

Топическая антибактериальная терапия

В ПРАКТИКЕ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГА

В.М. СВИСТУШКИН, Е.А. ШЕВЧИК

Федеральное государственное автономное образовательное учреждение высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский университет): 119991, Россия, г. Москва, ул. Трубецкая, д. 8, стр. 2

Информация об авторах:

Свистушкин Валерий Михайлович – д.м.н., профессор, зав. кафедрой болезней уха, горла и носа Федерального государственного автономного образовательного учреждения высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М.

Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); e-mail: svvm3@yandex.ru

Шевчик Елена Александровна – к.м.н., ассистент кафедры болезней уха, горла и носа Федерального государственного автономного образовательного учрежде-

ния высшего образования «Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (Сеченовский Университет); тел.: +7 (499) 248-55-38; e-mail: elena.shevchik@gmail.com

РЕЗЮМЕ

В статье освещена проблема лечения наиболее актуальных воспалительных заболеваний ЛОР-органов, а именно острого риносинусита и острого среднего отита у взрослых и детей. Приводятся данные о применении топических антибактериальных препаратов в комплексной терапии данных заболеваний. Местная антибактериальная терапия воспалительных заболеваний верхних дыхательных путей позволяет значительно повысить эффективность лечения без риска возникновения нежелательных лекарственных реакций и антибиотикорезистентности.

Ключевые слова: острый риносинусит, острый средний отит, топическая антибактериальная терапия

Для цитирования: Свистушкин В.М., Шевчик Е.А. Топическая антибактериальная терапия в практике оториноларинголога. *Медицинский совет.* 2019; 8: 10-17. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-8-10-17>.

Конфликт интересов: авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

Topical antibacterial therapy

IN THE PRACTICE OF OTOLARYNGOLOGIST

Valery M. SVISTUSHKIN, Elena A. SHEVCHIK

Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov of the Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University): 119991, Russia, Moscow, Trubetskaya Street, 8, p. 2

Author credentials:

Svistushkin Valery Michailovich – Dr. of Sci. (Med), Professor, Head of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases, Federal State Autonomous Educational Institution of Higher Education «First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov», Ministry of Health of the

Russian Federation (Sechenov University); tel.: +7(916) 677-96-09; e-mail: svvm3@yandex.ru

Shevchik Elena Alexandrovna – Cand. of Sci. (Med.), Assistant of the Department of Ear, Throat and Nose Diseases of the Federal State Autonomous Educational

Institution of Higher Education «First Moscow State Medical University named after I.M. Sechenov», Ministry of Health of the Russian Federation (Sechenov University); tel.: +7(499) 248-55-38; e-mail: elena.shevchik@gmail.com

ABSTRACT

The article highlights the problem of treating the most urgent inflammatory diseases of the upper respiratory tract, namely acute rhinosinusitis and acute otitis media in adults and children. The data on the use of topical antibacterial drugs in the treatment of these diseases is presented. Local antibacterial therapy of the inflammatory diseases of the upper respiratory tract can significantly increase the effectiveness of treatment without the risk of unwanted drug reactions and antibiotic resistance.

Keywords: acute rhinosinusitis, acute otitis media, topical antibacterial therapy

For citing: Svistushkin V.M., Shevchik E.A. Topical antibacterial therapy in the practice of otolaryngologist. *Meditsinsky Sovet.* 2019; 8: 10-17. DOI: <https://doi.org/10.21518/2079-701X-2019-8-10-17>.

Conflict of interest: The authors declare no conflict of interest.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) являются актуальной проблемой в различных странах мира и стойко удерживают первое место среди инфекционных заболеваний [1]. В 95% случаев это острые вирусные респираторные инфекции [2].

На сегодняшний день существует достаточно большое количество видов вирусов, объединенных под термином «респираторные», причем с каждым годом появляются все новые и новые штаммы. Кроме того, возбудители очень изменчивы, поэтому концентрация специфических антител в слизистой оболочке оказывается низкой.

Наибольшая частота острых вирусных заболеваний отмечается у детей первых 3 лет жизни. Увеличение числа контактов, связанное с началом посещения детских дошкольных учреждений, приводит к учащению ОРЗ. Так, ребенок первых лет жизни может болеть до 10–15 раз в год, затем частота заболеваемости снижается, что объясняется приобретением специфического иммунитета [2].

Наиболее частым проявлением острых вирусных заболеваний являются острый риносинусит и фарингит. Частота данной патологии у детей составляет около 70% от всех заболеваний верхних дыхательных путей [1].

Нередко в воспалительный процесс вовлекается и слизистая оболочка среднего уха с возникновением среднего отита. Частота острого среднего отита, по данным некоторых авторов, составляет до 28% в структуре детской ЛОР-заболеваемости [3].

В основе патогенеза респираторных заболеваний лежит воспаление слизистой оболочки с развитием дистрофии, некроза и, как следствие, нарушение мукоцилиарного клиренса. В этой связи вирусная инфекция за счет отека, повышения экссудации нередко создает условия для развития бактериального воспаления как в полости носа и околоносовых пазухах, так и в полостях среднего уха.

Одной из самых распространенных патологий в практике ЛОР-врача на амбулаторном приеме является воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух [4].

