

# ЛЕЧЕНИЕ ОТИТА НА ПРАКТИКЕ

Основную долю заболеваний в педиатрической практике составляют острые респираторные заболевания, включающие целый комплекс болезней, которые вызывают разные виды вирусов. Особую опасность представляют осложнения этих заболеваний. Правильно выбранное и вовремя назначенное лечение предотвращает серьезные, а иногда и непоправимые последствия. Именно педиатр первым диагностирует заболевание и определяет оптимальную тактику лечения. Каковы практические навыки и рекомендации в лечении осложненных ОРВИ, особенно в лечении отитов, мы попросили рассказать д.м.н. Василия Михайловича ДЕЛЯГИНА, профессора кафедры поликлинической и неотложной педиатрии РНИМУ им. Н.И. Пирогова, заведующего отделом клинической физиологии, профессора кафедры педиатрии и организации здравоохранения НМИЦ ДГОИ им. Рогачева.

## MANAGEMENT OF OTITIS IN GENERAL PRACTICE

Acute respiratory diseases, which include a whole list of diseases caused by different types of viruses, account for the lion's share of diseases in paediatric practice. The complications of these diseases are especially dangerous. If the treatment is chosen and prescribed in a proper and timely manner, it prevents serious and sometimes irreparable consequences. It is the paediatrician, who first diagnoses the disease and determines the optimal treatment tactics. In his interview, Vasily Mikhailovich Delyagin, MD, Professor of the Department of Polyclinic and Emergency Paediatrics of Pirogov Russian Research Medical University of the Ministry of Health of Russia (Moscow), Head of the Department of Clinical Physiology, Professor of the Department of Paediatrics and Health Organization of Dmitri Rogachev National Research Center, told us about the practical skills and guidelines for the treatment of complicated ARVI, especially for the treatment of otitis.

– Уважаемый Василий Михайлович, известно, что инфекционно-воспалительные заболевания респираторного тракта и уха являются наиболее распространенной патологией в педиатрической практике, каковы основные возбудители данных заболеваний?

– Действительно, респираторные инфекции, отиты, риниты – самые частые заболевания детского возраста. До 95% детей переносят хотя бы один эпизод острого среднего отита за первые 7 лет жизни. Нередко это самозавершающиеся состояния (например, у старших детей на этапе евстахиита), но в любом случае педиатр должен своевременно определить показания к лечению и выбрать оптимальные схемы терапии. До внедрения современной антимикробной терапии острый средний отит как причина смерти детей раннего и младшего возраста стоял на втором месте после гнойного менингита. Антибиотики кардинально изменили прогноз. Но проблема трансформировалась. Рецидивирующее течение острых средних отитов приводит к хроническому воспалению среднего уха, прогрессирующему снижению слуха, нарушаются формирование речи и общее развитие ребенка. Причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев является перенесенный острый или хронический гнойный средний отит.

Таким образом, стоит задача выбора препарата, исходя из спектра наиболее вероятных возбудителей. Эту задачу должен решать прежде всего участковый педиатр, т. к. подавляющее большинство случаев отитов, синуситов лечится амбулаторно. Визит к ЛОР-специалисту в острый период, на этапе дебюта, как правило, невозможен.

Современные технологии диагностики вирусов, возможности микробиологии значительно расширили наши знания о возбудителях. Спектр возбудителей значительно расширился. В аспирированном воспалительном экссудате среднего уха у 48–70% детей обнаруживают вирусы, в 45–66%



Василий Делягин

регистрируется бактериально-вирусная коинфекция. Самыми частыми патогенными вирусами являются респираторно-синцитиальный вирус, затем – вирусы парагриппа, гриппа, риновируса, аденовируса. Вирусная инфекция сопровождается усилением экссудации, подавлением нейтрофильной реакции, сниженной пенетрацией антибиотиков в среднее ухо. Соответственно, снижается эффективность лечения. Самыми частыми бактериальными возбудителями являются

*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella (Branhamella) catarrhalis*. Значительно реже обнаруживаются *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, грамотрицательные бактерии. Внедрение 7- и 13-валентных пневмококковых конъюгированных вакцин изменило спектр бактериальных возбудителей. Наросла чистота отитов, вызванных *H. influenzae*, особенно в случаях персистирующих средних отитов, резистентных к антибиотикам первой линии.

