

РЕФЕРАТ

АБГАРЯН АСМИК РАЗМИКОВНА

Адрес: АРМЕНИЯ, ГЕГАРКУНИКСКИЙ МАРЗ, г. МАРТУНИ, ПРОШЯН 18

Тел: + 374 94 26 003 01

+ 374 262 4 40 62

Дата переподготовки: 01.11.10 - 26.11.10

Имя руководителя: ШУКУРЯН АРТУР КИМОВИЧ

Клиника: МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ЭРЕБУНИ

Отделение: Оториноларингология

Тема изучения: Хронический средний отит

ХРОНИЧЕСКИЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Хронический гнойный средний отит - форма воспаления среднего уха, имеющая 3 признака: стойкую перфорацию, постоянное или периодическое гноетечение и прогрессирующую тугоухость.

Распространенность. Весьма распространенное заболевание, особенно у детей. Оно встречается приблизительно у 1% школьников. Более точные данные получены при осмотре допризывников в возрасте 14-15 лет, среди них этот показатель достигает 3-4%. Более половины взрослых людей болели отитом в детские годы.

В структуре причин детской стойкой тугоухости, связанной с поражением звукопроводящего аппарата, хронический гнойный средний отит занимает около 60-70%: примерно у 80% детей начало заболевания связывается с ОРВИ. у 5-7% - с другими детскими инфекциями.

Но, если назначенное врачом лечение проводилось не полностью, а лишь до прекращения болевого синдрома, или, если природа отита определена неверно и назначено неадекватное лечение (например, отит грибкового происхождения бесполезно лечить антибиотиками), или, если у ребенка, так называемый, рецидивирующий отит (когда любое заболевание верхних дыхательных путей неизменно сопровождается воспалением среднего уха), или у ребенка имеется какой-либо иммунодефицит, или основное заболевание, снижающее защитные силы организма, например, сахарный диабет, то острый отит может стать хроническим, что значительно осложняет лечение и ухудшает прогноз заболевания. Считается, что после перенесенного острого отита хронизация наступает в течение одного года, а в случае рецидивирующего - в течение пяти лет, особенно часто это происходит в конце лета ("отиты ныряльщиков").

Этиология. В большинстве случаев хронический гнойный средний отит становится следствием острого воспаления среднего уха. Существуют общие и местные причины, способствующие такому развитию процесса.

К общим причинам относятся:

- высокая вирулентность микрофлоры, представленной гемолитическим стрептококком, протеем, синегнойной палочкой, анаэробами (тяжелые общие инфекции), стафилококковым или атипичными бактериями (хламидии, микоплазмы);

нарушение питания, тяжелые авитаминозы;

генетическая предрасположенность (фактор наследственности);

- аллергия, снижение иммунореактивности организма;

хронические заболевания дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта;

нерациональное лечение острого среднего отита;

- частые острые воспаления среднего уха.

К местным причинам относятся:

- нарушение функции слуховой трубы;
- аденоидные вегетации в носоглотке;
- хронические воспалительные заболевания носа и околоносовых пазух полипов носа;

гипертрофия задних и передних концов нижних носовых раковин, при водящая к тубоотиту и ухудшению функции слуховой трубы;

анатомические особенности строения среднего уха у детей: плохое сооб

щение между аттиком (эпитимпанум) и клетками сосцевидного отростка вследствие блока сосцевидной пещеры, легко наступающий отек слизистой оболочки, множество складок, карманов слизистой оболочки, ухудшающих дренаж и отток гноя из среднего уха при остром отите;

- плохая пневматизация сосцевидного отростка, его спонгиозный или склеротический тип;

- тесная сосудистая связь в ухе ребенка между слизистой оболочкой и костномозговыми полостями, что ведет к развитию остеомиелита.

Клиническая характеристика. Хронический гнойный средний отит может протекать в двух формах: в относительно благоприятной - мезотимпанит (около половины случаев) и в более тяжелой - эпитимпанит (примерно 20% заболеваний), остальные 30% приходятся на смешанную форму - эпимезотимпанит.

При мезотимпаните патологический процесс поражает только слизистую оболочку среднего уха, при эпитимпаните в него вовлекается костная ткань. В связи с этим очень важно дифференцировать эти две формы хронического воспаления среднего уха.

Заболевание протекает в двух вариантах. В первом симптомами хронического процесса являются только постоянная сухая перфорация барабанной перепонки и стойкое снижение слуха.

