ЛОР Лекция №2

ТЕМА: ХРОНИЧЕСКИЕ ГНОЙНЫЕ ОТИТЫ И ИХ ОСЛОЖНЕНИЯ.

Пятая часть всех болезней уха, горла и носа - это хронические заболевания уха. Факторы:

1. большая распространенность этих заболеваний обусловлена анатомической предрасположенностью. Среднее уху - это система полостей. Анатомической предрасположенностью в первых можно считать строение сосцевидного отростка, то есть наличие пневматического сосцевидного отростка.
2. Следующая анатомическая предрасположенность - это строение слуховой трубы. Слуховая труба открывается в носоглотку на боковой стенке носа на уровне нижней носовой раковины, где имеется так называемая розенмюллеровская ямка. В эту ямку открывается устье слуховой трубы. В норме оно в замкнутом состоянии и только при глотании, широком открывании рта это устье открывается. В розенмюллеровской ямке находятся так же трубные или тубарные миндалины. Гипертрофия трубных миндалин мешает нормальной вентиляции барабанной полости и является предрасполагающим факторов в развитии заболевания среднего уха.
3. Кроме того, имеет значение состояние полости носа, если у человека имеется гребень, затрудняющий носовое дыхание.
4. Большое значение имеет сенсибилизация организма. 60% всех хронических отитов протекает на сенсибилизированном фоне
5. неполноценное лечение
6. инфекционные заболевания. При скарлатине у ребенка может быть перфорация барабанной перепонки, а стойкая перфорация барабанной перепонки - это признак хронического гнойного отита.

ПРОЯВЛЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА

1. Для него характерно снижение слуха в большей или меньшей степени (хотя слух может вообще не страдать)
2. Неоднократные гнойные выделения из уха
3. При осмотре: патогномоничными симптомами является стойкая перфорация барабанной перепонки. Это решающий признак для постановки диагноза.

Выделяют две формы хронических гнойных отитов:

1. Неосложненные формы
2. Осложненные формы

Неосложненная форма хронического гнойного отита называется мезотимпанит (tympanum - барабанная полость, meso - средняя часть барабанной полости). Следовательно, перфорация барабанной перепонки должна быть в натянутой части ее, так как она соответствует средней части барабанной полости.

Мезотимпанит протекает волнообразно с периодами ремиссий и обострения. Если ремиссии не менее полугод (длительные) больному можно предложить мирингопластику. Берется фасция из заушной области и после того как края перфорации освежают эту фасцию подкладывают на место перфорации. Необходимо помнить что мирингопластика - это пластика на фоне хронического гнойного заболевания. Поэтому примерно в 30% случае фасция не приживается. Это происходит, по-видимому, из-за нарушения функции слуховой трубы (дренажной, вентиляционной и защитной).

В период ремиссии больной должен соблюдать целый ряд гигиенических правил:

1. Необходимо закрывать наружный слуховой проход во время купания, мыться головы. Вата, которой закрывается наружный слуховой проход должна быть немаленькой и должная быть смочена вазелином или растительным маслом, чтобы вода не впитывалась
2. Необходимо сообщить пациенту что для него опасны ОРВИ. Через слуховую трубу эти инфекция может вызывать обострения хронического заболевания. При ненастной погоде ухо нужно также закрывать.

Трудно дифференцировать острый гнойный средний отит и обострение хронического отита. Часто диагноз ставится после снятия обострения. Можно поставит диагноз по перфорации. При остром гнойном отите она напоминает щель, а при хроническом гнойном отите она округлая. Обострение лечат так же как острый гнойный отит.

ВЕДЕНИЕ ОБОСТРЕНИЯ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО ОТИТА:

1. Пока не получен ответ из бактериологической лаборатории назначают антибиотики широкого спектра действия. Чаще всего флора из среднего уха - это стрептококки, пневмококки, Гр (-) бактерии: синегнойная палочка, кишечная палочка. Необходимо назначать капли на спиртовой основе. После туалета уха обычно закапывают или ставят турунду с 3% борным спиртом (3% борной кислоты на 70% спирте). Если человек плохо переносит борную кислоту рекомендовать ему 1-5% раствор салициловой кислоты. Кроме того, применяют 1-3% спиртовой раствор лизоцина. В упорных случаях (синегнойная палочка) применяют 1% раствор формалина или 1% нитрат серебра. Применяют 20-30% растворы альбуцида (сульфацил натрия). В последнее время широко используется димексид (30-50% раствор). Он проникает через биологические мембраны и тем самым парализует тканевое дыхание микробов). Можно использовать 1% раствор диоксидина.
2. Народные средства лечения хронического гнойного отита: миндальное масло, сок алоэ, спиртовой раствор коланхоэ, раствор чеснока и лука (настаивается в темных бутылках) Хорошо в последнее время зарекомендовал себя 5-10% раствор прополиса.
3. В последнее время в клинике широко пользуются экстрактом крови крупного рогатого скота, которые называется солкосерил (как в мази, так и в растворе). Можно рекомендовать сок чистотела.
4. Необходима десенсибилизирующая терапия. Местно закапывать в ухо гидрокортизон и другие гормональные препараты.

