
ЛЕКЦІЯ

DOI 10.29254/2077-4214-2020-4-158-9-12

УДК 616.284-002-053.2

Безшапочний С. Б., Соннік Н. Б.

ГОСТРИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ Українська медична стоматологічна академія (м. Полтава)

risonnik@gmail.com

Гостре запалення середнього вуха є досить серйозним захворюванням, що пов'язано з анатомічною будовою вуха, особливостями імунітету дитячого організму, частими респіраторними захворюваннями.

Гострий середній отит (ГСО) має бурхливий початок, спостерігається загальна реакція організму та утворення секрету гнійного характеру в порожнині середнього вуха.

В дитячому віці розрізняють наступні форми ГСО:

Гострий гнійний середній отит у дітей дошкільного та шкільного віку;

Гострий гнійний середній отит у новонароджених дітей;

Латентний гострий середній отит;

Рецидивуюча форма;

Гостре запалення середнього вуха при інфекційних хворобах [1,2].

1. При ГСО висівається патогенна мікрофлора. У здоровому стані патогенної мікрофлори немає. Барабанна порожнина може бути стерильною або заселена вірулентною флорою [3,4]. При ГСО знижується імунітет та приєднується бактеріальна, вірусна або змішана флора. Флора вірусного характеру має місце на початку захворювання, потім основна роль належить бактеріальній флорі. Позитивний результат посіву отримують у 80% випадків. Переважно висівається три бактерії: *Str. pneumoniae*, *H. influenzae* та *Moraxella catarrhalis*. Рідко зустрічаються інші бактерії: *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* та анаероби [5,6].

Основними шляхами проникнення інфекції в середнє вухо є її проникнення через слухову трубу, цей шлях називається ринотубарним.

Інфекція може розповсюджуватися гематогенним шляхом (при грипі, сепсисі).

Третій шлях називається контактний. Це може статися при травматичному пораненні барабанної перетинки [2,4].

При гострому середньому отиті виділяють три клінічні стадії розвитку [1,3,7]:

1 стадія – неперфоративна

2 стадія – перфоративна (поява у слуховому проході гнійних виділень)

3 стадія – одужання (відновлення барабанної перетинки і слухової функції).

1 стадія. В цій стадії основним є больовий синдром. Вушний біль важко переноситься хворим, може посилюватися ближче до вечора. Порівнюють з болем при гострому пульпіті. Виникає за рахунок тиску на *p. tympanicus*, продовження якого є *p. petrosus minor*, який зв'язаний з *ganglion oticum* (третья гілка трійчастого нерва). Цей нервовий зв'язок пояснює те, що біль

часто іррадіює в скроню, зуби і відповідну частину голови.

Посилення болю відбувається при підвищенні тиску в барабанній порожнині, що може бути під час ковтання, кашлю, чхання.

Клінічно можемо спостерігати закладеність вуха, шум у вусі. Маємо підвищення лейкоцитів, нейтрофільний зсув, збільшення ШОЕ.

Кінцевий діагноз залежить від отоскопії. Змінюється колір барабанної перетинки, вона стає червоною, немає її контурів, може бути напруженою [4,5].

2 стадія. В цій стадії основним симптомом є гноетеча з вуха – оторея. Відмічається покращення загального стану, падіння температури, зменшення болю у вусі [3,4].

3 стадія. В цій стадії припиняється гноетеча з вуха, відбувається відновлення барабанної перетинки і відновлення слухової функції. Відновлення слуху повинно відбутися повністю.

Діагностувати ГСО на підставі скарг, даних отоскопії, загального аналізу крові не складно.

Диференціальний діагноз треба проводити з зовнішнім отитом, мастоїдитом, сальпінгоотитом, загостренням хронічного отиту [4,6].

Лікування ГСО поділяється на загальне і місцеве.

Основним при загальному лікуванні є раціональна антибіотикотерапія. Ми повинні дотримуватися правил імперичного призначення антибіотиків. Антибіотиками першого ряду є амоксицилін та макроліди. До антибіотиків резерву належать захищені амоксициліни, цефалоспорины. Тривалість проведення і шляхи уведення залежить від віку дитини, тяжкості ГСО.

До 2-х років тривалість антибактеріальної терапії 10 днів; 2-5 років – 7-10 днів; 6 років і старше – при нетяжкому перебігу тривалість 5-7 днів, при тяжкому перебігу – 10 днів [1,5].

