Реферат

на тему: «Наружный и средний отиты: симптомы, прогноз и лечение»

ОТИТ — воспаление уха. В соответствии с анатомическим делением уха на наружное, среднее и внутреннее различают наружный, средний отит и внутренний — лабиринтит.

Наружный отит

Наружный отит представляет собой воспалительное заболевание ушной раковины, перепончато-хрящевого и костного наружного слухового прохода. Заболевания кожи внутренней и наружной поверхности ушной раковины в виде экземы, дерматита, рожи мало отличаются по симптомам и течению от подобных заболеваний кожи лица.

Своеобразное течение имеет перихондрит ушной раковины, развивающийся вследствие повреждения надхрящницы и проникновения в нее инфекции. Наблюдается при огнестрельных ранениях, ожогах, отморожениях, а также после пластики наружного слухового прохода при общеполостной (радикальной) операции уха. Ранние признаки — сильная боль в области ушной раковины, гиперемия и припухание ушной раковины, повышение температуры. В легких случаях процесс заканчивается в этой стадии; в тяжелых — происходит нагноение. Гнойный экссудат накапливается между надхрящницей и хрящом, происходит гнойное расплавление хряща. Сильно припухает раковина, она становится мягкой, отмечается флюктуация, часто образуется свищ. В дальнейшем происходит отторжение омертвевшей ткани, сморщивание и обезображивание ушной раковины. Мочка уха, не имеющая хряща, не поражается.

Лечение: в первые дни заболевания применяют согревающие компрессы, мази, внутримышечно — пенициллин, стрептомицин. При образовании гнойного экссудата производят широкий разрез параллельно контурам раковины. Ложечкой выскабливают полость абсцесса и удаляют омертвевшие участки хряща. В полость вкладывают тампон, смоченный пенициллиновым раствором. На ухо накладывают влажную повязку. Перевязки делают ежедневно.

Ограниченное воспаление (фурункул) наружного слухового прохода развивается вследствие проникновения инфекции в волосяные мешочки и сальные железы кожно-хрящевой его части. Инфекция может через санториниевы щели распространиться на околоушную железу и вызвать воспаление последней. Нередко в воспалительный процесс вовлекается клетчатка впереди и позади уха. При возникновении в мягких тканях сосцевидного отростка абсцесса его иногда трудно отличить от субпериос-тального абсцесса при мастоидите.

В этиологии большое значение имеет раздражение кожи при расчесах и манипуляциях в наружном слуховом проходе шпильками, спичками и другими предметами, т. е. повреждение эпидермиса, особенно у лиц, страдающих гноетечением из уха.

Симптомы: сильная боль в ухе обусловливается тем, что под тонким слоем кожи находится весьма чувствительная надхрящница. К тому же фурункул, расположенный на одной из стенок слухового прохода, испытывает вследствие узости слухового прохода давление со стороны противоположной стенки. Боль нередко отдает в голову, зубы, шею; она усиливается при жевании вследствие передачи давления суставной головки нижней челюсти на наружный слуховой проход. Отмечается резкая болезненность при надавливании на козелок и на нижнюю стенку слухового прохода, при потягивании ушной раковины. Слуховой проход в хрящевой части суживается, в стадии созревания фурункула он почти закрывается. Слух понижается вследствие закрытия просвета слухового прохода фурункулом или гноем. Регионарные лимф, узлы припухают, болезненны. Температура несколько повышена. Фурункулы могут рассасываться; чаще после назревания они вскрываются. После прорыва боль успокаивается, самочувствие улучшается. Обычно болезнь длится несколько дней, но нередко затягивается на недели, если вслед за вскрывшимся фурункулом образуются новые. Типичные жалобы больного, болезненность при надавливании на козелок и осмотр уха позволяют поставить правильный диагноз. Часто фурункул виден у самого входа в слуховой проход; в начальных стадиях виден просвечивающий стержень, а после прорыва можно увидеть углубление на припухлости, откуда выделяется гной. Слуховой проход узок, и введение ушной воронки болезненно.

