



УДК: 616.288-002

ОПЫТ ПРИМЕНЕНИЯ МЕСТНОЙ КОМБИНИРОВАННОЙ ТЕРАПИИ В ЛЕЧЕНИИ НАРУЖНОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО И БАКТЕРИАЛЬНО-ГРИБКОВОГО ОТИТА

С. В. Рязанцев, И. А. Аникин, М. В. Комаров

EXPERIENCE OF APPLICATION OF THE TOPICAL COMBINED THERAPY FOR TREATMENT OF BACTERIAL AND MIXED (FUNGAL AND BACTERIAL) EXTERNAL OTITIS

S. V. Ryazantsev, I. A. Anikin, M. V. Komarov

ФГБУ «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи Минздрава России»

(Директор – засл. врач РФ, член-корр. РАМН, проф. Ю. К. Янов)

В данной статье приведен анализ опыта применения ушных капель кандибиотик в лечении наружного диффузного отита как бактериальной, так и бактериально-грибковой этиологии. Выявлено, что применение кандибиотика в качестве монотерапии позволяет достичь клинического эффекта практически в 80% случаев как в группе с бактериально-грибковыми отитами, так и в группе с бактериальными отитами.

Ключевые слова: бактериальный наружный отит, бактериально-грибковый наружный отит, местная терапия.

Библиография: 9 источников.

This article summarizes the experience of application of ear drops Candibiotic for the treatment of external diffuse otitis both as a bacterial and a bacterial-fungal. It was revealed that the use of Candibiotic as monotherapy, can achieve clinical effect in almost 80% of cases in the group with bacterial-fungal otitis and bacterial otitis.

Key words: bacterial otitis externa, bacterial-fungal otitis externa, local therapy

Bibliography: 9 sources.

Термин наружный диффузный отит описывает патологическое состояние, заключающееся в воспалении кожи наружного слухового прохода, что выражается в отеке, гиперемии кожи, отделении гноя и боли в пораженном ухе [8].

Наиболее частыми возбудителями наружного диффузного отита выступают золотистый стафилококк, синегнойная палочка, грибы рода *Candida* [5–7, 9].

Одним из самых популярных препаратов, применяющихся в виде ушных капель, выступает кандибиотик. Благодаря его многокомпонентному составу, включающему антибактериальный препарат (хлорамфеникол), антигрибковый препарат с антибактериальной активностью (клотримазол), глюкокортикостероид и местный анестетик, данный препарат способен эффективно снимать болевой синдром, уменьшать силу воспалительных реакций и элиминировать возбудитель.

Кандибиотик существует на фармацевтическом рынке с 2003 г., и зарекомендовал себя как средство терапии наружных грибковых и бактериально-грибковых отитов [1–3]. Однако на практике он обладает высокой эффективностью при применении также и в случаях сугубо бактериальных наружных отитов [4].

В данной статье выполнен анализ опыта применения препарата кандибиотик в качестве монотерапии в отношении пациентов с наружным бактериальным и бактериально-грибковым отитом в поликлинике СПб НИИ ЛОР за 2011 г. и первую половину 2012 г.

Цель исследования. Ретроспективно определить эффективность применения ушных капель кандибиотик в качестве монотерапии различной воспалительной патологии уха.

Материалы и методы. Был проведен ретроспективный анализ амбулаторных карт пациентов с клиническим диагнозом наружный диффузный отит, получавших в качестве лечения ушные капли кандибиотик в виде монотерапии в течение 2011–2012 г.



Диагностико-лечебный алгоритм выполнялся по следующему плану:

1-е посещение (1-й день) – сбор жалоб и анамнеза, объективный осмотр (отомикроскопия), забор отделяемого из наружного слухового прохода на бактериологическое и микологическое исследование, туалет наружного слухового прохода, тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия. Назначение лечения: ушные капли кандибиотик 4 капли 3 раза в день, отказ от самостоятельного туалета наружного слухового прохода, защита уха от попадания воды.

2-е посещение (2–3-й день) – объективный осмотр, туалет наружного слухового прохода. Коррекция лечения при необходимости.

