

# ОСОБЕННОСТИ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ

В статье представлены литературные данные о патологии среднего уха: острой и хронической, современных методах консервативной терапии, а также особенностях выбора хирургической тактики.

**Ключевые слова:** острый средний отит, экссудативный средний отит, лимфоэпителиальное глоточное кольцо, хирургия, дети.

S.V. RYAZANCEV, MD, Prof., Y.S. PREOBRAZHENSKAYA, PhD in medicine, M.V. DROZDOVA, MD  
FEATURES OF OTITIS MEDIA IN CHILDREN ON THE MODERN STAGE

The article presents the published data about pathology of the middle ear: acute and chronic, modern methods of the medical therapy and features of surgical tactics choice.

**Keywords:** acute otitis media, exudative otitis media, waldeyer's lymphoid ring, surgery, children.

**В** настоящее время большое внимание уделяется патологии среднего уха, причинам возникновения острых состояний, а также формированию хронических процессов.

Острый средний отит (ОСО) – это остро развившееся воспаление полостей среднего уха, основными симптомами которого являются боль в ухе, повышение температуры, выделения из уха, снижение слуха, возбуждение, раздражительность, рвота, понос. Заболевание длится не более трех недель и при адекватном лечении обычно разрешается спонтанно полным восстановлением анатомической целостности структур среднего уха и их функций [1].

Острые воспалительные заболевания среднего уха у детей по-прежнему встречаются часто, и не имеют тенденции к уменьшению [17]. В США 42% рецептов на пероральные антибиотики у детей выписывается по поводу ОСО [24]. Частота среди всех заболеваний в детском возрасте составляет 65–70% [17, 20]. Пик заболеваемости приходится на 6–18 месяцев. По данным НМО (Health Maintenance Organization), у 48% детей отмечаются однократные эпизоды острого перфоративного или неперфоративного среднего отита в первые 6 месяцев жизни или более 2 эпизодов за 12 месяцев жизни [21]. Двусторонний отит в возрасте до 1 года встречается в 70–85% случаев, от 1 года до 3 лет – в 50–65%, от 4 до 7 лет – только в 18–25% случаев [17, 29].

Основные теории патогенеза острых средних отитов объясняют его развитие дисфункцией слуховой трубы. Нарушение проходимости слуховой трубы может быть связано с ее механической обструкцией либо неэффективностью механизма ее активного открытия. Механическая обструкция слуховой трубы чаще всего обусловлена гипертрофией лимфоидной ткани носоглоточной (аденоиды) или тубарных миндалин, что имеет первоочередное значение в развитии острых отитов детского возраста [7].

В наше время в литературе описаны схемы лечения острых средних отитов у детей на разных стадиях заболе-

вания в соответствии с классификацией В.Т. Пальчуна [13]. Острый евстахиит – эта стадия характеризуется, прежде всего, нарушением функции слуховой трубы, что и вызывает дальнейшее развитие патологического процесса. При развитии асептического воспаления в барабанной полости и скоплении серозного экссудата процесс переходит во вторую стадию – острое катаральное воспаление. Неперфоративная форма острого среднего отита, по данным ряда авторов, преобладает (до 80%) у детей в грудном и ясельном возрасте [7]. При инфицировании среднего уха через слуховую трубу формируется следующая стадия острого среднего отита – острое гнойное воспаление, при котором за счет давления гнойного секрета и его протеолитической активности в барабанной перепонке появляется перфорация, через которую происходит эвакуация гноя в слуховой проход. Далее наступает следующая стадия – постперфоративная стадия. И в случае благоприятного течения процесс вскоре переходит в последнюю фазу – репаративную стадию. Во время этой стадии воспаление в среднем ухе купируется, перфорация закрывается рубцом.

Как правило, в доперфоративной стадии проводят [1]:

1. Анальгезирующую терапию с применением местно ушных капель, таких как Отипакс, которые содержат неопиоидный анальгетик-антипиретик феназон и лидокаин. Входящий в состав Отипакса гидрохлорид лидокаина вызывает мгновенное анальгезирующее действие, а нестероидный противовоспалительный препарат феназон – уменьшение воспаления и отека.
2. Разгрузочная терапия (восстановление функции слуховой трубы путем адrenaлизации слизистой оболочки носовой полости и особенно устья слуховой трубы, применение вазоконстрикторных препаратов).
3. Противовоспалительная терапия с использованием противовоспалительных глюкокортикостероидов и нестероидных противовоспалительных средств.
4. Системная антибиотикотерапия.
5. Муколитическая, секретолитическая и секретомоторная терапия.

