

Современная фармакотерапия воспалительных заболеваний наружного и среднего уха

К.м.н. И.В. Фанта, С.С. Павлова, профессор Т.И. Шустова, профессор С.В. Рязанцев

ФГБУ «Санкт-Петербургский НИИ уха, горла, носа и речи» Минздрава России

РЕЗЮМЕ

Наружные и средние отиты – социально значимые заболевания, которые развиваются преимущественно у детей и взрослых трудоспособного возраста, часто рецидивируют и имеют склонность к хронизации. В связи с этим разработка оптимального алгоритма лечения больных с воспалительными процессами в наружном и среднем ухе является актуальной задачей клинической оториноларингологии. При диагностике отита важную роль играет определение микробного пейзажа организма, наличия грибов и различных ассоциаций микроорганизмов, устойчивость которых к антибиотикотерапии зачастую негативно влияет на результаты лечения. Вместе с другими причинами развития воспаления в среднем и наружном ухе микробиологический аспект становится фактором этиотропной терапии. Выраженная стадийность острого среднего отита предполагает индивидуальный подход к лечению в каждой стадии. На современном этапе в лечении больных с наружным и средним отитом препаратами выбора считаются антибиотики. Из-за развития сильной боли и воспаления в ухе важную роль играют препараты анальгезирующей и противовоспалительной терапии. Свою эффективность подтверждают комплексные топические препараты с антимикробным и анальгезирующим эффектом (Анауран).

Ключевые слова: наружный и средний отит, этиотропная терапия, топические антибактериальные препараты.

Для цитирования: Фанта И.В., Павлова С.С., Шустова Т.И., Рязанцев С.В. Современная фармакотерапия воспалительных заболеваний наружного и среднего уха // РМЖ. 2017. № 23. С. 1725–1730.

ABSTRACT

Modern pharmacotherapy of the external and middle ear inflammatory diseases

Fanta I.V., Pavlova S.S., Shustova T.I., Ryazantsev S.V.

St. Petersburg Research Institute of ENT

External and secondary otitis media are socially significant diseases occurring mainly in children and adults of working age, which often recur and have a tendency to chronicity. In this regard, the development of an optimal algorithm for the treatment of patients with inflammatory processes in the external and middle ear is an urgent task of clinical otorhinolaryngology. When diagnosing otitis, it is important to define of the microflora of the organism, the presence of fungi and various microorganisms associations, the resistance of which to antibiotic therapy often negatively affects the results of the treatment. Together with other causes of inflammation in the middle and external ear, the microbiological aspect becomes a factor of etiotropic therapy. The pronounced staging of acute otitis media suggests an individual approach to treatment in each of these stages. At present antibiotics are considered to be the drugs of choice in the treatment of patients with external and secondary otitis media. Due to the development of severe pain and inflammation in the ear, an important role is played by preparations of analgesic and anti-inflammatory therapy. Its effectiveness is confirmed by complex topical preparations with antimicrobial and analgesic effect (Anauran).

Key words: external and middle otitis media, etiotropic therapy, topical antibacterial drugs.

For citation: Fanta I.V., Pavlova S.S., Shustova T.I., Ryazantsev S.V. Modern pharmacotherapy of the external and middle ear inflammatory diseases // RMJ. 2017. № 23. P. 1725–1730.

Воспалительные заболевания наружного и среднего уха – отиты являются социально и экономически значимыми заболеваниями, т. к. развиваются преимущественно у детей и взрослых трудоспособного возраста [1]. При этом, несмотря на богатый арсенал разнообразных методов лечения больных с воспалительными процессами в наружном и среднем ухе, в последние годы наблюдается рост заболеваемости как наружными, так и средними отитами. В связи с этим обоим заболеваниям посвящена обширная отечественная и зарубежная литература, однако многие вопросы, касающиеся этиопатогенеза отитов и, главным образом, лечения больных, до сих пор не разрешены.

