

Е.П.КАРПОВА, д.м.н., профессор, М.П.БОЖАТОВА, к.м.н., РМАПО, Москва

# Наружные отиты у детей:

## ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Несмотря на то что клинические проявления заболеваний наружного уха очерчены довольно четко, нередко врачи оториноларингологи обозначают термином «наружный отит» разнообразную патологию, что не отражает полностью сущность патологического процесса, а также затрудняет проведение диагностики и лечения. Под термином «наружный отит» объединены различные заболевания ушной раковины и наружного слухового прохода, отличающиеся этиологией, патогенезом, клиническими и морфологическими проявлениями. Рассмотрим некоторые из них.

### ФУРУНКУЛ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Фурункулы наружного слухового прохода (ограниченный диффузный отит) встречаются достаточно часто и возникают в результате внедрения стафилококковой инфекции в волосяные мешки и сальные железы при расчесах кожи пальцами, при манипуляциях в ушах спичками, ватными палочками, инструментами и другими предметами, особенно при наличии гноетечения из уха.

Общими предрасполагающими факторами являются нарушение обмена, в частности углеводного, неполноценное питание, авитаминозы, общий фурункулез и др. Фурункул чаще появляется в передненижнем отделе слухового прохода, т.к. именно эту часть слухового прохода дети чаще травмируют. Воспалительный процесс носит ограниченный характер, сопровождается поражением кожи и подкожного жирового слоя перепончато-хрящевой части наружного слухового прохода. Нередко воспалительный процесс распространяется на окружающие ткани, особенно на заднюю поверхность ушной раковины, сосцевидный отросток. Дети жалуются на резкую боль в ухе, которая иногда иррадирует по всей голове. Боль усиливается при жевании и разговоре, обостряется ночью. В случае резкого сужения слухового прохода происходит снижение слуха.

**Лечение.** Необходимо помнить, что фурункулы образуются при ослаблении общего иммунитета. Особенно часто это наблюдается при гиповитаминозе, диабете и других заболеваниях, ослабляющих иммунитет. Поэтому, помимо устранения местных причин болезни, назначаются антибиотики, витамины. С целью повышения общего иммунитета показана аутогемотерапия. В стадии инфильтрации назначают турунды со спиртовыми растворами, мазями, УФО, УФЧ-терапию. В случае, если консервативное лечение оказывается безрезультатным, прибегают к хирургическому вскрытию фурункула.

### РАЗЛИТОЕ ВОСПАЛЕНИЕ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Разлитое воспаление кожи слухового прохода (диффузный наружный отит) — полиэтиологическое

заболевание. Различают бактериальную, грибковую и аллергическую формы заболевания. Воспалительный процесс при этом заболевании носит разлитой характер, распространяется на глубокие слои кожи, подкожную клетчатку, костный отдел и нередко на барабанную перепонку. Предрасполагающими факторами к данному заболеванию являются аллергия, обменные нарушения и оторея. Значительную роль в развитии заболевания играет вид возбудителя. Из бактериальных возбудителей наиболее часто встречаются *E. Coli*, *Ps. Aeruginosa*, *S. Aureus*. Внедрению инфекционного агента способствуют механические травмы, а также термические, химические и другие факторы.

Заболевание может протекать в острой или хронической форме. В острой стадии кожа краснеет, припухает, больных беспокоит зуд, гнилостные выделения из уха, интенсивные боли при жевании, открывании рта, иррадиирующие в височную и зачелюстную область. При хронической форме симптомы менее выражены, характерно утолщение кожного покрова вследствие инфильтрации и даже фиброза.

**Лечение.** Учитывая этиологический фактор заболевания, проводят курс лечения антибиотиками. Если процесс носит аллергический характер, то показано проведение десенсибилизирующей терапии. Необходимо проводить ежедневную очистку или промывание слухового прохода с дезинфицирующими средствами с последующим тщательным высушиванием и введением лекарственных средств на турундах 3—4 раза в день.

