

КСЕНИЯ КЛИМЕНКО

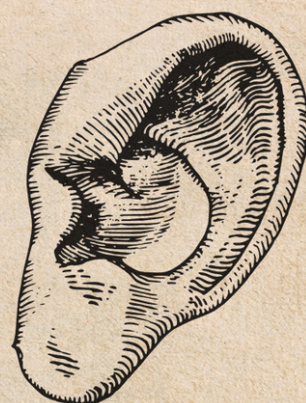
врач-оториноларинголог, ЛОР-хирург,
кандидат медицинских наук

В ЛАБИРИНТАХ УХА, ГОРЛА И НОСА

СКРЫТЫЕ МЕХАНИЗМЫ РАБОТЫ,
НЕОЧЕВИДНЫЕ ВЗАИМОСВЯЗИ И ПОЛЕЗНЫЕ ЗНАНИЯ,
КОТОРЫЕ ПОМОГУТ «ДОТЯНУТЬ» ДО ВИЗИТА К ВРАЧУ



ВО ВСЕМ МИРЕ АНГИНОЙ
НАЗЫВАЮТ БОЛЬ В СЕРДЦЕ.



МЫ СЛЫШИМ
НЕ ТОЛЬКО ЧЕРЕЗ
УХО, НО И С ПОМОЩЬЮ
КОСТЕЙ ЧЕРЕПА

АДЕНОИДЫ
НЕ БОЛЕЗНЬ.
ИНОГДА ИХ
НУЖНО УДАЛИТЬ,
А ИНОГДА —
ПРОСТО
ПЕРЕЖИТЬ



ЕВМ BOOKS
ИНТЕЛЛЕКТУАЛЬНЫЙ НАУЧПОП

Интеллектуальный научпоп. Медицина не для всех

Ксения Клименко

**В лабиринтах уха, горла и носа.
Скрытые механизмы работы,
неочевидные взаимосвязи и
полезные знания, которые помогут
«дотянуть» до визита к врачу**

«ЭКСМО»

2018

УДК 616.21
ББК 56.8

Клименко К. Э.

В лабиринтах уха, горла и носа. Скрытые механизмы работы, неочевидные взаимосвязи и полезные знания, которые помогут «дотянуть» до визита к врачу / К. Э. Клименко — «Эксмо», 2018 — (Интеллектуальный научпоп. Медицина не для всех)

ISBN 978-5-04-099166-2

Как работает ухо, горло и нос? Какие тайны заключает в себе эта триада? Самый известный российский врач оториноларинголог-хирург Ксения Клименко легко и понятно объясняет функционирование ключевых органов, особенности нашего восприятия и секреты, которые таят эти вроде бы простые части нашего тела.

УДК 616.21

ББК 56.8

ISBN 978-5-04-099166-2

© Клименко К. Э., 2018

© Эксмо, 2018

Содержание

ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНЫЙ ПОДХОД	6
Предисловие к изданию	8
О себе	9
Введение	11
Часть I	13
Глава 1. Как устроено ухо	14
Глава 2. С ушами шутки плохи	19
Наружный отит	19
Каковы же рекомендации по лечению наружного отита?	20
Как правильно закапывать капли в ухо	21
Что должно насторожить при лечении наружного отита?	21
Три главных правила, чтобы минимизировать риск возникновения наружного отита	22
Как долго может проводиться лечение острого наружного отита?	23
Средний отит	23
Острый средний отит	24
Какое лечение назначит врач?	26
Какие правила для назначения антибиотиков при остром среднем отите?	27
Если назначенное лечение не помогает	29
Дополнительные рекомендации	29
Чем опасен гнойный средний отит	29
Экссудативный средний отит	31
Почему лечить экссудативный отит сразу не стоит?	33
«Популярные» методы с сомнительным эффектом из прошлого	33
Как проводится шунтирование барабанной полости?	34
Опасно ли шунтирование барабанной полости?	34
Хронический гнойный средний отит	35
Как проявляется хронический средний отит?	36
Как диагностируется хронический средний отит?	36
Осложнения хронического среднего отита	37
Лечение хронического среднего отита	37
Конец ознакомительного фрагмента.	38

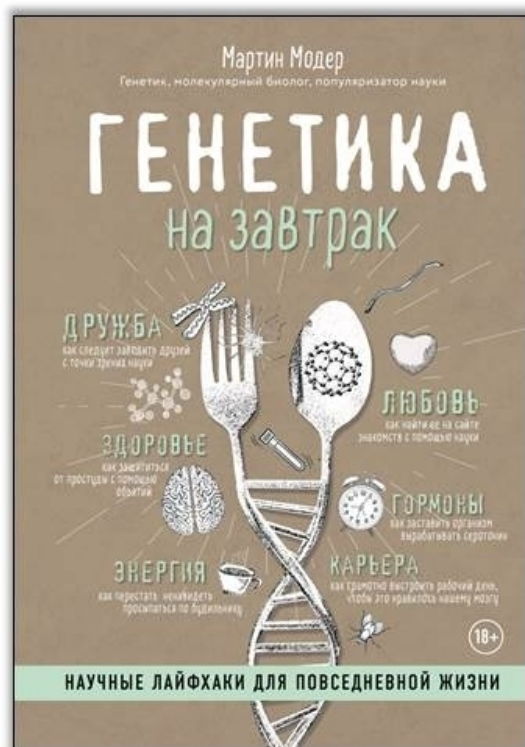
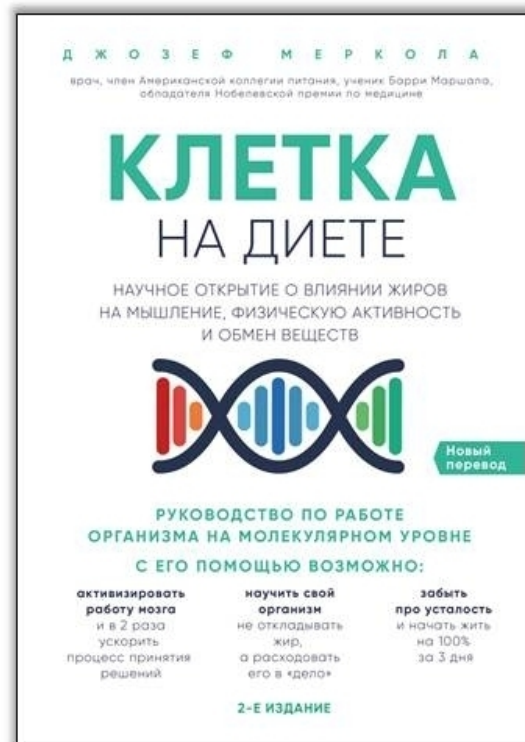
Ксения Клименко

В лабиринтах уха, горла и носа

© Клименко К., текст, 2018

© ООО «Издательство «Эксмо», 2019

ЗДОРОВЬЕ: НАУЧНЫЙ ПОДХОД



Почему мы стареем. Научные знания о том, как наш организм стареет, почему это происходит и каковы современные способы замедлить этот процесс

Что такое старость? Постоянное накопление неисправных молекулярных ошибок? Возможно. Но на самом деле, старость – это увеличение вероятности внезапной смерти. Причем процесс имеет ускорение во времени. Один из самых известных в России врачей-геронтологов Валерий Новоселов просто, но весьма научно рассказывает о том, как меняется наше тело с течением времени.

Клетка «на диете». Научное открытие о влиянии жиров на мышление, физическую активность и обмен веществ

В своей книге Джозеф Меркола расскажет, как работает тело человека на молекулярном уровне, и поможет понять, какое же питание способно спасти нас от самых страшных заболеваний, сохранить молодость и красоту, активизировать работу мозга и жить счастливо без особых ограничений. Узнайте уникальную методику перехода на новый уровень жизни – жизни, полной энергии, здоровья и красоты.

Грязные гены. «Большая стирка» для вашей ДНК: как изменить свою наследственность

Что, если бы вам сказали, что гены могут «пачкаться», как рубашка или джинсы, а ваши жизнь и здоровье напрямую зависят от того, как часто вы устраиваете им «большую стирку»? Много десятилетий считалось, что мы не можем влиять на гены, что наша наследственность – это камень, который рано или поздно придавит нас, что бы мы ни делали. Однако это совсем не так. Автор этой книги, доктор Бен Линч, считает, что гены «заряжают пистолет», но вовсе необязательно, что курок однажды будет спущен. Он оригинально сравнивает наши действия по очистке генов с обыкновенной стиркой одежды и представляет собственноручно разработанную программу, которая предполагает и «замачивание», и прицельное «оттирание пятен» и «бережное отбеливание». Следуя его советам, вы сможете определить, какой ген у вас функционирует неправильно и что необходимо сделать, чтобы устранить проблему.

Генетика на завтрак. Научные лайфхаки для повседневной жизни

Австрийский молекулярный биолог и генетик Мартин Модер создал сборник советов для повседневной жизни, эффективность которых научно доказана. Эта книга научит правильно флиртовать, подскажет способ эффективного избавления от лени и прокрастинации, а также расскажет о самых интересных экспериментах по поиску источника вечной молодости. Читайте обо всех необычных (но очень действенных!) лайфхаках, которыми пользуются сами ученые.

Предисловие к изданию

Я никогда не задумывалась о написании книги для пациентов. Вовсе не из-за того, что считала эту работу ненужной или неинтересной, просто такая мысль не приходила мне в голову. Для врачей – да, в моей голове то и дело рождались многочисленные идеи создания атласа, руководства или учебника для лор-врачей, где я бы могла поместить все накопленные знания. Тем более что делиться знаниями с коллегами: практикующими врачами – я начала чуть ли не с ординатуры – ведь не у каждого есть возможность отправиться на учебу или стажировку в передовые зарубежные клиники. Совершенно неожиданно мой друг и коллега, один из ведущих российских кардиологов Антон Родионов, предложил мне написать книгу для пациентов. И не просто научно-популярную, которых сейчас великое множество, а книгу, основанную на современной доказательной медицине. Если задуматься, самая многочисленная моя аудитория – не врачи, а пациенты! Именно они мои ежедневные слушатели, и каждый раз, обсуждая с пациентом его заболевание, развенчивая многочисленные мифы и заблуждения, я фактически прочитываю ему маленькую лекцию. Но у врачей стационаров времени катастрофически не хватает, и нередко меня обрывают на полуслове, вызывая в операционную. А книга – это прекрасная возможность в любое время получить ответы на волнующие вопросы по своему здоровью. Книгу я написала на одном дыхании: вооружившись последними международными рекомендациями и результатами мировых исследований, я лишь изложила то, о чем ежедневно говорю пациентам в лор-кабинете.

Книжка моментально оказалась в лидерах продаж, что меня очень удивило и обрадовало. Но самым неожиданным было то, что ее активно читали не только пациенты, но и врачи. Через некоторое время ко мне потянулись пациенты с книжкой в руках, и они понимали меня гораздо лучше: во многом мы стали единомышленниками. Другие наоборот: после очной консультации брались за книгу, расширяя свой кругозор.

Чтобы уложиться в стандарты серии «Академия доктора Родионова», первоначально написанный для книги текст пришлось сократить. Теперь же вы держите в руках полную версию, которую издательство выпустило по многочисленным просьбам пациентов и врачей.

В чем особенность этой книги? Здесь собрана наиболее актуальная и современная информация, основанная на последних зарубежных клинических рекомендациях и исследованиях высокого уровня, профильтрованная через мой личный практический опыт.

Но сразу хочу вас предостеречь: книга – это не панацея. Поскольку изменения в медицине происходят слишком быстро, некоторые моменты в книге со временем могут потерять актуальность. И не забывайте: нет и не может быть инструкций и рекомендаций на все случаи жизни. Некоторые болезни могут иметь нетипичные проявления, и только личное общение с врачом и осмотр дают достоверную картину заболевания.

Приятного чтения!

