



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром гнойном среднем отите

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП31**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич
- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна
- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

Определение. Острый гнойный средний отит - это воспаление среднего уха. Воспалительный процесс при нем не ограничивается барабанной полостью, а распространяется на все полости среднего уха (слуховую трубу и ячейки сосцевидного отростка).

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H66.0	Острый гнойный средний отит

Классификация. С практической точки зрения важным является разделение острого среднего отита на доперфоративную стадию (острый катаральный средний отит) и стадию перфоративную (острый гнойный средний отит) так как лечение при них имеет свои особенности. Заболевание чаще наблюдается у детей, чем у взрослых, что объясняется особенностями детского уха и организма в целом.

Этиология. Возникает острый средний отит при попадании возбудителя (стрептококка, пневмококка, стафилококка и другой микрофлоры) в барабанную полость в условиях нарушенной реактивности организма. Наиболее частым путем проникновения инфекции в среднее ухо является тубарный. Факторами, способствующими этому являются - неправильное сморкание (одномоментно через обе половины носа), чихание, кашель, повышающие давление в носоглотке, вследствие чего инфицированная слизь форсированно преодолевает барьер мерцательного эпителия слуховой трубы. Предрасполагающими моментами для возникновения острого среднего отита служат хронические процессы в носу и носоглотке (острые и хронические риниты, синуситы, аденоиды и другие заболевания) нарушающие вентиляционную и дренажную функции слуховых труб.

Частота возникновения острого среднего отита у детей объясняется тем, что в раннем детстве слуховая труба короткая, широкая и расположена более горизонтально, чем у взрослых. В первые месяцы жизни новорожденного в барабанной полости содержится миксоидная ткань, являющаяся хорошей средой для развития микробной флоры. В этот период у детей еще не сформирован системный и местный иммунитет, и они чаще болеют острыми инфекционными заболеваниями, которые нередко осложняются острым отитом.

Патогенез. Резкое утолщение слизистой оболочки барабанной полости, сосредоточение в ней гнойного экссудата приводят к повышению давления и сдавлению нервных окончаний и рецепторов. Этим объясняется резкая боль в ухе при остром гнойном среднем отите. Происходит всасывание токсинов в кровь, микробов, продуктов воспаления, что способствует появлению лихорадки и признаков интоксикации. Сосредоточение экссудата в барабанной полости сопровождается нарушением слуха по типу поражения звукопроводящего аппарата. Давление экссудата на барабанную перепонку вызывает ее прорыв и отореею, что способствует стиханию оталгии.

Патологическая анатомия. Воспалительный процесс в барабанной полости начинается с гиперемии (расширение кровеносных сосудов) и нарушение проницаемости сосудистой стенки. Это приводит к отеку и последующей мелкоклеточной инфильтрации слизистой оболочки барабанной полости. Барабанная перепонка становится толще (в 20-30 раз) В барабанной полости появляется экссудат. Сначала серозный, в дальнейшем он становится слизисто-гнойным и содержит большое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов. Эпителий местами эрозируется, появляются грануляции.

Клиническая картина. Симптомы острого воспаления среднего уха могут быть самыми разнообразными. Начинается заболевание обычно остро с ощущения полноты и заложенности в ухе, понижения слуха, шума и сильных стреляющих болей в ухе, повышения температуры тела. Обычно сильная и нарастающая боль ощущается в глубине уха и отдает в теменно-височную область или в затылок, иногда в зубы. В последнем случае зубная боль может быть настолько выраженной и маскирующей боль в ухе, что больные обращаются к зубному врачу.

При отоскопии отмечается инъекция сосудов барабанной перепонки и ее втянутость в сторону барабанной полости, что подтверждается укорочением светового конуса (начальная стадия), позже развивается выраженная ее гиперемия (рис.1).

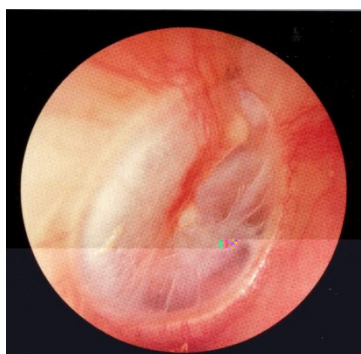


Рис. 1. Острый катаральный средний отит.

Опознавательные пункты (рукоятка молоточка, короткий отросток) делаются неразличимыми, световой рефлекс (конус) исчезает. При скоплении в барабанной полости экссудата определяется выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход (рис. 2. а) с последующим самостоятельным прорывом гноя, то есть образование перфорации (рис.2. б), после чего боли стихают и температура тела снижается. В области прободения виден так называемый пульсирующий рефлекс, зависящий от капельки гноя, выделяющейся через перфорацию под давлением из барабанной полости. Эта пульсация в свою очередь зависит от пульсации расширенных сосудов слизистой оболочки барабанной полости. Выделения из уха вначале бывают серозно-кровянистые, а затем слизисто-гнойные, более густые, обычно без запаха.