### ЭКЗЕМА И ДЕРМАТИТ НАРУЖНОГО УХА

У детей довольно часто встречается экзематозный процесс, или дерматит, который локализуется у входа в наружный слуховой проход или в области заушной складки, иногда распространяется на барабанную перепонку. Единая этиология заболевания не выявлена. Экзема может возникнуть как реакция непереносимости различных веществ (аллергическая форма) или на фоне общих заболеваний (различные обменные нарушения). Чаще заболевание развивается у детей, страда-

ющих экссудативным диатезом, рахитом, аллергией, сахарным диабетом, грибковыми поражениями и т.д. Различают острую и хроническую формы экземы. В первом случае в процесс вовлекаются поверхностные слои кожи, во втором — глубокие.

В начальной стадии острой экземы наблюдаются гиперемия, утолщение кожи ушной раковины и наружного слухового прохода. Дети жалуются на постоянный и мучительный зуд в ушах, который вызывает беспокойство и лишает сна. В результате почесываний возникают ссадины и расчесы. Появляются мелкие пузырьки, при самопроизвольном вскрытии которых жидкость вытекает наружу и возникает мокнутие. При присоединении вторичной инфекции развивается ограниченный или диффузный наружный отит. При наличии у больных общих заболеваний экзема переходит в рецидивирующую или хроническую формы. Для хронической экземы характерно распространение процесса в глубь кожи.

*Лечение.* При лечении экземы необходимо учитывать общее состояние ребенка, а также корректировать метаболические и иммунологические нарушения.

Большое значение имеют организация правильного режима питания и проведение общеукрепляющего лечения (витаминотерапия).

Область поражения необходимо держать в чистоте. Запрещается мочить пораженные участки кожи. Необходимо ежедневно производить местный гигиенический туалет пораженной области с использованием мазей «Тридерм», «Лориден С», салицилово-цинковой пасты. Помимо медикаментозного лечения назначают физиотерапию: УВЧ, УФО, озонотерапию. При сопутствующем аллергическом процессе необходимо проведение соответствующей терапии. Если местная терапия оказывается неэффективной, то назначают общую антибактериальную терапию с учетом этиологического фактора.

Повреждения наружного слухового прохода обычно локализуются в кожно-перепончатой и костной частях. Обе части слухового прохода поражаются реже. Травмы кожно-перепончатой части наружного слухового прохода часто сочетаются с повреждениями ушной раковины. При неумелых попытках удаления инородного тела, серной пробки или небрежной очистке уха и т.д. происходит непосредственное повреждение кожно-перепончатой части. Косвенные повреждения этой части слухового прохода наблюдаются редко. Также редко встречаются непосредственные изолированные повреждения костных стенок слухового прохода. Чаще они сочетаются с повреждениями

скулового и сосцевидного отростков, сустава нижней челюсти, с поражением барабанной полости и поражением внутреннего уха. Повреждения костных стенок наружного слухового прохода часто встречаются при падении на нижнюю челюсть и при ударах в подбородок. При этом происходит перелом и разрыв нижнепередней стенки слухового прохода, что сопровождается болью при жевании и открывании рта, нарушением прикуса, невнятной речью, кровотечением и ликвореей из уха.

*Лечение.* Больного направляют в хирургическое отделение для стационарного лечения. Лечение проводят на фоне терапии антибиотиками. Для предотвращения развития сужения или атрезии в результате рубцевания, а также для ликвидации воспалительного процесса с первого дня необходимо вводить в наружный слуховой проход турунды с мазями «Левомеколь», «Бактробан».

## ■ СЕРНАЯ ПРОБКА

Проблема серных пробок актуальна во всем мире. Более 10% обращений за скорой отоларингологической помощью составляют проблемы, вызванные уплотнением серных пробок. Серные пробки — это скопление ушной серы, секрета сальных желез и чешуек слущенного эпителия, представляющие собой массу довольно мягкой консистенции коричневатого или почти черного цвета. В норме ушная сера удаляется из слухового прохода благодаря движениям передней его стенки, происходящим при разговоре и жевании.

