

ЛОР-ЗАБОЛЕВАНИЯ

КОНСПЕКТ ЛЕКЦИЙ

 EKSMO
EDUCATION



**Хит
сезона**

ЭКЗ **У** МЕН

В КАРМАНЕ

Андрей Дроздов

Лор-заболевания: конспект лекций

«Научная книга»

Дроздов А. А.

Лор-заболевания: конспект лекций / А. А. Дроздов — «Научная книга»,

Представленный вашему вниманию конспект лекций предназначен для подготовки студентов медицинских вузов к сдаче экзаменов. Книга включает в себя полный курс лекций по лор-заболеваниям, написана доступным языком и будет незаменимым помощником для тех, кто желает быстро подготовиться к экзамену и успешно его сдать.

© Дроздов А. А.
© Научная книга

Содержание

Лекция № 1. Исследование уха. Отоларингологический осмотр.	5
Аномалии развития уха	
1. Исследование уха. Отоларингологический осмотр	5
2. Аномалии развития уха	6
Лекция № 2. Болезни наружного уха	8
1. Фурункул наружного слухового прохода	9
2. Диффузный гнойный наружный отит	11
3. Перихондрит наружного уха	13
4. Экзостозы наружного слухового прохода	14
Лекция № 3. Болезни среднего уха	15
1. Острый тубоотит	16
2. Острый серозный средний отит	18
Конец ознакомительного фрагмента.	20

А. А. Дроздов, М. В. Дроздова

ЛОР-Заболевания. Конспект лекций

Лекция № 1. Исследование уха. Отоларингологический осмотр. Аномалии развития уха

1. Исследование уха. Отоларингологический осмотр

Наружный осмотр позволяет выявить деформацию ушной раковины, припухлость, гиперемию в области сосцевидного отростка, выделения из уха, нарушение мимики при повреждении лицевого нерва, увеличение лимфатических узлов в области козелка, сосцевидного отростка, ниже ушной раковины, послеоперационные рубцы, состояние входа в наружный слуховой проход.

При пальпации отмечают болезненность, объем и консистенция ткани в местах воспаления и патологических изменений.

Отоскопия осуществляется с помощью лобного рефлектора и ушной воронки.

Рефлектор наводится на перепонку так, чтобы световой луч не менял место положения при закрытии и открытии левого глаза.

Для осмотра правого уха ушную воронку вводят нежно правой рукой в начальный отдел хрящевой части слухового прохода, а левой рукой слегка оттягивают ушную раковину (при отоскопии левого уха – наоборот) кверху и кзади у взрослых, а у маленьких детей – книзу. При этом выпрямляется слуховой проход и перепонка становится обозримой.

Для лучшей видимости перепонки неопытному врачу целесообразно убрать выделения в слуховом проходе (серу, корочки эпидермиса, засохший гной) с помощью ушного ватодержателя или аттикового зонда Воячека.

В слуховом проходе отмечается наличие выделений (гноя, крови), припухлости его стенок в хрящевой или костной части, сужений.

При отоскопии обращается внимание на опознавательные пункты барабанной перепонки – рукоятку молоточка, его короткий отросток, световой конус, переднюю и заднюю молоточковые складки. Отмечается цвет перепонки (в норме перламутрово-серый, а при отитах – различная степень гиперемии).

Определяется положение перепонки (втянута, выбухает) и подвижность с помощью оптической воронки или импедансометра. При наличии перфорации отмечают ее размеры, форму, характер краев (при хроническом отите края рубцовые) и локализацию по квадрантам (передневерхний, передненижний, задневерхний и задненижний). Различают ободковые и краевые перфорации. При первой из них сохраняется ткань перепонки около барабанного кольца, а вторая доходит до кости.

Характеризуются цвет, запах (гнилого сыра при холестеатоме), консистенция, степень выделений из среднего уха, состояние слизистой оболочки барабанной полости при перфорациях. При краевых перфорациях, прежде всего в шрапнеллевой части перепонки, производится зондирование с помощью аттикового зонда Воячека для определения кариеса кости и холестеатомы. После тщательного туалета слухового прохода и барабанной полости можно более качественно оценить данные отоскопии. Выделения из уха подвергаются бактериологическому исследованию с целью определения возбудителя и его чувствительности к антибиотикам.