Ранее считалось, что у детей раннего и младшего возраста в качестве возбудителей острого среднего отита преобладают грамотрицательные формы и *S. aureus*. Действительно, у интубированных пациентов, у новорожденных в отделениях реанимации и интенсивной терапии эти возбудители выдвигаются на первый план. Но здоровые новорожденные и дети грудного возраста инфицируются теми же микроорганизмами, что и более старшие дети с неотягощенным анамнезом. У детей младше 2 лет в 2–5% случаев госпитального острого среднего отита диагностируется буллезный мирингит (буллы на барабанной перепонке). В прежних публикациях буллезный мирингит связывали с инфекцией *Mycoplasma pneumoniae*. Но по результатам культуральных исследований аспирированных из среднего уха доказано, что эта тяжелая форма отита вызывается обычной флорой. *M. pneumoniae* как причина среднего отита встречается редко, и буллезный мирингит лечится теми же антибиотиками, что и иные формы отита.

У 70% детей с гнойным конъюнктивитом возможно развитие острого среднего отита (синдром отита-конъюнктивита). Сочетание гнойного конъюнктивита и отита обычно вызывается *H. influenzae*. Отиты могут сопутствовать пневмониям, кишечным инфекциям и многим другим заболеваниям.

Крайне редко причинами острого среднего отита являются *Mycobacterium tuberculosis* (практически только у детей) и *Chlamydia trachomatis* (как правило, у детей < 6 мес.).

По разным данным, 3–10% детей первого года жизни переносят 4 и более эпизода острого среднего отита. Основаниями для этого могут быть низкий социально-экономический статус, аномалии челюстно-лицевой зоны, аномалии евстахиевой трубы, курение в близком окружении, длительное лежачее положение, повторные регургитация и рвота, массивная колонизация вирусами и бактериями, иммунодефицит.

Но когда мы говорим о вероятных возбудителях острого среднего отита, следует отметить, что достоверно судить о возбудителе можно только по результатам тимпаноцентеза. Рутинно тимпаноцентез не применяется. Поэтому лечение назначается эмпирически. То есть значительно повышается ответственность врача в выборе антибиотика.

