



ПРИМЕНЕНИЕ УШНЫХ КАПЕЛЬ «ДАНЦИЛ» В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ОБОСТРЕНИЕМ ХРОНИЧЕСКОГО ГНОЙНОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

Н. С. Храппо, А. П. Мирошниченко, Е. Ю. Струнина

APPLICATION EAR DROPS «DANCIL» IN THE TREATMENT OF PATIENTS WITH ACUTE EXACERBATIONS OF CHRONIC SUPPURATIVE OTITIS MEDIA

N. S. Chrappo, A. P. Miroshnichenko, E. Yu. Strunina

ГБОУ ВПО «Самарский государственный медицинский университет» Министерства здравоохранения Российской Федерации

(Зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова – доцент А. П. Мирошниченко)

В статье представлены результаты исследования эффективности лечения обострения хронического гнойного среднего отита, мезотимпанита с помощью ушных капель Данцил, содержащих антибиотик офлоксацин. Исследование показало высокую клиническую эффективность этих капель.

Ключевые слова: хронический гнойный средний отит, мезотимпанит, фторхинолоны, данцил.

Библиография: 6 источников.

The article presents the results of research on the effectiveness of treatment of exacerbation of chronic suppurative otitis media, mesotympanitis, using ear drops Dancil, containing the antibiotic ofloxacin. The study showed a high clinical efficacy of these drops.

Key words: chronic suppurative otitis media, mezo tympanit, fluoroquinolones, Dancil.

Bibliography: 6 sources.

Хроническое гнойное воспаление среднего уха занимает третье место в структуре оториноларингологической заболеваемости (после заболеваний глотки, носа и околоносовых пазух) и составляет среди городского и сельского населения соответственно 21 и 22%. У жителей Самарской области хронический гнойный средний отит выявлен у 2,4% взрослого населения и у 1,3% – детского [5].

Хронический гнойный средний отит проявляется классической триадой симптомов: гнойное течение из уха более 6 недель (как правило, это месяцы и годы), наличие стойкой перфорации барабанной перепонки, понижение слуха.

Различают две формы хронического гнойного среднего отита: мезотимпанит и эптитимпанит.

Мезотимпанит имеет относительно благоприятное течение. Процесс локализуется в среднем и нижнем этажах барабанной полости. Выделения из уха при нем носят слизисто-гнойный характер, жидкие, без неприятного запаха. Перфорация расположена в натянутой части барабанной перепонки, размеры ее различные. При мезотимпаните поражается только слизистая оболочка среднего уха. Она гиперплазируется и образует грануляции и даже полипы.

Эпитимпанит имеет неблагоприятное течение, так как при нем поражается не только слизистая оболочка, но и кость – слуховые косточки, стенки барабанной полости, входа в пещеру, пещеры. Гнойные выделения из уха густые, с неприятным запахом. Перфорация барабанной перепонки располагается в ненапрянутой части барабанной перепонки и носит краевой характер.

Хронический гнойный средний отит – это социально значимое заболевание, поскольку при нем развивается тугоухость, ограничивающая профессиональную деятельность, обучение в школе, у детей ведет к нарушению речи. Особую значимость этому заболеванию придает и возможность развития тяжелых, жизненно опасных заболеваний.

Цель исследования. Повышение эффективности лечения больных с обострением хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита) путем включения в схему лечения ушных капель, в состав которых входит офлоксацин.

Антибиотики фторхинолонового ряда, к которым относится офлоксацин, оказывают бактерицидное действие, так как подавляют ключевой фермент ДНК-гиразу, который ответствен за синтез ДНК. Офлоксацин является антибиотиком широкого спектра антимикробного действия, включая и синегнойную палочку, что очень важно, поскольку хронический гнойный средний отит часто имеет полимикробную этиологию и вызывается несколькими возбудителями одновременно. Основными возбудителями при хроническом гнойном среднем отите являются *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus vulgaris*, *Escherichia coli*, *Proteus mirabilis*, *Klebsiella*, *Staphylococcus Pneumoniae*, коринеформные бактерии и анаэробные (*Bacteroides fragilis*, *Bacteroides melaninogenicus*, *Peptococcus magnus*, *Fusobacterium*, *Lactobacillus*). При длительном течении хронического отита часто выявляются грибы, такие как *Candida*, *Aspergillus*, *Mucor* [1–4, 6].

Капли, основу которых составляют антибиотики фторхинолонового ряда, неототоксичны, поэтому их использование возможно при перфоративных формах отитов.

Пациенты и методы. За 6 месяцев 2012–2013 годов на кафедре оториноларингологии имени академика И. Б. Солдатова СамГМУ было пролечено 55 больных обострением хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита). Было выделено две группы – 30 больных составили основную группу, 25 – контрольную. Возраст больных был от 19 до 71 года. Средний возраст – $49,7 \pm 6,5$ года.

