

# ЭТИОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ГНОЙНЫХ ОТИТОВ У НОВОРОЖДЕННЫХ И ДЕТЕЙ ПЕРВЫХ МЕСЯЦЕВ ЖИЗНИ

Устинович К.Н., Пусева Я.А.

*УО «Белорусский государственный медицинский университет»,  
г. Минск, Беларусь*

**Введение.** Проблема острого среднего гнойного отита у новорожденных и детей раннего возраста в настоящее время имеет исключительно большое значение ввиду сохраняющейся высокой частоты данной патологии во всех странах мира.

В возрасте до года каждый второй ребенок переносит хотя бы один эпизод отита, а к трём годам им переболевает до 90% младенцев. Частота рецидивов заболевания достигает 30-40%. Это объясняется целым рядом анатомических особенностей детского уха, особенностями иммунного ответа у детей раннего возраста, характером и режимом питания данной возрастной группы, а также часто встречающимися у них нарушениями носового дыхания различного генеза. Отличительной клинической особенностью этого заболевания в настоящее время является менее острое начало и вялое течение,

а в раннем детском возрасте – склонность к рецидивам и осложнениям [2, 3].

Для успешного лечения отита необходимо иметь достоверную информацию о его этиологии. Уточнение спектра возбудителей неонатальных отитов и их чувствительности к антибактериальным препаратам требует непрерывного динамического мониторинга, так как микробный пейзаж, по данным различных авторов, противоречив [2, 4], а широкое использование антибиотиков приводит к неуклонному росту резистентности к ним многих микроорганизмов [1, 4].

**Цель исследования** - охарактеризовать этиологическую структуру острых гнойных средних отитов у новорожденных и детей первых месяцев жизни и на основании полученных данных определить пути оптимизации антибактериальной терапии.

**Объекты и методы.** Проведен анализ 85 медицинских карт стационарных пациентов, находившихся на лечении в инфекционных отделениях для новорожденных детей № 1 и № 2 УЗ «3-я детская городская клиническая больница» г. Минска в 2007–2011 годах с диагнозом: острый средний гнойный отит. Средний возраст пациентов к моменту заболевания составил 30 дней. У всех детей был отоскопически диагностирован гнойный средний отит, из них у 60(71%) младенцев - односторонний, и у 25(29,4%) – двухсторонний. Парацентез был проведен в 16(18,8%) наблюдений, спонтанная перфорация барабанной перепонки отмечалась у 67(78,8%) пациентов.

Односторонний острый средний гнойный отит сочетался с катаральным воспалением второго уха у 29(34%) детей.

Наружный гнойный отит выявили у 14(16,5%) пациентов, при этом воспаление затрагивало среднее ухо по данным отоскопии в 100%.

Отиты развивались чаще всего на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) (в 100% наблюдений), сочетались с пневмонией у 7(8,2%) детей.

**Результаты.** При бактериологическом исследовании содержимого среднего уха и наружного слухового прохода рост микрофлоры наблюдался в 85% наблюдений. Частота выделения различных видов микроорганизмов представлена в табл. 1. Как видно из представленных результатов, один возбудитель выделялся у 46(54,1%) детей, в 26(30,6%) х обнаружались ассоциации микроорганизмов. Первое место по частоте выделения занимает *Ps. aeruginosa*, которая высевалась в 35,3% наблюдений, на 2-м месте находится *St. epidermidis* (26%). *St. aureus* выделялся у 17,6% детей и *Str. pneumonia* – у 10 (11,8%) пациентов. Таким образом, наиболее частыми возбудителями острых средних гнойных отитов новорожденных и детей раннего возраста явились

следующие микроорганизмы: *Ps. aeruginosa*, *St. epidermidis*, *St. aureus*, *Str. pneumonia*.

