

*А.Ю. ЗАПОРОЩЕНКО, О.Г. РЫЛЬСКАЯ, Н.О. ПЕЛЕШЕНКО
С.В. КРАВЧЕНКО, Т.А. РЫСКАЛЬ*

К ВОПРОСУ О РАЦИОНАЛЬНОМ ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ ОСТРЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

*ГУ «Институт отоларингологии им. проф. А.И. Колумийченко НАМН Украины»
(дир. – акад. НАМНУ, проф. Д.И. Заболотный)*

В настоящее время проблема лечения больных острым средним отитом является одной из наиболее актуальных в оториноларингологии. Это связано с большой распространенностью данного заболевания, неудовлетворительными результатами лечения, а также частыми наблюдениями перехода острого воспаления в хроническую форму [4, 6, 8]. Среди общего числа пациентов с различными заболеваниями ЛОР-органов, острый средний отит диагностируется в 25-30% случаев [2]. Особенно часто он развивается у детей. Назначая антибактериальную терапию при остром среднем отите, следует, помимо борьбы с активной инфекцией, создать все условия для эвакуации воспалительного экссудата, в том числе и гнойного, из полостей среднего уха, иначе воспалительный процесс затягивается. Мнение о том, что флора играет решающую роль в развитии воспаления среднего уха и особенно в переходе его в хронический процесс, в настоящее время дискуссионно, поскольку на характер течения отита несомненное влияние оказывают анатомическое строение сосцевидного отростка и аттика, вирулентность микрофлоры, а также состояние иммунитета как общего, так и местного. Поэтому антибактериальную терапию при различных воспалительных заболеваниях среднего уха нужно проводить, учитывая характер воспалительного процесса (катаральный или гнойный), антибиотикограмму, данные аудиометрического исследования и рентгенографии височной кости, а также результаты тимпанометрии. В противном случае в лечении таких больных можно добиться обратного – позволить перейти острому процессу в хронический.

Одно можно сказать определенно, что пациенту с воспалительным процессом в среднем ухе противопоказано применение «ототоксичных» антибиотиков аминогликозидной группы, так как это может даже после однократного закапывания раствора через перфорацию барабанной перепонки в среднее ухо, не говоря о парентеральном введении, привести к необратимой тугоухости и даже глухоте вследствие поражения рецепторного отдела улитки. Необходимо отметить, что, поскольку инфекция проникает в среднее ухо, главным образом, через слуховую трубу из носовой части глотки, важным моментом является обнаружение патологических изменений в полости носа, околоносовых пазухах и в носовой части глотки, а также их санация с помощью консервативных или хирургических методов. Острые и хронические процессы в верхних дыхательных путях служат в основном причиной развития воспаления в среднем ухе. Острый средний отит начинается с воспаления слизистой оболочки слуховой трубы и барабанной полости. Роль слуховой трубы в развитии средних отитов чрезвычайно велика. Острый средний отит представляет собой острое воспаление слизистой оболочки барабанной полости, при этом в той или иной мере в процесс вовлекаются все отделы среднего уха. В некоторых случаях данное заболевание среднего уха с самого начала принимает вялый, затяжной характер. Иногда воспалительный процесс, бурно развиваясь, вызывает различные осложнения, в том числе и внутричерепные. Однако и в том, и в другом случае острый средний отит может переходить в хроническую форму, что ведет к тугоухости [3, 10, 11].

Чаще всего (60-80%) возбудителями острого среднего отита у взрослых и детей являются пневмококк (*S. pneumoniae*) и гемофильная палочка (*H. influenzae*), реже - мораксела (*M. catarrhalis*) (3-10%), стрептококк (*S. pyogenes*) (2-10%), стафилококк (*S. aureus*) (1-5%). Около 30% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Считается, что причиной острых воспалений среднего уха в 6-10% случаев служат вирусы. Определенную роль могут играть хламидии (*C. Trachomatis*) и микоплазма (*M. pneumoniae*), способные вызывать воспаление среднего уха [3, 5, 7, 9, 11]. В течении острого воспаления среднего уха выделяются обычно 3 стадии: доперфоративная, перфоративная и репаративная.

