

В.Я. КУНЕЛЬСКАЯ, д.м.н., профессор, Г.Б. ШАДРИН, к.м.н., Т.В. РАСКАЗОВА, И.Б. КАЛИНИНА,
ГБУЗ «Московский научно-практический Центр оториноларингологии им. Л.И. Свержевского» ДЗМ

СРЕДНИЙ ОТИТ.

РОЛЬ БАКТЕРИАЛЬНОЙ И ГРИБКОВОЙ ИНФЕКЦИИ

Воспалительные заболевания уха являются одной из самых актуальных проблем в оториноларингологии. Среди больных амбулаторно-поликлинического звена доля больных разными формами отита достигает 34%. По данным бюро городской медицинской статистики Департамента здравоохранения города Москвы, за 2003–2010 гг. доля больных средним отитом среди пациентов с заболеваниями уха ЛОР-кабинетов городских поликлиник достигает в среднем 50%.

Ключевые слова: острый катаральный средний отит, острый гнойный средний отит, хронический гнойный средний отит, Кандибиотик

В структуре острого среднего отита этиологическим фактором в 43,5% являются *S.pneumoniae*, в 40,3% – *H.influenzae*, в 7,1% – *S.pyogenes*, в 5,8% – *M.catarrhalis*, *Staphylococcus spp.* – в 3,3%.

По данным нашего Центра, у каждого пятого пациента, страдающего хроническим гнойным средним отитом (ХГО), в составе возбудителей при обследовании во время обострения выделяют дрожжеподобные грибы.

Оптимальным в лечении среднего отита считается доставка лекарства непосредственно в очаг воспаления, минуя органы пищеварительного тракта, кровеносную систему и органы выделительной системы, что позволяет добиться создания высокой концентрации за счет накопления ЛС непосредственно в очаге инфекции, а также исключает возможность нежелательных явлений и побочного действия, связанных с системным применением препарата.

В арсенале практического врача имеются комбинированные местные ЛС, содержащие в своем составе антибактериальные, противогрибковые препараты, кортикостероиды, анестетики. Входящий в состав комбинированных препаратов антибиотик зачастую ототоксичен, что делает возможным его применение только при наружном отите.

Средством выбора при лечении больных средним отитом является препарат Кандибиотик компании «Гленмарк» в связи с тем, что это комплексный препарат, в состав которого помимо клотримазола, беклометазона и лидокаина входит неототоксичный антибиотик – хлорамфеникол и вспомогательные вещества – пропиленгликоль и глицерин.

Хлорамфеникол – противомикробное средство широкого спектра действия, синтетический антибиотик, идентичный природному продукту жизнедеятельности микроорганизма *Streptomyces venezuelae*. Механизм антимикробного действия связан с нарушением синтеза белков микроорганизмов. Обладая антибактериальным и бактериостатическим действием, хлорамфеникол активен по отношению ко многим грамположительным и грамотрицательным микроорганизмам, эффективен в отношении многих грамположительных

кокков (стафилококков, стрептококков, пневмококков, энтерококков), грамотрицательных кокков (гонококков и менингококков), бактерий (кишечной и гемофильной палочки, сальмонелл, шигелл, клебсиелл, серраций, иерсиний, протей), анаэробов, риккетсий, спирохет, некоторых крупных вирусов (возбудителей трахомы). Хлорамфеникол действует на штаммы, толерантные к пеницилинам, аминогликозидам, цефалоспорином, тетрациклину, сульфаниламидам. Устойчивость к нему микроорганизмов развивается относительно медленно.

■ Оптимальным в лечении среднего отита считается доставка лекарства непосредственно в очаг воспаления, минуя органы пищеварительного тракта, кровеносную систему и органы выделительной системы, что позволяет добиться создания высокой концентрации за счет накопления ЛС непосредственно в очаге инфекции, а также исключает возможность нежелательных явлений и побочного действия, связанных с системным применением препарата

Беклометазона дипропионат — глюкокортикостероид. Оказывает противовоспалительное и противоаллергическое действие.

