

Ф.Б. Юрчко, головний дитячий отоларинголог Міського управління охорони здоров'я Львівської обласної державної адміністрації

Гострий середній отит у дітей

Із запаленням вуха знайомі майже всі спеціалісти, які займаються лікуванням дітей. Складність діагностики, особливості анатомії дитячого вуха, зростання резистентності збудників та труднощі вибору правильного лікування зумовлюють актуальність проблеми середнього отиту. Які помилки допускаються при діагностиці та лікуванні? Яка тактика лікування буде оптимальною? Розповімо про вісім випадків гострого середнього отиту з клінічної практики дитячого отоларинголога.

Випадок 1.

Дівчинка 8 місяців. Скарги батьків на підвищену температуру тіла (до 37,8 °С), неспокій, часті пробудження вночі, знижений апетит. Симптоми тривають 7 днів. При первинному огляді педіатра 3 дні тому запідозрено гострий середній отит, оскільки дитина реагувала при натисканні на козелки. Направлена до отоларинголога за місцем проживання. Діагноз підтверджено, призначено лікування: цефалоспорин I покоління в ін'єкціях, спиртові краплі у вухо. Лікування виявилось не ефективним – гарячка та інші симптоми зберігаються.

При повторному огляді отоларинголога додатково звернули увагу на набряклі ясна, посилену слинотечу. При отоскопії виявлено, що слухові ходи заповнені вушною сіркою. Після очищення ватним зондом – слухові ходи достатньої ширини, обидві барабанні перетинки сірі, трохи потовщені, світлові рефлекси чіткі, дитина на очищення реагує плачем, під час якого барабанні перетинки стають ледь рожевими, але при стиханні плачу знову сіріють. Загальний аналіз крові без особливостей (усі показники в межах вікової норми). Діагноз «гострий середній отит» знято. У дитини синдром прорізування зубів. Призначено знеболювальне, антибактеріальна терапія була зайвою.

Коментар перший.

Неочищений від вушної сірки слуховий хід не дає змоги побачити барабанну перетинку, а без цього діагноз отиту встановлювати не коректно. Почервоніння барабанної перетинки при плачі в дитини є варіантом норми. Реагування дитини при натисканні на козелки є неспецифічною та малочутливою ознакою.

Випадок 2.

Пацієнт 6 років. Має симптоми застуди протягом 4 днів, гарячки немає. Вранці з'явився помірний біль у правому вусі. Мама, медсестра за професією, крапнула спиртові краплі у вухо, поставила напівспиртовий компрес та дала дитині 1/2 таблетки парацетамолу. Біль швидко минув, проте мама відразу привела дитину на прийом до отоларинголога.

При огляді виявлено, що дитина не скаржиться на біль, у носових ходах – помірна кількість слизу, незначний набряк носових раковин, отоскопія справа без особливостей, зліва – слуховий хід вільний, барабанна перетинка переважно сіра, повністю прозора, ін'єкція судин на руків'ї молоточка, легка ін'єкція судин задньо-верхнього квадранту, випинання немає. Діагноз – гострий назофарингіт, гострий середній катаральний отит. Обране мамою лікування продовжено, додано антигістамінні препарати та судинозвужувальні краплі в ніс. Консультація по телефону наступного дня – болю у вусі немає, гарячки немає. Огляд дитини через 5 днів – отоскопія без особливостей, ознаки застуди минули.

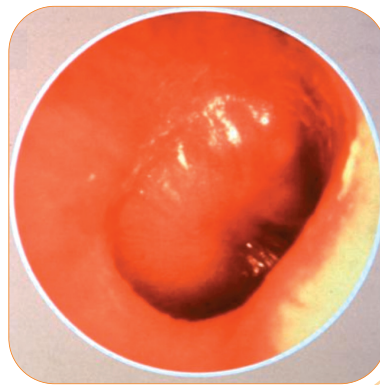
Коментар другий.

Інфекції верхніх дихальних шляхів у дітей часто ускладнюються запаленням вуха. У даному випадку воно не мало бактеріальної природи, тому доцільне лікування без антибіотика. Враховуючи високу частоту спонтанного одужання при гострому середньому отиті, в деяких країнах схвалено тактику «уважного спостереження»: антибактеріальні препарати не призначають, застосовують знеболювальні й ретельно спостерігають за перебігом отиту. При неефективності такого лікування призначають антибіотик. Тактику не рекомендують у дітей до дворічного віку.

Випадок 3.

Дитина віком 2 роки 3 місяці, вага 13 кг. Уже 2 дні скаржиться на біль у правому вусі. У неї нежить протягом 4 днів, дві ночі дитина провела неспокійно, останню ніч дуже плакала, майже не спала, незважаючи на закрапування мамою протягом двох вечорів вушних крапель (кортикостероїд + місцевий антибіотик) та застосування парацетамолу. Місяць тому в дитини виявлено гострий середній отит. Їй давали суспензію цефалоспорину I покоління протягом 3 днів (мама самостійно придбала препарат в аптеці, а при полегшенні стану дитини лікування відмінила).

