

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КОМПЛАЄНСУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ЗОВНІШНІМ ОТИТОМ

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького
(ректор – акад. Б.С. Зіменковський)*

Проблема діагностики і лікування зовнішнього отиту (ЗО) поставала перед лікарями давно, а до відкриття антибіотиків (АБ) і протигрибкових засобів (ПГЗ) залишалась невирішеною. У статті Британського медичного журналу «Рідкісний випадок паразитичного ЗО» [22] за 9.10.1880 р. англійський лікар Роберт Торранс повідомляє, що обтурацію зовнішнього слухового ходу (ЗСХ) пацієнта спочатку сприйняв за сірчаний корок, потім – за ЗО, згодом – таки виставив діагноз отомікозу (ОМ). Врешті-решт симптоми вдалося усунути ретельним очищенням слухового ходу і гіпохлоритом вапна. Але навіть це не усунуло запалення остаточно.

ЗО може уражати до 10% людей в різні періоди їх життя, проявляючись у формі гострого ЗО (ГЗО) (95% випадків), хронічного чи некротизуючого ЗО (НЗО) [6, 10]. ЗО зустрічається не часто у віці до 2 років [16, 17].

Отоларингологи з різних куточків світу відмічають спад кількості звертань профільних пацієнтів з початком пандемії SARS-CoV-2 (COVID-19) [14, 18], хоч структура звертань залишається незмінною, де отальгія (в т.ч. через виникнення ЗО) – в трійці лідерів [8, 20]. Навіть у допандемічний період сімейним лікарям, терапевтам, педіатрам правильно поставити діагноз ГЗО вдавалося лише у 60% випадків [23]. Проведені серед американських педіатричних резидентів дослідження показали, що правильно діагностували ЗО лише у 52,54% випадків [13]. Водночас, є повідомлення і про збільшення кількості випадків ЗО у па-

цієнтів з COVID-19 [9]. Рецидиви ГЗО можуть ставати перешкодою у слухопротезуванні пацієнтів й призводити до обрання дорожчих методів слухопротезування [2, 25] чи навіть хірургічного лікування ГЗО [4].

Отальгія – поширений і неспецифічний симптом, що уражає людей будь-якого віку з майже 100% поширеністю протягом життя, може бути спричинений рядом захворювань і погіршувати якість життя пацієнтів [7, 12].

Лікування ГЗО зазвичай амбулаторне із застосуванням топічних протиінфекційних крапель і знеболення. При відсутності покращення в перші 48-72 год. рекомендується повторний огляд і вирішення питання про додаткове призначення системного АБ, ПГЗ [1, 10, 16, 19].

Прихильність до терапії (комплаєнс, compliance, adherence) – характеристика готовності пацієнтів виконувати лікувальні рекомендації. Її оцінка здійснюється порівнянням відповідності до лікарських призначень дій пацієнта/ки. COMPLAINT є одним з основних чинників, що впливає на якість лікування та його ефективність [3, 24].

Мета

Оцінити динаміку больового синдрому, потребу у додатковому призначенні знеболення, системної антибактеріальної терапії (АБТ) чи місцевої протигрибкової терапії (ПГТ), рівень комплаєнсу у пацієнтів із ГЗО при емпіричному лікуванні комплексним препаратом «Кандибіотик» у порівнянні з лікуванням окремими лікарськи-

ми формами згідно рекомендацій протоколу.

Матеріал і методи

До дослідження включалися дорослі і діти від 2 років з діагнозом ГЗО тривалістю до 3 місяців. У дослідження увійшли 30 пацієнтів основної (17 дорослих і 13 дітей) і 25 пацієнтів контрольної (15 дорослих і 10 дітей) груп. Діагноз виставляли на основі скарг (різкий початок захворювання, біль та/або свербіж вуха, що посилювався при натисканні на козелок, при відкриванні рота), отоскопії (звуження ЗСХ за рахунок набряку, біль при введенні вухної лійки, наявність виділень у просвіті ЗСХ, інтактність барабанної перетинки). Для суб'єктивної оцінки болю використовувалася візуально-аналогова шкала (ВАШ). Пацієнтам пропонувалось відмітити на неградуваної лінії довжиною 10 см точку, яка відповідає ступеню вираженості болю, де крайні точки – «болу немає» і «нестерпний або максимальний біль». Для дітей оцінку болю проводили за допомогою обличчя Вонг-Бейкер [15, 21]. На шкалу нанесені 6 кіл із зображеними обличчями, які характеризують відчуття при тому чи іншому рівні болю, які відповідали ВАШ.

