

ВИКТОРИЯ ЭБЕРТС

Отиты и анtritы в раннем детском возрасте и их роль в расстройствах питания и пищеварения

Клиника детских болезней (директор проф. Г. Г. Стукс) Крымского мед. института им. И. В. Сталина и Крымского научно-исследовательского института охматдета.

Воспалительные процессы в среднем ухе и его придаточных полостях у детей раннего и грудного возраста встречаются часто. Неттер говорит о 100% поражении ушей у больных грудных детей, Парро — 95%, Балабан и Хохол — 86%, Кючарьянц — 78%.

На нашем небольшом материале при вскрытии 63 трупов детей раннего возраста у 48 найдены изменения в среднем ухе и его полостях, т. е. в 76%; для грудных детей % составляет 83 (из 48 у 40).

Однако, как отмечают некоторые из тех же авторов, эти патологические находки не отображают правильно прижизненных процессов в каждом отдельном случае; при этом указывается на возможность постмортальных или агонального происхождения затеков гноя в полость среднего уха по Евстахиевой трубе из носоглотки. Сперанский, Розенталь и др. устанавливают прижизненный ушной процесс в среднем ухе или в антруме клинически-отоскопически (и на секции) в 79,3% всех случаев острой диспепсии парэнтерального происхождения.

Обращаясь к нашим наблюдениям, мы находим среди больных детей раннего возраста цифры заболеваемости отитом, близкие к данным Сперанского. За 5 месяцев, с конца ноября 1937 года до мая 1938 г., через клинику всего прошло 401 больной в возрасте до 3 лет. Из этого числа отоскопически исследовано 294 детей, из которых у 180 выявлены признаки воспалительного процесса в ушах. Среди этих 180 детей только 28 были старше года, основная же масса — 153 ребенка, были в возрасте от 1 месяца до 1 года. Таким образом, изменения в ушах констатированы отоскопически в 61,2% у больных детей в возрасте до 3 лет, а если взять возраст от 1 месяца до 1 года (из 294 детей — в возрасте до 1 года было 226), то там процент больных отитом детей окажется еще выше — 68,1.

При дифференцировке наших больных отитом детей в возрасте до 1 года по состоянию их питания ясно выявляется значительное преобладание детей с более или менее выраженным расстройством питания. Из 158 детей только 30 были нормотрофиками, 87 представляли собой типичных гипотрофиков, а у 36 больных явления атрофии были несомненны; суммарный процент для группы больных отитом детей с расстройством питания составляет 82.

Рассматривая на наших наблюдениях сопутствующие отиту заболевания, можно убедиться в сравнительном однообразии носо-логических форм. Из 158 детей (в возрасте до 1 года) только у 24 от-

мечаются разнородные сопутствующие заболевания: ц.-сп. менингит, нефрит, туберкулез легких, милиарный туберкулез и пр.), у остальных же 129 детей все заболевания, которыми сопровождался отит, могут быть включены в 3 массивных группы: пневмония—у 59 детей, диспепсия (парентерального происхождения)—у 46, грипп—у 23. При этом у 19 детей из группы больных диспепсией в ближайшем анамнезе и при поступлении в клинику были выявлены более или менее выраженные гриппозные явления в виде насморка, кашля, а порою и резкого назофарингита. Учитывая, что в значительной части случаев пневмония своим происхождением также обязана грипу, можно считать, что в большинстве случаев у наших больных отиту предшествовала и была его ближайшим поводом гриппозная инфекция. У нормотрофика отит протекает в так наз. „явной“ форме, с резким беспокойством, высокой температурой, дающей внезапный подъем и обычно быстрое снижение, с почти всегда определяемыми отоскопическими признаками в виде гиперемии или выпячивания барабанной перепонки, так что диагноз здесь редко представляет затруднения. У гипотрофиков картина острого отита совершенно иная. Доминирующим фоном при отите у гипотрофиков является вялая реактивность, малая выраженность симптомов, порою—бессимптомность; нередко типичная температурная реакция совершенно отсутствует, и зачастую температура имеет затяжной, субфебрильный характер, иногда с интервалами апирексии (Холт и Лямэ). Болевая реакция у ребенка при давлении на козелок,—этот простой и наиболее верный из имеющихся в распоряжении педиатра отологических признаков,—не всегда может быть обнаружена и нередко нельзя также установить определенных видимых изменений при отоскопии среднего уха. Тем резче при отсутствии температурного и локального симптома выступают на первый план общие расстройства (Марриот, Рено, Гиорги, Сперанский, Гельштейн, Личкус, Каблукова-Штерн и др.). Иногда и у больных отитом гипотрофиков наблюдается резкое возбуждение, беспокойство, расстройство сна, но чаще приходится видеть картину более или менее выраженной вялости, протрации, токсикоза; постоянным характерным симптомом служит отказ от пищи, очень часты желудочно-кишечные явления, среди которых особенное значение имеет упорная, ничем не укротимая рвота, и, наконец, совсем нередким спутником такого рода отитов является нервный компонент. Порою желудочно-кишечный синдром настолько превалирует в картине болезни, что при осмотре больного создается полное впечатление наличия у него энтерального происхождения типичной токсической или субтоксической диспепсии, и только тщательное наблюдение проливает свет на истинную природу этого парентерального расстройства пищеварения.