Вранці на огляді в отоларинголога температура тіла дитини 38,2°С. Вона неспокійна, плаче, стан середньої тяжкості. Протягом останньої доби апетит знижений, дитина дещо млява. При отоскопії – слуховий хід вільний, барабанна перетинка



Барабанна перетинка при правобічному гострому середньому отиті, гострому назофарингіті

правого вуха різко гіперемована, потовщена, випинає у задніх квадрантах помірно. При риноскопії – ознаки гострого назофарингіту. В загальному аналізі крові лейкоцитоз ($15 \cdot 10^9$), паличкоядерні нейтрофіли – 6%, ШОЕ – 18 мм/год. Діагноз – правобічний гострий середній отит, гострий назофарингіт. Дитину госпіталізовано. Призначено міринготомію (після виконаного втручання дитина відразу ж заспокоїлася і заснула) та антибактеріальну терапію (амоксцилін/клавуланат у дозі 45 мг/кг в два прийоми у вигляді суспензії під час приймання їжі), судинозвужувальні краплі в ніс, напівспиртові компреси на праве вухо на ніч. Наступного дня стан дитини істотно поліпшився,

вночі спала добре, з'явився апетит. Компрес за ніч сильно просочився кров'яно-гнійними виділеннями. Під час отоскопії – випинання немає. Протягом наступних 4 днів виділення з вуха поступово припинилися, міринготомний отвір заклався. Все лікування тривало 10 днів.

Коментар третій.

Якщо при болю у вусі дитина неспокійна, особливо уночі, то це потребує негайної консультації отоларинголога. При гострому середньому отиті протипоказані краплі, які містять кортикостероїд та місцевий антибіотик, у даному випадку вони забезпечили лише тимчасове полегшення. Показання до міринготомії (розрізу барабанної перетинки) у цій ситуації – випинання барабанної перетинки, лейкоцитоз зі зсувом уліво, висока ШОЕ, недавно перенесений отит в анамнезі. Антимікробна терапія протягом 10 днів необхідна для повної ерадикації збудників. Аугментин ефективний проти усіх трьох найпоширеніших збудників середнього отиту (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* та *Moraxella catarrhalis*).

Випадок 4.

Дитина 3 років, 15 кг. Скарги на гноетечу з лівого вуха протягом 7 днів, іноді – субфебрильна гарячка. Вісім днів тому вночі в дитини дуже заболіло вухо, піднялася температура до фебрильної, а вранці з вуха потік гній. Батьки відразу звернулися до отоларинголога. Призначено антимікробну терапію (мідекаміцин у суспензії), щоденний туалет вуха, спиртові краплі у вухо, після чого гноетеча трохи зменшилася. Оскільки гноетеча тривала, то на 6-й день лікування взято посів гною на флору. Батьки звернулися до іншого отоларинголога.

При огляді лівий слуховий хід заповнений гнійно-слизистим умістом. Після очищення слухового ходу барабанна перетинка потовщена, дещо гіперемована, не випинає, точкова перфорація в задньо-нижньому квадранті. Загальний аналіз крові без особливостей. Призначено Аугментин у суспензії (70 мг/кг в два прийоми під час приймання їжі), щоденний туалет вуха із введенням місцевих антимікробних крапель. На 3-й день такого лікування виділення з вуха припинилися, перфорація закрилася. Антибіотикотерапію продовжили до 10 днів. У посіві виділень з вуха (отримано через 5 днів) – пневмокок, нечутливий до макролідів.

Коментар четвертий.

Амоксцилін/клавуланат бажано приймати під час їди – це зменшує імовірність подразнення шлунка. Тривалість антимікробної терапії 10 днів є запорукою повної ерадикації збудників, а значить – засобом профілактики рецидиву отиту.

Випадок 5.

Дитина 4 років. В анамнезі протягом 10 місяців – 5 випадків гострого середнього отиту. Проїшла лікування багатьма курсами різних антибіотиків

(ін'єкційні, пероральні), проводилась терапія бактеріальними лізатами протягом останніх 3 місяців. Скарги – епізодичний біль у вусі (протягом останнього тижня – 2 рази), зниження слуху хвилеподібного характеру упродовж 2 місяців. Дитина відвідує дитячий садок протягом 11 місяців.

