

УДК 616-002.828

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТОМИКОЗОВ

Шляга И.Д.

Учреждение образования «Гомельский
государственный медицинский университет»,
Гомель, Беларусь
© Шляга И.Д., 2006

В статье представлены особенности клиники, диагностики и лечения отитов грибково-бактериальной этиологии. Приведен сравнительный анализ лечения 39 больных отитами грибково-бактериальной этиологии препаратом «Кандибиотик» и традиционными методами лечения 23 больных с данной патологией.

Ключевые слова: грибково-бактериальные, «Кандибиотик», отиты, отомикоз.

CLINICS, DIAGNOSTICS AND TREATMENT OF OTOMYCOSIS

Shlyaga I.D.

Gomel State Medical University, Gomel, Byelarussia
© Shlyaga I.D., 2006

Peculiarities of clinics, diagnostic and treatment of otitis of fungal-bacterial etiology are presented in the article. The results of «Candibiotic» treatment of 39 patients who had otitis of fungal-bacterial etiology and conventional treatment of 23 patients with this pathology have been studied.

Key words: «Candibiotic», fungal-microbial, otitis, otomycosis.

ВВЕДЕНИЕ

В последние годы 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 наружный слуховой проход (НСП) или в барабанную полость; нередко микробиота оказывается смешанной. По данным многих авторов, в 12% случаев описаны микст-микотические инфекции [1–3]. Одного микробного фактора для развития острого гнойного воспаления среднего уха недостаточно, имеют также значение местные и общие предрасполагающие факторы, а также путь проникновения инфекции в барабанную полость (тубарный, транстимпанный, 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 противобактериальные антибиотики широкого спектра действия, кортикостероидные и цитостатические препараты, пероральные контрацептивы) предрасполагает к развитию грибковой инфекции. Способствуют заболеванию также анатомические особенности наружного слухового прохода (их узость), 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, болезни ЖКТ, нейрогормональные и иммунодефицитные состояния, развивающиеся в результате онкологических, инфекционных, гематологических заболеваний, интоксикаций и, наконец, СПИД), нерациональное лечение заболеваний наружного, среднего уха (длительное местное применение масляных препаратов, антибактериальных, кортикостероидов). В этом же плане можно назвать аллергические профессиональные заболевания, болезни ЛОР-органов и др.

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, благоприятные температурные условия, отсутствие механических повреждений для мицелия гриба — грибок защищен от внешних неблагоприятных влияний. Микромицеты, развиваясь, могут образовывать густую сеть мицелия, способную вызывать воспаление кожи.

Серьезного внимания заслуживают грибковые заболевания уха у взрослых и у детей. Доказано, что в России частота отомикоза достигает 26–27% среди всех отитов у детей, 18% — у взрослых [4].

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, мирингит, отит послеоперационной полости.

Среди грибковых возбудителей, по данным исследований [1,2,5], наибольший процент составляют *Aspergillus* spp. (54 — 75%). Второе место принадлежит дрожжеподобным грибам *Candida* spp. (6,7 — 45–52%). Третье место отводят *Penicillium* spp. (4%), на 4 месте — *Mucor* spp. (2%). В результате клико-лабораторных исследований установлено, что спецификой отомикоза является бактериально-грибковая

микробиота, которая, 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 больных 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 полутора, при хроническом — более полутора. В этих случаях, как правило, признаки общей интоксикации отсутствуют.

Наружный отомикоз имеет место у 21–52% больных 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 больного 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 отмечают диффузную умеренно выраженную гиперемию и инфильтрацию наружного слухового прохода, а также патологическое отделяемое, вид которого зависит от возбудителя. При инфицировании *A. niger* отделяемое сероватое с черными точками или черного цвета, в случаях с *A. flavus* и *A. oryzae* — желтовато-зеленоватое, с *A. fumigatus* — серовато-зеленое, с *C. albicans* — беловатое творожистое, с *Mucor* — серое, с *Penicillium* — беловато-желтое творожистое. Периодически из слухового прохода выделяются слепки, состоящие из эпидермиса, грибкового мицелия и секрета.

