

Лекционный материал по теме:

Организация ЛОР помощи населению. Сестринский уход при заболеваниях уха.

Содержание:

1. Организация ЛОР помощи населению.
2. Особенности работы медицинской сестры оториноларингологического кабинета.
3. Принципы обследования пациентов при заболеваниях уха.
4. Сестринский уход при не воспалительных заболеваниях наружного уха (отогематома, серная пробка, инородное тело).
5. Сестринский уход при воспалительных заболеваниях уха (диффузный наружный отит, экзема, фурункул, отомикозы).

Оториноларингология - медицинская наука, изучающая морфологические и функциональные особенности верхних дыхательных путей (ВДП) и уха, а также патологию, смежных с ними областей.

Организация оториноларингологической помощи в РФ:

- кабинеты (взрослые, детские) общего ЛОР приёма и специализированные (фониатрические, сурдологические и слухопротезирования);
- ЛОР стационары (взрослые, детские, смешанные).

Весьма актуальным является определение задач и обязанностей медицинской сестры в обеспечении полноценной деятельности этих подразделений.

Изучение заболеваемости, проведенное в последние годы, показало, что до 16% всех обращений в лечебные учреждения вызваны болезнями уха, горла и носа. В структуре ЛОР патологии на первом месте стоят ангины, на втором отиты, далее следуют синуситы и другие болезни ВДП и уха. Ангины занимают одно из первых мест среди заболеваний с временной утратой трудоспособности и составляют 8–10 случаев на 100 работающих в год, а в некоторых отраслях производства этот показатель еще выше. Уровень заболеваемости населения ангинами в ряде регионов РФ колеблется в пределах 67–86 случаев на 1000 населения. У детей он выше. У больных хроническим гнойным средним отитом этот уровень составляет 3–10 на 1000.

Среди причин летальности госпитализированных ЛОР больных первое место принадлежит риносинусогенными и отогенным внутричерепным осложнениям.

Оториноларингологический кабинет является одним из структурных подразделений районной или городской поликлиники (взрослой или детской). Площадь его должна быть достаточной, учитывая многообразие оборудования: смотровой, эндоскопический и хирургический инструментарий, различную аппаратуру. В соответствии с современными требованиями ЛОР блок должен состоять из 3-х комнат, достаточно изолированных от уличного и производственного шума. В одной из них проводят осмотр больных. Там располагается смотровой стол с набором инструментария, настольная лампа. В этой же комнате находятся столы для врача и медсестры, где оформляются медицинские документы, выписываются рецепты и т. д.

Вторая комната имеет двойное назначение: она служит для выполнения эндоскопических исследований, диафаноскопии, в ней могут проводиться криохирургические вмешательства. На отдельном столике находятся стерильные инструменты для трахеотомии, остановки кровотечения и т. д. Одна из этих комнат должна иметь длину не менее 6 метров в одном направлении, чтобы можно было исследовать слух у больных.

Третья комната – операционная должна отвечать всем требованиям, предъявляемым к подобным залам.

Освещенность смотрового и других кабинетов должна меняться. Поэтому окна оснащают приспособлениями для их затемнения, т. к. эндоскопические исследования и ЛОР операции производятся с использованием искусственного источника света.

Немаловажна роль медицинской сестры в подготовке помещения (кабинета, перевязочной, операционной) к приему больных, проведению осмотра и оказании помощи им. Деятельность медицинской сестры направлена на оказание квалифицированной сестринской помощи пациентам и членам их семьи, включая укрепление здоровья, профилактику заболеваний, уход в период болезни и реабилитации.

Функциональные обязанности медицинской сестры оториноларингологического кабинета (отделения):

1. Подготовка к работе инструментария, медикаментов и документации.
2. Во время приёма больных осуществлять по указанию врача следующие диагностические манипуляции:
 - а) исследование слуха шепотной и разговорной речью;
 - б) ольфактометрию;
 - в) измерение температуры тела;
 - г) взятие мазка из носа, зева, наружного слухового прохода.
3. Активное участие в лечении больных:
 - а) вливание капель в нос и ухо;
 - б) смазывание слизистой оболочки носа и глотки;
 - в) вдвухвание лекарственного порошка в ухо, полость носа;
 - г) туалет ушей;
 - д) введение в ухо турунд с лекарственными веществами;
 - е) удаление серных пробок промыванием наружных слуховых проходов;
 - ж) продувание ушей по Политцеру;
 - з) массаж барабанных перепонок (с помощью пневматической воронки Зигле);
 - и) введение антибиотиков в верхнечелюстную (гайморову) пазуху методом перемещения;
 - к) промывание лакун небных миндалин;
 - л) наложение согревающего полуспиртового компресса.
4. По назначению врача выполнять перечисленные ниже процедуры:
 - а) заполнение различной медицинской документации (направления на лечение, обследование, статистические талоны и др.);
 - б) выписывание листка нетрудоспособности;
 - в) регистрация операций и заполнение операционного журнала;
 - г) учёт диспансерных больных.
5. По окончании работы медсестра должна провести обработку инструментария, убрать медикаменты, привести в порядок медицинскую документацию.

