

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 < К.М.Н., асс., кафедры ЛОР-болезней с курсом ПО Болдыревой Ольги Валерьевны> на реферат ординатора первого года обучения специальности Оториноларингология <Осинцевой Татьяны Михайловны> по теме: *Заболевания наружного уха*.

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 первого года обучения специальности Оториноларингология:

Оценочный критерий	Положительный/ отрицательный
1. Структурированность;	<i>полож</i>
2. Наличие орфографических ошибок;	<i>полож</i>
3. Соответствие текста реферата по его теме;	<i>полож</i>
4. Владение терминологией;	<i>полож</i>
5. Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы;	<i>полож</i>
6. Логичность доказательной базы;	<i>полож</i>
7. Умение аргументировать основные положения и выводы;	<i>полож</i>
8. Круг использования известных научных источников;	<i>полож</i>
9. Умение сделать общий вывод.	<i>полож</i>

Итоговая оценка: положительная/отрицательная

Комментарии рецензента:

Дата: *25.01.20*

Подпись рецензента:

Подпись ординатора:

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

Заболевания наружного уха.

Зав.кафедрой: д.м.н., проф. Вахрушев С.Г.

Проверила: к.м.н., асс. Болдырева О.В.

Выполнила: ординатор 1 года обучения Осинцева Т.М.

Красноярск, 2019

Содержание

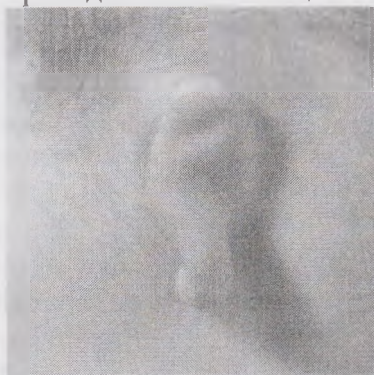
Аномалии наружного уха	3
Воспалительные заболевания наружного уха.	3
Инородные тела наружного слухового прохода	12
Список литературы	15

Аномалии наружного уха

Аномалии развития ушной раковины могут заключаться в макротии (увеличение размера), микротии (уменьшение размера) вплоть до анотии (полного отсутствия раковины) и оттопыренности ушной раковины. Эти дефекты устраняются с помощью пластических операций. При макротии из всей толщи ушной раковины иссекается клиновидный лоскут, основанием которого служит край раковины. При микротии лучшие результаты дают реконструктивные операции с использованием аутогенных кожных трансплантатов и реберного хряща. При оттопыренности ушной раковины удаляют овальный кожный лоскут из заушной области и серповидный участок хряща средней части раковины, при ушивании раны ушную раковину подтягивают к краю кожи сосцевидного отростка.

Аномалии развития ушной раковины нередко сочетаются с **атрезией** наружного слухового прохода. Если при атрезии сохранна барабанная перепонка, цепь слуховых косточек и лабиринтные окна, то выполняют пластическую операцию с целью создания просвета наружного слухового прохода. Операция заключается в использовании местных тканей и аутогенных свободных (кожных и фасциальных) трансплантатов. Просвет сформированного во время операции наружного слухового прохода сохраняют путем длительной тампонады и использования трубок из биоинертных материалов.

К другим уродствам ушной раковины относятся ухо **сатира** (вытянутая кверху раковина в виде острия), бугорок Дарвина (выступ на завитке), ухо макаки (сглаженность завитков). При анотии (отсутствии ушной раковины) воссоздать ушную раковину очень сложно, методы пластической хирургии пока не очень удовлетворительны, но все же применяются. Один из таких методов состоит в том, что заранее приготовленный каркас ушной раковины из синтетического материала вживляется в кожу, а затем через несколько месяцев, когда наступит заживление, его вместе с кожей помещают рядом со слуховым проходом. Все же чаще используются искусственные, накладные ушные раковины.



Врожденный околоушный свищ возникает в связи с незаращением первой жаберной щели. Обычно свищевое отверстие расположено выше козелка на восходящей части завитка ушной раковины, из него нередко выделяется тягучая желтая жидкость, при нагноении кожа вокруг свища воспаляется, из свищевого отверстия при надавливании выделяется гнойный секрет. При закупорке свищевого отверстия могут возникнуть кисты и гнойники.

Лечение хирургическое - иссечение абсцесса или фистульного хода на всем протяжении.

Воспалительные заболевания наружного уха.

Фурункул наружного слухового прохода

Заболевание представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула или сальной железы и окружающей соединительной ткани, развившееся в костнохрящевом отделе наружного слухового прохода в результате внедрения инфекции, чаще стафилококковой. Ввиду отсутствия в костном отделе

слухового прохода волос и сальных желез, фурункулов здесь не бывает. Развитие воспаления может быть спровоцировано манипуляциями в ухе шпильками, спичками. Общими предрасполагающими факторами являются нарушение обмена, в частности углеводного, неполноценное питание, авитаминоз. Фурункул наружного слухового прохода может быть одним из проявлений общего фурункулеза.