Ежегодно в России острый риносинусит переносят около 10 млн человек вне зависимости от пола, возраста и социального статуса. Считается, что это заниженные показатели, т. к. пациенты с легкими формами заболевания не обращаются к врачу. В европейских странах распространенность данной патологии составляет 6–15%, в США около 15% взрослого населения страдает различными формами риносинусита [4].

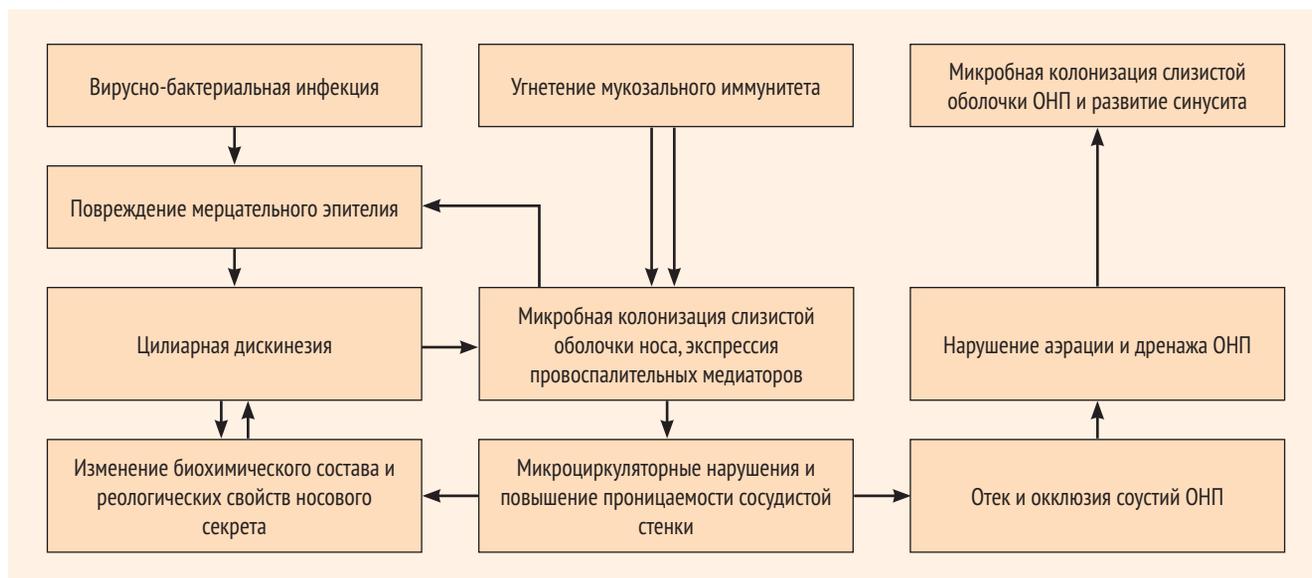
Данная проблема является актуальной не только среди взрослых, но и среди детей. Риносинусит составляет 28–30% патологии верхнего отдела дыхательных путей в детском возрасте, и эта цифра неуклонно растет [5]. Кроме этого, риносинуситы у детей могут приводить к серьезным осложнениям. По данным литературы, гнойно-септические процессы и другие осложнения встречаются в 94,7% случаев у детей до 3 лет. В 2,1% случаев при бактериальном риносинусите развиваются внутричерепные осложнения. Почти в половине случаев острый риносинусит сопровождается острой пневмонией [2].

В настоящее время, согласно Европейским рекомендациям, риносинусит (включая полипоз носа) определяется как воспаление слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, характеризующееся двумя или более симптомами, один из которых – назальная обструкция или выделения из носа (передние/задние); возможно присоединение боли и/или ощущения давления в области лица со снижением или потерей обоняния. У детей симптомом, свидетельствующим о наличии выделений, также является кашель [6].

Наиболее часто острый риносинусит является проявлением вирусной инфекции (70–80%) (рис. 1). Патогены

● **Рисунок 1.** Патогенез острого риносинусита [7]

● **Figure 1.** Pathogenesis of acute rhinosinusitis [7]



проникают внутрь клетки, инфицируют эпителиоциты и начинают размножаться. Это приводит к запуску противовирусного иммунного ответа. Выделяются противовоспалительные цитокины, возникает отек слизистой оболочки, нарушается мукоцилиарный транспорт. В дальнейшем присоединяется бактериальная микрофлора, и характер воспаления меняется.

Наиболее частыми возбудителями бактериального острого синусита являются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, реже *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* (у детей младшей группы), а также анаэробные микроорганизмы (6%) [4].

Согласно классификации EPOS 2012, выделяются вирусная форма острого риносинусита, острый поствирусный риносинусит и острый бактериальный риносинусит. Острый бактериальный риносинусит развивается в небольшом проценте случаев – от 0,5 до 2%. Хотя, по данным разных авторов, эта цифра может быть несколько выше – от 5 до 10% [5]. Степени тяжести риносинусита представлены в *таблице*.

Наиболее острым вопросом лечения острого риносинусита является назначение системной антибиотикотерапии. Зачастую необоснованное назначение данной группы препаратов приводит к росту антибиотикорезистентности. В то же время системные антибиотики необходимы в тяжелых случаях заболевания для предотвращения осложнений, поэтому огромное значение имеют критерии, определяющие наличие у пациента бактериального воспаления.

