

Ф. ЮРОЧКО, Д. КОПАНСЬКА

ВСЕ ПРО ОТОРЕЮ*Львівська обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ*

Оторея – симптом наявності або витікання виділень з порожнини вуха – поширений симптом хвороб вуха. Виділеннями можуть бути вушна сірка, кров, гній, слиз, ліквор або навіть слина. Причину отореї можна встановити у більшості випадків після анамнезу та огляду пацієнта. Пацієнти з отореєю переважно амбулаторні і не потребують стаціонарного лікування.

З чого почати?

Ретельне опитування і збір анамнезу є дуже важливим елементом у з'ясуванні причини отореї (табл. 1). Важливо розпитати про початок отореї, з'ясувати характери-

стики виділень з вуха (колір, запах), а також тривалість отореї. Також з'ясуйте імовірні супутні отологічні симптоми – отальгія, свербіння вуха, неприємний запах виділень, зниження слуху, шум у вусі, запаморочення, парез лицевого нерва, набряки в навколо-вушній ділянці. Слід розпитати про наявність в анамнезі травм вуха, вушних операцій, сторонніх предметів у вусі, використання слухових апаратів чи внутрішньока-нальних навушників. Також важливий загальний анамнез (зокрема, на імунодефіцити чи цукровий діабет), а також алергологічний анамнез. Вже при розпитуванні можна окреслити імовірні причини отореї (табл. 2).

Таблиця 1

Поширені причини отореї

1. Зовнішній отит
2. Гострий середній отит (перфоративний або з отореєю з вентиляційного шунта)
3. Хронічний середній отит (з холестеатомою або без неї)
4. Сторонній предмет
5. Грануляційний мірингіт
6. Отолікворея

Таблиця 2

Експрес діагностика

Особливості отореї	Більш імовірний діагноз
Гостра оторея після болю вуха	Гострий середній отит Гострий зовнішній отит
Виділення з вуха з неприємним запахом	Зовнішній отит Хронічний середній отит
Анамнез гострої травми вуха	Отолікворея Розрив барабанної перетинки
Супутні менінгеальні симптоми	Середній отит із внутрішньочерепним ускладненням
Супутнє свербіння вуха	Зовнішній отит
Оторея + біль	Зовнішній отит

Клінічне обстеження має включати повний огляд голови та шиї з оглядом глотки та носа. Основну увагу приділяють вуху та навколишнім структурам (огляд і пальпація вушної раковини, ретельна отоскопія з оцінкою зовнішнього слухового ходу (ЗСХ) та барабанної перетинки (БП)).

Біль при пальпації козелка (*tragus*) чи рухах вушної раковини наводить на думку про зовнішній отит (ЗО).

Якщо у слуховому ході багато виділень, то їх можна взяти для мікробіологічного дослідження (за потреби) і потім виконати ретельний туалет вуха. Очищення просвіту ЗСХ найкраще виконати за допомогою відсмоктувача з тонким вушним наконечником. За відсутності такої можливості (нема обладнання чи навиків) можна очистити ватними зондами під контролем зору. Промивання вуха в такій ситуації дуже небажане, бо може сприяти поширенню інфекції вуха. Можна обстежити слух (перевірка шепітної мови, камертональні проби, аудіометрія), в період активної отореї тимпанометрія протипоказана.

Зовнішній отит

Зовнішній отит (ЗО) – запалення шкіри зовнішнього слухового ходу. Гострий зовнішній отит (ГЗО) поділяють на локалізований або дифузний. Локалізований ГЗО (фурункул зовнішнього слухового ходу) – інфекція волосяного фолікула шкіри ЗСХ [1] (рис. 1). Дифузний ЗО (рис. 2) може бути гострим або хронічним. Як звичайно, він асоціюється з факторами ризику і має широкий спектр причин (бактерії – **часто**, гриби – **рідко**), хронічний вплив несприятливих факторів оточення чи алергенів, або ж у пацієнта є супутні загальні шкірні хвороби (наприклад, себорейний дерматит).

Гострий зовнішній отит (ГЗО)

На ГЗО хворіє до 10% популяції протягом життя [2]. Типово симптоми розвиваються до 48 годин (табл. 3).

