

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00623&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00623. Гострий середній отит у дітей: лікування, спостереження і профілактика

Автори: Tuomas Klockars, Aino Ruohola
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-10-04

Основні положення

- Лікування базується на точному діагнозі [настанова 00936 | Діагностика середнього о...]. Антибактеріальні засоби не показані у випадку, якщо є лише підозра про гострий середній отит (ГСО).
- Лікування завжди індивідуальне: антибактеріальні засоби пришвидшують одужання і полегшують вушні симптоми, але ГСО також може минати і без них [доказ 00219 | A].

Лікування

- У зв'язку із тим, що оцінка болю у малих дітей є утрудненою, завжди слід розглянути можливість призначення знеболюючих.
 - Парацетамол (15–20 мг/кг 4 рази на день) може бути комбінований з напроксеном (5 мг/кг двічі на день) чи ібупрофеном (10 мг/кг тричі на день). Разом зі знеболенням можна комбінувати і вушні краплі з анестетиками [доказ 00152 | B] (цинхокаїн, рецепт не обов'язковий).

Коментар експерта. Лікарський засіб цинхокаїн зареєстрований в Україні тільки у складі комбінованих лікарських засобів

- Антигістамінні препарати і деконгестанти не прискорюють одужання при ГСО [Доказ 00636]A].
- Перед початком антибактеріальної терапії у кожному випадку слід враховувати важкість хвороби, бажання батьків і побічну дію ліків (діарея чи підвищена резистентність).
- Антибактеріальні засоби прискорюють розсмоктування секрету в середньому вусі і знижують ризик “клейкого” вуха.
- Антибіотиком першого ряду є амоксицилін в дозі 40 мг/кг/день або амоксицилін/клавуланова кислота в дозі 40 мг/5,7 мг/кг/день, розділені на два прийоми. У випадку алергії на пеніцилін в якості альтернативи — сульфаметоксазол і триметоприм в дозі 25 мг/8 мг/кг/день, розділені на два прийоми. Звичайна тривалість курсу антибактеріальної терапії — 5–7 днів. Макроліди не рекомендовані, тому що вони — не ефективні проти *Haemophilus influenzae*.
 - Спонтанна перфорація барабанної перетинки є чітким показом до антибактеріальної терапії. Інші фактори, які б передбачили потребу у застосуванні антибіотиків — невідомі. Стверджується, що двосторонній ГСО у дитини віком менше 2 років вимагає початку антимікробного лікування [Доказ 05306]B].
 - Якщо антибактеріальна терапія не розпочата, а батьки хвилюються щодо стану здоров'я своєї дитини чи відбулись зміни у клінічній картині, дитина повинна бути оглянута повторно через кілька днів.
 - Альтернативою є відстрочене призначення антибіотиків [Доказ 05304]A] (рецепт виписується, але батькам рекомендується розпочати терапію лише тоді, якщо у дитини не спостерігається покращення через 2–3 дні), але це не рекомендовано, як рутинна практика. Відстрочене призначення ліків не зменшує ефекту лікування, але час очікування може сприяти наростанню симптомів у дитини та збільшення часу відсутності батьків на роботі.
- Міринготомія (тимпаноцентез) не прискорює одужання.
 - У ряді випадків проводиться для уточнення етіології, полегшення болю, викликаного тиском в барабанній порожнині, і, рідше, через загальний стан дитини.

Спостереження

- Нормальним є те, що секрет у середньому вусі зберігається навіть протягом декількох тижнів після ГСО. Метою подальшого обстеження є перевірка того, чи секрет не утримується надто довго. Випіт як такий не є небезпечним, але він призводить до незначного зниження слуху, який буде усунуто після очищення середнього вуха.
- Необхідність та терміни подальшого обстеження можна розглядати індивідуально з урахуванням віку пацієнта, розвитку мови та основних захворювань. Достатнім є проведення тимпанометрії [настанова 00624 | Тимпанометрія].
- Якщо випіт не розсмоктується через 3 місяці, дитину слід скерувати до отоларинголога для подальшого лікування.

