

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

Кафедра ЛОР-болезней с курсом ПО

Реферат

Острый средний отит у детей

Зав. Кафедры: Д. м. н. Вахрушев С. Г.

Проверил: К. м. н. Болдырева О. В.

Выполнил: ординатор Малашковец А. С.

Красноярск 2018г

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

КАФЕДРА
ЛОР-болезней с курсом ПО

Рецензия: асс., К.М.Н. кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны. На реферат ординатора второго года обучения специальности Оториноларингология Малашковец Александра Сергеевича. По теме: «Острый средний отит у детей».

Рецензия на реферат – это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающий анализ степени раскрытия выбранной тематики, перечисление возможных недочётов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументировано защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако автор должен придерживаться определённых негласных требований по содержанию. Для большего удобства, экономии времени и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов. Основные оценочные критерии рецензии на реферат ординатора второго года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/отрицательный
1. Структурированность;	пол
2. Наличие орфографических ошибок;	пол
3. Соответствие текста реферата по его теме;	пол
4. Владение терминологией;	пол
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	пол
6. Логичность доказательной базы;	пол
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	пол

8. Круг использования известных научных источников;	нol
9. Умение сделать общий вывод.	нol

Итоговая оценка: положительная/отрицательная
 Комментарии рецензента:

Дата: 19.12.18

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

Аннотация к реферату

Тема: Острый средний отит у детей

Руководитель: К. м. н. Болдырева О. В.

Автор: ординатор Малашковец А.С.

Дисциплина: оториноларингология

Цель реферата: проанализировать литературу Козлова М.Я.,
Аникеева З.И., Вишневецкой Э.Н. и др.

Задача: подчеркнуть особенности данного заболевания, методы
диагностики и лечения.

Содержание

- 1 Особенности острого среднего отита у детей
- 2 Патогенез средних отитов
- 3 Диагностика острых заболеваний среднего уха
- 4 Клиническое течение и лечение острых воспалений среднего уха
- 5 Лечение отитов
- 6 Выводы
- 7 Список литературы

Введение

Актуальность выбранной темы обусловлена тем, что воспалительные заболевания среднего уха являются одним из наиболее частых патологических процессов детского возраста. Частота сотых отитов в данной возрастной группе объясняется многими анатомо-физиологическими и патоморфологическими местными и общими особенностями организма, свойственными этим детям. Проблеме острых отитов, особенно возникающих в детском возрасте, остается много нерешенных вопросов. Появилось множество исследований, посвященных отдельным сторонам изучения этиологии, патогенеза, клиники, лечения и профилактики этого заболевания. Однако число детей, страдающих острым воспалением среднего уха, уменьшается очень медленно. Ежедневно из общего количества больных детей с ЛОР – патологией больные с острым средним отитом составляют не менее 20 – 25%.

Целью является изучение особенностей течения острых отитов у детей. Известно, что острое воспаление среднего уха, особенно у детей раннего возраста, протекает очень разнообразно, нередко латентно и длительно, серьезно нарушая общее состояние ребенка, отягощая многие заболевания. В то же время, имеющиеся методы диагностики острого среднего отита, не всегда представляют возможность своевременно и правильно оценить состояние больного ребенка, четко и уверенно подтвердить предполагаемый диагноз и провести адекватную терапию. Часто потеря времени при диагностике, несвоевременная госпитализация и запоздалое лечение приводят к утяжелению течения острого воспаления среднего уха, а нередко и к состояниям, угрожающим жизни ребенка. Тяжелая интоксикация, глубокие нарушения структуры среднего уха, несмотря на интенсивную терапию, заставляют врача-оториноларинголога прибегать к различного рода оперативным вмешательствам. Таким образом, проблема воспалительных заболеваний среднего уха выходит за рамки детской оториноларингологии,

привлекая внимание сурдологов, педагогов и психоневрологов, затрагивая многие специальные вопросы.