Сестринский уход при заболеваниях уха.

Основные причины, вызывающие болезни уха.

В первую очередь к причинам, вызывающим поражения слухового аппарата нужно отнести факторы инфекционной природы. Вот основные из них: гемолитический стрептококк (вызывает рожистое воспаление наружного уха), синегнойная палочка (чаще всего является причиной гнойного перихондрита), стафилококк (фурункул наружного уха, острый и хронический тубоотит), стрептококк (воспаление евстахиевой трубы, средний отит), пневмококк (вызывает средний отит), плесневые грибы (вызывают отомикоз), вирус гриппа (отит) и многие другие среди которых микобактерия туберкулеза (туберкулез уха) и бледная трепонема (сифилис уха) .

Эти инфекции могут сами вызывать воспалительные поражения уха, так быть осложнениями воспалительных процессов в других органах – это и поражения пазух носа (острые и хронические фронтиты, гаймориты), в результате ангины, скарлатины, гриппа и других.

К присоединению инфекции способствуют такие факторы, как микротравмы уха, снижение местного и общего иммунитета, неправильная гигиена уха, аллергические реакции. Также эти инфекционные поражения кроме воспалительных процессов в дальнейшем могут давать осложнения и вызывать нейросенсорную тугоухость.

Из других причин, вызывающих заболевания уха следует отметить о повышенной функции желез слухового прохода, в результате которой, при неправильной гигиене, может возникнуть серная пробка.

Токсичным действием на ухо обладают некоторые лекарственные препараты (антибиотики аминогликозиновой группы).

Ещё часто встречающимися являются травмы уха: механические (ушиб, удар, укус), термические (высокие и низкие температуры), химические (кислоты, щелочи), акустические (кратковременное или длительное воздействие на ухо сильных звуков), вибрационные (из-за воздействия вибрационных колебаний, производимых различными механизмами), баротравма (при изменении атмосферного давления). Также причинами поражений уха могут быть инородные тела (чаще всего у детей, когда они заталкивают себе пуговицы, шарики, камушки, горошины, бумагу и другое; реже у взрослых – обломки спичек, кусочки ваты, насекомые).

Ещё к причинам можно отнести генетические мутации, в результате чего возникают врожденные аномалии развития слухового аппарата.

Симптомы заболеваний уха.

Одним из основных клинических проявлений заболеваний уха будет боль. Чаще всего она встречается при воспалительных заболеваниях слухового анализатора. Она может быть разной (очень сильной при фурункуле, так и слабой при евстахиите), может иррадиировать в глаз, нижнюю челюсть, возникать при жевании, глотании, также может болеть голова на стороне поражения.

Довольно часто при воспалительных поражениях встречается гиперемия (покраснение) уха, припухлость ушной раковины и флюктуация (при наличии гноя).

Помимо этих местных проявлений часто еще встречаются и общие проявления: повышение температуры тела, озноб, снижение аппетита, плохой сон. При аллергических заболеваниях встречаются жжение и зуд в ухе (при экземе).

Нередко возникает такой симптом, как ощущение переливания жидкости, плеск, при перемещениях головы.

Также часто встречаются выделения из уха, они могут быть гнилостными (при экземе), гнойными постоянными и периодическими (при отитах), кровянистыми (при злокачественных новообразованиях), кровянисто-гнойными, серозными, которые могут быть с запахом или без него.

Также при различных заболеваниях уха пациенты жалуются на снижение слуха, шум в ухе, аутофонию (восприятие собственного голоса заложенным ухом), тугоухость (любое ослабление слуховой функции) на различные звуковые частоты, выраженность которой зависит от активности воспалительного процесса в ухе, глухота (полное отсутствие способности восприятия звуков), головокружения сопровождающиеся рвотой (при поражениях вестибулярного аппарата).

При осмотре можно выявить покраснение, припухлость наружного уха, увидеть расчесы на наружном ухе и в слуховом проходе, мелкие пузырьки, корочки серовато-желтого цвета. При пальпации более детально оценить болевой симптом, в каком именно месте болит, куда отдает боль, как сильно нужно надавить для возникновения болевого симптома.

Методы исследования уха.

Наружный осмотр и пальпация уха. В норме пальпация уха безболезненна, при воспалительных поражениях появляется боль.

Отоскопия производится при помощи ушной воронки, при воспалительных заболеваниях возникают изменения слухового прохода, можно увидеть различное отделяемое, корочки, расчесы, при различных поражениях изменяется и барабанная перепонка (в норме она должна быть серого цвета с перламутровым оттенком).

Определение проходимости слуховых труб.

Это исследование основано на продувании и прослушивании шума воздуха, проходящего через слуховую трубу пациента, последовательно выполняют 4 способа продувания, для определения степени проходимости слуховой трубы.