Лечение. Общее лечение антибиотиками, иногда с успехом применяются аутогемотерапия, согревающие компрессы из буровской жидкости (столовая ложка на стакан воды); в слуховой проход вводят тампон, смоченный буровской жидкостью или борным спиртом. Ухо согревают синим светом, лампой соллюкс, УВЧ. Обычно они оказывают весьма заметное болеутоляющее действие. К разрезу нужно прибегать только в тех случаях, когда фурункул созрел и боль стала совершенно невыносимей или произошло нагноение лимф. узлов.

Разлитой наружный отит вызывается инфицированием трещин и ссадин кожи в результате расчесывания и манипуляций в ухе различными предметами, а также при химических ожогах, механических повреждениях и термическом раздражении. Симптомы: зуд, ощущение жара, боль в области уха, понижение слуха и гнойные выделения с неприятным запахом. Температура обычно нормальная или слегка повышена. Надавливание на козелок менее болезненно, чем при фурункуле. Кожа слухового прохода обычно гиперемирована и утолщена, стенки покрыты десквамированным эпидермисом и гноем, в результате чего возникает сужение, а иногда и закрытие просвета. Барабанная перепонка часто вовлекается в процесс. Дифференциальная диагностика между разлитым наружным отитом и заболеванием среднего уха нередко затруднена. Правильный диагноз в этих случаях можно поставить только в результате наблюдения за течением процесса.

Лечение. Общее лечение антибиотиками, согревающий компресс из буровской жидкости. Слуховой проход смазывают 2—3% раствором ляписа или желтой ртутной мазью. При образовании язвочек и грануляций применяют прижигание 2— 5—10% раствором ляписа, тампоны с син-томнциновой мазью.

Профилактика. Большое значение в предупреждении заболеваний кожи наружного уха имеет правильный гигиенический уход при гнойных средних отитах. Такой уход особенно необходим у детей. Трещины и ссадины кожи слухового прохода нужно смазывать йодной настойкой или растворами ляписа.

Средний отит

Средний отит — воспаление евстахиевой трубы и барабанной полости — бывает острым и хроническим. Острое заболевание среднего уха редко бывает первичным; обычно оно представляет собой осложнение воспалительного процесса в верхних дыхательных путях или осложнение общей инфекционной болезни (скарлатины, кори, гриппа и т. д.). В зависимости от характера и течения процесса в среднем ухе различают острый катаральный средний отит, и острый гнойный средний отит.

Острый катаральный средний о т и т, или катар евстахиевой трубы, развивается обычно вследствие перехода острого воспалительного процесса из полости носа, носоглотки на слизистую оболочку евстахиевой трубы и ее сужения или закрытия. При закрытии евстахиевой трубы и прекращении поступления воздуха в барабанную полость давление в ней понижается, т. к. оставшийся там воздух частично всасывается капиллярами. Следующее за этим втяжение барабанной перепонки не всегда может компенсировать изменение давления при остро развивающейся непроходимости трубы, и поэтому в барабанной полости остается пониженное давление, которое вызывает кровенаполнение и расширение мелких сосудов, пропотевание плазмы крови и образование транссудата. В части случаев транссудат не образуется, закрытие трубы сопровождается только резким втяжением барабанной перепонки.

