

ПОНЯТТЯ ПРО
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЮ ЯК НАУКУ.
ТРАВМИ ВУХА. ЗАХВОРЮВАННЯ
ЗОВНІШНЬОГО ВУХА. ЕКСУДАТИВНИЙ
ОТИТ. ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ
ОТИТ. МАСТОЇДИТ. ХРОНІЧНЕ
ЗАПАЛЕННЯ СЕРЕДНЬОГО ВУХА.
КОНСЕРВАТИВНІ ТА ОПЕРАТИВНІ
МЕТОДИ ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО
ОТИТА. ОТОГЕННІ
ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ

Оториноларингологія є частиною єдиної науки – медицини, вона виникла і удосконалювалася в міру розвитку медицини взагалі, і являє собою систему наукових знань про ЛОР органах в нормі та патології, а також сукупність практичних навичок по їх дослідженню.



ЩО ТАКЕ «ЛОР-ОРГАНИ»?

- Otos - вухо;
- Rhinos - ніс;
- Pharyngos - глотка;
- Laringos - гортань



ВІД ГРЕЦЬКОЇ

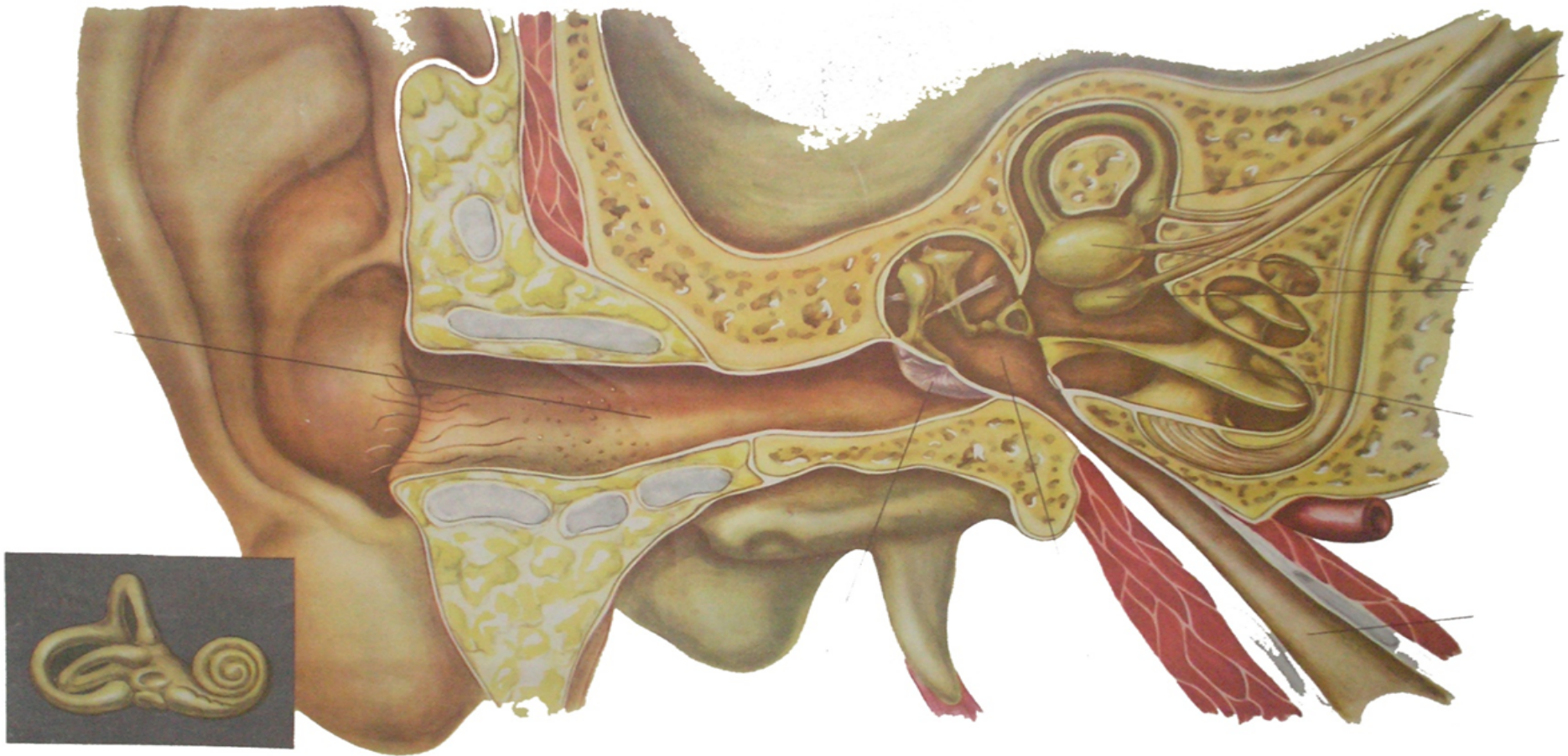
Скорочено «ЛОР». Об'єднання даних органів не є формальним, а відображає систему пов'язаних між собою топографоанатомічно, функціонально і спільністю ембріогенезу органів. Ці зв'язки зазвичай простежуються як в нормальних, так і патологічних умовах діяльності організму.

КАФЕДРА

ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГІЇ ХНМУ

- з 1922 по 1930 рік - проф. С.Г. Сурукчі
- з 1930 по 1941 рік - проф. С.М. Компанієць
- з 1943 по 1958 рік - проф. А.М. Натанзон
- з 1958 по 1967 рік - доц. Д.Є. Розенгауз
- з 1967 по 1971 рік - доц. В.М. Усачова
- з 1971 по 2001 рік - проф. В.Ф. Філатов
- з 2001 року і по теперішній час проф. А.С. Журавльов

ФРОНТАЛЬНИЙ РОЗРІЗ ВУХА



1. Зовнішній слуховий прохід
2. Барабанна перетинка
3. Барабанна порожнина
4. Слухова труба

5. Равлик
6. Мішечки передодня
7. Ампула напівкругного каналу
8. Преддвірноравликовий нерв

ТРАВМИ ВУХА

Фактори, що ушкоджують: механічні, хімічні, термічні (опік і відмороження), радіаційні, акустичний вплив, вібраційний вплив, перепади атмосферного тиску (баротравма)

Механічні травми вуха:

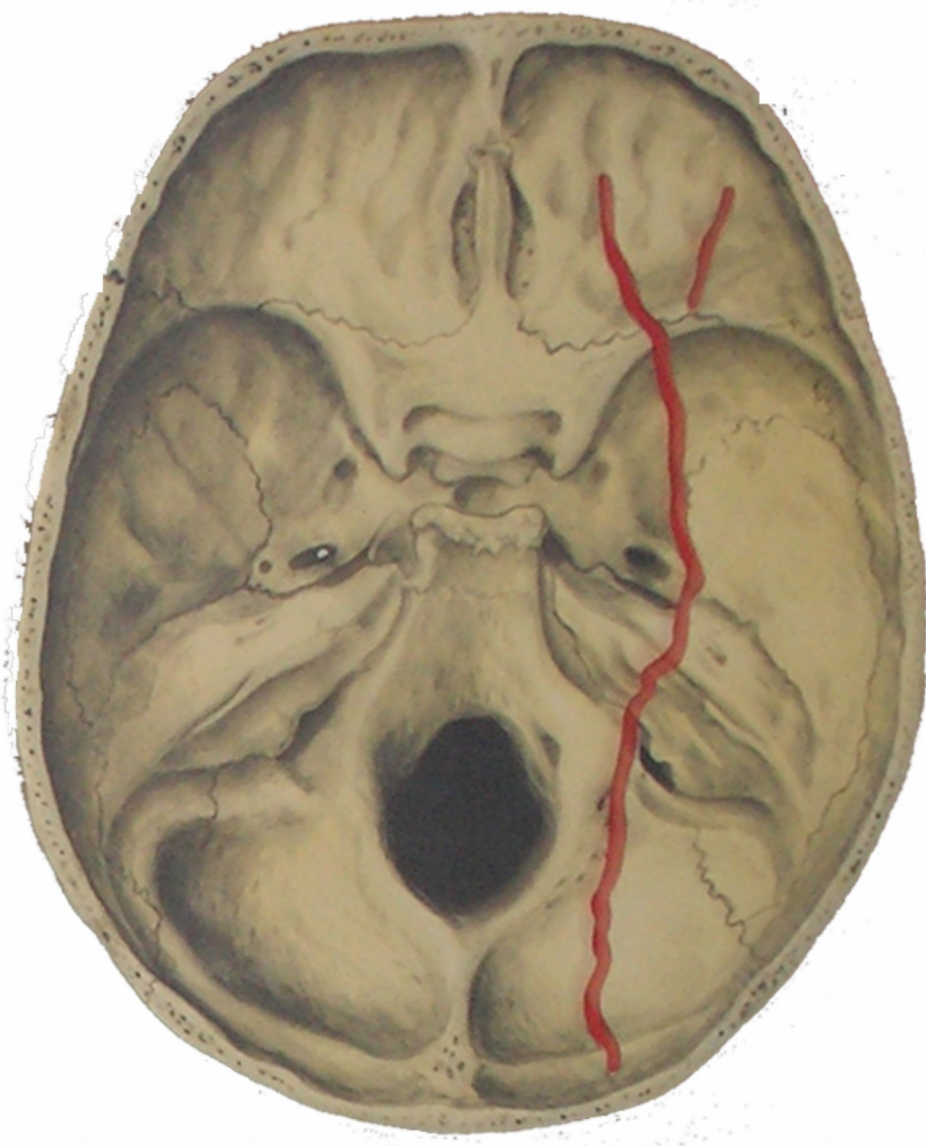
▣ зовнішнє вухо: забій, удар, укус, частковий або повний відрив вушної раковини, отогематома, порушення цілісності стінок зовнішнього слухового проходу

▣ барабанна перетинка: травматичний розрив барабанної перетинки

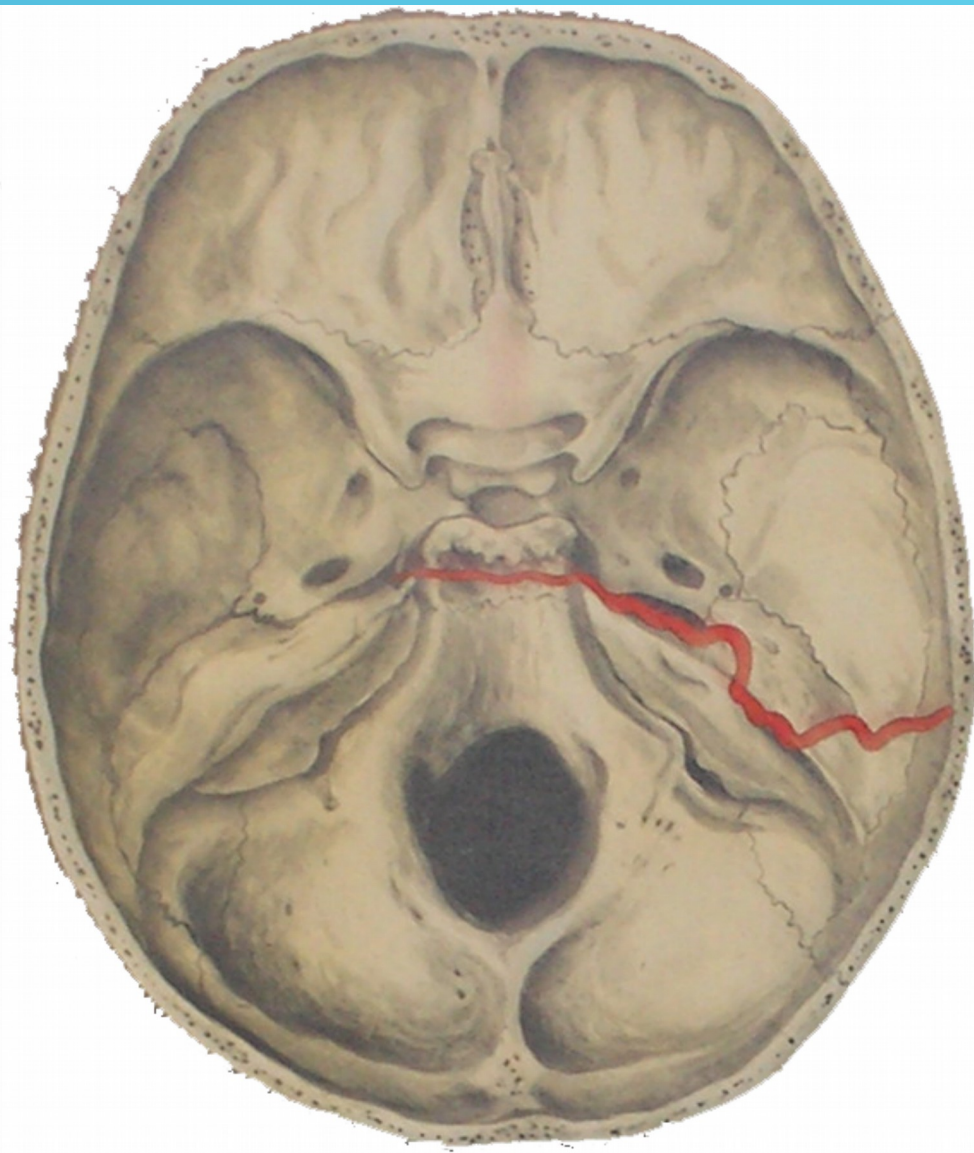
▣ середнє вухо: травматичний середній отит, мастоїдит, пошкодження ланцюга слухових кісточок

