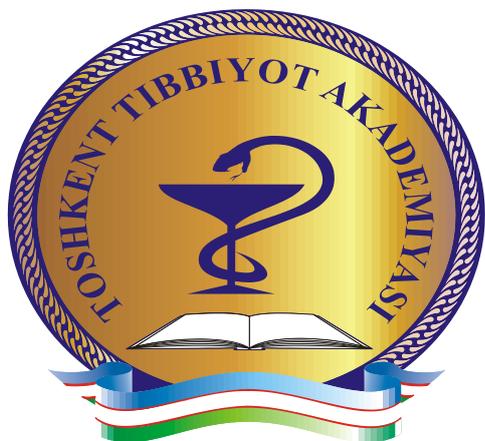


**ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
КАФЕДРА ЛОР БОЛЕЗНЕЙ**



“УТВЕРЖДАЮ”

**Декан Лечебного факультета
профессор Холматова Б.Т.**

« ____ » _____ 2013 г

Тема лекции:

**Лекция: Острые и хронические воспалительные заболевания
наружного и среднего уха. Роль
профессиональных факторов в возникновении
заболеваний наружного уха. Этиология, патогенез,
клиника, диагностика, лечение и профилактика.**

Для студентов 5 курса медико-профилактического
факультета.

Утверждено и рекомендовано
на кафедральной конференции
_____ 2013 года

Протокол № _____

ТАШКЕНТ – 2013

ТЕХНОЛОГИЯ ОБУЧЕНИЯ

Количество студентов-80-120	Время – 2 часа
Форма учебного занятия	Лекция - визуализация
План лекции	<ol style="list-style-type: none"> 1. Виды острого и хронического заболеваний наружного и среднего уха. 2. Методы исследования при заболеваниях наружного и среднего уха. 3. Классификация, клиника, диагностика, лечение и профилактика острого и хронического заболеваний наружного и среднего уха. 4. Отличие клинического течения различных форм заболеваний наружного и среднего уха.
<p><i>Цель учебного занятия:</i> познакомить с различными видами заболеваний наружного и среднего уха, научить диагностировать и лечить все виды заболеваний наружного и среднего уха.</p>	
<p><i>Задачи преподавателя:</i></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ознакомить с различными формами отитов. 2. Ознакомить с этапами заболеваний наружного и среднего уха. 3. Ознакомить с дифференциальной диагностикой заболеваний наружного и среднего уха. 4. Тактика ВОП при острых и хронических заболеваниях наружного и среднего уха.. 	<p><i>Результаты учебной деятельности:</i></p> <p>Студент должен знать:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.Виды наружных отитов. 2.Клинику различных видов отитов. 3.Диагностику различных видов заболеваний наружного и среднего уха. 4.Особенности проведения дифференциальной диагностики при заболеваниях наружного и среднего уха. 5.Принципы лечения острого и хронического заболеваний наружного и среднего уха. 6.Принципы проведения реабилитации больных с заболеваниями наружного и среднего уха.
Методы и техника обучения	Лекция – визуализация, техника: блиц-опрос, фокусирующие вопросы, техника «да-нет»
Средства обучения	Компьютерный проектор, визуальные материалы, информационное обеспечение
Формы обучения	Коллективная
Условия обучения	Аудитория, приспособленная для работы с ТСО

ТЕХНОЛОГИЧЕСКАЯ КАРТА ЛЕКЦИИ

Этапы, время	Деятельность	
	преподавателя	студентов
<u>1 этап</u> Введение (5 мин)	1. Сообщает название темы, цель, планируемые результаты лекции и план его проведения	1. Слушают
<u>2 этап</u> Актуализация знаний (20 мин)	2.1. С целью актуализировать знания студентов задает фокусирующие вопросы: 1. Какие различают виды острого и хронического заболевания наружного и среднего уха? 2. Какие методы исследования проводятся при заболеваниях наружного и среднего уха? 3. Клиника при заболеваниях наружного уха? 4. Клиника при заболеваниях среднего уха? Проводит блиц опрос. 2.2. Выводит на экран и предлагает ознакомиться целью лекции. Комментирует содержание слайда. Слайд №1 2.3. Выводит на экран слайд №2	2.1. Отвечают на вопросы 2.2. Изучают содержание слайда №1 2.3. Изучают содержание слайда №2
<u>3 этап</u> Информационный (55 мин)	3.1. Последовательно излагает материал лекции по вопросам плана, использует визуальные материалы и систему фокусирующих вопросов: По 1 вопросу плана: расскажите классификацию острого и хронического заболевания наружного и среднего уха По 2 вопросу плана: перечислите методы исследования острого и хронического заболевания наружного и среднего уха. По 3 вопросу плана: клиника, лечение и тактика ВОП при остром и хроническом заболевании наружного и среднего уха. По 4 вопросу плана: Отличие различных видов заболеваний наружного и среднего уха. Акцентирует внимание на ключевых моментах темы, предлагает их записать.	3.1. Обсуждают содержание предложенных материалов, уточняют, задают вопросы. Записывают главное
<u>4 этап</u> Заключительный (10 мин)	4.1. Задает вопросы: 1. Неотложная помощь при остром среднем отите? 2. Что такое наружный диффузный отит? Тактика ВОП при этом состоянии. 4.2. Дает задание для самостоятельной работы: хронические заболевания среднего уха.	4.1. Отвечают на вопрос 4.2. Слушают, записывают