Симптомы — ощущение заложенности уха, шум в ухе и понижение слуха. Степень понижения зависит от степени инфильтрации слизистой оболочки, от количества и консистенции транссудата и оказываемого им давления на барабанную перепонку, цепь слуховых косточек и окна лабиринта. При перемене положения головы и, следовательно, перемещении транссудата часто наблюдается значительное улучшение слуха. При отсутствии транссудата понижение слуха зависит от втяжения барабанной перепонки и напряжения цепи слуховых косточек. Общее состояние больного мало нарушается: бывают лишь жалобы на ощущение тяжести в голове. Боли обычно нет или она незначительна; температура нормальная или субфебрильная. Часто больные связывают начало заболевания с попаданием воды в ухо, т. к. при перемещении транссудата у них создается впечатление, что в ухе переливается вода. Этот симптом весьма важен для диагностики. При отоскопии наряду с втяжением барабанной перепонки отмечается необычный ее цвет, который зависит от цвета просвечивающего транссудата; он бывает желтоватым, зеленоватым или красноватым. Если транссудат не заполняет всю барабанную полость, то видна граница его в виде черной или темно-серой линии; при перемене положения головы линия перемещается. Если нет транссудата, барабанная перепонка резко втягивается; рукоятка молоточка вследствие вдавления внутрь кажется укороченной; короткий отросток выпячивается вперед, более резко вырисовываются складки барабанной перепонки, световой рефлекс уменьшается или совсем исчезает.

Диагноз не труден. При правильном лечении катаральный средний отит обычно заканчивается выздоровлением в течение нескольких дней. Восстановление проходимости евстахиевой трубы и поступление воздуха в полость способствуют всасыванию транссудата, выделению его через евстахиеву трубу в носоглотку, а также нормализации давления в барабанной полости. Барабанная перепонка вновь принимает нормальное положение. Открытие евстахиевой трубы часто происходит самостоятельно, после того как затихнут воспалительные явления в носу и носоглотке.

Лечение. Сосудосуживающие капли в нос и продувание уха. Если транссудат или экссудат в среднем ухе не исчезает и слух не улучшается, нужно сделать разрез барабанной перепонки (парацентез), который открывает экссудату выход наружу. Слух улучшается сразу или после продувания уха. Если не проводятся эти мероприятия, в барабанной полости могут развиться спайки и слух стойко понизится.

Острый средний отит. Наиболее частой причиной развития острого отита является проникновение инфекции в среднее ухо через евстахиеву трубу. Это имеет место при воспалительных заболеваниях слизистой оболочки носа и глотки, вовлекающих слизистую оболочку евстахиевой трубы и нарушающих ее барьерную функцию. Гематогенный путь проникновения инфекции в барабанную полость имеет место лишь иногда при тяжелых общих инфекционных болезнях в период высыпания или при туберкулезе. Из наружного слухового прохода инфекция может попасть в барабанную полость лишь при нарушении целости барабанной перепонки, которое бывает при бытовой, производственной и боевой травмах.

Симптоматология и клиническое течение острого отита зависят от вида и биологических свойств возбудителя, от реактивности организма, которая находится в зависимости от возраста больного, состояния носа и носоглотки, а также от перенесенных ранее заболеваний уха. Наиболее частыми возбудителями отита являются гемолитический стрептококк, пневмококк; стафилококк встречается сравнительно редко. Иногда обнаруживаются зеленящий стрептококк, дифтерийная палочка, протеус и др. Со слизистым стрептококком или пневмококком типа III связывают развитие особого вида отита, известного под названием мукозного отита.

Патологическая анатомия. Морфологические изменения в барабанной полости зависят от периода заболевания. Вначале отмечается гиперемия слизистой оболочки, мелкоклеточная инфильтрация и экссудация. В полости происходит постепенное накопление серозного или гнойного экссудата. В более поздних стадиях гиперемия слизистой оболочки становится более интенсивной и сопровождается местными кровоизлияниями. Вследствие нарастания отека подэпителиального слоя и усиления мелкоклеточной инфильтрации слизистая оболочка резко припухает и утолщается; в ней образуются деструктивные изменения в виде изъязвлений, грануляций. Отмечаются значительные воспалительные изменения в барабанной перепонке. Вследствие воспалительного пропитывания ее основного слоя она становится красной, утолщенной; эпителий кожистого слоя отторгается; в собственном и слизистом слоях отмечаются деструктивные изменения, приводящие к ее размягчению. Под давлением экссудата может произойти прободение в любом месте барабанной перепонки; чаще всего прободение имеет щелевидную форму.

