

СОВРЕМЕННЫЕ ТЕНДЕНЦИИ В ЛЕЧЕНИИ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

В статье представлены современные клинические рекомендации по диагностике и лечению острого среднего отита. Подчеркивается необходимость обязательного применения отомикроскопии для диагностики данного состояния, а также важность системного и структурированного подхода к лечению этого заболевания. Обосновывается использование местных анальгезирующих средств на доперфоративной стадии отита. Напоминается о целесообразности выполнения парацентеза для профилактики развития внутричерепных осложнений и скорейшего купирования болевого синдрома.

Ключевые слова: острый средний отит, клинические рекомендации, Отипакс.

D.M. SAVVATEEVA, PhD in medicine, K.A. KOZHENKOV
Sechenov First Moscow State Medical University
MODERN TRENDS OF ACUTE MIDDLE OTITIS THERAPY

The article provides modern clinical recommendations on diagnostics and therapy of acute middle otitis. A necessity of obligatory use of otomicroscopy for diagnostics of this state as well as the importance of the systemic and structured approach to therapy of this disease is stressed. Use of local anesthetics on the pre-perforative otitis stage is substantiated. Paracentesis execution for prevention of intracranial complications and immediate arrest of the pain syndrome.

Keywords: acute middle otitis, clinical recommendations, Otipax.

Острый средний отит (ОСО) – это воспалительный процесс, охватывающий слизистую оболочку всех трех отделов среднего уха – слуховой трубы, барабанной полости, системы воздухоносных клеток сосцевидного отростка. ОСО, как и раньше, остается одной из наиболее частых причин обращения к врачу детей первых лет жизни. При этом назначение системного антибиотика может иметь место до 76% случаев [1]. Согласно данным отечественной литературы, 65% детей до 3 лет болеют ОСО 1–2 раза, 35% детей болеют им 3 и более раз [2]; в США эти цифры доходят до 70% у детей до 2 лет [3]. Приведенные данные дополнительно подтверждают актуальность и важность данной патологии и необходимость системного и структурированного подхода в диагностике и лечении этого заболевания.

Клиническое течение ОСО, согласно классическим руководствам, можно разделить на три периода, охватывающих в общей сложности 2–4 недели. В настоящее время в связи с изменением вирулентности микрофлоры, наличием высокоэффективных антибиотиков и значительно усовершенствованных методов общего и местного лечения эта периодизация встречается редко. Так, при своевременном и адекватном лечении воспаление может ограничиться первым периодом с последующим выздоровлением без каких-либо остаточных явлений [4].

В феврале 2013 г. Американская Академия Педиатрии (AAP) и Американская Академия Семейной Медицины (AAFP) опубликовали обновленные рекомендации для диагностики и лечения ОСО у детей от 6 месяцев до 12 лет. Основной их задачей было максимально уточнить показания к постановке диагноза ОСО, чтобы избежать чрезмерного, необоснованного назначения системной антибактериальной терапии.

Критерии диагностики ОСО в рекомендациях AAP/AAFP:

- диагноз ОСО должен быть установлен при умеренном или сильном выбухании барабанной перепонки или при наличии оторреи, не вызванной наружным отитом.
- диагноз ОСО должен быть установлен при легком выбухании барабанной перепонки и наличии боли в течение 48 ч или интенсивной гиперемии барабанной перепонки. У детей на доречевом этапе развития прижатие, трение, подергивание ушной раковины предполагает наличие боли в ухе.
- диагноз ОСО не должен быть поставлен, если при отоскопии или тимпанометрии нет признаков экссудата в барабанной полости (рис. 1) [5–6].

