

# Тактика ведення дітей із гострим середнім отитом

**Гострий середній отит (ГСО) – найчастіше бактеріальне захворювання в амбулаторній практиці отоларингологів і педіатрів та основна причина призначення антибактеріальної терапії дітям. В еру глобальної боротьби з антибіотикорезистентністю рішення про призначення антибіотика має бути обґрунтованим, а лікарський засіб – володіти протимікробною дією проти збудника інфекційного захворювання.**



У рамках Науково-практичної конференції з міжнародною участю «Сьома академічна школа з педіатрії» завідувач відділення дитячої отоларингології Національної дитячої спеціалізованої лікарні МОЗ України «Охматдит», доцент кафедри отоларингології, аудіометрії та фоніатрії Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кандидат медичних наук **Юрій Анатолійович Молочек** зосередив увагу слухачів на особливостях перебігу та лікування ГСО у дітей.

– Актуальність проблеми ГСО в педіатричній практиці насамперед зумовлена епідеміологією захворювання: близько 80% дітей переносять щонайменше один епізод ГСО до 3 років; 40% дітей мають до 6 епізодів ГСО до 7-річного віку. За даними Всесвітньої організації охорони здоров'я, щорічно від ускладнень ГСО помирає близько 51 тис. дітей.

Причинами великої поширеності патології є як анатомічні особливості будови вуха у дітей, так і часті інфекційні захворювання носа та носоглотки. У дітей молодшого віку барабанна перетинка товстіша, слухова труба ширша і розташована більш горизонтально, ніж у дорослих, що сприяє швидшому поширенню інфекції з носоглотки до порожнини середнього вуха. У новонароджених і дітей грудного віку у середньому вусі замість тонкої слизової оболонки та повітря міститься міксоїдна тканина, яка є сприятливим середовищем для розмноження та росту бактерій.

Основними бактеріальними збудниками ГСО у дітей є *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*.

У класичному перебігу гострого запалення середнього вуха виділяють 3 стадії, кожна з яких триває близько 1 тижня:

I – початкові ознаки запалення; дитина скаржиться на біль, підвищується температура тіла, знижується слух; з'являються симптоми загальної інтоксикації організму; при отоскопії виявляють гіперемію барабанної перетинки, реакцію періосту соскоподібного відростка;

II – період після перфорації барабанної перетинки, що супроводжується зміною клінічної картини: зменшуються біль, прояви загальної інтоксикації, знижується температура тіла, проте з'являються виділення з вуха, слух залишається зниженим; при отоскопії візуалізується перфорація барабанної перетинки;

III – одужання хворого: симптоми захворювання зникають, відновлюється слух; ділянка перфорації барабанної перетинки заміщується рубцевою тканиною.

Слід зазначити, що при ГСО у запальний процес залучається не лише слизова оболонка, а й прилегле до неї окістя.

Виділяють дві форми ГСО. Частіше фіксують мезотимпаніт, при якому патологічний процес локалізується у середній частині барабанної порожнини, а патологія рідко призводить до розвитку мастоїдиту. Тяжчою формою ГСО є епіретротимпаніт із локалізацією процесу в надбарабанному просторі. Епіретротимпаніт частіше супроводжується розвитком мастоїдиту, нерідко захворювання переходить у хронічну форму.

Ускладненнями гострого середнього гнійного отиту є запалення соскоподібного відростка (мастоїдит, антри), піраміди скроневої кістки (петрозит), внутрішнього вуха (лабіринтит), парез лицевого нерва, внутрішньочерепні ускладнення (менінгіт, тромбоз сигмоподібного та поперечного синусів, абсцеси, отогенна гідроцефалія), сепсис.

При зверненні пацієнта з ГСО зусилля лікаря повинні бути спрямовані на усунення болю, розршення запального процесу в порожнині середнього вуха, боротьбу з інфекційним збудником, відновлення слуху та запобігання рецидиву захворювання. Основними напрямками ведення хворого на ГСО є системна антибіотикотерапія (рішення про застосування протимікробних засобів приймається індивідуально), симптоматичне лікування (нестероїдні протизапальні засоби, анальгетики), очищення носової порожнини, призначення назальних деконгестантів (ефективні при набряку устя слухової труби), дезінтоксикаційна терапія за потребою, міринготомія (розріз барабанної перетинки). Доведено, що застосування топічних антибактеріальних засобів у формі вушних крапель є неефективним.