Периодически, обычно после перенесенного инфекционного заболевания или инфицирования барабанной полости через перфорационное отверстие (главным образом при попадании воды), возникает обострение с повышением температуры, болью в ухе, симптомами общей интоксикации, появлением выделений, гиперемией остатков барабанной перепонки, иногда с неврологическими симптомами.

Во втором варианте у детей при хорошем общем состоянии постоянно имеются гнойные или слизистые выделения из уха. Обострения у этих детей сопровождаются общими симптомами (повышение температуры, головная боль, признаки интоксикации) и усилением выделений из уха, сопровождающимися болью.

В этом случае боль связана с нарушением дренажной функции слуховой трубы, то есть с затруднением оттока гноя из полости среднего уха. Боль в ухе обычно не очень сильная, постепенно нарастающая, иногда она становится нестерпимой, мучительной. По характеру боль может быть пульсирующей, колющей, стреляющей, распирающей, нередко отдает в зубы, висок, затылок.

Диагностика. Анамнез. При первой встрече с больным ребенком не всегда можно установить хронизацию процесса. Для дифференциальной диагностики с рецидивирующим или затяжным острым средним отитом анамнез должен быть собран особенно тщательно. Выясняют сведения о предшествующих инфекционных заболеваниях. Эпитимпанит чаще возникает после скарлатины, дифтерии или кори, а также после гриппа. В некоторой степени о тяжести болезни свидетельствуют и частота рецидивов отита, длительность и упорство гноетечения. Важно выяснить, как часто возникают обострения, сопровождаются ли они повышением температуры, признаками интоксикации, сильными болями в ухе, неврологическими симптомами (головная боль, головокружение, нарушение статики и т.д.).

Выясняют, как лечили ребенка в периоды обострения и ремиссии, в условиях поликлиники или в стационаре, не предлагали ли ранее хирургическое вмешательство. Большое значение имеют результаты предыдущих исследований слуха (аудиограммы), рентгенограммы височных костей и данные о составе микрофлоры.

Отоскопия. Перфорационное отверстие при хроническом гнойном среднем отите

может быть различной формы (круглое, почкообразное и т.д.) и величины. Главным для дифференциальной диагностики мезо- и эптитимпанита считают сохранение краев барабанной перепонки. Если край имеется, перфорация называется центральной и характерна для мезотимпанита. Если этого края нет и перфорация достигает барабанного кольца, она носит название краевой и типична для эптитимпанита.

При эптитимпаните перфорация расположена в ненатянутой части барабанной перепонки, непосредственно ведущей в аттик (эпитимпанум), хотя это и не обязательно.

Характер выделений. Мезотимпанит обуславливает слизистые выделения, чаще довольно обильные, но не имеющие запаха. Если в процесс вовлекается костная ткань, выделения становятся более скудными, густыми, с ихорозным запахом вследствие начинающегося остеомиелита. Количество выделений из уха не имеет большого значения для диагностики, хотя при мезотимпаните с расположением перфорации в нижних отделах вблизи устья слуховой трубы они становятся очень обильными. Такую форму мезотимпанита даже выделяют как хронический тубоотит.

Патологические изменения тканей. Остеомиелитический процесс при эптитимпаните часто сопровождается развитием грануляций. В это случае они иногда даже видны через перфорационное отверстие, а в выделениях из уха появляется примесь крови. Грануляции могут выпячиваться через это отверстие в наружный слуховой проход и приобретать вид полипа.

Полипы уха, хотя и реже, могут вследствие постоянного раздражения слизистой оболочки барабанной полости гноем образовываться и при мезотимпаните.

Особо следует остановиться на формировании при эптитимпаните своеобразного опухолевидного образования, которое называется холестеатомой. Среди всех лечившихся по поводу хронического отита детей она встречается в 20-30% случаев, причем у мальчиков в 2 раза чаще. Патогенез до конца не выяснен.

Многочисленные теории (опухолевая, эпибластическая, деваскулярная, миграционная, воспалительная и др.) не объясняют полностью механизма ее развития. Некоторые авторы придают основное значение наследственности и считают, что холестеатома возникает вследствие метаплазии эпителия среднего уха при определенных анатомических особенностях. Другие полагают, что холестеатома является результатом прорастания эпителия наружного слухового прохода в барабанную полость при краевой перфорации и отсутствии механического барьера в виде остатков барабанной перепонки.

Холестеатомные массы пропитываются холестерином, продуктами жизнедеятельности микроорганизмов, сгущенным эпителием и вследствие постоянного роста оболочки холестеомы (матрикса) происходят атрофия и разрушение (лизис) отдельных участков височной кости (ее даже называли «костоедой»). В этом и заключается главная опасность холестеатомы. При мезотимпанитах холестеатомы встречаются редко (примерно в 3-5% наблюдений).