Оторея не є обов'язковим симптомом ГЗО, типовим є біль вуха (отальгія), яка посилюється при рухах нижньої щелепи (розмова, жування), або біль у навколоушній ділянці (регіонарний лімфадентит).

Виділення з вуха переважно гнійні, іноді слизисті; вони можуть мати неприєм-

ний запах. Відчуття закладеності вуха та зниження слуху при ГЗО пов'язані з супутнім набряком шкіри і повною блокадою та виділеннями із ЗСХ.

Якщо оторея при ГЗО з'являється з однокчасним раптовим полегшенням попереднього болю вуха, то це наводить на думку про фурункул ЗСХ (локалізований ГЗО), який самовільно розкрився. Проте така ж ситуація є і при гострому середньому отиті після спонтанної перфорації БП, тому диференціацію слід зробити на основі отоскопії.

Лікування локалізованого ГЗО

Переважно локалізований ГЗО має легкий перебіг і тенденцію до самоодужання. Переважно достатньо системних анальгетиків. Якщо фурункул спричинює сильний біль, то може бути потрібним хірургічне розкриття. Якщо верхівка фурункула досяжна огляду, то можна його розкрити за допомогою голки одноразового шприца [1]. Системні антибіотики потрібні рідко. При неефективності пероральних антибіотиків або поширенні гнійного запалення в навколоушні ділянки, пацієнта слід скерувати на стаціонарне лікування [3].

Лікування дифузного ГЗО

Усім пацієнтам рекомендовано утримувати вуха у чистоті та сухості, при супутньому болю приймати системні анальгетики. Також їм слід порадити уникати факторів ризику: травма (в т.ч. використання ватних вушних паличок), потрапляння води у вуха (закривання ЗСХ ватою, зволоженою олією; уникання відвідування басейну на 7-10 діб), обмежити обставини, що провокують підвищенню пітливості (висока вологість, висока температура довкілля, фізична активність [4]). Якщо у вуха потрапила вода, то його слід висушити. Слід рекомендувати змінити на нові вушні вкладки слухових апаратів, навушники, вушні сережки; слід відмовитися від застосування місцевих вушних ліків, які могли б бути алергеном/подразником шкіри ЗСХ.

Оскільки до 98% випадків ГЗО мають бактеріальну причину, то в усіх випадках ГЗО слід призначити вушні антибіотикові краплі до вуха [2]. Антибактеріальні краплі призначають на термін від 7 до 14 діб [5].



Рис. 1. Локалізований ЗО (фурункул ЗСХ).



Рис. 2. Дифузний ЗО.

Таблиця 3

Типові прояви ГЗО

- Болючість при натисканні на козелок або при маніпуляціях на вушній раковині
- Якщо отоскопія можлива (іноді неможлива через виражений біль при огляді вуха), то шкіра ЗСХ набрякла та гіперемована (локально або тотально)
- БП може бути гіперемована, але не потовщена та не випинає
- Нема перфорації БП
- Можливе збільшення і болючість передвушного лімфовузла
- Виявлення фурункула чітко вказує на локалізований ГЗО

Найкраще обирати краплі, які містять також і кортикостероїд, бо ГЗО переважно супроводжується запаленням шкіри, набряком і звуженням ЗСХ. Якщо лікування неефективне або ж є рецидив, тоді слід взяти мазок виділень з порожнини вуха на флору (в т.ч. гриби) та їх чутливість.

Місцеві вушні краплі обов'язково повинні мати кислий рН, переважно достатньо застосування місцевих ліків (без системних), а тривалість лікування має становити мінімум 7 діб. Американська Академія Отоларингології рекомендує для лікування ЗО використовувати аміноглікозид і кортикостероїд [2]. Німецькі рекомендації [6] радять неоміцин і поліміксин В для лікування ЗО. Ні в американських, ні в німецьких рекомендаціях нема порад щодо використання

хлорамфеніколу, беклометазону, лідокаїну чи клотримазолу.

Найсучаснішим рекомендаціям вушних крапель для лікування ЗО відповідає препарат Полідекса – це оригінальна фіксована комбінація, яка містить неоміцин, поліміксин В і дексаметазон. Препарат має виражену антибактеріальну активність, потужну протизапальну дію та високий профіль безпеки, що дає можливість в його призначенні дітям від народження. Полідекса має кисле рН, що пригнічує ріст патогенів (бактерій чи грибів).

