

ФГБОУ ВО «Красноярский государственный медицинский университет имени
профессора В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения РФ

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

Заведующий кафедрой
дмн, профессор С.Г. Вахрушев
Куратор
кмн, доцент М. А. Петрова



Реферат

На тему: Хронический катаральный отит у детей.

Выполнила: Клинический ординатор 1 года

115 гр, С.А. Августовская

Красноярск , 2023 г

Хронический катаральный отит, как часто встречающаяся патология в детском возрасте, не имеющая тенденции к уменьшению, продолжает вызывать интерес у оториноларингологов.

Исход острого воспаления в среднем ухе возможен в трех вариантах. У большинства больных острое воспаление в среднем ухе завершается выздоровлением с полным восстановлением слуховой функции. Второй вариант – это развитие антрита или антромастоидита с применением интенсивных терапевтических или хирургических приемов. Исход может быть двояким: выздоровление или формирование хронического процесса. И третью значительную группу составляют дети с часто рецидивирующим средним отитом, преимущественно катаральной формы. Заболевание продолжительностью до 3 недель считается острым, от 3 до 8 недель – подострым и более 8 недель – хроническим катаральным отитом.

При выздоровлении после однократно перенесенного острого отита наблюдение за ребенком не требуется. В случае развития осложнения – антрита или антромастоидита, за ребенком продолжается наблюдение и интенсивное лечение в стационаре. Совершенно в иных условиях находятся дети с рецидивирующим, хроническим катаральным отитом. Эта группа, из-за недооценки врачом и родителями потенциальной возможности развития адгезивного или экссудативного процессов в барабанной полости, остается вне поля зрения врача после улучшения, кажущегося выздоровления. При часто повторяющихся острых средних отитах родители нередко проводят лечение самостоятельно, уже известными им лекарственными средствами, не прибегая каждый раз к консультациям и рекомендациям оториноларинголога. Постепенно организация воспалительного секрета - транссудата ведет к образованию рубцов в барабанной полости, фиксирующих барабанную перепонку и цепь слуховых косточек. Следствие этого – нарушение слуховой функции, то есть поражение звукопроводящего аппарата и развитие кондуктивной тугоухости. А рубцевание в окнах предверия и улитки ведет к сенсоневральной тугоухости.

Анализируя и сравнивая ряд показателей работы в детском отделении поликлиники № 27 с данными многих авторов, сделан ряд выводов:

- - на диспансерном учете наблюдается 32 ребенка с хроническим катаральным отитом, при обслуживании населения – 6000 человек.
- - 60 % детей заболели острым отитом в первые два года своей жизни.
- - Количество заболеваний уха у детей достигало от 2 – 3 до 8 раз в год.
- - Длительность заболевания не менее 2 лет.
- - Примерно у 70 % ребятишек (23 человека) процесс был двусторонним.
- - У большинства больных обострение хронического отита длилось до 12 дней и при обычной терапии наступало очередное выздоровление, улучшение.
- - У семи детей отиты были затяжными и приходилось применять антибиотик – амоксиклав.
- - Рецидивы и обострения хронического отита наступали в разные сроки.

При отоскопии у детей обнаруживаются типичные изменения, характерные для тубоотита – мутность или утолщенность, втянутость барабанной перепонки, укороченный световой конус, нечеткость контуров слуховых косточек. В литературе отмечаются случаи мелового (известкового) отложения и нередко рубцовые изменения барабанной перепонки.

В патогенезе хронического катарального отита особое место принадлежит нарушению функции слуховой трубы. Изменение аэрации барабанной полости, развитие в ней отрицательного давления влечет за собой транссудацию из сосудов слизистой оболочки. В то же время, нарушение проходимости слуховой трубы препятствует эвакуации как транссудата, так и воспалительного экссудата из барабанной полости. Кроме того, в нарушении функции слуховой трубы следует учитывать и факт рефлекторной регуляции ее просвета. Нервно-рефлекторные элементы барабанной перепонки и мукоперевоста среднего уха сигнализируют в центральную нервную систему об изменениях давления в барабанной полости. При воспалительных процессах в среднем ухе механизм рефлекторной регуляции просвета слуховой трубы нарушается. Это обстоятельство весьма существенно для эвакуации экссудата из среднего уха, для замещения удаленного экссудата воздухом, для аэрации барабанной полости, что чрезвычайно важно для восстановления звукопроводения.