О себе

Я совершенно не собиралась становиться лор-врачом, долгое время считала эту специальность скучной и неперспективной. Во всяком случае, бесконечные промывания миндалин, «кукушки», прижигания горла и прочие малоинтересные процедуры, которые я наблюдала на кафедре ЛОР медицинского института, меня совершенно не вдохновляли. Я мечтала о «большой» хирургии, хотела спасать людей, сражаться за их жизнь. Но судьба неумолимо привела меня на эту кафедру.

Будучи ординатором, я с азартом ринулась постигать профессию и очень быстро увидела, что оториноларингология далеко не ограничивается банальными насморками и аденоидами. Лор-органы расположены в самой тесной близости от структур мозга, и беззаботность пациентов довольно часто приводит к острым процессам, когда речь уже идет о жизни человека.

Не жалея себя, я быстро, как мне показалось, освоила большинство операций и стандартных схем лечения и уже ощущала себя вполне состоявшимся доктором.

И вдруг мне в руки попал диск с записью лор-операции в исполнении одного из величайших хирургов мира – австрийского профессора Штаммбергера. Он перевернул мой мир буквально с ног на голову, я была поражена его ювелирной хирургией. И с того момента моя профессиональная жизнь разделилась на «до» и «после».

За рубежом уже давно наступила эра малотравматичной эндоскопической хирургии и 3D-моделирования анатомии внутренних структур: эндоскопы с разным углом обзора давали возможность работать не вслепую, а с полной видимостью поля операции, 3D-мониторинговые системы показывали прохождение основных нервов и крупных сосудов и тем самым резко снижали риски, а возможности хирурга максимально удалить больные ткани были просто грандиозными. Если в «доисторические» времена лор-операции считались одними из самых «кровавых», а сами хирурги были зачастую похожи на мясников, то теперь я наблюдала практически чистое, бескровное поле операции, не говоря уже о халате врача. Я немедленно дала себе слово научиться оперировать так же, как Штаммбергер. Именно к нему я и отправилась на свое первое серьезное обучение.

С тех пор было множество тренингов и курсов у выдающихся мировых звезд, стажировок в лучших клиниках мира. Оториноларингология оказалась динамичной и одной из самых инновационных областей медицинских знаний. Именно сюда с невероятной скоростью внедряются высокотехнологичные малоинвазивные методы операций, которые все больше захватывают пограничные области: нос уже является «воротами» для нейрохирургических операций, а значит, можно обходиться без трепанации черепа.

Но главное, современные эндоскопические инструменты и микроскопические методы дают возможность полностью восстанавливать естественную функцию пазух, ювелирно обходиться с глубокими структурами уха – анатомически сложнейшим органом человеческого организма. Однако для этого нужно быть на «ты» с современными инструментами и методиками, иметь хорошее пространственное воображение и еще быть готовым никогда не останавливаться в развитии.

Именно в оториноларингологии устоявшийся стереотип, что оперирующий хирург становится профессионалом к 40–50 годам, уже не верен. Наоборот, сегодня это удел молодых и способных – быстро понимать и принимать инновации. Более того, если врач не осваивает новое, то опыт начинает работать против него: ошибки все больше и больше укореняются в его практике, и их все сложнее исправить.

Еще одним открытием для меня было то, что многие общепринятые у нас методы и препараты в мире давно признаны неэффективными. Признанные сегодня методы опираются на принципы так называемой доказательной медицины: каждое утверждение, метод или стандарт

должен быть доказан достоверными исследованиями и статистикой. Голословные утверждения, которые так часто произносятся на отечественных конференциях, звучат в научных статьях или просто в кругу врачей, в мировом экспертном сообществе не котируются.

Более десяти лет я не пропускала ни одного стоящего курса, объездив лучшие клиники мира. Когда меня рекомендовали стать членом Американской академии оториноларингологии, предложили стать экспертом одного из самых авторитетных специализированных изданий мира, я поняла, что грань ученичества осталась далеко позади. Все это время я активно оперировала, применяя новые знания и практики, благо мы получали самое современное оснащение и оборудование.

В какой-то момент я поняла, что обязана делиться новыми знаниями, методиками, которые я освоила и продолжаю осваивать. Я начала делать видеозаписи своих операций, записывать разъяснительные тексты и выкладывать в Сеть видеоуроки для коллег.

Однажды я с удивлением осознала, что их смотрят не только врачи, но и... пациенты. Приходя на консультации, многие из них не только владели медицинской терминологией, цитировали фразы из видеороликов, но и досконально знали ход операции, которая им предстоит. Увы, ими владело не праздное любопытство. Большинство из них стали жертвами далеко не одного неудачного, а то и просто бессмысленного хирургического вмешательства.

Сегодня я провожу уже собственные курсы для врачей, но все же это капля в море новых знаний, особенно если необходимо изменить свое мировоззрение, стать открытым новым подходам. А это процесс не из легких.

Хочу выразить благодарность всем, кто дал и продолжает давать мне возможность развиваться и расти: ведь это процесс, имеющий начало, но не имеющий конца. Это доктор Кеннеди (США), доктор Штаммбергер (Австрия), доктор Джанакирам (Индия), профессор Крюков, профессор Вишняков и доктор Шемякин. Отдельную благодарность хочу выразить главному врачу Центральной клинической больницы УДП РФ Николаю Константиновичу Витько и, безусловно, моей семье, без поддержки которой я не стала бы тем, кто я есть.

Введение

Редко встретишь человека, у которого никогда не болело ухо, горло или нос. Однако бытует мнение, что насморк, ангину, отит всегда можно вылечить домашними средствами. А бабушки – те вообще считают себя всесильными, имея в своем арсенале проверенный набор: синяя лампа, мешочки с солью, сок алоэ, банка с медом. Антибиотики? Никогда! Да и сама я помню, как моя заботливая бабушка немедленно уничтожала рецепт, едва только вызванный на дом доктор выписывал справку в школу.

Теперь, став лор-врачом, я вижу на практике, насколько такой подход может быть опасным. Упущенное время не вернуть, а последствия могут быть необратимы: банальный на первый взгляд насморк или «обычный» отит может привести к тяжелым осложнениям – от проблем со зрением до менингита.

Но есть и другая категория приверженцев самолечения: они сами немедленно начинают принимать антибиотики или симптоматические средства по поводу и без повода. Некоторое время такой подход может даже сходить с рук: выпил антибиотик – и вроде стало легче. Но рано или поздно «проверенная» схема перестает работать, и вот пациент «неожиданно» – на операционном столе.

Антибиотики – не панацея от инфекций. Против вирусов они вообще не работают. Прием антибиотиков раньше времени, «для профилактики», в неправильной дозировке или с неверным временем приема может не помочь, а навредить: сделать дальнейшее лечение неэффективным! Ведь бактерии умеют быстро приспосабливаться к различным условиям, даже к антибиотикам, и врач порой может оказаться бессильным. Иными словами, любой вид самолечения приводит к опасным последствиям.

Конечно, сепсис, менингит и другие серьезные осложнения болезней уха, горла и носа встречаются достаточно редко, зато широко распространен такой результат самолечения, когда инфекция становится хронической и сложно поддается лечению. Блуждая от одного врача к другому в надежде на счастливый рецепт, пациенты лишь слышат разные, нередко прямо противоположные рекомендации и окончательно теряют доверие к официальной медицине. Одни бросаются в объятия представителей нетрадиционной медицины, другие попадают в руки откровенных шарлатанов.

Что нужно знать пациенту, чтобы исключать крайности и выбирать наиболее эффективный метод лечения? Приобрести определенные знания, чтобы не принимать на веру рекомендации врача.

Что нужно знать врачу, чтобы добиться прогресса в лечении заболевания? Изменить свое отношение к пациенту. Если раньше врач выступал в роли судьи, беспелляционно выносящего «приговор», то сейчас и врач, и пациент являются равноправными участниками команды, принимающей решение о диагнозе и лечении. Врач подробно рассказывает о существующих в мире представлениях о заболевании, методах диагностики и лечения. Окончательный выбор метода лечения – за пациентом.

В своей работе мне часто приходится быть «разрушителем легенд», циркулирующих не только среди пациентов, но, к моему большому удивлению, и среди врачей. Постоянно изучая последние тенденции мировой оториноларингологии, практикуясь в лучших клиниках Европы и США, работая с командами самых известных лор-хирургов мира, я хочу поделиться накопленными знаниями и опытом.

Эта книга должна стать настольной для каждого человека – ведь любой из нас рано или поздно сталкивается с болезнями лор-органов. Пациентам книга поможет правильно выбрать врача и лечение, позволит избежать приема ненужных препаратов, распознать первые признаки осложнений, уберечься от распространенных ошибок при выборе того или иного метода

лечения. Коллегам книга пригодится в качестве как справочника по современным методам диагностики и лечения лор-болезней, так и руководства по общению с пациентами.

Часть I

Ухо



– Доктор, доброе утро! Извините, что беспокою так рано и в выходной день!

Редкая суббота или воскресенье проходят без такого звонка. Многие врачи отключают телефон во внерабочие часы. Я – нет. Мои пациенты знают: в любой момент дня и ночи они могут позвонить своему доктору.

Выбирая профессию врача, я не представляла, как мне, типичной «сове», удастся вставать рано. Но ответственность за человека – это высокое бремя и мощный стимул к дисциплине. Медицина – не профессия, это образ жизни.

Как правило, в выходные беспокоят пациенты с проблемами уха, которые оказались в этот злополучный момент вдали от дома, чаще на курорте, когда нет возможности быстро попасть к специалисту.

Ухо – самый коварный орган, но именно к нему люди зачастую относятся беспечно. А зря. Ну что же, попробуем помочь пациенту дотянуть до визита к врачу.

Глава 1. Как устроено ухо

Казалось бы, все просто: ухо условно разделяют на наружное, среднее и внутреннее. Соответственно, и заболевание того или иного отдела будет иметь одноименное название. Например, отит может быть наружным или средним, правда, воспаление внутреннего уха не принято называть внутренним отитом, в этом случае используют термин «лабиринтит».



То, что мы видим со стороны, – это ушная раковина и вход в наружный слуховой проход. Их относят к наружному уху. Ушная раковина имеет множество выступов и углублений с округлыми очертаниями (см. рисунок). Она образована хрящом, но нижняя часть, мочка, – это всего лишь кожная складка.

Наружный слуховой проход представляет собой канал длиной около 4 см, который соединяет ушную раковину и барабанную перепонку, герметично закрывающую следующие отделы уха. Именно в наружном слуховом проходе образуется ушная сера – вязкое вещество, защищающее ухо от пыли, микробов и пересыхания.

Поскольку наружный слуховой проход имеет общую стенку с височно-нижнечелюстным суставом, ушная сера самостоятельно выводится из уха наружу при жевательных движениях, захватывая омертвевшие клетки кожи, пыль, волосы и другие посторонние предметы, попавшие в ухо. При отсутствии нарушений ухо очищается без посторонней помощи. Причем если попытаться избавиться от серы самостоятельно, это может привести к образованию серной пробки.

Это интересно: ушная сера не содержит серу как химический микроэлемент, а называется так только из-за своего цвета и консистенции. В английском языке ее называют ear wax, что в переводе означает «ушной воск», а в немецком – ohrenschmalz (дословно – «ушное сало»). В разных языковых культурах свои ассоциации.

Замысловатое асимметричное строение ушной раковины – это не прихоть природы. Такая конфигурация позволяет максимально полно улавливать звук и направлять его в сторону наружного слухового прохода. Слуховой проход, в свою очередь, передает звуковую волну на барабанную перепонку, заставляя ее вибрировать.

О барабанной перепонке все знают, но, как ни странно, ею же и ограничиваются познания о процессах слуха. Например, барабанную перепонку считают чуть ли не единственным элементом, отвечающим за слух. Поэтому и приходят в ужас при ее повреждении, считая, что это приведет к полной глухоте. Но это далеко не так. Разрыв или перфорация (образование отверстия) барабанной перепонки не всегда приводит даже к снижению слуха, не говоря уже о его потере. Для некоторых пациентов сообщение о том, что у них имеется отверстие в барабанной перепонке, становится полной неожиданностью.

