

РАЦИОНАЛЬНОЕ РЕШЕНИЕ ПРОБЛЕМЫ МЕСТНОГО СИМПТОМАТИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

ПРИ ОСТРОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ

Воспалительные заболевания среднего уха встречаются во всех возрастных группах. Острый средний отит диагностируется в 20–30% случаев среди общего числа больных с различными заболеваниями лор-органов. Заболевание, как правило, длится не более трех недель, однако возможно развитие затянувшегося или рецидивирующего ОСО, которое может привести к возникновению стойких изменений в среднем ухе и снижению слуха. Рецидивирующее течение острых средних отитов приводит к развитию хронической воспалительной патологии среднего уха, к прогрессирующей тугоухости, которая у детей может стать причиной нарушения формирования речи и общего развития. Своевременная диагностика и адекватное лечение острого среднего отита позволяют избежать возможных грозных осложнений.

Ключевые слова: острый катаральный отит, средний отит, местное лечение острого отита, феназон, лидокаин.

V.M. SVISTUSHKIN, MD, Prof., S.V. MOROZOVA, MD, Prof., K.B. VOLKOVA, PhD in medicine

I.M. Sechenov First Moscow State Medical University of the Ministry of Health of Russia (Sechenov University)

Inflammatory diseases of the middle ear are found in all age groups. Acute otitis media is diagnosed in 20–30% of cases among the total number of patients with various diseases of ENT organs. The disease usually lasts no more than three weeks, but the development of a prolonged or recurrent acute otitis media, which can lead to persistent changes in the middle ear and hearing loss, may occur. The recurrent course of acute otitis media leads to the development of chronic inflammatory pathology of the middle ear, to a progressive decrease in hearing, causing a disruption in the formation of speech and general development in young children. Timely diagnosis and adequate treatment of acute otitis media prevent the development of possible menacing complications.

Keywords: acute carotid otitis media, otitis media, topical treatment of acute otitis media, phenazon, lidocaine.

Острый средний отит (ОСО) – острый инфекционно-воспалительный процесс слизистой оболочки среднего уха. Это одно из самых распространенных заболеваний среди всех нозологий. Особенно часто это заболевание развивается у детей, причем пик заболеваемости приходится на 6–18 месяцев; до трехлетнего возраста 90% детей хотя бы однажды переносят острое воспаление среднего уха, до 7 лет – 95% детей [1].

Основные теории патогенеза острых средних отитов связывают его развитие с дисфункцией слуховой трубы. В основе патогенеза ОСО лежит нарушение дренирования среднего уха из-за резкого сужения просвета слуховой (евстахиевой) трубы. Вследствие этого наступает нарушение вентиляции барабанной полости. Это нередко наблюдается при острых респираторных заболеваниях, острых инфекционных болезнях, при гриппе. Тем самым происходит распространение инфекции из верхних отделов дыхательных путей на слизистую оболочку слуховой трубы, что может привести к нарушению ее проходимости, прежде всего в области глоточного устья. Нарушение аэрации барабанной полости и последующее инфицирование барабанной полости приводит к воспалительным изменениям структур всего среднего уха [2]. Основная теория патогенеза острых средних отитов – развитие дисфункции слуховой (евстахиевой) трубы. В основе

патогенеза ОСО лежит нарушение дренирования среднего уха из-за резкого сужения просвета слуховой (евстахиевой) трубы. Вследствие этого наступает нарушение вентиляции барабанной полости. Это возникает при острых респираторных, острых инфекционных заболеваниях, а также при гриппе. Тем самым происходит распространение инфекции из верхних дыхательных путей на слизистую оболочку слуховой трубы, что может привести к нарушению ее проходимости, прежде всего в области глоточного устья. Нарушение аэрации барабанной полости и последующее инфицирование барабанной полости приводит к воспалительным изменениям структур всего среднего уха [2].

