

ВОЗМОЖНОСТЬ ИСПОЛЬЗОВАНИЯ КОМБИНИРОВАННОГО ПРЕПАРАТА ТРАВОКОРТ

В ЛЕЧЕНИИ БОЛЬНЫХ С ВОСПАЛИТЕЛЬНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НАРУЖНОГО УХА

Проблема профилактики и лечения больных с воспалительными заболеваниями наружного уха остается актуальной, несмотря на значительное количество способов и методов воздействия на данный патологический процесс. Наружные отиты достаточно часто встречаются в практике врача-оториноларинголога. По данным литературы, распространенность подобных заболеваний составляет от 17 до 23% среди всей патологии уха [1, 9], эти показатели существенно возрастают при сочетании воспаления наружного и среднего уха [11]. В настоящее время отмечается увеличение частоты возникновения наружных отитов. Это обусловлено целым комплексом причин, из которых основными являются ухудшение экологической обстановки, рост резистентности инфекционных агентов, увеличение числа пациентов с изменениями иммунного статуса, рост эндокринных и других хронических заболеваний.

Ключевые слова: отит, отомикоз, изоконазол, дифлукортолон

Наружный отит представлен достаточно разнообразными патологическими процессами. Общим для всех разновидностей данной нозологии являются воспалительные изменения в структурах ушной раковины, наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Данные анатомические единицы, собственно, и объединены в понятие наружного уха. Разновидность заболевания определяется локализацией и характером воспалительного процесса. Среди нозологических форм различают диффузный (экзема, дерматит, рожистое воспаление, герпес, перихондрит, хондроперихондрит, злокачественный наружный отит и ряд других видов) и ограниченный наружный отит (фурункул, абсцесс). По МКБ-10 различают фурункул (абсцесс) наружного слухового прохода, дерматит наружного уха, наружный отит, вызванный инфекционными и неинфекционными факторами.

Для развития наружного отита необходимо два фактора — наличие инфекционного агента и повреждение кожного барьера как экзогенной, так и эндогенной природы. Причинами изменения защитных свойств кожи наружного уха могут быть высокие влажность и температура окружающей среды, экзема, псориаз, себорейный дерматит, нарушение углеводного обмена, снижение резистентности организма, аллергия, травма наружного слухового прохода и ряд других [14].

Кожа наружного слухового прохода в отсутствие патологических процессов имеет нормальный микробный пейзаж, представленный микрококками, коринебактериями и пропионебактериями, которые предохраняют кожу от патогенных агентов [10]. Возбудители наружных отитов — вирусы, различные виды патогенных и условно-патогенных бактерий, их ассоциации, некоторые виды грибов, а также бактериально-грибковые ассоциации. Наиболее частым возбудителем диф-

фузного наружного отита является *Pseudomonas aeruginosa* — от 38 до 60%, *Staphylococcus epidermidis* — около 9,1%, *Staphylococcus aureus* — 7,8%, β -гемолитические стрептококки — около 5% [3, 17]. Грибковая флора выявляется в 5—10% (по некоторым данным — до 19,4%) случаев наружного отита [7, 12, 16]. По данным литературы, основными этиотропными факторами отомикоза в средней полосе России являются плесневые грибы родов *Aspergillus* (до 65%), *Penicillium* (до 10%) и дрожжеподобные грибы рода *Candida* (до 24%). В отдельных случаях грибковые заболевания ушей могут вызывать грибы родов *Mucor*, *Alternaria*, *Kladosporium* и др. [5, 6, 7].

Диагностика наружного отита основана на жалобах, анамнестических данных и клинической картине. Жалобы пациента с наружным отитом достаточно типичны — боль в ухе, которая может усиливаться при жевании, потягивании ушной раковины, нажатии на козелок, снижение слуха, обусловленное блокированием слухового прохода инфильтрированной кожей или патологическим содержимым, отделяемое из слухового прохода, явления интоксикации — головная боль, повышение температуры тела, общее недомогание. Для грибкового наружного отита одной из основных жалоб является зуд в ухе и окрашенные (цветные) выделения.

Наличие воспалительного инфильтрата на одной из стенок слухового прохода в перепончато-хрящевом отделе, появление на его поверхности гнойной «головки» — отоскопические признаки ограниченного наружного отита. Распространенные воспалительные изменения кожи наружного слухового прохода, наличие патологического (гнояного, серозного, геморрагического) отделяемого, эпидермального детрита, в некоторых случаях — грануляций характерны для диффузного патологического процесса. Микотическое поражение слухового прохода проявляется умеренной инфильтрацией кожи и наличием патологического отделяе-

мого, которое представлено эпидермальными массами, грибковым мицелием и детритом в виде пленок и корок черного, коричневого, желтого, зеленоватого или белого цвета в зависимости от вида гриба. Также на фоне микотического поражения уха возможны грануляционные изменения стенок слухового прохода и барабанной перепонки.

