

К.А. НИКИТИН, д.м.н., доцент, И.Г. АРУСТАМЯН, Е.В. БОЛОЗНЕВА,

кафедра оториноларингологии Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова

МЕСТНОЕ ЭТИОТРОПНОЕ ЛЕЧЕНИЕ

ПРИ ОСТРОМ НАРУЖНОМ И СРЕДНЕМ ОТИТАХ

По статистическим данным, за последние 25 лет заболеваемость населения острым наружным и средним отитами не имеет тенденции к уменьшению. Это достаточно распространенные заболевания, встречающиеся во всех возрастных группах и составляющие более четверти общей отиатрической патологии [1, 3, 6, 8, 9]. По некоторым данным, частота наружных отитов составляет от 12,9 до 21% среди детей с заболеваниями уха [1, 3, 10]. В последние годы отмечается значительный рост пациентов с наружным отитом, обусловленный широким использованием наушников, популярностью различных водных процедур (посещение бассейна, аквапарка) и профессиональными вредностями [1, 4, 6, 8]. Острый средний отит считается одним из наиболее часто встречающихся заболеваний в детском возрасте [1, 10]. Следует отметить, что осложнения острого отита (формирование стойких перфораций, спаяк в барабанной полости, поражение слухового нерва) являются основной причиной тугоухости [5].

Ключевые слова: острый наружный и средний отиты, фторхинолоны

Микрофлора при остром наружном и остром среднем отитах существенно отличается. Как известно, роль синегнойной палочки (*Pseudomonas aeruginosa*) в генезе острых наружных отитов весьма велика и составляет до 60% [13]. Микробиологические исследования экссудата из барабанной полости показывают, что наиболее часто острый средний отит вызывается *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis* [9].

Синегнойная палочка – это граммотрицательная подвижная бактерия, которая не образует спор и имеет один жгутик для передвижения. Ее название связано с продуцированием специального пигмента, который окрашивает питательную среду в сине-зеленый цвет. Она обитает в водной среде и почве и отличается выраженной природной устойчивостью к большинству антибиотиков.

Для человека синегнойная палочка считается условно патогенной, но вероятность инвазии значительно повышается при обширном обсеменении и при снижении иммунитета у больных с тяжелыми общими сопутствующими заболеваниями, например сахарным диабетом.

Выделяют ограниченную и диффузную формы наружного отита. Основной причиной заболевания являются микротравмы кожи при неосторожных манипуляциях в наружном слуховом проходе острыми предметами с последующим инфицированием гноеродными бактериями. К общим предрасполагающим факторам относятся нарушение углеводного обмена (сахарный диабет), неполноценное питание, авитаминозы, общий фурункулез, к местным – узость наружного слухового прохода [1, 12]. Заболеваемость выше в летний период.

Жалобы больных связаны с ощущением боли и жара в ушах, появлением гнойных выделений и чувством заложенности в ушах. Температура тела редко повышается выше субфебрильных цифр. При отоскопии кожа наружного слухового прохода гиперемирована, инфильтрирована. В ряде случа-

ев при сильной инфильтрации целостность барабанной перепонки не может быть определена, поэтому при наружном отите оптимален выбор неототоксических средств для местного лечения. В суженном просвете наружного слухового прохода – гнойное отделяемое и слущенный эпидермис. Обозримая барабанная перепонка может быть слегка гиперемирована, но слуховая функция обычно нарушена незначительно. Помимо клинической картины большое значение имеет бактериологическое исследование, особенно в случаях затянувшегося течения заболевания.

Для лечения наружного отита применяется как общее, так и местное лечение. Общее лечение связано с назначением антибиотиков, анальгетиков, противовоспалительных препаратов, витаминов. Наиболее часто используются антибиотики пенициллинового ряда. При лечении наружного отита, вызванного синегнойной палочкой, наиболее эффективными в настоящее время считаются фторхинолоны. При этом следует отметить, что препараты второго поколения фторхинолонов активны в отношении большинства граммотрицательных бактерий: синегнойной, гемофильной и кишечной палочек, менингококков. Противомикробное действие фторхинолонов связано с подавлением бактериальной ДНК-гиразы и нарушением синтеза ДНК, при этом прекращается рост и деление бактерий, что вызывает выраженные морфологические изменения и быструю гибель бактериальной клетки. Высокая бактерицидная активность фторхинолонов позволила разработать для многих из них лекарственные формы для местного лечения в виде ушных капель: Ципромед, Комбинил-Дуо, Данцил.

