

МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ БОЛЬНЫХ ОТИТОМ

Одес. Нац. мед. ун-т

Воспалительные заболевания наружного и среднего уха – важная в социальном и клиническом отношении группа заболеваний в отоларингологической практике ввиду их частоты во всех возрастных группах. Помимо риска развития различной степени тугоухости, граничащей с глухотой, эта патология может вызвать тяжелые и смертельные внутричерепные осложнения.

Наружные отиты чаще всего бывают вызваны инфекцией (как правило, бактериальной, но иногда грибковой), но они также могут быть связаны с различными неинфекционными системными или местными дерматологическими процессами. Наиболее характерным симптомом является дискомфорт, который ограничивается наружным слуховым проходом, несмотря на то, что наиболее характерные признаки – эритема и отек канала с различными выделениями.

Как правило, наружный отит – это локализованный процесс, который легко поддается лечению при использовании медикаментов, действующих местно, но врачи применяют системные препараты для лечения этих больных в 65% случаев.

Почему так происходит? Точного ответа у меня нет, но думаю, что из-за того, что современные рекомендации по антибиотикотерапии крайне отрицательно относятся к местному использованию таких препаратов, предпочитая только системное использование антибиотиков. Из-за этого в протоколах по лечению больных отитом в разных странах отсутствует информация о местном (топическом) применении лекарственных средств, в первую очередь антибиотиков [6]. Наиболее распространенной причиной наружных отитов является бак-

териальная инфекция, хотя грибковый рост – основная причина в 10% случаев. Также наружный отит может возникнуть в результате любого из широкого спектра неинфекционных дерматологических процессов.

Острый средний отит достаточно широко распространен, особенно часто заболевание наблюдается у детей первых лет жизни. В частности, установлено, что к годовалому возрасту 62,4% детей переносят острый средний отит однократно, а у 17,3% отмечаются три и более эпизодов этого заболевания. По данным исследований, проведенных в США, за первые 3 года жизни острый средний отит переносят хотя бы один раз до 90% детей. Перенесенный в детском возрасте средний отит в 25,5% случаев является причиной развития тугоухости у взрослых [2-3].

В основе патогенеза острого среднего отита – дисфункция слуховой трубы и нарушение ее проходимости либо функциональные нарушения, связанные с неэффективностью механизма ее активного открытия. Оба механизма приводят к созданию отрицательного давления в барабанной полости и трансудации жидкости, которая изначально является стерильной, но после попадания бактериальной или иной флоры принимает воспалительный характер, направленный на элиминацию возбудителя, регенерацию поврежденных тканей и восстановление функциональных структур. Системная антибактериальная терапия требуется, прежде всего, при эмпирическом лечении больных острым средним отитом с болью в ухе и выраженной температурной реакцией (развитие острого гнойного вос-

паления), преимущественно у детей до 2-летнего возраста [10].

