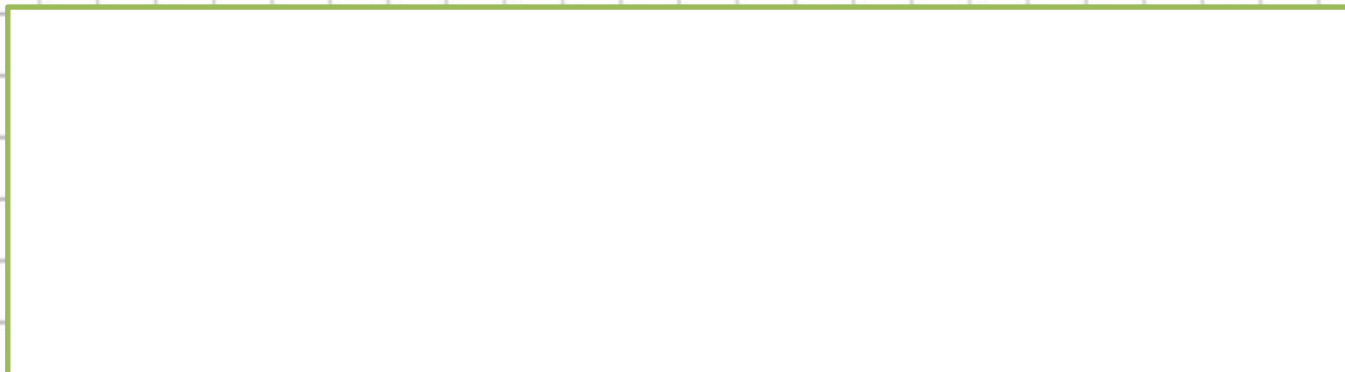
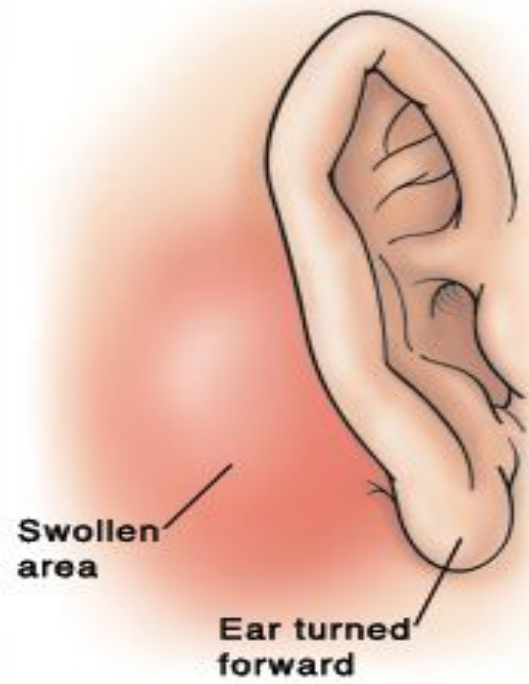


