



ФПК и ППС Сибирского ГМО. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-952-152-49-47, e-mail: kirainf@elefot.tsu.ru; **Щербик Н. В.** – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии ГБОУ ВПО Сибирский ГМУ, врач-оториноларинголог Томского филиала НКЦО ФМБА России. 634050, Томск, ул. Московский тракт, д. 2, тел.: 8-960-979-35-03, e-mail: ent-ssmu@mail.ru; **Хулугурова** Лариса Николаевна – аспирант каф. оториноларингологии Сибирского ГМУ. 634034, Томск, ул. Нахимова, д. 3, тел.: 8-961-096-12-13, e-mail: lkhulugurova@mail.ru

УДК: 616.28-002-08

ОБОСНОВАНИЕ ЭФФЕКТИВНОСТИ ПРИМЕНЕНИЯ АНТИСЕПТИЧЕСКОГО РАСТВОРА ПРИ ЛЕЧЕНИИ ПЕРФОРАТИВНЫХ ОТИТОВ

Н. Ж. Хушвакова, Н. О. Хамракулова

MOTIVATION OF ANTISEPTIC DEKASAN SOLUTION EFFICACY IN TREATMENT OF PERFORATIVE OTITIS

N. J. Khushvakova, N.O. Khamrakulova

*Самаркандский государственный медицинский институт, Республика Узбекистан
(Ректор –проф. А. М. Шамсиев)*

Изучены возможности использования самого действенного антисептического раствора (АСР) декаметаксина в лечении средних отитов. Показана эффективность нового лекарственного средства для внешнего и внутрисредного использования у больных острым перфоративным отитом и при обострении хронического гнойного среднего отита. Использование этого раствора при гнойных отитах у больных с хроническим лейкозом показало хорошие результаты в раннем периоде, когда достигается положительный эффект без хирургического вмешательства, а также сокращаются длительность лечения и риск осложнений хронических гнойных отитов.

Ключевые слова: средний отит, бактериологическое исследование, антибактериальная терапия, наблюдение.

Библиография: 6 источников.

Possibilities of employment of the most effective antiseptic decametaxin solution in treatment of middle otitis have been studied. Efficacy of the new remedy for external and internal cavital use has been shown in patients with acute perforative otitis and in exacerbation of chronic purulent middle otitis. Usage of this solution in purulent otitis in patients with chronic leucosis revealed good results in an early period and favourable effect without surgical intervention and also shortens duration of treatment and risk of chronic purulent otitis complication.

Key words: otitis media, bacteriological research, antibacterial therapy, observation.

Bibliography: 6 sources.

Наличие перфорации барабанной перепонки при бактериальном среднем отите позволяет вводить медикаментозные средства непосредственно в тимпанальную полость. Однако число препаратов, разрешенных для введения в среднее ухо, ограничено в связи с их раздражающим действием (спиртовые растворы), ототоксическим эффектом (аминогликозиды) и др. В этой связи устойчивые позиции в лечении перфоративных средних отитов занимает антисептический раствор декаметаксин, в частности, он имеет широкий антимикробный спектр действия, имеет выраженное бактерицидное действие на стафилококки, стрептококки, дифтерийную и синегнойную палочки. Высоактивен относительно микроорганизмов, стойких к антибиоти-



кам. Образование стойких к декаматаксину форм при длительном применении происходит медленно и не превышает эффективных концентраций препарата. Бактериостатические (фунгистатические) концентрации сходны с его бактерицидными (фунгицидными), вирусоцидными, протистоцидными концентрациями. В процессе лечения препаратом повышается чувствительность антибиотикорезистентных микроорганизмов к антибиотикам.

Цель исследования. Обоснование показаний к применению антисептического раствора декаматаксин при перфоративных острых и хронических средних отитах.

Пациенты и методы. Под наблюдением находились 20 человек. Возраст больных до 55 лет. Это больные: с перфоративным острым средним отитом – 8 человек, с обострением хронического среднего отита – 10 человек, пользующихся слуховым аппаратом – 2 человека.

Методы исследования включали в себя разработанную анкету из нескольких параметров оценки субъективных ощущений больного. Врачом оценивались отоскопические изменения: покраснение слизистых оболочек, перфорация барабанной перепонки, отечность наружного слухового прохода и динамика клинических проявлений в период лечения. В исследование не включались пациенты, применявшие системные или местные антибактериальные препараты менее чем за 2 недели до обращения к врачу.