На доперфоративной стадии барабанная перепонка, сохраняя свою целостность, не позволяет местным антибактериальным препаратам проникнуть в барабанную полость, что делает бессмысленным назначение моно- или многокомпонентных ушных капель, содержащих такие препараты

Исходя из данных алгоритмов, краеугольным камнем правильного диагноза, а тем более рационального назначения антибактериальной терапии, остается правильно и информативно выполненная отоскопия с выявлением четких параметров изменения барабанной перепонки. Особенную трудность отоскопии вызывает при осмотре грудных детей. Во-первых, барабанная перепонка при ОСО иногда мало изменяется; во-вторых, при крике у ребенка возникает физиологическая гиперемия бара-

банных перепонок; в-третьих, перепонка может быть закрыта десквамациями эпидермиса и, наконец, в-четвертых, ОСО у ребенка, страдающего общим токсикозом, может протекать без выраженных местных изменений [4]. Первые две рекомендации ААР/ААФР для диагностики можно считать спорными, т. к. одного только выбухания барабанной перепонки недостаточно для установки диагноза ОСО, такое проявление заболевания тяжело дифференцировать от экссудата в барабанной полости. Аналогично в отношении гиперемии барабанной перепонки ее прогностическая ценность составляет всего 7% [7]. На ранней стадии острого среднего отита, с покраснения и сосудистой инъекцией барабанной перепонки и до развития гнойного выпота, отличий между гнойным средним отитом и вирусным отитом практически нет. Дополнительные методы исследования, такие как тимпанометрия и акустическая рефлексометрия, не могут заменить отоскопию (отомикроскопию), а могут быть использованы только как вспомогательные методы [8–9].

Основные направления лечения ОСО. Данные российских клинических рекомендаций:

1. Патогенетическая терапия – восстановление функции слуховой трубы (разгрузочная – интраназальная терапия).

Интраназальная терапия включает применение:

- Ирригационно-элиминационной терапии – туалета носа с использованием изотонического раствора NaCl или морской воды (туалет носа у маленьких детей предполагает принудительное удаление отделяемого из носа);
- сосудосуживающих средств (деконгестанты);
- противоотечной, противовоспалительной терапии;
- муколитической терапии (особенно у маленьких детей при невозможности удалить густой назальный секрет);
- топической антибактериальной терапии.

2. Симптоматическая терапия – купирование болевого синдрома, включает:

А. Системные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС). Дозы приема у детей: парацетамол 10–15 мг/кг/прием, ибупрофен 8–10 мг/кг/прием.

Б. Местную терапию:

- лидокаин-содержащие ушные капли,
- спиртосодержащие ушные капли.

В. Парацентез барабанной перепонки.

3. Системная антибактериальная терапия – устранение этиологического фактора при бактериальном ОСО [10].

Как следует из данных рекомендаций, лечение ОСО не предполагает назначения местных антибактериальных препаратов в виде ушных капель. Акцент сделан на местной анальгетической терапии, включающей лидокаин (табл. 1). На доперфоративной стадии барабанная перепонка, сохраняя свою целостность, не

Рисунок 1. Степени выбухания барабанной перепонки (по Alejandro Hoberman, MD. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media AAP-2013)



позволяет местным антибактериальным препаратам проникнуть в барабанную полость, что делает бессмысленным назначение моно- или многокомпонентных ушных капель, содержащих такие препараты. С другой стороны, назначение ушных капель, содержащих антибактериальные компоненты, на доперфоративной стадии ОСО может приводить к местной аллергической реакции со стороны барабанной перепонки и кожи наружного слухового прохода, а также к поддержанию в слуховом проходе влажности, что способствует дополнительному раздражению наружного уха. Поэтому ушные капли, содержащие топические антибактериальные препараты, должны назначаться начиная с перфоративной стадии ОСО.

Ушные капли, содержащие топические антибактериальные препараты, должны назначаться начиная с перфоративной стадии ОСО

С целью местного обезболивания предпочтительно назначать *Отипакс* – комбинированный препарат, в состав которого входят два компонента: анестезирующий – лидокаин и противовоспалительный – феназон. Феназон блокирует циклооксигеназу и тормозит биосинтез «противовоспалительных» ПГ. Лидокаин за счет антагонизма с ионами натрия и кальция на уровне мембраны нервного волокна нарушает восприятие и проведение болевого импульса. В качестве вспомогательных веществ в состав препарата входят натрия тиосульфат, этанол, глицерол, вода. Этанол, являясь универсальным растворителем, также оказывает умеренное местное согревающее действие.

Показанием к применению препарата является наличие у пациента острого среднего отита в доперфоративной стадии, в том числе постгриппозного, баротравматического и др. [11]. Препарат закапывают в наружный слуховой проход по 3 капли 3 раза в сутки в течение 10 дней (не более). Противопоказаниями к использованию препарата являются гиперчувствительность, механическое повреждение барабанной перепонки, аллергическая реакция на лидокаин.