Диагностика воспалительных заболеваний наружного уха должна обязательно включать микробиологическое исследование, особенно при рецидивировании или обострении хронического процесса.

■ Крем Травокорт может быть рекомендован к использованию в качестве эффективного топического средства для лечения воспалительных заболеваний наружного уха грибковой и смешанной этиологии.

Медикаментозное лечение наружного отита направлено на эрадикацию инфекционного агента (этиотропная терапия), блокирование и обратное развитие воспалительной реакции (патогенетическая терапия), уменьшение болевого синдрома и явлений интоксикации (симптоматическая терапия). В качестве этиотропных препаратов при наружных отитах используются противовирусные, антибактериальные, противогрибковые лекарственные средства, а также антисептики. Патогенетическая терапия представлена глюкокортикостероидами и нестероидными противовоспалительными препаратами, с целью уменьшения субъективных проявлений наружных отитов используются местные анестетики и НПВП.

Системная терапия заболеваний наружного уха показана при наличии признаков общей интоксикации и в некоторых случаях при значительно выраженной местной воспалительной картине. В настоящее время предпочтение отдается топическим лекарственным препаратам. Достоинствами такого лечения являются: целенаправленная доставка препарата и оптимальная концентрация в очаге инфекционного воспаления, практическое отсутствие системного действия, меньший риск селекции резистентных штаммов микрофлоры.

Туалет наружного уха — обязательная составляющая лечения больного с наружным отитом. Аппликация лекарственных веществ на патологически измененные ткани должна производиться только после удаления патологического отделяемого из наружного слухового прохода.

Выбор того или иного лекарственного средства в первую очередь определяется этиотропным фактором и клинической картиной наружного отита. Оптимальным является применение комплексных топических препаратов, что позволяет воздействовать на ключевые звенья патологического процесса, обладает широким спектром действия. Важно, чтобы такие средства не имели токсичности, в т. ч. и при длительном применении.

Особое место в практике врача-оториноларинголога занимают наружные отиты грибковой природы — отомикозы. Важно, что в большинстве данных клинических случаев патологический процесс ограничен кожей наружного слухо-

вого прохода и не требует назначения системной противогрибковой терапии.

В качестве местных препаратов используются водные или спиртовые противогрибковые растворы, антисептики, мази.

К одним из заслуживающих внимания препаратов для лечения больных наружными отитами относится Травокорт. Данное лекарственное средство используется в лечении инфицированных дерматозов сочетанной этиологии (осложненные либо бактериальной, либо грибковой флорой и/или воспалением) [2]. Травокорт эффективен при любом сочетании грибковой и бактериальной инфекции и воспалении вне зависимости от первопричины заболевания. Это комбинированное лекарственное средство состоит из двух компонентов — изокконазола и дифлукортолона. Современное противомикробное средство изокконазол является производным имидазола с широким спектром антимикробного действия и эффективен в отношении дерматофитов, дрожжевых, дрожжеподобных и плесневых грибов, а также грамположительных микроорганизмов, в т. ч. *Staphylococcus* spp. и *Streptococcus* spp. [13, 15]. Изокконазол действует фунгицидно и бактерицидно. Действие изокконазола развивается местно, т. к. препарат плохо проникает через кожу и слизистые оболочки, в связи с чем при его применении практически не наблюдается системных нарушений или побочных эффектов. Дифлукортолон — топический глюкокортикостероид, обладающий выраженным противовоспалительным действием, — устраняет воспаление, экссудацию и зуд, оказывает противоаллергическое действие. Сочетание в одном препарате изокконазола и дифлукортолона обеспечивает более высокую безопасность и эффективность крема Травокорт по сравнению с монопрепаратами, а благодаря более сильному противовоспалительному компоненту и по сравнению с некоторыми комбинированными препаратами [4, 8, 13].

Быстрота проникновения активных компонентов крема Травокорт в эпидермис позволяет достичь максимальной концентрации изокконазола уже через час после нанесения. По данным клинических исследований, при применении крема Травокорт в терапии инфекционных осложнений атопического дерматита покраснение исчезает на 5–7-й день лечения, а полное исчезновение симптомов происходит не позднее 10-го дня [2].

Травокорт хорошо переносится, противопоказанием к применению является повышенная чувствительность к компонентам, а также некоторые вирусные и специфические поражения кожи в местах нанесения крема. Детям Травокорт разрешен с 2 лет. При нанесении на кожу абсорбция активных компонентов Травокорта минимальна, в кровоток они практически не попадают и, соответственно, системного действия не оказывают. Максимальная длительность лечения кремом Травокорт не должна превышать 2 недели.

Таким образом, крем Травокорт может быть рекомендован к использованию в качестве эффективного топического средства для лечения воспалительных заболеваний наружного уха грибковой и смешанной этиологии.

