Реферат

по оториноларингологии

на тему:

Ведение больных после оториноларингологических операций

Выполнил:

Лавров А.Н.

ВВЕДЕНИЕ

Детский оториноларинголог ведет больных после операций, выполненных как амбулаторно, так и в стационаре; осуществляет перевязки, снимает швы, проводит различные манипуляции. Эффективность лечебных процедур зависит от правильного их выполнения.

1. ЗАБОЛЕВАНИЯ НОСА И ОКОЛОНОСОВЫХ ПАЗУХ

После конхотомии, иногда на 9-20 день, может быть кровотечение. После подслизистой резекции носовой перегородки заживление раны заканчивается в основном через 10-14 дней. Иногда на 4-5 день после операции может появиться гематома, а затем и абсцесс перегородки носа, затрудняется носовое дыхание, температура тела повышается. В этом случае ребенка госпитализируют.

С целью профилактики синехий, уменьшения образования корок и атрофии слизистой оболочки в полости носа в течение 10-14 дней ежедневно инстиллируют сосудосуживающие капли, закапывают масло. После удаления корок эрозированную оболочку носа смазывают мазями, содержащими антибиотики и кортикостероиды («Флуцинар», «Лоринден» и др.). После операции нужно исключить на 15-20 дней действие фактор, повышающих артериальное давление. Если появляется носовое кровотечение, срочно делают тампонаду полости носа и направляют ребенка на госпитализацию.

После операций на околоносовых пазухах (верхнечелюстной, решетчатой, лобной) в амбулаторных условиях их иногда промывают растворами лекарственных веществ. Для того чтобы сохранить вновь созданного соустья пазухи с полостью носа, слизистую оболочку носа, особенно в области соустья, в течение 2-3 нед. Смазывают сосудосуживающими средствами. Если долго держится отек или появляются уплотнения на щеках, необходимы согревающие компрессы, тепловые процедуры, либо УВЧ-терапия. При заращении сформированного соустья ребенок может нуждаться в повторной госпитализации в тот же стационар, где ему была сделана операция.

Иногда возникает необходимость в тампонаде. При незначительном кровотечении бывает достаточно лишь введение ватного тампона. Если открывается послеоперационное кровотечение, ребенка направляют в тот стационар, где он был оперирован и желательно к оперировавшему врачу.

Воспаленные ткани острее, чем неизмененные, реагируют на раздражение, поэтому правильное выполнение процедур и манипуляций в послеоперационном периоде важно для быстрейшего выздоровления и предупреждения осложнений.

Очищение полости носа. Обильные выделения из носа либо выдуваются не очень энергичным сморканием, либо вытирают кусочком марли, ваты или же очень мягкой ветоши. У новорожденных и детей раннего возраста прочищать и смазывать нослучше жгутиком из ваты, удобнее всего вращательными движениями во входе в нос (для каждой половины носа используют новый жгутик). Надо помнить о том, что при выполнении процедур ребенок может вдохнуть кусочек ваты, марли, ветоши, что безусловно опасно. Не следует пользоваться маленькими жгутиками, так как, намокнув, они уменьшаются и становятся скользкими и могут быть аспирированы. По этой же причине, их нельзя оставлять в носу даже на несколько секунд, особенно у новорожденных и детей раннего возраста. Нельзя также одновременно закладывать жгутики в обе половины носа.

Выделения из носа, особенно у новорожденных и детей раннего возраста, можно отсосать с помощью обыкновенного резинового баллона, а затем закапать капли. После удаления содержимого из носа лекарство входив в непосредственный контакт со слизистой оболочкой носа и действует более эффективно.

Нос очищают с помощью зонда с навернутым на него кусочком ваты.

Носовой зонд с нарезкой берут в правую руку. Между большим и указательным пальцами левой руки держат разрыхлительный кусочек ватки, на середину которого укладывают конец зонда и фиксируют его большим и указательным пальцами левой руки. Правой рукой накручивают ватку, чтобы кончик зонда был прикрыт разрыхлительной ватой, хорошо очищающей слизистую оболочку.

