

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ РЕЦИДИВИРУЮЩЕМ ЭКССУДАТИВНОМ ОТИТЕ. КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Пикалова Л.П., Бибикина А.А.

ФГБОУ ВО Тверской государственный медицинский университет
Минздрава России

PECULIARITIES OF TREATMENT FOR RECURRENT EXUSDAIVE OTITIS. CLINICAL CASE

Pikalova L.P., Bibikova A.A.

Tver State Medical University

Отит – воспаление в полости уха. Это заболевание чаще встречается у детей из-за особенностей анатомии ушной полости, хотя не обходит стороной и взрослых. Переболев один раз, люди надолго забывают о болезни, но не исключена вероятность развития рецидивирующей формы.

Рецидивирующий отит проявляется частыми возникновениями заболевания, заметными ухудшениями со стороны органов слуха, осложнениями.

Термином «отит» обозначают большую группу заболеваний, при которых поражены разные отделы уха. Воспаление наружного уха инфекционного генеза - наружный отит, среднего уха - средний, внутреннего - лабиринтит. В клинической практике наиболее распространены наружный отит и средний отит.[1]. Экссудативный средний отит - это заболевание, которое вызвано накоплением жидкости в полости среднего уха при отсутствии острого воспалительного процесса. Распространенность зависит от возраста и, по данным различных авторов, у детей 1-го года жизни составляет до 35%; 3-5 лет 10-30%; 6-7 лет 3-10%; 9-10 лет 1-3 %. Экссудативный средний отит является наиболее частой причиной снижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет (в 30,2 % случаев). Причины данного заболевания разнообразны: частые инфекционные заболевания (у 1/3 детей – аденовирусная инфекция); иммунодефицитные состояния; нарушение вентиляционной функции слуховой трубы (механическое или функциональное) чаще в результате гипертрофии глоточной миндалины или вялотекущего воспалительно – аллергического процесса в ней; разрастание аденоидной ткани; врожденные анатомические особенности строения слухового аппарата [2]: слуховая труба короче и прямее, чем у взрослого, наличие в полостях среднего уха миксоидной ткани; глоточная миндалина больших размеров, склонная к повторным воспалительным процессам, иногда закрывает устья слуховых труб. [1,3].

Возбудителями инфекциями являются стрептококки и стафилококки. Также при бактериологических исследованиях содержимого среднего уха обнаруживались диплококки, протей, синегнойная палочка.

Есть сведения о том, что вирусные инфекции верхних дыхательных путей провоцируют воспаление среднего уха. Обыкновенно они выступают причиной рецидивирующих воспалений.

Наиболее опасными в контексте возникновения рецидивирующих отитов являются вирусы гриппа А2, В1, а также парагриппа.

Воспалительный процесс и отёк слизистой оболочки в носоглотке приводят к нарушению дренажной и вентиляционной функции в устье слуховой трубы, вследствие чего снижается давление воздуха в полостях среднего уха – возникает вакуум и происходит трансудация плазмы крови, скопление жидкости в барабанной полости, нарушение подвижности барабанной перепонки, цепи слуховых косточек и мембраны окна улитки. Также из-за всасывания кислорода из полостей среднего уха кровенаполненной слизистой оболочки происходит метаплазия эпителия в устье слуховой трубы и усиливается функция бокаловидных клеток, выделяющих вязкий секрет с большим содержанием белка. Осложнения острого среднего отита всегда несут в себе фатальный потенциал и встречаются часто, хотя особенно тяжёлые внутричерепные осложнения всё же единичны. Среди осложнений острого среднего отита чаще всего называют мастоидит, за ним следуют лабиринтит (острый серозный или гнойный) и внутричерепные осложнения. Необходимо помнить о возможности развития таких потенциально фатальных осложнений острого среднего отита, как менингит, абсцесс мозга или мозжечка. При неблагоприятном развитии осложнений утраченные функции не восстанавливаются, что приводит к инвалидизации. Также можно отметить: формирование ретракционных карманов барабанной перепонки, перфорацию барабанной перепонки, формирование холестеатомы, снижение функций слуховых рецепторов, прогрессирующую тугоухость, также данное заболевание может вызвать осложнения для всего организма, которые трудно поддаются лечению. При лечении экссудативного отита применяют как консервативные, так и хирургические методы. К первым относят: анемизацию слизистой оболочки устья трубы — медицинская процедура, направленная на уменьшение отека слизистой за счет вазоконстрикции (сужения сосудов); продувание слуховой трубы по Политцеру — это физиопроцедура, которая помогает очистить лор-систему от экссудата и воды, а также для выравнивания давления при помощи нагнетания воздуха. Под давлением выдыхаемого воздуха слуховые трубы раскрываются и воздух с силой входит в барабанную полость. Это сопровождается легким треском, который ощущает пациент, а врач через отоскоп прослушивает характерный шум. При нарушении проходимости слуховой трубы опыт Вальсальвы не удается [4,5]; пневмомассаж барабанных перепонок - это разновидность массажных процедур, во время которых чередуется низкое и высокое давление воздуха в области головы. Это давление оказывает массирующее воздействие, улучшает трофику, нормализует циркуляцию крови, улучшает тканевый процесс обмена, нейтрализует воспаления, способствует рассасыванию спаек и рубцов.