При мирингите 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 микобиотой, что значительно утяжеляет течение уже существующего воспалительного процесса. Этому способствуют проводимая больным массивная антибиотикотерапия, травма кожи наружного слухового прохода (чистка уха самим пациентом, так и врачом), длительное гноеечение. 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 микобиоты. 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, а также головная боль на стороне больного уха. Большинство больных обращают внимание на то, что эти явления возникают у них внезапно на фоне относительно спокойно протекающего хронического отита 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 [3,5]. При этом в послеоперационной полости среднего уха отмечают замедление или отсутствие эпидермизации, а также массивные патологические грануляции с большим количеством отделяемого.

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. А 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 [5, 6, 7].

Целью настоящего исследования было изучение эффективности и переносимости препарата «Кандибиотик» в лечении больных острыми хроническими наружными и средними отитами смешанной этиологии (бактериально-грибковой) при обострении. Выбор лекарственных средств при лечении воспалительных заболеваний среднего уха является важной задачей для врачей-оториноларингологов. При терапии больных с отомикозами необходимо учитывать все обстоятельства, при которых возникло заболевание у конкретного больного (социальные и экономические факторы, результаты микробиологического

исследования и чувствительность к антимикотикам, тяжесть заболевания, его характер, течение, наличие сопутствующих заболеваний и осложнений). Следует учитывать роль аллергии в патогенезе заболевания, поскольку грибы из родов *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 микробиоты, 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 микромицетами или воздействуют на определенные типы бактерий, или являются противоаллергическими препаратами.

Нами был применен в лечении острых и хронических отитов смешанной этиологии (грибково-бактериальной) препарат «Кандибиотик» — ушные капли (фирмы «Гленмарк»), являющийся комбинированным препаратом с антибактериальным, противогрибковым, противовоспалительным и обезболивающим действиями. 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, лидокаина 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 и 23 больных контрольной группы с острыми и хроническими наружными и средними отитами грибково-бактериальной этиологии, находившиеся на стационарном и амбулаторном лечении в ЛОР-отделении Учреждения Гомельской областной клинической больницы и Учреждения Гомельской областной инфекционной клинической больницы. Основная группа больных включала 22 мужчины и 17 женщин в возрасте от 17 до 65 лет, контрольная группа — 13 мужчин, 10 женщин.

Таблица 1

Распределение больных в зависимости от формы отита

Формы отита	Количество больных			
	Основная группа		Контрольная группа	
	м	ж	м	ж
Острые наружные отиты	5	4	4	2
Хронические наружные отиты	5	3	3	2
Острый катаральный средний отит	1	3	1	0
Острый гнойный отит	2	2	2	1
Хронические гнойные средние отиты	7	4	2	3
Рецидивирующие отиты послеоперационных полостей	2	1	1	2
Итого	22	17	13	10
Всего:	39		23	

Таблица 2

Распределение больных 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 больных 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, п	12	5	4	6	4	6	2	39
Контрольная, п	7	2	3	6	2	1	2	23

Таблица 4

Основные жалобы больных с отитами

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

Таблица 5

Сопутствующие заболевания у больных 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
- дисбиоз	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

Диагноз ставили на основании совокупности данных: клинических, анамнестических, отоскопических и лабораторных методов исследования. Всем больным выполняли минимальное комплексное обследование, предусмотренное стандартами (общеклиническое, бактериологическое, гистологическое, микроскопическое, иммунологическое, отоскопическое, отомикроскопическое, рентгенографическое — височных костей по Шюллеру и Майеру при хронических эпимезотимпанитах, оценивали восприятие шепотной и разговорной речи, камертональные пробы).