Основной причиной средних отитов в прошлом были детские инфекции (корь, скарлатина, дифтерия), которые вызывали средний отит с бурным течением и гнойно-деструктивным характером воспаления. При этом лидирующее место в течении среднего отита занимал высоко-вирулентный гемолитический стрептококк. Несмотря на эффективную борьбу с детскими инфекциями, снижение их встречаемости не оказало заметного влияния на заболеваемость средним отитом. В настоящее время острый средний отит (ОСО) является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста [1]. В США 42% рецептов на пероральные антибиотики у детей выписываются по поводу ОСО [2]. К 3-летнему возрасту ОСО переносят 71% детей [2]. До 95% детей переносят

хотя бы один эпизод ОСО за первые 7 лет жизни [3]. По данным НМО (Health Maintenance Organization), у 48% детей отмечаются однократные эпизоды острого перфоративного или неперфоративного среднего отита в первые 6 мес. жизни или более 2-х эпизодов за 12 мес. жизни [4]. Другие исследования продемонстрировали, что к годовалому возрасту 62,4% детей переносят ОСО однократно, а 17,3% – трижды и более [5]. Причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев является перенесенный ранее острый или хронический гнойный средний отит.

Наружный отит

Особое место в структуре ЛОР-заболеваний принадлежит воспалению наружного уха. Наружное ухо включает ушную раковину и наружный слуховой проход (до барабанной перепонки). Воспаление наружного уха – наружный отит продолжает оставаться весьма распространенным заболеванием, в большей степени вызванным внешними факторами (использование слуховых аппаратов и наушников, неумелые гигиенические действия, профессиональные вредности), однако главной причиной развития наружного отита является патогенная микрофлора – бактерии, грибы и их возможные ассоциации [6, 7]. В ряде исследований отмечена роль вирусов герпеса и гриппа, а также микоплазмы в развитии геморрагического отита. Главными бактериальными факторами воспалительного процесса в наружном ухе на современном этапе считаются *Pseudomonas aeruginosa* и, реже (9–25%), *S. aureus*. При микогенном воспалении преобладают грибы рода *Candida* (10–40%) и плесневые грибы рода *Aspergillus* (60–90%). Отмечается наличие бактериально-бактериальных и бактериально-грибковых ассоциаций [7]. Предрасполагающими факторами наружного отита могут служить анатомические особенности слухового прохода, сопутствующие заболевания, связанные с нарушением метаболизма, кожные патологии, иммунодефицитные состояния, а также микротравмы, связанные с недостатками проведения гигиенических процедур или с самолечением.

Основными симптомами наружного отита являются боль в ухе (70%), зуд (60%), снижение слуха (32%) и ощущение давления или распирания в ухе (22%) [8]. В зависимости от этиологии, особенностей течения, распространенности, характера патологических выделений предложены разнообразные классификации наружного отита. Диагностика заболевания легко осуществляется на основании жалоб, анамнеза и клинической картины. Отоскопия позволяет выявить диффузную форму отита (гиперемия, отек, наличие экссудата) или ограниченную форму, когда обнаруживается ограниченный инфильтрат в слуховом проходе. Ограниченный наружный отит зачастую возникает в результате воспаления волосяного фолликула в слуховом проходе и, по сути, представляет собой фурункул. При диффузной форме воспалительный процесс проявляется на всем протяжении слухового прохода в виде патологического отделяемого из уха разного цвета и консистенции, постоянной заложенности уха, интенсивной боли, отека и покраснения кожи наружного слухового прохода. Одним из распространенных приемов диагностики отита является нажатие на козелок. При нажатии сдвигается кожа наружного слухового прохода, и это ведет к появлению болевых ощущений. При среднем отите такие ощущения не возникают [9].

В настоящее время **лечение** больных с наружным отитом комплексное и включает адекватное обезболивание, физиотерапию, гигиенические процедуры [6]. Однако ключевым звеном является этиотропная терапия, которая требует проведения микробиологических исследований на диагностическом этапе. В случаях острого наружного отита, когда данные микробиологической диагностики еще не получены, следует назначить больному антибактериальные препараты широкого спектра действия. Этиотропное лечение необходимо начинать как можно раньше. В данном случае на центральное место выходят топические препараты. Учитывая спектр основных возбудителей острого диффузного наружного отита, следует применять лекарственные средства, эффективные в отношении золотистого стафилококка и синегнойной палочки, а учитывая наличие характерного болевого синдрома при данной патологии, целесообразно применять местные препараты, в состав которых входит местный анестезирующий компонент. Из антибактериальных средств для местного лечения диффузного наружного отита чаще всего применяются аминогликозиды, т. к. эти препараты достаточно полно перекрывают спектр, прежде всего, грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих наружный отит, и обеспечивают хорошее аппликационное действие.