2. Аномалии развития уха

Врожденные пороки развития ушной раковины определяются наглядно по косметическим недостаткам – макротия (увеличение размера), микротия (уменьшение размера) и оттопыренность ушных раковин.

Эти дефекты исправляются с помощью операций. При оттопыренности ушей удаляют овальный кожный лоскут из заушной складки.

Во время зашивания раны подтягивают ушную раковину к краю кожи сосцевидного отростка.

Макротия и микротия устраняются с помощью пластических операций.

К другим уродствам ушной раковины относятся ухо сатира (вытянутая кверху раковина в виде острия), бугорок Дарвина (выступ на завитке), ухо макаки (сглаженность завитков) и др.

В области восходящей части завитка, над козелком, бывают врожденные свищи вследствие незаращения первой жаберной щели. Из них может поступать желтая тягучая жидкость или гной.

При закупорке свищевого отверстия кожа вокруг свища воспаляется, могут возникать кисты. В хирургическом лечении пороков развития наружного уха иногда применяются протезы ушной раковины из пластмассы.

Атрезии (заращения) наружного слухового прохода могут сопровождаться недоразвитием среднего и внутреннего уха в виде отсутствия слуховых косточек, костных заращений среднего и внутреннего уха с глухотой или тугоухостью.

Атрезии бывают перепончато-хрящевые и костные, частичные и полные. 22 % больных не воспринимают шепотную и разговорную речь или ощущают ее у ушной раковины, и 30 % – на расстоянии 1–2 м.

Отмечается кондуктивная тугоухость на уровне 40–60 дБ, при нормальной костной проводимости, с костно-воздушным интервалом 30–40 дБ.

У 80 % лиц бывает тяжелая степень тугоухости, а у 14,8 % – глухота. Основную группу составляют пациенты со II и III степенями тугоухости, при очень тяжелых формах дисгигезии – с IV степенью.

С помощью рентгенографии височных костей по Шюллеру, Майеру, Стенверсу, магнитно-резонансной томографии и компьютерной томографии выясняют изменения среднего и внутреннего уха.

Наиболее информативна компьютерная томография, которая позволяет выявить структуру атрезии слухового прохода, состояние барабанной полости, слуховых косточек, число завитков улитки и т. д.

Проводят контрастную рентгенографию слуховой трубы для определения ее проходимости. Осуществляют тщательное аудио-логическое обследование.

Двусторонняя тугоухость и глухота у детей ведут к нарушению развития речи и умственных способностей. Судьба таких детей напрямую зависит от возможностей хирургической и сурдопедагогической коррекции слуха и речи, поэтому их необходимо оперировать раньше, в 3 – 5-летнем возрасте, а при односторонней патологии – после 10–14 лет.

Хирургическое лечение заключается в создании стойкого наружного слухового прохода по типу радикальной операции уха с тимпанопластикой, предполагающей ревизию слуховых косточек, лабиринтных окон, слуховой трубы, в создании тимпанальной полости с неотимпанальной мембраной. При показаниях делается любой вариант тимпанопластики, стапедопластика или фенестрация горизонтального полукружного канала. В каждом случае операция является индивидуальной и сложной, поэтому целесообразно проводить обследование и лече-

ние больных, прежде всего детей с пороками развития уха, тугоухостью, в квалифицированных клиниках отоларингологии или челюстно-лицевой хирургии (пластика ушной раковины).

Лекция № 2. Болезни наружного уха

Среди воспалительных заболеваний наружного уха различают ограниченные и диффузные наружные отиты. В первом случае речь идет о фурункуле, а во втором – о большой группе воспалительных заболеваний бактериального, грибкового, вирусного происхождения или дерматитах, характеризующихся выраженными аллергическими реакциями. К диффузным отитам относятся наружный гнойный отит, отомикоз, экзема, дерматит, рожа, герпес и перихондрит наружного уха.