Микологическая диагностика основывалась на микроскопическом исследовании нативных и окрашенных препаратов, микологического исследования (посев патологического отделяемого на диагностические питательные среды), гистологическом исследовании, микроскопическом методе экспресс-диагностики (с помощью оториноларингологического микроскопа), иногда применяли 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 (рис. 1).

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 различной степени, в зависимости от формы и локализации (рис. 2).

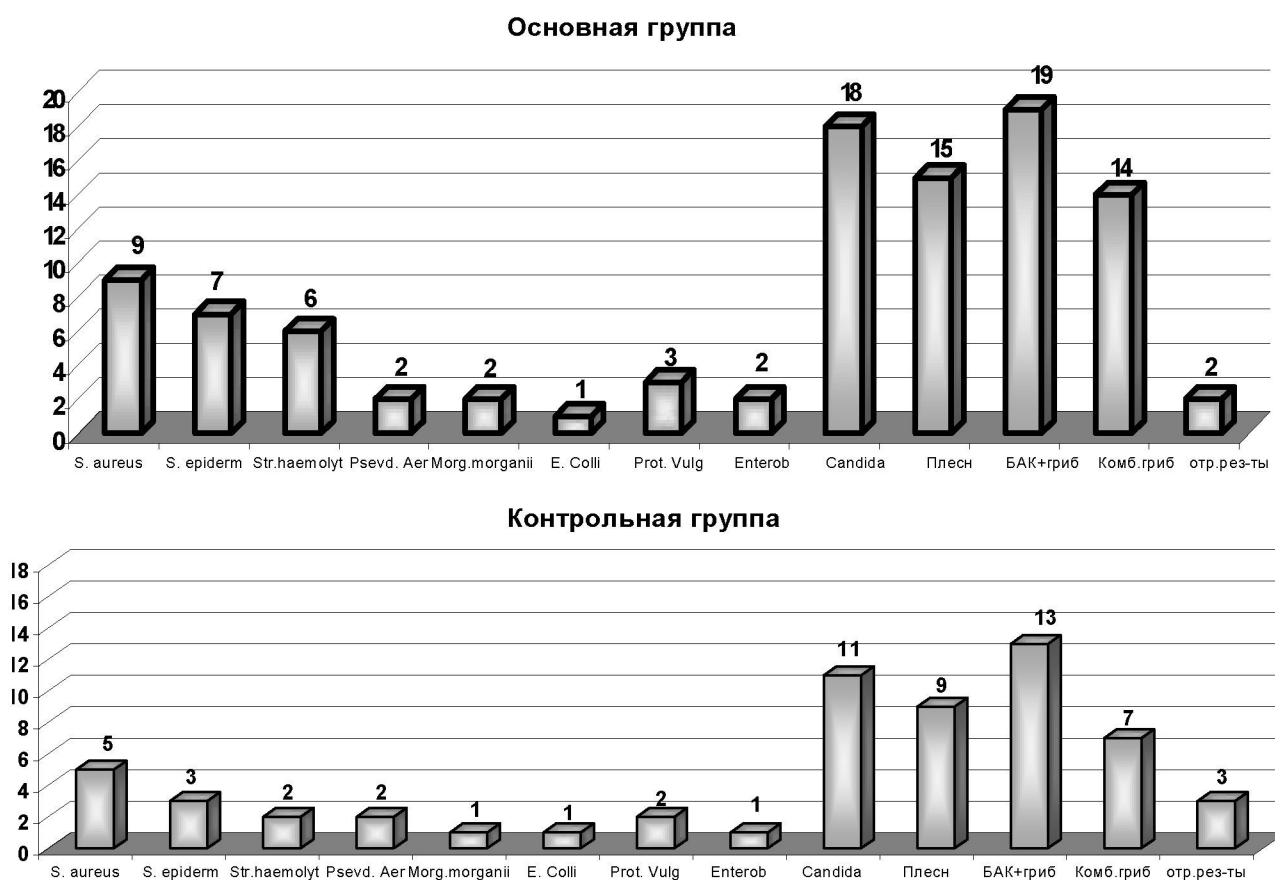


Рис. 1. Спектр микробиоты при острых и хронических отитах



Рис. 2. Формы тугоухости в зависимости от формы отита

Основной группе больных 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 теплым 0,9% раствором NaCl, 3% раствором H₂O₂. Контрольной группе больных проводили традиционную местную терапию в виде нитрофунгина, микосептиновой и микозолоновой мазей. 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 день, 8 день и 10 дни 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» рассматривали в случае отсутствия какого-либо эффекта от проведенной терапии или ухудшения состояния пациента к концу 3 суток лечения.

РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

В результате лечения наблюдали «хорошую» эффективность лечения у 27 больных основной и у