В каждой стадии предусматривается свой индивидуальный подход к лечению. Нерациональное использование антибиотиков при остром среднем отите приводит к переходу активного воспалительного процесса в среднем ухе в вялотекущее воспаление. Принято считать, что, пока не произошло естественного прободения барабанной перепонки, данная форма воспаления может быть отнесена к «катаральному» отиту. Для этой стадии характерны боль в ухе, отсутствие отделяемого в ухе, тугоухость, аутофония, гиперемия барабанной перепонки, сглаженность или отсутствие опознавательных знаков. В неперфоративной стадии воспаления среднего уха в первую очередь необходимы действия, направленные на восстановление функции слуховой трубы. Для этого следует произвести эндоскопическое или пальцевое исследование глоточного отверстия слуховой трубы. При наличии спаек последние удаляются. После этого назначаются сосудосуживающие капли в нос. С целью купирования болевого синдрома, который обусловлен отеком барабанной перепонки и ее напряжением, используются ушные капли, содержащие анальгетик. Выраженным анальгезирующим, противовоспалительным и антиэкссудативным действием обладают ушные капли «отипакс», в состав которых входят лидокаина гидрохлорид, фенезон, тиосульфат натрия, этиловый спирт и глицерин. Согревающие компрессы на ухо при болях ставить нежелательно, чтобы не спровоциро-

вать развитие осложнений. Антигистаминные препараты обычно применяются для купирования аллергического компонента и сопутствующих проявлений ринита, для уменьшения отека слизистой оболочки слуховой трубы.

Существуют различные мнения по поводу назначения системной антибиотикотерапии в доперфоративной стадии. По нашему мнению, если больного беспокоят боли в ухе, то лучше назначать инъекционные антибиотики, чтобы быстрее обеспечить оптимальную дозу активного вещества в крови. Инъекционная антибиотикотерапия необходима также в случаях, когда требуется исключить риск возможного возникновения внутричерепных осложнений. Она обязательна в случаях осложненного течения острого среднего отита, когда имеется выраженная интоксикация, признаки развития лабиринтита или мастоидита, а также при наличии такой сопутствующей патологии, как сахарный диабет, заболевания почек, крови [7]. Средняя продолжительность применения антибиотиков составляет 7 дней. Учитывая, что в этой стадии заболевания бактериологическое исследование не проводится, антибиотики назначаются на эмпирической основе, исходя из типичных проявлений и данных литературы о чувствительности микрофлоры из среднего уха к антибиотикам. Поскольку чаще всего возбудителями острого среднего отита являются пневмококки и гемофильная палочка, для эмпирической терапии среди инъекционных препаратов ведущими следует считать антибиотики цефуроксим (II поколение), цефтриаксон или сульбактам (III поколение) и цефепим (IV поколение).

При осложненном остром среднем отите или при неэффективности указанных препаратов в течение 2-3 дней лечения рекомендуется перейти на инъекционные антибиотики фторхинолонового ряда (ципрофлоксацин или ципринол). Если боль в ухе отсутствует, а на аудиограмме определяется костно-воздушный разрыв, то необходимо производить тимпанометрию. При наличии болевого синдрома назначается лечение в виде капель в ухо и инъекций антибиотиков. Через 1-2 суток после купирования болей в ухе и при наличии костно-

воздушного интервала на аудиограмме также выполняется тимпанометрия. При тимпанограмме типа «В» следует производить парацентез или мириинготомию с удалением экссудата из барабанной полости. В дальнейшем обязательным моментом является микробиологическое исследование микрофлоры в отделяемом из уха с целью определения ее чувствительности к тому или иному антибиотику. При тимпанограмме типа «С» к консервативным методам терапии можно добавить катетеризацию слуховой трубы и физиотерапевтические методы: ингаляции с противоотечной смесью (7 процедур), СМВ на козелок (слаботепловая доза) продолжительностью по 5 мин (5 процедур).

Среди таблетированных антибиотиков ведущими для эмпирической терапии следует считать амоксициллин и амоксициллин/клавулант («Панклав») по 625 мг - 3 раза в сутки. Панклав - это антибиотик широкого спектра действия, который содержит полусинтетический пенициллин - амоксициллин и ингибитор β -лактамаз - клавулановую кислоту. Данная комбинация обеспечивает высокую бактерицидную активность «Панклава». Он обладает широким спектром антибактериального действия. Если после 2-3 суток приема этого препарата отмечается положительный эффект, то лечение продолжается. В противном случае назначается левофлоксацин по 0,5-1 г 1 раз в день. Кроме вышеперечисленных антибиотиков, можно использовать макролиды, которые, помимо антибактериального действия, обладают иммуномодулирующей и умеренной противовоспалительной активностью. При проведении антибиотикотерапии можно использовать ступенчатый принцип. В течение 3-5 дней антибиотики вводятся инъекционно, а затем, при достижении положительной динамики в течении заболевания, переходят на таблетированные препараты.