При огляді – носові ходи широкі, вільні, в носоглотці – гіпертрофований аденоїдний мигдалик, укритий слизом, огляд глотки – без особливостей. Отоскопія засвідчила, що слухові ходи вільні, барабанні перетинки тьмяно-сірі, потовщені, світловий рефлекс відсутній, ін'єкція судини на руків'ї молоточка, незначне тотальне випинання. Діагноз – рецидивуючий середній отит, хронічний аденоїдит, гіпертрофія аденоїдів II ступеня. Рекомендована аденотомія. Батьки згоди на втручання не дали, продовжували терапію бактеріальними лізатами, гомеопатичними засобами. Повторно з'явилися на прийом через 1 місяць, протягом якого слух дитини погіршився, був ще один випадок гострого середнього отиту (3 тижні тому), лікування з приводу якого проводили ін'єкційним цефалоспорином III покоління. Батьків переконали в необхідності хірургічного втручання. Під загальною анестезією виконано аденотомію. Огляд через місяць – слух нормальний, отоскопічна картина нормалізувалася.

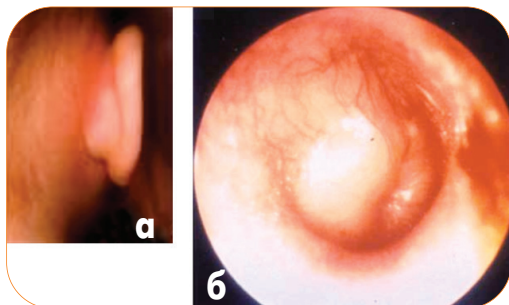
Коментар п'ятий.

Причина рецидивів захворювання в даному випадку – гіпертрофований аденоїдний мигдалик з хронічним запаленням, він відіграв роль «резервуара» інфекції, яка через слухову трубу легко потрапляла у середнє вухо і спричиняла його запалення. Рецидивуючий середній отит є одним з обов'язкових показань до аденотомії. Процедуру слід виконувати під загальним знеболюванням.

Випадок 6.

Хлопчик 1,5 року, 10 кг. Приймав цефалексин з приводу гострого середнього отиту, проте через 2 дні пацієнт знову був неспокійним та мав субфебрильну гарячку. Призначили азитроміцин у суспензії, проте протягом наступних 2 діб гарячка та неспокій утримувалися.

При огляді слухові ходи вільні, барабанні перетинки помірно рожеві, тьмяні, тотально, але не сильно випинають, світлові рефлекси відсутні. Виконано міринготомію, під час якої з'ясовано, що барабанні перетинки м'які, виділення кров'янисті. Призначено Аугментин (70 мг/кг в два прийоми під час приймання їжі). Наступного дня дитина була спокійною. Турунди помірно просочилися гнійно-кров'янистим умістом. Курс лікування тривав 10 днів, гноетеча припинилася на 3-й день, міринготомні отвори закрилися на 4-й день. При контрольному огляді через 1 місяць отоскопічна картина в нормі.



а – відстовбурчення вушної раковини;
б – вигляд барабанної перетинки

Коментар шостий.

Дитину спочатку лікували двома різними антибіотиками, проте вона надалі залишалася неспокійною. На жаль, багато лікарів часто зосереджують увагу на ймовірності резистентних патогенів. Але слід мати на увазі, що можливі кілька варіантів.

- Небактеріальна інфекція. Рідина в середньому вусі може бути стерильна майже в половині випадків утримання симптомів. У таких дітей висока ймовірність вірусної інфекції середнього вуха.

- Бактеріальна інфекція з чутливими патогенами. Терапія неефективна внаслідок неадекватного дозування, відсутності комплаєнсу або застосування препарату, який не досягає інгібуючої концентрації в середньому вусі.

- Інфекція, викликана резистентними патогенами.

У даному випадку, скоріш за все, патогени були резистентними, тому що міринготомія та адекватна антимікробна терапія допомогли досягти належного ефекту. У разі неефективності лікування міринготомія потрібна для того, щоб евакуювати вміст середнього вуха.

Як можна допомогти цій дитині? Передусім необхідно переконатися в адекватності жарознижувальної та анальгетичної терапії. Потім слід перевірити, чи правильно мама виконувала призначення лікарів. При підвищеній ймовірності інфікування *H. influenzae* та резистентним пневмококом необхідні інші антибіотики. Амоксицилін/клавуланат активний проти бета-лактамазопродукуючих *H. influenzae* та *M. catarrhalis*, а амоксициліновий компонент – один із найбільш активних проти пневмокока. Однак відомо, що високорезистентні штами пневмокока нечутливі до цефуроксиму, тому ліпше обрати Аугментин.

Випадок 7.

Дитина віком 3 роки 6 місяців. Скарги на сильний біль у правому вусі, відстовбурчення правої вушної раковини, гарячка 38 °С, загальний стан середньої тяжкості.

З анамнезу відомо, що дитину з приводу отиту, який триває 7 днів, мама лікувала пероральним препаратом рослинного походження в краплях та

вже відомими нам комбінованими вушними краплями (кортикостероїд + антибіотик). Стан дитини дещо поліпшився, проте день тому дитині стало гірше, зник апетит, порушився сон, а бабуся помітила відстовбурчення правої вушної раковини.

