

С.В. РЯЗАНЦЕВ^{1,2}, С.И. АЛЕКСЕЕНКО^{2,3}¹ ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия² ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, Санкт-Петербург, Россия³ СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса», Санкт-Петербург, Россия

ВЫБОР МЕДИКАМЕНТОЗНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ БОЛИ В УХЕ У РЕБЕНКА

Боль в ухе у ребенка может быть симптомом многих заболеваний. Тщательное обследование пациента необходимо для установления причины ушной боли. Чаще всего в детском возрасте боль в ухе связана с острым средним отитом. Лечение острого среднего отита напрямую связано со стадийностью заболевания. Основное внимание отводится «доперфоративной» стадии. Важная роль в лечении острых средних отитов у детей уделяется купированию боли. Для достижения противоболового эффекта используются как системные, так и местные препараты.

В статье представлен клинический случай острого левостороннего среднего отита у ребенка 10 лет, осложненного заушным лимфаденитом. Интерес данного клинического наблюдения заключается в демонстрации осложненного течения острого катарального среднего отита.

Ключевые слова: боль в ухе, дети, отит, медикаментозная терапия.

S.V. RYAZANTSEV^{1,2}, S.I. ALEKSEYENKO^{1,2}¹ Federal State «St. Petersburg Research Institute of Ear, Throat, Nose and Speech» the Ministry of Health of the Russian Federation, 190013, Russian Federation, Saint-Petersburg, Bronitskaya street 9² Nord-Western State Medical University named after I.I. Mechnikov the Ministry of Health of the Russian Federation, 195067, Russian Federation, Saint-Petersburg, Bronitskaya street 9³ Saint-Petersburg Children's City Multiprofile clinical Centre of high medical technologies named after K. A. Rauchfuss Russia, Saint-Petersburg

THE CHOICE OF DRUG THERAPY IN EAR PAIN IN CHILD

Ear pain in a child can be a symptom of many diseases. A thorough examination of the patient is necessary to establish the cause of ear pain. Most often in childhood, ear pain is associated with acute otitis media. Treatment of acute otitis media is directly related to the stage of the disease. The main attention will do «departure time» stage. An important role in the treatment of acute otitis media in children is given to pain relief. To achieve analgesic effect, both systemic and local drugs are used. The article presents a clinical case of acute left-sided otitis media in a 10-year-old child complicated by local lymphadenitis.

Keywords: ear pain, children, otitis media, drug therapy.

ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ИНФЕКЦИОННО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ УХА

Заболевания ЛОР-органов у детей являются одной из самых частых причин обращений за медицинской помощью. Боль в ухе – один из наиболее распространенных симптомов, который может быть следствием многих патологических состояний.

Боль в ухе может сопровождать заболевания наружно-го уха при перихондрите, травме, наружном отите, серных пробках, фурункуле наружного слухового прохода, новообразованиях, при синдроме Ханта. Вероятными причинами со стороны среднего уха могут быть буллезно-геморрагический мирингит, баротравма, тубоотит, острый и хронический средний отит, острый мастоидит.

Существует ряд других заболеваний, проявляющихся ушной болью: болезни зубов, эпидемический паротит, лимфаденит шейных лимфоузлов, фарингит, тонзиллит, дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника, синдром височно-нижнечелюстного сустава, гигантоклеточный артериит, новообразования языка, глотки, невралгия тройничного нерва и др.

Боль в ухе у ребенка требует обязательного установления причины и своевременного последующего лечения.

У детей чаще всего ушная боль связана с инфекционно-воспалительными процессами в ухе, преимущественно проявляющимися острым средним отитом.

Заболеваемость острым средним отитом по всему миру составляет около 11% (709 млн случаев ежегодно), из них 51% приходится на детей младше 5 лет [1]. По данным российских исследователей, более 35% детей уже на первом году жизни переносят острый средний отит 1–2 раза, а к трехлетнему возрасту этим заболеванием болеет около 71% детей [2].

К факторам риска острого среднего отита относят: частые вирусные заболевания, посещение детских дошкольных учреждений, возраст ребенка до 2 лет, курение родителей, случаи заболевания острым средним отитом в семье [3, 4].

Большое значение в развитии острого среднего отита уделяется дисфункции слуховой трубы.