● **Таблица.** Степени тяжести риносинусита [4]

● **Table.** Grade of rhinosinusite [4]

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Отсутствие лихорадочной реакции. Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений
Средне-тяжелая	Температура не выше 38 °С. Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении головой или наклоне головы. Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит). Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений
Тяжелая	Температура выше 38 °С. Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи. Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

Согласно европейским согласительным документам, диагноз «острый бактериальный риносинусит» определяется наличием следующих симптомов: окрашенных выделений из полости носа, выраженной боли в области лица, а также подъема температуры тела выше 38 °С. В анализах крови при этом отмечается повышение СОЭ и концентрации С-реактивного белка [6]. Согласно рекомендациям Американского общества по инфекционным болезням, критериями для постановки диагноза «острый бактериальный риносинусит» является сохранение симптомов заболевания в течение 7–10 дней, появление второй волны симптомов после 5-го дня заболевания, начало заболевания с выраженных симптомов (лихорадки ≥ 39 °С и гнойных выделений из носа), сохраняющихся в течение 3–4 дней от начала заболевания [8].

При вирусном и поствирусном риносинусите, а также в комплексной терапии бактериального риносинусита огромную роль играет местное лечение. Наряду с интраназальными глюкокортикостероидами, ирригационной терапией применяются топические антибактериальные препараты.

Согласно рекомендациям по лечению риносинуситов, местные антимикробные препараты могут назначаться в комплексе с системным применением антибиотиков, а в некоторых случаях и как альтернативный метод лечения острых синуситов (уровень убедительности рекомендаций А, уровень достоверности доказательств I) [28].

Эффективность данной группы лекарственных средств во многом определяется возможностью проникновения непосредственно в очаг воспаления. Местное лечение хорошо переносится больными и уменьшает возможность развития аллергических реакций, осложнений со стороны желудочно-кишечного тракта и других неблагоприятных последствий системной антибиотикотерапии.

Одним из высокоэффективных топических антибактериальных препаратов для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний полости носа является назальный спрей Изофра (Лаборатории Бушара – Рекордати, Франция).

Основу назального спрея Изофра составляет антибиотик аминогликозидного ряда фрамицетин сульфат (800 000 Ед в 100 мл препарата). В фармакологии фрамицетин используется местно, т. к. плохо абсорбируется и не всасывается с поверхности слизистой оболочки полости носа/носоглотки, а значит, не попадает в системный кровоток и не оказывает системного действия [9].

Антибактериальная активность фрамицетина в составе препарата Изофра распространяется на основные группы возбудителей воспалительных заболеваний носа и носоглотки:

- грамположительные микроорганизмы: *Staphylococcus spp.*, некоторые штаммы *Streptococcus spp.*;
- грамотрицательные микроорганизмы: *Klebsiella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Proteus spp.*

Кроме того, бактерицидное действие препарат оказывает и на резистентные к пенициллинам и другим антибиотикам штаммы стафилококка.

Таким образом, применение препарата Изофра дает уникальную возможность использовать весь антимикробный потенциал аминогликозидного антибиотика против патогенных микроорганизмов верхних дыхательных путей и в то же время избежать побочных реакций, таких как ототоксическое действие, т. к. препарат не всасывается в системный кровоток [10].

Кроме того, мелкодисперсное распыление спрея Изофра позволяет распределить препарат на большей площади слизистой оболочки, тем самым создавая оптимальную концентрацию антибиотика непосредственно в очаге бактериального воспаления [11].

Изофра назначается из расчета по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 4–6 р/сут у взрослых пациентов и 3 р/сут у детей. Важно, что назальный спрей Изофра может применяться без возрастных ограничений и может быть использован даже у самых маленьких пациентов в лечении риносинусита, ринофарингита и аденоидита.

Изофра также применяется для профилактики послеоперационных бактериальных осложнений при внутриносовой хирургии и аденотомии [12].

Эффективность препарата подтверждается данными ряда клинических исследований [12, 13].

Отечественные специалисты оценили терапевтический эффект и минимум нежелательных реакций при применении препарата. Как следствие, антибактериальный спрей включен в стандарты первичной медико-санитарной помощи МЗ РФ при остром и хроническом синусите [14, 15].

Представляем клиническое наблюдение. Пациент С. 37 лет обратился в клинику болезней уха, горла и носа с жалобами на затрудненное носовое дыхание, гнойное отделяемое из полости носа, стекание отделяемого по задней стенке глотки, тяжесть в проекции обеих верхнечелюстных пазух. Данные жалобы беспокоили в течение 1 нед. после перенесенной ОРВИ, которую пациент лечил самостоятельно, принимал противовирусные препараты, сосудосуживающие капли в нос, таблетки от боли в горле. На фоне данной терапии сначала отметил улучшение состояния, но через 5 дней снова появилось отделяемое из полости носа на фоне затрудненного носового дыхания. При осмотре отмечалось гнойное отделяемое в полости носа и средних носовых ходах с обеих сторон. Риноскопическая картина представлена на *рисунке 2*.

