

СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

К. Зырянова, кандидат медицинских наук,
И. Дубинец, кандидат медицинских наук,
И. Ершова,
М. Коркмазов, доктор медицинских наук, профессор
Южно-Уральский государственный медицинский университет,
Челябинск
E-mail: lor-kafedra@mail.ru

Оценивается эффективность консервативного лечения острого среднего отита у детей в поликлиниках Челябинска в соответствии с клиническими рекомендациями (2014).

Ключевые слова: педиатрия, оториноларингология, острый средний отит, консервативное лечение.

Воспалительные заболевания среднего уха у детей являются одной из самых актуальных проблем в мировой оториноларингологии. Острый средний отит (ОСО) – наиболее частая бактериальная инфекция в амбулаторной педиатрической практике. Среди всех пациентов в амбулаторно-поликлинических условиях ОСО в среднем составляет 50%, а среди детского населения – до 70% – к 3-летнему возрасту и до 95% к 7-летнему [1, 2]. Такая высокая распространенность ОСО связана с неблагоприятным воздействием окружающей среды, широким и бесконтрольным применением медикаментозных средств, вызывающих иммунологические сдвиги в организме, увеличением числа больных с аллергическими заболеваниями и иммунодефицитными состояниями [3].

Течение ОСО принято разделять на 5 стадий: I – острый тубоотит (евстахиит), II – катаральное воспаление, III – гнойное воспаление, IV – постперфоративная, V – репаративная стадия [1, 4]. Стадийность течения острого воспаления среднего уха предполагает проведение адекватной для каждой стадии патогенетической и симптоматической терапии. На первых стадиях лечение ОСО включает методы, направленные на восстановление функции слуховой трубы [2]. Проводятся тщательная санация носоглотки средствами элиминационной терапии, топическими антибактериальными препаратами (АБП) [5–7], анемизация глоточного устья слуховой трубы, продувание ушей по Политцеру; в качестве местного лечения используются капли в уши с обезболивающим компонентом. Далее в течение 24–48 ч оценивают эффективность комбинированной неантибактериальной терапии [2, 5] и решают вопрос о назначении системных АБП [3, 6]. Несмотря на огромный арсенал современных лекарственных средств, используемых при лечении ОСО, проблема адекватного лечения детей с ОСО актуальна до настоящего времени. А последствия ОСО (кондуктивная или смешанная тугоухость, хроническое воспаление среднего уха) нередко продолжают беспокоить пациентов и во взрослом состоянии [9].

Целью нашего исследования была оценка эффективности стартовой консервативной терапии ОСО в детских поликлиниках Челябинска с учетом возраста ребенка и стадии заболевания в соответствии с клиническими рекомендациями (2014) [8].

Анкета

Обведите нужные ответы или впишите их в пустую клетку.

№ поликлиники, район _____ Дата: _____

1. Укажите пол ребенка: Мужской Женский

2. Укажите возраст ребенка (сколько полных лет): _____

3. Перенесенные заболевания:

частые простудные (более 6 раз в год);

аллергия (если да, то укажите):

на пальцы шпешух растений (луговые травы, сорняковые травы, деревья);

на домашнюю пыль;

на шерсть животных (кошки, собаки, грызуны);

грибковые аллергии;

пищевые продукты (указать какие):.....;

лекарственные препараты;

неуточненная аллергия.

инфекционные: скарлатина корь ветряная оспа

4. Состоит ли ребенок на учете у аллерголога - иммунолога:

Да: бронхастма; Нет

атопический дерматит;

другие (указать).....

5. Вскармливание: грудное искусственное

6. Предшествовали ли данному заболеванию следующие:

ангина синусит ОРВИ о. назофарингит

бронхит аденоидит грипп другие(указать)

7. Прием матерью во время беременности (для грудных и новорожденных детей):

лекарственных препаратов алкоголя курение

перенесенные вирусные заболевания осложнения во время родов

8. Посещает ребенок детское дошкольное учреждение (указать с какого возраста):

Да Нет

9. При обращении на какой стадии заболевания был выставлен диагноз острый средний отит:

острый тубоотит;

острое катаральное воспаление; острое гнойное воспаление;

постперфоративная стадия; репаративная стадия.

