



УДК: 616. 21–002. 72–07–08

ВОЗМОЖНЫЕ ТРУДНОСТИ И ОШИБКИ В ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИИ МИКОЗОВ ЛОРОРГАНОВ

Т. Н. Буркутбаева

*Казахский Национальный медицинский университет им. С. Д. Асфендиярова
(Зав. каф. оториноларингологии – проф. Д. Е. Жайсакова)*

Проблема микотических заболеваний ЛОР-органов приобрела важное социальное значение в связи со значительным увеличением их частоты. В оториноларингологической практике до настоящего времени далеко не все вопросы, связанные с диагностикой и лечением, освещены в достаточной степени, несмотря на то, что данная группа заболеваний встречается повсеместно и с высокой частотой (1, 2). Ввиду того, что микозы ЛОР-органов часто не имеют патогномоничных клинических признаков, данная патология остается не диагностированной и нередко принимает затяжной и распространенный характер, трудно поддающийся лечению. Диагностика грибковых заболеваний ЛОР-органов не только верифицируется, но и строится на основании преимущественно лабораторных методов исследования, так как основным доказательством микоза служит обнаружение возбудителя в субстратах больного.

Диагностика микозов ЛОР-органов представляет собой известные трудности, которые обусловлены рядом причин:

1. Широко распространенным транзитным носительством грибов.
2. Частым развитием грибкового поражения как вторичной инфекции, что затрудняет дифференциальную диагностику.
3. Полиморфизмом клинических форм и отсутствием патогномоничных симптомов.
4. Недостаточной разработанностью и стандартизацией микологических методов и критериев диагностики.

Главными проблемами, с которыми сталкиваются при определении чувствительности к антимикотикам, являются воспроизводимость результатов в разных лабораториях и наличие единых стандартов – критериев чувствительности и устойчивости к препаратам. Для решения этих проблем, в 1996 г. вышла третья, исправленная и дополненная версия документа М27-А, которая в настоящее время является международным стандартом тестирования чувствительности. Общей рекомендацией для всех систем, определяющих чувствительность, является сопоставление результатов, полученных в этих системах и в стандартной методике разведения NCCLS (Национальная комиссия по клиническим лабораторным стандартам)[1].

Цель исследования

Анализ причин ошибок в диагностике и лечении микозов ЛОР-органов.

Материалы и методы исследования. Всего было исследовано 192 пробы клинического материала, полученных от 140 больных с предварительным клиническим диагнозом – микоз, локализованный в ЛОР-органах, в стадии обострения. С предварительным клиническим диагнозом риномикоз было обследовано 35 человек (отобрано 51 проба), и с сочетанием риномикоза с микозом ротоглотки и отомикозом – 15 человек (35 проб).

Всем больным проводилось углубленное клиническое обследование:

- эндоскопия носа,
- КТ-ППН,
- микологическое обследование с микроскопией нативных препаратов и выделением чистой культуры плесневых грибов и грибов рода *Candida* с оценкой чувствительности их к антимикотическим препаратам,
- гистологическое исследование операционного и биопсийного материала.

Результаты и обсуждение

При анализе причин ошибок в диагностике и лечении микозов ЛОР-органов можно сформулировать их четыре основных вида:



1. Первую группу причин диагностических ошибок формирует недооценка возможности развития грибковой патологии на фоне хронических гнойных средних отитов, хронических синуситов, не поддающихся стандартным методам консервативной терапии.
2. Вторую группу составили ошибки вследствие недостаточного лабораторного обследования пациентов (при микологическом исследовании не проводили микроскопического исследования как нативных, так и окрашенных препаратов). Проведенные нами исследования патологического материала от больных позволили подтвердить этиологическую значимость мицелиальных микромицет в возникновении микозов ЛОР-органов микроскопическим методом ($49 \pm 3,6\%$) и культуральным методом ($38,0 \pm 3,5\%$).
3. Третью группу диагностических ошибок обусловили случаи гипердиагностики, вследствие затруднений в дифференциальной диагностике микозоносительства и микотического поражения.
4. Неадекватный выбор системных антимикотических препаратов для лечения микозов ЛОР-органов составил 4-ую группу ошибок.

Определение грибов рода *Candida* до вида является принципиально важным, так как *C. crusei* и *C. glabrata* не чувствительны к флуконазолу, который эмпирически назначается при высеивании *Candida spp.*

Таким образом, для преодоления врачебных ошибок в диагностике микозов ЛОР-органов необходимо проводить микологическое комплексное исследование у всех пациентов с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и уха, особенно в случае неэффективности стандартных методов консервативного и оперативного лечения.

Приводим демонстративное наблюдение больной с инвазивной формой микоза верхнечелюстной пазухи, у которой наблюдалась длительно существовавшая припухлость мягких тканей лица, наличие свища в области верхней челюсти. Обычно таких больных лечат в стоматологических лечебных учреждениях, им устанавливают диагноз остеомиелита верхней челюсти или новообразования. Ошибочная диагностика приводит к неправильному лечению, некоторым больным с данной формой заболевания многократно проводят оперативные вмешательства. Для иллюстрации приводим краткую выписку из истории болезни.

