

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего образования "Красноярский государственный медицинский
университет имени профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства
здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой : д.м.н. Профессор Петрова Марина Михайловна

Реферат на тему
«Острый средний отит»

Выполнила: Ординатор второго года
обучения кафедры поликлинической
терапии и семейной медицины с
курсом ПО

Помазкина Яна
Александровна

Красноярск 202

ОГЛАВЛЕНИЕ

Введение.....	3
1. Эпидемиология.....	4
2. Классификация.....	4
3. Этиология.....	5
4. Патогенез.....	5
5. Клинические проявления.....	6
6. Лечение.....	8
7. Профилактика.....	9
Заключение.....	10
Список использованной литературы.....	11

Введение

Проблема острого среднего отита (ОСО) сохраняет свою актуальность на протяжении многих лет. Как известно, в большинстве случаев при своевременном и адекватном лечении ОСО заканчивается выздоровлением и полным восстановлением слуха. Однако при снижении реактивности организма, неадекватной антибактериальной терапии и несвоевременном хирургическом лечении ОСО может привести к стойкому нарушению слуховой функции, хронизации процесса, внутричерепным осложнениям.

Данная проблема приобретает важное значение не только для оториноларингологии, но и для медицины в целом. Большое значение придается профилактике, лечению и реабилитации пациентов с нарушениями слуховой функции различного генеза.

Дискомфорт, вызываемый ОСО, лишает трудоспособности этих лиц не менее чем на две недели, а нарушение слуховой функции может сохраняться еще дольше.

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Острый средний отит – острое воспалительное заболевание, характеризующееся вовлечением в патологический процесс слизистой оболочки среднего уха (слуховой трубы, барабанной полости, пещеры и воздухоносных ячеек сосцевидного отростка).

1. Эпидемиология

Острый средний отит относится к наиболее частым осложнениям внебольничных инфекций верхних дыхательных путей у детей и в настоящее время занимает доминирующее место в структуре ЛОР - патологии детского возраста. Это обусловлено высокой распространенностью острых респираторных заболеваний, играющих существенную роль в патогенезе острого среднего отита и составляющих около 90% всей детской инфекционной патологии. Острое воспаление среднего уха возникает у 18 - 20% детей, болеющих острой респираторно – вирусной инфекцией.

В течение первого года жизни хотя бы один эпизод острого среднего отита диагностируется у 62 % детей, а у 17% повторяется до 3 раз. К трехлетнему возрасту острый средний отит переносят 83%, а к 5 годам - 91%, к 7 годам - 93% детей.

В России острое воспаление среднего уха переносят около 10 млн человек. Удельный вес среднего отита в структуре заболеваний органа слуха составляет 30%. Почти у каждого пятого ребенка с острым средним отитом регистрируют тяжелое или осложненное течение заболевания. У 12 % больных развивается поражение нейроэпителиальных клеток спирального органа с последующей сенсоневральной тугоухостью и глухотой.

2. Классификация

Острый средний отит отличается определенной последовательностью развития патологического процесса и симптоматики. С практической точки зрения целесообразно различать три стадии типичного течения острого среднего отита.

I стадия катарального воспаления – характерны жалобы на боль в ухе, повышение температуры, недомогания, слабости, снижение слуха; при осмотре выявляются втянутость, гиперемия барабанной перепонки, инъекция сосудов.

II стадия - гнойного воспаления:

А) Неперфоративная – отмечается нарастание боли, недомогания, слабости, увеличение гиперемии, выраженное снижение слуха. При осмотре – выпячивание, интенсивная гиперемия барабанной перепонки.

Б) Перфоративная – характерно наличие гнояного экссудата в наружном слуховом проходе, «пульсирующий рефлекс», уменьшение боли, снижение температуры, уменьшение выраженности симптомов интоксикации.

III стадия - разрешение процесса.

Возможные исходы:

- полное выздоровление (восстановление целостности барабанной перепонки и слуховой функции)
- хронизация процесса
- формирование отогенных осложнений (мастоидит, тимпаногенный лабиринтит и т.д.).

3. Этиология

Как правило, ОСО развивается на фоне респираторной вирусной инфекции. Тем не менее выраженная клиническая картина этого заболевания почти всегда обусловлена последующей бактериальной инвазией полостей среднего уха. Поскольку инфицирование среднего уха имеет риногенную природу, бактериальная флора, высеваемая при остром синусите и остром среднем отите, примерно одинакова. Основными этиологическими факторами острого среднего отита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus aureus*.

