Реферат

на тему: «Характеристика отитов»

Острый средний отит при инфекционных болезнях. В этиологии и патогенезе инфекционного отита заметную роль играет специфический возбудитель общей инфекционной болезни.

Гриппозный отит. Гриппозный вирус попадает в ухо, по-видимому, гематогенным путем. Об этом свидетельствует одновременное появление характерных для гриппозного отита кровоизлияний в барабанной перепонке, в коже наружного слухового прохода и в слизистой оболочке среднего уха. Специфичной для гриппа является геморрагическая форма воспаления, выражающаяся в резком расширении сосудов, образовании экстравазатов и кровяных пузырьков, а также в сукровичном отделяемом из уха. Воспаление охватывает преимущественно надбарабанное пространство, соответственно этому изменения имеются главным образом в шрапнеллевой перепонке и в прилегающей к ней коже слухового прохода. Гриппозный отит в большинстве случаев имеет бурное течение и сопровождается общей интоксикацией; тяжесть отита, помимо ряда других причин, зависит от характера данной гриппозной эпидемии.

Скарлатинозный отит может возникнуть в любом периоде скарлатины. Обычно он имеет бурное течение — сильные боли, высокая температура, быстрое нарастание воспаления, раннее появление обильного гноетечения. Наряду с этой формой заболевания в период досульфамидо- и антибиотикотерапии скарлатины часто встречалась другая форма, известная под названием некротического отита. Эта форма с самого начала принимает очень тяжелое течение, сопровождается быстро развивающимся некрозом барабанной перепонки, слизистой оболочки среднего уха и его костных стенок. Она возникает чаще всего в первые дни заболевания септико-токси-ческой и токсической скарлатиной; при этом обычно бывают некротическая ангина, гнойный насморк, резкое припухание шейных лимф, узлов. При некротической форме отита боль может совершенно отсутствовать вследствие поражения нервных окончаний в барабанной перепонке или вследствие тяжелого общего состояния больного. В таких случаях только появление гноя указывает на заболевание уха. Гной имеет зловонный запах, выделения необильные и густые. Деструктивный процесс в перепонке иногда протекает очень быстро. Прободное отверстие вследствие распада барабанной перепонки часто достигает больших размеров; нередко наблюдается полное разрушение барабанной перепонки. Характерно резкое понижение слуха, обусловленное поражением среднего, а нередко и внутреннего уха в результате проникновения токсинов через окна лабиринта. Иногда наблюдаются симптомы поражения вестибулярного аппарата — головокружение, рвота, нистагм. При разрушении лабиринтных окон пли костной капсулы лабиринта может развиться гнойное заболевание внутреннего уха (гнойный лабиринтит). Выздоровление с восстановлением функции бывает редко. Обычно обширная перфорация барабанной перепонки остается стойкой, гноетечение — постоянным или периодически повторяющимся, а слуховая функция — резко пониженной.

Скарлатинозный отит наиболее часто переходит в хроническую форму, имеющую затяжное течение, осложненную поражением кости и обусловливающую стойкое поражение слуховой функции вплоть до глухоты.

Лечение инфекционных отитов сводится к тем же мерам, которые применяют и при обычных острых отитах.

При коревых отитах часто имеется смешанная флора (пневмококк, гемолитический стрептококк, бацилла Пфейфера), поэтому следует сочетать пенициллин со стрептомицином.

Для профилактики отита при общих инфекциях (грипп, корь, скарлатина и др.) следует обеспечить гигиенический уход за полостью носа и рта и лечение возникающих в них воспалительных заболеваний, т. к. они являются главной причиной возникновения воспалительного процесса в среднем ухе; они же и задерживают его обратное развитие и выздоровление.

В профилактике инфекционных отитов, в частности наиболее тяжелых его форм — некротических, которые приводят к большим разрушениям в среднем ухе и резкому понижению слуховой функции, важную роль играют новые эффективные методы лечения (сульфаниламиды, антибиотики).

Туберкулезный средний отит очень редко бывает первичным заболеванием; как правило, ему предшествует туберкулез легких или костей. Симптомы — безболезненное начало заболевания, множественные перфорации барабанной перепонки, резкое понижение слуха. В тяжелых случаях, когда в процесс вовлекается кость, бывают обильные зловонные выделения. В барабанной полости и сосцевидном отростке нередко имеются большие разрушения — некроз и секвестрация. Диагноз ставится на основании указанных симптомов и исследования гноя и грануляций на наличие микобактерий туберкулеза.