1. Фурункул наружного слухового прохода

Фурункул наружного слухового прохода считается ограниченным наружным отитом, который встречается только в перепончато-хрящевой части слухового прохода, где имеются волосы и сальные железы.

Этиология, патогенез

Чаще всего стафилококковая инфекция внедряется в железы и волосяные мешочки вследствие травмы кожи приковырянии в ушах ногтями или различными предметами, а также вследствие истечения гноя из среднего уха. Фурункул слухового прохода бывает проявлением общего фурункулеза на почве некоторых заболеваний (сахарного диабета, гиповитаминоза).

Клиника

Характерна выраженная боль в ухе, иррадирующая в глаз, зубы, шею, иногда по всей голове. Боль зависит от давления воспаленного инфильтрата на надхрящницу, тесно спаянную с кожей и обильно снабженную чувствительными нервными волокнами. Боль усиливается при движениях челюстью, жевании, дотрагивании до козелка и оттягивании ушной раковины. В связи с этим отоскопию проводят осторожно узкой воронкой. Фурункул локализуется на любой стенке слухового прохода. Слух не изменен, но при obturation слухового прохода возникает кондуктивная тугоухость. Фурункул может разрешиться самостоятельно путем рассасывания инфильтрата или, что бывает чаще, вскрытия пустулы в слуховой проход.

Вначале на вершущке пустулы отмечается желтая точка, затем формируется гнойный стержень, после отхождения которого определяется кратерообразное отверстие.

Барабанная перепонка не изменена. Инфильтрация тканей может распространяться на околоушную область, заднюю поверхность ушной раковины и область сосцевидного отростка. Нередко увеличены и болезненны при пальпации лимфатические узлы впереди, ниже и позади ушной раковины в зависимости от локализации фурункула.

Температура тела чаще субфебрильная. Средняя продолжительность заболевания – 7 дней. Фурункул на передней или нижней стенках может осложниться паротитом вследствие перехода инфекции по санториниевым щелям. Рецидивирующий фурункул может быть связан с диабетом, поэтому проводят исследование мочи и крови на содержание сахара.

Дифференциальный диагноз

При выраженном заушном лимфадените фурункул дифференцируют с мастоидитом, являющимся осложнением острого среднего отита. Отличием его являются изменения барабанной перепонки и снижение слуха, а также характерный симптом мастоидита – нависание задневерхней костной стенки слухового прохода.

Фурункул локализуется в хрящевой части слухового прохода. При введении тонкой воронки за obturirующий слуховой проход фурункул восстанавливается слух. Иногда дифференцировать эти заболевания удается только путем динамического наблюдения за больным и с помощью рентгенографии височных костей.

Лечение

В начале заболевания применяют антибактериальные препараты: пенициллин по 500 000 ЕД 6 раз в сутки внутримышечно или ампициллин, оксациллин, ампиокс по 0,5 г 4 раза в день, эритромицин или тетрациклин по 100 000 ЕД 4 раза в день внутрь. В слуховой проход вводят турунду, пропитанную 2 %-ным борным спиртом, а после вскрытия фурункула – турунду, пропитанную гипертоническим раствором хлорида натрия и раствором пенициллина в новокаине. Назначают ацетилсалициловую кислоту, анальгин. Хорошие результаты дают физиотерапевтические методы лечения: УВЧ, СВЧ и УФО.

К хирургическому лечению фурункула прибегают редко, когда выражены инфильтрация окружающих тканей, регионарный лимфаденит и фурункул осложняется паротитом.

Вскрытие фурункула производят под местной инфильтрационной анестезией глазным скальпелем в области верхушки стержня. Расширив разрез, гнойный стержень удаляют и в слуховой проход вводят турунду с гипертоническим раствором хлорида натрия.

При рецидивирующем фурункулезе целесообразно применять аутогемотерапию, пивные дрожжи, общее УФО. В отдельных случаях назначают аутовакцину, стафилококковый анатоксин.

2. Диффузный гнойный наружный отит

Гнойное воспаление кожи слухового прохода распространяется и на костную часть слухового прохода, подкожный слой и нередко – на барабанную перепонку.

