

А.Н. ШРАМКО

ОСТРЫЙ ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ, ОСЛОЖНЕННЫЙ ПАРЕЗОМ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Вин. обл. противотуб. диспансер (гл. врач – канд. мед. наук И.Н. Горбатюк)

В Украине сложилась неблагоприятная эпидемическая обстановка по туберкулезу. Значительно увеличилось количество мультирезистентных случаев туберкулеза легких, плохо поддающихся лечению. На этом фоне стремительно растут внелегочные формы туберкулеза. В настоящее время туберкулез верхних дыхательных путей встречается все чаще, в том числе в практике отоларингологов [1, 6]. Поражение туберкулезным процессом среднего уха наблюдается относительно редко, хотя статистические данные достаточно противоречивы [2]. От общего числа случаев хронического гнойного среднего отита туберкулезный средний отит составляет от 1,5 до 15%, а поражение сосцевидного отростка – от 2 до 20%. По данным А.Н. Дадамухамедова [3], частота развития хронического гнойного среднего отита среди больных с различными формами туберкулеза легких остается до настоящего времени высокой – 7,7%, из них 0,8% составляют пациенты с острым средним отитом.

Кагио и соавторы [6] в 1988-1997 гг. наблюдали 18 случаев туберкулеза ЛОР-органов, при этом отметили значительное увеличение числа больных туберкулезом с данной локализацией за последние 2 года.

Очевидно, чаще туберкулезным средним отитом болеют дети в возрасте от 1 до 7 лет. Так, Kogner и Grunberg считают, что до 17%, а Ф.Е. Щеглова – что до 25% всех хронических гнойных средних отитов у детей представляют собой туберкулез уха. Семаш указывает, что среди больных хроническим гнойным средним отитом туберкулезная этиология заболевания отмечается не менее чем в 5% случаев.

Первично процесс возникает исключительно редко, обычно после острого назофарингита, респираторных инфекций или после аденотомии, и протекает как банальный острый гнойный средний отит. Начало заболевания - острое, проявляющееся болью в ухе, повышением температуры тела, гиперемией и отеком барабанной перепонки, сглаженностью ее контуров. Заболевание прогрессирует достаточно быстро, хотя интенсивность боли при этом снижается, но нарастает тугоухость. При отоскопии выявляется обширная перфорация барабанной перепонки, через которую видны белесоватые туберкулезные высыпания. Процесс быстро переходит в хроническую стадию и интенсивно распространяется в направлении сосцевидного отростка. Намного чаще туберкулез среднего уха развивается как вторичный процесс при туберкулезе легких или других органов как в активной, так и в латентной стадиях. Наиболее частый путь распространения инфекции – гематогенный, но возможен и лимфогенный (при туберкулезном поражении лимфоидного аппарата глотки), а также через слуховую трубу.

Течение туберкулеза уха – обычно подострое или хроническое, склонное к частым обострениям. Различные отделы среднего уха вовлекаются в процесс постепенно. Как правило, вначале поражается медиальная стенка слизистой оболочки барабанной полости, особенно вокруг окна улитки и окна преддверия. Позже процесс переходит на эпитимпанум и нередко захватывает всю поверхность барабанной полости. При этом определяются характерные белесоватые или серые бугорковые высыпания с тенденцией

к казеозному распаду. Вокруг милиарных бугорков сначала возникает типичная воспалительная зона, а в дальнейшем центр бугорка створаживается. При поверхностном расположении бугорков образуются мелкие изъязвления слизистой оболочки, сливающиеся между собой. Вокруг распадающегося очага происходит пролиферация ткани с формированием грануляций. Барабанная перепонка долго остается интактной. Из трех ее слоев прежде всего воспаляется слизистая оболочка и только спустя некоторое время – соединительнотканый слой. Поражается он в отдельных ограниченных участках, отчего и возникает несколько характерных для туберкулеза уха перфораций, а иногда и тотальное разрушение барабанной перепонки. Через перфорации просачивается серозно-слизистое или сливкообразное гнойное отделяемое с неприятным запахом и творожистыми включениями, в которых можно обнаружить микобактерии туберкулеза. Иногда, еще в ранней стадии отита, развивается периферический паралич лицевого нерва вследствие токсического воздействия продуктов жизнедеятельности микобактерий. Это приводит к отеку рыхлой соединительной ткани, окружающей нерв, с последующим сдавлением его в канале лицевого нерва. При этом вестибулярные симптомы слабо или совсем не выражены.

