



Библиотека
врача-специалиста

Оториноларингология

М.Р. Богомильский,
Е.Ю. Радциг, Е.П. Селькова

Болезни уха, горла, носа при ОРЗ у детей



Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2016

Глава 4

Острый средний отит

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острый средний отит (ОСО) — острое воспаление среднего уха, связанное с инфекцией его полостей (слуховые трубы, барабанная полость, сосцевидный отросток).

Классификация по МКБ-10 является очень усложненной и практически не применяется.

Коды по МКБ-10 (с нашими комментариями)

- H65–H75 — болезни среднего уха и сосцевидного отростка (не точно, так как полость сосцевидного отростка является частью среднего уха).
- H65 — негнойный средний отит.
 - ✧ H65.0 — острый средний серозный отит.
 - ✧ H65.1 — другие острые негнойные отиты (по видимому, имеются в виду формы с повышенным содержанием белка в транссудате или примесью крови. В нашей стране определяются как мукозные и геморрагические).
 - ✧ H65.9 — негнойный средний отит неуточненный (вероятно, имеется в виду диагноз до парацентеза, т.е. определения характера содержимого барабанной полости. Следует иметь в виду, что жидкость может быть и гнойной).
- H66:
 - ✧ H66.0 — острый гнойный средний отит.
 - ✧ H66.4 — гнойный средний отит неуточненный (см. комментарии в скобках выше).
 - ✧ H66.9 — средний отит неуточненный.

• Н70:

- ✧ Н70.0 — острый мастоидит (следует выделять отоанtrit).
- ✧ Н70.2 — петрозит.
- ✧ Н70.8 — другие мастоидиты и родственные состояния.
- ✧ Н70.9 — мастоидит неуточненный (неудачный перевод — родственные состояния. Лучше близкие по патогенезу развития. Другие мастоидиты, следует иметь в виду конкретные формы, например, Бецольдовский мастоидит).

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ОСО — является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста, частота его тесно связана с возрастом ребенка. Эпидемиологические данные литературы довольно противоречивы, поскольку они зависят от многих факторов: климата, диагностических возможностей и трудностей обследования, частых рецидивов и т.д. Однако почти все авторы сходятся в том, что на протяжении первого года жизни можно выделить два пика заболеваемости: период новорожденности и возраст 3–6 мес (Тарасов Д.И., 1958, Евдощенко Г.А., 1983, Богомильский М.Р., Чистякова В.Р., 2001 и др.) (табл. 4.1).

Таблица 4.1. Число новорожденных и грудных детей с острым средним отитом среди всех детей, госпитализированных в стационар с 1997 по 2003 г.

Дети 1-го года жизни, госпитализированные в стационар	Новорожденные дети	Дети грудного возраста	Всего
Общее число детей	3539	11 431	14 970
Число детей с ОСО	400 (11,3% от всех новорожденных)	663 (5,8% от всех грудных детей)	1063

В грудном возрасте явно отмечается склонность к развитию повторных заболеваний. Средние статистические данные свидетельствуют, что в течение первого года жизни более 40% детей хотя бы один раз переносят ОСО, около 20% болеют дважды, а примерно 10% — три раза (табл. 4.2). Чаше болеют мальчики (около 60%). Наиболее высокая заболеваемость ОСО связана с сезонностью и сопровождает эпидемии гриппа и ОРВИ. По данным наших наблюдений (Богомильский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С., 2007), осенью заболевали 27% детей, зимой — 46%, весной — 18% и летом — 9%, таким образом, на осенне-зимний период времени пришлось 73% заболевших.

Таблица 4.2. Частота острых средних отитов у детей первого года жизни в зависимости от числа эпизодов заболевания

Автор, год публикации	Число эпизодов, %		
	1	2	3
Teele, 1989	62,0	—	17,3
Aniansson, 1994	21,0	6,0	—
Kero, 1987	34,5	—	9,7
Duncan, 1993	64,0	—	17,0
Schwartz, 1990	46,0	—	—
Ingvarson, 1983	30,0	—	—
Baraibar, 1994	44,0	17,3	7,8

КЛАССИФИКАЦИЯ. ТЕЧЕНИЕ

Как мы уже отмечали выше, официально принятая в ряде стран за рубежом существующая классификация по МКБ-10 очень далека от практического использования. Кстати, попытки императивного внедрить ее в нашей стране оказались безуспешными. По существу и за рубежом она сейчас применяется только для статистики, а на всех международных форумах даже в научных исследованиях, не говоря уже о практике, упоминается весьма редко. В связи с этим, а также учитывая, что данное издание предназначено главным образом для врачей общей практики, хотелось бы уточнить само определение ОСО и дать краткую характеристику сходных по течению заболеваний, в которых педиатры, к сожалению, довольно слабо ориентируются.