При насыхании корок при озене, атрофическом рините и других заболеваниях в нос с помощью шприца вводят теплый (изотонический) раствор хлорида натрия, 1 % раствор перманганата калия и др. Избегая сильного давления, жидкость вводят слабой струей в более узкую половину носа, чтобы она, пройдя через нее, вытекала через другую, более широкую. Больной не должен производить глотательных движений, так как при этом открывается слуховая труба, он должен наклонить голову вперед и произносить звук «а-а». Струю нельзя направлять по нижнему или верхнему слуховому ходу. Чтобы исключить попадание раствора в слуховую трубу и лобную пазуху, струю нужно вводить под острым углом к верхнему краю нижней носовой раковины. Больного предупреждают, чтобы он не сморкался в течение 20 минут после промывания, пока жидкость не вытечет.

Удаление вязкого секрета и корок ведет к улучшению носового дыхания и общего состояния ребенка.

При озене, атрофическом рините, сухом или вязком секрете, насыхании корок и других изменениях детям старшего возраста проводят носовую ванну, с теплым солевым раствором (не более 1 десертной ложки хлорида натрия на 0,25 л воды) или другой жидкостью. Предварительно больной проводит несколько глубоких дыханий, затем не дышит. Голову его слегка наклоняют назад, просят не глотать и в одну половину носа вливают раствор. Ребенок должен произносить звук «а-а» до тех пор, пока жидкость не вытечет из другого отверстия, после чего голову больного наклоняют вперед. Аналогичным образом проводят ванну другой половины носа. Если одна половина носа сужена, носовую ванну делают только с одной стороны. После ванны не надо сразу сморкаться и охлаждаться.

Перед закапыванием капель в нос их нужно слегка подогреть (на водяной бане или в теплой воде) и очистить полость носа с помощью сморкания или отсасывания баллоном. Сморкание с помощью носового платка, когда зажимают обе половины носа и после глубокого вдоха делают резкий выдох, опасно потому, что инфицированное содержание обычно попадает в слуховую трубу. То же бывает, если зажать одну половину носа и дуть через другую. Лучше это делать при полуоткрытом рте.

Если для закапывания пользуются пипеткой, а не ложечкой, то следят за тем, чтобы кончик ее не отломился. Капли можно закапывать поочередно в обе половины носа, при запрокинутой назад (и к плечу) голове. После того как они введены, надо сразу наклонить голову вниз и закрыть выход из носа, прижав крылья к носовой перегородке на 10-15 минут. Эта мера приводит к тому, что капли не будут проглочены, как это часто бывает, а окажут непосредственное действие на слизистую оболочку полости носа.

После закапывания ребенок должен полежать не сморкаться. Капли, введенные в полость носа, довольно быстро всасываются в кровь и, кроме местного, оказывают общее действие. Поэтому, в ряде случаев при введении капель («Адреналин», «Эфедрин» и др.) в нос, могут наблюдаться общие реакции. Перед инсуффляцией порошка в нос нужно ужалить содержимое из полости носа и тщательно измельчить сухой порошок. Наконечники инсуффляторов следует обрабатывать 70% этиловым спиртом.

Иногда больной может сам втягивать (не очень энергично) порошок в нос. Чтобы вдувание было эффективно, массу порошка нужно вводить целенаправленно. Так, например, при рините и синусите порошок инсуффлируют не по дну полости носа, а вверх - к области естественных отверстий околоносовых пазух и обонятельной области, что целесообразно при нарушенном обонянии. Если при насморке имеются ушные осложнения, очень важно направить струю порошка к области слуховой трубы. Часто бывает необходимо инсуффлировать всю полость носа.

Для смазывания и массажа слизистой оболочки носа на конец носового зонда с нарезкой крепко навертывают вату, пропитывают ее мазью и в течение нескольких секунд производят поглаживающие и поколачивающие движения в области нижней и средней носовых раковин или в других участках носовой полости. В ряде случаев предварительно делают местную анестезию. Если мазь вводят в нос на длинном тампоне, то его конец должен выступать из носа.