3-е посещение (5–6-й день) – объективный осмотр, туалет наружного слухового прохода. Коррекция лечения при необходимости.

4-е посещение (8–10-й день) – объективный осмотр, забор отделяемого из наружного слухового прохода на бактериологическое и микологическое исследование, туалет наружного слухового прохода. Коррекция лечения при необходимости..

5-е посещение (4–8-я неделя) – контрольный объективный осмотр. Забор отделяемого из наружного слухового прохода на бактериологическое и микологическое исследование.

Во время проведения сбора жалоб и анамнеза выяснялись продолжительность заболевания, наличие сопутствующей патологии и возможные этиологические факторы развития наружного диффузного отита. Особо уточнялись моменты, касающиеся самостоятельного туалета наружного слухового прохода, ношения слуховых аппаратов и наушников с внутриушными вкладышами, частого посещения бассейна и бани. Заострялось внимание на пациентах с сахарным диабетом и другой эндокринной патологией, в этих случаях им рекомендовалась консультация эндокринолога.

В условиях перевязочной одновременно с проведением отомикроскопии производился забор отделяемого из наружного слухового прохода для проведения как бактериологического, так и микологического исследований. После чего выполнялся собственно туалет наружного слухового прохода с использованием тонких канюль, соединенных с медицинским электроаспиратором. Далее аккуратно удаляли гной, массы слущенной кожи, грибковые тела из просвета наружного слухового прохода. При достаточной ширине наружного слухового прохода осматривали барабанную перепонку, оценивали выраженность опознавательных пунктов и ее подвижность.

После проведения туалета наружного слухового прохода пациента отправляли на проведение тональной пороговой аудиометрии и импедансометрии. Данные исследования были необходимы для исключения сопутствующей патологии среднего и внутреннего уха: секреторного отита, острого гнойного отита, острой сенсоневральной тугоухости и др. При выраженном отеке кожи наружного слухового прохода проведение импедансометрии откладывалось на 2–3-е посещение.

Препарат кандибиотик во всех случаях назначался эмпирически. Во время последующих посещений пациента проводили повторные осмотр и туалет наружного слухового прохода, при отсутствии клинического ответа на проводимое лечение (оценка при 3–4-м посещении) добавлялась системная антибактериальная и противогрибковая терапия.

Клиническая эффективность оценивалась на основе объективного осмотра – разрешение отека кожи, исчезновение гнойного отделяемого, уменьшение гиперемии кожи. Параллельно оценивались характер и динамика жалоб пациента.

При клиническом выздоровлении к 3–4-му посещению пациенту рекомендовали избегать попадания воды в наружный слуховой проход, отказаться от самостоятельного туалета уха и уделять больше внимания гигиене вкладышей, ежедневно используемых слуховым аппаратом, и наушников. После чего пациента приглашали на контрольный осмотр через 1–2 месяца для проведения бактериологического и микологического исследования для предупреждения рецидива и оценки элиминационной терапии ушных капель кандибиотик.

Результаты. В итоге в исследование были включены 62 пациента, у 39 – сугубо бактериальный наружный диффузный отит (группа А), у 23 пациентов из 62 был выявлен бактериально-грибковый наружный диффузный отит (группа Б).

В обе группы вошли 35 женщин и 27 мужчин в возрасте от 14 до 72 лет (среднее 51). Основными этиопатогенетическими факторами являлся самостоятельный туалет наружного