В развитии острого среднего отита большую роль играют бактерии (*Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, грамотрицательные палочки и др.). В 10% слу-

чаев острый средний отит могут вызывать вирусы респираторно-синтициальный, гриппа, парагриппа [2, 5].

В ряде случаев причиной развития острого среднего отита может стать микст-инфекция [4, 6].

Острый средний отит в детском возрасте сопровождается яркими симптомами, характерными для острого воспалительного процесса (боль, повышение температуры тела, гиперемия барабанной перепонки). Симптомы, отражающие нарушение функции слуха и вестибулярного анализатора, также могут иметь место в детском возрасте, однако оценить их вследствие раннего возраста намного сложнее.

В течение острого среднего отита выделяют 5 стадий [8]: стадия острого евстахеита, стадия катарального воспаления, доперфоративная стадия гнойного воспаления, постперфоративная стадия гнойного воспаления, репаративная стадия.

Болевой синдром, как правило, в той или иной степени присутствует на любой стадии.

ПОДХОДЫ К ЛЕЧЕНИЮ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Лечение острого среднего отита различается в зависимости от стадии заболевания. Без учета стадийности лечение может нанести вред ребенку. Основной фокус в терапии уделяется доперфоративной стадии.

Хирургическое лечение в основном включает в себя проведение парацентеза барабанной перепонки. Показано детям при выраженной клинической симптоматике (боль в ухе, повышение температуры тела) и отоскопической картине острого воспаления (гиперемия, инфильтрация, выбухание барабанной перепонки). Парацентез также показан при «стертой» клинической картине заболевания, при наблюдении ухудшения состояния пациента (несмотря на проводимую антибиотикотерапию) и нарастания показателей маркеров воспаления [2], а также при подозрении на возникновение внутричерепных осложнений.

Консервативное лечение у детей рекомендуется начинать с проведения активных разгрузочных интраназальных мероприятий терапии. Причем это воздействие должно иметь место на всех стадиях острого среднего отита для восстановления функции слуховой трубы [2].

Для стадии острого евстахеита рекомендуется проведение анемизации слизистой оболочки полости носа и глоточного устья слуховой трубы, катетеризация слуховой трубы.

Интраназальная разгрузочная терапия включает в себя применение:

- ирригационно-элиминационной терапии – проведение туалета носа, носоглотки с использованием различных растворов с последующей эвакуацией содержимого из носа. Предпочтение следует отдавать стерильным изотоническим растворам натрия хлорида или стандартизированным растворам морской воды. Данные препараты не оказывают системного воздействия на организм ребенка:
- сосудосуживающие средства (деконгестанты). Назначаются местно в виде носовых капель, аэрозоля, геля или ма-

зи. У детей до 2 лет предпочтение отдают капельной или гелевой форме введения. По механизму действия деконгестанты являются α -адреномиметиками, действующими на α_1 - или α_2 -рецепторы. Их применение приводит к быстрому снятию отека слизистой оболочки полости носа, носоглотки и слуховой трубы. Растворы оксиметазолин и фенилэфрин могут применяться у детей с рождения. У детей с двух лет могут быть применены деконгестанты на основе ксилонметазолина, оксиметазолина (0,01% и 0,05%);

- интраназальные глюкокортикостероидные препараты. При применении таких препаратов необходимо учитывать возрастные ограничения и показания к применению;
- при муколитической, секретолитической, секретомоторной терапии (особенно у детей до 2 лет при невозможности удалить густой назальный секрет). Возможно применение комбинации муколитического препарата с деконгестантом (ацетилцистеин с туаминогептаном, что дополняет муколитический эффект вазоконстрикторным);
- при топической антибактериальной терапии.

Для профилактики бактериальных осложнений рекомендуется применять назальные спреи, содержащие топический антибактериальный препарат, в частности фрамицетин спрей, и спрей, содержащий комбинацию антибиотиков, деконгестанта и кортикостероида (неомицина сульфата, полимиксина В сульфата, дексаметазона и фенилэфрина).

Устранение боли является очень важным направлением патогенетической терапии у детей. Для купирования болевого синдрома рекомендуется проведение системной и топической терапии [2, 7].