1. **НАИМЕНОВАНИЕ ЛЕКЦИИ:** Острые и хронические воспалительные и невоспалительные заболевания среднего и внутреннего уха- 2 часа. Заболевания наружного уха. Этиология, патогенез, классификация, клиника, диагностика, лечение, их осложнения и профилактика.

2. Для студентов 5 курса медико-профилактического факультета.

3. **Цель лекции:** изучить этиологию, патогенез, клинические формы, клинику, диагностику, дифференциальную диагностику, причины развития заболеваний уха и тугоухости. Ознакомить студентов с проведением профилактических мероприятий по предупреждению заболеваний уха и их осложнений, методами консервативного и хирургического вмешательства.

4. **Задачи лекции:** разъяснить студентам диагностику и правильную тактику лечения заболеваний уха и их осложнений, основы медицинской и социальной реабилитации больных с нарушениями слуха.

5. Обоснование темы лекции - заболевания наружного уха и острые, а особенно гнойные воспаления среднего уха занимают значительное место в структуре ЛОР- патологии, встречаются у лиц разного возраста и могут быть причиной тугоухости и ряда тяжелых осложнений в том числе и внутричерепных, Не менее серьезными являются лабиринтиты. Поэтому необходимо дать студентам представление об этиопатогенезе этих заболеваний, особенностях клинического течения, особенно у детей, развитии осложнений. Студенты должны получить представление о клинике, диагностике, принципах лечения данной патологии, научиться проводить диагностику и оказывать своевременную неотложную помощь. Помимо этого студенты должны разбираться в данных рентгенологических и других лабораторных клинических исследований.

6. **Воспитательная цель лекции.** Показать важность разработки профилактических мероприятий в развитии острого и хронического среднего отита, особенности его проявлений в детском возрасте, разработке

профилактических мероприятий.

7. План лекции:

7.1. Введение - 3 минуты.

7.2. Острые заболевания среднего уха - 10 минут.

Мастоидит. Антрит - 10 минут.

Хронические формы гнойного среднего отита - 15 минут.

Отогенные внутричерепные осложнения - 20 минут.

Негнойные заболевания уха - 25 минут.

Сурдология и слухо протезирование - 10 минут.

Заключение - 2 минуты.

Вопросы к аудитории - 5 минут.

7.10. Перерыв во время изложения лекции - 5 минут.

ОТИТ

Классификация

В зависимости от локализации инфекции отит подразделяется на наружный и средний.

НАРУЖНЫЙ ОТИТ

Наружный отит - инфекционный процесс в наружном слуховом проходе, который может быть локализованным (фурункул наружного слухового прохода) или диффузным, когда вовлекается весь канал (генерализованный или диффузный наружный отит). Кроме того, выделяют отдельную клиническую форму наружного отита - злокачественный наружный отит, развивающийся главным образом у людей пожилого возраста больных сахарным диабетом.

Основные возбудители

Фурункулы наружного слухового прохода вызываются *S.aureus*.

Диффузный наружный отит может вызываться грамотрицательными палочками, например: *E.coli*, *P.vulgaris* и *P.aeruginosa*, а также *S.aureus* и редко - грибами. Начинаясь как наружный отит, вызванный синегнойной палочкой, злокачественный наружный отит может перейти в псевдомонадный остеомиелит височной кости.

Лечение наружного отита

При фурункулах наружного слухового прохода местное применение антибиотиков (АБ) неэффективно, а в их назначении системно обычно нет необходимости. Вскрытие фурункулов хирургическим путем не применяют, так как разрез может привести к распространенному перихондриту ушной раковины. При наличии симптомов интоксикации показано назначение (АБ), как правило, внутрь: оксациллин, амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины I-II (цефалексин, цефаклор, цефуроксим аксетил).

При диффузном наружном отите терапию начинают с местного применения антисептиков (3% борный спирт, 2% уксусная кислота, 70% этиловый спирт). Местно применяются ушные капли, содержащие неомицин, гентамицин, полимиксин. Нельзя использовать мази с антибиотиками. Системное назначение АБ требуется редко, за исключением случаев распространения целлюлита за пределы слухового прохода. В этом случае применяют внутрь амоксициллин/клавуланат или цефалоспорины I-II поколения (цефалексин, цефаклор, цефуроксим аксетил).