Задачами являются:

- изучение анатомо-физиологических особенностей среднего уха у детей;
- проанализировать патогенез средних отитов;
- проанализировать клиническое течение острых отитов;
- ознакомиться с лечением острых отитов.

Особенности острого среднего отита у детей

Анатомо-физиологические особенности органа слуха

Орган слуха, в частности среднее ухо, не заканчивает своего развития с рождением ребенка. Развитие органа слуха рассматривается как сложный процесс взаимодействия ряда факторов: роста, собственного развития (дифференцировки) и формообразования.

Особенности взаимодействия этих факторов в период формирования системы среднего уха и сосцевидного отростка имеют особое значение для последующего возникновения и течения заболеваний органа слуха. Височная кость у новорожденного представлена тремя отдельными несросшимися костями – чешуей, барабанной частью и пирамидой с бугорком сосцевидной области. Эти кости соединены между собой фиброзными швами, и их слияние происходит одновременно с окостенением обычно в течение первого года жизни. Существующие в первый год жизни ребенка швы состоят из фиброзной соединительной ткани, имеющей сосудистые и нервные включения. Как правило, распространение процесса из среднего уха в полость черепа происходит не прямым путем, а через соединительнотканые образования, содержащие кровеносные и лимфатические сосуды.

Таким образом, с ростом ребенка формируется височная кость, а вместе с нею совершенствуется и вся система среднего уха: слуховая труба, барабанная полость, вход в антрум (воздухоносная полость) и ячейки сосцевидного отростка. Наибольшие изменения претерпевает сосцевидный отросток, который у новорожденных практически отсутствует.

Наружный слуховой проход у новорожденных и детей первых 2–3 мес. жизни представлен только перепончато-хрящевым образованием. Костная часть его отсутствует, а имеется лишь барабанное кольцо, из которого в дальнейшем при его росте формируется передняя, нижняя и частично задняя стенка наружного слухового прохода. В образовании верхней стенки участвует чешуя височной кости. В первые 5–6 мес. его форма приближается к щелевидной, он значительно уже и короче, чем у детей более старшего возраста. Слой слизистой оболочки барабанной перепонки значительно толще, чем у детей более старшего возраста, и богат сосудами. Вследствие этого она менее прозрачна, а цвет ее быстро изменяется при беспокойстве и крике ребенка.

Слуховая труба у новорожденного и грудного ребенка значительно короче (17–22 мм), чем у детей более старшего возраста.

Таким образом, развитие среднего уха не заканчивается к первому году жизни, и окончательное формирование его элементов является длительным и сложным процессом. Несомненно, что недостаточная дифференцировка системы среднего уха в целом, а также его некоторые серьезные анатомо-физиологические отличия от среднего уха взрослого играют значительную роль как в этиологии и патогенезе развития заболеваний органа слуха, так и в процессе их диагностики и лечения.

У новорожденных в полостях среднего уха находится миксоидная ткань. Она отличается выраженной неустойчивостью и представляет благоприятную среду для размножения микроорганизмов, легко подвергается гнойному распаду. В некоторых случаях миксоидная ткань в условиях асептического воспаления уплотняется, создает в барабанной

полости многочисленные тяжи и перемычки, которые препятствуют аэрации, а при возникновении отита ухудшают отток гноя из среднего уха. Также в раннем возрасте у ребенка слизистая оболочка мало устойчива к патологическим воздействиям, отличается несовершенством барьерных функций, которые очень быстро нарушаются при всяких изменениях условий. Этому способствуют почти постоянное положение ребенка на спине, создающее нарушение микроциркуляции в слизистой оболочке носоглотки, обилие желез, выделяющих слизь, богатство кровеносных и лимфатических сосудов. Возникновение застойных явлений в носоглотке, в свою очередь, оказывает отрицательное влияние на функции слуховой трубы и ее слизистую оболочку. Если учесть при этом, что у детей раннего возраста слуховая труба достаточно короткая, широкая и прямая, легко открывается, а иногда и постоянно зияет, то становится понятно, что все это ведет к проникновению находящейся в носоглотке инфекции в полость среднего уха. Возникшие явления воспаления слизистой оболочки слуховой трубы (гиперемия и инфильтрация) ведут к сужению ее просвета, создавая застой и благоприятные условия для активизации микрофлоры в полостях среднего уха.