▣ внутрішнє вухо: пошкодження сторонніми предметами, операційні травми, переломи піраміди скроневої кістки

ПЕРЕЛОМИ ПІРАМІДИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ

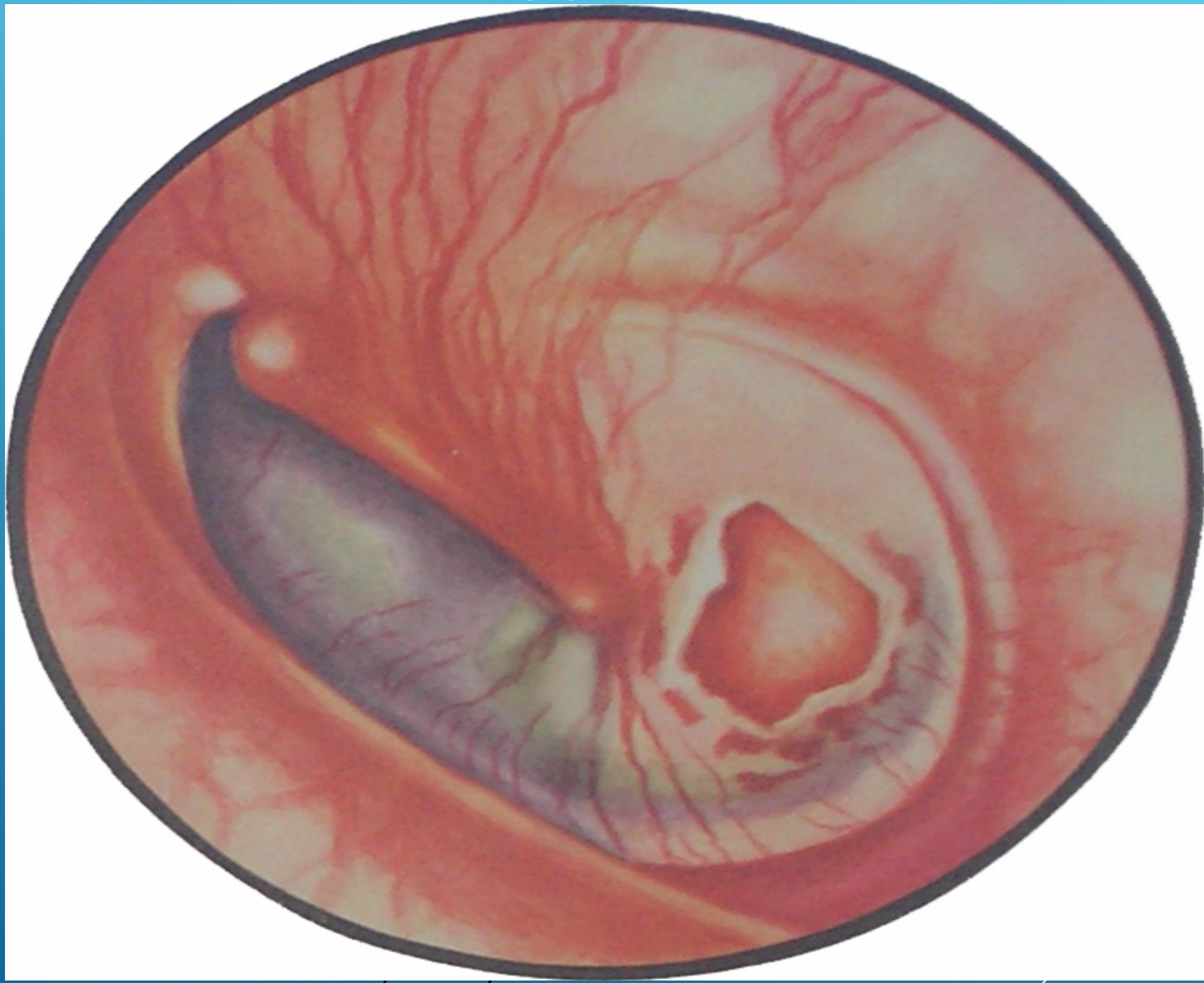


Поперечний перелом



Поздовжній перелом

ПЕРЕЛОМИ ПІРАМІДИ СКРОНЕВОЇ КІСТКИ



Травматичний розрив барабанної перетинки при поздовжньому переломі пірамідки скроневої кістки

Зовнішній отит

обмежений

Фурункул
зовнішнього
слухового
проходу



дифузний

Розлите
запалення
зовнішнього
слухового
проходу



ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ

| | |
|-------------------------------|--|
| <p>Етіологія та патогенез</p> | <p>Гостре гнійне запалення волосяного фолікула і сальної залози з обмеженим запаленням шкіри або підшкірної клітковини перепончато-хрящової частини зовнішнього слухового проходу, яке виникає в результаті проникнення інфекції, частіше стафілококової. Спільними передбачають факторами є порушення обміну речовин, неповноцінне харчування, авітаміноз, цукровий діабет, зниження загальної реактивності організму</p> |
| <p>Клініка</p> | <p>Основним симптомом є гостра біль, яка може поширюватися на половину голови, в нижню щелепу або вниз по шиї. Біль посилюється при розмові і жуванні, а також при натисканні на козелок і нижню стінку зовнішнього слухового проходу. При отоскопії видно округле піднесення гіперемірованої шкіри, звужуючий просвіт слухового проходу. Інфільтрація шкіри нерідко поширюється на м'які тканини, що оточують вушну раковину, на соскоподібного відросток. Регіонарні привушні лімфатичні вузли збільшуються, стають щільними і болючими при пальпації. При дослідженні слуху визначається зниження його по проводить типу (при obturaції зовнішнього слухового проходу).</p> |

ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ



ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДУ

| | |
|-------------|--|
| Діагностика | Грунтується на даних анамнезу, скаргах, результатах отоскопії. У диференційно-діагностичному плані слід виключити мастоидит. У плані загального обстеження хворого необхідно проводити дослідження крові і сечі на вміст цукру і стерильність. |
| Лікування | Лікування полягає в достатньому знеболюванні, призначення антибіотиків (препарат вибору - амоксицилін) і введенням тампона з ихтиоловою маззю, гліцерином або ж з антибіотиками у вигляді розчинів або мазей. Застосовують аутогемотерапію. Хороший результат дає фізіотерапія (УВЧ і УФ-опромінення зовнішнього слухового проходу). При абсцедированні фурункула, посилення больового синдрому або виникненні небезпеки нагноєння лімфатичних вузлів, слід вдаватися до хірургічного розтину фурункула. |

ДИФУЗІЙНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ

Етіологія та патогенез

За етіології поділяються на:

- бактеріальні;
- мікотическіе;
- вірусні;
- алергічні (екзема)

Виникає в результаті проникнення інфекції в шкіру зовнішнього слухового проходу при хімічних, термічних опіках або травмах. На розвиток захворювання впливає переохолодження організму.

Запалення захоплює барабанну перетинку, поширюється на глибокі шари шкіри, підшкірну клітковину. Такий перебіг процесу спостерігається на тлі алергії або метаболічних порушень.

Клініка

Відзначається біль при натисканні на козелок, свербіж шкіри, гнійні виділення з вуха, зниження слуху по проводить типу. При отоскопії - слуховий прохід звужений, стінки його набряклі, гіперемійовані, в просвіті гнійні маси з дуже неприємним запахом, барабанна перетинка помірно гіперемована, покрита слущеним епідермісом.

ДИФУЗІЙНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ

Діагностика

Грунтується на даних анамнезу, скаргах, результатах отоскопії, бактеріологічного дослідження. У диференціальному діагнозі слід враховувати, що у хворих з бактеріальною природою отиту може бути також і загальна реакція у вигляді субфебрильної або фебрильної температури, в слуховому проході добре відображені набряк і гіперемія стінок, гній з неприємним запахом знаходиться в його просвіті. При грибкової етіології частіше виражений свербіж, залишається широким слуховий прохід, стінки його можуть бути гіперемійовані з тріщинами і прилип до них виділенням. Під збільшенням видно міцели грибів. Якщо в етіології має місце вірус, то в силу його тропності до ендотелію судин і епітелію шкіри в слуховому проході видно бульбашки з геморагічним вмістом. Екзема зовнішнього вуха характеризується поліморфізмом елементів на шкірі не тільки слухового проходу, а й вушної раковини (мокнуть, корки, набряк).

ДИФУЗІЙНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ

Лікування

- Туалет вуха.
- Місцева терапія (з урахуванням мікрофлори): Отофа, Кандибіотик, Полідекса, мазі левомиколь, тріакутан і т.д.
- Загальна антибактеріальна терапія з урахуванням збудника і чутливості мікроорганізму до препарату.
- Протигрибкова терапія.
- Десенсибілізуюча терапія.
- Нестероїдні протизапальні засоби.
- Загальзміцнювальна і імуномодулююча терапія.
- Вітамінотерапія.
- Фізіопроцедури: УВЧ, УФО, лазеротерапія

ЕКСУДАТИВНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

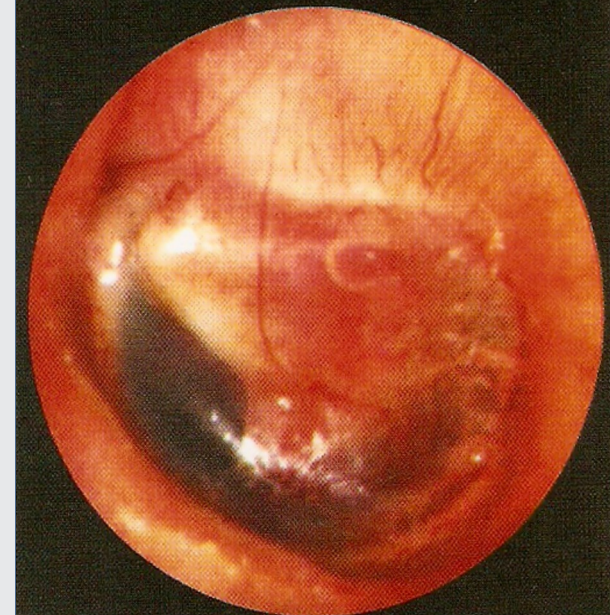
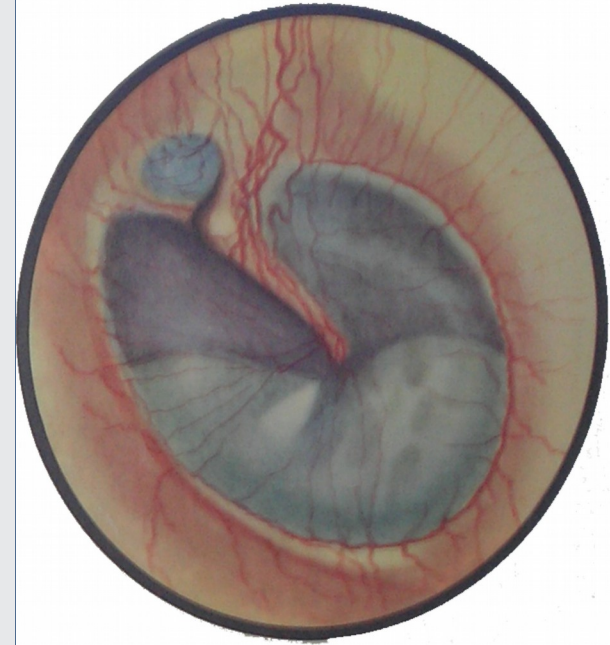
| | |
|-----------|--|
| Етіологія | <p>Пусковим моментом є запальні зміни в порожнині носа, носоглотки і навколоносових пазух. У розвитку захворювання відіграють роль гіповірулентні збудники, а також наявність схильності слизової оболонки середнього вуха до алергічних набряків, її запальним змінам, гіперсекреції.</p> |
| Патогенез | <p>У гострій стадії виникають гіперемія і набряк слизової оболонки слухової труби, просвіт її звужується, а потім обтурують. При цьому барабанна порожнина стає замкненою, і повітряний тиск в зовнішньому слуховому проході перевищує тиск в барабанній порожнині. Зниження тиску викликає венозний стаз, розширення судин і збільшення проникності їх стінок, що призводить до транссудації.</p> <p>Надалі секрет в середньому вусі ставати все більш в'язким, причому цей процес може підтримуватися рецидивами випоту, що призводить до сполучно-тканинної організації в'язкої рідини.</p> |

ЕКСУДАТИВНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Клініка

Скарги на відчуття повноти і переливання в вусі, гостро виникло зниження слуху, яке носить флюктуруючий характер. Біль відсутня практично завжди. Слух змінюється при зміні положення голови.