Також проводиться дезінтоксикаційна та протизапальна терапія, за рахунок використання нестероїдних протизапальних засобів.

Місцеве лікування залежить від клінічної стадії процесу. В до перфоративній стадії раціонально призначити деконгестанти в ніс, краплі у вухо, які можна застосовувати при цілій барабанній перетинці, парацентез барабанної перетинки, який проводять парацентезною голкою в задньо-нижньому квадранті [1,4,8].

Парацентез барабанної перетинки сполучають з проведенням тимпанопункції. У дітей парацентез виконують під внутрішньовенним наркозом. Візуалізація забезпечується ендоскопічно. Після парацентезу повинен витікати гній в зовнішній слуховий прохід.

В стадії перфорації барабанної перетинки треба призначати краплі у вуха, які можна застосовувати при відсутності цілісності барабанної перетинки.

Шляхи уведення лікарських речовин в барабанну порожнину – це крапання, уведення на марлевих вушних турундах, промивання барабанної порожнини через перфоративний отвір атіковою голкою (канюля Гартмана). Ліки, які потрапляють у вуха повинні бути температури тіла для запобігання виникненню вестибулярних реакцій.

В III стадії, при наявності гноетечі з вуха, можна призначати фізіотерапію. Для відновлення слуху доцільно використовувати продування слухових труб за методом Поліцера, катетеризацію слухової труби з уведенням лікарських речовин [1,2,8].

При лікуванні ГСО необхідно стежити за перебігом хвороби. Проводимо загальний огляд хворого, отоскопію.

Відсутність виділень з вуха, нормалізація стану барабанної перетинки і, головне, відновлення слуху в повному обсязі свідчить про одужання. Також відбувається позитивна динаміка та нормалізація показників загального аналізу крові.

В результаті ГСО можна отримати одужання, мастоїдит, перехід у хронічне запалення середнього вуха, внутрішньочерепні ускладнення.

2. Гострий гнійний середній отит у немовлят має свої особливості перебігу, діагностики та лікування. У маленьких дітей спостерігаємо перевагу загальних реакцій організму над місцевими проявами хвороби. Часто спостерігаємо двобічний процес, неперфоративні форми. Дитина відмовляється приймати їжу, спостерігаємо зригування [6,9]. Діагностувати гострий середній отит важко. Це пов'язано з особливостями будови барабанної перетинки, зовнішнього слухового проходу. Часто можемо спостерігати кірки, злущений епідерміс, наявність меконію [2,9].

Спершу виникає токсичний синдром. Він може мати наступні фази розвитку: гіперкенетична, сопорозно-динамічна, токсикоз-септична, токсикоз-дистрофічна.

Часто токсичний синдром може переходити в екікоз. Клінічно спостерігаємо ізотонічне зневоднення. Такі зміни має характеристика загального стану [1,2,9].

Свої особливості мають дані отоскопії. Барабанна перетинка у немовлят розташована горизонтально, вона товста, до 1 місяця несформований світловий конус. Тому може бути відсутня зміна кольору барабанної перетинки. Діагностувати ГСО складно, особливо доперфоративну стадію. При появі гнійних виділень з вуха стає зрозумілим діагноз, але діагностика в фазу перфорації барабанної перетинки вважається негативним фактором. Єдиною можливістю поставити вчасно діагноз є раннє проведення тимпанопункції, при якій надають значення входу голки в барабанну перетинку. Вона входить як у «вату».

Лікуються такі діти в умовах стаціонару. Принципи лікування мало чим відрізняється від попередньої форми. Антибіотики вводять протягом 10 днів. Особливу увагу заслуговує дезінтоксикаційна терапія.

Коли лікування розпочато пізно, то виникає ризик розвитку ускладнень [1,9].

3. Причинами латентного середнього отиту можуть бути загальні захворювання (вірусна інфекція, захворювання бронхо-легеневої системи, та шлунко-

вого тракту), порушення розвитку (недоношені діти, штучне вигодовування, гіпотрофія), імунна недостатність (алергія, ексудативний діатез) [3].