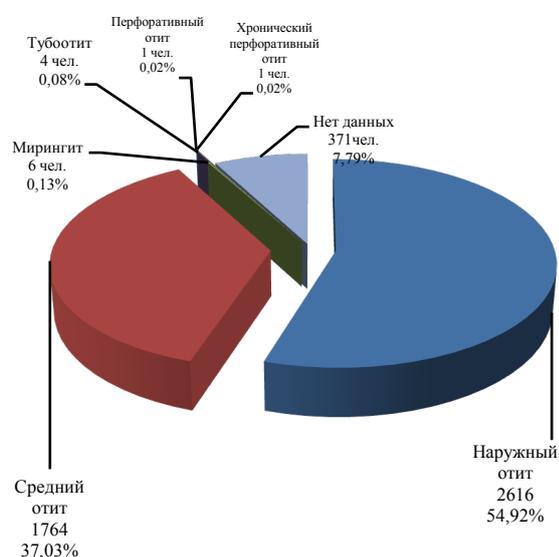
Лечение при гнойном наружном и среднем отите должно представлять собой комплекс адекватных местных и общих терапевтических мероприятий [2]. Помимо обязательной санации верхних дыхательных путей, особенно носовой части глотки, существенное внимание следует уделить грамотному, адекватному подбору местно действующих лекарственных препаратов. Эти препараты должны обладать целым рядом фармакологических свойств: противовоспалительным, антибактериальным, противогрибковым действием, иметь гипосенсибилизирующий, обезболивающий эффект. При этом препараты для местного применения должны обладать широким противомикробным спектром действия, низкой токсичностью, простотой применения, оптимальным соотношением цены и качества. Основным принципом лечения больных острым гнойным средним отитом является антимикробная терапия как местная, так и системная. При выборе препарата необходимо учитывать эпидемиологическую ситуацию, особенности клинической симптоматики и тяжесть заболевания, возраст больного, наличие сопутствующих заболеваний, сведения о предшествующей антибактериальной терапии и переносимости лекарственных препаратов. Антибиотики должны назначаться по строгим показаниям, их антимикробный спектр должен быть адекватным, а используемые дозировки и продолжительность лечения – оптимальными. В связи с этим большое значение приобретает местное антибактериальное и противовоспалительное лечение, которое помогает избежать системного метаболизма лекарственного средства, а также обеспечивает доставку оптимальной дозы активного вещества непосредственно в очаг поражения [6]. Местная антибактериальная терапия показана, прежде всего, при наружном отите и остром катаральном или гнойном среднем отите.

Большинство используемых в оториноларингологии лекарственных препаратов для борьбы с воспалительными процессами в ухе имеют определенные ограничения к

применению. Они ориентированы или на борьбу с грибковой флорой, или воздействуют на определенные типы бактерий. Большинство исследователей склоняются к мнению, что воспалительные процессы в ухе часто провоцируются вначале вирусными агентами, а затем — бактериально-бактериальными и бактериально-грибковыми ассоциациями [10]. Это обстоятельство позволяет рассчитывать на высокую лечебную эффективность местных препаратов с расширенным спектром противомикробной и противогрибковой активности [4, 8]. В этом отношении заслуживает внимания препарат «Кандибиотик» (Glenmark pharmaceuticals, ltd. Индия), комбинированное лекарственное средство местного действия, включающее в свой состав хлорамфеникол, клотримазол, бекламетазона дипропионат и лидокаин. Состав препарата «Кандибиотик» позволяет рассчитывать на его высокую эффективность по отношению к воспалительным процессам в наружном и среднем ухе.

Важное значение при проведении топической терапии имеет безопасность компонентов ушных капель. В случае частого использования местных антибиотиков при воспалениях среднего уха следует обратить внимание на возможность поражения звуковосприятия. Считается, что при местном применении всасывается от 0,5 до 5% аминогликозидов, а воспаление среднего уха может способствовать проникновению антибиотиков к внутреннему уху. Подобным является действие токсинов (продуктов воспаления или распада бактерий), потенцирующих ототоксические эффекты препаратов. Несмотря на то, что ототоксичность не является абсолютным противопоказанием для применения ушных капель, содержащих ототоксические антибиотики [7], в 1996 г. Всемирная организация здравоохранения рекомендовала не использовать аминогликозиды для местного лечения больных отитом из-за их ототоксичности [1, 9]. Наиболее безопасными, с точки зрения ототоксичности, являются хлорамфеникол и фторхинолоны. Некоторые данные по ототоксичности компонентов ушных капель представлены в табл. 1.

Из представленной диаграммы видно, что основные группы больных, которым назначено лечение препаратом «Кандибиотик», составили пациенты с наружным отитом (55%) и острым средним отитом (37%). Обе эти нозологии у больных успешно лечатся местными лекарственными средствами в качестве монотерапии (наружный отит) или комбинированного лечения (острый средний отит, доперфоративная стадия). Выбор «Кандибиотика» для лечения больных острым средним отитом обусловлен содержанием лидокаина и гормонального препарата бекламетазона, а также результатами собственных исследований [5].



