

УДК 616.28(075.8)

Усмонов Сайдулло Хусанхон угли.,

Нарбаев Зафар Камилович

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ЭНДОСКОПИЧЕСКИЕ МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ТУБООТИТА

Резюме: Патология среднего уха является актуальной проблемой современной оториноларингологии. Воспалительные и невоспалительные заболевания среднего уха часто приводят к тяжелым, опасным для жизни осложнениям и часто приводят к потере слуха. Одним из ведущих этиопатогенетических факторов, приводящих к патологии среднего уха, в частности кондуктивной тугоухости, является дисфункция слуховой трубы.

Среди различных причин острого тубоотита в данной статье важное место отводится патологии полости носа и околоносовых пазух, которые в большинстве случаев дебютируют на фоне ОРВИ.

В нашей научной работе вирусная природа этих случаев не требует назначения антибактериальной терапии, но в некоторых случаях в патологический процесс вовлекается сапрофитная микробная флора, а также возникают бактериальные осложнения со стороны верхних (отит, лимфаденит, тонзиллит, фарингит и др.) и нижних дыхательных путей (бронхит, пневмония, трахеобронхит и т.д.).

Ключевые слова: острый тубоотит, эндоскопия, хирургия.

Usmonov Saydullo Husankhon ugli.,

Narbayev Zafar Kamilovich

Department of Otorhinolaryngology

Andijan State Medical Institute

MODERN ENDOSCOPIC METHODS OF TREATMENT OF ACUTE TUBOOTITIS

Resume: Pathology of the middle ear is an urgent problem of modern otorhinolaryngology. Inflammatory and non-inflammatory diseases of the middle ear often lead to severe, life-threatening complications and often lead to hearing loss. One of the leading etiopathogenetic factors leading to pathology of the middle ear, in particular conductive hearing loss, is the dysfunction of the auditory tube.

Among the various causes of acute tubootitis in this article, an important place is given to the pathology of the nasal cavity and paranasal sinuses, which in most cases make their debut against the background of ARVI.

In our scientific work, the viral nature of these cases does not require the appointment of antibacterial therapy, but in some cases saprophytic microbial flora is involved in the pathological process, as well as bacterial complications from the upper (otitis, lymphadenitis, tonsillitis, pharyngitis, etc.) and lower respiratory tract (bronchitis, pneumonia, tracheobronchitis, etc.).

Key words: acute tubotitis, endoscopy, surgery.

Актуальность. Актуальность проблемы патологии слуха в нашей стране и в мире подчеркивается статистикой, свидетельствующей о стабильном росте числа глухих и слабослышащих людей. Если в 2020 году в мире насчитывалось около 240 миллионов человек с потерей слуха, то к 2030 году, по оценкам ВОЗ, число людей с социально значимыми дефектами слуха превысит 30%. Большинство пациентов (от 48 до 70%) страдают нейросенсорной тугоухостью, затем в порядке убывания выявляются смешанные формы тугоухости (18,9—33,3%) и кондуктивные нарушения (11,1—18,7%), т.е. не менее трети случаев потери слуха полностью или частично обусловлены патология среднего уха [3,6]. В связи с этим профилактика и лечение нарушений слуха является не только

медицинской, но и социально-экономической проблемой, поскольку 51,8% всех пациентов с нарушениями слуха и глухотой составляют лица трудоспособного возраста [1,7].

Важной анатомической и функциональной структурой среднего уха является слуховая труба (ст), функции которой (вентиляция, защита, дренаж) состоят из восприятия и предназначены для обеспечения процессов слуха, проведения звуковых колебаний средним ухом и передачи их во внутреннее ухо [2,6]. Нарушения все вышеперечисленные функции приводят к состоянию, определяемому в оториноларингологии как дисфункция слуховой трубы (ДСТ). Роль слуховой трубы в настоящее время возрастает с открытием новых механизмов адекватной функции уха. Это можно назвать "главной связью" физиологической активности уха.

ДСТ часто приводит к различным патологическим изменениям в полости среднего уха — от скрытого тубоотита до экссудативного, а затем и адгезивного отита, который является важным звеном в развитии многих форм тугоухости [3,4]. Длительное нарушение вентиляционной функции слуховой трубы со значительным снижением внутричерепного давления способствует образованию ретракционных карманов, развитию острого гнойного среднего отита и переходу его в хронический, а также формированию эпитеимпанита с холестеатомой [6].

Цель исследования. Целью лечения тубоотита является восстановление нормальной проходимости слуховой трубы. В первую очередь уделяется внимание ликвидации причины возникновения заболевания (прекратить: переохлаждаться, сильно сморкаться, промывать нос и продуваться при сыром носе) и мероприятиям по восстановлению нормального функционирования носоглотки.

Материал и методы исследования. Для решения поставленную мы провели научные испытания в общей сложности на 65 пациентах с острым тубоотитом.

