

A-31877

ARATRUUK  
ОТТИСК

TARTU RIIKLIKU ÜLIKOOLI TOIMETISED  
УЧЕННЫЕ ЗАПИСКИ  
ТАРТУСКОГО ГОСУДАРСТВЕННОГО УНИВЕРСИТЕТА

ALUSTATUD 1893. a.

VIHK 141 ВЫПУСК

ОСНОВАНЫ в 1893 г.

ARSTITEADUSLIKKE TÕID  
ТРУДЫ ПО МЕДИЦИНЕ  
VI



TARTU 1963





## ARHIIVKOGU

### VASTSÜNDINUTE JA IMIKUTE KESKKÕRVA PATOMORFO- LOOGIAST SEoses KLIINILISTE ANDMETEGA

U. Podar ja V. Särgava

Patoloogilise anatoomia kateeder ning otorinolarüngoloogia ja oftalmoloogia  
kateeder

Vastsündinute ja imikute otiitide probleemid on seni rohkemini lahtisi küsimusi. Tuginedes lahanguandmetele, on nendes eagrupidest leitud otiite väga sageli, isegi 100% (J. S. Tjomkin [1], S. I. Agroskin [2], J. V. Solomonov [3] jt.). Elupuhuselt diagnoositakse otiite märksa harvemini. Diferentsi selgitamiseks lahanguleiu ja kliiniliste tähelepanekute vahel kasutatakse ühelt poolt latentse otiidi terminit, mille all näit. J. V. Solomonov mõistab olukorda, kus keskkõrvaõõnes leidub eksudaati kohalike ning üldiste haigusnähtude puududes. Teised autorid (D. I. Tarassov [4]) arvavad, et patoloog-anatoom ei saa otsustada otiidi sageduse üle, sest vastsündinutel on trummiõõnes peaaegu alati mingisugust sisaldist, kõige sagedamini müksoidset kude. Et müksoidse koe taandareng on aeganõudev protsess ja vältab kogu 1. eluaasta (A. Eckert-Möbius [5]), peab see D. I. Tarassovi seisukoht puudutama meie arvates mitte ainult vastsündinuid, vaid ka imikuid.

Erilise teravuse omandab vastsündinute ja imikute otiidi küsimus seetõttu, et nendes eagruppides võib koos otiidiga esineda ohtlik toksiline seede- ja toitehäire. Sellega seoses kerkib üles küsimus otiidi osast toksikoosi tekkes ning ühtlasi küsimus keskkõrvaprotsessi operatiivse ravi vajalikkusest ja otstarbekusest. Et antrotoomia rakendamisse tuleb suhtuda ettevaatusega, näitab toksikoosis laste kõrge suremus selle operatsiooni puhul (50—70% või veelgi enam) (S. I. Agroskin [2], N. S. Rosenblat ja E. A. Rahmel [6], J. I. Jaroslavski [7] jt.). Ometi ilmneb tendents allutada antrotoomiale toksiliste seede- ja toitehäirete puhul tunduv osa lastest ka otiidi kliiniliste nähtude puudumisel. Seejuures leitakse operatsioonil keskkõrvaõõnes sageli ainult vähe sisaldist.

Käesolev töö taotleb 1) selgitada, kuidas postmortaalsel makroskoopilisel vaatlusel antud hinnang laste trummiõõnte seisundi kohta vastab täpsema histoloogilise uurimise tulemustele, ja

2) selgitada, missugune seos on otiidi elupuhuse diagnoosi ja esinevate histoloogiliste muutuste vahel. Küsimusele lähenemiseks on keskkõrva histoloogiliselt uuritud 19-l Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuris 1958. a. lahatud lapsel. Saadud andmeid kõrvutatakse haiguslugude töötlemisel saadud otoloogiliste ja postmortaalsel makroskoopilisel vaatlusel saadud andmetega.