Ведущим симптомом является резкая боль в ухе, нередко иррадирующая в зубы, шею, диффузно распространяющаяся по всей голове. Боль усиливается при разговоре и жевании вследствие того, что суставная головка нижней челюсти, смещаясь, оказывает давление на стенки наружного слухового прохода. Резкая болезненность возникает при надавливании на козелок, при оттягивании ушной раковины.

Отоскопию следует проводить осторожно узкой воронкой. Фурункул может локализоваться на любой стенке наружного слухового прохода. При отоскопии видно округлое возвышение гиперемизированной воспаленной кожи, суживающее просвет слухового прохода, иногда видно несколько фурункулов. Барабанная перепонка не изменена. Инфильтрация кожи нередко распространяется на мягкие ткани, окружающие ушную раковину, на сосцевидный отросток. Регионарные околоушные лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными и болезненными при пальпации. При локализации фурункула на передней или нижней стенках в области санториниевых щелей инфекция может распространиться на околоушную слюнную железу и вызвать ее воспаление.

Температура тела у больного с фурункулом зависит от выраженности интоксикации; иногда можно наблюдать резкое повышение температуры и озноб. Фурункул наружного уха в стадии инфильтрации под влиянием лечения может разрешиться. Обычно же на 5-7 день на вершущке его происходит гнойное расплавление кожи и некротический стержень вместе с гноем выделяются в наружный слуховой проход. В это время больной отмечает исчезновение боли, самочувствие улучшается.

Диагностика основывается на жалобах, данных анамнеза, результатах обследования (болезненность при надавливании на козелок, болезненное жевание). Если фурункул локализуется у входа в слуховой проход, то его нередко можно видеть без помощи инструментов; в остальных случаях осмотр производят с помощью узкой ушной воронки. В начале заболевания бывает замечен просвечивающий стержень, а после опорожнения можно увидеть кратерообразное углубление на припухлости, откуда выделяется гной.

Фурункул дифференцируют с мастоидитом, являющимся осложнением острого отита. При фурункуле наружного уха в отличие от мастоидита припухлость и болезненность выражены в области прикрепления ушной раковины, при мастоидите - в области сосцевидного отростка, иногда определяется нависание задневерхней стенки в костном отделе. Кроме того, для мастоидита характерно снижение слуха, а на рентгенограммах височных костей определяется затемнение. При фурункуле барабанная перепонка нормальная и слух не изменяется. При обследовании больного необходимо проводить исследование крови и мочи.

Лечение. С первых дней заболевания применяют антибиотики, стремясь добиться abortивного течения воспалительного процесса. Антистафилококковым действием обладают оксациллин, ампициллин - оба препарата назначаются по 0,5 г внутрь 4 раза в сут, прием за 1 ч до еды. При более тяжелом течении рекомендуется аугментин по 0,625 г 2-3 раза в день, либо препараты из группы цефалоспоринов - цефалексин, цефазолин. В наружный слуховой проход вводят турунду, пропитанную смесью в равных пропорциях 3% борного спирта и глицерина. Такие турунды оказывают местное противовоспалительное действие. Назначают жаропонижающие и противовоспалительные средства - панadol, эффералган. Иногда, особенно при рецидивирующих фурункулах, применяют аутогемотерапию (внутримышечные инъекции крови, взятой из вены больного в количестве от 4 до 10 мл, с промежутком 48 ч). В

отдельных случаях назначают стафилококковый анатоксин. С медикаментозной терапией сочетают физиолечение: УФО, УВЧ, СВЧ.

К вскрытию фурункула прибегают в тех случаях, когда фурункул созрел (обычно на 4-й день заболевания), усилился болевой синдром, выражены инфильтрация окружающих тканей, регионарный лимфаденит. Разрез делают под местной инфильтрационной анестезией в месте наибольшего выступа фурункула, затем удаляют стержень и гной и с целью дренажа в слуховой проход вводят турунду с гипертоническим раствором, которую меняют через 3-4 ч. Общее укрепляющее лечение имеет важное значение, однако при назначении терапевтических средств и процедур следует принять во внимание данные обследования других органов и систем.

Диффузный наружный отит (otitis externa diffusa)

-это гнойное разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода, распространяющееся и на костный отдел, на подкожный слой и нередко на барабанную перепонку.

