

УДК 616.284-002.3

© В. В. МАЛЬОВАНІЙ, І. В. МАЛЬОВАНА, С. М. БОЙКО

ДВНЗ “Тернопільський державний медичний університет імені І. Я. Горбачевського”

Лікування хронічного гнійного мезотимпаніту в стадії загострення у дорослих

V. V. MALOVANYI, I. V. MALOVANA, S. M. BOYKO

SHEI “Ternopil State Medical University by I. Ya. Horbachevsky”

TREATMENT OF THE CHRONIC PURULENT MESOTYMPANITIS IN THE ACUTE STAGE IN ADULTS

Для лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту застосовують різні засоби місцевої і загальної дії. Головним у лікуванні цього захворювання є адекватна антибактерійна терапія. Одним з таких препаратів є антибіотик із групи фторхінолонів “Гатилін” (гатифлоксацин). Наведено результати застосування “Гатиліну” в лікуванні 20 дорослих хворих, які страждали від загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту. Отримані позитивні результати.

For the treatment of exacerbated chronic suppurative mesotympanitis it is used the variety of drugs of local and general action. Primarily in the treatment of this disease is an adequate antibiotic therapy. One such drug is an antibiotic of the fluoroquinolone group Gatilin (gatifloxacin). The results of use Gatilin in the treatment of 20 adult patients suffering from an acute chronic purulent mesotympanitis. Good results were received.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень та публікацій. Хронічне гнійне запалення середнього вуха (хронічний гнійний середній отит) є ускладненням гострого гнійного середнього отиту [4, 5, 7], його продовженням [3, 6, 9] або наслідком [12]. Це трапляється за умови високої вірулентності мікроорганізмів та ослаблення захисних сил організму [7, 9], особливо тоді, коли запальний процес локалізується в ділянці аттика [4, 5]. Статистичні дані свідчать про широку розповсюдженість даної патології серед людей різного віку [8]. Безпосередньо причиною хронічного гнійного запалення середнього вуха є патогенна мікрофлора: стафілококи, стрептококи, синьогнійна та кишкова палички, паличка протей, фузоспірохетоз, віруси [4, 5, 7, 8, 10]. Поряд з анаеробними збудниками, з барабанної порожнини хворих на хронічний середній гнійний отит виділено різні аероби [7]. В етіології хронічного середнього гнійного отиту певну роль відіграють гриби [2-5], серед них *Candida* до 30 % [4, 5].

Хронічний гнійний середній отит характеризується тріадою симптомів – періодичною чи постійною гностечею з вуха, стійкою перфорацією барабанної перетинки і приглухуватістю [1, 4, 5, 8, 9].

За клінічним перебігом і тяжкістю захворювання хронічний середній гнійний отит поділяють на дві форми: мезотимпаніт та епітимпаніт [1–3, 6–9, 12]. Серед хронічних гнійних запалень середнього вуха мезотимпаніт трапляється в 55 % випадків [9,

12]. Для хронічного мезотимпаніту характерна тріада симптомів – стійка центральна перфорація в натягненій частині барабанної перетинки, періодична або постійна гностеча без запаху з вуха і порушення слухової функції [1, 4, 5, 8, 9].

При загостреному хронічному мезотимпаніті характерне підвищення температури тіла, незначне порушення загального стану, збільшення або зменшення гностечі, біль у вусі [4, 5, 8, 9]. Під час отоскопії видно гіперемію, інфільтрацію і потовщення барабанної перетинки, контури її зникають, часто пульсуючий рефлекс, який зникає в міру ліквідації загострення [4, 5].

Для лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту застосовують різні засоби місцевої і загальної дії. Головним в лікуванні цього захворювання є адекватна антибактерійна терапія. Завдання антибактерійної терапії може бути успішно вирішене через наявність широкого вибору антибактерійних препаратів. Одним з таких препаратів є фторхінолон “Гатилін” (гатифлоксацин). У вітчизняній оториноларингології відсутні відомості щодо застосування цього препарату при лікуванні загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту. В інструкції до препарату вказано на високий його антибактерійний потенціал. Встановлено високу антибактерійну ефективність “Гатиліну” (гатифлоксацину) при лікуванні гострого гнійного верхньощелепного синуситу [11].

Мета роботи: визначити ефективність препарату “Гатилін” (гатифлоксацин) як антибактерійного засобу при лікуванні загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту у дорослих.

Матеріали і методи. Ми застосували “Гатилін” (гатифлоксацин) для системної терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту в дорослих.

