**Министерство образования Российской Федерации**

**Пензенский Государственный Университет**

**Медицинский Институт**

**Кафедра Отоларингологии**

Доклад

на тему:

«Неотложные состояния в отологии»

Выполнила: студентка V курса ----------

----------------

Проверил: к.м.н., доцент -------------

**Пенза**

2008

**План**

1. Боль в ухе
2. Воспалительные заболевания
3. Внезапная потеря слуха
4. Головокружение
5. Травма

Литература

**1. Боль в ухе**

Боль в ухе может быть не только проявлением наружного или среднего отита, но и симптомом многих других заболеваний. Пациентов с оталгией необходимо консультировать у отоларинголога. Чувствительная сфера уха обеспечивается черепными нервами V, VII, IX и X, а также шейными нервами II и III. Причиной оталгии может быть остеохондроз шейного отдела позвоночника, а также невралгия затылочного нерва; однако иррадиируюшая боль в ухе чаше всего ассоциируется с поражением черепных нервов. От височно-нижнечелюстного сустава, зубов нижней челюсти или языка боль может иррадиировать в ухо по тройничному нерву. Воспаление уха при опоясывающем лишае и параличе Белла нередко являются причиной оталгии при поражении лицевого нерва. Поражение языкоглоточного или блуждающего нерва может стать источником оталгии при тонзиллите, раке миндалин или наличии инородных тел в нижнем отделе глотки, в гортани или шейном отделе пищевода.

Лечение оталгии состоит в устранении (или коррекции) причинных факторов и назначении анальгетиков. Если причина боли в ухе не установлена, то назначаются анальгетики и местное тепло. Если боль сохраняется, следует проконсультироваться с отоларингологом.

**2. Воспалительные заболевания**

**Наружный отит**

Признаками и симптомами наружного отита являются зуд, боль и выделения из уха при интактной барабанной перепонке. В случае выраженного отека может иметь место потеря слуха. Боль может быть интенсивной, она усиливается при надавливании на козелок или при движении в суставе. В некоторых случаях отмечаются отечность и покраснение всей ушной раковины. Болезненные и увеличенные лимфатические узлы пальпируются над сосцевидным отростком, в области околоушной железы и верхнего отдела шеи.

Лечение заключается в очищении наружного слухового прохода с помощью отсоса или ватных шариков, а также в аппликации раствора антибиотиков и стероидов в течение 1 недели. Возможна тампонада наружного слухового прохода на 2—3 часа полосками марли, смоченной раствором антисептиков. При наличии отека и гиперемии ушной раковины или в случае лимфаденопатии назначается один из цефалоспоринов нового поколения. До начала лечения антибиотиками следует взять отделяемое из слухового прохода для посева. Пациенту необходимо объяснить, что симптомы отита будут сохраняться в течение 24—48 часов, несмотря на проведение лечения. У пациентов с диабетом и наружным отитом, у которых не наблюдается быстрого улучшения при проведении рутинных мероприятий, следует заподозрить злокачественный наружный отит. Такие тяжелые формы наружного отита могут привести к разрушению хряща и кости; необходимы консультация с отоларингологом и госпитализация.

**Фурункул**

Фурункулы в ушном проходе вызывают боль вплоть до их спонтанного разрыва и дренирования.

При осмотре обнаруживаются локализованное покраснение и болезненность в области наружного отверстия слухового прохода. Лечение такое же, как при наружном отите (наряду с инцизией и дренированием). В случае развития кисты может иметь место инфекция или образование абсцесса.

Лечение состоит в местном назначении тепла и 400 000 ЕД пенициллина (внутримышечно 4 раза в день или 250 мг ампициллина (перорально 4 раза в день, если показано амбулаторное лечение). При появлении флюктуации в кисте необходимы разрез и дренирование; после разрешения инфекционного процесса осуществляется хирургическое удаление кисты (или синуса).

**Буллезный мирингит**

Буллезный мирингит имеет вирусное или микоплазменное происхождение и вызывает упорную боль, а иногда и некоторую потерю слуха. На барабанной перепонке имеются пузырьки, содержащие прозрачную или геморрагическую жидкость. Буллезный мирингит лечат анальгетиками и местной аппликацией тепла. Если боль интенсивная, то буллы могут быть вскрыты ЛОР-специалистом.

**Средний отит**

Симптомами острого гнойного среднего отита являются лихорадка, боль и потеря слуха. Если имеется перфорация барабанной перепонки, то появляется отделяемое из наружного слухового прохода. Барабанная перепонка выглядит покрасневшей, набухшей и утолщенной.

У детей и младших подростков проводится лечение ампициллином и амоксициллином, а у подростков постарше и у взрослых — пенициллином; длительность курса лечения — 10 дней. Ушные капли, содержащие антибиотики, показаны только в случае перфорации барабанной перепонки и наличия отделяемого в канале. Для снятия боли лучше назначить анальгетики, а не обезболивающие ушные капли.