Микрофлору отделяемого среднего уха определяли до начала лечения и на 7-й день. Изучалась чувствительность выявленных микроорганизмов к антимикробным препаратам.

Как видно из табл. 1, при бактериологическом исследовании монофлора высеяна у 15 больных, 8 человек имели смешанную флору, в том числе в 4 случаях с присутствием грибов. Микроорганизмы были представлены: *St. aureus* – 20%, *Pseudomona saeruginoza* – 25%, *St. intermedius* – 10%, *Enterococcus faecalis* – 15%, *Proteus vulgaris* и *M. mirabilis* – 5%, *Enterobacter* – 25%. Сбор материала для исследования проводили в лаборатории Детского многопрофильного диагностического центра и в лаборатории Областной больницы.

Для взятия мазка из уха использовали стерильный одноразовый зонд – тампон. Материал для исследования забирали через перфорацию непосредственно из барабанной полости. Тампон помещали в пробирку и сразу же доставляли в лабораторию.

Анализ клинических проявлений гнойного среднего отита представлен в табл. 2.

Как видно из табл. 2, основными жалобами, определявшими необходимость обращения к врачу, были: боль в ухе – 55% больных, обильное слизисто-гнойное отделяемое – 85%, умеренно (до 30 дБ) снижение слуха от – 45%, сильное (50 дБ) – 55% больных.

У большинства пациентов имелись системные признаки заболевания: умеренное повышение температуры тела – 40% больных, головные боли и нарушение общего состояния – 60% пациентов.

Для изучения эффективности лечения гнойного среднего отита использовали 0,02%-ный антисептический раствор по 200 мл, производили промывание пораженного уха 1 раз в день в течение 4–5 дней.

Положительная динамика отмечена на второй день у половины пациентов и у остальных – на третий день лечения. Она выражалась в уменьшении отделяемого (95% случаев), умень-

Таблица 1

Микрофлора отделяемого из уха

Микрофлора	%
<i>Staphylococcus intermedius</i>	35
<i>Enterococcus faecalis</i>	15
<i>Proteus Vulgaris</i>	35
<i>M. mirabilis</i>	10
<i>Enterobacter</i>	5
<i>Staphylococcus aureus</i>	20
<i>Pseudomona saeruginoza</i>	25



Таблица 2

Субъективные ощущения больных острым средним отитом

Симптом	Число больных	
	абс.	%
Стреляющая боль в ухе	11	55
Выделения из уха: - слизистые - слизисто-гнойные	3 17	15 85
Снижение слуха умеренное (до 30 дБ)	9	45
Снижение слуха выраженное (до 50 дБ)	11	55
Заложенность в ухе	7	35
Шум в ухе	3	15
Нарушение общего состояния	14	70
Рецидив отита	3	15
Аллергические реакции в анамнезе	2	10

шении заложенности уха (72%), уменьшении боли в ухе (62%) и улучшении слуха (45%). Выделения прекратились к 4–5-му дню у всех больных, слух восстановился к 8-му дню у 68,5% больных. Восстановились общее самочувствие и работоспособность у всех пациентов к 6-му дню лечения. Результаты лечения больных ГСО представлены в табл. 3.

Как видно из табл. 3, лечение у всех больных привело к улучшению уже в первую неделю лечения, из них у 9 (45%) человек к 3-му дню лечения, у 11 (55%) – к 6-му дню. Ухудшения состояния больных, побочных действий лекарства, отказа от лечения не было. В период от 3 до 7 дней у всех больных уменьшались симптомы обострения заболевания. Сохранялись жалобы на снижение слуха и шума в ухе, что можно считать оправданным для больных ХГСО, так как сохранялась перфорация барабанной перепонки.

Результаты исследования и их обсуждение. В норме полость среднего уха стерильна. Инфицирование ее при остром воспалении происходит через слуховую трубу, и это определяет характер микрофлоры, обнаруживаемой в барабанной полости. Микроорганизмы в ухе аналогичны тем, которые персистируют на верхних дыхательных путях [1]. В этиологии гнойного отита доминирующей признается бактериальная флора *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenza* – 60% случаев [2].

Одной из причин хронизации острого отита, помимо лидирующей роли стафилококка, можно признать и наличие длительно существующей перфорации барабанной перепонки.