Среди основных возбудителей ОСО выделяют пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильную палочку (*Haemophilus influenzae*) (60% бактериальных возбудителей заболевания), а также различные виды стрептококков. Различные штаммы этих микроорганизмов заселяют носоглотку у большинства детей. У детей младшей возрастной группы значимым патогеном может быть грамотрицательная флора [4]. Однако около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Поэтому считают, что до 10–15% случаев ОСО могут быть вызваны вирусами. При затянувшемся остром среднем отите (ЗОСО) и рецидивирующем остром среднем

отите (РОСО) спектр возбудителей несколько меняется. При бактериологическом исследовании экссудата барабанной полости после перенесенного от 2 до 6 месяцев назад ОСО *H. influenzae* выявляется более чем в половине случаев (56–64%), а *S. pneumoniae* – всего в 5–29% случаев [2].

На сегодняшний день выделяют пять стадий течения острого воспаления среднего уха: стадия острого евстахиита, стадия катарального воспаления, доперфоративная стадия гнойного воспаления, постперфоративная стадия гнойного воспаления, репаративная стадия [3].

Основными жалобами при ОСО являются: боль в ухе (иногда пульсирующего характера), заложенность уха, снижение слуха, шум в ухе, лихорадка, аутофония (резонирование собственного голоса в больном ухе). Гноетечение из пораженного уха возникает при образовании перфорации. В детском возрасте первыми признаками острого среднего отита иногда являются вестибулярные признаки (тошнота, однократная рвота) вследствие близкого расположения мозговых оболочек со структурами среднего уха [1, 3].

Для постановки диагноза очень важны данные отоскопии (отомикроскопии). При евстахиите отмечается втянутость барабанной перепонки, сопровождающаяся следующими характерными признаками: кажущееся укорочение рукоятки молоточка, резкое выступание в сторону слухового прохода короткого отростка; исчезновение или деформация светового конуса. На стадии катарального воспаления определяется радиальная инъекция сосудов барабанной перепонки вдоль рукоятки молоточка или циркулярная – в области *annulus tympanicus*, барабанная перепонка гиперемирована и утолщена, опознавательные знаки определяются с трудом или не определяются. Стадия гнойного доперфоративного среднего отита обусловлена выраженной гиперемией барабанной перепонки, при этом опознавательные знаки не видны, имеется выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности. За счет давления гнойного секрета, его протеолитической активности в барабанной перепонке может появиться перфорация, через которую происходит эвакуация гноя в наружный слуховой проход [4].

Постперфоративная стадия отоскопически определяется перфорацией барабанной перепонки, из которой поступает гнойное отделяемое, воспалением медиальной стенки барабанной полости. На репаративной стадии восстанавливается цвет, целостность и толщина барабанной перепонки. Перфорация чаще закрывается рубцом, который значимо не влияет на слухопроведение [1, 4].

Помимо отоскопии, в случаях затяжного течения процесса и при подозрении на переход воспаления на сосцевидный отросток (мастоидит), рекомендовано выполнение компьютерной томографии височных костей. Из лабораторных методов диагностики следует провести общеклинические методы исследования: общий клинический анализ крови, при тяжелом течении – определение других маркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин и др.). Также рекомендовано исследование слухового паспорта, выполнение камертональных проб,

акустической импедансометрии и аудиометрии. При тяжелом и рецидивирующем течении рекомендовано микробиологическое исследование отделяемого из среднего уха на перфоративной стадии или при выполнении парацентеза/тимпанопункции [4].

Лечение ОСО можно подразделить на хирургическое и консервативное. К хирургическому лечению относят парацентез (от *греч.* *Parakentesis* – прокалывание) – создание искусственной перфорации барабанной перепонки для оттока патологического секрета из среднего уха. Парацентез показан при выраженной клинической симптоматике (боль в ухе, повышение температуры тела) и отоскопической картине (гиперемия, инфильтрация, выбухание барабанной перепонки) при неперфоративной форме ОСО. Парацентез также показан при «стертой» клинической картине, но при ухудшении состояния пациента, несмотря на проводимую антибиотикотерапию, и нарастании показателей маркеров воспаления. Процедура парацентеза является весьма болезненной, поэтому важным этапом подготовки к ней является обезболивание. Местные анестетики вводятся в наружный слуховой проход, или проводят подкожные инъекции анестетиков в заднюю его стенку. В некоторых случаях, например у беспокойных детей, может применяться кратковременный общий наркоз. Парацентез обычно выполняется в положении лежа с обязательной фиксацией головы пациента. Разрез осуществляется в месте максимального выпячивания мембранозной перепонки или ее заднем квадранте, который больше других удален от медиальной стенки барабанной полости, что предупреждает ее возможное повреждение. Обычно разрез проходит через все слои барабанной перепонки по направлению снизу вверх. Средняя его глубина составляет около 1,5 мм, при дальнейшем введении иглы повышается риск ранения лабиринтной стенки. Через полученное отверстие сразу начинает отходить гнойно-кровянистая жидкость [4].