Наружный слуховой проход состоит из перепончато-хрящевого и костного отделов, место перехода одного отдела в другой перешеек. Сера вырабатывается только в перепончато-хрящевом отделе, защищая кожу слухового прохода от повреждений и воспаления. При очищении ушей ватными палочками происходит проталкивание серных масс за перешеек, к барабанной перепонке, «прессование» серы, что приводит к возникновению серных пробок.

Гиперсекреция серы наблюдается при нарушении обмена веществ, при частом туалете наружного слухового прохода, при рефлекторном раздражении слухового прохода, при экземе и дерматитах. Попадание воды ведет к затеканию серы в более глубокие отделы (костную часть), откуда она труднее удаляется. Нормальному очищению от серы препятствуют также излишняя узость и извилистость наружного слухового прохода. При избыточном накоплении ушной серы в наружном слуховом проходе могут возникать расстройства, связанные с закупоркой слухового прохода и давлением на его стенки. До тех пор, пока серная пробка не закроет просвет слухового прохода полностью, симптомы отсутствуют, но при полной его закупорке появляются чувство заложенности и понижение слуха

■ **Более 10% обращений за скорой отоларингологической помощью составляют проблемы, вызванные уплотнением серных пробок.**

## ■ ТРАВМЫ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

Повреждения наружного слухового прохода обычно локализуются в кожно-перепончатой и костной частях. Обе части слухового прохода поражаются реже.

Травмы кожно-перепончатой части наружного слухового прохода часто сочетаются с повреждениями ушной раковины. При неумелых попытках удаления инородного тела, серной пробки или небрежной очистке уха и т.д. происходит непосредственное повреждение кожно-перепончатой части. Косвенные повреждения этой части слухового прохода наблюдаются редко. Также редко встречаются непосредственные изолированные повреждения костных стенок слухового прохода. Чаще они сочетаются с повреждениями

по типу звукопроводения. Разбухание серной пробки и полная закупорка слухового прохода чаще всего происходит при случайном попадании воды во время мытья, купания. Иногда закупорка может наступить внезапно во время жевания или манипуляций. В случае, когда пробка оказывает давление на барабанную перепонку, могут возникать неприятные ощущения: шум в ушах, кашель, кашлевой рефлекс, рефлекторные головные боли и даже головокружение.

В целях профилактики возникновения серных пробок пациентам (или их родителям) необходимо разъяснить, что ватные палочки предназначены лишь для гигиены слухового прохода, и при попытке удаления ими серы происходит проталкивание ее вглубь, а также, что пользование острыми предметами может привести к травме стенок слухового прохода и барабанной перепонки.

**Лечение.** К основным методам удаления серных пробок относятся промывание, использование свечей, церуменолизис различными веществами (морской водой, маслами). Однако эти методы не всегда эффективны, технически сложны, имеют противопоказания, на-

пример, их нельзя применять при хронических средних отитах, а также у возбудимых пациентов.

А-церумен — современное, максимально эффективное, безопасное и удобное средство для удаления серных пробок, гигиенического ухода и профилактики заболеваний наружного уха у детей. Препарат представляет собой водную эмульсию трех сурфактантов — веществ, уменьшающих поверхностное натяжение жидкости, которые «приклеиваются» к поверхности серной пробки, тем самым разрушая ее поверхность за счет гидратации и лизиса и уменьшая ее адгезивность к стенке слухового прохода. В целях гигиены и профилактики его достаточно применять 2 раза в неделю. При наличии серных пробок, повышенном серообразовании или повышенном риске серообразования (пользовании слуховыми аппаратами, вкладными гарнитурами) А-церумен рекомендуется закапывать 2 раза в день в течение 3—5 дней подряд (утром и вечером). При этом происходит постепенный лизис и нормализация секреции серы без риска возникновения вестибулярных и слуховых расстройств.



#### ЛИТЕРАТУРА

1. Богомилский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. — М.: 2005.
2. Самсыгина Г.А., Фитилев С.Б. Педиатрия, 2002.
3. Карпова Е.П. Российская оториноларингология. — 2003 — №2. — С.73.
4. Златоплатов А.Л. Российский Медицинский Журнал, 2004.