4. Патогенез

Воздействие патогенов (бактерий и вирусов) на слизистую оболочку носа и носоглотки при острых респираторных заболеваниях инициирует каскад морфологических сдвигов, которым принадлежит ключевая роль в развитии воспалительных изменений в среднем ухе и формировании клинических проявлений острого среднего отита. Последовательные изменения в среднем ухе при острых респираторных заболеваниях связано с повреждающим

действием вирусов и бактерий на мерцательный эпителий начальных отделов респираторного тракта и слуховой трубы.

Основную роль в возникновении острого воспаления среднего уха играют противовоспалительные медиаторы, которые контролируют интенсивность и направленность иммунных реакций, а также обеспечивают реализацию важнейших эффектов воспалительной реакции – развивается отечность и гиперемия слизистой оболочки носа и носоглотки, нарушение физиологических путей транспорта отделяемого слизистой оболочки, скопление назофарингеального секрета в области глоточного устья слуховой трубы, формирование носоглоточно – тубарного рефлюкса и дисфункции слуховой трубы. Закономерным следствием морфофункциональных сдвигов является быстрое снижение интратимпанальной циркуляции воздуха, транссудации жидкости из микроциркуляторного русла, микробная контаминация полостей среднего уха, последовательное развитие островоспалительных изменений. В этих условиях резко возрастает вероятность суперинфекции, возможность затяжного течения воспалительного процесса и формирования осложнений.

Факторы риска возникновения острого среднего отита у детей:

- наличие в полостях среднего уха миксоидной ткани
- широкая, прямая, короткая и более горизонтально расположенная слуховая труба
- значительная частота гипертрофии и хронического воспаления глоточной миндалины
- незавершенность пневматизации височной кости
- несостоятельность иммунных механизмов ребенка, физиологические иммунодефицитные состояния у детей.

5. Клинические проявления

Клинические проявления характеризуются появлением жалоб на боль, заложенность и ощущение шума в ухе, снижение слуха, аутофонию. У новорожденных детей и детей первого года жизни отмечаются следующие симптомы: беспокойство, нарушение сна, вскрикивание, стремление лежать на больной стороне, отказ от еды, срыгивания. Температура тела достигает 38 и выше. Прогрессирование процесса сопровождается усилением боли, выраженным нарушением слуха, нарастанием симптомов интоксикации. Наблюдается стойкое повышение температуры, ребенок становится апатичным, не реагирует на игрушки, отказывается от еды, возникает ночное беспокойство и крик. На этой стадии острого среднего отита возбуждение может смениться адинамией, появляются учащенные срыгивания, «беспричинная» рвота, могут возникать подергивания мышц и кратковременные судороги. Отоскопические изменения – выраженное выбухание и гиперемия барабанной перепонки, обусловленными давлением экссудата.

В следствие давления и протеолитической активности экссудата происходит истончение и формируется перфорация барабанной перепонки, сопровождающаяся гноетечением из уха. При этом наблюдается снижение интенсивности болей, постепенное снижение температуры, исчезновение симптомов интоксикации. Сохраняется нарушение слуха. После удаления из наружного слухового прохода гноя при отоскопии часто выявляется «пульсирующий рефлекс» - толчкообразное (пульсирующее) поступление гноя из барабанной полости через перфорационное отверстие в барабанной перепонке. В дальнейшем, при благоприятном течении воспалительного процесса отмечается уменьшение и исчезновение гнойных выделений из уха, нормализация общего состояния больного. При отоскопии определяют отсутствие экссудата в наружном слуховом проходе, остаточные явления гиперемии, инъекции сосудов барабанной перепонки, небольшую перфорацию, которая в большинстве случаев самостоятельно закрывается. При благоприятном течении заболевания происходит постепенное восстановление слуха.

Нередко встречается атипичное течение среднего отита. При этом острое воспаление среднего уха может сопровождаться отсутствием болевого синдрома, выраженной температурной реакции, наличие мутной, утолщенной с плохо определяющимися опознавательными знаками барабанной перепонки. В других – бурным повышением температуры до 38 – 39 С, резкой болью в ухе, ярко выраженной гиперемией барабанной перепонки, быстрым нарастанием интоксикации, проявлением неврологической симптоматики (рвоты, положительных симптомов Кернига, Брудзинского), признаков мастоидита и других отогенных осложнений. Несмотря на благоприятное в большинстве случаев течение острого среднего отита, существует высокая вероятность развития отогенных осложнений. Во многом это обусловлено недостаточностью иммунного ответа у детей раннего возраста, возрастными особенностями строения среднего уха, патогенностью и вирулентностью этиологически значимой флоры.

