
КЛИНИЧЕСКАЯ МЕДИЦИНА

УДК 616.284-002.1

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ (ПРИНЦИПЫ МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ)

В.П. ИВАНОВ

*Белгородский
государственный
университет*

e-mail: kafedra_ag@mail.ru

На основе изучения литературы и большого собственного опыта автором изложены причины заболевания острым средним отитом, принципы местного и общего антибактериального лечения современными препаратами. Подчеркивается необходимость ранней консультации отоларингологом при лечении у врачей общей практики. Огульное назначение антибиотиков широкого спектра действия не полезно и даже вредно. Антимикробный спектр антибиотиков должен быть адекватным, а дозировка и продолжительность лечения и способ введения оптимальными. Ключевые слова: острый средний отит, антибиотики, местное лечение.

Ключевые слова: острый средний отит, антибиотики, местная терапия.

Основной акцент в развитии здравоохранения России на современном этапе делается на первичное звено, которое составляют участковый терапевт, участковый педиатр, врач общей практики, семейный врач. Между тем, именно эти специалисты, оказались профессионально наименее подготовленными по болезням уха, горла и носа.

Воспалительные заболевания среднего уха часто встречается в практике отоларинголога и составляет до 1/3 амбулаторных посещений и до 20% больных стационара. Несмотря на большой выбор антибиотиков, лечение не всегда бывает скорым и успешным, часто принимает затяжное течение со снижением слуха или осложняется мастоидитом.

Большая заболеваемость отитом связана с различными этиологическими факторами, но основной путь инфицирования – это тубарный при простудных и вирусных заболеваниях, ангинах и ринофарингитах. При ОРВИ у детей острый отит наблюдается до 20% случаев. Другие пути (контактный, травматический и по кровеносным сосудам) значительно уступают по частоте тубарному. Наиболее частыми возбудителями острого среднего отита (ОСО) являются *S.aureus* – 5 %, *S.pneumoniae* – 25-36 %, *St.pyogenes* – 2-10%, *H.influenzae* – 15-23 %, вирусы – до 15%, *Protei* -12% и др. [1, 2, 4, 6]. Микрофлора, особенно грамотрицательная, обладает низкой чувствительностью к антибиотикам. Вирусные отиты, наблюдающиеся, в основном, при эпидемиях, так же плохо лечатся антибиотиками.

Лечение ОСО должно быть комплексным, включающим как общие и местные



мероприятия. Диагностика ОСО не сложна. Отоскопию надо проводить после тщательного туалета уха с применением оптики (луп, воронки Зигле, микроскоп). В зависимости от наличия дефекта барабанной перепонки и характера отделяемого различают перфоративный и неперфоративный, серозный, мукоидный и гнойный средний отит.

При катаральной (неперфоративной) форме ОСО применяют, в основном, местное лечение, включающее согревающие полуспиртовые компрессы, борный, левомицетиновый спирт, сукцил, димексид, отинум или отипакс в ухо на турунде, анальгетики. При перфоративной форме применяют отофа, нормакс, ципромед, флуимуцил – антибиотик, кандибиотик [3]. Другие ушные капли, содержащие ототоксические антибиотики (софрадекс, гаразон, анауран и др.) при этом не показаны. Обязательно назначение сосудосуживающих (деконгестантов) в виде капель или аэрозолей в нос, у детей применяются растворы тетразолина, ксилацетазолина, нафозолина, «Назол Бэби» и др. Эти препараты устраняют отек слизистой оболочки носа и глоточного устья слуховой трубы. Однако, эти препараты имеют свои недостатки и побочные эффекты. При длительном применении может развиваться медикаментозный ринит, тем более, что капли трудно дозировать; может появиться бессонница, тахикардия, повыситься артериальное давление; у спортсменов они считаются допингом. Прием деконгестантов должен ограничиваться 5-6 днями. На стадии перфорации или после парацентеза необходимо промывание или отсасывание содержимого уха с последующим транстимпанальным введением антисептиков и антибиотиков с добавлением гормональных препаратов. Обязателен посев из уха на микрофлору и чувствительность к антибиотикам.