Нераціональне використання антибіотиків, неправильна діагностика сприяє виникненню цієї форми отиту. Латентне захворювання характеризується стійкою вираженістю симптомів [1,2]. Больовий симптом виражений не різко, висока температура нехарактерна. Спостерігається зниження слухової функції. При отоскопії бачимо пастозну барабанну перетинку, ін'єкція судин спостерігається у верхньому відділі. При огляді соскоподібного відростка змін не маємо. Клініка цієї форми не виражена, а зміни в загальному аналізі крові суттєві. Так значно може бути підвищеним ШОЕ.

Для діагностики основним є результат тимпанопункції, де будемо спостерігати розм'якшену барабанну перетинку [1,2].

Кажучи про тактику лікування, слід зауважити про використання антибіотиків широкого спектру дії, імуномодуючих препаратів. Треба відслідкувати прохідність слухової труби, раціональним є проведення парацентезу, тимпанопункції.

Тривалість антибактеріальної терапії може бути 10-14 днів.

Якщо проведене лікування неефективне, то слід думати про виникнення латентного отоантриту [1,4,5].

4. Рецидивуючий середній отит може викликати туговухість, виникнення парезу лицьового нерва. В більшості випадків висівають стафілокок, на другому місці – стрептокок, потім – синьогнійна паличка. В деяких випадках зовсім не знаходять мікрофлору [1,10].

Спостерігають три форми рецидивуючого отиту: легка, середня та тяжка.

При легкій формі спостерігаємо незначну інтоксикацію. Оцінюючи характер виділень, можемо сказати, що вони мають слизовий характер. Після того, як відбудеться закриття перфорації, ми бачимо нормальну отоскопічну картину.

Інтоксикація при середній тяжкості виражена, температура висока (38°C – 39°C), барабанна перетинка напружена, перфорує швидко з появою виділень слизово-гнійного характеру.

При тяжкому перебігу спостерігаємо нудоту, блювання, судоми, менінгіальні симптоми. Температура тіла значно підвищена, гнійні виділення з вуха довготривалі.

Необхідно проводити диференційну діагностику з клінікою гострого отиту, хронічним мезотимпанітом [1,4,10].

В лікуванні основним є антибіотикотерапія, яка базується на результаті мазка на флору та чутливість до антибіотиків. Важливим є тимпаностомія, використання автодренажа [10,11].

При відсутності ефекту від раціонального лікування застосовується хірургічна тактика – це проведення антротомії.

Часто у дітей виявляють супутню патологію – це аденоїдні вегетації. Тоді необхідно проводити планову аденотомію.

Дітей з рецидивуючим середнім отитом необхідно довготривало спостерігати [1,12].

5. В першу чергу розглянемо грипозний отит. Для нього характерна висока температура, сильний біль

у вусі, біль по ходу трійчастого нерва, порушення загального стану, різкий озноб.

Перебіг характеризується тривалістю більше трьох тижнів. Особливості лікування полягають в ранньому проведенні парацентезу. Поряд з призначенням антибіотиків, призначають прийом протигрипозних препаратів. Часто грип є причиною виникнення неврити слухового нерва. Якщо це має місце в комплексі лікування призначають антиневротичну терапію [1,2,3].

Скарлатинозний середній отит протікає легко. Зараз тяжкі форми, некротичні, не зустрічаються. Огляд барабанної перетинки свідчить про гострий середній отит [1,7].

При захворюванні на кір можемо спостерігати ранній отит та отит в період лущення. Ранній середній отит протікає малосимптомно. Отит, який виникає

в період лущення має типову клінічну картину для гострого середнього отиту.

Часто виникає токсичне ураження слухового нерву.

Дифтерійний отит має дві форми: первинну та вторинну. При первинному дифтерійному отиті уражується середнє вухо. Вторинний отит є наслідком дифтерії верхніх дихальних шляхів. Він протікає досить бурхливо. Нерідко виникає токсичний неврит слухового нерва [1,2,7].

Принципи лікування отитів при інфекційних хворобах – це антибіотикотерапія, проведення парацентезу в ранні строки. Місцеве лікування відповідає принципам лікування ГСО.

Якщо отит ускладнюється ураженням соскоподібного відростка, проводять мастоїдотомію [1,2,4].