Оцінка комплаєнсу проводилась за допомогою опитувальника Моріски-Гріна, який валідизований і рекомендований до широкого застосування [11]. Це тест є найпростішим з погляду проведення й оцінки прихильності до терапії. У нього входять 4 запитання: 1) Чи забували Ви коли-небудь приймати/застосовувати ліки?; б) чи ставитеся Ви іноді не уважно до часу прийому/застосування ліків?; в) пропускаєте Ви прийом/застосування ліків, якщо відчуваєте себе добре?; с) якщо після прийому ліків Ви відчуваєте себе погано, то чи не пропускаєте Ви наступний прийом ліків? Вибираючи один із двох запропонованих варіантів відповідей, пацієнт/ка відповідає на запитання. Відповідь «Так» оцінюється в 0 балів, «Ні» - 1 бал. При підрахунку результатів підраховують сумарний бал. Пацієнта/ку вважають прихильним до терапії, якщо на всі 4 питання отримано відповідь «Ні». Пацієнтів, що набрали 3 бали, вважають недостатньо прихильними до терапії, і вони пе-

ребувають у групі ризику по розвитку некомплаєнсу. Хворих, які набрали 2 бали і менше, вважають не прихильними до лікування. Опитування проводилося телефоном після закінчення лікування. У пацієнтів дитячого віку комплаєнс оцінювали у їхніх батьків.

Пацієнти основної групи в якості базового лікування отримували за рекомендаціями протоколу місцево комплексні вухні краплі у складі: хлорамфенікол, клотримазол, беклометазону дипропіонат, лідокаїну гідрохлорид (торгова назва «Кандибіотик»). Пацієнти контрольної групи отримували лікування за рекомендаціями протоколу у вигляді окремих лікарських форм (місцеві краплі ципрофлоксацинового або аміноглікозидного ряду, дексаметазон або беклометазону дипропіонат місцево, лідокаїну гідрохлорид). При потребі пацієнтам обох груп додатково призначалась протибольова терапія (ібупрофен у відповідній дозі), системна АБТ (за рекомендаціями протоколу – амоксицилін/клавуланат або цефіксим) чи місцева ПГТ.

Оскільки ретельне очищення слухового ходу є одним із основних методів лікування ГЗО [1, 19], отоскопія з оцінкою кількості виділень і очищення вух проводилася при потребі щоденно протягом 1-5 діб, опитування телефоном – на 7, 14, 21-у добу.

Статистична обробка даних проводилась за допомогою Excel пакету програм Microsoft Word 2016. При аналізі розраховувались середні величини (M), їх дисперсія (σ^2), критерій хі-квадрат, коефіцієнт кореляції Пірсона r. Для оцінки сили кореляційних зв'язків зазвичай використовують загальноприйняті критерії відповідно до абсолютних значень: $r < 0,3$ свідчить про слабкі зв'язки, r від 0,3 до 0,7 – про зв'язки середньої сили, $r > 0,7$ – про сильні зв'язки. Достовірність середніх величин оцінювалася за критерієм Стьюдента (t). Результати вважались достовірними при $p < 0,05$ [5].

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік дорослих пацієнтів основної групи становив $41,4 \pm 14,7$ р., контрольної – $38,9 \pm 12,7$ р.; дітей основної групи – $9,9 \pm 4,7$ р., контрольної – $10,4 \pm 5,1$ р.

На початку захворювання середній бал болю за ВАШ становив $5,47 \pm 1,0$ бали в основній групі ($5,47 \pm 1,01$ серед дорослих і $5,47 \pm 0,9$ серед дітей) і $5,56 \pm 0,9$ бали у контрольній групі ($5,67 \pm 0,94$ серед дорослих і $5,4 \pm 0,8$ серед дітей). Середня тривалість больового синдрому становила $2,23 \pm 0,87$ доби в основній групі ($2,29 \pm 0,67$ доби серед дорослих і $2,31 \pm 0,87$ доби серед дітей) і $2,56 \pm 0,75$ доби у контрольній групі ($2,4 \pm 0,61$ доби серед дорослих і $2,8 \pm 0,87$ доби серед дітей).

