

В. І. Ігнат'єва, О. М. Старкова, С. В. Зайков, Г. Л. Гуменюк
ОРГАНІЗАЦІЯ ДІАГНОСТИКИ ТА ЛІКУВАННЯ ТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ОТИТУ

*ДУ "Національний інститут фтизіатрії і пульмонології ім. Ф. Г. Яновського НАМН України»
Національна медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика МОЗ України*

В умовах несприятливої епідеміологічної ситуації з туберкульозу та ВІЛ-інфекції в Україні почали все частіше спостерігатися випадки позалегенового туберкульозу, які мають атиповий перебіг. Особливої уваги потребує туберкульозний отит.

Якщо раніше туберкульоз середнього вуха виникав як вторинний процес у хворих на дисеміновані та інші форми легеневого туберкульозу або на кістково-суглобовий туберкульоз, то в останній час все частіше стали з'являтися випадки туберкульозного отиту. За даними різних авторів, серед всіх випадків гнійного середнього отиту, туберкульозний середній отит складає від 1,5 % до 3,0 %. Проте епідеміологічні дослідження у цьому напрямку в Україні не проводились.

Якщо при вторинному туберкульозному середньому отиті патологічний процес протікає поступово з характерними клінічними симптомами — без болю і температурної реакції, з наявністю скудних патологічних виділень, а при отоскопії визначаються множинні перфорації барабанної перетинки, то при формах туберкульозного отиту мають місце ряд особливостей, які унеможливають своєчасну діагностику і лікування даної патології, що з часом може призвести до виникнення секвестрів не тільки стінок барабанної порожнини, слухових кісточок, але й лабіринту з формуванням нориць та внутрішньочерепних ускладнень.

Туберкульозний середній отит клінічно протікає як банальний гострий середній отит. Часто виникає після або на тлі загальної респіраторної інфекції. Починається гостро, можливі наявність болю у вусі, підвищення температури тіла, гіперемія та набряк барабанної перетинки. Процес швидко прогресує, але при цьому інтенсивність болю зменшується і наростає зниження слуху: з початку — за типом порушення звукопроведення, а при довготривалому перебігу, в результаті руйнування звукопровідного апарату та токсичної дії продуктів життєдіяльності МБТ на функцію слухового аналізатора, — за змішаним типом. При туберкульозному отиті в слизовій оболонці середнього вуха переважають патоморфологічні зміни у вигляді процесів проліферації та ексудації, а в кістковій тканині — процеси некрозу та деструкції. При отоскопії частіше виявляється поширена перфорація барабанної перетинки, рідше — декілька дрібних перфорацій. Неспецифічна антибактеріальна терапія виявляється неефективною. Запальний процес поступово переходить в хронічну стадію з інтенсивним поширенням в напрямку соскоподібного відростка.

Особливі труднощі виникають в ситуаціях, які потребують оперативного лікування хворих. Якщо специфічний процес не було своєчасно діагностовано, то в післяопераційному періоді можуть виникати ускладнення у вигляді прогресування деструктивно-некротичних процесів, відсутності загоєння післяопераційної рани, гене-

ралізації специфічного процесу.

У патологічних виділеннях із вуха методом посіву рідше визначають МБТ і частіше банальну мікрофлору. Слід підкреслити, що в більшості випадків при туберкульозному середньому отиті, особливо на початку захворювання, не вдається виявити збудник методом мікроскопії, за допомогою культуральних методів, а також провести гістологічне дослідження. Тому особливої актуальності набуває застосування додаткових методів дослідження, а саме — комп'ютерної томографії (КТ) скроневих кісток в комплексі з клінічним та аудіометричним дослідженнями як для діагностики деструктивного патологічного процесу, так і для оцінки ефективності лікування даного контингенту хворих.

У Наказі МОЗ України від 24.03.2009 р. № 181 «Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»» відсутні критерії діагностики та лікування позалегенового туберкульозного отиту, у зв'язку з чим несвоєчасна діагностика і неадекватне лікування можуть призводити до тяжких внутрішньочерепних ускладнень. У Наказі МОЗ України від 04.09.2014 р. № 620 «Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Туберкульоз»» інформація про діагностику та ведення хворих на позалегеновий туберкульоз також відсутня. Тому дана патологія потребує пильної уваги та співпраці лікарів різних спеціальностей (сімейних лікарів, отоларингологів, фтизіатрів).

У зв'язку з відсутністю стандартних схем обстеження хворих на туберкульозний отит профілактичні і лікувальні заходи цієї патології не проводяться належним чином. Тому для раннього виявлення та своєчасного лікування туберкульозного отиту розроблений та рекомендується до впровадження в практику лікувально-профілактичних закладів алгоритм організації діагностики та лікування туберкульозного отиту. Першою ланкою, куди звертаються хворі з ранніми симптомами даної патології є сімейні лікарі. При наявності гострого середнього отиту, який виник на тлі гострої респіраторної інфекції та погано піддається лікуванню, а також при загостренні хронічного гнійного середнього отиту, пацієнт направляється на спеціалізований етап медичної допомоги — до лікаря-оториноларинголога. На спеціалізованому етапі медичної допомоги проводяться: мазок із вуха на неспецифічну мікрофлору і чутливість до антибіотиків, мікроскопія отриманого матеріалу на кислотостійкі палички (КСП); при можливості беруться уражені тканини на гістологічне дослідження; призначається КТ скроневих кісток та оглядова рентгенографія органів грудної порожнини; аудіометричне дослідження. При виявленні кислотостійких бактерій та/або будь-яких патологічних змін на рентгенограмі органів грудної

порожнини, пацієнта необхідно направити на консультацію до фтизіатра. Разом із направленням хворому надаються скельця з цитологічним та гістологічним матеріалами, результати мікробіологічного дослідження на неспецифічну мікрофлору, КТ скроневих кісток, оглядова рентгенограма (або КТ) органів грудної порожнини. Якщо фтизіатр за даними оглядової рентгенограми або комп'ютерної томограми органів грудної порожнини підтверджує імовірну наявність туберкульозу легень, хворий повинен пройти дообстеження і розпочати основний курс протитуберкульозної хіміотерапії в протитуберкульозному диспансері за місцем проживання або в НІФП НАМНУ.

Якщо даних за активний туберкульоз легень не виявлено, продовжується подальша діагностика позалегенового специфічного процесу — туберкульозного отиту. Проводиться дослідження мазка із вуха — методом мікроскопії мазка двічі на КСП, полімеразно-ланцюгова

реакція (ПЛР) на мікобактерії туберкульозу (МБТ), посіви на тверде та рідке середовище в умовах спеціалізованої мікробіологічної лабораторії міських та обласних протитуберкульозних диспансерів. При виявленні МБТ або при гістологічному підтвердженні специфічного процесу встановлюється остаточний діагноз туберкульозного отиту. Лікування призначає та корегує фтизіатр, враховуючи спектр чутливості виділених МБТ до протитуберкульозних препаратів. За терміном лікування проводиться як при кістковому туберкульозі відповідно до Уніфікованого клінічного протоколу первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги дорослим «Туберкульоз». У зв'язку з відсутністю такої спеціальності як фтизіооториноларинголог та відсутністю в протитуберкульозних диспансерах штатних оториноларингологів, пацієнту рекомендується сумісне спостереження у фахівців двох спеціальностей — фтизіатра і оториноларинголога.