При злокачественном наружном отите экстренно используют АМП, активные в отношении *P.aeruginosa*: пенициллины (азлоциллин, пиперациллин, тикарциллин), цефалоспорины (цефтазидим, цефоперазон, цефепим), азтреонам, ципрофлоксацин. Все эти АМП желательно применять в комбинации с аминогликозидами (гентамицин, тобрамицин, нетилмицин, амикацин) в высоких дозах в/в, длительность терапии составляет 4-8 нед (за исключением аминогликозидов). При стабилизации состояния возможен переход на пероральную терапию ципрофлоксацином.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УХА ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Факторы, определяющие развитие и течение острого среднего отита

Острый средний отит чаще встречается в грудном и раннем детском возрасте с пиком заболеваемости в 6-18 месяцев. Этому заболеванию более подвержены мальчики, чем девочки.

Факторы окружающей среды

Сезонность: ОСО встречается в любое время года, но наиболее высокая заболеваемость наблюдается в осенне-весенний период, что соответствует сезонности инфекционных респираторных заболеваний.

Характер вскармливания: при кормлении грудью у детей формируется пассивный иммунитет, в связи с чем, считается, что грудное вскармливание в течение первых 3 месяцев жизни значительно снижает риск заболевания ОСО на протяжении первого года.

Посещение детских дошкольных учреждений: в ряде исследований выявлено, что у детей, посещающих детские дошкольные учреждения, заболеваемость ОСО и процент хирургических вмешательств по поводу хронического среднего отита выше, чем у детей, их не посещающих.

Сон: при исследовании 14000 детей в Бристоле (Англия), было установлено, что ОСО чаще встречаются у детей, спящих на животе, чем у спящих на спине.

Микробиология острого среднего отита

Микробиологическая диагностика средних отитов основана на бактериологическом исследовании содержимого среднего уха, полученного при тимпаноцентезе или тимпанопункции. Исследования, проведенные в США, Европе и Японии, показали, что самым распространённым возбудителем острого среднего отита является *S.pneumoniae*, на втором месте - нетипипируемые штаммы *H.influenzae*, на третьем месте - *M.catarrhalis*. Менее чем 10% ОСО вызываются другими микроорганизмами, например стрептококками группы А и *S.aureus*. Этиология ОСО не может быть установлена по клинической картине, однако, следует отметить, что пневмококковый ОСО обычно протекает тяжелее, чаще приводит к развитию осложнений и не склонен к саморазрешению.

Из 90 серотипов *S.pneumoniae* только несколько вызывают ОСО. Наиболее распространены из них: 19, 23, 6, 14, 3 и 18 серотипы. Использование вакцины, содержащей капсульные полисахариды 7-8 наиболее часто встречаемых серотипов *S.pneumoniae*, способно предотвратить более чем 80% ОСО пневмококковой этиологии.

Большинство штаммов *H.influenzae*, вызывающих ОСО, являются нетипируемыми. По современным данным, около 20-50% *H.influenzae*, выделяемых при ОСО, продуцируют бета-лактамазы.

Принципы антибактериальной терапии

Спазмолитики и антигистаминные препараты приносят пациентам некоторое облегчение, однако, не оказывают заметного влияния на длительность заболевания.

Антибактериальная терапия острого среднего отита основана на выборе антибиотика, активного против 3-х основных возбудителей. Кроме того, препарат должен обладать хорошей переносимостью, удобным режимом дозирования, дешевой и высокой безопасностью.

Коррекция терапии производится в случае её неэффективности, если выделенный микроорганизм резистентен к назначенному антибиотику или при наличии у пациента нежелательных реакций. Терапия считается неэффективной при отсутствии положительной динамики в течение первых 72 часов.

Так как, в ряде случаев, ОСО разрешается без применения антибиотиков, то многие авторы «золотым» стандартом для определения эффективности терапии считают сравнение персистенции микроорганизма после применения антибиотика и плацебо.

Острое воспаление среднего уха - заболевание организма, местным проявлением которого является воспалительный процесс в тканях барабанной полости, слуховой трубы и сосцевидного отростка.

Острый средний отит

Острый средний отит составляет примерно 25-40% среди всех заболеваний уха. У детей в возрасте до 1 года острый средний отит в 80% случаев протекает как двухсторонний процесс, в 1-3 года - в 60%, 4-7 лет - в 25% случаев. В результате на первом году жизни примерно 60% детей хотя бы один раз болеют средним отитом, у 20% детей отмечается 2-3 рецидива заболевания. К 3 годам жизни 90% детей переносят это заболевание хотя бы один раз, у 50% детей отмечается несколько эпизодов среднего отита.

Этиология. Из бактериальных возбудителей наиболее значимыми являются пневмококк, далее следуют нетипируемые штаммы гемофильной палочки и моракселлы. В последние годы появляется всё больше сообщений об этиологической роли *Chlamydomphila pneumoniae* и РС-вируса. Это открывает новые возможности профилактики и лечения острого среднего отита (ОСО). Но, тем не менее, при выборе антибактериальной терапии по-прежнему следует ориентироваться на пневмококк и гемофильную палочку.