Результаты исследования. С целью уменьшения отека слизистых оболочек у 65 пациентов, прошедших обследование, ссылаясь на обсуждение результатов нашего исследования, пациенту назначены сосудосуживающие капли в нос (нафтизин, санорин, називин, тизин); мы рекомендовали антигистаминные препараты (супрастин, фенсарол, тавегил, сетрин).

Мы заметили, что лекарственные антимикробные капли в нос (диоксидин, изофра, полидекс, Мирамистин, протаргол) хорошо подавляли активность микробной флоры в группе наших основных пациентов, прошедших обследование.

Быстрое уменьшение и восстановление отека слизистых оболочек ЛОР-органов общее согревание тела (горячие ванночки для рук и ног, теплая одежда, горячее питье маленькими глотками) и местные тепловые процедуры (спиртовые ушные капли, турунды со спиртовыми растворами, водочные и мазевые компрессы за ушами, прогревание верхнечелюстной и лобных пазух над теплым паром, физиотерапия - УВЧ). Прогревание проводят при отсутствии гнойного воспаления и лихорадки.

После исчезновения острых явлений в носу и носоглотке проводится чистка слуховых труб, а также пневматический массаж барабанных перепонок, который способствует удалению транссудата из барабанной полости.

При достаточно подобранном лечении острый туботит, как правило, проходит в течение нескольких дней.

Широко применяемая при лечении тубоотита с выраженным или длительным процессом проседура представляет собой катетеризацию евстахиевой трубы, которая заключается во введении препарата в полость среднего уха с помощью катетера. Эта процедура очень сложная, и если она выполняется неправильно, может произойти травма устья евстахиевой трубы и ухудшение состояния пациента.

Если консервативная терапия неэффективна, евстахиит лечат хирургическим путем. Хирургическое лечение включает в себя установку ушного катетера (шунтов). Это обеспечивает выделение жидкости из барабанной полости. Такие вмешательства перечислены в ГБУ. А. Успешно реализованы в условиях закона-правил "ОКБ им. Семашко".

Если туботит не лечить и не устранять причину его возникновения, он часто переходит в катаральный или гнойный отит, так как это стадия перед отитом.

Опасным осложнением хронического тубоотита является развитие вязкой формы среднего отита. В результате повторяющихся эпизодов воспаления в полости среднего уха образуются рубцы и спайки. Соединительная ткань разрастается и ухудшает подвижность слуховых элементов. Развивается стойкая потеря слуха.

Профилактика развития тубоотита - это разъяснительная работа о последствиях переохлаждения среди населения и своевременное лечение обострения хронических заболеваний и патологических состояний ЛОР-органов под наблюдением ЛОР-врача. **Вывод.** Таким образом, вирусы, вызывающие тубоотит, формируют свои взаимосвязи в этиологии и патогенезе дис и ЭСО, что объясняет негативные эффекты их антибактериальной терапии. Вирусы способствуют уменьшению накопления антибиотиков в тканях слизистой оболочки среднего уха, самая низкая концентрация которых наблюдается при вирусной инфекции, несколько выше — при смешанной бактериальной и вирусной, выше — только при бактериальной инфекции.

Основная негативная роль с точки зрения воздействия вирусов на эндотелий и развития его дисфункции заключается в стимуляции синтеза гистамина и воспалительных цитокинов. Гистамин способствует расширению сосудов, возникновению эндотелиальной дисфункции, расширению межэндотелиальных пространств и увеличению

проницаемости сосудистого русла. Кроме того, вирусы приводят к отсроченной (вторичной) бактериальной инфекции, сначала через дисфункцию нейтрофилов, эндотелия, а затем к развитию ДСТ.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Бурмистрова Т.В. Принципиальные подходы к лечению экссудативного среднего отита // Рос. ринология. 2005. — № 1(14). — С. 39 -41.
2. Зайцев В.М. Детский ЛОР. Как зищитить здоровье ушек, носика и горла. — М.: ЭКСМО, 2018. — 224 с.
3. Зубковская С.А. Нарушение слуховой функции при экссудативных отитах / С.А. Зубковская // XVI Съезда оториноларингологов РФ: тез. докл. СПб., 2001. — С. 83-84.
4. Косяков С.Я. Лечение острого, затянувшегося и рецидивирующего среднего отита / С.Я. Косяков, А.С. Лопатин // Справ, поликл. врача. 2004. — №4. — С. 59-62.
5. Крюков А.И., Туровский А.Б. Острый средний отит основные принципы лечения в современных условиях // Consilium medicum. — 2002. — Т. 2. — № 5. С. 11-17.
6. Лопотко А.И., Бобошко М.Ю., Журавский С.Г. и соавт. Фармакотерапевтический справочник сурдолога-оториноларинголога. — СПб.: Диалог, 2004. 407 с.
7. Пальчун В. Т., Крюков А. И. Оториноларингология: руководство для врачей. — М.: Медицина, 2001. — 616 с.