

ДІАГНОСТИКА ТА ЛІКУВАННЯ ОТАЛЬГІЇ У ДІТЕЙ

G. R. Licameli
Diagnosis and Management of Ootalgia in the Pediatric Patient
Pediatric Annals 1999; (June): 364-368

Отальгія¹ є однією з найчастіших скарг, з якою стикаються лікарі, які опікуються дітьми. Мало того, огляд дітей для виявлення джерела болю вуха може бути складним завданням. Зовнішній слуховий прохід може бути вузьким та заповненим вушною сіркою, особливо в малих дітей. Огляд та очищення слухового проходу та барабанної перетинки можна спочатку спробувати здійснити за допомогою спеціальної петлі² та отоскопа з відкритою лійкою³. Якщо вам не вдається це зробити, то скеруйте дитину до отоларинголога для очищення під контролем бінокулярного мікроскопа. Часто важко встановити точний діагноз, оскільки причин отальгії є багато. Ускладнює діагностику й те, що і зовнішнє, і середнє вухо отримує чутливу іннервацію від багатьох нервів, які також іннервують інші ділянки голови та шиї. Цей факт вимагає від лікаря пошуку іррадіюючих причин отальгії, коли при отологічному обстеженні не виявляють патології.

Коли причину отальгії не з'ясовано, то до обстеження слід включити огляд та пальпацію порожнини рота, ротоглотки та шиї. При оцінці болючого вуха треба розпитати про місце, характер та час появи болю, іррадіацію болю в інші ділянки, фактори, які полегшують або посилюють біль. Раптовий стріляючий біль може виникати при невральгії, а біль при жуванні свідчить про патологію — висково-нижньощелепного суглоба. Можна виявити додаткові симптоми, наприклад, запаморочення, шум у вусі, зниження слуху або виділення з вуха, при яких підозрюють первинну патологію вуха. Важливим є аудіологічне обстеження, час виконання його залежить від перебігу хвороби. В особливих випадках (наприклад, при підозрі на злякисний процес) показана комп'ютерна томографія.

ЗОВНІШНІЙ СЛУХОВИЙ ПРОХІД

Багато патологічних процесів уражують шкіру вушної раковини, зовнішній слуховий прохід та латеральну поверхню барабанної перетинки. Отальгія внаслідок патології зовнішнього вуха часто супроводжується відчуттям закладеності вуха, зниженням слуху та виділеннями з вуха. Диференціальний діагноз при отальгії зовнішнього вуха, як звичайно, нескладно виконати на основі ретельного фізикального обстеження та детального анамнезу. Складнощі виникають при спробі

Таблиця.

Причини отальгії у дітей

Зовнішнє вухо
Зовнішній отит
Оперізуючий герпес
Перихондрит
Бешиха
Фурункул
Опік або відмороження вуха
Злякисна пухлина
Сторонні тіла
Сірчаний корок
Середнє вухо
Гострий середній отит
Хронічний гнійний середній отит
Травма
Баротравма
Мастоїдит
Пухлини
Іррадіююча отальгія
Місцева інфекція
Патологія висково-нижньощелепного суглоба
Зубний біль
Хвороби рота, ротоглотки, стравоходу, приносних пазух

¹ Отальгія — біль вуха (гр.).

² Або гачка. (Прим. перекл.).

³ Вушна лійка отоскопа закрита збільшувальним склом, у деяких отоскопах воно знімається і виникає можливість очистити слуховий прохід під контролем зору. (Прим. перекл.).

діагностувати супутнє ураження середнього вуха, оскільки барабанна перетинка може погано візуалізуватися. Перед проведенням отоскопії треба оглянути та пропальпувати вушну раковину. Ретельний огляд зовнішнього слухового проходу за допомогою отоскопа, починаючи від входу і до барабанної перетинки, може виявити дрібні ураження, які можна не помітити, бо погляд скерований насамперед на барабанну перетинку. Поширені причини отальгії у дітей перераховано в таблиці.