Препараты, применяемые для местного лечения наружного отита, выпускаются в форме мазей, кремов, ушных капель. Ушные капли – универсальная и наиболее распространенная форма выпуска [10].

Комплексным препаратом, успешно применяемым при лечении наружного отита, является Анауран (Zambon Italia S.r.l., Бреcco, Милан), который представляет собой комплекс двух антибиотиков (аминогликозид Неомицина сульфат + циклический полипептид Полимиксин В) и местноанестезирующего средства (лидокаина гидрохлорид).

Неомицина сульфат – аминогликозидный антибиотик широкого спектра действия, действует бактерицидно в отношении грамположительных (*Staphylococcus spp.*, *Streptococcus pneumoniae*) и грамотрицательных микроорганизмов – представителей семейства энтеробактерий (*Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae spp.*, *Shigella flexneri spp.*, *Shigella boydii spp.*, *Shigella sonnei spp.*, *Proteus spp.*). Полимиксин В – полипептидный антибиотик. Активен в отношении грамотрицательных микроорганизмов: *Escherichia coli*, *Shigella dysenteriae spp.*, *Shigella flexneri spp.*, *Shigella boydii spp.*, *Shigella sonnei spp.*, *Salmonella typhi* и *Salmonella paratyphi*, а также высокой активностью в отношении *Pseudomonas aeruginosa*. Неактивен в отношении *Proteus spp.*, *Mycobacterium spp.*, грамположительных кокков, грибов. Необходимо отметить, что препарат не обладает местнораздражающим действием, что особенно важно при реактивных изменениях в эпидермисе слухового прохода.

Особенностью Анаурана является присутствие в составе капель полимиксина. Полимиксины – группа антибиотиков, синтезируемых определенным штаммом спорообразующей палочки: по химическому составу являются циклическими пептидами. Системное применение полимиксинов в связи с их высокой токсичностью ограничено. В то же время побочные явления при местном применении полимиксина крайне редки. Основными показаниями являются тяжелые инфекции, вызванные псевдомонадами и клебсиеллами (пневмонии, абсцесс легкого, сепсис, эндо-

кардит, менингит). Уникальный спектр антибактериальной активности в отношении грамотрицательных бактерий и, прежде всего, против большинства штаммов синегнойных и кишечных палочек делает полимиксин препаратом выбора для лечения наружного отита.

Присутствие в составе препарата лидокаина – сильного местного анестетика – позволяет быстро и безопасно справиться с болевыми ощущениями, сопровождающими большинство заболеваний наружного уха, а также снять такое проявление воспаления, как отечность. Адекватное обезболивание стоит на одном из первых мест в комплексной терапии наружного отита, оно позволяет значительно облегчить состояние пациентов в максимально короткие сроки.

Применять Анауран следует местно, при помощи специальной пипетки. Взрослым назначают по 4–5 капель 2–4 р./сут в пораженное ухо, детям старше 1 года – по 2–3 капли 3–4 р./сут. Курс лечения не должен превышать 7 дней. Анауран также рекомендуют применять при послеоперационных гнойных осложнениях после реконструктивного хирургического вмешательства на среднем ухе [11] и при ОСО на стадии до перфорации.

По результатам лабораторных исследований пациенту с острым наружным отитом может быть назначена системная антибактериальная терапия. Однако ее преимущества перед местными препаратами не доказаны, кроме того, существует опасность развития антибиотикорезистентности. По мнению большинства авторов, препаратами выбора для этиотропной терапии острого наружного отита являются топические антибактериальные препараты ввиду их безопасности, эффективности, а также положительных клинических и микробиологических эффектов [7, 11]. Среди большого количества различных топических антибиотиков, предназначенных для лечения больных с острым диффузным наружным отитом, существуют и комбинированные препараты, содержащие в своем составе глюкокортикостероиды.

