

*Шодиева Эльмира Юсупжоновна магистр.,
Усманова Нилуфар Абдумановна, старший преподаватель.*

Кафедра оториноларингологии

Андижанский государственный медицинский институт

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ДИАГНОСТИКЕ И ЛЕЧЕНИЮ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ОТОМИКОЗА

Резюме: Приведенные данные показали, что основными клиническими проявлениями отомикоза являются боль и окрашенные выделения из уха. При осмотре выявляется патологическое отделяемое в виде казеознонекротических масс, окрашенных в зависимости от гриба-возбудителя. В нашем исследовании во всех 65 случаях отмечаются выделения из уха.

Некоторые пациенты предъявляли жалобы на сильную боль в ухе, возникающую в результате проникновения инфекции в глубокие слои кожи. Боль в ухе также считается одним из частых симптомов, сопровождающих отомикоз, однако она была отмечена суммарно только у 84 из 139 инфицированных ($4 \pm 4,2 \%$).

Причем лишь в $27,0 \pm 2,5 \%$ случае инфицированные ощущали ее постоянно, что приводило к постоянному дискомфорту, в $40,8 \pm 4,0 \%$ ($\chi^2 = 7,53$; $p < 0,01$) боль в ухе носила переменный характер и не слишком беспокоила инфицированных, а в остальных $32,2 \pm 3,8 \%$ случаев ($\chi^2 = 2,84$; $p > 0,05$) она была довольно редкой и слабо выраженной. Боль в ухе была особенно ощутимой при глотании и бритье. Головная боль на стороне больного уха также очень характерный симптом отомикоза, она встречается в $69,8 \pm 3,9 \%$ случаев.

Ключевые слова: отомикоз, лечения, диагностика, клиника, течения.

*Shodieva Elmira Yusupzhonovna master.,
Usmanova Nilufar Abdumanapovna, senior lecturer.*

**MODERN APPROACHES TO THE DIAGNOSIS AND
TREATMENT OF THE CLINICAL COURSE OF OTOMYCOSIS**

Resume: These data showed that the main clinical manifestations of otomycosis are pain and colored discharge from the ear. Upon examination, a pathological discharge is detected in the form of caseous necrotic masses, colored depending on the pathogen fungus. In our study, in all 65 cases, discharge from the ear is noted.

Some patients complained of severe ear pain resulting from the penetration of infection into the deep layers of the skin. Ear pain is also considered one of the frequent symptoms accompanying otomycosis, however, it was noted in total only in 84 out of 139 infected ($4 \pm 4.2\%$).

Moreover, only in $27.0 \pm 2.5\%$ of cases, infected people felt it constantly, which led to constant discomfort, in $40.8 \pm 4.0\%$ ($\chi^2 = 7.53$; $p < 0.01$), ear pain was variable and did not bother infected people too much, and in the remaining $32.2 \pm 3.8\%$ of cases ($\chi^2 = 2.84$; $p > 0.05$) it was quite rare and poorly expressed. The pain in the ear was especially noticeable when swallowing and shaving. Headache on the side of the diseased ear is also a very characteristic symptom of otomycosis, it occurs in $69.8 \pm 3.9\%$ of cases.

Keywords: otomycosis, treatment, diagnosis, clinic, course.

Актуальность. Инфекционные заболевания человека, вызываемые грибами, носят общее название «микозы». Этиология, патогенез и клинические проявления микозов чрезвычайно разнообразны [1]. С грибковыми инфекциями — микозами цивилизация познакомилась в глубокой древности. Молочница была описана Гипократом и Галеном в античные времена [2]. Первые наблюдения отдельных случаев грибкового поражения кожи наружного слухового прохода были отмечены еще в середине XIX в.

Во всех наблюдениях возбудителями отомикоза были грибы рода *Aspergillus*, и речь шла о микотическом поражении наружного слухового прохода. Более полная характеристика этого заболевания приведена в работе Златкина А. Р. и др., (2007). Микотическое заболевание уха им было названо «аспергилловый мирингомикоз» [3].

Так, по данным ВОЗ 20 % населения всего мира, т.е. каждый пятый житель планеты, поражены грибковой инфекцией. Широкое распространение грибов в природе, их постоянное присутствие, как в окружающей среде, так и в организме, обуславливает неизбежность контактов и инфицированность ими человека[2].

В настоящее время отмечается увеличение числа пациентов с микотическим поражением ЛОР-органов и, в частности, наружного и среднего уха, включая послеоперационные полости среднего уха. Рост числа пациентов обусловлен как существенным увеличением факторов риска развития микоза, так и бессистемным неконтролируемым применением местных антибактериальных препаратов при лечении отита[1].

