

Шабалдина Е.В., Тихонюк В.П., Шабалдин А.В.

Кемеровская государственная медицинская академия,
ГУЗ Кемеровская областная клиническая больница,
МУЗ «Детская городская клиническая больница № 5»,
г. Кемерово

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Течение болезней уха у детей характеризуется рядом клинических симптомов, позволяющих врачам общего профиля ориентироваться в отношении правильной постановки диагноза и определения тактики ведения пациента. Кроме того, учитывая потенциальную возможность развития тяжелой внутричерепной патологии как отогенного осложнения, своевременная терапия острого среднего отита позволяет спасти жизнь ребенку. В условиях повсеместной нехватки квалифицированной детской оториноларингологической помощи большая ответственность при первичном осмотре больного ребенка возлагается на врача-педиатра. В лекции рассматриваются современная классификация острого среднего отита, основные морфофункциональные предпосылки развития данного заболевания у детей, особенности клинических проявлений, диагностики, а также основные схемы лечения острой патологии среднего уха у детей.

Ключевые слова: острый средний отит, диагностика, лечение.

Shabaldina E.V., Tihonjuk B.P., A.V. Shabaldin

Kemerovo State Medical Academy,
Kemerovo regional clinical hospital,
Institute of coal and coalchemistry SO RAN,
Kemerovo

FEATURES OF FLOW SHARP MIDDLE OTITIS FOR CHILDREN

The stream of illnesses of ear for children is characterized in a number of clinical symptoms which help to the doctors of general type to diagnose it correctly and to determine tactic of the medical looking after patients. In addition, there is potential possibility of development of heavy intracranial pathology as complications, that is why timely therapy of sharp middle otitis allows to rescue child life. The role of paediator is important and responsible in examination of sick child in the conditions of general shortage of otorhinolaryngological skilled a help a child.

There is modern classification of types of sharp middle otitis in this article, basic morfo-functional entrance terms of development of this illness for children, features of their clinical shows, their diagnosticians, and also the basic diagrams of treatment of sharp pathology of middle ear for children are examined.

Key words: sharp middle otitis, diagnostics, treatment.

Острым средним отитом называют воспалительное заболевание слизистой оболочки воздухоносных полостей среднего уха. Данная патология не является изолированным заболеванием только барабанной полости, а представляет со-

бой процесс, в той или иной степени захватывающий все полости височной кости.

Острые воспалительные заболевания среднего уха у детей по-прежнему встречаются часто, и не имеют тенденции к уменьшению. Их частота среди всех заболеваний в детском возрасте составляет 65-70 %. Основным контингентом являются дети до 3 лет — 71-75 %. Пик заболеваемости приходится на 6-18 месяцев. 44 % детей переносят острый средний отит на 1 году жизни 1-2 раза. Если у детей старшего возраста заболеваемость в основном не носит сезонности, то у грудных детей и у детей в раннем возрасте наблюдается выраженная сезонность, связан-

Корреспонденцию адресовать:

Шабалдина Елена Викторовна,
650029, г. Кемерово, ул. Ворошилова, 22а,
ГОУ ВПО «Кемеровская государственная
медицинская академия»,
Тел. раб.: 8 (3842) 39-64-32.
E-mail: weit2007@yanex.ru

ная с эпидемиями вирусных и инфекционных заболеваний. Отмечено, что чем меньше возраст ребенка, тем чаще воспаление среднего уха носит двусторонний характер. Двусторонний отит в возрасте до 1 года встречается в 70-85 % случаев, от 1 года до 3 лет — в 50-65 %, от 4 до 7 лет — только в 18-25 % случаев. Сказывается функциональная незрелость организма, более выраженная общая реакция (высокая температура, интоксикация), быстрое нарастание симптомов, но при правильном своевременном лечении такая же быстрая их обратная регрессия.

Воспалительные заболевания среднего уха у детей очень часто возникают на фоне инфекционных заболеваний. В последние годы в педиатрической практике повышается роль атипичных возбудителей (хламидии, микоплазмы), анаэробов (неклостридиальная инфекция), вирусов. Возрастает роль аллергических заболеваний, на фоне которых значительно ухудшается течение воспалительных заболеваний среднего уха. Патогенез заболеваний ЛОР-органов и других систем организма ребенка очень сложный, но их взаимосвязь прослеживается весьма четко. В многочисленных ситуациях вряд ли возможно выявить первичный процесс.

