

# Гострі хвороби зовнішнього вуха

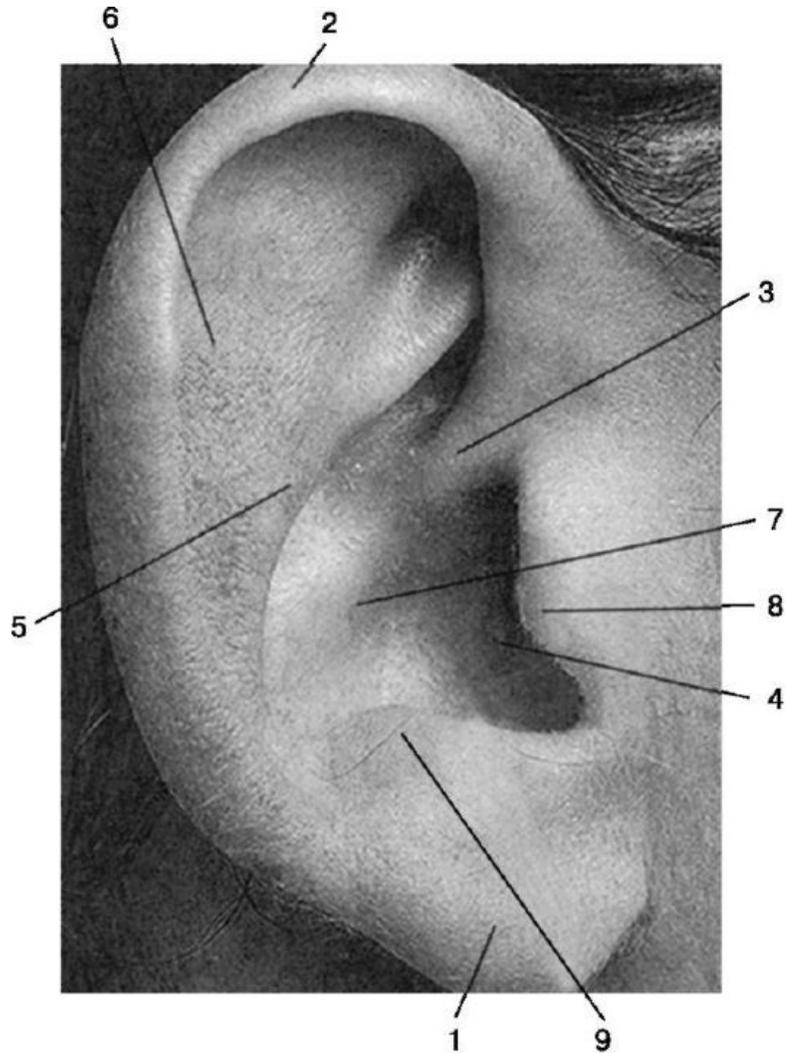
ЗАПОРІЗЬКИЙ ДЕРЖАВНИЙ МЕДИЧНИЙ УНІВЕРСИТЕТ

Факультет: ПІСЛЯДИПЛИМНОЇ ОСВІТИ

Кафедра: ДИТЯЧИХ ХВОРОБ

асистент кафедри Шаменко В.О.

# Наружное ухо представлено ушной раковиной и наружным слуховым проходом.



Ушная раковина (auricula) располагается между височнонижнечелюстным суставом спереди и сосцевидным отростком сзади. Основу ее составляет пластинка эластического хряща толщиной 0,5-1 мм, покрытая с обеих сторон надхрящницей и кожей. Только нижняя часть ушной раковины - мочка (lobulus) - лишена хрящевого остова и образована жировой клетчаткой, покрытой кожей. Наружная поверхность ушной раковины вогнутая, кожа на ней плотно сращена с надхрящницей.

Ушная раковина: 1 - мочка; 2 - завиток; 3 - ножка завитка; 4 - наружный слуховой проход; 5 - противозавиток; 6 - ладья; 7 - полость ушной раковины; 8 - козелок; 9 - противокозелок

## Воспалительные заболевания наружного уха

Среди воспалительных заболеваний наружного уха различают ограниченный и диффузный наружный отит. Примером ограниченного наружного отита является фурункул наружного слухового прохода. Диффузный наружный отит представлен большой группой воспалительных заболеваний бактериальной, вирусной, грибковой природы, а также дерматитами, характеризующимися выраженными аллергическими проявлениями.

## ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА (OTITIS EXTERNA CIRCUMSCRIPTA)

Заболевание представляет собой острое гнойно-некротическое воспаление волосяного фолликула или сальной железы и окружающей соединительной ткани, развившееся в костно-хрящевом 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 иррадиирующая 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 вершечке 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 заметен просвечивающий стержень, а после опорожнения можно увидеть кратерообразное углубление на припухлости, откуда выделяется гной.

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 - панадол, 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) - 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 слущенным 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  $\beta$ -гемолитический стрептококк группы А, развитию процесса благоприятствует нарушение защитных иммунобиологических 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.

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



Хондроперихондрит ушной раковины (а, 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.