4 больных контрольной группы (таблица 6). К 3–5 суткам больные отмечали улучшение как общего состояния, так и со стороны уха (уменьшились зуд, выделения, ощущение заложенности, боль). К 7–9 суткам у 13 больных с острыми наружными и средними отитами все клинические проявления со стороны уха прошли. У 2-х больных с рецидивирующими средними отитами послеоперационной полости к 9–10 дню уменьшились выделения, исчез зуд.

Таблица 6

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 больных основной группы и у 14 больных контрольной группы. К 10–12 дню некоторые клинические признаки сохранились, но стали значительно менее выраженными. Слух улучшился практически у всех пациентов с кондуктивной формой тугоухости. К концу лечения (10–12 дней) отмечено полное восстановление слуховой функции у большинства больных с острыми и хроническими наружными и острыми средними отитами (23). «Отсутствие эффекта» не отмечали ни у одного пациента основной группы, а у больных контрольной группы — у 5 больных (рис. 3).

В процессе лечения больных с острыми и обострением хронических форм отита препаратом «Кандибиотик» мы также оценивали его переносимость пациентами. При применении нежелательных реакций на данный препарат не регистрировали. В основной группе больных, применявших «Кандибиотик», снизился общий срок лечения (в 1,8 раза) по сравнению с группой больных, применявших традиционную терапию. Кроме того, у больных основной группы отмечали уменьшение воспалительных проявлений (в среднем, в 1,4 раза), исчезновение зуда, боли (в 1,7 раз), нормализацию микрофлоры (у 27 больных основной и у 4-х больных — контрольной группы).

Таким образом, учитывая достаточно высокую терапевтическую эффективность и хорошую переносимость пациентами, препарат «Кандибиотик» (уш-