При огляді – права вушна раковина відстовбурчена, болючість у разі легкої перкусії по ній, при пальпації флюктуації нема, завушна складка згладжена, слуховий хід вільний, барабанна перетинка тотально гіперемована, м'ясиста, сильно випинає, симптом нависання задньої стінки слухового ходу в кістковій частині. У загальному аналізі крові – лейкоцити $21,3 \cdot 10^9$, паличкоядерні нейтрофіли – 8%, ШОЕ – 32 мм/год. Діагноз – правобічний гострий мастоїдит.

Дитину госпіталізовано, виконано міринготомію, призначено амоксицилін/клавуланат внутрішньовенно, дезінтоксикаційну внутрішньовенну крапельну терапію, напівспиртові компреси. Наступного дня відзначали виділення з вуха у великій кількості, вушна раковина менш відстовбурчена, стан дитини поліпшився (вночі спала спокійно, з'явився апетит). На 3-й день відстовбурчення майже зникло, при перкусії соскоподібного відростка болючість зменшилась. На 4-й день загальний стан пацієнта задовільний, внутрішньовенну антибактеріальну терапію замінено на пероральну (суспензія амоксициліну/клавуланату). До лікування додано фізіотерапевтичні процедури. Міринготомний отвір заклався на 7-й день, на 14-й дитину виписано з лікарні.

Коментар сьомий.

Комбіновані краплі (кортикостероїд + антибіотик) не показані при гострому середньому отиті. У разі порушеного загального стану дитини для прискорення ефекту рекомендують парентеральне введення антибіотиків, тобто якщо пацієнт не може приймати антибіотики перорально (нудота, блювання, відсутній апетит). Зручність оригінального Аугментин полягає в наявності двох форм – парентеральної та пероральної. При поліпшенні стану пацієнта можна змінити шлях введення лікарського засобу. Міринготомія необхідна для евакуації вмісту середнього вуха. Мастоїдит – ускладнення гострого середнього отиту. В даному випадку у дитини виявлено катаральну форму гострого мастоїдиту, а швидко призначена адекватна терапія сприяла одужанню без мастоїдотомії.

Випадок 8.

Хлопчик 5 років. Застуда протягом 5 днів, гарячка і біль у вусі протягом трьох днів. Застосовували амоксицилін в дозі 500 мг двічі на день протягом останніх двох днів. Звернулися за ургентною допомогою, оскільки мама побачила, що в дитини виникла асиметрія обличчя.



а – вигляд дитини з парезом лівого лицьового нерва; б – барабанна перетинка

При огляді – температура тіла 38,2 °С, ознаки лівобічного парезу лицьового нерва, барабанна перетинка тотально випинається, значно потовщена, гіперемована. Соскоподібний відросток інтактний. Рентгенографія соскоподібного відростка дала змогу виявити зниження пневматизації його клітин, проте перетинки між клітинами чіткі (без деструкції). Діагноз – лівобічний гострий середній отит, ускладнений лівобічним парезом лицьового нерва.

Призначено Аугментин 0,6 г 4 рази на добу внутрішньовенно, дексаметазон внутрішньовенно, протинабрякову терапію, сечогінні засоби. Через 3 дні ознаки парезу лицьового нерва зникли, тому дитину переведено на пероральний прийом амоксициліну/клавуланату (у дозі 70 мг/кг на добу в два прийоми). Тривалість курсу лікування – 14 днів.

Коментар восьмий.

Оскільки сьома пара черепно-мозкових нервів (n. facialis) проходить через середнє вухо, то гострий середній отит може, хоча й досить рідко, ускладнитися компресією/запаленням лицьового нерва. У таких ситуаціях обов'язкова міринготомія та антимікробна терапія з коротким курсом (2-3 дні) кортикостероїдів системної дії. Хірургічна декомпресія лицьового нерва потрібна рідко. Антибіотики вводять парентерально в максимальній дозах.

Висновки

Гострий середній отит має різноманітний перебіг – від легких катаральних форм, що не потребують спеціального лікування, а лиш уважного спостереження, до помірно/сильно вираженого запалення середнього вуха, при якому необхідна адекватна антибіотикотерапія і міринготомія, та ускладнених форм, які іноді потребують хірургічного втручання на соскоподібному відростку. Лікар повинен розрізняти ці форми та вміти обрати правильну тактику лікування.

С.Я. Косяков, д.м.н., профессор, Российская медицинская академия последипломного образования, А.С. Лопатин, д.м.н., профессор, Медицинский центр Управления делами Президента РФ, г. Москва

Лечение острого, затянувшегося и рецидивирующего среднего отита

Острый средний отит (ОСО) – остро развившееся воспаление полости среднего уха, проявляющееся одним или несколькими симптомами (боль в ухе, повышение температуры тела, выделения из уха, снижение слуха, у детей – возбуждение, рвота, диарея). Обычно заболевание длится не более 3 недель и даже при отсутствии лечения может разрешиться спонтанно полным восстановлением анатомической целостности структур среднего уха и их функций. Однако возможное развитие затянувшегося и рецидивирующего ОСО может привести к возникновению стойких последствий и снижению слуха.