10. Обращались ли ранее по поводу данного заболевания:

Да (сколько всего раз) Нет

11. Предпринимались ли попытки самостоятельного лечения:

да (какими препаратами)..... нет

12. Какое лечение получаете по поводу данного заболевания:

Ушные капли, содержащие спиртовые растворы (фурацилиновый спирт, др.)

Ушные капли, содержащие антибиотики, используемые до гноетечения:

гаразон дексона софрадекс полидексса анауран

Ушные капли, содержащие антибиотики, используемые после гноетечения:

ципромеда унисфлоркс ланцил отофа

Ушные капли, содержащие анестетики: отипакс отирелакс отиврум

Комбинированные ушные капли:

дексона кандибиотик комбинез-дуо полидексса

Другие ушные капли: альбуцил диоксидин

системные антибиотики: Пенициллины:

Амоксициллин(Флемоксин Солотаб, Амосин)

Амоксициллин/клавулат (Амоксилав, Флемоклав Солотаб, Арлет, Аугментин, Панклав)

Цефалоспорины: Цефакор (Альфацет, Цеклор) Цефиксим (Супракс, Иаксим, Люпин, Панцеф, Цефспан) Цефтибутен(Цедекс)

Цефуроксим-аксетил (Зиннат, Цефурабол)

Макролиды: Азитромицин(Сумамед, Хемомицин)

Кларитромицин (Клацид, Кларитроскин, Кларакс)

Вильпрофен Солотаб Другие (указать).....

сосудосуживающие капли (Нафтилин, Саморин, Тизин, Ксимелин, Для Нос, Називин и др.);

промывание носа солевыми растворами (Аква Марис, АкваЛор, Долфин, Маример, Риворин, Салин, Физиомер, Квикс);

антигистаминные (Зиртек, Лоратадин, Эриус, Кларитин, Тавегил, Супрастин, Цетрин, Актотевин и др.);

муколитики: ривофлуэцил, флюитек, пластыль АЦЦ, амбробене

анальгетики: ибупрофен, парацетамол, ибупрофен, др

физиолечение.

13. Развивались осложнения:

Мастоидит Кондуктивная тугоухость Лабиринтит

Нейросенсорная тугоухость Менингит Синус-тромбоз

Абсцесс мозга Эпидуральный, субдуральный абсцесс

Хронический средний отит Сепсис

14. После данного полученного лечения почувствовали улучшения состояния:

Да (симптомы уменьшились) Нет

15. Средняя продолжительность заболевания(в днях): 5-7 7 10

16. Оцените эффективность проведенного лечения по результатам исхода заболевания:

Выздоровление

Рецидивирующий о. средний отит (3 и более отдельных эпизодов ОСО за 6 месяцев или 4 и более – в течение года с как минимум 1 эпизодом за последние полгода)

Хронический средний отит

Наличие осложнений

Затянувшийся острый средний отит(наличие симптомов и признаков воспаления среднего уха в течение 3–12 месяцев после проведения 1 или 2 курсов терапии антибиотиками)

ЭСО

Благодарим Вас за участие в опросе!

Анкета-опросник

Задачами исследования являлись:

- оценка факторов риска возникновения ОСО (курение матери, прием алкоголя, лекарственные препараты, перенесенные вирусные инфекции во время беременности) и предшествующих факторов развития ОСО (вирусная инфекция верхних дыхательных путей, детские инфекции, инфекции верхних дыхательных путей);
- изучение пика частоты ОСО с учетом возраста и пола;
- определение обособованности и своевременности системной антибактериальной терапии (АБТ), а также эффективности проведенного лечения;
- определение средней продолжительности течения ОСО, а также своевременности и правильности выбора этиологической и патогенетической терапии ОСО в детских поликлиниках.

Работа проводилась на базе оториноларингологических кабинетов детской городской поликлиники №3 и детских клинических больниц №1, 8 и 9. В исследование были включены 68 детей (40 мальчиков и 28 девочек) в возрасте от 4 мес до 7 лет

(средний возраст $3,5 \pm 1,5$ года) с диагнозом ОСО, основанным на анамнезе, жалобах и клиническом осмотре. Родители пациентов были опрошены с помощью анкет-опросников (см. рисунок). Полученную информацию обрабатывали с помощью персонального компьютера с использованием таблицы Microsoft Excel 2010 и статистического программного пакета.