АнтриТ

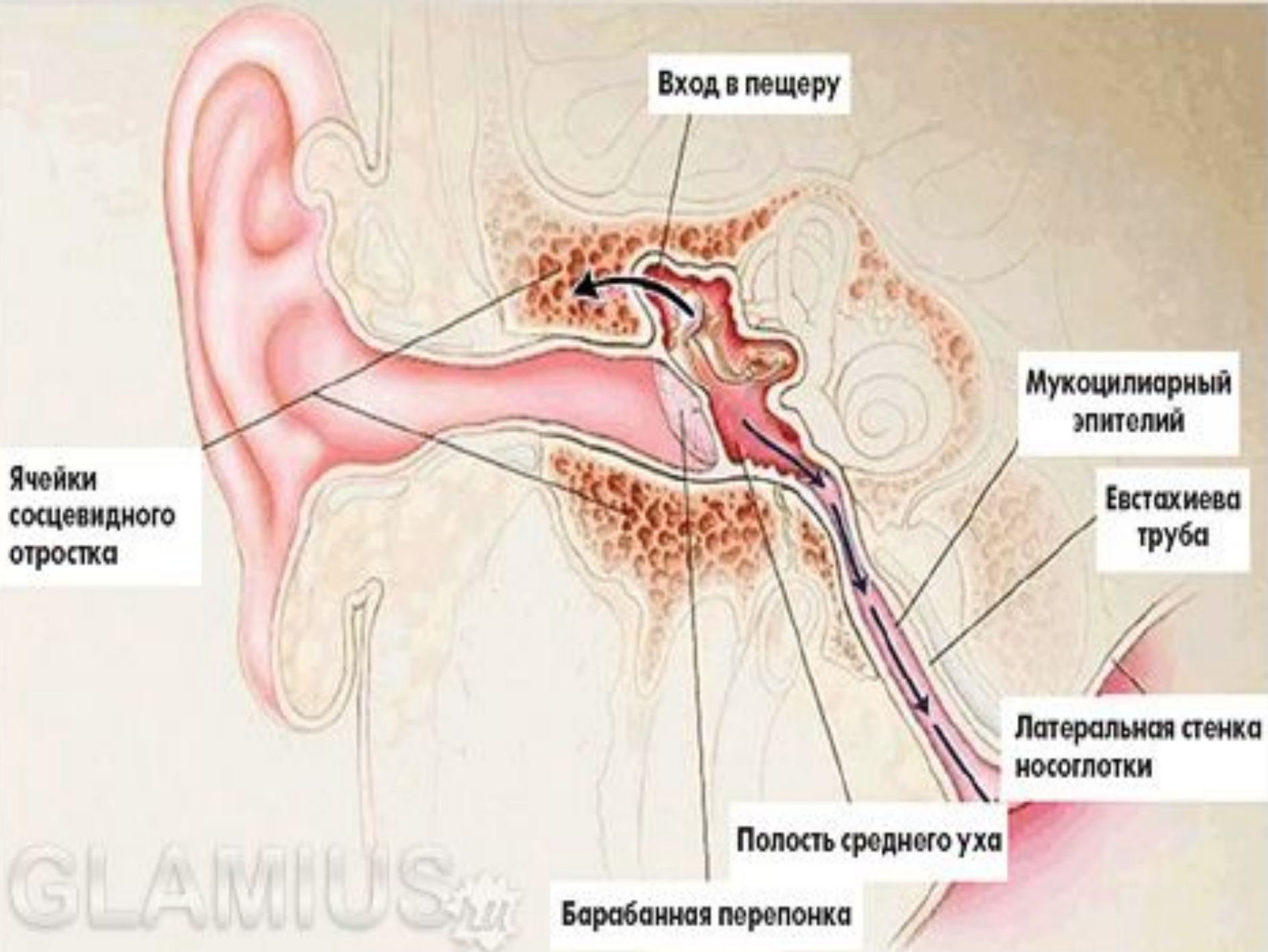


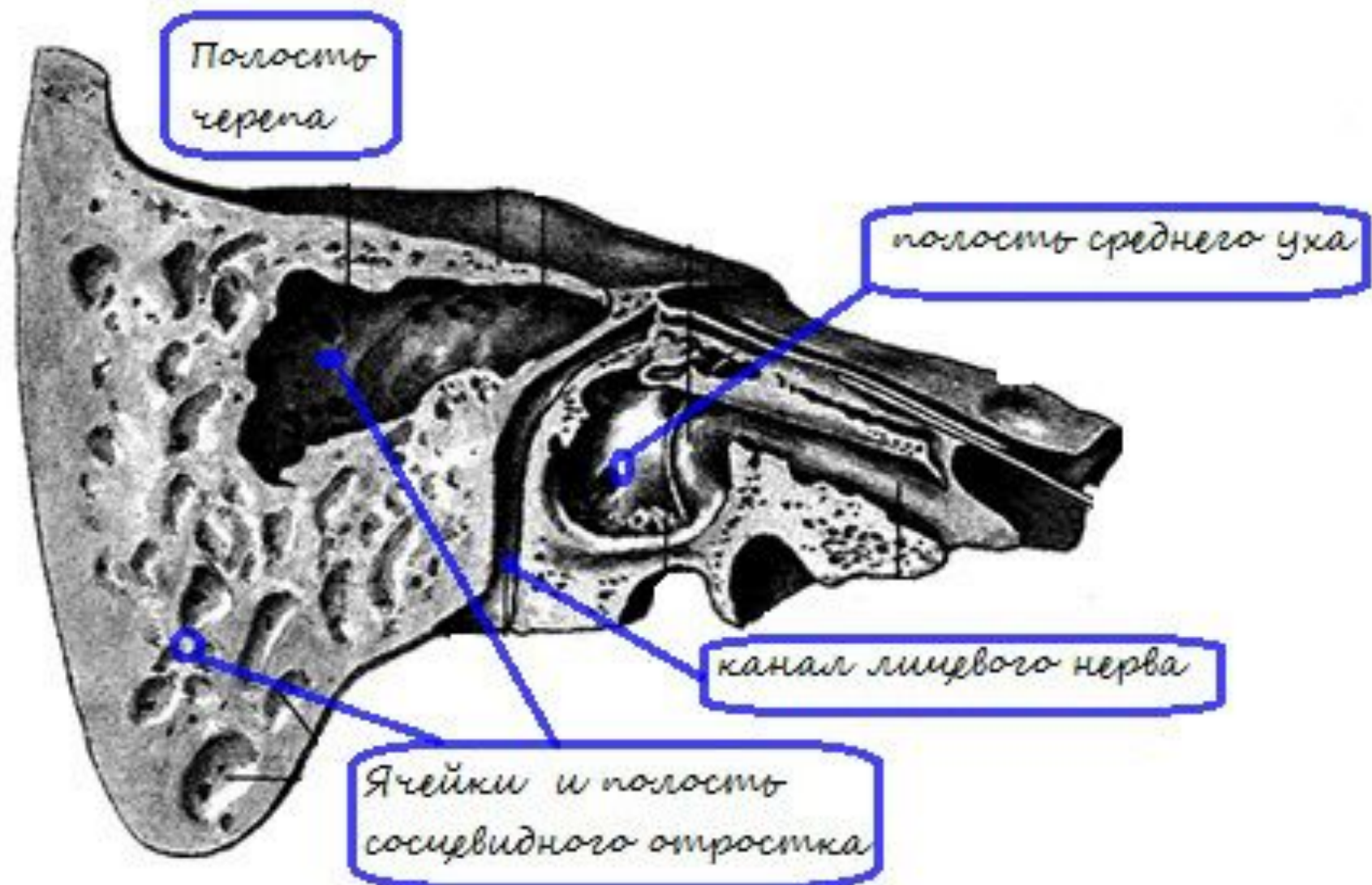
Антрит (отоантрит) – воспаление слизистой оболочки пещеры сосцевидного отростка (антрума).