Причиной заболевания является инфицирование кожи слухового прохода при механической, термической или химической травме, при гнойном среднем отите. Среди возбудителей встречается грамположительная *Pseudomonas aeruginosa*, *S. pyogenes*, особую форму составляют грибковые поражения. Развитию диффузного наружного отита способствуют нарушение углеводного обмена, снижение резистентности организма, аллергические проявления в организме.

Клиническая картина. Заболевание может протекать в острой и хронической формах. В острой стадии отмечается зуд кожи, болезненность при надавливании на козелок, гнойные выделения из уха. При отоскопии в острой стадии отмечается гиперемия и инфильтрация кожи, более выраженные в перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода. Припухшая кожа суживает в различной степени просвет слухового прохода. В глубине его можно видеть кашицеобразную массу, состоящую из десквамированного эпидермиса и гноя с гнилостным запахом. Барабанная перепонка бывает умеренно гиперемирована и покрыта слушным эпидермисом.

Дифференциальный диагноз. Проводится с заболеванием среднего уха, а также с грибковым и вирусным отитом. Учитывается тот факт, что при наружном отите, в отличие от среднего отита, не нарушена острота слуха. Для исключения грибкового поражения проводится исследование на грибы. Наконец, при вирусной инфекции наблюдается характерная герпетическая сыпь и пузырьки на задней поверхности ушной раковины, на мочке и на задней стенке слухового прохода, а при гриппе - характерные геморрагические буллы.

Лечение. Назначается диета с исключением острых и пряных блюд, ограничением углеводов, богатая витаминами. Проводят гипосенсибилизирующую (димедрол, супрастин, тавегил, кларитин, препараты кальция) и противовоспалительную терапию с учетом результатов посева на флору и ее чувствительности к различным антибактериальным средствам.

При обострении процесса и наличии выделений из уха проводят промывание раствором фурацилина 1:5000 с последующим тщательным высушиванием. Назначают капли в ухо (например, полидекса, ушные капли), при зуде назначают 2-5% белую ртутную мазь, 1%

ментол в персиковом масле, 2-3% р-р салицилового спирта. Хороший эффект дает применение мазей, содержащих глюкокортикоиды: белогент, белодерм, белосалик, целестодерм и др. С медикаментозной терапией хорошо сочетать физиотерапию: УФО, УВЧ, облучение стенок наружного слухового прохода гелий-неоновым лазером. При упорном рецидивирующем течении показано применение антистафилококкового анатоксина, аутогемотерапии.

Рожистое воспаление (erysipelas)

- острое инфекционно-аллергическое заболевание кожи и подкожной клетчатки, поражающее поверхностную лимфатическую систему кожи наружного уха и прилежащих отделов.

Заболевание может возникнуть первично или вторично при переходе процесса с лица и головы. Возбудителем чаще является р-гемолитический стрептококк группы А, развитию процесса благоприятствует нарушение защитных иммунологических механизмов организма в сочетании с инфицированием ушной раковины и наружного слухового прохода при расчесах, трещинах, царапинах кожи, особенно в сочетании с гноетечением из уха.

Клиническая картина. Жалобы на жжение и болезненность в области уха. Наиболее характерными признаками являются выраженная гиперемия и инфильтрация кожи ушной раковины, включая мочку. Пораженный участок четко отграничен от окружающей здоровой кожи как окраской, так и припухшим валиком. Воспаление нередко распространяется на сосцевидный отросток и напоминает мастоидит. Буллезная форма рожи протекает с образованием пузырьков с серозным содержимым. Заболевание протекает с повышением температуры тела до 39-40 °С, ознобом, головной болью. В тяжелых случаях течение заболевания длительное, с периодическими затиханиями и обострениями процесса, в легких выздоровление наступает в течение 3-5 дней.

Дифференцировать рожу приходится чаще с перихондритом ушной раковины. Отличительным признаком является распространение воспаления при роже на мочку и соседние участки кожи. При мастоидите, в отличие от рожи, наблюдаются воспалительные изменения барабанной перепонки, возможно нависание задневерхней стенки в костном отделе наружного слухового прохода, нарушается слух. При гнойном среднем отите распространение красноты и припухлости за пределы уха и сосцевидного отростка может являться признаком рожистого воспаления.

Лечение. Для предупреждения передачи инфекции окружающим лицам показана изоляция больного. В комплексе лечебных мероприятий ведущее место занимает антибиотикотерапия. Назначают пенициллин, антибиотики цефалоспоринового ряда. При затяжном или рецидивирующем течении заболевания проводят повторные курсы лечения, обязательно меняя антибиотик. Используют также гипосенсибилизирующие средства, витамины, биостимуляторы. Местно целесообразно назначать УФО.

Отомикоз

- грибковое заболевание наружного, среднего уха и послеоперационных полостей.