Системная терапия. С целью достижения системного обезболивающего эффекта в детской практике используются нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Дозы приема у детей варьируют: для парацетамола это 10–15 мг/кг/прием, для ибупрофена 8–10 мг/кг/прием.

Локальная терапия. Выбор любого медикаментозного препарата в детском возрасте всегда представляет определенные сложности, так как он должен соответствовать основным требованиям, предъявляемым к препаратам, а также их комбинациям для той или иной возрастной категории.

Топические осмотически активные и антимикробные препараты (ушные капли) назначаются для купирования болевого синдрома, который обусловлен отеком барабанной перепонки и ее напряжением за счет давления, накопившегося воспалительного экссудата [2].

При лечении боли у детей с острым средним отитом целесообразным терапевтическим подходом является использование ушных капель, содержащих комбинацию противовоспалительного и местного обезболивающего препаратов [2, 12].

Одним из современных препаратов для местной терапии боли у детей, соответствующий предъявляемым в педиатрической практике требованиям, является комбинированный препарат феназона 0,64 г (4%) с лидокаином гидрохлоридом 0,16 г (1%).

Эффективность и безопасность комбинированного препарата подтверждены клиническими исследованиями

и многолетней практикой применения как в Европе, так и в Российской Федерации.

В своем фармакологическом действии феназон обладает активным противовоспалительными и анальгезирующими свойствами.

Лидокаин обладает местноанестезирующим действием. Согласно Abe и соавт. [9], местная обезболивающая активность лидокаина определяется его низкой липофильностью. Биодоступность лидокаина зависит от его физико-химических характеристик и может изменяться под воздействием гидротропных веществ, разрушающих мицеллярную структуру, таких как феназон, как это было продемонстрировано Thoma и Herzfeldt [10], изучавшими биодоступность местных анестетиков в присутствии феназона.

Изменения, приводящие к распаду мицелл лидокаина, проявляют тенденцию к повышению его биодоступности, следовательно, затрагивается больше ионных каналов в нервных мембранах, и в частности, натриевых каналов, блокировка которых обуславливает усиление местного обезболивающего действия [11].

Применение комбинации феназона с другими средствами обуславливает синергичное действие двух компонентов и обеспечивает быструю местную эффективность, позволяя избежать побочных эффектов, характерных для системных препаратов.

Отдельно хочется подчеркнуть, что препарат не проникает в организм при неповрежденной барабанной перепонке, что является основой для отсутствия его системного действия.

Показаниями к применению препарата является местное симптоматическое лечение и обезболивание у детей с рождения и взрослых при среднем отите с неповрежденной барабанной перепонкой, в том числе при остром экссудативном среднем отите, отите как осложнении после гриппа, экссудативном вирусном отите, баротравматическом отите.

Комбинированный препарат нельзя применять при повышенной чувствительности к компонентам препарата и перфорации барабанной перепонки (в том числе инфекционного или травматического происхождения).

Перед началом применения препарата необходимо убедиться в целостности барабанной перепонки. Считаем целесообразным провести консультацию врача-оториноларинголога и (или) выполнить отоскопию. В случае применения препарата при перфорированной барабанной перепонке препарат может вступить в контакт с органами среднего уха и привести к возникновению осложнений.

Продолжительность лечения препаратом составляет не более 10 дней, после чего следует пересмотреть назначенное лечение.

Побочные действия при применении комплексного препарата наблюдаются крайне редко. Авторы в своей клинической практике с побочными действиями не сталкивались. В то же время в литературе есть указания на возможный риск возникновения местных аллергических реакций, раздражения и гиперемии слухового прохода.

Взаимодействие с другими лекарственными средствами: сведения о клинически значимом взаимодействии с

другими лекарственными препаратами и (или) пищевыми продуктами отсутствуют.

Антибактериальная терапия назначается в обязательном порядке во всех случаях острого среднего отита у детей младше двух лет, при гнойной форме острого среднего отита, а также при затяжном остром среднем отите, его рецидивирующей форме течения и у пациентов с различными проявлениями иммунодефицитных состояний.

Стандартная продолжительность антибактериальной терапии составляет 5–10 дней, у детей младше двух лет и детей с отореей и связанными заболеваниями курс длится дольше.