Согласно данным конусно-лучевой компьютерной томографии околоносовых пазух отмечалось утолщение слизистой обеих верхнечелюстных пазух и клеток решетчатого лабиринта, их неомогенное затемнение. Пациенту поставлен диагноз: острый поствирусный риносинусит. С учетом отсутствия повышения температуры тела, а также выраженного болевого синдрома решено воздержаться от применения системной антибиотикотерапии. Для лечения рекомендовано использование интраназальных глюкокортикостероидов, местной антибактериальной терапии (спрей Изофра по 1 впрыскиванию 4 р/сут). Через 1 нед. на контрольном осмотре – общее состояние удовлетворительное, жалоб пациент не предъявлял. При осмотре гнойное отделяемое в полости носа отсутствовало,

- **Рисунок 2.** Эндоскопическая картина правой половины носа
- **Figure 2.** Endoscopic picture of the right side of the nose



Гнойное отделяемое в правом носовом ходе

сохранились незначительный отек слизистой носа и небольшое количество слизистого отделяемого в носовых ходах. Лечение рекомендовано продолжить до 10 дней.

Еще одно осложнение респираторной вирусной инфекции, широко встречающееся в практике оториноларинголога, – острый средний отит (ОСО). Связь полости среднего уха с носоглоткой через евстахиеву трубу обуславливает возможность проникновения инфекции с развитием воспалительного процесса в барабанной полости и клеточной системе сосцевидного отростка. Распространенность данной патологии достаточно велика и составляет 20–30% ЛОР-заболеваний [16].

Проблема лечения ОСО у взрослых до сих пор остается одной из достаточно актуальных в современной оториноларингологии. Обусловлено это большой распространенностью и частотой случаев невосприимчивости микрофлоры к основным антибиотикам, повышением вирусных поражений среднего уха, неудовлетворительными результатами лечения, а нередко и переходом острого воспаления в хроническую форму [17–19].

Заболевание характеризуется в одних случаях легким течением, его симптомы проходят даже без лечения в течение 2–3 сут, в других – отличается тяжелым и затяжным течением, а в некоторых случаях принимает характер рецидивирующего течения. Вероятность развития в таких случаях внутричерепных осложнений (менингит, абсцесс мозга) или тромбоза сигмовидного синуса, лабиринтита, пареза лицевого нерва, мастоидита, сепсиса остается довольно высокой [19, 20]. Кроме этого, заболевание может стать причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых [21].

Не менее актуальна данная проблема и у пациентов детского возраста. В США в настоящее время ОСО является одним из самых распространенных заболеваний детского возраста [22]. По данным Health Maintenance Organization, у 48% детей отмечаются однократные эпи-

зоды острого перфоративного или неперфоративного среднего отита в первые 6 мес. жизни или более 2 эпизодов за 12 месяцев жизни [23]. Другие исследования продемонстрировали, что к годовалому возрасту 62,4% детей переносят ОСО однократно, а 17,3% – три и более эпизодов этого заболевания. К 3-летнему возрасту ОСО переносят 71% детей. До 95% детей переносят хотя бы один эпизод ОСО за первые 7 лет жизни [24]. Рецидивирующее течение ОСО приводит к развитию хронической воспалительной патологии среднего уха, прогрессирующему понижению слуха, вызывая нарушение формирования речи и общего развития ребенка.

В классификации заболевания выделяют следующие формы:

1. **ОСО** – остро развившееся воспаление полостей среднего уха, проявляющееся 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 нед. 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.
2. **Затянувшийся ОСО** характеризуется наличием симптомов воспаления среднего уха в течение 3–12 мес. после 1 или 2 курсов терапии антибиотиками.
3. **Рецидивирующий ОСО** определяется при наличии 3 или более отдельных эпизодов ОСО за период 6 мес. или 4 и более эпизодов за период 12 мес.

Одним из направлений терапии ОСО является восстановление функции слуховой трубы. Для этого на разных стадиях заболевания проводят туалет и анемизацию полости носа, анемизацию носоглоточного устья слуховой трубы, катетеризацию слуховой трубы, пневмомассаж барабанной перепонки.

Рекомендовано использование назальных деконгестантов, а также интраназальных глюкокортикостероидов. Не следует забывать о лечении заболеваний, приведших к тубарной дисфункции. Ими чаще всего являются острый и обострение хронического назофарингита, синуситы, которые вызывают инфекционно-аллергическое воспаление в области глоточного устья слуховой трубы [25].

Основным методом лечения ОСО является системная антибактериальная терапия, хотя не все формы данной патологии требуют назначения антибиотиков, т. к. острое воспаление среднего уха чаще является осложнением респираторно-вирусной инфекции, особенно в детском возрасте. Отечественные и зарубежные рекомендательные документы указывают на обязательное назначение антибиотиков во всех случаях заболевания у детей младше 2 лет, при затянувшемся среднем отите и рецидивирующем ОСО в любом возрасте, а также пациентам с иммунодефицитными состояниями [26].

Огромное место в лечении ОСО занимают топические препараты. Топическое применение антимикробных

средств позволяет создать необходимую концентрацию антибиотика в очаге воспаления, избегая неблагоприятного системного воздействия.

Ушные капли на основе аминогликозидов воздействуют на основные патогенные микроорганизмы, вызывающие отиты, но их применение эндоурально ограничено вследствие ототоксичности.

Ушные капли на основе фторхинолонов имеют широкий спектр антибактериальной активности, не обладают ототоксическим действием, однако их применение в детском возрасте ограничено. Рекомендовано ограничить широкое применение топических фторхинолонов эндоурально в связи с развитием лекарственной устойчивости, нарастанием вирулентности микроорганизмов, вызывающих средний отит [27].