Этиология, патогенез

Причиной диффузного отита является инфицирование кожи слухового прохода при механической, термической или химической травмах, гнойном среднем отите, гриппе, дифтерии.

Способствует внедрению инфекции мацерация кожи. Благоприятствуют развитию инфекции нарушения обмена веществ и аллергические проявления в организме.

Клиника

Наружный отит протекает в острой и хронической формах. В острой стадии отмечаются диффузная гиперемия, инфильтрация стенок слухового прохода, болезненность при отоскопии, надавливании на козелок.

Процесс более выражен в хрящевой части, но распространяется на костную часть и барабанную перепонку, вызывая сужение слухового прохода. Отмечаются зуд, выделения десквамированного эпидермиса и гноя с гнилостным запахом. При гриппе наблюдаются геморрагические пузырьки на стенках слухового прохода, при дифтерии образуются грязно-серые, с трудом снимающиеся фибринозные налеты.

При хроническом течении наружного отита симптомы менее выражены, но кожа слуховом проходе утолщена, барабанная перепонка инфильтрирована.

Дифференциальный диагноз

Дифференцируют наружный отит со средним после тщательного туалета уха.

При наружном отите не нарушена острота слуха. После исключения фурункула наружного слухового прохода основное внимание должно быть направлено на дифференциальную диагностику диффузного гнойного наружного отита с экзематозным, грибковым и вирусным отитами.

Для этого проводят посев отделяемого из уха на флору и чувствительность ее к антибиотикам, исследование на грибы.

Лечение

Назначается диета с исключением острых и пряных блюд, богатая витаминами. Проводят гипосенсибилизирующую терапию. С этой целью могут назначаться следующие препараты: тавегил, димедрол, пипольфен, кларитин, а также препараты кальция.

При острой форме процесса осуществляют промывание уха теплым 3 %-ным раствором борной кислоты, 0,05 %-ным раствором фурацилина. При зуде назначают 2–5 %-ную белую ртутную мазь или 1–2 %-ную мазь с окисью ртути желтой, 1 %-ный ментол в персиковом масле.

Применяют смазывание 3–5 %-ным раствором нитрата серебра, 1–2 %-ным спиртовым раствором бриллиантового зеленого или метиленового синего. Хороший эффект дает приме-

нение эмульсии гидрокортизона, 1 %-ный преднизолоновой мази, оксикорта, 1 %-ной синтомициновой эмульсии. С медикаментозной терапией сочетаются УВЧ, СВЧ и УФО.

При хронической форме эффективны стафилококковый анатоксин, антифагин и вакцины. Для подавления синегнойной палочки используют полимиксин М (0,5–1 %-ная мазь или эмульсия). При упорных, не поддающихся лечению диффузных наружных отитах применяют лазеротерапию, рентгенотерапию. Для повышения сопротивляемости организма назначают аутогемотерапию, поливитамины.

Антибиотики и сульфаниламиды рекомендуются только при глубоких и хронических пиодермиях с учетом чувствительности к ним микрофлоры.

3. Перихондрит наружного уха

Перихондрит наружного уха – диффузное воспаление надхрящницы с вовлечением кожи наружного уха.

Этиология, патогенез

Причиной перихондрита является инфекция, чаще всего синегнойная палочка. Возбудители проникают при механической травме, пластике наружного слухового прохода во время радикальной операции, термической травме (ожогах, отморожениях), фурункуле уха, иногда гриппе и туберкулезе. Различают гнойный и серозный перихондрит.

Клиника

В области ушной раковины появляются болезненность, отечность и гиперемия, постепенно охватывающие всю ее поверхность, за исключением мочки, не содержащей хряща.

При нагноении и скоплении гноя между хрящом и надхрящницей отмечаются флюктуация, болезненность при пальпации. Температура тела повышена.

Затем хрящ расплавляется гнойным процессом, погибает, и наступает рубцовая деформация раковины. Серозный перихондрит протекает менее бурно, чем гнойный.

Дифференциальный диагноз

Перихондрит дифференцируют с рожистым воспалением и отгематомой. При рожистом воспалении гиперемия охватывает не только раковину, но и ее мочку, а также нередко распространяется за пределы наружного уха.