Схема лікування ЗО Полідексою: дозування для дорослих – по 1-5 крапель у хворе вухо 2 рази на добу; дозування для дітей – по 1-2 краплі у хворе вухо 2 рази на добу.

Заблокований ЗСХ при ГЗО

Виражений набряк шкіри ЗСХ може перешкоджати потраплянню крапель і потребує введення насичених ліками марлевих турунд лікарем отоларингологом [5]. Лікар очищує ЗСХ від патологічного вмісту і вводить турунду з ліками, пацієнт за 4 години самостійно має вийняти турунду. Промивання вуха при ГЗО заборонене, бо може спричинити поширенню інфекції, розвитку некротизуючого ГЗО чи травми барабанної перетинки [2], особливо у пацієнтів похилого віку, з імунodefіцитом чи цукровим діабетом.

Хронічний зовнішній отит

Оторея є рідким симптомом хронічного зовнішнього отиту (ХЗО). Прояви ХЗО наведені в табл. 4. Грибкова інфекція ЗСХ є наслідком тривалого застосування топічних антибактеріальних або кортикостероїдних препаратів, що змінює флору ЗСХ, сприяючи мікозу. Поширеними причинами ХЗО є постійна експозиція на подразники чи алергени [7], також відомо, що себорейний дерматит, екзема чи псоріаз також можуть призвести до ХЗО [8].

Таблиця 4

Об'єктивні та суб'єктивні прояви ХЗО (зі змінами) [9]

Суб'єктивно

- Постійне або часте свербіння у вусі
- Оторея рідко або ж її узагалі нема
- Біль чи дискомфорт легко виражені або ж їх нема

Об'єктивно

- Дискомфорт при маніпуляціях у ЗСХ
- Можливі зміни шкіри (себорейний дерматит, псоріаз) коло вуха або в інших ділянках шкіри
- Зміни ЗСХ при ХЗО діапазоном від легкої гіперемії шкіри до сильного стенозу
- Може бути ліхеніфікація (гіпертрофічна проліферація шкіри)
- Масивні або поодинокі пласти десквамованого епідермісу
- Мала кількість вушної сірки
- Прояви грибкового ураження – білі пласти при кандидозі, чорні (рис. 3а) або жовті (рис. 3б) налети при аспергільозі

а



б

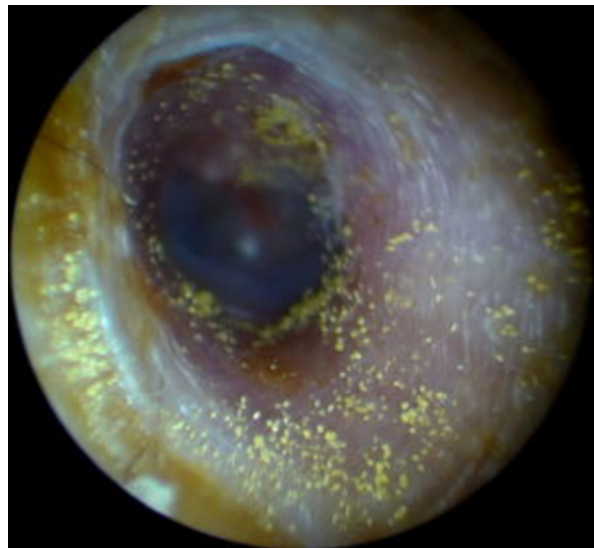


Рис. 3. Аспергільоз ЗСХ.

Лікування ХЗО

Спочатку лікування слід починати з місцевих ліків. Загальні поради такі ж, як і при ГЗО. При екземі, яка ускладнилася бактеріальним інфікуванням, показані місцеві краплі з антибіотиком і кортикостероїдом. Тут найкраще призначити Полідекса – оригінальні європейські вушні краплі, які містять неоміцин, поліміксин В і дексаметазон. Склад Полідекси відповідає найсучаснішим європейським і америкакським рекомендаціям лікування зовнішнього отиту. При

вираженій алергічній реакції (сильний набряк шкіри ЗСХ та/або вушної раковини) слід включити системні кортикостероїди на кілька діб та призначити алергологічне обстеження [9]. При підтвердженні грибкової інфекції слід призначити місцевий 1% клотримазол [3]. Якщо причина невідома, то можна почати з місцевого кортикостероїда. Якщо реакція недостатня, то додати проти-грибковий препарат.