Таблица 3

Динамика клинических симптомов больных гнойным средним отитом при лечении декаматаксином

Симптомы	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-й день
	Число больных				
Начало улучшения	3	5	2	3	2
Уменьшение отделяемого из уха	6	4	3	2	1
Улучшение слуха	–	–	–	2	1
Температурная реакция	1	–	–	–	–
Уменьшение боли	5	3	–	–	–
Уменьшение заложенности в ухе	3	2	2	3	2
Выделения прекратились	–	10	3	3	4



В этом случае повышается значимость микроорганизмов, постоянно присутствующих на коже слухового прохода и контаминирующих полости среднего уха через перфорацию в перепонке. Носительство стафилококка на здоровой коже слухового прохода встречается у 100% людей, его патогенные штаммы обнаруживаются у 70% лиц [3].

При ХГСО микрофлора в основном представлена следующими микроорганизмами: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus epidermidis*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, грибы [4, 5]. Обнаруживаемая флора обладает максимальной чувствительностью к мипенемам, аминогликозидам и фторхинолонам. Оценка возможностей использования этих групп препаратов дана в методических рекомендациях для врачей [6], где сказано, что наличие перфорации барабанной перепонки резко ограничивает выбор средств для эндоуральной терапии, потому что спиртосодержащие смеси должны быть исключены в связи с их обжигающим действием на слизистую оболочку среднего уха. Ушные капли, содержащие аминогликозидные антибиотики, также исключаются из-за возможности ототоксического эффекта.

В последние годы широкое использование антибиотиков в лечении гнойных отитов у взрослых и детей привело к появлению антибиотикоустойчивых микроорганизмов, поэтому продолжается изыскание новых антимикробных препаратов, обладающих высокой химиотерапевтической активностью.

Наше исследование посвящено анализу эффективности использования 0,02%-ного раствора декаметаксина, который является антисептическим средством бактериоцидного, фунгицидного, вирусоцидного и спороцидного действий.

Декаметаксин действует на все основные возбудители наружного и среднего отита. Как показали наши исследования, чувствительность микроорганизмов к декасану во всех случаях была высокой – 99,1%. Декасан хорошо переносится больными. Клинический эффект отмечается уже после первых суток лечения и характеризуется прекращением оторреи при остром гнойном среднем отите и стойкой ремиссией у больных с обострением хронического гнойного среднего отита.

Выводы

Использование антисептического раствора декаметаксин показало высокую эффективность в лечении перфоративных средних отитов у всех больных. Полученные результаты позволяют рекомендовать антисептический раствор декаметаксин в качестве средства для местного лечения гнойного среднего отита. Обоснованием эффективности служат:

- отсутствие резистентности микрофлоры среднего уха к декаметаксину;
- благодаря жидкой основе декаметаксин может проникать во все отделы среднего уха;
- быстрая положительная динамика субъективных симптомов заболевания и ототоксической картины при использовании декасана;
- препарат хорошо переносится больными, побочных эффектов и отказа от лечения не было.

ЛИТЕРАТУРА

1. Гордиенко Е. В. Характеристика микробной флоры у детей с рецидивирующим и хроническим риносинуситом // Сб. научн. тр. к 5-летию ДИБ № 5 им. Н. Ф. Филатова. – СПб.: 2001. – С. 87–88.
2. Полякова С. Д., Некрасова Е. А. Эффективность комбинированного лечения гнойного среднего отита: метод. рекомендации. – М., 2009. – 16 с.
3. Плужников М. С., Лавренов Г. В., Дискаленко В. В. Заболевания наружного уха. – СПб.: СПб мед. изд-во, 2000. – 87 с.
4. Богданов Б. А. Медико-социальные последствия воспалительных заболеваний среднего уха и системный подход по лечению этих заболеваний: автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Новосибирск, 2005. – 22 с.
5. Кузовков В. Е. Оценка результатов лечения больных хроническим гнойным средним отитом // Рос. оторинолар. – 2003. – № 1 (4). – С. 83–85.
6. Рязанцев С. В. Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов: метод. рекомендации. – СПб.: АНО «Национальный регистр лечения синуситов», 2007. – 32 с.

Хушвакова Нилуфар Журакуловна – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии Самаркандского ГМИ. 703017, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Менделеева пр. 1, д. 7, тел.: +99866219-32-27, e-mail: nilumedlor@mail.ru; **Хамракулова** Наргиза Орзуевна – ассистент каф. оториноларингологии Самаркандского ГМИ. 703015, Республика Узбекистан, Самарканд, ул. Рудаки, д. 214, тел.: +99866262-67-78, e-mail: nargizaXAMRAKULOVA82@mail.ru