Этиологическим фактором являются разнообразные грибы; возможно в сочетании с бактериальной флорой. Это могут быть дрожжеподобные грибы рода *Candida* либо плесневые грибы *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* и др. Нередко наблюдается сочетанное

поражение наружного слухового прохода, когда при культуральном исследовании одновременно определяется бактериальная и грибковая флора (например, *Candida* и золотистый или эпидермальный стафилококк). Микотическое поражение встречается в 25-30% отитов различной этиологии.

Развитию грибкового отита благоприятствуют предшествующие экзематозные дерматиты, длительное гноетечение из уха, микротравмы кожи наружного слухового прохода. Предрасполагающими факторами к развитию грибковой флоры является длительное применение гормональных препаратов, явления дисбактериоза вследствие местной или системной антибиотикотерапии, нарушение обмена веществ, иммунодефицитные состояния, обусловленные разнообразными местными и общими факторами. Определенную роль играет аллергический компонент. В наружном слуховом проходе для жизнедеятельности грибов имеются благоприятные условия: свободный доступ атмосферного воздуха, обеспечивающий необходимые для питания грибов кислород и углекислый газ, отсутствие прямого действия солнечных лучей, препятствующих развитию грибов, повышенная влажность и постоянство температуры. Развиваясь, грибы образуют густые сплетения мицелия, чем вызывают воспаление кожи.

Клиническая картина. Заболевание развивается постепенно, симптомы нарастают по мере прорастания мицелия гриба в глубину кожи и обусловлены как механическим повреждением тканей кожи слухового прохода, так и ферментативным, токсическим действием

грибков. Больные жалуются на зуд, болезненность в ухе, ощущение полноты, заложенность и шум в ухе, умеренные выделения. Иногда появляется головная боль на стороне пораженного уха. Вначале симптомы менее выражены, чем при наружном отите нарастает.

При отоскопии отмечается гиперемия и инфильтрация стенок наружного слухового прохода на всем его протяжении, однако после удаления патологического содержимого барабанная перепонка обычно хорошо обозревается. Характер и цвет отделяемого зависят от особенностей возбудителя данного микоза. Так, при плесневом микотическом поражении отделяемое в наружном слуховом проходе представляет скопление казеозных масс, напоминающее намокшую промокательную бумагу. Цвет отделяемого при этом может быть различным: черно-коричневым при поражении грибом *Aspergillus niger*, желтоватым или зеленоватым при инфицировании грибами *Aspergillus flavus*, серо-черным при поражении *Aspergillus fumigatus*. При пенициллезе отделяемое может быть различных оттенков желтого цвета, иногда не отличимое от ушной серы.

Кожа наружного слухового прохода при кандидозе покрыта желтовато-белыми корочками, творожистыми пленками, легко снимающимися, иногда эти наложения выходят на кожу ушной раковины. Отделяемое из уха, как правило, не имеет запаха. При кандидозном поражении наблюдается умеренное сужение просвета наружного слухового прохода, больше выраженное в перепончато-хрящевом отделе, при аспергиллезе процесс локализуется преимущественно в костном отделе наружного слухового прохода.

При поражении стенок послеоперационной полости отсутствует эпидермизация, отмечается рост грануляций, а полость нередко бывает заполнена специфическим отделяемым.

Лечение. Проводится с учетом общего состояния организма и вида гриба - возбудителя заболевания. Так, по отношению к плесневым грибам (например, различные виды *Aspergillus*) основу местной противогрибковой терапии составляют нитрофунгин,

экзодерил, ламизил; к грибам *Candida* - клотримазол (канестен), низорал, микозолон, пимафуцин. При сочетанном грибковом и бактериальном поражении эффективными являются экзодерил, батрафен.

Хороший эффект дает местное применение противогрибковых препаратов: 1% р-ра или крема клотримазола, ламизила, 2% спиртового р-ра нитрофунгина, флавофунгина. Предварительно проводят тщательную очистку наружного слухового прохода с перекисью водорода. Затем в слуховой проход вводят турунду, смоченную одним из указанных противогрибковых препаратов, и оставляют в ухе на 20 мин. Такую процедуру повторяют 2-3 раза в день в течение 2-3 нед.

Эффективно также промывание уха теплым 3% р-ром борной кислоты с последующим вливанием капель 3% спиртового р-ра салициловой кислоты, смазывание кожи слухового прохода 10% р-ром азотнокислого серебра.

В случаях недостаточной эффективности местной терапии и при рецидивах микоза наряду с местной терапией назначают системную противогрибковую терапию: дифлюкан (флуконазол) внутрь по 150 мг в капсулах - по 1 капсуле в сут в течение 7-14 дней; орунгал (интраконазол) по 100 мг в капсулах - по 1-2 капсулам в сут в течение 2-3 нед; низорал (кетоканазол) - по 1 таблетке (200 мг) в сут, продолжительность лечения около 4 нед. При наличии явлений аллергии проводится гипосенсибилизирующая терапия антигистаминными препаратами и препаратами кальция. Больной должен получать питание, богатое витаминами и исключить из рациона продукты, вызывающие у него аллергические реакции.