“Гатилін” (гатифлоксацин) – це сучасний фторхінолон IV покоління. Фторхінолони займають провідні позиції в арсеналі сучасних антибактерійних засобів. Для фторхінолонів IV покоління характерна висока ефективність проти *Str. pneumoniae*, *M. pneumoniae*, *Chl. pneumoniae*, анаеробів. “Гатилін” (гатифлоксацин) проявляє бактерицидний ефект завдяки зниженню двох життєво важливих ферментів мікробної клітини – ДНК-гірази і топоізомерази – 4. Механізм дії “Гатиліну” (гатифлоксацину) забезпечує “надширокий” спектр антибактерійної активності. Він діє як на грампозитивні і грамнегативні мікроорганізми, так і на атипичні мікроорганізми і на анаероби. “Гатилін” (гатифлоксацин) проявляє високу активність щодо позалікарняних штамів респіраторних патогенів. Активність “Гатиліну” (гатифлоксацину) відносно позалікарняних штамів респіраторних патогенів перевищує активність ципрофлоксацину в 4 – 16 разів. “Гатилін” (гатифлоксацин) виробляє фірма Ananta Medicare (Великобританія), в таблетках по 200 і 400 мг, № 10. “Гатилін” (гатифлоксацин) має широкий спектр показань до застосування: інфекції ЛОР-органів; інфекції дихальних шляхів; уrogenітальні інфекції; інфекції сечових шляхів; інфекції сечостатевої системи та ускладнені інфекції сечових шляхів; неускладнений гонококовий уретрит у чоловіків; гонококовий ендocerвіт у жінок; інфекції шкіри і м’яких тканин; післяопераційні інфекційні захворювання, сепсис, перитоніт. В оториноларингології “Гатилін” (гатифлоксацин) застосовують при

гострому отиті та загостренні хронічного отиту, гострому синуситі та загостренні хронічного синуситу по 400 мг 1 раз на добу або по 200 мг 2 рази на добу протягом 5 – 7 днів. Переваги “Гатиліну” (гатифлоксацину): подвійний механізм дії; широкий спектр антимікробної активності; високі концентрації в тканинах і рідинах організму, які перевищують концентрацію в плазмі; тривалий період напіввиведення; відсутність резистентності; можливість застосування як емпіричної терапії при тяжких інфекціях в стаціонарі; гарний комплаєнс – 1 раз на добу; широкий спектр показань до застосування; добра переносимість і незначний відсоток побічних ефектів.

Під нашим спостереженням за період з 2008 по 2011 рр. перебувало 40 хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт (30 чоловіків і 10 жінок) віком від 20 до 45 років (табл. 1).

У всіх пацієнтів мезотимпаніт був однобічний (у 26 правобічний, у 14 лівобічний) й тривав від 10 до 20 років. Причинами загострення мезотимпаніту були гострий риніт (у 12 хворих), застуда (у 18), ГРВІ (у 10 хворих). Пацієнти скаржились на біль у вусі, збільшення гноетечі з вуха, шум у вусі, зниження слуху, порушення загального стану, підвищення температури тіла в межах 37,1 – 37,9 °С. При отоскопії визначались слизові (у 5 хворих), слизово-гнійні (у 16) або гнійні (у 19 хворих) виділення у зовнішньому слуховому ході в незначній кількості. Після туалету вуха спостерігали гіперемію, інфільтрацію і потовщення барабанної перетинки, пульсуючий рефлекс (у 22 хворих), перфорацію барабанної перетинки, яка локалізувалась дозadu від лінії держальця молоточка (у 18 хворих), допереду від лінії держальця молоточка (у 14) або була субтотальною обідковою в натягненій частині (у 8 хворих) [13]. Аудіометричне дослідження слуху вказувало на ураження звукопровідної функції вуха.

Таблиця 1. Співвідношення хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт, яких лікували “Гатиліном” і за стандартною схемою

Ліковані “Гатиліном”		Ліковані за стандартною схемою	
Чоловіки	14	Чоловіки	16
Жінки	6	Жінки	4

Хворі були поділені на дві групи – основну (20 пацієнтів) і контрольну (20). Групи були зіставлені за віком і перебігом захворювання. У схему лікування хворих основної групи вводили “Гатилін” (гатифлоксацин). Останній призначали в дозах згідно з рекомендаціями фірми-виробника (Ananta Medicare – Великобританія): внутрішньо по 1 таблетці (200 мг) двічі на день протягом 7 днів [11].

При лікуванні хворих контрольної групи призначали антибіотик “Олететрин” по 250000 ОД 4 рази на день. В комплекс лікування хворих обох груп входили щоденний туалет вуха сухим способом, закапування у зовнішній слуховий хід розчину антибіотика або прополісу, до яких виявлена мікрофлора найчутливіша, судинозвужувальних крапель в ніс.

Результати досліджень та їх обговорення.