Также проникновению инфекции в среднее ухо способствуют и другие причины, влияющие на нормальную функцию слуховой трубы. К ним относятся воспалительные заболевания слизистой оболочки носа и его придаточных пазух, а также рецидивирующие патологические состояния глотки и ротоглотки (стоматиты, фарингиты, тонзиллиты).

Существует гематогенный путь инфицирования, который имеет место при общих инфекционных заболеваниях, септических состояниях и поражениях желудочно-кишечного тракта. Вид микроорганизма и его вирулентность оказывают значительное влияние на характер возникновения и течение острого среднего отита. Имеются сведения о заметном росте количества поражения среднего уха различными грибами.

Патогенез средних отитов

В патогенезе острых средних отитов большое, а иногда и решающее значение имеют реактивность детского организма, его аллергизация, и другие факторы, в особенности вид вскармливания в грудном возрасте, состояние желудочно-кишечного тракта и наличие каких-либо общих инфекции. Вследствие недостаточного естественного иммунитета в первые месяцы жизни дети этого возраста склонны ко всякого рода инфекции. Внедрению инфекции способствует несовершенство функционального развития органов и систем, особенно ЦНС.

Состояние питания имеет очень большое значение в раннем детском возрасте, так как с нарушением последнего связано понижение общего и местного иммунитета, что создает благоприятные условия для проникновения и развития инфекции.

Также есть многочисленные факты о роли аллергии в патогенезе острых средних отитов у детей. Более 20% всех острых воспалительных заболеваний среднего уха носят аллергический характер. Положительный аллергический анамнез выявляется более, чем у 27% наблюдаемых больных с острыми средними отитами. Эозинофилия периферической крови от 5 до 15% отмечается в 20 – 25% случаев.

Несмотря на большое значение роли микробного и других факторов в возникновении острых средних отитов, решающим является состояние макроорганизма, его общей иммунологической реактивности. Иммунологическими исследованиями выявлено, что возникновение воспалительного заболевания среднего уха вызывает изменения в иммунологическом состоянии ребенка, что в свою очередь отражается на клиническом течении острого среднего отита. Кроме состояния общей иммунореактивности, большая роль в возникновении острого отита принадлежит формированию местной иммунной реакции в среднем ухе.

Диагностика острых заболеваний среднего уха

Диагностика острых воспалительных заболеваний среднего уха у детей очень часто представляется чрезвычайно затруднительной. При этом не вызывает сомнений тот факт, что чем меньше возраст ребенка, тем возможности диагностики уменьшаются. Клиническая симптоматика острого среднего отита очень разнообразна и проявления заболевания иногда не удается связать с какой-либо определенной формой заболевания органа слуха. Это становится понятным, если иметь ввиду, что патологический процесс возникает в не полностью сформировавшемся анатомо-физиологически органе и в организме ребенка, имеющем выраженные возрастные особенности.

Диагностика острого воспаления среднего уха у детей, особенно раннего возраста, встречает трудности в результате невозможности собрать анамнез у самого больного, отсутствия характерных общих и местных симптомов, присущих только определенной форме поражения. В данной ситуации приходится очень подробно расспрашивать мать ребенка, полностью опираясь в своих рассуждениях на ее субъективные наблюдения.