При туберкулезном отите, помимо общего лечения стрептомицином, ПАСК и др., проводят также местное лечение: два раза в день в ухо вводят по 5—10 капель раствора с содержанием стрептомицина около 0,05 г.Лечение обычно длительное — месяц и больше.

Фузоспириллезный средний отит представляет собой разновидность некротического отита. Возбудители — веретенообразная палочка и спирохета. Типичны малозаметное начало, упорное и длительное течение, частые рецидивы, кровянистый цвет и зловонный запах гноя, некроз кости и слизистой оболочки. Фузоспириллезный отит нередко дает осложнения вследствие всасывания продуктов гнилостного распада. Лечение: внутривенное вливание новарсенола, внутрь — йодистый калий, местно — перекись водорода, присыпка новарсенолом, смазывание йодной настойкой.

Травматический средний отит. При огнестрельных ранениях уха и соседних с ним участков, при резких колебаниях атмосферного давления (у кессонщиков и водолазов при нарушении правил компрессии и декомпрессии), а также при переломах височной кости нередко происходит значительное, а иногда и полное разрушение барабанной перепонки. В одних случаях в ближайшие дни или в более поздние сроки от начала заболевания развивается воспаление среднего уха; в других — отверстие закрывается рубцом или остается стойкое сухое прободение.

При ожогах уха горячей жидкостью и едкими веществами нередки обширные поражения барабанной перепонки и слизистой оболочки среднего уха, осложняющиеся затем гнойным средним отитом. При манипуляциях в ухе шпильками, спичками и др. наблюдаются повреждения перепонки, а иногда и перфорация. Симцтоматология и течение зависят от характера, глубины и локализации повреждения.

Контузионный отит, развивающийся у части больных после разрыва барабанной перепонки вследствие мгновенного воздействия взрывной волны, представляет собой своеобразное заболевание. Разрыв перепонки быстро срастается или приводит к образованию прободения различных размеров — точечное, иногда множественное, с прямыми или зубчатыми краями; обширный дефект перепонки. Прободение расположено преимущественно в нижних квадрантах перепонки. Боль в ухе, как правило, отсутствует, т. к. секрет с самого начала имеет свободный отток через травматическое прободение, температура нормальная или субфебрильная. Отделяемое из уха имеет вначале серозно-кровянистый характер, но вскоре оно становится чисто слизистым, густым, тягучим. Слух иногда очень резко понижается, что связано с контузионными изменениями во внутреннем ухе. Отит часто принимает упорное, длительное течение. Количество отделяемого уменьшается очень медленно, а характер его не меняется. Типичными являются периодические ремиссии, а также обострения без видимой причины. Контузионный отит часто переходит в хроническую форму: по данным В. Ф. Ундрица — в 25 %, кроме того, в 12% случаев отмечена стойкая перфорация барабанной перепонки без выделений из уха.

Лечение. До появления выделений не нужно вводить никаких капель в ухо ввиду опасности внесения инфекции в барабанную полость через имеющуюся перфорацию. В дальнейшем лечение такое же, как при обычном отите.

Хронический катаральный средний отит. Под этим термином известны негнойные заболевания среднего уха, выражающиеся либо в стойком изменении положения и упругости барабанной перепонки, либо в патологических изменениях слизистой оболочки в виде разрастания соединительной ткани, образования рубцов, спаек, сращений между отдельными элементами барабанной полости. В первом случае заболевание рассматривается как хронический катаральный отит, во втором — как адгезивный отит или тимпаносклероз. По клинической симптоматологии и отоскопической картине эти две формы не всегда легко дифференцировать.

Хронический катаральный средний отит может развиться из острого, если не восстановлена проходимость евстахиевой трубы, но он может развиться и первично, если функция евстахиевой трубы выключается постепенно. В происхождении адгезивного отита и тимпаносклероза основную роль играют перенесенные гнойные заболевания среднего уха и последующие рубцевания барабанной перепонки, организация экссудата и прорастание его соединительной тканью. Эти изменения приводят к нарушению подвижности барабанной перепонки и слуховых косточек и тем самым к понижению слуховой функции. Поражается главным образом звукопроводимость. Часто субъективно отмечается шум в ухе.

При отоскопии наблюдаются помутнение, утолщение и втяжение барабанной перепонки, выпячивание короткого отростка молоточка, отсутствие светового рефлекса; часто имеются рубцы, петрификаты. Барабанная перепонка теряет свою эластичность, подвижность, атрофируется.