Остановимся на существующей на сегодняшний день классификации острых средних отитов.

Наиболее полно определяет все формы воспалительного процесса в среднем ухе классификация, предложенная М.Я. Козловым. Автор подразделяет заболевание на 5 форм:

- явный острый средний отит;
- латентный острый средний отит;
- экссудативно-аллергический рецидивирующий средний отит;
- острые средние отиты при инфекционных заболеваниях;
- травматический острый средний отит.

Все изложенные формы делятся на перфоративное и неперфоративное течение.

С практической точки зрения удобна классификация, предложенная В.Т. Пальчуном, А.И. Крюковым, Д.Л. Муратовым, которая адекватно раскрывает патогенез и клиническую картину острого среднего отита.

1. **Стадия острого евстахеита**, когда отмечаются лишь воспаление слизистой оболочки слуховой трубы и нарушение функции последней. За счет снижения давления в полостях среднего уха появляются следующие симптомы:

- ощущение заложенности и шум в ухе;
- состояние больного не меняется, температура тела остается нормальной (если речь не идет об

ОРВИ или гриппе, явившихся причиной заболевания).

2. **Стадия острого катарального воспаления в среднем ухе**. На этой стадии возникает асептическое воспаление слизистой оболочки среднего уха с образованием серозного экссудата. Снижение слуха, шум в ухе, ощущение заложенности нарастают, но эти симптомы уходят на второй план, поскольку начинает доминировать боль вследствие сдавления болевых рецепторов экссудатом и выраженного отека слизистой оболочки. При этом ухудшается общее состояние больного, температура тела повышается до субфебрильной.

3. **Доперфоративная стадия гнойного воспаления в среднем ухе** обусловлена тубогенным инфицированием среднего уха и выходом форменных элементов, главным образом нейтрофилов, из капилляров слизистой оболочки полостей среднего уха и нагноением экссудата. Боль резко усиливается, приобретает нестерпимый характер, иррадирует по ветвям тройничного нерва в зубы, шею, глотку, глаза (дистантная оталгия). Больные отмечают выраженное снижение слуха, усиление шума в ухе. Общее состояние пациента резко ухудшается. Температура тела достигает фебрильных цифр.

4. **Постперфоративная стадия острого гнойного воспаления в среднем ухе** знаменует появлением перфорации барабанной перепонки и истечением гноя в наружный слуховой проход. Протеолитическая активность гнойного экссудата и давление на перепонку достигают максимума, вследствие чего образуется перфорация. Боль на этой стадии значительно ослабевает. Пациент жалуется на гноетечение из уха, шум в ухе и снижение слуха. Общее состояние и температура тела пациента нормализуются.

5. **Репаративная стадия**. Симптомы острого воспаления купируются, перфорация закрывается рубцом. Сохраняются снижение слуха и шум в больном ухе. Общее состояние больного не нарушено. Специфичность течения острого среднего отита в детском возрасте, в первую очередь, определяется строением уха ребенка.

1. Наружный слуховой проход у грудных детей слабо развит, короткий, узкий, костная часть представлена лишь барабанным кольцом. Поэтому в случае острого среднего отита надавливание на козелок приводит к резкому усилению боли и беспокойству ребенка.

2. У грудного ребенка, когда сосцевидный отросток еще не развит, нижняя стенка слухового прохода прикрепляется к шиловидному отростку, ле-

Сведения об авторах:

Шабалдина Елена Викторовна, к.м.н., доцент кафедры оториноларингологии ГОУ ВПО КемГМА Росздрава, г. Кемерово, Россия.

Тихонюк Владислав Петрович, врач высшей категории, заведующий отделением детской оториноларингологии, ГУЗ Областная клиническая больница, г. Кемерово, Россия.

Шабалдин Андрей Владимирович, д.м.н., зам. директора по научной и инновационной работе, МУЗ «Детская городская клиническая больница №5», г. Кемерово, Россия.

жащему почти горизонтально и находящемуся в непосредственном соседстве с нисходящей частью лицевого нерва, что обуславливает легкость возникновения его пареза, а также повышает риск травмы лицевого нерва при антротомии.