Профилактика отомикоза предполагает тщательное соблюдение личной гигиены, предупреждение заноса грибковой инфекции в слуховой проход. Следует учитывать, что бессистемное и бесконтрольное применение антибиотиков и гормональных препаратов может способствовать развитию отомикоза. Профилактической мерой является повышение резистентности организма, предупреждение воспалительных процессов в ухе.

Экзема наружного уха

- хроническое рецидивирующее заболевание с островоспалительными проявлениями, развивающееся в результате раздражения и инфицирования кожи ушной раковины и наружного слухового прохода.

Источником раздражения могут быть гнойные выделения при остром и хроническом среднем отите, некоторые медикаменты, чрезмерная влажность, попадание пыли на расчески кожи. Экзема может возникнуть как проявление непереносимости различных веществ (аллергическая форма экземы) или как одно из проявлений некоторых общих заболеваний (диабет, подагра, другие формы обменных нарушений). Сенсибилизации организма к различным аллергенам способствуют хронические инфекционные поражения кожи (микробные, грибковые, вирусные) и хронические очаговые инфекции других органов (тонзиллит, холецистит и т.п.). Важную роль в генезе экземы играет недостаточность иммунной системы..

Клиническая картина. Различают *острую и хроническую, ограниченную и диффузную, мокнущую и сухую* формы экземы. При острой экземе в процесс вовлекаются преимущественно поверхностные слои кожи, при хронической наблюдается более глубокое поражение. Гиперемия, инфильтрация кожи при острой экземе приводит к утолщению ушной раковины и сужению просвета наружного слухового прохода.

некротических тканей. В результате происходит рубцевание, сморщивание и обезображивание ушной раковины (ухо борца).

Диагностика перихондрита не сложна, однако в начале заболевания процесс следует дифференцировать от рожистого воспаления и гематомы (рис. 5.30 б).

Лечение. В начальной стадии заболевания проводят противовоспалительное лечение. Основу его составляют антибиотики широкого спектра действия, к которым наиболее чувствительна синегнойная палочка. *p*-лактамазные пенициллины и цефалоспорины остаются антибиотиками, к которым у *S. pyogenes* в меньшей степени развилась резистентность. С успехом может быть применен внутрь амоксициллин клавуланат (аугментин) по 0,625-1,0 г 2 раза в сут или цефуроксим аксетил (зиннат) по 500 мг 2 раза в сут. Из группы макролидов возможно использование спирамицина (по 3 млн ЕД 2-3 раза в сут) или рокситромицина (рулид) - по 0,15 внутрь 2 приема в сут). Одновременно назначается местная терапия: полимиксин М в виде 1% мази или эмульсии, пораженную часть раковины смазывают 5% настойкой йода, 10% ляписом. Проводится также физиотерапия: УФоблучение, УВЧ или СВЧ.

При появлении флюктуации необходимо произвести широкий разрез тканей параллельно контурам раковины и выскоблить из полости абсцесса некротизированные ткани. В полость вкладывают тампон, пропитанный раствором антибиотиков или гипертоническим раствором, который меняют через 3-4 ч. На ухо накладывают асептическую повязку. Перевязки выполняются ежедневно, при тяжелом течении - 2 раза в сут.

Серная пробка

Серная пробка (cerumen) представляет собой скопление серы, продуцируемой железами, расположенными в перепончато-хрящевом отделе слухового прохода, и слущенного эпидермиса.

В норме секрет серных желез, засыхая в комочки или корочки, выпадает наружу при жевании и разговоре вследствие движений нижнечелюстного сустава и передней стенки слухового прохода. Скоплению серы способствуют узость и изогнутость наружного слухового прохода. В ряде случаев отмечают гиперфункцию серных желез, повышенную вязкость серы. Образование пробок может быть связано с воспалительными процессами, попытками удалить скопление серы и эпидермальных масс в слуховом проходе с помощью спичек, шпилек и различных других предметов. При этом серные массы, обычно скапливающиеся в перепончато-хрящевом отделе слухового прохода, проталкиваются в костный отдел, откуда удаление их затруднено.

Серная пробка может частично заполнять просвет наружного слухового прохода или полностью obturировать его. Цвет серной пробки может быть от желтоватого до темно-коричневого; по консистенции она бывает мягкой, плотной или каменной. Длительно находясь в наружном слуховом проходе, пробка высыхает, становится плотной и прочно фиксируется к стенкам, иногда вызывая развитие пролежня.