При отоскопії через барабанну перетинку в нижніх відділах барабанної порожнини можна побачити скупчення рідини, барабанна перетинка може бути втягнута, каламутна, набуває вигляду молочно-білого скла. Зниження слуху носить кондуктивний характер, слухові труби зазвичай непрохідні.



ЕКСУДАТИВНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

| | |
|-------------|---|
| Діагностика | Грунтується на анамнезі, даних огляду верхніх дихальних шляхів, вуха і дослідженні слухової функції (камертональне дослідження, тональна аудіометрія, імпедансометрія). |
| Лікування | <p>Загальна: антибактеріальна, протизапальна, дегідратаційна, десенсибілізуюча терапія.</p> <p>Місцева:</p> <ul style="list-style-type: none">• судинозвужувальні засоби в ніс 2-3 рази в день;• при наявності аденоїдних розрощення або гіпертрофії задніх кінців носових раковин - їх хірургічне лікування;• продування слухової труби виконують після стихання гострих процесів в носі і носоглотці (методи Тойнбі, Вальсальви, Політцера);• катетеризація слухової труби з введенням лікарських препаратів в барабанну порожнину (антибіотики, протеолітичні ферменти, судинозвужувальні і гіпосенсибілізуючі кошти).• електровібромасаж через зовнішній слуховий прохід або козелковий пневмомасаж барабанної перетинки. |

ЕКСУДАТИВНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ



У разі неефективності консервативного лікування хворим проводять оперативні втручання: тимпанопункцію, мірінготомію, тимпанотомія, шунтування барабанної порожнини.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Гострий гнійний середній отит (otitis media purulenta acuta) - запальне інфекційне захворювання слизової оболонки повітроносних порожнин середнього вуха.

□ Значення захворювання:

- 1) частота - гострий середній отит становить 25-30% всіх вушних захворювань, 15-16% всіх ЛОР-хворих в дитячій практиці;
- 2) соціальна значущість - веде до розвитку приглухуватості;
- 3) наслідки - перехід в хронічну форму;
- 4) може викликати внутрішньочерепні ускладнення.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

▣ Етіологія

Мікрофлора:

- коккова - стафілокок, стрептокок, пневмокок;
- кишкова, дифтерійна, туберкульозна палички;
- віруси.

▣ Шляхи проникнення інфекції в середнє вухо:

А) тубогенний;

Б) екзогенні (при пошкодженні барабанної перетинки);

В) гематогенний шлях.

▣ Сприятливі фактори:

1. Зниження загальної та місцевої реактивності організму.
2. Запальні процеси носа і носоглотки.
3. Переохолодження.
4. Зміни в вусі, які виникли внаслідок раніше перенесених захворювань.
5. Вік.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Інфекція



Мукоїдному набряк, дрібноклітинна інфільтрація, артеріальна гіперемія слизової оболонки, ексудація



Слизова оболонка потовщується, з'являються виразки, грануляції



Порушення трофіки барабанної перетинки, її прорив



Оторея



Репаративні процеси

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

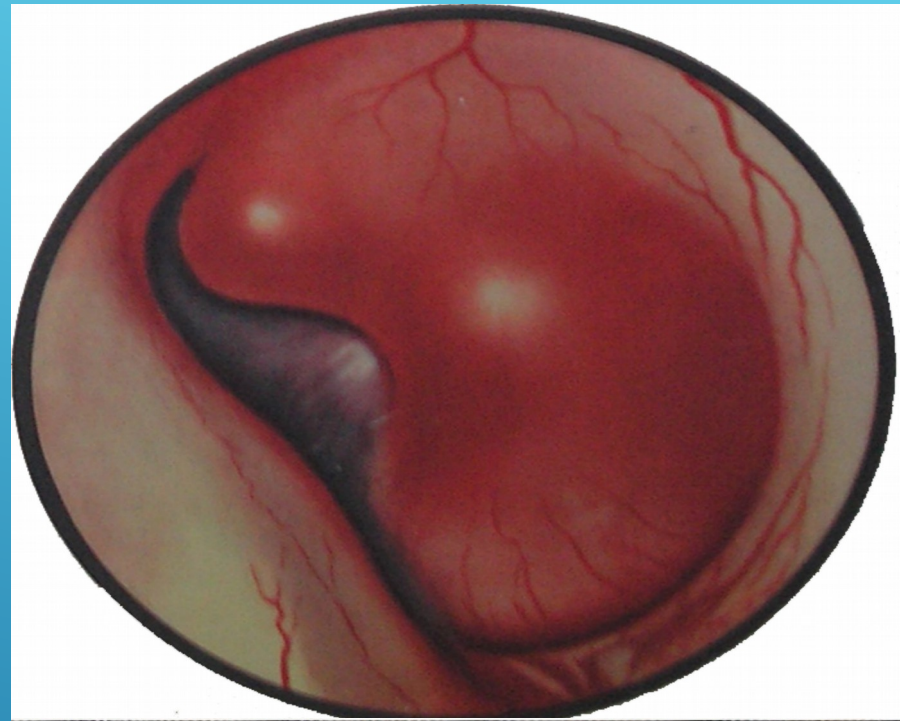
Стадії перебігу:

- I стадія. Розвиток запального процесу і наростання клінічних симптомів - неперфоративном.
- II стадія. Перфоративна.
- III стадія. Репаративна або зворотнього розвитку.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Клініка

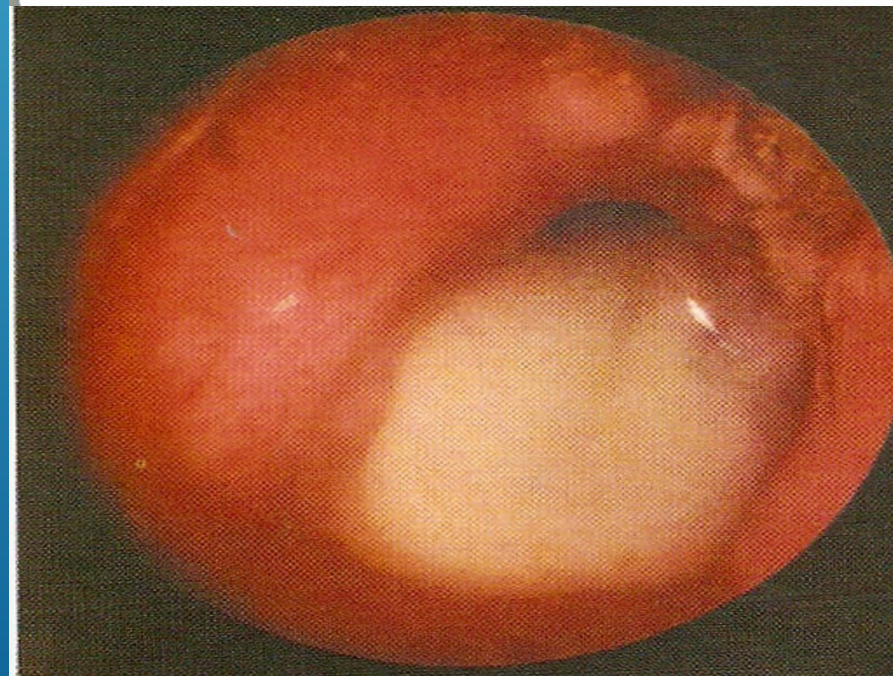
Перша стадія характеризується виникненням і розвитком місцевих симптомів: біль у вусі, гіперемія барабанної перетинки, випинання її ексудатом, зниження слуху по кондуктивної типу; і загальних симптомів у вигляді підвищення температури тіла, поганий апетит і сну, слабкість, погане самопочуття, помірний лейкоцитоз, нерізкого збільшення ШОЕ.



ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Клініка

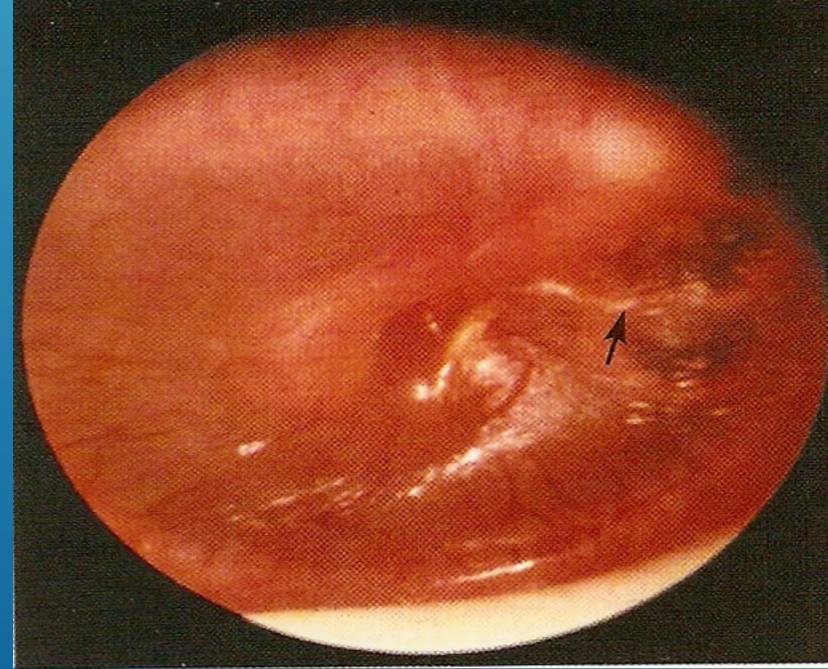
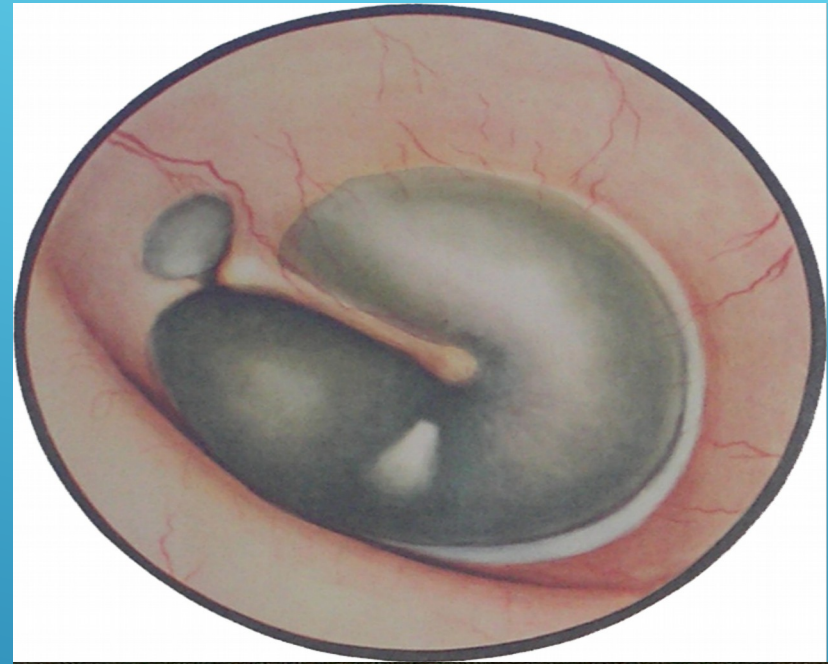
Друга стадія - прорив барабанної перетинки і гноетеча. При цьому спостерігається стихання болю і настає поліпшення в перебіг захворювання.



ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Клініка

У третій (репаративної) стадії спостерігається затихання запального процесу, прекращення гноетечення, закриття перфорації, відновлення анатомічного та функціонального стану середнього вуха.



ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Лікування (залежить від стадії захворювання)

- ▣ 1. Загальне лікування (антибактеріальна терапія, десенсибілізуюча, дегідратаційна терапія, НСПВС, анальгетики в перших 2-х стадіях; в III-й стадії –загальнозміцнююча терапія).
- ▣ 2. Місцеве лікування: відновлення функції євстахієвої труби (судинозвужувальні і муколітичні засоби в порожнину носа);
 - в I-й стадії - напівспиртові компреси на область вуха, спиртові краплі у вухо;
 - в II-й стадії - механічне видалення гною з вуха, введення ліків в барабанну порожнину.
 - в III-й стадії - продування слухової труби по Політцеру, пневматичний масаж барабанної перетинки, ендоуральний електрофорез з розчином лідази.

ГОСТРИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

При вираженій хворобливості, стійкою набрякlostі і вибухне барабанної перетинки, наявності менингизма і інших ознак інтоксикації, порушення слуху - для санації порожнини середнього вуха показана мірінготомія (парацентез).



МАСТОЇДИТ - ГНІЙНЕ ЗАПАЛЕННЯ КЛІТИННОЇ СИСТЕМИ СОСКОПОДІБНОГО ВІДРОСТКА

Мастоїдит



```
graph TD; A[Мастоїдит] --> B[Первинний - 3%]; A --> C[Вторинний - 97%];
```

Первинний - 3%

Без залучення в процес барабанної порожнини - травма соскоподібного відростка, гематогенний занос інфекції при туберкульозі, сифілісі

Вторинний - 97%

Поширення запалення з барабанної порожнини при гострих і хронічних гнійних середніх отитах

Отоантрїт - ускладнення гострого гнійного середнього отиту, що виникає в грудному і ранньому дитячому віці.

Існує дві форми отоантритів:

- ▣ 1. Явна.
- ▣ 2. Латентна (зустрічається при гіпотрофії, рахіті, пневмонії та токсичної диспепсії).

МАСТОЇДИТ

До розвитку мастоїдита призводить:

- ▣ 1. Висока вірулентність інфекції.
- ▣ 2. Зниження реактивності організму.
- ▣ 3. Утруднений відтік гною з барабанної порожнини.
- ▣ 4. Нераціональна терапія отитів.
- ▣ 5. Порушення функції євстахієвої труби.
- ▣ 6. Будова соскоподібного відростка (пневматичний, діплоетіческій, склеротичний типи).

МАСТОЇДИТ

Стадії розвитку запалення у соскоподібного відростці:

1. Гіперемія слизової оболонки клітин соскоподібного відростка.
2. Транссудація або ексудація рідини, нагноєння.
3. Некроз кістки за рахунок порушення кровопостачання кісткової тканини, тромбозу дрібних судин.
4. Руйнування кісткових перемичок (кісткова декальцинація, ішемія і остеокластичну розплавлення) з утворенням порожнин абсцесу.
5. Поширення процесу на сусідні області.

МАСТОЇДИТ

Клініка

Загальні симптоми: погіршення загального стану, підвищення температури тіла. У лейкоцитарній формулі з'являється лейкоцитоз, зсув лейкоцитарної формули вліво, підвищення ШОЕ.

Місцеві симптоми: при типовій формі мастоидита основним суб'єктивним симптомом є біль у вусі, що посилюється при натисканні на майданчик соскоподібного відростка або його верхівку; зниження слуху по типу поразки звукопровідного апарату; рясне генетично з вуха; нависання задневерхньої стінки кісткового відділу зовнішнього слухового проходу (симптом Шварц). Барабанна перетинка гіперемована, інфільтрована.

У разі прориву гною під окістя в області майданчика соскоподібного відростка вушна раковина різко зміщена допереду і донизу, лінія її прикріплення згладжується, шкіра заушній області стає лискучою і гіперемійованою, при пальпації визначається флуктуація.

МАСТОЇДИТ



МАСТОЇДИТ

□ Додаткові методи дослідження

1. рентгенографія скроневої кістки по Шюллеру.
2. комп'ютерна томографія скроневої кістки.

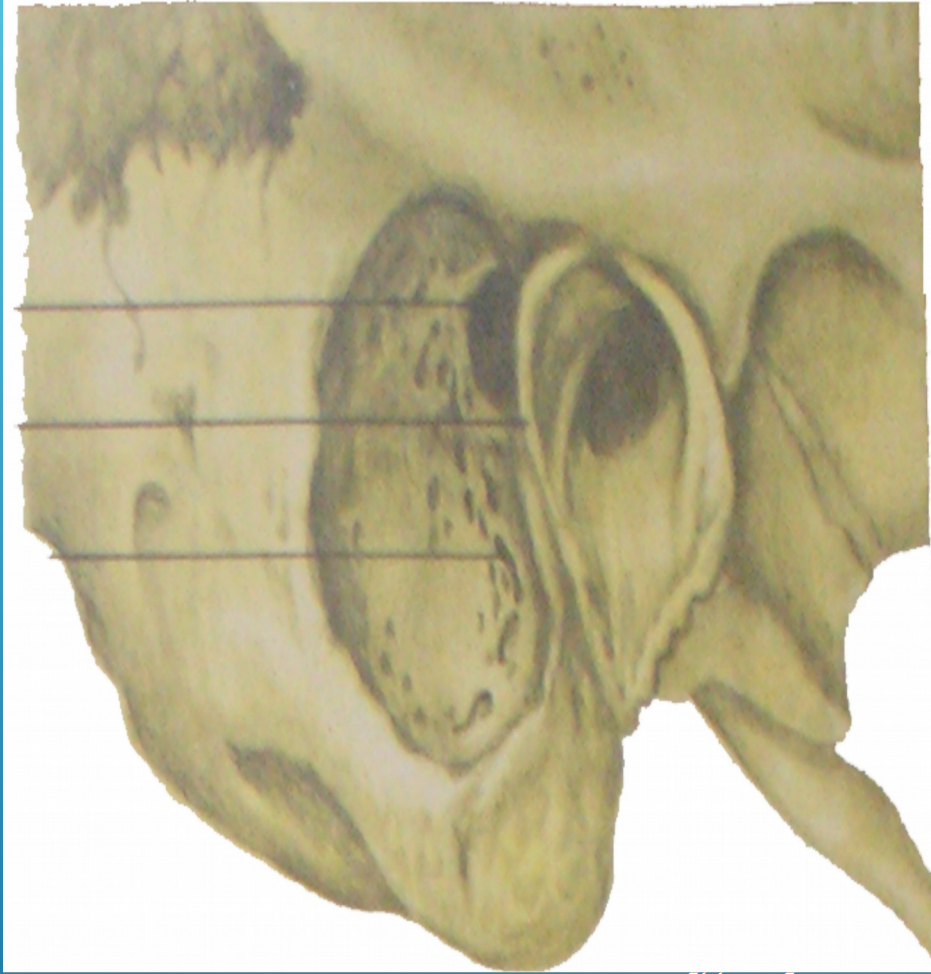
Визначається різної інтенсивності зниження пневматизації, завуалированность антрума і клітин. У пізніх стадіях процесу видно ділянки деструктивних змін кістки і скупчення гною.

□ Консервативне лікування

антибактеріальна, дегідратаційна, десенсибілізуюча, дезінтоксикаційна терапія

1. Хірургічне лікування. Антромастоїдотомія

АНТРОМАСТОЇДОТОМІЯ



Проекції антрума:

1. У новонародженого
2. У віці 10 років
3. У дорослих

Порожнина після антростоїдотомії:

1. Антрум
2. Задня стінка слухового проходу
3. Розкриті клітини соскоподібного відростка

МАСТОЇДИТ

Атипові форми

1. Мастоидит Бецольда (верхівково-шийний)
2. Мастоидит Муре (югуло-дигастрічний)
3. Мастоидит Чітеллі
4. Зигоматицит
5. Скваміт
6. Петрозит

Тріада Граденіго (характерна для петрозіта)

1. Гнійний середній отит;
2. Трігемінія;
3. Парез або параліч відвідного нерва.

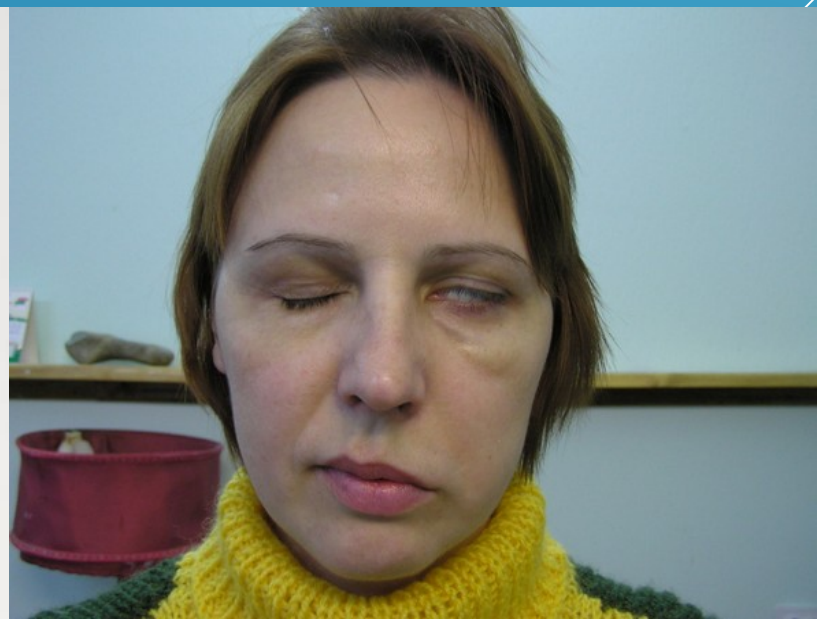


ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Актуальність проблеми

□ Призводить до виникнення приглухуватості. У 18% хворих туговухість є наслідком хронічного гнійного середнього отиту.

□ Можливе виникнення внутрішньочерепних ускладнень, лабіринтиту, парезу лицьового нерва.



Етіологія

Стафілокок, стрептокок, синьогнійна паличка, паличка протeya, кишкова паличка, анаероби, віруси, гриби.

Сприятливі фактори

Зниження загальної та місцевої реактивності організму.

Вид і вірулентність мікроорганізму.

Стан носа, навколоносових пазух, глотки (порушення функції слухової труби).

Зміни середнього вуха, які виникли внаслідок попередніх захворювань.

Наявність сенсibiliзації організму.

Тип будови соскоподібного відростка.

Особливості конституції.