3. Форма барабанной перепонки круглая, расположена почти горизонтально, относительно более толстая, чем у взрослых. В связи с этим, при накоплении воспалительного экссудата в барабанной полости может отсутствовать выпячивание барабанной перепонки, несмотря на нарастание симптомов интоксикации; гною легче проникнуть в сосцевидную пещеру через широкий вход. Отсюда в сомнительных случаях у детей грудного и раннего возраста расширяются показания к парацентезу:

- резкий подъем температуры;
- выраженный болевой синдром;
- значительные явления токсикоза, особенно нейротоксикоза;
- появление симптомов пареза лицевого нерва;

У ослабленных детей парацентез необходимо проводить как можно раньше.

1. Стенки барабанной полости у детей до 1 года жизни тонкие, в отдельных участках представлены дегисценциями, в результате чего возможно беспрепятственное распространение инфекции.
2. К моменту рождения ребенка полости среднего уха выполнены эмбриональной миксоидной тканью, которая является хорошей питательной средой для микрофлоры, что, наряду с облегчением тубарного инфицирования, составляет одну из причин частых отитов у детей. Сохранение миксоидной ткани также может явиться причиной развития тяжелей и перемычек в виде складок, препятствующих оттоку гноя при воспалении среднего уха и нередко приводящих к тугоухости.
3. В раннем детском возрасте глоточное устье слуховой трубы находится на уровне горизонтальной плоскости твердого неба и заднего конца нижней носовой раковины, а задний валик окружает устье как бы полукольцом. Это следует учитывать при проведении аденотомии, результатом которой может стать рубцевание, стеноз устья слуховой трубы и последующая тугоухость.
4. Между частями пирамиды височной кости имеются щели (каменисто-чешуйчатая, сосцевидно-чешуйчатая, чешуйчато-барабанная), которые зарастают к 4 году жизни ребенка. В связи с этим, острый средний отит у детей может принять бурное течение с явлениями менингизма.
5. Процесс пневматизации сосцевидного отростка осуществляется одновременно с замещением диплоэтической костной ткани компактной, которое в основном завершается в возрасте 8-12 лет и совпадает с полным развитием системы пневматизации сосцевидного отростка.

Особенности ОСО у детей определяются как уже перечисленными выше анатомическими, так и многими патоморфологическими и общими особенностями организма. Так, острый средний отит редко

протекает изолированно, чаще на фоне патологии других органов (пневмония, инфекционные заболевания). Нередки диспептические явления (понос и рвота).

Своевременная диагностика острого среднего отита сопряжена с рядом трудностей:

1. Латентное течение, неспецифичность симптомов приводят к несвоевременному осмотру оториноларингологом. Особенно часто это происходит при малосимптомном течении и отсутствии классических проявлений острого отита: гипертермии, боли в ухе, гноетечения.
2. Оценка болевых ощущений зависит от терпеливости ребенка. Необходимо очень внимательное сопоставление и настоящая врачебная наблюдательность, чтобы на основании рассказа родителей и внешнего впечатления составить объективную картину общего состояния.
3. Велика информативность анамнеза, получаемого от родителей. Ребенок вскрикивает при сосании груди, но при кормлении с ложечки ведет себя спокойно. Косвенно указывает на отит, если ребенок вскрикивает во сне, тянется рукой к уху, трется затылком о подушку. Надавливание на козелок усиливает беспокойство ребенка.
4. Отоскопия не дает четких сведений: гиперемия барабанной перепонки может развиваться вследствие крика ребенка, но может отсутствовать при активном процессе, гнойный экссудат может не накапливаться в барабанной полости за счет его эвакуации через широкую слуховую трубу.

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Система лечебных мероприятий определяется стадией острого среднего отита, преобладанием тех или иных симптомов процесса и общим состоянием больного. Учитывая первостепенность тубогенного пути инфицирования среднего уха, активные лечебные мероприятия должны быть направлены на санацию носоглотки и полости носа. Набухшая слизистая оболочка носа препятствует нормальному дыханию и вентиляции барабанной полости через евстахиеву трубу. Это затрудняет отток из барабанной полости через трубу, тем более что при рините наблюдается также набухлость слизистой оболочки носоглотки, в частности устья евстахиевой трубы. Для смягчения этих явлений рекомендуется применение сосудосуживающих препаратов. Ребенку следует запретить втягивать слизь из носа в полость рта, а также сильно сморкаться, особенно одновременно через обе ноздри, так как это ведет к повышению давления в носоглотке и проникновению инфицированного секрета из носовой полости через евстахиеву трубу в барабанную полость.

