

# Рациональная терапия острого среднего отита

**С**огласно современным данным, острый средний отит (ОСО) диагностируется у 30% пациентов с патологией ЛОР-органов. На протяжении первых 7 лет жизни у 65-95% детей имеет место как минимум один эпизод заболевания. Учитывая тот факт, что ОСО всегда сопровождается снижением слуха и имеет склонность к хронизации, своевременная диагностика и рациональная терапия этой нозологии имеют существенную медико-социальную значимость.

В настоящее время ОСО рассматривается как патологическое состояние, в основе которого лежит острая воспалительная реакция, локализуемая в полостях среднего уха и сопровождающаяся комплексом характерных симптомов (болью в ухе, лихорадкой, выделениями из уха, снижением слуха, у детей – рвотой, диареей, общим возбуждением). Доказано, что ОСО может выступать в качестве самостоятельного заболевания, а также служить проявлением общей инфекции (гриппа, скарлатины, кори). Как правило, острое воспаление среднего уха длится не более 3 нед и не вызывает стойких морфофункциональных изменений в органе слуха. Тем не менее в ряде случаев при ОСО могут развиваться серьезные осложнения, связанные с распространением воспалительной реакции на окружающие ткани и развитием мастоидита, петрозита, лабиринтита, а также паралича мышц лица, тугоухости, менингита или абсцесса головного мозга, тромбоза сигмовидного синуса, сепсиса. Кроме того, доказано, что причиной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев является средний отит, перенесенный в детском возрасте.

Ведущую роль в формировании ОСО играют бактериальная и вирусная инфекции, проникающие в полость среднего уха различными путями: тубогенным, гематогенным, транстимпанальным (при повреждении барабанной перепонки) или менингеальным. Среди возбудителей ОСО наиболее часто встречаются *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis*, различные вирусы, в то время как в педиатрической практике более половины всех случаев ОСО ассоциированы с пневмококковой или гемофильной инфекцией. Определенное значение в этиологии ОСО имеют также *Mycoplasma pneumoniae*, *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*.

Результаты многочисленных исследований указывают на то, что наиболее часто ОСО развивается на фоне тубогенного инфицирования среднего уха вследствие перехода инфекционно-воспалительного процесса из носоглотки на слизистую оболочку уха. Острые и хронические заболевания полости носа, околоносовых пазух, носоглотки, а также резкие перепады атмосферного давления при подъеме и спуске самолета (аэроотит), погружении и всплытии водолазов (мареоит) приводят к развитию дисфункции слуховой трубы, выражающейся в нарушении ее проходности вследствие механической обструкции или неэффективности механизма активного открытия. В результате резко снижается уровень давления в барабанной полости, что сопровождается трансудацией жидкости в полость среднего уха. В дальнейшем при нарушении защитной функции слуховой трубы стерильный выпот инфицируется бактериальными или вирусными патогенами, попадающими из носоглотки через глоточное устье евстахиевой трубы в барабанную полость.

Инфекционно-воспалительный процесс в среднем ухе приводит к усилению секреции слизи эпителиальными клетками, интенсификации капиллярного кровообращения, повышению иммунологической активности лимфоидных клеток собственной пластинки. Если возбудитель

обладает высокой вирулентностью, может наступить гнойное расплавление барабанной перепонки с последующей эвакуацией экссудата и дальнейшим разрешением воспалительного процесса. При маловирулентной инфекции отмечаются прогрессирующее накопление слизи в барабанной полости, ее сгущение с постепенным замещением доступного воздушного пространства вязким секретом.

Клиническая картина ОСО зависит от стадии патологического процесса. На этапе катарально-гнойного воспаления (доперфоративная стадия) пациенты предъявляют жалобы на умеренные или сильные колющие, сверлящие, пульсирующие, стреляющие боли в ухе, иррадиирующие в соответствующую половину головы, зубы; снижение слуха, шум в ухе, аутофонию, повышение температуры тела. На перфоративной стадии (2-4-й день заболевания) боль в ухе чаще бывает умеренной или полностью отсутствует, прогрессирует снижение слуха, температура тела снижается вплоть до нормальных показателей, отмечается истечение гнойного секрета из наружного слухового прохода.

В периоде репарации болевые ощущения, оторей и лихорадка отсутствуют, но в некоторых случаях сохраняется умеренно выраженная кондуктивная тугоухость. Развитие осложнений ОСО следует заподозрить при появлении головной боли, внезапно возникающей выраженной тугоухости, головокружении.

У новорожденных и детей грудного возраста ОСО зачастую не обращает на себя внимание вплоть до появления оторреи. При выраженном воспалении в полости среднего уха ребенок беспокоен, просыпается ночью, кричит, вертит головой, тянется рукой к уху, отказывается от груди; могут развиваться диарея, рвота. В большинстве случаев отмечается явление ринофарингита, нередко встречается менингеальный симптомокомплекс.

Диагностика ОСО основывается на выявлении типичных жалоб, проведении инструментального и лабораторного исследований. Окончательный диагноз среднего отита, особенно у маленьких детей, устанавливается только на основании данных отоскопии.

Наряду с характерными жалобами при отоскопии на доперфоративной стадии определяются гиперемия верхнезадней стенки костной части наружного слухового прохода, инъекция сосудов, гиперемия и отечность барабанной перепонки, опознавательные знаки которой становятся плохо различимыми. В случае острого гриппозного отита наблюдаются геморрагические буллы в костном отделе наружного слухового прохода и барабанной перепонке. При исследовании слуха с применением камертона обнаруживаются латерализация звука в опыте Вебера в направлении больного уха, отрицательный характер опытов Ринне, Бинга и Федериче на стороне поражения. Также регистрируются воспалительные изменения в общем анализе крови (лейкоцитоз, повышение СОЭ).

