

УДК 611.38:611.2:615-1

*Мадаминова Низора Эргашевна*

*Старший преподаватель кафедры*

*Травматологии-ортопедии, нейрохирургии,  
оториноларингологии и детской анестезиологии,*

*Повышении квалификации врачей Андijanского*

*Государственного медицинского института,*

*Андижан, Узбекистан*

## **РАЦИОНАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ С ПОЗИЦИИ ДОКАЗАТЕЛЬНОЙ МЕДИЦИНЫ**

*Аннотация.* Острый средний отит (ОСО) является одним из наиболее распространенных заболеваний у детей и взрослых и одной из наиболее частых причин назначения антибактериальной терапии, зачастую необоснованного. В обзоре представлены данные о заболеваемости ОСО среди детского населения Узбекистана, а также наиболее частые вирусные и бактериальные возбудители заболевания. Введен термин «ототропные» применительно к вирусным патогенам, способным вызывать развитие ОСО с большей вероятностью.

*Ключевые слова:* острый средний отит, воспалительные заболевания, отопатоген, лидокаин, феназон, НПВП, антибиотикотерапия.

*Madaminova Nigora Ergashevna*

*Senior Lecturer of the Department*

*Traumatology-orthopedics, neurosurgery,*

*Otorhinolaryngology and pediatric anesthesiology,*

*Advanced training for doctors Andijan State*

*Medical Institute, Andijan, Uzbekistan*

## RATIONAL THERAPY OF ACUTE OTITIS MEDIA IN CHILDREN FROM THE PERSPECTIVE OF EVIDENCE-BASED MEDICINE

*Annotation.* Acute otitis media (AOM) is one of the most common diseases in children and adults and one of the most common reasons for the prescription of antibiotic therapy, often unjustified. The review presents data on the incidence of AOM among the child population of Uzbekistan, as well as the most common viral and bacterial causative agents of the disease. The term “ototropic” was introduced in relation to viral pathogens that are more likely to cause the development of AOM.

**Key words:** acute otitis media, inflammatory diseases, otopathogen, lidocaine, phenazone, NSAIDs, antibiotic therapy.

**Актуальность.** Острый средний отит (ОСО) является одним из наиболее распространенных воспалительных заболеваний у детей и одной из ведущих причин назначения противомикробных препаратов. Несмотря на то, что традиционно ОСО рассматривается как бактериальное осложнение вирусной инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП), в настоящее время доказана способность ряда респираторных вирусов вызывать развитие ОСО без участия бактериальных возбудителей. Косвенным подтверждением этого являются сохраняющиеся высокие показатели заболеваемости ОСО среди детского контингента на фоне внедрения вакцинопрофилактики пневмококковой и гемофильной инфекций, рассматриваемых как классические этиологические факторы ОСО. По данным ряда авторов, до одной трети всех случаев острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) у детей сопровождаются появлением симптомов среднего отита, преимущественно в течение первой недели от начала заболевания. Изменение взглядов на роль вирусов в развитии воспалительных заболеваний среднего уха у детей, а также внедрение вакцинопрофилактики гриппа в педиатрическую практику привело к определенному сокращению числа обращений за медицинской

помощью, а в случае легкой и среднетяжелой формы ОСО — ведению пациентов без начального назначения антибиотиков. Также было показано, что ранняя противовирусная терапия значительно снижает частоту развития ЛОР-осложнений, в том числе ОСО у детей.