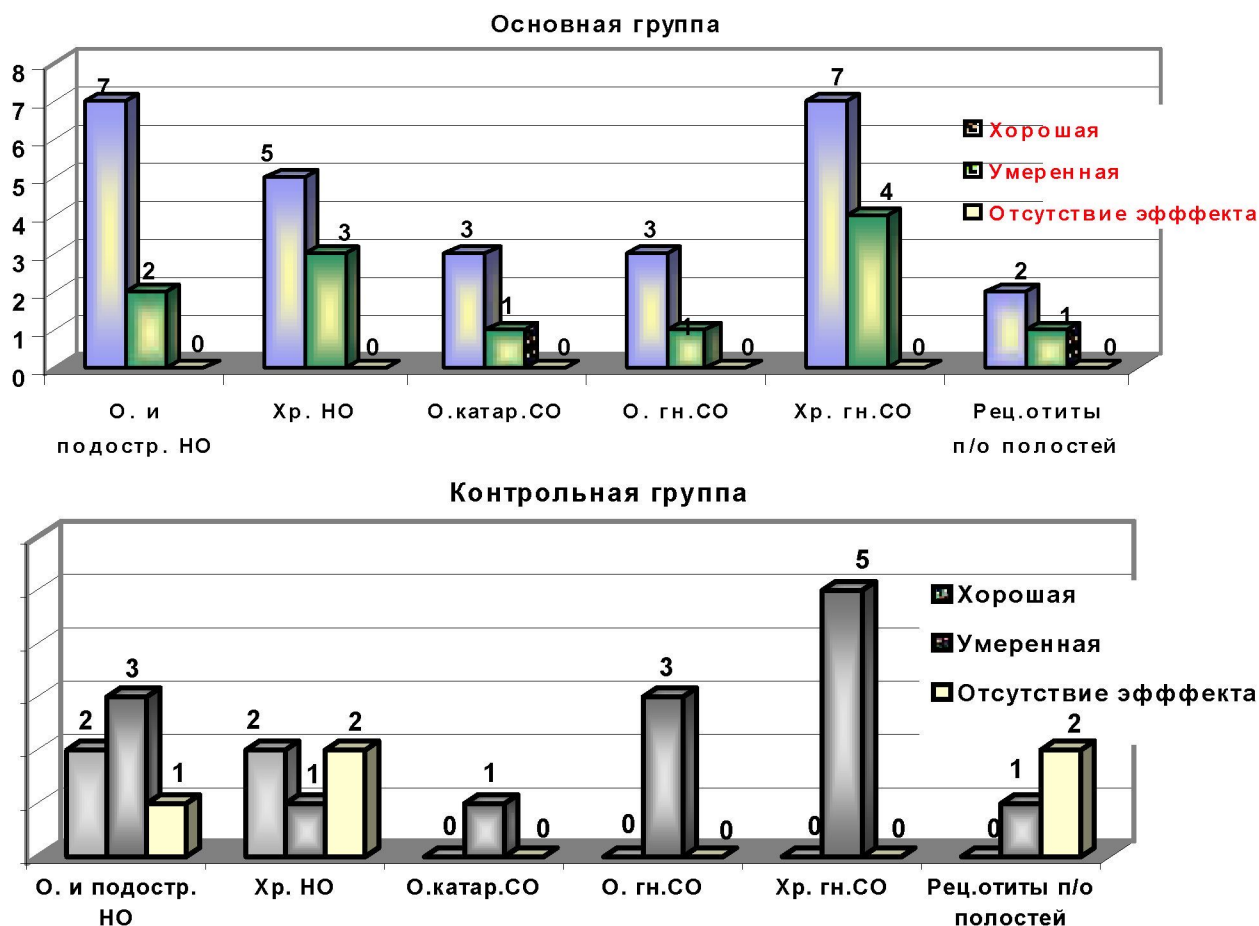


Рис. 3. Результаты лечения в зависимости от формы отита

ные капли 5 мл, фирмы «Гленмарк», Индия) может быть рекомендован к использованию в качестве эмпирической терапии больным с острыми формами и обострениями хронических форм наружных и средних отитов бактериально-грибковой этиологии.

ВЫВОДЫ

1. Препарат «Кандибиотик» обладает выраженным антибактериальным, антимикотическим, противовоспалительным и местноанестезирующим действиями.

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. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии // Consilium medicum. — 2001. — Т.3, №8.
2. Кунельская В.Я., Крюков А.И. Отомикоз. Методические рекомендации. — М., 2002 — 11 с.
3. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. — М.: «Медицина», 1989 — С. 44-98.
4. Богомилский М.Р. Consilium medicum (приложение). — 2001 — С. 10-14.
5. Кунельская В.Я., Крюков А.И. Микоз послеоперационной полости среднего уха. Методические рекомендации. — М., 2003 — 16 с.
6. Claros P, Salater F, Claros A Jr., Claros A. Acta Otorinolaringol Esp. — 2000 — P. 97-99.
7. De Miguel Martinez J, Vasallo Morillas J.R., Ramos Macias A. Acta Otorinolaringol Esp. — 1999 — P. 15-19.

Поступила в редакцию журнала 08.09.2006

Рецензент: Р.М. Черноятова