Причины, которые ведут к тому, что воспаление среднего уха является частым заболеванием в детском возрасте?

К общим относятся особенности микробного пейзажа, большой удельный вес вирусов, атипичных возбудителей, грибковой флоры, детские инфекции, недостаточность естественного иммунитета, экссудативный диатез, искусственное вскармливание, патология бронхо-легочной системы, наследственные факторы.

Местные причины, связанные с анатомо-физиологическими особенностями ЛОР-органов ребёнка: наличие миксоидной ткани в барабанной полости новорожденного, широкая и короткая слуховая труба, нарушение

микроциркуляции в полости носа, аденоидные вегетации, нарушения пневматизации сосцевидного отростка и т.д.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УХА ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Острый средний отит (ОСО) является наиболее частой бактериальной инфекцией у детей. В течение первых пяти лет жизни в США и Западной Европе более 90% детей переносят хотя бы один раз ОСО, а у нас только 20%. Все это указывает на низкую выявляемость ОСО у детей, так как маловероятно, чтобы существовали какие-либо объективные причины, обуславливающие такие большие различия. Средний отит является одной из ведущих причин для назначения антибиотиков, нередко необоснованного. Во Франции ежегодно выписывается более 3 миллионов, а в США около 30 миллионов рецептов на антибиотики по поводу острого среднего отита. Несмотря на огромное количество исследований по изучению среднего отита, ряд вопросов до сих пор остается неразрешенным или по ним имеются противоречивые суждения. Ниже мы остановимся только на некоторых из них.

Специфического возбудителя нет, вызывается различными видами патогенных микроорганизмов: стафилококки, стрептококки, синегнойная палочка, протей, кишечные палочки, аденовирусы, грибковая флора. К сожалению, по клиническим признакам нельзя установить этиологию ОСО. Из бактериальных возбудителей наиболее значимыми являются, прежде всего, пневмококки, далее следуют нетипируемые гемофилы и маракселлы. В последние годы появляется все больше сообщений об этиологической роли *Chlamydia pneumoniae* и РС-вируса. Это открывает новые возможности профилактики и лечения ОСО. Но, тем не менее, при выборе антибактериальной терапии по-прежнему следует ориентироваться на пневмококки и гемофилы. При остром воспалении среднего уха воспалительный процесс охватывает слизистую оболочку всех трех отделов среднего уха - слуховую трубу, барабанную полость, систему воздухоносных клеток сосцевидного отростка. Острый средний отит может в зависимости от типа воспаления или стадии его быть катаральным или гнойным.

Предрасполагающие факторы:

- Воспалительные процессы в ВДП.
- Оперативные вмешательства в полости носа, околоносовых пазухах, носоглотке, ротоглотке.
- Изменения в среднем ухе после перенесенных заболеваний.
- Понижение реактивности организма.
- Переохлаждение.
- Неблагоприятные бытовые и производственные факторы.

Пути проникновения инфекции:

- Тубарный;
- Транстимпанальный;
- Гематогенный;
- Патогенез

Под действием микроорганизмов происходит отек слизистой барабанной полости, происходит накопления экссудата, который вначале может быть серозным, геморрагическим, а затем гнойным. Вследствие отека и экссудата система слуховых косточек становится почти неподвижной. Сосуды барабанной перепонки расширяются, ее наружный слой мацерируется и сморщивается, массы эпидермиса скапливаются в наружном слуховом проходе. Накопление экссудата в барабанной полости обуславливает нарушение трофики барабанной перепонки, в результате происходит ее прободение и возникает гноетечение. После разрешения процесса перфорация барабанной перепонки закрывается. При неблагоприятном течении возможно развитие спаечного процесса в среднем ухе, что приводит к нарушению слуха.

Клиника . Заболевание протекает по стадиям: I - до перфорации, II перфорация и гноетечение, III перфорация и прекращение гноетечения. Для каждой стадии свойственны симптомы и патологические особенности, а также способы лечения.

I стадия: Внезапное начало; повышение температуры тела до 39,0; недомогание слабость; боль в ухе, нередко иррадирует в зубы, висок, соответствующую половину головы; снижение слуха, шум в ухе.

Рис.1. При отоскопии: барабанная перепонка ярко-красная, световой рефлекс отсутствует, рукоятка, а затем и латеральный отросток молоточка не определяются; воспалительные изменения в крови;

II стадия (перфоративная, на 2-4 день заболевания): Отorea; боли в ухе уменьшаются; снижается температура тела; улучшается общее самочувствие. При отоскопии: пульсирующий рефлекс - отделяемое поступает через перфорационное отверстие толчками, синхронно пульсу (чаще в передненижнем квадранте барабанной перепонки);

III стадия (репаративная): Благоприятное течение:

Прекращение отореи;

Закрытие перфорационного отверстия;

Улучшается слух, все субъективные симптомы нивелируются.