Термином «затянувшийся острый средний отит» (ЗОСО) определяют наличие симптомов и признаков воспаления среднего уха в течение 3-12 месяцев после проведения 1 или 2 курсов терапии антибиотиками. Под рецидивирующим острым средним отитом (РОСО) подразумевают наличие трех отдельных эпизодов ОСО или более за период 12 месяцев.

Микробиология

На основании результатов исследования содержимого барабанной полости, полученного при тимпанопункции, можно с достаточной уверенностью судить об истинных возбудителях ОСО. Основными возбудителями ОСО, ЗОСО и РОСО являются пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*) – именно те микроорганизмы, различные штаммы которых заселяют носоглотку большинства детей. Эти два микроорганизма составляют суммарно примерно 60% бактериальных возбудителей заболевания. Реже высеиваются *Moraxella catarrhalis* (3-10%), *Streptococcus pyogenes* (2-10%), *Staphylococcus aureus* (1-5%). Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Считают, что до 10% ОСО могут быть вызваны вирусами. Определенную роль в этиологии ОСО может играть *Mycoplasma pneumoniae*, которая, в частности, способна вызывать буллезный геморрагический менингит, *Chlamydia trachomatis* и *Clamydophila pneumoniae*. Микробиологическое исследование экссудата из наружного слухового прохода или мазков из носоглотки не дает таких достоверных сведений.

Спектр возбудителей несколько меняется при ЗОСО и РОСО

В культурах жидкости, полученных из среднего уха больных РОСО, в 30-50% случаев не отмечается роста патогенных бактерий. Это позволяет предположить, что экссудат в полости среднего уха и симптомы воспаления могут присутствовать даже после элиминации бактерий в результате успешного курса лечения антибиотиками. Именно в этих ситуациях ощущение заложенности уха остается основным и единственным симптомом, а тимпанограмма демонстрирует тип В.

Лечение

Лечение ОСО может включать:

- осмотически активные препараты местного действия (ушные капли);
- топические антибиотики в сочетании с кортикостероидами (ушные капли);
- топические и системные деконгестанты;
- антигистаминные препараты;
- сухое тепло, компрессы на ухо;
- туалет и анемизацию полости носа, анемизацию и катетеризацию слуховой трубы;
- антибиотикотерапию;
- мириготомию и шунтирование барабанной полости.

Топические осмотически активные и антимикробные препараты (ушные капли)

При остром среднем неперфоративном отите ушные капли не проникают через барабанную перепонку. Их следует закапывать в ухо, герметично закрывая затем слуховой проход ватой с вазелином на несколько часов. В этом случае препарат не будет испаряться и окажет максимальное противоотечное и обезболивающее действие. В перфоративной стадии возможно введение капель, содержащих антибиотик. Преимуществом такого способа введения является местное воздействие в очаге воспаления и отсутствие системного действия. Однако в барабанную полость можно вводить только капли, не содержащие в своем составе ототоксичные агенты.

Существует еще целый ряд комбинированных препаратов в виде ушных капель, которые содержат антибиотики и кортикостероиды. Все они потенциально ототоксичны и предназначены для лечения наружного отита при целой барабанной перепонке или, в крайнем случае, для лечения сопутствующего ОСО менингита. При перфорации барабанной перепонки вводить их нельзя.

Анальгетики и нестероидные противовоспалительные препараты (ацетилсалициловая кислота, метамизол, парацетамол, трамадол, кетопрофен, ибупрофен, кеторолак и др.) назначают преимущественно в начальной стадии ОСО для снятия болевого синдрома и уменьшения воспалительной реакции.

Антигистаминные препараты (чаще H₁-блокаторы 1 поколения) используют обычно для купирования аллергического компонента и сопутствующих явлений ринита, для

уменьшения отека слизистой оболочки слуховой трубы, особенно у детей с атопией и диатезом.

Комбинированные препараты, содержащие H₁-блокаторы и деконгестанты (псевдоэфедрин, фенилпропаноламин и др.), противопоказаны детям ввиду повышенного риска развития побочных эффектов. Эти препараты мало применяются в лечении ОСО, так как ряд контролируемых исследований не подтвердил их эффективного воздействия на течение болезни. При использовании таких комбинированных препаратов отмечается незначительное ускорение заживления перфорации при ЗОСО и РОСО.