Первый способ, способ Тойнби, позволяет определить проходимость слуховых труб при совершении глотательного движения, выполненного при закрытом рте и носе.

Второй способ, способ Вальсальвы, делается глубокий вдох, а затем производится усиленное надувание при плотно закрытом рте и носе, при заболеваниях слизистой оболочки слуховых труб, этот опыт не удается.

Третий способ, способ Политцера, и четвертый способ – продувание слуховых труб при помощи катетеризации, кроме диагностических эти способы используют ещё и как лечебные.

Исследование функций слухового анализатора.

Речевое исследование слуха. Исследование шепотной и разговорной речью. Врач шепотом произносит слова, сначала с расстояния 6 метров, если пациент не слышит, то расстояние сокращают на один метр и так далее, аналогично проводится исследование с разговорной речью.

Исследование камертонами, при помощи камертонов исследуют воздушную проводимость, костную проводимость. Опыты с камертоном, опыт Ринне, сравнивают воздушную и костную проводимость, положительный опыт, если воздушная проводимость в 1,5 – 2 раза выше костной, отрицательный наоборот, положительный должен быть в норме, отрицательный – при заболеваниях звукопроводящего аппарата.

Опыт Вебера, ставят звучащий камертон на середину головы и в норме пациент должен слышать звук одинаково в обоих ушах, при одностороннем заболевании звукопроводящего аппарата звук латерализуется в больное ухо, при одностороннем заболевании звуковоспринимающего аппарата звук латерализуется в здоровое ухо.

Опыт Желле, определяют наличие отосклероза. Опыт Бинга, проводится для определения относительной и абсолютной проводимости звука через кость. Опыт Федеричи, нормально слышащий человек звук камертона с козелка воспринимает более продолжительно, чем с сосцевидного отростка, при нарушении звукопроведения наблюдается обратная картина.

Исследование слуха с помощью электроакустической аппаратуры, основной задачей этого исследования является всестороннее определение остроты слуха, характера и уровня его поражения при различных заболеваниях. Они могут быть тональными, речевыми и шумовыми.

Исследование функции вестибулярного аппарата. Исследование устойчивости в позе Ромберга, при нарушениях вестибулярного аппарата, пациент упадет. Исследование по прямой линии, при нарушениях пациент отклоняется в сторону. Указательная проба, при нарушениях пациент будет промахиваться. Для определения нистагма (непроизвольные колебательные движения глаз) используют следующие пробы: пневматическая, вращательная, калорическая.

Для исследования функции отолитового аппарата применяют отолитовую пробу.

Из других методов для исследования уха применяют рентгенологический метод. В частности для выявления травматических повреждений (переломы шиловидного отростка, сосцевидного отростка височной кости), для выявления различных новообразований доброкачественных и злокачественных слухового анализатора. Для этого используют как

обычную рентгенографию, так и компьютерную томографию и магнитно-резонансную томографию.

Также для исследования можно брать выделения из уха, для определения возбудителя, вызвавшего то или иное заболевание и в дальнейшем определить чувствительность его к антибиотикам для правильного лечения.

Общий анализ крови также помогает в диагностике заболеваний уха. В случаях воспалительного поражения уха, в крови будет лейкоцитоз, увеличение скорости оседания эритроцитов.

Профилактика заболеваний уха.

Профилактика этих заболеваний (особенно воспалительной природы) основана на тщательном соблюдении личной гигиены и гигиены уха, своевременное и правильное лечение заболеваний других органов, особенно расположенных рядом: нос, придаточные пазухи носа, глотка (особенно это относится к детскому возрасту, в котором довольно часто причиной возникновения заболеваний уха являются аденоиды, закрывающие устья слуховых труб и тем самым нарушающих вентиляцию среднего уха), борьба с хроническими инфекциями, при наличии у пациента искривления носовой перегородки, гипертрофии носовых раковин, полипов нужно проводить хирургические вмешательства с целью восстановления функций верхних дыхательных путей и слуховой трубы, из общих профилактических мероприятий следует указать на закаливание организма.

Для профилактики воспалительных поражений внутреннего и среднего уха нужно отметить своевременное лечение воспалительных заболеваний наружного уха. При работе с химическими веществами соблюдать меры безопасности использовать индивидуальные средства защиты.

Для профилактики акустической травмы ежегодно проходить медицинские осмотры, если выявляются отклонения, то лучше поменять работу, а на производстве использовать индивидуальные средства защиты (вкладыши, тампоны, шлемы) и, чтобы помещение было оборудовано звукопоглощающими и звукоизолирующими средствами.

Для профилактики баротравм соблюдать меры предосторожности, обеспечивающие медленное изменений атмосферного давления.

Для профилактики вибротравм проводятся мероприятия по виброизоляции, вибропоглощению, виброзаглушению.

При возникновении каких-либо симптомов, связанных с слуховым анализатором, необходимо обратиться к специалисту, чтобы предотвратить осложнения, одним из которых может стать глухота, правильно и своевременно начав лечение.

Не воспалительные заболевания наружного уха.