Учитывая огромную роль дисфункции слуховой (евстахиевой) трубы в развитии и течении любого отита большое внимание уделяется состоянию носоглотки. Аденоидные вегетации нередко прикрывают глоточное отверстие слуховой трубы, а хронический аденоидит способствует воспалению евстахиевой трубы, что приводит к нарушению ее дренажной и вентиляционной функций. Поэтому детей с гиперплазией носоглоточной миндалины следует отнести к группе повышенного «риска» развития кондуктивной тугоухости.

Большое внимание при подготовке ребенка к плановой аденотомии уделяется беседам с родителями о необходимости и эффективности операции. Конечно не следует ограничиваться одной операцией, так как она результативна в 50 % и, несмотря на устранение механической обструкции слуховой трубы в носоглотке, не всегда решает проблему тубарной дисфункции у детей.

Дальнейшая тактика заключается в медикаментозной санации носоглотки и среднего уха, улучшение и восстановление проходимости евстахиевой трубы.

Один из методов широко используемых в поликлинической практике – продувание по методу Политцера. Оливу ушного баллона вводят в преддверие носа справа и придерживают ее вторым пальцем левой руки, а первым прижимают левое крыло носа к носовой перегородке. Вводят оливу отоскопа в наружный слуховой проход обследуемого, а другую – в свое ухо и просят больного произнести слово «пароход». В момент произнесения гласного звука сжимают баллон. В момент продувания, когда произносится гласный звук, мягкое небо отклоняется кзади и отделяет носоглотку, воздух входит в закрытую полость носоглотки и равномерно давит на все стенки. Часть воздуха с силой проходит в устья слуховых труб, что определяется характерным звуком в отоскопе. Аналогично производится продувание левой половины носа.

Определение проходимости евстахиевых труб проводится способом Вальсальвы. Ребенок делает глубокий вдох, а затем просят произвести усиленное надувание при плотно закрытом рте и зажатом носе. Под давлением выдыхаемого воздуха слуховые трубы раскрываются и воздух с силой входит в барабанную полость, что сопровождается легким треском в ушах, ощущаемом больным ребенком. Ограничение подвижности перепонки можно увидеть с помощью воронки Зигля.

В некоторых случаях, у детей старше 7 лет, проводится катетеризация слуховых труб с введением смесей муколитиков, сосудосуживающих и кортикостероидных средств. Пропись одной из наиболее часто применяемой смеси: 1 мл химотрипсина, 5 капель 0,1 % раствора адреналина и 5 капель дексаметазона.

Из физиотерапевтических процедур предпочтение отдается эндоуральному электрофорезу с лидазой или фонофорезу с химотрипсином до 10 раз.

При неэффективности проведенного лечения ребенка направляют на госпитализацию в ЛОР-отделение, где проводят тимпанопункцию или шунтирование барабанной перепонки, с введением перечисленных препаратов и смесей в полость для купирования воспалительного процесса и 0,1 % раствор атропина для блокирования секреции слизистых желез барабанной полости.

В лечении хронического отита стали применять новый антибиотик - амоксиклав. В основе его действия лежит принцип комбинации антибиотика амоксициллина (из пенициллинового ряда) с препаратом, препятствующим появлению резистентных форм бактерий – клавулановой кислотой. Эта кислота является мощным необратимым ингибитором В-лактамазы, фермента продуцируемого микроорганизмами и вызывающего разрушение антибиотика.

Препарат выпускается в Югославии в различных формах и, в частности, в виде приятного на вкус сиропа, что особенно привлекает его применение в детской практике. Препарат обладает хорошим спектром действия и назначается при отсутствии аллергии к пенициллину. Курс лечения рассчитан на 7, максимум 10 дней (один ребенок), а улучшение слуховой функции и тенденция к нормализации барабанной перепонки оценивались как клиническое выздоровление.

Важным этапом в профилактике кондуктивной тугоухости у детей является осмотр сурдолога и проведение аудиологического исследования с импедансометрией. В поликлинической практике метод динамической импедансометрии используется в диагностике состояния структур среднего уха и в качестве объективного контроля за адекватностью лечения тубарной дисфункции.

В основе метода лежит регистрация акустического импеданса, то есть сопротивления, которое встречает звуковая волна на пути распространения по акустической системе наружного, среднего и внутреннего уха. Акустический импедансометр позволяет зарегистрировать давление в среднем ухе, состояние функции слуховой трубы, степень подвижности барабанной перепонки, целостность и степень подвижности цепи слуховых косточек, порог акустического рефлекса и некоторые виды неорганического поражения слуха.