Загальні принципи лікування зовнішніх отитів наведено в табл. 5.

Таблиця 5

Загальні принципи лікування зовнішнього отиту

Елементи лікування	Показання
Уникання потрапляння води у вуха	Усі зовнішні отити
Місцеві ліки	Усі зовнішні отити
Очищення від патологічного вмісту	Хронічні, рецидивуючі зовнішні отити
Системні препарати	Важкі зовнішні отити

Некротизуючий зовнішній отит

Некротизуючий зовнішній отит (НЗО) є агресивною інфекцією ЗСХ із високим рівнем летальності, яка переважно уражає осіб похилого віку, пацієнтів з імунodefіцитом чи цукровим діабетом. Інфекція із ЗСХ швидко поширюється на соскоподібний відросток, скронеvu кістку та основу черепа з розвитком остеомієліту, може бути також менінгіт. НЗО слід підозрювати, якщо у пацієнтів вказаної групи ризику є ЗО і гарячка більш ніж 39⁰ С. Надзвичайно сильний біль, більш виражений вночі, також може наводити на думку, що в пацієнта не звичайний отит, а НЗО.

Типовим для НЗО є виражений сильний біль вуха, голови, прояви ушкодження навколишніх структур (зокрема, парез лицевого нерва, запаморочення, нейросенсорна приглухуватість) [2]. При огляді виявляють грануляційну тканину в місці з'єднання кісткової і хрящової частини ЗСХ, а також оголену кістку в кістковій частині ЗСХ – це є чіткими доказами НЗО, хоча ці прояви необов'язкові для встановлення діагнозу. Незважаючи на швидке і ефективне ліку-

вання, смертність відносно висока і становить 15% [10].

Гострий середній отит

Гострий середній отит (ГСО) – інфекція середнього вуха, яка трапляється переважно у дітей і рідко – у дорослих. Причиною може бути вірус та/або бактерія. Найчастіше трапляється в дітей віком до 4 років [11], а 90% дітей мають хоча б один епізод ГСО у віці до 2 років [12]; для хвороби характерна сезонність (частіше в холодну пору року). Іноді при ГСО буває спонтанна оторея. При наявності тимпаностомного (вентиляційного) шунта в БП також буває оторея (переважно при первинному риносинуситі), тоді встановлюють діагноз «ГСО з отореєю з вентиляційного шунта».

Прояви

Якщо при ГСО настає оторея, то це є наслідком спонтанної перфорації БП, при появі отореї біль вуха швидко стихає. Виділення з вуха при ГСО ніколи не мають неприємного запаху, це важлива диференцій-

на ознака отореї при ГСО від отореї при ХЗО чи хронічному середньому отиті.

Лікування

При ГСО зі спонтанною отореєю обов'язковий системний пероральний антибіотик. Також призначають місцеве ан-

тибактеріальне лікування ліками без ототоксичних властивостей. В такій ситуації можна призначити Отофа, оригінальні вушні краплі, які містять рифаміцин (антибіотик без ототоксичних властивостей). Покази до госпіталізації при ГСО наведено в табл. 6.

Таблиця 6

Показання до невідкладної госпіталізації при ГСО

- Важкий загальний стан пацієнта
- Наявність або підозра на отогенні ускладнення (наприклад, мастоїдит менінгіт, абсцес мозку, тромбоз сигмовидного синуса чи парез лицевого нерва)
- Всі діти віком до 6 місяців із гарячкою більш як 38 град С

Хронічний середній отит без холестеатоми

Якщо ГСО призведе до перфорації БП, а в подальшому будуть періодичні отореї і утримується стійка перфорація БП між епізодами отореї, то виникає хронічний середній отит (ХСО). Виділення з вуха гнійні, періодичні, переважно без неприємного запаху, після лікування і зникнення отореї утримується стійка перфорація БП тривалий час.