Барабанная перепонка представляет собой полупрозрачную мембрану, состоящую из нескольких слоев ткани, и является границей между наружным и средним ухом. Но анатомически ее относят к среднему уху. Ее можно увидеть, если посветить фонариком в ухо, оттянув ушную раковину в сторону. В норме она имеет серый цвет и гладкую поверхность, отражающую свет фонарика в виде конуса (световой конус). Световой конус относят к так называемым опознавательным знакам барабанной перепонки – это различные выступы, углубления и просвечивающие сквозь нее структуры среднего уха.

Если опознавательные знаки не видны или перепонка становится непрозрачной, это означает, что возникли проблемы со средним ухом. Если барабанная перепонка выбухает, то на нее изнутри давит жидкость либо воспаленная слизистая оболочка. Так бывает при гнойном среднем отите. И наоборот, если она втягивается внутрь среднего уха, это может быть признаком нарушения вентиляции уха. Так бывает при экссудативном среднем отите либо туботите (нарушении функции слуховой трубы). Поэтому, когда врач заглядывает в ухо, он оценивает внешний вид барабанной перепонки: ее цвет, прозрачность, наличие опознавательных знаков и отверстий. Для того чтобы хорошо разглядеть перепонку, используют ушную воронку и микроскоп. При отсутствии микроскопа пользуются специальным портативным отоскопом со встроенной воронкой.

Вибрируя при воздействии звуковых волн, барабанная перепонка передает звуковую волну во внутреннее ухо посредством цепи специальных микроскопических слуховых косточек. В ухе человека их три, и называются они весьма колоритно: «молоточек», «наковальня» и «стремечко». Характерно, что названия косточек полностью отражают их форму. Косточки соединяются между собой миниатюрными суставчиками, имеющими все самые настоящие сухожилия. Значение такой сложной цепочки в том, что она усиливает звуковую волну при передаче ее во внутреннее ухо по направлению к слуховому нерву. И наоборот, при чрезмерно громком звуке слуховые косточки его гасят, тем самым оберегая внутреннее ухо от повреждений. В этом сложном механизме также участвуют миниатюрные мышцы, находящиеся в барабанной полости: стремечная мышца и мышца, натягивающая барабанную перепонку. Даже мышцы среднего уха могут подвергаться нервному тикю – это так называемый миоклонус. При этом человек ощущает ритмичные постукивания в ухе. Обычно это длится несколько минут, но бывают случаи, когда стук не прекращается. В этом случае проводится небольшая операция, когда ставшая причиной мышца рассекается – и все проходит.

Совет: если вы обратились к лор-врачу, особенно по поводу проблем с ухом, а у врача нет ни микроскопа, ни отоскопа, следует обратиться в другое учреждение.

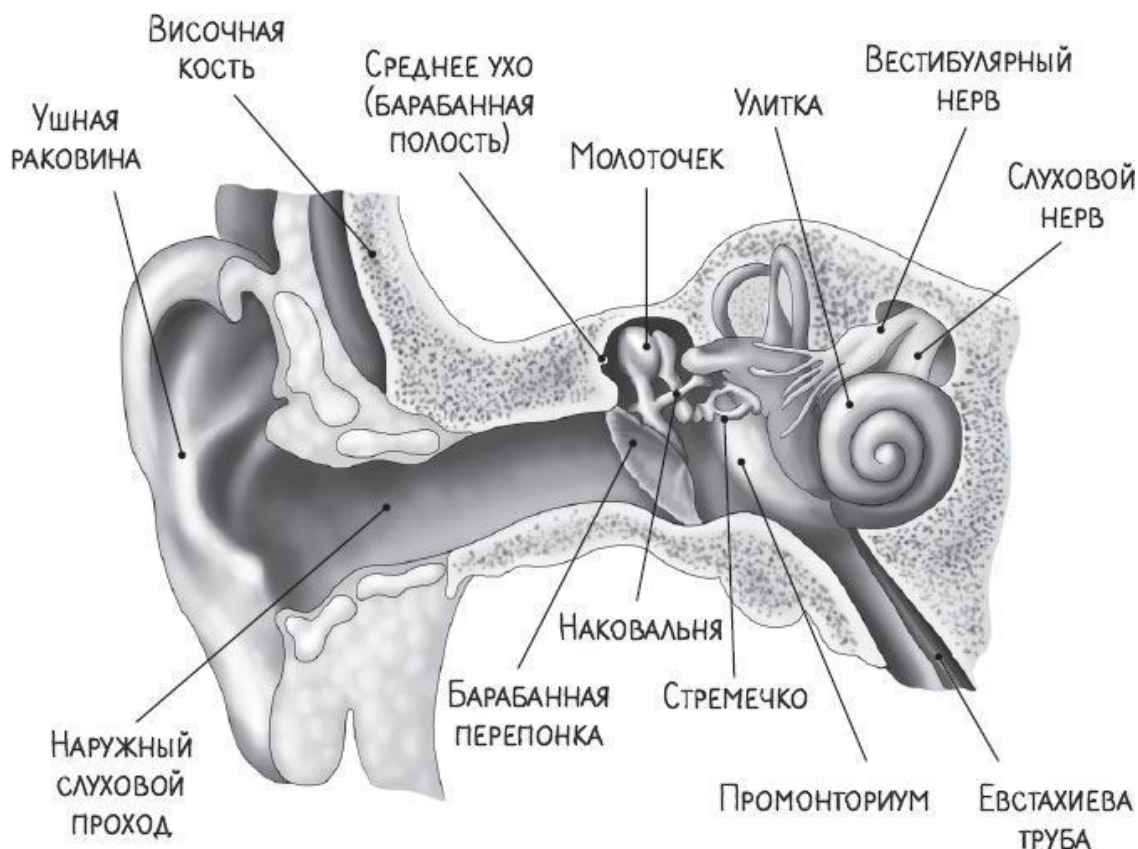
Это интересно: мы слышим не только через воздух. Звуковая волна также попадает к слуховому нерву через кости черепа. Поэтому потеря барабанной перепонки и даже слуховых косточек никогда не приводит к полной глухоте.

Барабанная перепонка и слуховые косточки находятся в так называемой барабанной полости, однако среднее ухо этим не ограничивается. Барабанная полость соединена через небольшой канал с сосцевидным отростком – костным выступом, который можно легко прощупать за ушной раковиной. Внутри он имеет пористую структуру, заполненную воздухом. Прямо сквозь ухо проходит лицевой нерв, отвечающий за мимику, и «барабанная струна» – нерв, отвечающий за вкусовую чувствительность языка. Вот почему серьезное воспаление или хирургическое вмешательство на ухе может привести к потере вкусовой чувствительности и нарушению движения мимических мышц (паралич лицевого нерва).

Как мы видим, ухо – достаточно сложный орган, который обеспечивает далеко не одну функцию организма человека. Еще больше нас в этом убедит путешествие в «святая святых» – внутреннее ухо.

Внутреннее ухо – самая сложная часть анатомии. Оно имеет столь запутанную структуру, что далеко не все лор-врачи хорошо в ней разбираются. Но это не учебник анатомии для специалистов, поэтому не будем погружаться в детали, наша цель – понять лишь принцип работы уха.

Внутреннее ухо состоит из улитки, отвечающей непосредственно за слух, и вестибулярной системы – она отвечает за равновесие. Как человек понимает, что баланс нарушился, и дает сигналы мышцам выровнять его? Для этого служат полукружные каналы, микроскопические трубки, расположенные в трех взаимно перпендикулярных плоскостях (по три в каждом ухе) – они определяют положение головы в пространстве. Внутри каналов находятся миниатюрные кристаллы – отолиты. При их перемещении возбуждаются нервные клетки, передавая информацию в головной мозг. А он уже, в свою очередь, направляет сигналы к определенным группам мышц.



СТРОЕНИЕ УХА ЧЕЛОВЕКА

Это интересно: при громких звуках нервные клетки улитки теряют волоски, что приводит к снижению слуха на определенных частотах. Наиболее чувствительными к повреждению являются волоски, воспринимающие высокие частоты. Именно поэтому снижение слуха чаще всего касается восприятия высоких частот, чего человек может даже не замечать в повседневной жизни.

Процесс распознавания звуков подобен тому, что описан выше: слуховые косточки вызывают колебания жидкости, заполняющей улитку, что вызывает возбуждение нервных клеток. Каждая нервная клетка имеет множество крошечных волосков, которые улавливают самые незначительные колебания жидкости на различных частотах. Таким образом механические колебания превращаются в электрические импульсы – именно их головной мозг и распознает как звуки.

Многие слышали, что нос и ухо взаимосвязаны. Так оно и есть: среднее ухо соединяется с носом через мышечную трубку – слуховую трубу. Через нее среднее ухо очищается и вентилируется. Обычно слуховая труба находится в спавшемся состоянии и открывается только при глотании или зевании. В этот момент можно услышать щелчок либо хруст – это звук открывшейся слуховой трубы. Как только слуховая труба открывается, давление в среднем ухе выравнивается. Именно поэтому советуют зевать или глотать в самолете при наборе высоты и снижении, чтобы выравнивать перепады давления. Но давление в среднем ухе поддерживается не только за счет работы слуховой трубы. В основном этот процесс обусловлен газообменом между барабанной полостью и покрывающей ее слизистой оболочкой. Последние исследования показывают, что давление в здоровом ухе все время постепенно снижается, а периодическое открытие слуховой трубы помогает его стабилизировать.

Это интересно: бывает, что при определенных движениях головы микросталлы (отолиты) одного из полукружных каналов заплывают в

другую часть канала – именно это и вызывает приступы головокружения. Это состояние носит название «доброкачественное позиционное пароксизмальное головокружение» (ДППГ). Ничего страшного не происходит: нужно вернуть «убежавший» кристалл на место, запрокинув и повернув голову в определенном порядке. Но не пытайтесь делать это самостоятельно, иначе проблему можно только усугубить.

От слуховой трубы зависит и дренирование уха. Микроскопические реснички слизистой оболочки гонят слизь из среднего уха в носоглотку, и одновременно сокращение мышц при глотании помогает этому процессу, не давая микробам проникать в среднее ухо. Интересно, что слуховая труба выполняет еще и функцию защиты среднего уха от звуков, возникающих и отражающихся в носоглотке (звук глотания, движения воздуха при вдохе и выдохе). Вот почему при нарушении работы слуховой трубы, в частности зиянии, когда труба остается постоянно открытой, возникает аутофония – слышимость собственного голоса и дыхания как бы изнутри.

При возникновении насморка слуховая труба отекает и перестает выравнивать давление, результатом чего бывает воспаление среднего уха. Воспаление или нарушение работы слуховой трубы врачи называют дисфункцией, или туботитом. Этот диагноз ставится, если воспаление еще не возникло, но есть признаки нарушения выравнивания давления в среднем ухе. Если туботит присутствует долго, то в ухе могут возникать хронические изменения, рубцы и спайки, снижающие слух (адгезивный отит).

Существует три вида дисфункции слуховых труб:

1. Затянувшаяся дисфункция – это длительно сохраняющаяся заложенность ушей после насморка, ОРВИ или на фоне аллергического насморка.

2. Барозависимая дисфункция – резкая заложенность, боль, ощущение давления в ушах на фоне резкой смены атмосферного давления. Эта форма дисфункции чаще наблюдается у дайверов.

3. Зияющая дисфункция, более известная как зияние слуховой трубы. В этом случае труба (или обе) остается постоянно открытой. При этом возникает заложенность в ушах и аутофония (слышимость собственного голоса изнутри). Известна связь зияния слуховых труб с серьезными физическими нагрузками и резким похудением.

Теперь очевидно, что возникновение проблемы на любом участке органа слуха может стать причиной снижения слуха или тугоухости. Если с наружным и средним ухом все более-менее ясно, то работа внутреннего уха пока еще остается загадкой для ученых. Именно поэтому головокружение либо тугоухость, вызванная поражением внутреннего уха, с трудом поддается лечению.