В основе патогенеза ОСО лежит нарушение дренирования среднего уха из-за резкого сужения просвета слуховой (евстахиевой) трубы. Вследствие этого наступает нарушение вентиляции барабанной полости

Начинать консервативное лечение следует с проведения разгрузочной (интраназальной) терапии во всех стадиях ОСО для восстановления функции слуховой трубы. К препаратам выбора относятся: ирригационно-элиминационная терапия – туалет носа с использованием изотонического раствора NaCl или морской воды, сосудосуживающие средства (топические деконгестанты), интраназальные глюкокортикостероидные препараты. Важная составляющая лечебных мероприятий – муколитическая, секретолитическая, секретомоторная терапия. Лечение острого среднего отита должно быть комплексным, включающим использование ушных капель с топическим симптоматическим действием. Назначение системной антибактериальной терапии требуется во всех случаях ОСО у

детей младше двух лет, при затянувшемся и рецидивирующем ОСО, а также иммунокомпрометированным пациентам. Также при остром гнойном среднем отите показана антибактериальная терапия в сочетании с топической анальгезирующей терапией. Рекомендовано антибактериальным препаратом первого выбора при ОСО считать амоксициллин. При затянувшемся ОСО и рецидивирующем ОСО начинать лечение следует с перорального приема амоксициллина/клавуланата. Остальным пациентам системная антибактериальная терапия не требуется [4, 5].

Топические осмотические препараты (ушные капли) назначаются для купирования болевого синдрома, который обусловлен отеком барабанной перепонки и ее напряжением за счет давления, накопившегося воспалительного экссудата

Улучшение дренажной функции слуховой трубы – одна из самых важных составляющих терапии ОСО. Благодаря систематическим колебаниям ресничек мерцательного эпителия, выстилающих просвет слуховой трубы, происходит эвакуация патологического содержимого из барабанной полости. При отеке слизистой оболочки слуховой трубы эта функция полностью утрачивается. Вязкий секрет, заполняющий барабанную полость, с трудом поддается эвакуации. Использование препаратов муколитического и мукорегуляторного действия помогает дренировать полость среднего уха при любом виде и вязкости секрета. Применяются препараты прямого муколитического действия на основе N-ацетилцистеина для введения, в т. ч. и в барабанную полость, а также препараты на основе карбоцистеина [5].

В начальных стадиях заболевания довольно выражен болевой синдром, который необходимо купировать с помощью системных нестероидных противовоспалительных средств (НПВС) и местных анальгетиков. Топические осмотические препараты (ушные капли) назначаются для купирования болевого синдрома, который обусловлен отеком барабанной перепонки и ее напряжением за счет давления, накопившегося воспалительного экссудата. Рекомендовано применение в качестве местной анальгезирующей терапии ушных капель, содержащих неопиоидный анальгетик-антипиретик феназон и лидокаин [5].

Феназон представляет собой нестероидное противовоспалительное средство, которое относится к группе пиразолонов. Механизм действия заключается в том, что снижается проницаемость капилляров сосудистого русла, тем самым останавливается развитие воспалительного процесса за счет ингибирования синтеза простагландинов. По своей силе вещества – производные пиразолона близки к салициловой кислоте. Лекарственное средство не влияет на работу гипофиза и надпочечников.

Лидокаина гидрохлорид обладает местноанестезирующим действием. Он является производным аценилида, применяется в качестве местного анестетика, относится к антиаритмическим средствам IB-класса [6].