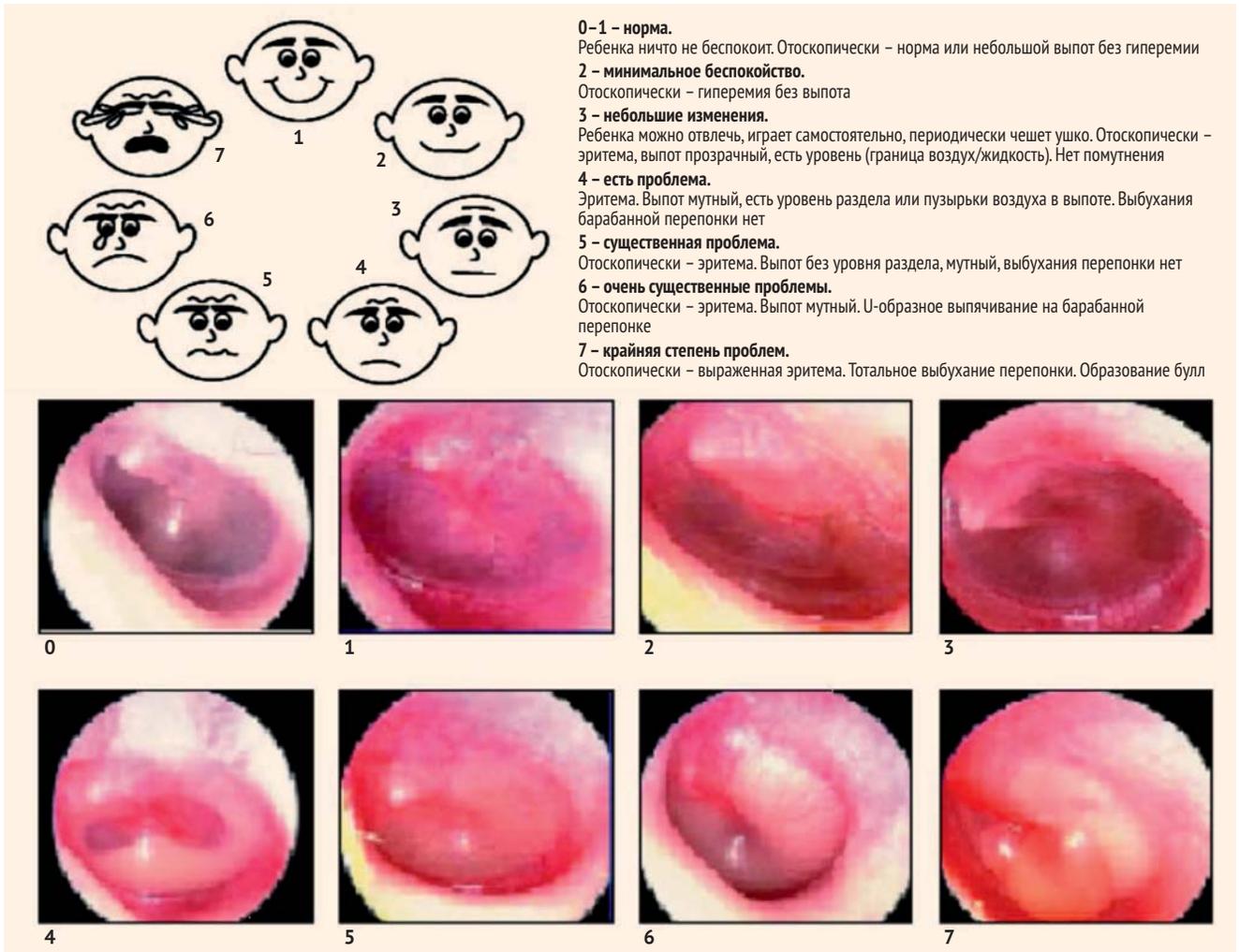
– На чем основывается определение тактики лечения ребенка?

– Как всегда: анамнез, клиническая картина (степень тяжести состояния ребенка, лихорадка, болевой синдром и т.п.). Реакция ребенка, его поведение, мимика хорошо коррелируют с выраженностью воспаления в среднем ухе (рис.).

Острый средний отит, вызванный *M. catarrhalis*, обычно менее тяжелый, чем вызванный *H. influenzae* или *S. pneumoniae*. Но клиническая диагностика этиологического фактора практически невозможна. Поэтому врач выбирает препарат, по крайней мере, на амбулаторном уровне или при экстренной госпитализации, эмпирически. Безусловно, назначаются обезболивающие препараты, обеспечивается дренаж полости среднего уха (сосудосуживающие препараты в нос). Следовательно, проводится комплексная терапия. Но внимательнейшим образом подходят к назначению антибиотиков.

– Василий Михайлович, сегодня актуальна проблема избыточного назначения антибиотиков, но когда заболевание имеет доказанную бактериальную этиологию, чем необходимо руководствоваться при выборе антибиотика?

**Рисунок.** Корреляция между проявлением боли и выраженностью острого среднего отита (ресурс интернета)



– С учетом типичных возбудителей и российских данных об устойчивости флоры препаратом первого выбора при остром среднем отите является амоксициллин. У ранее леченных им детей следует применять его защищенную форму: амоксициллин/клавулановая кислота. Однако наблюдается рост устойчивости флоры к препаратам первой линии. Поэтому при неэффективности препаратов первой линии, у часто болеющих детей, с повторными курсами антибиотикотерапии, посещающих детский сад, раннего и младшего возраста, рецидивировании отитов, при иммунодефицитных состояниях предпочтительнее оказываются препараты цефалоспоринов.