Отгематома возникает чаще после травмы, локализуется в области передней поверхности верхней половины ушной раковины, имеет багровую окраску, малоблезненна при пальпации, протекает с нормальной температурой тела.

Лечение

В начальной стадии заболевания проводят местное и общее противовоспалительное лечение.

При выявлении синегнойной палочки пенициллин оказывается неэффективным. Назначают полимиксин М (1 %-ную мазь или эмульсию), внутрь тетрациклин, олететрин или окситетрациклин по 250 000 ЕД 4–6 раз в сутки, эритромицин по 250 000 ЕД 4–6 раз в сутки, стрептомицин по 250 000 ЕД 2 раза в сутки внутримышечно.

Пораженную часть раковины смазывают 5 %-ной настойкой йода, 10 %-ным ляписом. Проводят физиотерапию в виде УФО, УВЧ или СВЧ. В ряде хронических случаев используют рентгенотерапию.

При нагноении производят широкий разрез тканей параллельно контурам ушной раковины, удаляют некротизированные части хряща, выскабливают полость абсцесса ложкой и вводят в нее тампон с антибиотиками.

Перевязки делают ежедневно. При деформации ушной раковины в отдаленном периоде осуществляют пластическую операцию.

4. Экзостозы наружного слухового прохода

Экзостозы представляют собой костные образования, являющиеся следствием остеодистрофических процессов височной кости. Экзостозы растут медленно, часто бессимптомно в виде экзо-и гиперостозов.

При obturation слухового прохода появляются ушной шум, понижение слуха, нарушается процесс выделения серы или гноя при отитах.

Наблюдаются две формы экзостозов – на ножке и плоские. Экзостозы на ножке исходят из наружного кольца костной части слухового прохода. Их диагностируют при отоскопии и рентгенографии, часто в качестве случайной находки. Экзостозы на ножке легко сбиваются плоским долотом под местной инфильтрационной анестезией эндaurально. Рецидивы не отмечаются.

Плоские экзостозы нередко занимают почти на всем протяжении одну из стенок слухового прохода. Иногда они образуются в районе барабанного кольца, вызывая утолщения стенки барабанной полости. Плоские экзостозы бывают множественными и затрудняют отоскопию.

К решению об их удалении приходят с осторожностью, так как операция травматична и не всегда дает положительные результаты.

Операцию частично производят заушным доступом. Ткань экзостозов плотная, и удаление их с помощью долота требует приложения силы, что сопряжено с возможностью повреждения структур среднего уха и лицевого нерва.

Лекция № 3. Болезни среднего уха

Болезни среднего уха представляют наиболее важную в клиническом и социальном отношении группу. Ими часто болеют взрослые и особенно дети. Результатом этих болезней является тугоухость, приводящая к снижению социальной активности и профессиональной пригодности.

Кроме того, заболевания среднего уха могут вызывать внутричерепные осложнения, угрожающие смертельным исходом.

Условием нормального функционирования уха является хорошая вентиляция его посредством слуховой трубы, которая, в свою очередь, зависит от состояния верхних дыхательных путей.

Различают острые и хронические средние отиты, а по характеру экссудата – серозные и гнойные. Заболевания среднего уха редко бывают первичными. В большинстве случаев они развиваются на фоне воспалительных процессов верхних дыхательных путей, особенно при наличии способствующих нарушению вентиляции уха факторов: аденоидов, полипов носа, искривления перегородки носа, гипертрофии носовых раковин, синуситов и других заболеваний.

Воспаление проходит три стадии: альтеративную, экссудативную и пролиферативную. Острый средний отит по характеру экссудата подразделяют на слизистый, серозный, гнойный, геморрагический и фибринозный. Гнойное воспаление всегда ведет к образованию перфорации перепонки. При гнойном отите наблюдается выраженная экссудация с последовательным переходом слизистого экссудата в серозный, а затем в гнойный. Выраженность воспаления, распространенность его и исход зависят от степени и длительности нарушения функции слуховой трубы, вирулентности микроорганизмов, резистентности и реактивности организма человека.