Література

1. Layko AA. Dytyacha otolarynholojiya. Zapal'ni zakhvoryuvannya seredn'oho vukha. Kyiv: Lohos; 2004. s. 273-99. [in Ukrainian].
2. Kosakovs'kyi AL, Yurochko FB. Dytyacha otolojiya. Rozdil 4.2. Hostryy seredniy otyt. L'viv: MS; 2017. s. 84-100. [in Ukrainian].
3. Mitin YuV. Otorinolarynholojiya (lektsiyyi). Lektsiya 5, Hostryy seredniy otyt. Mastoyidyt. Antrotomiya. Kyiv: FarmArt; 2000. s. 45-56. [in Ukrainian].
4. Bezshapochnyy SB, Loburets' VV. Hostryy seredniy otyt u ditey. Klinichna imunolojiya. Alerholojiya. Infektolojiya. 2010;1(30):7-13. [in Ukrainian].
5. Popovych VI. Hostryy seredniy otyt. Unifikovanyy klinichnyy protokol pervynnoyi, vtorynnoyi (spetsializovanoi) ta tretynnoyi (vysokospetsializovanoi) medychnoi dopomohy (proekt). Kyiv: TOV «Doktor-Media-Hrup»; 2017. 56 s. [in Ukrainian].
6. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG, Hoberman A, Jackson MA, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. Pediatrics. 2013 Mar;131(3):964-99.
7. Zabolotnyy DI, Mitin YuV, Bezshapochnyy SB, Deyeva YuV. Otorinolarynholojiya. Khvoroby vukha. Kyiv: VSI «Medytsyna»; 2010. s. 163-9. [in Ukrainian].
8. Yurochko FB. Rekomendatsiyi z us'oho svitu dlya seredn'oho otytu. ZhUNH. 2010 Berezen' 4;2:57-63. [in Ukrainian].
9. Yurochko FB. Hostryy seredniy otyt vikom do 2 rokov. Dytyachyy likar. 2019;2(65):25-30. [in Ukrainian].
10. Layko AA, Zabolotnyy DI. Retsydyvuyuchy seredniy otyt. Kyiv: Lohos; 2001. s. 14-115. [in Ukrainian].
11. Melissa K, Van Dyke, Jean Pircon Cfal. Etiology of Acute Otitis Media in Children Zess Than 5 Jears of Age A Pooled Analysis of 10 Similary. Pediatrics. 2017 March 3;3:36-42.
12. Kosyakov SYa. Lecheniye ostrogo, zatyanusvshegosya i retsidiviruyushchego srednego otita. Zdorovya Ukraini. 2007 Berezen' 27;5:43-4. [in Russian].

ГОСТРИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ В ДИТЯЧОМУ ВІЦІ

Безшапочний С. Б., Соннік Н. Б.

Резюме. В дитячому віці розрізняють наступні форми гострого середнього отиту: гострий гнійний середній отит у дітей дошкільного та шкільного віку; гострий гнійний середній отит у новонароджених дітей; латентний гострий середній отит; рецидивуючий середній отит; отит при інфекційних захворюваннях.

Виділяють три клінічні стадії розвитку: неперфоративна, перфорації барабанної перетинки, виздоровлення. Лікування гострого середнього отиту поділяється на загальне та місцеве. Загальне лікування включає раціональну антибіотикотерапію. Також проводиться протизапальна та дезінтоксикаційна терапія. Місцеве лікування залежить від клінічної стадії процесу. Відсутність виділень з вуха, нормалізація стану барабанної перетинки, слухової функції свідчить про одужання. Гострий середній отит у немовлят має свої особливості. Спостерігаємо превагу загальних реакцій організму над місцевими проявами. Діагностувати гострий середній отит важко. Це пов'язано з особливостями будови барабанної перетинки, зовнішнього слухового проходу. Свої особливості мають дані отоскопії. Допомогає поставити вчасно діагноз тимпанопункція. Принцип лікування мало чим відрізняється від попередньої форми. Антибіотики уводять протягом 10 днів.

Причинами латентного середнього отиту можуть бути загальні захворювання, порушення розвитку, імунна недостатність. Латентне захворювання характеризується слабкою вираженістю симптомів. Проте зміни в загальному аналізі крові суттєві. Для діагностики основним є результат тимпанопункції. Тривалість антибактеріальної терапії може бути 10-14 днів. кщо лікування неефективне, то слід думати про виникнення латентного отоантрита. Рецидивуючий середній отит може спричинити туговухість. Розрізняють три форми: легка, середня та тяжка. Для грипозного середнього отиту характерна висока температура, сильний біль у вусі.

