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

Кафедра ЛОР болезней с курсом ПО

РЕФЕРАТ

на тему: Экссудативный средний отит

Выполнила ординатор 1 года обучения

Круглик Дарья Сергеевна

Проверила: к.м.н., доцент Петрова М.А..

Красноярск ,2023г

**Содержание**

1. Ведение………………………………………………………………. 3

2. Классификация …………….. ………………………………………..4

3. Этиология и патогенез………………………………………………..6

4. Симптомы и диагностика……………………………………………. 8

5. Лечение ………………………………………………………………. 11

6. Заключение……………………………………………………………12

7. Список литературы …………………………………………………...13

## Введение

**Экссудативный средний отит** – это заболевание, характеризующееся накоплением в барабанной полости воспалительной жидкости неинфекционного характера.

ЭСО – диагноз, наиболее часто устанавливаемый педиатрами, и, в тоже время, это одна из наиболее частых патологий у взрослых посетителей оториноларингологического кабинета.

До настоящего времени отсутствует единое мнение о причинах развития и патогенезе ЭСО. Существует множество синонимов названия Экссудативного среднего отита, в зависимости от точки зрения автора на преобладающее значение того или иного фактора в развитии болезни: «хроническая тубарная дисфункция», «туботимпанит», отосальпингит», «секреторный отит», «клейкое ухо», «острый негнойный средний отит» и т.д. В англоязычной литературе обычно используются термины: otitis media with effusion, либо secretory otitis media.

## КЛАССИФИКАЦИЯ

В настоящее время экссудативный средний отит по длительности заболевания подразделяют на три формы:

*• острый (до 3 нед);  
• подострый (3-8 нед);  
• хронический (более 8 нед).*

В соответствии с патогенезом заболевания приняты различные классификации его стадий. М. Tos (1976) выделяет три периода развития экссудативного среднего отита:

• *первичный*, или стадию начальных метапластических изменений слизистой оболочки (на фоне функциональной окклюзии слуховой трубы);  
• *секреторный* (усиление активности бокаловидных клеток и метаплазия эпителия);  
• *дегенеративный* (уменьшение секреции и развитие адгезивного процесса в барабанной полости).

О.В. Стратиева и соавт. (1998) выделяют четыре стадии экссудативного среднего отита.

• *Начальная экссудативная* (начального катарального воспаления).  
• *Выраженную секреторную*; по характеру секрета ее подразделяют на:  
 - серозную;  
 - мукозную (мукоидную);  
 - серозно-мукозную (серозно-мукоидную);  
• *Продуктивную секреторную* (с преобладанием секреторного процесса).  
• *Дегенеративно-секреторную* (с преобладанием фиброзносклеротического процесса); по форме выделяют:  
 - фиброзно-мукоидную;  
 - фиброзно-кистозную;  
 - фиброзно-адгезивную (склеротическую).

Н.С. Дмитриевым и соавт. (1996) предложен вариант, в основу которого положены аналогичные принципы (характер содержимого барабанной полости по физическим параметрам: вязкости, прозрачности, цвету, плотности), а различие заключается в выборе тактики лечения в зависимости от стадии заболевания. Патогенетически выделяют четыре стадии течения:

*• катаральную (до 1 мес);  
• секреторную (1-12 мес);  
• мукозную (12-24 мес);  
• фиброзную (более 24 мес).*

## Этиология и патогенез

## Этиология

Наиболее распространенные теории развития экссудативного среднего отита:  
• «hydrops ex vacuo», предложенная A. Politzer (1878), согласно которой в основе заболевания лежат причины, способствующие развитию отрицательного давления в полостях среднего уха;  
• экссудативная, объясняющая образование секрета в барабанной полости воспалительными изменениями слизистой оболочки среднего уха;  
• секреторная, основанная на результатах изучения факторов, которое способствуют гиперсекреции слизистой оболочки среднего уха.

## Патогенез

Экссудативный средний отит начинается с образования вакуума в барабанной полости (hydrops ex vacuo). В результате дисфункции слуховой трубы кислород всасывается, давление в барабанной полости падает и, как следствие, появляется транссудат. Впоследствии количество бокаловидных клеток увеличивается, в слизистой оболочке барабанной полости формируются слизистые железы, в результате чего увеличивается объем секрета, который легко удалить из всех отделов через тимпаностому. Большая плотность бокаловидных клеток и слизистых желез способствует большей вязкости и плотности секрета, превращению его в экссудат, который уже труднее или вообще невозможно эвакуировать через тимпаностому. В фиброзной стадии в слизистой оболочке барабанной полости преобладают дегенеративные процессы: бокаловидные клетки и секреторные железы подвергаются дегенерации; продукция слизи уменьшается, затем прекращается полностью, наступает фиброзная трансформация слизистой оболочки с вовлечением в процесс слуховых косточек. Преобладание в экссудате форменных элементов обусловливает развитие адгезивного процесса, а увеличение бесформенных - развитие тимпаносклероза.  
Пусковой механизм, как было упомянуто выше, - дисфункция слуховой трубы, нередко обусловленная механической обструкцией ее глоточного устья. Чаще это происходит при гипертрофии глоточной миндалины, юношеской ангиофиброме. Обструкция нозникает и при воспалении слизистой оболочки слуховой трубы, которое провоцируется бактериальной и вирусной инфекцией верхних дыхательных путей и сопровождается вторичным отеком.