Такого пацієнта слід скерувати до отоларинголога для дообстеження та визначення показань до хірургічного лікування [3]. При наявності подвійної перфорації БП (рис. 4) діагностичний пошук слід вести в напрямку туберкульозного середнього отиту, гранулематозу Вегенера (див. нижче) або сифілісу. Високу активність проти збудника туберкульозного середнього отиту має рифаміцин (діюча речовина вушних крапель Отофа).

Лікування ХСО без холестеатоми в період активної отореї полягає у призначенні системних антибіотиків тривалістю 7-10 діб (за результатами посіву на флору та чутливість), а також місцевих крапель з антибіотиком.

Найкращим препаратом для цього є оригінальні вушні краплі Отофа, які містять рифаміцин. Рифаміцин проявляє антимікробну активність щодо більшості грампозитивних та грамнегативних мікроорганізмів, які

спричиняють інфекційно-запальні захворювання середнього вуха. Рифаміцин не має ототоксичної дії як при місцевому, так і при системному застосуванні.

Єдиний оригінальний рифаміцин для місцевого застосування – Отофа. Схема застосування Отофи: дозування для дорослих – по 5 крапель у хворе вухо 2 рази на добу; дозування для дітей – по 3 краплі у хворе вухо 2 рази на добу.



Рис. 4. Подвійна перфорація БП при туберкульозному середньому отиті.

Хронічний середній отит з холестеатомою

Холестеатома – рідкісна, проте клінічно значуща і потенційно загрозлива життю хвороба. У практиці загального лікаря первинної ланки, який має приблизно 2500 пацієнтів, можна очікувати новий випадок холестеатоми кожні 4-5 років [13]. Є два види холестеатом – вроджена і набута.

Вроджена холестеатома

Зазвичай, виявляють випадково при отоскопії. Оторея не є типовим первинним симптомом, проте при рості холестеатоми може приєднатися супутня інфекція, і тоді будуть виділення з порожнини вуха. Вроджена форма холестеатоми становить від 3,7 до 25% усіх видів холестеатом [14]. У середньому її виявляють у віці 4,5 роки, проте може бути і в 6 місяців, і в дорослому віці [3].

Вроджена холестеатома виникає тоді, коли ектодерма (тканина-попередник роговувачого епітелію) потрапляє в середнє вухо під час ембріогенезу, проліферує і поширюється з інфікуванням і руйнуванням навколишніх структур [15].

Прояви

При отоскопії видно перлистий білий округлий утвір при нормальній інтактній БП (рис. 5), в анамнезі нема отореї чи отохірургічних втручань (в т.ч. міринготомії). Всі такі випадки слід скеровувати до отоларинголога для подальшого хірургічного лікування.



Рис. 5. Вроджена холестеатома.

Набута холестеатома

Набута холестеатома є чітко окресленим утвором, який виникає при потраплянні

роговувачого епітелію в середнє вухо (після перфорації БП чи після отохірургії) і подальшій його проліферації. Може бути наслідком прогресування ретракційної кишені БП. Холестеатома може викликати ерозію навколишніх структур, зокрема слухових кісточок, а також призвести до ураження лицевого нерва, завитка, півколових каналів, кісткових структур соскоподібного відростка чи до руйнування кісткових структур із поширенням у порожнину черепа.

Прояви

Холестеатома спочатку часто безсимптомна, а коли з'являються симптоми, то вони можуть бути неспецифічними. Проте якщо є рецидивуючі виділення з вуха з неприємним запахом, то це вказує на необхідність поглибленого обстеження в напрямку підтвердження або заперечення холестеатоми. Є кондуктивна приглухуватість, іноді пацієнт вказує на відчуття повноти або тиску у вусі. У випадках великої холестеатоми може бути біль, запаморочення, поява нейросенсорної приглухуватості або парезу лицевого нерва. Можуть виникнути внутрішньочерепні ускладнення – менінгіт або абсцес [16].

Отоскопія

Можна бачити перфорацію, з якої видно холестеатомні луски, гній із неприємним запахом (рис. 6), можна бачити грануляційну тканину або поліп, зміни частіше локалізуються в ділянці ненацягнутої частини БП [15]. Іноді холестеатома вкрита вушною сіркою, що маскує її (рис. 7).



Рис. 6. Набута холестеатома.



Рис. 7. Холестеатома, вкрита вушною сіркою.