Таким образом, в диагностике острого воспаления уха анамнезу принадлежит одно из ведущих мест. При этом, опрашивая мать ребенка, нужно обращать внимание на все детали жизни ребенка, включая течение у матери беременности и родов. Вслед за этим следует расспросить мать ребенка о ранее перенесенных им заболеваниях (рахит, гипотрофия, инфекционные, бронхо-легочные и желудочно-кишечные заболевания, аллергологическое состояние.) При разговоре с матерью ребенка, выясняя историю данного заболевания, прежде всего, следует узнать подробности о его поведении. Необходимо детализировать сведения о его положении и позе в кроватке, мимике в покое и во время кормления, характере крика, поведении ребенка, его психомоторной активности. Известно, что такие признаки, как внезапное беспокойство и вскрикивание, прерывистый сон, во

время которого ребенок ворочает головой и тянет руку к больному уху или трет его, при этом просыпается, кричит и долго не успокаивается, часто служит существенным подспорьем в установлении правильного и своевременного диагноза. Важно получить достоверные сведения о состоянии ребенка непосредственно перед предполагаемым заболеванием среднего уха. Особое внимание при опросе матери необходимо обратить на острые респираторные инфекции, проявления острых расстройств со стороны желудочно-кишечного тракта (понос, рвота) и другие патологические состояния, которые могут сами вызвать воспаление среднего уха или создать благоприятные условия для его развития.

Одним из симптомов, который сопровождает развитие и течение острого среднего отита у большинства больных, является болевой синдром. Несомненно, его наличие и интенсивность зависят от клинической формы воспаления среднего уха, а также возраста ребенка, развития его нервной системы. В одних случаях боль в ухе полностью отсутствует, особенно у детей грудного возраста, при латентно протекающих отитах или рецидивах заболевания. В то же время, наоборот, у некоторых она в первый период воспаления становится ведущим симптомом.

У детей раннего возраста беспокоящая их боль выявляется только при внимательном наблюдении за поведением ребенка, так как они до 4–5 мес. не в состоянии определить ее локализацию. Поэтому у новорожденных и грудных детей болевой синдром проявляется в виде общего беспокойства, плохого сна, прерываемого вскрикиваниями и отказом от кормления. При этом наблюдаются маятникообразное движение головой (периодически кутит головой и трется ею о подушку), в более позднем возрасте (4–6 мес.) младенец начинает хвататься за ухо, а качание на руках не успокаивает больного ребенка. Одновременно можно отметить симптом коллатерального сосания: ребенок сосет только одну грудь, противоположную больному уху. При этом он сразу же начинает плакать, отказываясь от кормления, но очень охотно пьет с ложечки. Распространенный прием определения болевой

реакции при надавливании на козелок — является малоубедительным диагностическим признаком. Более достоверным он становится, если ребенку нажать на козелок во время сна, при этом дети реагируют гримасой или вскрикиванием. Одновременно с пальпацией можно ощущать местное повышение температуры в сосцевидной области. Существенная разница между общей температурой тела и температурой сосцевидных областей является диагностическим признаком воспаления среднего уха.

При воспалении среднего уха у детей часто имеется более или менее выраженное увеличение околоушных узлов — регионарный лимфаденит, который охватывает зону, расположенную в зоне сосцевидного отростка. Нагноения регионарных лимфатических узлов может вызвать у ребенка явления общей интоксикации. Кроме того, с местным лимфаденитом связан еще один симптом, наблюдаемый у грудных детей в виде набухания средней височной вены.

Отоскопия и в еще большей степени необходимость проведения каких-либо вмешательств на барабанной перепонке у новорожденных и детей грудного возраста представляет трудности. В этом периоде жизни у детей наружный слуховой проход сплюснен сверху вниз и образует изгиб кпереди и книзу.

Из-за анатомических особенностей наружного слухового прохода барабанная перепонка у детей до 3-х мес. находится почти в горизонтальном положении, и при осмотре представляется как бы продолжением верхней стенки наружного слухового прохода. Следует знать, что у грудных детей барабанная перепонка легко реагирует на всякое раздражение: она быстро краснеет при крике ребенка и при различных манипуляциях в наружном слуховом проходе.