Для прижигания ткани используют раствор нитрата серебра (3-20%) либо «жемчужину», для чего расплавляют кристаллический нитрат серебра и опускают в него несколько раз конец носового зонда. Для предупреждения в последующем синехий процедуру выполняют осторожно, не прикасаясь к перегородке носа.

Если после лечения ребенок дышит не через нос, а по привычке через рот, рекомендуют дыхательные упражнения.

1. Спокойная ходьба с удлиненным вдохом и выдохом через нос. Необходимо следить за полнотой выдоха.

2. Ходьба с дыханием через нос: вначале на один шаг - вдох, на два шага - выдох, затем на два шага - вдох, на три - четыре - выдох.

. Бег на месте и приседание с глубоким дыханием через нос.

. Бег трусцой: на два - три шага - вдох, на четыре шага - выдох.

. Дыхание попеременно через правую и левую половину носа.

. Рывки руками с поворотом корпуса в стороны, с плавным вдохом и резким выдохом через нос.

. Движение руками по боковым поверхностям туловища с глубоким вдохом через нос и выдохом через рот.

. Наклоны туловища в стороны с произнесением на выдохе звука «М» и «Н».

. Вдох и толчкообразный выдох через нос.

. ЗАБОЛЕВАНИЯ ГЛОТКИ И ГОРТАНИ

После аденотомии при отсутствия кровотечения или других осложнений через 2-3 часа ребенка можно передать родителям, если в населенном пункте есть служба скорой или неотложной медицинской помощи.

Для предупреждения кровотечений и других осложнений показаны постельный режим на сутки, ограничение физических нагрузок (подвижные игры, занятия физкультурой) в последующие 2-3 суток, исключение перегрева (общая ванна, баня). В течение 3-5 дней назначают сосудосуживающие капли (0,05% раствор «Нафтизина» и др.), а также 2% раствор «Протаргола» в нос 2-3 раза в день.

В первые 2-3 дня пища должна быть не горячей, жидкой, следует избегать острых блюд.

Близких ребенка следует предупредить, чтобы они следили за цветом слюны ребенка. Появление в ней прожилков или сгустков крови свидетельствует о кровотечении. Если появляется кровотечение, ребенок должен быть немедленно госпитализирован.

Температурная реакция, слизисто-гнойные выделения из носа, боль в глотке могут быть проявлением раневой инфекции и служат показанием к назначению антибиотиков.

При травме задней стенки глотки в ближайшие дни после операции может наблюдаться кривошея, обусловленная воспалительным отеком в области мышц шеи. Внутримышечно или внутривенно коротким курсом (2-3 дня) вводят антибиотики, кортикостероиды, делают согревающий компресс на шею. В ряде случаев на 2-3-й день после операции на задней стенке глотки появляется валикообразное выбухание, обусловленное скальпированием слизистой оболочки глотки. Никакого вмешательства при этом проводить не нужно, так как явления исчезают. Открытую гнусавость, возникшую в результате недостаточного приспособления мягкого неба к большому просвету носоглотки, устраняет логопед.

После операции многие дети продолжают дышать через рот, хотя препятствие для нормального носового дыхания устранено. Таким детям нужно назначать специальные дыхательные упражнения, способствующие укреплению дыхательных мышц, восстановлению правильного механизма внешнего дыхания и устранению привычки дышать через рот.

3. ПРИМЕРНЫЙ КОМПЛЕКС УПРАЖНЕНИЙ

аденотомия глотка гортань ухо

Принять такое исходное положение, чтобы грудь, шея и голова составляли прямую линию (живот и грудь выпячены). Правой рукой нащупать пульс на левой руке и упражнения выполнять, считая удары пульса.