Лидокаина гидрохлорид — местно анестезирующее средство. Вызывает обратимую блокаду проведения импульса по нервным волокнам за счет блокирования прохождения ионов натрия через мембрану.

Клотримазол – противогрибковое средство для местного применения из группы производных имидазола. Нарушает синтез эргостерола (основной структурный компонент клеточной мембраны грибов), изменяет проницаемость мембраны гриба, способствует выходу из клетки калия, внутриклеточных соединений фосфора и распаду клеточных нуклеиновых кислот. Провоцирует лизис грибковой клетки. Ингибирует трансформацию бластоспор *Candida albicans* в инвазивную мицелиальную форму. Клотримазол действует главным образом на растущие и делящиеся микроорганизмы.

мы. Штаммы грибов, имеющих естественную резистентность к клотримазолу, встречаются редко.

Благодаря своим составляющим Кандибиотик обладает выраженными местными анестезирующим, противовоспалительным, противоаллергическим, антибактериальным и антимикотическим свойствами. Выпускается в виде ушных капель во флаконах темного стекла по 5 мл в комплекте с пробкой-пипеткой.

Целью нашей научно-исследовательской работы (НИР) явилось изучение клинической и микробиологической эффективности и переносимости ЛС Кандибиотик в составе комплексной терапии при лечении амбулаторных пациентов с острым катаральным средним отитом (ОКСО), с острым гнойным средним отитом (ОГСО) в стадии перфорации и с обострением ХГСО (мезотимпанита).

Материалы и методы. В НИР было включено 140 больных. Из них **70 больных – основная группа** – с документально подтвержденным диагнозом среднего отита, были разделены на 3 подгруппы: 1-я подгруппа – 25 больных ОКСО; 2-я подгруппа – 25 больных ОГСО в стадии перфорации и 3-я подгруппа – 20 пациентов с обострением ХГСО (мезотимпанита).

Все больные основной группы получали в качестве местного лечения ЛС Кандибиотик, при этом больным 1-й подгруппы препарат вводили в наружный слуховой проход на ватной турунде на 5 ч 3 раза в сутки в течение 7 дней. Больные 2-й и 3-й подгрупп получали лечение с помощью самостоятельного трансстимпанального нагнетания в барабанную полость 5 капель лекарственного средства 3 раза в сутки в течение 7 дней.

Средством выбора при лечении больных средним отитом является препарат Кандибиотик компании «Гленмарк» в связи с тем, что это комплексный препарат, в состав которого помимо клотримазола, беклометазона и лидокаина входит неототоксичный антибиотик – хлорамфеникол и вспомогательные вещества – пропиленгликоль и глицерин

Контрольная группа (70 больных) сформирована по ретроспективным данным со случайной выборкой из амбулаторных карт пациентов, ранее получавших лечение по поводу ОКСО, ОГСО и ХГСО (мезотимпанита). Все больные группы сравнения разделены на 3 подгруппы. 1А подгруппа – 25 больных ОКСО; 2А подгруппа – 25 больных ОГСО в стадии перфорации и 3А подгруппа – 20 пациентов с обострением ХГСО (мезотимпанита).

Все больные группы сравнения получали в качестве местных лекарственных препаратов Отипакс по 5 капель 3 раза в день в больное ухо – при ОКСО (1А подгруппа); Ципромед – по 5 капель 3 раза в день в больное ухо или

«отофа» по 5 капель 3 раза в день в больное ухо или Комбинил дуо – по 5 капель 2 раза в день при ОГСО в стадии перфорации (2А подгруппа) и при обострении ХГСО (мезотимпанита) (3А подгруппа).