Додаткового системного знеболювального потребували 4 (13,3%) пацієнтів основної групи, серед яких 1 (5,9%) дорослий і 3 (23,1%) дітей. Серед пацієнтів контрольної групи знеболення потребували 11 пацієнтів (44%), серед яких 5 (33,3%) дорослих і 6 (60%) дітей.

При відсутності або слабкій динаміці, посиленні болю і виділень з вух пацієнтам із ГЗО додавали протокольне лікування сис-

темним АБ. Такого лікування потребували 4 (13,3%) пацієнти основної групи: 3 (17,6%) дорослих і 1 (7,7%) дитина. В контрольній групі таких пацієнтів було 8 (32%): 5 (33,3%) дорослих і 3 (30%) дітей.

Призначення додаткових місцевих ПГЗ потребували 4 пацієнтів (16%) контрольної групи, серед яких 3 (20%) дорослих та 1 (10%) дитина. У пацієнтів основної групи не було потреби у призначенні додаткових місцевих ПГЗ. У жодній з груп у пацієнтів не було показань до системної ПГТ.

При окремому аналізі показників пацієнтів основної і контрольної групи встановлено середньої сили зв'язок між застосуванням «Кандибіотику» і зменшенням потреби в додатковому застосуванні місцевої ПГТ і знеболення. Проте при сукупному аналізі отриманих даних у вигляді довільних таблиць відповідності з використанням критерію хі-квадрат отримали такі результати (табл.).

Порівняння отриманих результатів (%) у вигляді довільних таблиць з використанням критерію χ^2

Факторна ознака	Результативна ознака			Сума
	потреба у знеболенні	системна АБТ	місцева ПГТ	
Лікування препаратом «Кандибіотик»	13,3	13,3	0	26,6
Протокольне лікування	44	32	16	92
Всього	57,3	45,3	16	118,6

Результат був таким: число ступенів свободи – 2, значення критерію χ^2 становить 5,897, критичне значення χ^2 при рівні значущості $p < 0,05$ становить 5,991. Зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично не значимий, рівень значущості $p > 0,05$. Рівень значущості – $p = 0,053$.

Середній бал комплаєнсу в основній групі становив $3,91 \pm 0,32$ ($3,89 \pm 0,15$ серед дорослих і $3,92 \pm 0,17$ серед батьків дітей). В контрольній групі середній бал комплаєнсу становив $2,9 \pm 0,15$ ($2,91 \pm 0,08$ серед дорослих і $2,9 \pm 0,07$ серед батьків дітей). Такі результати достовірно відрізнялися як між обома досліджуваними групами загалом, так і окремо між групами дорослих і дітей ($p < 0,05$).

Висновки

У пацієнтів дорослого і дитячого віку із діагнозом ГЗО при стартовому емпіричному призначенні препарату «Кандибіотик» спостерігалась менша потреба у додатковому знеболенні, призначенні системної АБТ і ПГТ. Такі результати відрізнялися статистично не значимо від результатів у пацієнтів дорослого і дитячого віку, яким призначали протокольне лікування ГЗО. Втім, у пацієнтів, яким призначали монотерапію «Кандибіотиком», встановлено більш достовірно високий середній бал комплаєнсу ($3,91 \pm 0,32$) у порівнянні з контрольною групою ($2,9 \pm 0,15$). Більшу прихильність до лікування «Кандибіотиком» висловили батьки дітей із ГЗО ($3,92 \pm 0,17$) основної групи

у порівнянні із батьками дітей з контрольної групи (2,9±0,07), які отримували протокольне лікування. Комплексний склад вушних крапель «Кандибіотик» сприяє високій прихильності до лікування у пацієнтів, зменшуючи потребу у знеболенні і системній АБТ. В умовах важкості діагностики різних

типів ЗО сімейними лікарями, терапевтами, педіатрами, утруднення доступу до медичної допомоги в умовах пандемії COVID-19, відсутність на ринку України абсолютного аналога робить «Кандибіотик» засобом вибору для стартового емпіричного лікування ГЗО у дорослих і дітей віком від 2 років.