Содержание анестезирующего вещества («Лидокаина» гидрохлорида) в составе «Кандибиотика» составляет 20 мг на 1 мл препарата, что превышает многие известные аналоги. Мощное антимикробное действие обеспечивается сочетанием двух препаратов – хлорамфеникола и клотримазола (который является не только противогрибковым препаратом, но и противомикробным, и действует на простейшие). Присутствие в препарате «Кандибиотик» бекламетазона оказывает выраженное противовоспалительное, противоотечное и антиаллергическое действие. Помимо этого, в состав «Кандибиотика» входят вспомогательные вещества глицерол и пропиленгликоль, которые повышают эффект основных действующих веществ. В то же время доказано, что гидрофилизация рогового слоя кожи,

которая происходит при использовании пропиленгликоля, способствует образованию водных микроканалов в межклеточных липидных пластах, что, в свою очередь, облегчает проникновение растворенных в воде и гликолях ингредиентов вглубь кожи.

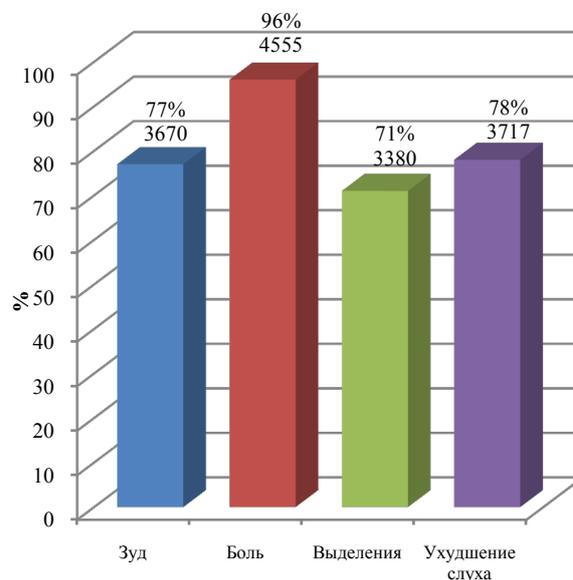


Рис. 1. Жалобы больных

Оценивая приведенные результаты, можно отметить, что ведущей жалобой у обследованных пациентов был болевой синдром (96%), ухудшение слуха и зуд в ухе беспокоили примерно одинаково, только примерно у 2/3 пациентов отмечалось отделяемое из уха.

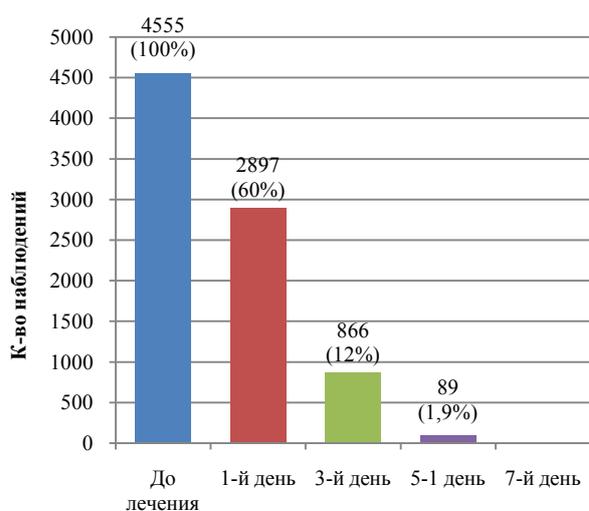


Рис. 2. Время наступления эффекта (снижение боли)

Одним из ведущих симптомов при острых наружных и средних отитах был болевой. Ушная боль носила разнообразный характер при разных формах отита, но во всех случаях применение «Кандибиотика» имело успех. Через сутки снижение боли отметили 63% пациентов. Этот симптом прогрессивно снизился и уже к 3-у дню ухо болело у 12% пациентов, а к 5-у дню – у 1%.