1. Вдох через нос на 5-9 (постепенно увеличивая до 10-12) ударов пульса. Задержать воздух в легких на столько же ударов пульса и медленно выдыхать через нос, отсчитав столько ударов пульса, на сколько было задержано дыхание. Необходимо пропустить столько ударов пульса, на сколько было задержано дыхание и начать следующий вдох. Повторить упражнение 4-5 раз и делать 4 раза в день, каждый раз заканчивая так называемым очищающим, вентилирующим и прочищающим легкие дыханием.

2. Вобрать воздух полным ртом, сложить губы, будто для свиста (не надувая шеек), с силой выдохнуть немного воздуха, остановиться и задержать выдох, затем понемногу выдыхать до тех пор, пока воздух не выйдет из легких.

Дыхательную гимнастику не рекомендуется делать перед сном.

Можно рекомендовать еще один комплекс упражнений.

1. Ходьба в течение от 1 минуты и более.

2. Приседания (4 - 5 раз и более).

. Бег (в течение 0,5 минут и более).

. Приседания.

. Глубокое дыхание через нос.

. Сесть на скамейку, наклониться и на выдохе дотронуться руками до носков вытянутых ног, вернуться в исходное положение, подняв вытянутые руки над головой (5 - 8 раз и более).

. Упражнение с мячом. Стоя, поднять мяч над головой, на вдохе прогнуться назад, на выдохе нагнуться вперед и положить мяч на пол (5 - 8 раз и более).

. Подскоки: на вдохе ноги в стороны, на выдохе ноги вместе (5 - 8 раз и более).

. Лечь на спину, поднять вытянутые ноги вверх и развести их в стороны (5 раз и более).

. Упражнение «бабочка»: бег - развести руки в стороны и взмахивать ими как крыльями, в течение 0,5 минут и более.

. Ходьба на месте, высоко поднимая колени и взмахивая руками (20 раз).

. Ходьба с постепенным замедлением темпа (2 минуты).

. Сесть и лечь для отдыха (на несколько минут).

Продолжительность упражнений должна быть строго индивидуальна. Наращивать нагрузки следует постепенно, консультируя ребенка у специалиста по лечебной физкультуре.

Восстановление носового дыхания после аденотомии необходимо и для исправления зубочелюстных аномалий, которые наблюдаются у 75 - 80% детей с аденоидными вегетациями. Лечение у специалиста - ортодонта продолжается в течение 2 - 3 лет и может быть начато через 7 - 10 дней после аденотомии. Результат зависит от того, насколько своевременно оно было начато.

Ребенок может посещать детский сад или школу на 3 - 5-й день после аденотомии.

После тонзилэктомии ребенка обычно выписывают на 5 - 6-й день, если он проживает в том же населенном пункте, где находится стационар. Школу ребенок может посещать на 7 - 10-й день с освобождением от занятий физкультурой на 3 - 4 недели. Необходимо каждый раз после еды полоскать рот теплой водой. В ближайшие 10 - 12 дней необходимо исключить перегревание, горячую, грубую и острую пищу, а также напитки, повышающие артериальное давление (кофе, крепкий чай). С 10-го дня после операции разрешается общий стол.

Иногда на 10 - 15-й день после операции появляется кровотечение, в этом случае ребенка необходимо срочно госпитализировать.

В послеоперационном периоде может обостриться любое имеющееся у ребенка заболевание, поэтому в течение 6 месяцев он должен оставаться на диспансерном наблюдении.

Ингаляции проводят в физиотерапевтическом кабинете. После процедуры нельзя сразу выходить на улицу в холодное время года, есть или пить холодное.

Следует иметь в виду, что смазывание и массаж - очень резкое раздражение. Эти процедуры противопоказаны при остром воспалении, поскольку могут усилиться воспалительные явления, появиться мелкие ссадины и купирование болезненного процесса затянется, так как именно покой и отсутствие какого-либо раздражения является целебным. С этой точки зрения при воспалении наиболее целесообразна пульверизация, а при атрофии слизистой оболочки, озене - смазывание и массаж носоглотки либо спереди со стороны носа в виде толчкообразных движений зондом, с навернутым на него смоченной лекарством ватой, либо со стороны полости рта производят массирующие, по возможности быстрые движения в носоглотке. Эти движения могут быть вращательного характера, вправо и влево, взад и вперед.