Все пациенты как основной, так и контрольной группы также получали следующую терапию отита: амоксициллин (Флемоксин солютаб) – по 500 мг 2 раза в сутки перорально в течение 7 дней; левоцетеризин (Гленцет) – по 10 мг 1 раз в сутки перорально в течение 7 дней; 0,01% раствор нафазолина – по 4–6 капель в нос на стороне пораженного уха 3 раза в день в течение 7 дней.

Все пациенты основной и контрольной групп были сходны по полу, возрасту, характеру и давности заболевания, т. е. однородны для итоговой оценки эффективности, проведенной в сроки окончания лечения.

Оценку таких жалоб, как боль в ухе, локальную головную боль на стороне больного уха и снижение остроты слуха на больное ухо пациенты осуществляли самостоятельно по 10-балльной сенсорно-аналоговой шкале (САШ), где 0 баллов – полное отсутствие ощущений, а 10 баллов – максимально выраженное ощущение.

Оценку клинических симптомов и клинической картины (гиперемия барабанной перепонки, перфорация барабанной перепонки, наличие отделяемого в наружном слуховом проходе и в барабанной полости, изменение проходимости слуховой трубы), осуществляемую исследователем, производили в баллах визуально-аналоговой шкалы (ВАШ), где 0 баллов – симптом отсутствует, 1 балл – симптом слабо выражен, 2 балла – симптом умеренно выражен, 3 балла – симптом сильно выражен.

Данные лабораторных исследований (клинический анализ крови и мочи, биохимический анализ крови) учитывали в принятых стандартных единицах системы СИ.

Эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки производили с помощью 0° и 30° жесткого эндоскопа диаметром 0,27 см.

Экспресс-микроскопию окрашенного мазка отделяемого из среднего уха – подтверждение бактериальной и/или грибковой этиологии процесса с обязательным последующим микробиологическим исследованием (посев на питательные среды, видовая идентификация, определение чувствительности выявленных микроорганизмов к антибиотикам) выполняли больным 2-й и 3-й подгрупп основной группы и больным 2А и 3А подгрупп контрольной группы.

Эффективность проводимой терапии оценивали по уменьшению выраженности клинических проявлений заболевания по данным исследований и субъективных жалоб пациентов к окончанию курса лечения.

Сравнение Кандибиотика с препаратами, применяемыми при проведении стандартной терапии среднего отита, проводили по следующим критериям: частота положительных исходов; динамика симптомов заболевания; частота и характеристика осложнений заболевания (во время лечения); переносимость применяемого ЛС; наличие рецидивов в течение 2 мес. после окончания курса терапии.

Переносимость ЛС Кандибиотик оценивали на основании симптомов и субъективных ощущений, сообщаемых пациентом, и объективных данных, полученных исследователем в процессе лечения.

Данные клинических и лабораторных исследований статистически обрабатывали по методу вариационной статистики с применением критериев Стьюдента.

Результаты исследования. В течение 10 мин после первого закапывания Кандибиотика в наружный слуховой проход все пациенты с ОКСО отмечали снижение интенсивности боли в ухе. Интенсивность боли в ухе у всех пациентов в течение 2–3 дней после начала лечения ЛС Кандибиотик значительно снижалась, а обезболивающий эффект, возникавший после закапывания капель, сохранялся до 4 ч. К 7-му дню лечения боль в ухе низкой интенсивности (1–2 балла САШ) сохранялась лишь у 6 пациентов (24%), тогда как у 19 пациентов (76%) полностью регрессировала к 5–6-м сут. Локальная головная боль на стороне пораженного уха, беспокоившая всех пациентов до начала лечения, к 3-му дню терапии сохранилась только у 17 пациентов (68%), а к 7-м сут. – у 6 пациентов (24%).