Найбільше питань щодо тактики лікування дітей з ГСО стосується використання протимікробних препаратів. При ГСО легкого та середнього ступеня тяжкості системну антибіотикотерапію призначають дітям віком до 6 міс з одно/двобічним процесом без отореї; дітям віком з 6 міс до 2 років – при двобічному отиті без отореї (при односторонній локалізації можлива тактика динамічного спостереження); у дітей старше 2 років незалежно від одно/двобічного ураження можливе емпіричне застосування антибіотиків або динамічне спостереження. Наявність отореї та тяжкий перебіг ГСО є показаннями для призначення системної антибіотикотерапії незалежно від віку дитини (A.S. Lieberthal et al., 2013; P. Marchisio et al., 2010). Тактика динамічного спостереження за пацієнтом з ГСО передбачає симптоматичне лікування під ретельним контролем стану хворої дитини протягом 1-2 днів. У разі покращення стану симптоматичне лікування продовжують, за неефективності лікування чи погіршення стану призначають антибактеріальну терапію.

При ГСО препаратами 1-ї лінії є амоксицилін (при легкому неускладненому перебігу захворювання) та амоксициліну клавуланат (при середньотяжкому та/або ускладненому перебігу ГСО чи наявності факторів ризику). До факторів ризику, які впливають на вибір антибіотика у 1-ї лінії, належать вік дитини до 3 років, відвідування дитиною закладів з денним перебуванням у колективі, наявність рідних старших братів і сестер, недавній прийом антибіотика (до 1 міс), відсутність вакцинації проти пневмококової інфекції, синдром отит – кон'юнктивіт.

У разі наявності в анамнезі алергічної реакції на антибіотики пеніцилінового ряду альтернативними препаратами 1-ї лінії є цефіксим, цефподоксим, цефтріаксон. Антибіотики 2-ї лінії (амоксициліну клавуланат або цефтріаксон, альтернатива – цефтріаксон упродовж 3 днів, кліндаміцин з переходом на цефалоспорины III покоління) призначають за неефективності протягом 48-72 год терапії 1-ї лінії. У разі відсутності терапевтичного ефекту від використання антибіотиків 2-ї лінії рекомендоване застосування кліндаміцину з цефалоспоринами III покоління або без них, хірургічне втручання та консультація ЛОР-спеціаліста.

При виборі антибіотика основним критерієм є його ефективність проти основних збудників. Так, у дослідженні Г.А. Палтієвої та співавт. (2019) було проаналізовано чутливість і резистентність мікрофлори ротоглотки при різних інфекційно-запальних захворюваннях. З 2016 по 2019 рр. відмічалася тенденція до різкого зниження чутливості бактеріальних збудників до пеніцилінів (з 77% у 2016 р. до 44% у 2019), натомість ефективність цефалоспоринов, глікопептидів, аміноглікозидів і фторхінолонів зберігалася на високому рівні. Зіставні дані отримані при аналізі резистентності бактерій до антибіотиків: у 2016 р. рівень резистентності до пеніцилінів

складав 23%, у 2019 – 56%. Що стосується решти антибіотиків, які досліджувалися, то динаміка зміни рівня резистентності збудників була не такою різкою, зокрема у цефалоспоринов ці показники становили 3% у 2016 та 17% у 2019 р. Якщо застосування аміноглікозидів, фторхінолонів і глікопептидів у педіатрії обмежене, то цефалоспорины (зокрема представники III покоління) є хорошою альтернативою пеніцилінам, вони зберегли свою ефективність проти поширених бактеріальних збудників.

В Україні доступний ефективний цефалоспорины III покоління для перорального застосування Сорцеф® (цефіксим). Лікарський засіб є зручним для використання як у стаціонарних, так і в амбулаторних умовах. Препарат проявляє протимікробну ефективність проти грампозитивних (*S. pneumoniae*, *S. pyogenes*) і грамнегативних (*Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, *Enterobacter* spp., *Klebsiella* spp., *Esherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Neisseria gonorrhoeae*) збудників.

Сорцеф® має оптимальні фармакокінетичні властивості: зручна лікарська форма для перорального застосування, швидке всмоктування діючої речовини зі шлунково-кишкового тракту, максимальна концентрація в крові досягається вже через 4 год після прийому антибіотика. Перевагою цефіксиму у лікуванні ГСО є створення високої концентрації препарату у зоні запалення – порожнині середнього вуха, а також у піднебінних мигдаликах, приносних пазухах тощо. Сорцеф® призначається 1 раз на добу в дозі 8 мг/кг, дітям старше 12 років або з масою тіла більше 50 кг – 400 мг.