Глава 2. С ушами шутки плохи

– Здравствуйте, доктор! У меня невыносимо болит ухо второй день. Я нахожусь за границей, обратился к местному лекарю – поставили диагноз: отит. Правильно ли назначено лечение? Я не очень-то доверяю местным докторам...

Как правило, по телефону я не консультирую, но чувствую, что ситуация чрезвычайная. Спрашиваю – и это первый вопрос, который задаю в этом случае: какой отит поставили – наружный или средний? Удивительное дело: большинство пациентов ответ на этот критически важный вопрос не знают, не помнят или не обращают внимания на «детали». А ведь лечение при этих заболеваниях отличается кардинально.

Почему пациенты путают острые отиты? Да потому, что их симптомы похожи: выраженная боль, снижение слуха, выделения из уха могут возникать и при среднем, и при наружном отите. Различия кроются в так называемом анамнезе – истории развития болезни и предпосылок к заболеванию. Конечно, по этим симптомам лор-врач диагноз не поставит, это лишь косвенные признаки. Только осмотр в кресле лор-кабинета поможет расставить все точки над i.

Наружный отит

Наружный отит, как следует из самого названия, – это воспаление наружного уха, т. е. ушной раковины или наружного слухового прохода. При этом наблюдается покраснение кожи, она становится отечной, в ухе появляются выделения. Из-за сужения слухового прохода и скопления выделений снижается слух и даже может появиться шум в ухе. Оттяните ушную раковину – если появилась боль, то это достаточно характерный симптом наружного отита.

Именно наружный отит чаще всего поражает любителей поплавать и понырять в море или бассейне. Неудивительно, что это профессиональное заболевание тех, кто занимается спортивным плаванием. Объясняется такое «пристрастие» отита к водным процедурам тем, что попавшая в ухо вода создает благоприятные условия для размножения микробов, которые и вызывают воспаление. Наружный отит многолик и коварен.

К слову, фурункул наружного слухового прохода – это тоже отдельная форма наружного отита. Фурункул возникает в результате воспаления луковицы волоса, расположенной в коже. Поскольку слуховой проход покрыт кожей, то и здесь бывают фурункулы. И в этом случае любители погреть ухо синей лампой или горячей солью наносят себе непоправимый вред. Иногда у них возникает ощущение облегчения от процедуры, но оно обманчиво: в это время воспаление усиливается и переходит в гнойную форму.

Любопытно, что грибковое поражение слухового прохода отомикоз, – это все он же, наружный отит, только в хронической форме. Если заглянуть в ухо при отомикозе, можно увидеть характерную белесую паутинку с черными вкраплениями – это мицелий и споры гриба. Как и все грибковые инфекции, отомикоз с трудом поддается лечению. Поэтому крайне важно заботиться об ушах: тщательно сушить их после посещения бассейна, не чистить ватными палочками и не использовать «народные» методы лечения. Периодически мне приходится вытаскивать из ушей бабушек застрявший лист герани или алоэ.

В редких случаях встречается и вирусный наружный отит: слуховой проход может поражаться при ветряной оспе, кори и герпетической инфекции. В последнем случае это так называемый опоясывающий герпес уха (синдром Рамсея – Ханта), который включает сильную боль в ухе, герпетические высыпания в слуховом проходе и на ушной раковине, парез лицевого нерва, потерю вкусовой чувствительности языка и сухость глаза.

Шесть основных симптомов наружного отита:

- 1) боль в ухе, за ухом, при оттягивании ушной раковины, надавливании на козелок (небольшой хрящ перед ушной раковиной);
- 2) ощущение распирания в ухе;
- 3) выделения из уха;
- 4) снижение слуха, иногда шум в ухе;
- 5) зуд в ухе (чаще при отомикозе);
- 6) повышение температуры тела.

Чтобы установить диагноз, достаточно осмотра у лор-врача. Важно определить, воспален только наружный слуховой проход или также затронут среднее ухо и нет ли перфорации (отверстия) в барабанной перепонке. Если диагноз наружного отита не вызывает сомнений, то лечение в большинстве случаев заключается в использовании местных препаратов – ушных капель. Антибиотики (в таблетках или инъекциях) не должны назначаться при неосложненных формах наружного отита.

Если диагноз вызывает сомнение – есть подозрение на воспаление среднего уха либо возникли признаки осложнений, врач может назначить компьютерную томографию (КТ) височных костей. КТ – это рентгенологическое исследование, когда исследуемый орган как бы нарезается на множество тонких слоев толщиной 1 мм, и формируется трехмерное изображение. Компьютерная томография имеет высокую информативность при диагностике заболеваний уха и помогает поставить правильный диагноз в неясных случаях.

Важно: при неосложненных формах наружного отита следует избегать назначения системных антибиотиков (в таблетках или уколах). Достаточно местного лечения.

Дополнительную информацию при диагностике может дать мазок из наружного слухового прохода для бактериологического исследования. При этом исследовании определяют, какая бактерия или вид грибка стали причиной инфекции и какой препарат лучше всего подходит для лечения. Результаты посева обычно готовы через 5–7 дней, и они могут оказаться очень полезными, если предыдущее лечение не было эффективным.

Каковы же рекомендации по лечению наружного отита?

- Первое, с чего начинают лечение, – это купирование боли в ухе. И лучше всего с этим справляются банальные обезболивающие препараты. Ни антибиотики, ни капли в уши не подавляют боль так эффективно, как анальгетики. Названия препаратов и дозировку следует уточнить у врача.
- Основное лечение – это капли в ухо, назначенные лор-врачом (около четырех раз в день). Как правило, при наружном отите назначают капли, содержащие и антибиотик, и противогрибковое средство. Перед применением необходимо согреть флакончик в руке, лечь на противоположный бок и ввести 3–4 капли в слуховой проход. Затем нужно полежать 3–5 минут, чтобы дать возможность препарату протечь по слуховому проходу.
- Важно регулярно посещать лор-врача для проведения очищения – туалета уха и контроля за течением заболевания. Не стоит самостоятельно пытаться чистить ухо.
- Ни в коем случае не стоит прерывать лечение, даже при улучшении самочувствия. Это может вызвать устойчивость бактерий к лечению и ухудшить течение заболевания. Минимальный срок лечения – 7 дней.
- Важно беречь ухо от попадания воды до полного выздоровления. Вода, попавшая при мытье головы или купании, может способствовать воспалению, и лечение может оказаться неэффективным. При водных процедурах достаточно закрывать слуховой проход ватой, смазанной жирным кремом или мазью для гидрофобного эффекта. Постоянно ходить с ватой в ухе не нужно.

- В случае формирования фурункула может понадобиться небольшое хирургическое вмешательство.

Как правильно закапывать капли в ухо

Чтобы лечение было эффективным, важно правильно закапывать капли в ухо. Наилучший способ – попросить это сделать кого-нибудь из близких. Необходимо лечь на противоположный бок и закапать капли так, чтобы они заполнили слуховой проход (3–4 капли). Не менять положения тела в течение 3–5 минут – это критически важное время для того, чтобы капли попали в место назначения и впитались. Чтобы улучшить их впитывание, можно слегка понажимать на козелок (небольшой хрящевой выступ в передней части ушной раковины) либо подвигать ушную раковину вверх-вниз. После этого можно встать, а излишки препарата промокнуть салфеткой.

Что должно насторожить при лечении наружного отита?

- Сильное жжение и усиление боли при закапывании капель в ухо. Так может проявляться индивидуальная непереносимость лекарства или тот факт, что препарат попал в среднее ухо. Это означает, что возникла перфорация барабанной перепонки. Большинство ушных капель обладает ототоксичным эффектом, и, попав в среднее ухо, они могут вызвать необратимое снижение слуха.
- Ощущение вкуса лекарства при закапывании. Этот симптом может свидетельствовать о наличии перфорации (отверстия) в барабанной перепонке.
- Усиление боли в ухе или покраснение вокруг ушной раковины, ухудшение общего состояния, головокружение.
- Отсутствие эффекта от лечения в течение 48–72 часов.

При появлении этих признаков следует немедленно прекратить закапывание капель и обратиться к врачу.

Миф 1: при появлении боли в ухе следует сделать согревающий компресс.

Согревающие процедуры при заболеваниях уха могут не только усилить воспаление, но и привести к серьезным осложнениям – от формирования абсцесса до развития сепсиса.

Миф 2: при боли в ухе необходимо вводить в слуховой проход турунды, смоченные 70 %-ным спиртом.

Спиртовые растворы могут вызвать раздражение или даже ожог в области воспаления. А самостоятельное введение инородных предметов, будь то турунды или ватные палочки, может травмировать и без того воспаленное ухо. Особенно это касается ушных свечей: эффекта от них доказано не было, а вред, включая закупорку слухового прохода воском и перфорацию барабанной перепонки, был не раз описан в литературе.

При наружном отите важно несколько раз посетить лор-врача для очищения слухового прохода от скопившихся выделений и остатков лекарств, которые могут тормозить выздоровление. В современных лор-кабинетах очищение слухового прохода производят с помощью отсоса, который как пылесос выкачивает содержимое из уха, не травмируя его воспаленные стенки.

Три главных правила, чтобы минимизировать риск возникновения наружного отита

1) Не используйте ватные палочки или иные предметы для очищения уха: во-первых, вам это не удастся – скорее, вы протолкнете серу глубже, во-вторых, есть риск травмы кожи слухового прохода и барабанной перепонки. В результате травмы в ухо может попасть инфекция и развиваться отит.

2) При попадании воды в ухо при купании или мытье головы сушите уши феном. А если вас время от времени терзают наружные отиты, развился хронический наружный отит или отомикоз, то вообще избегайте попадания воды в уши. Используйте беруши.

3) Не стремитесь во что бы то ни стало очистить слуховой проход от ушной серы! Помните, что сера защищает ухо от инфекций, поэтому ее отсутствие – один из факторов риска развития наружного отита.

Случай из практики

Несколько лет назад в субботний летний день, когда, казалось, ничто не может помешать отпраздновать свадьбу лучшей подруги, раздался телефонный звонок. В трубке звучал взволнованный мужской голос. Это оказался молодой человек 25 лет, который вот уже две недели лечил острый наружный отит в поликлинике. Он рассказал, что сначала лечение как будто помогало, но внезапно несколько дней назад боль усилилась. Звонить мне он бросился после того как возникло головокружение и повысилась температура тела. В этот момент он понял, что с ухом что-то не так. Большие мне ничего не нужно было объяснять. Осмотр только подтвердил мои худшие подозрения: это был никакой не наружный отит, а серьезное воспаление среднего уха – мастоидит, требовалась срочная операция. Дело в том, что при гнойном воспалении среднего уха отек распространяется в заушную область и под кожу слухового прохода. В таком случае при осмотре уха видно так называемое нависание кожи слухового прохода, что можно спутать с наружным отитом. Это достаточно грозный симптом, который требует срочной операции. Ведь он означает, что инфекция разрушила костные стенки уха и в скором времени может распространиться в головной мозг, приведя к менингиту. Но, к счастью, у той истории был счастливый конец: пациента я экстренно прооперировала, и в скором времени он поправился.

Этот случай показывает, что к симптомам наружного отита нужно подходить очень и очень внимательно, и даже опытный практикующий врач

Ухо болит не только при отитах. Боль в ухе – универсальный симптом сразу нескольких заболеваний: дисфункции височно-нижнечелюстного сустава (сустава, участвующего в жевании), воспаления пазухи (гайморит), проблем с зубами и невралгии тройничного нерва. Даже боль в горле может распространяться в ухо. В таких случаях ухо при осмотре выглядит нормально, но успокаиваться рано: нужно определить причины болевого синдрома. Если причина боли в ухе все еще не ясна, следует исключить такие заболевания, как удлиненный шиловосковой отросток (синдром Игла), каротидиния (синдром, при котором возникает боль в зоне сонной артерии), ишемическая болезнь сердца, аневризмы сосудов грудной полости, невралгия языкоглоточного нерва.