При более тяжелом течении процесс приобретает некротический характер с кариезом, иногда секвестрацией стенок барабанной полости и наружного слухового прохода, слуховых косточек, лабиринта с образованием свищей. Развитие туберкулезного процесса в слуховых косточках претерпевает три фазы: периартритическую, артритическую и постартритическую. В первой фазе в телах слуховых косточек формируются туберкулезные очаги, а иногда в губчатых участках височной кости. На этом этапе жалобы у больных могут отсутствовать. В артритической фазе в процесс вовлекаются суставы. Характерными жалобами на этом этапе бывают шум и боли в ухе постоянного ноющего характера, усиливающиеся при посторонних шумах. Одновременно возникают контрактуры мышц барабанной полости, а в дальнейшем – их

атрофия. Эти явления приводят к снижению подвижности указанных суставов и к резкому понижению слуха. Возможны деструктивные изменения кости и хрящей суставов и как следствие – нарушение механизма звукопроводения. Третья фаза характеризуется процессами склерозирования, вследствие чего теряется функция пораженного органа.

Для туберкулезного среднего отита характерны почти бессимптомное начало даже при поражении барабанной перепонки (отсутствуют боль в ухе и повышение температуры тела) и вялое, длительное течение (процесс изначально принимает хронический характер) [4, 5].

Одним из первых симптомов является одно- или двустороннее понижение слуха, сопровождающееся ушным шумом. Во время обострений процесса легко происходит прорыв коркового слоя сосцевидного отростка, протекающий безболезненно и при нормальной температуре. Особенно следует обращать внимание на наличие нескольких свищей на поверхности сосцевидного отростка. Рано наступает тугоухость высокой степени, обусловленная не только разрушением звукопроводящего аппарата, но и действием токсических продуктов жизнедеятельности микобактерий туберкулеза. Диагностика не вызывает затруднений у лиц, страдающих туберкулезом, особенно при открытой легочной форме. Диагноз ставится на основании описанной клинической картины, результатов рентгенологического обследования и исследования отделяемого и грануляций из барабанной полости.

Самое частое осложнение туберкулезного среднего отита – паралич лицевого нерва (по Г.И. Турнеру – в 45% случаев), который наступает внезапно, в течение 4-6 ч. В трети случаев возникает поражение ушного лабиринта, в основном улитки. Вестибулярные расстройства наблюдаются реже. Возможны кровотечения, обусловленные поражением внутренней артерии среднего уха, сигмовидного синуса и луковичной яремной вены.

Туберкулезный отит, как правило, длится достаточно долго и почти всегда при своевременном и правильном лечении заканчивается выздоровлением. Лечение за-

ключается в применении стандартизированного курса химиотерапии. Местно производится ежедневный туалет уха с последующим промыванием его антисептическими растворами для подавления сапрофитной микрофлоры и введением противотуберкулезных препаратов.

Следует иметь в виду, что в результате ликвидации патологического процесса в среднем ухе образуются мощные соединительнотканые перемычки и спайки. Целостность барабанной перепонки почти никогда не восстанавливается. Ее сохранившиеся части очень часто срываются с медиальной стенкой среднего уха. Слух после перенесенного туберкулеза резко снижается из-за слипчивого процесса и возникшей неподвижности стремени в окне преддверия. Несмотря на благоприятный в целом прогноз, судить о выздоровлении при туберкулезном отите можно только спустя длительное время после прекращения гноетечения, так как возможны поздние рецидивы (через 1-2 года после кажущегося выздоровления).