В качестве терапии первой линии рекомендуется Амоксициллин 40–50 мг/кг/день для детей; 80–90 мг/кг/день в случае тяжелой формы заболевания или при наличии осложнений.

Терапия второй линии: Амоксициллин/клавуланат или антибиотики, активные в отношении штаммов *H. influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, продуцирующих β-лактамазы или цефалоспорины (цефуроксима аксетил, цефтибутен).

Если необходимо парентеральное введение, применяют цефтриаксон или ампициллин/сульбактам. В случае аллергии на β-лактамы антибиотики используются макролиды (азитромицин, кларитромицин, джозамицин).

В педиатрической практике не рекомендуется назначать фторхинолоны и аминогликозиды ввиду их высокой токсичности и побочных действий.

Не рекомендуются также для лечения острого среднего отита у детей тетрациклины, линкомицины и ко-тримоксазол, так как эти препараты малоактивны в отношении *S. pneumoniae* и/или *H. influenzae* и не лишены опасных побочных эффектов (риск развития синдромов Лайелла и Стивенса – Джонсона).

Лечение детей в постперфоративную стадию, появление гноетечения значительно меняет картину клинического течения острого среднего отита и требует соответствующей перестройки лечебной тактики. Осмотически активные ушные капли следует заменить на применение транстимпанально ушных капель на основе группы рифамицина, фторхинолонов и ацетилцистеина + тиамфинекол [2].

В репаративную стадию острого среднего отита рекомендуется проведение мероприятий, направленных на восстановление функции слуховой трубы.

В качестве наглядной демонстрации возможностей применения препарата Отипакс в детском возрасте приводим совместное наблюдение клинического случая острого левостороннего катарального среднего отита, осложнившегося явлениями заушного лимфаденита у ребенка 10 лет.

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ

Ребенок В., 10 лет, поступил в ЛОР-отделение СПб ГБУЗ «ДГКМЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса» 20.06.2018 года с жалобами на боль в левом ухе и в заушной области, повышение температуры тела до 37,5 °С, насморк со слизистым отделяемым, боль в горле. Отмечалось также снижение аппетита и ухудшение общего самочувствия.

Со слов матери, мальчик заболел остро три дня назад с появлением насморка и боли в горле. В первый день заболевания родители самостоятельно лечили ребенка домашними средствами: полосканиями горла раствором ромашки и шалфея, промыванием носовых ходов теплыми солевыми растворами поваренной соли. На второй день отмечен однократный подъем температуры до 38,5 °С, усиление насморка и боли в горле. Родители присоединили с целью жаропонижения препарат Нурофен 200 мг и давали его два раза в день. В носовые ходы стали закапывать називин 0,05%, по 2 капли 3 раза в день, обильно поить ребенка. К врачу не обращались.

На третий день заболевания появилась одновременно боль в левом ухе и левой заушной области, что послужило поводом к вызову «скорой помощи» и госпитализации в Спб ГБУЗ «ДГКМЦ ВМТ им. К.А. Раухфуса» с подозрением на осложненное течение острого среднего отита, мастоидит?

Из анамнеза жизни и предыдущих заболеваний: Перинатальный анамнез неотягощен, первый год жизни рос и развивался по возрасту.

В ясельном возрасте отмечались частые ОРВИ, обструктивные бронхиты.

Перенес 3 эпизода острого двухстороннего среднего отита, во всех случаях без гноетечения: в 2 года, в 3 года жизни и последний эпизод отмечался два месяца назад. Принимал антибиотик – амоксициллина клавуланат в возрастной дозировке в течение 7 дней, проводилась симптоматическая терапия.

Наблюдается врачом-оториноларингологом с диагнозом: Хронический аденоидит. Аденоиды II степени. Периодически проводятся курсы консервативной терапии, включающие местное saniрующее лечение, физиотерапевтическое воздействие.

Привит по графику.

Аллергические реакции не отмечают.

