

И.Д. Шляга

## Применение препарата «Кандерм-БГ» в лечении больных с отитами грибково-бактериальной этиологии

Гомельский государственный медицинский университет

**В** последние годы в оториноларингологии все большее значение приобретают грибковые процессы, а именно отомикозы, которые встречаются в 50 % всех диагностированных случаев микозов ЛОР-органов (данные Московского НИИ уха, горла и носа). Непосредственной причиной отита являются инфекции, проникающие в наружный слуховой проход или в барабанную полость. Нередко встречается

смешанная флора в сочетании с грибковой. В 12% случаев наблюдается смешанная грибковая флора [3–5].

Заболеваемость микозами растет во всех странах мира (по данным ВОЗ, каждый четвертый житель планеты имеет грибковое заболевание). Это объясняется, во-первых, экологическими изменениями, которые влияют на микроэкологию и иммунореактивность организма человека. Во-вторых, к развитию грибо-

вой инфекции предрасполагает нерациональное применение антибиотиков широкого спектра действия, кортикостероидных и цитостатических препаратов, пероральных контрацептивов.

Заболеванию способствуют:

- узость слуховых проходов;
- поражения наружного уха (псориаз, экзема, дерматит и др.);
- острые и хронические заболевания наружного и среднего уха (бактериальные, вирусные инфекции);
- травмы ушной раковины, наружного слухового прохода;
- экзостозы;
- опухоли;
- общие заболевания (сахарный диабет, заболевания желудочно-кишечного тракта, нейрогормональные состояния, СПИД, иммунодефицитные состояния, развивающиеся в результате онкологических, инфекционных, гематологических заболеваний и интоксикаций);
- нерациональное лечение заболеваний наружного, среднего уха (длительное местное применение масляных препаратов, антибактериальных, кортикостероидных средств);
- аллергические заболевания;
- заболевания ЛОР-органов;
- профессиональные особенности (контакт с грибковой инфекцией).

Кроме того, для нормальной жизнедеятельности грибов в наружном слуховом проходе имеется ряд благоприятных факторов: свободный доступ атмосферного воздуха, обеспечивающий необходимые для питания грибов кислород и углекислый газ; отсутствие прямого действия солнечных лучей, препятствующих развитию грибов; благоприятные температурные условия; специфическое анатомо-физиологическое строение наружного слухового прохода.

Серьезного внимания заслуживают грибковые заболевания уха. Установлено, что в России частота отомикоза достигает 26–27% всех отитов у детей и 18% у взрослых [2].

Среди грибковых возбудителей, по данным работ [3, 4], лидируют грибы *P. aspergillus* (54 – 75%). Второе место принадлежит дрожжеподобным грибам *P. candida* (6,7 – 52%), третье – *P. penicillium* (4%), четвертое – *P. mucor* (2%). В результате клинико-лабораторных исследований установлено, что спецификой отомикоза является бактериально-грибковая флора, которая, по нашим сведениям, встречается в 57% случаев.

Микотические заболевания уха у большинства больных начинаются исподволь и протекают хронически с ремиссиями и обострениями. Гораздо реже отомикоз начинается остро.

Выделяют острый, подострый и хронический отомикоз. Острое течение характеризуется появлением болей, заложенностью уха, лихорадкой, ухудшением общего состояния и длительностью заболевания в пределах месяца. При подостром течении продолжительность заболевания колеблется от месяца до полугодия, при хроническом – более полугодия. В этих случаях, как правило, признаки общей интоксикации отсутствуют.

Микотическим процессом поражается не только наружное, но и среднее ухо. В зависимости от локализации отомикозы классифицируют следующим образом: наружный грибковый отит, средний грибковый отит, мiringит, отит послеоперационной полости.

Наружный отомикоз встречается у 21 – 52% больных и протекает в 48,8% случаев остро, в 51,2% – хронически. Пациентов беспокоят зуд, дискомфорт, боль в области наружного слухового прохода, выделения. Изменения слуха (заложенность, шум, снижение слуха) развиваются лишь при obturации слухового прохода. Патологический процесс в наружном ухе, вызванный грибами, как правило, протекает малозаметно для больного. Явные симптомы возникают при прорастании мицелия в глубину кожи. Вначале симптомы менее выражены, чем при наружном отите бактериальной природы, но по мере прогрессирования заболевания выраженность их нарастает. При осмотре отмечают диффузную умеренную гиперемия и инфильтрация наружного слухового прохода, а также патологическое отделяемое, вид которого зависит от возбудителя. При инфицировании *A. niger* отделяемое сероватое с черными точками или черное, *A. flavus* и *A. oryzae* – желтовато-зеленоватое, *A. fumigatus* – серовато-зеленое, *C. albicans* – беловатое творожистое, *P. mucor* – серое, *P. penicillium* – беловато-желтое творожистое. Периодически из слухового прохода выделяются слепки, состоящие из эпидермиса, грибкового мицелия и секрета.