В диагностике среднего отита, определении формы заболевания и его клинического течения определенную роль играет характер ушных выделений. При самостоятельном прорыве патологического содержимого среднего уха с образованием перфорации барабанной перепонки выделения

часто бывают серозно-кровоянистые. В то же время, если прободение происходит в поздние сроки заболевания, то экссудат носит слизистогнойный характер. Однако экссудат имеет в большинстве случаев сложный состав, который зависит от этиологии и патогенеза возникшего воспаления, глубины и распространенности патологических изменений и многих сопутствующих факторов (аллергия, сахарный диабет, инфекционные заболевания).

Среди инструментальных диагностических методов наиболее важное значение имеет парацентез. Также парацентез является мерой профилактики детской тугоухости. Практический опыт последних лет показал отрицательные стороны применения антибиотиков, следовательно, налицо полезность этой манипуляции, как в диагностических, так и в лечебно-профилактических целях.

Клиника острых отитов

Клиническое течение острых воспалений среднего уха зависит как от формы заболевания, так и, а часто в большей мере, от возраста ребенка и от реактивности детского организма, на фоне которого возникло заболевание уха. Если катаральный средний отит, протекающий у хорошо развитого ребенка в возрасте 2–4 лет даже со значительными явлениями воспаления, не вызывает особых беспокойств у врача, то такой же средний отит у новорожденных или ослабленных детей грудного возраста часто представляет серьезную угрозу жизни ребенка.

Более разнообразное течение воспаления среднего уха приобретает при имеющемся сопутствующем заболевании или на фоне какого-либо патологического состояния, снижающего реактивность детского организма. При этом характер их взаимоотношений может быть совершенно различен: средний отит возникает как осложнение этих заболеваний, другие заболевания развиваются вследствие ослабления защитных сил ребенка протекающим воспалением уха, но иногда и оба указанных состояния —

средний отит и какое-либо заболевание — имеются параллельно, как бы сопутствуя друг другу.

Явный острый средний отит имеет свою довольно четкую и характерную клиническую картину у детей старших возрастных групп; их диагностика не вызывает затруднений. Исключение представляют новорожденные, у которых анатомо-физиологические особенности среднего уха и реактивность ребенка в значительной степени изменяют характер заболевания и осложняют диагностику. Клинические проявления заболевания зависят от патологоанатомических изменений, возникающем в среднем ухе. По существующей классификации, различают следующие основные формы воспаления среднего уха: 1) серозное (катаральное) и 2) гнойное.

Возникновение острого среднего отита, как правило, начинается у детей с явлений ринофарингита, и в течении нескольких часов развивается типичная клиническая картина острого заболевания, которая в дальнейшем соответствует стадии воспалительного процесса в ухе. При этом течение острого среднего отита принято подразделять на характерные фазы: 1) начало воспаления; 2) перфорация барабанной перепонки и период гноетечения; и 3) разрешение процесса. Однако такое деление условно и отклонение от типичного течения может наступить в любом из указанных периодов болезни. Каждая фаза длится от 1 до 5 суток, а все заболевание разрешается в 2–3 недели.

Воспаление среднего уха характеризуется острым началом, при этом внезапно на фоне полного благополучия или общего недомогания, у ребенка появляется острая боль в одном или обоих ушах, которая в первые часы может быть периодической в виде покалывания, но вскоре становится постоянной и чрезвычайно интенсивной. Дети очень беспокойны, раздражительны, капризничают и плачут. Боль в ухе значительно усиливается при плаче, кашле, чиханье и глотании, вследствие чего ребенок отказывается от пищи. Сон становится очень беспокойным и прерывистым, а

временами, когда боли стихают, наступает заторможенность в поведении больного ребенка, психомоторная адинамия.

Одновременно быстро повышается температура до 38–39°C, пульс в большинстве случаев соответствует температурной реакции, но при очень сильной головной боли у некоторых больных отмечается брадикардия, которая объясняется кратковременным повышением внутричерепного давления и нейрососудистой рефлекторной реакцией. Иногда в этот же период заболевания могут наблюдаться смазанные симптомы раздражения мозговых оболочек, различного характера судороги, возникает рвота.