Отогематома— это ограниченное скопление крови между хрящом и надхрящницей или кожей и надхрящницей, развивающееся вследствие прямой травмы ушной раковины.

Причины:

Травма ушной раковины.

Травмы спортсменов (боксеры, борцы).

Длительное сдавление ушной раковины у пожилых или истощенных лиц (например, жесткой подушкой).

Клиническая картина

Жалобы на припухлость в верхней трети ушной раковины по передней поверхности.

При осмотре:

Припухлость ушной раковины в верхней трети по передней поверхности красновато-синюшного цвета сферической формы с гладкой поверхностью, покрытое нормальной кожей. Пальпация безболезненная. Флюктуация при пальпации. Мочка не изменена. Скопление крови и лимфы между кожей и надхрящницей или между надхрящницей и хрящом ушной раковины. Кровь не сворачивается. В результате нагноения отогематомы в

воспалительный процесс вовлекается надхрящница и хрящ, что может привести к деформации ушной раковины.

Диагностика

Необходима консультация врача-оториноларинголога.

Лечение отогематомы

Лечение хирургическое.

Серная пробка. В наружном ухе около 2000 серных желез, которые вырабатывают около 15-20 мг ушной серы в месяц. Ушная раковина устроена таким образом, что в процессе жевания она самоочищается от серы.

Причины возникновения серных пробок в ушах:

1) Неправильная гигиена ушной раковины. Самая грубая ошибка молодых мамочек - чистка ушей ватными палочками. Ватными палочками чистить уши нельзя, т.к. при этом часть серы заталкивается вглубь и утрамбовывается, образуя пробку. Даже чистка специальными ватными палочками с ограничителями может образовать серную пробку. Гигиенические палочки можно использовать только для гигиены наружной части уха.

2) Усиленная работа сальных желез, вырабатывающих серу. При этом ушная раковина попросту не успевает самоочистить ухо, сера накапливается и образывается пробка.

3) Строение ушной раковины. Существуют типы ушных раковин, предрасположенных к серным пробкам.

Симптомы

Как правило серные пробки не доставляют дискомфорт и никак себя не проявляют. Определить наличие пробки можно визуально, немного оттянув ушко и заглянув внутрь.

Виды серных пробок:

1) Пастоподобные;

2) Пластилиноподобные;

3) Сухие, твёрдые как камушек.

Лечение серной пробки:

Лечение проводят в кабинете отоларинголога (ЛОРа). Если пробка не сухая и не твердая, то вымывание начинают сразу. Если пробка твёрдая и сухая, то в течении 3-5 дней капают 3% перекись водорода по полпипетки в каждое ухо на 1 минуту по 4-5 раз в сутки. Это делается для того чтоб размягчить пробку для дальнейшего вымывания. После попадания перекиси в слуховой проход, начинается шипение (это немного не приятное ощущение) и комочки растворенной серы выталкиваются в наружное ухо.

В домашних условиях лечить серную пробку не рекомендуется, т.к. только специалист-отоларинголог может определить до конца ли она была вымыта.

Инородные тела уха в большинстве случаев наблюдаются у детей, которые в силу своего природного любопытства засовывают в наружный слуховой проход всевозможные мелкие предметы (бусины, семечки, плодовые косточки, бумага и пр.). У взрослых людей инородные тела в ухе оказываются в основном при попытке почистить его, или унять возникший зуд (обломки спичек, кусочки ваты и пр.). Также возможно попадание в ухо различных насекомых (муравьи, тараканы, клопы, мухи и пр.). Если инородное тело пребывает в ухе достаточно длительный промежуток времени – возможно развитие воспалительных процессов (и других нарушений) в наружном ухе

Симптомы

Если в ухе находится инородное тело сравнительно небольшого размера с гладкими стенками, кроме ухудшения слуха, никаких других симптомов может и не быть.

Если же инородные тела с острыми краями, а особенно если это живые насекомые – возникают достаточно неприятные, а в некоторых случаях и мучительные ощущения, служащие причинами шума и боли в ухе.

В некоторых случаях, инородное тело может достаточно длительно не давать о себе знать, но через определенное время вызвать воспаление среднего или наружного уха

Лечение

Самостоятельно извлекать инородное тело не рекомендуется, так как в случае проведения неправильных манипуляций, посторонний предмет можно протолкнуть еще глубже или нанести неприятную травму, что послужит в последствии назначением дополнительного лечения.

Попавших насекомых предварительно умерщвляют, закапав в ухо две – три капли 40%-го спирта или жидкого масла, а затем удаляют струей теплой воды из шприца Жане (если имеется перфорация барабанной перепонки – любые виды промываний ЗАПРЕЩЕНЫ!) или пинцетом.

Склонные к набуханию инородные тела растительного происхождения (злаковые, бобовые и пр.) предварительно обезвоживают путем неоднократного вливания в ухо 3% борной кислоты или 70% спирта.

Плоские мелкие инородные тела удаляются при помощи ушного пинцета.

