем у больных с эптитимпанитом. Гноетечение с пульсацией наблюдалось сравнительно редко в обеих группах больных. Отделяемое из уха с запахом в группе больных с хроническим мезотимпанитом установлено только у 4, тогда как у больных с эптитимпанитом—у 41, что свидетельствует о поражении костной ткани преимущественно при эптитимпанитах.

Анализируя данные, касающиеся характера и количества отделяемого из уха при различных формах хронических гнойных отитов, можно констатировать идентичность полученных результатов. Однако необходимо отметить, во-первых, что обильное отделяемое при мезотимпаните встречается в два раза чаще, чем при эптитимпанитах (32 и 15% соответственно) и, во-вторых, что наличие неприятного запаха значительно чаще встречается при эптитимпанальной форме. Это можно объяснить не только поражением костных тканей барабанной полости, но и вовлечением в воспалительный процесс эпидермального слоя кожи наружного слухового прохода.

Имеющиеся литературные данные относительно наличия холестеатомы у больных с хроническими гнойными отитами разноречивы. По данным ряда авторов, холестеатома встречается в 40—80% случаев [1, 2, 6, 8, 12]. Большинство авторов исключают наличие холестеатомы при мезотимпанитах. В наших наблюдениях в группе больных с мезотимпанальной формой хронического гнойного отита холестеатома была обнаружена только у 4, а у больных с эптитимпанитом—у 47 больных. Полученные нами данные совпадают с литературными. Однако наличие холестеатомы нами констатировано и при гнойных мезотимпанитах.

Таблица 2

Распределение больных хроническим гнойным отитом по клиническим формам в зависимости от формы перфорации барабанной перепонки и характера отделяемого из уха

Клинические формы хронического гнойного отита	Число обсл.	Форма перфор.					Характер и количество отделяемого из уха											
		тотальная	средней величины				гнойное	слизисто-гнойное	слизисто-кровяное	скудное	умеренное	обильное	пульсирующее	с запахом	без запаха	холестеатома	сухое ухо	
Эпитимпанит	100	25	41	34	13	87	63	14	9	29	50	15	6	41	59	47	14	
Мезотимпанит	100	11	71	18	17	83	78	22	—	11	54	32	3	4	96	4	—	

Перфорация барабанной перепонки при различных формах хронических гнойных отитов носит разнообразный характер. Обычно для мезотимпанальной формы отита характерна центральная перфорация,

которая может быть различной по величине и форме. При эптитимпанитах перфорация локализуется преимущественно в области шрапнелевой мембраны в верхнезаднем квадранте барабанной перепонки. Значительно реже встречается перфорация, охватывающая передневерхний квадрант. Перфорации могут быть больших размеров, но чаще они бывают маленькие, покрыты корками или грануляциями [3, 4, 9]. В таких случаях наличие перфорации выявляется только в результате тщательных осмотров.

Данные, касающиеся величины, формы и расположения перфораций, приведены в табл. 2. Сравнивая полученные нами данные при мезотимпанальной и эптитимпанальной формах хронического гнойного отита, можно констатировать, что перфорация малых размеров чаще наблюдается при эптитимпанитах, при мезотимпанитах обычно преобладают перфорации средней величины. Перфорации малых размеров в 2 раза чаще встречаются при эптитимпанитах. Нужно отметить, что частота краевых расположений перфораций в обеих формах отитов оказалась идентичной.

При хронических гнойных отитах в зависимости от характера воспаления, величины и формы расположения перфораций в патологический процесс вовлекаются не только слуховые косточки, но и костная ткань стенок барабанной полости, антрума. При мезотимпанальной форме, как правило, воспалительный процесс охватывает лишь слизистую оболочку барабанной полости, а вовлечение в патологический процесс слуховых косточек и костных стенок барабанной полости встречается редко. Наличие разрушения слуховых косточек и стенок барабанной полости говорит о злокачественном течении хронического гнойного отита, что характерно для эптитимпанитов. При хронических гнойных мезотимпанитах слизистая оболочка барабанной полости при неосложненных случаях в основном гладкая, блестящая, умеренно гиперемирована и равномерно утолщена. Однако иногда она бывает мелкобугристой, с наличием мелких грануляций и полипов.

При хронических гнойных эптитимпанитах кариез слуховых косточек встречается в самой разнообразной форме: от разрушений только части одной из косточек до полного разрушения. Дольше всего противостоит разрушению стремя вследствие своего защищенного положения в нише овального окна. Большей же частью разрушительный процесс на этом не ограничивается и распространяется на костные стенки барабанной полости, аттика, главным образом на его латеральную часть. При хронических гнойных эптитимпанитах слизистая барабанной полости подвергается значительным изменениям. Наблюдается воспалительная инфильтрация, часто гиперплазия слизистой стенок барабанной полости с наличием местами грануляций, особенно в области аттика, которые при дотрагивании легко кровоточат. Обычно эптитимпанитам сопутствуют полипы, иногда они заполняют, обтурируют весь наружный слуховой проход.

Результаты наших исследований, отражающие состояние элементов барабанной полости, приведены в табл. 3.

Ценным диагностическим методом при хронических гнойных отитах является рентгенологическое исследование височной кости, которое выявляет склеротические изменения, наличие холестеатомы, разрушение стенок пещеры и слуховых косточек, что позволяет определить глубину поражения воздухоносных полостей среднего уха [3, 9, 12, 13]. У наблюдаемых нами больных при обеих формах хронического гнойного отита рентгенологическая картина оказалась почти идентичной. Воздухоносные клетки сосцевидного отростка на пораженной стороне в большинстве случаев отсутствовали, отдельные клетки определялись в основном вокруг антрума. Атика—антральная область—во всех случаях была мутная, расширенная.