Острый средний отит

На современном этапе ОСО – это сложная для точного определения нозологическая форма, что обусловлено существенными различиями в диагностических критериях и параметрах, по которым оценивается исход заболевания. Под средним отитом обычно понимают воспалительный процесс в полостях среднего уха, но это отнюдь не означает, что воспаление ограничено только барабанной полостью. После того как компьютерная и магнитно-резонансная томография стали достаточно регулярно использоваться в исследовании височной кости, стало ясно, что практически во всех случаях ОСО в процесс в той или иной степени вовлекаются антрум и остальные воздухоносные полости сосцевидного отростка.

Остро развивающееся воспаление среднего уха проявляется одним или несколькими характерными симптомами (боль в ухе, повышение температуры, выделения из уха, снижение слуха, у детей – возбуждение, раздражительность, рвота, понос). Заболевание длится не более 3-х недель и даже при отсутствии лечения обычно разрешается спонтанно полным восстановлением анатомической целостности структур среднего уха и их функций. Однако возможно развитие затянувшегося и рецидивирующего ОСО, которые могут привести к возникновению стойких последствий и снижению слуха. Термином «затя-

нувшийся острый средний отит» (ЗОСО) определяют наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3–12 мес. после одного или двух курсов терапии антибиотиками. Под рецидивирующим острым средним отитом (РОСО) подразумевают наличие 3-х или более эпизодов ОСО за период 6 мес. или 4-х и более эпизодов за период 12 мес. [1].

Основным этиологическим фактором возникновения ОСО является воздействие на слизистую оболочку среднего уха бактериальной или вирусной флоры в условиях измененной реактивности организма. При этом большое значение имеют вид микроба, его патогенные свойства и вирулентность. В то же время на развитие и характер воспалительного процесса в среднем ухе значительное влияние оказывает ряд факторов, которые иногда становятся ведущими. К ним следует отнести анатомо-физиологические особенности организма, в частности состояние структур среднего уха.

Первоочередное значение имеет состояние слуховой (евстахиевой) трубы, т. к. основные теории патогенеза ОСО объясняют их развитие дисфункцией слуховой трубы. Нарушение проходимости слуховой трубы может быть связано с ее механической обструкцией либо неэффективностью механизма ее активного открытия. Механическая обструкция слуховой трубы чаще всего обусловлена гипертрофией лимфоидной ткани носоглоточной (аденоиды) или тубарных миндалин, что имеет существенное влияние на развитие острых отитов у больных детского возраста [12].

Быстрое сужение просвета слуховой трубы за счет отека слизистой оболочки носоглотки при острых респираторно-вирусных заболеваниях ведет к созданию отрицательного давления в барабанной полости и трансудации жидкости, которая изначально является стерильной, но после попадания бактериальной или иной флоры принимает воспалительный характер.

По мере развития всякое воспаление сопровождается накоплением в полости среднего уха экссудата, состоящего из растворимых и нерастворимых компонентов. Растворимые компоненты сходны с сывороткой крови, а нерастворимые содержат белковосвязанные углеводы, идентифицированные как гликопротеиды, сходные с муцинами. Последние определяют вязкость экссудата. В выпоте могут содержаться также клетки воспаления: лейкоциты, лимфоциты, моноциты, окислительные и гидролитические ферменты, протеиназные ингибиторы, медиаторы (простагландины, гистамин, кинины), гексозамины, комплемент, иммунные комплексы, антибактериальные и противовирусные антитела – иммуноглобулины, которые участвуют в иммунной защите среднего уха от инфицирования.

Взаимодействие антигенов и специфических антител приводит к формированию иммунных комплексов, которые могут не только инактивировать и нейтрализовать токсины и другие антигенные субстанции, но также активизировать систему комплемента, что, в свою очередь, индуцирует миграцию из сосудов нейтрофильных лейкоцитов. Кроме того, фагоцитоз и иммунные комплексы активируют многочисленные биологически активные вещества, в т. ч. лизосомальные ферменты и медиаторы, обуславливая непрерывность воспалительного процесса.