ПАТОГЕНЕЗ

Запалення підепітеліальному шару



Слизова оболонка гранулює і перетворюється в сполучну тканину



Порушується дренаж клітин соскоподібного відростка



Клітини соскоподібного відростка заповнені слизово-гнійним вмістом

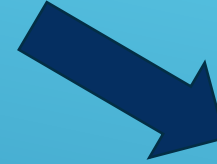
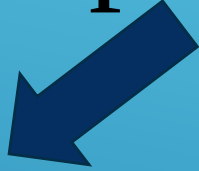


В процес втягуються кісткові стінки і слухові кісточки



Виникає холестеатома

Форми захворювання



Епітимпаніт

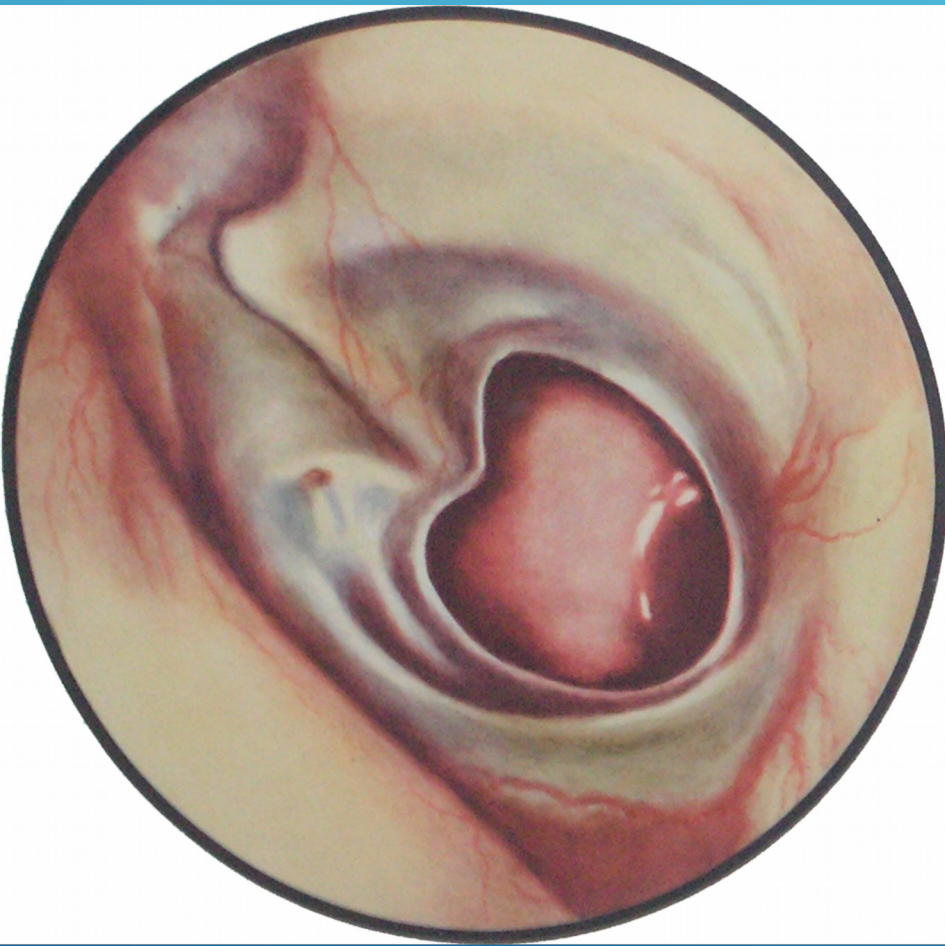
Мезоимпаніт

Ознаки хронічного гнійного середнього отиту:

1. Тривала гноєтеча з вуха.
2. Стійка перфорація барабанної перетинки.
3. Зниження слуху, шум у вусі.

ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

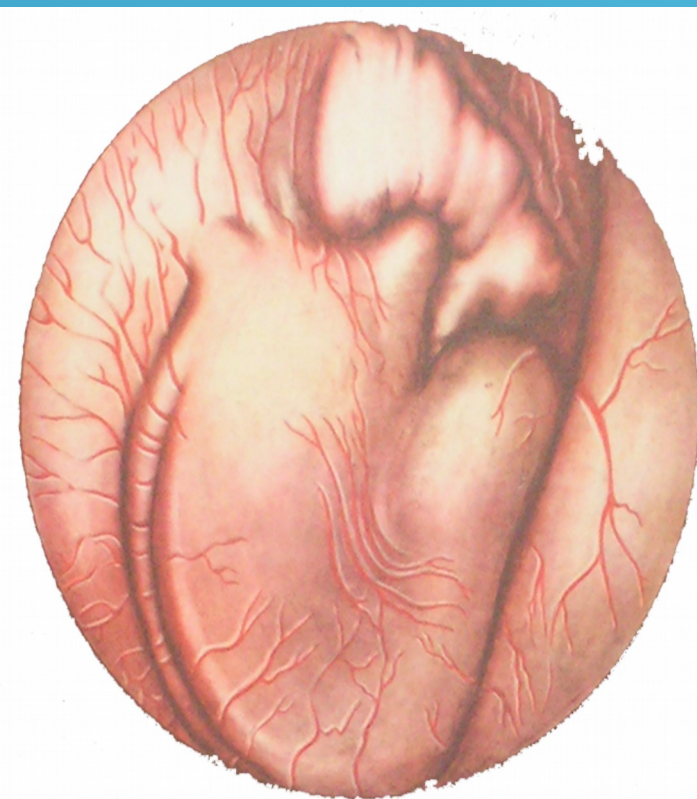
Мезотимпаніт



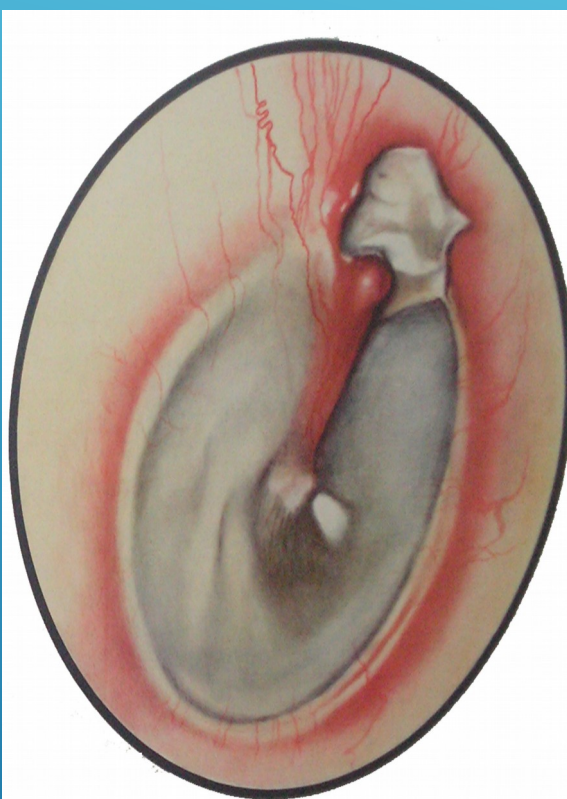
Центральна перфорація

ХРОНІЧНИЙ ГНІЙНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

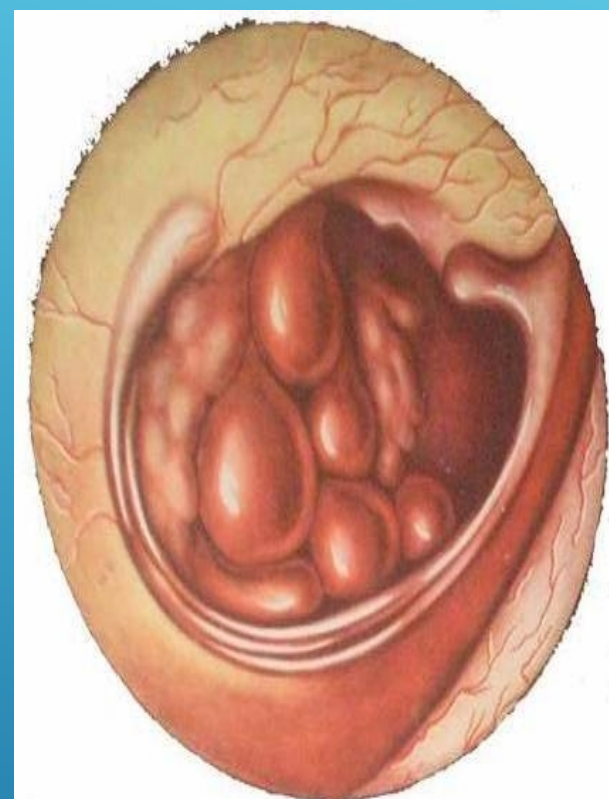
Епітимпаніт



Дефект верхніх відділів барабанної перетинки (крайова перфорація)



Холестеатома



Субтотальний дефект барабанної перетинки, ускладнений грануляціями. Дефект латеральної стінки аттика

ХОЛЕСТЕАТОМА

Щільне нашарування епідермальних мас і продуктів їх розпаду, головним чином холестерину.

Холестеатома складається з двох частин:

- Матрикс - сполучнотканинна оболонка покрита багатошаровим плоским епітелієм;
- Маси концентрично розташованих шарів, епідермальних клітин, що розпалися

Теорії появи холестеатом



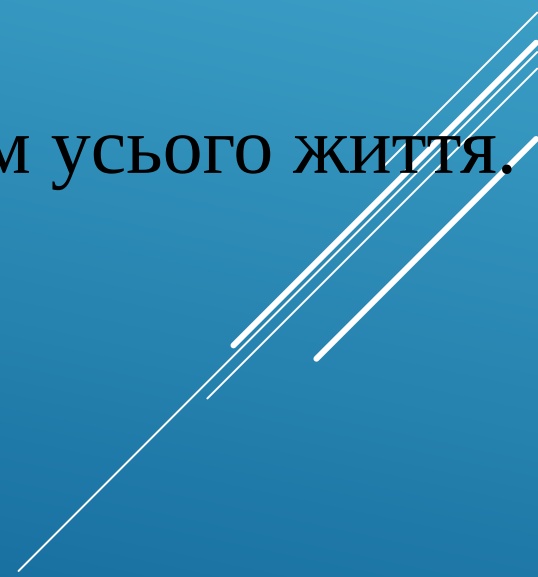
Метапластична

Вростання епідермісу

Механізм руйнування кістки холестеатомой:

1. Пресорний.
 2. Резорбтивний (виділення ферментів, які викликають лізис кістки).
- 

РЕЗУЛЬТАТИ ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО ОТИТУ

- 1. Припинення гноетечі зі стійкою сухою перфорацією.
 - 2. Рубцювання барабанної перетинки і утворення спайок в барабанній порожнині зі стійким зниженням слуху.
 - 3. Продовження гноетечення протягом усього життя.
 - 4. Внутрішньочерепні ускладнення.
- 

□ Діагностика

1. Отоскопії.
2. Рентгенографія (по Шюллеру, по Майєру, по Стенверсу) і КТ-дослідження скроневої кістки.
3. Консультація невропатолога і окуліста.


□ Лікування

1. Загальна терапія.
2. Санація носа і носоглотки.
3. Місцеве сануючих лікування :
 - 1-й етап - механічне видалення гною з вуха;
 - 2-й етап - введення ліків в барабанну порожнину.

1. Хірургічне лікування :

- санируючі операції
- слухополіпшуючих операції

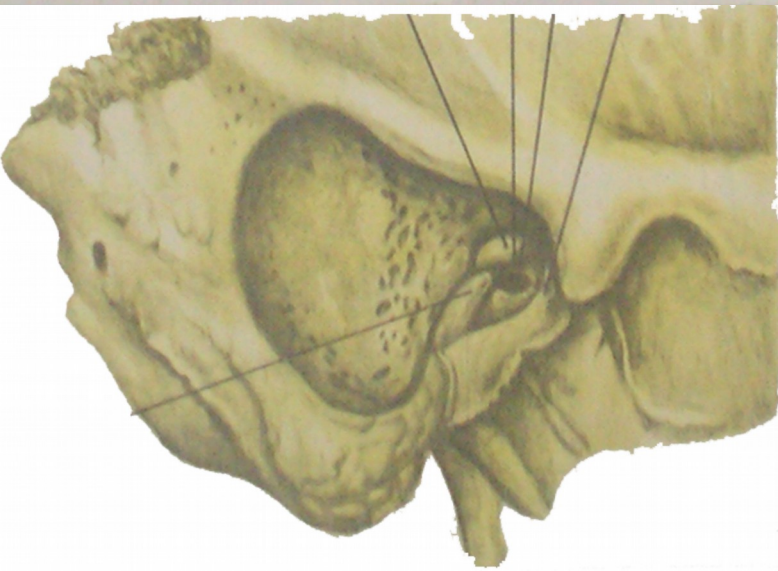
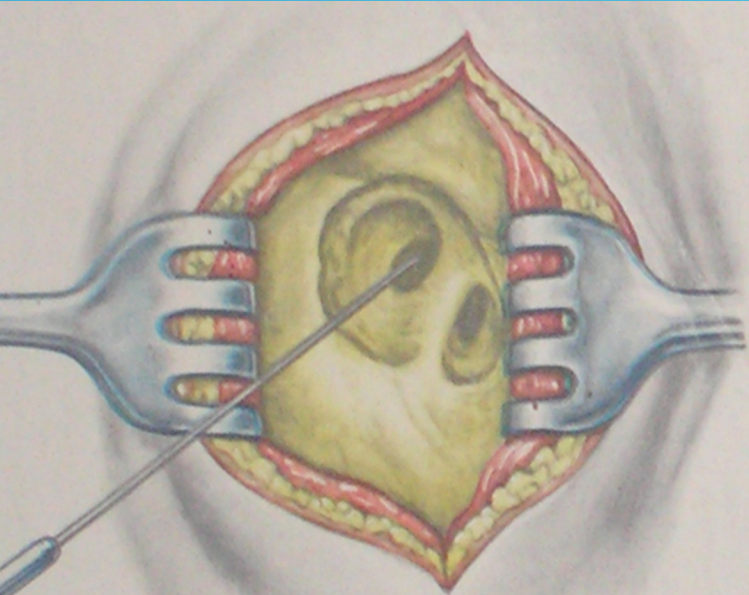
САНУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ

- 1. Загальнополостна радикальна операція.
 - 2. Аттікотомія (аттікоадітотомія).
 - 3. Аттікоантротомія.
 - 4. Антродренування.
 - 5. Задня тимпанотомія.
- 

ПОКАЗАННЯ ДО РАДИКАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ

- 1. Карієс стінок порожнин середнього вуха.
- 2. Холестеатома.
- 3. Хронічний мастоїдит.
- 4. Парез лицьового нерва.
- 5. Лабіринтит.
- 6. Отогенні внутрішньочерепні ускладнення - абсолютне показання.