Література

1. Barry V, Bhamra N, Balai E, Maung S. Otitis externa. *BMJ*. 2021 Mar 31;372:n714. doi: 10.1136/bmj.n714. PMID: 33789841.
2. Betito HR, Dahan T, Halperin D, Katzenell U. [Implantation of a vibrant soundbridge in a woman with sensorineural hearing loss and recurrent otitis externa: a case study]. *Harefuah*. 2021;160(3):155-160. [Article in Hebrew].
3. Carter S, Taylor D, Levenson R. 3. London: Medicines Partnership; 2005. A question of choice – compliance in medicine taking. From compliance to concordance. *Journal of Food Security*. 2019; 7(3):97-102. DOI: 10.12691/jfs-7-3-5.
4. De Greve G, van Dinther J, Vanspauwen R, Youri M, Verstreken M, Zarowski A, Offeciers E. The MO-meatocanalplasty: long-term results in the narrow external auditory canal with recurrent otitis externa or the inability to wear a hearing aid. *Eur Arch Otorhinolaryngol*. 2021 Feb 20. doi: 10.1007/s00405-020-06599-z.
5. Glantz SA. *Primer of Biostatistics*. 7th ed. McGraw-Hill Education/Medical; 2012. 320 p.
6. Hajioff D, MacKeith S. Otitis externa. *BMJ Clin Evid*. 2015 Jun 15;2015:0510.
7. Harrison E, Cronin M. Otitis externa. *Aust Fam Physician*. 2016 Jul;45(7):493-7.
8. Herranz-Larrañeta J, Klein-Rodríguez A, Menéndez-Riera M, Mejuto-Torreiro L, López-Eiroa A, Vázquez-Barro JC, Herranz González-Botas J, Mayo-Yáñez M. ENT emergencies during the first wave of COVID-19 pandemic in Spain: Our experience. *Am J Otolaryngol*. 2021 Mar-Apr;42(2):102865. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102865.
9. Mady OM, El-Ozairy HS, Wady EM. Increased incidence of otitis externa in covid-19 patients. *Am J Otolaryngol*. 2020 Aug 11:102672. doi: 10.1016/j.amjoto.2020.102672.
10. Medina-Blasini Y, Sharman T. Otitis Externa. In: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan.2020 Oct 1. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556055>.
11. Morisky DE, Green LW, Levine DM. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. *Med Care*. 1986; 24(1): 67-74. doi: 10.1097/00005650-198601000-00007.
12. Neilan RE, Roland PS. Otitis externa. *Med Clin North Am*. 2010;94(5):961-71. doi: 10.1016/j.mcna.2010.05.004.
13. Ni G, Curtis S, Kaplon A, Gildener-Leapman N, Brodsky J, Aaron K, Mouzakes J. Development of video otoscopy quiz using a smartphone adaptable otoscope. *J Otol*. 2021;16(2):80-84. doi: 10.1016/j.joto.2020.08.001.
14. Ojetti V, Covino M, Brigida M, Petruzzello C, Saviano A, Migneco A, Candelli M, Franceschi F. Non-COVID Diseases during the Pandemic: Where Have All Other Emergencies Gone? *Medicina (Kaunas)*. 2020;56(10):512. doi: 10.3390/medicina56100512.
15. Pabis E. [Evaluation of postoperative pain in children]. *Nursing Topics*. 2011;19(1):122-9. DOI: 10.5603. [Article In Poland].
16. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, Huang WW, Haskell HW, Robertson PJ. Clinical practice guideline: acute otitis externa. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014 Feb;150(1 Suppl):S1-S24. doi: 10.1177/0194599813517083.
17. Rosenfeld RM, Schwartz SR, Cannon CR, Roland PS, Simon GR, Kumar KA, Huang WW, Haskell HW, Robertson PJ; American Academy of Otolaryngology--Head and Neck Surgery Foundation. Clinical practice guideline: acute otitis externa executive summary. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2014;150(2):161-8. doi: 10.1177/0194599813517659.
18. Stansfield J, Dobbs S, Harrison R, Lee K, Sharma S, Okour K, Agrawal S, Miah MS. Management of ENT emergencies during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J Laryngol Otol*. 2021;135(2):117-24. doi: 10.1017/S0022215121000530.
19. Starck M, Atula S. Настанова 00852. Зовнішній отит. *Duodecim*. [online] 2018. URL: <https://guidelines.moz.gov.ua/documents/3627>.
20. Stubbington TJ, Morrison B, Sevilla C, Judd O. What still presents urgently to ENT during a pandemic? Experience of an ENT rapid access clinic during the coronavirus disease 2019 pandemic. *J*

