

**ТУБЕРКУЛЕЗНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ:  
АКТУАЛЬНОСТЬ ПРОБЛЕМЫ**

*Каф. оториноларингологии (зав. – проф. С.М. Пухлик) Одес. нац. мед. ун-та  
(ректор – акад. НАМН Украины, проф. В.Н. Запорожан)*

Согласно оценке ВОЗ, в 2018 г. в мире туберкулезом заболело 10,4 млн. человек, что составляет 142 на 100 тыс. населения [1]. На протяжении последних пяти лет заболеваемость в Украине снизилась на 17,3% (с 70,5 в 2015 г. до 60,1 на 100 тыс. населения в 2019 г.). Самые высокие показатели заболеваемости туберкулезом зарегистрированы в Одесской области (138,5 на 100 тыс. населения). Украина – одна из десяти стран с самым высоким уровнем заболеваемости мультирезистентным туберкулезом, который является одним из 10 главных причин смерти в мире и главной причиной смерти от одного определенного возбудителя инфекции (более чем ВИЧ / СПИД) [2].

Заболеваемость туберкулезом с годами снижалась благодаря улучшениям в системе общественного здравоохранения, а также доступности и эффективности противотуберкулезной терапии. При неблагоприятной эпидемиологической ситуации внелегочные формы туберкулеза все чаще встречаются в практике врачей как общего профиля, так и отоларингологов, причем приобретают атипичное течение. Одной из нозоформ является туберкулезный средний отит (ТСО). Если раньше он возникал как вторичный процесс у больных с диссеминированными и другими формами легочного туберкулеза или костно-суставного туберкулеза, то в последнее время все чаще стали появляться случаи туберкулезного отита [3]. В начале 20-го века сообщалось, что туберкулезный средний отит составлял от 3 до 5% случаев хронического гнойного среднего отита [4]. Эпидемиологические исследо-

вания в этом направлении в Украине не проводились.

О туберкулезном отите впервые сообщили в 1853 г., а в 1883 г. этот микроорганизм был впервые обнаружен в выделениях из уха [5]. ТСО – очень редкая причина хронического среднего отита и редко учитывается при дифференциальной диагностике [6]. В литературе преобладают сообщения о редких случаях туберкулеза уха [7-10], но в последние годы стали появляться обзорные статьи по данной нозологической единице [11-13].

Аналогичную статистику заболеваемости ТСО мы наблюдали в клинике оториноларингологии ОНМедУ. Если до 2015 г. встречались эпизодические случаи заболевания, то за последние 5 лет туберкулезный отит диагностирован у 6 лиц, из них 4 случая – в течение последнего года, причем у двух пациентов – с двусторонним поражением среднего уха. Если еще 15 лет назад самая высокая заболеваемость наблюдалась среди пациентов в возрасте старше 30 лет [11], то среди наших пациентов преобладали лица молодого возраста (16-37 лет) и только одна пациентка была в возрасте 62 лет. Среди пациентов преобладали женщины (5 человек).

Патогенез ТСО до сих пор остается спорным. В литературе распространены основные три механизма, объясняющих туберкулезное инфицирование среднего уха: аспирация слизи через слуховую трубу, гематогенная передача из других очагов туберкулеза и контактное распространение через наружный слуховой проход при пер-

форации барабанной перепонки [14]. По данным литературы, первичное поражение среднего уха и сосцевидного отростка выявляется в 0,04-1% всех случаев туберкулеза. Туберкулезная этиология заболевания выявляется в 0,04-2% наблюдений хронического отита и чаще – при активном процессе в легких [15-19]. Нами первичная локализация туберкулеза в среднем ухе выявлена у 2 подростков, ассоциированная с поражением легких – у 4 взрослых больных. При этом у 3 лиц впервые диагностирован ранее перенесенный туберкулез легких в неактивной фазе воспаления. Большинство исследователей полагают, что при абациллярных и неактивных туберкулезных очагах в организме характерен гематогенный путь инфицирования полости среднего уха [15, 20, 21].