В России зарегистрирован лекарственный препарат Отипакс®, включающий комбинацию лидокаина и феназона (регистрационный номер П N011568/01, производитель BIOCDEX, Франция). Отипакс® разрешен к применению с грудного возраста, беременным и кормящим женщинам при остром среднем отите в доперфоративной стадии, отите, осложненном после гриппа, и баротравматическом отите. Из-за комбинированного состава данный препарат быстро и надолго снимает болевой синдром, а также уменьшает воспалительные явления барабанной перепонки. Действие препарата начинается через 5–7 мин после закапывания препарата в ухо. Практически полное исчезновение болевого синдрома наступает в среднем через 15–30 мин. Важно отметить, что комбинация «лидокаин + феназон» не проникает в системный кровоток из наружного слухового прохода при неповрежденной барабанной перепонке [7].


Согласно опубликованным результатам проведенных клинических исследований, препарат Отипакс® обладает выраженным клиническим эффектом и благоприятным профилем безопасности. К примеру, ответственными оториноларингологами оценивался клинический эффект применения препарата Отипакс® при остром среднем отите у детей [7]. Авторы приводят данные об уменьшении болевых ощущений при остром среднем отите у детей старшего возраста. Зарегистрировано достаточно быстрое наступление анальгетического эффекта – менее чем через 10 мин после введения препарата. Эти данные, регистрируемые на протяжении 30 мин наблюдения, были статистически значимыми ($p < 0,05$). Противовоспалительное действие Отипакса оценивалось на основании изменения цвета барабанной перепонки и степени гиперваскуляризации.

Проведенные клинические наблюдения показали, что в состав комбинированной терапии острых доперфоративных средних отитов в качестве местного анестетика возможно включение лекарственного препарата Отипакс®

Уменьшение гиперемии барабанной перепонки было зарегистрировано через 10 мин после закапывания препарата ($p < 0,05$) при дальнейшей положительной тенденции к 20-й и 30-й мин от момента введения ($p < 0,01$). Изменения уровня кровенаполнения барабанной перепонки через 10, 20 и 30 мин после закапывания Отипакса также были статистически достоверны. Однако разовое применение данного препарата при всей выраженной положительной динамике заболевания давало более или менее кратковременный эффект и не приводило к полному исчезновению симптомов болезни, что требовало курсового применения препарата. На фоне продолжения лечения Отипаксом отмечалось исчезновение болей, которые купировались в течение 1–3 сут. вплоть до легкого недомогания. У всех больных ликвидировались отоскопические изменения к 3–7-му дню

наблюдения. Ни у одного из наблюдавшихся детей не отмечено перехода заболевания в стадию гнойного воспаления и развития осложнений, что подтверждает высокую эффективность препарата Отипакс® как противовоспалительного средства. Отипакс® назначали детям по 4 капли 2–3 раза в день, при этом продолжительность курса лечения колебалась в пределах от 3 до 9 дней и составляла в среднем $6,2 \pm 1,4$ дня. Аллергических реакций, нежелательных побочных проявлений авторами зарегистрировано не было [7].

Согласно рекомендациям по применению препарата, Отипакс® следует закапывать в наружный слуховой проход в теплом виде 3–4 раза в сутки в течение 7–10 дней.

Таким образом, проведенные клинические наблюдения показали, что в состав комбинированной терапии острых доперфоративных средних отитов в качестве местного анестетика возможно включение лекарственного препарата Отипакс®. Применение данного препарата является рациональным решением проблемы симптоматического лечения при остром среднем отите как у детей, так и у взрослых пациентов. Препарат не вызывает значимых побочных явлений, быстро обеспечивает выраженный и продолжительный анальгетический эффект. 