Зовнішній отит

Зовнішній отит — це запалення шкіри зовнішнього слухового проходу. Він може загострюватись сірчаним корком, звуженням кісткової частини слухового проходу (екзостозом) або сторонніми предметами. Навіть банальна травма, наприклад, подряпання слухового проходу канцелярською скрепкою, може стати вогнищем важкої інфекції. Зовнішній отит частіше трапляється у місцевостях із підвищеною вологістю та влітку в осіб, які займаються водними видами спорту. Рідко причиною інфекції можуть бути також погано дібрані слухові апарати.

При зовнішньому отиті пацієнти часто скаржаться на отальгію, зниження слуху, закладеність вуха та виділення з вуха. При обстеженні виявляють болючість вушної раковини, а також біль при натисканні на козлик (*tragus*). При отоскопії видно помірний або виражений набряк зовнішнього слухового проходу. Якщо видно барабанну перетинку, то вона потовщена і гіперемована. Як звичайно, виявляють густі виділення з неприємним запахом. Можуть бути збільшені та болючі перед- та завушні лімфатичні вузли. Найчастішими збудниками є штами *Pseudomonas*, які часто асоціюються з *Staphylococcus* та *Proteus*.

Першим кроком у лікуванні є ретельне делікатне очищення від лусочок та гною. У нормі поверхневий шар шкіри слухового проходу злущується назовні, при зовнішньому отиті цей механізм порушений, що призводить до накопичення керастинових лусочок. При гострій формі хвороби очищення слухового проходу може бути утрудненим унаслідок отальгії. Коли набряк слухового проходу не дає змоги закрапувати місцеві ліки, то ставлять турунду для полегшення проникання препарату. Турунду треба змінювати кожні 24—48 годин, при цьому слід оглядати та очищувати слуховий прохід. Лише місцевих антибіотикових крапель достатньо в більшості випадків (0,3% вушні краплі офлоксацину є добрим вибором, тому що цей антибіотик активний проти *Pseudomonas*). Пероральні антибіотики додатково призначають пацієнтам, у яких є супутня інфекція середнього вуха, в яких полегшення від місцевого лікування настає надто повільно або які мають знижений імунітет (імунодефіцит). Лікар повинен запідозрити грибкову інфекцію або первинну екзему в пацієнтів, у яких тривале лікування не дало ефекту або виник рецидив хвороби. У таких випадках треба адекватно змінити лікування.

Мікробіологічне дослідження треба виконати, коли розпочато лікування й одужання не настає через 10—14 днів частого туалету слухового проходу та застосування вушних крапель. При дослідженні можна виявити змішану мікрофлору з переважанням одного мікроорганізму або грибків, що допоможе правильно підібрати лікування. До отоларинголога скерувати пацієнта треба тоді, коли набряк зовнішнього слухового ходу або патологічний вміст перешкоджають прониканню крапель, при невдачі місцевого лікування або коли в пацієнта є зниження імунітету (імунодефіцит).

Оперізуючий герпес

Біль вуха часто є попередником утворення везикул (міхурців), причиною яких є вірус *herpes zoster*. Везикули групуються та передусім уражають зовнішній слуховий прохід і вушну раковину. Нейротропний вірус герпесу може стати причиною паралічу лицевого нерва, а також зниження слуху чи вестибулярних розладів.

Періодично треба обстежувати черепно-мозкові нерви, особливо V, VII, IX та X пари. Лікування включає анальгетики, ацикловір та стероїди.

Перихондрит

Як звичайно, перихондрит є наслідком тупої травми зовнішнього вуха. Виявляють суттєву болючість вушної раковини та набряк м'яких тканин. Постачання кров'ю хряща вушної раковини є слабким, тому бактеріальна інфекція (як звичайно, стафілококи) поширюється швидко. Якщо перихондрит не лікувати інтенсивно, то може настати некроз хряща з подальшою тривалою деформацією вушної раковини. Рецидивуючі інфекції та подальше потовщення хряща поширені серед боксерів (борців) і відомі як "вухо-цвітна капуста". Лікування включає антибіотики внутрішньовенно та місцевий туалет вуха.

Бешиха

Гіперемія, набряк та болючість шкіри вушної раковини свідчать про цю хворобу, найчастішою причиною якої є стрептококи. Хвороба прогресує швидко, тому лікування полягає у негайному призначенні антибіотиків. Бешиху можна сплутати з перихондритом. Втягнення у патологічний процес мочки вуха (внизу вушної раковини), як звичайно, вказує на бешиху, оскільки мочка не містить хряща.

