

А.В. ФРОЛОВА, А.В. КУЛИКОВ, Л.В. СИРОЖ

КЛИНИЧЕСКАЯ АПРОБАЦИЯ ЛЕКАРСТВЕННОГО СРЕДСТВА РАСТИТЕЛЬНОГО ПРОИСХОЖДЕНИЯ «ФИТОМП» ПРИ ЗАБОЛЕВАНИИ СРЕДНЕГО УХА

УО «Витебский государственный медицинский университет»,
Витебская областная клиническая больница, отделение оториноларингологии
Республика Беларусь

Несмотря на значительные успехи, достигнутые в области оториноларингологии, хронический гнойный средний отит (ХГСО) продолжает иметь высокую распространенность, составляя 57% от общего числа воспалительных заболеваний среднего уха. Дифференцированный подход к лечению ХГСО заключается в воздействии не только на возбудителя заболевания, но и на слизистую оболочку барабанной полости, в ликвидации воспалительных изменений, не оказывая раздражающего действия на кожу слухового прохода. Большинство предлагаемых средств обладает односторонностью действия. Нами апробировано лекарственное средство растительного происхождения «ФитоМП» из маклейи мелкоплодной и подорожника большого при лечении пациентов с хроническим гнойным средним отитом. При оценке эффективности применения «ФитоМПа» применялся ряд специальных диагностических методов (цитологическое исследование отделяемого из барабанной полости, бактериологическое исследование микрофлоры с определением ее чувствительности к лекарственному средству «ФитоМП» и антибиотикам, определение активности фагоцитоза), исследование функции слуховой трубы, рентгенологическое и общеклиническое обследования. Установлено, что присыпка «ФитоМП» обладает выраженным антимикробным и стимулирующим репаративный процесс эффектом, проявляет адсорбирующую активность при обильной экссудации.

Распространенность хронического гнойного среднего отита (ХГСО) в настоящее время остается достаточно высокой, составляя 57% от общего числа воспалительных заболеваний среднего уха [8, 11].

Длительная нетрудоспособность, связанная с частыми обострениями, стойкое снижение слуха приводят к выраженной социальной дезадаптации пациентов [3].

За последние годы значительно повысилось качество лечения острого гнойного среднего отита (ОГСО) благодаря исполь-

зованию современных антибактериальных, противовоспалительных препаратов, муколитиков, ферментов и их комбинаций, иммунокорректоров. Это позволяет добиваться спонтанного закрытия перфорации барабанной перепонки в подострой стадии заболевания [2, 4, 6].

Однако назначение антибиотиков, в частности карбопенемов, монобактамов, хинолонов, фторхинолонов, гликопептидов, на начальной стадии острого отита подчас приводит к осложнению отита и

способствует его переходу в хронический гнойный средний отит.

Патоморфоз ХГСО характеризуется частым выявлением холестеатомы в полостях среднего уха, развитием тимпаносклероза, упорного мукозита, выраженными деструктивными и дегенеративными изменениями в клеточной системе сосцевидного отростка, атрофией остатков барабанной перепонки и кожи наружного слухового прохода, что осложняет условия для реконструктивных операций.

Обильное гноеетечение при обострении заболевания также вызывает задержку хирургического вмешательства и необходимость проведения дополнительной консервативной терапии. К повышению резистентности микроорганизмов к проводимому в последующем лечению и возникновению грибковых поражений послеоперационной полости, к ослаблению иммунитета приводит нерациональное назначение и длительное применение антибиотиков. Сообщения последних лет все чаще указывают на роль анаэробов в формировании патологического процесса в ухе. Активизации этих микроорганизмов способствуют и создаваемые условия гипоксии при тимпанопластике [1, 5, 9, 10].

Основываясь на современных представлениях о патогенезе хронических гнойных средних отитов, при разработке схем и методов лечения следует учитывать необходимость воздействия не только на возбудителя заболевания, но и на воспаленную слизистую оболочку барабанной полости, ликвидируя воспалительные изменения, не оказывая раздражающего действия на кожу слухового прохода.

Целью консервативной терапии является подготовка больного уха к предстоящей операции, однако она оказывается недостаточно эффективной в 10-15% случаев. Особого внимания заслуживают препараты с выраженным противовоспалитель-

ным действием, способные угнетать развитие патологической грануляционной ткани, стимулировать регенеративные процессы.

К сожалению, применение многих официальных капель, например «Сафродекс», «Дексон», «Отинум», не всегда позволяет добиться прекращения гноеетечения у больных, а порой, наоборот, влечет появление грибковой флоры. Как правило, очередное поступление таких больных в стационар заканчивается реоперацией.

