

ОТОМИКОЗЫ У ПАЦИЕНТОВ: СИСТЕМА ОРГАНИЗАЦИИ ДИАГНОСТИКИ, ЛЕЧЕНИЯ И РЕАБИЛИТАЦИИ

Л.К.Бунакова, В.В.Егорова, Е.В.Файзуллина

Медико-санитарная часть МВД по РТ, Казань, Россия

Казанский государственный медицинский университет, Россия

OTOMYCOSIS IN PATIENTS: SYSTEM OF DIAGNOSTICS, TREATMENT AND REHABILITATION

L.K.Bounakova, V.V.Egorova, E.V.Faizoullina

Medical Unit of MIA in RT, Kazan, Russia

Kazan State Medical University, Russia

Профессиональная деятельность сотрудников органов внутренних дел (ОВД) с позиции охраны труда относится к категории опасных профессий (Мяких Н.И., 2007). Под особыми условиями профессиональной деятельности понимаются средовые условия выполнения оперативно-служебных и служебно-боевых задач, а также осуществление служебной деятельности в условиях чрезвычайного положения, при ликвидации последствий стихийных бедствий, техногенных катастроф и других чрезвычайных ситуаций, сопровождающихся психофизической нагрузкой. Микробное обсеменение кожи человека, в частности плесневые и кандидозные составляющие, может проявлять свою патогенную сущность под действием неблагоприятных условий. Возникновение дерматомикозов обуславливается не только активностью возбудителя и состоянием макроорганизма, но и условиями питания, степенью обеспеченности организма витаминами, санитарным режимом, гигиеническими навыками, благоустройством труда и быта, которые нередко бывают нарушенными у лиц, выполняющих различные задачи в системе ОВД.

Этиология. Основные возбудители — плесневые грибы рода *Aspergillus*, дрожжеподобные грибы рода *Candida*, являющиеся постоянными обитателями кожи и слизистых оболочек, при определенных условиях приобретающие патогенные свойства, могут вызвать поражения органов и систем человека. Кандидозы на коже встречаются у 5—20% пациентов, на ногтевых пластинках — у 50%, в полости рта — 16—37%, в носовой полости — у 1%, кишечнике — 25—90%, дуоденальном содержимом — у 10—65%, в ушных каналах — у 10—65%, в моче — у 10—78% обследованных (Суколин Г.И., с соавт., 1996). В составе вагинальной флоры у небеременных женщин кандидозоносительство колеблется от 14% до 24%, а среди беременных — от 32% до 43% (Монах Л.И., 1990). Трансформация грибов из безобидных комменсалов в агрессивные возбудители происходит в результате нарушения барьерных механизмов и снижения защитных сил заболевшего, что обусловлено разнообразными экзогенными и эндогенными состояниями. Из экзогенных воздействий наибольшее значение имеют микротравмы и химические повреждения, не только открывающие ворота для инвазии грибов, но и нарушающие защитную мантию кожи; повышение влажности и температуры, приводящее к мацера-

ции кожи; побочные действия антибиотиков, препаратов имидазола, цитостатиков, кортикостероидных гормонов, в том числе и при местном применении, антидиабетических средств, оральных контрацептивов, хроническое отравление никотином, алкоголем и наркотиками; загрязнение окружающей среды, повышение радиационного фона и другие факторы, снижающие иммунитет (Кунельская В.Я., 2001). К заболеваниям, способствующим появлению микоза, относят: сахарный диабет, заболевания крови и желудочно-кишечного тракта, иммунодефицитные состояния и др. Следует учитывать роль аллергии в патогенезе заболевания, поскольку грибы рода *Aspergillus* и *Candida* обладают выраженными аллергенными свойствами. К уникальным свойствам дрожжеподобных грибов можно отнести то, что они хорошо переносят высушивание, замораживание и неприхотливы к питательным средам. Таким образом, в патогенезе паразитарных заболеваний необходимо учитывать вид организма, среду обитания и реакцию макроорганизма.

По данным разных авторов, удельный вес отомикозов у взрослого населения среди отитов другой этиологии составляет 18,6%. В структуре отомикозов наиболее часто (60—62,8%) поражается наружный слуховой проход (Белоусова Т.А., 1997).

Под нашим наблюдением находилось 152 больных отитами, среди которых у 27 (17,8%) регистрировался отомикоз. Больные жаловались на боль и заложенность уха, мокнутие кожи и выделения из наружного слухового прохода, головную боль. При отоскопии наблюдалась гиперемия кожи наружного слухового прохода с выраженным отеком и мацерацией кожи.

При осмотре у 1 больного была обнаружена микотическая опрелость между пальцами стоп, у двоих — кандидоз межпальцевой складки, еще у одного пациента — кандидозная паронихия. Случайной находкой было выявление высокого содержания дрожжевых колоний во второй порции при дуоденальном зондировании.