ЕТАПИ РАДИКАЛЬНОЇ ОПЕРАЦІЇ



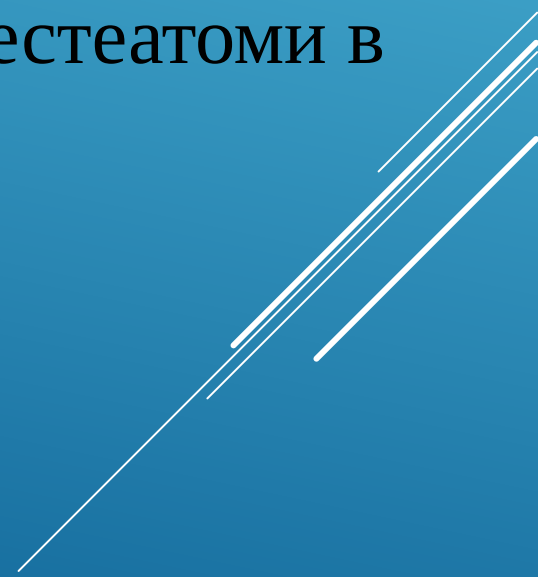
- I. Розтин антрума
- II. Знесення задньої кісткової стінки зовнішнього слухового проходу
- III. Порожнина після радикальної операції вуха:
 1. Передня стінка слухового проходу
 2. Вікно передодня
 3. Канал лицевого нерва
 4. Горизонтальний півколовий канал
 5. «Шпора»

СЛУХОПОЛІПШУЮЧІ ОПЕРАЦІЇ

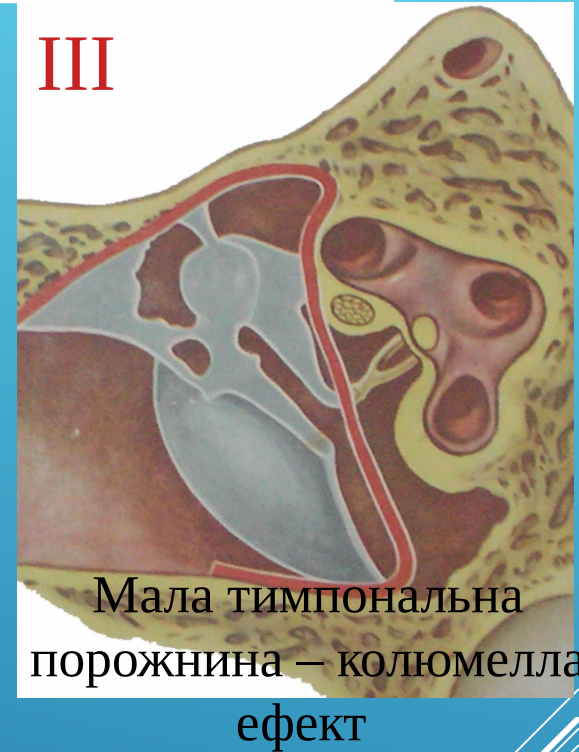
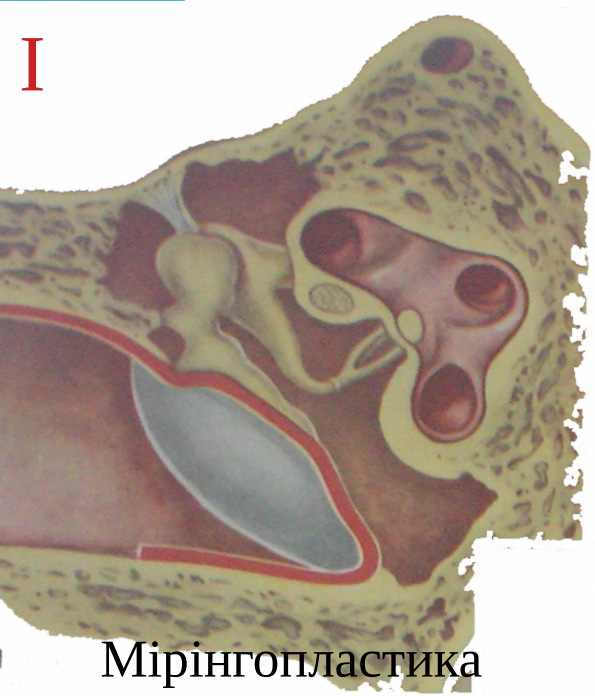
- 1. Тимпаноластика
- 2. Оссікулоластика



НЕОБХІДНІ УМОВИ ДЛЯ ПРОВЕДЕННЯ ТИМПАНОПЛАСТИКИ

- 1. Збереження функції равлики.
 - 2. Добре функціонуюча слухова труба.
 - 3. Відсутність гнійного процесу і холестеатоми в середньому вусі.
- 

ТИПИ ТИМПАНОПЛАСТИКИ




ОТОГЕННІ ВНУТРІШНЬОЧЕРЕПНІ УСКЛАДНЕННЯ

Етіологія

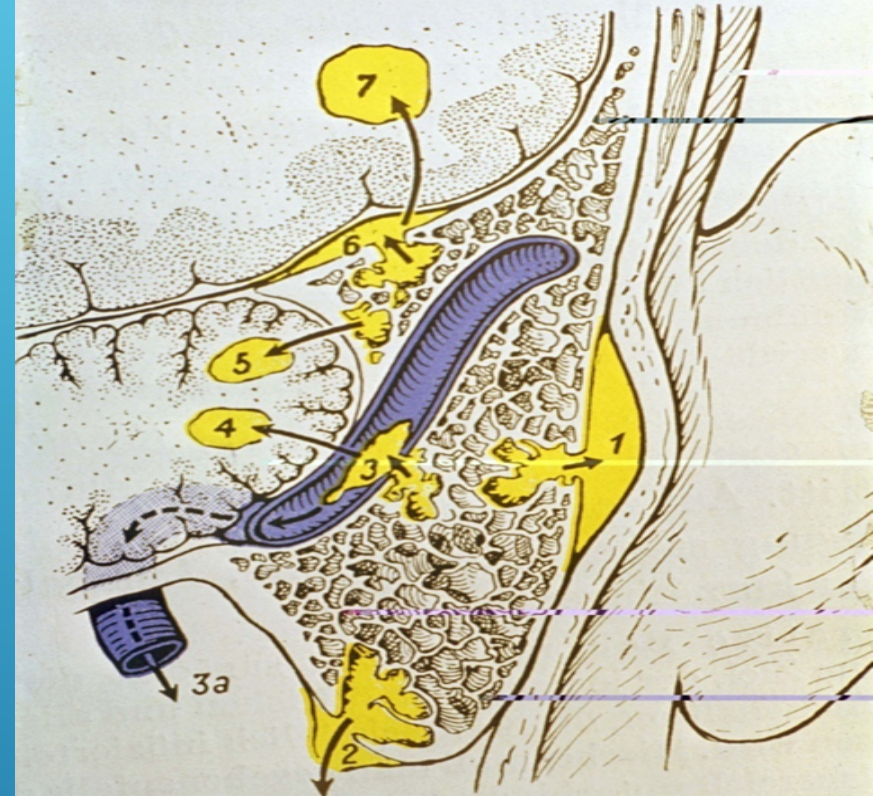
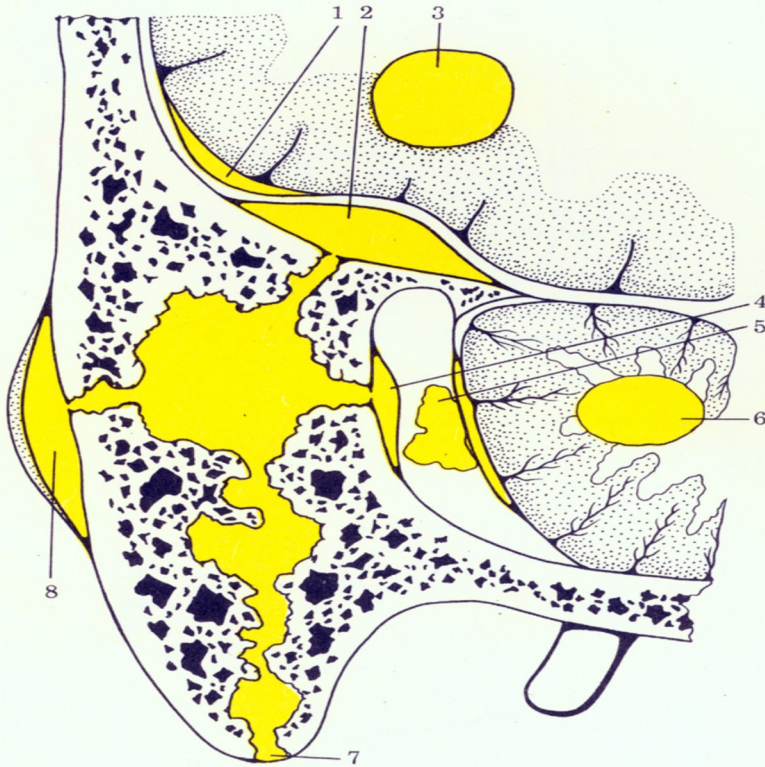
Стафілокок, стрептокок, пневмокок, протей, синьогнійна паличка та інші мікроорганізми.



ШЛЯХИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЇ В ПОРОЖНИНУ ЧЕРЕПА

- Per continuitatem (контактний, по протягу).
 - За преформовані шляхах.
 - Лабірінтогеннимі.
 - Гематогенний.
 - Лімфогенний.
 - Через дегісценції.
 - Травматичний.
- 

ЕТАПИ РОЗПОВСЮДЖЕННЯ ІНФЕКЦІЇ



- I етап - екстрадуальний (епідуральний) абсцес; різновид - перісінуозний абсцес.
- II етап - субдуральний абсцес.
- III етап - розлитої гнійний менінгіт.
- IV етап - абсцес великих півкуль мозку або мозочка.

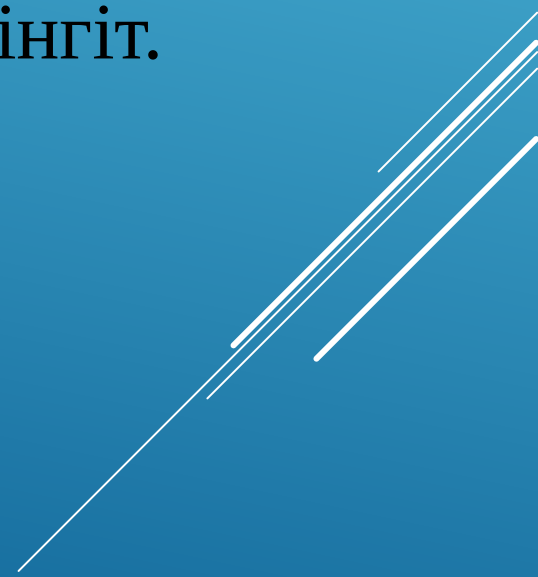
КЛІНІКА ОТОГЕННОГО МЕНІНГІТУ

- 1. Інтенсивна головний біль.
- 2. Нудота і блювання центрального генезу.
- 3. Втрата свідомості, марення.
- 4. Поза «рушничного курка» або «лягавою собаки».
- 5. Температура тіла 39-40 С (continua), пульс прискорений.
- 6. Менінгеальні (оболонкові) симптоми: ригідність потиличних м'язів, з-ми Керніга, верхній і нижній Брудзинського.
- 7. Додаткові дослідження: очне дно, кров, спинномозкова рідина.