Кандибиотик обладает выраженными местными анестезирующим, противовоспалительным, противоаллергическим, антибактериальным и антимикотическим свойствами. Выпускается в виде ушных капель во флаконах темного стекла по 5 мл в комплекте с пробкой-пипеткой

Пациенты 1А подгруппы контрольной группы, применявшие Отипакс, отмечали уменьшение интенсивности боли в течение первого часа после закапывания препарата в больное ухо. Данный эффект сохранялся до 2–3 ч. В течение последующих 2–4 дней обезболивающий эффект продолжался до 3–4 ч, а интенсивность боли значительно уменьшалась. К 7-му дню лечения боль в пораженном ухе низкой интенсивности (1–2 балла САШ) сохранялась лишь у 7 пациентов (28%), тогда как у 18 пациентов (72%) полностью регрессировала к 5–6-м сут. Локальная головная боль на стороне пораженного уха, беспокоившая всех пациентов до начала лечения, к 3-му дню терапии сохранилась у 15 пациентов (60%), а к 7-м сут. – у 7 пациентов (28%).

Эффективность проводимой терапии оценивали также на основании динамики клинических проявлений заболевания по данным объективного обследования.

Повышение температуры тела до начала лечения нами отмечена у 11 пациентов 1-й подгруппы основной группы (44%), к 3-м сут. лечения температура нормализовалась у 10 пациентов и у одного пациента субфебрильная температура сохранялась 5 сут. Среди пациентов 1А подгруппы контрольной группы повышение температуры тела до начала



Кандибиотик ⁴/_{в1}

ПОБЕДА НАД ОТИТОМ В ОДИН ХОД!

- ЛИДОКАИН 2% против боли
- БЕКЛОМЕТАЗОН против воспаления
- ХЛОРАМФЕНИКОЛ против бактерий
- КЛОТРИМАЗОЛ против грибов



Краткая информация по применению препарата Кандибиотик.

Регистрационный номер П N014930/01. Капли ушные. Состав. В 1 мл раствора: хлорамфеникол – 50 мг, беклометазона дипропионат – 0,25 мг, клотримазол – 10 мг, лидокаина гидрохлорид – 20 мг; глицерол, пропиленгликоль. Фармакотерапевтическая группа – кортикостероиды в комбинации с противомикробными препаратами. **Фармакологическое действие.** Противомикробное местное, антибактериальное, противовоспалительное местное, местноанестезирующее средство. **Показания к применению.** Аллергические и воспалительные заболевания уха, в том числе: острый диффузный наружный отит; острый отит среднего уха; хронический отит в стадии обострения; состояние после хирургических вмешательств на ухе. **Противопоказания.** Повышенная чувствительность к компонентам препарата, детский возраст (до 6 лет), нарушение целостности барабанной перепонки. Беременность и лактация. Назначение препарата врачом возможно в случае, если предполагаемая польза для матери превышает потенциальный риск для плода. **Способ применения и дозы.** В наружный слуховой проход по 4–5 капель 3–4 раза в день, курс – 7–10 дней. **Побочные эффекты.** В редких случаях: зуд, жжение в месте нанесения препарата, возможны аллергические реакции. **Условия отпуска из аптек – по рецепту.** Подробную информацию смотрите в инструкции по применению препарата.

ООО «Гленмарк Импекс»: Летниковская, д. 2, стр. 3,
Бизнес-центр «Вивальди Плаза»
Тел: +7 499 9510000

Справочно-информационный материал
07-13-RUS-001_CBED

лечения имело место у 10 больных (40%). К 3-м сут. температура нормализовалась у 8 из них.

Острота слуха была понижена у всех пациентов обеих групп до начала лечения, улучшение остроты слуха к 7-му дню лечения отмечено у 19 пациентов (76%) 1-й подгруппы и у 17 пациентов (68%) 1А подгруппы.

Проподимость слуховой трубы большого уха была нарушена у всех пациентов обеих групп с ОКСО и полностью восстановилась у 21 пациента (84%) из 1-й подгруппы и у 20 пациентов (80%) 1А подгруппы к 7-му дню лечения.

