

Разработанный нами вариант первичной тимпаномастоидопластики с формированием искусственного антрума аллогенным хрящом, несмотря на выраженные до операции патоморфологические изменения в ухе, позволял добиться стойкой санации у 99,77% пациентов с хроническим гнойным средним отитом и получить непосредственные положительные функциональные результаты с улучшением тонального слуха в частотном диапазоне 500-2000 Гц у 57,78% пациентов и последующим достоверным увеличением после операции до 71,11% числа лиц с социально-адекватным уровнем слуха.

Это свидетельствует о целесообразности проведения дальнейших исследований и усовершенствовании методики реконструктивно-восстановительных операций на среднем отделе уха при наличии у пациентов хронического воспаления.

## КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗОВ

Шляга И. Д.

*УО «Гомельский государственный медицинский университет»*

**Введение.** В наши дни проблема медицинской микологии является актуальной, так как в последнее время отмечается рост грибковых заболеваний среди внутренних органов, однако все большее значение приобретают грибковые процессы в оториноларингологии, а именно отомикозы, которые встречаются в 50% всех диагностированных случаев микозов ЛОР-органов (по данным Московского НИИ уха, горла и носа). Непосредственной причиной отита являются инфекции, проникающие в НСП или в барабанную полость, часто может быть смешанная флора в сочетании с грибковой. По данным многих авторов, в 12% случаев встречается смешанная грибковая флора [4, 5, 6]. Одного микробного фактора для развития острого гнойного воспаления среднего уха недостаточно, имеют значение также местные и общие предрасполагающие факторы, а также путь проникновения инфекции в барабанную полость (тубарный, транстимпанальный, ретроградный).

Заболеваемость микозами растет во всех странах мира (по ВОЗ, каждый 4-й житель планеты имеет грибковое заболевание). Это объясняется, во-первых, происходящими на планете серьезными экологическими изменениями, которые влияют на микроэкологию и иммунореактивность организма человека. Во-вторых, современная мощная фармакотерапия (новые антибиотики широкого спектра действия, кортикостероидные и цитостатические препараты, пероральные контрацептивы) – все это предрасполагает к развитию грибковой инфекции.

Способствуют заболеванию также анатомические особенности наружного слухового прохода (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

организма: сахарный диабет, заболевания ЖКТ, нейрогормональные состояния, СПИД, иммунодефицитные состояния, развивающиеся в результате онкологических, инфекционных, гематологических заболеваний, интоксикаций. Нерациональное лечение заболеваний наружного, среднего уха (длительное местное применение масляных препаратов, антибактериальных, кортикостероидных препаратов). Аллергические заболевания организма, заболевания ЛОР-органов. Профессиональные условия (контакт с грибковой инфекцией).

Кроме того, для жизнедеятельности грибов в наружном слуховом проходе имеется ряд неблагоприятных моментов – свободный доступ атмосферного воздуха, обеспечивающий необходимые для питания грибов кислород и углекислый газ, отсутствие прямого действия солнечных лучей, препятствующих развитию грибов, благополучные температурные условия, отсутствие механических повреждений для мицелия гриба, так как благодаря специфическому анатомофизиологическому строению наружного слухового прохода гриб защищен от внешних влияний. Грибы, развиваясь, образуют густую сеть мицелия, вызывая воспаление кожи.

Серьезного внимания заслуживают вопросы грибковых заболеваний уха как у взрослых, так и у детей. Доказано, что в России частота отомикоза достигает 26-27% среди всех отитов у детей, 18% – у взрослых [3].

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

Среди грибковых возбудителей, по данным исследований [4, 5], наибольший процент составляют грибы *P. Aspergillus* (54–75%). Второе место принадлежит дрожжеподобным грибам *P. Candida* (6,7–45-52%). Третье место занимают грибы *P. Penicillium* (4%), на 4 месте – грибы *P. Mucor* (2%). В результате клинико-лабораторных исследований установлено, что спецификой отомикоза является бактериально-грибковая флора и, по нашим данным, встречается в 57% случаев.

Жалобы и клинические проявления при отомикозе являются следствием вегетации определенных грибов в ухе и во многом обусловлены локализацией процесса.