Топические деконгестанты (ксилометазолин, оксиметазолин, нафазолин и др.) обычно являются необходимой частью лечения ОСО, ЗОСО и РОСО, так как один из основных моментов патогенеза этих заболеваний – дисфункция слуховой трубы – развивается на фоне затрудненного носового дыхания. Следует помнить, что эти препараты назначаются кратковременными курсами длительностью не более 5-7 дней. Оториноларинголог может производить анемизацию устья слуховой трубы, проводя в носоглотку ватные аппликаторы, смоченные раствором деконгестантов, или вводить лекарственные препараты непосредственно в слуховую трубу через ушной катетер.

Антимикробная терапия

Одним из основных и в то же время обсуждаемых методов лечения ОСО, РОСО и ЗОСО остается антимикробная терапия, причем первоначальный выбор антибиотика, как правило, бывает эмпирическим, что можно отнести к недостаткам антибиотикотерапии. Кроме того, недостатком системной антибиотикотерапии является возможность развития известных нежелательных явлений. Один из последних опубликованных метаанализов «Естественная история среднего отита без лечения» на основе опубликованных исследований по вопросу разрешения ОСО содержит следующие результаты. По данным метаанализа, у 61% детей симптомы ОСО разрешались в течение 24 часов, у 80% детей – к третьему дню без применения антибиотиков. Частота встречаемости гнойных осложнений не отличалась в зависимости от того, принимали пациенты антибиотики или нет. Поэтому назначать антибиотики следует после периода выжидания в течение 2-3 дней при отсутствии серьезных системных симптомов (рвота, нарастающая головная боль). Не все формы ОСО требуют назначения антибиотиков, но лечение антибиотиками снижает риск развития мастоидита и других осложнений. В связи с этим считается обязательным назначение антибиотиков во всех случаях ОСО у детей младше двух лет, а также у пациентов с иммунодефицитными состояниями. Назначение антибиотиков необходимо при ЗОСО и РОСО. Эмпирический выбор антибиотика должен учитывать спектр типичных возбудителей ОСО, ЗОСО, РОСО, каковыми являются пневмококк, гемофильная палочка, а в некоторых регионах еще и моракселла. Оптимальным может быть выбор с учетом данных о региональной чувствительности предполагаемых возбудителей к антибиотикам (табл.), но в России эти данные не всегда достоверны и доступны лишь в отдельных регионах.

Таблица. Вероятность клинического успеха в лечении ОСО на основании фармакокинетики и фармакодинамики (в баллах; 5 – высокая, 1 – низкая)

Антибиотик	<i>S. pneumoniae</i>			<i>Haemophilus influenzae</i>	
	+	+/-	-	не продуцирующие β-лактамазы	продуцирующие β-лактамазы
Амоксициллин 40–50 мг/кг/сут	5	4	3	5	1
Амоксициллин 80–100 мг/кг/сут	5	5	4	5	1
Амоксициллин/клавуланат	5	4	4	5	5
Цефуроксим	5	4	3	5	4
Цефтриаксон	5	5	4	5	5
Бактрим, бисептол	5	3	2	3	3
Эритромицин	4	3	1	3	3

Примечание. «+» – чувствителен, «±» – среднеустойчив, «-» – резистентен (по данным Pichichero и соавт., 2000)

С учетом типичных возбудителей и российских данных об антибиотикорезистентности препаратом первого выбора при ОСО является амоксициллин. Адекватная доза для детей составляет 80–90 мг/кг/сут, для взрослых – 3–3,5 г/сут, разделенная на три приема независимо от еды.

При отсутствии достаточного клинического эффекта по прошествии трех дней следует сменить амоксициллин на антибиотик, активный против β-лактамазопродуцирующих штаммов гемофильной палочки и моракселлы: амоксициллин/клавулановая кислота или цефалоспорины (цефуросим аксетил внутрь).

Диагностика

Диагностика ОСО базируется на типичных жалобах и данных инструментального исследования

При отоскопии определяются гиперемия и утолщение барабанной перепонки, ее выбухание и нарушение подвижности. При наличии отделяемого в наружном слуховом проходе осмотр с использованием оптики позволяет увидеть перфорацию, которая в этом случае чаще бывает щелевидной, нередко прикрытой отечной слизистой оболочкой (чаще при ЗОСО или РОСО). При стертой клинической картине и преобладании у ребенка неспецифических симптомов (раздражительность, диарея и др.) окончательный диагноз ставится на основании отоскопической картины. Однако осмотр барабанной перепонки, особенно у маленьких детей, весьма сложен, а верная интерпретация отоскопической картины требует большого профессионального опыта. Слуховой проход ребенка очень узок и изогнут, а барабанная перепонка расположена почти в горизонтальной плоскости, т.е. под очень острым углом к оси зрения. Малейшее неверное движение при удалении из наружного слухового прохода серы или слущенного эпидермиса вызывает крик ребенка, в результате чего барабанная перепонка немедленно краснеет, имитируя картину ОСО. Сама процедура туалета слухового прохода может вызвать тот же эффект. В связи с этим в сложных диагностических ситуациях отоскопия, окончательное уточнение диагноза и принятие решения о необходимости антибиотикотерапии должны быть обязанностью не педиатра, а опытного ЛОР-специалиста. В этом случае туалет слухового прохода, осмотр барабанной перепонки и при необходимости тимпанопункция у детей могут быть выполнены под наркозом. Тимпанометрия и аудиометрия имеют вторичное значение в диагностике ОСО, ЗОСО, РОСО, они используются преимущественно у взрослых.