Воспалительные заболевания уха.

Наружный диффузный отит (разлитое воспаление наружного слухового прохода) – острое или хроническое инфекционное разлитое воспаление кожи наружного слухового прохода.

Причины развития наружного диффузного отита

Наружный диффузный отит возникает при попадании инфекции через микротравмы на коже наружного слухового прохода. Провоцировать появление ран могут различные манипуляции в ухе, химические или термические ожоги.

Развитию воспаления способствует переохлаждение организма.

Основные возбудители, вызывающие наружный диффузный отит – стафилококки, стрептококки, протей, синегнойная палочка.

Клиническая картина, симптомы и диагностика наружного диффузного отита

Больные жалуются на зуд кожи в области наружного слухового прохода, гнилостные выделения из уха.

При надавливании на козелок определяется его болезненность.

При осмотре слухового прохода в острую стадию процесса обнаруживается покраснение, припухлость кожи перепончато-хрящевой части слухового прохода, последнее может приводить к некоторому сужению его просвета.

В глубине слухового прохода при наружном диффузном отите обнаруживается кашицеобразная масса, отличающаяся резким гнилостным запахом, состоящая из облущенного эпидермиса и гноя.

Барабанная перепонка немного покрасневшая, покрыта слущенным эпидермисом.

Если процесс приобретает хроническое течение, тогда вследствие воспалительной припухлости происходит значительное утолщение кожи слухового прохода и барабанной перепонки.

Лечение наружного диффузного отита

Чтобы уменьшить выраженность воспалительного процесса, в наружный слуховой проход вводят турунду, смоченную раствором борного спирта.

При выделениях из уха необходимо промывать слуховой проход теплыми антисептическими растворами (борной кислоты или фурацилина), после чего слуховой проход просушивают и припудривают порошком борной кислоты.

При выраженном зуде капают в ухо ментол в персиковом масле или закладывают сульфатиазоловую мазь.

Необходимо смазывать слуховой проход спиртовым раствором бриллиантового зеленого или раствором ляписа.

При наружном слуховом отите назначают ушные капли полидекса (смесь антибиотиков полимиксина В и неомицина, дексаметазона) или отофа (содержит антибиотик рифампицин).

Применяют физиотерапевтические методы лечения – УВЧ-терапию, УФО или лазеротерапию.

При хроническом течении процесса назначают антибиотики и сульфаниламидные препараты с учетом чувствительности к ним микроорганизмов, стафилококковый анатоксин.

Чтобы повысить общий иммунитет, назначают витамины группы А, В, С.

Профилактика наружного диффузного отита

Для предупреждения развития данного заболевания необходимо отказаться от самостоятельного удаления ушной серы из слухового прохода (особенно с помощью булавки, спичек), ведь это может способствовать развитию дерматита, появлению зуда и расчесов с последующим их инфицированием.

Экзема наружного уха представляет собой воспалительное кожное заболевание, для которого характерно появление элементов сыпи. Заболевание очень часто встречается как в детском возрасте, так и у взрослых. Возникая впервые, заболевание очень часто переходит в хроническую форму, для которой характерны периоды ремиссии и обострений. Чтобы не допустить этого, необходимо правильно и своевременно начинать лечение экземы. Следует отметить, что экзема не является заразным заболеванием и от человека к человеку при любом виде контакта не передается.

Причины возникновения заболевания до конца не изучены, однако выделяется ряд состояний, при которых вероятность возникновения экземы наружного уха значительно возрастает:

- аллергическая реакция на какие-либо пищевые аллергены, лекарственные вещества, металлы, используемые при изготовлении украшений для ушей;
- общие заболевания организма, особенно связанные с нарушением обмена веществ (например, сахарный диабет, рахит у детей);
- занесение инфекции в результате микротравм кожи наружного уха;
- профессиональные вредности (воздействие на кожу цементной или каменноугольной пыли);
- заболевания уха, в результате которых происходит постоянное выделение из слухового прохода гноя или крови (например, при хроническом среднем отите);
- длительное воспаление кожи наружного уха, вызванное грибами, может стать причиной возникновения грибковой экземы.

В большом количестве случаев установить истинную причину экземы не удастся, тогда экзему считают идиопатической. К обострению воспалительного процесса могут привести переутомление, нервно-психическое напряжение или депрессия.

Симптомы экземы наружного уха

По характеру течения заболевания выделяют два вида экземы: острую и хроническую. При острой форме заболевания происходит поражение поверхностных слоев кожи ушной раковины, а при хронической воспалительный процесс затрагивает все слои кожи, поэтому происходит выраженная деформация ушной раковины.

Экзема – заболевание, для которого характерна стадийность течения, для каждой стадии характерны свои особенности.

- Эритематозная стадия. Возникает покраснение и уплотнение участка кожи наружного уха, чаще всего в месте контакта с раздражителем. При хроническом течении заболевания эта стадия служит предвестником начала его обострения.

