



ЛИТЕРАТУРА

1. Пискунов Г. З. Дифференциальный подход в лечении хронического полипозного риносинусита/Г. З. Пискунов, Р. Г. Миракян. // Рос. ринология, 2008. №2. – С. 6–13
2. Полипы носа: эпидемиология, патогенез и лечение. /Под редакцией А. Guy M. D. Settipane, M. S., Valerie J. Lund et al(Перевод С. В. Коренченко, 2007).
3. Рязанцев С. В. Полипозные риносинуситы: этиология, патогенез, клиника и современные методы лечения. / С. В. Рязанцев, А. А. Марьяновский. Метод. рекомендации. СПб, РИА-АМИ. – 2006. – 28 с.
4. Larsen K. Clinical course of patients with primary nasal polyps. /K. Larsen, M. Tos. // Acta Otolaryngol (Stockh) 114, 1994.
5. Schenck N. L. Nasal polypectomy in the aspirin-sensitive asthmatic. /N. L. Schenck //Trans Am Acad Ophthalmol-Otolaryngol 78, 1974.

УДК: 616. 288: 616992. 282__08__039. 73

НАШ ОПЫТ ПРОТИВОГРИБКОВОЙ ТЕРАПИИ КАНДИДОЗОВ НАРУЖНОГО УХА

А. Б. Киселев, В. А. Чаукина*ГОУ ВПО Новосибирский государственный медицинский университет**(Зав. каф. оториноларингологии – Засл. врач РФ, проф. М. А. Рымша)**МУЗ Городская клиническая больница №1 г. Новосибирска**(Главный врач – канд. мед. наук В. Ф. Коваленко)*

Распространенность микозов среди инфекционных воспалительных процессов возрастает ежегодно на протяжении последних десятилетий. Вариабельность клинического течения грибкового воспаления слизистых оболочек и кожи ЛОР органов, сочетание с бактериальной микрофлорой значительно затрудняют диагностику и лечение, требуют гибких схем назначения противомикробных препаратов, нередко отличающихся от рекомендаций фирм-производителей. При ведении больного микозом часто невозможно провести различие между колонизацией и инфекцией (главным образом именно при заражении *Candida*), посевы становятся положительными лишь в поздней стадии болезни, и на настоящий момент не имеется достоверных серологических техник для рутинной диагностики большинства грибковых инфекций.

Нарушенный иммунитет хозяина, недостаточно чувствительные методы диагностики и несовершенство лечения являются причинами того, что распространенность микозов неприемлемо высока. Рост заболеваемости микозами, инфицирование и суперинфицирование грибами нередко способствуют переходу острых воспалительных процессов в хронические, возникновению рецидивов и более тяжелому течению заболевания. Нерациональное лечение может привести к генерализации грибковой инфекции, протекающей особенно тяжело. В последнее время по многим причинам (стандарт времени приема, материально-технические возможности, реклама и т. д.) в амбулаторной сети отдают предпочтение системной противогрибковой терапии в ущерб местному лечению. В результате, все чаще приходится слышать мнение о малой эффективности системных противогрибковых препаратов отечественного производства, консультировать и лечить пациентов с упорным течением микоза, «не поддающегося лечению» в амбулаторной сети.

Кандидоз – микотическая инфекция, вызываемая дрожжеподобными грибами рода *Candida*, входящего в семейство *Cryptococcaceae*. К этому роду относятся бесспорные дрожжи, у которых псевдомицелий может быть хорошо развитым, рудиментарным или вовсе отсутствовать; некоторые виды образуют истинный мицелий. *Candida* не образуют каротиноидных пигментов и не формируют капсул. Род *Candida* включает 163 вида, но основную роль в патологии человека играют ограниченное число видов при резком доминировании *C. albicans*. *C. albicans* выделяет протеиназу, способную расщеплять кератин и роговой слой кожи. Локальные канди-



дозные поражения возникают из-за нарушения целостности эпителиальных покровов (язвенные поверхности, мацерации, микротравмы). Клетки *C. albicans* и ее компоненты оказывают иммуномодулирующий эффект. Например, входящий в состав клеточной стенки полисахарид – протеиновый комплекс угнетает фагоцитарную активность клеток моноцитарно-макрофагальной системы. Дрожжевая фаза *Candida* представлена одноклеточными организмами. Оптимальная температура роста – 25–28°, патогенные для человека и животных виды хорошо растут даже при 37°. Таковой температурный режим при достаточно высокой влажности кожи наблюдается в просвете наружного слухового прохода у здоровых лиц. Поэтому *Candida* относится к условно-патогенным микроорганизмам с высоким уровнем носительства. При внедрении в ткани дрожжевые клетки *C. albicans* трансформируются в мицелиальную фазу. Выявление мицелия грибка подтверждает инвазивный характер инфекции, в связи с чем соскоб с кожи слухового прохода гораздо чаще используют в рутинной диагностике отомикоза, чем посева.

Цель исследования. Определить эффективность комплексной терапии кандидоза наружного уха с использованием в качестве системной противогрибковой терапии препаратов группы флюконазола и итраконазола отечественных производителей.