Встречаемость ОСО у детей в возрасте от 4 до 12 мес составила 13,2%, от 1 до 2 лет – 19,1%, в 3–4 года – 41,2%, от 5 до 7 лет – 26,4%, причем чаще – у мальчиков (58,8%), чем у девочек (41,2%).

К первому году у 2,9% детей имел место 1 эпизод ОСО, у 6% – 2 эпизода. За первые 4 года жизни хотя бы 1 эпизод ОСО выявлен у 15,4% детей, 3 и более – у 11,5%. К 4 годам жизни ОСО переносят 72,5% детей, у 40% детей отмечается несколько эпизодов заболевания.

Из анамнеза известно, что 34 (50%) ребенка посещали детские дошкольные учреждения. Данному заболеванию предшествовала острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у 58,8%, острый ринофарингит – у 19,1%, острый

бронхит – у 8,8%, острый синусит – у 4,4%, острый тонзиллит – у 4,4%, острый аденоидит – у 1,4% больных.

В анамнезе частные простудные заболевания (>6 раз в год) наблюдались у 18 (26,5%) детей, аллергия – у 20 (29,4%), детские инфекционные заболевания (корь, ветряная оспа, скарлатина) – у 25 (36,8%). На учете у аллерголога-иммунолога с бронхиальной астмой состоят 2 (2,9%) детей, с atopическим дерматитом – 12 (17,6%). Отягощенный анамнез во время беременности (курение, прием лекарственных препаратов, перенесенная вирусная инфекция) был у матерей 16 (23,5%) детей.

У обследованных были диагностированы разные формы ОСО: у 48 (70,6%) – катаральная, у 13 (19,1%) – гнойная, у 3 (4,4%) – тубоотит, у 4 (5,9%) – постперфоративная стадия.

Попытки самостоятельного лечения предпринимались у 3 (4,4%) детей. В ходе назначенного лечения системные АБП принимали 66 (99,7%) больных, из них аминопенициллины – 14 (20,6%), защищенные пенициллины – 26 (38,2%), цефалоспорины – 23 (33,8%); макролиды – 3 (4,4%), ушные капли, содержащие анестетики, использованы в 31 (45,6%) случае, содержащие АБП – в 31 (45,6%), спиртовые растворы – в 11 (16,2%) случаев.

Кроме того, больные принимали препараты других групп: муколитики – 17 (25%), анальгетики – 16 (23,5%), сосудосуживающие капли – 39 (57,4%), растворы на основе морской воды – 60 (88,2%), антигистаминные препараты – 20 (29,4%), физиотерапевтические процедуры – 2 (2,9%).

Средняя продолжительность заболевания 5–7 дней отмечена у 37 (54,4%) детей, 7 дней – у 22 (32,4%), 10 дней – у 7 (10,3%), >10 дней – у 2 (2,9%). Выздоровление отмечено у 65 (95,6%) детей, затянувшееся течение ОСО – у 1 (1,5%), рецидивирующее – у 2 (2,9%) больных.

Как показало исследование, при постановке диагноза «катаральный ОСО» 35,4% детей в возрасте от 6 мес до 2 лет в соответствии с Клиническими рекомендациями (2014) была назначена системная АБТ (при этом в последние 30 дней АБП у них не применялись), включавшая: амоксициллин (29,4%), амоксициллин/клавулат (23,5%), цефалоспорины I–II поколения (29,4%), азитромицин (5,9%). В возрасте старше 2 лет с катаральным ОСО системная АБТ была назначена в 70,8% случаев: соответственно 5,9; 38,2; 26,5 и 8,8% детей, из них у 58,8% больных отмечено тяжелое течение ОСО, характеризовавшееся наличием интоксикации, постоянного выраженного болевого синдрома (>48 ч) и высокой температурой (>39°C) в течение последних 48 ч. Стартовым АБП при неосложненном течении ОСО является амоксициллин, если его не применяли в последние 30 дней и отсутствуют указания на аллергию к пенициллинам [1]. Назначение защищенных форм амоксициллина оправданно в случае повторного назначения аминопенициллинов в течение 1 мес при рецидивирующем ОСО.