- У новорожденных и грудных детей сосцевидный отросток не развит и гнойный процесс из среднего уха проникает только в анtrum. Сочетание острого отита с анtritом у грудных детей встречается довольно часто, особенно у недоношенных детей. Важная особенность антрита у детей состоит в том, что образование субпериостального абсцесса происходит довольно быстро, иногда даже без разрушения костного вещества. При этом гной проникает через незаросшие щели (fissura quamo-mastoidea или fissura tympano-mastoidea).







ЭТИОЛОГИЯ:

К общим факторам относятся:

- острые респираторные заболевания;
- заболевания дыхательной системы: пневмония, бронхит;
- заболевания желудочно-кишечного тракта, особенно острый гастроэнтерит;
- заболевания матери в период беременности (инфекции, токсикозы, злоупотребление алкоголем, прием наркотиков);
- родовая травма и недоношенность;
- искусственное вскармливание, экссудативный диатез, рахит, гипотрофия;

вирулентность микроорганизма;

неэффективное лечение острого гнойного

среднего

отита.



ЭТИОЛОГИЯ:

К наиболее частым местным факторам, способствующим переходу острого среднего отита в отоанtrit, относятся:

- повышенная васкуляризация кости в этом возрасте;
- плохой отток экссудата из барабанной полости вследствие недостаточной функции мерцательного эпителия слуховой трубы, позднего наступления перфорации барабанной перепонки, запоздалого парацентеза;
- широкий вход в пещеру;
- блокирование эпитимпанального пространства вследствие отека слизистой оболочки в области входа в пещеру.

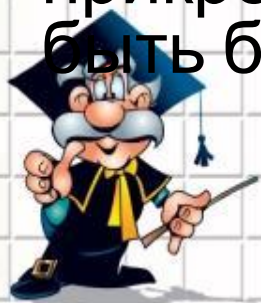


Клиника:

- Катаральный анtrit протекает без значительных нарушений в общем состоянии ребенка.
- При гнойном антрите, напротив, наблюдается повышение температуры до 38-38,5°C, нарушение общего состояния. Ребенок сонлив или, наоборот, беспокоен, часто плачет, плохо сосет грудь, худеет, кожа становится бледно-серой или синюшной, тоны сердца приглушены, пульс учащен, стул жидкий, могут возникать признаки менингизма. Отмечается увеличение регионарных лимфоузлов. Резко усиливается гноеотечение из уха, при удалении гноя он вновь быстро появляется в наружном



- Отоскопически определяется смазанность опознавательных пунктов барабанной перепонки, цвет ее от темно-багрового до розового или сероватого, иногда барабанная перепонка выбухает преимущественно в задневерхнем квадранте. Можно наблюдать сглаженность угла между верхней и задней стенками слухового прохода, иногда нависание задневерхней стенки. Отмечается небольшая сглаженность кожной складки у места прикрепления ушной раковины, здесь же может быть болезненная при пальпации припухлость.