В четырех случаях микроскопическая диагностика не проводилась, однако пациенты имели классические проявления, свойственные аспергиллезной инфекции: отит с поражением кожи наружного слухового прохода в виде гиперемии, инфильтрации, наслоений чешуйко-корок, сопровождающихся сильным зудом, снижением слуха, повышенной чувствительностью при дотрагивании до слухового прохода и ушной раковины. В анамнезе у одного

больного имелся хронический бронхит с ежегодными обострениями и несистематическим приемом антибиотиков, у троих — хронический пиелонефрит. Поражения ногтей первых пальцев стоп с умеренным гиперкератозом дистальной части, серовато-желтой окраски имело место у двоих больных. Оценка поражения ногтевых пластинок, проведенная с помощью КИОТОС, составила 6,7 балла, что свидетельствовало о необходимости назначения системной терапии.

Кроме того, 17 (63%) пациентов переболели ОРВИ, один перенес острый гайморит и находился на стационарном лечении в городской больнице. После проведенной терапии системными противогрибковыми препаратами — триазолами (флуконазол, итраконазол), алиламинами (ламизил, термикон) и местной терапии — препараты на основе азольных соединений (клотримазол, миконазол, кандид), алиламинов (раствор экзодерила, крем термикон), раствор хлорнитрофенола (нитрофунгин) — состояние больных с отомикозами улучшилось, восстановилась их трудоспособность.

Выводы:

1. На первом этапе обследования пациента врачом общей практики должны быть выявлены клинические проявления микозов кожи и слизистых оболочек.

2. На основании клинико-лабораторной диагностики необходимо проводить мониторинг за группой пациентов, имеющих осложненный преморбидный фон: часто болеющие пациенты, лица, имевшие в анамнезе антибиотикотерапию по поводу хронических соматических заболеваний, одонтогенной и ЛОР-патологий.

3. При системной терапии отомикозов считаем целесообразным применение системных антимикотических препаратов на ранних сроках с учетом синергизма действия лекарств и индивидуальной чувствительности пациента.

4. Особенно актуальными представляются вопросы совершенствования профилактического и реабилитационного направления для сохранения и поддержания трудоспособности личного состава ОВД.

УДК 616.37-005.4-092.4

СТРУКТУРНО-ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ И ЕЕ КРОВЕНОСНОМ РУСЛЕ НА РАННИХ СРОКАХ ЭКСПЕРИМЕНТАЛЬНОЙ ИШЕМИИ

Р.К.Кадыров

Кафедра нормальной анатомии КГМУ, Казань, Россия

STRUCTURAL-FUNCTIONAL CHANGES IN PANCREAS AND ITS BLOODSTREAM IN CASE OF EARLY EXPERIMENTAL ISCHEMIA

R.K.Kadyrov

Kazan State Medical University, Russia

Нарушение кровообращения в поджелудочной железе в виде малокровия и анемии вследствие различных патологических процессов — весьма частое явление в клинической практике. Большое значение имеет получение данных о начальных изменениях в ткани поджелудочной железы, что возможно только в эксперименте.

Целью настоящей работы явилось экспериментальное изучение поджелудочной железы на ранних сроках ишемии.

Материал и методы. Исследование поджелудочной железы проводилось на кошках с помощью гистологических, гистохимических, иммуногистохимических методов, а также методами спектроскопии: ЭПР, ЯМР.

Результаты и их обсуждение. При прекращении органного кровотока в ткани поджелудочной железы уже с 5 мин ишемии начинают нарастать реактивные изменения, которые достигают максимума к 60 мин, после чего становятся необратимыми. Выявить данные процессы на самых ранних сроках возможно с помощью электронной микроскопии. С 5 мин ишемии отмечается гомогенизация и набухание базальных

мембран, отек субэндотелиального пространства с разволокнением на отдельных участках коллагеновых волокон, в цитоплазме эндотелия обнаруживаются пиноцитозные пузырьки. В ядрах эндотелиальных клеток увеличивается содержание диспергированного хроматина за счет плотного, а форма ядер имеет неровный контур с выемками.

ЭПР-спектроскопия через 5 мин ишемии дает увеличение интенсивности сигналов с $g=1,94$, $g=1,92$ и $1,89$ с параллельным уменьшением сигнала с $g=2,025$, что свидетельствует об изменениях, происходящих в структуре железо-серных белков, а также окисленного центра сукцинат-коэнзим редуктазы. При увеличении продолжительности ишемии отмечается дальнейший рост интенсивности сигнала с $g=1,94$, $g=1,92$, $g=1,89$ и снижение интенсивности сигнала с $g=2,025$.

ЯМР-спектроскопия показывает на данном сроке ишемии снижение по сравнению с контролем интенсивности сигнала от фосфокреатина и увеличение интенсивности сигнала от неорганического фосфата, что говорит об изменении энергетического метаболизма. Дальнейшее увеличение продолжительности