Последние обзоры литературы показали, что применение фторхинолонов ассоциировано с инвалидизацией и длительными серьезными побочными эффектами, которые могут вовлекать сухожилия, мускулатуру, суставы, периферические нервы и центральную нервную систему. Применение фторхинолонов противопоказано в детской практике в связи с их негативным действием на растущую соединительную и хрящевую ткань [28].

В последнее время в лечении средних отитов отмечается тенденция к росту лекарственной устойчивости, нарастанию вирулентности микроорганизмов, вызывающих средний отит. Поэтому в настоящее время предпочтение рекомендовано отдавать ушным каплям на основе антибиотика рифамицина [27].

Ушные капли Отофа (Лаборатории Бушара – Рекордати, Франция) – единственные антибактериальные ушные капли с рифамицином в составе. Препарат обладает широким спектром антибактериальной активности, включающим грамположительные и грамотрицательные кокки (стафилококки, в т. ч. пенициллинрезистентные штаммы, стрептококки, менингококки), грамотрицательные аэробные возбудители (многие виды протей, кишечная палочка, гемофильная палочка (в т. ч. некоторые штаммы, резистентные к цефалоспорином)), к нему не отмечена резистентность микроорганизмов.

Таким образом, спектр действия рифамицина позволяет с успехом применять препарат именно при инфекционно-воспалительных заболеваниях среднего уха, т. к. он активен в отношении большинства бактерий, вызывающих данную патологию.

Важным является тот факт, что ушные капли Отофа представляют собой водный раствор антибиотика, что исключает болезненные ощущения при введении препарата. Присутствие же в составе макромолекулярного линейного полимера, удлиняет время контакта действующего вещества и делает препарат активным даже в условиях патологического отделяемого [29].

Рифамицин не является ототоксичным антибиотиком, поэтому Отофа может широко применяться при лечении перфоративных ОСО, а также при обострении хронических мезотимпанитов и эпитимпанитов и при воспалении послеоперационной полости среднего уха.

Эффективность препарата Отофа подтверждена в многочисленных клинических исследованиях [16, 30, 31]. Так, на кафедре оториноларингологии педиатрического факультета РГМУ проводилось исследование с целью определения эффективности и переносимости препаратов Отофа в комплексном лечении ОСО и наружного диффузного отита у детей от 0 до 14 лет.

В исследуемую группу вошли 55 детей от 0 до 14 лет с острым средним неперфоративным отитом, острым гнойным средним отитом, а также обострением хронического гнойного среднего отита. Лечение ушными каплями Отофа было назначено пациентам основной группы на 2–4-й день от начала заболевания. Препарат Отофа применялся по 3 капли 3 р/сут. Средняя продолжительность курса лечения составила 7 дней. Местное лечение в контрольной группе осуществлялось с использованием традиционных средств.

Оценка проводилась на основании клинических субъективных симптомов (головная боль, боль в ухе, ощущение заложенности, снижение слуха, наличие отделяемого) и объективных данных (изменение цвета и инфильтрации барабанной перепонки, изменение количества и характера отделяемого, данные исследования слуха и анализов крови). Анализ динамики субъективных и объективных данных показал, что уже в первые 3 сут отмечалось уменьшение или исчезновение боли, заложенности, улучшение слуха у 47 (86%) детей основной группы. В контрольной группе этот показатель составил 40% (6 детей).

На 7-й день данные жалобы отсутствовали у 53 (96%) детей в основной группе и у 11 (73%) детей контрольной группы. Стоит отметить, что во всех случаях пациенты и их родители отмечали хорошую переносимость препарата, ни в одном случае не было аллергических реакций [16].

Благодаря доказанной эффективности ушные капли Отофа включены в клинические рекомендации МЗ РФ по лечению средних отитов [32].

Взрослым Отофу закапывают в наружный слуховой проход по 5 капель 3 р/сут, детская доза составляет 3 капли 3 р/сут. Перед использованием препарата флакон согревается в руке, чтобы избежать неприятных ощущений, связанных с попаданием холодной жидкости в ухо.

В заключение приводим клинический пример. Пациентка К. 32 лет поступила в клинику болезней уха, горла и носа УКБ № 1 Первого МГМУ им. И.М. Сеченова (Сеченовский Университет) с жалобами на интенсивную боль в левом ухе, снижение слуха на левое ухо, ощущение переливания жидкости в левом ухе. Данные жалобы беспокоили в течение суток после перенесенной 5 дней назад ОРВИ. Пациентка лечилась самостоятельно (полоскала горло раствором антисептика, принимала противовирусный препарат, закапывала в нос сосудосуживающие капли).

При осмотре со стороны ЛОР-органов искривление перегородки влево с образованием гребня. При отоскопии наружный слуховой проход слева (AS) широкий, сво-

ПОДБЕРИ ПРАВИЛЬНОЕ ЛЕЧЕНИЕ!