Объективный статус: При поступлении в приемном отделении ребенок осмотрен совместно педиатром и врачом-оториноларингологом. Общее состояние расценено как средней тяжести. Отмечена температура тела 37,5 °С, без озноба. Признаки раздражения менингеальных оболочек и симптомы поражения черепных нервов не наблюдались. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки отмечены как бледно-розовые, чистые. При аускультации выслушивалось жесткое дыхание, с равномерным проведением с обеих сторон. Хрипы не выслушивались. Тоны сердца были несколько приглушены, ритмичны, границы сердца в пределах нормы. ЧСС отмечена как 106 ударов в минуту. Живот у ребенка был не вздут, мягкий и безболез-

Рисунок 1. Картина инфильтрата мягких тканей в левой заушной области ребенка В., 10 лет при поступлении в стационар (стрелкой указана проекция)

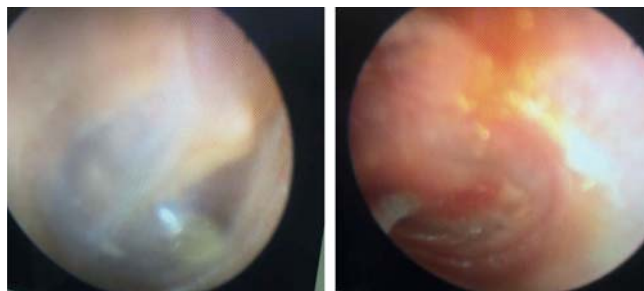


ненный при пальпации. Стул, диурез сохранены в пределах возрастной нормы. При пальпации выявлялись увеличенные подчелюстные лимфатические узлы до 1,5 x 1,7 см в диаметре, умеренно болезненные.

ЛОП-статус: *Отоскопия:* AD – заушная область не изменена, наружный слуховой проход свободный, кожа розовая, барабанная перепонка серая, контуры четкие.

AS – положение ушной раковины правильное, в заушной области гиперемии кожи нет, при пальпации мягких тканей в зоне сосцевидного отростка определяется размытый инфильтрат размерами 1,0 x 0,8 см, болезненный при пальпации, без флюктуации (рис. 1). Наружный слуховой проход широкий, свободный, кожа розовая, барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, напряженная, контуры не определяются (рис. 2).

Рисунок 2. Отомикроскопическая картина ребенка В., 10 лет, 1 день заболевания: слева – здоровое правое ухо, справа – левое ухо



При оценке слуха отмечено снижение восприятия шепотной речи на левое ухо до ушной раковины. Отмечена латерализация звука при проведении пробы Вебера влево.

Риноскопия: Носовое дыхание умеренно затруднено, слизистая носа гиперемирована, отечная, носовые раковины обычные, отделяемое слизистого характера в умеренном количестве (рис. 3).

Назофарингоскопия – аденоидные вегетации закрывают 2/3 хоан, не перекрывают слуховые трубы. Лимфоидная ткань гиперемирована, инфильтрирована, сглажены перифокальные складки, налетов нет (рис. 4).

Фарингоскопия: Слизистая оболочка ротовой полости розовая, чистая, слизистая оболочка глотки гиперемированная, миндалины II степени, симметричные, без налетов и патологических включений (рис. 5).

Лабораторные данные:

В клиническом анализе крови: эритроциты – $4,85 \times 10^{12}$, гемоглобин – 127 г/л, лейкоциты – $12,5 \times 10^9$ (П – 2%,

Рисунок 3. Эндоскопическая картина острого ринита у ребенка В., 10 лет, в день поступления



Рисунок 4. Эндоскопическая картина носоглотки ребенка В., 10 лет. Аденоидные вегетации II степени



Рисунок 5. Эндоскопическая картина глотки пациента В., 10 лет, в день поступления в стационар



С – 34%, Э – 1%, Л – 56%, М – 7%), СОЭ – 17 мм/ч. Данные соответствуют острым воспалительным явлениям.

Общий анализ мочи, копрограмма – в пределах возрастной нормы.

ЭКГ – синусовый ритм с ЧСС 139 уд/мин, нормальное положение ЭОС, неполная блокада правой ножки пучка Гиса.

Биохимический анализ крови: АЛТ-27МЕ/мл, глюкоза 4,5 ммоль/л, С-реактивный белок – 0,4 мг/л.