Неблагоприятное течение:

Формирование адгезивного отита с образованием спаек между краями перфорационного отверстия и медиальной стенкой барабанной полости;

Формирование хронического гнойного среднего отита;

Внутричерепные осложнения, лабиринтиты;

Особенности острого среднего отита в зависимости от этиологии:

Грибковый отит - умеренная боль в ухе; при отоскопии обнаруживается творожистый налет, пятна темно-бурого или черного цвета;

Острый средний отит при инфекционных заболеваниях (скарлатина, корь) - протекает очень тяжело, разрушение слуховых косточек, токсическое воздействие на внутреннее ухо.

Аденовирусный, гриппозный - при отоскопии на барабанной перепонке и прилегающей коже слухового прохода обнаруживаются красно-синие пузырьки, наполненные кровью; при гриппозном отите - формирование кохлеарного неврита;

Особенности острого среднего отита у детей раннего возраста:

Реакция на боль в ухе в виде крика, маятникообразного покачивания головы;

Отказ от еды;

Высокая температура тела 39-40^oC;

Выраженная интоксикация, которая чаще выражается возбуждением;

Возможно развитие симптомов менингизма;

Световой рефлекс появляется у ребенка в возрасте не менее 1,5 мес.

Общее лечение:

Антибиотикотерапия (кроме ототоксичных);

Антигистаминные препараты;

Препараты содержащие кальций.

Местное лечение:

I стадия:

В нос сосудосуживающие капли;

Капли в ухо полидекса (1-5 капель в каждое ухо 2 раза в сутки в течение 6-10 дней), отинум, отипакс;

Лампа соллюкс, сухое тепло, УВЧ;

Парацетез в задненижнем квадранте, с последующим нагнетанием дезинфицирующих растворов.

II стадия:

Туалет наружного слухового прохода;

Дезинфицирующие капли в ухо (отофа - 5 капель 3 раза в сутки).

Причины, которые ведут к тому, что воспаление среднего уха является частым заболеванием в детском возрасте?

К общим относятся особенности микробного пейзажа, большой удельный вес вирусов, атипичных возбудителей, грибковой флоры, детские инфекции, недостаточность естественного иммунитета, экссудативный диатез, искусственное вскармливание, патология бронхо-легочной системы, наследственные факторы.

Местные причины, связанные с анатомо-физиологическими особенностями ЛОР-органов ребёнка: наличие миксоидной ткани в барабанной полости новорожденного, широкая и короткая слуховая труба, нарушение микроциркуляции в полости носа, аденоидные вегетации, нарушения пневматизации сосцевидного отростка и т.д.

Показания для назначения антибиотикотерапии

При среднетяжёлом и тяжёлом течении антибиотики применяют почти всегда, особенно у детей до 2 лет. У детей старше 2 лет при отсутствии выраженных симптомов интоксикации, болевого синдрома, температуры тела выше 38°C, в течении суток можно ограничиться только симптоматической терапией. Однако при отсутствии положительной динамики в симптомах заболеваний в течение 24 часов необходимо начинать антибактериальную терапию. Следует иметь в виду хорошо известные данные о том, что в 60% случаев ОСО разрешается без применения антибиотиков. Это характерно для ОСО у детей старше 2-х лет с благоприятным фоном, из благополучных семей, когда заболевание вызвано вирусами или гемофильной палочкой.

Острый средний отит у детей имеет свои особенности. Он редко протекает изолированно, но всегда сочетается с патологией других органов и систем (ринит, пневмония, ОРЗ, нарушения со стороны желудочно-кишечного тракта, когда при частом срыгивании пищевые массы могут проникать в среднее ухо через широкую и короткую слуховую трубу).

Отоскопическая картина бывает недостоверной - барабанная перепонка может быть покрасневшей при крике ребенка, когда никакого воспаления в ухе нет, и наоборот, мутной, серой при активном воспалении среднего уха. Надавливание на козелок может давать усиление боли, поскольку слуховой проход у детей короткий из-за отсутствия костного отдела, и надавливания на козелок, фактически можно давить на воспалительную барабанную перепонку. Дети при остром отите обычно лежат на больной стороне, тянут руку к больному уху, трутся затылком о подушку.

В связи с тем, что в раннем детском возрасте сосцевидный отросток неразвит, а существует только пещера, то и процесс, разрушающий костные стенки ее, называется не мастоидит, а антрит.

Операция, производимая в этих случаях, называется – антротомия.

МАСТОИДИТ

Острое гнойное воспаление среднего уха с разрушением костных элементов сосцевидного отростка, именно деструкцией костной ткани сосцевидного отростка мастоидит и отличается от острого среднего отита. Мастоидит может давать осложнения вследствие разрушения крыши пещеры, стенок лабиринта, канала лицевого нерва.