При сильной боли, выраженной интоксикации и лихорадке, а также при таких осложнениях, как паралич лицевого нерва, менингит или абсцесс мозга, показана миринготомия.

Лечение хронического среднего отита включает очищение наружного слухового прохода, отсасывание, назначение системных антибиотиков и ушных капель с антибиотиками и стероидами. Для дальнейшего обследования и лечения пациенты направляются к ЛОР-специалисту. Больные с хроническим средним отитом и холестеатомой при наличии паралича лицевого нерва, головокружения или, возможно, внутричерепных осложнений должны быть немедленно направлены к отоларингологу.

**3. Внезапная потеря слуха**

Внезапная потеря слуха может быть обусловлена повреждением наружного уха (удар, травма), поражением среднего уха (наличие в полости среднего уха жидкости, крови или гной) или внутреннего уха (синдром Меньера, лабиринтит и сифилис). Внезапная глухота может быть результатом повреждения отверстия внутреннего слухового прохода или мостомозжечкового угла или же следствием сосудистого спазма или окклюзии. Она чаще всего бывает идиопатической и предположительно имеет вирусное или сосудистое происхождение.

Сосудистым причинным фактором внезапной потери слуха предположительно является сосудистый спазм или гиперкоагуляция. Потеря слуха может быть незначительной или умеренной, но чаще она бывает тяжелой или полной. Механизм внезапной потери слуха вследствие вирусной инфекции неясен.

Эффективной специфической терапии не существует, но пациент с внезапной глухотой обязательно осматривается ЛОР-специалистом в порядке оказания неотложной помощи.

**4. Головокружение**

Головокружение является галлюцинацией движения. При объективном головокружении возникает ощущение движения окружающих предметов, тогда как при субъективном головокружении пациент ощущает "собственное движение". Может присутствовать чувство вращения; иногда больной испытывает волнообразное движение, покачивание или неустойчивость, но без пространственной дезориентации.

Термин "головокружение" используется как больными, так врачами для выражения различных ощущений, включающих вертиго. Поскольку ощущения могут иметь дифференциально-диагностическое значение, их подробное описание весьма важно.

Нередко пациенты жалуются на головокружение, фактически имея ощущение неустойчивости походки или испытывая сильное душевное смущение при помутнении сознания, обморочном состоянии или в период затуманенности зрения; все эти состояния практически не имеют отношения к действительному головокружению. И наоборот, некоторые пациенты используют эти последние термины для описания эпизодов действительного головокружения.

Выделяют две формы вертиго — центральную и периферическую. Первая может быть обусловлена воздействием на вестибулярные ядра и их соединения. Центральное головокружение обычно не носит тяжелого ротационного характера. Тошнота, рвота и другие автономные феномены, как правило, отсутствуют. Обычно имеются объективные признаки, предполагающие поражение ЦНС, такие как паралич глазодвигательной мышцы, неравномерность расширения зрачков, птоз, паралич лицевого нерва, сенсорные расстройства, дисфагия, дизартрия, признаки поражения продолговатого мозга, мозжечковая атаксия или отек соска зрительного нерва. Потеря слуха и шум в ушах, которые часто сопровождают лабиринтит и поражение VIII черепного нерва, редко наблюдаются при патологии, ограничивающейся стволом мозга или мозжечком. Наличие вертикального нистагма (вверх и вниз) указывает скорее на процесс в стволе мозга, нежели на заболевания лабиринта. Обязательно проводятся тщательный сбор анамнеза и объективное исследование, а также соответствующая регистрация полученных данных.

Периферическое головокружение возникает при заболеваниях среднего уха, внутреннего уха и VIII черепного нерва. Оно обычно сопровождается ухудшением слуха, которое может быть небольшим или весьма серьезным.

Тяжелые приступы периферического головокружения могут быть ослаблены парентеральным введением противорвотных средств.

**5. Травма**

**Разрывы**

Разрывы ушной раковины часто могут быть обработаны и устранены в ОНП при использовании местной инфильтрационной анестезии 1 % или 2 % раствором лидокаина без адреналина. Следует избегать обширного иссечения мягких тканей и хряша. Рану ушивают послойно: сначала хрящ (хромовым кетгутом № 4-0), а затем кожу (нейлоновыми нитями № 5-0) непрерывными швами. Необходимо тщательно сопоставлять края и естественные складки. Целесообразно наложение колончатой повязки на 24 часа.

ЛОР-хирург нередко замещает всю ушную раковину (или ее часть) свободным кожным лоскутом. При невозможности полного восстановления ушной раковины хрящ может быть сохранен посредством удаления всей кожи и подсадки хряща в брюшную стенку. Это позволяет сохранить его для последующей реконструкции.

