

М. С. Симончик

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ОСТРОГО МАСТОИДИТА У ДЕТЕЙ

Научный руководитель: канд. мед. наук, доц. О. И. Родионова

Кафедра болезней уха, горла, носа,

Белорусский государственный медицинский университет, г. Минск

Резюме. Статья посвящена анализу особенностей течения и лечения острого мастоидита у детей различных возрастных групп. Проанализированы половозрастной состав пациентов, анамнестические данные, в том числе догоспитальная антибактериальная терапия и ее влияние на возникновение внутричерепных осложнений. Составлены рекомендации по лечению и профилактике острого гнойного среднего отита и его осложнений.

Ключевые слова: острый мастоидит, антростома, внутричерепные осложнения.

Resume. This article analyzes the features of acute mastoiditis in children of different age groups. The age and sex composition of patients, anamnestic data, including prehospital antibiotic therapy and its influence on the occurrence of intracranial complications were analyzed. We made recommendations on the treatment and prevention of acute purulent otitis media and its complications.

Keywords: acute mastoiditis, antrum mastoidotomy, intracranial complications.

Актуальность. Мастоидит представляет собой гнойное воспаление слизистой оболочки и костной ткани сосцевидного отростка височной кости, является самым частым осложнением острого гнойного среднего отита (ОГСО). В свою очередь, на поздней деструктивной стадии мастоидит может сочетаться с невритом лицевого нерва, привести к внутричерепным осложнениям, а также формированию субпериостального абсцесса [1].

Так как на текущий момент времени отоскопия стала доступна не только лор-врачам, но и педиатрам, и врачам общей практики, лечение ОГСО также стало производиться всеми этими специалистами. В амбулаторную схему терапии на доперфоративной стадии входят местные препараты, пероральные антибиотики (аминопенициллины, цефалоспорины I поколения), нестероидные противовоспалительные средства [2]. Если перфорация барабанной перепонки не произошла, что не является редкостью, особенно в периоде новорожденности и грудном возрасте в виду анатомо-физиологической особенности (АФО) – барабанная перепонка у детей относительно толще, чем у взрослых [3], – на амбулаторном этапе рекомендуется выполнение парацентеза оториноларингологом в как можно более ранние сроки, так как давление воспалительной жидкости способно привести к внутричерепным и внутривлабиринтным осложнениям.

Цель: изучить особенности течения и лечения острого мастоидита у детей разных возрастных групп.

Задачи:

1. Изучить половозрастной состав пациентов, госпитализированных в УЗ «3-я ГДКБ» по поводу острого мастоидита в 2013-2017 гг.

2. Изучить анамнестические данные, в том числе догоспитальную антибактериальную терапию (АБТ) и ее влияние на возникновение осложнений.

3. Составить рекомендации по лечению и профилактике ОГСО и его осложнений.

Материал и методы. Был проведен ретроспективный анализ 58 медицинских карт стационарного пациента детей возрастом от 3 месяцев до 14 лет (разделенных на

группы до 3 лет, от 3 до 6 лет, старше 6 лет), находящихся на лечении по поводу ОГСО, осложненного острым мастоидитом, в УЗ «3-я ГДКБ г. Минска» в период с 2013 по 2017 год. Проанализированы такие показатели, как пол, возраст, срок обращения в стационар и длительность госпитализации, частота осложнений, частота применения АБТ на догоспитальном этапе и ее соответствие клиническим протоколам диагностики и лечения детского населения с болезнями уха, горла, носа. Применен непараметрический метод статистики χ^2 для сравнения качественных признаков, описательный метод. Обработка данных проведена в программе Microsoft Excel 2017.

Результаты и их обсуждение. Гендерный состав анализируемой выборки: 35 мальчиков (60,3%) и 23 девочки (39,7%). Возрастной состав: 33 детей (56,9%) – возрастом от 3 мес. до 3 лет, 17 детей (29,3%) – от 3 до 6 лет, 8 детей (13,8%) – старше 6 лет.