Таблица 3

Распределение больных хроническим гнойным отитом по клиническим формам в зависимости от состояния элементов барабанной полости

Клинические формы хронического гнойного отита	Обследовано	Состояние слизистой оболочки				Состояние слуховых косточек		
		гиперемия	гиперплазия	грануляция	полипы	косточки не сохранились	молоточек сохранился	частично разрушен
Мезотимпанит	100	43	45	3	9	—	52	48
Эпипанит	100	47	34	32	22	43	48	40

Таким образом, результаты наших клинических наблюдений противостоят существующему до сих пор мнению, что только хронический гнойный эпипанит может вызвать разрушение костной ткани элементов барабанной полости. Нами установлено, что мезотимпаниты могут также протекать недоброкачественно. Это подтверждается наличием пролиферативного воспаления с образованием грануляций и полипов, с разрушением слуховых косточек. В пользу этого говорит и наличие холестеатом, установленное нами при этой форме хронического гнойного отита. Поэтому, на наш взгляд, следует различать как доброкачественную, так и недоброкачественную форму мезотимпанитов, которая также может явиться причиной не только функциональных и органических нарушений, но и возникновения отогенных внутричерепных осложнений.

В клинической практике для дифференциальной диагностики различных клинических форм хронических гнойных отитов, кроме общепринятых методов, важное место должна занимать отомикроскопия, которая в настоящее время применяется не только с целью диагностики, но и при выборе и оценке эффективности того или иного метода лечения. Углубленное комплексное обследование больных хроническим гнойным отитом позволяет оценивать характер клинического течения различных форм этого заболевания и своевременно диагностировать ранние субклинические формы их осложнений.

ԽՐՈՆԻԿԱԿԱՆ ԹԱՐԱԽԱՅԻՆ ՄԻՋԻՆ ՕՏԻՏԵՆԵՐԻ ԿԼԻՆԻԿԱՅԻ ԵՎ
ԱԵՏՈՐՈՇՄԱՆ ՇՈՒՐՋԸ

Կլինիկական մի շարք մեթոդներով հետազոտված են խրոնիկական թարախային օտիտի տարբեր ձևերով տառապող 200 հիվանդ: Պարզված է, որ ոչ միայն խրոնիկական թարախային էպիտիմպանիտների ժամանակ է տեղի ունենում թմբկախորշի ոսկրային պատերի և լսողական ոսկրիկների քայքայում, այլ նման քայքայումներ կարող են առաջացնել նաև այսպես կոչված բարորակ ընթացք վնասող մեզոտիմպանիտները: Վերջիններս նույնպես կարող են իրենց ընթացքում առաջացնել ինչպես ֆունկցիոնալ, այնպես էլ օրգանական փոփոխություններ, պատճառ հանդիսանալով ներգանգային բարդությունների:

Կլինիկական դիտողությունները թույլ են տալիս խրոնիկական թարախային օտիտների դասակարգման հարցում տարբերել մեզոտիմպանիտների ինչպես բարորակ, այնպես էլ չարորակ ձևերը:

Խրոնիկական թարախային միջին օտիտների տարբեր ձևերի տարբերակիչ ախտորոշման մեջ, բացի ընդունված կլինիկական հետազոտման մեթոդներից կարևոր արժեքավոր տեղ պետք է գրավի օտոմիկրոսկոպիան, որը ներկայումս լայն կիրառում է գտնում ոչ միայն ախտորոշման, այլ նաև բուժական մեթոդների արդյունավետության գնահատման մեջ:

K. H. SHOUKURIAN, G. A. BABAYAN, A. S. VARDANIAN, N. A. LOUSINYAN,
L. A. YAVRIAN

ON THE CLINICAL COURSE AND DIAGNOSIS OF CHRONIC PURULENT INFLAMMATION OF THE MIDDLE EAR

By the complex clinical methods 200 patients with different forms of chronic purulent inflammation of middle ear have been examined. It is established that for the differential diagnosis of different clinical forms of chronic otitis, besides [of the generally accepted methods, otomicroscopy has a significant and valuable role. In nowadays it is widely used not only for diagnosis, but for the choice and estimation of the efficiency of different methods of treatment.

ЛИТЕРАТУРА

1. Бикбаева А. И., Чуйкин С. В. Вестник ОРЛ, 1984, 1, с. 55.
2. Булаев Ю. О., Крюков А. И. Там же, 1984, 2, с. 60.
3. Велихова С. А., Силицин Н. Т. Сб. научн. тр. ЦОЛИУВ. М., 1981, с. 11.
4. Григорьев В. П. Здравоохранение Казахстана. Алма-Ата, 1980, 9, с. 41.
5. Потапов И. И. Вестник ОРЛ, 1961, 6, с. 62.
6. Курилин И. А., Юрьев Л. П. Там же, 1984, 1, с. 52.
7. Преображенский Б. С., Темкин Л. С., Лихачев А. Г. В кн.: Хронический гнойный отит. М., 1965, с. 103.
8. Мишенькин Н. В. Вopr. клиники, диагностики и лечения хронических отитов. Омск, 1979.
9. Наседкин А. Н. Фельдшер и акушерка, 1982, 4, с. 17.
10. Петров С. Н. Сб. научн. тр. МНИИ уха, горла и носа. М., 1981, с. 47.
11. Петрова Л. Н., Казарьянц Р. А., Веретунин Л. А. Там же, с. 42.
12. Талелаява Л. М. Сб. научн. тр. ЦОЛИУВ. М., 1981, с. 11.
13. Юзвинкевич Л. Н., Лелина В. Л. Мат. к региональной научн.-практ. конф. по актуальным вопросам оториноларингологии в зоне БАМ. М., 1982, с. 180.