При мiringите диффузное поражение стенок наружного слухового прохода распространяется на барабанную перепонку. Микотический средний отит, в отличие от наружного отита, в основном является не первичным этиологическим заболеванием, а вторичным, т.е. длительный хронический гнойный средний отит бактериальной природы суперинфицируется грибковой флорой, что значительно утяжеляет течение уже имеющегося воспалительного процесса. Этому способствуют многие факторы: массивная антибиотикотерапия, травма кожи наружного слухового прохода (вследствие чистки уха пациентом или врачом), длительное гноетечение. Отомикоз возникает и после хирургических вмешательств, и тогда в основе заболевания лежит операционная травма, а также послеоперационная антибиотикотерапия. Важным предрасполагающим к развитию микоза фактором является сахарный диабет, поскольку в этом случае в ушной сере накапливается глюкоза, что способствует активизации грибной флоры. Частота среднего грибкового отита составляет 10 – 21%. В 95,5% случаев он протекает хронически, в 4,5% – остро. Пациента беспокоят боль, заложенность и шум в ухе, снижение слуха, выделения, головная боль на стороне пораженного уха. Большинство больных обращают внимание на то, что эти явления возникают у них внезапно на фоне относительно спокойно протекающего хронического среднего отита. При отомикозе среднего уха возможны перфорация барабанной перепонки и обильный рост грануляций с патологическим отделяемым в барабанной полости.

Отомикоз послеоперационных полостей протекает всегда хронически. Данная патология встречается чаще, чем диагностируется, и достигает 13% всех заболеваний среднего уха у детей и 26,7% у взрослых [5, 6]. В послеоперационной полости среднего уха наблюдается замедление или отсутствие эпидермизации, а также массивные патологические грануляции с большим количеством отделяемого.

Следует отметить, что клиническая картина отомикоза и отитов другой этиологии имеет много общего. Отчасти поэтому присущие отомикозу клинические признаки часто остаются незамеченными. Кроме того, отомикоз отличается длительным

Таблица 1  
Распределение больных в зависимости от формы отита

Формы отита	Основная группа		Контрольная группа	
	м	ж	м	ж
Наружные отиты острые	5	4	4	2
Наружные отиты хронические	4	3	4	2
Острый катаральный средний отит	2	1	1	0
Экзематозный дерматит ушных раковин	1	3	2	2
Рецидивирующие отиты послеоперационных полостей	2	1	2	1
Итого	14	12	13	7
Всего	26		20	

Таблица 2  
Распределение больных в зависимости от возраста, л

Группа	17–29 лет	30–39 лет	40–49 лет	50–65 лет	Всего
Основная	4	11	8	3	26
Контрольная	2	8	6	4	20

Таблица 3  
Распределение больных в зависимости от продолжительности заболеваний, л

Группа	До 1 мес	1–3 мес	3 мес – 1 год	1–5 лет	6–10 лет	10–20 лет	> 20 лет	Всего
Основная	8	3	3	5	3	3	1	26
Контрольная	5	2	3	6	2	1	1	20

медленно прогрессирующим течением без бурных манифестаций. Отдельные случаи грибковой инфекции не находят лабораторного подтверждения и часто расцениваются как банальное воспаление. Все эти обстоятельства притупляют микологическую настороженность оториноларингологов и существенно затрудняют диагностику и лечение отомикоза.

Цель нашего исследования – изучение эффективности и переносимости препарата «Кандерм-БГ» в лечении больных острыми и хроническими отитами смешанной (бактериально-грибковой) этиологии. Терапия назначалась с учетом результатов бактериологического исследования и чувствительности к антимикотикам, антибиотикам, тяжести заболевания, его характера, течения, наличия сопутствующей патологии и осложнений. Смешанная флора требует комбинированных препаратов, которых, к сожалению, на сегодняшний день очень мало. Трудности в лечении наружных и средних отитов смешанной этиологии объясняются и тем, что большинство препаратов для местного использования ориентированы на борьбу с грибковой флорой, или воздействуют на определенные типы бактерий, или являются противоаллергическими.