Острый воспалительный процесс в среднем ухе редко протекает изолированно. Анатомическая структура среднего уха у ребенка, сравнительно широкое его сообщение с антрумом, относительно большая емкость самого антрума, особо благоприятные условия для продвижения экссудата из полости среднего уха, зависящие от частых и резких колебаний давления в среднем ухе, наконец, эмбриологическая однородность тканей среднего уха и антрума—все это вместе создает предпосылки для непосредственного и быстрого перехода воспалительного процесса из полости среднего уха в полость антрума.

В отношении частоты анtritов нет единого мнения. В то время как Гепперт отмечает почти постоянное участие антрума в воспалительном изменении среднего уха, а Фельдман прямо говорит, что не бывает отита без антрита (цит. по Гельштейну), — другие авторы, напр. Ашофф и Фульд, находили на секции антрит только в 3% всех случаев отита. Оденил же обнаружил антрит у 50% детей, умерших от расстройства питания.

Что касается клинической характеристики этих анtritов, то здесь современные авторы особо выделяют „скрытые, латентные“, или, как их еще называют, „окультные“ анtritы, редко диагностируемые, очень тяжело протекающие и вместе с тем чаще всего встречающиеся.

Если, как отмечалось выше, и неосложненные отиты могут зачастую у малых детей вызывать тяжелые общие явления, то тем более это является правилом для анtritов. Здесь типичными служат проявления глубокого токсикоза с большими нарушениями обмена, часто с тяжелыми нервными симптомами. Причина этого токсикоза, по мнению многих авторов (Рено, Мариот, Сперанский и др.), лежит в отравлении организма токсинами, всасывающимися из замкнутой полости (*савит турапи, antrum*); при этом играет большую роль резко повышенная всасывательная способность слизистой этих полостей в раннем детском возрасте, чем и обуславливается бурный и тяжелый характер заболевания.

Прижизненная диагностика таких латентных анtritов чрезвычайно трудна, т. к. локальные признаки почти всегда отсутствуют, и диагноз нередко определяется путем исключения возможности других заболеваний, вызывающих подобный симптомокомплекс (пиурия, пневмония), а также на основании отсутствия терапевтического эффекта от диетотерапии („алиментарная“ токсическая диспепсия). Очень часто, однако, заболевание остается нераспознанным, и только на секции устанавливается антрит.

По характеру клинических проявлений Сперанский разграничивает 3 формы анtritов: 1) желудочно-кишечную, где доминируют явления со стороны желудочно-кишечного тракта: рвота, главным образом, понос, резкое падение веса, эксикоз; 2) менинго-энцефалитическую — с преобладанием мозговых явлений и 3) токсисептическую, при которой на первый план выступают явления токсемии и септические процессы. В границах этой довольно удобной в практическом отношении схемы — наибольшее количество наших наблюдений (21) может быть отнесено к желудочно-кишечной форме, редко встречалась менингоэнцефалитическая форма (2 больных) и несколько случаев (3) носили токсический характер.

Переходя к оценке роли воспалительных процессов среднего уха и, главным образом, антрума в патологии раннего детского возраста, надо сказать, что по этому вопросу в литературе существует большой разноречивой. Часть авторов, преимущественно немецких (Гепперт, Феер, Финкельштейн в начале своей деятельности), очевидно, исходя из представления об отите, как о заболевании вторичного порядка, относится очень безразлично к проблеме воспалительных процессов в среднем ухе; они трактуют отит и антрит, как невинные заболевания, и считают, что только в виде исключения ухо может обусловить ухудшение общего состояния и расстройство питания. Марфан стоит на точке зрения немецких авторов. Однако, в самое последнее

время большинство педиатров и немало отиатров отошло от направления старой немецкой школы в этом вопросе и придерживается противоположного взгляда, утверждая, что ушной процесс и, в частности, анtrit в раннем детском возрасте чрезвычайно тяжело влияет на состояние ребенка (Ритшель, Сперанский, Марриот, Лиман и др.). Американцы, которым в этом отношении принадлежит ведущая роль, прямо говорят о том, что в громадном большинстве случаев тяжелой атрофии и тяжелых токсикозов, протекающих под видом токсической диспепсии, повинны латентные антригты.