Ефективність і безпечність цефіксиму як компонента ступінчастої терапії при інфекційних захворюваннях різної локалізації підтверджена результатами низки досліджень. Так, у великому дослідженні за участю 9568 пацієнтів з інфекціями дихальних шляхів і ЛОР-органів 48% учасників хворіли на ГСО. Завдяки застосуванню цефіксиму в дозі 8 мг/кг на добу у дітей та 400 мг/добу у дорослих клінічне одужання настало у 98,7% дітей та 98% дорослих. Частота небажаних явищ була низькою і становила 1,12% у дітей і 1,92% у дорослих (T. Hausen et al., 1995).

У більшості випадків прогноз ГСО є сприятливим, проте необхідно пам'ятати про небезпеку рецидивуючого середнього отиту, а саме – стійке зниження слуху, яке у дітей раннього віку може негативно вплинути на загальний інтелектуальний розвиток, становлення мовлення, формування стійкої перфорації барабанної перетинки та розвитку хронічного середнього отиту.

Сьогодні немає методів специфічної профілактики ГСО, проте існують визнані неспецифічні заходи, які дозволяють запобігти його розвитку: збереження вільного носового дихання, профілактика та своєчасне лікування гострих респіраторних інфекцій, підтримка нормального імунітету. Грудне вигодовування упродовж 3 міс знижує ризик розвитку ГСО протягом першого року життя малюка. Частота ГСО тісно пов'язана із сезонністю інфекційних захворювань дихальних шляхів. Так, вакцинація від пневмококової інфекції знижує ризик розвитку ГСО у дітей. Вакцинація проти грипу незначно впливає на частоту ГСО у дітей (A.C. Fortanier et al., 2014; M.N. Norhayati et al., 2015).

Підготувала Ілона Цюпа



## СОРЦЕФ®

### ЦЕФІКСИМ

### ВІРНИЙ ВИБІР

**ПРОСТЕ ДОЗУВАННЯ**  
1 раз на добу

**СОРЦЕФ®**  
400 мг таблеток  
100 мг/5мл гранули для приготування суспензії

КОРОТКА ІНСТРУКЦІЯ ДЛЯ МЕДИЧНОГО ОБСЛУГОВУВАННЯ  
Дітям рекомбінатного синтезу.  
Лікарська форма. Таблетки, гранули білого/білого кольору.  
Важливо для приготування суспензії.  
Фармакологічна група. Антибактеріальні засоби для системного застосування. Бета-лактамні антибіотики. Цефалоспорины третього покоління. Код АТХ J01D D08.  
Показання. Інфекційно-запальні захворювання, спричинені чутливими до препарату мікроорганізмами:  
- інфекції верхніх дихальних шляхів (у тому числі запалення середнього вуха) та нижніх дихальних шляхів (пневмонія, фарингіт, тисинит, бактерійний епіглотит) у вигляді вухової або паротитної слизової оболонки до значної кількості бактеріальних агентів, або в разі важкої неспецифічної ларингіти;  
- інфекції нижніх дихальних шляхів (у тому числі гострий бронхіт і загострення хронічного бронхіту);  
- інфекції сечовидільних шляхів (у тому числі цистит, циститиридит, неускладнені пієлонефрити).  
Спосіб застосування та дози. Препарат не застосовують на вагітну жінку. Значний курс лікування становить 7 днів, за необхідності – до 14 днів. При лікуванні неускладненого отиту курс лікування становить 3 дні.  
Дітям і літнім старшим 12 років з масою тіла більше 50 кг рекомендована доза становить 400 мг (одна таблетка) на добу одночасно або 200 мг (половина таблетки) кожні 12 годин залежно від тяжкості захворювання.  
Лікарська форма: суспензія призначена для прийому у рекомендованій дозі дорослим дітям. Слід контролювати функцію нирок і скоригувати дозу при певній нирковій недостатності.  
Умови зберігання. Зберігати при температурі не вище 25 °С.  
Категорія лікарського засобу. За рецептом. Виробник. Алкалоїд СКРПЕ.  
Місцезнаходження виробника та його адреса місця провадження діяльності.  
Більше Доксидар (Мінеральні, 12 Сторі, 100), Роттердам (Мінераль).  
Матеріал призначено для спеціалістів сфери охорони здоров'я. Повна інформація знаходиться в інструкції для медичного застосування лікарського засобу. Даний матеріал призначений для розповсюдження на спеціалізованих семінарах, конференціях, симпозіумах з медичної тематики та для публікації у спеціалізованих виданнях, призначених для медиків та фармацевтичних працівників.  
01\_UA\_11157\_02\_01\_ч.ч.ч. МЗС №2555 від 11.11.2020 р. UA\_11157\_01\_01\_ч.ч.ч. МЗС №2759 від 30.11.2020 р.