

© Коллектив авторов, 2005

*Е.П. Меркулова, Е.А. Бараньева, Т.Н. Хомичук*

### СОВРЕМЕННЫЕ ОСОБЕННОСТИ ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА У ДЕТЕЙ

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск, Республика Беларусь

В педиатрической практике особую актуальность представляют бактериальные осложнения острых респираторных инфекций (ОРИ), в частности острый гнойный средний отит (ОГСО).

Анализ историй болезней 105 детей, которым необходимо было выполнить санлирующую операцию уха по поводу осложненной формы ОГСО (антромастоидит), свидетельствует о преобладании детей раннего возраста. При анализе клинической картины ОГСО фиксировали начальные симптомы и их динамику, наличие инфекционного заболевания (ОРИ, пневмония, воспалительные заболевания кожи, слизистой оболочки глаз, полости рта и др.). Для определения возможных возрастных особенностей течения ОГСО статистическая обработка проведена в зависимости от возраста детей (до 3 лет, 3—7 лет и 7—15 лет) с помощью  $\chi^2$  на направленность прогноза.

Как свидетельствует наше исследование, у детей не зависимо от возраста отмечалось малосимптомное течение заболевания, часто без классической триады проявлений гнойного воспаления среднего уха (лихорадка, спонтанное гноетечение и боли в ухе), что явилось причиной отсутствия настороженности родителей и педиатров в отношении ОГСО и позднего обращения к оториноларингологу. У 90,5% (95 детей) больных отсутствовало гноетечение из уха, только у 36,2% (38 детей) при поступлении в стационар отмечалась лихорадка. Воспаление среднего уха сопровождалось болью в ухе только у половины пациентов (56 детей — 53,3%): 17 родителей характеризовали боль в ухе ребенка как сильную, 39 — как кратковременную и быстро переходящую.

В ранней возрастной группе следует выделить 15 детей 1-го года жизни. Как правило, гнойный антромастоидит у грудных детей не проявлялся местными симптомами, что чрезвычайно затрудняло своевременную постановку диагноза, а течение ОГСО характеризовалось быстрой генерализацией инфекции и развитием внутричерепных осложнений. У 3 детей ОГСО явился первичным очагом сепсиса (септикопиемическая форма). В 4 наблюдениях ОГСО (дети в возрасте 23 дней, 9, 11 и 12 месяцев) имело место развитие отогенного гнойного менингита.

У детей ранней возрастной группы симптомы инфекционного токсикоза достоверно чаще проявлялись в виде рвоты, потери сознания, судорог, анорексии, торможения или возбуждения, что затрудняло постановку диагноза ОГСО.

Только у половины наблюдаемых детей в общем анализе крови отмечены лейкоцитоз и сдвиг лейкоцитар-

ной формулы влево. У детей до 3 лет с ОГСО достоверно чаще встречается анемия.

Следует подчеркнуть поздние сроки поступления детей раннего возраста с ОГСО в специализированный стационар — в среднем через 10 дней после начала заболевания. При анализе причин поздней госпитализации выявлено, что 4 ребенка находились длительно на лечении в инфекционной больнице, 3 — в грудном отделении педиатрической больницы. Дети поступали в педиатрические отделения с диагнозом: судорожный синдром, перинатальная энцефалопатия, кишечный синдром и др. Это свидетельствует о частых диагностических ошибках.

Однако при отсутствии ведущих симптомов воспаления среднего уха у большинства больных (89,8%) отоскопическая картина свидетельствовала о наличии ОГСО.

Дети до 3 лет достоверно чаще страдали двусторонним ОГСО, осложненным антромастоидитом.

Одной из причин малосимптомного течения гнойного процесса может быть предшествующая госпитализация антибиотикотерапия. Только 18 из 105 детей до поступления в специализированное ЛОР-отделение не получали антибиотики. Детям в возрасте 3—7 лет антибиотикотерапия чаще всего (у 18 из 41 — 43,9%) назначалась по поводу ОРИ. Среди детей до 3 лет, поступивших в ЛОР-отделение с осложнениями ОГСО, 10 пациентов (25,6%) получали более 2—3 антибиотиков, а 9 детей (23,1%) лечились ими более месяца. Чаще всего антибиотики назначались по поводу ОРИ.

Таким образом, особенностью течения ОГСО у детей является малосимптомность гнойного воспаления среднего уха, что обуславливает несвоевременную диагностику процесса и приводит к развитию осложнений.

Гнойный антромастоидит у детей раннего возраста характеризуется двусторонним гнойным воспалением среднего уха, проявлениями инфекционного токсикоза, быстрой генерализацией инфекции и отсутствием выраженной воспалительной реакции в общем анализе крови.

Для диагностики ОГСО большое значение имеет отоскопия. Обучение выполнению отоскопии педиатров может своевременно заподозрить воспаление среднего уха. Выполнение парацентеза порой является ведущим в постановке диагноза ОГСО, так как врачебная тактика путем наблюдения (*diagnosis per observatione*) и назначения антибиотикотерапии (*diagnosis ex juvantibus*) у детей раннего возраста лишь затрудняет своевременную диагностику гнойного процесса среднего уха.