Таблица 1  
Вид микроорганизмов отделяемого среднего уха

Вид микроорганизмов	Число штаммов	
	Абс. число	%
Моно возбу́дители		
<i>Ps. aeruginosa</i>	24	28,2
<i>St. epidermidis</i>	8	9,4
<i>St. aureus</i>	8	9,4
<i>Str. pneumonia</i>	4	4,7
<i>St. haemolyticus</i>	1	1,2
<i>St. saprophyticus</i>	1	1,2
Ассоциации возбу́дителей		
<i>St. epidermidis</i> + <i>Ps. aeruginosa</i>	4	4,7
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pneumonia</i>	3	3,5
<i>St. aureus</i> + <i>Str. pyogenes</i>	3	3,5
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pyogenes</i>	1	1,2
<i>Str. pyogenes</i> + <i>E. coli</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Str. pneumonia</i> + <i>St. aureus</i>	1	1,2
<i>St. aureus</i> + <i>enterobacter</i>	1	1,2
<i>St. aureus</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>Klebsiella</i>	1	1,2
<i>St. haemolyticus</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Corynebacter spp</i>	1	1,2
<i>Ps. aeruginosa</i> + <i>Enterobacter</i>	1	1,2
<i>St. epidermidis</i> + <i>Corynebacter spp.</i> + <i>E. coli</i>	1	1,2
<i>Acinetobacter baumannii</i> + <i>St. epidermidis</i>	1	1,2
<i>Corynebacter spp.</i> - <i>E. coli</i> + <i>Str. pneumonia</i>	1	1,2
<i>H influenza</i> + <i>Str. pneumonia</i> + <i>St. aureus</i>	1	1,2
Роста нет	13	15,3

Таблица 2  
Распределение штаммов *Ps. aeruginosa* по чувствительности к антибиотикам

Антибиотики	Число изученных штаммов	Чувствительные		Резистентные	
		Абс.	%	Абс.	%
Карбенициллин	12	9	75	3	25
Пиперацillin	18	11	61,1	7	38,9
Оксациллин	3	-	-	3	100
Ампициллин-сульбактам	12	-	-	12	100
Амикацин	22	22	100	-	-
Тобрамицин	11	11	100	-	-
Гентамицин	8	7	87,5	1	12,5
Цефтазидим	22	11	50	11	50
Цефепим	21	10	47,6	11	52,4
Меропенем	9	9	100	-	-
Имипенем	19	12	63,2	7	36,8
Ципрофлоксацин	24	24	100	-	-
Полимиксин В	12	11	91,7	1	8,3
Клиндамицин	1	1	100	-	-
Ко-тримаксазол	8	-	-	8	100
Нитрофурантоин	4	-	-	4	100

Также была проанализирована чувствительность и резистентность доминирующего в этиологической структуре возбудителя к антибиотикам. Было исследовано 24 штамма микроорганизмов *Ps.aeruginosa* (табл. 2). По результатам исследования все штаммы *Ps. aeruginosa* были чувствительны к амикацину, тобрамицину, меропенему, ципрофлоксацину, клиндамицину и резистентны к оксациллину, ампициллину-сульбактаму, ко-тримаксазолу, нитрофурантоину.

**Заключение.** В этиологической структуре острого гнойного среднего отита у новорожденных и детей раннего возраста ведущее место принадлежит *Ps.aeruginosa*, 2-е место по частоте выделения занимает *St. epidermidis*, реже выявляются *St. aureus* и *Str. pneumonia*. Клинической особенностью отитов, вызванных *Ps.aeruginosa* является сочетание их с наружным отитом почти в половине случаев. Учитывая доминирование *Ps.aeruginosa* в структуре возбудителей воспаления уха у новорожденных, при сочетании острого среднего отита с наружным отитом предпочтение следует отдавать антисинегнойным антибактериальным препаратам.

#### Литература.

1. Антибактериальная терапия воспаления среднего уха в детском возрасте / Г.Д. Тарасова [и др.]. // Вест оториноларингол. - 1997. - № 6 – С. 12-13.
2. Инфекции респираторного тракта у детей раннего возраста / Г.А. Самсыгина [и др.]. – М: «Миклош», 2008. – 256 с.
3. Каманин, Е.И. Острый средний отит у детей: клиническое значение и антибактериальная терапия / Е.И. Каманин, О.А. Егорова // Клиническая антимикробная химиотерапия. - 2000.- № 2. - С. 57-62.
4. Мусина, Л.Т. Микробиологический мониторинг за внутрибольничными гнойно-септическими инфекциями у новорожденных и родильниц / Л.Т. Мусина, Н.А. Семина, К.К. Гладкова // Журн. микробиол., эпидемиол. и иммунобиол. - 1996. - № 2. – С. 91-94.