Как показывает практика, цефалоспорин III поколения цефиксим хорошо зарекомендовал себя. Препарат уже длительно применяется за рубежом и в нашей стране при острых средних отитах, бактериальных синуситах.

Цефиксим (Панцеф) блокирует синтез пептидогликана – основного структурного компонента клеточной стенки бак-

терий. Устойчив к действию бета-лактамаз. Активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам. В условиях клинической практики и *in vitro* эффективность цефиксима подтверждена при инфекциях, вызванных *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, а также *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella oxytoca* и многих других. Таким образом, назначение цефиксима может оказать антимикробное действие практически на все возможные возбудители острого среднего отита, что выдвигает его в группу препаратов выбора.

В заключение можно сказать, что ведение ребенка, страдающего острым средним отитом, требует комплексного подхода, применения симптоматической, противовоспалительной и этиотропной терапии с учетом возраста, преморбидного статуса с последующим диспансерным наблюдением. MC

Беседовала Юлия Чередниченко

#### ЛИТЕРАТУРА

- Бойкова Н.Э., Гаращенко Т.И. Рациональный выбор антибактериальной терапии при остром среднем отите у детей. *Мед. совет*, 2017, 1: 238-245./ Boykova NE, Garashchenko TI. Rational choice of antibacterial therapy for acute otitis media in children. *Med. Sovet*, 2017, 1: 238-245.
- Бойкова Н.Э., Рыбалкина С.В. Острый средний отит у детей: стандарты терапии. *Consilium Medicum. Педиатрия (приложение)*, 2017, 3: 35-38./ Boykova NE, Rybalkina SV. Acute otitis media in children: therapy standards. *Consilium Medicum. Peditriya (attachment)*, 2017, 3: 35-38.
- Рязанцев С.В., Карнеева О.В., Гаращенко Т.И., Гуров А.В. и соавт. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов. Клинические рекомендации. М., 2014. 24 с./Ryazantsev SV, Karneeva OV, Garashchenko TI, Gurov AV, et al. Etiopathogenetic therapy of acute otitis media. Clinical guidelines. М., 2014. 24 p.
- Murphy T, Paramswaran G. *Moraxella catarrhalis*, a human respiratory tract pathogen. *Clin Infect Dis*, 2009, 49: 124-131.
- Pfaff J, Moore G. Otolaryngology. In: Rosen's Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice. 9th Ed. 2018. Chapter 62, 820-831.e2.
- Ren D, Almudevar A, Murphy Th, Lafontaine E et al. Serum antibody response to *Moraxella catarrhalis* proteins in stringently defined otitis prone children. Article in press. *Vaccine*. 2017. ScienceDirect. [www.elsevier.com/locate/vaccine](http://www.elsevier.com/locate/vaccine).

**ПАНЦЕФ®**  
цефиксим  
для детей и взрослых

**Высокая антибактериальная активность\***

- Цефалоспориновый антибиотик третьего поколения для приема внутрь\*
- Прием 1 раз в сутки\*
- Возможность применения у детей с 6 месяцев\*
- Возможность применения при беременности\*

\* Инструкция по медицинскому применению препарата Панцеф

ООО "АЛКАЛОИД - РУС" 119048, город Москва, улица Усачёва, 33 стр.2, офис 9. Тел.: +7 (495) 502 92 97

ПЕРЕД НАЗНАЧЕНИЕМ, ПОЖАЛУЙСТА, ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ПОЛНОЙ ИНСТРУКЦИЕЙ ПО ПРИМЕНЕНИЮ

Рег. № ЛСР - 009444/09  
РУ № ЛСР - 001308/09  
реклама