При обследовании больных с средним отитом необходимо иметь в виду высокую вероятность развития у них различных осложнений. В связи с этим необходимо обращать внимание на наличие (отсутствие) таких признаков как пастозность кожных покровов в заушной области, сглаженность заушной складки, наличие флюктуации в заушной области (антрит, мастоидит), асимметрия лица (отогенный неврит лицевого нерва), менингеальные симптомы (отогенный менингит).

В периферической крови определяют нейтрофильный лейкоцитоз, увеличение СОЭ.

6. Лечение

Показанием к госпитализации является возраст больного до 2-х лет, а также независимо от возраста тяжелое или осложненное течение острого среднего отита.

Немедикаментозное лечение: противовоспалительным и болеутоляющим действием на начальных этапах развития воспалительного процесса в среднем ухе обладают физиотерапевтические методы воздействия: соллюкс, УВЧ, согревающий компресс на околоушную область.

Медикаментозное лечение: на первой стадии заболевания показано назначение ушных капель, обладающих местным противовоспалительным анальгезирующим действием, интраназальных сосудосуживающих средств, обеспечивающих восстановление носового дыхания и проходимость слуховой трубы.

Эффективность местного применения антибиотиков в виде ушных капель при остром среднем отите требует подтверждения. В первую очередь при закапывании антибиотика в наружный слуховой проход его концентрация в полостях среднего уха не достигает терапевтических значений.

При наличии воспалительных изменений в полости носа необходимо промывание носа 0.9% раствором хлорида натрия, эвакуация назального секрета. Жаропонижающие препараты применяются при повышении температуры выше 39 С.

Системная антибактериальная терапия показана во всех случаях среднетяжелого и тяжелого течения острого среднего отита, а также у детей в возрасте до 2 лет и у пациентов с иммунодефицитными состояниями. При эмпирической антибиотикотерапии острого среднего отита предпочтение следует отдавать амоксициллину, альтернативными препаратами являются макролиды. При отсутствии клинической эффективности в течение 2 суток, а также пациентам получавшим антибиотики в течение последнего месяца можно назначить амоксиклав или цефалоспорины II-III поколения. При легком и среднетяжелом течении показан пероральный прием антибиотиков. При тяжелом и осложненном течении отита антибиотики вводятся парентерально, после улучшения состояния больного через 3-4 суток рекомендуется переходить на пероральный прием. Длительность антибиотикотерапии при неосложненном течении 7-10 дней. У детей до 2 лет и лиц с отягощенным анамнезом, тяжелым течением заболевания наличием отогенных осложнений сроки применения антибиотиков могут быть

увеличены до 14 дней и более. Обязательна оценка эффективности антибиотикотерапии через 48-72 часа.

При отсутствии спонтанной перфорации барабанной перепонки у больных острым гнойным средним отитом при нарастании гипертермии и признаков интоксикации показан парацентез барабанной перепонки.

7. Профилактика

Первичная профилактика острого среднего отита заключается в предупреждении острых респираторных заболеваний, устранение переохлаждения, соблюдение правил личной гигиены, закаливание организма.

Вторичная профилактика включает в себя комплекс мер, направленных на предупреждение обострений имеющихся хронических заболеваний верхних дыхательных путей, восстановление физиологических механизмов носового дыхания и вентиляционной функции слуховой трубы. Большое значение имеет своевременная элиминация очагов хронической инфекции (кариес, тонзиллит, синусит) коррекция иммунной недостаточности.

Заключение

ОСО в случае инфицирования *Streptococcus pneumoniae* имеет более реактивный характер течения, с более выраженной клинической симптоматикой, с более частым развитием осложнений.

В случае поражения *Haemophilus influenzae* ОСО протекает субклинически, имеет более стойкий характер течения, что приводит к поздней диагностике заболевания, и к возможной хронизации процесса.

Именно поэтому даже при не ярко выраженной клинической картине с незначительными изменениями барабанной перепонки, с учетом данных аудиологического исследования и тимпанометрии рекомендовано назначение антибактериальных препаратов с целью предотвращения хронизации процесса и профилактики осложнений.

Список использованных источников

1. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология: Руководство для врачей. — М.: Медицина, 2019. — С. 422–427. — 616 с. — 3 000 экз.
2. Петрова Л. Г., Чайковский В. В., Рыбак П. Р. Фаринголарингеальный рефлюкс как одна из причин хронического секреторного среднего отита // Вестник оториноларингологии. — 2013. — № 1. — С. 19–21.
3. Крюков А.И., Туровский А.Б Острое воспаление наружного и среднего уха. Consilium Medicum. 2020;8:32-35.
4. Крюков А.И., Туровский А.Б Острое воспаление наружного и среднего уха. Consilium Medicum. 2000;8:32-35.