1. Острый тубоотит

Острый тубоотит характеризуется слизистой формой экссудативной стадии воспаления. Так как свободного экссудата в барабанной полости нет, то при этой патологии среднего уха основную роль играет воспалительный процесс в слуховой трубе, приводящий к нарушению ее функций, с умеренно выраженным воспалением в барабанной полости.

Этиология

Причиной острого тубоотита является инфекция из верхних дыхательных путей, которая распространяется в слуховую трубу и барабанную полость. Инфицирование слуховой трубы чаще всего происходит при остром респираторном вирусном заболевании, гриппе, а у детей – при скарлатине, кори, коклюше, дифтерии и других инфекциях, сопровождающихся катаром верхних дыхательных путей. Этиологическим фактором являются вирусы, стрептококки, стафилококки.

Патогенез

Слизистая оболочка слуховой трубы, носоглотки и дыхательной области полости носа покрыта цилиндрическим мерцательным эпителием, содержащим много слизистых желез, а в области носоглоточного устья слуховой трубы содержится лимфоидная ткань, поэтому воспаление верхних дыхательных путей быстро распространяется в слуховую трубу и барабанную полость.

В результате воспаления слуховой трубы нарушаются ее функции: вентиляционная, дренажная, барофункция и защитная. Причины нарушения этих функций бывают постоянными и временными.

К постоянным причинам относятся аденоидные вегетации, гипертрофия задних концов нижних носовых раковин, хронические риниты, хоанальные и другие полипы, искривление перегородки носа, опухоли носоглотки, которые могут закрывать носоглоточное устье слуховой трубы и препятствовать ее вентиляционной функции. К временным причинам относятся острые воспалительные процессы верхних дыхательных путей. Причиной тубоотита могут быть резкие перепады атмосферного давления при подъеме и спуске самолета, а также при погружении и всплытии водолазов и подводников. Аэроотит у летчиков и мареотит у моряков могут иметь характер тубоотита. Повышение давления извне переносится хуже, так как воздуху тяжелее проникнуть в барабанную полость через сдавленную слуховую трубу.

Функции слуховой трубы при тубоотите нарушаются вследствие воспаления ее слизистой оболочки и постоянного смыкания стенок. При нарушении вентиляции барабанной полости и отрицательном давлении в ней может появиться транссудат, содержащий до 3 % белка и реже фибрин. При остром тубоотите, причиной которого является инфекция, транссудация не является длительной и выраженной, так как возникает экссудативная стадия воспаления. Экссудат скудный, слизистого характера, что дает основание рассматривать острый тубоотит как воспаление среднего уха с преобладанием патологии слуховой трубы.

Свободного экссудата, образующего уровень жидкости, в барабанной полости не наблюдается. Отмечаются тусклый цвет и втянутость барабанной перепонки.

Клиника

Во время острой респираторной вирусной инфекции или сразу после этого больной жалуется на одно– или двустороннюю постоянную или перемежающуюся тугоухость, шум в ушах. Заложенность уха может быть следствием некомпенсированного перепада атмосферного давления (например, после полета на самолете). Отмечается втянутость барабанной перепонки, характерными признаками которой являются кажущееся укорочение рукоятки молоточка, выступ его короткого отростка наружу, деформация или исчезновение светового конуса, более отчетливые передняя и задняя молоточковые складки.

Слух снижен вследствие изменения гидродинамики ушной лимфы. При импедансометрии определяются отрицательное давление в барабанной полости.

При незначительной гиперемии барабанной перепонки допустимо проведение продувания уха после тщательной анемизации слизистой оболочки носа. Характерным для острого тубоотита является восстановление слуха после продувания уха. Иногда больные сами отмечают периодическое улучшение слуха при зевании или высмаркивании.

Лечение

Основное внимание уделяется восстановлению вентиляционной функции слуховой трубы. Для этого назначаются сосудосуживающие капли в нос длительного действия (санорин, нафтизин, галазолин, тизин, називин) 3 раза в день. Уменьшению отека слизистой оболочки способствуют антигистаминные препараты (тавегил, супрастин, диазолин). Проводится симптоматическое лечение острого респираторного вирусного заболевания. После тщательной анемизации слизистой оболочки нижних носовых раковин и устьев слуховых труб проводят продувание ушей. Из физиотерапевтических методов лечения рекомендуются УВЧ и пневмомассаж барабанной перепонки.

