

Висновок. Імунологічні показники периферійної крові, зокрема, спонтанний та стимульований варіанти НСТ-тесту нейтрофільних гранулоцитів дозволяє спрогнозувати тяжкість вірус-індукованого загострення бронхіальної астми у дітей. Показник спонтанного НСТ-тесту нейтрофілів нижче 23,0% та стимульованого НСТ-тесту нейтрофільних лейкоцитів нижче 34,0% є чинниками більш тяжкого нападу захворювання. Такі пацієнти потребують більш агресивної терапії загострення бронхіальної астми та підбору додаткової імуномодулюючої терапії.

Сапунков О.Д., Сапункова С.С. (Черновці, Україна)

ВОПРОСЫ ЛЕЧЕНИЯ И ПРОФИЛАКТИКИ СРЕДНИХ ОТИТОВ У ДЕТЕЙ

Цель. Осветить некоторые спорные вопросы лечения и профилактики острого среднего отита (ОСО), рецидивирующего среднего отита (РСО) и секреторного среднего отита (ССО).

Материал и методы. Приводятся литературные данные об этиологии средних отитов (СО), использовании антибиотиков в их лечении, показаниях к хирургическому лечению при ССО, применении вакцин для профилактики СО.

Результаты и обсуждение. Существует ряд спорных вопросов в лечении ОСО, РСО и ССО, таких как использование антибиотиков в их лечении, показаниях к хирургическому лечению при ССО, применение пневмококковой конъюгированной вакцины для профилактики СО. Также важна этиология СО из-за значительного влияния на здоровье ребенка в вопросе образовательных стратегий для родителей по профилактике данного заболевания. СО является наиболее часто диагностируемым детским заболеванием, на которое приходится 18% посещений врача. Пик заболеваемости приходится на возрастную группу до 2 лет, обычно в возрасте 6–18 месяцев, с распространенностью 17–20%. Дальнейший пик заболеваемости СО приходится на 5 лет, одновременно с поступлением в школу. Это предположительно происходит в результате повышенного воздействия инфекций верхних дыхательных путей. Грудное вскармливание снижает заболеваемость СО на 13% при исключительном грудном вскармливании продолжительностью 3–6 месяцев. Это объясняется иммунологическим преимуществом и механической причиной - кормлением в вертикальном

положении. Обзор данных, касающихся курения родителей и распространенности СО и ССО, демонстрирует причинно-следственную связь с отношением шансов для РСО 1,38 для выпота в среднем ухе, в то время как отношения шансов для ОСО варьируются от 1,0 до 1,652. Также имеется значительная связь между воздействием табачного дыма в утробе матери, ОСО и хирургическим вмешательством на ухе к 5 годам. Острый СО обычно считается бактериальной инфекцией, но в настоящее время есть убедительные доказательства того, что респираторные вирусы играют важную роль в развитии этого состояния. Разработка методологии полимеразной цепной реакции повысила уровень обнаружения вирусной инфекции до 42–90% у детей со СО. В жидкости среднего уха детей с ОСО обнаруживаются респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), грипп и парагрипп, риновирус и, реже, аденовирус. РСВ встречается в жидкости среднего уха у 74% детей, инфицированных этим вирусом. Таким образом, вирусные вакцины становятся потенциально важным средством профилактики СО у детей. Использование инактивированной противогриппозной вакцины или живой аттенуированной интраназальной вакцины против гриппа снизило заболеваемость СО у детей на 36%, но ее польза ограничена пиковым сезоном гриппа. Использование антибиотиков при ОСО значительно варьируется от 31% до 86–98%, но частота осложнений существенно не различается. Антибиотики, по-видимому, играют лишь небольшую роль в устранении симптомов ОСО и их использование связано с увеличением резистентности *Strep. pneumoniae* и *H. influenzae*. Обследование 2202 ребенка показало лишь ограниченную пользу антибиотиков при ОСО, эффекта антибиотиков на осложнения или рецидивы ОСО не наблюдалось. Возможно, оно было недостаточно мощным, чтобы продемонстрировать клинически значимые результаты. Большинство случаев ОСО разрешаются спонтанно. Неосложненный ОСО можно лечить с помощью укороченного 5-7-дневного курса антибиотиков, хотя краткосрочная терапия может не подходить для детей младше 2 лет, которые подвержены более высокому риску неэффективности лечения. Было высказано предположение, что дети в возрасте до 2 лет, которые подвергаются особому риску неблагоприятного исхода от ОСО, могут быть группой, которым будет полезно агрессивное лечение антибиотиками. Тем не менее, высокое количество прописываемых антибиотиков для лечения ОСО в этой возрастной группе продемонстрировало, что, хотя после 4 дней лечения антибиотики привели к