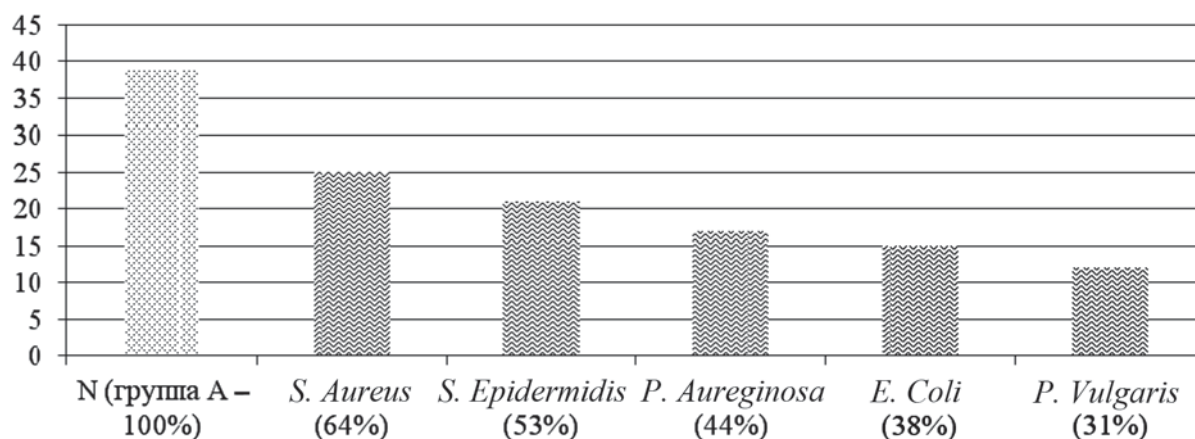


Рис. 1. Процентная встречаемость различных возбудителей наружного диффузного бактериального отита.

слухового прохода (100% пациентов), из них 39% – ношение слуховых аппаратов и наушников с внутриушными вкладышами, 13% – сахарный диабет.

В группе А основную массу возбудителей составляли золотистый и эпидермальный стафилококк, несколько реже – синегнойная палочка (рис. 1). В ряде случаев высевалась микст флора.

В группе Б выявлялась как грибковая, так и бактериальная флора (рис. 2). В качестве грибкового компонента возбудителя при микологическом исследовании определялись *Aspergilla spp.* и *Candida spp.*, среди бактериального компонента высевались золотистый и эпидермальный стафилококки и *P. Vulgaris*. Ни в одном случае не определялся грибковый возбудитель как монофлора при наружной отите.

В ряде случаев выявлялись сопутствующие наружному диффузному отиту патологии: мигрирующий, тубоотит, секреторный отит, острый гнойный отит (рис. 3). Поэтому в этих случаях после разрешения отека кожи наружного слухового прохода накладывался парацентез или производилась установка тимпановентиляционной трубки. Случаев развития сенсоневральной тугоухости выявлено не было.

В группе А клинического выздоровления к 5–6-му дню терапии (3-е посещение) удалось достичь в 64% случаев, к 4-му посещению достигается уровень 80%. В 8 случаях возникла необходимость введения в схему лечения системных антибактериальных препаратов, так как клинический эффект достигнут не был. Из указанных 8 случаев в 5 высевался возбудитель *P. aureginosa*, в 3 – *S. aureus*.

В группе Б клинического выздоровления к 5–6-му дню терапии удалось достичь в 26% случаев, к 8–10-му дню клинический эффект был достигнут в 78%. В отношении 5 больных к 10-му дню клинический эффект достигнут не был, что потребовало введения в терапию системных антибактериальных и противогрибковых препаратов.

При сравнении динамики клинического эффекта видно, что в группе бактериально-грибковых наружных отитов этот эффект развивался с некоторым запозданием при сравнении с группой А на 5–6-й день лечения, но к 8–10-му дню эти различия нивелируются.

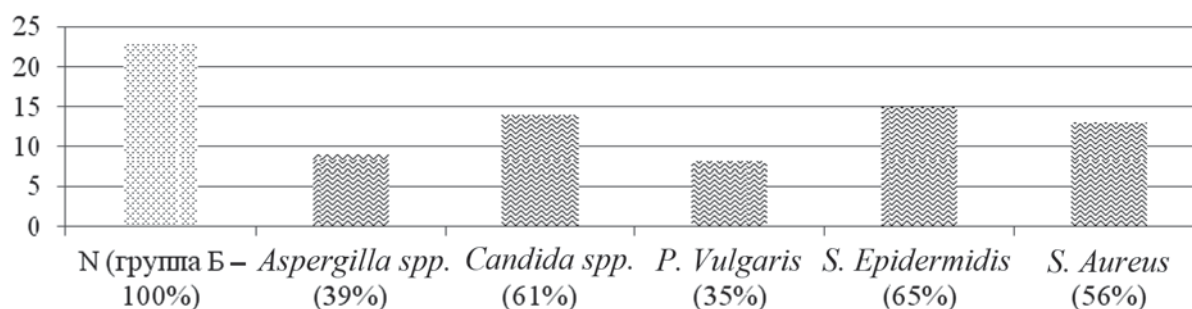


Рис. 2. Процентная встречаемость различных возбудителей наружного диффузного бактериально-грибкового отита.