Прав.



Лев.



Диагностика:

- Диагноз основывается на данных клиники и отоскопической картине. В крови отмечается повышение СОЭ, лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево.
- Поставить точный диагноз позволяют тимпанопункция, пробный парацентез, отропункция, рентгенологическое исследование височной кости.

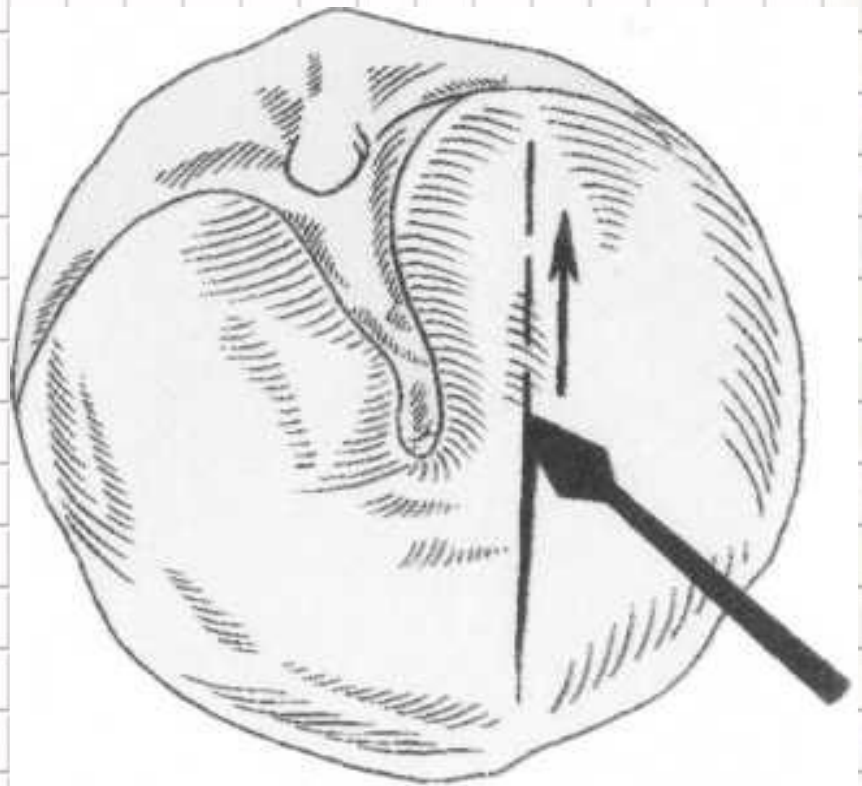


- Тимпанопункция — это прокол барабанной перепонки с помощью полрой иглы, соединенной со шприцем. Производится как с диагностической (отсасывание содержимого барабанной полости для исследования), так и лечебной (введение в барабанную полость лекарственных веществ) целями.
- Антропункция — прокол пещеры сосцевидного отростка специальной иглой, предпринимаемая с диагностической и лечебной целью у детей в возрасте, как правило, до 1 года.



Парацентез

- Разрез барабанной перепонки, введен в практику для опорожнения барабанной полости от экссудата при остром гнойном среднем отите. После парацентеза обычно исчезает боль в ухе, падает температура, улучшается общее состояние больного.



Антропункция, техника проведения:

- Ушную раковину при этом оттягивают кпереди, а пещера проецируется в верхнезадней окружности наружного слухового прохода. Иглу направляют книзу, кпереди и вглубь на 2-3 мм до ощущения попадания в пустое пространство. Кость обычно легко прокалывается при ее размягчении, т.е. отоантрите. При попадании кончика иглы в пещеру гной можно извлечь шприцем, промыть полость и даже ввести раствор антибиотиков. Однако антропункция все же не нашла широкого применения. Она довольно опасна, так как возможно попадание кончика иглы в сигмовидный синус и среднюю черепную ямку.



Рентгенография:

- На рентгенограммах височной кости определяется понижение прозрачности сосцевидной пещеры.