Фурункул

Зовнішня третина слухового проходу є хрящовою та містить волосяні фолікули, залози сальні та вушної сірки. Бактеріальна інфекція часто проникає до цих волосяних придатків після мікротравми зовнішнього слухового проходу. На початку фурункула хворий відчуває помірний дискомфорт у вусі при пальпації та жуванні. Аденопатія верхньошийних лімфовузлів з'являється пізніше. На відміну від зовнішнього отиту, при фурункулі виявляють обмежений набряк, виділень з вуха немає. Полегшення та одужання настає при розкритті фурункула⁴. При мікробіологічному дослідженні гнійного вмісту фурункула часто виявляють штами стафілококів. Лікування включає анальгетики та антибіотики, до яких чутливі збудники.

Опіки та відмороження вуха

Діагноз таких уражень легко встановити на підставі короткого анамнезу та фізикального обстеження, а лікування та прогноз базуються на важкості ушкодження. Термічні ураження призводять до еритеми шкіри тільки при опіках першого ступеня. Еритема та наявність міхурів свідчать про опік другого ступеня, а обвуглення та некроз — про опік третього ступеня⁵. Лікування треба скерувати на запобігання перихондриту. При дії певних механізмів ураження, таких як іскри полум'я або зварювальна окалина, треба виключити ушкодження середнього вуха.

На іншому кінці температурного спектру відмороження проявляється як "неболюча блідість". Але при поступовому відігріванні вушна раковина може стати особливо болючою. Гіперемія, міхурці та некроз поділяють відмороження відповідно на I, II та III ступені.

Пухлини

Пухлини зовнішнього слухового проходу можуть виразкуватися і, прогресуючи, стають болючими, особливо на останніх стадіях хвороби. Найчастіше в цій ділянці виникають рабдіоміосаркома, лімфома, еозинофільна гранульома та гранульоматоз

⁴ Фурункул можна розкривати тільки тоді, коли він сформувався, у періоді дозрівання слід обмежитися консервативним лікуванням. (Прим. перекл.).

⁵ У країнах СНД виділяють ще й опік четвертого ступеня: опік III ступеня – некроз шкіри та хряща, опік IV ступеня – обвуглення вушної раковини. (Прим. перекл.).

⁶ Останні дві хвороби не належать до пухлин. (Прим. перекл.).

Вегенера⁶. Злоякісний процес треба підозрювати при будь-яких ураженнях вуха, які не виліковуються. Для підтвердження діагнозу потрібне гістологічне дослідження.

Сторонні тіла

Діти мають схильність запихати у слуховий прохід дрібні речі, такі як намистинки та насіння овочів. Симптомами є отальгія, закладеність вуха та зниження слуху. Більшість сторонніх тіл можна видалити в кабінеті⁷. Коли стороннє тіло щільно застрягло у слуховому проході або коли пацієнт при огляді не співпрацює з лікарем, то можуть бути необхідні операційний мікроскоп та загальна анестезія. Батарейки від слухових апаратів можуть стати причиною суттєвого лужного хімічного опіку шкіри та кістки за короткий період часу. Такі сторонні тіла розцінюють в отології як невідкладний стан, а тому після виявлення їх слід видалити якомога швидше. Якщо нечітко з'ясовано вид стороннього тіла, то слід уникати застосування вушних крапель, бо у вологому середовищі батарейки можуть призвести до ще більшого ушкодження, а насіння овочів можуть набрякати, збільшити дискомфорт та ускладнити їх усунення. Треба оглянути протилежне вухо та ніс для виключення інших прихованих сторонніх тіл.

Сірчаний корок

Сірчаний корок класично проявляється закладеністю вуха, свербінням та зниженням слуху, однак при наявності супутнього зовнішнього отиту може бути незначний біль вуха. Накопичення сірки на барабанній перетинці виникає при неправильному застосуванні ватних паличок для очищення вуха і може призвести до дискомфорту. Після діагностики сірчаний корок слід усунути. Застосування місцевих ліків, які розм'якшують корок, або промивання слухового проходу допустимі тільки у випадках непошкодженої барабанної перетинки.