Поиск новых лекарственных средств, которые могут применяться на этапе консервативного лечения и в послеоперационном периоде, вызывает несомненный интерес.

Целью нашего исследования явилось изучение эффективности применения лекарственного средства растительного происхождения «ФитоМП» из маклей мелкоплодной и подорожника большого при лечении больных хроническим гнойным средним отитом, которым ранее были проведены санлирующие или слуховосстанавливающие операции на среднем ухе, а также непосредственно в послеоперационном периоде.

Материалы и методы

Под нашим наблюдением находилось 28 больных хроническим гнойным средним отитом, из них 9 поступили с хроническим гнойным мезотимпанитом (ХГМ) в стадии обострения, 19 – с хроническим гнойным эпитимпанитом (ХГЭ). У 4 пациентов выявлена нагноившаяся холестеатома, у 3 – патологические грануляции, у 7 диагностировано состояние после радикальной операции уха.

При обследовании больных внимание уделялось жалобам, осмотру ушной раковины и окружающих тканей, отоскопии, клиническому течению заболевания. Кроме того, применялся ряд специальных диагно-

стических методов (цитологическое исследование отделяемого из барабанной полости, бактериологическое исследование микрофлоры с определением ее чувствительности к лекарственному средству «ФитоМП» и антибиотикам, определение активности фагоцитоза), проводились пороговая и надпороговая аудиометрия, тимпанометрия, вестибулометрия, исследование функции слуховой трубы, рентгенологическое и общеклиническое обследования.

Результаты и обсуждение

Пациенты, поступавшие с обострением хронического эпитимпанита, перенесшие в прошлом радикальную операцию, имели большие послеоперационные полости, именуемые «болезнью оперированного уха». Воспалительный процесс принимал затяжной характер, сказывались условия проживания (90% больных были из сельской местности) и недостаточно квалифицированно оказываемая им медицинская помощь. Несмотря на то, что пациенты находились на постоянном учете у оториноларингологов по месту жительства, из-за нарушения функций самоочищения полости (прекращение гноетечения, удаление корок) они были вынуждены 3-4 раза в год обращаться в стационар для общего медицинского ухода за ней. При проведении микроотоскопии в момент поступления у пациентов выявлялись частичная эпидермизация послеоперационной полости или полное ее отсутствие, обильное разрастание грануляций, имелись холестеатома и кариес костных стенок трепанационной полости.

У 19-ти больных констатировали обострение процесса в виде отореи, головной и ушной боли, снижение слуха, головокружение.

Контрольную группу составили 18 пациентов, которые получали комплексное лечение, включавшее антибактериальную

терапию, гипосенсибилизирующие средства, физиотерапевтические методы, общеукрепляющие мероприятия.

Исследование микрофлоры полости среднего уха показало преобладание монофлоры (87%). Чаще всего в чистой культуре и в ассоциациях с другими видами микроорганизмов выделялась *P. aeruginosa*, показатели частоты ее обнаружения составили 25% и 12% соответственно. Второе место по частоте встречаемости занимали *P. mirabilis* и *S. epidermidis*, которые были выявлены в равных количествах (18%) случаев в чистой культуре, а у 4% *S. epidermidis* находился в ассоциации с *P. aeruginosa*.

В 11% наблюдений высеяна *E. coli*, 8% исследований указывали на наличие *C. albicans*, которые сопутствовали *P. aeruginosa*. При сопоставлении результатов бактериологических исследований отделяемого из уха с давностью заболевания было отмечено, что частота выявления грамотрицательных микроорганизмов (вульгарный протей, синегнойная палочка) при длительном хроническом воспалении возрастала, а частота обнаружения стафилококка снижалась. Наши исследования показали, что *S. aureus* присутствовал лишь в 7% наблюдений, что несколько расходится с приведенными в литературе данными.

Обострение хронического гнойного мезотимпанита характеризовалось усилением гноетечения из уха, наличием субфебрильной температуры тела, болью в ухе, утолщением и гиперемией барабанной перепонки и слизистой оболочки медиальной стенки барабанной полости, у 80% больных выявлено умеренное снижение слуха в зоне речевых частот (125-2000 Гц), чаще по смешанному типу. К моменту лечения обильные гнойные выделения заполняли весь слуховой проход и барабанную полость в 95% случаев.

Для больных хроническим гнойным мезотимпанитом характерна следующая

микробная картина ушного отделяемого. Наиболее часто гнойный процесс в ухе вызывал *S. epidermidis* (30%), в 20% случаев – *S. aureus* и *E. coli*, в остальных 50% случаев высевались *P. aeruginosa* и *P. mirabilis* в монокультуре либо в ассоциации со *S. epidermidis*.