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

ЛИТЕРАТУРА

1. Загорянская М.Е., Румянцева М.Е., Каменецкая С.Б. Роль эпидемиологического исследования слуха в ранней диагностике сенсоневральной тугоухости у взрослых. Тез. конференции «Современные методы диагностики и реабилитации больных с патологией внутреннего уха». М., 1997: 23–24./ Zagoryanskaya ME, Romyantseva ME, Kamenetskaya SB. The role of epidemiological study of hearing in the early diagnosis of sensorineural hearing loss in adults. Abstracts of the Conference "Modern Methods for Diagnosis and Rehabilitation of Patients with Inner Ear Pathology" M., 1997: 23-24.
2. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита. *РМЖ*, 2002, 10(20): 1-11. /Kosyakov SYa, Lopatin AS. Modern principles of treatment of acute middle, protracted and recurrent acute otitis media. *RMJ*, 2002, 10 (20): 1-11.
3. Douglas J. Biedenbach, Robert E. Badal, Ming-Yi Huang, Mary Motyl, Puneet K. Singhal, Roman S. Kozlov, Arthur Dessi Roman, and Stephen Marcella. In Vitro Activity of Oral Antimicrobial Agents against Pathogens Associated with Community-Acquired Upper Respiratory Tract and Urinary Tract Infections: A Five Country Surveillance Study. *Infect Dis Ther*, 2016 Jun, 5(2): 139–153.
4. Яковлев С.В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. *Вестник практического врача*, 2016, спецвыпуск 1: 15-25. /Yakovlev SV. Strategy and tactics of rational use of antimicrobial agents in outpatient practice. *Vestnik Prakticheskogo Vracha*, 2016, special issue 1: 15-25.
5. Страчунский Л.С., Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей. *Детский доктор*, 2000, 2: 32-33. /Strachunsky LS, Bogomilsky MR. Antibacterial therapy of acute otitis media in children. *Detskij Doktor*, 2000, 2: 32-33.
6. Козлов Р.С. и соавт. *Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия*, Прил. 1, 2015, 17(2): 31. /Kozlov RS et al. *Klinicheskaya Mikrobiologiya i Antimikrobnaya Khimioterapiya*, Ad. 1, 2015, 17 (2): 31.
7. Григорьев К.И., Григорян А.К., Запруднов А.М. Отипакс при лечении острого среднего отита у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2000, 2: 45–48. /Grigoryev KI, Grigoryan AK, Zaprudnov AM. Otipax in the treatment of acute otitis media in children. *Rossiyskiy Vestnik Perinatologii i Peditrii*, 2000, 2: 45-48.

Отипакс®

капли ушные

СОЗДАН ДЛЯ МЕСТНОЙ ТЕРАПИИ БОЛИ ПРИ ОСО

- №1 в России¹
- Входит в российские² и международные³ рекомендации по лечению ОСО
- Производится во Франции



ОСО – острый средний отит

¹ По рекомендациям врачей и продажам в натуральном и денежном. Источники: 1.1. в назначениях лекарственных препаратов в форме капель для местного применения для лечения Негнойного среднего отита (Н65) по результатам исследования PIndex® (ПриИндекс) «Мониторинг назначений врачей», проведенного ООО «Ипсос Комкон» весной 2017 года в крупнейших городах России с участием врачей амбулаторно-поликлинической практики 16 специальностей; 1.2. QuintilesIMS (КвинтайлАМС) – класс S02A. Данные за 2015 – 2017 года в деньгах и упаковках.
² Этиологическая терапия острых средних отитов. Москва—Санкт-Петербург, 2014
³ Рекомендации общества SPILF. Azria R, et al. *Med Mal Infect* 2012;42:460-87; Lieberthal As, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. *Clinical Practice: The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media*. *Pediatrics*, 2013;131(3):e964–e999

BIOCODEX

РУ П N011568/01 от 05.10.2011
 ОТР201803-RX-01

Реклама

ООО «БИКОДЕКС», 107045, Москва, Последний переулок, д. 11, стр. 1.
 Тел.: +7 (495) 783-26-80

www.biocodex.ru
www.otipax.ru

МАТЕРИАЛ ДЛЯ СПЕЦИАЛИСТОВ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.
 ИМЕЮТСЯ ПРОТИВОПОКАЗАНИЯ.
 НЕОБХОДИМО ОЗНАКОМИТЬСЯ С ИНСТРУКЦИЕЙ.