**Гематома**

Гематомы уха обычно являются результатом тупой травмы и особенно часто наблюдаются у борцов и боксеров. Кровоизлияние возникает между хрящом и покрывающим его перихондрием. Лечение гематомы состоит в асептическом дренировании посредством отсасывания или инцизии. После дренирования накладывается давящая колончатая повязка. Осложнения включают реаккумуляцию гематомы, деформацию и инфекцию. Реаккумуляция требует повторного проведения аспирации или дренирования.

Деформация ушной раковины в форме цветной капусты происходит вследствие постепенного замещения нелеченой гематомы фиброзной тканью, вновь образующимся хрящом и их калышфикацией.

Для периходрита характерны отек, гиперемия и болезненность ушной раковины. Возбудителем инфекции часто оказывается Pseudomonas. Лучше всего провести срочное лечение с привлечением отоларинголога.

**Инородные тела в ухе**

Дети особенно склонны засовывать в уши различные инородные тела. Насекомые перед их извлечением из уха должны быть усыплены или умертвлены. С этой целью в наружное отверстие слухового прохода помещают ватный шарик, обычно смоченный эфиром. Через 5 мин любое насекомое будет усыплено. Затем струей воды насекомое вымывают.

Иногда попытки удаления инородного тела приводят к его проталкиванию за перешеек слухового прохода, к соединению хрящевой и костной частей. Если инородное тело продвинулось за перешеек, то для его удаления может потребоваться обшая анестезия. Если инородное тело расположено дистальнее перешейка, то его можно захватить микрощипцами и извлечь. Более крупные предметы удаляют с помощью крючка или петли, заводя их за инородное тело и выталкивая его наружу. В некоторых случаях возможно удаление предмета посредством промывания уха. Инородные тела растительного происхождения нельзя орошать водой ввиду их набухания. Даже если ребенок спокоен при извлечении инородного тела, лучше прибегнуть к общей анестезии. Описано немало случаев травматического повреждения барабанной перепонки или слуховых косточек, когда при попытке удаления инородного тела ребенок делал резкое движение.

**Термическое поражение**

При длительном воздействии низких температур верхний и наружный края ушной раковины становятся восковидными и белеют. Эти признаки в сочетании с потерей чувствительности являются диагностическими для обморожения. Помощь при обморожении состоит в быстром согревании путем промывания теплой водой или прикладывания теплого компресса (при температуре 42—44 °С) не более чем на 20 минут. Необходимы анальгетики, так как отогревание обычно бывает болезненным. Следует избегать повторного переохлаждения.

Отогревание бутылками с горячей водой или электрическими лампочками может привести к различной степени ожогам. Тяжелые ожоги требуют очищения раны в строго асептических условиях с использованием перекиси водорода и физиологического раствора. После тщательной очистки ожоговой раны иссекаются все нежизнеспособные ткани. Наносится сульфадиазиновая мазь, и накладывается колончатая повязка. Показано введение столбнячного анатоксина, антибиотиков и анальгетиков.

**Химическое поражение**

Сильные кислоты и щелочи при непосредственном контакте вызывают ожоги. Лечение заключается в обильном промывании. Делают ванночку (физиологический раствор или дистиллированная вода) для ушной раковины и наружного слухового прохода. Через 2—3 минуты жидкость удаляют и высушивают ушную раковину. Процедуру повторяют 3 или 4 раза, тщательно высушивая ушную раковину и слуховой проход.

**Травматическая перфорация**

Перфорация барабанной перепонки может произойти в результате воздействия на нее каким-либо предметом (например, ручка или палочка, обмотанная ваткой) или вследствие воздушной травмы при взрыве.

Перфорация, как правило, заживает спонтанно, без специального лечения; следует только избегать попадания воды в ухо. Необходимо тщательное наблюдение. Если ухо загрязнено стоячей водой (при плавании) или пенетрирующим предметом, то назначается системный антибиотик, например пенициллин. При параличе лицевого нерва, потере слуха или головокружении необходима немедленная консультация с отоларингологом. В других случаях вполне достаточно наблюдения в течение нескольких дней.

**Баротравма уха (бароотит)**

Бароотит может возникнуть вследствие изменений барометрического давления (например, в полете или при погружении в воду). Часто предъявляются жалобы на заложенность уха и боль. При осмотре обычно обнаруживают геморрагическую или гиперемированную барабанную перепонку и жидкость в среднем ухе. Бароотиты лечатся анальгетиками, пероральными деконгестантами, назальными аэрозолями и продуванием среднего уха. Антибиотики назначаются в случае возникновения вторичной инфекции. При крайне интенсивной и непрекращающейся боли или если жидкость не рассасывается при проведении медикаментозной терапии, показана миринготомия.

**Литература**

1. Неотложнаямедицинская помощь: Пер. с англ./Под Н52 ред. Дж. Э. Тинтиналли, Р. Л. Кроума, Э. Руиза. — М.: Медицина, 2001.

1. Внутренние болезни Елисеев, 1999 год