Таким образом, местная терапия при отитах смешанной этиологии должна быть направлена на ликвидацию воспалительного процесса со стороны наружного и среднего уха, устранение

зуда, а также параллельно воздействовать на вторичную инфекцию, вызванную бактериальной флорой и грибами (плесневыми, дрожжеподобными). В связи с вышесказанным представляет интерес новый препарат «Кандерм-БГ» фирмы «Вайшали Фармасьютикалз» (Индия) – комбинированное лекарственное средство для наружного применения. Выпускается в тубах по 5,0 г и 10,0 г. Антимикотический эффект крема «Кандерм-БГ» обусловлен клотримазолом, эффективным в отношении дерматофитов и дрожжеподобных грибов, проявляющим антимикробное действие в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий, обладающим противопаразитарной и противотрихомонадной активностью. Гентамицина сульфат – антибиотик широкого спектра действия, эффективный против грамположительных и многих грамотрицательных бактерий (кишечная палочка, шигелла, сальмонелла, протей, клебсиелла и др.), в том числе штаммов, устойчивых к стрептомицину, канамицину, мономицину; влияет на пенициллиноустойчивые штаммы стафилококков. В состав крема «Кандерм-БГ» входит также беклометазона дипропионат – синтетическое глюкокортикоидное средство.

Показания к назначению крема «Кандерм-БГ» весьма разнообразны. Это целый спектр воспалительных дерматозов (аллергические дерматиты, экзема, в том числе микробная и микотическая, токсидермии, флеботодермии, атопический дерматит), особенно осложненных гнойной или микотической вторичной инфекцией. Препарат устраняет воспаление, зуд, жжение и другие проявления инфекционно-воспалительных заболеваний уха.

«Кандерм-БГ» был применен нами для местного лечения некоторых форм отитов в составе комплексной терапии. В исследование вошли 26 (основная группа) и 20 (контрольная группа) больных с острыми и хроническими наружными и средними отитами грибково-бактериальной этиологии. Основная группа включала 14 мужчин и 12 женщин в возрасте от 17 до 65 лет, контрольная группа – 13 мужчин и 7 женщин аналогичного возраста (табл. 1–3).

Диагноз выставлялся на основании совокупности данных: клиники, анамнеза, отоскопии и лабораторных методов исследования. У всех больных проведено комплексное обследование, предусмотренное стандартами (общеклиническое, бактериологическое, гистологическое, микроскопическое, иммунологическое, отоскопическое, отомикроскопическое, рентгенологическое, аудиометрическое исследования, камертональные пробы).

Микологическая диагностика основывалась на микроскопическом исследовании нативных и окрашенных препаратов, бактериологическом (посев патологического отделяемого на диагностические питательные среды) и гистологическом исследовании, микроскопическом методе экспресс-диагностики (с помощью оториноларингологического микроскопа). Иногда применялся метод пробной терапии. В результате микробиологического исследования у больных основной группы выяв-

лена следующая флора: *S.aureus* — 7 чел., *S.epidermidis* — 5, *Str. haemolyticum* — 5, *Pseudomonas aeruginosa* — 4, *Morganella morganii* — 3, *E.coli* — 2, *Proteus vulgaris* — 3, *Enterobacter* — 2, *Candida* — 12, плесневые — 9, грибково-бактериальная ассоциация — 22, комбинированная грибковая флора — 2, отрицательные результаты — 4 чел.; у больных контрольной группы: *S.aureus* — 5 чел., *S.epidermidis* — 4, *Str. haemolyticum* — 4, *Pseudomonas aeruginosa* — 3, *Morganella morganii* — 2, *E.coli* — 1, *Proteus vulgaris*

— 3, *Enterobacter* — 2, *Candida* — 9, плесневые — 7, грибково-бактериальная ассоциация — 17, комбинированная грибковая флора — 0, отрицательные результаты — 3 чел.

В ходе обследования (до и после лечения) проводили аудиометрическое исследование (аудиометр GSI-61 фирмы «Crasol — Stadler, Inc»), в результате которого практически у всех пациентов обнаружена преимущественно кондуктивная форма тугоухости различной степени в зависимости от формы и локализации.

Основные жалобы больных с отитами

Жалобы	Основная группа (n=26)	Контрольная группа (n=20)
Снижение слуха	26	20
Шум в ушах	11	9
Выделения	19	15
Характер:		
• слизисто-гнойные	6	4
• гнойные	5	4
• в виде пленок, чешуек, творожистых масс	8	7
Количество:		
• значительное	4	5
• умеренное	8	8
• незначительное	7	7
Длительность:		
• постоянные	3	4
• периодические	16	11
Боль в ушах	15	13
Ощущения:		
• дискомфорт в области уха	26	20
• заложенность	20	17
• зуд	19	13

Таблица 4

Сведения об основных жалобах и сопутствующих заболеваниях у пациентов, вошедших в исследование, отражены в табл. 4 и 5.