Представляем наблюдение острого гнойного туберкулезного среднего отита, осложненного парезом лицевого нерва, у больного диссеминированным туберкулезом легких.

Больной Ш., 52 года, поступил в Винницкий областной противотуберкулезный диспансер 4.08.2012 г. с жалобами на недомогание, слабость, потерю в весе, кашель с мокротой, одышку при физической нагрузке, гипертермию до 39°C болезненность в области левого уха и заушной области, гнойное отделяемое из слухового прохода. Пациент болеет около 3 мес, за медицинской помощью ранее не обращался. Общее состояние больного средней степени тяжести. При объективном осмотре отмечено ясное сознание, менингеальные знаки отсутствуют, определяется болезненность при перкуссии сосцевидного отростка слева. Обнаружены симптомы пареза лицевого нерва слева (опущение угла рта, сглаженность носогубной складки, парестезии и онемение кожи лица, парез верхнего века). Аускультативно над легкими с обеих сторон прослушивается ослабленное дыхание, влажные хрипы на верхушках. Пульс – 92 в 1 мин, ритмичный; АД – 120/70 мм. рт. ст.

Тоны сердца – ясные, ритмичные; тахикардия. Органы брюшной полости – без патологических изменений.

ЛОР-статус: АД – слуховой проход свободный, узкий; барабанная перепонка обычной окраски; опознавательные пункты определяются. Острота слуха – в пределах возрастной нормы. AS – слуховой проход сильно сужен из-за воспалительной инфильтрации стенок. Барабанная перепонка для осмотра недоступна. В слуховом проходе имеется умеренное количество слизисто-гнойного секрета. При исследовании функции слуха камертоном “С-128” отмечено опыт Ринне – отрицательный, опыт Швабаха – укороченный, при проведении опыта Вебера наблюдается латерализация звука в больное ухо. Выявлено снижение слуха по смешанному типу. Аудиометрия при поступлении не проводилась, так как больной был бактериовыделителем. Перкуссия сосцевидного отростка слева резко болезненна. При осмотре носа, глотки, гортани – патологических изменений обнаружено не было. Шейные и подчелюстные лимфоузлы не пальпировались.

Общий анализ крови от 6.08.12 г.: Нб – 124 г/л; эр. – $4,1 \cdot 10^{12}/\text{л}$; л. – $7,5 \cdot 10^9/\text{л}$; СОЭ – 36 мм/час. Анализ мокроты на микобактерии туберкулеза от 6.08.12 г.: МБТ + (5 в 100 полях зрения). Анализ отделяемого из слухового прохода от 14.08.12 г.: МБТ + (9 в 100 полях зрения). Рентгенография и томография органов грудной клетки от 5.08.12 г. № 1296: “На всем протяжении легочных полей с обеих сторон – сливного характера очаговые тени. В верхних долях (D_1 , D_2 - S_1 , S_2) – каверны. Синусы свободны. Справа в верхнем отделе – ограниченный пневмоторакс. Заключение: диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада; ограниченный правосторонний пневмоторакс”.

Мультиспиральная компьютерная томография черепа больного Ш. от 7.08.12г. Заключение: ...”гипопневматизация ячеек сосцевидного отростка слева с наличием дополнительного мягкотканого компонента. Такие же изменения имеются в антруме. Стенка крыши барабанной полости истончена и фрагментирована. Слуховые косточки слева дислоцированы. В барабанной по-

лости – мягкотканый компонент“. После обследования был определен диагноз: ВДТБ (04.08.2012 г.) обеих легких диссеминированный. Дестр. +, МБТ +, М +, К +, Гист. 0, Кат. 1, Ког. 3 (2012 г.). Левосторонний специфический острый гнойный средний отит, осложненный парезом лицевого нерва.