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

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

Наружный отомикоз встречается у 21-52% пациентов и протекает в 48,8% случаев остро, в 51,2% – хронически. При этом 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 пациента и лишь постепенно достигает полного развития. Явные симптомы возникают при прорастании мицелия в глубину кожи. Вначале симптомы обычно менее выражены, чем при наружном отите бактериальной природы, но по мере прогрессирования заболевания выраженность их нарастает. При осмотре отмечаются диффузная умеренно выраженная 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, *Mucor* – серое, *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 среднего 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 существующего воспалительного процесса. Этому способствуют многие моменты: проводимая пациентам массивная антибиотикотерапия, травма кожи наружного слухового прохода (как чистка уха самим пациентом, так и врачом), длительное гноетечение. Отомикоз возникает и после хирургических вмешательств. В этих случаях в основе возникновения микоза может быть операционная травма, а также проводимая послеоперационная антибиотикотерапия. Важным предрасполагающим фактором микоза 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 больного уха. Большинство пациентов обращают внимание на то, что эти явления возникают у них внезапно на фоне относительно спокойно протекающего хронического заболевания среднего уха. При отомикозе среднего уха возможны перфорация барабанной перепонки и обильный рост грануляций с патологическим отделяемым в барабанной полости. Отличительным объективным признаком при всех формах отомикоза является наличие специфического отделяемого, цвет и консистенция которого зависит от вида грибов – возбудителей заболевания. Отделяемое, как правило, не имеет запаха. Нередко при микотическом среднем отите процесс распространяется и на наружное ухо. Следовательно, это серьезное заболевание, которое может привести к распространению процесса.

Отомикоз послеоперационных полостей протекает всегда хронически. Эта патология встречается чаще, чем диагностируется, достигая 13% от всех заболеваний среднего уха у детей и 26,7% – у взрослых [6,7]. При этом в послеоперационной полости среднего уха наблюдаются 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 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.

**Целью** исследования было изучение эффективности и переносимости препарата «кандибиотик» в лечении пациентов с острым отитом и обострении хронических наружных и средних отитов смешанной этиологии (бактериально-грибковой). Выбор лекарственных средств при лечении воспалительных заболеваний среднего уха является важной задачей для врачей оториноларингологов. При терапии пациентов с отомикозами необходимо учитывать все обстоятельства, при которых возникло заболевание у конкретного пациента. При этом необходимо учитывать социальные и экономические факторы, результаты бактериологического исследования и чувствительность к антимикотикам, тяжесть заболевания, его характер, течение, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений. Следует учитывать роль аллергии в патогенезе заболевания, поскольку грибы *Aspergillus* и *Candida* обладают выраженными аллергенными свойствами, следовательно, одновременно с противогрибковыми препаратами необходимо проводить десенсибилизирующую терапию. При таком подходе эффективность лечения возрастает. Все эти моменты являются ответственными для практического врача. Учитывая наличие смешанной флоры, по нашим данным в 57% случаях, важным является подбор комбинированных препаратов с учетом чувствительности микроорганизмов. К сожалению, на сегодняшний день таких препаратов очень мало. Трудность в лечении наружных и средних отитов смешанной этиологии объясняется и тем, что большинство препаратов для местного применения ориентированы на борьбу с грибковой флорой или воздействуют на определенные типы бактерий, или являются противоаллергическими препаратами. Нами был применен в лечении острых и хронических отитов смешанной этиологии (грибково-бактериальных) препарат «кандибиотик» фирмы Гленмарк (ушные капли), являющийся комбинированным препаратом с антибактериальным, противогрибковым, противовоспалительным и обезболивающим действием. Механизм действия обеспечивают входящие в него ингредиенты: хлорамфеникол 5% – антибиотик широко спектра действия, клотримазол 1% – антимикотик широкого спектра

действия, беклометазона дипропионат 0,025% – глюкокортикостероидный препарат, лигнокаина гидрохлорид 2% – местный анестетик.

Данный препарат устраняет воспаление, зуд, жжение и другие проявления инфекционно-воспалительных заболеваний уха.

**Материалы и методы.** В исследование были включены 39 пациентов основной группы и 23 пациента контрольной группы с острыми и хроническими наружными и средними отитами грибково-бактериальной этиологии, находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в ЛОР-отделении Гомельской областной клинической больницы и Гомельской областной инфекционной клинической больницы. Основная группа пациентов включала 22 мужчин и 17 женщин в возрасте от 17 до 65 лет, контрольная группа – 13 мужчин, 10 женщин.