■ В течение 10 мин после первого закапывания Кандибиотика в наружный слуховой проход все пациенты с ОКСО отмечали снижение интенсивности боли в ухе. Интенсивность боли в ухе у всех пациентов в течение 2–3 дней после начала лечения ЛС Кандибиотик значительно снижалась, а обезболивающий эффект, возникавший после закапывания капель, сохранялся до 4 ч

Гиперемию барабанной перепонки выявляли при первом осмотре у всех пациентов обеих групп. У пациентов 1-й подгруппы она соответствовала 2–3 баллам ВАШ ($\Sigma = 40$), уменьшилась до 1–2 баллов ($\Sigma = 31$) к 3-му дню лечения и полностью исчезла ($\Sigma = 0$) к 7-м сут. лечения. У пациентов 1А подгруппы отмечали схожую динамику клинического признака. Так, при первом осмотре она соответствовала 2–3 баллам ВАШ ($\Sigma = 53$), к 3-му дню лечения уменьшилась до 1–2 баллов ($\Sigma = 29$), а к 7-му дню лечения сохранилась только у 3 пациентов на уровне 1 балла ВАШ ($\Sigma = 3$).

У 32 пациентов (71%) 2-й и 3-й подгрупп основной группы (с перфорацией барабанной перепонки ($n = 45$)) при первом закапывании ЛС болезненные ощущения в ухе несколько усиливались, подобные явления сохранялись у 20 пациентов до 2–3 сут. Неприятные ощущения и боль, усилившиеся сразу после закапывания ЛС в ухо, стихали через 10–15 мин, после чего наступал обезболивающий эффект, сохранявшийся несколько часов. К 7-му дню лечения боль в ухе низкой интенсивности (1–2 балла САШ) сохранялась лишь у 17 (37,8%) пациентов 2-й подгруппы, тогда как у 28 (62,2%) пациентов полностью регрессировала к 5–6-м сут.

12 (24%) пациентов 2А и 3А подгрупп контрольной группы ($n = 45$) отмечали болезненные ощущения, возникающие при закапывании в ухо ЛС Ципромед. Неприятные ощущения, возникавшие при закапывании, сохранялись в течение 1–2 сут. от начала лечения. К 7-му дню лечения боль в ухе низкой интенсивности сохранилась у 14 (28%) пациентов 2А подгруппы и у 4 (8%) пациентов 3А подгруппы, тогда как у 32 (64%) пациентов этих подгрупп полностью регрессировала.

Повышение температуры тела до начала лечения нами отмечено у 43 пациентов 2-й и 3-й подгрупп, к 3-м сут. лечения субфебрильная температура ($37,0\text{--}37,4\text{ }^{\circ}\text{C}$) сохранялась

только у 15 пациентов (33%). У 3 пациентов 2-й подгруппы и 3 пациентов 3-й подгруппы субфебрильная температура сохранялась до 7 сут.

Среди пациентов контрольной группы повышение температуры регистрировали у 30 пациентов (67%) 2А и 3А подгрупп. К 3-м сут. лечения субфебрильная температура сохранилась у 17 (38%) пациентов указанных подгрупп. У 3 пациентов 2А подгруппы субфебрильная температура сохранялась к 7-м сут. лечения.

Локальная головная боль на стороне больного уха с интенсивностью 1 балл САШ беспокоила 33 пациентов (73%) 2-й и 3-й подгрупп основной группы и сохранилась к 7-му дню лечения только у 3 пациентов 2-й подгруппы.

Среди пациентов контрольной группы локальную головную боль отмечали 26 пациентов (58%) 2А и 3А подгрупп. К 7-му дню лечения данные признаки сохранились у 2 пациентов 2А подгруппы.

Выделения из больного уха отмечали все пациенты 2-й и 3-й подгрупп, при этом высокая интенсивность слизистогнойных выделений (в большом количестве – 5–6 ватников), соответствовавшая 5–7 баллам САШ, имела место у 30 пациентов (67%), у 15 пациентов (33%) выделения были средней интенсивности. К 3-му дню лечения интенсивность и количество выделений уменьшились, но сохранялись у всех 45 пациентов (100%) этих подгрупп. К 7-му дню лечения выделения из уха полностью прекратились у 21 пациента (47%), у 17 пациентов (38%) интенсивность и количество выделений соответствовали 1 баллу и у 7 пациентов (15%) – 2 баллам.