Клиническая картина. Субъективно серная пробка может длительно никак не проявляться, либо появляется ощущение заложенности, шум в ухе, аутофония (восприятие собственного голоса заложенным ухом), иногда рефлекторный кашель. Слух снижается обычно при полной obturации просвета слухового прохода. Чаще это наблюдается при попадании в ухо воды, которая вызывает набухание серной пробки. Если пробка находится в костном отделе и оказывает давление на барабанную перепонку,

Больного беспокоит постоянный мучительный зуд в ушах. Появляются мелкие пузырьки с серозным содержимым, при их вскрытии серозная жидкость вытекает наружу, отмечается мокнутие. При подсыхании на мокнущей поверхности появляются корки, при этом может образовываться пробка, obturiruyushchaya наружный слуховой проход. Присоединение вторичной инфекции ведет к развитию ограниченного или диффузного наружного отита.

Хроническое течение экзематозный процесс приобретает при сенсibilизации организма, наличии хронических заболеваний, длительном и повторном воздействии раздражающих факторов. Зуд при хронической экземе выражен в меньшей степени, отмечается утолщение ушных раковин, трещины в области входа в наружный слуховой проход.

Экземе следует *дифференцировать* от рожистого воспаления наружного уха, ограниченного или диффузного наружного отита, грибкового поражения. При рожистом воспалении ведущим симптомом является резкая болезненность пораженной области при пальпации, граница воспаления обычно четко очерчена. При экземе этого не наблюдается. Грибковое поражение верифицируется при микологическом исследовании.

Лечение начинают с воздействия на основное заболевание, явившееся причиной экземы. Необходимо исключить раздражающее влияние различных эндогенных и экзогенных факторов; в частности, проводится лечение среднего отита, saniруются хронические очаги инфекции, при необходимости вносятся коррективы в углеводный обмен. Имеет значение диета с ограничением поваренной соли, углеводов, исключением алкоголя, шоколада, жареных и копченых блюд и т.п.

Местно ежедневно проводят гигиенический туалет пораженной области спиртом, при обильных выделениях из уха производят промывание его теплым 2% р-ром борной кислоты или 0,02% р-ром фурацилина с последующим тщательным высушиванием и припудриванием стенок слухового прохода порошком борной кислоты. После прекращения мокнутия рекомендуются кортикостероидные аэрозоли, кремы, мази (элоком, целестодерм, дипросалик, тридерм). Хороший эффект дает смазывание слухового прохода 2-3% р-ром азотнокислого серебра, 1-2% спиртовым р-ром бриллиантового зеленого или 5% синтомициновой эмульсией.

Перихондрит ушной раковины

- ограниченное или диффузное воспаление надхрящницы, при котором в процесс, как правило, вовлекается кожа наружного слухового прохода.

Причиной чаще бывает травма ушной раковины и последующее инфицирование, среди возбудителей чаще встречается синегнойная палочка (*P. aeruginosa*). Возможно возникновение перихондрита как осложнения фурункула наружного слухового прохода или диффузного наружного отита. Различают серозный и гнойный перихондрит.

Клиническая картина. Начальным симптомом перихондрита является боль в области ушной раковины или наружного слухового прохода. Она может предшествовать появлению припухлости кожи наружного уха, которая, появившись, распространяется по всей ушной раковине, исключая мочку. Припухлость кожи вначале бывает неравномерной, носит бугристый характер (рис. 5.30 а). В дальнейшем появляется флюктуация за счет образования гнойного экссудата между надхрящницей и хрящем. Пальпация ушной раковины резко болезненна. Если больному своевременно не оказана помощь, процесс может привести к гнойному расплавлению хряща с отторжением

может появиться головокружение, тошнота, головная боль, слух снижается более значительно. Диагноз основан на данных анамнеза и отоскопии. При осмотре наружного слухового прохода видны серные массы, выполняющие его просвет.

Диагностика. Основывается на анамнезе и данных отоскопии, при которой в просвете наружного слухового прохода видны серные массы, полностью или частично его обтурирующие.

Лечение. Удаление серной пробки возможно при промывании наружного слухового прохода либо сухим путем с помощью инструментов, чаще всего - зонда с крючком. Перед тем как приступить к промыванию уха, следует выяснить, не было ли у больного ранее заболевания ушей, после которого могла остаться стойкая сухая перфорация барабанной перепонки. Промывание при этом опасно, так как вода, попав через перфоративное отверстие в барабанную полость, может вызвать обострение процесса и возобновление гноетечения. Удалять пробку в этом случае следует сухим путем.