Lahangul avati keskkõrvaõõned ja toimetati nende vaatlus (osal juhtudest viis selle läbi dots. E Siirde). Histoloogilisele uurimisele võeti 24 oimuluud 19 lapselt. Seega võeti uurimisele enamasti ainult 1 oimuluu (ja nimelt see, kus makroskoopilisel vaatlusel olid muutused tugevamad), 5 juhul mõlemad oimuluud. Fiksatsioon toimus «susa's», dekaltsineerimine triklooräädikhappes. Kasutati tselloidiinisestust. Trummiõõnt sisaldav oimuluu osa lõigati vertikaalses suunas 15 mikroni paksusteks lõikudeks. Värvimisele võeti lõigud 1-millimeetriliste vahemikkude järel. Värvingud: van Gieson, hematoksüliin-eosiin.

K. Wittmaack [8] eristab imikutel hüperplastilist, eksudatiivset ja hüperplastilis-eksudatiivset otiiti. Ka meie oma materjali töötlusel tuginesime sellele klassifikatsioonile.

Hüperplastilist otiiti vaatlevad Wittmaack jt. kui pikaldaselt kulgevat vöörkehapöletikku, mis tekib sünnitusel lootevee ja selle võimalikkude koostisosade (juustundvöie, mekoonium) või esimestel elukuudel oksemasside sattumisest trummiõõnde. Hiljem võivad lisanduda ka väheviruslikud mikroobid, mis ei kutsu esile nimetamisväärset muutust haiguspildis. Pöletikunähtudest on esiplaanil proliferatsioon. Trummiõõnde ilmunud limasessa valgeliblessid sisaldavasse eksudaati vohab peatselt limaskestast väätidena granulatsioonkude, mis organiseerib eksudaadi. Epiteelialuse müksoidse koe taandareng tõkestub. See kude võib prolifereruda, põhjustades limaskesta paksenemist ning kurdude teket. Limaskestas on hüperemia ja pöletikuline infiltratsioon. See otiidi vorm on imikutel kõige sagedasem. Kulgedes latentselt, ei anna ta kliiniliselt ei üldisi ega lokaalseid nähte ning pole seetõttu elupuhusel diagnoositav.

Eksudatiivset otiiti kutsuvad Wittmaacki järgi esile virulentsed mikroobid. Esiplaanil on eksudatsioon. Proliferatsiooninähtud puuduvad. Eksudaat trummiõõnes on algul seroosne, muutudes edaspidi mädaseks. Limaskestas on pöletikuline infiltratsioon ja hüperemia, kuid limaskest on eale vastava paksusega. Puhtal kujul esineb see pöletiku vorm harva. Enamasti kutsub ta esile karakterseid kliinilisi nähte.

Märksa sagedasem eksudatiivsest otiidist on Wittmaacki järgi mõlema kirjeldatud pöletikutüübi segavorm, hüperplastilis-eksudatiivne otiit. See sugeneb, kui kroonilise kuluga hüperplastilisele otiidile lisandub ägedat eksudatiivset pöletikku esilekutsuv nakkusvirulentsete mikroobidega.

Vanuse järgi jagunevad meie poolt histoloogilisele uurimisele

võetud juhud järgmiselt: 1) vastsündinuid 8; 2) imikuid 10; 3) üks 1,5-aastane laps.

Vaatleme leide nende eagruppide järgi eraldi.

Vastsündinute st olid 2 surnult sündinud, 5 elasid kuni 2 päeva ja üks elas 12 päeva. Surma põhjuseks oli peamiselt enneaegsus, sünnitrauma või arengurikked. Otskoopia oli kõikidel teostamata. Otiiti ei diagnoositud ühelgi juhul ei kliiniliselt ega anatoomiliselt. Lahangul leiti kõikidel trummiõones vähesel hulgal limast vedelikku.