При сборе эпидемиологического анамнеза контакт по туберкулезу ни у кого из наших больных не был выявлен. Все пациенты были привиты от туберкулеза. У обследованных больных в анамнезе и в процессе обследования не обнаружено заболеваний, вызывающих иммунодефицит, в том числе ВИЧ инфекции. Продолжительность ушной симптоматики до поступления в стационар составляла от 3 до 6 мес. Первичным симптомом, заставляющим пациента обратиться к отоларингологу, было снижение слуха, низкочастотный шум в ушах. Как правило, на ранних стадиях развития диагностировался тубоотит, по поводу которого проводилось соответствующее лечение в поликлинических отделениях. Спустя 2-4 месяца появлялась незначительная оторрея. Как правило, присутствовали слизистогнойные выделения из уха. Температурная реакция тела отсутствовала. Характерного болевого симптома для острого среднего гнойного отита не было (2 больных), однако оталгия в проекции сосцевидного отростка, чувство «распираания» появлялись в более поздние сроки заболевания, что заставляло пациентов обращаться в стационар (4 пациента). Обращало внимание вялотекущее течение воспалительного процесса в среднем ухе, не укладывающееся в типичное клиническое течение среднего отита, а также временный эффект проводимого лечения или отсутствие такового. В одном случае

течение ТСО осложнилось парезом лицевого нерва.

По литературным данным, туберкулезное поражение сопровождается реакциями трех типов: пролиферацией, экссудацией и альтерацией. Поражение начинается со слизистой оболочки, а при распространении процесса на костные структуры происходит их деструкция. Поэтому первичный туберкулезный аффект в ухе вначале проявляется экссудативным характером воспаления, а затем появляется картина гнойного процесса [15, 22]. В наших наблюдениях превалировало поражение мягкотканых структур среднего уха. Изначально происходила резкая инфильтрация слизистой оболочки, затем – поражение барабанной перепонки. При этом отмечалась полиморфность отоскопической картины. В 3 случаях мы наблюдали 2 перфорации барабанных перепонок, которые быстро сливались в один ее некротический дефект (рис. 1). Причем у одного пациента с двусторонним поражением среднего уха, у которого отит начал развиваться под отоскопической маской гриппозного воспаления, настолько быстро две перфорации слились в одну, что мы не успели зафиксировать характерную отоскопическую картину (рис. 2). Неоднократно крошковидные некротические массы имитировали холестеатомные. Врачи поликлиник направляли пациентов с диагнозом хронический гнойный эпитимпанит, осложненный холестеатомой, и только выявление двух перфораций позволяло заподозрить ТСО (рис. 3).

В наших наблюдениях перфорации локализовались только в натянутом отделе барабанной перепонки. В одном случае течение отита сопровождалось развитием мелких грануляций, гистологическое исследование которых позволило установить диагноз ТСО. У всех пациентов отмечалось выраженное нарушение функции евстахиевой трубы на стороне поражения. При эндоскопическом обследовании полости носа, носоглотки патологических изменений не выявлено.

Исследование слуха в 3 случаях выявило кондуктивный тип тугоухости. Со стороны 5 ушей наблюдалось смешанное снижение слуха с поражением сенсонев-

рального компонента преимущественно на высокие частоты (рис. 4). Кондуктивный компонент составлял, в среднем, 30-40 дБ. Сенсоневральная потеря слуха может быть связана с васкулитом кохлеарных вен, от-

ложениями иммунореактивных комплексов в улитке или наличием гранулематозных тканей, поражающих слуховой нерв [23]. Вестибулярная симптоматика у наших пациентов не была выявлена.



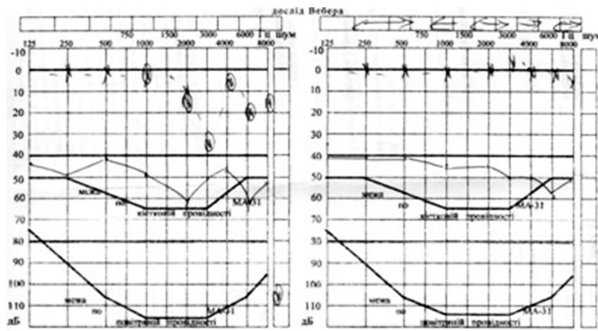
Рис. 1. Пациентка К., 35 лет. Состояние барабанной перепонки: А – при поступлении – 2 перфорации; Б – через 2 недели перфорации слились в одну; В – через 6 мес. от начала лечения – хронический адгезивный отит.