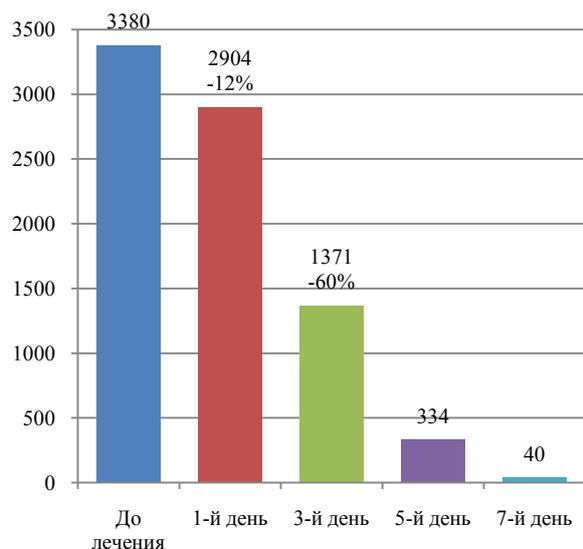


Рис. 3. Время наступления эффекта (уменьшение отделяемого из уха)

Отделяемое из уха определяется при наружном отите и во второй стадии острого гнойного среднего отита. Учитывая тот факт, что мы рекомендовали врачам назначать «Кандибиотик» в доперфоративной стадии острого среднего отита, следует предполагать, что в основном отделяемое из уха отмечено у больных острым наружным отитом. Уже через сутки отделяемое из уха значительно уменьшалось у 12% пациентов, через 3 суток – у 60%, через 5 суток – почти у 90% больных. Таким образом, эффект от применения «Кандибиотика» был самым высоким при оценке количества отделяемого из уха.

На слуховую функцию при различных формах воспаления кожи слухового прохода и среднего уха влияние оказывают много факторов, но все они приводят к развитию, как правило, кондуктивной тугоухости. В нашем наблюдении восстановление слуха

проходило значительно медленнее, чем при оценке количества отделяемого: на следующий день – у 11%, на 3-й – у 40%, а к 5-у дню – у 75%, а к 7-у дню – у 93% пациентов. Восстановление слуха проходило значительно позже стихания воспалительных явлений – боли, отделяемого из уха.

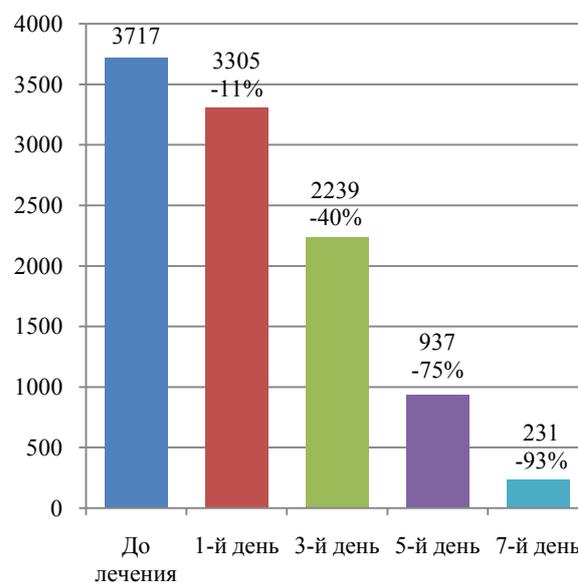


Рис. 4. Время наступления эффекта (улучшение слуха)