Histoloogilisel uurimisel ei leitud põletiknähte 6 vastsündinul. Ühel juhul (laps elas 14 tundi) leidis algava eksudatiivse põletiku nähte limaskesta mõõduka põletikulise infiltratsiooni ja seroosmädase eksudaadi näol. Teisel juhul (laps elas 12 päeva) oli kerge hüperplastiline põletik. Võrreldes trummiõonte lahanguleide põletikuga ja põletikuta juhtudel pärast histoloogilise uurimise lõpetamist, ei olnud võimalik leida pidepunkte nende juhtude eristamiseks makroskoopilise leiu alusel.

Mõnel vastsündinul, kelle keskkõrva seisund hinnati normaalseks, võis mikroskoopilisel uurimisel leida trummiõones vähesel hulgal seroosset vedelikku, milles oli paiguti ka segmenttuumalisi

Imikute keskkõrvade kliiniliste, anatoomiliste ja histoloogiliste diagnooside võrdlus

Lahangu nr.	Vanus	Põhihaigus	Otskooperimine	Keskkõrvade seisund			
				Parem Vasak	Kliiniline diagnoos	Anatoomiline diagnoos	Histoloogiline diagnoos
57.	3 k.	Düsenteeria	+	p v	kat. põl. kat. põl.	mäd. põl. mäd. põl.	hüp.-eks. põl. hüp.-eks. põl.
97.	7 n.	Pülorostenooos	-	p v	— —	— —	hüperpl. põl. —
129.	5 n.	Bronhopneumoonia	+	p v	— —	— —	normaalne normaalne
139.	4.5 k.	Düsenteeria (toksiline)	+	p v	mäd. põl. mäd. põl.	mäd. põl. mäd. põl.	eksudat. põl. eksudat. põl.
155.	6 k.	Düsenteeria (toksiline)	+	p v	— —	— —	hüp. (-eks.) põl. —
163.	1,5 k	Sepsis. Kopsu-põletik	-	p v	— —	— —	normaalne
177.	9 k.	Maksatsirroos	-	p v	— —	kat. põl. kat. põl.	hüp. -eks. põl. —
178.	5 k.	Leetrid	+	p v	mäd. põl. mäd. põl.	kat. põl. mäd. põl.	hüp. -eks. põl. hüp. -eks. põl.
198.	1,5 k	Läkakõha. Kopsupõletik	-	p v	— —	— —	hüperpl. põl. —
230.	5 k.	Toksiline düs-pepsia	+	p v	— —	— —	— hüperpl. põl.

rakke. Et limaskesta põletikuline infiltratsioon ja tugevam hüpe-  
reemia puudusid, siis ei saa sellist vähese vedeliku leidu pidada  
põletiku tunnuseks ja tuleb otsida teisi võimalusi vedeliku päritolu  
selgitamiseks. Arvesse võiks tulla esmajoones sissevalgumine  
ninaneelust agoonias või pärast surma.

Ühel vastsündinul oli trummiõones lootevee osiseid. Põletiku-  
nähte ei leidunud. See laps elas ainult 3 tundi.

I m i k u i d oli materjalis 10, vanusega 5 nädalast kuni 9 kuuni.  
Põhihaiguseks oli 3 juhul düsenteeria, teistel toksiline düspepsia,  
kopsupõletik jt. (vt. tabel). Otskopeeritud oli 6 imikut. Kliiniliselt  
diagnoositi otiiti 3 juhul (kõik otskopeeritud). Lahangul leiti otiiti  
4 imikul (neist 1 otskopeerimata).

Histoloogiliselt osutus trummiõonte seisund normaalseks 2  
juhul (joonis 1). Neist ühel tehti 1 päev enne surma paratsentees,  
kuigi otoskoopiline leid oli normis. Paratsenteesil mingisugust  
sisaldist ei väljunud. Teine juht on otskopeerimata. Otiiti ei  
diagnoositud kummalgi juhul ei kliinikus ega lahangul.