Диагноз ставят на основании описанной отоскопической картины и характерного понижения слуха (отрицательный отит Ринне, преимущественное понижение восприятия низких звуков). Для дифференциации между катаральным и адгезивным отитом производят пробное продувание ушей и исследование подвижности барабанной перепонки пневматической воронкой. При катаре обычно после продувания отмечается изменение положения барабанной перепонки, уменьшается ее втяжение и наступает более или менее выраженное улучшение слуха. При адгезивном отите продувание не дает значительного эффекта ни в отношении слуха, ни в отношении положения перепонки. Подвижность барабанной перепонки при катарах сохранена или несколько понижена, при адгезивном отите она обычно отсутствует или резко понижена.

Лечение. Продувание уха и пневматический массаж барабанной перепонки дают часто хороший терапевтический эффект. Их проводят систематически (10— 15 раз через день); после Перерыва в несколько месяцев курс лечения при наличии показаний повторяют. Широко применяют тепловое лечение (УВЧ, диатермию, грязевые лепешки и т. д.), оно способствует рассасыванию тяжей и спаек, нередко уменьшает шум в ушах и улучшает слух. Внутрь дают йодистые препараты и подкожно алоэ. Предупреждение катара среднего уха сводится к санации носа и глотки. Особенно большое значение имеет рациональное лечение острого среднего отита до восстановления слуховой функции.

Хронический гнойный средний отит характеризуется наличием стойкой перфорации барабанной перепонки и постоянным или периодически возобновляющимся гноетечением из ух а— отореей. В этиологии хронического среднего отита большую роль играют:

1) значительные разрушения в барабанной перепонке, развивающиеся в течение острого среднего отита вследствие высокой вирулентности инфекционного возбудителя и ослабления сопротивляемости организма;

2) заболевания евстахиевой трубы, воспалительные изменения в носу или носоглотке, а в детском возрасте — аденоидные разрастания, задерживающие обратное развитие изменений при остром отите;

3) нерациональная терапия в острой стадии отита и мастоидита.

По симптомам и клиническому течению различают доброкачественную и недоброкачественную формы хронического гнойного отита. При доброкачественном отите воспалительный процесс происходит только в слизистой оболочке барабанной полости и не распространяется на костные стенки. При недоброкачественном отите воспалительный процесс захватывает и костные стенки, происходит рост грануляций, разрушение кости, которое может дойти до мозговых оболочек. При мезотимпаните, протекающем чаще доброкачественно, прободение барабанной перепонки может быть расположено в любом квадранте, но не достигает костного барабанного кольца; остаток барабанной перепонки сохраняется хотя бы в виде узкого ободка. Такое прободение носит название центрального. Воспаление захватывает только слизистую оболочку средней части барабанной полости — мезотимпанума, отсюда и название — мезотимпанит. При эпитимпаните перфорация достигает костного кольца, получается краевая перфорация, обычно расположенная в верхнезаднем квадранте или в шрапнеллевой части барабанной перепонки. Наличие такой перфорации указывает на поражение кости и на локализацию гнойного воспалительного очага в надбарабанном пространстве (эпитим-пануме). Эта форма имеет обычно затяжное течение, трудно поддается лечению и чаще может явиться причиной отогенных внутричерепных осложнений.

При мезотимпаните перфорация барабанной перепонки имеет различную форму (круглая, овальная, почкообразная;). Видимая через прободное отверстие слизистая оболочка гиперемирована, утолщена; часто в результате рубцевания слизистая оболочка имеет серовато-красный цвет, а иногда серовато-белый. В более тяжелых случаях происходит отторжение эпителия, разрастание слизистой оболочки; на внутренней стенке барабанной полости имеются отдельные круглые возвышения красного цвета (грануляции). Выделения из уха обычно имеют слизисто-гнойный характер. Гнилостный запах бывает лишь, когда присоединяется заболевание кожи слухового прохода; в этом случае десквамированный эпидермис, примешиваясь к гною и разлагаясь, придает ему неприятный запах, который исчезает после рационального ухода за ухом в течение 2—3 недель. Нередко бывает обильное чисто слизистое отделяемое; при отсасывании из уха с помощью пневматической воронки Зигле видно, как слизь поступает из области устья евстахиевой трубы. Это указывает на сопутствующее мезотимпаниту выраженное хроническое воспаление евстахиевой трубы. Такое заболевание известно под названием тубоотита. При мезотимпаните, при отсутствии обострения грануляций обычно не бывает обильных выделений, часто они скудны. Если гноетечение прекращается возможно полное закрытие прободного отверстия в результате сращения его краев с промонториальной стенкой и эпидермизацип последней или вследствие заращения прободного отверстия рубцом.