Еще в 1993 г. было проведено исследование, подтверждающее эффективность и безопасность примене-

Таблица 1. Уровень доказательности терапии при лечении ОСО. Данные российских клинических рекомендаций

| Терапия | Уровень доказательности | Стадия заболевания |
|--|-------------------------|--|
| Топические антибиотики (АБ) | | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная (уровень доказательности IV) • Перфоративная* |
| Системные АБ | I | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная • Репарации |
| Топические стероиды (ИНГКС) | I | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная • Репарации |
| Нестероидные противовоспалительные средства (НПВС) | I | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная • Репарации |
| Деконгестанты | II | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная |
| Топические анальгетики | II | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная |
| Секретолитики | III | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная • Репарации |
| Парацентез | III | <ul style="list-style-type: none"> • Доперфоративная • Перфоративная** |

*исключая антибиотики аминогликозидного ряда
** при закрытии перфорации, недостаточность отверстия для оттока

ния препарата *Отипакс* в клинической практике. Препарат был назначен 18 детям с острым катаральным отитом и мiringитом в возрасте от 1 года до 10 лет. Регресс боли наступал в течение пяти минут после закапывания препарата, боль в ухе не беспокоила и по прошествии 15 и 30 минут, а серия фотографий барабанных перепонки, выполненных через такие же промежутки времени, подтверждала значительное уменьшение явления ее воспаления. Побочных явлений в процессе исследования зарегистрировано не было [12].

В исследовании В.С. Минасяна и соавт., проведенное уже в 2004 г, включались дети с острым средним катаральным отитом в начальной стадии заболевания (1–2 сут.) при условии переносимости препарата. Всего под наблюдением находилось 69 детей в возрасте от 3 дней до одного года. Диагноз острого среднего отита как основного заболевания был поставлен у 48 детей и как осложнение ОРВИ – у 21 ребенка. *Отипакс* применяли путем введения на турундах в наружный слуховой проход 3–4 раза в день на два часа в качестве монотерапии (кроме этого, детям назначались сосудосуживающие капли в нос) у 57 детей, а 12 детям *Отипакс* назначался в сочетании с антибактериальными, противогрибковыми и гипосенсибилизирующими средствами. Длительность курса в среднем составила 6–7 дней. Клиническую

эффективность *Отипакса* оценивали как хорошую, удовлетворительную или неудовлетворительную по анальгезирующему и противовоспалительному эффектам. Определение состояния слуховой функции проводилось с помощью тимпанометрии и регистрации акустического рефлекса. Исследование проводилось при первичном осмотре и после клинического выздоровления. Авторы приводят следующие результаты: анальгезирующий эффект *Отипакса* наступал в течение 15–20 мин после введения его в наружный слуховой проход и длился в среднем 2–3 ч; выраженный противовоспалительный эффект препарата отмечался уже на 2-е сутки и заключался в значительном уменьшении гиперемии и инфильтрации барабанной перепонки. Акустическая импедансометрия при первичном осмотре подтверждала диагноз острого воспаления среднего уха, повторное исследование характеризовалось нормальной тимпанграммой и появлением или нормализацией порогов акустического рефлекса у всех детей, что соответствовало данным клинического осмотра (удовлетворительное состояние ребенка, бледная барабанная перепонка со всеми опознавательными контурами). Таким образом, хороший эффект препарата получен у 57 (82,6%) детей, полное выздоровление у них наступило на 6–7-й день лечения; удовлетворительный результат – у 12 (17,4%) детей, полное выздоровление у этих детей наступило на 9-й день лечения; неудовлетворительный результат не отмечен. Аллергических реакций не было отмечено. Полученные результаты свидетельствуют о выраженной анальгетической и противовоспалительной активности *Отипакса* и его хорошей переносимости [13].