СЕРЕДНЄ ВУХО

Діагностика хвороб середнього вуха в дітей може бути складним завданням, оскільки завжди важко виконати отологічне дослідження. Найпоширенішою причиною отальгії, яка пов'язана із середнім вухом, є середній отит. Дисфункція нормальної вентиляційної системи середнього вуха (тобто, соскоподібного відростка та слухової (евстахієвої) труби) можуть також бути причиною отальгії.

Гострий середній отит

Гострий середній отит, як звичайно, проявляється помірним або сильним болем вуха, зниженням слуху, гарячкою, нездужанням та іноді шумом у вусі або вестибулярними розладами. Безперечно, це є найчастішою причиною отальгії у немовлят та дітей. Найчастішими причинами хвороби є віруси (адено- та ентеровіруси) та бактерії (*Haemophilus influenza*, *Streptococcus pneumoniae* та *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*). Причиною болю є запалення слизової оболонки середнього вуха. Спонтанне припинення отальгії може настати внаслідок перфорації барабанної перетинки та подальшої отореї (гноєтечі) або після лікувальної міринготомії, якщо визначають тиск ексудату в середньому вусі⁸. Призначення антибіотиків та анальгетиків зумовлює ліквідацію гарячки та отальгії протягом 48—72 годин. Якщо цього не стається, то слід повторно оглянути вухо та призначити антибіотик іншої групи, який активний щодо резистентних бактерій.

⁷ Невеликі тіла можна вимити струменем води зі шприца Жане; якщо після цього не вдається усунути тіло, то слід застосувати гачки з набору Гартмана (маніпуляцію виконує тільки отоларинголог!). (Прим. перекл.).

⁸ Парацетез іноді не є достатнім для евакуації патологічного вмісту з середнього вуха, тому правильніше виконати міринготомію — широке розсічення барабанної перетинки в задніх квадрантах. (Прим. перекл.).

Отоскопічні знахідки залежать від стадії хвороби. На початку хвороби виявляють гіперемію барабанної перетинки та тьмяність, хоча ці ознаки не є високодостовірними. Патологічний вміст середнього вуха внаслідок надмірного накопичення може призводити до випинання барабанної перетинки. Зниження рухомості барабанної перетинки, яку виявляють при пневматичній отоскопії⁹, є ключовою ознакою для підтвердження наявності випоту в середньому вусі. Лікар може також виявити рівень “повітря-рідина”.

Хронічний гнійний середній отит

За визначенням, хронічний гнійний середній отит виникає внаслідок утворення самовільної стійкої перфорації барабанної перетинки або стійкої перфорації після попередньо введеної вентиляційної трубки¹⁰. Як і при гострому серозному отиті, який дренується спонтанно, гній, що не є “під тиском”, як звичайно, є причиною невеликої отальгії або ж узагалі не викликає болю. Однак при хронічній гноетечі з вуха обов’язково треба обстежити хворого для виключення хронічної інфекції, холестеатоми, стороннього тіла або злоякісного процесу.

Травма

Травматичне ураження середнього вуха може виникнути внаслідок безпосереднього фізичного ушкодження барабанної перетинки та слухових кісточок або внаслідок травми ударом долоні чи падіння в момент їзди на водних лижах. Первинними симптомами є сильний біль, який поєднується зі зниженням слуху та вестибулярними симптомами різного ступеня. При фізикальному обстеженні виявляють “свіжу” нерівну (рвану) перфорацію барабанної перетинки. Для оцінки розриву ланцюжка слухових кісточок необхідно виконати отомікроскопічне обстеження, для визначення імовірного зниження слуху — аудіограму. Лікування визначають на підставі важкості травми, обов’язково слід запобігати потраплянню води в середнє вухо¹¹.

Баротравма

На баротравму середнього вуха, як звичайно, вказує гостра сильна отальгія з можливим зниженням слуху та вушним шумом, які виникли після недавнього польоту літаком або пірнання з аквалангом. При отоскопії виявляють потовщену геморагічну барабанну перетинку та накопичення випоту в середньому вусі. Баротравма виникає внаслідок нездатності слухової труби врівноважити раптову різницю тиску повітря між зовнішнім середовищем і простором середнього вуха. У більшості випадків призначають анальгетики як симптоматичне лікування.