При адекватном лечении острый тубоотит часто проходит в течение нескольких дней. При затяжном течении необходимо произвести рентгенограмму околоносовых пазух для исключения острого синусита.

2. Острый серозный средний отит

Острый серозный средний отит характеризуется серозной формой экссудативного воспаления.

Этиология

Причиной острого серозного среднего отита чаще всего является инфекция верхних дыхательных путей, которая через слуховую трубу попадает в барабанную полость. Обычно это случается во время острой респираторной вирусной инфекции, гриппа и других заболеваний, протекающих с воспалением дыхательных путей. Возбудителями отита являются вирусы, стафилококки, стрептококки, пневмококки. У детей причинами отита являются корь, скарлатина, коклюш, дифтерия и др. Серозный отит нередко имеет затяжное течение, особенно у детей, что зависит от характера и вирулентности возбудителя, морфофункционального состояния среднего уха и иммунобиологической сопротивляемости организма.

Патогенез

Воспалительный процесс из верхних дыхательных путей распространяется на слизистую оболочку трубы и в барабанную полость. Слизистая оболочка слуховой трубы инфильтрируется, мерцательный эпителий частично погибает, воспаленные стенки смыкаются, и нарушаются ее вентиляционная, а также дренажная функции. Отрицательное давление в барабанной полости ведет к венозному стазу и появлению трансудата, а затем – серозного экссудата. Слизистая оболочка инфильтрируется лимфоцитами. Плоский эпителий метapлазируется в цилиндрический, замещается бокаловидными секреторными клетками, слизистые железы выделяют обильный секрет. В барабанной полости появляется свободная жидкость.

Эта жидкость может быть слизисто-серозной, серозной или студнеобразной консистенции с незначительным числом клеток и чаще стерильной.

Секрет может рассосаться или эвакуироваться в носоглотку при нормализации функции слуховой трубы, но, густой и вязкий, он чаще организуется в соединительно-тканые рубцы. Адгезивный процесс приводит к стойкой тугоухости.

Клиника

Отмечаются снижение слуха, шум в ухе, иногда болевые ощущения, а также чувство переливания жидкости в ухе при изменении положения головы. При отоскопии наблюдается желтоватая, молочная, коричневатая или синеватая окраска барабанной перепонки в зависимости от цвета просвечивающейся жидкости. Иногда трансудат имеет вид вспененных пузырьков, образовавшихся при попадании воздуха через слуховую трубу. Когда он частично заполняет барабанную полость, может быть виден уровень жидкости в виде темно-серой линии. Нередко симптом просвечивания секрета через барабанную перепонку остается незамеченным в связи с кажущимся вначале благоприятным течением отита. Температура тела нормальная или субфебрильная. Вследствие втяжения или выпячивания перепонки и понижения подвижности звукопроводящего аппарата отмечается кондуктивная тугоухость. При наличии жидкости в области лабиринтных окон ухудшается и костно-тканевая проводимость, страдает также тональное восприятие высоких частот. С исчезновением жидкости в барабанной полости слух улучшается, восстанавливается костно-тканевая проводимость.

Лечение

Лечение заключается прежде всего в устранении острых воспалительных явлений в верхних дыхательных путях для нормализации функции слуховой трубы и эвакуации патологического секрета из барабанной полости транстубарным или транстимпанальным путем. При отсутствии выраженной общей реакции организма антибиотики и сульфаниламидные препараты не назначаются, так как они могут способствовать более вялому течению воспалительного процесса в ухе и сгущению секрета.

Применяются сосудосуживающие капли в нос (санорин, галазолин, нафтизин, називин, тизин, имидин). Нельзя пользоваться таблетированными препаратами от насморка типа ринопронта или колдакта, содержащими холинолитики и снижающими секрецию слизи, так как это тоже делает секрет более вязким и трудноудаляемым из барабанной полости.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.