Лечение консервативное:

- Должно быть направлено на основное заболевание, включать в себя антибактериальную терапию, предпочтительнее с определением чувствительности микрофлоры к антибиотикам либо препаратами широкого спектра действия. Хороший эффект оказывают инъекции антибиотика в область задне-верхней стенки наружного слухового



прохода. При токсикозе применяют гамма-глобулин, переливание сухой плазмы, внутривенные вливания раствора глюкозы.

Хирургическое лечение:

- Антротомия показана при отсутствии эффекта от консервативной терапии антрита, в особенности при появлении признаков остеомиелита периантральной области на фоне токсикоза.

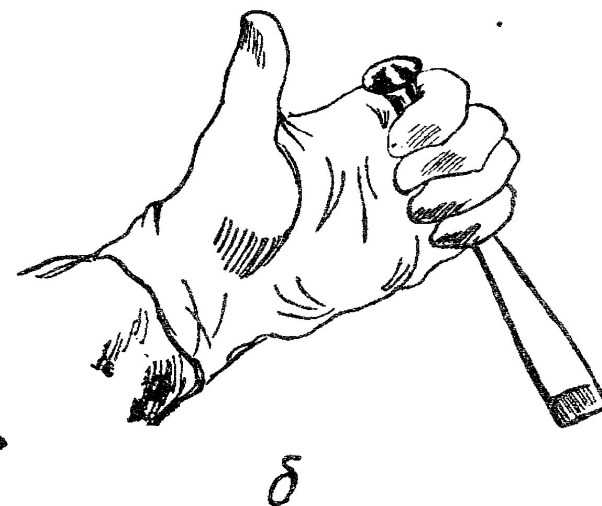
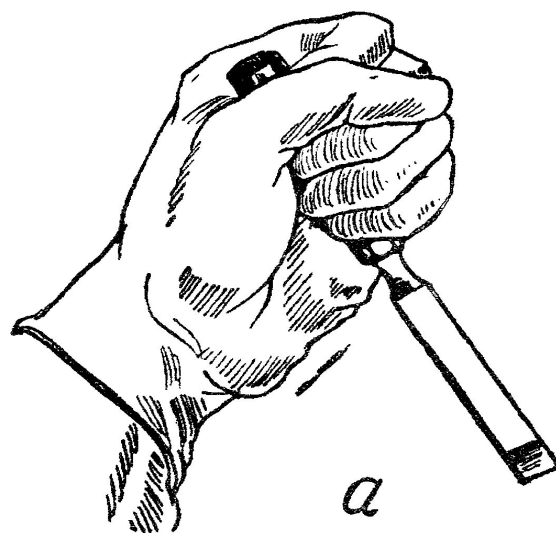


Техника проведения:

- Операция выполняется под наркозом или местной анестезией 0,5% раствором новокаина с адреналином. Очень осторожно, послойно позади ушной раковины делают дугообразный разрез мягких тканей длиной около 15 мм. Так как у грудных детей очень мягкий и тонкий кортикальный слой, отсепаровку мягких тканей следует осуществлять распатором крайне осторожно.

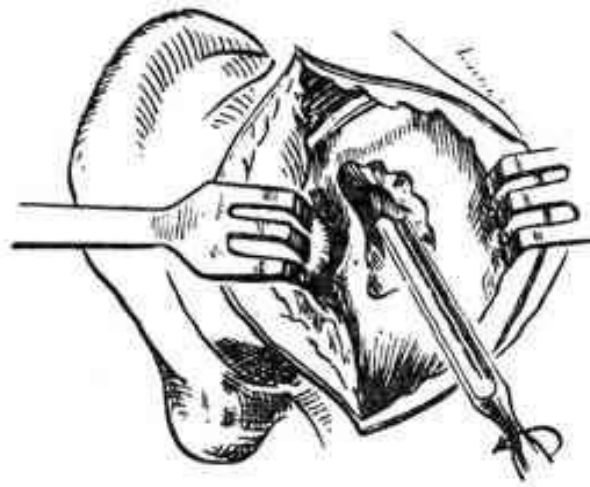


- Антрум проецируется выше и кзади от задневерхнего угла наружного слухового прохода, для вскрытия его используются стамески Воячека или острая ложка. Следует учесть, что антрум расположен поверхностно и размеры его больше, чем у взрослых.