Назначение ушных капель, содержащих антибактериальные компоненты, на доперфоративной стадии ОСО может приводить к местной аллергической реакции со стороны барабанной перепонки и кожи наружного слухового прохода, а также к поддержанию в слуховом проходе влажности, что способствует дополнительному раздражению наружного уха

В исследовании Григорьева К.И. и соавт. *Отипакс* был назначен 38 детям (25 мальчикам, 13 девочкам) в возрасте от 1 года до 12 лет с явлениями отита (у 30) или евстахиита (у 8), возникшими как осложнение ОРВИ. Дети, у которых отит привел к скоплению гноя или перфорации барабанной перепонки, были исключены из исследования, так как в момент обследования *Отипакс* им был противопоказан. Эффективность действия препарата оценивалась по визуально-аналоговой болевой шкале и по изменению цвета барабанной перепонки. Уменьшение гиперемии барабанной перепонки было зарегистрировано через 10 мин после закапывания препарата ($p < 0,05$) при дальнейшей положительной тенденции к 20-й и 30-й мин от момента введения ($p < 0,01$). Изменения уровня кровенаполнения барабанной перепонки через 10, 20 и 30 мин после закапывания

Таблица 2. Рекомендации по стартовому лечению ОСО (The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media, AAP-2013)

| Возраст | Уровень доказательности | Одно- или двусторонний ОСО, тяжелое течение** | Двусторонний ОСО без гноетечения*** | Односторонний ОСО без гноетечения*** |
|--------------------|-------------------------|---|-------------------------------------|--------------------------------------|
| 6 месяцев – 2 года | АБ*-терапия | АБ*-терапия | АБ*-терапия | АБ*-терапия или наблюдение |
| >2 лет | АБ*-терапия | АБ*-терапия | АБ*-терапия или наблюдение | АБ*-терапия или наблюдение |

*АБ – антибактериальная

**Тяжелое течение: интоксикация, умеренная или выраженная оталгия более 48 ч, лихорадка > 39 °С в течение последних 48 ч или отсутствие возможности последующего динамического наблюдения

***При возможности динамического наблюдения в течение 48–72 ч. При сохранении симптомов или ухудшении назначается системная антибактериальная терапия

Отипакса также были статистически достоверны. На фоне продолжения лечения *Отипаксом* отмечалось исчезновение болей, которые купировались в течение 1–3 сут. У всех больных отоскопическая картина возвращалась к нормальной к 3–7-му дню наблюдения. Ни у одного из наблюдавшихся детей не отмечено перехода заболевания в гнойный процесс и развития осложнений, что подтверждает высокую эффективность *Отипакса* как противовоспалительного средства [14].

В ситуации, когда есть возможность провести исследование крови у пациента с ОСО, увеличение показателей маркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин и лейкоциты) достоверно определит показания к назначению антибиотиков

Наиболее часто вопросы возникают со своевременным и обоснованным назначением антибактериальной терапии: не все формы ОСО требуют назначения антибиотиков, так как острое воспаление среднего уха легко можно перепутать с дебютом ОРВИ или экссудативного среднего отита.

Критерии назначения антибактериальной терапии в рекомендациях ААР/ААФР:

■ Антибиотики следует назначать для двустороннего или одностороннего ОСО у детей в возрасте до 6 мес. с тяжелыми признаками или симптомами (умеренная или сильная ушная боль или ее наличие в течение 48 ч и более, а также температура 39 °С и выше) и для легкого двустороннего отита у детей в возрасте от 6 до 23 мес.

■ На основе совместного принятия решения с родителями при одностороннем нетяжелом ОСО у детей в возрасте от 6 до 23 мес. или нетяжелом ОСО у детей старшего возраста может быть назначена антибактериальная терапия или наблюдение без назначения антибиотика.

■ Амоксициллин является антибиотиком выбора, если ребенок не получал его в последние 30 дней, нет признаков гнойного конъюнктивита или аллергии на пенициллин. В обратных случаях и при рецидивирующем ОСО (3 и более отдельных эпизода ОСО за 6 мес. или 4 и более – в течение года с как минимум 1 эпизодом за последние

полгода) требуется назначение амоксициллина/клавулатата (амоксициллин с ингибитором бета-лактамаз) [6].

В отличие от предшествующих рекомендаций последняя их версия исключает детей в возрасте до 6 месяцев. Основываясь на результатах последних рандомизированных контролируемых сравнительных клинических исследований [15–19], значение приобрели локализация ОСО (одно- или двусторонний) и наличие гноетечения из уха (табл. 2) [20].