- Laryngol Otol. 2021;135(1):70-3. doi: 10.1017/S0022215121000128.
21. Tomlinson D, von Baeyer CL, Stinson J, Sung, L. A systematic review of faces scales for the self-report of pain intensity in children. *Pediatrics*. 2010;126(5):e1168-98. doi: 10.1542/peds.2010-1609.
22. Torrance R. Rare Case of Otitis Externa Parasitica. *Br Med J*. 1880 Oct 9;2(1032):582. doi: 10.1136/bmj.2.1032.582.
23. Trinidad A, Qayyum A, Lee A, Shakeel M, Osbourne S, Kotecha B. Audit of otitis externa referrals and management in a tertiary care setting. *J Otolaryngol Head Neck Surg*. 2011; 40(4):288-94.
24. World Health Organization. Adherence to long term therapies: evidence for action [online] 2003. URL: http://www.who.int/chronic_conditions/en/adherence_report.pdf.
25. Zwartenkot JW, Hashemi J, Cremers CW, Mulder JJ, Snik AF. Active middle ear implantation for patients with sensorineural hearing loss and external otitis: long-term outcome in patient satisfaction. *Otol Neurotol*. 2013;34(5):855-61. doi: 10.1097/MAO.0b013e31828f47c2.

Надійшла до редакції 24.05.2021

© О.О. Семенюк, О.Є. Москалик, 2021

ШЛЯХИ ПІДВИЩЕННЯ РІВНЯ КОМПЛАСНСУ У ПАЦІЄНТІВ ІЗ ГОСТРИМ ЗОВНІШНІМ ОТИТОМ

Семенюк ОО, Москалик ОЄ

Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького

Email: oles.semenyuk@gmail.com

А н о т а ц і я

Актуальність: Проблема діагностики і лікування зовнішнього отиту (ЗО) поставала перед лікарями давно, а до відкриття антибіотиків (АБ) і протигрибкових засобів (ПГЗ) залишалась невирішеною. ЗО може уражати до 10% людей в різні періоди їх життя, проявляючись у формі гострого ЗО (ГЗО) у 95% випадків у віці від 2-х р. Відмічається спад кількості звертань профільних пацієнтів з початком пандемії COVID-19 при збереженні структури патології, де ЗО – в трійці лідерів. Водночас, є повідомлення і про збільшення кількості випадків ЗО у пацієнтів з COVID-19.

Мета: Оцінити динаміку больового синдрому, потребу у додатковому призначенні знеболення, системної антибактеріальної терапії (АБТ) чи місцевої протигрибкової терапії (ПГТ), рівень компласнсу у пацієнтів із ГЗО при емпіричному лікуванні комплексним препаратом «Кандибіотик» у порівнянні з протокольним лікуванням.

Матеріал і методи: В дослідження включалися дорослі і діти від 2-х років з діагнозом ГЗО: 30 пацієнтів основної (17 дорослих і 13 дітей) і 25 пацієнтів контрольної (15 дорослих і 10 дітей) груп. Пацієнти основної групи в якості базового лікування отримувала місцево вушні краплі «Кандибіотик». Пацієнти контрольної групи отримували протокольне лікування. При потребі пацієнтам додатково призначалася протибольова терапія (ібупрофен у відповідній дозі), системна АБТ чи місцева ПГТ. Для суб'єктивної оцінки болю використовувалася візуально-аналогова шкала (ВАШ). Оцінку компласнсу проводили за допомогою опитувальника Моріски-Гріна. Отримані результати обробляли поширеними статистичними методиками.