Диагностировать холестеатому не всегда легко. У старших детей можно попытаться зондировать аттик через перфорационное отверстие, при этом ощущается мягкая и шероховатая кость (вследствие кариеса). Иногда с помощью специальной канюли можно промыть аттик через перфорационное отверстие и обнаружить в жидкости чешуйки холестеатомы. У маленьких детей это сделать, как правило, невозможно, в связи с чем указание на холестеатому может дать лишь рентгенологическое исследование височной кости, при котором на снимках четко определяется дефект костной ткани в виде просветления.

Холестеатома у детей имеет особенности:

малосимптомность;

образование в короткие сроки;

наиболее быстрый рост у ребенка в возрасте до 5 лет;

более редкое, чем у взрослых, повреждение крыши барабанной полости, пещеры, полукружных каналов и стенки канала лицевого нерва.

Повышенную склонность к рецидивам вследствие ретракционного карма в верхних отделах барабанной полости.

Исследование слуха. Исследование слуховой функции имеет важное значение, причем дело заключается не в степени ее снижения. При мезотимпаните тугоухость также может быть значительной вследствие, например, нарушения проводимости в цепи слуховых косточек. Наоборот, при эпитимпаните слух может оставаться сравнительно неплохим, поскольку звукопроводение в какой-то степени может осуществляться через грануляции или холестеатомные массы.

Для диагностики важно, что при эпитимпаните в процесс значительно чаще вовлекается внутреннее ухо, что выражается на аудиограмме снижением костной проводимости.

Рентгенография. Диагностика небольшой холестеатомы среднего уха довольно затруднительна. Большое значение для правильного представления о распространенности процесса имеет выбор оптимальных проекций. В настоящее время чаще применяют проекции Шюллера (пещера) и Майера.

При обострении процесса четкий контур склерозированной кости теряется, так как она вовлекается в воспалительный процесс. В этих случаях используют трансорбитальные проекции (по Шоссе), при которых уменьшается супер-позиция (наложение) плотных образований друг на друга и удается выявить даже небольшую холестеатому, расположенную в аттике и в отверстии, ведущем в пещеру (*aditus ad autrum*).

Дифференциальная диагностика. Хронический гнойный средний отит иногда приходится дифференцировать с опухолью и гистиоцитозом. При гистиоцитозе X почти у 70% детей имеется патология уха. Признаки гистиоцитоза:

изолированное или системное поражение костной ткани с множественными дефектами, секвестрацией и участками гнойного расплавления;

разрастание специфической грануляционной ткани (эозинофильная гранулема);

тотальная лимфаденопатия с гепатоспленомегалией;

- поражение кожных покровов; экзофтальм как результат образования ксантомных узлов в передней черепной ямке по ходу зрительного нерва; поражение плоских костей черепа (в первую очередь височной).

Довольно редко, но все же встречается в детском возрасте саркома среднего уха: круглоклеточная, веретенообразная саркома и лимфоангиосаркома. Она чаще возникает как первичная опухоль в раннем детском возрасте. В наружном слуховом проходе выявляются бледно-розовые кровоточащие грануляции, биопсия позволяет поставить точный диагноз. На распространение процесса указывают данные КТ. Лечение лучевое и хирургическое, но его эффективность невысокая из-за быстрого метастазирования.

Лечение. зависит от периода заболевания, выбор метода лечения связан с длительностью заболевания, частотой и тяжестью обострений, отоскопической картиной, рентгенологическими данными, состоянием слуха и т.д.

Принципиально можно отметить, что в большинстве случаев при хроническом

гнойном мезотимпаните проводится консервативное, а при эптитимпаните - хирургическое лечение.

Консервативное лечение - зависит, в основном от характера возбудителя и от тяжести клинических проявлений. При неосложненном гнойном отите возможна терапия антибиотиками (препаратом выбора является амоксициллин, можно применять так же азитромицин, цефуроксим-ацетил, кларитромицин). При грибковом поражении среднего уха используются такие препараты как дифлюкан, брутал, низорал и другие. Но консервативное лечение возможно лишь в том случае, когда отток гноя, экссудата осуществляется свободно. Вводить в барабанную полость какие-либо медикаментозные средства следует лишь после тщательного удаления гноя, экссудата. С этой целью ухо протирают ватой, накрученной на зонд, до тех пор, пока вата, вынутая из уха, не будет сухой. Для закапывания в ухо применяют дезинфицирующие вещества (растворы фурацилина, борной кислоты, протаргола и др.), при отомикозах местно закладывают турунды с травогеном, леварилом, низоралом и т.д. в течение месяца.