Итак, проведенное нами исследование показало, что дети, находящиеся на грудном вскармливании >4 мес, страдают ОСО в 2 раза реже, чем дети, вскармливаемые искусственно. Курение матери, прием лекарственных препаратов, перенесенная вирусная инфекция во время беременности повышали риск развития ОСО у детей первых 4 лет жизни. У 58,8% пациентов ОСО предшествовала перенесенная ОРВИ. Отит может развиваться как осложнение скарлатины и кори. Предрасполагающими факторами являются также частое ОРВИ и аллергические заболевания.

Пик частоты ОСО приходится на возраст 2–4 года. К 4-летнему возрасту у 72,5% детей регистрируется хотя бы 1 эпизод заболевания. Известно, что 34 (50%) ребенка с ОСО

посещали детские дошкольные учреждения. Определенную роль в развитии данной патологии играет неспособность ребенка самостоятельно опорожнить нос от накопившейся слизи. Мальчики болеют ОСО чаще, чем девочки.

В соответствии с Клиническими рекомендациями альтернативы АБТ при бактериальном ОСО нет. АБТ назначают всем детям до 6 мес, независимо от тяжести клинических проявлений, а при подозрении на ОСО – даже если нет полной уверенности в точности диагноза. Детям от 6 мес до 2 лет АБТ назначают при точно установленном диагнозе, в случае сомнений в диагнозе при условии наблюдения в течение 72 ч и отоскопической оценки динамики на фоне симптоматической терапии. В детских поликлиниках Челябинска стартовым АБП явились цефалоспорины, что не соответствует Клиническим рекомендациям (2014). В 41,2% случаев не потребовалось назначение системных АБП.

На доперфоративной стадии этиологическая и патогенетическая терапия ОСО включала аналгезирующую терапию – системную и местную, осмотически активные препараты местного действия, разгрузочную терапию, противовоспалительное местное лечение, системную АБТ, муколитическую терапию. В 54,4% случаев назначали местные АБП. При использовании топических АБП необходимо помнить, что антибиотики, входящие в их состав, не проникают через перфорированную барабанную перепонку.

Средняя продолжительность лечения при ОСО составила 5–7 дней. Таким образом, при применении данного алгоритма ведения больных полное выздоровление детей наступало на 5–7-й день лечения.

Литература

1. Гаращенко Т.И., Левитский М.Ф., Бойкова Н.Э. и др. Возможности безопасной антибиотикотерапии при острых средних отитах у детей // *Детская оториноларингология*. – 2013; 2: 54–6.
2. Гаращенко Т.И., Козлова Р.С. Острый средний отит у детей. Предрассудки фармакотерапии // *Детская оториноларингол.* – 2013; 3: 31–6.
3. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов: клин. рекомендации / М., 2014; 24 с.
4. Шадыев Х.Д., Ульянов Ю.П. Острый средний отит. Учебное пособие для практикующих врачей по оториноларингологии / М.: Русский врач, 2006; 100 с.
5. Ершова И.Д., Зырянова К.С., Дубинец И.Д. Современные аспекты консервативного лечения Острого среднего отита в детских поликлиниках г. Челябинска // *Вестник ЧОКБ*. – 2015; 1 (28): 9–12.
6. Зырянова К.С., Кормазов М.Ю., Дубинец И.Д. Роль элиминационно-ирригационной терапии в лечении и профилактике заболеваний ЛОР органов у детей // *Детская оториноларингол.* – 2013; 3: 27–9.
7. Карпова Е.П. О роли топической антибактериальной терапии в комплексном лечении острого среднего отита у детей // *Рос. оториноларингол.* – 2014; 3: 145–9.
8. Туровский А.Б., Царапкин Г.Ю., Завгородний А.Э. Антибактериальная терапия острого среднего отита // *РМЖ*. – 2007; 22: 1676–81.
9. Кормазов М.Ю., Дубинец И.Д., Зырянова К.С. и др. Дифференцированный подход к лечению экссудативного среднего отита с применением мукорегулирующей терапии в детском возрасте // *Рос. оториноларингол.* – 2014; 2 (69): 31–4.

INITIAL THERAPY FOR ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN

K. Zyryanova, Candidate of Medical Sciences; I. Dubinets, Candidate of Medical Sciences; I. Ershova; Professor M. Korkmazov, MD South Ural State Medical University, Chelyabinsk

The authors evaluate the efficiency of medical therapy for acute otitis media in children in accordance with the clinical guidelines (2014) at Chelyabinsk polyclinics.

Key words: acute otitis media, children, medical treatment.