При эпидемиях вирусных заболеваний у больных могут возникнуть вирусные отиты. Клинически они проявляются буллезным мириингитом и серозно-кровянистым выпотом в среднем ухе. И хотя дифференциальная диагностика в такой ситуации затруднена, все-таки следует руководство-

ваться клиническими отличиями болезни, вызванной вирусами или бактериями, а также эпидемиологической обстановкой на данное время. При вирусном отите в процесс часто вовлекается внутреннее ухо, что проявляется более значительным нарушением звуковосприятия. Применение антибиотиков при вирусной инфекции практически бесполезно, и основу лечения при вирусных инфекциях составляет симптоматическая терапия [1, 9]. Однако, по нашему мнению, с целью недопущения развития вторичной бактериальной инфекции необходимо использование антибиотикотерапии по описанному выше принципу. При поражении внутреннего уха одновременно следует проводить курс противоневритной терапии.

На перфоративной стадии острого среднего отита при назначении антибактериальной терапии необходимо проводить бактериологическое исследование отделяемого из уха с определением флоры и ее чувствительности к антибиотикам. Однако выполнение подобного исследования не всегда возможно, кроме того, иногда необходима немедленная антибактериальная терапия. В этих случаях после взятия мазка требуется применение эмпирической антибактериальной терапии, о которой написано выше. Лечение проводится с использованием инъекционной антибиотикотерапии и топических или местных средств. Назначаются ушные капли непосредственно в ухо 3 раза в день после предварительного туалета уха. При местном лечении лучше использовать капли, содержащие антибиотик фторхинолонового ряда («Нормакс», «Ципрофлоксацин» или «Ципрофарм»). Через неделю после получения антибиотикограммы осуществляется корректировка местной и системной антибиотикотерапии.

На репаративной стадии воспалительного процесса антибиотикотерапия отменяется. Назначается физиотерапия в виде МП УВЧ на ухо по 10 мин (5 процедур). С целью улучшения слуха выполняется катетеризация слуховой трубы. Больных, перенесших острый гнойный средний отит, можно считать здоровыми только в том случае, если имеет место нормализация отоскопических данных и восстановление

слуха, что подтверждается повторной аудиограммой. Кроме этого, у пациентов с пневматическим типом сосцевидного отростка после перенесенного острого гнойного среднего отита необходимо через 1 мес производить повторное рентгенологическое исследование височной кости с целью исключения осложнений в виде латентного или вялотекущего мастоидита.

Изложенное выше позволяет сделать вывод, что в каждой стадии воспалительного процесса в среднем ухе предусматривается свой индивидуальный подход к лечению. Необходимо придерживаться строгих правил по применению антибиотиков - они должны назначаться только в случаях абсолютной необходимости, их антимикробный спектр должен быть адекватным, а используемые дозировки и продолжительность лечения - оптимальными. Нерациональное применение таких препаратов нередко приводит к появлению стертых форм заболевания, требующих в дальнейшем хирургического вмешательства. Причинами неэффективности антибиотикотерапии могут быть многие факторы, но чаще всего - это неправильно подобранный антибиотик, неадекватная дозировка препарата, недостаточная биодоступность и, как следствие, низкая концентрация его в очаге воспаления, что способствует переходу острого гнойного среднего отита в хроническую форму. Поэтому считаем целесообразным поделиться собственными наблюдениями.

Больная Щ., 38 лет, поступила в отделение воспалительных заболеваний ЛОР-органов 23.01.2012 г. по поводу левостороннего хронического вялотекущего мастоидита. По словам пациентки, в детстве она перенесла острый средний отит. После этого в течение 30 лет ее периодически беспокоили боли в левой заушной области. Проводимое консервативное лечение по поводу невралгии давало кратковременный эффект. Перед поступлением в отделение у больной впервые произведено рентгенологическое исследование височной кости по Шюллеру, которое выявило снижение пневматизации ячеек сосцевидного отростка слева. Справа пневматизация ячеек сосцевидного отростка - в пределах нормы. Результаты аудиологического исследования

и тимпанометрии также были в пределах нормы. Результаты лабораторных клинических исследований не выходили за границы нормы. При объективном осмотре барабанные перепонки с обеих сторон были серого цвета, опознавательные контуры хорошо выражены. Другие ЛОР-органы - без особенностей. При надавливании на верхушку сосцевидного отростка слева больная отмечала болезненность. Учитывая анамнез болезни и данные рентгенологического исследования, решено произвести хирургическое вмешательство. Согласие на операцию было получено. У пациентки под общим эндотрахеальным наркозом 24.01.2012 г. произведена операция - раздельная аттикоантромастоидотомия. Бором вскрыт антрум и ячейки сосцевидного отростка. Последние заполнены утолщенной слизистой оболочкой и слизистым гноем. Все патологическое удалено и отправлено на гистологическое исследование.