При выздоровлении воспалительные изменения обычно полностью ликвидируются. Прободное отверстие либо закрывается рубцом, либо остается стойкая перфорация барабанной перепонки с уплотненными краями. При значительном развитии грануляционной ткани могут образоваться спайки между промонториальнои стенкой полости и барабанной перепонкой. При вовлечении в этот процесс слуховых косточек их подвижность нарушается.

Симптомы обычно ярко выражены в первой стадии развития отита до прободения барабанной перепонки. Боль в ухе (ноющая, сверлящая, колющая или стреляющая, пульсирующая) обычно бывает ведущим симптомом; она стихает или прекращается лишь на неоторое время, ночью она усиливается и лишает больного сна. С накоплением экссудата повышается давление в барабанной полости, и боль становится невыносимой. Барабанная перепонка обильно снабжена веточками тройничного нерва, и давление, оказываемое на нее экссудатом, вызывает не только сильную местную боль, но и боль, ирра-диирующую в темя, висок, зубы. Как правило, t° повышается до 38 — 38,5°, а у детей иногда до 40° и выше. Температура отражает в значительной степени тяжесть заболевания, вирулентность инфекции и ее распространение. Высокая температура характерна для бурного течения отита, но не может служить определенным критерием в отношении прогноза. Повышение температуры не отмечается лишь у ослабленных больных, при некоторых атипичных формах отита и у больных, у которых в самом начале заболевания происходит прободение барабанной перепонки и тем самым создается свободный отток гноя. Характерно резкое понижение слуха: шепот не воспринимается, разговорная речь слышна только у самой ушной раковины. При исследовании камертонами или аудиометром обнаруживается преимущественное поражение звукопроводящей функции органа слуха, однако в связи с давлением экссудата на окна лабиринта и проникновением в него токсинов бывает и некоторое поражение звуковосприятия. Опыт Ринне отрицательный; при опыте Вебера отмечаются литерализация в больное ухо, понижение восприятия всех тонов через воздух, восприятие через кость обычно не ухудшается.

Объективным и постоянным признаком острого отита являются изменения барабанной перепонки. В самом начале заболевания на серо-перламутровом фоне перепонки видны инъецированные сосуды, идущие вдоль рукоятки молоточка и по периферии верхних квадрантов. Несколько позже появляются ограниченная нерезкая гиперемия в заднем верхнем квадранте и инъекция сосудов, радиально сходящихся в области пупка. В дальнейшем гиперемия становится разлитой, и барабанная перепонка приобретает розовато-красный или ярко-красный цвет. Она становится отечной, световой рефлекс исчезает, короткий отросток молоточка и рукоятка становятся неразличимыми, линия углубления между барабанным кольцом и костной стенкой слухового прохода сглаживается, вследствие чего контуры перепонки стушевываются. Положение перепонки также меняется: она становится как бы выпуклой и выпячивающейся в слуховой проход. Это выпячивание особенно заметно в верхних квадрантах. Оно происходит вследствие инфильтрации и припухания самой перепонки, а также давления на нее экссудата. Иногда видно сосочковое выпячивание верхнего заднего квадранта барабанной перепонки.

Прободение барабанной перепонки и появление гнойного отделяемого из уха являются обычно поворотным пунктом в течении отита.