За последние 20 лет проведено много исследований в отношении местного использования офлоксацина у детей при остром наружном и среднем отитах, при шунтировании барабанной полости [13–16].

В настоящее время ушные капли Данцил (офлоксацин 0,3%) разрешены к использованию у детей с 1 года.

Глазные капли с фторхинолонами давно и с успехом используются для местного лечения у детей с 1 года. Теперь и

в арсенале врачей-оториноларингологов появился препарат Данцил для лечения воспалительных заболеваний уха у детей с 1 года. Это принципиально важно, с учетом того, что препаратов, разрешенных к применению у детей, очень мало, а препаратов, разрешенных и безопасных при перфорации, и того меньше. Перечень основных ушных капель, используемых в нашей стране, приведен в *таблице 1*.

Сравнительный анализ эффективности системной антибактериальной терапии с местным лечением другими антибактериальными препаратами (комбинация неомидина и полимиксина) доказал безусловные преимущества местного использования офлоксацина [14, 16]. В исследованиях A. Generoso (2003) были рассмотрены все опубликованные материалы, в которых описан опыт применения ушных капель офлоксацин с 1966 по 2000 гг. Проанализировано 11 клинических исследований, в которых участвовало 1 484 пациента. Вероятность полного выздоровления больных при употреблении офлоксацина оказалась выше. Разрешение оталгии, отореи, эрадикация бактериального агента (синегнойная палочка и золотистый стафилококк) происходили в достаточно короткие сроки. Применение офлоксацина оказалось предпочтительнее при лечении ушных заболеваний, т. к. его эффективность сопоставима с другими препаратами, а побочных эффектов наблюдалось гораздо меньше.

При проведении многоцентрового рандомизированного слепого исследования по сравнению эффективности и безопасности использования ушных капель офлоксацин один раз в день и неомидин-полимиксин-гидрокортизон четыре раза в день у детей с наружным отитом (R. Schwarz, 2006) в 34 центрах у 278 детей в возрасте от 6 мес. до 12 лет была доказана безусловная эффективность использования офлоксацина. Первой группе детей закапывали в ухо по 5 капель офлоксацина однократно, другим по 3 капли неомидина-полимиксина-гидрокортизона четыре раза в день в течение 7–10 дней. Контрольные осмотры проводились в первый день, на 7-й день лечения и на 10-й. При оценке результатов было установ-

лено, что однократное закапывание ушных капель офлоксацин так же эффективно, как четырехкратное применение ушных капель неомидин-полимиксин-гидрокортизон. Болевые ощущения уменьшались в обеих группах одинаково. Аналогичные результаты были получены Jones R, 2011 при сравнительном анализе эффективности офлоксацина и кортиспорина (неомидин-полимиксин-гидрокортизон).

При сравнительном анализе ушных капель офлоксацин с другими ушными каплями, применявшимися для профилактики ранней послеоперационной отореи при установке тимпаностомической трубки [18], также доказана целесообразность его использования. Исследование проводилось в трех группах пациентов с установленными тимпаностомическими трубками (всего 277 человек): в первой контрольной группе пациенты не получали никаких ушных капель, второй группе пациентов был назначен офлоксацин – ушные капли, третьей группе – неомидин-полимиксин В. При наличии отореи ушные капли закапывали в течение 10 дней, при отсутствии последней ушные капли применяли в течение 3 дней. Эффективность лечения оценивалась на 10–14 дни лечения. В первую группу вошло 87 человек, во вторую и третью 99 и 91 соответственно. Оторея присутствовала у 42 человек в первой группе, у 61 – во второй, у 52 – в третьей. Выделения из уха в большей степени беспокоили пациентов контрольной группы. В первой группе к 14 дню выздоровление достигнуто у 69% больных, во второй – у 76%, в третьей – у 74%. Стоит отметить, что применение капель офлоксацин было менее болезненно, чем применение неомидина-полимиксина В.