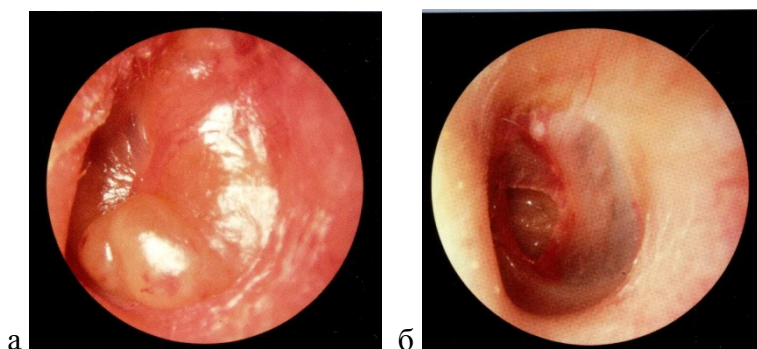


Рис. 2. а– выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход; б – перфорация в натянутой части барабанной перепонки.

В типичном течении острого среднего отита различают три периода. В начальном периоде симптомы как местные, так и общие характеризуют возникновение и нарастание воспалительного процесса. Во втором периоде, наступающем после прободения барабанной перепонки и появления гноетечения, воспалительный процесс постепенно регрессирует со смягчением местных и общих симптомов и нормализацией температуры тела и показателей крови. Третий период - это период разрешения воспалительного процесса, то есть прекращения гноетечения, закрытия перфорации, восстановления слуха. Указанные периоды болезни продолжаются чаще всего 15-20 дней.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:

1. Жалоб больного
2. Анамнеза заболевания

3. Объективного осмотра - отоскопии при наличии отоскопа

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- ✓ Как себя чувствуете?
- ✓ Какая температура тела?
- ✓ Когда возникли боли в ушах?
- ✓ Есть ли шум в ушах или одном ухе?
- ✓ Присутствует понижение слуха или нет, если да, на какое ухо?
- ✓ На каком фоне возникли боли в ушах и понижение слуха? Предшествовало ли этому ОРВИ?

ОРВИ?

- ✓ Есть ли выделения из ушей, какого они характера (водянистые, желтоватые, гнойные)?
- ✓ Когда появились выделения из ушей болевой синдром стал выражен меньше?
- ✓ Есть ли боли в заушной области?
- ✓ Как дышит нос и есть ли выделения из носа?
- ✓ Отмечал ранее отиты на оба или одно ухо?
- ✓ Когда был последний отит?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Купируется ли приступ применяемыми лекарственными средствами?

Лечение на догоспитальном этапе

1. Общее лечение на догоспитальном этапе заключается в назначении:

1.1. Жаропонижающие препараты (Парацетамол внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г; Детям ректально 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет — 120–240мг, от 3 мес до 1 года — 24–120 мг) (В, 2++)

1.2. Болеутоляющие лекарственные средства (Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора, или Кеторолак 10 - 30 мг вводят в/м, в/в.).(А, 1+)

2. Местное лечение:

Сосудосуживающие средства в нос - ксилометазолин интраназально взрослым и детям старше 6 лет по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю, детям до 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждую ноздрю (А, 1++)

Показания к медицинской эвакуации пациента в стационар

Больным с выраженным болевым синдромом в области уха или заушной области, перфоративным отитом, значительным понижением слуха, наличием выделений из ушей, явлениями системного головокружения, шумом в ушах показана срочная доставка в стационар.

Рекомендации для больных, не имеющих показаний к доставке в стационар, или отказавшихся от медицинской эвакуации

Пациентам с острым неперфоративным средним отитом показано назначение сосудосуживающих препаратов в нос с рекомендацией обратиться в ближайшие сутки к врачу-оториноларингологу для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб больного.
2. Анамнеза заболевания.
3. Объективного осмотра – отоскопический осмотр (гиперемия барабанной перепонки, отсутствие или стертость опознавательных контуров, выделения в наружном слуховом проходе, перфорации барабанной перепонки).
4. Результаты тональной аудиометрии (нарушение слуха по кондуктивному типу). (В, 2++).
5. Рентгенография в проекции Шюллера и Майера в перфоративной стадии для исключения мастоидита и деструктивных явлений в среднем ухе (В, 2++).
6. Компьютерная томография пирамид височных костей (при возможности, дает более детальное представление о целостности структур среднего уха) (В, 2++).

Лечение на госпитальном этапе.

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При

необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть вызван врач-оториноларинголог.

Показания к госпитализации.

Больным с выраженным болевым синдромом в области уха или заушной области, перфоративным отитом, значительным понижением слуха, наличием выделений из ушей, явлениями системного головокружения, шумом в ушах показан перевод на ЛОР-отделение.

Прогноз. При наличии хорошей реактивности организма и/или рационального своевременного лечения острый гнойный средний отит может закончиться рассасыванием экссудата, полным восстановлением функции слизистой оболочки и слуха. Случается, что экссудат не рассасывается, а организуется с появлением рубцов и спаек, что приводит к развитию хронического адгезивного среднего отита.

Острый отит в ряде случаев может протекать атипично. Объясняется это измененной реактивностью организма, спецификой возбудителя, а иногда особенностями строения височной кости. В таких случаях острое воспаление среднего уха может перейти в хроническую форму или явиться причиной острого мастоидита и тяжелых внутричерепных осложнений.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Вестибулярная функциональная система / В.И. Бабияк, Ю.К. Янов. –СПб. : Гиппократ, 2007. – 432 с.
4. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.: ил
5. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф. Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
6. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.

7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
8. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
9. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
10. Сумин С.А. Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
B	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные,

	как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
C	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+