Так как хронические отиты возникают, как правило в детей со сниженным иммунным статусом, то в комплексе лечения целесообразно применять современный иммуномодулятор - виферон в возрастных дозировках. Для местного лечения можно применять природный индуктор интерферона - мегасин на мазевой основе.

У большинства детей, страдающих хроническими отитами, при более тщательном обследовании выявляются нарушения со стороны микрофлоры кишечника, поэтому в комплексном лечении обязательно следует применять биопрепараты (бактисубтил, линекс и другие).

Целесообразно использовать общеукрепляющие препараты (липоевая кислота, пантотеновая кислота, лимонгар, все поливитамины в сочетании с микроэлементами, особенно витамины группы В) и другие препараты, помогающие коррелировать нарушенный иммунный статус.

Кроме того, применяют и физические методы лечения: продувание ушей, пневмо- и вибромассаж, грязелечение, УВЧ или электрофорез на область пораженного уха.

Хирургическое лечение - при неэффективности консервативной терапии, а так же при невозможности провести полный курс лечения используют различные виды хирургического лечения. Например, тимпанопластика (пластика барабанной перепонки) используется для улучшения слуха.

Для ликвидации хронического очага воспаления могут быть использованы другие виды хирургического лечения (общеполостная или радикальная операции) с последующей пластикой удаленного органа.

В период ремиссии, вне обострения процесса, когда общие симптомы исчезают, а гноеотечение продолжается, применяют в основном местную терапию (антисептические, чаще спиртовые, кадии, вдувание сульфаниламидного порошка). Неплохой эффект наблюдается и при использовании низкоэнергетического излучения гелий-неонового лазера. Противопоказания к лазерной терапии: хронический отит с ушными полипами, холестеатомой, явлениями мастоидита, подозрение на внутричерепные осложнения. Лазерное облучение приводит к уменьшению отореей, отечности и гиперемии тканей. Однако проведение Лазерной

терапии детям требует от персонала повышенного внимания к правилам безопасности. Способов местного лечения очень много, но неременным предварительным условием действия лекарственного вещества на слизистую оболочку среднего уха является удаление гноя - так называемый туалет уха. При упорном и настойчивом лечении мезотимпанит можно добиться прекращения гноетечения в 80-90% случаев.

Если ребенок обращается вне обострения, без гноетечения, то проводят Профилактические мероприятия:

- санацию носоглотки;

~ лечение хронических воспалительных процессов в полости носа и околоносовых пазухах;

общее и местное закаливание для профилактики препятствующих респираторных заболеваний;

предотвращение попадания воды в ухо, поскольку вода может вызвать гноетечение (при купании ребенка или мытье головы следует закрыть наружный слуховой проход ватой, смоченной стерильным вазелиновым маслом).

Для закрытия перфорационного отверстия применяют те же полухирургические (освежение краев перфорации, их прижигание) и хирургические методы (высокоэнергетическое лазерное воздействие и мирингопластика). Сложнее провести эффективное консервативное лечение при хроническом гнойном эпитимпаните, особенно если он сопровождается развитием грануляций, полипов или образованием холестеатомы.

Способы лечения (местные и общие), которые применяются при эпитимпаните, в лучшем случае могут ликвидировать обострение процесса, но не устраняют остеомиелит. Казалось бы, проще всего провести лечение хирургическим способом, но основным препятствием к его широкому использованию остается удовлетворительный слух, который, как правило, снижается в результате операции.

В связи с этим в последние годы широкое применение находят ограниченные операции, при которых под контролем операционного микроскопа удаляют только кариозную кость и сохраняют по возможности систему звукопроводения среднего уха (так называемые слухосохраняющие операции). Подобные микрохирургические вмешательства в 75% случаев позволяют санировать ухо и одновременно сохранить слуховую функцию.

Такие операции технически сложны и требуют хорошей подготовки: санации верхних дыхательных путей, предварительного промывания барабанной полости, восстановления проходимости слуховой трубы и т.д.

Если слух у ребенка уже потерян в результате хронического гнойного процесса, то производят радикальную общеполостную операцию на ухе, при которой удаляют все патологическое содержимое: холестеатому, полипы, грануляции, кариозную кость, пораженные процессом слуховые косточки и т.д. Такое хирургическое вмешательство довольно сложно и требует хороших знания анатомии височной кости, поскольку оперировать приходится на небольшом пространстве рядом с каналом лицевого нерва, лабиринтом, сигмовидным синусом, средней черепной ямкой и т.д. В типичном случае делают разрез по заушной переходной складке, после отсепаровки мягких тканей долотом или борами вскрывают пещеру, затем удаляют заднюю костную стенку наружного слухового прохода и латеральную стенку аттика. В результате из барабанной и антральной полостей образуется общее пространство (поэтому операция называется общеполостной).