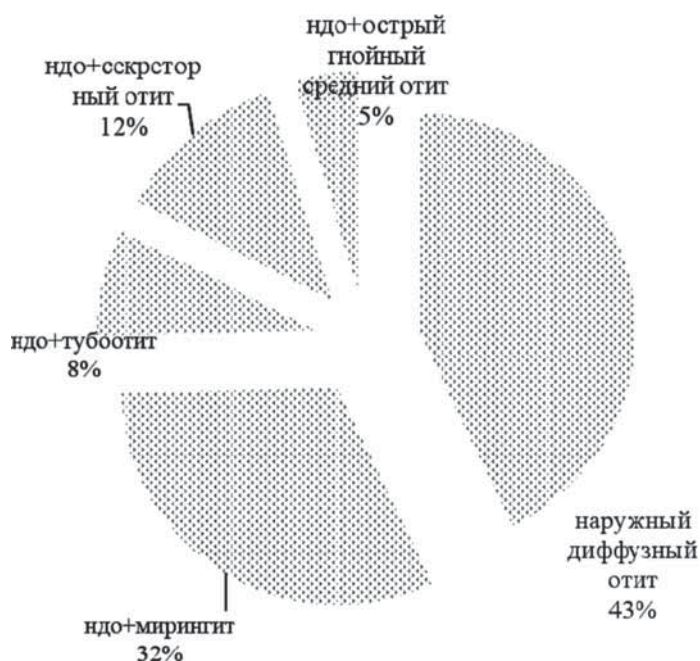


Рис. 3. Процентное распределение встречаемости различных нозологий.

В результате исследования чувствительности различных бактериальных возбудителей наружного диффузного отита к основному антибактериальному компоненту кандибиотик – хлорамфениколу – были получены следующие данные.

Золотистый стафилококк показал 26% резистентности к хлорамфениколу (рис. 4), однако эпидермальный стафилококк, который может рассматриваться и как компонент нормальной микрофлоры кожи, только в 17% был устойчив к хлорамфениколу. Примерно на том же уровне находится и резистентность *P. Vulgaris* и *E. Coli*. С другой стороны, резистентность *P. Aureginosa* достигает 24%.

Рецидивов наружного отита ни в одном случае при максимальном сроке наблюдения 1,5 года выявлено не было.

В качестве иллюстративного материала приводим два случая (вклейка). В первом случае был выявлен сугубо бактериальный отит (*P. aureginosa*). На рис. 1, а приведена отоскопическая картина на момент обращения в клинику СПб НИИ ЛОР, на рис. 1, б приведена отоскопическая картина на 3-й день лечения – отмечаются уменьшение отека местных тканей, уменьшение отделяемого из уха, снижение болевого синдрома. На рис. 1, в – отоскопия на 12-й день после обращения в клинику СПб НИИ ЛОР – нормальная отоскопическая картина. Во вто-