Важно: боль в ухе может быть единственным симптомом злокачественной опухоли желудочно-кишечного тракта. Если врач не обнаружил причины боли в ухе при осмотре, следует провести более тщательное обследование.

В некоторых случаях, особенно у пациентов с заболеваниями, снижающими иммунитет (сахарный диабет, синдром приобретенного иммунодефицита), и у пациентов, проходящих химиотерапию или лучевую терапию, наружный отит может перейти в крайне агрессивную форму (некротический наружный отит) и перекинуться на кость, лицевой нерв, полукружные каналы и даже головной мозг. При таком отите инфекцию в большинстве случаев вызывает крайне устойчивая к антибиотикам бактерия – синегнойная палочка (в народе – «синегнойка»). В этом случае и лечение должно быть усиленным – с применением системных антибиотиков (в таблетках или инъекциях) и хирургическим удалением пораженных тканей. Кстати, промывание водой уха пациентов с указанными заболеваниями может потенциально привести к развитию этой формы наружного отита. Поэтому при удалении серной пробки у таких пациентов следует применять минимально травматичные методы без ирригации (удаление с помощью отсоса под контролем микроскопа).

Вопрос: можно ли самостоятельно вставлять в ухо ватные турундочки, смоченные в лекарстве?

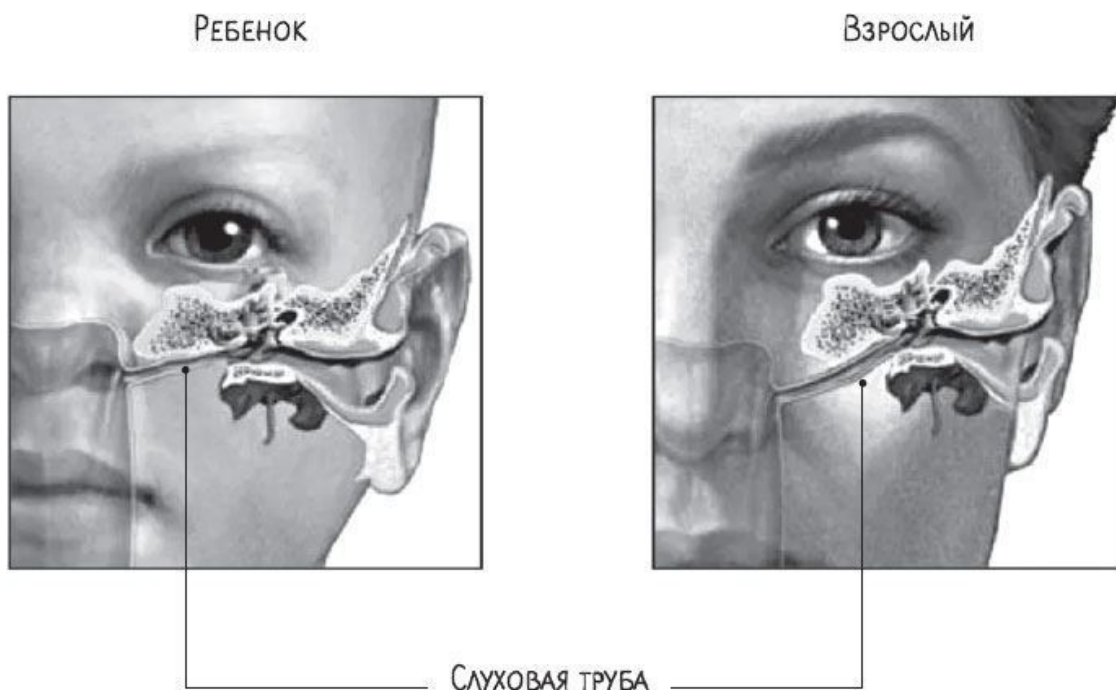
Ответ: в некоторых случаях врач может установить марлевую или ватную турунду, чтобы улучшить доставку лекарства в глубокие отделы слухового прохода, однако при самостоятельном введении турунды есть риск повредить кожу слухового прохода и усугубить ситуацию. Поэтому не следует применять этот метод самостоятельно. Поскольку неизвестно, насколько турунды работают лучше, чем закапывание капель в ухо, этот метод применяется далеко не во всех случаях и только на усмотрение лор-врача.

Как долго может проводиться лечение острого наружного отита?

С момента начала лечения симптомы (боль, зуд, расправление в ухе и другие) обычно начинают стихать уже через 48–72 часа, однако полное выздоровление может занять до двух недель.

Средний отит

Если воспаление наружного уха возникает вследствие попадания инфекции извне, то причины среднего отита чаще всего кроются в слуховой трубе. У здорового человека среднее ухо обычно стерильно – постоянная вентиляция и отведение слизистых выделений через слуховую трубу в нос это поддерживают. Однако если слуховая труба перестает нормально работать, например из-за воспаления носа или горла (чаще при ОРВИ), микробы проникают в среднее ухо – тут недалеко и до среднего отита. Среднее ухо начинает усиленно продуцировать слизь, чтобы справиться с вирусами или бактериями, и в скором времени эта слизь может превратиться в гнойное отделяемое. По мере образования гноя растет и его давление на перепонку, в ней может образоваться отверстие – перфорация.



РАСПОЛОЖЕНИЕ СЛУХОВОЙ ТРУБЫ

Средний отит чаще всего встречается у детей до 7 лет. Это второе по частоте заболевание после ОРВИ, которое лор-врачи выявляют у детей. Многие переносят его по 5–7 раз в год, что мучительно и для детей, и для родителей. Этому способствуют некоторые анатомические и физиологические особенности ребенка. Во-первых, слуховая труба у ребенка короче и шире, чем у взрослого, и инфекция из носоглотки проникает сюда легче. Во-вторых, система иммунитета у детей еще незрелая. Сочетание этих факторов с частыми простудами и ОРВИ становится причиной среднего отита.

Что нужно делать, если ваш ребенок заболел средним отитом, а тем более если эти эпизоды начали повторяться? Ни в коем случае не относиться к этому заболеванию беззаботно, так как недолеченные острые отиты переходят в хроническую форму и приводят к стойкому снижению слуха.

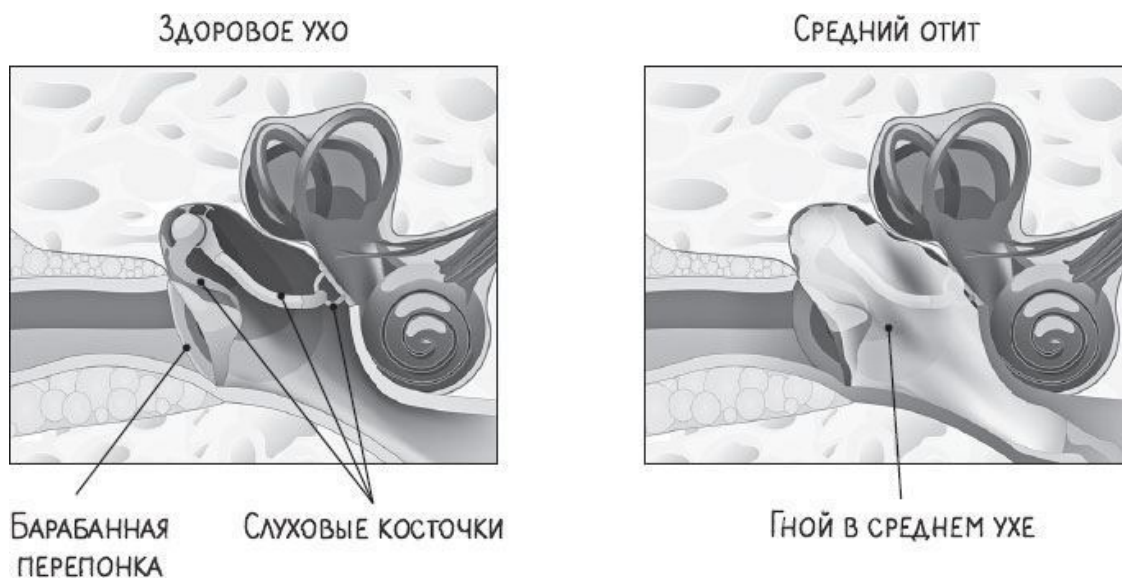
Что нужно знать о среднем отите? Существует несколько типов среднего отита, лечение которых кардинально отличается: острый средний отит, экссудативный средний отит и хронический гнойный средний отит.

Острый средний отит

Если воспаление среднего уха развивается быстро и продолжается не больше месяца, то это, как правило, острый средний отит.

Шесть симптомов острого среднего отита:

- 1) боль в ухе или заушной области – стреляющая либо постоянная ноющая;
- 2) снижение слуха и, возможно, шум в ухе;



ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

- 3) повышение температуры тела;
- 4) гнойные выделения из уха;
- 5) общая слабость, явления интоксикации, раздражительность, плаксивость (у детей) и другие симптомы при наличии ОРВИ;
- 6) иногда головокружение, тошнота и рвота.

Если у вас или вашего ребенка появился хоть один из перечисленных симптомов, это повод срочно обратиться к лор-врачу.

Острый средний отит выявляется при визуальном осмотре. Для диагностики врач использует отоскопию – осмотр уха через специальную воронку с помощью отоскопа или диагностического микроскопа. Хорошей информативностью обладает пневматическая отоскопия, при которой можно создавать положительное и отрицательное давление в слуховом проходе и наблюдать, как движется барабанная перепонка. Отсутствие подвижности чаще всего говорит о воспалительном процессе. Другими признаками острого среднего отита, на которые ориентируется врач, являются покраснение, выбухание барабанной перепонки, наличие перфорации, гнойное отделяемое в слуховом проходе.

У новорожденных и у маленьких детей диагностика среднего отита может вызывать сложности. Во-первых, это связано с тем, что на симптомы отита часто накладываются симптомы ОРВИ, и отделить одни от других не всегда просто. Во-вторых, барабанную перепонку может быть не видно из-за серной пробки, а ее удаление у маленьких детей – процесс не из легких. В-третьих, дети часто сопротивляются осмотру, и зафиксировать голову ребенка в определенном положении для полноценного осмотра не всегда удается.

В некоторых случаях врач может назначить тимпанометрию – безболезненное исследование, при котором определяется подвижность барабанной перепонки, а также аудиометрию – исследование слуха, чтобы определить степень его снижения и исключить осложнение со стороны слухового нерва.

Важно: проследите, чтобы при остром среднем отите вам назначили аудиометрию – проверили слух на специальном аппарате. Это нужно, чтобы исключить реакцию со стороны слухового нерва. Нередко вирусная инфекция распространяется на слуховой нерв и вызывает острую сенсоневральную тугоухость. Если незамедлительно не начать лечение, слух может не восстановиться.

Иногда врач назначает компьютерную томографию височных костей. При воспалении среднего уха она покажет характерные изменения. Это происходит только в том случае, если диагноз вызывает сомнения или есть подозрения на осложнения. Но, как правило, для диагностики в большинстве случаев осмотра бывает вполне достаточно.

Семь факторов, провоцирующих средний отит у детей дошкольного возраста:

- 1) пассивное курение (не курите в присутствии ребенка!);
- 2) посещение детского сада. Дома ребенок никогда не столкнется с таким разнообразием инфекций;
- 3) весенний или зимний период, увеличивающий вероятность ОРВИ;
- 4) кормление ребенка в горизонтальном положении. Именно в этом положении велика вероятность заброса пищи через слуховую трубу в среднее ухо;
- 5) искусственное вскармливание до 6 месяцев. Искусственные смеси не содержат иммунные факторы, которыми обладает материнское молоко, и поэтому ребенок, находящийся на искусственном вскармливании, больше подвержен инфекциям;
- 6) аллергический ринит, провоцирующий частые ОРВИ;
- 7) увеличение аденоидов у детей. Аденоиды, в норме располагающиеся в носоглотке (на границе носа и рта), при увеличении в размерах могут закрывать собой отверстия слуховых труб, тем самым вызывая отит.

Какое лечение назначит врач?