## 

## Симптомы и диагностика

## Симптомы

1. снижение слуха;
2. ощущение заложенности ушей;
3. аутофония;
4. заложенность носа;
5. ощущение переливания жидкости в ушной полости.

## Диагностика

Объективный осмотр

При осмотре цвет барабанной перепонки вариабелен - от белесоватого, розового до цианотичного на фоне повышенной васкуляризации. Можно обнаружить пузырьки воздуха или уровень экссудата за барабанной перепонкой. Последняя, как правило, втянута, световой конус деформирован, короткий отросток молоточка резко выступает в просвет наружного слухового прохода. Подвижность втянутой барабанной перепонки при экссудативном среднем отите резко ограничена, что довольно легко определить с помощью пневматической воронки Зигле. Физикальные данные варьируют в зависимости от стадии процесса.  
При отоскопии в катаральной стадии выявляют втяжение и ограничение подвижности барабанной перепонки, изменение ее цвета (от мутного до розового), укорочение светового конуса. Экссудат за барабанной перепонкой не виден, однако длительное отрицательное давление из-за нарушения аэрации полости создает условия для появления содержимого в виде транссудата из сосудов слизистой оболочки.  
При отоскопии в секреторной стадии выявляют утолщение барабанной перепонки, изменение ее цвета (до синюшного), втяжение в верхних и выбухание в нижних отделах, что считают косвенным признаком наличия экссудата в барабанной полости. В слизистой оболочке появляются и нарастают метапластические изменения в виде большего количества секреторных желез и бокаловидных клеток, что приводит к образованию и накоплению слизистого экссудата в барабанной полости.  
Для мукозной стадии характерно стойкое снижение слуха. При отоскопии выявляют резкое втяжение барабанной перепонки в ненатянутой части, ее полную неподвижность, утолщение, цианоз и выбухание в нижних квадрантах. Содержимое барабанной полости становится густым и вязким, при этом ограничивается подвижность цепи слуховых косточек.  
При отоскопии в фиброзной стадии барабанная перепонка истончена, атрофична, бледного цвета. Вследствие длительного течения экссудативного среднего отита формируются рубцы и ателектазы, очаги мирингосклероза.

### Инструментальные исследования

- Тимпанометрия. Тимпанограмма представлена ровной либо горизонтально восходящей в сторону отрицательного давления линией и соответствует типу

- Аудиограмма. При диагностике экссудативного среднего отита учитывают данные тональной пороговой аудиометрии. Снижение слуховой функции у больных развивается по кондуктивному типу, пороги восприятия звука лежат в пределах 15-40 дБ.

 - КТ височных костей - высокоинформативный метод диагностики; ее необходимо проводить при рецидиве экссудативного среднего отита, а также в III и IV стадии заболевания (по классификации Н.С. Дмитриева и соавт.). КТ височных костей позволяет получить достоверную информацию о воздушности всех полостей среднего уха, состоянии слизистой оболочки, окон лабиринта, цепи слуховых косточек, костного отдела слуховой трубы, при наличии патологического содержимого в полостях среднего уха - его локализацию и плотность.

## Лечение экссудативного среднего отита

### **Немедикаментозное лечение**

**Продувание слуховой трубы:**  
• катетеризация слуховой трубы;  
• продувание по Политцеру;  
• опыт Вальсальвы.

При лечении больных экссудативным средним отитом широко применяют физиотерапию - внутриушной электрофорез с протеолитическими ферментами, стероидными гормонами.

### **Медикаментозное лечение**

• Антибактериальная терапия

• Антигистаминные препараты

• Муколитическая терапия

**Хирургическое лечение**  
При неэффективности консервативной терапии проводят хирургическое лечение, цель которого - удаление экссудата, восстановление слуховой функции и предотвращение рецидива заболевания.

Шунтирование барабанной полости.

Шунтирование барабанной перепонки и установка специального шунта получило широкое распространение. Через установленный шунт вводятся специальные лекарственные препараты, которые способствуют разжижению экссудата.

**Заключение**

Таким образом, при определении тактики лечения экссудативного  
среднего отита следует учитывать не только стадию и характер  
патологического процесса, но также степень и природу тубарной  
дисфункции, наличие сопутствующих заболеваний.  
Однако даже восстановление проходимости слуховой трубы в ряде  
случаев не приводит к выздоровлению: процесс экссудации может  
носить затяжной, рецидивирующий характер, прогрессируя на фоне  
формирующихся рубцовых осложнений.  
Это свидетельствует о том, что до настоящего времени вопросы  
этиологии и патогенеза экссудативного среднего отита в полной мере  
не решены. Необходимы дальнейшие исследования с целью  
разработки надежных методов лечения и профилактики заболевания

**Список литературы**

1. <https://volynka.ru/diseases/details/272>
2. <https://boklin.ru/kssudativny-sredniy-otit/>
3. https://www.rmj.ru/articles/otorinolaringologiya/Patogeneticheskiy\_podhod\_k\_lecheniyu\_ekssudativnogo\_srednego\_otita\_v\_detskom\_vozraste/