После операции хорошо обзрываются ампула горизонтального полукружного канала, поскольку задняя костная стенка удаляется до ее уровня, горизонтальный отдел канала лицевого нерва, устье слуховой трубы, крыша барабанной полости и антрума, костная стенка, отделяющая клетки сосцевидного отростка от

сигмовидного синуса. Сохранившаяся задняя кожная стенка наружного слухового прохода разрезается таким образом, что образуются лоскуты на ножках (Т- или Г-образная пластика). Эти лоскуты впоследствии становятся источником эпидермиса. Заушный разрез в конце операции обычно зашивают, а послеоперационную полость обрабатывают путем перевязок (через наружный слуховой проход).

На первом этапе трепанационная костная полость покрывается тонким слоем грануляций, по которому происходит постепенная эпидермизация из пластиковых лоскутов задней стенки наружного слухового прохода. Этот процесс довольно длительный, продолжается несколько месяцев.

Послеоперационный период у детей протекает сложнее, чем у взрослых, из-за склонности к избыточному росту грануляций, частого реинфицирования полости через слуховую трубу, трудностей перевязок, обострений процесса после инфекционных заболеваний.

Примерно в 5-10% случаев гнойный процесс в послеоперационной полости продолжается, хотя внутричерепные осложнения практически не наблюдаются в связи с хорошим оттоком.

Отрицательным моментом радикальной операции уха является неминуемое снижение слуха примерно на 30 дБ вследствие удаления кариозных слуховых косточек и остатков барабанной перепонки. Однако при тяжелых кариозных процессах, не поддающихся консервативному лечению, операцию проводят, так как большую опасность представляет вероятность развития отогенных внутричерепных осложнений, по отношению к которым операция имеет профилактическое значение.

Тимпанопластика. Примерно в 50-е годы было предложено не только санировать среднее ухо при его хроническом воспалении с помощью радикальной общеполостной операции, но и производить реконструктивное вмешательство, восстанавливая в той или иной степени звукопроводящий аппарат.

Эти хирургические вмешательства производятся с помощью операционных микроскопов специальными тончайшими инструментами с использованием местных или аллопластических тканей. Комплекс такой слухоулучшающей хирургии получил название тимпанопластики.

В зависимости от степени разрушения в результате воспалительного процесса или операции звукопроводящего аппарата основоположник тимпанопластики А. Вульштейн выделил 5 типов тимпанопластики: самый простой - Устранение дефекта барабанной перепонки (мирингопластика или тимпанопластика I типа), самый сложный - V тип, когда разрушена вся звукопроводящая система. Тимпанопластика V типа применяется довольно редко.

Естественно, что обязательным условием тимпанопластики является достаточное сохранение функции рецепторного аппарата внутреннего уха.

Тимпанопластика у взрослых применяется довольно часто и эффективна примерно в 70% случаев.

Отношение к этой операции неоднозначное. С одной стороны, ее широкое внедрение ограничивают:

- значительные трудности при исследовании слуха в раннем возрасте;
- отсутствие возможности определения слуха во время операции (в связи с наркозом);
- более частая аллергия и иммунная неустойчивость, частые детские инфекции;
- анатомо-физиологические особенности слуховой трубы, трудность определения ее функционального состояния, осмотра носоглотки;
- особенности микрофлоры (преобладание стафилококка, синегнойной палочки и протей);

агрессивность холестеатомы;
трудности ведения послеоперационного периода.

С другой стороны, двусторонняя тугоухость приводит к нарушению развития речи, к изменениям психики ребенка, снижению интеллекта, отставанию в умственном развитии, затруднениям в обучении, общении со сверстниками и т.д. В результате полагают, что тимпаноластика у детей возможна начиная с 8-10-летнего возраста, но производить ее лучше в два этапа, после санирующей операции. В более раннем возрасте тимпаноластика показана только при двустороннем процессе и тугоухости.

Осложнения. При хронических гнойных средних отитах возможны внутричерепные осложнения. Такие осложнения могут развиваться и при острых средних отитах. При внутричерепных осложнениях необходимо срочное хирургическое лечение уха с целью санации очага. Без операции ребенок может умереть, часто погибает, несмотря на активную антибактериальную и иную терапию.