Такого рода трактовка ушного процесса определяет собой и современное направление терапевтических мероприятий. В то время как сторонники старой немецкой школы (Феер, в настоящее время Мейер и др.) применяют консервативные методы лечения (капли, компрессы и пр.), большинство наиболее авторитетных, передовых педиатров, а также отиатров горячо отстаивают активные методы лечения: парацентез и антротомию.

В качестве обоснования необходимости парацентеза выдвигается несколько положений, среди которых наибольшее значение имеет толщина барабанной перепонки у малых детей, препятствующая ее самопроизвольной перфорации. Непосредственным показанием для парацентеза в случаях, где отсутствуют локальные признаки, обычно служит картина нарастающего токсикоза. Сперанский, Личкус и др. авторы отмечают, что эффективность парацентеза часто бывает поразительной: очень быстро исчезают явления токсикоза, исчезают рвота и другие явления диспепсии, при менингеальных формах снимается менингеальный симптомокомплекс. В этом мы нередко имели возможность убедиться и на наших наблюдениях. Довольно часто, как уже упоминалось, приходилось прибегать к повторным парацентезам, и только тогда наступал эффект. Порой парацентез служил нам важным диагностическим подспорьем. Однако, в ряде случаев даже повторный парацентез оставался безрезультатным и здесь, как указывает Сперанский, необходимо считать с двумя возможностями: либо с ненужностью парацентеза вообще, — где очевидно отит не является ведущим болезненным фактором, либо — с необходимостью более радикальной терапии — антротомии. Таким образом, безрезультатность повторного парацентеза, нарастающий токсикоз, характерная картина крови при отсутствии других воспалительных очагов у ребенка, — только совокупность этих данных при отсутствии локальных признаков определяет собой показания для оперативного вмешательства.

Насколько широко мы пользовались парацентезом, как терапевтическим средством, учитывая его относительную безвредность, настолько же мы считали необходимой осторожность в установлении показаний к антротомии. Прежде всего, здесь следует иметь в виду высокие цифры послеоперационной летальности, легко понятные у такого контингента резко ослабленных больных. Сперанский приводит 50% летальности.

Помимо этих соображений о высокой послеоперационной летальности, от более широкого применения антротомии у наших больных удерживало нас также то обстоятельство, что большинство детей к нам прибывало слишком поздно, когда у многих из них уже при поступлении в клинику кроме ушного процесса были налицо более или менее выраженные явления со стороны легких (пневмония), а нередко и в почках (пиурия).

Нами было произведено всего 10 антротомий. Двое детей, прибывшие с субпериостальными абсцессами в области сосцевидных отростков и явными септическими очагами в других органах, умерли на следующий же день после операции. Из оставшихся 8 трое перенесли операции благополучно, дали средней тяжести послеоперационное течение и хорошее заживление ран, а пять умерло на 2—5—7-й день после операции.

Выводы

1. У больных детей раннего возраста (до трех лет) ушной процесс наблюдался в 61,2%, в возрасте до 1 года — в 68,1% случаев.
2. Патанатомические данные обнаружили изменения в среднем ухе и его полостях в 72% случаев у детей в возрасте до 3 лет, у грудных детей — в 78%.
3. Среди больных отитом преобладают дети с пониженным питанием: 82% гипотрофиков, нормотрофики составляли всего 18%. Основной причиной, обуславливающей воспалительные процессы в среднем ухе в раннем детстве, являются расстройства питания (дизергия).
4. В громадном большинстве случаев, как это отмечается в литературе, а также, как видно из наших наблюдений, ближайшим поводом для возникновения отита и антрита является грипп.
5. Наибольшее число заболеваний отитом наблюдается среди больных пневмонией, диспепсией и грипом; другим носологическим формам отит сопутствует сравнительно редко.
6. Гнойный отит у гипотрофиков большей частью являет собой картину общего заболевания по типу простой или токсической диспепсии; местные симптомы либо неясны, либо вовсе не выражены. Применение парацентеза часто дает быстрое и стойкое улучшение; нередко необходим повторный парацентез.
7. У гипотрофиков нередко отит осложняется антритом. По нашим наблюдениям (по данным секций) на 48 случаев гнойного процесса в среднем ухе в 38 сл. имелся антрит (76,1%).
8. Клиническая картина антритов чрезвычайно скупа местными симптомами, большей частью они совсем отсутствуют. В большинстве случаев заболевание обрисовывается тяжелыми общими явлениями. Парацентез в этих случаях редко дает эффект. Летальность при антритах очень высока.
9. Своевременная антротомия, по мнению авторов, служит могущественным и часто единственным средством лечения антрита. Наши наблюдения в этом отношении еще очень невелики, и делать какие-либо выводы на таком малом числе оперативных случаев (10) мы считаем преждевременным.

Поступила 19.V.1939.