исчезновению большего числа симптомов, различий между группами лечения и плацебо через 11 дней и распространенности выпота в среднем ухе через 6 недель не было. Антибиотикопрофилактика при РСО оказывает лишь умеренное влияние на предотвращение эпизодов ОСО, что приводит к сокращению количества эпизодов чуть более чем на один ОСО в год. Эти данные, вместе с опасениями по поводу увеличения устойчивости пневмококка, привели к необходимости более разумного использования антибиотиков при РСО, возможно только у младенцев в возрасте до 2 лет и тех, кто посещает детский сад. Установка вентиляционной трубки (тимпаностомия) снижает частоту эпизодов СО у детей с рецидивом СО в анамнезе и может быть действенной альтернативой профилактической антибиотикотерапии или неудачной профилактике, особенно для детей с задержкой речи или дефицитом слуха. До сих пор нет единого мнения о показаниях к тимпаностомии. Хотя введение тимпаностомических трубок может снизить частоту инфицирования, улучшить слух и связанное с ним речевое развитие, а также предотвратить долгосрочные осложнения СО, остается возможность осложнений, включая стойкую отореею и повреждение барабанной перепонки. Имеются противоречивые данные об исходах развития и показателях качества жизни у детей после установки вентиляционной трубки для ССО. Сообщается об отсутствии улучшения качества жизни маленьких детей с постоянным ССО. Показания к установке тимпаностомической трубки включают ССО, РСО и иногда дисфункцию евстахиевой трубы, а также другие подгруппы детей, таких как дети с синдромом Дауна. Когда ССО возникает у бессимптомного ребенка, рекомендуется наблюдение без терапии, поскольку исследования естественного анамнеза ССО показали, что спонтанное разрешение наступает у 50% детей через 4 недели после эпизода ОСО, при этом до 10% демонстрируют стойкий выпот на протяжении 3-х месяцев. При двустороннем выпоте, который сохраняется более 3 месяцев, рекомендуется тимпаностомия при потере слуха более чем на 20 дБ после пробной антибактериальной терапии с пероральными кортикостероидами или без них. Заражение *Strep. pneumoniae* присутствует в 28–55% всех ОСО. Пневмококковая полисахаридная вакцина 23vPS рекомендуется для детей старше 2 лет с асплинией, иммунодефицитом и хроническими кардиореспираторными или почечными заболеваниями. Введении ее младенцам в соответствии со схемами первичной иммунизации было эффективно на 7%, 9% и 20% в предотвращении клинически

диагностированных эпизодов ОСО, рецидивов СО и установки вентиляционной трубки, соответственно. Хотя пневмококковые вакцины кажутся безопасными для младенцев, они предотвращают только 6–7% клинически диагностированных ОСО. Однако это равносильно предотвращению миллионов ежегодных эпизодов ОСО. Американская академия педиатрии не рекомендует плановую вакцинацию младенцев вакциной 7PCV. Тем не менее, они предполагают, что вакцина может быть полезной для детей в возрасте 24–59 месяцев, которые ранее не получали пневмококковую вакцину и у которых в анамнезе либо РСО, либо у которых ОСО сопровождается установкой вентиляционной трубки.

Выводы. Использование антибиотиков при остром среднем отите у детей обычно не показано. Влияние эффекта вентиляции при тимпаностомии на исходы развития и качество жизни у маленьких детей с секреторным средним отитом является спорным и возможность шунтирования следует рассматривать только после периода наблюдения не менее 3 месяцев. Новые конъюгированные пневмококковые вакцины могут снижать риск возникновения среднего пневмококкового отита у маленьких детей, но в настоящее время они, по-видимому, имеют лишь умеренное влияние на частоту клинически диагностированного острого среднего отита.

Сапунков О.Д., Сапункова С.С. (Черновцы, Украина)

ИНТЕРАКТИВНОЕ ОБУЧЕНИЕ В ОТОЛАРИНГОЛОГИИ

Цель. Провести краткий анализ современных методов интерактивного обучения в отоларингологии, показать их преимущества во взаимодействии с традиционными методами обучения в медицине.

Материал и методы. Приводятся литературные данные о современных методах интерактивного обучения в отоларингологии.

Результаты и обсуждение. Высокотехнологичность современной медицины требует соответствующей подготовки врачей. Они должны решать поставленные профессиональные задачи, владеть соответствующим набором практических навыков. И эти практические навыки для оказания качественной медицинской помощи будущие врачи должны приобрести за период учебы. А нашему медицинскому образованию, как мы знаем, свойственна в большей степени фундаментальная теоретическая подготовка. В то же время наиболее