При обследовании ребенка уже в первые часы заболевания отмечается более или менее выраженная реакция со стороны надкостницы сосцевидного отростка. Могут быть легкая сглаженность заушной складки, пастозность мягких тканей околоушной области, болезненность при пальпации верхушки сосцевидного отростка.

Отоскопическая картина при явном остром среднем отите очень типична и характеризует все периоды течения заболевания. Изменения барабанной перепонки наступают постепенно: на серо-голубоватом фоне обнаруживаются инъецированные сосуды. В дальнейшем нарастает нерезкая гиперемия барабанной перепонки. Сама барабанная перепонка отекает, смазываются все ее контуры. Появляется выпячивание, наиболее часто и заметнее всего в верхнезаднем квадранте. Становится слегка пастозной и гиперемированной кожа наружного слухового прохода и области верхнезаднего отдела его костной стенки.

Быстро нарастают изменения функции: наблюдаются чувство заложенности, шум в ухе. В последующие 1–2 сут. быстро нарастают общие и местные признаки воспаления среднего уха, значительно ухудшается состояние ребенка, усиливается болевой синдром. Периоды беспокойства сменяются заторможенностью, иногда наступают выраженные явления интоксикации ЦНС, проявляющиеся затемненным сознанием, запрокидыванием головы, фиксированным взором, некоторыми симптомами,

указывающими на раздражение мозговых оболочек. Клинико-лабораторные данные указывают на общую реакцию организма. Констатируются видимые изменения крови: увеличивается количество лейкоцитов, в формуле сдвиг влево с нейтрофилезом, СОЭ значительно повышается. Заметно повышаются показатели местно лейкоцитоза и локальной температуры в области как кожи наружного слухового прохода, так и сосцевидных отростков. Одновременно нарастает болезненность в области позадиушной складки и верхушки сосцевидного отростка, могут увеличиваться лимфатические регионарные узлы. Обычно такое типичное клиническое течение бывает 1–3 сут., в дальнейшем процесс может самостоятельно разрешиться или воспаление уха перейдет в следующую стадию.

Самостоятельное разрешение наступает при благоприятных условиях для оттока патологического экссудата из полостей среднего уха. Обратное развитие процесса в среднем ухе часто происходит и при проведении с первых часов заболевания интенсивной адекватной терапии. Однако нередко, даже при всех благоприятных обстоятельствах острый средний отит переходит в следующую стадию заболевания – второй период, стадию перфорации барабанной перепонки и гноетечения.

С прорывом барабанной перепонки состояние ребенка значительно меняется. Заметно ослабевает или полностью ликвидируется болевой синдром. Это происходит в результате уменьшения давления экссудата на нервные образования среднего уха. Ребенок становится более спокойным, может нормально спать, появляется аппетит, и общее состояние улучшается. При этом отмечается резкое падение температуры до субфебрильных или нормальных показателей. В дальнейшем в течение всего второго периода заболевания температура повышается только в связи с задержкой патологического отделяемого в барабанной полости или появлением какого-либо осложнения, отягощающего патологический процесс в среднем ухе.

Общее состояние со временем улучшается, нормализуется температура и сон ребенка, появляется аппетит. Исчезают субъективные явления,

вызываемые наличием экссудата в полостях среднего уха (чувство полноты в ухе, заложенности или пульсации, шум в ухе), которые соответствовали возрастным реакциям ребенка. Его поведение становится адекватным внешним условиям, проявляется интерес к окружающему, играм. У большинства больных детей, даже при значительных изменениях барабанной перепонки, слуховая функция восстанавливается до нормы.

Острый средний отит у детей представляет в большинстве случаев серьезное заболевание, часто сопровождаемое симптомами интоксикации нервной системы и пищеварительного тракта. Особенно тяжело он протекает у детей раннего возраста, новорожденных и грудных. В этих случаях невыраженности местных проявлений воспаления среднего уха диагностика затруднена и лечение ребенка задерживается.