Исследование содержимого барабанной полости, полученного при тимпанопункции, с достаточной долей уве-

ренности позволяет судить об истинных возбудителях ОСО. Результаты микробиологического исследования пунктата барабанной полости на удивление однородны и свидетельствуют о том, что основными возбудителями ОСО, ЗОСО и РОСО являются пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*) – именно те микроорганизмы, различные штаммы которых заселяют носоглотку у большинства детей. Эти два микроорганизма составляют суммарно примерно 60% бактериальных возбудителей заболевания [13, 14]. Реже высеваются *Moraxella catarrhalis* (3–10%), *Streptococcus pyogenes* (2–10%), *Staphylococcus aureus* (1–5%). Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Считается, что до 10% ОСО могут быть вызваны вирусами. Определенную роль в этиологии ОСО может играть *Mycoplasma pneumoniae*, которая, в частности, способна вызывать буллезный геморрагический мирингит, а также *Chlamydia trachomatis* и *Chlamydia pneumoniae*.

Спектр возбудителей несколько меняется при ЗОСО и РОСО. В культурах жидкости, полученных из среднего уха больных РОСО, в 30–50% случаев не отмечается роста патогенных бактерий. Это позволяет предположить, что экссудат в полости среднего уха и симптомы воспаления могут присутствовать даже после элиминации бактерий в результате успешного курса антибиотикотерапии.

Исследование особенностей клинического течения ОСО показало, что это заболевание отличается выраженной стадийностью течения. Большинство авторов выделяют 3 стадии (фазы): катаральную, гнойную и репаративную [12, 15]. Однако более целесообразно различать 5 стадий острого воспаления среднего уха в соответствии с классификацией В.Т. Пальчуна [16].

I стадия. Острый евстахиит. Эта стадия характеризуется прежде всего нарушением функции слуховой трубы, что и вызывает дальнейшее развитие патологического процесса. Тубарная дисфункция приводит к снижению давления в барабанной и других полостях среднего уха. При этом пациент отмечает шум в ухе, ощущение заложенности, аутофонию. Отоскопически наблюдается втяжение барабанной перепонки, укорочение светового конуса. Под действием отрицательного давления возникает полнокровие сосудов барабанной полости. Барабанная полость заполняется серозным экссудатом – развивается асептическое воспаление и заболевание переходит во вторую стадию.

II стадия. Острое катаральное воспаление. Больной начинает жаловаться на боль в ухе за счет сдавления болевых рецепторов экссудатом. Ухудшается общее состояние пациента, появляется субфебрилитет. При отоскопии: барабанная перепонка гиперимирована и утолщена, опознавательные знаки определяются с трудом или вовсе не определяются.

III стадия. Острое гнойное воспаление. Эта стадия обусловлена инфицированием среднего уха через слуховую трубу. В экссудате барабанной и других полостей среднего уха происходит накопление форменных элементов, прежде всего нейтрофилов, т. е. происходит нагноение серозного экссудата. Боль в ухе резко усиливается. Нарстают симптомы интоксикации: ухудшается общее состояние, температура достигает фебрильных цифр. Отмечаются изменения в клиническом анализе крови. Аудиометрия и камертональное исследование, как и в предыдущей стадии, свидетельствуют о выраженной

кондуктивной тугоухости. Отоскопически определяется выраженная гиперемия барабанной перепонки, опознавательные знаки не видны, имеется выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности. За счет давления гнойного секрета, его протеолитической активности в барабанной перепонке появляется перфорация, через которую происходит эвакуация гноя в слуховой проход.

IV стадия. Постперфоративная стадия. Боль в ухе стихает, иногда резко; общее состояние больного постепенно нормализуется. Отоскопически определяется перфорация барабанной перепонки, из которой поступает гнойное отделяемое. В случае благоприятного течения процесс вскоре переходит в последнюю фазу.

V стадия. Репаративная стадия. Во время этой стадии воспаление в среднем ухе купируется, перфорация закрывается рубцом.

Лечение

Выраженная стадийность ОСО предполагает индивидуальный подход к лечению в каждой из этих стадий. Для стадии острого евстахиита основными были и остаются методы местного воздействия, направленные на восстановление функции слуховой трубы: туалет и анемизация полости носа, анемизация носоглоточного устья слуховой трубы, катетеризация слуховой трубы, пневмомассаж барабанной перепонки.