При обострении хронического отита наиболее часто высеваются гемофильная палочка, пневмококк, золотистый стафилококк, синегнойная палочка и анаэробы. В этих случаях применение офлоксацина имеет преимущества, объясняемые антимикробным спектром его действия, что позволяет достигать хороших результатов [2, 4]. Таким образом, офлоксацин превосходит по антибактериальному действию препараты других групп.

Таблица 1. Ушные капли, применяемые в РФ

ТН	Производитель	МНН	Возрастные ограничения	При перфорации
Ципромед	Промед Экспортс	Ципрофлоксацин	15	+
Данцил	Промед Экспортс	Офлоксацин	1	+
Отофа	Лаборатория Бушара	Рифамицин	? (дети)	+
Нормакс	Ипка лабораториз	Норфлоксацин	18	+
Комбинил-Дуо	Промед Экспортс	Ципрофлоксацин + дексаметазон	18	- (разрешен при ОСО с шунтом)
Полидекса	Лаборатория Бушара	Неомидин + полимиксин В + дексаметазон	? (дети)	-
Софрадекс	Авентис Фарма	Грамицидин + фрамицетин + дексаметазон	- (18)	-
Дексона	Кадила	Неомидин + дексаметазон	18	-
Гаразон	Шеринг-Плау	Гентамицин + дексаметазон	8 (?)	-
Анауран	Замбон	Неомидин + полимиксин В + лидокаин	1	-
Кандибиотик	Гленмарк	Хлорамфеникол + клотримазол + беклометазон + лидокаин	6	-
Отипакс	Биокодекс	Лидокаин + феназон	0	-
Отинум	Ай Си Эн	Холина салицилат	1	-

Как известно, ушные капли на основе фторхинолонов применяются в России более 10 лет. Ушные капли Ципромед были первым препаратом из этой группы. Ципромед обладает широким спектром действия по отношению к основным возбудителям наружных и средних отитов. Препарат создан на специальной безводной основе – пропиленгликоле. Назначается по 5 капель 3 раза в день до 10 дней.

Комбинил-Дуо – первая и единственная комбинация фторхинолона-ципрофлоксацина и дексаметазона в нашей стране для местного лечения воспалительных заболеваний уха, неототоксичен. Назначается по 4 капли 2 раза в день в течение 7 дней.

Данцил – ушные капли на основе офлоксацина. Препарат создан на водной основе с хорошим проникновением в полость среднего уха, комфортен в применении, не вызывает жжения. Спектр действия офлоксацина оптимален в отношении возбудителей острого среднего отита. Назначается по 5 капель 2 раза в день в течение 7–10 дней.

■ К универсальным препаратам для лечения острых отитов, которые можно использовать как на доперфоративной, так и на перфоративной стадиях, следует отнести препараты Ципромед и Данцил

Данные препараты могут использоваться в виде ушных капель или вводиться в наружный слуховой проход с помощью ушных турунд. Имеются противопоказания для применения фторхинолонов местного лечения: беременность, кормление грудью, детский возраст (за исключением препаратов Данцил и Ципромед, которые могут назначаться с 1 года и с 15 лет соответственно).

При неблагоприятном течении наружного отита у больных сахарным диабетом возможно развитие грануляционного наружного отита. Грануляционный наружный отит как отдельную нозологическую форму впервые описали в 1959 г. Meltler и Kelemen. В нашей стране данное заболевание впервые описал А.К. Чаргеишвили в 1960 г. Грануляционный наружный отит характеризуется длительным вялотекущим течением и плохим прогнозом. В научной литературе данное заболевание описывается также как некротический наружный отит, злокачественный наружный отит. Основным этиологическим фактором считается синегнойная палочка нередко в комбинации с эпидермальным стафилококком или патогенной грибковой флорой. Как правило, этому заболеванию подвержены пациенты, страдающие сахарным диабетом, и пациенты с иммунодефицитными состояниями различного генеза. Иницирующими факторами в развитии некротического отита нередко является травма при манипуляциях в наружном слуховом проходе, воздействие хлорированной воды при посещении бассейна.