Для проведения целенаправленного лечения была проверена чувствительность микрофлоры к антибиотикам и лекарственному средству «ФитоМП». Бактериологические анализы подтвердили отсутствие резистентных форм к растительному средству и наличие высокой чувствительности к нему микрофлоры. После экспозиции в течение 24 часов нами не обнаружен рост микроорганизмов при разведении растительного антисептика 1:3072.

Методика лечения пациентов в основной группе была следующей. Слуховой проход тщательно очищался стерильным ватничком с последующим промыванием барабанной полости теплым физиологическим раствором. Барабанная полость и слуховой проход высушивались стерильными марлевыми турундами, затем проводилась инсуффляция присыпкой «ФитоМП». Слуховой проход закрывали ватным шариком. Продолжительность курса терапии зависела от наступления клинического эффекта, в частности, стабильного прекращения гноетечения.

Об эффективности лечения мы судили по трем условным степеням полученного эффекта: «значительное улучшение», если гноетечение прекращалось, микрофлора не высевалась, нормализовалась цитограмма; «улучшение», если прекращались выделения из уха, отсутствовал рост микрофлоры, но сохранялась влажность слизистой оболочки барабанной полости с незначительным количеством лейкоцитов и эпителиальных клеток при цитологическом исследовании. «Отсутствие эффекта» характеризовалось сохранением гнойного отделяемого.

Применение инсуффляций присыпкой «ФитоМП» приводило к более быстрой санации полости уха от микроорганизмов, чем при традиционном лечении в контрольной группе. В первые сутки после использования растительного антисептика промывные воды содержали гнойное отделяемое, остатки присыпки, слущенный эпителий. В ходе лечения у пациентов наступало некоторое улучшение слуха по воздушной проводимости, которое мы рассценивали как ликвидацию воспалительных явлений в среднем ухе, что подтверждалось отсутствием микрофлоры при бактериологическом исследовании и нормализацией цитологической картины.

Наибольшие трудности возникали в лечении пациентов ХГЭ.

В 53% случаев была получена грамотрицательная флора: в 32% - *P. mirabilis*, в 21% - *P. aeruginosa*. Смешанная микрофлора высеяна у 25% больных и представлена ассоциациями грамположительной и грамотрицательной флоры с грибами.

У 4-х пациентов диагностирована холестеатома и при этом обнаружен *P. mirabilis*, грануляции сопровождалась выявлением *P. aeruginosa*. Нами замечено, что при длительном хроническом процессе частота высеивания именно грамотрицательной микрофлоры (*P. vulgaris*, *P. aeruginosa*) возрастает, что обуславливает наличие послеоперационной оторреи слизисто-гнойного характера и нарушение репаративных процессов в трепанационной полости среднего уха. У этих больных с помощью лакмусовой бумаги исследовали pH ушного отделяемого, у всех отмечался сдвиг реакции в щелочную сторону. По данным некоторых исследователей это может свидетельствовать об аллергическом воспалении, сопровождающемся наличием в отделяемом из уха микробов в ассоциации с протеом, для размножения которого щелочная среда является оптимальной. Примене-

ние антибиотиков в данной ситуации было крайне неблагоприятным вариантом из-за низкой чувствительности к ним микроорганизмов, особенно высокой резистентностью отличались протей, синегнойная палочка и стафилококк.

К «ФитоМПУ» оказались чувствительными все выделенные штаммы микробов и грибы. Включение в комплексное лечение инсуффляций растительного антисептика снижало количество бактерий с 10^8 - 10^7 до 10^3 . Уже к 5-му дню лечения посев отделяемого из полости роста микрофлоры не давал. Раньше всех из полости исчезали энтерококк, затем протей и стафилококк, синегнойная палочка. Рост *Candida albicans* прекращался через 48 часов.

Наблюдения показали, что сроки прекращения гноетечения из уха зависят от морфологических изменений в среднем ухе – у больных с грануляциями, выраженным отеком слизистой оболочки барабанной полости, с островками утолщений гноетечение прекращалось в более поздние сроки. У больных с холестеатомой последняя превращалась в кашицеобразную массу и свободно вымывалась, после чего на 2-3 день прекращалось гноетечение. Небольшие перфорации барабанной перепонки закрывались рубцовой тканью, отмечалось заметное улучшение слуха.

Если при проведении цитологических исследований мазков отделяемого из барабанной полости при поступлении больных подтверждалось наличие активно протекающего воспалительного процесса (большое количество разрушенных и неразрушенных лейкоцитов, плоского эпителия, наличие детрита, обилие микрофлоры), то в процессе и после лечения наблюдалось стихание, а затем и полная ликвидация воспаления (оставались лишь единичные лейкоциты).