Однако возможно развитие затянувшегося и рецидивирующего ОСО, который может привести к возникновению хронического процесса в полости среднего уха. Под термином «затянувшийся острый средний отит» (ЗОСО) подразумевают наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3–12 месяцев после одного или двух курсов консервативной терапии, включающей антибактериальные препараты. А рецидивирующий острый средний отит (РОСО) имеет место при наличии трех или более отдельных эпизодов ОСО за период 6 месяцев или четырех и более эпизодов за период 12 месяцев [27].

В некоторых случаях происходит переход острой патологии среднего уха в вялотекущее воспаление слизистой оболочки среднего уха – хронический экссудативный средний отит (ЭСО) с ненарушенной или реже нарушенной целостностью барабанной перепонки [16]. Формированию секрета способствует нарушение аэрации и дренирования среднего уха, нерациональная антибиотикотерапия и, вероятно, иммунные нарушения.

Экссудативный средний отит (ЭСО) был описан еще Ривериусом три века назад как самостоятельное заболевание, характеризующееся образованием в среднем ухе вязкой жидкости. Но, несмотря на вековой опыт исследований, посвященных профилактике, диагностике и лечению данного заболевания, ЭСО остается актуальной и широко дискутируемой проблемой в детской оториноларингологии [2, 4, 9, 10]. Это связано с бурным ростом заболеваемости. По данным Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) 2002 г., в мире насчитывалось порядка 250 млн человек с нарушениями слуха. Согласно прогнозам ВОЗ, к 2020 г. ожидается увеличение численности населения с социально значимыми дефектами слуха более чем на 30%. В нозологической структуре тугоухости, по данным современных российских и зарубежных исследователей, до 18,7% случаев занимают кондуктивные формы [3, 6].

**Под термином «затянувшийся острый средний отит» подразумевают наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3–12 месяцев после одного или двух курсов консервативной терапии, включающей антибактериальные препараты**

Имеет место также несвоевременная диагностика ЭСО, зачастую связанная с возрастными анатомо-клиническими особенностями, бессимптомным течением заболевания и невозможностью использования полного спектра исследований. ЭСО – это заболевание, характеризующееся скоплением в полостях среднего уха экссудата (серозного, слизистого или мукоидного характера), приводящее к формированию определенного симптомокомплекса, основной составляющей которого является тугоухость звукопроводящего или смешанного характера [11, 20]. Тугоухость является одним из наиболее постоянных симптомов ЭСО и может приводить к социальной дезадаптации больных, а в детском возрасте к наруше-

# Отипакс®

капли ушные

## ПОМОЩЬ ПРИ БОЛИ В УХЕ

- **Входит в российские<sup>1</sup> и международные<sup>2</sup> рекомендации по лечению ОСО**
- **Для детей с рождения**
- **Производится во Франции**



<sup>1</sup> Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов. Москва—Санкт-Петербург, 2014  
<sup>2</sup> Рекомендации общества SPIL F. Azria P, 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):e964e999

**BIOCODEX**

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

РУ П N011568/01 от 05.10.2011  
 ОТР201709-RX-01

[www.biocodex.ru](http://www.biocodex.ru)  
[www.otipax.ru](http://www.otipax.ru)

реклама

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

нию психоэмоционального, речевого и интеллектуально-го развития [30].

Наиболее часто ЭСО встречается у пациентов детского возраста. В России ЭСО является основной причиной понижения слуха у детей в возрасте от 2 до 7 лет (при массовых осмотрах детей этой возрастной группы он обнаруживается в 30,2% случаев) [12]. По данным зарубежных авторов, распространенность заболевания находится в пределах 5–25% [25, 28].

***По нашим собственным данным, после проведения хирургической санации носоглотки и эвакуации секрета из барабанной полости нормализация слуховой и тубарной функции с восстановлением нормальной клинической картины, а также объективных данных происходит в 75% случаев у детей к первому месяцу послеоперационного периода***

Рецидивирующие острые отиты, вялотекущее воспаление среднего уха с формированием хронического экссудативного среднего отита являются одними из основных показаний для проведения санации лимфоэпителиального глоточного кольца у детей. Несмотря на то что описаны и консервативные, и хирургические методы лечения ЭСО, показания для выбора того или иного способа по настоящее время остаются достаточно неоднозначными. Чаще всего это определяется характером и степенью гипертрофического процесса глоточной и небных миндалин, состоянием пациента, клинической симптоматикой [1].

Выполняется аденотомия и при затяжном течении ЭСО, удаление секрета из полости среднего уха, что в дальнейшем способствует восстановлению проходимости слуховой трубы. Эвакуация секрета из барабанной полости проводится при выполнении тимпанопункции, миригнотомии с введением тимпановентиляционной трубки. В случаях наличия густого, вязкого секрета (мукозная стадия ЭСО) некоторыми авторами рекомендуется выполнять тимпанотомию с ревизией барабанной полости [5, 18].