Вначале клиника грануляционного отита ничем не отличается от диффузного наружного отита. В последующем на фоне явного отсутствия эффекта от проводимого лечения

появляются кровянисто-слизистые выделения из наружного слухового прохода, а при отоскопии обнаруживаются грануляции, которые преимущественно расположены на задней стенке слухового прохода. Гистологическое исследование грануляционной ткани не дает каких-либо существенных результатов. При этом рецидивный рост грануляционной ткани в течение продолжительного времени и отсутствие эффекта от лечения являются весомыми аргументами при постановке диагноза. На начальной стадии заболевания среднее ухо, как правило, не затронуто воспалительным процессом. В последующем развивается стойкое воспаление барабанной перепонки и начинаются воспалительные изменения в среднем ухе, характер которых определяется некротическими процессами, которые достаточно быстро могут приводить к развитию хронического гнойного отита, особенно при локализации грануляции в области задне-верхней стенки наружного слухового прохода. Патологические изменения, развившиеся в наружном слуховом проходе, запускают механизмы костной деструкции, которая может распространяться на костные структуры основания черепа. При неблагоприятном варианте течения заболевания в последующем развиваются поражения черепно-мозговых нервов, септические и внутричерепные осложнения.

Лечение некротического наружного отита включает в себя коррекцию иммунитета, местное лечение, долгосрочную системную антибактериальную терапию, а в отдельных случаях и хирургическое лечение.

Эффективность консервативного лечения зависит от целого ряда факторов. Одним из важнейших моментов следует считать своевременную коррекцию нарушений углеводного обмена при сопутствующем сахарном диабете. Выбор антибактериальной терапии осуществляется после бактериологического исследования. Как правило, при высеве синегнойной палочки наиболее часто назначаются антибиотики из группы фторхинолонов.

Местное лечение в основном связано с назначением ушных капель на основе фторхинолонов. При сахарном диабете местное использование глюкокортикоидов негативно может влиять на течение воспалительного процесса, поэтому определенное преимущество – за ушными каплями, в которых содержится только одно действующее вещество (Ципромед, Данцил). Физиотерапия при грануляционном наружном отите использоваться не должна, т. к. ее влияние на рост грануляционной ткани может носить негативный характер. Отношение к хирургическому лечению при грануляционном наружном отите в настоящее время достаточно осторожное. При формировании абсцесса или образовании костных секвестров хирургическое вмешательство, как правило, необходимо, однако расширение вмешательства может оказаться контрпродуктивным из-за перехода патологического процесса на здоровую костную ткань.

Лечение острого среднего отита имеет особенности в зависимости от стадии заболевания. Применяется как общее, так и местное лечение. Общее лечение связано с назначением антибиотиков преимущественно из группы пенициллинов, учитывая ведущую роль пневмококковой инфекции. В наруж-

ный слуховой проход на доперфоративной стадии рекомендуется закапывание ушных капель, которые обладают противовоспалительным, местноанестезирующим и антисептическим действием. Однако использовать многие из них нельзя на перфоративной стадии по разным причинам: содержание этилового спирта, ототоксичность у антибиотиков аминогликозидового ряда (фрамицетин, неомицин, гентамицин). К универсальным препаратам для лечения острых отитов, которые можно применять как на доперфоративной, так и на перфоративной стадиях, следует отнести препараты Ципромед и Данцил. Широкий антимикробный спектр, отсутствие ототоксичности позволяет использовать ушные капли на основе фторхинолонов при лечении обострений хронического отита, в послеоперационном периоде при операциях на среднем ухе, при шунтировании барабанной полости. В настоящее время препарат Данцил может назначаться детям с 1 года. При хроническом отите дозировка составляет 10 капель 2 раза в день в течение 14 дней, при шунтировании барабанной полости у взрослых и детей старше 12 лет – по 5 капель 2 раза в день в течение 10 дней. У детей от 1 года до 12 лет по 5 капель 3 раза в день в течение 10 дней.