Лікування

Пацієнтів з ХСО з холестеатомою, у яких є симптоми ускладнення (парез лицевого нерва, запаморочення, нейросенсорна приглухуватість чи менінгеальні ознаки), слід невідкладно скерувати на госпіталізацію в ЛОР відділення [13].

Лікування холестеатоми (ускладненої чи неускладненої) тільки хірургічне, тому пацієнта з холестеатомою або підозрою на неї слід скерувати до ЛОРа для поглибленого обстеження (КТ, МРТ, аудіограма). При наявності активної отореї таким пацієнтам призначають системний антибіотик і місцеві антибактеріальні ліки, до зникнення/зменшення отореї. Найкращу активність проти бактеріальних збудників отитів має рифаміцин (Отофа). Не можна зволікати зі скеруванням на поглиблене обстеження до встановлення точного діагнозу у пацієнта, в яких є підозра на холестеатому чи в яких повторні курси адекватного лікування неефективні щодо припинення отореї.

Непоширені причини отореї **Сторонні предмети ЗСХ**

Сторонні предмети можуть закривати просвіт ЗМХ, спричинювати вторинний ЗО з отореєю. Описаний випадок наявності личинок у вусі (вушний міаз, рис. 8) [17]. При виявленні стороннього предмету його слід усунути. Лікар первинної ланки може

його вимити шприцом Жане. Якщо таким способом його усунути неможливо, тоді слід скерувати до отоларинголога. Після усунення стороннього предмету оторея минає самостійно або після подальшого призначення місцевих крапель (антибіотик з кортикостероїдом).



Рис. 8. Вушний міаз.

Бульозний мірингіт

Проявляється виділенням крові з порожнини вуха. Є наслідком вірусного запалення барабанної перетинки при ГРВІ, переважно з важким перебігом (наприклад, грип). Отоскопічно – пухирі (булли) на барабанній перетинці, заповнені кров'ю або кров'янистим вмістом) (рис. 9).



Рис. 9. Бульозний мірингіт.

Грануляційний мірингіт

Рідкісна хвороба, її часто плутають з ХСО або ХЗО, що може призвести до непотрібного хірургічного втручання [18]. Є наслідком хронічного запалення БП, вторинного до інфікування *S. aureus* або *Pseudomonas aeruginosa*. Може бути вторинним до травми барабанної перетинки ватною вушною паличкою.

Проявляється безболісною отореєю з кондуктивною приглухуватістю, або без неї. Діагноз переважно клінічний. Для диференційної діагностики можна зробити КТ скроневої кістки. БП тотально вкрита грануляційною тканиною (рис. 10), переважно в задньо-верхньому квадранті, є везикули, іноді перфорація [19]. Такого пацієнта слід скерувати до отоларинголога для консервативного або хірургічного лікування.



Рис. 10. Грануляційний мірингіт.

Синдром Рамсей-Хант

Це вушний оперізуючий герпес, проявляється дуже сильною отальгією, парезом лицевого нерва, везикулами у слуховому ході та на вушній раковині. З везикул може витікати сукровична, кров'яниста рідина в невеликій кількості.

Лікворея

Прозорі водянисті виділення з порожнини вуха можуть бути ліквором. Лікворею

слід підозрювати при анамнезі черепно-мозкової травми, перелому основи черепа чи отохірургічних втручань. При підозрі на лікворею пацієнта слід негайно скерувати на госпіталізацію.

Травма БП та/або ЗСХ

Виділення крові можуть бути наслідком травми ЗСХ та/або БП (найчастіше ватними паличками), але для заперечення інших причин потрібна ретельна діагностика, яка може включати отомікроскопію. Кровотеча з вуха може бути внаслідок утворення грануляційної тканини навколо вентиляційного шунта (рис. 11).



Рис. 11. Грануляції навколо вентиляційного шунта і виділення крові.

Рідкісні причини отореї

Дуже рідкісними причинами отореї можуть бути системні гранульоматозні хвороби (наприклад, саркоїдоз [20] або гранульоматоз Вегенера (рис. 12)), пухлини вуха (рис. 13), пострадіаційний ЗО, пострадіаційний остеонекроз скроневої кістки.

