**ЛОР Лекция 1**

**ТЕМА: ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО И СРЕДНЕГО УХА.**

Чтобы классифицировать заболевания уха процещ всего классифицировать их по повреждающему фактору:

1. Физические раздражители:

1. 1.   механические: удары, сдавелния, ранения холодным и огнестрельным оружием
2. 2.   ускорение: на реактивных самлотах, при длительной морской качке.
3. 3.   вибрация ( относится к ускорению) к ней. Особенно чувствителен лабиринт: вибрационная болезнь
4. 4.   пылевой фактор
5. 5.   барофактор - действие его особенно проявляется при перепадах давления: в кесонах, при погружении на глубину
6. 6.   электрический фактор ( как отдельные фактор, хотя чаще идет смешанное поражение)
7. 7.   актинический фактор (солнечные лучи, УФИ и др. виды излучений)
8. 8.   температурный фактор ( ожоги, отморожения)
9. 9.   звук: продолжительное или сверхинтенсивное воздействие вызывает акутравму.

2. Химические раздражители. Действие этих факторов может быть трояким:

1.        контактный путь ( например ожоги килосатми, делочами)
2.        косвенное действие ( при поражении верхних дыхательных путей парами йода, хромовыми солями - так как слуховая труба воспаляется , что ведет к повреждению среднего уха
3.        резорбтивное действие ( например чувствительность уха к хинину, салицилатам при приеме этих препаратов внутрь развивается повреждение органа слуха ввиде уменьшения функции и т.п.

3.Органические раздражители:

1.        бактерии и их токсины
2.        вирусный фактор
3.        грибковый фактор ( в последнее время значение значительно выросло значение этого фактора)

4. Аллергены. Вызывают сенсибилизацию. Возникновение и ход процесса при аллергии зависит от:

1.        местной и общей реактивности организма ( насколько организм уже сенсибилизирован)
2.        силой и характером раздражителя ( не всегда бывает сила адекватна реакции: при минимальных концентрациях бывает максимальные повреждения).

НАРУЖНОЕ УХО. Рассмотрим соотношение между наружной ушной раковиной и черепом. Поскольку ушаня раковина отстоит , кровоснабжение идет на довольно ограниченном участке перешейка наружного слухового прохода то соответственно здесь чаще всего наблюдается травмы.

 Отогематома. Встречается кроме спортивной травмы, очень часто при боевой травме. В клинике у ослабленных больных при лежании на одном ухе: отслаивается кожа и между кожей и поднахрящницей происходит кровоизлияние. Чаще всего это приосходит в верхней трети ушной раковины. Образуется пузырь наполненный кровью.

 Лечение отогематом проблематичная задача, не всегда оно удается. Особенно на фоне ослабленного организма. Поэтому часто отгематома переходит в нагноение, а нагноение часто приводит к расплавлению хряща и деформации ушной раковины. Если амбулаторно отгематома не лечится, то больного госпитализируют в стационар чтобы предотвратить возникновение косметического дефекта ( все косметические дефекты связанные с травмой относятся к тяжелым телесным повреждениям).

Лечение:

1.        проколоть отгематому в верхней части и отсосать все содержимое
2.        для того чтобы вызывать адгезию между кожей и надхрящницей вводится в полость 2-3 капли 3% йода, или спиртовой раствор йода. Вызывается асептическое воспаление и образуются спайки между кожей и надхрящницей.
3.        обязательно наложить плотную давящую повязку на эту зону

Если не удается ликвидирвать гематому, то больного направляют в стациона, где производят широкий разрез, выскабливание отгематомы и в последущем накладывают плотные повязки.

Рожистое воспаление ушной раковины. Опасно вообще воспаление в области слухового прохода. Клиника: гиперемия , резкая болезненность при пальпации. Общие явления: повышение температуры, охзнобы, изменения со стороны крови. В области головы рожистое воспаление особенно опасно и такие больные подлежат обязательному стационарному лечению.

Экзематозные поражения ушной раковины и наружного слухового прохода. Могут быть различного генеза: инфекционного, аллергического. Эти процессы очень упорны по течению, они не так вызывают общие явления. Обычно экзематозные поражения рецидивирует вследствие чего специалисты не берутся за лечение этого заболевания. Для лечения используются различные мазевые аппликации: с салициловой кислотой, кальцедоном, гормональными препаратами. Физиотерапия: УФО в эритемных дозах ( вызывает ожог и отторжение наружных слоев, чтобы достигнуть выздоровление). В очень упорных случаях применяют рентгенотерапию.

 Герпетические поражения. Чаще наблюдаются в момент эпидемии гриппа, иногда Herpes zoster развивается вне эпидемии. Эти поражения нередко сопровождаются поражением лицевого нерва. Часто развививается парез лицевого нерва, что в последующем затрудняет питание ( глотание, жевание).