Назначена комплексная терапия: 2 HRZES + 1 HRZE + 3 HRK + 2 HR. Цефтри-

аксон в/в капельно, дезинтоксикационная терапия; витамины гр. “В“. Местное лечение включало в себя ежедневный туалет слухового прохода, промывание барабанной полости 1% спиртовым раствором хлорофиллипта в смеси с гипертоническим раствором 1:1, турунды со спиртовым раствором рифампицина и инсуффляция последнего в слуховой проход.

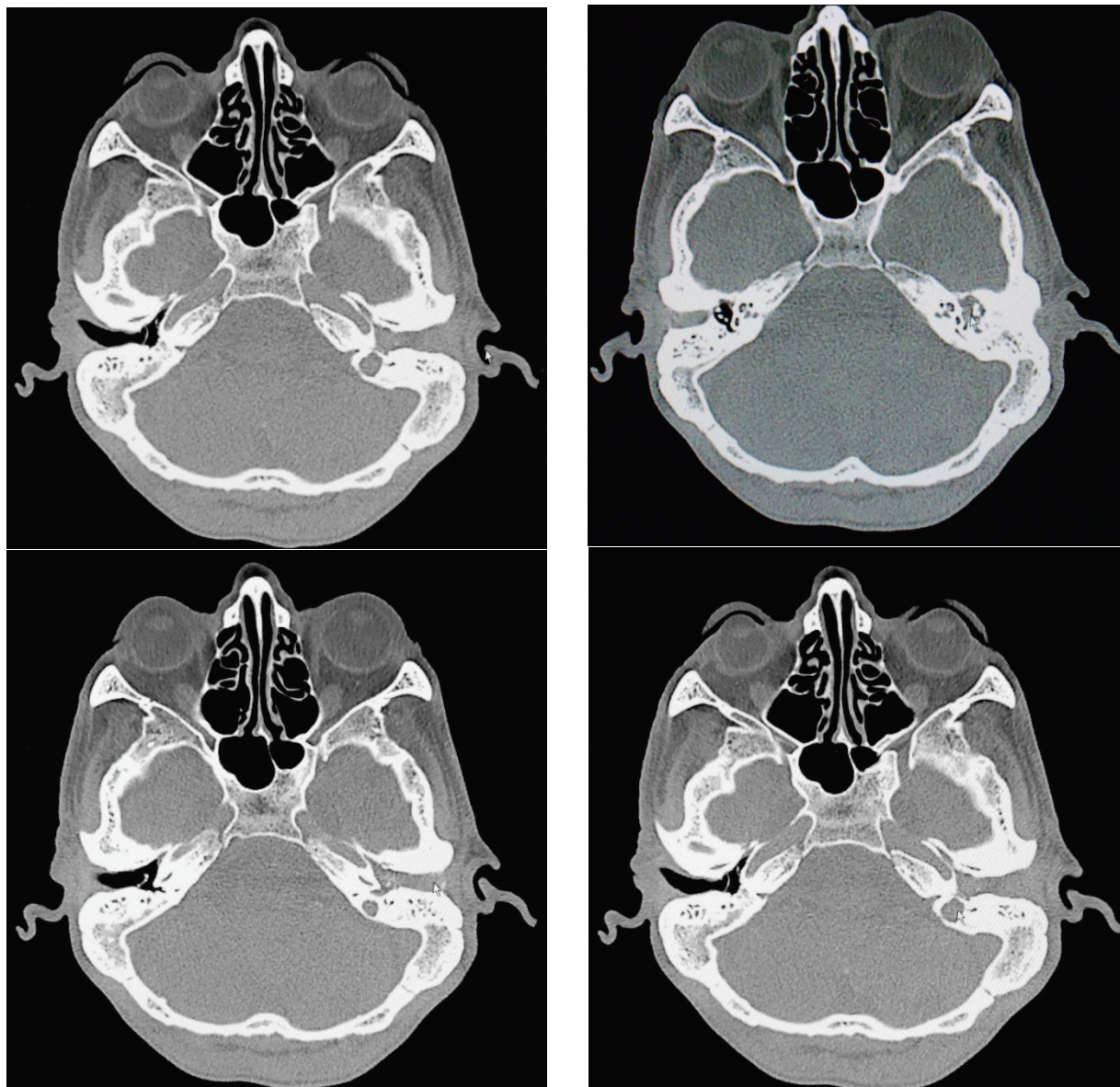


Рис. 1. Мультиспиральная томография черепа у больного Ш.

Положительная динамика процесса наметилась уже через 1,5 недели от начала терапии. Резко уменьшились, а вскоре и

исчезли: мастоидальная реакция, объем отделяемого и воспалительная инфильтрация стенок слухового прохода. К концу третьей

недели полностью восстановилась функция лицевого нерва. Через 2 мес исчезли микобактерии туберкулеза в отделяемом из слухового прохода, а через 3 мес – в мокроте при микроскопии мазка. При отоскопии: AS

– слуховой проход свободный, патологического отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета с наличием перфорации чечевицеобразной формы в ее задневерхнем и задненижнем квадрантах.