Среди пациентов 2А и 3А подгрупп контрольной группы регистрировали схожую картину. Обильные слизистогнойные выделения из уха (более 6 баллов САШ) отмечали 41 пациент (91%), у 4 пациентов (9%) выделения были средней интенсивности. К 3-му дню лечения выделения из уха продолжались у всех пациентов, но интенсивность их значительно уменьшилась. К 7-му дню лечения выделения полностью прекратились у 26 пациентов (58%), тогда как у 15 пациентов (33%) выделения из уха сохранялись на уровне 1 балла САШ, а у 4 пациентов (9%) – 2–3 баллов САШ.

У всех пациентов 2-й и 3-й подгрупп основной группы проходимость слуховой трубы большого уха была нарушена полностью и восстановилась у 21 из них (47%) к 7-му дню лечения.

У всех пациентов 2А и 3А подгрупп контрольной группы проходимость слуховой трубы также была нарушена. К 7-му дню лечения проходимость слуховой трубы полностью восстановилась у 27 (60%) из них.

Гиперемию барабанной перепонки и слизистой оболочки барабанной полости, отмечавшаяся у всех пациентов 2-й и 3-й подгрупп основной группы при первом осмотре, соответствовала 1–2 баллам ВАШ ($\Sigma = 62$). К 3-м сут. гиперемию уменьшилась до 1 балла ВАШ ($\Sigma = 44$) и полностью исчезла к 7-му дню лечения у 19 пациентов, тогда как у 26 пациентов сохранялась на уровне 1 балла ($\Sigma = 26$).

Среди пациентов 2А и 3А подгрупп контрольной группы гиперемию барабанной перепонки и слизистой оболочки

среднего уха, регистрировавшаяся при первом осмотре, соответствовала 1–2 баллам ВАШ ($\Sigma = 74$). К 3-м сут. гиперемия уменьшилась до 1 балла ВАШ ($\Sigma = 34$) и полностью исчезла к 7-му дню лечения у 27 пациентов, тогда как у 22 пациентов сохранялась на уровне 1–2 баллов ($\Sigma = 20$).

Перфорация барабанной перепонки, присутствовавшая у всех больных 2-й и 3-й подгрупп основной группы (основной критерий включения в данные подгруппы), самостоятельно закрылась у 3 пациентов 2-й подгруппы к 7-м сут. лечения. Среди пациентов контрольной группы перфорация самостоятельно закрылась у 5 пациентов 2А подгруппы.

При обследовании 45 пациентов 2-й и 3-й подгрупп основной группы при первом осмотре посев отделяемого из уха дал результат у 37 пациентов (82,2%), у 8 пациентов микроорганизмы выделены не были. Среди возбудителей отита выделяли: *S.aureus* – 11 наблюдений; *S.pneumoniae* – 5; *S.pyogenes* – 4; *H.influenzae* – 2; *Moraxella spp.* – 2; *Klebsiella spp.* – 2; *Pseudomonas spp.* – 2; *S.xylosum* – 1; *Enterobacter spp.* – 1; дрожжеподобные грибы рода *Candida* – 7 наблюдений.

Пациенты 2А и 3А подгрупп группы сравнения отобраны таким образом, чтобы группы микроорганизмов были сопоставимы.

После курса проведенного лечения у пациентов 2-й и 3-й подгрупп основной группы количество высеваемых микроорганизмов уменьшилось до 5 (11%), а процент пациентов основной группы с отсутствием роста флоры увеличился до 40 человек (89%). Также отмечалось изменение состава высеваемой флоры. Число выделяемых дрожжеподобных грибов рода *Candida* сократилось с 7 до 1 у пациентов 3-й подгруппы основной группы, тогда как у пациентов 3А подгруппы группы сравнения дрожжеподобные грибы выделялись в прежнем количестве.