К хирургическим методам относят: миринготомию; шунтирование; тимпанопункцию; аденотомию; септопластику. Хирургическое вмешательство считается наиболее эффективным, однако оно сопряжено с множеством рисков.

Клинический случай: В июле 2007 года в ЛОР-отделение поступила девочка 6-ти лет с жалобами на снижение слуха справа. Пациентка больна с февраля 2007 года, когда после ОРВИ перенесла острый средний отит, проводилась антибактериальная терапия, в апреле того же года было диагностировано скопление экссудата в правой барабанной полости, был проведен курс лечения с положительным эффектом, однако через короткий промежуток времени процесс рецидивировал. В мае 2007 года дважды выполнялся парацентез правой барабанной перепонки с кратковременным положительным эффектом. Девочка поступила в отделение для дообследования и лечения. При осмотре выявлено: перегородка носа по средней линии, слизистая оболочка полости носа розового цвета, носовые раковины обычных размеров, носовые ходы свободны, в носоглотке аденоидная ткань I степени, небные миндалины рыхлые, лакуны расширены, без паталогического отделяемого. АД-наружный слуховой проход не изменен, барабанные перепонки бледно-розового цвета, резко втянуты в центре, визуализируется уровень жидкости, в задних отделах формируется ретракционный карман, опознавательные знаки сглажены, остальные ЛОР-органы без патологии.

Проведено обследование: тимпанометрия тип В справа, общий анализ крови и мочи без патологии. В отделении проводилось: продувание слуховых труб по Политцеру; пневмомассаж барабанных перепонки; курс ингаляционной терапии через нос.

На фоне проведенного лечения слух улучшился, при осмотре: барабанная перепонка серого цвета, рубцово изменена, истончена, формируется ретракционный карман в ненатянутой части. Пациентку выписали домой в удовлетворительном состоянии и назначили шунтирование правой барабанной полости в сентябре. 31 августа 2007 года девочка поступает в ЛОР-отделение для шунтирования барабанной полости. Проведены обследования: тимпанометрия тип В справа, общий анализ крови и мочи без патологии. ЭКГ: синусовая брадиаритмия, вертикальное направление эл. оси сердца. К операции пациентка подготовлена. Противопоказаний нет. В начале сентября было проведено шунтирование барабанной полости под наркозом, вмешательство девочка перенесла хорошо. Послеоперационный период протекал без осложнений. В послеоперационном периоде проводилось продувание слуховых труб по Политцеру. Необходимо отметить, что наблюдалось полное восстановление слуха на следующий день после хирургического вмешательства. На момент выписки при осмотре барабанная перепонка справа серого цвета, реактивные явления практически стихли, шунт стоит хорошо, функционирует, наблюдается улучшение слуха. Выписывается в удовлетворительном состоянии домой в начале сентября. Далее вновь происходит рецидив. В 2009г. девочке было проведено эндоскопическое исследование. Перегородка носа по средней линии, слизистая оболочка розового цвета, хорошо сократилась после анемизации, носовые раковины обычных размеров, носовые ходы свободны. Носоглотка: лимфоидная ткань прикрывает просвет хоан на 1/3 без прилегания к хоанам, носоглоточные устья слуховых труб свободны, справа гипертрофия трубного

валика, слизистое отделяемое в области трубы. Отоскопия: АС-барабанная перепонка желтого цвета втянута, визуализируется экссудат.

Заключение: Правосторонний рецидивирующий экссудативный отит.

На основе исследования был сделан вывод, что рецидив происходит из-за такой анатомо-физиологической особенности, как гипертрофия правого трубного валика, который мешает нормальному оттоку жидкости из полости среднего уха. Исходя из опыта курирующего врача и из-за того, что на следующий день после операции слух восстанавливался, было принято решение не проводить дальнейших хирургических вмешательств и контролировать порог слышимости в течение нескольких лет. После лечения наблюдается полное восстановление слуха.

Литература

1. Детская оториноларингология: учебник / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 624 с.
2. Оториноларингология [Электронный ресурс]: учебник / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. - 3-е изд., перераб. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.- <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438497.html>
3. Острые средние отиты в детском возрасте / М.А. Дериглазов -М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011; 9 с
4. Сестринская помощь при заболеваниях уха, горла, носа, глаза и его придаточного аппарата [Электронный ресурс] : учеб.пособие / под ред. А. Ю. Овчинникова. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.Раздел 7 / 17 Страница 1 / 11
5. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа: Руководство для практикующих врачей / Под общ.ред. А.С. Лопатина. - М.: Литтерра, 2019; 816 с.
6. Стратиева О.В. Клиническая анатомия уха. Учебное пособие. СПб.: СпецЛит, 2004; 271 с.
7. Тарасов Д.И., Федорова О.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина, 1988; 185 с.
8. Тос М. Руководство по хирургии среднего уха. - Том 1. Томск: Thime Verlag, 2004; 408 с.
9. Jahnke K. Middle Ear Surgery. Recent Advances and Future Directions. New York: Georg Thieme Verlag, 2004; p. 73 - 93.
10. Brackmann D., Shelton C., Arriaga M. Otologic Surgery. Philadelphia: Saunders, 2010; 243 p.