Рекомендовано использование сосудосуживающих и (или) вяжущих капель в нос (при обильной назальной секреции и для уменьшения отечности глоточного устья). Не следует забывать о лечении заболеваний, приведших к тубарной дисфункции, какими чаще всего являются острый назофарингит и обострение его хронической формы. Синуситы, острый ринит и т. д. также ведут к развитию инфекционно-аллергического воспаления в области глоточного устья слуховой трубы.

На стадии острого гнойного доперфоративного воспаления этиопатогенетическая терапия ОСО включает следующие лечебные средства:

- осмотически активные препараты местного действия;
- анальгезирующая терапия;
- разгрузочная терапия (восстановление функции слуховой трубы);
- противовоспалительная терапия;
- системная антибиотикотерапия;
- муколитическая, секретолитическая и секретомоторная терапия;
- сухое тепло, согревающие компрессы.

Основным методом лечения ОСО, РОСО и ЗОСО является антимикробная терапия [13, 14, 17, 18], причем первоначальный выбор антибиотика, как правило, эмпирический. Хотя не все формы ОСО требуют назначения антибиотиков, но лечение антибиотиками снижает риск развития мастоидита и других осложнений. Считается обязательным назначение антибиотиков во всех случаях ОСО для детей младше 2-х лет, а также для пациентов с иммунодефицитными состояниями. Назначение антибиотиков необходимо при ЗОСО и РОСО.

Эмпирический выбор антибиотика должен учитывать спектр типичных возбудителей ОСО, ЗОСО и РОСО, которыми являются пневмококк, гемофильная палочка, а в некоторых регионах – еще и моракселла [14]. Оптимальным был бы выбор с учетом данных о региональной чувстви-

тельности предполагаемых возбудителей к антибиотикам, но в России эти данные не всегда достоверны и доступны лишь в отдельных регионах.

Чувствительность возбудителей ОСО к антибиотикам значительно варьирует в различных регионах. Общей тенденцией является нарастание резистентности пневмококков к пенициллину, макролидам, а гемофильной палочки к ампициллину и амоксициллину. У пациентов, которые получали недавно курсы ампициллина, амоксициллина или пенициллина, значительно выше вероятность выделения микрофлоры, продуцирующей бета-лактамазы.

С учетом типичных возбудителей и российских данных об антибиотикорезистентности препаратом первого выбора при ОСО является амоксициллин. Адекватная доза для детей – 80–90 мг/кг/сут, для взрослых – 3–3,5 г/сут, разделенная на три приема, независимо от еды [14]. При отсутствии достаточного клинического эффекта по прошествии 3-х дней следует сменить амоксициллин на антибиотик, активный против β -лактамазопродуцирующих штаммов гемофильной палочки и моракселлы.

Стандартная длительность курса антибиотикотерапии при ОСО в США составляет 10–14 дней, в Великобритании – 5 дней, в Голландии – 6–7 дней [19]. В России стандартным считается 7-дневный курс лечения [14]. Существует точка зрения, что и 5-дневный курс антибиотикотерапии достаточно эффективен при неосложненном ОСО, т. к. он улучшает комплаентность и снижает стоимость лечения [20]. Более длительные курсы терапии показаны детям младше 2-х лет, детям с отореей и сопутствующими заболеваниями. Сроки антибиотикотерапии при ЗОСО и РОСО определяются индивидуально, обычно они более длительные (при пероральном приеме – не менее 14 дней).

Причинами неэффективности антибиотикотерапии при ОСО, ЗОСО и РОСО могут быть следующие факторы:

- неадекватная дозировка антибиотика;
- недостаточная всасываемость;
- низкая комплаентность;
- низкая концентрация препарата в очаге воспаления.

Помимо этого, побочным эффектом антибиотикотерапии, снижающим эффективность лечения в целом, может стать нарушение нормальных соотношений микроорганизмов, заселяющих носоглотку, в частности элиминация менее патогенного стрептококка, на место которого приходит более патогенная микрофлора. Иногда присутствие β -лактамазообразующих штаммов или копатогенов может «защитить» не продуцирующие β -лактамазы штаммы от β -лактамных антибиотиков. В этом случае также показано назначение ингибитор-защищенных пенициллинов. Наличие вирусов в содержимом среднего уха также негативно может влиять на эффективность антибиотиков и способствовать реинфекции существующим или новым возбудителем.