РИНИТ, РИНОСИНУСИТ, РИНОФАРИНГИТ

Широкий антибактериальный спектр¹



Комплексное действие²



¹ Радциг Е.Ю., Злобина Н.В. Топические антибиотики в лечении острого аденоидита у детей. Педиатрия.2015;5

² Гарашенко Т.И., Тарасова Г.Д. и соавт. Современные возможности терапии риносинусита в детском возрасте. Мед Совет. Педиатрия. 2018;2

Информация для работников здравоохранения

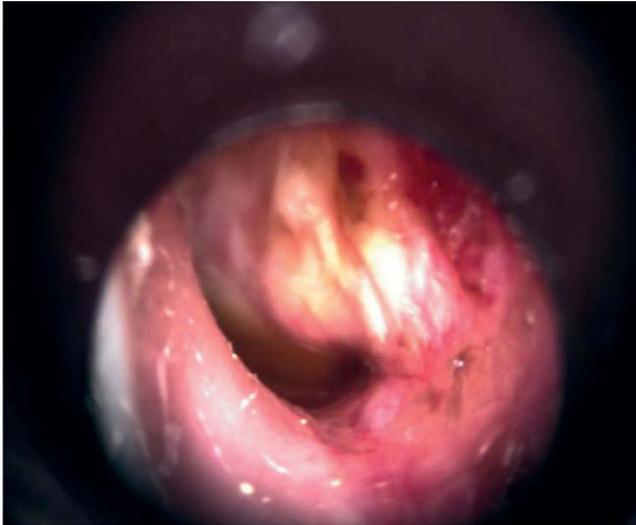
Подробная информация - см. инструкции по применению лекарственных препаратов

ООО «Русфик», группа компаний Рекордати:
Россия, 123610 г. Москва, Краснопресненская наб., д. 12
Телефон: +7 (495) 225 80 01; Факс: +7 (495) 258 20 07
E-mail: info@rusfic.com



LABORATOIRES BOUCHARA-RECORDATI
Лаборатории Бушара-Рекордати, Франция

- **Рисунок 3.** Отоскопическая картина (AS)
- **Figure 3.** Otoscopic picture (AS)

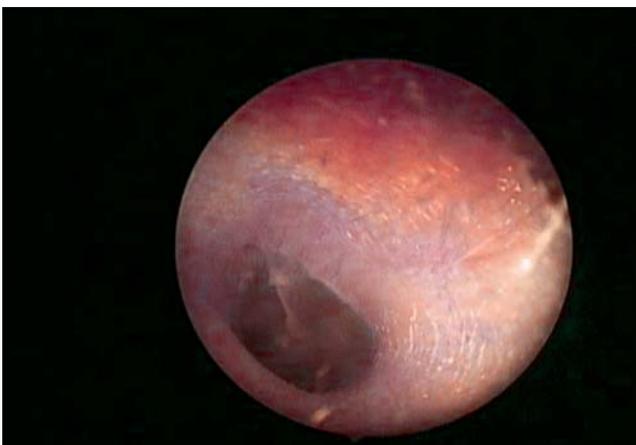


Барабанная перепонка утолщена, гиперемирована, выбухает в задних отделах. Опознавательные пункты не определяются

бодный. Барабанная перепонка утолщена, гиперемирована, выбухает в задних отделах, опознавательные пункты сглажены. Отоскопическая картина (AS) представлена на *рисунке 3*.

С учетом анамнеза и данных отоскопии пациентке поставлен диагноз: острый левосторонний гнойный средний отит. Под местной инфильтрационной анестезией проведено радиоволновое шунтирование барабанной перепонки слева, при этом получено около 1 мл гнойного отделяемого. В дальнейшем проведено консервативное лечение с применением системной антибактериальной терапии (амоксиклав 1000 мг 2 р/сут в течение 7 дней), анемизация устья слуховой трубы слева.

- **Рисунок 4.** Отоскопическая картина. Барабанная перепонка (AS)
- **Figure 4.** Otoscopic picture. Eardrum (AS)



В качестве местного антибактериального препарата были назначены ушные капли Отофа (по 5 капель 3 р/сут в течение 7 дней), не обладающие ототоксическим эффектом.

На фоне проведенного лечения уже на 3-и сутки гнойное отделяемое отсутствовало, боль в ухе не беспокоила. Сохранялась гиперемия барабанной перепонки в верхних отделах. При самопродувании через перфорацию выделялось небольшое количество слизистого отделяемого. Следует отметить, что окрашивание препаратом барабанной перепонки и кожи наружного слухового прохода не повлияло на оценку количества отделяемого и степени гиперемии барабанной перепонки.

При осмотре через 7 дней согласно данным отоскопии в задненижнем квадранте барабанной перепонки сохранялась перфорация диаметром 1 мм. Барабанная перепонка серого цвета с незначительной остаточной гиперемией в задневерхних отделах. При выполнении пробы Вальсальвы отделяемого не получено.

Таким образом, ушные капли Отофа показали себя как высокоэффективный антибактериальный препарат, быстро купирующий явления бактериального воспаления в полости среднего уха, что позволяет рекомендовать его в лечении среднего отита у детей и взрослых. Следует отметить, что окрашивание перепонки и наружного слухового прохода при применении препарата не затрудняет оценку отоскопической картины. Данные отоскопии (левое ухо, AS) до и после применения капель Отофа представлены на *рисунках 4 и 5*.

Широкое распространение воспалительных заболеваний ЛОР-органов обуславливает необходимость внедрения в практику топических лекарственных средств, способствующих более эффективной терапии данной патологии. Местное лечение обычно хорошо переносится больными и уменьшает возможность развития аллергических реакций, осложнений со стороны ЖКТ, а также вносит вклад в решение проблемы антибиотикорезистентности.