Принцип работы прибора основан на факте того, что уровень объема звукового давления является функцией объема замкнутой полости. Наружный слуховой проход герметически закрывается obturatorом импеданса, где изменения уровня объема звукового давления связаны с изменением объема замкнутой полости. В замкнутую полость подается звук частотой 220 Гц – низкочастотный «зондирующий» тон, а микрофон регистрирует уровень объема звукового давления, отраженного барабанной перепонкой и стенками слухового прохода.

Обследование при акустической импедансометрии включает проведение трех тестов.

1. 1. Тимпанометрия позволяет объективно измерить подвижность барабанной перепонки, давление в среднем ухе и выявить перфорацию барабанной перепонки.

2. 2. Статический комплианс позволяет дифференцировать фиксацию цепи слуховых косточек от ее разрыва. При тимпанометрии комплианс определяют при измерении давления воздуха в наружном слуховом проходе.

Изменение давления воздуха в наружном слуховом проходе ± 200 мм водного столба создается прибором, обусловленное этим изменение комплианса записывается графически в виде тимпаногаммы.

Регистрация симметричной кривой, пик которой соответствует давлению в obturированной части наружного слухового прохода, равному атмосферному – обозначают тип А.

мОм,

сопротивление в звукопроводящей системе

1,5

1,0

0

-200 -100 0 100 200

мм водного столба

Тип В, когда максимальная величина комплианса проявляется при отрицательном давлении. Такая уплощенная кривая имеет место при экссудативном и адгезивном отитах, врожденных аномалиях развития среднего уха, то есть при нарушении вентиляционной и дренажной функции слуховой трубы, в следствии организовавшегося экссудата в барабанной полости. Для перфорации перепонки характерна кривая типа В, расположенная на более высоком уровне акустической проводимости.

1,0

0,5

0

-200 -100 0 100 200

Тип С: при нарушении вентиляции среднего уха и возникновении в нем отрицательного давления пик смещается в сторону отрицательного давления. Это объясняется тем, что минимальная жесткость барабанной перепонки, которой соответствует максимальное значение акустической проводимости, отмечается в том случае, когда отрицательное давление в obturated части наружного слухового прохода соответствует отрицательному давлению в полостях среднего уха. При отоскопии барабанная перепонка втянута, в следствии нарушения вентиляционной функции.

1,0

0,5

0

-200 -100 0 100

Тимпанограммы типа С имеют три разновидности:

- · Отрицательное давление в полостях среднего уха от – 50 до –100 мм водного столба.
- · Давление от –100 до – 200 мм водного столба.
- · Давление выше – 200 мм водного столба, что отражает резкое снижение подвижности барабанной перепонки.

В некоторых конструкциях акустических импедансометров предусмотрено измерение акустической проводимости при более высоких частотах «зондирующего» тона и тогда могут регистрироваться кривые типа Д – говорящие о рубцовых изменениях барабанной перепонки.

1,0

0,5

0

-200 -100 0 100 200

3. 3. Порог акустического рефлекса стапедиальной мышцы отражает объективно измеренную громкость для сокращения мышц среднего уха, это позволяет диагностировать и дифференцировать кондуктивные формы тугоухости в более раннем возрасте.

Больные хроническим катаральным отитом после проведенного лечения нуждаются в длительном, тщательном и правильном диспансерном наблюдении оториноларинголога и сурдолога, так как заболевание склонно к рецидивированию.

Только применяя передовые методы обследования, новые лекарственные препараты, относясь к пациенту чутко и внимательно можно добиваться длительных, а порой и стойких ремиссий, предупреждать нарушение слуховой функции у детей.

Список литературы:

- - Козлов. М. Я. Детская сурдоаудиология. М. Медицина 1989.
- - Першинова Л. Я. Флюктуирующая тугоухость у детей. Актуальные вопросы клинической отиатрии. 1985.
- - Цурикова Г. П. Применение амоксиклава у детей.;
- Меркулова Е. П. Реабилитация слуха у детей после аденотомии. Сборник: Нарушение слуховой и вестибулярной функции. Санкт-Петербург. 1993.
- Шеврыгин Б. В. Детская амбулаторная оториноларингология.