5. Василенко Ю.С. О защитно-приспособительных реакциях слизистой оболочки у детей и лиц юношеского возраста. //Журн. ушн., нос. и горл. бол. — 1964. — N2. — С. 68—72.
6. Шеврыгин Б.В. Детская амбулаторная оториноларингология.
7. Богомилский М.Р., Гаращенко Т.И., Тарасова Г.Д. Тезисы Всероссийского конгресса по аудиологии. — Суздаль, 1999.



## А-церумен

Каждому ушку – капельку заботы!

- Мягко и быстро растворяет серную пробку\*
- Препятствует образованию серных пробок
- Рекомендован при занятиях водными видами спорта и отдыха

\* Для гигиены ушей необходимо использовать А-церумен два раза в неделю, для полного растворения серной пробки 2 раза в день в течение 3—5 дней.



ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ. ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

Н.П.ШАБАЛОВ, Т.Н.ПЛАТОНОВА, кафедра детских болезней Военно-медицинской академии, С.-Петербург

# Нейропротекция в педиатрии

**Лечение и профилактика неврологических заболеваний являются важнейшими медицинскими аспектами обеспечения нормального развития ребенка с патологией нервной системы, рост которой неуклонно продолжается. Особенности клиники и течения нервных болезней определяются этиологией, характером, локализацией патологического процесса, а также возрастом ребенка. По данным ВОЗ до 10% детей страдают нервно-психическими заболеваниями, 80% из которых возникают в перинатальном периоде.**

ПЕДИАТРИЯ

**П**атологические процессы в центральной нервной системе (ЦНС) наиболее тяжело протекают при внутриутробных инфекциях, родовых поражениях, при заболеваниях в первые месяцы жизни. Наряду с перинатальной патологией ЦНС, по мере роста и развития ребенка формируются заболевания, обусловленные экзогенными влияниями, например черепно-мозговой травмой (ЧМТ), нейроинфекциями (НИ), психогенным стрессом, соматическими заболеваниями, пост-реанимационными состояниями и др. Энцефалопатии, перенесенные в детском возрасте, нередко создают основу для формирования у взрослых некоторых заболеваний. Поэтому следует обратить внимание на проведение более ранних реабилитационных мероприятий, т.к. в молодом возрасте возможности восстановления нарушенных функций выражены в значительно большей степени, чем у взрослых.

Многообразие клинических проявлений и недостаточная изученность патогенетических механизмов отдаленных последствий поражений головного мозга (восстановительный период ЗЧМТ, нейроинфекций, перинатальных гипоксически-ишемических энцефалопатий, различные формы ДЦП, задержка психомоторного и речевого развития, тики, эпизиндром, после применения наркоза) обуславливают недостаточную эффективность существующих способов лечения.

Это требует дальнейшего изучения отдельных звеньев патогенеза, клинических проявлений декомпенсации патологических процессов и поиска новых эффективных способов воздействия на течение болезней ЦНС.

Необходимо отметить значительные успехи в области создания новых лекарственных препаратов. Установлено, что пептидные препараты участвуют в поддержании структурного и функционального гомеостаза клеточных популяций, которые содержат и продуцируют эти факторы, контролируют экспрессию генов и синтез белка в клетках.

В последние годы для лечения заболеваний ЦНС успешно применяется пептидный препарат Кортексин, выделенный по оригинальной отечественной технологии из коры головного мозга молодых телят и поросят. Кортексин относится к отечественным нейропротекторным и ноотропным препаратам пептидной структуры, оказывающим специфически направленное ткане- или органотропное действие. Препарат создан в Военно-медицинской академии и внедрен в практику усилиями ученых и специалистами отечественной фармакологической компании «ГЕРОФАРМ».

Результаты доклинического и клинического исследования Кортексина позволяют говорить об эффективности его примене-

ния у детей не только с заболеваниями ЦНС, а также о его положительном влиянии на системы неспецифической резистентности, гемостаза, иммунитета и функцию нервной системы при церебральной патологии.

Доказано, что препарат обладает тканеспецифическим действием на кору головного мозга, оказывает церебропротекторное, ноотропное и противосудорожное действие, снижает токсические эффекты нейротропных веществ (апоморфина, галоперидола, никотина, кофеина), улучшает процессы обучения и памяти, стимулирует репаративные процессы в головном мозге, ускоряет восстановление его функций после стрессорных воздействий.