Описані рідкісні випадки отореї як симптому абсцесів шиї – одонтогенного піднижньощелепного абсцесу та парафарингеального абсцесу [21], а також оторея як симптом інфекції третього нижнього моляра [22]. У цих випадках шлях поширення інфекції у ЗСХ – або через щілини Санторіні (тонкі щілини в передній стінці хрящової частини ЗСХ), або через постійний *foramen tympanicum* (отвір Гушке, *foramen Huschke* –

дегісценція ЗСХ, яка формує шлях поширення інфекції від поверхневої долі привушної слинної залози до ЗСХ або ж навпаки).

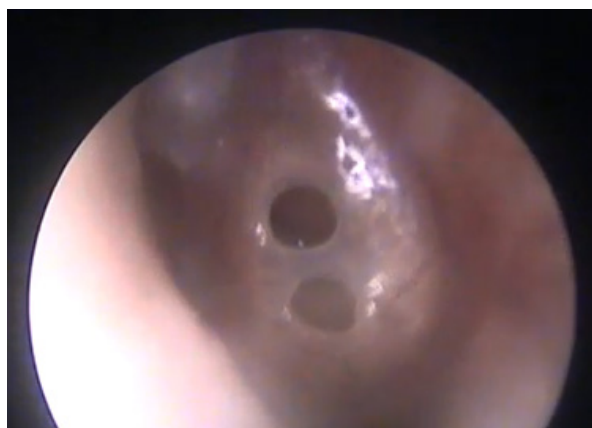


Рис. 12. Подвійна перфорація БП при гранульоматозі Вегенера [23].

У випадку наявності слинної нориці з ЗСХ може виділятися слина. Для такого виду отореї типовим є супутній набряк в передвушній ділянці і наявність травми

та/або хірургії привушної слинної залози в анамнезі [24]. Хоча й описані випадки спонтанної сіалоотореї (через отвір Гушке) [25], тобто без анамнезу хірургії/травми привушної слинної залози.

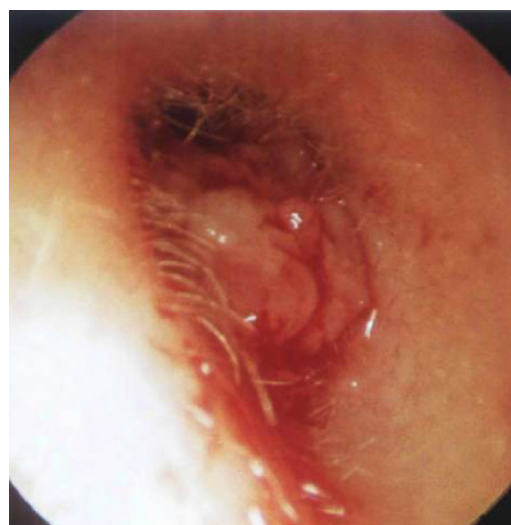


Рис. 13. Рак шкіри ЗСХ.