Цитологическое исследование ушного отделяемого, проводимое в динамике, показало снижение количества нейтрофиль-

ных лейкоцитов со 100 до 5-10 в поле зрения уже на 5-е сутки от начала терапии. У всех больных удалось добиться стойкой ремиссии, прекращения отореи с последующей эпидермизацией послеоперационной полости. При этом значение рН приближалось к нормальным показателям (7,0-7,5).

Приводим пример: Больной М.С., 1958г.р., № ист. 4413, поступил в ЛОР взрослое отделение ВОКБ 5.04.99. с диагнозом: Хронический левосторонний гнойный средний отит, состояние после радикальной операции в 1979 г., грануляции, оторея. Адгезивный отит справа. Тугоухость II степени на оба уха.

При поступлении при отоскопическом обследовании обнаружено: большая трепанационная полость, в наружном слуховом проходе имеется большое скопление гноя, грануляции. Больной жалуется на неприятные ощущения, сильную боль даже при легком прикосновении к уху (симптом острого наружного отита), плохой сон, раздражительность, сниженный аппетит. Рекомендовано: провести предоперационную подготовку для удаления обильного гноя и в последующем – удаление грануляций. Посев на микрофлору показал *E. coli*, степень микробной обсемененности 10^8 , дрожжеподобные грибы *Candida albicans* (массивный рост).

Проведенное до 12.04. традиционное консервативное лечение: промывание трепанационной полости раствором хлоргексидина, антибиотикотерапия не дали положительного клинического эффекта.

12.04. больной по-прежнему жалуется на боли при прикосновении к уху, не поддается осмотру и туалету среднего уха. Отмечает, что на подушке имеются обильные гнойные выделения. Объективно: В наружном слуховом проходе имеется большое скопление гноя. Трепанационная полость большая, медиальная стенка барабанной полости гиперемирована, отечна, имеют-

ся патологические грануляции. Проведен туалет среднего уха, промывные воды содержат обильное количество гноя желто-зеленого цвета, дрожжеподобные грибы. Трепанационная полость, наружный слуховой проход просушены стерильным ватничком, проведена инсуффляция растительным антисептиком. Проведенные бактериологические исследования отделяемого из уха подтвердили наличие дрожжеподобных грибов *Candida albicans*, из микроорганизмов получен рост *S. lentus* и *Ps. aeruginosa*. Проведенное иммунологическое исследование отразило иммунодефицитное состояние Т-клеточного звена (Тa18, Тo 44), снижение неспецифической иммунологической реактивности организма (ФИ 38, ФЧ 6).

13.04. Со слов пациента боли уменьшились, никакого побочного эффекта, аллергических реакций лекарственное средство «ФитоМП» не проявило. Больной отмечает, что через 10 минут после процедуры боли утихли, однако через 4 часа он почувствовал пульсирующие ощущения, к вечеру из уха выделилось много жидкости с примесью растительного препарата. Объективно: Трепанационная полость большая, в наружном слуховом проходе имеется большое количество гноя. Слизистая оболочка воспалена, отечна, гиперемирована. Проведен влажный туалет среднего уха физиологическим раствором, промывные воды содержат обильное количество гнойного отделяемого, дрожжеподобных грибов, остатки растительного препарата. Ухо просушено, проведена инсуффляция присыпкой лекарственного средства «ФитоМП».

14.04. Состояние больного значительно улучшилось. Боли, неприятные ощущения отсутствуют, нормализовался сон, аппетит. Со слов больного впервые за три месяца выделения из уха отсутствуют. Объективно: В наружном слуховом проходе имеется небольшое количество слизис-

то-гнойного отделяемого бледно желтого цвета с примесью остатка растительного антисептика «ФитоМП». Трепанационная полость большая, неполная эпидермизация в области антрума, грануляции небольшие, бледно-розовые. В трепанационной полости имеется пушистый рост (грибки). Медиальная стенка барабанной полости слегка гиперемирована и отечна. Количественное определение по Радоману показало, что микробная обсемененность равна 10^4 (*Ps. aeruginosa*). Проведен туалет физиологическим раствором, полость просушена, инсуффляция присыпкой «ФитоМП».

15.04. Состояние больного удовлетворительное. Объективно: В наружном слуховом проходе имеется незначительное количество слизистого отделяемого бледного цвета, грануляции небольшие, бледно-розовые. Медиальная стенка барабанной полости слегка гиперемирована, неотечна. После туалета физиологическим раствором проведена инсуффляция присыпкой «ФитоМП».