Медиана показателя обращения в стационар для госпитализации – 3 суток болезни (интерквартильная широта от 3 до 5 суток). Пациенты и их родители при сборе анамнеза указывали на симптомы, характерные для ОГСО: боль и шум в ухе, снижение слуха, повышение температуры, а также плач и беспокойство у грудных детей. Всего по направлению амбулаторных учреждений госпитализировано 30 детей (51,7%), из других больниц переведено 9 детей (15,5%), бригадами скорой медицинской помощи доставлено 2 детей (3,4%), без направления обратились 17 пациентов (29,4%).

АБТ на догоспитальном этапе получали 22 ребенка (37,8%), из них 16 (27,6% от общего числа пациентов) – аминопенициллины, рекомендуемые клиническими протоколами диагностики и лечения детского населения с болезнями уха, горла, носа от 13.06.2006 г. №384; по 2 детей (3,4%) – цефалоспорины II поколения и аминопенициллины в сочетании с цефалоспорины II поколения, по 1 ребенку (1,7%) принимали макролиды и аминопенициллины в сочетании с макролидами (рисунок 1). Не получали антибиотики 36 детей (62,2%).

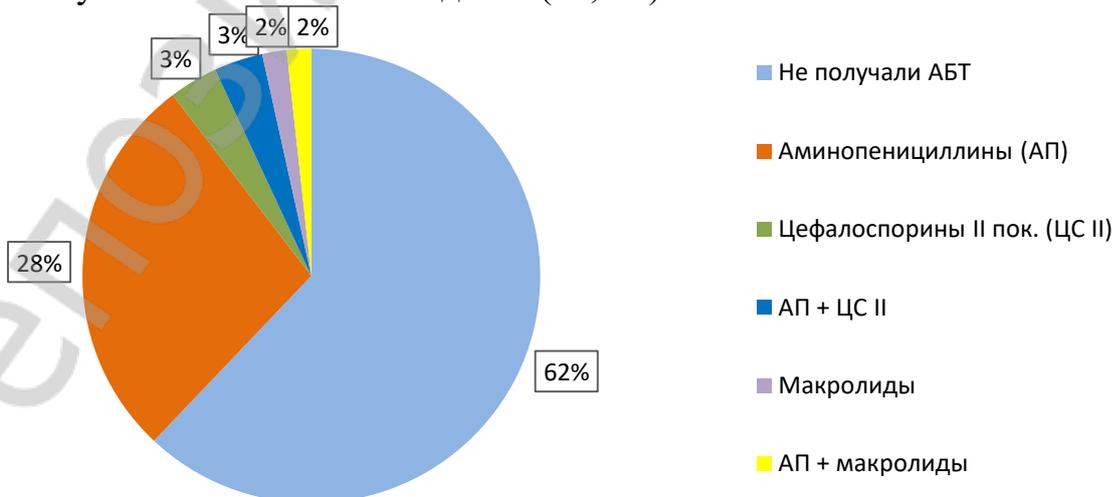


Рисунок 1 – Распределение пациентов в зависимости от получаемой антибиотикотерапии на догоспитальном этапе (n=58)

Согласно рекомендованным схемам терапии иных стран, назначение цефалоспоринов II и III поколения также допустимо, в отличие от макролидов,

которые традиционно назначаются при аллергии на aminopenicillins, в виду их ограниченной эффективности [4, 5].

Амбулаторно парацентез был выполнен 3 детям (5,2%). Медиана срока антромастодотомии в стационаре – 4 суток болезни (интерквартильная широта от 3 до 5 суток). Показаниями к ней явились неэффективность консервативного лечения при признаках формирующейся эмпиемы сосцевидного отростка (70,7%), наличие не вскрывшегося субпериостального абсцесса (12,1%), неврит лицевого нерва (10,3%), внутричерепные осложнения (6,9%).



Рисунок 2 – Распределение пациентов в зависимости от показаний к антромастодотомии (n=58)

В 16 случаях антромастодотомия (27,6%) сочеталась с парацентезом барабанной перепонки, в 12 (20,7%) – с микрошунтированием барабанной полости, в 2 случаях (3,4%) – с пункцией верхнечелюстных пазух. Детям младше трех лет дополнительные вмешательства проводили в 45,4% случаев, детям от 3 до 6 лет – в 41,2% случаев, детям школьного возраста – в 37,5% случаев. Достоверной разницы между группами не было ($\chi^2=2,2$), таким образом, объем вмешательства не зависел от возраста пациента.