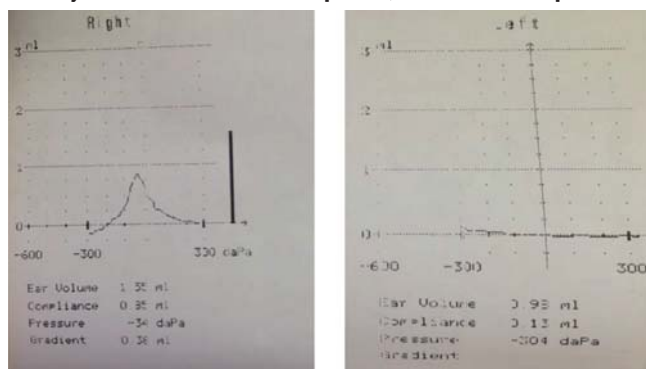
Бактериологический посев из носа и глотки – условно-патогенная флора.

Для оценки состояния среднего уха выполнено тимпанометрическое исследование с двух сторон, которое при поступлении показало слева «В»-тип кривой, соответствующий наличию экссудата в барабанной полости, справа – «А»-тип, соответствующий норме (рис. 6).

Для исключения возможного осложнения острого среднего отита выполнена компьютерно-томографическое исследование височных костей (рис. 7). Выявлено снижение пневматизации антрума, клеток левого сосцевидного отростка без признаков деструкции костных структур.

По совокупности клинических, лабораторных, рентгенологических данных ребенку установлен диагноз: ОРВИ, средней степени тяжести. Острый ринофарингит. Острый левосторонний катаральный средний отит. Осложнением расценен острый левосторонний лимфаденит заушной локализации, двухсторонний подчелюстной лимфаденит. Сопутствующим фоном, являющимся хроническим очагом инфекции, отмечен хронический аденоидит, аденоидные вегетации II степени.

Рисунок 6. Тимпанограмма пациента В., 10 лет, в день поступления: AD – тип «А» кривой, AS – тип «В» кривой



Ребенку проводилась следующая терапия:

От хирургического лечения – парацентеза барабанной перепонки слева – законные представители ребенка при поступлении в стационар категорически отказались.

Противоболевая. Учитывая выраженный болевой синдром и отказ законных представителей от хирургического вмешательства, ребенку с первого дня назначено комбинированное обезболивание: ушные капли Отипакс по 4 капли 3 раза в день в левое ухо в течение 7 дней, и с противовоспалительной и анальгетической целью назначен прием нестероидного противовоспалительного препарата ибупрофен по 200 мг 2 раза в день. Отмечалась общая хорошая переносимость назначенных препаратов. Со второго дня заболевания отмечена нормализация температуры тела, улучшение общего самочув-

Рисунок 7. Компьютерная томограмма ребенка В., 10 лет в день поступления в стационар. Стрелкой указан затемненный антрум



ствия, а также улучшение отоскопической картины: снижение гиперемии, инфильтрации барабанной перепонки. В связи с этим в качестве противоболевого и противовоспалительного препарата остался препарат локального применения – ушные капли Отипакс. Обезболивающий и противовоспалительный эффект от применения препарата у данного ребенка расценен как хороший до окончания терапии и выздоровления.

Разгрузочная терапия. Ежедневно дважды в день выполнялась анемизация слизистой оболочки носа, проведение промываний полости носа стерильным изотоническим раствором натрия хлорида с последующей аспирацией содержимого электроотсосом. Ребенок получал деконгестанты в течение 7 дней – раствор виброцил по 2 капли 3 раза в день.

Антибактериальная терапия: данному ребенку был назначен цефтриаксон по 1,0 г 2 раза в день внутримышечно в течение 10 дней (учитывая эпизод приема амоксициллина/клавуланата в течение последних двух месяцев, а также осложненное течение и отказ законных представителей ребенка от хирургического вмешательства).

Местное лечение: Для лечения проявлений назофарингита ребенок также получал полоскания глотки антисептическими растворами мирамистина 0,01% и хлорофилипта, а также спрей Грамидин детский по 4 впрыскивания 3 раза в день.

Лечение было дополнено **физиотерапевтическим воздействием:** проводят ультратонотерапию (электрод ежедневно №5 в левое ухо со стабильным контактом), а также КУФ в носовые ходы №5 ежедневно от половины до двух биодоз.

В ходе лечения отмечена явная положительная динамика: общее самочувствие улучшилось уже на второй день лечения, боль в ухе и заушной области перестала беспокоить к пятому дню лечения, восстановление слуха отмечено к 14 дню заболевания.