16.04. Состояние больного и клиническая картина прежние.

17.04.-19.04. – выходные дни, инсуффляции не проводились.

21.04. Состояние больного удовлетворительное. Объективно: Трепанационная полость полностью эпидермизирована, выделения и воспалительная реакция отсутствуют. В области антрума имеется остаток сморщенных грануляций. Проведен туалет, инсуффляция присыпкой «ФитоМП». Иммунологическое исследование показало признаки активации Т-клеточного звена иммунитета (Тa 30, Тo 54) и бактерицидной активности нейтрофилов (ФЧ 9, ФИ 54).

22.04. Состояние больного удовлетворительное, жалоб не предъявляет. Объективно: Наружный слуховой проход широкий и чистый. Трепанационная полость полностью эпидермизирована, чистая,

грануляции отсутствуют. Слизистая оболочка барабанной полости бледная, неотечна. Проведен туалет слухового прохода и трепанационной полости, промывные воды совершенно чистые. Инсуффляция не проводилась, больной подготовлен к выписке из стационара. Показания к операции сняты. Посев из уха на микрофлору и грибы показал их отсутствие.

Мы наблюдали за больным на протяжении 2,5 лет (через месяц после выписки из стационара, через 6 месяцев, через год, через 1,5 лет, через 2 г., через 2,5 г.). Исследования подтверждали отсутствие гнойных выделений, грануляций, полость сохранялась чистой и полностью эпидермизированной. Показания к операции отсутствуют.

Выводы

Лекарственное средство «ФитоМП» обладает выраженным антимикробным и стимулирующим репаративный процесс эффектом.

Присыпка лекарственного средства «ФитоМП» проста в применении, легко наносится на раневую поверхность и удаляется с нее при перевязке безболезненно.

Присыпка незаменима при лечении ран с обильной экссудацией, в том числе, при лечении трепанационной полости при операциях на ухе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Богданов, Е. Микрофлора при хроническом гнойном среднем отите / Е. Богданов, Р. Бенчев // Оториноларингология. – София, 1987. – Т. 24, №1. – С. 23-25.
2. Гофман, В.Р. Использование препаратов лекарственных растений в практике оториноларингологии / В.Р. Гофман, А.Г. Гречко. – СПб., 1995. – 125 с.
3. Дайхес, Н.А. Актуальные вопросы клинической оториноларингологии / Н.А. Дай-

хес, Х.Ш Давудов // Вестн. оторинолар. – 1993. – №1. – С. 72-74.

4. Иванец, И.В. Тактика лечения больных хроническим гнойным средним отитом в зависимости от характера микрофлоры / И.В.Иванец, М.И. Кадымова, Л.М. Романовская // Вестн. оторинолар. – 1992. – №4. – С. 3-6.

5. Иськив, Б.Г. Консервативное лечение больных хроническим гнойным средним отитом / Б.Г. Иськив // Журн. ушн., нос., горл. бол. – 1990. – №1. – С. 14-21.

6. Каманин, Е.И. Ципрофлоксацин в лечении больных острым и хроническим отитом / Е.И. Каманин, А.Е. Трофимов // Вестн. оторинолар. – 2003. – №2. – С. 18-21.

7. Мишенькин, Н.В. Современные тенденции и возможности при хирургическом лечении хронического гнойного среднего отита / Н.В. Мишенькин // Вестн. оторинолар. – 2000. – № 5. – С. 13-17.

8. Погосов, В.С. Лечение больных хроническим гнойным средним отитом препаратами медицинского озона в комплексе с низкочастотной ультразвуковой терапией / В.С. Погосов, Н.А. Мирошниченко, А.Н. Тафинцев // Вестник оторинолар. – 2001. – №5. – С. 24-26.

9. Сакко, Амиду Баба. Гнойное воспаление среднего уха, бактериологические исследования и терапевтические возможности / Амиду Баба Сако // Вестн. оторинолар. – 1995. – №1. – С. 12-14.

10. Туровский, А.Б. Антибактериальная терапия острого среднего отита в современных условиях / А.Б. Туровский, А.В. Баландин // Вестн. оторинолар. – 2004. – №1. – С. 20-24.

11. Фейгин, Г.А. Лечение хронического воспаления среднего уха при постоянном или часто рецидивирующем гноетечении / Г.А. Фейгин // Вестник оторинолар. – 2000. – №1. – С. 15-18.

12. Шустер, М.А. Частота встречаемости анаэробной микрофлоры при хроническом гнойном среднем отите / М.А. Шустер // 5-й съезд оториноларингологов РСФСР: тезисы. – Ижевск, 1984. – С. 199–205.

Поступила 09.06.2006 г.