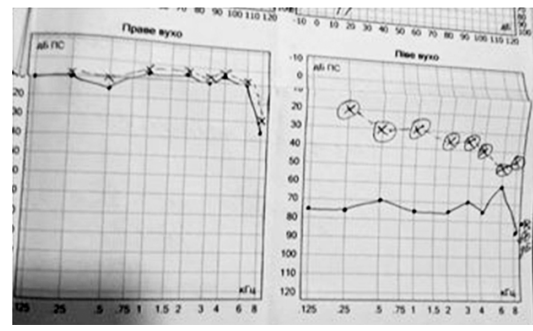
Рис. 2. Пациент П., 16 лет. Состояние барабанной перепонки: А – при поступлении; Б – через 1 мес.



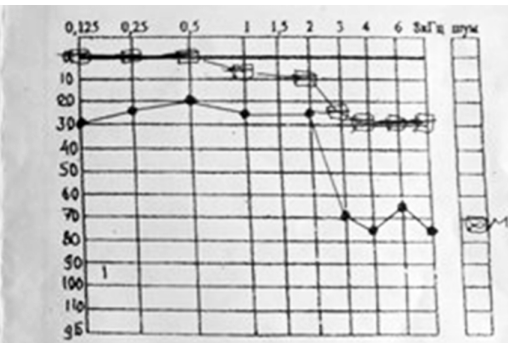
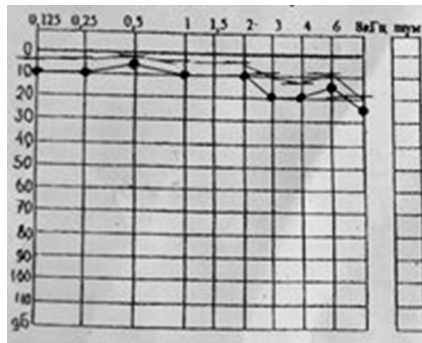
Рис. 3. Пациентка М., 61 г. Состояние барабанной перепонки: А – при поступлении – 2 перфорации; Б – через 2 недели перфорации увеличились в размерах; В – через 1 мес. – субтотальная перфорация.



А



Б



В

Рис. 4. А – аудиограмма пациентки К., 17 лет, двусторонний ТСО; Б – аудиограмма пациентки К., 35 лет, левосторонний ТСО; В – аудиограмма пациентки М., 61 г., левосторонний ТСО.

Практически всем пациентам была выполнена КТ височных костей. У 4 пациентов присутствовал пневматический тип структуры височной кости, у 1 – диплоетический, склеротического типа не было. У 5 больных было выявлено резкое снижение пневматизации барабанной полости и клеток сосцевидного отростка за счет тотального мягкотканого заполнения клеток височной кости на стороне поражения без

очагов воздуха в ячейках сосцевидных отростков (рис. 5, 6). Это согласуется с обзорными литературными данными [11, 24, 25]. Однако в одном случае, возможно на ранней стадии развития ТСО, у 1 пациентки отмечалось наличие воздухоносных клеток в сосцевидном отростке (рис. 7). Костных деструкций височных костей у наших пациентов рентгенологически не определялось.

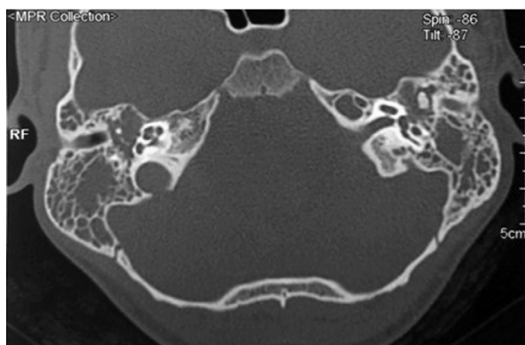


Рис. 5. Пациентка К., 17 лет, двусторонний ТСО.