Пациенты и методы исследования. За период 2005–2008 г. г. в оториноларингологическом отделении МУЗ Городской клинической больницы №1 г. Новосибирска сотрудниками отделения, а также кафедры оториноларингологии Новосибирского государственного медицинского университета проведено наблюдение, обследование и лечение 60 пациентов с кандидозом наружного уха, с длительностью патологического процесса от 3 месяцев до 1 года, направленных из амбулаторной сети в связи с отсутствием эффекта от лечения.

Все пациенты до поступления в стационар принимали системную противогрибковую терапию, в основном – флюконазолы зарубежного производства. Местное лечение в подавляющем большинстве случаев заключалось в закапывании ушных капель. Такие врачебные манипуляции как систематическое удаление грибковых масс, промывание слухового прохода, обработка всей поверхности кожи слухового прохода лекарственными препаратами подтвердили только единицы пациентов.

В качестве основных противогрибковых средств использованы: флюконазол и итраконазол. Итраконазол предназначен для лечения и профилактики грибковых заболеваний, вызванных дерматофитами, дрожжевыми и плесневыми грибами любой локализации. Флюконазол предназначен для лечения и профилактики грибковых заболеваний, вызванных *Candida spp.*, *Cryptococcus neformans*, *Microsporium spp.*, *Trichophyton spp.* любой локализации.

Курс терапии проведен в течение 14 дней в суточной дозировке 100мг (30 пациентов получили флюконазол, 30 пациентов – итраконазол). Местное лечение проведено однотипно: в течение 10 дней ежедневно врач проводил очищение наружного слухового прохода (первые процедуры – промыванием 3% раствором перекиси водорода/водным раствором антисептика с последующим переходом на сухой туалет слухового прохода), кожа обрабатывалась ультрафиолетовым облучением в течение 3 минут, процедура лечения заканчивалась обработкой кожи слухового прохода клотримазол-содержащей мазью.

Клиническая характеристика больных: Возраст пациентов от 15 до 66 лет. Из числа обследованных сопутствующую патологию имели 32 пациента (практически во всех случаях определено несколько нозологий):

- хронические очаги инфекции ЛОР-органов с признаками активности воспалительного процесса – 28 человек;
- иммунодефицит с преимущественным поражением Т-звена в сочетании с распространенной формой кожного заболевания – 4 человека;
- патология сердечно-сосудистой системы – 8 человек;
- патология ЖКТ – 9 человек.

По поводу сопутствующей патологии на фоне лечения кандидоза проведена необходимая терапия. Кандидоз подтвержден помимо клинической картины микроскопией соскоба с кожи слухового прохода. Грибковая этиология подтверждалась при наличии в материале почкующихся форм или мицелия грибка. Культурологическое исследование (рост культур на пита-



тельных средах) в качестве доказательства наличия/отсутствия грибковой инфекции не использовалось, поскольку кожа в области ЛОР-органов не является стерильной и грибковая микрофлора относится к сапрофитам ЛОР-органов.

В исследование включены пациенты с жалобами на зуд в ухе, наличие патологического отделяемого в слуховом проходе. Болевой синдром отмечен у 14 больных в первой группе и 12 больных второй группы. Наблюдалась слабая выраженность болевого синдрома, к приему анальгетиков пациенты не прибегали.

Оценка результата лечения проведена через 1 месяц от зачисления в исследование согласно следующим критериям:

- «Выздоровление» – по окончании курса лечения (14 дней) и через 3 недели отсутствие клиники наружного отита и почкующихся форм или мицелия грибка в соскобе с кожи слухового прохода.
- «Хороший положительный эффект» – по завершении курса лечения отсутствие клиники, в материале соскоба – единичные почкующиеся формы грибка. После продолжения курса противогрибковой терапии в течение 10 дней и курса иммуностимуляторов – отсутствие клиники и почкующихся форм грибка в соскобе.
- «Незначительное улучшение» – по завершению курса лечения (14 дней) субъективное ощущение улучшения, наличие остаточных признаков наружного отита, уменьшение почкующихся форм грибка в соскобе. При продолжении системной противогрибковой терапии в течение 2-х недель купирование клиники наружного отита, сохранение единичных почкующихся форм грибка.
- «Нет эффекта» – по завершении лечения в течение 14 дней субъективное ощущение улучшения незначительно или отсутствует, сохраняется клиника наружного отита, микроскопия соскоба до и после лечения не имеют отличий.

Явное улучшение самочувствия пациенты отмечали на 4–6 день лечения. В группе больных, получивших лечение препаратом Ирунин, расширение просвета слухового прохода, уменьшение количества отделяемого отмечено на 3 день у 9 больных, к 5–6 дню у 21 больного. На 14 день жалобы отсутствовали у 30 больных. Отрицательный результат соскоба из наружного слухового прохода на мицелий грибка также получен у 30 больных.

В группе больных, получивших лечение препаратом Флюмикон, расширение просвета слухового прохода, уменьшение количества отделяемого отмечено на 3 день у 12 больных, к 5–6 дню у 18 больных. На 14 день жалобы отсутствовали у 30 больных. Отрицательный результат соскоба из наружного слухового прохода на мицелий грибка также получен у 30 больных.