Переходу острого отита в мастоидит способствует повышенная вирулентность микрофлоры, нерациональное лечение, нечувствительность микрофлоры к антибиотикам и сульфаниламидам, нарушение реактивности организма.

Симптомы. На фоне острого среднего отита или спустя 2-3 недели вновь усиливается боль в ухе, заушной области. Боль может быть спонтанной, а также усиливающейся при надавливании на сосцевидный отросток в области его верхушки или боковой поверхности. Снижение слуха, шум в ухе., усиление гноетечения, причем характер гноя меняется, он становится густым и приобретает желтоватую окраску. Повышается температура тела до 38-39 градусов. В значительной степени страдает общее состояние больного.

Отоскопия. Патогномичный признак мастоидита - нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода в его костном отделе. Барабанная перепонка гиперемирована, утолщена, через перфорацию поступает гной. При внешнем осмотре больного в случаях выраженного мастоидита обращает внимание "оттопыривание" ушной раковины, припухлость и покраснение кожи в пазушной области.

Надавливание на поверхность сосцевидного отростка и постукивание по нему также бывает болезненным. Рентгенография височной кости дает картину затемнения ячеек сосцевидного отростка, заполненных гноем, а также

деструкцию отдельных костных стенок между ячейками. Поставив диагноз мастоидита по совокупности анамнестических признаков, выявленных при объективном обследовании больного, или только возможность мастоидита, больного следует срочно направить в ЛОР отделение для уточнения диагноза и неотложного хирургического вмешательства во избежание тяжелых осложнений, какие дает мастоидит.

Лечение. Хирургическое- мастоидотомия. После рассечения кожных е удаляют кортикальный слой сосцевидного отростка, вначале находят пещеру и затем постепенно вскрывают все пораженные клетки сосцевидного отростка. Для сохранения слуховой функции среднего уха во время операции не удаляют заднюю стенку слухового прохода и не проникают в барабанную полость, поскольку при остром воспалительном процессе в среднем ухе не наступает значительных деструктивных изменений в цепи слуховых косточек.

ХРОНИЧЕСКИЙ ГНОЙНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Хронический гнойный средний отит -довольно распространенное заболевание, приводящее не только к потере слуха, нарушению вестибулярной Функции внутреннего уха, но и возникновению тяжелых осложнений, угрожающих жизни больного.

Признаками хронического среднего отита являются: наличие стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянное или периодически возникающее гноетечение из уха, нарушение слуха в той или иной степени. Можно полагать, что хронический отит - это наступившее равновесие между силами репа рации и разрушения, т.е. организм не может справиться с инфекцией, а инфекция не в состоянии активизировать воспалительный процесс. Это значит, что в очаге воспаления регенеративные механизмы нарушены, деструкция тканей не может быть воспалнима.

Разве, панического среднего отита способствует такие сопутствующие заболевания, как диабет, авитаминоз, нарушения обмена веществ, а также неудовлетворительные условия жизни, несвоевременная и неквалифицированная помощь при возникшем воспалении среднего уха.

Микрофлора, сопутствующая хроническому воспалению среднего уха, бывает разнообразна. Поддержанию хронического процесса способствует патология полости носа, носовой части глотки, околоносовых пазух. Нередко в случаях хронического среднего отита выявляются аденоиды, нарушающие дренажную и вентиляционную функцию слуховой трубы.

Морфологические изменения слизистой оболочки заключаются в деструкции эпителия, некрозе и в фиброзе слизистой оболочки, наличии васкулитов и инфильтрации; росте грануляций и полипов.

Клинически выделяют две основные формы хронического среднего отита: мезотимпанит (хронический воспалительный процесс ограничивается слизистой оболочкой среднего уха) и эптитимпанит (помимо изменений в слизистой оболочке, процесс распространяется на костные стенки среднего уха, слуховые косточки).

Отоскопия. Барабанная перепонка имеет перфорацию разных размеров, но ее не достигает костной рамки. Перфорация занимает ту или иную площадь натянутой части перепонки. Слизистая оболочка, видимая через перфорацию-, гиперемирована, утолщена, покрыта слоем слизисто-гнойного отделяемого. Количество отделяемого бывает значительным, его характеризует вязкость, тягучесть.

На рентгенограмме определяется уплотнение кости сосцевидного отростка без признаков деструкции кости. Микрофлора стрептококк, протей, синегнойная палочка.

Л е ч е н и е. В большинстве случаев консервативное направление на прекращение гноетечения. В дальнейшем, при стойкой ремиссии, прибегают к закрытию перфорации хирургическим путем – мирингопластика.

Лечение следует всегда начать с ревизии полости носа, носовой части глотки и при выявленной патологии санации подлежат в первую очередь именно эти области определяют флору содержимого барабанной полости. Лечение складывается из продувания ушей, анемнезия слизистой оболочки полости носа и устья слуховых труб, эвакуация гноя из уха

отсосом или притирания слухового прохода зондом с ватой, закапывания в ухо капель, обладающих бактерицидным действием, стимулирующих эпителизацию, уплотняющих слизистую оболочку, уменьшающих секрецию. Для этого используют растворы антибиотиков, спиртовые растворы левомецитина и салициловой (1%) кислоты, 1% раствор диоксидина. В ряде случаев используют порошки антибиотиков и других лекарственных средств противомикробного действия.