ЛІКВОР ПРИ ОТОГЕННОМУ МЕНІНГІТІ

- Підвищений тиск (норма 60 крапель в хвилину, 150-200 мм вод.ст.).
- Мутний.
- Плеоцитоз (норма 3-10 клітин в 1 мл).
- Підвищений вміст білка (норма 0,15-0,45 г / л).
- Позитивні глобулінові реакції Нонні-Апельта і Панді.
- Вміст цукру і хлоридів знижується (норма: цукор 2,5-4,9 ммоль / л; хлориди 120-130 ммоль / л).
- Мікробіологічне дослідження.

ДИФЕРЕНЦІЙНА ДІАГНОСТИКА ОТОГЕННОГО МЕНІНГІТУ

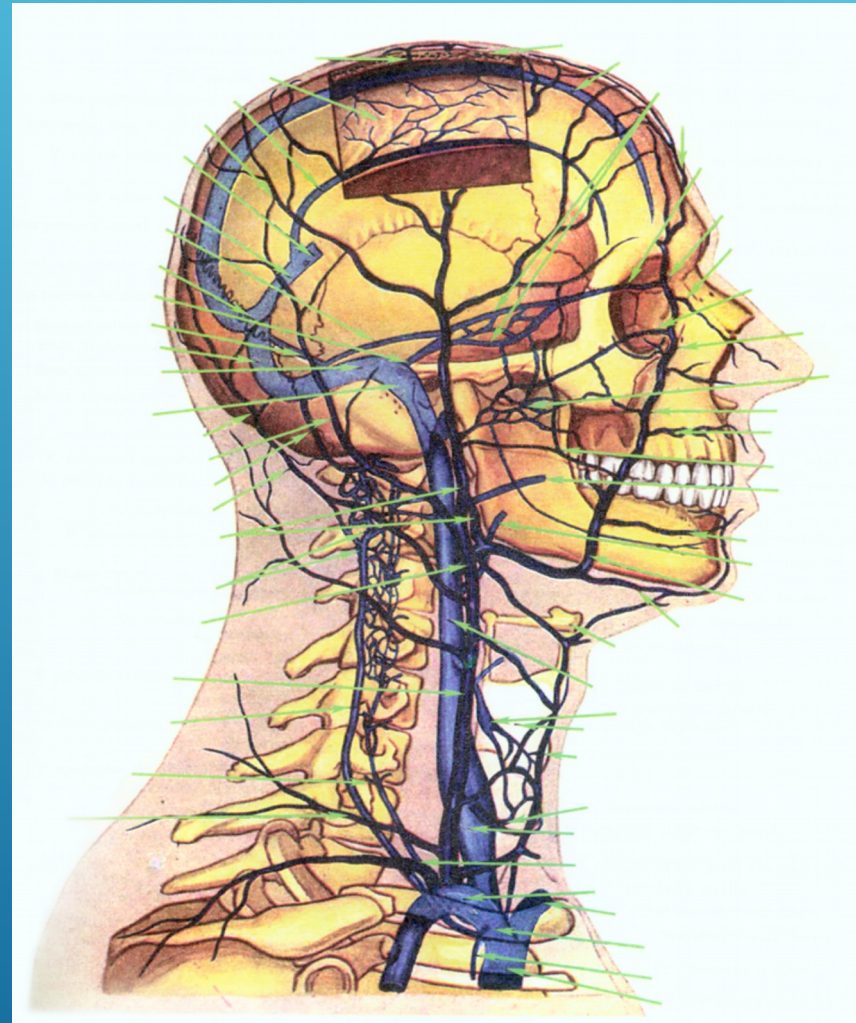
- 1.Туберкулезний менінгіт.
 - 2.Епідемічний цереброспінальної менінгіт.
 - 3.Серозний (вірусний) менінгіт.
- 

ЗАГАЛЬНІ ПРОЯВИ ОТОГЕННОГО СЕПСИСУ

- Гектична температура: підвищення температури супроводжується ознобом, критичне падіння - проливним потом.
- Пульс відповідає температурі.
- Желтушність.
- Гемограма характерна для запального процесу.
- Посів крові.
- Метастатичні гнійники в легенях, суглобах, підшкірній клітковині, м'язах.

ОСЕРЕДКОВІ СИМПТОМИ ОТОГЕННОГО СЕПСИСУ

- С-м Грізінгер.
- С-м Уайтінга.
- С-м Фосса.



СТАДІЇ АБСЦЕСУ МОЗКУ

I. Стадія. Початкова - 1-2 тижні.

- ▣ головний біль;
- ▣ загальна слабкість;
- ▣ підвищення температури тіла;
- ▣ нудота блювота.

II. Стадія. Латентна - 2-3 тижні (симптоми слабо виражені або відсутні).

III. Стадія. Явна - кілька тижнів.

▣ 1-а група симптомів - гнойний процес. Слабкість, відсутність апетиту, затримка стільця, обкладений язик, неприємний запах з рота, виснаження, запальні зміни в гемограмі.

▣ 2-а група симптомів - гіпертензійний синдром. Головний біль, блювота, брадикардія, застійні явища на очному дні, можуть спостерігатися менінгеальні знаки.

□ 3-тя група симптомів - порушення діяльності провідних систем і підкіркових ядер. Геміпарези і геміпаралічем на протилежній абсцесу стороні, парез лицьового нерва по центральному типу, парез окорухового нерва, судомні напади, пірамідні симптоми Бабінського і Оппенгейма.

□ 4-а група симптомів - вогнищеві неврологічні порушення:

- скронева частка - амнестическая афазія, сенсорна афазія, логорея;


- задній відділ верхньої скроневої звивини і тім'яна область - алексія, аграфія, порушення стереогноза;

- скронева і потилична частки - гемианопсія;

- лобова частка - моторна афазія, какозмія, астазія, абазія;

- психічні розлади - емоційні та особистісні.

□ IV Стадія. Термінальна.

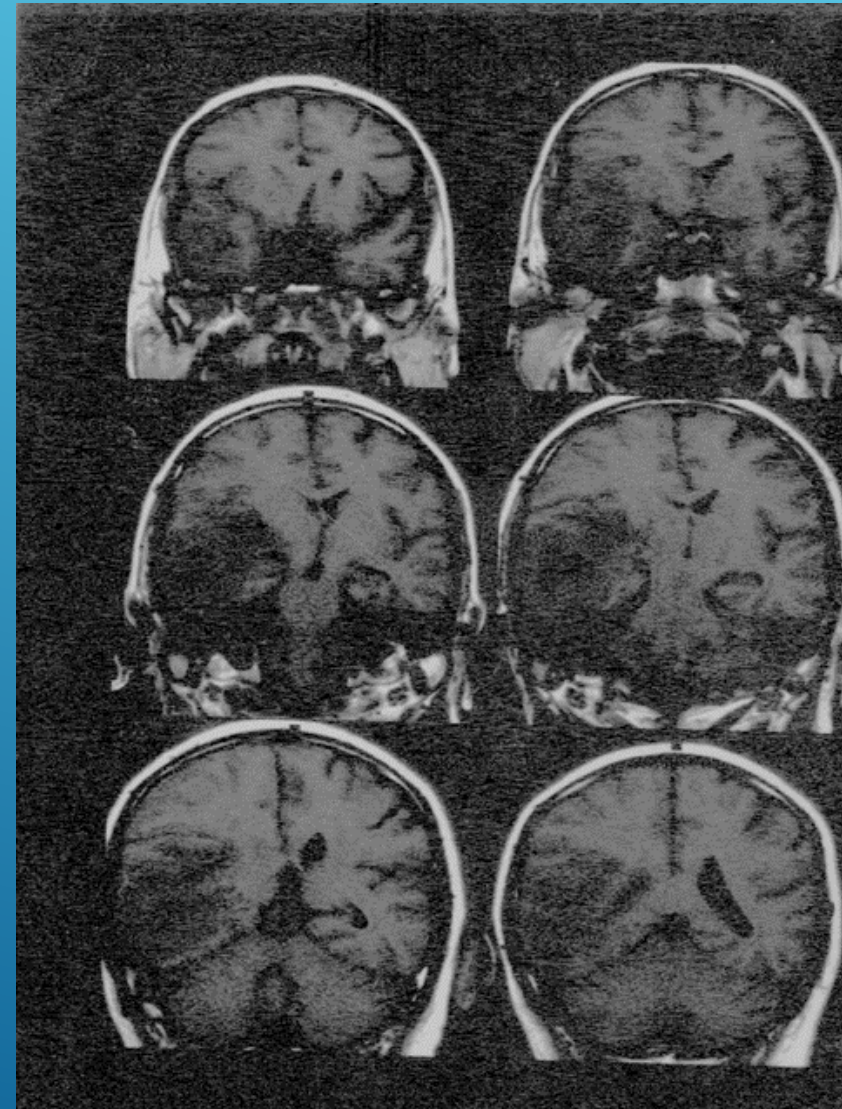
- втрата свідомості;
 - обмеження погляду вгору;
 - анизокория;
 - порушення ритму дихання;
 - гіпертермія до 40°C ;
 - смерть.
- 

СИМПТОМИ ОСЕРЕДКОВОЇ ПОРАЗКИ МОЗОЧКА

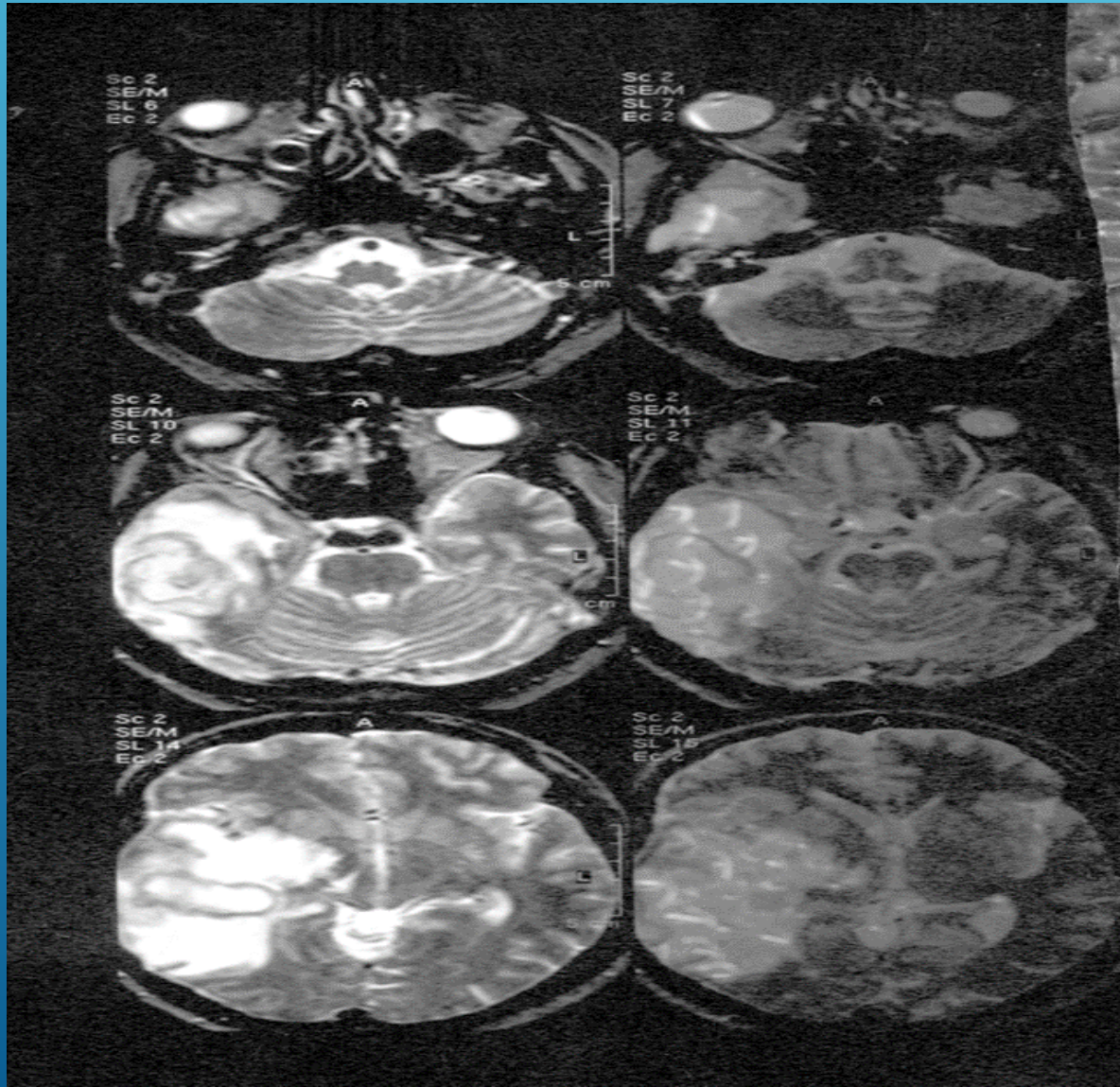
- Мозжечкова гіпотонія (зниження тону м'язів) на стороні абсцесу.
- Атаксія - поза Ромберга, хода.
- Спонтанне промахивание на хворому боці.
- Адіадохокінез.
- Крупно-або середнеразмашісти спонтанний ністагм, спрямований в хвору сторону.