Таблица 1. – Распределение пациентов в зависимости от формы отита

Формы отита	Количество пациентов			
	Основная группа		Контрольная группа	
	м	ж	м	ж
О. наружные отиты	5	4	4	2
Хр. наружные отиты	5	3	3	2
О. катар. средний отит	1	3	1	0
О. гнойный отит	2	2	2	1
Хр. гнойные средние отиты	7	4	2	3
Рецидив. отиты п/о полостей	2	1	1	2
Итого	22	17	13	10
Всего:	35		23	

Таблица 2. – Распределение пациентов в зависимости от возраста

Группа пациентов	17-29	30-39	40-49	50-65
Основная	6	14	13	6
Контрольная	2	9	8	4

Таблица 3. – Распределение пациентов в зависимости от продолжительности заболеваний

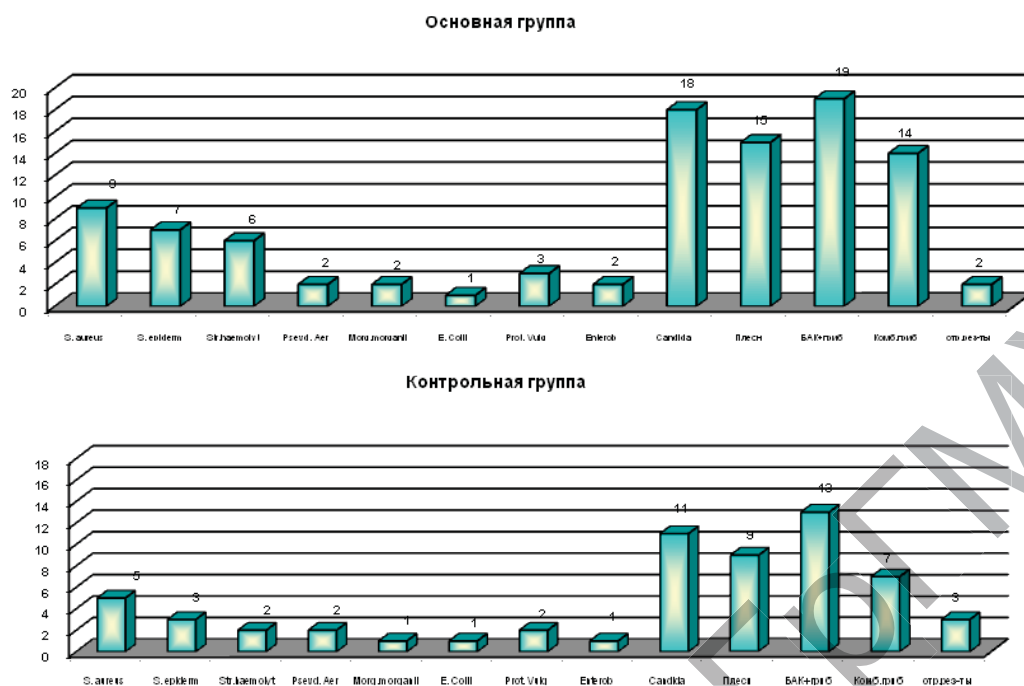
Продолжительность заболевания	До 1 мес.	1-3 мес.	3 мес. – 1 год	1-5 лет	6-10 лет	10-20 лет	>20 лет	Всего
Основная n	12	5	4	6	4	6	2	39
Контрольная n	7	2	3	6	2	1	2	23

Диагноз выставлялся на основании совокупности данных: клиники, данных анамнеза, отоскопии и лабораторных методов исследования. Всем пациентам производилось минимальное комплексное обследование, предусмотренное стандартами (общеклиническое, бактериологическое, гистологическое, микроскопическое, иммунологическое, отоскопия, отомикроскопия, рентгенография височных костей по Шюллеру и Майеру при хронических эпимезотимпанитах, оценка восприятия шепотной и разговорной речи, камертональные пробы).

Микологическая диагностика основывалась на микроскопическом исследовании нативных и окрашенных препаратов, бактериологического исследования (посев патологического отделяемого на диагностические питательные среды), гистологическом исследовании, микроскопическом методе экспресс-диагностики (с помощью оториноларингологического микроскопа), иногда – метод пробной терапии, т. к. успех лабораторной диагностики зависит не только от правильности выполнения исследований, но и техники забора материала, причем не всегда удается получить отделяемое из основного очага и в достаточном количестве.

Таблица 4. – Основные жалобы пациентов с отитами

Жалобы	Основная группа (n=39)	Контрольная группа (n=23)
Снижение слуха	39	23
Шум в ушах	25	17
Выделения:	32	15
<i>Характер:</i>		
• слизисто-гнойные	11	9
• гнойные	7	6
• в виде пленок, чешуек, творож. масс	23	13
<i>Цвет:</i>	16	9
• белый или желтоват	23	11
серый, черный, белес.		
зеленоватый	21	9
<i>Количество:</i>	11	8
• значительное	7	6
• умеренное		
• незначительное	11	11
<i>Длительность:</i>	26	12
• постоянные		
• периодические		
Боль в ушах	20	14
Ощущения:		
• дискомфорт в области уха	39	23
• заложенность	39	23
• зуд	34	19