Hüperplastiline otiit esines histoloogiliselt 3 imikul (joonis 2).  
Elupuhuselt otskopeeriti neist ainult üht; tal leiti kuulmekilede  
tuhmumist. Teostatud paratsenteesil eritust ei olnud. Kõikidel  
hüperplastilise põletiku juhtudel puudus otiit nii kliinilises kui ka  
anatomilises diagnoosis. Tuleb märkida, et makroskoopilisel  
vaatlusel ei tulnud nähtavale selgemat erinevust normaalse kesk-  
kõrva ja hüperplastilise otiidi vahel. Mõlematel oli trummiõõs  
lahangul tühi või sisaldas vähe limast vedelikku, limaskest oli  
enamasti kahvatu (ainult ühel hüperplastilise otiidi juhul intensiiv-  
semalt hüpereemiline).

Eksudatiivset otiiti leiti histoloogiliselt ühel juhul (joonis 3).  
Otskoopia oli tehtud ning otiit sedastatud nii kliinikus kui ka  
lahangul.

Põletiku segavorm, hüperplastilis-eksudatiivne otiit, esines  
4 imikul (joonis 4). Otskoopia oli teostatud 3 juhul. Otiit oli  
kliiniliselt ära tuntud 2 korral, lahangul 3 korral (neist üks otos-  
kopeerimata). Otskoopiale vaatamata nii kliinikus kui ka lahan-  
gul diagnoosimata jäänud hüperplastilis-eksudatiivse otiidi puhul  
oli põletiku eksudatiivne komponent alles algjärgus.

Imikute keskkõrvade histoloogilisel uurimisel tehtud tähele-  
panekutest võiks märkida, et ühel hüperplastilis-eksudatiivse põle-  
tiku juhul oli lisandunud ühepoolne mastoidiit. Ühel hüperplastilise  
otiidi juhul oli trummiõõs täidetud verega. Sellel imikul oli 3 päeva  
enne surma teostatud paratsentees.

Uurimisele võetud 1,5-aastaselt lapsel esines histoloogiliselt  
mõlemapoolne hüperplastilis-eksudatiivne otiit. Kliiniliseks põhi-  
diagnoosiks oli bronhopneumoonia. Teostatud otskoopia alusel oli  
diagnoositud ka ühepoolset katarraalset otiiti. Sellel lahangul  
trummiõõnt ei avatud elundi terviklikkuse säilitamiseks.

Kokkuvõttes selgub, et otiit on varases lapseas sagedane

haigus, mille võimalust tuleb arvestada juba vastsündinutel. Eriti sagedasti esineb otiiit imikueas surmaga lõppenud haiguste puhul. Ometi on teataval osal imikueas surnutest (meil 2 juhtu 10-st) keskkõrvade seisund normaalne.

Imikutel tugineb otiiidi diagnoos suurel määral otoskoopilisele leiule. Kui väljakujunenud eksudatiivne või hüperplastilis-eksudatiivne põletik annab otoskoopilisi muutusi ja on elupuhuselt diagnoositav, siis hüperplastilise otiiidi eristamisega keskkõrvade normaalsest seisundist on raskusi nii kliinikus otoskoopia alusel kui ka lahangul. Tartu Linna Kliinilise Haigla prosektuuris on limase vedeliku minimaalse või vähese hulga leidumist trummiõones vaadeldud kui normi piiridesse kuuluvat nähtu. Tuleb arvata, et autorid, kes imikute lahangutel on avastanud 100% otiiite, on lugenud isegi vähest sisaldust alati otiiidi tunnuseks. Meie andmetel ei ole kahtlust, et nii on peetud otiidiks ka tunduva osa histoloogiliselt normaalsest keskkõrvade seisundit.