Отоскопия. В слуховом проходе гноя, зеленовато-желтой окраски, густого, с гнилостным запахом, иногда с примесью холестеатомных масс. Перфорация рас, натянутой части перепонки, и ее край доходит до костного края рамки. Может быть выявлена и деструкция костной стенки верхнего отдела барабанной полости надбарабанного углубления. В большинстве случаев перфорация может охватить и часть натянутого отдела барабанной перепонки. Кроме гнойного отделяемого, бывают видны грануляции, полипы и холестеатомные массы беловатой окраски.

На рентгенограмме бывают заметны очаги деструкции височной кости. Разрушение костной ткани среднего и внутреннего уха происходит вследствие кариозных процессов и действия холестеатомы.

Холестеатома - опухолеподобное образование возникает и развивается в полостях среднего уха на фоне хронического, деструктивного процесса, что типично для эпитимпанита. Холестеатома растет медленно, эксцентрически увеличиваясь в объеме и разрушая на своем пути все ткани вплоть до плотной, компактной кости ушного лабиринта.

Холестеатома состоит из плотной оболочки и скопления эпидермальных масс, пропитанных холестерином. Выявленные холестеатомы являются показанием к хирургическому лечению, т.к. остановить ее рост консервативным путем очень трудно.

Холестеатома, развивающаяся в полостях среднего уха, представлена снаружи соединительнотканым слоем или оболочкой. Изнутри полость холестеатомы выстлана эпителием. Между отторгшимися клетками эпидермиса

имеется скопление холестерина (отсюда название). От оболочки отходят внутрь соединительнотканые тяжи. Было отмечено, что процесс резорбции кости под влиянием холестеатомы происходит за счет особых клеток; похожих на гистиоциты, обладающих ферментативной активностью, наличие кислой фосфатазы, лизосом способствует растворению коллагена костной ткани.

Лечение эпитимпанита главным образом хирургическое, направленное санацию гнойного очага в среднем ухе и предупреждение осложнений. Консервативное лечение включает удаление гнойного секрета, воздействие на слизистую оболочку с целью уменьшения и прекращения гной образования, а также очищение от некротических масс полостей среднего уха. Для этого через полости среднего уха специальную канюлю, вводят растворы ферментов (химопсин, химотрисин), антибиотиков, спиртовые растворы левомицитина.

Полипы и грануляции, выходящие через перфорацию в наружный слуховой проход, удаляют под местным обезболиванием специальными миниатюрными щипцами и проволочными петлями,

Операция, которая показана при эпитимпаните называется радикальной или общеполостной. Ее цель - удалить патологически измененную слизистую оболочку и кость из всех отделов среднего уха, после тщательного выскабливания ячеек создать единую "общую" полость, включающую в себя наружный слуховой проход, барабанную полость в сосцевидном отростке, Вследствие радикальной операции и деструктивных изменений звукопроводящего аппарата нарушается в значительной степени слуховая функция. Поэтому наряду с санирующей операцией при эпитимпаните производится комплекс пластических вмешательств, обозначаемых как "тимпанопластика". Задача тимпанопластики - сохранить звукопередающую систему среднего уха за счет искусственной барабанной перепонки и в ряде случаев искусственной цепи слуховых косточек. В зависимости от степени разрушения звука подражающей системы среднего уха применяются разные типы тимпанопластики. В качестве лоскута, заменяющего барабанную

перепонку, используют фасцию височной мышцы, надхрящницу, периост и другие ткани.

ЛАБИРИНТИТ

Воспалительный процесс во внутреннем ухе называется лабиринтитом. Инфекция проникает во внутреннее ухо при разрушение стенок полукружных каналов кариозными процессами, холестеатомой. Чаще повреждается ампула наружного канала, поскольку он ближе всех прочих соприкасается с ячеистой структурой сосцевидного отростка, где развивается деструктивный процесс. Лабиринтит может быть ограниченным и разлитым, серозным и гнойным, Типичными признаками поражения лабиринтита служат головокружение, которое испытывает больной в покое или при движении, расстройство походки, приступы тошноты, рвоты.

Для ограниченного лабиринтита типично наличие фистульного симптома: во время очистки уха от гноя больной вдруг испытывает головокружение и его голову как бы "отбрасывает" в сторону. Это связано с наличием дефекта в костной стенке наружного полукружного канала - стоит увеличить давление в наружном слуховом проходе, надавливая на козелок, как возникает смещение перилимфы, раздражение рецепторов в полукружном канале. При диффузном лабиринте больной испытывает сильнейшее головокружение, потери равновесия, которое может длиться несколько часов, сопровождается изнуряющей рвотой. Гнойный лабиринтит может привести к полному разрушению рецепторного аппарата вестибулярного и звукового анализаторов, т.е. наступает арефлексия с данной стороны, полностью утрачивается слух.