После прободения боль обычно стихает или полностью исчезает. Температура падает сразу или постепенно до субфебрильной или нормальной. Общее состояние больного улучшается. Прободное отверстие при остром отите часто плохо различимо, т. к. оно в большинстве случаев имеет щелевидную форму. Секрет из полости выделяется через перфорацию под давлением, при этом нередко хорошо виден пульсирующий световой рефлекс. Отделяемое из уха непосредственно после прорыва в большинстве случаев бывает серозно-кровянистым, а затем, постепенно сгущаясь, приобретает слизисто-гнойный характер; гной обычно не имеет запаха. Иногда к гною бывает примешана кровь. Это наблюдается при разрастании грануляций в среднем ухе, а также при гриппозных отитах. Обильное выделение гноя обычно продолжается 6—7 дней, после чего количество его постепенно уменьшается, одновременно он приобретает более густую консистенцию, а затем гноетечение прекращается. При отоскопии вновь становится виден короткий отросток; вместо диффузной гиперемии видна радиарная инъекция сосудов как в начале заболевания. Края прободения срастаются, слух восстанавливается до нормы.

Характерные субъективные жалобы, типичная отоскопическая картина, понижение слуха дают достаточно данных для диагноза острого отита. Дифференциальный диагноз иногда нужно проводить с наружным отитом (диффузным и ограниченным). Иногда общность некоторых симптомов (боль, гнойные выделения) при невозможности осмотреть барабанную перепонку вследствие сужения слухового прохода может затруднить дифференциальный диагноз. Нужно иметь в виду следующие дифференциальные признаки:

1. Для наружного отита характерна боль при дотрагивании до стенок слухового прохода, напр. при введении широкой ушной воронки, а также при потягивании за ушную раковину, особенно же при надавливании на козелок; характерна также боль при жевании, объясняющаяся близостью хрящевого слухового прохода к нижнечелюстному суставу.

2. При наружном отите выделения являются чисто гнойными, примеси слизи не бывает, т. к. в наружном ухе нет слизистой оболочки; примесь слизи в выделениях, несомненно, указывает на заболевание среднего уха.

3. При наружном отите резкого понижения слуха не наблюдается; для среднего отита оно типично.

4. Для среднего отита характерна пульсация в ухе.

Прогноз. Выздоровление с полным восстановлением слуха является наиболее частым исходом острого среднего отита. Прободное отверстие в барабанной перепонке закрывается, края его срастаются, не оставляя следов или же оставляя малозаметный рубец. Часто образуется плотный рубец с белыми пятнами, представляющими собой выпавшие и отложившиеся известковые соли — петрификаты. При нарушении нормального течения отита наблюдаются и другие исходы. В барабанной полости образуются спайки и сращения между барабанной перепонкой и стенкой полости, между косточками и т.д. Эти изменения уменьшают подвижность барабанной перепонки и цепи слуховых косточек и являются причиной стойкого понижения слуха. Прободение остается стойким, края его омозолевают, гноетечение периодически возобновляется — процесс переходит в хроническую форму. К переходу острого отита в хроническую форму предрасполагают общая слабость организма, упадок питания, неправильное лечение. В части случаев острый отит осложняется мастоидитом. К угрожающим осложнениям острого отита принадлежат переход инфекции во внутреннее ухо, на мозговые оболочки, поперечную венозную пазуху и развитие лабиринтита, менингита, синустромбоза.

Лечение. В последние годы в лечении острого среднего отита большую роль играют сульфаниламидные препараты и антибиотики. При рациональной антибиотикотерапии в большей части случаев острый отит принимает абортивное течение: вместо 3—4 недель заканчивается в 5— 6 дней. В практике наиболее широкое применение получил пенициллин, но наряду с ним приобрели большое значение стрептомицин, ауреомицин (биомицин), тетрациклин, эритромицин, террамицин и др. Стрептомицин применяется преимущественно при формах отита, вызываемых нечувствительной к пенициллину флорой. Ввиду возможного токсического действия на орган слуха стрептомицин надо давать в количестве не больше 1 г в день и прекращать его применение при появлении малейших признаков нарушения слуховой или вестибулярной функции. Аспирин, пирамидон, салициловые и сульфаниламидные препараты в большинстве случаев ослабляют воспалительный процесс и вместе с тем уменьшают накопление экссудата в барабанной полости и боль. Местно для смягчения болей применяют капли, вливаемые в наружный слуховой проход. А. И. Фельдман рекомендует в первой стадии отита вводить 3—4 раза в день в глубь слухового прохода ватные тампоны, смоченные в 5% борном спирте.