При осложненном течении послеоперационного периода в ряде случаев показан согревающий компресс, лучше полуспиртовой, для скорейшего купирования воспалительного процесса и уменьшения боли.

Вощеная бумага должна на 1 см заходить за марлю, смоченную в разведенном спирте. В последнее время компресс фиксируют на шее с помощью эластичного сетчато-трубчатого бинта. Компресс накладывают на 2 - 3 часа, после чего делают 2 - 3 часовой перерыв и не оставляют на всю ночь. Его размеры не должны быть слишком велики.

Для увлажнения и очищения слизистой оболочки глотки назначают полоскание полости рта и глотки. Берут в рот небольшой глоток воды, слегка откидывают голову назад, а язык высовывают как можно больше вперед, чтобы жидкость стекла к задней стенке глотки. При полоскании следят за тем, чтобы раствор не попадал из глотки в уши, для чего надо избегать глотательных движений. Правильно полоскать горло могут лишь немногие дети даже старшего возраста, поскольку важно добиться соприкосновения жидкости с задней стенкой глотки. Тем не менее, данная процедура нередко целесообразна.

Полоскание, кроме того, действует на мышечный слой полости рта и глотки по принципу вибрационного массажа, усиливая отделение слизи. Если прижать язык ко дну ротовой полости, запрокинуть несколько голову и осуществлять прерывистый клокочущий выдох, то раствор хорошо омывает глотку и в ряде случаев даже нижние отделы носоглотки. Если голову запрокинуть сильно раствор достигает передневерхней поверхности и края подгортанника, иногда в незначительном количестве проникает в гортань. Следовательно, в зависимости от характера поражения глотки может быть изменена и методика полоскания.

Для пульверизации глотки с помощью пульверизатора несколько раз в день распыляют лекарственный раствор или настой комнатной температуры. Больной должен широко раскрыть рот, высунуть язык и держать его плоско (т.е. не выпяченным), медленно дышать. Конец распылительной трубки пульверизатора устанавливают поближе к полости рта так, чтобы разбрызгиваемые капельки попадали на заднюю стенку глотки, а не скапливались на языке или губах.

Для прижигания туго навернутую на зонд вату умеренно смачивают 5% раствором нитрата серебра и осторожно прижигают участки гипертрофии (например, при хроническом гипертрофическом фарингите). После процедуры ребенку нельзя есть и пить по крайней мере 30 минут. Прижигание «Жемчужиной» в глотке проводить опасно, поскольку возможна аспирация прижигающего вещества.

Отсасывание содержимого лакун небных миндалин выполняют с помощью простого устройства, похожего на молокоотсос, или резинового баллончика с удлиненной канюлей. Можно провести бактериологическое исследование содержимого на флору и чувствительность к антибиотикам. Отсасывание целесообразно сочетать с промыванием лакун, содержимого небных миндалин, которое проводят с помощью гортанного шприца, используя минеральную, щелочную воду, раствора хлорида йода (0,1%) пелоидина, интерферона, фурацилина (1:5000) с последующим тушированием лакун миндалин 3% спиртовым экстрактом прополиса. Канюли шприца под контролем зрения вводят поочередно во все видимые лакуны и направляют в них лекарственный раствор под некоторым давлением. Промывания проводят ежедневно или через день, по 8 - 10 процедур на курс, повторяя 2 - 3 раза в год. Кроме того, в лакуны вводят антисептические пасты с этонием или декаметоксином на парафинобальзамической основе. В этот момент во избежание аспирации больной должен задержать дыхание на несколько секунд.

Необходимо отметить, что отсасывание и промывание не лишены недостатков. Они не применимы у детей с выраженным глоточным рефлексом, при слабо развитых лакунах и, кроме того, оказывают кратковременное действие на флору лакун. Однако механическая очистка лакун весьма результативна, и при повторных курсах дает не только местный, но и общий эффект.