Скерування за спеціалізованою допомогою

- Наявність або підозра ускладнень (наприклад, мастоїдит, параліч лица): вимагає екстреного звернення за спеціалізованою допомогою.
- Скерування до фахівця слід розглянути у таких ситуаціях:
 - симптоми запалення персистують незважаючи на лікування антибіотиками другої лінії (рівень невідкладності: 1–7 днів).
 - секрет у середньому вусі не зникає через 3 місяці ("клейке вухо": рівень невідкладності: 7–30 днів).
 - часті епізоди ГСО (> 3 епізодів/6 місяців або > 4 епізодів/12 місяців; рівень невідкладності: 7–30 днів).
 - дитина має попереднє ураження слуху (рівень невідкладності: коли вважається доцільним).
 - дитина < 3 місяців життя (рівень невідкладності: коли вважається доцільним).

Профілактика

- Уникнення факторів ризику зосереджується на обмеженні контакту з інфекціями.
- Тимпаностомічні трубки (шунти [настанова 00626 | Тимпаностомічні трубки]) знижують кількість епізодів ГСО до певної міри [доказ 06217 | В], але таке шунтування не покращує якість життя.

- Ксилітол, призначений 5 разів на день, знижує кількість епізодів ГСО [Доказ 06886 |A].

Коментар експерта. Лікарський засіб ксилітол станом на 01.07.2019 в Україні зареєстрований тільки у складі комбінованих лікарських засобів

- Позитивний ефект вакцинації (від грипу і пневмококової інфекції [Доказ 02399 |B]) у профілактиці — невеликий, оскільки середній отит може бути спричинений широким спектром збудників.
- Позитивний ефект антимікробної профілактики у попередженні ГСО — невеликий, і виявляється він лише в особливих випадках після ретельного вивчення [Доказ 05363 |A].
- Аденомотомія не показала значного ефекту у профілактиці ГСО [Доказ 06624 |C].

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [Пов'язані 00498 |Acute otitis media in ch...]

Джерела інформації

- R1. 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. [PubMedID|21226576]
- R2. Tähtinen PA, Laine MK, Huovinen P et al. A placebo-controlled trial of antimicrobial treatment for acute otitis media. N Engl J Med 2011;364(2):116-26. [PubMedID|21226577]
- R3. Kaleida PH, Casselbrant ML, Rockette HE et al. Amoxicillin or myringotomy or both for acute otitis media: results of a randomized clinical trial. Pediatrics 1991 Apr;87(4):466-74. [PubMedID|2011422]
- R4. Tähtinen PA, Laine MK, Ruuskanen O et al. Delayed versus immediate antimicrobial treatment for acute otitis media. Pediatr Infect Dis J 2012;31(12):1227-32. [PubMedID|22760531]
- R5. Tapiainen T, Kujala T, Renko M et al. Effect of antimicrobial treatment of acute otitis media on the daily disappearance of middle ear effusion: a placebo-controlled trial. JAMA Pediatr 2014;168(7):635-41. [PubMedID|24797294]
- R6. Kujala T, Alho OP, Kristo A et al. Quality of life after surgery for recurrent otitis media in a randomized controlled trial. Pediatr Infect Dis J 2014;33(7):715-9. [PubMedID|24445832]
- R7. Kujala T, Alho OP, Luotonen J et al. Tympanostomy with and without adenoidectomy for the prevention of recurrences of acute otitis media: a randomized controlled trial. Pediatr Infect Dis J 2012;31(6):565-9. [PubMedID|22466327]

Настанови

- [Настанова 00936](#). Діагностика середнього отиту: симптоми, клінічне обстеження і дані досліджень.
- [Настанова 00624](#). Тимпанометрія.
- [Настанова 00626](#). Тимпаностомічні трубки.