В исследование не включались пациенты с сахарным диабетом, имеющие аллергию на антибиотики фторхинолонового ряда, а также те, кто жаловался на сильный зуд в ушах, в анамнезе был подтвержден отомикоз, при отоскопии были признаки грибкового поражения, а именно белый налет в костной части наружного слухового прохода, черные вкрапления на коже наружного слухового прохода.

Всем пациентам проводились следующие исследования: сбор жалоб и анамнеза, эндоскопия ЛОР-органов, общий анализ крови (лейкоциты, скорость оседания эритроцитов), микробиологическое исследование флоры из уха, тональная пороговая аудиометрия. При необходимости выполнялась компьютерная томография височных костей.

Критериями эффективности лечения служили нормализация общего состояния больных, прекращение патологического отделяемого из уха, нормализация отоскопической картины.

Лечение начиналось обычно на 2–4-е сутки от начала заболевания. Мы использовали местную терапию. В основной группе больных мы использовали ушные капли Данцил 2 раза в день. В их состав входит 0,3% офлоксацин на водной основе, что обеспечивает хорошее проникновение лекарства в среднее ухо.

В контрольной группе лечение проводили ушными каплями 2,6% рифамицина 3 раза в день.

Пациенты получали капли в течение 10 дней, причем первый раз – на турунде, а последующие путем закапывания 3–4 капель в наружный слуховой проход. Больным проводили туалет уха, промывание шприцем Жанне, промывание с помощью канюли Гартмана. До начала исследования ни один пациент не получал антибактериального лечения. Системная антибактериальная терапия не назначалась. Лечение начиналось до результатов бактериального посева содержимого из уха на микрофлору и чувствительность к антибиотикам. Дополнительно пациентам назначали сосудосуживающие капли в нос и проводили санацию небных миндалин при наличии хронического тонзиллита.

Результаты исследования оценивали в баллах на 3, 5, 7 и 10-е сутки от начала лечения. Выраженность различных жалоб (заложенность уха, пульсирующий шум в ухе) отмечалась по 10-балльной шкале, а изменение количества гнойного отделяемого из уха, гиперемию и инфильтрацию стенок наружного слухового прохода оценивали по 5-балльной шкале, причем 0 – это отсутствие признака, а 5 баллов – его максимальная выраженность.

Результаты исследования. Средняя продолжительность заболевания хроническим гнойным средним отитом (мезотимпанитом) составила $10,6 \pm 4,2$ года. Ни один из больных не был оперирован ранее на среднем ухе и не требовал санацирующей операции впредь.

При микробиологическом исследовании выявлена различная микрофлора (график 1).

Наиболее часто в мазках высевались *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*.

При определении чувствительности патогенной микрофлоры была выявлена высокая степень чувствительности к антибиотикам группы фторхинолонов.

По данным тональной пороговой аудиометрии у пациентов с хроническим гнойным средним отитом выявлена I–II степень тугоухости с преимущественным поражением звукопроводящего аппарата. К концу лечения у пациентов



График 1. Результаты микробиологического исследования отделяемого из уха до лечения.



с хроническим гнойным средним отитом аудиологическая картина осталась без изменений.

Результаты исследования свидетельствуют о преимуществах использования ушных капель Данцил в лечении обострения хронического гнойного среднего отита, мезотимпанита. Это подтверждают статистически значимые различия между группами, свидетельствующие о более выраженном наступлении клинического эффекта в основной группе.

В основной группе больных статистически значимые различия по таким симптомам, как ощущение заложенности уха и пульсирующий шум между основной и контрольной группами, подтверждающие эффективность применения

ушных капель Данцил, получены на 7-й день (график 2). В группе, получавшей Данцил, отмечалось более выраженное снижение признаков, чем в группе сравнения.

Что касается данных отоскопии, то выраженность гноетечения из уха в основной группе, получавшей Данцил, существенно отличалась в положительную сторону от контрольной, получавшей рифамицин, уже на 5-й день. То же касалось гиперемии барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости (график 3).

К 10-му дню у больных с обострением хронического гнойного среднего отита гноетечение купировалось полностью.