 Лечение: общее - преднизолон - быстро дает ликвидацию воспалительного процесса, местно - смазывание пораженных участков или физиотерапия ( лазер).

Так как Herpes zoster сопровождается резчайшими неврологическими болями ( так как это зона иннервации тройничного нерва) поэтому применяют антибиотики или сульфаниламиды , чтобы предупреить развитие вторичной инфекции ( пневмонии и т .п.)

Аномалии развития ушной раковины.

1.        оттопыренность ушной раковины. Выолняются пластические операции: иссечение части хряща по заденй поверхности и затем завиток и противозавиток подшиваются.
2.        микро и мкротия - мальнкое и большое ухо. Леонардо Д.Винчи впервые описал идеальные пропорции человеческого тела, в том числе и уха. Чем больше ухо тем легче устанавливать источник звуков. Ухо можно увеличить с помощью подсадки хряща носовой перегородки.
3.        увеличение бугорка Дарвина ( находится в верхней части ушной раковины). Ухо вытягивается в виде сотрия, что называется “ухо сатира”.
4.        сглаженность ушной раковины: часто после косметических операций. Носит название “ухо макаки”
5.        “кошачье ухо” при западении очень развитого переднего края уха кпереди.

НАРУЖНЫЙ СЛУХОВОЙ ПРОХОД.

1. 1.   Дифтерия наружного слухового прохода. При этом наблюдаются творожистые налеты, есали их содрать то под ними находятся изъязвления. Такие поражения очень неприятны при поражении костной части, что довольно болезненно и требует срочного лечения.
2. 2.   Поражение слухового прохода волчанкой, туберкулезом что также сопровождается изъязвлениями. Гуммозные поражения характерны для сифилиса.
3. 3.   Инородные тела ( см.учебник)
4. 4.   Серная пробка ( до 20% населения страдает образование серной пробки, особенно в пожилом возрасте, водители которые руками в масле или бензине чистят уши). Лечение: набрать теплой воды в шприц и промыть ухо.
5. 5.   Фурункул слухового прохода отгранический. Лечится консервативно: внутрь сульфанлиамиды, в слуховой проход турунды с гипертоничсеским раствором. Когда идет распространение ( диффуный наружный отит) то надо обязательно вскрыть фурункул, разрезом вдоль слухового прохода. Обязятельно после этого дренируют разрез ( резинкой дренажа или турунда). Это делается для того чтобы воспаление не перешло на хрящ так как перихондрит может привести к заращению слухового прохода, что приводит к тугоухости.
6. 6.   Разлитые воспаления наружного слухового прохода называются otitis externa diffusa. Такое состояние требует только стационарного лечения. Так как вокруг уха есть жизневажные образвоания , то переход воспаления на них может вызывать неприятный последствия ( glandula parotis, крупные сосудыи нервы шеи, выход лицевого нерва, сосцевидный отросток). Кроме разреза делается блокада вокруг слузового прохода,чтобы локализовать процесс и проводят массивную физиотерапию.
7. 7.   Otitis externa hemarragica ( геморрагический отит). Развивается при вирусном поражении. При этом в наружном слуховом проходе появляются булы наполненные кровью. Особенно часто они находстя в проеции костной части, на барабанной перепонке. Лечат также как и грипп , а также местно выполняют постановку турунд чтобы лучше отсосать содержимое пузырей ( чаще с борной кислотой).
8. 8.   Отомикоз. Чаще всего вызывается Aspergilla nigra. В последнее время стал встречаться чще. Возникает на фоне ослабленной резистентности организма, после антибиотикотерапии. Обычно применяют в лечении гризеофульвин, леворин. Но предварительно тщательно удаляют всю зону гриба ( остается мацерированная поверхность, которую прижигают).
9. 9.   Экзостозы наружного слухового прохода. Причины их образования не ясны. Можно полностью обтурировать слуховой проход и вызвать нарушение слуха. Самое неприятное когда они растут на границе среднего и наружного уха деформируя перепонку.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СРЕДНЕГО УХА

Острое воспаление среднего уха протекает в разных формах:

1. Сальпингоотит - воспаление слуховой трубы. Сопровождает острые риниты, когда в процессе заболевания больной начинает чувствовать снижение слуха, следом возникаеют боли в зоне слуховых проходов, в зоне кпереди от ушной раковины. Клиника: нарушение слуха, возникает в силу следующих причин: так как слуховая труба постоянно выравнивает давление в среднем оухе и наружным давлением. При воспалении нарушается этот процесс и давление в среднем уху понижается ( поэтому видно втянутость барабанной перепонки, более ярко виды слуховые косточки особенно короткий отросток). Иногда в передних отделах барабанной перепонки имеется розоватость, гиперемия на ограниченном участке.

Лечение: санация слизистой оболочки ( лечение основное заболевания) а также противовоспалительная терапия, противоотченая терапия. Делают шпрей: через носоглотку в область устья трубы вливают растворы содержащие сосудосуживающие препараты ( эфедрин, адреналин, ментоловое масло) с тем чтобы уменьшить отек и открыть слухову. трубу. При нормализации слуховой трубы начинают продувание ( балонов Полицера, самопродувание во Вальсару).