- Стадия высыпаний. На пораженном участке кожи появляется множество небольших пузырьков, заполненных прозрачной жидкостью, возникает сильный зуд кожи, который иногда даже становится причиной нарушения сна.
- Стадия мокнутия. Через несколько дней после начала предыдущей стадии происходит вскрытие пузырьков, жидкость из них вытекает, зуд стихает. В этот период времени очень важно соблюдать гигиену кожи в области поражения, поскольку велика вероятность попадания инфекции через поврежденный кожный покров наружного уха.
- Стадия образования корочек наступает через 2–3 дня после вскрытия всех пузырьков и высыхания излившейся жидкости, в результате чего на поверхности кожи образуются грязно-желтые корочки. Через некоторое время они самостоятельно отпадают, кожа под ними сухая, уплотненная, неэластичная, может покрываться маленькими трещинками.

При обострении хронической экземы наружного уха кожа поражаются все слои кожи, в результате чего она настолько уплотняется, что происходит даже сужение слухового прохода.

Лечение экземы уха

Для назначения схемы лечения при экземе наружного уха необходимо обратиться к дерматологу. Правильное лечение поможет избежать осложнений и перехода заболевания в хроническую форму, которая намного труднее поддается лечению. Не исключается использование и средств народной медицины, однако их применение также необходимо предварительно обсудить с врачом.

Лечение экземы достаточно сложное и длительное. В первую очередь необходимо устранить фактор, ставший причиной развития заболевания, если, конечно, удалось его выявить.

Помимо медикаментозного лечения при экземе наружного уха рекомендуется соблюдение диеты, особенно в тех случаях, когда экзема сочетается с нарушениями в работе желудочно-кишечного тракта. В рационе необходимо ограничить количество легкоусвояемых углеводов (сахар, кондитерские изделия), а также поваренной соли. Кроме того, следует исключить острые, копченые блюда, пряности, консервы, а также продукты-аллергены (шоколад, цитрусовые, мед). Следует увеличить в рационе количество свежих овощей и фруктов, отрубей и других продуктов, содержащих клетчатку, поскольку это способствует нормализации пищеварения и обмена веществ.

Назначение седативных средств необходимо для нормализации функции нервной системы, особенно в тех случаях, когда обострение экземы вызвано стрессовыми ситуациями. Применяются растительные препараты на основе валерианы и пустырника, а также средства, улучшающие сон.

Антигистаминные средства (Супрастин, Тавегил, Зодак) обладают противовоспалительным и седативным действием, кроме того, их прием способствует уменьшению зуда. Препараты назначаются курсом длительностью 10–14 дней.

Местное лечение

Для местного лечения экземы наружного уха можно использовать множество средств, однако не следует применять много препаратов сразу. Рекомендуется избегать контакта пораженного участка кожи с водой.

Необходимо промывать слуховой проход и ушную раковину раствором резорцина 1 % или раствором фурацилина. После промывания кожу следует подсушить, обработать 2 % раствором нитрата серебра, после чего слуховой проход тампонируется сухими чистыми турундами на сутки. Такие процедуры следует повторять в течение 2–3 дней, после чего можно наносить на пораженные участки кожи мази, в состав которых входят кортикостероидные гормоны.

Профилактика экземы наружного уха

В первую очередь профилактика заболевания сводится к устранению факторов, которые способствуют его появлению: правильное лечение среднего отита, грибковых заболеваний кожи, ношение украшений для ушей из благородных металлов и др.

Фурункул наружного слухового прохода - острое гнойное воспаление волосяного мешочка, сальной железы с ограниченным воспалением кожи и подкожной клетчатки перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода.

Этиология. Заболевание возникает в результате проникновения инфекции, чаще стафилококков, в сальные и волосяные мешочки при раздражении загрязненной кожи манипуляциями в ухе шпильками, пальцами, особенно у лиц, страдающих гноетечением из него. Общими предрасполагающими факторами являются простуда, нарушение обмена, в частности углеводного, неполноценное питание, авитаминозы и т.д. Фурункул наружного слухового прохода может быть также при общем фурункулезе.

Симптомы фурункула наружного слухового прохода

Клиническая картина. Ведущим симптомом фурункула наружного уха является сильная боль. Из уха она может иррадиировать в глаз, зубы, шею, иногда диффузно распространяется по всей голове. Боль усиливается при разговоре и жевании вследствие того, что суставная головка нижней челюсти, смещаясь, оказывает периодическое давление на стенки наружного слухового прохода и, следовательно, на участок воспаленной кожи. Резкая болезненность возникает при надавливании на козелок и нижнюю стенку слухового прохода, при оттягивании ушной раковины. В основе этой болезненности лежит тот же механизм, что и при появлении боли в момент разговора или жевания.

При отоскопии видно округлое возвышение гиперемизированной воспаленной кожи, суживающее просвет слухового прохода. Иногда можно видеть несколько фурункулов. Введение ушной воронки крайне затруднено из-за припухлости и боли. Инфильтрация кожи нередко распространяется на мягкие ткани, окружающие ушную раковину, на сосцевидный отросток. Регионарные околоушные лимфатические узлы увеличиваются, становятся плотными и болезненными при пальпации. При расположении фурункула на передней или нижней стенках в области санториниевых щелей инфекция может перейти на околоушную железу и вызвать ее воспаление.