ОСО является заболеванием, при котором часто необоснованно назначаются антибиотики из-за боязни развития осложнений.

Поэтому в ситуации, когда есть возможность провести исследование крови у пациента с ОСО, увеличение показателей маркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин и лейкоциты) достоверно определит показания к назначению антибиотиков. Дифференцировать форму острого воспаления среднего уха и определить медикаментозную тактику позволяет схема М.Д. Бакрадзе (2009), (табл. 3) [21].

Таблица 3. Маркеры бактериального воспаления при отитах М.Д. Бакрадзе

| Лейкоцитоз × 10 ⁹ | <10 | 10-15 | >15 | >15×10 ⁹ ППР** 85% ПОР*** 64% |
|------------------------------|------|-------|------|--|
| Катаральный отит | 50% | 38% | 12% | |
| Гнойный отит | 12% | 29% | 59% | |
| СРБ, мг/л | <15 | 15-60 | ≥60 | >30 мг/л ППР 79% ПОР 52% |
| Катаральный отит | 33% | 50% | 17% | |
| Гнойный отит | 14% | 36% | 50% | |
| ПКТ*, нг/мл | <0,5 | 0,5-2 | 2-10 | >2 нг/мл ППР 94% ПОР 74% |
| Катаральный отит | 58% | 38% | 4% | |
| Гнойный отит | 4% | 32% | 64% | |

*прокальцитонин

**прогностически положительный результат указывает на вероятность диагноза при положительном значении маркера

***прогностически отрицательный результат говорит о вероятности альтернативного диагноза при отрицательном значении маркера

Таблица 4. Суточные дозы и режим введения антибиотиков при ОСО. Данные российских клинических рекомендаций

| Антибиотик | Доза | | Связь с приемом пищи |
|--|---|--|----------------------|
| | Взрослые | Дети | |
| Препараты выбора | | | |
| Амоксициллин* | 1,5 г/сут в 3 приема или 2,0 г/сут в 2 приема | 40–50 мг/кг/сут в 2–3 приема | Независимо |
| Амоксициллин/клавуланат 4:1, 7:1 («стандартные» дозы)** | 2 г/сут в 2–3 приема | 45–50 мг/кг/сут в 2–3 приема | В начале приема пищи |
| Амоксициллин/клавуланат 14:1 («высокие» дозы)*** | 3,5–4 г/сут в 2–3 приема | 80–90 мг/кг/сут в 2–3 приема | В начале приема пищи |
| Амоксициллин/клавуланат**** | 3,6 г/сут в/в в 3 введения | 90 мг/кг/сут в 3 введения | Независимо |
| Ампициллин/сульбактам**** | 2,0–6,0 г/сут в/м или в/в в 3–4 введения | 150 мг/кг/сут в/м или в/в в 3–4 введения | Независимо |
| Цефтриаксон**** | 2,0–4,0 г/сут в 1 введение | 50–80 мг/кг/сут в 1 введение | Независимо |
| При аллергии на пенициллины (неанафилактической) | | | |
| Цефуроксим аксетил | 1,0 г/сут в 2 приема | 30 мг/кг/сут в 2 приема | Сразу после еды |
| Цефтибутен***** | 400 мг/сут в 1 прием | 9 мг/кг/сут в 1 прием | Независимо |
| Цефиксим***** | 400 мг/сут в 1 прием | 8 мг/кг/сут в 1 прием | Независимо |
| При аллергии на пенициллины и цефалоспорины | | | |
| Азитромицин***** | 500 мг/сут в 1 прием | 12 мг/кг/сут в 1 прием | За 1 ч до еды |
| Кларитромицин***** | 1000 мг/сут в 2 приема (форма СР – в 1 прием) | 15 мг/кг/сут в 2 приема | Независимо |
| Джозамицин | 2 000 мг/сут в 2 приема | 40–50 мг/кг/сут 2–3 приема | Независимо |
| *при отсутствии факторов риска резистентности, стартовая терапия | | | |
| **при наличии факторов риска, резистентных штаммов гемофильной палочки и моракселлы, при неэффективности стартовой терапии амоксициллином | | | |
| ***в случае выделения, высокой вероятности или высокой региональной распространенности пенициллин-резистентных штаммов пневмококка | | | |
| ****в случае необходимости парентерального введения (низкая комплаентность, нарушение энтеральной абсорбции, тяжелое состояние) | | | |
| *****в случае выделения или высокой вероятности этиологической роли гемофильной палочки или моракселлы (ограниченная активность в отношении пенициллин-резистентных штаммов пневмококка) | | | |
| *****отмечается рост резистентности всех основных возбудителей ОСО к макролидам | | | |