Клиническая картина. На фоне острого или хронического гнойного среднего отита больной начинает испытывать головокружение, шаткость при ходьбе.

Объективные симптомы: 1) Спонтанный нистагм, сначала направленный в сторону пораженного уха (в дальнейшем, после угнетения или гибели рецепторов в этом ухе, нистагм изменяет свое направление и его быстрый компонент будет направлен в сторону здорового уха);

2) Промачивание обеими руками при проведении пальценосовой пробы в сторону медленного компонента нистагма, т.е. в здоровую сторону;

3) В позе Ромберга больной отклоняется в сторону здорового уха. Необходима дифференциация с абсцессом мозжечка.

Лечение. Показана операция на среднем ухе для санации гнойного очага, интенсивная противовоспалительная терапия (антибиотики, сульфаниламиды), дегидратационная терапия.

ПАРЕЗ И ПАРАЛИЧ ЛИЦЕВОГО НЕРВА

Может возникать вследствие патологических проявлений в среднем ухе (острый и хронический отит, опухоль) и во внутреннем слуховом проходе (невринома слухового нерва), после выхода из его полости черепа, когда он проходит вблизи околоушной слюнной железы и реагировать на сдавление опухолью, рубцами в этой области. Эта группа нарушений лицевого нерва относится к периферическим параличам, но возникают также и центрального характера параличи, обусловленные поражением ядер лицевого нерва.

Клиническая картина. Зависит от уровня поражения лицевого нерва, поскольку на своем протяжении лицевой нерв отдает ряд ветвей, иннервирующих слезную железу, мышцы стремени, мимическую мускулатуру лица, подчелюстную и подъязычную, слюнные железы, летающих вкусовую чувствительность на передних 2/3 языка. Определение состояния перечисленных органов и указывает на уровень сдавления или перерыва ствола лицевого нерв канале лицевого нерва или после выхода нерва из сосцевидного отверстия.

В зависимости от выявленного уровня поражения лицевого нерва можно предполагать причину нарушения его функций и выбирать метод лечения. Это или срочное хирургическое, вмешательство на среднем ухе при воспалительном процессе, или Декомпенсация самого лицевого нерва при идиоматическом(неясной этиологии) параличе, или консервативное лечение, с применением, а также вмешательство на околоушной слюнной железе.

Демонстративный материал: таблицы, слайды, аудиограммы, камертоны, рентгенограммы, истории болезни.

Заключение: рассмотренные заболевания ведут к нарушению слуховой функции, особо важное значение имеет дальнейшая разработка и осуществление мероприятий по раннему выявлению, лечению и профилактике тугоухости при диспансеризации населения. Диспансеризация таких больных проводится в сурдологических центрах и кабинетах, укомплектованных медицинскими и педагогическими кадрами.

Вопросы к аудитории для установления обратной связи выяснения достижения цели лекции

1. Причины развития острого среднего отита.
2. Формы хронического среднего отита.
3. Лечение при хронических гнойных средних отитах?

Литература:

1. Пальчун В. Т. , Преображенский Н. А. Болезни уха, горла и носа. М., 1998.
2. Тугоухость. Под ред. Преображенский Н. А.. М., Медицина, 1978.
3. Ундриц В. Ф. Болезни уха, горла и носа. Л., Медицина, 1969.
4. Солдатов И. Б. Вестибулярная дисфункция. М., Медицина, 1980.
5. Солдатов И. Б. Лекции по оториноларингологии. М., Медицина, 1994.
6. Остпакович В. Е., Брофман А. В. Профессиональные заболевания ЛОР-органов. М., Медицина. 1982.
7. Руководство по оториноларингологии. Под ред. И. Б. Солдатов., М., Медицина. 1994.
8. Аськова Л. Н. Болезнь Меньера. – Самара. Изд-во Саратовского ун-та, 1991.
9. Гельфанд С. А. Слух (введение в психологическую и физиологическую

акустику): Пер. с англ. М., Медицина, 1984.

10. Шидловская Т. В. Клинико-аудиологические взаимосвязи при заболеваниях периферического отдела звукового анализатора. Киев., Наукова думка, 1980.

11. Хечинашвили С. Н. Вопросы аудиологии. Тбилиси., Мецниереба, 1978.

12. Солдатов И. Б. с соавт. Шум в ушах как симптом патологии слуха. М., Медицина, 1984.

13. Сватко Л. Г. с соавт. Лечение активной стадии отосклероза. Казань. 1984.

14. Боголепов Н. К. Клинические лекции по неврологии. М., 1971.

15. Благовещенская Н. С. Отоневрологические симптомы и синдромы. М., Медицина, 1981.