Первым делом доктор купирует боль. Для этого он назначит анальгетики в виде сиропа или таблеток, как и при наружном отите. Если барабанная перепонка состоятельна и перфорация отсутствует, то лечение может ограничиться ушными каплями с обезболивающими средствами. В большинстве случаев средний отит вызван вирусами, а не бактериями, как многие думают. Вирусы не поддаются лечению антибиотиками, поэтому при неосложненном остром среднем отите обычно нет необходимости в антибиотиках. Выздоровление наступает без дополнительного лечения.

Что касается детей до двух лет, рекомендации по назначению антибиотиков были всегда более строгими. Однако последние международные рекомендации по лечению острого одностороннего среднего отита у детей от шести месяцев до двух лет основываются на тактике ожидания: двое–трое суток от начала заболевания показывают, стоит ли назначать антибиотики. Если самочувствие ребенка улучшается, то продолжают тактику наблюдения, однако если ребенок не идет на поправку или его состояние ухудшается, прибегают к антибиотикам.

В случае высокой температуры (выше 39° С), общем тяжелом состоянии, выраженной боли в ухе или если в процесс вовлечены оба уха, врач не будет прибегать к тактике ожидания, а незамедлительно назначит прием антибиотиков.

Важно: первостепенная задача при нетяжелом течении наружного или среднего отита – купировать боль.

Очень часто я сталкиваюсь со злоупотреблением антибиотиками при лечении отитов и со стороны коллег, и со стороны пациентов, которые чуть ли не умоляют назначить им антибиотики. Это в корне неверно, ведь упредить бактериальную инфекцию антибиотиками невозможно. В медицине существует такое понятие, как рациональная антибиотикотерапия. Суть ее в том, что при лечении антибиотиками крайне важен алгоритм приема – его последовательность, длительность, а также адекватная доза. Только в этом случае лечение будет эффективно и безопасно для организма. Если эти правила нарушить, бактерии могут стать устойчивыми к антибиотикам, и эффект от препаратов будет нулевой. А это означает, что справиться с заболеванием можно будет только с помощью хирургического вмешательства.

Мне неоднократно приходилось оперировать пациентов, которым якобы не помогло консервативное лечение. А все дело было в неправильном назначении антибиотиков. Так что помните: антибиотики – это серьезно!

Приведу несколько принципов антибиотикотерапии. Существует определенная последовательность назначения антибиотиков по приоритету «силы» воздействия (чувствительности флоры, которая чаще всего вызывает отит) и риска развития ее резистентности (устойчивости) к тому или иному антибиотику. Эти данные получают в результате множества исследований, после чего выпускают клинические рекомендации по назначению того или иного антибиотика. Также при выборе антибиотика учитываются его стоимость, удобство приема, безопасность, вкус. Сначала назначают антибиотики первой линии, при их неэффективности – второй, а если и они не работают, то третьей линии. Эффективность антибиотика можно оценить не раньше, чем через 48–72 часа после их назначения. И только если пациент не чувствует облегчения, антибиотик заменяют другим, из следующей линии.

Вопрос: ребенку 5 лет, поставили острый средний отит. Врач не назначил антибиотик. Стоит ли давать ребенку антибиотики на всякий случай, ведь хуже не будет?

Ответ: последние исследования показали, что заранее назначенные антибиотики при вирусной инфекции не предотвращают развитие бактериальных осложнений. Более того, они могут вызвать развитие устойчивости бактерий к антибиотикам. Если это произойдет, бороться с инфекцией будет гораздо сложнее.

Если сразу назначить антибиотики третьей линии, то арсенал средств значительно сокращается. Возвращаться к средствам второй либо первой очереди будет уже бессмысленно – они с большой долей вероятности будут неэффективными.

Какие правила для назначения антибиотиков при остром среднем отите?

Антибиотики первой линии (или, как говорят специалисты, антибиотики выбора) – так называемые незащищенные пенициллины (ампициллин, амоксициллин, флемоксин и другие) в высокой дозировке. Они «работают» у большинства пациентов с острым средним отитом, вместе с тем отличаются низкой ценой и относительно высокой безопасностью. Если пациент недавно применял пенициллины либо имеются признаки, что отит вызван устойчивыми формами бактерий, то назначают пенициллин-клавуланаты (амоксиклав, аугментин, флемоклав и другие). Если у пациента когда-либо возникала аллергия на антибиотик пенициллинового ряда, то рекомендуется начинать лечение с цефалоспоринов второго или третьего поколения (цефуроксим, цефдинир, цефподоксим), при этом макролиды (эритромицин, азитромицин и другие) показали низкую эффективность при отите из-за развития бактериальной устойчивости. Что касается возможной перекрестной аллергии между пенициллинами и цефалоспориновыми, последние исследования показывают, что она возникает значительно реже, чем было принято считать, и это прежде всего относится к цефалоспориновому первому поколению. Поэтому ограничения по назначению цефалоспоринов при аллергии на пенициллины накладываются в двух случаях: недавняя аллергическая реакция на пенициллины или возникновение когда-либо в жизни тяжелой формы аллергической реакции на пенициллины. Антибиотики первой очереди назначают курсом от 5 до 10 дней в зависимости от индивидуальных особенностей пациента.

При отсутствии положительной динамики при лечении антибиотиками первой линии уточните диагноз и исключите осложнения. Не пренебрегайте посевом из среднего уха – он поможет прицельно подобрать препарат для продолжения лечения. Если по каким-то причи-

нам нет возможности взять посев из среднего уха (а для этого делается парацентез – формируется отверстие в барабанной перепонке), дополнительным способом может служить взятие посева из носоглотки – ведь в большинстве случаев флора именно из носоглотки распространяется в среднее ухо. Однако этот метод не всегда достоверен.

Антибиотики второй линии, если пациент принимал пенициллины и они оказались неэффективны, – цефалоспорины второго либо третьего поколения. О них мы говорили выше. Если и они неэффективны, возможно назначение цефтриаксона внутримышечно курсом – три дня. К антибиотикам третьей линии относятся линкозамы (клиндамицин) или фторхинолоны (левофлоксацин), но последние разрешены только с 18 лет.

Если нет перфорации в барабанной перепонке, то необходимости в ушных каплях с антибиотиком нет – барабанная перепонка непроницаема для лекарств, и их назначение не имеет смысла.

Если же врач увидел перфорацию, назначаются специальные ушные капли с противомикробным составом, которые оказывают лечебный эффект, проникая в среднее ухо. Также дается рекомендация беречь ухо от попадания воды.

Важно: далеко не все ушные капли можно использовать при перфорации барабанной перепонки. Если врач назначил капли, которые противопоказаны при перфорации, могут внезапно появиться гнойные выделения из уха, в этом случае капли следует немедленно отменить и снова обратиться к лор-врачу.

Для улучшения функции слуховых труб врач может назначить специальные капли в нос. Распространена практика, когда при остром среднем отите лор-врачи рекомендуют сосудосуживающие капли в нос или антигистаминные препараты при наличии или отсутствии симптомов ОРВИ. Однако последние исследования показывают, что сосудосуживающие капли в нос не улучшают ни работу слуховых труб, ни вентиляцию пазух носа. Но при этом они часто вызывают физиологическую зависимость, как от наркотика. Поэтому насторожитесь, если врач выписывает такие препараты – они не так безобидны, как кажется.

Важно: если нет ярко выраженной заложенности носа при остром среднем отите или ОРВИ, не следует использовать сосудосуживающие капли в нос. Они не оказывают лечебного эффекта на слуховые трубы и могут вызывать зависимость. Не используйте антигистаминные препараты – при среднем остром отите они абсолютно бесполезны.

В мировых исследованиях антигистаминные препараты также не доказали эффективность при остром среднем отите. Основное их предназначение – борьба с аллергией.

Вопрос: лор-врач поликлиники выявил у меня острый средний отит и назначил антибиотики. Сегодня третий день лечения, и мне стало значительно лучше – ухо не болит. Можно прекратить прием антибиотиков, чтобы не травить организм?

Ответ: Вам стало лучше из-за того, что антибиотик подобран правильно. Это значит, что его необходимо продолжить принимать. Минимальный курс антибиотика при среднем отите – 7 дней. Не стоит прерывать курс, поскольку это может привести к развитию устойчивой к антибиотикам формы отита.

Для поддержания работы слизистой оболочки носа и уменьшения ее отека врач может порекомендовать забрызгивание в нос спреев, основанных на гормонах-кортикостероидах (таких как назонекс, авамис, назарел). Не нужно пугаться в данном случае слова «гормон».

мональные» – современные кортикостероиды в виде спреев в нос безопасны, поскольку они практически не проникают в кровь и не вызывают привыкания.

Если назначенное лечение не помогает

Если нет перфорации в перепонке, при остром среднем отите, особенно у маленьких детей, для дополнительной диагностики и лечебного эффекта часто применяют парацентез (тимпаноцентез) – прокол барабанной перепонки. Эта простая манипуляция обычно проводится без анестезии и занимает несколько секунд. При выраженной боли в ухе эта процедура сразу вызывает облегчение. Гнойное отделяемое среднего уха берется на посев, чтобы точнее подобрать антибиотик.

Тимпаноцентез достаточно безопасен – обычно отверстие в барабанной перепонке затягивается за несколько дней. Однако для свободного отделения гноя бывает нужно, чтобы отверстие не закрывалось подолгу, и тогда в него вставляют специальную микротрубочку (шунт). Эту манипуляцию в России называют шунтированием барабанной полости, в других странах – тимпанотомией с установкой вентиляционной трубки. Шунт может стоять столько времени, сколько потребуется для полного заживления. Более подробно этот метод я опишу в разделе «Экссудативный средний отит».

Это интересно: в зарубежных рекомендациях по лечению среднего отита и синусита появилась информация о лечебном эффекте ксилита – заменителя сахара, который используется повсеместно. Исследования показали, что ксилит обладает естественным противомикробным эффектом. Причем положительный эффект наступает и при употреблении его в виде таблеток для напитков, и в виде сиропа, и даже жевательной резинки с ксилитом. Уже появились спреи в нос с раствором ксилита. В России пока такие препараты не зарегистрированы.

Дополнительные рекомендации

Если у ребенка острый средний отит возникает слишком часто, один из способов сократить частоту эпизодов – это превентивно провести шунтирование барабанной полости и оставить вентиляционную трубку на 5–6 месяцев. Удаление аденоидов также может сократить количество отитов в год (более подробно – в разделе «Аденоиды»). Положительное действие может оказать и своевременная вакцинация пневмококковой вакциной и вакциной от гриппа.

Важная рекомендация: после острого отита зачастую у детей и взрослых в ухе сохраняется жидкость (экссудат). Обычно она исчезает самостоятельно в течение трех месяцев, однако, если это не происходит, существует риск развития тугоухости. В этом случае показано шунтирование барабанной полости. Взрослые ощущают дискомфорт из-за заложенности в ухе, а дети могут не обращать на это внимания. Для исключения тугоухости обязательно покажитесь лор-врачу в течение месяца после излечения острого среднего отита.

Чем опасен гнойный средний отит

Гнойный средний отит опасен тем, что инфекция может стать хронической и распространиться за пределы уха, вызвав серьезные осложнения, что чрезвычайно опасно из-за близости головного мозга. Покраснение и припухлость в заушной области, оттопыренное ухо, боль при ощупывании или простукивании заушной области, нависание задней стенки слухового про-

хода при осмотре – это грозные признаки мастоидита – гнойного воспаления сосцевидного отростка, который находится в заушной области. Развитие мастоидита – серьезный предвестник более опасных осложнений, он требует немедленного хирургического вмешательства. Для подтверждения диагноза проводится компьютерная томография височных костей: будет видно полное затемнение клеток сосцевидного отростка и нередко – разрушение костных перепонок и даже границ с головным мозгом. Если на фоне лечения отита у вас или вашего ребенка появились перечисленные выше признаки, необходимо незамедлительно обратиться к врачу. В большинстве случаев для лечения мастоидита проводится экстренная операция – антромастоидэктомия. При этой операции пораженные клетки сосцевидного отростка высверливаются примерно так же, как стоматолог высверливает больной зуб. Как правило, операция обеспечивает полное излечение, но медлить с ней нельзя никак.

