

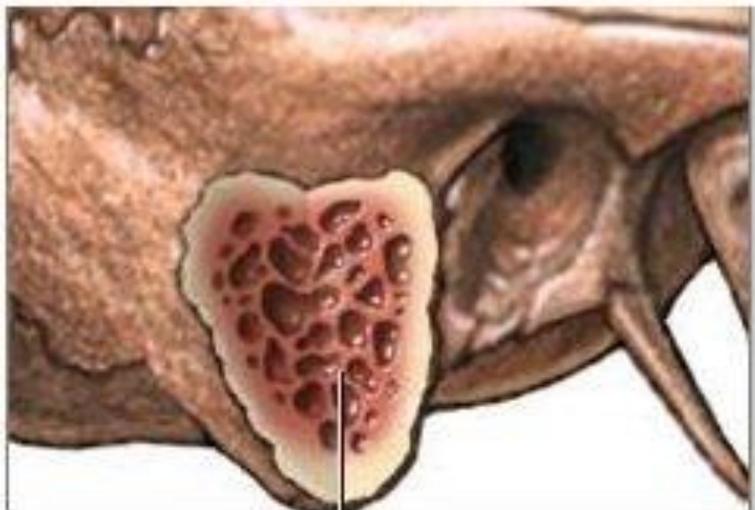
« Отогенные осложнения
(мастоидиты)»

Содержание

1. Мастоидит. Определение. Понятия.
2. Этиология.
3. Патогенез.
4. Клиническая картина.
5. Лечение.
6. Прогноз.

Мастоидит

- эмпиема сосцевидного отростка
- воспалительное поражение сосцевидного отростка височной кости инфекционного генеза.



Infection of mastoid air cells (mastoiditis)

Мастоидит преимущественно развивается на фоне острого гнойного среднего отита, значительно реже – при обострении хронического гнойного среднего отита.

Различают первичный мастоидит, при котором процесс в сосцевидном отростке развивается без предшествующего среднего отита, и вторичный, как осложнение среднего отита.



Этиология

При первичном мастоидите имеет значение травматическое поражение ячеистой структуры сосцевидного отростка при ударах, ушибах, преломах и трещинах костей черепа; возможен гематогенный переход гнойного процесса из лимфоузлов области сосцевидного отростка на костную ткань.

При вторичном мастоидите проникновение в ячеистую структуру сосцевидного отростка преимущественно происходит отогенным путем при остром или хроническом среднем отите.

Патогенез

Течение зависит от вида и вирулентности микрофлоры, состояния иммунитета, имеющих в ухе изменений в результате перенесенных ранее заболеваний, состояния полости носа и носоглотки.

При травматических мастоидитов вследствие образования трещин и переломов видоизменяются соотношения между системой воздухоносных полостей; излившаяся кровь при повреждении костей представляет благоприятную среду для развития инфекции с последующим расплавлением костных отломков.

Различают 2 стадии развития мастоидита:

- I. Экссудативная . Продолжается первые 7-10 дней заболевания, при этом развивается воспаление покрова ячеек – внутренний периостит сосцевидного отростка.
- II. Пролефиративно - альтеративная. Возникает сочетание параллельно протекающих продуктивных(развитие грануляций) и деструктивных(расплавление кости с образованием лакун) изменений.

Постепенная резорбция костной ткани приводит к разрушению костных перегородок между ячейками сосцевидного отростка: формируются отдельные разрушенные группы ячеек, которые, сливаясь, образуют различной величины полости, наполненные гноем и грануляциями или одну большую полость.

Мастоидит К.А. Орлеанского верхушечный, шейный наружный

При этой форме мастоидита гной прорывается на наружную поверхность верхушки сосцевидного отростка с развитием флюктуирующего инфильтрата вокруг прикрепления грудино-ключично-сосцевидной мышцы с выраженными воспалительными изменениями заушной области, сильной болью при пальпации; самостоятельная боль возникает при повороте головы вследствие миозита, может быть кривошея.

Мастоидит Бецольда

При этой форме гной прорывается через тонкую внутреннюю стенку верхушки, стекает вниз в область шеи и попадает под грудино-ключично-сосцевидную, ременную мышцу, длиннейшую мышцу головы и глубокие фасции шеи. Мышечно-фасциальные образования затрудняют прорыв гноя наружу; образуется флюктуирующий инфильтрат на боковой поверхности шеи; контуры верхушки сосцевидного отростка пропальпировать невозможно. При этом отмечают вынужденное положение головы с наклоном в сторону больного уха и вперед, боль в области шеи с иррадиацией в область плеча. Инфильтрат достаточно плотный и не часто флюктуирует; однако надавливание на него вызывает усиление гноетечения из уха в отличие от мастоидита Орлеанского.

Мастоидит Муре

Такая форма мастоидита сопровождается прорывом гноя в область двубрюшной ямки на передне-нижней поверхности верхушки сосцевидного отростка с последующим распространением в заднее подоклоушное пространство, где находятся внутренняя яремная вена с её луковицей, IX, X, и XI черепные нервы, лицевой нерв, шейный симпатический ствол и внутренняя сонная артерия.