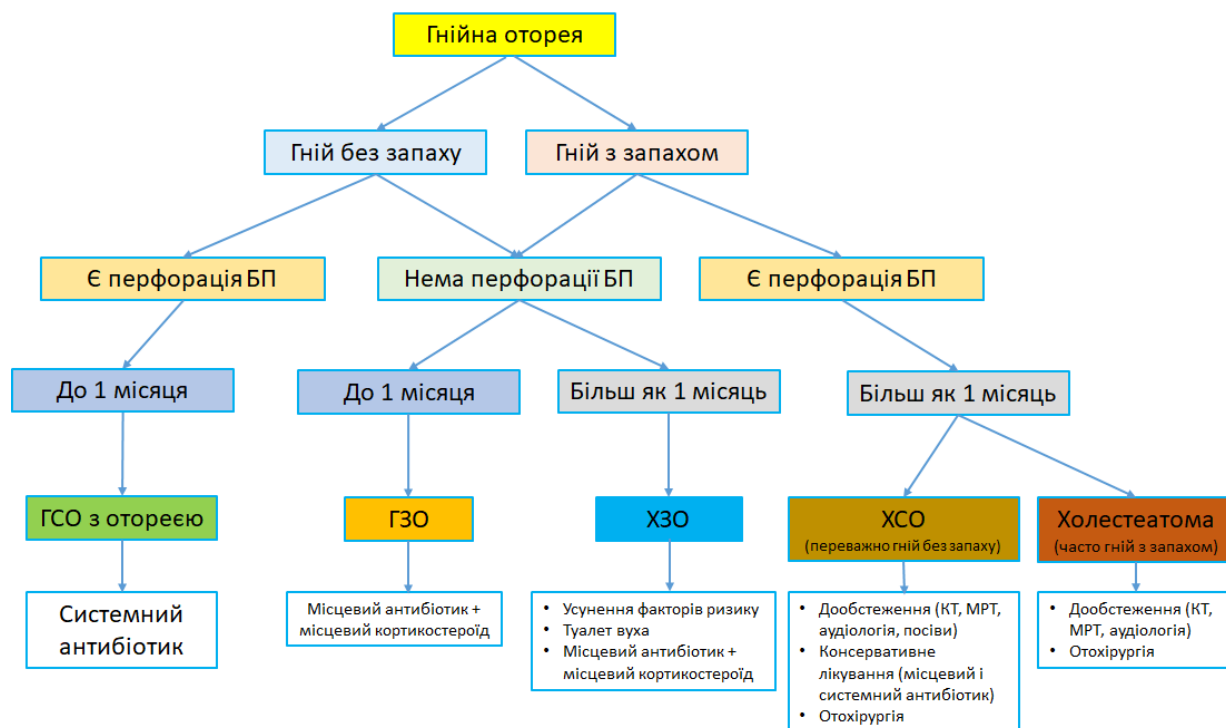


Рис. 14. Алгоритм лікаря при гнійній отореї (БП – барабанна перетинка, ГСО – гострий середній отит, ГЗО – гострий зовнішній отит, ХЗО – хронічний зовнішній отит, ХСО – хронічний середній отит, КТ – комп'ютерна томографія, МРТ – магнітно-резонансна томографія).

Отже...

Оторея є важливим симптомом вушних хвороб або ж може бути проявом поширення у ЗСХ хвороб з навколоушних ділянок. Найчастішими виділеннями з порожнини вуха є гній.

Найпоширенішими причинами отореї є ГЗО або ГСО.

Лікарю слід пам'ятати про ХСО з холестеатомою як загрозову життю патологію.

Алгоритм дій лікаря при гнійній отореї наведено на рис. 14. Розуміння причини отореї допоможе встановити вірний діагноз і призначити правильне ефективне та безпечне лікування.

ВСЕ ПРО ОТОРЕЮ

Юрочко Ф, Копанська Д

Львівська обласна дитяча клінічна лікарня ОХМАТДИТ

Email: fyuroch@yahoo.com

А н о т а ц і я

Оторея – це симптом наявності або витікання виділень (сірка, кров, гній, слиз, ліквор або навіть слина) з вуха. Оторея є важливим симптомом вушних захворювань або ж може бути проявом поширення у зовнішній слуховий хід хвороб з навколоушних ділянок. Причину отореї можна встановити у більшості випадків після анамнезу та огляду пацієнта. Найпоширенішими причинами гнійної отореї є гострий зовнішній отит або гострий середній отит. Слід пам'ятати про хронічний середній отит з холестеатомою як загрозову життю патологію. Пацієнти з отореєю переважно амбулаторні і не потребують стаціонарного лікування. Розуміння причини отореї допоможе встановити вірний діагноз і призначити правильне ефективне лікування.

Ключові слова: оторея, причини, лікування.

ALL ABOUT OTORRHOEA

Yurochko F, Kopanska D

Lviv Regional Pediatric Clinical Hospital OKhMATDYT

Email: fyuroch@yahoo.com

A b s t r a c t

Otorrhoea is a symptom of the presence or leakage of secretions (sulfur, blood, pus, mucus, cerebrospinal fluid or even saliva) from the ear. Otorrhea is an important symptom of ear disease, or may be a manifestation of the spread of diseases in the external auditory canal from the ear. The cause of otorrhoea can be determined in most cases after the history and examination of the patient. The most common causes of purulent otorrhoea are acute otitis externa or acute otitis media. Chronic otitis media with cholesteatoma should be remembered as a life-threatening condition. Patients with otorrhoea are mostly outpatient and do not require inpatient treatment. Understanding the cause of otorrhoea will help establish the correct diagnosis and prescribe the right effective treatment.

Key words: otorrhoea, causes, treatment.