Поступила/Received 18.03.2019

- **Рисунок 5.** Отоскопическая картина. Барабанная перепонка (AS) после применения капель Отофа
- **Figure 5.** Otoscopic picture. Eardrum (AS) after application of Otofа droplets



- Малкох А.В., Анастасевич Л.А., Боткина А.С. Острые респираторные заболевания и возможности иммуномодулирующей терапии. *Лечащий врач*. 2008;8. <https://www.lvrach.ru/2008/08/5615064/>. Ссылка активна на 25.02.2019. [Malkoch A.V., Anastasevich L.A., Botkina A.S. Acute respiratory diseases and immunomodulatory therapy. *Lechaschi Vrach [Lechashnij vrach]*. 2008;8. <https://www.lvrach.ru/2008/08/5615064/> Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Учайкин В.Ф., Нисевич Н.И., Шамшева О.В. Инфекционные болезни у детей. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. [Uchajkin V.F., Nisevich N.I., Shamsheva O.V. Infectious diseases in children. M.: GEOTAR-Media, 2006.] (In Russ.)
- Карпова Е.П. Рациональная местная антибактериальная терапия при синуситах у детей. *Российская оториноларингология*. 2005;2(15):111–114 [Karpova E.P. Rational local antibacterial therapy for sinusitis in children. *Russian otorhinolaryngology [Rossijskaja otorinolaringologija]*. 2005;2(15):111–114.] (In Russ.)
- Лопатин А.С., Свистушкин В.М. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации. М.: Российское общество ринологов. 2009. [Lopatin A.S., Svistushkin V.M. Acute rhinosinusitis: Etiology, pathogenesis, diagnosis and treatment principles. Clinical recommendations. Moscow: Russian Society of Rhinologists. 2009.] (In Russ.)
- Богомильский М.Р., Стрauchинский Л.С. Актуальные вопросы оториноларингологии детского возраста в фармакотерапии болезнью ЛОР-органов. М., 2001:21–33. [Bogomil'skij M.R., Strachunskij L.S. Topical issues of pediatric otorhinolaryngology in pharmacotherapy of ENT-organ diseases M., 2001:21–33.] (In Russ.)
- Fokkens W.J., Lund V.J., Mullot J. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012. *Rhinology*. 2012;50(1):1–12.
- Носуля Е.В., Ким И.А. Острый риносинусит в амбулаторной практике. *Consilium medicum*, 2005;07. http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/05_04/300.shtml. [Nosulya E.V., Kim I.A. Acute rhinosinusitis in outpatient practice. *Consilium medicum*, 2005, 07/N http://old.consilium-medicum.com/media/consilium/05_04/300.shtml Accessed 25.02.19.] (In Russ.)
- Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults. *Clinical Infection Diseases*. 2012;54(8):72–112.
- База данных NCI Thesaurus. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/source/NCIt>. Ссылка активна на 25.02.2019. [NCI Thesaurus. <https://pubchem.ncbi.nlm.nih.gov/source/NCIt> Accessed 25.02.19.] (In Russ.)
- Изофра. Инструкция по применению. https://medi.ru/instrukciya/izofra_6270/ Ссылка активна на 25.02.2019. [Isofra. Instructions for use. https://medi.ru/instrukciya/izofra_6270/ Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Свистушкин В.М., Синьков Э.В. Воспалительные заболевания полости носа и околоносовых пазух. Роль средств местной терапии. *Медицинский совет*. 2016;18. [Svistushkin V.M., Sin'kov E.H.V. Inflammatory diseases of the nasal cavity and perirhinal sinuses. Role of local therapy. *Medical advice [Medicinskij sovet]*. 2016;18.] (In Russ.)
- Лайко А.А., Бредун А.Ю. Опыт применения препаратов Изофра и Полидекса с фенилэфрином в детской оториноларингологии. <https://medi.ru/info/12664/> Ссылка активна на 25.02.2019. [Lajko A.A., Bredun A.YU. Experience in using Isofra and Polydexa with phenylephrine in pediatric otorhinolaryngology. <https://medi.ru/info/12664/> Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Рязанцев С.В. Отофа, изофра и полидекса – новые препараты для лечения отитов и риносинуситов. *Новости оториноларингологии и логопатологии Санкт-Петербурга*. 2001;21:115–116. [Ryazancev S.V. Otofа, isoфра and polydexa are new drugs for treating otitis and rhinosinusitis. *News of otorhinolaryngology and logopathology St. Petersburg [Novosti otorinolaringologii i logopatologii Sankt-Peterburg]*. 2001;21:115–116.] (In Russ.)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 24 декабря 2012 г. № 1395н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при хроническом синусите». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of 24 December 2012 No. 1395n «On Approval of the Primary Health Care Standard in Chronic sinusitis».] (In Russ.)
- Приказ Министерства здравоохранения РФ от 20 декабря 2012 г. № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите». [Order of the Ministry of Health of the Russian Federation of December 20, 2012 No. 1201n «On Approval of the Primary Health Care Standard in case of Acute sinusitis».] (In Russ.)