**Рисунок 1. – Спектр микрофлоры при острых и хронических отитах**

**Таблица 6. – Сопутствующие заболевания у пациентов с отитами**

Заболевания	Основная группа (n=39)	Контрольная группа (n=23)
Сахарный диабет	6	3
Хронические заболевания ЖКТ:		
- хр. гастрит, дуоденит	9	6
- хр. холецистит	7	4
- дисбактериоз	9	7
Грибковые заболевания:		
- стоматит	5	4
- кандидоларингомикоз	4	2
- Фарингомикоз	7	3
Хронические заболевания ССС	9	4
Хронические заболевания ДП:		
- хр. трахеобронхит	7	4
- бр. астма	2	2
Лейкозы	3	2
СПИД	5	2
Беременность	2	0

В плане обследования (до и после лечения) проводили аудиометрическое исследование (аудиометр GSI-61, фирмы Crason – Stadler, Inc), при анализе которого была обнаружена практически у всех пациентов преимущественно кондуктивная форма тугоухости разной степени, в зависимости от формы и локализации.



**Рисунок 2. – Формы тугоухости в зависимости от формы отита**

Пациентам основной группы применяли кандибиотик как в виде капель по 4-5 капель в ухо 3 р/сут, так и в виде турундочек в течение 7-10 дней. Предварительно перед применением капель производили тщательный туалет уха, который заключался в промывании барабанной полости в теплом виде 0,9% раствором NaCl, 3% раствором H<sub>2</sub>O<sub>2</sub>. Пациентам в контрольной группе проводилась традиционная местная терапия в виде нитрофунгина, микосептиновой, микозолоновой мази. Пациенты, участвующие в исследовании, получали сопутствующую терапию, традиционно применяемую для лечения основного заболевания (антигистаминные препараты, сосудосуживающие капли в нос, общеукрепляющую терапию, антибактериальную, физиотерапевтические процедуры).

Оценку результатов лечения проводили 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.

Клиническую эффективность оценивали на 3, 8 и 10 день лечения, в некоторых случаях (при обострении хронических форм отита) – на 13-14 день. Эффективность рассматривали как «хорошую» при исчезновении всех симптомов и объективных признаков острого или обострения хронического воспаления, их возвращения 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 дню лечения по сравнению с их исходными характеристиками.

«Отсутствие эффекта» расценивали в случае отсутствия какого-либо эффекта проведенной терапии или ухудшении состояния пациента к концу 3 суток лечения.

**Результаты и их обсуждение.** В результате лечения отмечена «хорошая» эффективность лечения у большинства пациентов (27 чел.) основной группы, как видно из табл. 7. У пациентов контрольной группы отмечены хороший результат (у 4-х). К 3-5 суткам пациенты отмечали улучшение как общего состояния, так и со стороны уха (зуд, выделения, ощущение заложенности, боль уменьшились). К 7-9 суткам у 13 пациентов с острыми наружными и средними

отитами все клинические проявления со стороны уха прошли. У 2-х пациентов с рецидивирующими средними отитами послеоперационной полости к 9-10 дню уменьшились выделения, исчез зуд.

Таблица 7. – Результаты лечения

Группа пациентов	Хорошая	Умеренная	Отсутствие эффекта
основная	27	12	0
контрольная	4	14	5

Результат лечения расценен нами как «умеренная» эффективность у 12 пациентов основной группы и у 14 из контрольной группы. К 10-12 дню некоторые клинические признаки сохранились, но значительно менее выражены. Слух улучшился практически у всех пациентов с кондуктивной формой тугоухости. К концу лечения (10-12 дней) отмечено полное восстановление слуховой функции у большинства пациентов с острыми и хроническими наружными и острыми средними отитами (23). «Отсутствие эффекта» не отмечено ни у одного пациента основной группы, но установлено у 5 пациентов из контрольной группы.