Температура тела у больного с фурункулом зависит от явлений интоксикации, нередко можно наблюдать ее резкое повышение и озноб, большие перепады температуры тела (1—2 градуса) указывают на развитие сепсиса. Фурункул наружного уха чаще самопроизвольно вскрывается после созревания. В этот момент больной отмечает исчезновение боли, самочувствие постепенно улучшается. Средняя продолжительность заболевания 7 дней, однако возможны рецидивы.

Диагностика фурункула наружного слухового прохода

Диагностика основывается на данных анамнеза, жалобах, результатах обследования (болезненность при надавливании на козелок, жевании и т.д.). Часто фурункул можно видеть без помощи инструментов, если он локализуется у входа в слуховой проход; в остальных случаях осмотр производят с помощью узкой ушной воронки. В начале заболевания бывает заметен просвечивающий стержень, а после опорожнения можно увидеть кратерообразное углубление на припухлости, откуда выделяется гной.

В дифференциально-диагностическом плане следует исключить мастоидит. При фурункуле наружного уха в отличие от мастоидита припухлость и болезненность будут выражены прежде всего в области прикрепления ушной раковины, при мастоидите снижается слух, боль в области сосцевидного отростка. При фурункуле барабанная перепонка нормальная и слух не изменяется. В плане общего обследования больного необходимо производить исследование крови и мочи на содержание сахара и стерильность (рецидивирование фурункула нередко связано с диабетом).

Лечение фурункула наружного слухового прохода

В первые дни заболевания применяют антибактериальные препараты (аугментин, рулид, стрептоцид, эритромицин или тетрациклин внутрь; в тяжелых случаях назначают пенициллин в инъекциях по 1 000 000 ЕД 4—6 раз в сутки и др.). В наружный слуховой проход вводят турунду, пропитанную борным спиртом. Такие турунды оказывают местное противовоспалительное действие. В ряде случаев, особенно при стихании процесса, применяют стрептоцидовую, пенициллиновую или 1 % левомицетиновую эмульсию. Назначают жаропонижающие и болеутоляющие средства — ацетилсалициловую кислоту, анальгин, парацетамол, тайленол и т.д. Иногда применяют аутогемотерапию (2—3 внутримышечные инъекции крови, взятой из вены в количестве 7—10 мл, с промежутком в 48 ч).

В тех случаях, когда фурункул созрел (обычно на 4-й день заболевания), усилился болевой синдром или возникает опасность нагноения лимфатических узлов, следует вскрыть фурункул. Разрез делают под кратковременным наркозом или местным обезболиванием в месте наибольшего выбухания фурункула, затем удаляют стержень и гной, а образовавшуюся полость обрабатывают 5 % йодной настойкой. Слуховой проход осушают и затем вводят турунду, смоченную спиртом или гипертоническим раствором с целью дренажа 2 раза в день.

Общее укрепляющее лечение имеет важное значение, однако при назначении терапевтических средств и процедур следует принять во внимание данные обследования других органов и систем. Общее противовоспалительное лечение предполагает применение антибиотиков, сульфаниламидов, аутовакцины и стафилококкового анатоксина, комплекса витаминов.

Отомикоз — грибковое инфекционное заболевание уха, которое может распространяться в полость наружного, среднего уха. Помимо этого, грибковая инфекция может поразить послеоперационную полость при мастоидотомии.

По данным отоларингологии, исследования показали следующую картину: отомикозом, в общей структуре отитов, болеют 18% взрослого населения и 27% детей. Сравнительно чаще заболевание встречается в странах с влажным климатом (тропические страны). В особой группе риска находятся люди, которые занимаются плаванием или носят слуховой аппарат. В большинстве случаев отомикоз является односторонним. Только в 10% случаев больные страдают двусторонним поражением.

Причины возникновения

Грибковая флора как правило является возбудителем отомикоза. Какие грибы провоцируют заболевание:

- плесневые грибы *Aspergillus*;
- дрожжеподобные грибы *Candida*;
- грибы *Penicillium*;
- грибы рода *Rhizopus*.

Помимо этого, отомикоз в области наружного уха может возникнуть в результате какой-либо травмы уха, при повышенном потоотделении, во время систематического расчесывания уха. Также вызвать заболевание может узость слухового прохода и неправильная ушная гигиена.

Провоцирующими факторами развития заболевания являются нерациональный прием антибиотиков, неправильное применение гормональных препаратов. Нередки случаи, когда болезнь развивается на фоне таких заболеваний, как сахарный диабет, туберкулез, заболевания крови, ВИЧ-инфекции.

Классификация заболевания

Локализация заболевания классифицирует его на следующие группы:

- наружный;
- микотический;
- грибковый мирингит;
- послеоперационный.