Результаты исследования от 27.01.2012, №442/12: слизистая оболочка с воспалением и ретенционной кистой. Со стороны антрума вскрыта полость аттика, стенки которого также были покрыты утолщенной слизистой оболочкой. Послеоперационная полость промыта физиологическим раствором. Произведена первичная комбинированная мастоидопластика ауто- и аллогенным биоимплантатом «Тутопласт» кость. Заушная рана ушита наглухо. Через неделю швы из заушной области сняты. Рана зажила первичным натяжением. Больная выписана домой.

Назначение антибиотиков больным острым гнойным средним отитом без учета антибиотикограммы приводит к тому, что в дальнейшем у них посев из барабанной полости часто оказывается стерильным.

Приводим собственное наблюдение.

Больная Л., 59 лет, поступила в отделение воспалительных заболеваний ЛОР-органов 06.12.2011 г. по поводу правостороннего острого гнойного среднего отита, осложненного мастоидитом. По ее словам, гноетечение из правого уха появилось после перенесенного простудного заболевания 9 дней назад. По месту жительства бактериологического исследования гнойного отделяемого не производилось. Консервативное

лечение по месту жительства эффекта не дало.

При объективном осмотре барабанная перепонка справа – отечная, гиперемизированная. Через центральную перфорацию определяется пульсация гнойного отделяемого. На аудиограмме – повышение порогов восприятия воздушнопроводенных звуков на речевых частотах до 60 дБ. Пороги костнопроводенных звуков на речевых частотах – в пределах 25 дБ. Из правого уха взят мазок для определения микрофлоры и ее чувствительности к антибиотикам. Слева барабанная перепонка серого цвета, слегка втянутая. Слух – в пределах нормы. Другие ЛОР-органы – без особенностей. Проведенное рентгенологическое исследование височных костей по Шюллеру выявило снижение пневматизации ячеек сосцевидного отростка справа. Учитывая данные рентгенологического исследования, отсутствие эффекта от ранее проводимого в течение 9 дней консервативного лечения, а также принимая во внимание тот факт, что посев из уха может оказаться стерильным, решено произвести хирургическое вмешательство. Согласие на операцию получено.

07.12.2011 г. под общим интубационным наркозом произведена антростома. Вскрыты антрум и ячейки сосцевидного отростка, заполненные утолщенной слизистой оболочкой и слизистым гноем. Патологические ткани удалены и направлены на гистологическое исследование. Поскольку имели место выраженные воспалительные явления в сосцевидном отростке, решено заушную рану вести открытым способом. Пациентке назначен инъекционный антибиотик фторхинолонового ряда. В течение 3 дней осуществлялось промывание полости диоксидином. 10.12.2011 г. выполнена отсроченная комбинированная мастоидопластика ауто- и «Тутопласт» костью. Заушная рана ушита наглухо. Через неделю сняты швы из заушной области. Результаты бактериологического исследования: рост микрофлоры отсутствует. Результат гистологического исследования от 20.12.2011 г., №8716/4: некротически измененная ткань и сгустки крови. Перфорация барабанной перепонки в процессе лечения закрылась са-

мопроизвольно. Слух восстановился до нормы. Больная выписана домой.

В настоящее время необходимо также учитывать возможность не только бактериальной или вирусной этиологии отита, но и возрастающее значение атипичных внутриклеточных возбудителей (хламидии и микоплазмы).

Заражение этими микроорганизмами происходит половым путем или в результате тесного бытового контакта. В дальнейшем при несоблюдении правил личной гигиены может возникать конъюнктивит, а также воспалительный процесс в слизистой оболочке полости носа и носовой части глотки. Из носовой части глотки инфекция способна распространяться через слуховую трубу в барабанную полость, вызывая острый средний отит. При этом на аудиограмме определяется нарушение слуха по кондуктивному типу, а на тимпанограмме – тип «С» или «В». Диагностика хламидиозного или микоплазмозного острого среднего отита возможна при взятии мазков из воспалительного экссудата в среднем ухе путем миринготомии, которые исследуются методом полимеразноцепной реакции (ПЦР- ДНК-диагностика). В некоторых случаях из-за воспалительного процесса в полости носа и носовой части глотки может развиваться гипертрофия назофарингеальной лимфоидной ткани с последующей блокадой глоточного отверстия слуховой трубы. В этих случаях бывает, что инфекция не проникает в среднее ухо, и данных возбудителей обнаружить в экссудате барабанной полости методом полимеразноцепной реакции невозможно. Поэтому необходимо также исследовать мазки из полости носа и носовой части глотки с помощью данной методики.