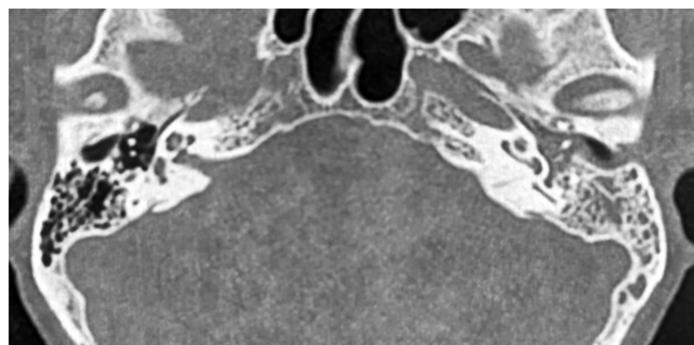


Рис. 6. Пациентка М., 61 г., левосторонний ТСО.

Диагностика ТСО представляет определенную сложность из-за нескольких моментов. С одной стороны, латентное течение мастоидитов достаточно широко распро-

странено в настоящий момент на фоне применения антибиотикотерапии [26]. Туберкулез уха также протекает нередко под маской банального латентного мастоидита. Приме-

ром может послужить история развития ТСО у больной Г., 37 лет. До поступления в клинику длительность среднего гнойного отита составляла 1,5 мес. Лечилась амбулаторно консервативно, получила 4 курса антибиотиков широкого спектра действия. Поступила в клинику с диагнозом подострый средний гнойный отит, латентный мастоидит, осложненный парезом лицевого нерва. На рентгенограмме органов грудной полости патологических изменений со стороны легких не выявлено. Во время операции мастоидотомии в клеточной системе сосцевидного отростка обнаружен экссудативный процесс без признаков выраженного пролиферативного роста. Результаты гистологического иссле-

дования показали хронический воспалительный процесс. В послеоперационном периоде парез лицевого нерва исчез. Однако через неделю после операции у больной появился прогрессирующий рост грануляций в барабанной, трепанационной полостях (рис. 8). Через 2 недели на шее в верхней средней трети кивательной мышцы увеличился умеренно болезненный лимфатический узел. Повторно произведено гистологическое исследование, которое подтвердило диагноз ТСО. Выполнена КТ грудной полости, при которой также диагностировано наличие туберкулезных очагов в легких, которые не были видны на обычной обзорной рентгенограмме ОГК.

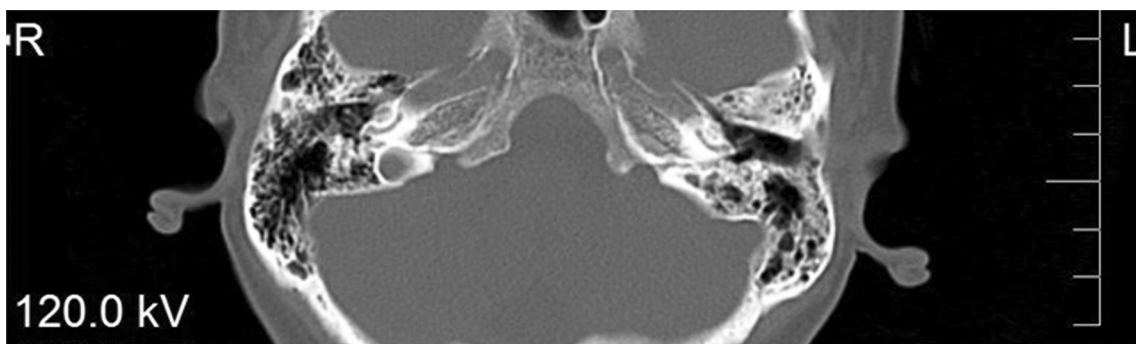


Рис. 7. Пациентка Г., 37 лет, левосторонний ТСО.



Рис. 8. Пациентка К., 37 лет. А – эндоскопическая картина до операции; Б – через 1 нед. после операции.