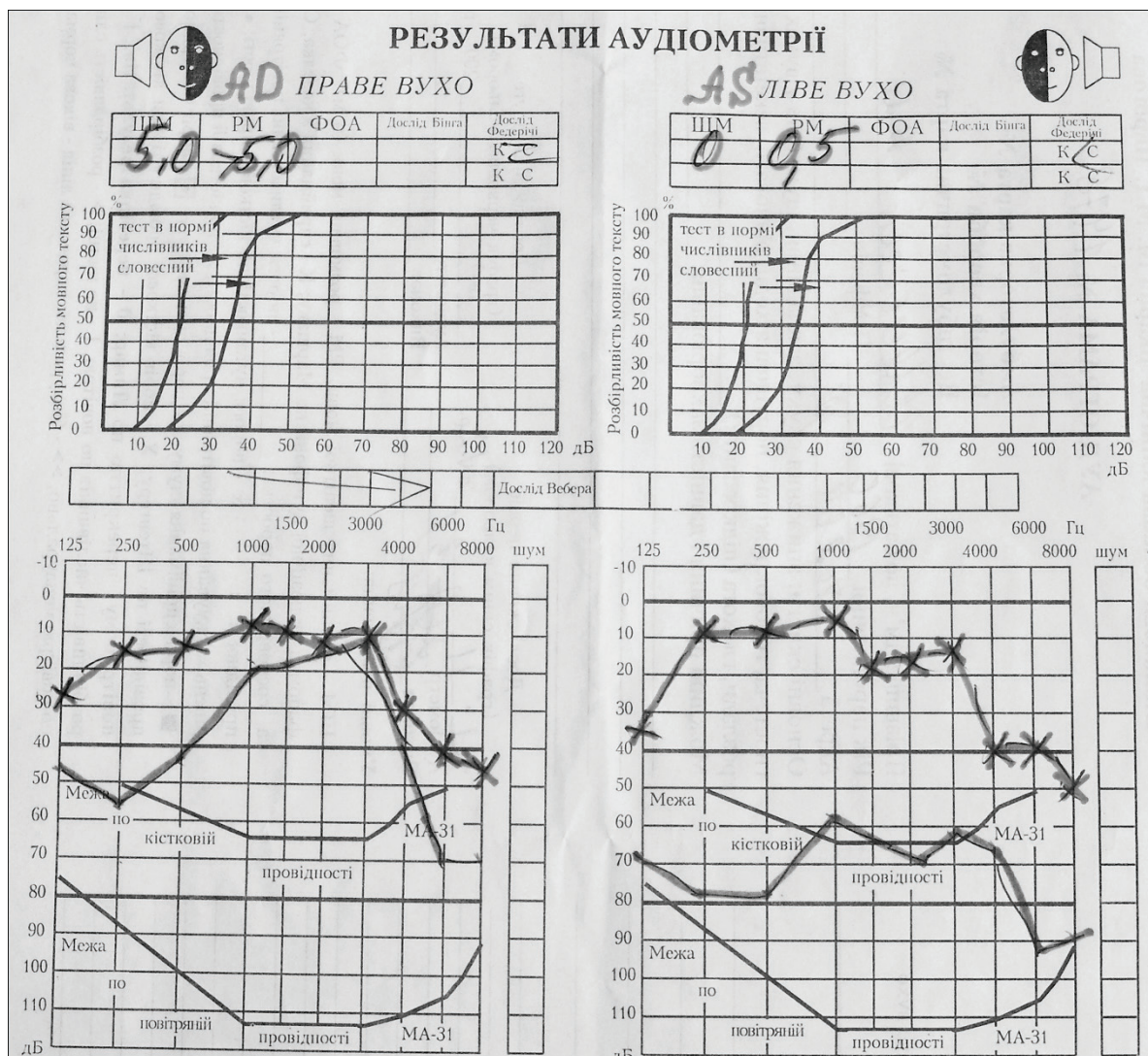


Рис. 2. Аудиограма у больного Ш. от 21.11.12 г.

Принимая во внимание клинические проявления, данные лабораторного и рентгенологического обследования, можно констатировать, что у больного имеется острый гнойный специфический эпимезотимпанит с парезом лицевого нерва на фоне распространенного туберкулеза легких.

В настоящее время состояние пациента удовлетворительное она продолжает лечение по поводу основного заболевания. Поставленный во-время диагноз позволил

избежать антромастотомии и вести больного консервативно.

Выводы

1. В настоящее время увеличилось количество случаев туберкулеза с внелегочной локализацией, в т. ч. ЛОР-органов.

2. При первичном обращении пациента к врачу любой специальности проведение рентгенографии органов грудной клетки – обязательно.

3. Туберкулез среднего уха, как правило, является вторичным и может быть легко диагностирован с помощью бактериоскопии отделяемого из слухового прохода на микобактерии туберкулеза.

4. Неврологическая симптоматика при данной патологии в большей степени обусловлена токсическим воздействием продуктов жизнедеятельности микобактерий,