Результаты исследования показали, что при полноценной местной санации и адекватной системной противогрибковой терапии лечение кандидоза наружного уха высокоэффективно. В группе больных, получивших терапию флюконазолом, исход «выздоровление» получен всего у 12 человек, из них длительность заболевания не превышала 3 месяцев у 9 пациентов, у троих амбулаторное лечение кандидоза слухового прохода имело место от 3 до 6 месяцев. Хороший положительный эффект получен у 17 пациентов, из них предыдущая длительность наружного отита до 3 месяцев наблюдалась у 5 человек, до 6 месяцев – у 11 пациентов, и один пациент лечился амбулаторно в течение 10 месяцев. Незначительный эффект лечения наблюдался у одного больного – пациента с распространенной формой нейродермита, вторичным структурным иммунодефицитом Т-клеточного звена. Этот пациент направлен на дальнейшее лечение к иммунологу с поддерживающей местной терапией, дальнейшей системной противогрибковой терапией под лабораторным контролем биохимических и иммунологических показателей.

В группе больных, получивших терапию итраконазолом, исход «выздоровление» получен всего у 11 человек, из них длительность заболевания не превышала 3 месяцев у 8 пациентов, у троих амбулаторное лечение кандидоза слухового прохода имело место от 3 до 6 месяцев. Хороший положительный эффект получен у 19 пациентов, из них предыдущая длительность наружного отита до 3 месяцев наблюдалась у 4 человек, до 6 месяцев – у 14 пациентов, и два пациента лечились амбулаторно в течение 10 месяцев.



Следует отметить хорошую сочетаемость исследуемых препаратов с лекарственными средствами, используемыми в комплексном лечении грибковых инфекций ЛОР-органов, что позволило свободно комбинировать Ирунин и Флюмикон с другими лекарственными препаратами. Хорошая переносимость препаратов позволяет использовать их у лиц с разноплановой сопутствующей патологией, в том числе с патологией ЖКТ, обменными заболеваниями.

Учитывая анатомо-физиологические особенности области наружного слухового прохода, специфику течения кожного воспалительного процесса, необходимо помнить, что без проведения местной противогрибковой и противовоспалительной терапии назначение препарата внутрь не приносит удовлетворительного результата. Поскольку грибковое воспаление ЛОР-органов, как правило, является симптомом дизбактериоза, иммунодефицита (также – чаще вторичного) для успешного излечения необходимо воздействовать на все возможные причины заболевания, терапия только симптома стойкого эффекта не принесет. К сожалению, в отличие от испытания на лабораторных животных реальное клиническое исследование эффективности действия одного препарата на воспалительный процесс у пациента лишено «чистоты эксперимента», поскольку в практической медицине осуждается лечебная тактика в виде монотерапии. Данное положение сложно оспорить, поскольку любой пациент заинтересован в своем излечении, и врач обязан использовать все доступные средства для достижения этой цели.

Тем не менее, следует признать, что при адекватной местной терапии традиционно используемые противогрибковые средства ряда флюконазола и итраконазола сохраняют высокую клиническую эффективность. При этом противогрибковые средства отечественного производства демонстрируют высокую клиническую эффективность. «Затяжное», «упорное» течение кандидоза далеко не всегда обусловлено тяжелым течением сопутствующей патологии. Следует помнить, что, отдавая предпочтение системной противомикробной терапии в ущерб местной санации, следует ожидать существенного снижения эффективности лечения. Особенности строения и физиологии наружного уха при развитии в нем инфекционного воспаления для эффективного лечения обуславливают необходимость регулярной адекватной эвакуации патологического экссудата, содержащего в том числе грибковый мицелий.

УДК: 616. 28–07–08 (470+4)

СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА ОТОЛОГИЮ ЧЕРЕЗ ПРИЗМУ СРАВНИТЕЛЬНОГО АНАЛИЗА ДИАГНОСТИЧЕСКИХ И ЛЕЧЕБНЫХ МЕРОПРИЯТИЙ В РОССИИ И ЕВРОПЕ

С. Я. Косяков, Ю. А. Рощектаева

*Российская медицинская академия последипломного образования, г. Москва
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Г. З. Пискунов)*

Существует большое количество подходов и мнений среди специалистов-отохирургов в ходе проведения предоперационной подготовки, а также при осуществлении самого хирургического вмешательства. Большинство хирургов полагается на свой собственный опыт и мнение своих учителей. Именно поэтому возникают вопросы и разногласия среди последователей разных хирургических течений и школ. Данная ситуация не только отражается на работе конкретного специалиста, но и затрагивает интересы его пациента, и требует скорейшей стандартизации методов диагностики и лечения конкретных заболеваний уха.

Нужно отметить, что подобная тенденция прослеживается не только в России, но и в Европе.

Целью нашего исследования стало определение общего алгоритма диагностики и лечения заболеваний уха в России, а также сравнение полученных результатов с Европейскими стандартами (по данным опроса, проведенного и опубликованного в журнале *Otology & Neurotology*, Vol. 28, No. 6. 2007 в виде статьи «Results of European Survey on Current Controversies in Otology»).