- Карпова Е.П., Усеня Л.И. Современный подход к лечению острого среднего отита у детей. <https://cyberleninka.ru/article/v/sovremennyy-podhod-k-lecheniyu-ostrogo-srednego-otita-u-detey>. Ссылка активна на 25.02.19 [Karpova E.P. Usenya L.I. Modern approach to the treatment of acute otitis media in children. <https://cyberleninka.ru/article/v/sovremennyy-podhod-k-lecheniyu-ostrogo-srednego-otita-u-detey> Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Кравченко Д.В. Результаты обследования и лечения больных острым гнойным средним отитом. *Новости оториноларингологии и логопатологии*. 2002;1:77–78. [Kravchenko D.V. Results of examination and treatment of patients with acute purulent otitis media. *News of otorhinolaryngology and logopathology [Novosti otorinolaringologii i logopatologii]*. 2002;1:77–78.] (In Russ.)
- Николаев М.П., Байкова Н.Э., Зайцев В.М. Современные подходы к местной терапии при отите. *Рос. оторинол.* 2005;3(16):82–84. [Nikolaev M.P., Bajkova N.E., Zajcev V.M. Modern approaches to local therapy for otitis. *Russian otorhinolaryngology [Rossijskaja otorinolaringologija]*. 2005;3(16):82–84.] (In Russ.)
- Овчинников А.Ю. Опыт использования препарата кандибиотик в оториноларингологической практике. *Рос. оторинол.* 2004;4(11):101–103. [Ovchinnikov A.YU. Experience of using the drug candibiotic in otorhinolaryngological practice. *Russian otorhinolaryngology [Rossijskaja otorinolaringologija]*. 2004;4(11):101–103.] (In Russ.)
- Туровский А.Б., Крюков А.И. Острое воспаление наружного и среднего уха. *Consilium Medicum*. 2000;8: 323–325 [Turovskij A.B., Kryukov A.I. Acute inflammation of the outer and middle ear. *Consilium Medicum*. 2000;8:323–325.] (In Russ.)
- Загорянская М.Е., Румянцева М.Е., Каменецкая С.Б. Роль эпидемиологического исследования слуха в ранней диагностике сенсоневральной тугоухости у взрослых. Тез. конференции «Современные методы диагностики и реабилитации больных с патологией внутреннего уха». 1997:23–24. [Zagoryanskaya M.E., Rumyanцева M.E., Kamenceckaya S.B. The role of epidemiological hearing research in early diagnosis of sensorineural hearing loss in adults. Theses of the conference «Modern methods of diagnostics and rehabilitation of patients with inner ear pathology». 1997:23–24.] (In Russ.)
- Pichichero M.E., Pichichero C.L. Persistent acute otitis media: Causative pathogens. *Pediatr Infect Dis J*. 1995;14:178–83.
- Daly K.A., Brown J.E., Lindgren B.R. et al. Epidemiology of otitis media onset by six months of age. *Pediatrics*. 1999;103:58–66.
- 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;160:83–94.
- Карманые рекомендации «Ведение пациентов с острыми воспалительными заболеваниями верхних отделов дыхательных путей» под ред. проф. В.М. Свистушкина. Приложение к журналу «Медицинский совет». 2017. [Pocket recommendations «Management of patients with acute inflammatory diseases of the upper respiratory tract» under the editorship of Prof. V.M. Svistushkin. Appendix to the journal «Medical advice [Medicinskij sovet]». 2017.] (In Russ.)
- Этиопатогенетическая терапия острых средних отитов: Методические рекомендации под ред. С.В. Рязанцева. СПб.: Полифорум Групп, 2015 [Etiopathogenetic Therapy of Acute Otitis Media: Methodological Recommendations under the editorship of S.V. Ryazantsev. St. Petersburg: Polyforum Group, 2015.] (In Russ.)
- Резолюция совета экспертов НМАО по проблеме антибиотикотерапии в оториноларингологии, Кисловодск, 04.11.2018 г. *Российская оториноларингология*. 2019;18:1(98). [Resolution of the NMAO Council of Experts on Antibiotic Therapy in Otorhinolaryngology, Kislovodsk, 04.11.2018 *Russian otorhinolaryngology [Rossijskaja otorinolaringologija]*. 2019;18:1(98).] (In Russ.)
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый синусит», 2016. [Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation «Acute sinusitis»] (In Russ.)
- Свистушкин В.М., Овчинников А.Ю., Никифорова Г.Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему. *Российская оториноларингология*. 2005;3(16):93–96. [Svistushkin V.M., Ovchinnikov A.YU., Nikiforova G.N. Local therapy for inflammatory diseases of the outer and middle ear. Modern view on the problem. *Russian otorhinolaryngology [Rossijskaja otorinolaringologija]*. 2005;3(16):93–96.] (In Russ.)
- Балаянская Г.Л. Результаты применения ушных капель отофа и полидекса при лечении острых средних и наружных отитов у детей. *Вестник оториноларингологии*. 2003;3:53–54. [Balyasinskaya G.L. Results of application of otofа and polydexа ear drops in the treatment of acute middle and external otitis in children. *Herald of otorhinolaryngology [Vestnik otorinolaringologii]*. 2003;3:53–54. Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Богомильский М.Р., Балаянский Г.Л., Минасян В.С., Люманова С.Р. Отофа (рифампицин) в лечении острых средних отитов у детей. 2003. <https://medi.ru/info/12050/> Ссылка активна на 25.02.2019. [Bogomil'skij M.R., Balyasinskij G.L., Minasyan V.S., Lyumanova S.R. Otofа (rifamycin) in the treatment of acute otitis media in children. 2003 <https://medi.ru/info/12050/>. Accessed 25.02.2019.] (In Russ.)
- Клинические рекомендации МЗ РФ «Острый средний отит», 2016. [Clinical recommendations of the Ministry of Health of the Russian Federation «Acute otitis media» 2016.] (In Russ.)