В начальной стадии отита на первый план выступают боли в ухе, зависящие от раздражения веточек тройничного нерва. Местно назначают капли, вливаемые в наружный слуховой проход. Хороший эффект может быть от капель, обладающих и обезболивающим эффектом. В сегодняшней практике

оториноларингологов появилась масса препаратов, позволяющая проводить местное лечение острых средних отитов. Однако не следует забывать о том, что местное применение антибактериальных капель не в коей мере не является альтернативой общей антибактериальной терапии. Кроме того, у детей следует очень осторожно относиться к использованию ушных капель, содержащих ототоксичные антибиотики (гентамицин, неомицин, полимиксин) при перфоративном среднем отите. Из местных антибактериальных препаратов можно отметить водный раствор рифампицина (отофа), так как это единственные ушные антибактериальные капли, разрешенные к использованию при перфоративных средних отитах у детей с рождения.

Согревающий компресс вызывает длительное расширение сосудов, увеличивая приток крови и лимфы; усиливаются ферментативные и осмотические процессы и вся жизнедеятельность клеток; инфильтрация и застой уменьшаются, что способствует разрешению воспалительного процесса.

В отношении назначения общей антибактериальной терапии при лечении острого среднего отита единого мнения среди специалистов нет, так как в 60 % случаев выздоровление наступает и без их применения. Поэтому в данном вопросе определяющим является обоснование назначения антибиотика. Для этого, прежде всего, учитывается клиническая картина заболевания, возраст ребенка, ЛОР-анамнез, сопутствующие заболевания, социально-культурный уровень родителей, доступность квалифицированной медицинской помощи.

Основным принципом антибактериальной терапии острого среднего отита в детском возрасте является рациональный подход, который включает следующие категории:

- широкий спектр действия;
- безопасность;
- хорошая переносимость;
- активность против наиболее вероятных возбудителей (пневмококк, гемофильная палочка);
- способность преодолевать резистентность этих возбудителей к антибиотикам;
- бактерицидный эффект;
- высокая концентрация в очаге воспаления и крови;
- удобство приема и дозировки.

Антибиотики следует применять при среднетяжелом и тяжелом течении острого среднего отита, особенно у детей до 2 лет. Детям старше 2 лет при отсутствии болевого синдрома и выраженных симптомов интоксикации, температуре тела до 38 градусов в течение суток можно ограничиться только симптоматической терапией. Однако при отсутствии в течение 24 часов положительной динамики необходимо назначать антибактериальную терапию.

После назначения антибиотиков через 48-72 часа проводят повторную оценку общего состояния ребенка. Если оно не улучшилось, то необходимо сменить антибиотик. Длительность курса антибиотикотерапии составляет 7 дней. В подавляющем большинстве слу-

чаев антибиотики следует назначать внутрь. Разумеется, при подозрении на развитие осложнения или отказе от приема per os следует применять парентеральное введение антибиотиков в условиях стационара.

В случае если принято решение о назначении антибиотика, то препаратами выбора 1 ряда должны являться пенициллины и цефалоспорины, и в первую очередь амоксициллин с пероральным путем введения. Это обусловлено тем, что среди доступных пероральных пенициллинов и цефалоспоринов данный препарат является наиболее активным против пенициллинрезистентных пневмококков. При впервые возникшем остром среднем отите или у детей с острым средним отитом, не получавших антибиотиков в течение предыдущего месяца, амоксициллин назначают из расчета 40 мг/кг в сутки, 3 раза в день; курс 7 дней. Препарат применяют внутрь независимо от приема пищи. Однако амоксициллин разрушается бета-лактамазами, которые могут продуцировать гемофильная палочка и моракселла. Поэтому острые средние отиты данного этиологического происхождения, а также при острых средних отитах у детей, получавших антибиотики в течение последнего месяца, у часто болеющих детей, при неэффективной терапии амоксициллином предлагается лечить амоксициллином-клавуланатом в дозе 40 мг/кг в сутки, 3 раза в день внутрь перед приемом пищи; курс 7 дней, цефуроксимом-аксетилем, зиннатом или внутримышечными инъекциями цефтриаксона 50 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней.