АНАУРАН®

ОРИГИНАЛЬНЫЙ КОМБИНИРОВАННЫЙ ПРЕПАРАТ

с антибактериальным

противовоспалительным

обезболивающим действием

Полимиксин В, Неомицин, Лидокаин, Глицерин



Анауран: быстрое снятие боли и местная терапия инфекционных отитов

РУ ПН№012942/01

РЕКЛАМА. Информация для специалистов здравоохранения
ООО «Замбон Фарма»
Россия, 121002 Москва, Глазовский пер., д. 7, офис 17.
Тел: (495) 933-38-30/32 | Факс: (495) 933-38-31

Нужно особо сказать об антимикробных препаратах, которые не следует назначать для лечения отитов. К ним, в первую очередь, относятся тетрациклин, линкомицин, гентамицин и ко-тримоксазол. Эти препараты малоактивны в отношении *S. pneumoniae* и *H. influenzae* и не лишены опасных побочных эффектов (риск развития синдромов Лайелла и Стивенса – Джонсона у ко-тримоксазола и ототоксичность у гентамицина). Фармакоэпидемиологические исследования, проведенные в России, показали, что врачи поликлиник и стационаров во многих случаях проводят антибактериальную терапию ОСО неправильно. В перечне широко назначаемых препаратов – все те же бензилпенициллин, бициллины, линкомицин, гентамицин, ко-тримоксазол и др. [21].

Перфорация барабанной перепонки и появление гноетечения значительно меняют картину клинического течения ОСО и требуют соответствующей перестройки лечебной тактики.

Свое место в лечении ОСО занимают лечебные препараты анальгезирующей и противовоспалительной терапии (Анауран), которые позволяют эффективно снижать болезненные ощущения в ухе и нормализовать общее состояние больного.

Появление перфорации барабанной перепонки резко ограничивает выбор средств эндоуральной терапии. Осмотически активные препараты следует полностью исключить, т. к. в основном они являются спиртосодержащими и вызывают резкое жжение при попадании на воспаленную слизистую оболочку барабанной полости. Также следует полностью исключить ушные капли, содержащие аминокликозидные антибиотики, из-за возможного ототоксического эффекта.

Заключение

Наружные и средние отиты занимают центральное место в заболеваемости в оториноларингологической практике. Важной является профилактика заболеваний и инфекций, вызывающих воспаление наружного и среднего уха. Если же воспаление произошло, то на первое место выходит назначение антибактериальных препаратов. В данном случае можно сказать, что комплексный препарат Анауран является препаратом выбора в лечении наружных отитов бактериальной этиологии.

Литература

1. Pichichero M.E., Pichichero C.L. Persistent acute otitis media: Causative pathogens // *Pediatr Infect Dis J.* 1995. Vol. 14. P.178–183.
2. Bergeron M.G., Ahroheim C., Richard J.E. et al. Comparative efficacies of erythromycin-sulfisoxazole and cefaclor in acute otitis media: a double blind randomized trial // *Pediatr Infect Dis J.* 1987. Vol. 6. P.654–660.