В отличие от рекомендаций ААР 2004 г. в настоящее время предлагается выбор между безотлагательным стартом антибактериальной терапии и наблюдением в случае одностороннего ОСО с легким течением у детей в возрасте от 6 мес. до 2 лет при условии согласия родителей [18].

Как следует из российских рекомендаций, лечение ОСО не предполагает назначения местных антибактериальных препаратов в виде ушных капель. Акцент сделан на местной анальгетической терапии, включающей лидокаин

Еще одним немаловажным критерием правильного лечения ОСО является четкое соблюдение дозировок в зависимости от симптомов заболевания (табл. 4).

В случае отрицательной динамики через 48–72 ч от начала приема стартового антибиотика оправданна смена препарата. Нередко на фоне терапии симптоматика продолжает нарастать, усиливается боль, самопроизвольного прорыва барабанной перепонки не происходит, возникают признаки осложнения (симптомы менингизма, высокая температура тела). В этом случае производят парацентез.

Парацентез производят в задненижнем квадранте барабанной перепонки, в месте наибольшего выбухания. Парацентез не только способствует быстрому купированию воспаления в среднем ухе, но и предотвращает самопроизвольный разрыв перепонки, предупреждая возникновение стойкой перфорации, поскольку ровные края разреза довольно быстро срастаются.

Отогенные осложнения отита, такие как острый мастоидит, синус тромбоз, отогенный менингит, лабиринтит, паралич лицевого нерва, абсцесс мозга, обычно требуют

в дополнение к адекватному лечению антибиотиками хирургическое вмешательство в виде мастоидэктомии в совокупности с парацентезом и установкой тимпаностомической трубки в барабанной перепонке для улучшения циркуляции воздуха в среднем ухе. 