В качестве болеутоляющего средства, которое способствует также ликвидации воспалительного процесса, с успехом применяют тепло: согревающий компресс, грелки, лампу Минина (синий свет), лампу соллюкс, ртутно-кварцевую лампу, УВЧ.

Если после нескольких дней лечения в состоянии больного не наступает улучшения, сильная боль в ухе продолжается, температура остается высокой и барабанная перепонка выпячена, то следует сделать парацентез — разрез перепонки. Парацентез срочно показан, если появляются признаки раздражения внутреннего уха или мозговых оболочек (рвота, головокружения, ознобы, сильная головная боль и т. д.).

Для обеспечения свободного оттока гноя из среднего уха после парацентеза или самостоятельного прободения несколько раз в день осушают слуховой проход стерильными марлевыми тампонами; при смене тампона оставшийся в наружном слуховом проходе гной осторожно удаляют ватными фитильками. Многие предпочитают промывание уха теплым раствором борной кислоты. При густой консистенции слизисто-гнойного отделяемого этот метод незаменим. Промывание производят шприцем или резиновой спринцовкой следующим образом: теплым раствором около 37° заполняют весь баллон или шприц (вытесняется воздух); промывную жидкость впускают в ухо без давления; голову больного наклоняют в сторону промываемого уха, а ушную раковину оттягивают кверху и кзади. После промывания нужно осушить слуховой проход стерильным ватным тампоном и смазать его кожу стерильным вазелином. Эффективным способом удаления гноя из слухового прохода является вливание в ухо 3% раствора перекиси водорода (впускают в ухо 8—10 капель и оставляют их там на 10—15 мин.). Образующаяся в ухе пена способствует удалению густого или засохшего гноя. Его удаляют при помощи сухой очистки слухового прохода. Многие авторы рекомендуют впускать в ухо борный спирт. Его целесообразно применять при переходе отита в подострую стадию, когда утолщенная слизистая оболочка выпячивается через прободное отверстие или образуются грануляции. Применяют 3% раствор борной кислоты в 70° спирте; этот раствор является обезвоживающим, высушивающим и дезинфицирующим средством.

Для улучшения дренирования гнойного очага в среднем ухе можно прибегать к продуванию ушей или к отсасыванию секрета через перфорацию барабанной перепонки (с помощью воронки Зигле, которая вводится в слуховой проход при сжатом баллончике). До продувания следует тщательно очистить нос от слизи, смазать слизистую оболочку 2% раствором эфедрина. Продувание производят и после прекращения гноетечения, если осталось понижение слуха. Этим предупреждается развитие стойких сращений в барабанной полости. Для этой же цели применяют пневмомассаж — раскачивание барабанной перепонки посредством искусственного сгущения и разрежения давления в наружном слуховом проходе. Ранее применялся специальный аппарат с маленьким насосом; сейчас массаж делают с помощью пневматической воронки Зигле*.* Снаружи воронка закрыта стеклянной пластинкой, сбоку она имеет отверстие, соединенное с резиновым баллончиком. Подбирают размер воронки таким образом, чтобы она герметически закрывала слуховой проход; воронку вводят в ухо при несколько сжатом баллоне, а затем периодически и осторожно, чтобы не причинить боль, расслабляют и сжимают баллончик. Через стеклянную пластинку воронки наблюдают колебания барабанной перепонки и баллончиком регулируют их амплитуду, Эти манипуляции имеют большое значение также в тех случаях, когда вследствие лечения антибиотиками наступило быстрое выздоровление, но слух полностью не восстановился. Опыт последних лет показывает, что такие формы отита приобретают заметное значение в этиологии тугоухости (Б. С. Преображенский и др.).