В современной клинической практике под типичным ОСО подразумевают острое воспаление среднего уха, длительность которого не превышает 3–4 нед. Оно проходит обычно три стадии:

- первая характеризуется образованием содержимого в полости среднего уха;
- вторая — наступлением перфорации;
- третья — рубцеванием барабанной перепонки и восстановлением слуховой функции.

Длительность каждого периода ОСО может меняться, иногда он вообще протекает без перфорации, неизменным остается одно — выздоровление не может считаться полным без улучшения и восстановления слуховой функции.

Мы специально обращаем внимание читателя на это обстоятельство, потому что на практике приходится довольно часто отмечать факт, когда ребенка считают выздоровевшим без детального исследования слуха, особенно в раннем детском возрасте, что является грубой ошибкой.

Таким образом, в типичных случаях ОСО длится не более 1 мес.

В случаях, а их немало, если, несмотря на рациональную местную и общую терапию, симптомы ОСО сохраняются (например, продолжается оторрея), выделяют **затянувшийся ОСО**, сроки течения которого не превышают 1 года. В течение этого срока еще существует надежда на прекращение выделений из уха, закрытие перфорации и восстановление слуха. Если же перфорация становится стойкой, ОСО переходит в хроническую форму — **хронический средний отит**, который может протекать в виде сухой перфорации, постоянной или периодической отореи.

Еще одна форма течения заболевания, сходного с ОСО, — **рецидивирующий средний отит**. При таком течении наступает как бы мнимое выздоровление — общие симптомы исчезают, выделения прекращаются, а перфорация рубцуется. Однако в течение года вновь возникает острый средний отит. Причины этого всегда существуют, но не являются явными, это, например, общие неблагоприятные социальные условия, снижение иммунитета, аллергия, неполноценное грудное вскармливание и даже нерациональное лечение. К частым ошибкам местного лечения относятся игнорирование состояния носоглотки, околоносовых пазух, эвакуации содержимого полостей среднего уха с помощью продувания по Политцеру или катетеризации и даже отсутствие в лечении парацетеза. Отметим, что рецидивирующий средний отит характерен именно для детей грудного возраста или раннего детства, когда максимального развития достигают аденоиды или они находятся в состоянии воспаления, — аденоидиты (табл. 4.3 и 4.4).

Таблица 4.3. Частота рецидива острого среднего отита у детей из группы новорожденных

Форма острого среднего отита	Число детей			
	Рецидив отита в форме		Без рецидива	Всего
	катаральный	гнойный		
Острый средний катаральный отит	62	16	201	279
Острый средний гнойный отит	19	11	5	35
Всего	81	27	206	314

Таблица 4.4. Частота рецидива острого среднего отита у детей из группы грудных детей

Форма острого среднего отита	Число детей			
	Рецидив отита в форме		Без рецидива	Всего
	катаральный	гнойный		
Острый средний катаральный отит	57	35	178	270
Острый средний гнойный отит	39	108	144	291
Всего	96	143	322	561

Существует еще одна форма течения — так называемый **латентный ОСО**. С точки зрения оценки такого фактора, как инфекция, хотелось бы отметить, что довольно часто при скрытом течении возбудителями оказываются анаэробы или *H. influenzae*. Существует и такая точка зрения: латентное течение связано с бесконтрольным применением антибиотиков, что достаточно часто наблюдается.

Единой всеохватывающей и общепризнанной классификации ОСО не существует. Однако они классифицируются по отдельным важным признакам, в целом дающим возможность представить клиническую картину конкретного заболевания и, исходя из этого, оценить опасности и назначить соответствующую общую и местную терапию. Итак, ОСО подразделяют по следующим признакам.

По течению:

- легкий;
- средней тяжести;
- тяжелый.

По характеру содержимого:

- гнойный экссудат;
- катаральный (слизистый);
- транссудат (серозный).

Одно- и двусторонний.

По этиологическому фактору:

- инфекционный (вирусный, бактериальный);
- травматический.

Сезонные:

- период эпидемии;
- круглогодичные.