При остром неперфоративном отите, когда, несмотря на применение местного лечения и антибиотиков улучшение не наступает, необходимо давать выход гною при помощи тимпанопункции или парацентеза. При определении показаний к парацентезу руководствуются следующими правилами: 1) выпячивание барабанных перепонки; 2) болезненность при пальпации сосцевидного отростка; 3) интоксикация (судорожный синдром, высокая температура тела, диспепсия, менингизм) у детей; 4) сроки заболевания (нет прорыва 4-5 дней); 5) в сомнительных случаях с диагностической целью.

Парацентез должен выполнять отоларинголог.

Системные антибиотики назначают всем детям до 2-х лет [5] независимо от формы ОСО при наличии интоксикации. Не показаны ототоксические антибиотики, аминогликозиды, потенциально ототоксичные антибиотики (ко-тримоксазол, флорамфеникол, тетрациклины). Ошибкой при системной антибиотикотерапии является назначение средств неадекватных по спектру (оксациллин. Ампиокс, линкомицин, сульфаниламиды).

Большинство ошибок при назначении антибиотиков связано с неправильным выбором препаратов. При этом главным критерием должен быть не широкий, а оптимальный спектр антибактериальной активности именно для данного возбудителя (после посева). Самостоятельное назначение антибиотика без отоскопии, ориентируясь только на жалобы, без данных бактериологического исследования и всего комплекса мероприятий нецелесообразно и даже вредно. С учетом типичных возбудителей и данных об антибиотикорезистентности препаратом первого выбора при ОСО является амоксициллин или панклав, при аллергии к β -лактамам антибиотикам можно назначать макролиды или цефалоспорины, фторхинолоны.

Важен также способ введения антибиотиков. При амбулаторном лечении приемлем пероральный прием. При более тяжелом или затяжном лечении целесообразно стационарное лечение с приемом в первые дни антибиотиков парентерально с дальнейшим переходом на пероральный прием (так называемая «ступенчатая терапия»). Например: амоксициллин клавуланат или ампициллин сульбактам внутримышечно в течение 3-х дней, далее амоксициллин внутрь; либо цефуроксим внутривенно 3-и дня и далее цефуроксим аксетил внутрь. Антибиотики при ОСО должны назначаться тогда, когда они абсолютно необходимы, их антимикробный спектр должен быть адекватным, а дозировки и продолжительность лечения оптимальными.

Кроме антибиотиков в комплекс лечения ОСО входят нестероидные противовоспалительные средства (ибупрофен, диклофенак, вольтарен, фенспирид и др.), анти-



гистаминные препараты. В стадии репарации необходима забота о наиболее полном восстановлении слуха – больного обязательно направить к отоларингологу.

Литература

1. Т.И. Гаращенко, О.А. Денисова, Р.В. Котов. Стартовая антибиоптикотерапия при острым среднем отите и острым синусите у детей // Вестник оториноларингологии. – 2005. – №3. – С.62-63.
2. М.Д. Емельянов. Воспаление среднего уха. – М., 1957.
3. А.Ю.Овчинников, В.М. Свистушкин. Воспалительные заболевания наружного и среднего уха. Принципы медикаментозной терапии. – М.: Эталон, 2006.
4. Л.С.Страгунский, М.Р.Богомильский. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей // Детский доктор (специальный выпуск)/ – 2001. – №1. – С.6-7.
5. Д.И.Тарасов, О.К.Федорова, В.П. Быкова. Заболевание среднего уха. – М., 1988.
6. Г.Д. Тарасова. Тактика лечения больных с воспалительными заболеваниями уха // Российская оториноларингология. – 2007. – №1 (26). – С. 202-206.

ACUTE MIDDLE OTITIS (PRINCIPLES OF PHARMACOTHERAPY)

V.P.IVANOV

Belgorod State University

e-mail: kafedra_ag@mail.ru

On the basis of literature study and own long term experience, the author has expounded the reasons of the disease of acute middle otitis, the principles of local and general antibacterial treatment by modern preparations. It is emphasized the necessity of an early consultation by an otolaryngologist, when undergoing a cure by general practitioners. Indiscriminate prescription of antibiotics of large spectrum of influence is not useful and even is harmful. The antimicrobial spectrum of antibiotics must be adequate, the dosages and duration of medical treatment and the methods of introduction ought to be optimal.

Key words: acute middle otitis, antibiotics, local treatment.