Другим осложнением среднего отита может стать парез (или паралич) лицевого нерва. Поскольку лицевой нерв проходит через среднее ухо, гнойная инфекция может разрушить его стенку и вызвать паралич. Если на фоне лечения отита появляется слабость в мимических движениях, вы не можете надуть щеки или оскалить зубы, срочно вызывайте «Скорую». Такая реакция со стороны лицевого нерва говорит о том, что воспаление уха зашло слишком далеко. Это и есть признаки отогенного (то есть протекающего от уха) пареза лицевого нерва. Если вовремя сделать операцию и освободить лицевой нерв от сдавливающих его воспаленных тканей или гноя, то подвижность восстановится, в противном случае проблемы с мимикой могут сохраниться на всю жизнь.

Если воспалительный процесс распространяется дальше на улитку и полукружные каналы, возникает лабиринтит – воспаление внутреннего уха. Проявляется это выраженным головокружением, тошнотой и рвотой. Если вовремя не начать лечение, лабиринтит часто заканчивается глухотой. Лечение лабиринтита при гнойном среднем отите, как правило, хирургическое.

Менингит – самое частое внутричерепное осложнение у детей с острым или хроническим средним отитом. Если не провести экстренное хирургическое вмешательство, менингит может закончиться отеком головного мозга и смертью. Если вы заметили, что мышцы задней поверхности шеи стали твердыми и болезненными (ригидность затылочных мышц), пациент не может дотянуться подбородком до груди из-за боли на задней поверхности шеи, то знайте: это грозные симптомы менингита. Часто эти симптомы дополняются головной болью, болезненной реакцией на свет, выраженной сонливостью, спутанным сознанием и бессвязной речью. Немедленно бейте тревогу и вызывайте «Скорую помощь»! Действия врача должны носить экстренный характер: он безотлагательно должен провести люмбальную пункцию – взять спинномозговую жидкость на исследование. Если подтвердится отогенный менингит, пациента без задержки отправят в операционную. Во время операции высверливаются и очищаются от гноя все пораженные структуры среднего уха.

Не хочу пугать, но, к сожалению, в своей практике я встречалась и с другими, еще более страшными внутричерепными осложнениями среднего отита – абсцессом головного мозга, тромбозом сигмовидного синуса. В этих случаях речь идет уже о спасении жизни пациента.

Обидно, что большинство пациентов, которых приходилось спасать от гнойного отогенного менингита, попросту игнорировали длительное гноетечение из уха и отказывались от приема антибиотиков. А некоторые и того хлеще – предпочитали действовать бабушкиными способами и греть уши, тем самым подписывая себе приговор: ведь нагревание только подстегивает гнойный процесс. Но бывало и так, что пациент дисциплинированно выполнял все предписания врача, только предписания эти были в лучшем случае невежественными, в худшем – преступными... Например, далеко не во всех стационарах, особенно в глубинке, есть условия и специалисты, способные выполнить сложные операции на среднем ухе, но врачи,

сознательно или нет, скрывали от пациента риски осложнений и не предпринимали никаких действий.

Шесть признаков, когда нужно срочно обратиться к врачу:

- 1) выраженная головная боль;
- 2) общая слабость, головокружение, тошнота и рвота;
- 3) спутанность сознания, дезориентация в пространстве и времени;
- 4) светобоязнь, дискомфорт при громких звуках;
- 5) асимметрия лица при мимических движениях;
- 6) боль в затылке или шее.

Случай из практики

Однажды издалека позвонила молодая женщина. Она буквально молила о помощи: «Поймите, доктор, – кричала она в трубку, – я просто в безвыходном положении! Я чувствую, что не выживу!» Оказалось, что вот уже четыре недели она лечится от гнойного отита в местной больнице. Антибиотики не помогали, и врачи назначили ей согревающие (!) компрессы на ухо. За ухом появился абсцесс – гной. Но врачей это не только не насторожило, они уверяли пациентку, что налицо положительный эффект от лечения – гной выходит наружу! Других подробностей мне не требовалось. В тот же день пациентка оказалась у нас в больнице. Экстренно проведенная компьютерная томография показала полное гнойное разрушение среднего уха и границ с головным мозгом – промедление еще на несколько часов могло стоить женщине жизни. Столь запущенного уха, честно говоря, в своей практике мне видеть не приходилось: операция длилась почти 4 часа. Через некоторое время после полного заживления пациентка появилась у нас снова, но уже для второго этапа операции по восстановлению слуха. Сегодня она совершенно здорова, не ощущает никаких проблем ни с ухом, ни со слухом и вспоминает свою историю как страшный сон.

Экссудативный средний отит

Как ни странно, но при одних и тех же условиях в среднем ухе может развиваться отит и без воспалительных симптомов – это экссудативный средний отит. А называется он так потому, что в среднем ухе скапливается прозрачная жидкость или, как ее называют медики, экссудат. Проявляется такой отит только заложенностью уха: человек ощущает, будто в ухо попала вода, – и так оно и есть. Только вода эта проникает не извне, а изнутри уха. Эта болезнь типично детская: до 90 % детей дошкольного возраста рано или поздно переносят экссудативный средний отит.

Как мы помним из предыдущей главы, основная функция слуховой трубы, соединяющей нос и ухо, – выравнять давление в среднем ухе, нивелируя разницу с атмосферным давлением. Каждому знакомо это ощущение заложенности в ушах при взлете или посадке, при крутом и быстром подъеме автомобиля. Стоит сделать глоток или зевнуть, как заложенность моментально проходит. Но если по какой-то причине слуховая труба перестает открываться, например из-за насморка, то давление в среднем ухе остается отрицательным (ниже атмосферного) и возникает «подсасывающий» эффект: барабанная перепонка втягивается внутрь, а из слизистой оболочки среднего уха начинает «пропотевать» жидкость. Если слуховая труба остается закрытой, эта жидкость – экссудат – поступает все больше и больше, заполняя все полости

среднего уха: от барабанной перепонки до всех ячеек сосцевидного отростка. Сначала это прозрачная жидкость с желтоватым оттенком без гнойного содержимого. Затем экссудат постепенно густеет и становится вязким. Если боль в ухе при остром среднем отите сменяется стойкой заложенностью, нужно подозревать именно такой ход заболевания.

Это интересно: до недавнего времени считалось, что экссудат не содержит микробов и является стерильным. Однако последние исследования показывают, что в нем живут те же бактерии, что и при остром среднем отите.

Другой причиной экссудативного среднего отита может служить обратный заброс в ухо содержимого носоглотки. Проведено немало научных исследований содержимого среднего уха, которые обнаружили в нем пепсин – вещество, образующееся в желудке. Это говорит о важной роли гастроэзофагеального рефлюкса при экссудативном среднем отите, то есть забросе желудочного сока вверх через пищевод в носоглотку. Это является причиной частых экссудативных отитов у детей. При экссудативном среднем отите могут нарушаться все функции слуховой трубы – выведение из уха отделяемого, которое постоянно образуется слизистой оболочкой, а также защита уха от попадания в него чужеродных веществ из носоглотки.

Существует две типичных картины развития экссудативного среднего отита. В одном случае боль при остром среднем отите стихает и сменяется стойкой заложенностью. Возникает ощущение, что воспаление в ухе уменьшается, уходит покраснение барабанной перепонки, прекращаются выделения, зарастает перфорация. Но работа слуховой трубы еще не успела восстановиться, и в ухе начинает накапливаться экссудат. Это больше характерно для детей.

В другом случае экссудативный отит вызывается резким перепадом атмосферного давления, с которым слуховая труба не может справиться – например, если лайнер круто взмывает вверх, либо особенно крутые любители дайвинга резко всплывают. Если пациент жалуется на то, что после перелета его заложенное ухо так и «не отпустило», а прошла уже неделя, можно с высокой долей вероятности предполагать экссудативный средний отит.

У детей явной причины может и не быть, и только строение слуховой трубы и склонность к нарушению выравнивания давления в среднем ухе могут приводить к частым эпизодам экссудативного отита.

Для установления диагноза достаточно провести осмотр уха с помощью диагностического микроскопа, которым оснащен любой современный лор-кабинет. При осмотре видно, что барабанная перепонка нормального серого цвета, но она втянута в среднее ухо, а через нее просвечивается желтоватая жидкость – экссудат. Можно увидеть и уровень жидкости, если она заполняет не всю барабанную полость, и даже пузырьки воздуха, которые просачиваются через слуховую трубу. Для достоверного подтверждения диагноза обычно проводится исследование слуха – аудиометрия. При экссудативном отите снижение слуха происходит за счет нарушения проведения звуковой волны к слуховому нерву, хотя сам слуховой нерв «слышит» нормально – аудиометрия выявит так называемую кондуктивную тугоухость. Также важно провести и тимпанометрию или пневматическую отоскопию – определение подвижности барабанной перепонки. При экссудативном отите барабанная перепонка неподвижна – это видно при пневматической отоскопии, а также при тимпанометрии, которая показывает кривую типа «В».

В большинстве случаев экссудативный отит проходит сам собой – просто уху требуется время, чтобы восстановиться, обычно несколько дней. Как только слуховая труба восстановится, экссудат ликвидируется сам без каких-либо последствий.

Однако случается, что проходит неделя, вторая, третья, а заложенность остается. В этом случае необходимо лечение, и его тактика различна у детей и взрослых.

Если врач выявил у вашего ребенка экссудативный отит, не стоит паниковать. Как правило, он проходит без лечения, поэтому основная рекомендация при выявлении экссудата – это наблюдение в течение 2–3 месяцев. Обычно дети не склонны жаловаться на снижение слуха,

поэтому спустя некоторое время после острого среднего отита покажите ребенка лор-врачу, чтобы исключить тугоухость.

Чрезмерная паника и избыточное лечение при экссудативном отите так же вредны, как игнорирование признаков синусита. Я не раз замечала, что склонны к избыточным мерам не столько родители, сколько сами лор-врачи, ошибочно полагая, что экссудативный отит нужно непременно лечить. В ход идут антибиотики, сосудосуживающие капли в нос, антигистаминные препараты, подключается физиотерапия, продувание слуховых труб специальной грушей или трубкой (катетеризация слуховых труб) в придачу с массажем барабанных перепонки. Родители, запуганные перспективой потери слуха, исправно выполняют все рекомендации, изнуряя ребенка ежедневными процедурами.

Важно: в подавляющем большинстве случаев экссудативный отит у детей проходит без лечения, поэтому не стоит бросаться за лекарствами: у вас в запасе есть 2–3 месяца.

Почему лечить экссудативный отит сразу не стоит?

Ни антибиотики, ни сосудосуживающие капли в нос, ни физиотерапия совершенно не эффективны при лечении экссудативного отита. Более того, антигистаминные препараты могут вызвать еще большее сгущение экссудата и тем самым только усугубить заложенность, затормозить процесс самоликвидации жидкости. Даже назальные кортикостероиды и те уже исключены из рекомендаций по лечению экссудативного отита. Основное лечение экссудативного среднего отита – это наблюдение. Попробуйте простые, но полезные средства – больше жевать жвачку, надувать шарики или самостоятельно продувать уши. Все это может помочь восстановлению функции слуховых труб.

«Популярные» методы с сомнительным эффектом из прошлого

Катетеризация слуховых труб. Врач подводит металлическую трубку через нос к устью слуховой трубы, с помощью резиновой груши нагнетает в нее воздух. Одновременно он вводит в ухо подобие стетоскопа и прослушивает, попадает воздух в среднее ухо или нет. Методу более ста лет, но в медицине «популярно» не синоним «эффективно». Хочу предостеречь вас от применения этой малоприятной и сомнительной по эффекту процедуры – прежде всего из-за большого риска механического повреждения слуховых труб.