Вариант миригнотомии с введением тимпаностомической трубки зачастую чреват возникновением осложнений как при использовании долговременных трубок, так и при повторных введениях кратковременных трубок. Группой авторов описаны такие осложнения, как оторрея в позднем послеоперационном периоде до 34,5% случаев, стойкая перфорация барабанной перепонки от 5 до 20% случаев [15], тимпаносклероз вследствие неоднократного повторного введения тимпаностомической трубки, атрофия или ретракция в месте введения [26]. M. Tos и G. Poulsen в 1980 г., O.B. Карнеева в 2012 г. обнаружили, что 34% ушей имеют различного вида аттиковые ретракции [8, 31], D.J. Кау с колл. в 2001 г. выявили, что риск образования холестеатомы увеличивался до 3,5 раза [22, 23]. T. Gundersen и соавт. (1984), наблюдая 176 детей на протяжении 12 лет, у 31 из них выявили проявления адге-

зивного отита. Эти дети длительное время болели экссудативным средним отитом. Лечение проводилось у них с помощью вентиляционных трубок. M. Tos и соавт. (1976) из общего числа детей, которых они лечили по поводу экссудативного среднего отита, у 3,7% находили признаки адгезивного отита (с полным или частичным ателектазом среднего уха и плохой функцией слуховой трубы).

Анализируя данные, представленные как отечественными, так и зарубежными авторами, можно судить о высокой значимости и масштабах применения тимпановентиляционных трубок при лечении ЭСО у детей на современном этапе, но нельзя не отметить, что эффект данного метода, т.е. устранение кондуктивной тугоухости, в некоторых случаях носит нестойкий характер и может сопровождаться развитием осложнений.

По нашим собственным данным, после проведения хирургической санации носоглотки и эвакуации секрета из барабанной полости нормализация слуховой и тубарной функции с восстановлением нормальной клинической картины, а также объективных данных происходит в 75% случаев у детей к первому месяцу послеоперационного периода. При наличии сопутствующей патологии (хронической персистирующей герпес-вирусной инфекции, выраженного алергофона) наблюдаются рецидивы неперфоративных средних отитов и хронизация процесса в среднем ухе в 15% случаев, что, в свою очередь, требует назначения адекватной консервативной терапии [14].

Вместе с тем в литературе данные о проведении этиотропной и патогенетической терапии у пациентов, инфицированных возбудителями скрытых инфекций, мало представлены. Возможно, определение четких показаний и сроков проведения консервативного и хирургического лечения ЭСО у детей, основанных на анализе этиологических аспектов развития данного заболевания, длительности соматического состояния пациента, позволит уменьшить процент осложнений и рецидивов развития ЭСО.

## ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Хирургическую санацию у детей с рецидивирующими острыми средними отитами, развитием экссудативного среднего отита как следствие патологии лимфоэпителиального глоточного кольца необходимо рассматривать как начальный этап в лечении, т.к. это позволяет устранить резервуар для бактериальных и вирусных антигенов. Для повышения роли местных и общих защитных механизмов путем устранения патогенов из фагоцитирующих клеток верхних дыхательных путей рекомендуется проводить специфическую этиотропную терапию. При наличии нестойкого клинко-аудиологического выздоровления после проведения хирургической санации рекомендуется консультацию врачей различных профилей (инфекциониста, алерголога-иммунолога) для коррекции подобранной терапии и дальнейшего наблюдения с проведением реабилитационных мероприятий.