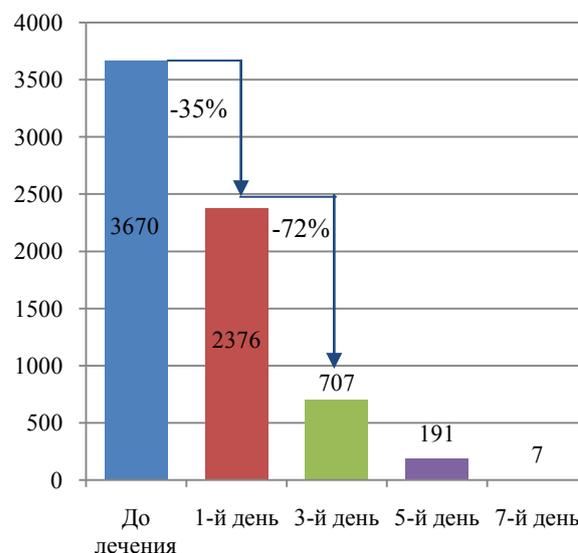


Рис. 5. Время наступления эффекта (снижение слуха)

Ушной зуд является одним из ведущих симптомов наружного отита, особенно

грибковой этиологии. Применение многокомпонентного препарата «Кандибиотик» дало быстрое уменьшение ушного зуда – через сутки у 35%, на 3-й день – у 72% и к 5-му дню – всего лишь у 5% пациентов оставался ушной зуд.

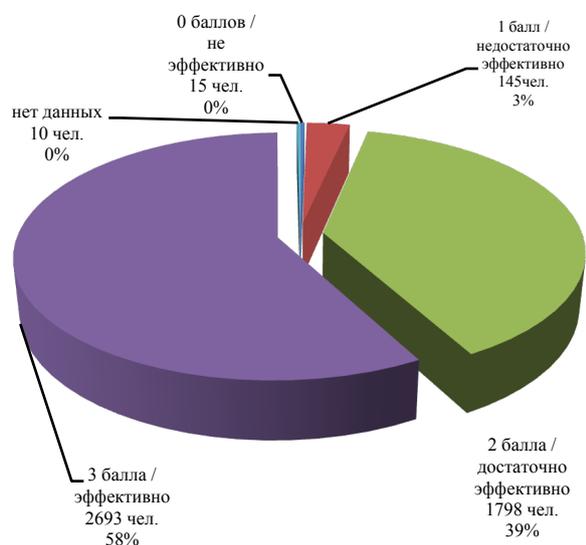


Рис. 6. Оценка эффективности лечения.

Приведенная оценка врачами результатов лечения больных острым наружным и средним отитом была следующей: эффективно (или отлично) оценили у 57% больных, достаточно эффективно (или хорошо) – у 38%, недостаточно эффективно (удовлетворительно) – у 3%, неэффективно – менее 1%.

У обследованных и пролеченных с помощью препарата «Кандибиотик» ни в одном случае не отмечалось хронизации процесса, перехода воспаления на лабиринт или лицевой нерв, а также развития внутричерепных осложнений.

Переносимость препарата оценивалась самостоятельно пациентом на каждом визите.

Критерии оценки переносимости:

- Очень хорошая – отсутствие нежелательных явлений на фоне терапии исследуемым препаратом и во время последующего наблюдения за пациентом.

- Удовлетворительная – легкие транзиторные нежелательные явления, которые не потребовали отмены исследуемого препарата.

- Плохая – умеренно выраженные или выраженные нежелательные явления, которые потребовали отмены исследуемого препарата и/или назначения дополнительных методов обследования, корригирующей терапии.

Следует указать, что у всех пациентов перед началом лечения выясняли аллергологический анамнез, где прежде всего акцентировали внимание на переносимость лекарственных средств, в частности лидокаина. Лицам с положительным аллергологическим анамнезом препарат «Кандибиотик» не назначался. Тем не менее, 38 случаев отмены данного лекарственного средства (0,8%) произошли именно вследствие развития местной аллергической реакции. Этот показатель, на наш взгляд, незначительный, но не следует забывать о лекарственной аллергии и уделять этому внимание при каждом визите.