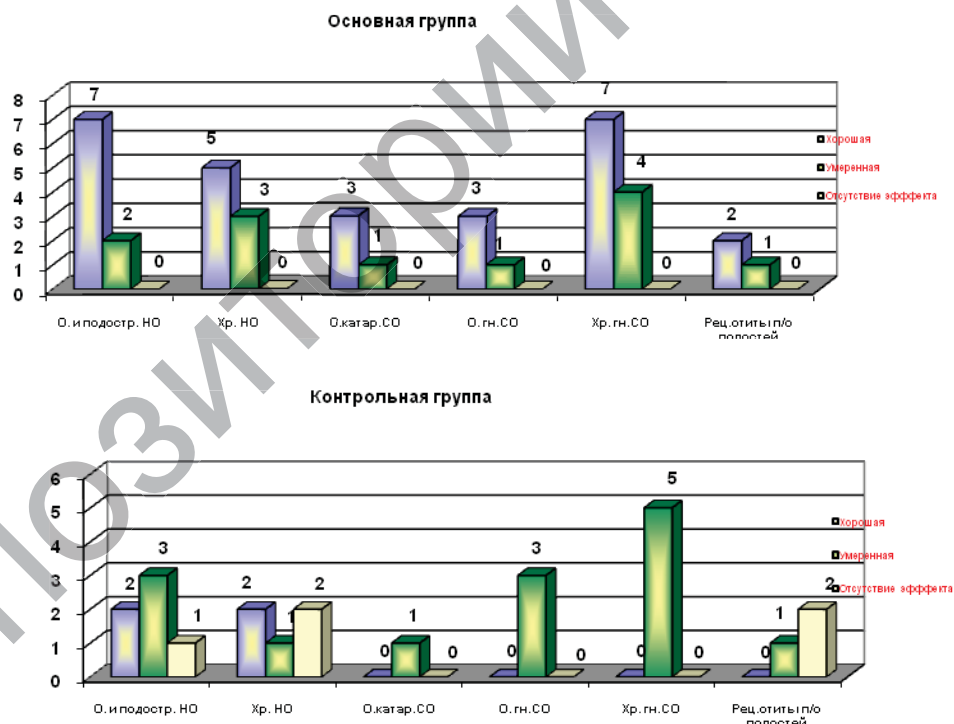


Рисунок 3. – Результаты лечения в зависимости от формы отита

В процессе лечения пациентов с острым отитом и обострением хронических форм отита препаратом «кандибиотик» нами также оценивалась его переносимость пациентами. При применении препарата «кандибиотик» нежелательных реакций на данный препарат не зарегистрировано. В основной группе пациентов, применявших кандибиотик, снизился общий срок лечения (в

1,8 раза) по сравнению с группой пациентов, применявших традиционную терапию. Кроме того, у пациентов основной группы отмечено уменьшение воспалительных проявлений (в среднем в 1,4 раза), исчезновение зуда, боли (в 1,7 раза), нормализация микрофлоры (у 27 пациентов основной и у 4-х пациентов – контрольной групп).

Таким образом, учитывая достаточно высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость пациентами, препарат «кандибиотик» (ушные капли 5 мл, фирмы «Гленмарк», Индия) может быть рекомендован к использованию в качестве эмпирической терапии пациентам с острыми отитами и обострениями хронических форм наружных и средних отитов бактериально-грибковой этиологии.

#### **Выводы**

1. Препарат «кандибиотик» обладает выраженным антибактериальным, антимикотическим, противовоспалительным и местноанестезирующим действием.

2. Данный препарат быстро устраняет зуд, воспаление, жжение и другие проявления инфекционно-воспалительных заболеваний уха.

3. «Кандибиотик» является высокоэффективным, безопасным и хорошо переносимым пациентами препаратом.

#### **Литература**

1. Аравийский Р. А., Климко Н. Н., Васильева Н. В. Диагностика микозов. – СПб, 2004. – 185с.

2. Белобородова Н. В., Подейская Е. Н. Педиатрия. – 1986 – с.76-84.

3. Богомильский М. Р. Consilium medicum (приложение). – 2001 – с. 10-14.

4. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. Consilium medicum. – 2001, т.3, №8.

5. Кунельская В.Я., Крюков А.И. Отомикоз. Методические рекомендации. – М. – 2002 – 11с.

6. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. «Медицина» – М. – 1989 – с. 44-98.

7. Кунельская В.Я., Крюков А. И. Микоз послеоперационной полости среднего уха. Методические рекомендации. – М. – 2003 – 16с.

8. Лучихин Л. А. Клиническая антимикробная химиотерапия. – 2000 – 75с.

9. Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Грибковые инфекции. Руководство для врачей. – М. – 2004 – 431с.

10. Страчунский Л. С. Антибиотики. – 2000 – с. 22-25.

11. Яковлев С. В., Яковлев В. П. Consilium medicum. – 2001 – 1с.

12. Фаль Н.И, Поволоцкий Я.Л. Антибиотики. – 1979 – с. 189-192.

13. Claros P., Salater F., Claros A.Jr., Claros A. Acta Otorinolaringol Esp. – 2000 – p. 97-99.

14. De Miguel Martinez J., Vasallo Morillas J.R., Ramos Macias A. Acta Otorinolaringol Esp. – 1999 – p. 15-19.