Содержащиеся в Кортексине микроэлементы (цинк, марганец, селен, медь, магний и др.) играют важную роль в жизни нейронов и формировании механизмов нейропротекции, участвуют в поддержании активности более 1000 внутриклеточных белков и ферментов, регулирующих процессы клеточной динамики и апоптоза.

Аминокислотный спектр препарата представлен основными аминокислотами (глутаминовая, аспарагиновая, глицин и др.), которые являются L-формами, т.е. левовращающимися молекулярными структурами, чем отличаются от аминокислот, синтезированных химическим путем (правовращающимися). Указанные особенности пространственного строения аминокислот Кортексина позволяют им легче встраиваться в общий ритм метаболизма нейрона (что и обеспечивает его биодоступность).

Существующее в Кортексине соотношение между возбуждающими аминокислотами-нейромедиаторами (глутаминовая кислота, глутамин, аспарат) и тормозными (глицин, таурин, фрагменты ГАМК, серин) обеспечивает эффект снижения мышечного тонуса при патологии верхнего мотонейрона, а также противосудорожные свойства Кортексина.

Кортексин выпускают в виде лиофилизированного порошка во флаконах по 10 мг; содержимое флакона перед инъекцией растворяют в 1,0—2,0 мл 0,5% раствора новокаина, воды для инъекций или изотонического раствора хлорида натрия. Доказано, что эффективным является применение Кортексина у больных детей с массой тела до 20 кг в дозе 0,5 мг/кг; с массой тела более 20 кг — в дозе 10 мг внутримышечно ежедневно однократно в течение 10 дней в виде монотерапии или в комплексе с любыми средствами симптоматической и патогенетической терапии.

Спектр применения Кортексина в педиатрической и неврологической практике очень широк. Терапия перинатальных поражений ЦНС как в остром, так и в отдаленном периоде активно обсуждается в работах новосибирских (проф. Глухов Б.М., Никерова Т.В., проф. Белоусова Т.В.) и екатеринбургских



(доцент Громада Н.Е.), а также Санкт-Петербургских ученых (проф. Скоромец А.П.). В работах воронежских исследователей (Иванникова Н.В., Эсаулова И.В. и др.) отражено успешное применение Кортексина в комплексной реабилитации и реабилитации детей с ограниченными возможностями. Высока эффективность Кортексина в лечении серозных менингитов как в острую фазу, так и в отдаленном периоде, что достоверно подтверждено в работе д.м.н. И.Я.Извековой и соавт. (г. Новосибирск).

Одной из актуальных проблем нейрорепедиатрии является эпилепсия, которая в детской популяции встречается с частотой 2–4%. При лечении эпилепсии у детей, протекающей нередко на фоне задержки психомоторного развития, нарушения когнитивных функций, наряду с базовой антиконвульсантной терапией существует необходимость в назначении препарата, обладающего, с одной стороны, церебропротекторным, нейротропным, ноотропным действием, с другой стороны, не вызывающего повышения судорожной активности. Такими высокополезными свойствами обладает Кортексин. В исследовании клиники нервных болезней СПбГПМА (проф. В.И.Гузова, к.м.н. А.Н.Трубачева) проведена работа по клинической оценке эффективности Кортексина в комплексном лечении эпилепсии у детей. Было показано, что после курса лечения Кортексином ни у одного пациента не произошло рецидива эпилептических приступов, не зарегистрированы отрицательные изменения на ЭЭГ и в неврологическом статусе, у 40–50% детей улучшились показатели памяти и внимания, отмечена положительная динамика психомоторного и речевого развития.

Кортексин также рекомендуется применять у детей в остром и отдаленном периодах ЧМТ, по окончании острого периода нейроинфекций, при различных формах ДЦП, задержке психомоторного и речевого развития, после применения наркоза. Доказана эффективность препарата при синдроме дефицита внимания с гиперактивностью, тиках, при демиелинизирующих и деструктивных процессах, а также у новорожденных с гипоксическими ишемическими поражениями ЦНС как в остром, так и в восстановительном периоде.