Критеріями оцінки ефективності лікування були: суб'єктивна оцінка терапії хворими (вплив на біль у вусі, на гноетечу з вуха, на шум у вусі, на зниження слуху, на загальний стан, на температуру тіла, легкий перебіг захворювання, швидше одужання), отоскопічна картина (стан барабанної перетинки, стан слизової оболонки барабанної порожнини, відсутність або зменшення виділень у зовнішньому слуховому ході, зміна їх характеру), показники температури тіла і тональної аудіометрії. Аналіз результатів лікування показав, що більш інтенсивний регрес симптомів загостреного хронічного мезотимпаніту відмічено у хворих основної групи. Так, 85 % хворих основної групи вказували на зникнення, 15 % – на зменшення болю у вусі, 10 % – на зникнення, 90 % – на зменшення виділень з вуха. Всі пацієнти з цієї групи вказували на зникнення шуму у вусі, поліпшення загального стану, зниження температури тіла (на 5 – 6 день лікування). 60 % хворих вказували на легший перебіг захворювання, 50 % – на швидке одужання. В контрольній групі ці показники були значно нижчими. Разом з тим, поліпшення слухової функції пацієнти як основної, так і контрольної групи не відмічали.

Поліпшення отоскопічної картини настало на 5–6 день лікування у 100 % хворих. У них не відмічали гіперемію, інфільтрацію і потовщення барабанної перетинки, пульсуючий рефлекс. У всіх хворих слизова оболонка медіальної стінки барабанної порожнини була рожева. В пацієнтів з слизовими виді-

леннями у зовнішньому слуховому ході вони зникли. У осіб з гнійними виділеннями у зовнішньому слуховому ході вони стали слизисто-гнійними. В контрольній групі поліпшення отоскопічної картини відмічали на 5–6 день лікування у 80 % хворих.

Температура тіла нормалізувалась на 5–6 день лікування у всіх пацієнтів основної групи. В контрольній групі температура тіла нормалізувалась у 80 % хворих на 5–6 день лікування.

Показники тональної аудіометрії (зменшення кістково-повітряного інтервалу на аудіограмі) на 5–6 день лікування незначно покращились у 3 пацієнтів. В контрольній групі зменшення кістково-повітряного інтервалу на тональній аудіограмі не спостерігали у жодного хворого.

“Гатилін” (гатифлоксацин) всі хворі переносили добре, алергічних реакцій та інших побічних явищ не відмічали у жодного пацієнта.

Висновки. 1. Застосування “Гатиліну” (гатифлоксацину) у хворих на загострений хронічний гнійний мезотимпаніт підвищує ефективність лікування цієї патології у дорослих.

2. На підставі отриманих результатів можна рекомендувати “Гатилін” (гатифлоксацин) для лікування загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту як антибактерійний засіб у дорослих.

3. “Гатилін” (гатифлоксацин) може поповнити арсенал медикаментів загальної дії, які застосовують у терапії загостреного хронічного гнійного мезотимпаніту в дорослих.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гладков А. А. Болезни уха, горла и носа / А. А. Гладков. – М. : Медицина, 1973. – С. 240–260.
2. Зарицький Л. А. Хвороби вуха, носа, горла / Л. А. Зарицький. – К. : Вища школа, 1974. – С. 84–91.
3. Исхаки Ю. Б. Детская оториноларингология / Ю. Б. Исхаки, Л. И. Кальштейн. – Душанбе : Маориф, 1977. – С. 296–305.
4. Лайко А. А. Дитяча амбулаторна оториноларингологія / А. А. Лайко, Д. І. Заболотний. – К. : Логос, 2005. – С. 109–117.
5. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія / А. А. Лайко. – К. : Логос, 2008. – С. 229–237.
6. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии / А. Г. Лихачев. – М. : Медицина, 1981. – С. 206–215.
7. Мітін Ю. В. Хронічне запалення середнього вуха // Оториноларингологія / Ю. В. Мітін ; за ред. Д. І. Заболотного, Ю. В. Мітіна, В. Д. Драгомирецького. – К. : Здоров'я, 1999. – С. 145–157.
8. Мишенькин Н. В. Хроническое гнойное воспаление среднего уха : руководство по оториноларингологии / Н. В. Мишенькин ; под ред. И. Б. Солдатова. – М. : Медицина, 1997. – С. 110–132.
9. Пальчун В. Т. Болезни уха, горла, носа / В. Т. Пальчун, Н. А. Преображенский. – М. : Медицина, 1978. – С. 329–341.
10. Протасевич Г. С. Бактериологическое исследование при хроническом среднем гнойном отите в процессе подготовки к тимпанопластике // Молдавская научно-практическая конференция оториноларингологов : тезисы докладов / Г. С. Протасевич, Т. И. Яшан. – Кишинев : Штиинца, 1979. – С. 30–31.
11. Антибактерійна терапія хворих на гострий гнійний верхньощелепний синусит / Г. С. Протасевич, О. І. Яшан, Д. В. Бергоровий [та ін.] // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2011. – № 5. – С. 106–107.
12. Рутенбург Д. М. Хроническое гнойное воспаление среднего уха. Тимпанопластика : руководство по оториноларингологии / Д. М. Рутенбург ; под ред. А. Г. Лихачева. – М. : Медгиз, 1960. – Т. 2. – С. 212–269.
13. Яшан И. А. Некоторые вопросы восстановления звукопроводения при мезо- мембранопластике / И. А. Яшан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1970. – № 1. – С. 95–98.

Отримано 20.05.13