Для промывания используют теплую воду при температуре, близкой к температуре тела (37°C). Это позволяет избежать калорического раздражения лабиринта (головокружение, тошнота и т.п.). Если пробка затвердевшая, рекомендуется предварительно ее размягчить, вливая в ухо 3 раза в день в течение 2-3 дней подогретые до 37°C капли 3% р-ра перекиси водорода или содоглицериновые капли (0,5 г бикарбоната натрия, по 5 мл глицерина и дистиллированной воды). Назначая капли для размягчения серной пробки, больного следует предупредить, что в результате действия капель слух может ухудшиться из-за набухания серной пробки.

Промывание производят при помощи шприца Жане емкостью 100-150 мл. Шприц удерживается правой рукой, а левой ушную раковину оттягивают назад и вверх (у маленьких детей - назад и вниз), выпрямляя тем самым слуховой проход; при этом средний палец левой руки ограничивает слишком глубокое проникновение наконечника шприца в слуховой проход и предупреждает травмирование его стенок. Струя воды направляется по верхнезадней стенке слухового прохода. Пробка удаляется иногда по частям, иногда целиком. Удаление пробки промыванием возможно лишь в том случае, когда нет полной обтурации слухового прохода. Если пробка полностью выполняет просвет слухового прохода, можно ушным зондом проникнуть между стенкой слухового прохода и пробкой, создав отверстие, через которое вода проникает за пробку и вымывает ее. В современные оториноларингологические комбайны входят специальные насадки для промывания слуховых проходов с использованием подогретой воды.



Промывание наружного слухового прохода

После промывания остатки воды в ухе удаляют с помощью ваты, накрученной на ушной зонд с нарезкой, осматривают барабанную перепонку. В слуховой проход вводят турунду, смоченную 3% борным спиртом, ухо на несколько часов закрывают ватой. Удаление пробки промыванием может выполнить врач общего профиля, сухим путем - только специалист-оториноларинголог. Плотную эпидермальную пробку иногда удаляют ушными щипцами, ложкой или аттиковым зондом.

Инородные тела наружного слухового прохода

Инородные тела (*corpora aliena*) - предметы или части их, чуждые организму, а также некоторые насекомые, попавшие через естественное отверстие наружного слухового прохода и оставшиеся в его просвете.

Самые разнообразные инородные тела, чаще встречающиеся в наружном слуховом проходе у детей, могут длительное время никак не проявлять себя и лишь наслаивающиеся на них сера и эпидермальные массы в конце концов приводят к obturации слухового прохода и появлению неприятных ощущений (заложенность уха, шум, распирание и т.п.). Исключение составляют попавшие в наружный слуховой проход живые инородные тела (тараканы, клопы, мухи и другие насекомые), вызывающие тягостные ощущения при их движении. Однако вливание в ухо глицерина, любых теплых масляных или спиртовых капель быстро приводит к гибели насекомого и прекращению неприятных для больного движений.

Диагноз основывается обычно на указании больного о возможности попадания в ухо инородного тела, жалобах на дискомфорт в ухе и данных отоскопии. При этом в ухе обнаруживают самые разнообразные предметы: пуговицы, горошины, кусочки дерева, семечки, скорлупа от ореха, вата и т.п.

Лечение. Не имеет достаточных оснований мнение о том, что пребывание в наружном слуховом проходе инородного тела представляет серьезную опасность для больного и требует оказания ему срочной помощи. Многочисленные наблюдения свидетельствуют, что даже длительное пребывание в ухе инородного тела не только не сопряжено с опасностью для больного, но часто даже не вызывает выраженных субъективных проявлений. Гораздо больше вреда могут принести неумелые попытки удаления инородного тела кем-либо из близких пациента, использующих для этого собственные средства. Стремление извлечь инородное тело из уха при помощи пинцета, зонда, щипцов, а иногда и просто шпильки, вязальной спицы может стать причиной серьезных последствий для больного.

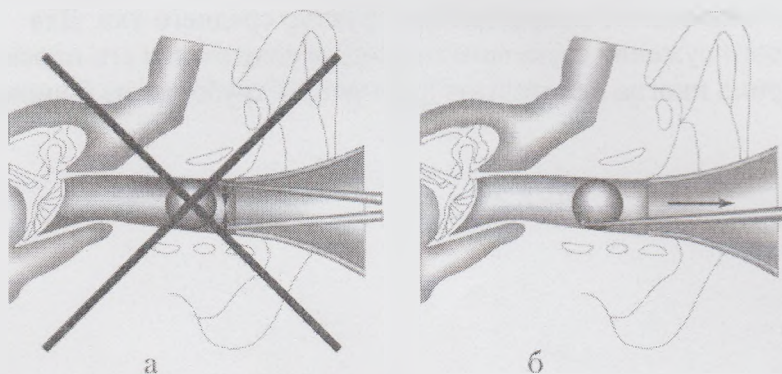
Результатом таких попыток может быть ранение стенок слухового прохода и проталкивание инородного тела из хрящевого отдела вглубь, за физиологическое сужение (*Isthmus*), откуда его последующее удаление оказывается резко затруднено. Могут быть и более серьезные последствия - разрыв барабанной перепонки и проникновение инородного тела в барабанную полость с последующим инфицированием и развитием отита, вывих слуховых косточек, ранение лицевого нерва и т.д.