Больная А., 59 лет, поступила в клинику с жалобами на головную боль и боль в области правой щеки, неба, гнойные выделения из правой половины носа, пенистое отделяемое из ротоглотки.

За 10 мес. до поступления появились припухлость и болезненность в области верхней челюсти справа. Врачом стоматологом произведена экстракция 6 зуба справа, после чего образовался гнойный свищ. В дальнейшем были удалены 5 и 7 зуб и произведена радикальная операция на верхнечелюстной пазухе справа, которая не привела к улучшению, гнойные выделения из полости носа справа усилились, появились невралгические боли в области лица справа. Установлен предположительный диагноз «новообразование верхней челюсти справа» (гистологически не подтвержден). Всего больной было проведено пять радикальных оперативных вмешательств на верхнечелюстной пазухе справа, сопровождавшихся массивной антибиотикотерапией.

Объективно: Умеренная припухлость в области правой щеки, наличие казеозного отделяемого и свища в области лунки 6 зуба справа. При эндоскопическом исследовании в области среднего носового хода и средней раковины некротические массы коричневого цвета с запахом, дефект костной латеральной стенки носа справа, слизистая оболочка пазухи утолщена, представляет собой конгломерат легко кровоточащей грануляционной ткани, в области задней стенки пазухи – некротические массы, костная стенка глазницы отсутствует.

При гистологическом исследовании слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи выявлена нитевидная форма гриба в ткани, которая явилась неоспоримым обоснованием диагноза микотического поражения пазухи, несмотря на отрицательные результаты микроскопического и культурального микологического исследования.

Больной проведено местное промывание пазухи раствором амфотерицина-В, системная антимикотическая терапия – итраконазол по 100 мг 2 раза в день в течение месяца, под влиянием которого отмечено улучшение, больная выписана с рекомендацией: продолжить курс системной антимикотической терапии в течение шести месяцев.



В данном наблюдении отмечена своеобразная клиническая картина, характерная для микотического поражения. Воспалительный процесс протекал как остеомиелитический, распространился со слизистой оболочки на надкостницу и кость, разрушены медиальная и орбитальная стенка верхнечелюстной пазухи. Данное наблюдение свидетельствует о важности проведения микологического исследования у больных с хронической формой синусита, не поддающихся стандартным методам консервативного и оперативного лечения.

При изучении нами видового соотношения выделенных культур мицелиальных микромицет (табл. 1), можно отметить, что чаще других высевался *A. fumigatus* (20,5%), выделение которого отмечалось при исследуемых локализациях микозов ЛОР-органов, а при сочетании риномикоза с микозом ротоглотки и отомикозом этот вид грибов превалировал над остальными видами по частоте выделения (8,2%), *A. niger* (19,1%) высевался почти также часто как *A. fumigatus*, но культуры данного вида были преимущественно получены от больных отомикозами (16,4%). Следующим видом по частоте выделения был *P. crustaceum* (13,7%), который высевался при различных локализациях микотического процесса. При микозе ротоглотки отмечен наибольший процент выделения грибов данного вида (8,2%). Реже высевался *P. fellutanum* (11,0%), его наибольшая частота выделения регистрировалась при риномикозах (6,8%). Остальные виды встречались менее часто и при сопоставлении частоты их выделения с локализацией микотического процесса в ЛОР-органах не было выявлено достоверно значимых различий.

Таблица 1

Видовое соотношение плесневых грибов (%)

Вид гриба	отомикоз	Микоз ротоглотки	Риномикоз	Сочетание микозов	Всего
<i>A. niger</i>	16,5	-	-	2,7	19,1
<i>A. fumigatus</i>	5,5	4,1	2,7	8,2	20,5
<i>A. sydowi</i>	2,7	-	1,4	-	4,1
<i>A. oryzae</i>	1,4	1,4	-	-	2,8
<i>A. terreus</i>	-	-	2,7	-	2,7
<i>A. nidulans</i>	-	-	-	4,1	4,1
<i>P. fellutanum</i>	1,4	1,4	6,8	1,4	11
<i>P. notatum</i>	4,1	2,7	-	-	6,8
<i>P. crustaceum</i>	1,4	8,2	2,7	1,4	13,7
<i>P. tardum</i>	1,4	2,7	-	-	4,1
<i>P. puberulum</i>	-	-	1,4	-	1,4
<i>M. pusillus</i>	2,7	-	-	1,4	4,1
<i>M. mich</i>	-	-	2,7	2,7	5,4

Выводы:

1. Комплексное микологическое обследование должно быть проведено всем больным с хроническими воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и уха, не поддающимся стандартным методам консервативного и хирургического лечения.
2. Препаратом выбора при лечении микозов ЛОР-органов, вызванных мицелиальными микромицетами является итраконазол, при лечении грибковых поражений ЛОР-органов, вызванных грибами рода *Candida albicans* – флуконазол.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лопатин А. С. Грибковые заболевания полости носа и околоносовых пазух. Современное состояние проблемы / А. С. Лопатин. Актуальные проблемы современной ринологии. – М., 1997. – С. 39–48
2. Сергеев А. Ю. Грибковые инфекции: Руководство для врачей / А. Ю. Сергеев, Ю. В. Сергеев. М.: Бином – пресс, 2003. – 440 с.