Лечение отитов

Лечение острых средних отитов представляет собой сложную задачу, которая складывается из мероприятий, направленных как на ликвидацию воспалительного процесса в среднем ухе, так и на нормализацию всех функций детского организма, нарушенных в период заболевания. Лечение нужно проводить в специализированном стационаре. Только в случаях легкой формы, без явных проявлений общей интоксикации, допустимо лечение в амбулаторных условиях. Комплексная терапия зависит от многих причин, среди которых наиболее важными являются возраст ребенка, стадия развития воспаления, тяжесть общей интоксикации и наличие токсикоза (нейротоксикоз, токсическая диспепсия, поражение бронхолегочной системы). Прежде всего, необходима организация ухода и питания ребенка. Тщательный уход включает мероприятия по санитарно-эпидемиологическому режиму, температуру помещения и его своевременное проветривание. Важно следить за состоянием кожи ребенка, слизистой оболочки полости рта, правильно и чаще пеленать его, менять положение в постели. Сразу же с момента начала лечения проводятся терапевтические

мероприятия по борьбе с воспалительными изменениями слизистой оболочки носа и носоглотки. Для этого применяют сосудосуживающие средства в виде капель в нос, которые уменьшают кровенаполнение слизистой оболочки носа. При скоплении слизи в полости носа и носоглотки показано периодическое ее удаление (отсасывание резиновой грушей). Чрезвычайно важно снять болевой синдром. Хорошим болеутоляющим средством является местное применение тепла (согревающий компресс, соллюкс, УФО, УВЧ – терапия). В целях нормализации деятельности нервной системы рекомендуется включать в комплекс терапевтических мероприятий успокаивающие средства. С первых же моментов появления сульфаниламидов и антибиотиков вопрос об их применении постоянно находится в процессе обсуждения. Необходимо регламентировать включение антибиотиков в комплексе терапии отита строго индивидуально. Однако даже при сравнительно легком общем течении заболевания, но при достаточно выраженной отоскопической картине возникает необходимость местного введения антибиотиков. Если течение острого отита приобретает с первых же минут тяжелое течение или сопровождается каким-либо осложнением применение антибиотиков необходимо считать обязательным. Применение антибиотиков во многом определяется условием оттока экссудата из полостей среднего уха, так как именно от этих обстоятельств зависит дальнейшее течение процесса в ухе. При перфоративном остром среднем отите берется гной на посев, исследуется микрофлора и чувствительность ее к антибиотикам, далее подбирается антибиотик или их сочетание и назначается целенаправленная антибактериальная терапия. При этом часто с целью усиления действия антибиотиков используют сочетанное применение антибиотиков и сульфаниламидов.

При неперфоративных острых средних отитах решающим во всем комплексе мероприятий, в том числе и при назначении антибиотиков, является применение парацетеа. В этой ситуации парацетез преследует не только диагностическую цель, а выступает главным образом как лечебная

манипуляция. Считается, что ранее применение парацетеа позволяет быстро купировать процесс без использования сильно действующих антибактериальных препаратов. В это время врач может выяснить состав микрофлоры и подобрать соответствующий антибиотик. Хотя при тяжелом течении заболевания такая отсрочка невозможна и массивная антибиотикотерапия назначается с первых же часов поступления ребенка. Одновременно вводят антигрибковые препараты, для уменьшения опасности тромбообразования и улучшения реологических свойств крови – гепарин при обязательном систематическом контроле за состоянием свертывающей системы крови. Также в комплекс терапии, которые протекают с тяжелой интоксикацией, включают глюкокортикоиды, которые усиливают биологические процессы в слизистой оболочке, способствуют уменьшению проницаемости стенок капилляров, облегчают проникновение антибиотиков в очаг воспаления. С первых дней заболевания показано применение десенсибилизирующих средств.