Для вливания лекарственных веществ в гортань используют гортанный шприц со сменным металлическим наконечником. При повышенном глоточном рефлексе перед процедурой производят анемизацию слизистой оболочки глотки раствором кокаина.

4. ЗАБОЛЕВАНИЕ УХА

После операции на среднем ухе необходимо беречь ухо от попадания влаги, воды, пыли. После каждого мытья головы рекомендуют осушить наружный слуховой проход. Целесообразно в течение 1 месяца 1 раз в неделю очищать послеоперационную полость сухими стерильными турундами, с помощью ваты и затем инсуффлировать порошки (йодоформ, фурацилин, преднизолон, левомицетин и др.).

Если из операционной полости появляются выделения при неполной эпидермизации и росте грануляций, необходимо удалить грануляции острой ушной ложкой после местной анестезии 5% раствором кокаина, а остатки их тушировать 15 - 20% раствором нитрата серебра. Иногда требуется повторное удаление.

Если после операции на ухе заушный рубец инфильтрируется, утолщается, то назначают рассасывающее лечение, местные тепловые процедуры, УВЧ-терапию, инъекции «Лидазы» и др.

Скопление серы и эпидермальных масс на послеоперационной полости уха необходимо удалять не реже 1 - 2 раз в год.

После операций на ухе у ребенка могут возникать головокружение, тошнота и рвота, асимметрия лица. В этом случае необходимо исключить внутричерепные осложнения, парез лицевого нерва.

Диспансерное наблюдение должно продолжаться не менее 2 лет с обязательным проведением аудиометрии, по показаниям - продувания слуховых труб и т.д.

Продувание проводят с помощью резинового баллона, соединенного с резиновой трубкой, на конце которой имеется стеклянная олива. Оливу вводят в одну из ноздрей, чтобы обеспечить герметичность пальцами левой руки прижимают оба крыла носа. Больной произносит слова «пароход», «ку-ку» или «раз-два». При этом происходит разобщение носоглотки от ротоглотки, правой рукой сжимают продувающий баллон. Если процедура выполнена правильно, больной ощущает дующий шум в ушах. Затем, не разжимая баллона (чтобы не втянуть в него отделяемое из носа), оливу вынимают из носа. Если применяют при продувании ушей глотание жидкости, то самопродувание следует производить в тот момент, когда гортань поднимается к верху. В домашних условиях можно провести самопродувание, родители зажимают ребенку вход в нос и просят его надуться и произнести слова, упомянутые выше. При насморке, синусите, гриппе, ОРВИ, а также при выделениях из носа самопродувание не рекомендуют, чтобы избежать распространения инфекции.

Для очищения уха от слущивающегося эпителия, серы, гнойных выделений применяют сухой и влажный способы. Очищение уха от содержимого у новорожденных и детей грудного возраста связано не только с техническими сложностями, но и с другими затруднениями.

Вату плотно навертывают на зонд с нарезкой так, чтобы ватный комочек был не слишком велик и легко проник в слуховой проход и не соскочил при манипуляции. Кончик зонда не должен выступать над комочком ваты, чтобы не нанести травму. Если ватный комочек провести над пламенем горелки и сразу же потушить резким встряхиванием в воздухе, то он будет стерильным.

Чтобы выпрямить слуховой проход, ушную раковину оттягивают назад и кверху. Ушную воронку нужного размера неглубоко вводят в слуховой проход нежными вращательными движениями.

Скопившееся отделяемое удаляют, осторожно, чтобы не травмировать ранимый измененный эпидермис.

Гной удаляют легкими вращательными движениями зонда, что способствует лучшему впитыванию ватой отделяемого. Пропитывающуюся гноем вату заменяют чистой. Гной исследуют на запах (кариес). Нельзя пользоваться пуговчатым зондом, поскольку намокшую вату очень трудно удалять с зонда. Гной удаляют из слухового прохода вплоть до барабанной перепонки, которую после очистки прохода удается осмотреть. После туалета уха кожу слухового прохода целесообразно обработать дезинфицирующим раствором для профилактики.