Результати: В основній групі пацієнтів, які отримували «Кандибіотик», була менша потреба у додатковому системному знеболюванні, системній АБТ, ніхто не потребував додаткової місцевої ПГТ. Порівняння отриманих результатів (%) у вигляді довільних таблиць з використанням критерію хі-квадрат встановив, що зв'язок між факторною та результативною ознаками статистично не значимий ($p > 0,05$). Середній бал компласнсу достовірно відрізнявся як між обома досліджуваними групами загалом, так і окремо між групами дорослих і дітей ($p < 0,05$).

Висновки: У пацієнтів дорослого і дитячого віку із діагнозом ГЗО при стартовому емпіричному призначенні препарату «Кандибіотик» спостерігалася менша потреба у додатковому знеболенні, призначенні системної АБТ і ПГТ. Такі результати відрізнялися статистично не значимо від результатів у пацієнтів дорослого і дитячого віку, яким призначали протокольне лікування ГЗО. У пацієнтів з монотерапією

«Кандибіотиком» встановлено достовірно більш високий середній бал комплаєнсу у порівнянні з контрольною групою, особливо серед батьків дітей із ГЗО. Комплексний склад вушних крапель «Кандибіотик» сприяє високій прихильності до лікування у пацієнтів, а відсутність абсолютного аналога робить його засобом вибору для стартового емпіричного лікування ГЗО у дорослих і дітей віком від 2-х років.

Ключові слова: гострий зовнішній отит, комплаєнс, дорослі, діти

WAYS TO INCREASE COMPLIANCE IN PATIENTS WITH ACUTE OTITIS EXTERNA

Semenyuk OO, Moksalyk OYe

Danylo Halytskyi Lviv National Medical University

Email: oles.semenyuk@gmail.com

Abstract

Topicality: The problem of diagnosis and treatment of otitis externa (OE) has been posed to doctors for a long time, and until the discovery of antibiotics (AB) and antifungal drugs (AFD) remained unresolved. OE can affect up to 10% of people at different periods of their lives, manifesting itself in the form of acute OE (AOE) in 95% of cases after the age of 2 years. There is a reduction in the number of patients admittance to the ENT specialist with the onset of the COVID-19 pandemic while maintaining the structure of the pathology, where AOE - in the top three of frequency. At the same time, there are reports of an increasing amount of AOE cases in patients with COVID-19.

Aim: To evaluate the dynamics of pain, the need for additional analgesia, systemic antibacterial therapy (ABT) or topical antifungal therapy (TAT), the level of compliance in patients with AOE in empirical treatment with a complex drug «Candibiotic» in comparison with protocol treatment.

Material and methods: The study included adults and children from 2 years of age with a diagnosis of AOE: 30 patients in the main (17 adults, 13 children) and 25 patients in the control (15 adults, 10 children) groups. Patients in the main group as a basic treatment received topical ear drops «Candibiotic». Patients in the control group received protocol treatment. If necessary, patients were additionally prescribed analgesic therapy (ibuprofen in the appropriate dose), systemic ABT or TAT. For subjective pain asses, a visual analog scale (VAS) was used. Compliance was assessed using the Morisky-Green questionnaire. The obtained results were processed by common statistical methods.

Results and discussion: In the main group of patients receiving «Candibiotic», there were fewer needs for additional systemic analgesia, systemic ABT, no one needed additional TAT. Comparison of the obtained results (percentage) in the form of arbitrary tables using the chi-squared test established that the relationship between factor and performance traits is not statistically significant ($p>0.05$). The mean compliance score between the two study groups differed significantly as a whole and separately between the groups of adults and children ($p<0.05$).

Conclusion: In patients of adult and pediatric age with a diagnosis of AOE at the initial empirical appointment of the drug «Candibiotic» there was less need for additional analgesia, the appointment of systemic ABT and AFT. Such results did not differ statistically significantly from the results in adult and pediatric patients who were prescribed protocol treatment of AOE. Patients with «Candibiotic» monotherapy had a significantly higher average compliance score compared with the control group, especially among parents of children with AOE. The complex composition of ear drops «Candibiotic» contributes to a high adherence to treatment in patients, and the lack of an absolute analogue makes it the means of choice for the initial empirical treatment of AOE in adults and children over 2 years.

Key words: acute otitis externa, compliance, adults, children.