Таким образом, при остром воспалении среднего уха проводится интенсивная терапия, направленная не только на ликвидацию патологического процесса в органе слуха, а в тяжелых случаях главным образом на нормализацию деятельности детского организма и снятие явлений токсикоза и интоксикации. Основная задача врача в период выздоровления – проведение комплекса терапевтических мероприятий, направленных на предотвращение возникновения стойкой тугоухости. Для этого непосредственно после исчезновения острых воспалительных явлений необходимо начать продувание уха и пневматический массаж барабанной перепонки. В дальнейшем назначается физиотерапевтическое лечение, а также препараты способствующие рассасыванию спаечных образований и рубцов.

Выводы

За последние десятилетия отмечены значительные особенности клинического течения острых отитов и их осложнений. Сведения, приводимые на различных съездах и конференциях оториноларингологов, подчеркивают огромную положительную роль, которую сыграло широкое внедрение в практику сульфаниламидов и антибиотиков. В то же время опыт последних лет показывает, что сокращение числа острых средних отитов у детей, а также их тяжелых осложнений заметно приостановилось. Наоборот, имеются сообщения, указывающие на некоторый рост указанной выше патологии. Последний факт связан с отрицательным воздействием антибиотиков. При этом неоправданно широкое и неадекватное лечение острых воспалений среднего уха в поликлиниках, а также самим населением привело к антибиотикоустойчивым штаммам микроорганизмов и изменению клиники заболеваний.

Появилось большое число клинически стертых и атипичных форм острых средних отитов, трудно диагностируемых, а в связи с этим плохо поддающимся терапии. Кроме того, клиническую картину воспалительных заболеваний среднего уха в значительной степени видоизменили и другие факторы, к которым прежде всего необходимо отнести рост аллергизированных и искусственно вскармливаемых детей, увеличение числа аденовирусных инфекций. Длительно и вялотекущие острые воспаления среднего уха у детей часто приводят к несвоевременной госпитализации и, как следствие, к учащению количества осложненного течения. Несмотря на достигнутые успехи хирургического и консервативного лечения острых заболеваний среднего уха и мастоидитов, не уменьшается количество и внутричерепных осложнений. Отсюда очевидна необходимость пересмотра тактики лечения острых средних отитов как в стационарах, так и в поликлинических условиях. При этом ведущая роль должна принадлежать вопросам профилактики, ранней диагностики и своевременной, адекватной степени воспалительных явлений, местной и общей терапии. Последнюю

необходимо проводить с учетом общего соматического развития ребенка, наличия у него аллергизации, состояния обменных процессов и сопутствующих патологических состояний.

Своевременное лечение позволит не только излечить острое воспаление среднего уха у ребенка, но и избежать многих последствий этого заболевания, в частности развития в дальнейшем тугоухости и перехода в хроническую форму среднего отита. На современном этапе достижений оториноларингологической науки в целом медицинским критерием излечения ребенка от острого среднего отита должно быть не только восстановление анатомической целостности структур среднего уха, но и полная реабилитация функции больного органа.

Список литературы

1. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения. – Л.: Медицина, 1986. – 232 с.
2. Аникеева З.И. Осложнения острых и хронических гнойных средних отитов в детском возрасте. – Вестн. оторинолар., 1979, №6, с. 6–8.
3. Вишневецкая Э.Н. Состояние слуха у детей, перенесших рецидивирующий средний отит. – Журн. ушн., нос. и горл. бол., 1996, №2, с. 48–49.
4. Долина Ю.А. Слуховая функция у детей после консервативного и оперативного лечения мастоидита. В кн.: Патология органа слуха у дете. Л., 1976, с. 40.
5. Навашин С.М. Рациональная антибиотикотерапия. – М., 1982. – 189 с.
6. Пилипчук С.А., Отиты и анtritы у детей грудного возраста. – К., 1999. – 79 с.
7. Молюк Е.Д. Иммуносерологическое изучение рецидивирующего отита у детей. – Львов, 1989. – 201 с.
8. Шустер М.А. Особенности течения острого и хронического гнойного среднего отита у детей. – В кн.: Неотложная оториноларингология. – Ижевск, 1987, с. 274.