У грудных и детей раннего возраста клиника ОСО чаще проявляется неспецифическими симптомами: больной ребенок постоянно кричит, крутит или качает головой, старается наклонить голову так, чтобы больное ухо было расположено ниже, утопить его в подушку. Весьма популярный среди педиатров метод диагностики отита путем надавливания на козелок дает немало ложноположительных реакций. Для повышения его достоверности этот тест лучше выполнять, когда ребенок спит.

Сроки антибактериальной терапии

Рандомизированное плацебо контролируемое исследование продемонстрировало, что 5-дневный курс антибиотикотерапии достаточно эффективен при неосложненном ОСО, так как он улучшает комплаенс и снижает стоимость лечения. Более длительные курсы терапии показаны детям младше двух лет, детям с отореей и сопутствующими заболеваниями. Сроки антибиотикотерапии при ЗОСО и РОСО определяются индивидуально, обычно они более длительные (при пероральном приеме не менее 14 дней).

Причинами неэффективности антибиотикотерапии при ОСО, ЗОСО и РОСО могут быть следующие факторы:

- неадекватная дозировка антибиотика;
- недостаточная всасываемость;
- низкая концентрация препарата в тканях очага воспаления;
- низкий комплаенс.

Побочным эффектом антибиотикотерапии, ведущим к неэффективности лечения в целом, может стать нарушение нормальных соотношений микроорганизмов, заселяющих носоглотку, в частности элиминация менее патогенного стрептококка, на место которого приходит более патогенная микрофлора. Иногда присутствие β-лактамазообразующих штаммов или копатогенов может «защитить» не продуцирующие β-лактамазы штаммы от β-лактаманов антибиотиков. В этом случае также показано назначение ингибиторозащищенных пенициллинов (амоксициллин/клавуланат). Наличие вирусов в содержи-

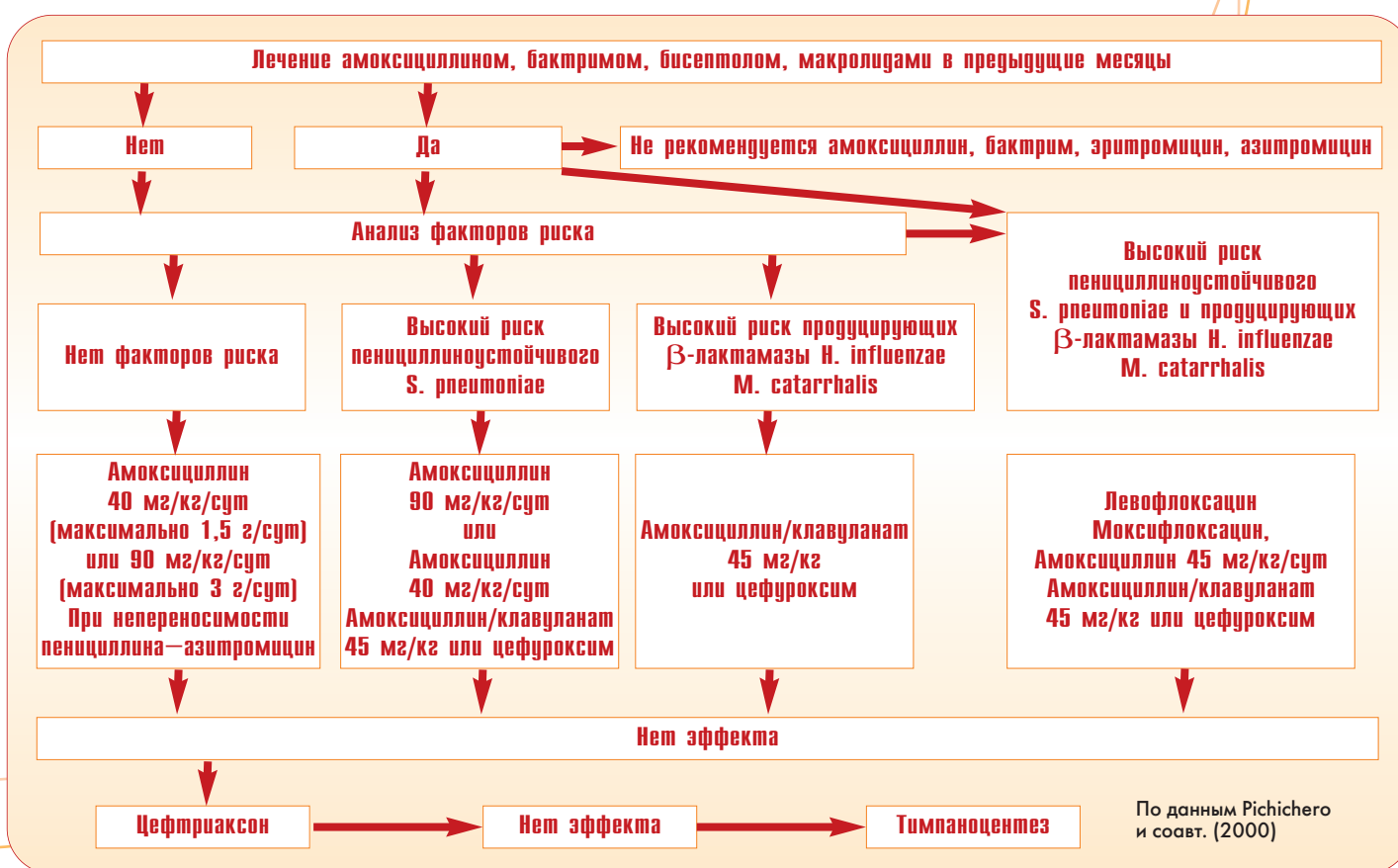
мом среднего уха также негативно может влиять на эффективность антибиотиков и способствовать реинфекции существующим или новым возбудителем.