Так например, у 120 детей с отдаленными последствиями ЗЧМТ, нейроинфекций, перинатальных гипоксически-ишемических энцефалопатий, в течение ряда лет (10 лет) проводилось комплексное лечение в периоде декомпенсации. 26 детей (контрольная группа) получали терапию в соответствии с общепринятыми стандартами; у 94 пациентов (основная группа) традиционная терапия была дополнена назначением Кортексина в возрастных дозах. Хороший результат лечения с применением Кортексина получен у 70,2% больных, удовлетворительный результат — у 22,4%, неудовлетворительный результат отмечен у 7,4% больных.

Положительные изменения на ЭЭГ наблюдались у 76% пациентов (отмечалось уменьшение дизритмии, снижение индекса патологической медленной активности, уменьшение или полное исчезновение гиперсинхронных тета-высышек, повышение альфа-индекса).

Достоверное снижение содержания в сыворотке крови КФК-ВВ-изофермента как маркера структурного повреждения нейрона получено у 62,2% пациентов (до лечения —  $7,2 \pm 1,5\%$ , после лечения —  $2,4 \pm 0,8\%$ ), ( $p < 0,05$ ).

Отмечено достоверное улучшение функции внимания по данным корректурной пробы: увеличение количества просмотренных знаков за отведенный отрезок времени (до лечения —  $1222,1 \pm 82,3$ , после лечения с применением Кортексина —  $1700,2 \pm 83,4$ ) и уменьшение количества ошибок (до лечения —  $15,6 \pm 1,93$ , после лечения —  $5,68 \pm 0,85$ ), ( $p < 0,05$ ). Таким образом, дополнение традиционного лечения Кортексином увеличило число пациентов с полной или частичной компенсацией патологического процесса со стороны ЦНС.

Кортексин, несомненно, заслуживает особого внимания, т.к., обладая мощным нейротрофическим эффектом, используется в ургентной неврологии при патологических состояниях, сопровождающихся отеком-набуханием головного мозга (нейротравма, эпилептический статус, менингоэнцефалиты, комы). При данных состояниях препарат назначается внутривенно (при информированном согласии родителей) медленно капельно или внутримышечно из расчета 10–30 мг/сут в течение 3–5 дней. При лечении апаллического синдрома — внутримышечно из расчета 5–10 мг/сут курсом 10 дней.

В комплексном лечении отдаленных последствий поражений головного мозга различного генеза (посттравматических, постинфекционных, соматогенных, перинатальных), а также эпилепсии у детей, при лечении двигательных церебральных расстройств, нарушениях памяти, мышления, снижении способности к обучению, терапии задержек психомоторного и речевого развития Кортексин при необходимости повторяют курсами через 1–3–6 месяцев.

Представленные данные позволяют рекомендовать применение Кортексина в комплексном лечении энцефалопатий различной этиологии.

Своевременная коррекция соматических заболеваний позволяет избежать неблагоприятных изменений в функционировании внутренних органов, которые усугубляют нарушения в нервной системе и способствуют отрицательной динамике в течении неврологических процессов. Поэтому очень важно проводить динамическое наблюдение больного ребенка не только невропатологом, но и педиатром.

Необходимо рациональное сочетание медикаментозных методов лечения — использование препаратов, действующих на обмен веществ и ткани головного мозга (ноотропы, в т.ч. Кортексин), седативных препаратов (транквилизаторы, барбитураты), успокаивающих средств (бромиды, препараты трав), диуретиков, противоаллергических препаратов, а также немедикаментозных (массаж, дифференцированная кинезитерапия, мануальная терапия).

Реабилитацию детей с поражениями головного мозга необходимо проводить комплексно с участием детского невролога, дефектолога, психолога и обязательно родителей и семьи.

Ранняя диагностика не только тяжелых, но и «легких» поражений ЦНС и их эффективная терапия с применением современных методов лечения являются основой адекватного развития ребенка и успешного его обучения.



Список литературы вы можете запросить в редакции.