По статистическим данным наружная стадия отомикоза появляется в 20-50% всех случаях отомикоза. Средний грибковый отит возникает в 10% заболевания. По клиническому течению отомикоз разделяют на 3 стадии:

- стадия предвестников — характеризуется заложенностью в ухе, зудом, видимых симптомов не обнаружено;
- острая — характеризуется болью, видимым отеком, покраснением, отореей (выделения из уха);
- хроническая — данная стадия характеризуется наличием долгого воспалительного процесса с проявляющимися, либо ослабляющими признаками обострения.

Симптомы

В зависимости от локализации воспалительного процесса, будут различаться и симптомы отомикоза.

Отмикоз наружного плана начинает проявляться с образования отечности слухового прохода, а также исчезновение жировой пленки. Больной начинает жаловаться на зуд в ухе, ощущение заложенности. На данной стадии большинство людей считает, что это банальная пробка в ухе. Они начинают интенсивно чистить ухо, что приводит к повреждению целостности кожи и попадание туда инфекции грибковой природы. Вследствие этого образуется острая стадия.

Во время течения острой стадии у больного наблюдается течение из уха воспалительного характера. Со временем объем выделяемой жидкости увеличивается. В некоторых случаях из-за большой отечности слуховая труба полностью перекрывается, что приводит к выраженной тугоухости. Во время наружного отомикоза больной ощущает интенсивную боль, которая может усиливаться при глотании.

Средний отит микотического характера как правило образуется в результате возникновения грибковой инфекции на фоне хронического гнойного отита среднего уха. Больной ощущает ухудшение общего самочувствия, интенсивную боль в ухе и обильное течение из уха. Слух снижается еще больше, заложенность и шум увеличивается в разы.

Грибковый мирингит образуется в результате перехода грибковой инфекции на барабанную перепонку. Болезнь сопровождается понижением слуха, которое возникает в результате нарушения подвижности барабанной перепонки.

Последняя стадия отомикоза, отомикоз послеоперационной полости, образуется у больных, у которых были удалены ячейки сосцевидного отростка во время гнойного мастоидита. Пациенты ощущают еще более интенсивную боль в ухе, а также усиление выделений из уха.

Диагностика

Диагностика заключается во взятии мазка из воспаленной полости уха. Далее проводятся микроскопические исследования мазка. О наличии отомикоза «говорят» обнаруженные нити мицелия и споры, а также рост колоний, характерных при наличии грибов.

Для постановки более точного диагноза в некоторых ситуациях необходимо проведение пробной противогрибковой терапии. По данным отоскопии выявляется

покраснение среднего уровня, в слуховом проходе обнаруживаются патологические выделения с поверхности кожи.

Во время грибкового мирингита выявляется покраснение и отечность барабанной перепонки. При отомикозе среднего уха наблюдается перфорация барабанной перепонки, из которой выходят патологические выделения. У пациентов, чей слух имеет весомые нарушения, проводится аудиометрия, а также исследования по проходимости слуховой трубы.

Лечение

Лечение отомикоза — процесс длительный, серьезный и не всегда заканчивается успешно. Рассмотрим, как лечить отомикоз уха. Основная терапия состоит из приема антимикотических препаратов:

- туалет уха — тщательное очищение слухового прохода и полости уха от скоплений серы, выделений; также рекомендуется проводить очистку уха после каждого нанесения мази — промывать слуховой проход теплым 3% раствором перекиси водорода;
- противогрибковое лечение — промывание полости уха антимикотическим раствором (жидкость Букова, амфотерицин, нистатин и т.д.);
- помимо промывания назначаются следующие противогрибковые препараты — микозолон, амикозол, ундецин;
- витаминотерапия, общеукрепляющее лечение.

При развитии упорного рецидивирующего отомикоза назначается общая противогрибковая терапия — назначаются лекарственные средства с фунгицидной активностью (флуконазол, кетоконазол). Поскольку отомикоз уха имеет смешанный характер микрофлоры, применяются средства, обладающие не только противогрибковым действием, но и обезболивающим эффектом. В большинстве случаев лечение отомикоза уха имеет благоприятный прогноз. При адекватном комплексном лечении наступает полное выздоровление больного.

Вопросы для самоконтроля:

1. Расскажите о функциональных обязанностях медицинской сестры ЛОР-кабинета (отделения)?
2. Перечислите методы исследования уха?
3. Какие причины возникновения серных пробок в ушах?
4. Расскажите о клинической картине наружного диффузного отита?
5. Какие стадии характерны для экземы наружного уха?
6. Перечислите симптомы фурункула наружного слухового прохода?
7. Какие стадии выделяют при отомикозе?

Домашнее задание:

1. Электронный лекционный материал по теме.

2. Т.В. Окунская, Сестринское дело в оториноларингологии, Москва, АМНИ, 2005г., с.5-21, 78-107.

СВР: 1. Подготовить информационное сообщение по теме “Анатомия и физиология органа слуха”.