Заболеваемость ОСО имеет сезонные колебания и в целом соответствует динамике заболеваемости респираторными инфекциями с высокими показателями в зимние месяцы и низкими — в летние. Для установления этиологии заболевания необходимо провести идентификацию возбудителя, однако, как правило, результаты микробиологического исследования врач получает лишь через несколько дней. Нередко идентифицировать возбудителя вообще не удастся. В связи с этим важно сделать верный выбор стартовой терапии, основываясь на оценке ряда «факторов со стороны больного» и «факторов возбудителя», так как ошибки в лечении могут привести к развитию осложнений, способствовать переходу заболевания в затяжную или хроническую форму. Результаты проспективных когортных исследований показывают, что пик заболеваемости ОСО приходится на возраст от 6 до 12 мес. жизни: к возрасту 1 года у 23–62% младенцев было зафиксировано более 1 эпизода, а у 17 % — более 3 эпизодов ОСО; к возрасту 3 лет число детей, перенесших 1 случай ОСО, составило 60–83%, а у 24–46% детей в медицинской документации было зафиксировано более 3 эпизодов ОСО. Полученные результаты позволили определить ряд факторов риска развития ОСО у детей, в их число вошли: мужской пол, посещение детского сада, наличие братьев и сестер с рецидивирующим ОСО в анамнезе, раннее развитие первого случая ОСО и отсутствие грудного вскармливания. Наиболее часто симптомы ОСО развиваются одновременно или сразу после острой респираторной инфекции. Более 90% детей с ОСО имеют сопутствующие симптомы острого

респираторного заболевания. Ведущими бактериальными отопатогенами являются *Streptococcus pneumoniae*, нетипируемая *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis*, колонизирующие носоглотку младенцев с раннего возраста. Веским доказательством важной роли вирусов являются данные о том, что при ОСО респираторные вирусы обнаруживаются в большинстве образцов из носоглотки и до 70% образцов жидкости из среднего уха. Однако указанная достаточно четкая схема патогенеза ОСО реализуется не во всех случаях ОРВИ. Лишь у одного из трех детей младшего возраста после ОРВИ развивается ОСО, а у двух других — нет, это зависит от множества факторов. Помимо указанных ранее факторов риска ОСО, важное значение имеют тип и инфицирующая доза возбудителя (возбудителей), факторы окружающей среды, такие как тип питания, воздействие сигаретного дыма и социально-бытовые условия, а также индивидуальные генетические риски. Склонность к рецидивирующему острому отиту связана с семейной предрасположенностью, принадлежностью к специфическим этническим популяциям и со специфическими однонуклеотидными полиморфизмами генов цитокинов/хемокинов. Люди могут иметь различную генетическую предрасположенность к респираторным инфекциям и разные иммунные реакции на инфекции, что влияет на предрасположенность к развитию осложнений и ОСО.

**Заключение.** Острый средний отит является одной из актуальных проблем современного здравоохранения. В то время как бактериальные отопатогены колонизируют носоглотку с раннего возраста, именно спорадической респираторной вирусной инфекции отводится роль инициатора развития ОСО, а в 5–10% случаев воспаление в полости среднего уха возникает при отсутствии обнаруживаемых колонизирующих патогенных бактерий, что не исключает участие комменсальной

микробиоты. Рациональная стартовая терапия как первичной ОРВИ, так и ОСО играет решающую роль. Назначение на начальных стадиях ОСО топической анальгезирующей терапии позволяет избежать развития осложнений и необоснованного применения противомикробных препаратов, препятствует бактериальной колонизации носоглотки и барабанной полости, а также развитию антибиотикорезистентности. Благодаря быстрому анальгетическому и противовоспалительному эффектам, отсутствию ототоксичных антибиотиков в составе, широкой доказательной базе и длительному международному опыту применения именно оригинальный топический комбинированный препарат

### Список литературы

1. Chonmaitree T., Revai K., Grady J.J. et al. Viral upper respiratory tract infection and otitis media complication in young children. *Clin Infect Dis.* 2008;46(6):815–823. DOI: 10.1086/528685.
2. Grijalva C.G., Nuorti J.P., Griffin M.R. Antibiotic prescription rates for acute respiratory tract infections in US ambulatory settings. *JAMA.* 2009;302(7):758–766. DOI: 10.1001/jama.2009.1163.
3. Marom T., Tan A., Wilkinson G.S. et al. Trends in otitis media-related health care use in the United States, 2001–2011. *JAMA Pediatr.* 2014;168(1):68–75. DOI: 10.1001/jamapediatrics.2013.3924.
4. Lieberthal A.S., Carroll A.E., Chonmaitree T. et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics.* 2013;131(3):e964–999. DOI: 10.1542/peds.2012-3488.
5. Pukander J., Karma P., Sipilä M. Occurrence and recurrence of acute otitis media among children. *Acta Otolaryngol.* 1982;94(5–6):479–486. DOI: 10.3109/00016488209128938.