Отоскопически заболевание купировано на доперфоративной стадии, воспалительные явления со стороны среднего уха уменьшились уже на второй день лечения.


Со стороны лимфатических узлов также отмечалась положительная динамика: уменьшение болезненности и размеров после 5 дня лечения. В то же время полной нормализации размеров лимфатических узлов к моменту выписки не произошло.

Ребенок выписан на 10-е сутки лечения в удовлетворительном состоянии под наблюдение ЛОР-врача по месту жительства. При выписке клинические анализы крови, мочи также нормализовались.

На контрольном осмотре на 14 день отоскопическая и тимпанометрическая картина у ребенка соответствовали норме.

Рекомендовано с санационной целью плановое оперативное лечение в объеме аденоотомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Боль в ухе у ребенка может сопровождать разные заболевания, что требует тщательного обследования и подбора оптимального лечения. Устранение боли является очень важным направлением патогенетической терапии. 

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов в ходе написания данной статьи.

ЛИТЕРАТУРА

1. Monasta L, Ronfani L, Marchetti F, Montico M, Vecchi Brumatti L, Bavcar A, Grasso D, Barbiero C, Tamburlini G. Burden of disease caused by otitis media: systematic review and global estimates. *PLoS One*, 2012, 7(4): e36226. doi: 10.1371/journal.pone.0036226. Epub 2012 Apr 30.
2. Клинические рекомендации по лечению острого среднего отита, утвержденные МЗ РФ, 2016. /Clinical guidelines for the treatment of acute otitis media approved by the Ministry of Health of the Russian Federation, 2016.
3. Grevers G. Challenges in reducing the burden of otitis media disease: an ENT perspective on improving management and prospects for prevention. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 2010, 74(6): 572-77. <https://doi.org/10.1016/j.ijporl.2010.03.049>.
4. Vergison A, Dagan R, Arguedas A, Bonhoeffer J, Cohen R, Dhooge I et al. Otitis media and its consequences: beyond the earache. *Lancet Infect Dis*, 2010, 10: 195-203.
5. Abdulkerimov HT, Ryazantsev SV et al. Etiopathogenetic therapy of acute otitis media. Ed. SPb: Poliforum Group, 2014.
6. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. Clinical Practice Guideline: The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media. *Pediatrics*, 2013, 131(3): e964–e999.
7. Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. Острый средний отит у новорожденных и грудных детей. М., 2007. 190 с. / Vogomilsky MR, Samsygina GA, Minasyan VS. Acute otitis media in newborns and infants. М., 2007. 190 p.
8. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. и др. Острое воспаление среднего уха. *Вестник оторинолар.*, 1997, 6: 7-11. /Palchun VT, Kryukov AI, Kunelskaya NL, et al. Acute inflammation of the middle ear. *Vestnik Otorinol.*, 1997, 6: 7-11.
9. Abe I, Kamaya H, Veda I. Activated carbon as a biological model: comparison between activated carbon absorption and oil-water partition coefficient for drug activity correlation. *J Pharm Sci*, 1998, 77: 166-168.
10. Thoma K, Herzfeldt CD. Kolloidassoziation und biologische verfügbarkeit von lokalanästhetika. *Pharm Acta Helv*, 1988, 63: 77-84.
11. Strichartz G. Molecular mechanisms of nerve block by local anaesthetics. *Anaesthesiology*, 1976, 45: 421-41.
12. Francois M. Efficacy and safety of phenasone-lidocaine eardrops in infants and children with congestive otitis. *Ann Otorhinolaryngol*, 1993, 7: 481-484.

СВЕДЕНИЯ ОБ АВТОРАХ:

Рязанцев Сергей Валентинович – д.м.н., профессор, заместитель директора ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Минздрава России по научно-координационной работе с регионами, главный оториноларинголог по Северо-Западному федеральному округу, Санкт-Петербург, Россия

Алексеев Светлана Иосифовна – к.м.н., ФГБОУ ВО «Северо-Западный государственный медицинский университет им. И.И. Мечникова» Минздрава России, СПб ГБУЗ «Детский городской многопрофильный клинический центр высоких медицинских технологий им. К.А. Раухфуса», Санкт-Петербург, Россия