Мастоїдит

Типовий “сценарій” цієї хвороби розвивається у пацієнта, в якого діагностували гострий середній отит і, відповідно, призначили пероральні антибіотики, що дало спочатку полегшення. Погіршення настає при появі резистентних мікроорганізмів або при недостатній дозі чи тривалості антибіотикотерапії. При мастоїдиті, крім отальгії та отореї, додатково виявляють болючу відстовбурчену вушну раковину та тістоподібний набряк за вухом. Важливою знахідкою є суттєвий набряк задньої стінки зовнішнього слухового проходу та відсутність набряку передньої стінки. Лікування включає міринготомію для мікробіологічного дослідження вмісту середнього вуха, введення вентиляційної трубки, імовірно мастоїдектомію та внутрішньовенні антибіотики.

⁹ Визначають за допомогою спеціального пневматичного отоскопа, більш доступно рухомість перетинки можна визначити за допомогою пневматичної лійки Зігле. (Прим. перекл.).

¹⁰ Вентиляційні трубки широко застосовують для лікування випотного отиту в дітей. (Прим. перекл.).

¹¹ Під час миття та купання шляхом введення у зовнішній слуховий прохід ватного тампона, ледь просякненого рослинною або вазеліною олією. (Прим. перекл.).

Пухлини

Пухлини середнього вуха трапляються дуже рідко, але їх слід підозрювати у пацієнтів з безперервною глибокою отальгією. Поліпоїдна або крихка тканина середнього вуха, яка пролабує у слуховий прохід, викликає підозру на злоякісний процес і повинна бути скерована на біопсію.

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 черепно-мозкові нерви V (трійчастий), VII (лицевий), IX (язикоглотковий) та X (блукаючий), а також шийні нерви C-2 та C-3. Коли при отологічному обстеженні не виявляють патологічних змін, то треба обстежити інші ділянки.

Локальні причини

Періаурикулярний лімфаденіт може виникати вторинно до місцевої інфекції шкіри або волосистої частини голови та може призвести до отальгії. Лікування скеровують на причину інфекції.

Патологія вискового-нижньощелепного суглоба

Класично пацієнт з патологією висково-нижньощелепного суглоба скаржиться 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. При цьому відзначають клацання або тертя в суглобі. Біль може тимчасово залежати від жування та рухів нижньої щелепи, а також посилюватись уранці внаслідок бруксизму¹². Частим супутнім симптомом є біль голови. До отальгії можуть призвести подразнення нервів, м'язовий спазм або дегенеративні зміни в суглобі. Лікування скероване на зменшення запалення та болю, воно передусім включає місцеве застосування тепла, вживання м'якої їжі та анальгетики. Метою тривалого лікування є корекція основних причин, якими, як звичайно, є травма, ортодонтичні процедури, аномалії прикусу та бруксизм.

Зубний біль

Три гілки трійчастого нерва забезпечують чутливу інервацію обличчя, приносних пазух, порожнин носа та рота. Біль унаслідок прорізування зубів або подразнення ясен є поширеною причиною іррадіючої отальгії в малих дітей.

Дистальні причини отальгії

Отальгія може з'являтися вторинно до хвороб порожнини рота, глотки, приносних пазух та стравоходу як запальної, так і злоякісної етіології. У дітей найчастішими причинами є фарингіт, тонзиліт та синусит. Лікування спрямоване на імовірного збудника.

ВИСНОВКИ

Отальгія є частим симптомом у дітей, але її причини іноді важко з'ясувати. Ретельний анамнез та фізикальне обстеження, як звичайно, дають можливість встановити діагноз. Проте коли важко виявити видимі причини отальгії, то лікар повинен ретельно обстежити пацієнта на предмет іррадіючої причини болю.

Переклад *Федора Юрочка*

Reprinted with kind permission of "Pediatric Annals"

¹² Бруксизм (одонтеризм, феномен Кароліні) — скреготіння зубами у сні. (Прим. перекл.).