Таким образом, использование ушных капель при лечении острых и хронических воспалительных заболеваний уха является устоявшимся стандартом. Ушные капли на основе фторхинолонов позволяют значительно повысить эффективность местного лечения при заболеваниях наружного и среднего уха.



ЛИТЕРАТУРА

1. Бабиак В.И., Гофман В.Р., Накатис Я.А. Нейрооториноларингология. СПб.: Гиппократ, 2002.
2. Белякова Л.В. Лечение острых отогенных невритов лицевого нерва // Вестн. Оториноларингологии. 1978. №6. С. 11–15.
3. М.Ю., Лопотко А.И. Слуховая труба. СПб.: Спецлит, 2003.
4. В.Р., Корюкин В.Е., Гайворонский А.В., Гайворонский И.В. Отогенный неврит лицевого нерва. СПб.: Контур-М, 1994.
5. Евдошенко Е.А., Косаковский А.Л. Нейросенсорная тугоухость. Киев: Здоровье, 1989.
6. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии. СПб.: Диалог, 2009.
7. Матвеев А.Д. Об отогенных парезах лицевого нерва // Вестн. Оториноларингологии. 1957. №3. С. 44–50.
8. Никитин К.А. К вопросу о гигиене наружного слухового прохода // Медицинский совет в поликлинике. 2013. №3. С. 33–39.
9. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Лавренова Г.В. Заболевания наружного уха. СПб.: Санкт-Петербургское медицинское издательство, 2000.
10. Плужников М.С., Дискаленко В.В., Лавренова Г.В., Глухова Е.Ю. Справочник по оториноларингологии для врача общей практики. СПб.: Диалог, 2002.
11. Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. М.: Медицина, 1997.
12. Шустер М.А., Калина В.О., Чумаков Ф.И. Неотложная помощь в оториноларингологии. М.: Медицина, 1989.
13. Bluestone C.D., Klein J.O. Consultation with the specialist: Chronic suppurative otitis media // Pediatr. Rev. 1999. Aug. №20(8). P. 277–279.

Полный список литературы вы можете запросить в редакции.

ДАНЦИЛ®

Офлоксацин 0,3%
ВЕРНЫЙ ВЫБОР
В ЛЕЧЕНИИ ОТИТОВ

РУ ЛСР-009895/09 от 04.12.2009

Эффективная эмпирическая терапия

- Широкий спектр антибактериального действия¹
- Активен в отношении основных возбудителей отитов²

Доказанная безопасность применения

- Не ототоксичен^{3,4}

Разрешен к применению у детей с 1 года⁵

1. Справочник по антимикробной терапии. Выпуск 3. Под ред. Р.С. Козлова, А.В. Дехнича. – Смоленск: МАКМАХ, 2013.–480 с. 2. Арефьева Н.А., Камалова З.З., Савельева Е.Е. Обоснование эффективности ушных капель офлоксацина (Данцил) в лечении перфоративных отитов. Российская Оториноларингология № 6 (49) 2010. 3. Свистушкин В.М., Никифорова Г.Н. Рациональное топическое этиотропное лечение воспалительных заболеваний наружного и среднего уха. Эффективная фармакотерапия. Пульмонология и Оториноларингология 1/2013. 4. Храпко Н.С., Мирошниченко А.Л., Струнина Е.Ю. Применение ушных капель Данцил в лечении больных с обострением хронического гнойного среднего отита. Российская Оториноларингология № 4 (65) 2013. 5. Изменение № 2 в инструкцию по применению препарата Данцил от 01.08.2013.

Перед применением ознакомьтесь с инструкцией.



111033, г. Москва,
Золотородский вал, д. 11, стр. 21
Тел.: (495) 229-76-63
Факс: (495) 229-76-64