СУЧАСНІ МЕТОДИ ДІАГНОСТИКИ АБСЦЕСУ МОЗКУ

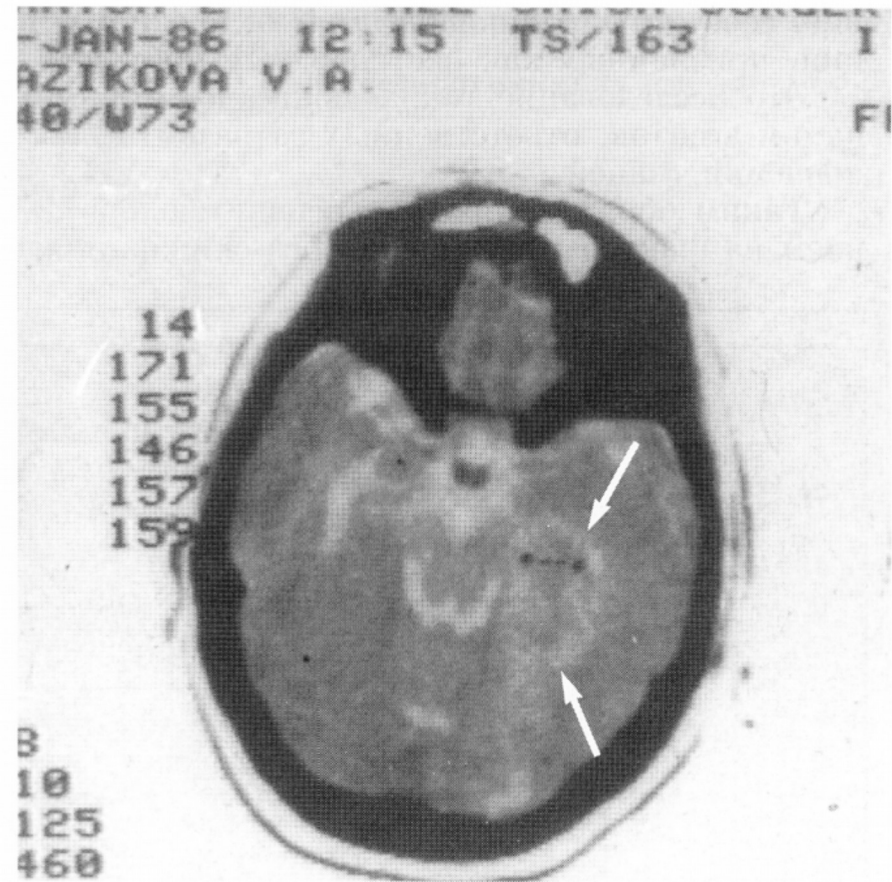
- Ехоенцефалографія (ЕХО ЕГ).
- Радіоізотопна енцефалографія (сцинтиграфія).
- Комп'ютерна томографія, МРТ.



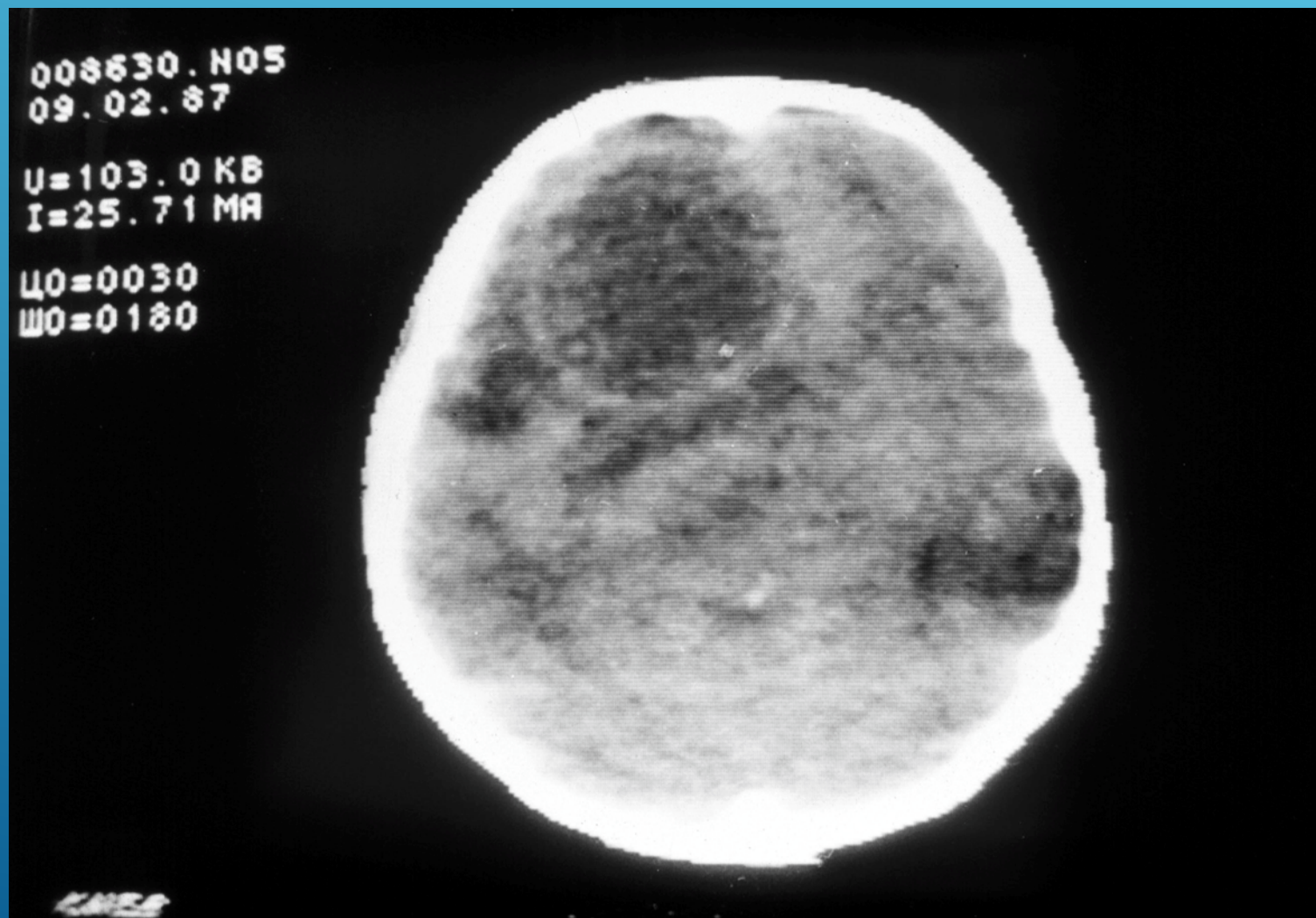
КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАМА ХВОРОГО З АБСЦЕСОМ СКРОНЕВОЇ ЧАСТКИ МОЗКУ



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАМА ХВОРОГО З АБСЦЕСОМ СКРОНЕВОЇ ЧАСТКИ МОЗКУ



КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАМА ХВОРОГО З АБСЦЕСОМ ГОЛОВНОГО МОЗКУ

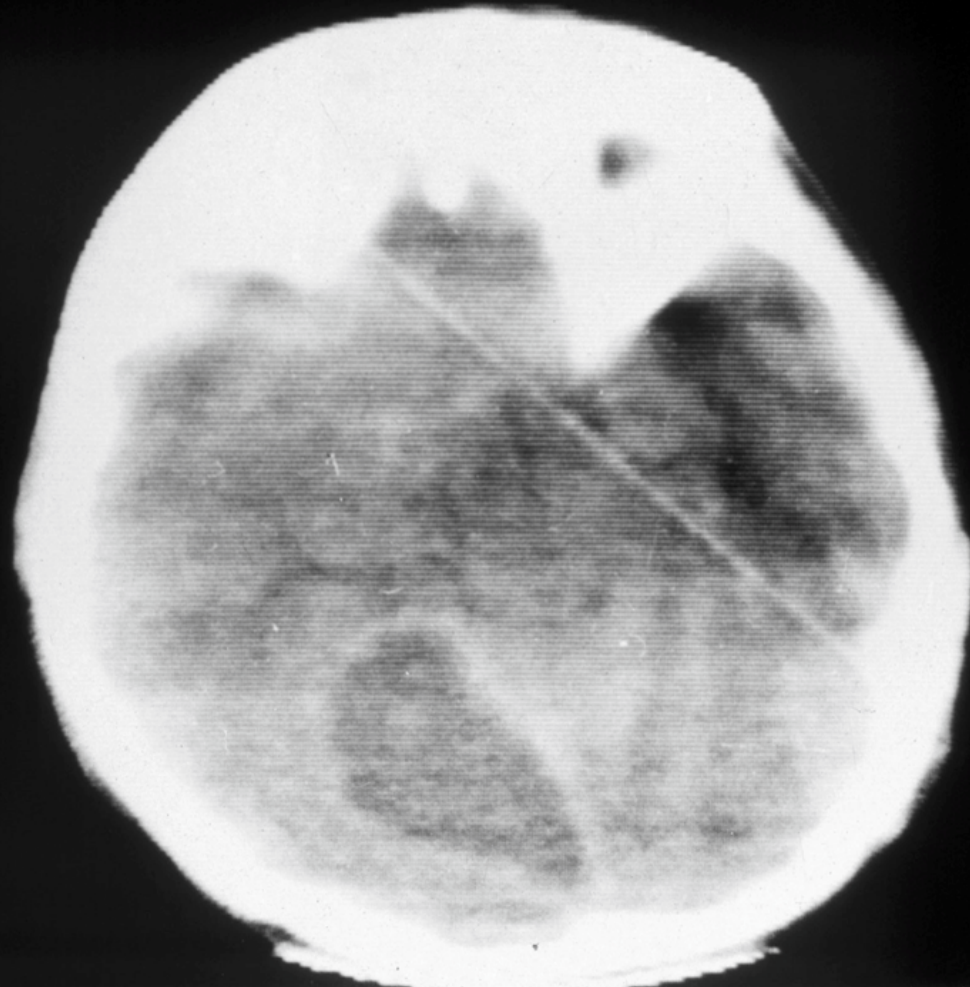


КОМП'ЮТЕРНА ТОМОГРАМА ХВОРОГО З АБСЦЕСОМ ГОЛОВНОГО МОЗОЧКУ

003244. КОЗ
25.02.86


U=115.4 КВ
I=25.96 МА

ЦО=30
ШО=180



КМБВ

ПРИНЦИПИ ЛІКУВАННЯ

- Хірургічне лікування.
 - Медикаментозне лікування.
 - Антибактеріальне.
 - Дегідратація і дезинтоксикація.
 - Антикоагулянти (синус-тромбоз).
 - Симптоматичні засоби.
- 

ЛЕТАЛЬНІСТЬ

- Отогенний сепсис - 2-4%.
 - Менінгіт - 8-10%.
 - Абсцес - 30-40%.
- 