Puudutame siin ka küsimust otiiidi osast toksikoosi tekkes ja selle ravi näidustusi, kasutades mõningaid meie tööst tulenevaid andmeid. Ei tohiks olla kahtlust, et eksudaadi kogunemisega kulgevat ägedat otiiiti (histoloogiliselt eksudatiivne või hüperplastilis-eksudatiivne otiiit) tuleb vaadelda kui võimalikku kollet toksikoosi tekkeks. Nagu märgitud, annavad sellised otiidid otoskoopilisi muutusi ja on esmajoones sellele meetodile tuginedes elupuhuselt diagnoositavad. Vajaliku ravi, mis võib olla ka operatiivne, peab igal üksikul juhul määrama kliiniliste andmete analüüs. Teisest küljest aga negatiivse otoskoopilise leiuga kulgeva kroonilise hüperplastilise otiiidi osas toksikoosi põhjustajana võib kahelda. Tuleb meenutada, et Wittmaack /8/ jt. vaatlevad hüperplastilist otiiiti kui krooniliselt kulgevat võõrkehapõletikku, mille puhul eksudatsioon on tagaplaanil ning aset leiavad peamiselt proliferatiivsed muutused. Seejuures on vaja silmas pidada ka seda, et osal juhtudest on imikutel negatiivse otoskoopilise leiu taga täiesti normaalne keskkõrv. Seega tuleb negatiivse otoskoopilise leiu puhul arvestada eksudaadi puudumist trummiõones. Antrotoomiale ei saa nendel juhtudel järgneda eksudaadi voolust ja seega operatsioon ei täida oma otstarvet (hüperplastilise otiiidi puhul) või osutub liigseks traumaks (normaalse keskkõrva puhul).

## Järeldused

1. Makroskoopilisel vaatlusel saab diagnoosida väljakujunenud eksudatiivseid ja hüperplastilis-eksudatiivseid otiiite. Kutsudes esile otoskoopilisi muutusi, on need otiiidi vormid ka kliiniliselt avastatavad.

2. Hüperplastiline otiiit ja eksudatiivse otiiidi algavad juhud on jäänud meie materjalis avastamata nii kliinilisel uurimisel kui ka lahangul.

3. Hüperplastilise otidi ja trummiõõnte normaalse seisundi eristamiseks makroskoopilisel vaatlusel ei ole kindlaid kriteeriume. Seepärast võib nendele seisunditele antav hinnang olla ekslik, sest ta on eesmärges vaatleja subjektiivsusest suhtumisest küsimusse. Histoloogilise uurimise andmetel ei osutu vähesel sisalduse leidumine imikute (ja eriti vastsündinute) trummiõõnes alati põletiku tunnuseks.

#### KIRJANDUS

1. Темкин, Я. С., Острый отит и его осложнения, Москва 1955.
2. Агроскин, С. И., Вестн. ото-рино-ларингол., 1946, 8, 4, 30—35.
3. Соломонов, Е. В., Вестн. ото-рино-ларингол., 1947, 9, 3, 48—54.
4. Тарасов, Д. И., Вестн. ото-рино-ларингол., 1956, 18, 4, 55—59.
5. Eckert-Möbius, A., Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie von F. Henke und O. Lubarsch, Bd. 12, Berlin 1926, 1—101.
6. Розенблат, Н. С., Рахмель, Э. А., Вестн. ото-рино-ларингол., 1946, 8, 6, 45—53.
7. Ярославский, Е. И., Возрастная морфология височной кости и заболевание среднего уха в раннем детстве, Омск, 1946.
8. Wittmaack, K., Handbuch der speziellen pathologischen Anatomie und Histologie von F. Henke und O. Lubarsch, Bd. 12, Berlin 1926, 102—379.

### О ПАТОМОРФОЛОГИИ СРЕДНЕГО УХА НОВОРОЖДЕННЫХ И ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ В СВЯЗИ С КЛИНИЧЕСКИМИ ДАННЫМИ

У. Подар и В. Сяргава

#### Резюме

Целью нашей работы является выяснить, в какой мере оценка состояния барабанной полости новорожденных и грудных детей, данная при макроскопическом посмертном исследовании, соответствует данным более точного гистологического исследования, и какова связь между прижизненным диагнозом отита и установленными гистологическими изменениями. Гистологически исследовали среднее ухо в 19 секционных случаях и проработали соответствующие истории болезни с отологической точки зрения.