3. Teele D.N., Klein J.O., Rosner B. et al. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in Greater Boston // *J Infect Dis.* 1989. Vol. 160. P.83–94.
4. Daly K.A., Brown J.E., Lindgren B.R. et al. Epidemiology of otitis media onset by six months of age // *Pediatrics.* 1999. Vol. 103. P.1158–1166.
5. Laphear B.P., Byrd R.S., Auringer P., Hall P.A. Increasing prevalence of recurrent otitis media among children in the United States // *Pediatrics.* 1997. Vol. 99. P.1–7.
6. Дайхес Н.А., Янов Ю.К. Наружные отиты. Клинические рекомендации. М., 2014. [Dajhes N.A., Janov Ju.K. Naruzhnye otity. Klinicheskie rekomendacii. M., 2014. (in Russian)].
7. Richard M., Rosenfeld I., Seth R. et al. Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa Executive Summary Otolaryngology // *Head and Neck Surgery.* 2014. Vol. 150(1S). P.1–524.
8. Juhn S. et al. The role of inflammatory mediators in the pathogenesis of otitis media and sequelae // *Clin. Exp.Otorhinolaryngol.* 2008. №1(3). P. 117–138.
9. Musa T.S., Bemu A.N., Grema U.S., Kirfi A.M. Pattern of otitis externa in Kaduna Nigeria // *The Pan African Medical journal.* 2015. Vol. 21. P. 165.
10. Туровский А.Б., Попова И.А., Шадрин Г.Б. Современные подходы к лечению наружного отита различной этиологии // *PMЖ.* 2017. №6. С. 420–423 [Turovskij A.B., Popova I.A., Shadrin G.B. Sovremennye podhody k lecheniju naruzhnogo otita razlichnoj jetiologii // *RMZh.* 2017. №6. S. 420–423 (in Russian)].
11. Никифорова Т.Н., Годжян Ж.Т. Рациональная фармакотерапия воспалительных заболеваний наружного уха // *PMЖ.* 2016. №4. С.236–239 [Nikiforova T.N., Godzhjan Zh.T. Racional'naja farmakoterapija vospalitel'nyh zabolevanij naruzhnogo uha // *RMZh.* 2016. №4. S.236–239 (in Russian)].
12. Козлов М.Я. Острые отиты у детей и их осложнения. Л.: Медицина. 1986. 232 с. [Kozlov M.Ja. Ostrye otity u detej i ih oslozhenenija. L.: Medicina. 1986. 232 s. (in Russian)].
13. Туровский А.Б., Крюков А.И. Острое воспаление наружного и среднего уха // *Consilium Medicum.* 2000. №8(2). С.323–325 [Turovskij A.B., Krjukov A.I. Ostroe vospalenie naruzhnogo i srednego uha // *Consilium Medicum.* 2000. №8(2). S.323–325 (in Russian)].
14. Каманин Е.И., Егорова О.А. Острый средний отит у детей: клиническое значение и антибактериальная терапия // *Клиническая антимикробная химиотерапия.* 2000. №2(2). С.57–62 [Kamanin E.I., Egorova O.A. Ostryj srednij otit u detej: klinicheskoe znanenie i antibakterial'naja terapija // *Klinicheskaja antimikrobnaja himioterapija.* 2000. №2(2). S.57–62 (in Russian)].
15. Тарасов Д.И., Федорова У.К., Быкова В.П. Заболевания среднего уха. М.: Медицина. 1988. 287 с. [Tarasov D.I., Fedorova U.K., Bykova V.P. Zabolevanija srednego uha. M.: Medicina. 1988. 287 s. (in Russian)].
16. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. и др. Острое воспаление среднего уха // *Вестник оторинолар.* 1997. №6. С.7–11 [Pal'chun V.T., Krjukov A.I., Kunel'skaja N.L., i dr. Ostroe vospalenie srednego uha // *Vestnik otorinolar.* 1997. №6. S.7–11 (in Russian)].
17. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита // *PMЖ.* 2002. Т.10. №20. С.1–11 [Kosjakov S.Ja., Lopatin A.S. Sovremennye principy lechenija ostrogo srednego, zatjanuvshegosja i recidivirujushhego ostrogo srednego otita // *RMZh.* 2002. T.10. №20. S.1–11 (in Russian)].
18. Стречунский Л.С., Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей // *Детский доктор.* 2000. №2. С.32–33 [Strachunskij L.S., Bogomil'skij M.R. Antibakterial'naja terapija ostrogo srednego otita u detej // *Detskij doktor.* 2000. №2. S.32–33 (in Russian)].
19. Froom J., Culppepper L., Grob P. et al. Diagnosis and antibiotic treatment of acute otitis media; report from international primary care network // *Br Med J.* 1990. Vol. 300. P.582–586.
20. Kozyrskyi A.L., Hildes-Ripstein G.E., Longstaffe S. et al. Short course antibiotics for acute otitis media // *Cochrane Library.* 2001. Issue 1.
21. Беликов А.С. Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии острых отоларингологических инфекций: автореф. ... дис. канд. мед. наук. Смоленск, 2001 [Belikov A.S. Farmakoepidemiologija antibakterial'noj terapii ostryh otolaringologicheskikh infekcij: avtoref. ... dis. kand. med. nauk. Smolensk, 2001 (in Russian)].