OTR201708-RX-01

**ЛИТЕРАТУРА**

1. Абдулкеримов Х.Т., Гаращенко Т.И., Кошель В.И., Рязанцев С.В., Свистушкин В.М. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов: метод. рекомендации под ред. С.В. Рязанцева. СПб.: Полифорум Групп, 2014. 10 с.
2. Бурмистрова Т.В. Современные этиопатогенетические аспекты экссудативного среднего отита. *Рос. оторинолар.*, 2004, 1(8): 25-28.
3. Чешик С.Г. и др. Внутриутробное инфицирование плода вирусами цитомегалии и субклиническая форма инфекции у новорожденных. *Рос. вестн. перинатол. и педиат.*, 1995, 2(40): 20-24.
4. Злыдников Д.М., Смородинов А.А. Острые респираторные заболевания. Л.: Медицина, 1974: 209-220.
5. Извин А.И., Кузнецова Н.Е. Оценка эффективности различных вариантов радиоволновой тимпаностомии при экссудативном среднем отите у детей. Матер. I Петерб. форума оторинолар. России. Т. 2. 2012: 45-48.
6. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека- СПб: Спецлит, 2006. 304 с.
7. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения. Л., Медицина. 1986. 232 с.
8. Карнеева О.В. и др. Критерии объективной оценки динамического состояния ретракционных карманов у детей с экссудативным средним отитом. *Вестн. оториноларингологии.* 2012. 3: 62-67.
9. Макарова М.Е. Руководство по лабораторной диагностике цитомегаловирусной инфекции для врачей. М.: 1996. 19 с.
10. Маркова Т.П. Длительно и часто болеющие дети. *Рос. медицин. журн.*, 2002, 10(3): 23-26.
11. Мощняга В.В., Овчинников Ю.М., Свистушкин В.М. Экспериментальное и клиническое обоснование лазерной мириготиомии в лечении больных экссудативным средним отитом. Матер. конф. «Проблемы реабилитации в оториноларингологии». Самара, 2003: 149-150.
12. Очиров Д.Д. Клинико-иммунологическая эффективность муконазальной иммунокоррекции в комплексном лечении экссудативного среднего отита. Автореф. дис. ... канд. мед.наук. СПб., 2011. 11 с.
13. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. и др. Острое воспаление среднего уха. *Вестник оторинолар.*, 1997, 6: 7-11.
14. Преображенская Ю.С., Дроздова М.В. Особенности лечения пациентов с патологией лимфоэпителиального глоточного кольца, осложненной развитием экссудативного среднего отита. *Рос. оторинолар.*, 2014, 3(70): 89-97.
15. Стратиева О.В. Диагностика и способы хирургического лечения экссудативного среднего отита: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. Уфа, 1999: 25 с.
16. Тарасов Д.И., Федорова У.К., Быкова В.П. Заболевание среднего уха. М, Медицина. 1988. 287 с.
17. Шабалдина Е.В., Тихонюк В.П., Шабалдин А.В. Особенности течения острого среднего отита у детей. *Мать и дитя в Кузбассе*, 2009, 2(37): 8-12.
18. Савенко И.В. и др. Экссудативный средний отит. СПб.: «Диалог», 2010. 78 с.
19. Bergeron MG, Ahroheim C, Richard JE et al. Comparative efficacies of erythromycin-sulfisoxazole and cefaclor in acute otitis media: a double blind randomized trial. *Pediatr Infect Dis J*, 1987, 6: 654-60.
20. Bylander-Groth A, Stenstrum C. Eustachian tube function and otitis media in children. *Ear, Nose Throat Journal.*, 1998, 77(9): 762-769.
21. Daly KA, Brown JE, Lindgren BR et al. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. *Pediatrics*, 1999, 103: 1158-66.
22. Ahmmed AU et al. Hearing aids versus ventilation tubes in persistent otitis media with effusion: A survey of clinical practice. *J. Laryngol. Otol.*, 2001, 115(7): 274-279.
23. Kay DJ, Nelson M, Rosenfeld RM. Meta-analysis of tympanostomy tube sequelae. *Otolaryngol. Head Neck Surg*, 2001, 124(4): 374-380.
24. Kligman EW. Earache. In: Weiss B.D., Ed. Twenty common problems in primary care. 1st edition. New York: McGraw Hill, 1999: 123-44.
25. Burkert S et al. Otitis media with effusion – current management in children. *Arc of Perinatal Med.*, 2007, 13(2): 38-40.
26. Pelton SO. Otoscopy for the diagnosis of otitis media. *Pediatr. Infect. Dis.*, 1998, 17: 540-543.
27. Pichichero ME, Pichichero CL. Persistent acute otitis media: causative pathogens. *Pediatr Infect Dis J*, 1995, 14: 178-83.
28. Engel J et al. Prevalence rates of otitis media with effusion from 0 to 2 years of age: healthy-born versus high-risk-born infants. *Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngolog.*, 1999, 47(3): 243-251.
29. Teele DN, Klein JO, Rosner B et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston. *J Infect Dis* 1989; 160: 83-94.
30. Peters SA et al. The combination of risk factors to the effect of early otitis media with effusion on later language, reading, and spelling. *Dev. Med. Child. Neurol.*, 1997, 39(1): 31-39.
31. Tos M, Poulsen G. Attic retractions following secretory otitis. *Acta Otolaryngol*, 1980, 89: 479-486.



**МЕДИЦИНСКИЙ  
СОВЕТ**  
НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ ДЛЯ ВРАЧЕЙ

[www.med-sovet.pro](http://www.med-sovet.pro)

- АРХИВ ЖУРНАЛА С УДОБНЫМ ПОИском
- НОВОСТНОЙ РАЗДЕЛ
- ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ К ТЕСТАМ И ЗАДАЧАМ

НАШИ ГРУППЫ В СОЦСЕТЯХ



Журнал входит в Перечень ведущих рецензируемых научных журналов ВАК РФ. Журнал индексируется службой «Российский индекс научного цитирования» (РИНЦ), размещен в Электронной научной библиотеке.

ОФИЦИАЛЬНЫЙ САЙТ ЖУРНАЛА



105082,  
Москва, ул. Бакунинская, 71, стр. 10.  
Тел.: 8 495 780 3425  
факс: 8 495 780 3426  
remedium@remedium.ru