Методом выбора при извлечении инородного тела является промывание уха теплой водой с помощью шприца Жане, причем нагнетание воды должно быть осторожным и умеренно сильным. Как и при удалении серной пробки, промывание уха противопоказано при наличии у пациента сухой перфорации барабанной перепонки. Если предполагается вымывание инородного тела, способного набухать (горох, бобы), предварительно в ухо вливают спиртовые капли, вызывающие сморщивание инородного тела. Промывание

невозможно, если инородное тело полностью obturiрует слуховой проход; вода в этом случае не может проникнуть за него и не возникает обратной струи.

Инструментальное удаление должно быть выполнено опытным специалистом-отоларингологом и осуществляется чаще тупым крючком, который под контролем зрения заводится за инородное тело. Манипуляции в глубине слухового прохода обычно весьма болезненны, особенно при наличии воспалительных изменений. Поэтому у детей, а в ряде случаев и у взрослых, эти манипуляции следует выполнять под наркозом.

Если инородное тело через слуховой проход удалить оказалось невозможно, используют *хирургический наружный доступ*. Операция состоит в том, что через заушный разрез по переходной складке



Удаление инородного тела наружного слухового прохода: а -неправильное; б - правильное

обнажается задняя стенка костного отдела слухового прохода. Этим достигается ближайший подход к инородному телу, и оно удаляется с помощью того же изогнутого крючка или ушных щипцов. Если же удаление инородного тела и при этих условиях затруднено, расширяется просвет слухового прохода сдвигиванием костной пластинки с его задней стенки. В исключительных случаях, когда инородное тело находится в барабанной полости, приходится прибегать к заушному хирургическому подходу.

Экзостозы наружного слухового прохода

Экзостозы представляют собой костные образования, развившиеся на стенках наружного слухового прохода. Различают экзостозы на ножке, чаще исходящие из области наружного кольца костного отдела наружного слухового прохода, и плоские, имеющие широкое основание и располагающиеся на одной или нескольких стенках слухового прохода. Размер экзостозов может быть различным - от булавочной головки до такой величины, что они полностью выполняют весь просвет слухового прохода. Эти образования бывают множественными и распространяться до *annulus tympanicus*. Маленькие экзостозы не вызывают никаких субъективных ощущений и могут быть обнаружены при отоскопии случайно. Экзостозы большой величины почти полностью obturiруют слуховой проход; оставшийся узкий просвет может быть закрыт даже небольшим количеством серы или эпидермисом (рис. 5.33). Тогда появляется тугоухость, шум и ощущение полноты в ухе, иногда головная боль.

Диагноз устанавливается при отоскопии и осторожном ощупывании обнаруженного образования в наружном слуховом проходе ушным зондом.

Лечение хирургическое, однако вопрос о целесообразности вмешательства решается индивидуально, с учетом величины и вида экзостоза. Иногда обнаруженный экзостоз многие годы не увеличивается в размерах и не причиняет пациенту каких-либо субъективных ощущений.

Экзостоз на ножке удаляется эндаурально. Выполняется инфильтрационная анестезия Sol. Novocaini 1% в области его основания и затем долотом соответствующей ширины подрубается ножка экзостоза.

Распространенные плоские экзостозы удаляют, оперируя чаще под наркозом через заушный разрез. Просвет наружного слухового прохода в костном отделе расширяют преимущественно за счет задней стенки, используя боры и ориентируясь на барабанное кольцо. Удаление экзостозов, расположенных поблизости от *annulus tympanicus*, сопряжено с опасностью повреждения структур среднего уха. Для предупреждения рубцового сужения слухового прохода и сохранения его просвета в послеоперационный период иногда используют дилататоры-трубочки из биоинертных материалов.

Список литературы

1. Билич Г.Л. – «Анатомия человека», М. «Высшая школа» 1996 г.
2. Тайссинг Ю. «Хирургия головы и шеи: основные вмешательства.»: Учебн.пособие. Лаборатория знаний, 2018 год.
3. Карпищенко С.А. «Оториноларингология»: учебник. ГЭОТАР-Медиа, 2018 год.
4. Пальчун В.Т. «Оториноларингология. Национальное руководство». ГЭОТАР-Медиа, 2016 год.