Для лечения в основной группе использовали препарат «Кандерм-БГ» (на турундах в наружный слуховой проход 2–3 раза в сутки в течение 2–3 недель, а также тонким слоем на кожу ушной раковины и в послеоперационную полость). Перед применением крема производился тщательный туалет уха, который заключался в промывании наружного слухового прохода и послеоперационной полости 0,9% раствором NaCl, 3% раствором H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. В контрольной группе назначали традиционную местную терапию раствором нитрофунгина, микосептиновой, микозолоновой мазями. Пациенты, участвующие в исследовании, получали сопутствующую терапию, традиционно применяемую для лечения основного заболевания (антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос, антибактериальные средства, физиотерапевтические процедуры, витамины).

Результаты лечения оценивали по совокупности клинических признаков: общее состояние пациента, нормализация отоскопической картины, уменьшение или исчезновение зуда, уменьшение или исчезновение боли, уменьшение или исчезновение выделений из уха, нормализация слуховой функции и данных микробиологического исследования.

Сопутствующие заболевания у больных с отитами

Заболевания	Основная группа (n=26)	Контрольная группа (n=20)
Сахарный диабет	6	3
Хронические заболевания ЖКТ		
- хрон. гастрит, дуоденит	9	6
- хрон. холецистит	7	4
- дисбактериоз	6	7
Грибковые заболевания		
- стоматит	4	3
- кандидоларингомикоз	4	2
- фарингомикоз	5	3
Хронические заболевания сердечно-сосудистой системы	7	4
Хронические заболевания дыхательных путей:		
- хрон. трахеобронхит	7	4
- бронхиальная астма	2	2
Лейкозы	2	1
СПИД	2	2

Таблица 5

Клиническую эффективность оценивали на 3-й, 8-й и 10-й день лечения, в некоторых случаях (при обострении хронических форм отита) — на 13–14-й день. Эффективность считали «хорошей» при исчезновении всех симптомов и объективных признаков острого или обострения хронического воспаления, возвращении к исходному уровню (до обострения), достижении ремиссии к окончанию лечения (10–12 дней). «Умеренной» считали эффективность при сохранении некоторых клинических признаков заболевания, которые были значительно менее выражены к 10–12-му дню лечения по сравнению с их исходными характеристиками. «Отсутствие эффекта» констатировали в случае отсутствия какого-либо эффекта от проведенной терапии или ухудшения состояния пациента к концу 3-х суток лечения.

«Хорошая» эффективность лечения наблюдалась у большинства больных (19 чел.) основной группы. У 6 больных контрольной группы имел



место «хороший» результат. К 3–5-м суткам пациенты отмечали улучшение как общего состояния, так и со стороны уха (уменьшились зуд, выделения, ощущение заложенности, боль). К 7–9-м суткам у 17 больных с острыми и хроническими наружными отитами и экзематозным дерматитом ушной раковины все клинические проявления со стороны уха прошли. У 2 пациентов с рецидивирующими средними отитами послеоперационной полости к 9–10-му дню уменьшились выделения, исчез зуд.

Результат лечения расценен нами как «умеренно эффективный» у 7 больных основной группы и у 11 — контрольной. К 10–12-му дню некоторые клинические признаки сохранились, но были значительно менее выраженными. Слух улучшился практически у всех пациентов с кондуктивной формой тугоухости. «Отсутствие эффекта» не отмечено ни у одного больного из основной группы, а в контрольной группе такой результат имел место у 3 пациентов.

В процессе лечения больных с острыми и обострением хронических форм отита препаратом «Кандерм-БГ» нами также оценивалась его переносимость. Нежелательных реакций не зарегистрировано.

Таким образом, учитывая достаточно высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость, препарат

«Кандерм-БГ» может быть рекомендован к использованию в качестве эмпирической терапии больным с острыми и обострениями хронических форм наружных и средних отитов бактериально-грибковой этиологии. Он обладает выраженным антибактериальным, антимикотическим, противовоспалительным действием, быстро устраняет зуд, воспаление, жжение и другие проявления инфекционно-воспалительных заболеваний уха, высокоэффективен, безопасен и хорошо переносится пациентами.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Аравийский Р.А., Клишко Н.Н., Васильева Н.В. Диагностика микозов. — СПб., 2004.
2. Богомилский М.Р. // *Consilium medicum* (приложение). — 2001. — С. 10–14.
3. Козловская В.В. // *Дерматовенерология на рубеже третьего тысячелетия*: М-лы республ. науч.-практ. конф. с междунар. участием, посвящ. 80-летию со дня основания первой кафедры дерматовенерологии в Республике Беларусь. — Минск, 2003. — С. 84–86.
4. Кунельская В.Я. // *Consilium medicum*. — 2001. — Т. 3, № 8.
5. Кунельская В.Я., Крюков А.И. Отомикоз / метод. рекомендации. — М., 2002.
6. Кунельская В.Я. // *Микозы в оториноларингологии*. — М.: Медицина, 1989. — С. 44–98.