В условиях ЛОР клиники диагноз ТСО мы устанавливали на основании данных гистологического исследования ткани среднего уха (дооперационного и послеоперационного). Однако и этот метод диагностики не всегда был достоверен. Демонстрацией сказанного может служить отрицательный гистологический послеоперационный ответ в выше описанной истории болезни больной Г., а также случай наблюдения двустороннего ТСО у больной К, 17 лет. До поступления в клинику у пациентки длительность двустороннего гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом, составляла 6 мес. Произведена операция двусторонняя мастоидотомия. Гистологическое исследование на наличие туберкулеза отрицательное. Через 4 мес. возник рецидив гнойного процесса, повторно произведена операция двусторонняя мастоидэктомия. Гистологическое заключение – хронический воспалительный процесс. На фоне системного применения антибиотикотерапии достигнута временная ремиссия воспалительного процесса, однако через 7 мес. у больной возобновилось гноетечение из ушей с развитием двустороннего некротического наружного отита. Результаты бактериологического исследования показывали наличие неспецифической бактериальной и грибковой флоры. Проводимое лечение – без эффекта. Консультирована в ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины». Был также установлен предположительный диагноз ТСО, однако при бактериологическом исследовании кислотоустойчивых бактерий в ушах не выявлено. Рекомендовано выполнение хирургического вмешательства с целью повторного гистологического анализа. Лишь очередное исследование грануляций из трепанационной полости позволило установить диагноз двусторонний ТСО. Больная направлена для обследования и лечения в тубдиспансер, где была выполнена КТ легких. Признаков активного или перенесенного туберкулеза не выявлено.

Эти демонстрации позволяют предположить, что на фоне предварительно проведенных неоднократных курсов местного и системного лечения антибиотиками широкого спектра действия возбудитель и кос-

венные признаки туберкулеза временно исчезают или сосредоточены далеко не во всех тканях среднего уха, что приводит к отрицательным результатам бактериологической и гистологической диагностики. Тем более, что у 2 пациентов подросткового возраста с двусторонними ТСО (16 и 17 лет) КТ признаков первичного туберкулеза легких не выявлено. Демонстрируемые случаи указывают, что даже отрицательные результаты комплексного обследования не должны снимать подозрение на диагноз ТСО. Это утверждение согласуется с данными многих авторов, которые утверждали, что гистологическое исследование удаленных тканей позволяло диагностировать туберкулез у 18% пациентов [12]. Тем не менее, даже этот метод имеет ложноотрицательные результаты у 10% с первой попытки [27]. Выявление только клеток Пирогова-Лангханса или некротической гранулемы может свидетельствовать о других заболеваниях [28]. Только определение туберкулезной гранулемы, которая характеризуется специфическим клеточным составом, характером расположения клеток (лимфоцитов, эпителиоидных и многоядерных гигантских клеток Пирогова-Лангханса) и зоной казеозного некроза позволяет установить диагноз.

После направления пациентов в центр социально значимых болезней им проводилось дополнительное обследование: бактериоскопия промывных вод из уха и Хpert MBT/Rif, посев на плотную среду Левенштейна-Йенсе. Аналогично проводилось исследование трахеобронхиальной мокроты, КТ органов грудной полости.

Хирургическое лечение было принято только в 2 случаях: у пациентки К., 17 лет, с двусторонним ТСО, и пациентки Г., 37 лет с ТСО, осложненным парезом лицевого нерва. При отсутствии специфического лечения в первом случае хирургическое вмешательство не дало долгосрочного эффекта и привело к рецидивам заболевания. Во втором случае хирургическое вмешательство вызвало резкую активацию туберкулезного процесса в ухе и регионарных лимфатических узлах. Остальным пациентам была проведена только специфическая консервативная терапия. У всех паци-

ентов объем проводимой терапии зависел от полученных результатов чувствительности микобактерии туберкулеза. При чувствительной флоре, согласно приказу №530 от 25.02.2020 «Об утверждении стандартов здравоохранения при туберкулезе» курс лечения длился 6 мес., из которых интенсивная фаза составляла 2 мес., поддерживающая – 4 мес. При устойчивой флоре туберкулеза курс лечение длился 20 мес., из которых интенсивная фаза составляла 7 мес., поддерживающая – 13 мес. Также терапия дополнялась местным применением противотуберкулезных препаратов согласно чувствительности микрофлоры и кортикостероидов. Результаты химиотерапии привели к излечению 3 пациентов в течение 6 мес. Еще 3 пациента продолжают терапию,

из них в 2 случаях выражена положительная динамика. У 1 пациентки с резистентной микобактерией туберкулеза сохраняются активные признаки воспалительного процесса в ухе, предположительно курс лечения будет продлен до 20 мес.