2. Аэроотит возникает при полетах в самолетах: заложенность в ушах. Чаще здоровое ухо самопроизвольно выравнивает давление, что зависит от барабанного сплетения на медиальной стенке. Если этого не происходит то возникает аэротит: выпячивается барабанная перепонка, в ней появляются кровоизлияния ( так как давление в среднем ухе буде земным, то есть выше даления при полете). Иногда барабанная перепонка разрывается.

Лечение: ликвидация воспаления слизистой оболочки. Иногда делается друнаж с помощью сальпингоскопа: заходят через полость носа и бужируют слуховую трубу.

При разрыве перепонки необходимо максимально отчистить слуховой проход от грязи и вставить турунду с салициловым, боным спиртом чтобы предотвратить инфицирование. На фоне восстановления проходимости трубы перепонка заживает самопроизвольно. Если этого не проиходит то производится пластика ( закрытие дефекта) перепонки.

3. Острый катарльный и перфоративный отит. Возникает в период эпидемий, ослабленности организма . Инфицирование распространяется из области носоглотки, чаще всего играет роль в развитии воспаления стрептококки и стафилококки и неблагоприятные внешние условия, сопутствующие заболевания ( аденоиды, нарушение носового дыхания).

Клиника: жалобы на сильные боли в области уха, за счет раздражения тройничного нерва. Снижение слуха за счет выпота в среднее ухо вследствие чего наступает малоподвижность косточек . Характерен шум в ухе ( типа белого).

Общие явления: менингит у детей ( так как неразвито отграничение слизстой от средней черепной ямки то есть твердная мозговая оболочка прилежит к слизистой). Головные боли на стороне поражения ( теменная, затылочная зоны). Повышение температуры до высоких цифр , повышение СОЭ, лейкоцитоз. При одностороннем среднем отите лечение амбулаторное, при двустороннем - обязательно стационарное ( так как речь может идти о потере слуха.

Общее лечение: обезболивающие средства, противовоспалительные средства, антибиотики широкого спекта действия.

Проникновние токсина во внутренне ухо чревато быстры развитием глухоты. У детей эффективны и быстрым способом ликвидировать эти явления является парецентез - разрез барабанной перепонки ( с помощью специального набора, или скальпеля). Разрез проводится в задненижнем квадранте, там где барабанная перепонка длаьше всего отстоит от медиальномй стенки и там где невозможно повердить сочеление слуховых косточек задней и нижней стенки, дренирование разреза на 2-3 сутки. Парацентезы не приводят к каким-либо последствиям. Очень быстро заживают ( за один день). У взрослых с первых же дней заболевания, кроме парецентеза надо максимально раскрыть слуховую трубу.

При лечении иногда выполняют парамиатальные блокады ( в области задней складки, вокруг слухового прохода), что моментально снимает боли. Вместе с новокаином вводят антибиотики или гидрокортизон.

4. Перфоративный острый средний отит. В первиче же дни разивается перфорация. перфорация имее четкие контуры. В этом слечае перфорация используется в лечении: для введения препаратом. Нельзя туда вводить ототоксические антибиотики ( стрептомицин, канамицин, гентамицин). Может привести к образованиею отогенного менингита: который отличается своей молниеностностью , бурным течение, с высокой температурой, выраженным менингеальным симптомокомплексом. Наблюдается при этом: брадикардия, потеря сознания, характерные изменения со стороны крови, изменение спино-мозговой жидкости ( цитоз, белок). Принципы лечения отогенного менингита:

1. санировать очаг : санация среднего уха: открывается все ячейки сосцевидного отростка и т.д.

2. затем приступают к лечению самого менингита: антибиотики внутривенно, внутримышечно, эндолюмбально, а также противоотечная гормональная, десенсибилизирующая терапия.

5. Острые мастоидит чаще встречается у детей - воспаление сосцевидного отростка. При осмотр видна ассиметрия ушей у детей, чего у взрослых не бывает До введения операции при мастоидите заболевание было смертельным так как гной неминуемо прорывалься в череп.

Лечение: операция - позади ушной раковины производится разрез по сосцевидному отростку, обнажается зона planus mastoideus и вскрывают область. Находят саму большу клетки - антрум и озатем разрушают все остальные клетки вычерпывая гной. Рану ведут открыто. Когда полость закрывается грануляциями накладывают вторичный шов. Правильно проведенная операция не дает снижения слуха.

6. Аллергические средние отиты. Нет характерных признаком воспаления, а есть нарушение слуха. Носит название секреторный отит. Лечится плохо и тяжело. Делается шунтирование через барабанную перепонку в полость среднего уха, ставят шунт по 3-4 недели, проводят десенсибилизирующее лечение.