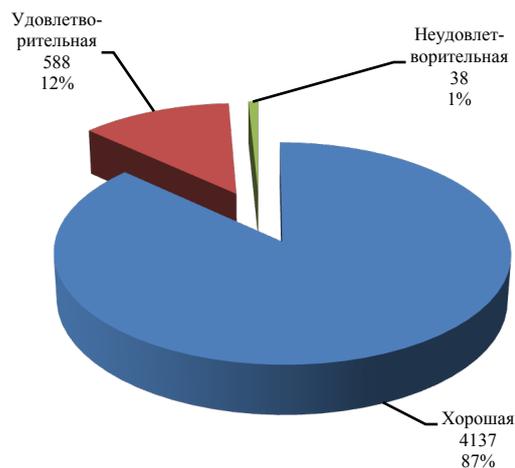


Рис. 7. Оценка переносимости препарата.

Таким образом, своевременное распознавание и рациональное лечение пациентов с острым воспалительным заболеванием наружного и среднего уха позволяет предупредить не только формирование стойкой тугоухости, но и развитие мастоидита, тяжелых, опасных для жизни внутричерепных осложнений и пр. Это достигается рациональным применением целого ряда фармакологических средств, позволяющих добиться быстрой элиминации разнообразных этиологических факторов,

уменьшения воспаления и повышения качества жизни больного. Одним из способов решения этой задачи является использование при наружном и среднем отите комбинированных топических препаратов, содержащих комбинацию антибактериально-

го, антимикотического, противовоспалительного и обезболивающего компонентов. В Украине этот принцип реализован в комбинированном четырехкомпонентном препарате «Кандибиотик» (Гленмарк Фармасьютикалз Лтд, Индия).

Литература

1. Кицера А.О., Кицера А.А. Ототоксическое действие антибиотиков // *Жіночий лікар*. – 2008. – №5. – С.40.
2. Кравченко Д.В. Результаты обследования и лечения больных острым гнойным средним отитом // *Нов. оториноларингологии и логопатологии*. – 2002. – №1. С. 77-78.
3. Николаев В.В. Опыт общего и локального применения антигомотоксических препаратов в оториноларингологии // *Биолог. Мед.* – 1997. – №1. – С. 34-35.
4. Оковитый С.В., Ивкин Д.Ю., Малыгин С.В. Медикаментозная терапия наружного и среднего отита // *Вестн. оториноларингологии*. – 2012. – №1.
5. Пухлик С.М. Острый средний отит Опыт применения препарата «Кандибиотик» // *Журн. вушних, носових і горлових хвороб*. – 2012. – №5. – С. 39-41.
6. Страчунский Л.С. Спорные вопросы антибактериальной терапии среднего отита. Материалы междунар. конф. «Антибактериальная терапия в педиатрической практике». – М., 1999.
7. Acuin J., Smith A., Mackenzie I. Interventions for chronic suppurative otitis media. *Cochrane Review*. CD000473. In: *The Cochrane Library*, Issue 3, 2003. Oxford: Update Software.
8. Corbeel L. What is new in otitis media? *Eur J Pediatr* 2007; 166: 511—519
9. Haynes DS., Rutka J., Hawke M., Roland P.S. Ototoxicity of ototopical drops an update // *Otolaryngol Clin N Am* 2007; 40: 669-683.
10. The Diagnosis and Management of Acute Otitis Media // E. Tunkel M. Rosenfeld, Xavier D. Sevilla, Richard H. Schwartz, Pauline A. Thomas and David Alejandro Hoberman, Mary Anne Jackson, Mark D. Joffe, Donald T. Miller, Richard Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, Theodore G. Ganiats,; E. Tunkel M. Rosenfeld, Xavier D. Sevilla, Richard H. Schwartz, Pauline A. Thomas and David Alejandro Hoberman, Mary Anne Jackson, Mark D. Joffe, Donald T. Miller, Richard Allan S. Lieberthal, Aaron E. Carroll, Tasnee Chonmaitree, Theodore G. Ganiats // Originally published online February 25, 2013. – <http://pediatrics.aappublications.org/content/early/2013/02/20/peds.2012-3488>

Поступила в редакцию 02.02.16.

© С.М. Пухлик, 2016