В случае излечения у 2 пациентов сохранялись сухие центральные перфорации барабанных перепонок (рис. 9) либо формировался хронический адгезивный средний отит (рис. 1В). При наличии перфорации целостность барабанной перепонки самостоятельно не восстанавливалась. В одном случае была произведена операция тимпанопластики (ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Коломийченко НАМН Украины», отдел микрохирургии уха и отонейрохирургии) (рис. 10).



Рис. 9. Пациентка К., 17 лет, двусторонний ТСО.

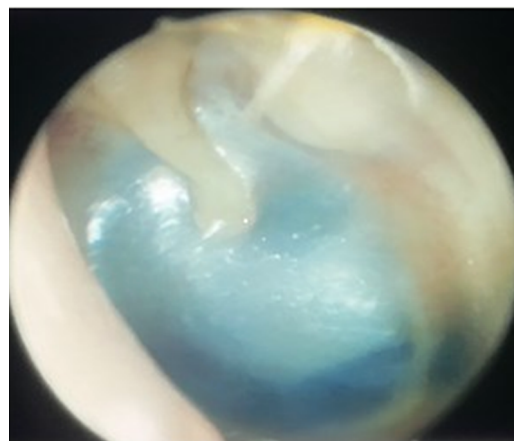


Рис. 10. Пациентка Б., 32 лет, левосторонний ТСО, состояние после тимпанопластики.

Причиной сложности диагностики ТСО может быть низкая врачебная настороженность в постановке данного диагноза, нередко – отсутствие семейного анамнеза или зафиксированных контактов пациентов, отсутствие легочных проявлений туберкулеза вообще или по данным обзорной рентгенограммы органов грудной полости, полиморфность отоскопической картины. Отрицательные результаты бактериологического, цитологического и гистологического исследований при наличии клиники вялотекущего или рецидивирующего течения острого среднего отита должны настораживать врача на возможность наличия туберкулезной инфекции в ухе, что требует повторных

или дополнительных исследований. Позднее начало лечения может к серьезным осложнениям, таким как парез лицевого нерва, лабиринтит, нарушению слуха, в том числе по сенсоневральному типу, а также внутричерепному распространению инфекции [3, 29]. Операцию необходимо выполнять только при угрозе или наличии этих осложнений. В неосложненных случаях хирургическое вмешательство может привести к активации роста туберкулезных гранулем, болезни трепанационной полости, наружного уха. Ранняя диагностика и последующая противотуберкулезная химиотерапия предотвращает развитие дальнейших осложнений.