Особо нужно сказать об антимикробных препаратах, которые не следует назначать для лечения отитов. К ним в первую очередь относятся тетрациклин, линкомицин, гентамицин и ко-тримоксазол. Эти препараты малоактивны в отношении *S. pneumoniae* и/или *H. influenzae* и не лишены опасных побочных эффектов (риск развития синдромов Лайелла и Стивенса-Джонсона у ко-тримоксазола и ототоксичность – у гентамицина). Фармакоэпидемиологические исследования, проведенные в России, показали, что врачи поликлиник и стационаров во многих случаях проводят антибактериальную терапию ОСО неправильно. В перечне широко назначаемых препаратов – все те же бензилпенициллин, бициллины, линкомицин, гентамицин, ко-тримоксазол и др.

При ЗОСО и РОСО лечение лучше начинать с перорального приема амоксициллина/клавуланата, причем общая доза амоксициллина в этом случае также должна составлять 3–3,5 г/сут для взрослых и 40 мг/кг/сут для детей.

Пенициллины обладают бактерицидным эффектом. Их мишенью являются пенициллинсвязывающие белки бактерий. Блокирование синтеза пептидогликана приводит к гибели бактерии. Однако микроорганизмы приобретают устойчивость за счет продукции ферментов – β-лактамаз. Ингибитор β-лактамаз – клавулановая кислота (клавуланат) входит в состав ингибиторозащищенных пенициллинов.

Макролиды в лечении ОСО не получили широкого распространения из-за их низкой активности в отношении пенициллинорезистентных пневмококков и гемофильной палочки. Макролиды рассматриваются как препараты второго ряда, в основном их назначают при аллергии к β-лактаманам антибиотикам.



Мириготомия и шунтирование барабанной полости

Мириготомия (разрез барабанной перепонки парацентезной иглой) необходима у больных с сохраняющимся болевым синдромом, симптомами интоксикации, высокой температурой тела. Эвакуация отделяемого из среднего уха эффективно прерывает патогенетический цикл неперфоративного острого и затянувшегося среднего отита и сопровождается отчетливым клиническим улучшением. Тимпанопункция и мириготомия позволяют получить содержимое барабанной полости, исследовать его микрофлору на чувствительность к антибиотикам и решить вопрос о необходимости продолжения антибактериальной терапии. Если рост микрофлоры не получен, необходимости в дальнейшем лечении антибиотиками нет.

Мириготомия в раннем периоде позволяет быстро эвакуировать содержимое барабанной полости, эффективно прервать патогенетический процесс. Дополнив мириготомию шунтированием барабанной полости, мы обеспечиваем постоянный отток отделяемого из полостей среднего уха и создаем возможность доставлять лекарственные препараты (антибиотики, деконгестанты, кортикостероиды) местно непосредственно к очагу воспаления. Чаще всего это приходится делать при ЗОСО и неперфоративном РОСО. Шунтирование также позволяет избежать системного применения антибиотиков и нежелательных явлений, связанных с ними. Чем раньше произведено шунтирование барабанной полости при ЗОСО или РОСО, тем менее выраженные фиброзные изменения формируются в среднем ухе, соответственно уменьшая вероятность развития стойкого снижения слуха. Необходимо наблюдать больного после мириготомии в течение 3–4 недель. Это позволяет убедиться в отсутствии рецидива болезни и удостовериться в излечении больного.