В перфоративном периоде барабанная перепонка гиперемирована, утолщена, ее опознавательные знаки не различимы. Перфорационное отверстие чаще имеет щелевидную форму, определяется

с трудом, характерным считается появление пульсирующего рефлекса.

При переходе патологического процесса в репаративную стадию происходит постепенное уменьшение выраженности оторреи, отмечается стихание воспалительного процесса. Отверстие в барабанной перепонке закрывается, оставляя едва заметный рубец, а сама перепонка приобретает естественную форму и цвет. Выздоровление наступает при полном восстановлении морфофункционального состояния барабанной перепонки.

При неблагоприятном течении восстановительного периода ОСО, а также в случае неадекватного лечения заболевание может перейти в хроническую форму, в том числе в адгезивный отит, сопровождающийся выраженным снижением остроты слуха, либо привести к развитию серьезных осложнений: мастоидита, лабиринтита, менингита, абсцесса мозга или мозжечка, пареза лицевого нерва, сепсиса.

Важно помнить о том, что в ряде случаев воспалительная реакция, лежащая в основе среднего отита, может носить аллергический характер; при этом в патогенезе заболевания преобладает аллергический отек слизистой евстахиевой трубы и барабанной полости с продукцией специфического вязкого серозного секрета без развития гиперемии барабанной перепонки. Общее состояние больных страдает незначительно, заболеванию свойственно затяжное упорное течение.

Лечебные мероприятия при ОСО предусматривают использование комплекса фармакологических средств и инструментальных методов терапии. На начальных этапах заболевания при формировании дисфункции слуховой трубы проводят туалет и анемизацию полости носа, анемизацию носоглоточного устья евстахиевой трубы, катетеризацию слуховой трубы, пневмомассаж барабанной перепонки. При прогрессировании патологического процесса и переходе ОСО в стадию доперфоративного воспаления применяются анальгезирующие средства, осмотически активные препараты местного действия, разгрузочная, противовоспалительная и системная антибактериальная терапия, сухое тепло и согревающие компрессы.

На этапе перфорации противопоказаны тепловые процедуры, закапывание капель, содержащих ототоксичные компоненты, а также капель на спиртовой основе. Необходимо обеспечить эвакуацию гноя, скопившегося в слуховом проходе, а при невозможности самопроизвольного протекания барабанной перепонки или его совершении в поздние сроки провести мириготомию, при необходимости дополнив ее шунтированием барабанной полости.

В стадии репарации основное внимание следует уделять максимально возможному восстановлению слуха и предупреждению хронизации ОСО. При недостаточном заживлении применяются настойка йода для прижигания краев перфорации, курсы лазеротерапии. Помимо этого, в восстановительном периоде широко применяются физиотерапевтические процедуры (электрофорез, УВЧ), а также продувание уха и пневмомассаж барабанной перепонки.



№ UA/12428/01/01 от 03.08.2012

Для оценки степени восстановления слуховой функции проводят контрольную пороговую аудиометрию.

Учитывая выраженность болевого синдрома и роль воспаления в патогенезе ОСО, одно из центральных мест в стратегии лечения доперфоративной стадии этого заболевания у взрослых пациентов и особенно у детей младшего возраста занимает местная противовоспалительная и обезболивающая терапия. В настоящее время наибольшее предпочтение отдается комбинированным средствам, в состав которых входят противовоспалительный и анестезирующий компоненты.

Одним из современных высококачественных и безопасных комбинированных препаратов, используемых для быстрого купирования боли при ОСО, является Дроплекс (World Medicine Ophthalmics Limited, Великобритания). Ушные капли Дроплекс содержат две активные составляющие – нестероидный противовоспалительный препарат феназон (неселективный ингибитор циклооксигеназы) и местный анестетик лидокаин. Феназон обладает мощным противовоспалительным потенциалом, а также способностью значительно усиливать анестезирующий эффект лидокаина (M. Verleye et al., 1993). Благодаря этому путем инстилляций капель Дроплекс удается добиться быстрого и длительного обезболивания даже при выраженном болевом синдроме на фоне ОСО. Показаниями к назначению Дроплекса служат ОСО, отит, развивающийся как осложнение после гриппа, а также баротравматический отит при условии сохранения целостности барабанной перепонки.

Детям в возрасте до 1 года Дроплекс назначается по 1-2 капли, 1-2 лет – по 3 капли, старше 3 лет – по 4 капли 3 р/сут. При отите у взрослых Дроплекс принимают по 4 капли 3-4 р/сут. Продолжительность лечения составляет 3-10 дней.

Таким образом, в подавляющем большинстве случаев ОСО формируется вследствие тубогенного распространения инфекционно-воспалительного процесса на фоне сопутствующих острых или хронических заболеваний полости носа, околоносовых пазух, носоглотки. Своевременно начатое комплексное лечение, в том числе включающее применение местных комбинированных препаратов с противовоспалительной и обезболивающей активностью (Дроплекс), приводит к abortивному течению заболевания, а также позволяет избежать хронизации патологии и развития грозных осложнений ОСО.

Подготовил **Антон Пройдак**

Список литературы находится в редакции.