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 00219](#). Antibiotics versus placebo for acute otitis media in children.
Дата оновлення: 2015-10-07
Рівень доказовості: A
Резюме: In children with acute otitis media (AOM), antibiotic treatment reduces pain at 2 to 12 days compared with placebo, but in high-income countries most children settle spontaneously without complications. Antibiotics appear to be most useful in children under two years of age with bilateral AOM, or with both AOM and otorrhoea.
- [Доказовий огляд 00152](#). Anaesthetizing eardrops in the treatment of ear pain.
Дата оновлення: 2009-08-17
Рівень доказовості: B
Резюме: Anaesthetizing eardrops appear to be effective for sudden onset ear pain.
- [Доказовий огляд 00636](#). Decongestants and antihistamines for acute otitis media in children.
Дата оновлення: 2011-10-21
Рівень доказовості: A
Резюме: Use of decongestants and antihistamines for acute otitis media or otitis media with effusion in children does not improve clinically important outcomes but gives an increased risk of side effects.
- [Доказовий огляд 05306](#). Which subgroups of children benefit most from antibiotics for acute otitis media.
Дата оновлення: 2015-12-16
Рівень доказовості: B
Резюме: Antibiotics appear to be most beneficial in children younger than 2 years of age with bilateral acute otitis media (AOM), and in children with both AOM and otorrhoea.
- [Доказовий огляд 05304](#). Delayed antibiotic prescribing for acute otitis media in children.
Дата оновлення: 2015-10-07
Рівень доказовості: A
Резюме: Delayed prescribing for non-severe acute otitis media results in avoidance of antibiotics in more than half of the cases, with only slightly more symptoms compared with immediate prescribing.
- [Доказовий огляд 06217](#). Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children.
Дата оновлення: 2018-08-29
Рівень доказовості: B

Резюме: In children with recurrent acute otitis media (AOM), ventilation tubes appear to reduce AOM recurrences in the first 6 and 12 months compared to those managed by active monitoring or placebo.

- [Доказовий огляд 06886](#). Xylitol for prevention of acute otitis media.
Дата оновлення: 2016-12-30
Рівень доказовості: A
Резюме: The prophylactic administration of xylitol among healthy children with no acute upper respiratory infection attending day care centres reduces the occurrence of AOM by 25%.
- [Доказовий огляд 02399](#). Pneumococcal vaccines for preventing otitis media.
Дата оновлення: 2015-11-09
Рівень доказовості: B
Резюме: When administered in infancy, pneumococcal conjugate vaccine (PCV) appears to have a small beneficial effect in prevention of acute otitis media (AOM), depending on the type of PCV used. When administered in high-risk infants, after early infancy and in older children with a history of AOM, there appears to have no benefit in preventing further episodes.
- [Доказовий огляд 05363](#). Antibiotics for the prevention of acute and chronic suppurative otitis media in children.
Дата оновлення: 2011-02-10
Рівень доказовості: A
Резюме: For children at risk, antibiotics given once or twice daily reduce the probability of AOM while the child is on treatment.
- [Доказовий огляд 06624](#). Adenoidectomy for otitis media in children.
Дата оновлення: 2014-05-08
Рівень доказовості: C
Резюме: Adenoidectomy may improve the resolution of middle ear effusion in children with otitis media with effusion (OME), but the benefit to hearing appears to be small. Adenoidectomy may be most beneficial in children with persistent OME aged ≥ 4 years, and seems to be beneficial in children with recurrent acute otitis media (AOM) aged < 2 years.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00623 Ключ сортування: 029.043 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-10-04

Автор(и): Tuomas KlockarsAino Ruohola Автор(и) попередніх версій статті: Terho HeikkinenHeikki J.Puhakka
Редактор(и): Sari Atula Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Maarit Green
Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії
EBM Guidelines Paediatrics Otorhinolaryngology

Ключові слова індексу

mesh: Otitis media mesh: Otitis Media with Effusion Otitis Child AOM OME mesh: Amoxicillin Adenoidectomy
mesh: Analgesics mesh: antimicrobial therapy mesh: Acetaminophen mesh: penicillin allergy mesh: follow-up
mesh: Earache mesh: Ibuprofen mesh: Naproxen mesh: Analgesia mesh: Middle Ear Ventilation Tympanostomy
Grommets xylitol icpc-2: H71 icpc-2: H72 icpc-2: H74 speciality: Otorhinolaryngology speciality: Paediatrics