При обильных гнойных выделениях ухо промывают дезинфицирующими растворами при помощи ушного шприца. Под ухом ребенка держат почкообразный тазик, но не придавливают его слишком плотно к ушной раковине, поскольку сдавливается слуховой проход и жидкость в него не проходит. Ребенка во время процедуры удерживают во избежание травмы. По окончании процедуры слуховой проход высушивают кусочком ваты (особенно спереди и внизу), намотанным на ушной зонд, затем не туго вводят марлевую турунду, которую заменяют по мере пропитывания гноем. Также вымывают и холестеатому, следя за тем, чтобы в шприце не было воздуха. Прежде чем вылить промывную жидкость, ее тщательно осматривают на предмет чешуек холестеатомы, сгустков гноя, примеси крови, мелких кусочков кости на дне тазика и т.д.

Согревающий компресс, обычно «полуспиртовой», чаще ставят на ночь. Трех-шестислойную марлю, разрезанную в виде «штанишек», смачивают водой, затем - этиловым спиртом и «одевают» ее на ушную раковину. Второй, третий и последующие слои марли должны быть больше первого. Сверху кладут вощеную бумагу, затем - слой ваты и, наконец, бинт, делая фиксирующий тур вокруг ребенка. Ушная раковина остается открытой.

Следует иметь в виду, что кожа новорожденных, особенно недоношенных и детей раннего возраста быстро раздражается и мацерируется от согревающего компресса, поэтому им компресс лучше делать не «полуспиртовой», а с камфорным маслом и держать недолго.

Через несколько часов, когда компресс становится холодным, его ставят заново. Компресс приносит облегчение, способствует рассасыванию инфильтрата.

Закапывание капель в ухо. Если в наружном слуховом проходе есть гной, его удаляют 5 - 8 капель лекарства, подогретого до температуры тела, вводят в слуховой проход с помощью пипетки, наклонив голову ребенка в сторону, противоположную больному уху, и оттянув ушную раковину.

У новорожденных, грудных и недоношенных детей слуховой проход прочищают от гнойного содержимого нежными касательными движениями зонда с накрученной на винтообразном конце ватой или очень осторожно производят отсасывание баллончиком. Нельзя очищать ухо многократно и энергичными движениями.

Кожа наружных слуховых проходов у ослабленных инфекцией грудных детей нежная и малоустойчивая к раздражениям, в следствие чего, может развиться наружный отит. После очищения уха в него вливают 5 - 6 капель лекарственного вещества. 40% этиловый спирт предварительно слегка подогревают, опустив флакон в подогретую воду. Контролируют его температуру, капая на тыльную поверхность кисти - при этом не должно быть ощущения холода или тепла. Капли для вливания должны быть комнатной температуры. Ребенка кладут на сторону здорового уха, лекарственное вещество осторожно вливают в сухой проход, чтобы не попало на барабанную перепонку, легко надавливают на козелок или подергивают за мочку ушной раковины. В таком положении ребенку следует лежать 5 - 10 минут. При любой форме среднего отита при сильных болях не рекомендуют закапывать в ухо камфорное масло, которым так часто пользуются. Оно нередко вызывает гипермию, отечность барабанной перепонки и наружного слухового прохода, что чревато присоединением наружного отита и затруднении постановки диагноза. Нередко подобная картина наблюдается у детей и при вливании в ухо карболглицериновых капель.

Турунду в слуховой проход лучше ввести вначале на 0,5 см, а затем, вынув пинцет и захватив турунду на 1,5 см от конца, продвинуть глубже к барабанной перепонке. В таком случае слуховой проход выполняется турундой рыхло, что не вызывает задержку гноя в его глубоких отделах.

Для смазывания мазью наружного слухового прохода и ушной раковины пользуются ушным зондом с навернутой на его конец ватой.

Мазь наносят тонким слоем, не закупоривая полностью слуховой проход.