Продувание слуховых труб по Политцеру. В одну из ноздрей вводится наконечник, присоединенный к резиновой груше. Пациента просят произнести слово «пароход» и в этот момент нагнетают воздух. Этот метод все еще часто используют лор-врачи, однако из-за риска, что воздух попадет в мягкие ткани (и вызовет эмфизему и распространение воспаления в мягкие ткани шеи), он не рекомендован к применению.

В каких случаях следует начинать лечение незамедлительно и не ждать три месяца:

- если у ребенка уже имеется снижение слуха, вызванное другими причинами;
- если у ребенка выраженное снижение слуха и задержка речевого развития;
- при наличии аутизма и генетических заболеваний, проявляющихся задержкой психомоторного развития;
- при наличии слепоты или значительного снижения зрения.

Вопрос: может ли шунт провалиться в барабанную полость?

Ответ: нет, при правильной установке шунт стоит прочно. Со временем он может выпасть, но только в наружный слуховой проход, откуда доктор его легко извлечет. Однако в редких случаях бывает, что шунт проваливается в

среднее ухо прямо во время его установки. Тогда, чтобы его достать, бывает необходимо провести операцию на среднем ухе.

Вопрос: можно ли делать МРТ при наличии шунта в ухе?

Ответ: да, большинство шунтов сделано из титана, золота или платины, что не препятствует проведению исследования. Но существуют и некоторые виды шунтов, которые не предназначены для проведения МРТ. Какой именно шунт установлен и совместим ли он с МРТ, необходимо уточнить у лечащего врача.

Для лечения взрослых применяются другие подходы. В большинстве случаев активные действия следует предпринимать, если экссудат не ликвидируется сам через 2–3 недели.

Современным методом лечения экссудативного среднего отита у детей и взрослых является шунтирование барабанной полости. Это несложная операция, при которой в барабанную перепонку устанавливается миниатюрная вентиляционная трубочка. Она выравнивает давление между средним ухом и окружающей средой и позволяет удалить экссудат.

Как проводится шунтирование барабанной полости?

У детей эта операция проходит под общей анестезией, взрослые обычно легко переносят ее под местным обезболиванием. Самый неприятный момент во всей процедуре – это укол местного анестетика в наружный слуховой проход. Но уже через несколько секунд ухо «замораживается», и боль не ощущается. Врач делает микроразрез барабанной перепонки, через который отсасывается жидкость. В разрез устанавливается миниатюрная трубочка – шунт, чтобы отверстие не закрывалось (см. рисунок). У опытного врача манипуляция занимает не более 5–10 минут.

Вопрос: моему ребенку 6 месяцев, и врач назначил шунтирование уха.

Это не слишком маленький возраст для такой операции?

Ответ: возрастных ограничений для шунтирования барабанной полости нет. При наличии показаний эта операция проводится в любом возрасте.

Существует огромное разнообразие шунтов и по форме, и по размеру. Врач подбирает шунт исходя из индивидуальных особенностей человека. Шунт оставляется в ухе примерно на 1,5–2 месяца, но при частых отитах можно оставлять и дольше.

Опасно ли шунтирование барабанной полости?

Эта манипуляция для опытного врача является достаточно простой и безопасной. Однако каждый человеческий организм индивидуален, и нужно помнить, что любое вмешательство, даже банальный внутримышечный укол, несет в себе риск осложнений. И хотя при шунтировании опасность развития осложнений минимальна, врач обязан предупредить о ней. В медицинской литературе упоминаются такие осложнения шунтирования, как нагноение среднего уха, тимпаносклероз (формирование неподвижности слуховых косточек) и незаращение отверстия в перепонке после удаления шунта (это было связано с длительным ношением шунта – более 18 месяцев). К еще более редким осложнениям относят головокружение, парез лицевого нерва, травму слуховых косточек, потерю слуха, образование холестеатомы. К счастью, в своей практике я еще ни разу не сталкивалась с такими случаями.

При лечении экссудативного отита у детей многие лор-врачи стремятся в первую очередь удалять аденоиды, однако современные рекомендации отдают приоритет шунтированию барабанной полости, как более простому и эффективному методу, в первую очередь у детей

до 4 лет. А удаление аденоидов (аденотомия) рекомендуется только при наличии проявлений со стороны носа (см. раздел «Аденоиды»).

Важно: частые экссудативные отиты у взрослых могут быть признаком опухоли носоглотки. Для исключения этого заболевания необходимо сделать эндоскопическое исследование носа.

Пять способов избежать экссудативного среднего отита:

- 1) не стоит дышать сигаретным дымом: даже при пассивном курении слизистая носа и слуховых труб перестает нормально работать;
- 2) сократить частоту обострений поможет отказ от посещения детского сада;
- 3) посетите аллерголога: аллергический насморк – одна из причин частых отитов;
- 4) не кормите грудного ребенка в горизонтальном положении;
- 5) отдавайте предпочтение грудному вскармливанию: материнское молоко богато множеством иммунных факторов, которые помогают новорожденному противостоять инфекциям.

Хронический гнойный средний отит

В большинстве случаев острый средний отит при правильном лечении проходит бесследно: воспаление в ухе стихает, а отверстие в барабанной перепонке зарастает. Однако если воспаление в среднем ухе продолжается длительное время, отит может стать хроническим.

Именно незарастающее отверстие в барабанной перепонке – характерный признак хронического среднего отита. И вызывать его могут несколько причин.

Чаще всего это следствие неудачного лечения острой инфекции. Пациент мог не принимать антибиотики, принимать их в неправильной дозе или недостаточное время. Но случается и настолько серьезная инфекция, что она просто не реагирует на препараты. Назначаются одни антибиотики, вторые, третьи, а воспаление как было, так и есть. Воспаленная слизистая оболочка разрастается, заполняет все полости среднего уха и фактически блокирует его. Возникает замкнутый круг – такая реакция слизистой на воспаление не дает уху выздороветь: гнойное течение не прекращается и не дает закрыться перфорации барабанной перепонки.

Но заболевание может развиваться и по другому сценарию: вроде бы с воспалением и удается справиться на какое-то время, но отверстие в барабанной перепонке не зарастает из-за его больших размеров либо вокруг перфорации уже образовался рубец.

Наконец, перфорацию барабанной перепонки может вызвать травма инородным предметом (ватной палочкой, скрепкой, зубочисткой) или баротравма.

Это интересно: типичная баротравма – это звонкий поцелуй в ухо.

В наружном слуховом проходе резко меняется давление, и возникает разрыв барабанной перепонки. Удар ладонью по уху может привести к таким же последствиям.

При длительно существующей перфорации в барабанной перепонке кожа слухового прохода начинает вращаться через нее в среднее ухо. При попадании в среднее ухо самая обычная кожа начинает вести себя как опухоль, поэтому ее так и называли – «холестеатома». Разрастаясь, она начинает «окутывать» слуховые косточки, постепенно разрушая их, распространяется в другие отделы уха и провоцирует воспаление. Холестеатома может разрушить канал лицевого нерва, внутреннее ухо и даже распространиться в головной мозг. Если ее не удалить, она может вызвать опасные осложнения.

Важно: если активное воспаление продолжается, нужно бить тревогу: инфекция начинает разрушать ухо изнутри, что приводит не только к значительному снижению слуха, но и к опасным для жизни осложнениям.

Четыре фактора, увеличивающие риск развития хронической инфекции в ухе:

- 1) частые случаи острого среднего отита в детстве;
- 2) посещение детского сада;
- 3) проживание в большой семье;
- 4) наличие аномалий развития черепа при генетических заболеваниях.

Судя по проведенным исследованиям, пассивное курение, бедность, кормление в горизонтальном положении, частые ОРВИ не влияют на риск развития хронического отита.

Как проявляется хронический средний отит?

Чаще всего пациенты с хроническим средним отитом жалуются на снижение слуха в больном ухе. При этом они достаточно редко испытывают в нем боль. Гноетечение возникает только при обострении, все остальное время ухо может оставаться сухим.

Важно: непрекращающееся гноетечение из уха, особенно с неприятным запахом, – это признак запущенного отита с вовлечением кости, что требует активного лечения. Если его игнорировать, могут возникнуть серьезные осложнения.

Однако бывает, что пациент не испытывает никаких проблем с ушами и диагноз «хронический отит» для него как гром среди ясного неба. Потом он вспоминает, что страдал от частых отитов в детстве. Оказывается, еще тогда у него образовалась «сухая» перфорация в верхних отделах барабанной перепонки, через которую все это время врастала холестеатома. Такая форма отита называется «эпитимпанит» и рано или поздно приводит к большим проблемам.

Холестеатому можно сравнить с бомбой замедленного действия. Помню случай, когда женщина средних лет оказалась в реанимации с отогенным менингитом, при этом о существовании холестеатомы ни она, ни члены ее семьи не знали. И такие случаи – не редкость, когда первым проявлением холестеатомы являются уже симптомы опасных для жизни осложнений: менингит, абсцесс головного мозга, тромбоз сигмовидного синуса. Поэтому, если у вас когда-либо были проблемы с ушами, посетите лор-врача, чтобы убедиться, что воспалительный процесс не развивается дальше.

Как диагностируется хронический средний отит?

В первую очередь подозрение на хронический отит возникает при осмотре уха – отоскопии. Как правило, опытный взгляд лор-врача сразу же обнаружит отверстие в барабанной перепонке. Однако случается, что специалисты пропускают перфорацию из-за отсутствия микроскопа, если она слишком маленькая или расположена в неудобном для обзора месте, или из-за невнимания к верхним отделам барабанной перепонки, где часто «прячется» бессимптомная перфорация.

Бывает, что перфорация достаточно большая, или, как говорят врачи, субтотальная (занимающая половину перепонки), или даже тотальная (перепонка фактически отсутствует). В этом случае через нее можно оценить состояние среднего уха, увидеть воспаление, полип или холестеатому.

Важную роль при выявлении хронического отита играет исследование слуха – аудиометрия. Она не только покажет степень снижения слуха, но и позволит исключить вовлеченность слухового нерва.

Самое точное состояние среднего уха показывает мультиспиральная компьютерная томография (КТ) височных костей высокого разрешения. При этом исследовании ухо рентгенов-

скими лучами «разрезается» на несколько сотен слоев, а компьютер формирует изображение. Именно КТ позволяет увидеть мельчайшие изменения в ухе – от воспаления до холестеатомы.

Магнитно-резонансная томография (МРТ) имеет невысокую информативность при хроническом отите, поскольку она «не видит» кость. Но совсем другое дело, если возникают осложнения, при которых процесс распространяется в мягкие ткани, – именно МРТ позволяет наиболее точно их диагностировать.

Осложнения хронического среднего отита

Не так страшен сам отит, как осложнения, которые могут возникнуть при длительном игнорировании его симптомов.

Пять грозных признаков осложнений хронического отита:

1) выраженное снижение слуха и шум в ухе – симптомы вовлеченности слухового нерва. Если срочно не начать лечение, слух может не восстановиться;

2) головокружение, тошнота, рвота могут свидетельствовать о поражении внутреннего уха;

3) нарушение движения половины лица, невозможность надуть щеки или наморщить лоб, слезотечение с одной стороны – признак поражения лицевого нерва;

4) выраженная головная боль, светобоязнь, боль в шее или затылке, спутанность сознания – признаки менингита либо абсцесса головного мозга;

5) высокая температура тела, боль в ухе или заушной области – признаки развития осложнения среднего отита.

Важно: при возникновении осложнений среднего отита проводится экстренная операция на ухе – любое промедление может стоить пациенту жизни.

Лечение хронического среднего отита

Какое бы лечение ни назначали пациенту, консервативное или хирургическое, всегда преследуют две цели: устранить воспаление в ухе и восстановить слух. Несмотря на то, что снижение слуха может быть единственным симптомом хронического отита, его восстановление всегда стоит на втором месте. Это связано с тем, что само воспаление представляет наибольшую опасность.

Иногда даже приходится жертвовать слухом, чтобы предотвратить опасные осложнения. К счастью, своевременное обращение и современные методы хирургического лечения позволяют избежать необратимых исходов.

Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.