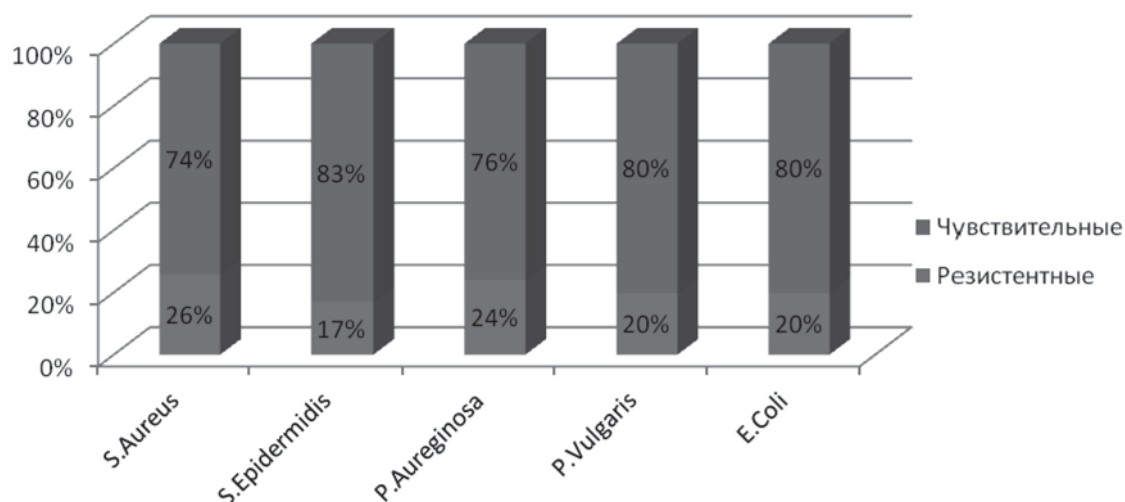


Рис. 4. Чувствительность некоторых возбудителей к хлорамфениколу.



ром случае у пациента был выявлен бактериально-грибковый отит (*C. albicans*, *S. epidermidis*). Основной жалобой было снижение слуха. При отомикроскопии (рис. 2, а) определялось грибковое тело на барабанной перепонке кпереди от пупка. После удаления грибкового тела (рис. 2, б) визуализировалась эрозия с подрытыми краями. После монотерапии кандибиотиком через 8 дней эрозия полностью эпидермизировалась (рис. 2, в).

Выводы

Полученные результаты в применении ушных капель кандибиотик в качестве эмпирической монотерапии в отношении пациентов с наружным диффузным отитом продемонстрировали высокую эффективность, позволив достичь клинического эффекта в 80% случаев. Более того, кандибиотик обладает хорошим элиминационным эффектом, позволяя не только устранить основные симптомы, но и устранить возбудитель заболевания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Заварзин Б. А., Аникин И. А. Кандибиотик в лечении острых средних и наружных отитов // Рос. оторинолар. – 2011. № 2. – С. 146–149.
2. Овчинников А. Ю. Опыт использования препарата кандибиотик в оториноларингологической практике // Там же. – 2004. – № 4. – С. 101–103.
3. Оковитый С. В., Ивкин Д. Ю., Малыгин С. В. Медикаментозная терапия наружного и среднего отита // Вестн. оторинолар. – 2012. – № 1. – С. 52–56.
4. Рязанцев С. В., Аникин И. А., Комаров М. В. Местная терапия диффузного отита // Рос. оторинолар. – 2012. – № 2. – С. 184–188.
5. Broad spectrum antifungal agents in otomycosis / A. Bassiouny [et al.] // J. Laryngol. Otol. – 1986. – Vol. 100. – P. 867–873.
6. Jadhav V. J., Pal M., Mishra G. S. Etiological significance of Candida albicans in otitis externa // Mycopathologia. – 2003. – Vol. 156. – P. 313–315.
7. Kurnatowski P., Filipiak A. Otomycosis: prevalence, clinical symptoms, therapeutic procedure // Mycoses. – 2011. – Vol. 44. – P. 472–479.
8. Rosenfeld R. M., Brown L., Cannon C. R. Clinical practice guideline: Acute otitis externa // Otolaryngol. Head Neck Surg. – 2006. Vol. 134. – P. 4–23.
9. Topical antibiotic-induced otomycosis / A. Jackman [et al.] // Int. J. Pediatr. Otorhinolaryngol. – 2005. – Vol. 69. – P. 857–860.

Рязанцев Сергей Валентинович – профессор, докт. мед. наук, зам. директора по научной работе НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-316-2852, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru; **Аникин** Игорь Анатольевич – докт. мед. наук, руководитель отдела высоко технологичной медицинской помощи НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: lor-obshestvo@bk.ru; **Комаров** Михаил Владимирович – очный аспирант НИИ ЛОР. 190013, Санкт-Петербург, ул. Бронницкая, д. 9, тел.: 8-812-982-2251, e-mail: 7_line@mail.ru