Выяснилось, что при макроскопическом осмотре возможно установить выраженные экссудативные и гиперпластически-экссудативные отиты. Вызывая отоскопические изменения, устанавливают эти формы отита уже прижизненно. Гиперпластический отит и начинающиеся формы экссудативного отита остались в нашем материале неустановленными как при клиническом ис-

следовании, так и на вскрытии. Для различения гиперпластического отита и нормального состояния барабанной полости при макроскопическом осмотре ясных критериев не существует. Так как различие этих обеих возможностей зависит прежде всего от субъективного отношения исследователя к данному вопросу, возможна ошибочная оценка состояния среднего уха. По данным гистологического исследования, небольшое скопление содержимого в барабанной полости у грудных детей (а в особенности у новорожденных) не является всегда признаком воспалительного процесса.

Высказывается мнение, что при отсутствии отоскопических изменений следует считаться с отсутствием экссудата в барабанной полости. Антротомия в этих случаях не может вызывать выделения экссудата и таким образом не достигает своей цели (при гиперпластическом отите) или является напрасной травмой (при нормальном среднем ухе).

## ÜBER DIE PATHOMORPHOLOGIE DES MITTELOHRES DER NEUGEBORENEN UND SÄUGLINGE IM ZUSAMMEN- HANGE MIT DEN KLINISCHEN DATEN

U. Podar und V. Sărgava

### Zusammenfassung

In unserer Arbeit wollten wir feststellen, inwieweit die Beurteilung des Zustandes des Mittelohres bei Neugeborenen und Säuglingen, wie sie bei der makroskopischen postmortalen Untersuchung gegeben wird, mit den Resultaten der exakteren histologischen Untersuchung übereinstimmt, und welches die Beziehungen zwischen der klinischen Diagnose der Mittelohrentzündung und den festgestellten histologischen Veränderungen sind. Zu diesem Zweck wurde das Mittelohr von 19 Sektionsfällen histologisch untersucht, und die entsprechenden Krankengeschichten wurden vom otologischen Standpunkt aus ausgewertet.

Es erwies sich, daß die makroskopische Untersuchung ausgebildete Formen der exsudativen sowie der hyperplastisch-exsudativen Otitis zu erkennen ermöglicht. Da diese Formen der Otitis auch otoskopische Veränderungen hervorrufen, erkennt man sie schon zu Lebzeiten der Patienten. Dagegen waren die hyperplastische Otitis und die beginnenden Formen der exsudativen Otitis in unserem Material sowohl bei der klinischen Untersuchung als auch bei der Sektion unerkannt geblieben. Für die Unterscheidung der hyperplastischen Otitis vom normalen Zustand der Paukenhöhle während der makroskopischen Untersuchung ließen sich keine

zuverlässigen Kriterien feststellen. Da die Unterscheidung dieser beiden Möglichkeiten vor allem vom subjektiven Verhalten des Untersuchers in dieser Frage abhängt, bleibt der Weg für eine irrtümliche Beurteilung des Zustandes des Mittelohres offen. Auf Grund unserer histologischen Studien darf das Vorhandensein geringfügiger Flüssigkeitsmengen in der Paukenhöhle des Säuglings (insbesondere aber des Neugeborenen) nicht immer als Anzeichen einer Entzündung angesprochen werden.

Es wird die Meinung geäußert, daß man beim Fehlen otoskopischer Veränderungen auch mit dem Fehlen von Exsudat in der Paukenhöhle rechnen muß. In solchen Fällen kann die Antrotomie keinen Ausfluß des Exsudates bewirken, erfüllt also entweder ihren Zweck nicht (bei der hyperplastischen Otitis), oder erweist sich als überflüssige Gewalteinwirkung (beim normalen Mittelohr).



AAH  
A AAH  
31 877  
389 451

TÜ RAAMATUKOGU  
  
1 0300 00508337 5