Понижение слуха при мезотимпаните обычно не достигает резкой степени; иногда даже при большом прободении барабанной перепонки слух может оставаться почти нормальным. Значительная тугоухость наблюдается лишь при рубцовых изменениях слизистой оболочки барабанной полости, при сращениях, особенно в области лабиринтных окон. Характер понижения слуха типичен для поражения звукопроводящего аппарата.

При эпитимпаните может быть небольшая перфорация в шрапнеллевой перепонке или в заднем верхнем квадранте или же полное отсутствие барабанной перепонки (здесь часто применяется термин «эпимезотимпанит»), а иногда и дефект в костной стенке надбарабанного пространства. В среднем ухе можно видеть грануляции в виде красноватых выступов, легко кровоточащих при дотрагивании, или полипы, которые имеют вид красновато-беловатой опухоли. Они достигают нередко значительной величины и могут выполнять весь просвет слухового прохода и даже выступать наружу. Полипы и грануляции являются нередко препятствием для оттока гноя. Вследствие задержки гноя больные ощущают давление в ухе, иногда жалуются на головную боль. Разрушение слизистой оболочки и обнажение кости приводят к кариесу, который обычно постепенно распространяется вглубь. Кариозный процесс может захватить большие участки височной кости, а также и капсулу лабиринта. Для эпитимпанита характерны гнойные выделения с запахом. После систематического промывания уха запах ослабевает или исчезает.

Эпитимпанит нередко осложняется развитием своеобразного опухолеподобного образования в среднем ухе, известного под названием ложной холестеатомы. Xолестеатома состоит из наслаивающихся друг на друга эпидермальных пленок и продуктов их распада, главным образом холестерина. Холестеатома наблюдается почти исключительно при краевом прободении в верхнезаднем квадранте или в шрапнеллевой перепонке, когда между кожей слухового прохода и надбарабанным пространством нет преграды хотя бы в виде остатка барабанной перепонки. При этих обстоятельствах возможно врастание эпидермиса в полость среднего уха. Для реализации этой возможности требуются, по-видимому, и другие предрасполагающие факторы — поражение муко-периостального слоя аттика, снижение местной реактивности ткани, нарушение обмена и т. д. (Т. Н. Мильштейн и др.). Под влиянием раздражения гноем и продуктами распада эпидермис разрастается, а затем набухает, отмирает и отпадает; то же происходит и с вновь врастающим эпидермисом. Наслаивающиеся друг на друга отдельные слои отмирающего эпидермиса ведут к росту холестеатомы. Холестеатома постепенно заполняет надбарабанное пространство и пещеру. Дальнейший ее рост за пределы надбарабанного пространства и пещеры происходит за счет вытеснения окружающей кости, которая разрушается вследствие давления опухоли или внедрения эпидермиса в костную ткань и ее рассасывания. Нередко наблюдается разрушение наружной стенки горизонтального полукружного канала, которое приводит к образованию свища. Явления раздражения лабиринта (периодическое головокружение, нарушение равновесия) и свищевой симптом (появление нистагма или головокружения при надавливании на козелок) указывают на переход процесса на полукружный канал. Иногда наступает парез или паралич лицевого нерва, что свидетельствует о разрушении фаллопиева канала, о воспалении или сдавлении лицевого нерва. При хроническом отите это является сигналом возможного перехода инфекции в лабиринт.

Холестеатома может разрушить наружный кортикальный слой сосцевидного отростка, а также заднюю стенку слухового прохода. Гнойные выделения иногда бывают очень скудными, а перфорация перепонки весьма незначительной; иногда она бывает прикрыта корочкой. При недостаточно внимательном осмотре или при отсутствии опыта можно даже не заметить наличия прободения. Если холестеатома имеет оболочку, то гноетечения может вообще не быть. Однако это не говорит о том, что рост холестеатомы и разрушение кости, отделяющей полость среднего уха от мозговых оболочек, приостановились. При обострении эпитимпанита и нагноении холестеатомы появляются обильные зловонные гнойные выделения, ухудшается общее состояние больного; иногда симптомы внутричерепных и общих осложнений появляются и без усилившейся отореи; в таких случаях эти явления не всегда связываются с заболеванием уха, и тогда упускается благоприятный момент для хирургического вмешательства.