Всем пациентам основной группы в обязательном порядке выполняли аудиологическое исследование. У всех пациентов снижение слуха на больное ухо в основном было обусловлено увеличением порогов за счет нарушения звукопроводения. Повышение слуховых порогов за счет нарушения звуковосприятия зарегистрировано у 7 пациентов в возрасте от 46 до 65 лет, 5 из них страдали ХГСО.

На фоне проведенного лечения к 7-м сут. костно-воздушный интервал исчез у 21 пациента 1-й подгруппы (84%), а у 4 пациентов той же группы он сократился с 20 дБ до 5–10 дБ. Уменьшение костно-воздушного интервала до 10 дБ также отмечено у 3 пациентов 2-й подгруппы, у которых на фоне проводимого лечения перфорация барабанной перепонки закрылась самостоятельно.

При применении ЛС Кандибиотик у 17 пациентов со ОГСО и ХГСО отмечалось усиление боли и чувства давления, «распирания» в больном ухе, проходящее самостоятельно через несколько минут и не требовавшее отмены ЛС. У пациентов с ОКСО побочного действия и нежелательных реакций не выявлено.

При анализе лабораторных показателей клинического и биохимического исследований крови до и после курса лечения не выявлено значимых изменений, которые можно

было бы связать с применением исследуемого ЛС. Во время лечения отмечена хорошая переносимость среди больных основной группы.

Ни в одном случае исследуемое ЛС не отменялось, не требовалось применения дополнительных медицинских мероприятий для лечения основного заболевания.

В целом общая оценка проводимого лечения пациентов основной группы с ОКСО выглядит следующим образом: высокая эффективность лечения отмечена у 84% пациентов, умеренная эффективность – у 12% пациентов, низкая эффективность – у 4% пациентов. Среди пациентов основной группы с ОГСО в стадии перфорации и обострением ХГСО – высокая эффективность лечения отмечена у 46,7%, умеренная эффективность – у 28,9%, низкая эффективность – у 20% пациентов, а отсутствие эффекта – у 4,4% больных.

При оценке лечения среди пациентов контрольной группы выявлено следующее: среди пациентов с ОКСО высокая эффективность лечения отмечена у 80%, умеренная эффективность – у 12%, низкая эффективность – у 8% пациентов; среди пациентов с ОГСО в стадии перфорации и обострения ХГСО – высокая эффективность отмечена у 60%, умеренная эффективность – у 17,7%, низкая эффективность – у 13,3%, отсутствие эффекта – у 9% больных.

■ Эффективность применения ЛС Кандибиотик в режиме комплексной терапии у пациентов с разными стадиями острого среднего отита не отличается от безопасности и эффективности принятого «стандартного» лечения этого заболевания, включающего системную и местную антибактериальную терапию. При лечении пациентов с ОГСО и ХГСО отмечена высокая микробиологическая эффективность ЛС Кандибиотик не только в отношении бактерий, но и в отношении грибов

Таким образом, в результате проведенного исследования определено, что препарат Кандибиотик является эффективным и безопасным ЛС при лечении пациентов со средним отитом в составе комплексной терапии.

Эффективность применения ЛС Кандибиотик в режиме комплексной терапии у пациентов с разными стадиями острого среднего отита не отличается от безопасности и эффективности принятого «стандартного» лечения этого заболевания, включающего системную и местную антибактериальную терапию. При лечении пациентов с ОГСО и ХГСО отмечена высокая микробиологическая эффективность ЛС Кандибиотик не только в отношении бактерий, но и в отношении грибов. Лекарственное средство Кандибиотик может быть рекомендовано к использованию у больных ОКСО, ОГСО в стадии перфорации и обострения ХГСО (мезотимпанита) в составе комплексной терапии.