Мезотимпанит считается не злокачественной формой. Условно говоря, считается что он не может вызывать осложнений, хотя эти осложнения встречались. Считается что при мезотимпаните перфорационное отверстие находится внизу и через него из барабанной полости осуществляется эвакуация слущенного эпителия слизи. Слизь должная эвакуироваться через слуховую трубу, но если слуховая труба плохо работает, тогда эвакуация идет через барабанную перепонку и тем самым не возникает осложнений. При мезотимпаните поражается только слизистая оболочка.

II Эпитимпанит - осложненный хронический гнойный средний отит.

Жалобы:

1. На снижение слуха в большей или меньше степени
2. Временами гнойные выделения из уха.

При осмотре: перфорация барабанной перепонки в верхних отделах. В результате патологический процесс в эпитимпануме. Верхняя часть барабанной перепонки также называет аттиком (аттик - чердак). Там находятся слуховые косточки, поэтому возможны осложнения.

Так как перфорация достаточно высоко, то дренажная функция через эту перфорацию не осуществляется. В результате эпидермис, жирные кислоты, продукты распада эпидермиса разъедают слизистую оболочку и входя в контакт с костными образованиями барабанной полости. Эти вещества (эпидермис, и др.) называются холеостетомы. Считается что холеостетома - это опухолевое образование, так как он растет, увеличивается (эпидермис постоянно слущивается). Представляет собой творожистую массу, имеет свой матрикс, Эта творожистая масса разъедая кости образует грануляции, при этом могут возникать полипы (до величины обтурации слухового прохода). В связи с разрушениями костных структур считается что та форма хронического гнойного отита злокачественная.

ОСЛОЖНЕНИЯ:

1. Прежде всего, страдают тонкие слуховые косточки и нарушается цепь слуховых косточек, что приводит к снижению слуха. Холеостеотома может взять на себя передаточную функцию. Слух при этом не страдает, но все равно необходима операция.
2. В барабанной полости проходит слуховой нерв (в фаллопиевой канале). Есть варианты, когда стенка фаллопиев канал отсутствует и тогда лицевой нерв открыто лежит в барабанной полости. Если кариозный процесс разрушает стенку фалопиевого канала, то в воспалительный процесс вовлекается и лицевой нерв и возникает так называемый парез лицевого нерва (периферический парез). Необходима срочная операция. Симптомы периферического пареза лицевого нерва: опущение угла рта, сглаженность носогубной складки и лагофтальм (не закрывается глаз)

Суть операции заключается в создании единой полости, куда входят наружный слуховой проход, барабанная полости и сосцевидный отросток. Подойдя к лицевому нерву под микроскопом производят очищение его, убираются грануляции. Дальше начинается лечение, стимуляция лицевого нерва и в большом проценте случае добиваются хороших результатов.