Слух при эпитимпаните обычно резко понижен вследствие разрушения слуховых косточек и вовлечения в процесс внутреннего уха.

При отоскопии распознавание хронического гнойного отита нетрудно; ставить диагноз только на основании длительного гноетечения из уха нельзя, т. к. оно может быть связано с наружным отите. Дифференциация между эпитимпанитом и мезотим-панитом бывает иногда трудна. Диагностике помогает осторожное зондирование при помощи специально изогнутого пуговчатого зонда. При краевых перфорациях зонд свободно проходит в надбарабанное пространство. При наличии кариозного процесса зондом можно прощупать обнаженную кость, а при холестеатоме обнаружить крошковатые массы эпидермиса. Для диагностических целей применяют промывание надбарабанного пространства с помощью специальной канюли; присутствие в промывной жидкости плавающих чешуек указывает на наличие холестеатомы. Ценным диагностическим методом является рентгенологическое исследование уха. При холестеатоме на рентгенограмме обнаруживается дефект кости в виде ясно очерченного просветления, окруженного иногда тонкой плотной тенью — стенкой полости.

Обострение хронического среднего отита напоминает по симптоматике острый отит, однако боль в ухе редко бывает сильной, т. к. перфорация барабанной перепонки обеспечивает свободный отток гноя. Обострение воспаления слизистой оболочки среднего уха, ее утолщение и кровенаполнение сопровождаются часто ощущением пульсации и некоторой болезненности. Опасным является обострение эпитимпанита, осложненного холестеатомой, т. к. полость холестеатомы может доходить до мозговых оболочек. Обострение обычно выражается в нагноении холестеатомы, ее гнойном распаде и сопровождается ухудшением общего состояния больного. Такое обострение иногда является предвестником отогенных осложнений. Дифференциальная диагностика между обострением хронического отита и острым отитом сложна. При диагнозе обострения часто бывает необходимой срочная радикальная операция уха, иногда с обнажением мозговых оболочек. Для дифференциальной диагностики, помимо анамнеза, имеют значение местоположение перфорации, характер гнойного отделяемого, рентгеновская картина сосцевидного отростка.

Лечение мезотимпанита сводится к предупреждению задержки гноя в среднем и наружном ухе, к воздействию на воспаленную слизистую оболочку среднего уха. Применяется систематическое промывание уха дезинфицирующими растворами (см. выше — Лечение при остром среднем отите), вливание в ухо капель (перекись водорода, спирт с перекисью водорода, 3% раствор борной кислоты в 70° спирте и т. д.). Спиртовые капли с прибавлением к ним борной или салициловой кислоты употребляют в тех случаях, когда слизистая оболочка среднего уха разрыхлена, утолщена и на тех или других ее участках имеются грануляции. При сравнительно больших прободениях барабанной перепонки и наличии незначительного гноетечения хороший эффект дает вдувание в ухо размельченного порошка борной кислоты или сульфаниламидных препаратов (припудривание). С успехом применяется нагнетание с помощью резинового баллончика раствора пенициллина и стрептомицина через наружный слуховой проход в среднее ухо. При этом раствор проходит через евстахиеву трубу и оказывает воздействие на воспаленную слизистую оболочку. Особенно эффективен этот метод лечения при тубоотитах.

Описанные методы лечения применяются также и при эпитимпаните, но часто их приходится дополнять и другими. Так, грануляции и полипы удаляют хирургическим путем, а при холестеатоме проводят систематическое промывание надбарабанного пространства спиртом и другими лекарствами. Эпитимпанит нередко трудно поддается консервативному лечению. В части случаев излечение может быть достигнуто только радикальной, или обще-полостной, операцией уха. Вопрос об операции решается на основании более или менее длительного наблюдения за больным. Операция показана, если после систематического лечения гноетечение остается обильным, запах зловонным, удаленные полипы образуются вновь, особенно если имеется резкое понижение слуха. То же относится к холестеатоме, если длительное промывание аттика не ведет к исчезновению холестеатомных масс и имеются жалобы на головную боль, периодическое головокружение, поташнивание. Показаниями к операции служат также:

1) обострение хронического среднего отита мастоидитомс поднадкостничным абсцессом;

2) появление пареза лицевого нерва, который указывает на разрушение костной стенки фаллопиева канала;

3) приступы головокружения;

4) наличие подтвержденной рентгенологически большой холестеатомы. Показаниями к неотложной операции служат при этом признаки внутричерепного осложнения: менингита, абсцесса мозга, тромбофлебита поперечной мозговой пазухи или синустромбоза.