В настоящее время макролиды рассматриваются как антибиотики 2-го ряда и применяются при аллергии к бета-лактамам. Назначают кларитромицин из расчета 15 мг/кг в сутки, 2 раза в день внутрь независимо от еды; курс 7 дней.

Тактику применения ко-тримоксазола нельзя считать правильной, так как к данному препарату отмечается высокий уровень резистентности пневмококка и гемофильной палочки, а также существует высокий риск развития тяжелых побочных реакций со стороны кожи (синдромы Стивенса-Джонса и Лайелла).

Таким образом:

- учитывая высокую патогенетическую взаимосвязь заболеваний среднего уха с другими системами организма, лечение детей раннего возраста нужно обязательно проводить в тесном сотрудничестве оториноларинголога с педиатром;
- четко соблюдать показания к назначению антибактериальной терапии; при лечении детей не всегда хорош принцип «чем новее и сильнее антибиотик, тем лучше»;
- учитывая возможность бурного развития стадий процесса, рекомендуется особый режим ведения детей.

Особенно это касается детей первых трех лет жизни. На амбулаторном этапе при первичном обращении оценка динамики лечения должна проводиться не позднее, чем через сутки. В случае невозможности осмотра ребенка оториноларингологом в

такой срок, необходимо решить вопрос либо о его госпитализации, либо обеспечить ежедневное наблюдение участкового педиатра.

ЛИТЕРАТУРА:

1. Богомилский, М.Р. Острый средний отит у детей: уч.-метод. пособие /Богомилский М.Р., Минасян В.С. – М.: РГМУ, 2000. – 10 с.
2. Козлов, М.Я. Острые отиты и их осложнения /Козлов М.Я. – М.: Медицина, 1986.
3. Пальчун, В.Т. Болезни уха, горла и носа /Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. – М.: Медицина, 1980. – 487 с.
4. Солдатов, И.Б. Руководство по оториноларингологии /Солдатов И.Б. – М.: Медицина, 1994.
5. Темкин, С.Я. Острый отит и его осложнения /Темкин С.Я. – М.: Медицина, 1995 – 205 с.
6. Чистякова, В.Р. Острая и хроническая нейросенсорная тугоухость /Чистякова В.Р. //Заболевания уха у детей: сб. тр. – М.: Медицина, 1987. – 116 с.
7. Детская оториноларингология /под ред. Богомилского М.Р., Чистяковой В.Р. – М., Медицина, 2005. – I том. – 659 с.
8. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: нац. руков. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – 731 с.
9. Surian, L. Probleme der akuten otitis media bei kinderen /Surian L. //HNO. Praxis. – 2007. – Bd 5, N 11. – S. 327-328.



МУЗЫКАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ИЗБАВЛЯЕТ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН ОТ ПСИХОЛОГИЧЕСКОГО СТРЕССА

Музыка значительно уменьшает стресс, тревогу и депрессию у беременных женщин уже через две недели после терапии, обнаружили клиницисты Медицинского университета Гаосюн и Национального университета Ченг Кунга на Тайване.

Средний возраст женщин, принимавших участие в исследовании, был около 30 лет, при этом половина из них ждали ребёнка в первый раз. Предоставленный будущим матерям 30-минутный компакт-диск содержал спокойную, расслабляющую музыку, которая имитировала частоту сердцебиения между 60 и 80 ударами в минуту. Композиции включали мелодии Брамса, Бетховена, Дебюсси, звуки природы и элементы китайской традиционной музыки. Женщин просили слушать диски в течение получаса каждый день. Большинство прослушивало музыку перед сном или во время отдыха.

Психологи отметили, что после двухнедельной музыкальной терапии уровни стресса у будущих мам снизились на статистически значимые 2,14 пунктов, большинство женщин перестали испытывать волнение и тревогу по поводу родов и избавились от предродовой депрессии. По словам экспертов, во время беременности многие женщины переживают нервное напряжение и эмоциональные расстройства, даже если это не первая беременность. Бороться с негативными явлениями специалисты предлагают простым, приятным, недорогим и эффективным способом - слушать релаксирующую музыку.

Источник: Ami-tass.ru