1. Синус тромбоз. На глубине 2.5 - 3 см от края наружного слухового прохода расположен сигмовидный синус. Он впадает в луковицу яремной вены, которая находится под дом барабанной полости. Сигмовидный синус отходит от поперечного синуса, а поперечный синус берется из стреловидного сагиттального синуса. Когда патологический процесс доходит до стенки возникает воспаление сначала наружной стенки сигмовидного синуса, затем по контакту в воспалительный процесс вовлекается интима (внутренняя сосудистая стенка). Возникает инфицированный тромб в магистральном сосуде. Возникает септическое состояние: лихорадка, подъемы температуры до 41-41 градусов, проливной пот. Кроме того - припухлость в области сосцевидного отростка. Она болезненная. Далее эта припухлость и болезненности проходит по проекции сосудисто-нервного пучка шеи. Пальпируется болезненная припухлость по передней поверхности кивательной мышцы. Если срочно не оперировать то возникают дочерние септические очаги в легких, почках, печени, селезенке, от которых пациент погибает. Имеются характерные для сепсиса анализы: большой сдвиг формулы крови влево, появление молодых форменных элементов крови (нейтрофилов). Делается радикальная операция: трепанация сосцевидного отростка. Снимается задняя стенка барабанной полости и задняя стенка наружного слухового прохода. После этого обнажается сигмовидный синус. Обрабатывается йодом и пунктируется. Если крови нет, то тогда вводятся турунды Уайтинга. Их заводят к нижней и верхней костным стенкам синуса. Следующим действием является извлечение тромба из стенки сосуда (его стенкой является твердая мозговая оболочка, поэтому она не спадается). Когда появляется кровь тампонами прижимают и блокирую сигмовидный синус. Когда тромб находится в луковице яремной вены выполняется операция Фосса. Сначала перевязывается внутренняя яремная вена ниже тромб, разрезается ее ствол, заводится каннюля, шприцы с дезинфицирующей жидкостью вымывается ретроградным путем.
2. Эпидуральный абсцесс. Это тяжелое осложнение, так как образуется гнойник между костью твердой мозговой оболочкой. Может осложниться менингитом, менингоэнцефалитом. Плохо диагностируется, так как твердая мозговая оболочка очень прочная, непроницаемая и интоксикации не происходит. Больной живет с абсцессом не подозревая что у него сложное заболевание. Так же эпидуральные абсцессы плохо видны при компьютерной томографии. Больной буде жаловаться на распирание, тяжесть в ухе, может повыситься температура, усиливается шум, может присоединиться головная боль (так как абсцесс давит на твердую мозговую оболочку). После того как появляются обильные гнойные выделения из уха сразу становится легче. Этот специфический анамнез позволяет предположить наличие эпидурального абсцесс. Лечение хирургическое: радикальная операция - трепанация сосцевидного отростка. Открывается в области крыши сосцевидного отростка и крыши барабанной полости твердая мозговая оболочка в области средней черепной ямки. Отслаивая твердую мозговую оболочку распатором от кости ищем абсцесс. Далее над этим абсцессом резецируют кость. Чтобы не было провисания мозгового вещества, не образовалась киста мозга, сюда подсекаем мышцу из передней поверхности бедра.
3. Менингит и менингоэнцефалит. Кариозный процесс разъедает стенку, разделяющую сосцевидный отросток, барабанную полоть от средней черепной ямки. Вовлекается в процесс твердая мозговая оболочка, возникает менингит. Менингиты бывают первичные и вторичные. Первичный менингит это когда высеивается менингококк, когда вызывается цереброспинальный менингит (чаще всего туберкулезный). Все остальные менингиты вторичные. Все вторичные менингиты возникают как следствие заболеваний уха и носа. Необходима срочная операция. Если нет дефекта костной стенки отделяющей среднюю черепную ямку от уха, тогда искусственно открывается твердая мозговая оболочка для того, чтобы дать декомпрессию, так как при воспалении твердой мозговой оболочки всегда повышается ликворное давление. Рядом с менингитом стоят менингоэнцефалит, субдуральный абсцесс (в подпаутинное пространстве) и абсцесс мозга. Абсцесс мозга дает неврологическую симптоматику. Для диагностики абсцесса используют компьютерную томографию. Все эти осложнения лечатся оперативно. С другой стороны проводится активная консервативная терапия. Проводят внутриартериальное введение антибиотиков (в сонную артерию на уровне 4 позвонка в области tuberculum caroticum; через артерию temporalis superficialis
4. Лабиринтиты возникают вследствие того, что кариес кости разъедает медиальную стенку барабанной полости и патологический процесс развивается во внутреннем ухе. Ранее все лабиринтиты оперировались, так как при воспалении внутри ушного лабиринта большая вероятность переходя инфекции в заднюю черепную ямку на структуры мозга и возникновение менингита. Операция: делалась отверстие в медиальной стенке, проводилась промывание и тампонада. Сейчас при лабиринтите обычно не оперируют в период обострения. Проводится курс консервативного лечения, для того чтобы снять обострения. Когда обострение неизвестно к чему приведет. Лабиринтит бывает ограниченный и диффузный. Диффузный лабиринтит бывает серозным, гнойным, некротическим. Диффузные серозные лабиринтиты вызывают раздражение внутреннего уха, гнойные и некротические - выключение. Для серозного лабиринтита характерно сохранение слуха у пациента и нистагм в сторону больного уха. Гнойные и некротические лабиринтиты предусматривают выключение внутреннего уха: слух отсутствует, возникает нистагм направленный в сторону здорового уха.