чем деструктивными изменениями с нарушением целостности нервных стволов и окончаний.

5. Лечение при туберкулезе ЛОР-органов должно проводиться консервативно, стандартизированным курсом специфических антибактериальных препаратов, по возможности, в сочетании с общим и местным применением лекарственных средств.

1. Бобров В.М. Туберкулезные формы эпиглоттита // Вестн. оториноларингологии. – 1999. – №4. – С. 42-44.
2. Гюсан А.О., Узденкова Р.Х. Двусторонний туберкулезный средний отит, осложненный лабиринтной тугоухостью и парезом лицевого нерва с обеих сторон // Вестн. оториноларингологии. – 2008. – №3. – С. 61-62.
3. Дадамухамедов А.Н. Клиника и лечение гнойных средних отитов и их осложнений у туберкулезных больных: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. – Ташкент, 1975.
4. Солдатов И.Б. Лекции по оториноларингологии. – М., 1994. – С. 146-147.
5. Rizzo P.B., Da Mosto M.C., Clavi M. // *Etal.Infection diseases.* - 2003; 7: 2: 29-31.
6. Kamio T., Iwasa H. *Klinishne Beobachtungen zur tuberkulosen Infektion des Mittelohres* // *HNO.* – 1982; 30: 9: 350-353.
7. Karuo K., Hideo J., Hiroyoshi I. et al. // *Acta otolaryngol.* – 1998; Suppl: 538: 224-249.

Поступила в редакцию 04.02.13.

© А.Н. Шрамко, 2013