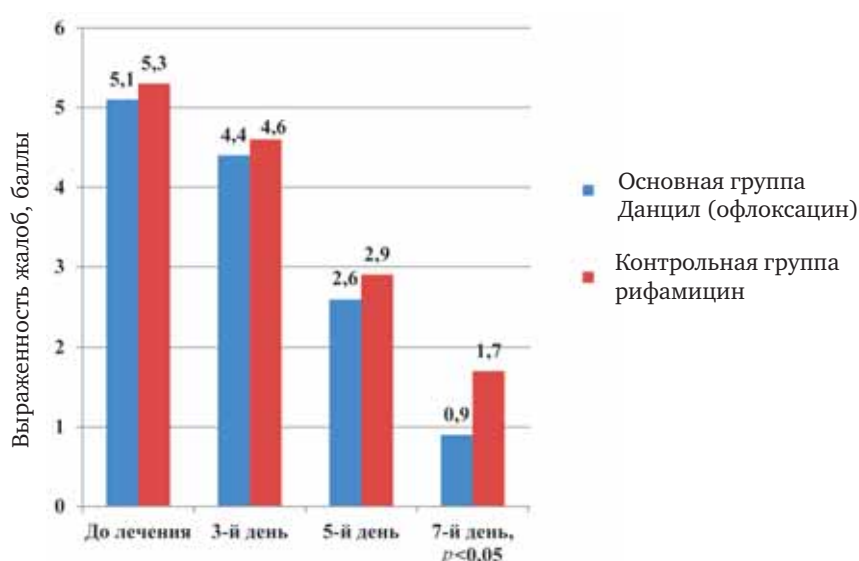


График 2. Динамика признака «ощущение заложенности уха и пульсирующего шума» у больных с обострением хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита).

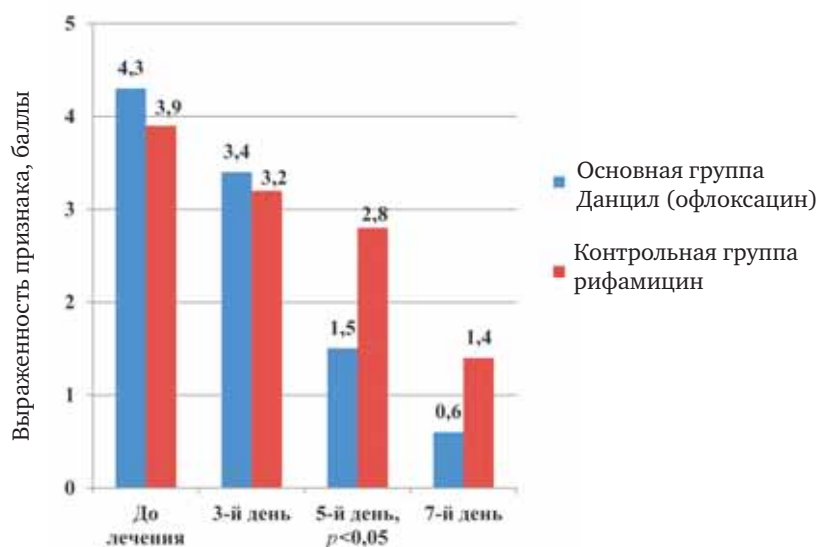


График 3. Динамика признака «гноетечение из уха» у больных с обострением хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита).



В основной группе, использовавшей Данцил, отмечено удобство использования препарата – водного раствора офлоксацина в пластиковом флаконе-капельнице. Препарат не

окрашивает барабанную перепонку и не затрудняет отоскопию в отличие от контрольной группы, что было удобно как для пациента, так и для врача.

В ы в о д

Результаты проведенного исследования подтвердили высокую клиническую эффективность препарата Данцил в лечении обострения хронического гнойного среднего отита (мезотимпанита). Важно, что эти капли хорошо всасываются в слизистую оболочку среднего уха, неототоксичны и удобны в применении.

Следует отметить, что клинические симптомы быстрее купировались в основной группе пациентов, получавших ушные капли Данцил (офлоксацин).

ЛИТЕРАТУРА

1. Жуховицкий В. Г. Обоснование рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии с позиции бактериолога // Consilium medicum. – 2001. – Т. 3, № 8. – С. 362–370.
2. Каманин Е. И., Трофимов А. Е. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом // Вестн. оторинолар. – 2003. – № 2. – С. 24–28.
3. Никифорова Г. Н., Свистушкин В. М. Рациональное топическое этиотропное лечение воспалительных заболеваний наружного и среднего уха. Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и оториноларингология. – № 1. – 2013. Репринт. – С. 2–7.
4. Новое в антибактериальной терапии хронического гнойного мезотимпанита / Б. М. Цецарский [и др.] // Вестн. оторинолар. – 1999. – № 2. – С. 49–50.
5. Руководство по оториноларингологии / Под. ред. И. Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – 608 с.
6. Weinstein R. A., Nathan C. Gruensfelder Endemic aminoglycoside resistance in gram-negative bacilli: epidemiology and mechanisms // J. Infect. Dis. 1980. – N 141. – P. 338–345.

Храппо Нина Степановна – засл. врач РФ, Почетный профессор СамГМУ. докт. мед. наук, профессор каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова. Самара, пр. Карла Маркса, д. 165 б; тел. моб.: 8-919-805-08-64, тел. раб. (846)276-77-71

Мирошниченко Андрей Петрович – канд. мед. наук, доцент, зав. каф. оториноларингологии им. акад. И. Б. Солдатова СамГМУ. Самара, пр. Карла Маркса, д. 165 б; тел.: 8-917-955-35-35, e-mail: entsamara@mail.ru

Струнина Елена Юрьевна – канд. мед. наук, ассистент каф. оториноларингологии им. академика И. Б. Солдатова. Самара, пр. Карла Маркса, д. 165 б; тел.: 8-917-127-15-80, e-mail: vostok777elena@yandex.ru