Зараз тяжкі форми скарлатинозного отиту не зустрічаються. При захворюванні на кір можемо спостерігати ранній отит та отит в період лущення. Дифтерійний отит має дві форми: первинну та вторинну. Принципи лікування отитів при інфекційних хворобах – це антибіотикотерапія, проведення парацентезу в ранні строки.

Ключові слова: гострий середній отит, латентний отит, рецидивуючий отит, парацентез.

ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Безшапочний С. Б., Соннік Н. Б.

Резюме. В детском возрасте выделяют следующие формы острого среднего отита: острый гнойный средний отит у детей дошкольного и школьного возраста; острый гнойный средний отит у новорожденных детей; латентный острый средний отит; рецидивирующий средний отит; отит при инфекционных заболеваниях.

Выделяют три классических стадии развития: неперфоративная, перфорации барабанной перепонки, стадия выздоровления. Лечение острого среднего отита разделяется на общее и местное. Общее лечение включает рациональную антибиотикотерапию. Проводится противовоспалительная и детоксикационная терапия. Местное лечение зависит от клинической стадии процесса. Отсутствие выделений из уха, нормализация состояния барабанной перепонки, слуха свидетельствует о выздоровлении. Острый гнойный средний отит у новорожденных имеет свои особенности. Доминируют общие реакции организма над местными проявлениями. Диагностировать острый средний отит трудно. Это связано с особенностями строения барабанной перепонки, наружного слухового прохода. Свои особенности имеют данные отоскопии. Помогает поставить вовремя диагноз тимпанопункция. Принцип лечения мало чем отличается от предыдущей формы. Антибиотики вводят в течении 10 дней.

Причинами латентного среднего отита могут быть общие заболевания, нарушения развития, иммунная недостаточность. Латентное заболевание характеризуется слабой выраженностью симптомов. Зато изменения в общем анализе крови существенные. Для диагностики основным есть результат тимпанопункции. Длительность антибактериальной терапии может быть 10-14 дней. Если лечение неэффективно, то надо думать о возникновении латентного отоантрита. Рецидивирующий средний отит может вызывать тугоухость. Различают три формы: легкая, средняя и тяжелая. Для гриппозного среднего отита характерна высокая температура, сильная боль в ухе.

Сейчас тяжелые формы скарлатинозного среднего отита не встречаются. При кори можно наблюдать ранний отит и отит в период шелушения. Дифтерийный отит имеет две формы: первичную и вторичную. Принципы лечения отитов при инфекционных болезнях – это антибиотикотерапия, проведение парацентеза в ранние сроки.

Ключевые слова: острый средний отит, латентный отит, рецидивирующий отит, парацентез.

ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDHOOD

Bezshapochny S. B., Sonnik N. B.

Abstract. In childhood, the following forms of acute otitis media are distinguished: acute purulent otitis media in children of preschool and school age; acute purulent otitis media in newborns; latent acute otitis media; recurrent otitis media; otitis in infectious diseases.

There are three clinical stages of development: non-perforative, perforation of the eardrum, recovery. Treatment of acute otitis media is divided into general and local. General treatment includes rational antibiotic therapy. Anti-inflammatory and detoxification therapy is also performed. Local treatment depends on the clinical stage of the process.

Absence of secretions from the ear, normalization of the eardrum, auditory function indicates recovery. Acute otitis media in infants has its own characteristics. We observe the predominance of general reactions of the body over local manifestations. It is difficult to diagnose acute otitis media. This is due to the structure of the eardrum, the external auditory canal. Otoscopy data have their own features. Helps to diagnose tympanic puncture in time. The principle of treatment is little different from the previous form. Antibiotics are administered within 10 days. The causes of latent otitis media can be common diseases, developmental disorders, immune deficiency. Latent disease is characterized by mild symptoms. However, changes in the general analysis of blood are significant.

The main result of diagnosis is tympanopuncture. The duration of antibacterial therapy can be 10-14 days. If treatment is ineffective, latent otoanthritis should be considered. Recurrent otitis media can cause deafness. There are three forms: mild, moderate and severe. Influenza otitis media is characterized by high fever, severe ear pain. Now severe forms of scarlet fever otitis do not occur. When measles we can observe early otitis and otitis during peeling. Diphtheria otitis has two forms: primary and secondary.

Key words: acute otitis media, latent otitis media, recurrent otitis media, paracentesis.

*Рецензент – проф. Гасюк Ю. А.
Стаття надійшла 12.11.2020 року*