Лечение при хламидиозном и микоплазмозном среднем отите представляет собой достаточно сложный процесс, поскольку их возбудители устойчивы к антибиотикам, действующим на белки клеточной оболочки: пенициллины, цефалоспорины и ряд других. В этих случаях обоснованным является применение макролидов и антибиотиков фторхинолонового ряда. Поэтому считаем целесообразным привести наблюдение из литературы [12].

Больная, Ж.-21 год, предъявляла жалобы на покраснение конъюнктивы правого глаза, слезотечение на протяжении 2 недель, выделения из влагалища желтого цвета в течение 2 мес, а также отмечала снижение слуха на правое ухо последние 4 дня. Пациентка была обследована. На аудиограмме справа – нарушение слуха по кондуктивному типу, на тимпанограмме – тип «В». С. Trachomatis выявлена в правом глазу, шейке матки, в носовой полости и носовой части глотки, а также в барабанной полости (ПЦР – положительная с аспирированного экссудата из барабанной полости справа).

Заключение офтальмолога: фолликулярный конъюнктивит. Консультация у ги-

неколога: слизисто-гнойный цервицит. Диагноз отоларинголога: правосторонний острый средний отит.

После проведенного лечения пациентка выздоровела. Показатели повторной аудиометрии и тимпанометрии – нормальные.

Таким образом, арсенал антибиотиков, которые оказывают эффективное действие при лечении больных острым средним отитом, достаточен. Однако их использование должно проходить под контролем отоскопии с анализом эффективности назначаемой терапии, в противном случае можно позволить перейти острому процессу в хронический.

1. Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия ЛОР-инфекций у детей: синуситы, средние отиты, тонзиллиты // *Consilium Medicum*. – 2001. – Vol. 3.
2. Гомза Я. Ю. Стан внутришнего уха у хворих на гострий середній отит: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – 1997. – С.18.
3. Косяков С.Я. Острый, затянувшийся и рецидивирующий средний отит: выбор лечения на распутье / С.Я. Косяков, А.С. Лопатин // *Consilium Medicum*. – 2004. – Т.6, №4. – С. 270-274.
4. Кравченко Д.В. Результаты обследования и лечения больных острым гнойным средним отитом / Д.В.Кравченко // *Новости оториноларингологии и логопатологии*. – 2002. – № 1. – С.77-78.
5. Лучихин Л.А. Острый средний отит // *Лечащий врач (мед. науч.-практ. журн.)*. – Симпозиум. – 2008.
6. Николаев В.В. Опыт общего и локального применения антигомотоксических препаратов в оториноларингологии / В.В. Николаев // *Биолог. мед.* – 1997. – №1. – С. 34-35.
7. Николаев М.П. Острый средний отит у взрослых: современный выбор рациональной терапии // *Рус. мед. журн.* – 2005. – №21(1442).
8. Овчинников А.Ю. Опыт использования препарата кандибиотик в оториноларингологической практике / А.Ю. Овчинников // *Рус. оториноларингология*. – 2004. – № 4(11). – С. 101-103.
9. Стручинский Л.С., Каманин Е.И. Антибактериальная терапия инфекций в оториноларингологии // *Рус. мед. журн.* – 1998. – Т.6, №17.
10. Туровский А.Б. Антибактериальная терапия острого среднего отита в современных условиях / А.Б. Туровский, А.В. Баландин // *Вестн. оториноларингологии*. – 2004. – №1. – С. 35-38.
11. Туровский А.Б. Острое воспаление наружного и среднего уха / А.Б. Туровский, А.И. Крюков // *Consilium Medicum*. – 2000. – Vol. 8. – С. 323-325.
12. Goh B.T., Hadley J.M., Lomax N.J., Patel H.C., Viswalingam N.D. Otitis media in adults with chlamydial conjunctivitis // *Sex. Transm. Snfect.* – 2006; 82:219-220.

Поступила в редакцию 09.04.12.

© А.Ю. Запорощенко, О.Г. Рыльская, С.В. Кравченко, Т.А. Рыскаль, 2012