1 пациент из 4 с внутричерепными осложнениями получал АБТ на амбулаторном этапе согласно настоящим протоколам лечения, 3 – не получали. Риск развития менингита и менингоэнцефалита в группах детей, получавших АБТ и без нее, соответственно составил 6,25% и 7,1%. Данная разница не является статистически достоверной ($\chi^2=0,014$). Парацентез на догоспитальном этапе детям с внутричерепными осложнениями не проводился; риск их развития в группах детей, перенесших парацентез и без него составил соответственно 0% и 7,2%, однако данная разница тоже не оказалась статистически достоверной ($\chi^2=0,25$).

Медиана срока лечения в стационаре составила 20 дней (интерквартильная широта от 18 до 24,75 суток). Исход лечения всех пациентов благоприятный.

Выводы:

1 Наибольшая заболеваемость мастоидитом в 2013-2017 гг отмечалась в группе детей до 3 лет, наименьшая – в группе детей школьного возраста. Данный результат связан с трудностью диагностики ОГСО и АФО в младшем возрасте, протеканием ОГСО под маской или в совокупности с другими заболеваниями верхних дыхательных путей.

2 Более половины детей госпитализированы по направлению амбулаторных организаций, что свидетельствует о высокой осведомленности и настороженности врачей в отношении острого мастоидита, однако адекватную АБТ на догоспитальном этапе получали 27,6% детей, 10,2% - иную АБТ, соответствовавшую сопутствующей респираторной инфекции.

3 Достоверного влияния догоспитальной АБТ и амбулаторного парацентеза на частоту возникновения менингита и менингоэнцефалита выявлено не было.

4 На основании проведенного исследования и литературных данных, посвященных ОГСО, рекомендовано раннее назначение эмпирической АБТ [7]; при ее неэффективности, нарастании болевого симптома и интоксикации – парацентез в амбулаторных условиях с определением чувствительности микрофлоры из полученного экссудата к антибиотикам и последующим назначением наиболее соответствующих [8]. Также рекомендована вакцинация против пневмококка и гемофильной палочки, наиболее частых возбудителей ОГСО [1, 6].

M. S. Simanchyk

THE FEATURES OF ACUTE MASTOIDITIS IN CHILDREN

Tutor: associate professor O. Radzionava,

Department of disease of ear, throat, nose

Belarusian State Medical University, Minsk

Литература

1. Пальчун, В. Т. Оториноларингология: учебник. – 2-е изд., испр. и доп. / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин ; Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — С. 451-455, 460-470, 490-492.
2. Клинические протоколы диагностики и лечения детского населения с болезнями уха, горла, носа: приложение № 1 к приказу Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 13.06.2006 г. №384. Минск: Беларусь, 2006. – С.11-12, 15-16, 70-71, 74-76.
3. Заболотный, Д. И. Оториноларингология: учебник / Д. И. Заболотный, Ю. В. Митин, С. Б. Безшапочный, Ю. В. Деева ; Киев: ВСИ «Медицина», 2010. — С. 163-174.
4. What not to do in acute otitis media: the top five recommendations proposed by the Italian Society of Preventive and Social Pediatrics / Chiappini E. et al. // Expert Rev Anti Infect Ther. – 2017. – №15. – P. 897–902.
5. Antibiotic therapy for children with acute otitis media / Saculchit T. et al. // Can Fam Physician. – 2017. – №63 (9). – P. 685–687.
6. Янгс, Р. ЛОР. Атлас-справочник: пер. с англ. / Р. Янгс, Н. Д. Стэффорд ; Москва: Медицинская литература, 2008. — С. 18-19.
7. Severe acute mastoiditis admission is not related to delayed antibiotic treatment for antecedent acute otitis media / Grossman Z., et al. // Pediatr Infect Dis J. – 2016. – №35 (2). – P. 162–165.
8. Приказ №1301 «О мерах по снижению антибактериальной резистентности микроорганизмов»: приказ Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 29. 12. 2015 г. №1301. – Минск: Беларусь, 2015. – С.2-3.