1. Global tuberculosis report 2019. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241565714>.
2. [Tuberculosis in Ukraine. Analytical and statistical reference book of the State Institution "Center for Public Health of the Ministry of Health of Ukraine"]. Kiev; 2019. 45 p. Available from: <https://phc.org.ua/kontrol-zakhvoryuvan/tuberkuloz/statistika-z-tb/analitichno-statistichni-materiali-z-tb>. [In Ukrainian].
3. Ignatieva VI, Starkova OM, Zaykov SV, Gumenyuk GL. Organization of diagnostics and treatment of tuberculous otitis media. Materials of the scientific-practical conference "Current issues of management of patients with chemioresistant tuberculosis at stationary and ambulatory stages". Ukrainian Pulmonology Journal. 2018;(1д):22-3. [Article in Ukrainian].
4. Pedro V, Crisanto C, Nicolas GS, Torcuato L, Ascensión L. Tuberculosis Otitis Media: A Significant Diagnostic Challenge. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(6):759-66. doi: 10.1016/j.otohns.2003.12.021.
5. Awan MS, Salahuddin I. Tuberculous otitis media: two case reports and literature review. Ear Nose Throat J. 2002;81(11):792-4.
6. Chirch LM, Ahmad K, Spinner W, Jimenez VE, Donelan SV, Smouha E. Tuberculous otitis media: report of 2 cases on Long Island, N.Y., and a review of all cases reported in the United States from 1990 through 2003. Ear Nose Throat J. 2005;84(8):488, 490, 492 passim.
7. Shramko AN. [Acute tuberculous otitis media complicated by facial nerve paresis]. Zhurnal usnyh, nosovyh i gorlovyh boleznej. 2013(2):75-80. [Article in Russian].
8. Barkanova ON, Gagarina SG, Kaluzhenina AA. [Tuberculous medium otitis: clinical example]. Journal of VolgSMU. 2020;76(4):103-5. [Article in Russian]. Available from: <https://www.volgmed.ru/uploads/journals/articles/1609243246-vestnik-2020-4-3804.pdf>.
9. Shabaldina EV, Tikhonyuk VP, Akhtyamov DR, Ilyasova LV, Shabaldin AV. [Clinical case of primary middle ear tuberculosis in early childhood]. Russian otorhinolaryngology. 2012;57(2):218-9. [Article in Russian].
10. Ma KH, Tang PSO, Chan KW. Aural Tuberculosis. Am J Otol. 1990;11(3):174-7.
11. Cho Y-S, Lee H-S, Kim S-W, Chung K-H, Lee D-K, Koh W-J, Kim M-G. Tuberculous otitis media: A clinical and radiological analysis of 52 patients. Laryngoscope. 2006;116(6):921-7. doi: 10.1097/01.mlg.0000214861.87933.00.
12. Krukov AI, Garov EV, Ivoilov AIu, Shadrin GB, Sidorina NG, Lavrova AS. [The clinical manifestations and diagnostics of otitis media caused by tuberculosis]. Vestn Otorinolaringol. 2015;80(3):28-34. <https://doi.org/10.17116/otorino201580328-34>. [Article in Russian].
13. Windle-Taylor P, Bailey C. Tuberculous otitis media: a series of 22 patients. Laryngoscope. 1980;90(6 Pt 1):1039-44. doi: 10.1002/lary.1980.90.6.1039.
14. Sens PM, Almeida CI, Valle LO, Costa LH, Angeli ML. Tuberculosis of the ear, a professional disease? Braz J Otorhinolaryngol. 2008;74(4):621-7. doi: 10.1016/s1808-8694(15)30614-5.
15. Chumakov FI, Deryugina OV. [ENT organs and tuberculosis]. Moscow: Medicine; 2004. 159 p. [In Russian].
16. López SL, Ayala I, Suarez J, Malagyn J, Nellen H, Halabe J, Piscioti L. Otitis media tuberculosa. An Med (Mex) 2005;50(1):30-34. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abc/bc-2005/bc051f.pdf>.
17. Khuzwayo Z, Naidu T. Head and neck tuberculosis in KwaZulu-Natal, South Africa. J Laryngol Otol. 2014;128(1):86-90. doi: 10.1017/S0022215113003435.
18. Benavides GM, Morera FH, Saiz V, Mateos M, Collado D, Pérez A, Morera PC. [Primary tuberculous otitis media]. Acta Otorinolaringol Esp. 2000;51(3):255-8. [Article in Spanish].
19. Bhalla R, Jones T, Rothburn M, Swift A. Tuberculous otitis media – a diagnostic dilemma. Auris Nasus Larynx. 2001;28(3):241-3. doi: 10.1016/s0385-8146(00)00114-0.
20. Gyusan AO, Uzdenova RKh. [Bilateral tuberculous otitis media complicated with labyrinthine hypoacusis and bilateral paresis of the facial nerve]. Vestn Otorinolaringol 2008;(3):61-2. [Article in Russian]. Available from: <https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2008/3/>.
21. Glover S, Tranter R, Innes J. Tuberculous otitis media – a reminder. J Laryngol Otol. 1981; 95(12):1261-4. doi: 10.1017/s0022215100092112.
22. Vaamonde P, Castro C, Garcia-Soto N, Labella T, Lozano A. Tuberculous otitis media: a significant diagnostic challenge. Otolaryngol Head Neck Surg. 2004;130(6):759-66. doi: 10.1016/j.otohns.2003.12.021.
23. Vital V, Printza A, Zaraboukas T. Tuberculous otitis media: a difficult diagnosis and report of four cases. Pathol Res Pract. 2002;198(1):31-5. doi: 10.1078/0344-0338-00181.
24. Ignatieva VI, Zaikov SV, Nikolayeva OD, Svyatnenko VA. [Application of temporal bones computer tomography for tuberculosis otitis of media diagnostic and assessment of efficacy treatment]. Tuberculosis, lung diseases, HIV infection. 2016;2(25):85-91. [Article in Ukrainian].