Клиническая картина

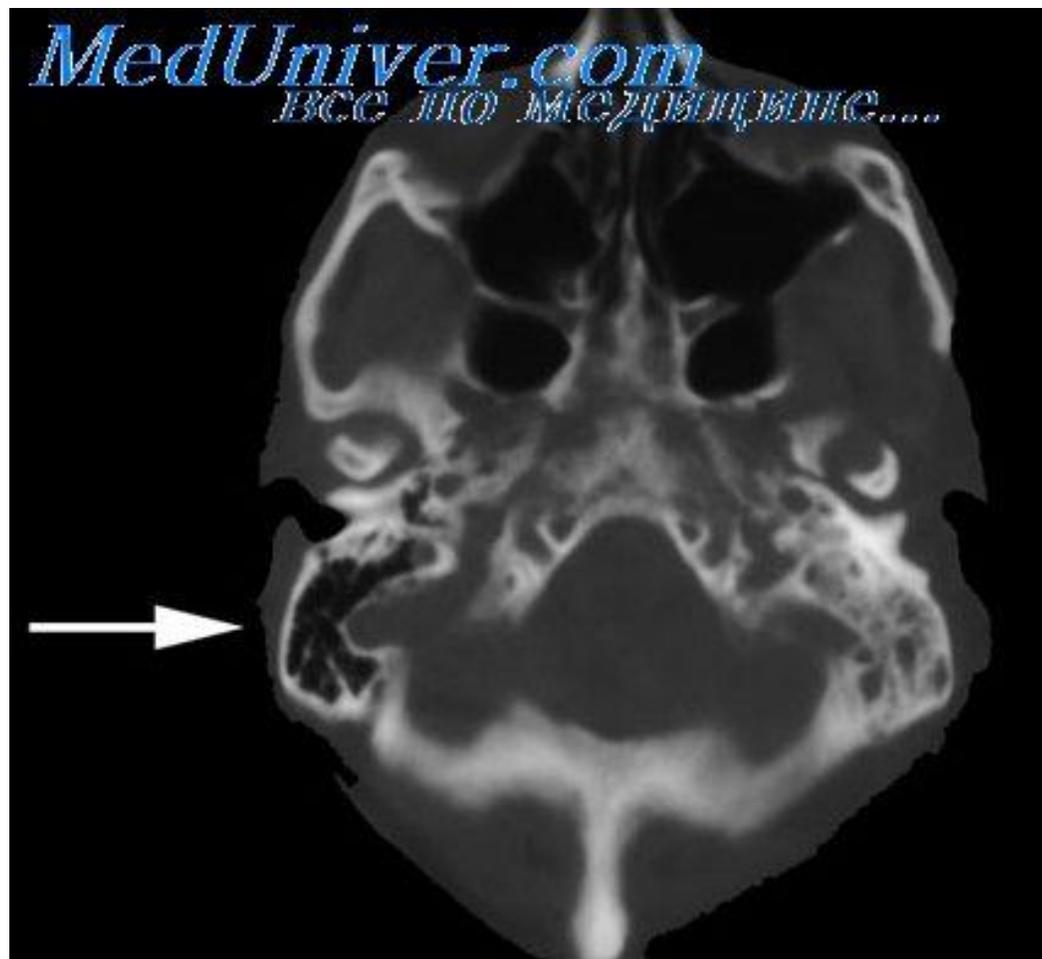
Отмечают субъективные и объективные признаки.

- К субъективным симптомам относят спонтанные боли в области сосцевидного отростка с иррадиацией в теменную, затылочную область, орбиту, альвеолярный отросток верхней челюсти. Характерно ощущение пульсации в сосцевидном отростке, синхронной с пульсом.
- Объективными признаками служат острое начало с повышением температуры, ухудшением общего состояния, интоксикация, головная боль. Выражена оттопыренность ушной раковины, припухлость и покраснение кожи заушной области, сглаженность заушной складки по линии прикрепления ушной раковины.



При отоскопии характерен симптом нависания задневерхней стенки костной части наружного слухового прохода.





КТ
Левосторонний средний отит, осложненный
мастоидитом

▶ **Физикальное обследование.**

Пальпация, перкуссия сосцевидного отростка, рентгенография височных костей, КТ , МРТ.

▶ **Лабораторные исследования.**

Клинический анализ крови, мазок гноя из слухового прохода и из полости сосцевидного отростка на микрофлору.

Лечение

Проводят в зависимости от этиологии заболевания, стадии развития мастоидита и наличия осложнений.

Считают целесообразным использование амоксициллина + клавулановой кислоты (амоксиклав) или цефалоспоринов II – III поколения.

Эту комбинацию антибиотиков оценивают как универсальную для подавления возбудителей острого среднего отита, осложненного мастоидитом.

При деструктивной стадии развития процесса показано срочное хирургическое вмешательство – антромастоидотомия.

Также в комплекс лечения включают физиотерапию (УВЧ, СВЧ).

Прогноз

При своевременном и рациональном лечении в подавляющем большинстве случаев прогноз благоприятный.

При поздней диагностике и неблагоприятном течении заболевания возможно развитие тяжелых внутричерепных осложнений, пареза лицевого нерва.