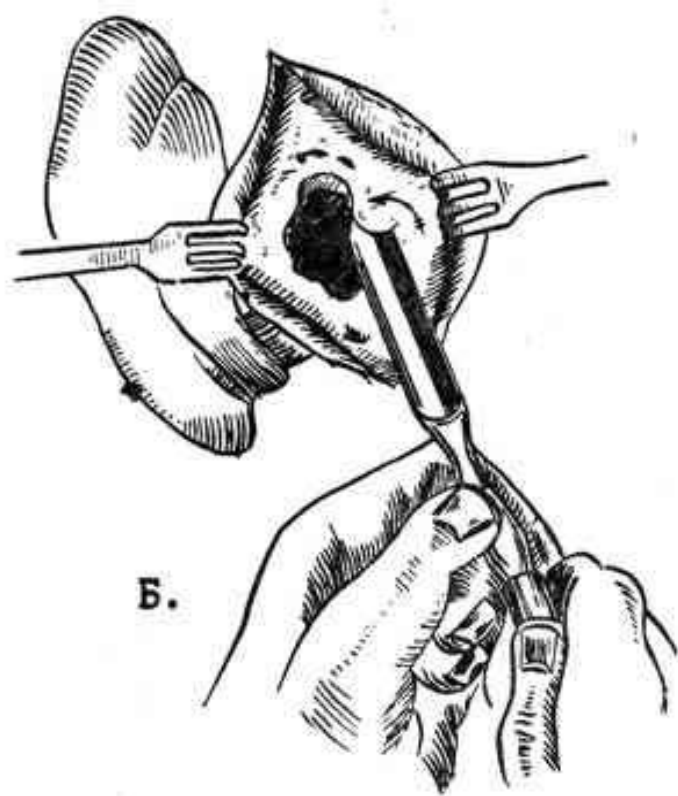


- После вскрытия антрума из него удаляют гной, грануляции. Это также делается с осторожностью, чтобы не повредить твердую мозговую оболочку и лицевой нерв. Послеоперационная полость промывается раствором антисептика, рыхло тампонируется турундами с левасином или раствором антибиотика.

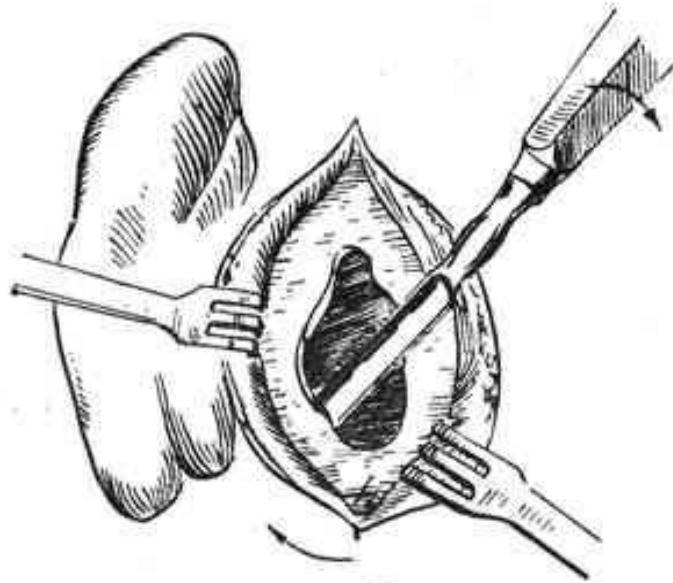




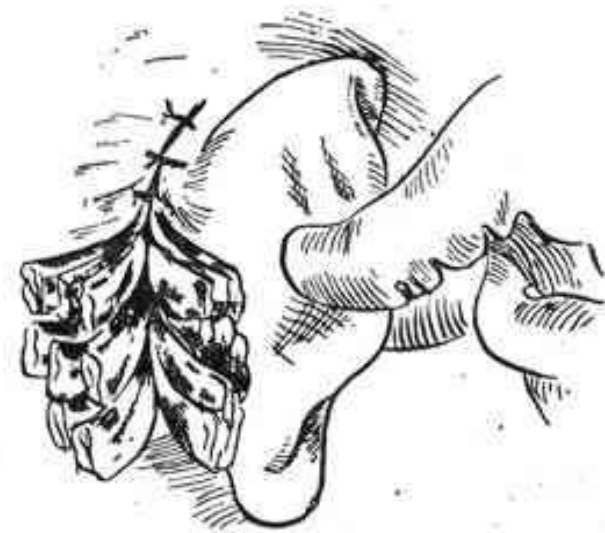
А.



Б.



В.



Г.

- В послеоперационный период повязка меняется ежедневно для обеспечения оптимального дренажа. Ребенку назначают антибактериальную и симптоматическую терапию. Из физиотерапевтических методов – УФО. Излечение обычно наступает через 2-3 недели после операции.

