

ТАИНСТВЕННЫЙ ВЫСТУП

Нужно ли говорить о том, насколько опасны лор-заболевания, осложненные гнойным процессом, для головного мозга? Их соседство с главным «компьютерным центром» человеческого организма не сулит последнему ничего хорошего. Менингит, энцефалит, абсцессы головного мозга – вот неполный перечень бед, которые могут случиться в результате отсутствия лечения, наплевательского отношения к своему здоровью. Мастоидит – недуг из такого опасного ряда.

Если потрогать рукой за ухом, можно нащупать выступ. Этот таинственный бугорок – «сосцевидный отросток», часть височной кости, к которой прикрепляются мышцы, предназначенные для поворотов и наклонов головы. Костный выступ за ухом сообщается со средним ухом и имеет губчатое строение: он состоит из полостей, заполненных воздухом, и перемычек, напоминающих пчелиные соты. Если клетки сосцевидного отростка воспаляются, а ячейки заполняются экссудатом, возникает острый мастоидит.

Как правило, этот недуг бактериального происхождения. Причиной бед становятся патогенные микроорганизмы – вирусы, грибы, внутриклеточные микробы, которые обитают в организме человека. При воздействии неблагоприятных факторов, причем как внутренних (стресс, снижение иммунитета), так и внешних (переохлаждение, плохая экология), они начинают активно размножаться, что и приводит к развитию патологии. Другие пути развития заболевания – травматический, лимфогенный, когда инфицирование отростка происходит в результате травм или через лимфатические сосуды.

Однако наиболее часто мастоидит является осложнением среднего отита.

Это может проявляться как одновременно с острым течением отита, так и спустя 2-3 недели после его развития: вместе с высокой температурой, слабостью, вялостью больного мучает постоянная пульсирующая боль за ушной раковиной. Она отдает в челюсть, висок, глазницу, может захватывать всю половину лица, но при этом не усиливается при жевании. Покраснение и отечность кожи в заушной области сопровождаются еще одним характерным для мастоидита признаком – оттопыренностью ушной раковины.

Кроме того, ощущается шум в ухе, снижается слух, нередко из наружного слухового прохода выделяется гной.

Заболевание протекает в две фазы. В начальной стадии воспаление затрагивает лишь слизистую оболочку и надкостницу. Слизистая оболочка отекает, отверстия ячеек закрываются, и их полости заполняются жидкостью. Нарушается сообщение ячеек с сосцевидной пещерой и барабанной перепонкой, прекращается их вентиляция. Как правило,

продолжается такой процесс 2-3 недели.

На второй стадии кость изнутри отмирает, а костные перегородки разрушаются. Вследствие этого гной заполняет образовавшуюся пещеру и начинает вытекать во внутреннюю полость черепа. Это влечет за собой серьезные последствия в виде развития абсцессов.

Диагностика мастоидита не вызывает сложности. Врач-отоларинголог выслушивает жалобы больного, осматривает его, выполняет пальпацию заушной области. Далее проводится отоскопия – осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки, после чего назначается рентгенография сосцевидных отростков, компьютерная томография (КТ) или магнитно-резонансная томография (МРТ) височной кости. Чтобы выявить возбудителя инфекции, необходимо провести забор выделений из уха, а для определения масштаба признаков воспаления назначаются анализы крови. Они, как правило, показывают повышение уровня лейкоцитов, увеличение СОЭ...

Лечение начинается с мощной антибактериальной терапии, цель которой – потушить вспыхнувшую инфекцию в сосцевидном отростке и не позволить ей распространиться дальше: на среднее ухо, лабиринт внутреннего уха, лицевой нерв, оболочки головного мозга... В зависимости от выявленного возбудителя применяются антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины (**цефтриаксон**, **цефокси-**

тин), фторхинолонового ряда (**цифран**, **ципролет**), полусинтетические пенициллины (**ампициллин**, **амоксциллин**), макролиды (**азитромицин**, **кларитромицин**, **вильпрафен**). В тяжелых случаях возможно применение сразу нескольких антибиотиков, например, комбинация из макролидов и цефалоспоринов. Дозировок, а также продолжительности курса лечения не указываю, их с учетом состояния пациента назначает лечащий врач.

Местно используют капли с антибактериальным и антисептическим компонентом, такие как **анауран**, **ципромед**: по 4-5 капель 2-4 раза в сутки в слуховой проход. После закапывания следует держать голову наклоненной несколько минут. Курс лечения – не более 7 дней.

Кроме антибактериальной терапии проводят лечение нестероидными противовоспалительными средствами (**парацетамол**, **диклофенак**, **напроксен**, **кеторолак**) и иммунокорригирующими (**деринат**, препараты **интерферона**). Первые снимают воспаление, отек, боль; вторые – препятствуют присоединению вторичной инфекции, осложненной.

Однако, если в течение 5-7 дней медикаментозная терапия оказывается неэффективной, во избежание грозных осложнений, таких как лабиринтит, паралич лицевого нерва, менингит, абсцесс головного мозга, проводят хирургическое лечение.

При минимальном поражении костной ткани сосцевидного отростка произво-