ЛИТЕРАТУРА

- Grijalva CG, Nuorti JP, Griffin MR. Antibiotic prescription rates for acute respiratory tract infections in US ambulatory settings. *JAMA*, 2009, 302(7): 758-766.
- Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Медицина, 2005. Т. 1. 660 с. / Bogomilsky M.R., Chistyakova V.R. Pediatric otorhinolaryngology. M.: Meditsina, 2005. V.1 660 p.
- Paradise JL, Rockette HE, Colborn DK, et al. Otitis media in 2253 Pittsburgh-area infants: prevalence and risk factors during the first two years of life. *Pediatrics*, 1997, 99(3): 318-33.
- Бабияк В.И., Говорун М.И., Накатис Я.А. Оториноларингология. Руководство, 2009. Т.2. 534 с. / Babiyak V.I., Govorun M.I., Nakatis Y.A. Otorhinolaryngology. Reference Book, 2009, V.2 534p.
- Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, Ganiats TG et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics*, 2013, 131(3): 964-99.
- Barclay L. Pediatric ear infection: updated AAP treatment guidelines. *Medscape Medical News*. February 25, 2013.
- Pelton SI. Otoscopy for the diagnosis of otitis media. *Pediatr Infect Dis J*, 1998, 17: 540-543.
- Helenius KK, Laine MK, Tahtinen PA, Lahti E, Ruohola A. Tympanometry in discrimination of otoscopic diagnoses in young ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J*, 2012, 31: 1003-1006.
- Laine MK, Tahtinen PA, Helenius KK, Luoto R, Ruohola A. Acoustic reflectometry in discrimination of otoscopic diagnoses in young ambulatory children. *Pediatr Infect Dis J*, 2012, 31: 1007-1011.
- Утвержденные клинические рекомендации РФ по острому среднему отиту. <http://glav-otolar.ru/documents/> / Approved clinical recommendations of RF on acute middle otitis. <http://glav-otolar.ru/documents/>.
- Инструкция по применению препарата Отипакс. / Instruction Manual for Otipax.
- Francois M. Efficacy and safety of phenasone-lidocaine eardrops in infants and children with congestive otitis. *Ann Pediatrice*, 1993, 7: 481-484.
- Минасян В.С., Бондаренко М.Г. Применение препарата «Отипакс» при остром среднем отите у новорожденных и детей. *Вестник оториноларингологии*, 2004, 4: 44-45. / Minasyan V.S., Bondarenko M.G. Use of Otipax at acute middle otitis in newborns and children. *Vestnik otorhinolaryngologii*, 2004, 4: 44-45.
- Григорьев К.И., Григорян А.К., Запруднов А.М. Отипакс при лечении острого среднего отита у детей. *Российский вестник перинатологии и педиатрии*, 2000, 2: 45-48. / Grigoriev K.I., Grigoryan A.K., Zaprudnov A.M. Otipax at therapy of acute middle otitis in children. *Rossiysky Vestnik Perinatologii i Pediatrii*, 2000, 2: 45-48.
- Hoberman A, Paradise JL, Rockette HE et al. Treatment of acute otitis media in children under 2 years of age. *N. Engl. J. Med.*, 2011, 364(2): 105-15.
- Tahtinen PA, Laine MK, Huovinen P, Jalava J, Ruuskanen O, Ruohola AA. Placebocontrolled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. *N. Engl. J. Med.*, 2011, 364(2): 116-26.
- Le Saux N, Gaboury I, Baird M et al. A rando-mized, double-blind, placebocontrolled noninferiority trial of amoxicillin for clinically diagnosed acute otitis media in children 6 months to 5 years of age. *CMAJ*, 2005, 172(3): 335-41.
- McCormick DP, Chonmaitree T, Pittman C et al. Nonsevere acute otitis media: a clinical trial comparing outcomes of watchful waiting versus immediate antibiotic treatment. *Pediatrics*, 2005, 115(6): 1455-65.
- Spiro DM, Tay KY, Arnold DH, Dziura JD, Baker MD, Shapiro ED. Wait-and-see prescription for the treatment of acute otitis media: a randomized controlled trial. *JAMA*, 2006, 296(10): 1235-41.
- Поляков Д.П. Терапия острого среднего отита у детей: эволюция международных клинических рекомендаций. *Фарматека*, 2014, 6. / Polyakov D.P. Therapy of acute middle otitis in children: evolution of international clinical recommendations. *Farmateka*, 2014, 6.
- Баркадзе М.Д. Как отличить бактериальную инфекцию от вирусной и чем ее лечить. *Педиатрическая фармакология*, 2013, 4-10. / Barkadze M.D. How to tell bacterial infection from the viral one, and how to treat it. *Pediatricheskaya farmakologiya*, 2013, 4-10.

Отипакс®

Ушные капли для снятия боли и воспаления при среднем отите, известные во всем мире и включенные в Российские рекомендации по лечению ОСО

Основными принципами лечения ОСО являются¹:

Элиминация возбудителя из очага воспаления

Системный антибиотик

Купирование боли и воспаления

ОБЕЗБОЛИТЬ
Лидокаин
СНЯТЬ ВОСПАЛЕНИЕ
Феназон

+ Быстро купирует боль при ОСО (в течение 5 минут)²

+ Для детей с рождения³

ЭТАНОЛ
антисептик
+
ГЛИЦЕРОЛ
дермато-протектор



- Заварзин Б.А., Аникин И.А. Кандибиотик в лечении острых средних и наружных отитов. // Рос оторинолар 2011; 2: 146—149.
- Франсуа М. Эффективность и безопасность ушных капель лидокаин+феназон (Отипакс®) у младенцев и детей с катаральным отитом // Анналы педиатрии. 1993. Том 40. № 7. С. 481—484.
- Инструкция по применению.

Информация предназначена для медицинских и фармацевтических работников

ПЕРЕД ПРИМЕНЕНИЕМ ОЗНАКОМЬТЕСЬ С ИНСТРУКЦИЕЙ

ООО «БИОКОДЕКС», 107045, Москва,
Последний переулок, д. 11, стр. 1.
Тел.: +7 (495) 783-26-80

BIOCODEX
healthcare with passion and conviction

www.biocodex.ru
www.otipax.com

РУ N 011568/01
ОТР060816