25. Cavallin L, Muren C. CT findings in tuberculous otomastoiditis. A case report. *Acta Radiol.* 2000;41(1):49-51.
26. Bezeha MI. [Improving the efficacy treatment of patients with acute otitis media, complicated by mastoiditis, using modified conservative and surgical techniques] [dissertation]. Kyiv, UA; SI «Ins-te of otolaryngology of NAMS»; 2018. 23 p. [In Ukrainian].
27. Singh B. Role of surgery in tuberculous mastoiditis. *J Laryngol Otol.* 1991;105(11):907-15. doi: 10.1017/s0022215100117797.
28. Kiminyo K, Levi C, Krishnan J, Garro J, Lucey D. Tuberculous otitis media and mastoiditis (instructional cases). *Infectious Diseases in Clinical Practice.* 2001;10(9):491-2. Available from: [https://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2001/12000/Tuberculous\\_Otitis\\_Media\\_and\\_Mastoiditis.7.aspx](https://journals.lww.com/infectdis/Fulltext/2001/12000/Tuberculous_Otitis_Media_and_Mastoiditis.7.aspx).
29. Bhalla RK, Jones TM, Rothburn MM, Swift AC. Tuberculous otitis media – a diagnostic dilemma. *Auris Nasus Larynx.* 2001;28(3):241-3. doi: 10.1016/s0385-8146(00)00114-0.

Поступила в редакцію 02.08.2021

© С.М. Пухлик, О.В. Титаренко, Н.В. Сушко, А.П. Щелкунов, 2021

## ТУБЕРКУЛЬОЗНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ: АКТУАЛЬНІСТЬ ПРОБЛЕМИ

*Пухлік СМ, Титаренко ОВ, Сушко НВ, Щелкунов АП  
Одеський національний медичний університет, Україна  
Email: lor@te.net.ua*

### *А н о т а ц і я*

**Мета дослідження:** з'ясування особливостей перебігу, діагностики та принципів лікування туберкульозного середнього отиту в сучасних умовах.

**Матеріали та методи:** З 2015 по 2020 рр. виявлено 6 випадків (8 вух) туберкульозного ураження середнього вуха та соскоподібного відростка. Для діагностики використовувались клінічні, рентгенологічні, бактеріологічні, патоморфологічні методи дослідження.

**Результати:** Первинна локалізація туберкульозу у середньому вусі виявлена у 2 хворих, асоційована з ураженням легень – у 4. У всіх обстежених захворювання протікало у вигляді гнійного перфоративного середнього отиту з поліморфною отоскопічною картиною. Терміни встановлення діагнозу склали від 6 місяців до 1,5 року з моменту початку захворювання, що свідчить про складність діагностики туберкульозної етіології захворювань середнього вуха.

**Ключові слова:** туберкульоз, середній отит.

## TUBERCULOSIS OTITIS MEDIA: PROBLEM RELEVANCE

*Pukhlik SM, Titarenko OV, Sushko NV, Shchelkunov AP  
Odessa National Medical University, Ukraine  
Email: lor@te.net.ua*

### *A b s t r a c t*

**Aim:** currently clarification of the course characteristics, diagnosis and treatment principles of tuberculosis otitis media.

**Materials and methods:** The study included 6 cases (8 ears) of tuberculosis otitis media and mastoid process from 2015 to 2020. Clinical, radiological, bacteriological, pathomorphological studies were used for diagnostics.

**Results:** Primary localization of tuberculosis in the middle ear was found in 2 patients. In 4 patients tuberculosis middle otitis associated with lung affection. The disease manifested in the form of purulent perforated otitis media with a polymorphic otoscopic picture in all examined patients. The terms of the diagnosis were from 6 months to 1.5 years since the onset of the disease. This indicates the complexity of diagnosing the tuberculous etiology of the middle ear disease.

**Key words:** tuberculosis, otitis media.