Кроме того, прослеживается тенденция к развитию резистентности гриба-возбудителя микоза к специфическим противогрибковым препаратам. Отмечено повышение удельного веса хронического грибкового воспаления с частыми рецидивами, не поддающимися медикаментозной коррекции, что, в свою очередь, приводит к увеличению сроков нетрудоспособности и инвалидизации населения. Это обусловило необходимость проведения настоящего исследования.

Цель исследования. Повышение эффективности диагностики и лечения микотического поражения уха посредством усовершенствования качества лабораторной диагностики микоза и специфической антимикотической терапии.

Методы исследования. Методы исследования: клиническое, эндомикроскопическое, микробиологическое, микологическое,

рентгенологическое (включая КТ, МРТ), эпидемиологическое, статистическое.

Результаты исследования. Проведённые нами эпидемиологические исследования установили, что среди пациентов с воспалительными заболеваниями уха доля грибкового поражения составляет 23%. У 69,1% имелся наружный грибковый отит, у 17,8% - микоз среднего уха и у 13,1% - микоз послеоперационных полостей.

Разработан алгоритм диагностики отомикоза, включающий отомикроскопию, световую и люминесцентную микроскопическую экспресс-диагностику и посев на селективные питательные среды, что позволило сократить время постановки диагноза и начала лечения с 10-14 до 1 суток.

Возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Rhizomucor* (у 60,5% обследованных) и дрожжеподобные грибы рода *Candida* (у 39,5% обследованных). Среди грибов рода *Aspergillus* доминирует *Aspergillus niger* (43,5%). Этиологическую значимость имеют не только *Candida alb.*, но и другие виды *Candida*.

В 16,4% случаев выделены грибково-грибковые или грибково-бактериальные ассоциации.

Состав грибковой флоры меняется в зависимости от локализации воспалительного процесса. При микозе наружного слухового прохода плесневые грибы выявлены у 64,3% пациентов, дрожжеподобные - у 35,7% пациентов, при микозе среднего уха - у 20,8% и 79,2% пациентов, а при микозе послеоперационной полости - у 94,3% и 5,7% пациентов, соответственно.

В патогенезе грибкового заболевания уха доминирующим предрасполагающим фактором является различная по генезу травма. Предрасполагающим фактором развития микоза среднего уха и

послеоперационных полостей является сопутствующая соматическая патология, например сахарный диабет, выявленный у 26,4% пациентов, против 2,85% - у пациентов с наружным грибковым отитом.

Основными клиническими симптомами наружного, среднего грибкового отита и микоза послеоперационной полости уха являются боль и выделения из уха. Патологическое отделяемое имеет характер казеозно-некротических масс, окрашенных в зависимости от гриба-возбудителя.

Разработан алгоритм лечения отомикоза, включающий применение местных и системных противогрибковых препаратов или их сочетаний в зависимости от локализации процесса и этиологического фактора, что позволило уменьшить количество неудовлетворительных результатов с 40% до 5% - при кандидозном и с 16% до 4% - при ас-пергиллёзном наружном отите, а долю рецидивов - с 16,6% до 10% и с 30% до 3,1%, соответственно. У пациентов с микозом среднего уха и микозом послеоперационной полости полное излечение достигнуто у 88% при кандидозном и у 82,4% - при аспергиллёзном процессе, доля рецидивов уменьшилась до 6% и 20%, соответственно.

Оптимизированы условия фотодинамического воздействия на грибы и разработан метод фотодинамического лечения наружного грибкового отита, вызванного резистентными штаммами грибов рода *Candida*.

Вывод. Разработанный диагностический алгоритм при отомикозе, включающий использование операционного микроскопа для отоскопии и отбора материала для дальнейших микроскопических и микологических исследований, позволяет сократить время постановки диагноза грибкового заболевания до 1 суток.

Разработанный алгоритм лечения грибкового отита, учитывающий локализацию процесса и вид гриба - возбудителя отомикоза позволяет сократить сроки лечения пациентов с грибковым поражением уха, уменьшить число рецидивов и неудовлетворительных результатов.

Предложенный нами алгоритм диагностики и лечения отомикоза можно использовать в амбулаторных и стационарных условиях.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Киселев, А.Б. Наш опыт противогрибковой терапии кандидозов наружного уха. / А.Б. Киселев, В.А. Чаукина // Российская оториноларингология. 2009. -№ 3. - С. 64-67.

2. Чесноков, А.А. Системный анализ лечения отомикоза с использованием желатиновых пленок и желатиновых ушных трубочек в условиях севера. / А.А. Чесноков, А.В. Куяров, Ю.С. Гадко // Медицинская наука и образование Урала. 2015.-т. 10.-№ 1.-С. 118-121.

3. Arthur, R.R. Novel modes of antifungal drug administration. / R.R. Arthur, R.H. Drew, J.R. Perfect // Expert Opin Investig Drugs 13 (2014) 903-932.

4. Hoshino, T. Otomycosis: subdermal growth in calcified mass. / T. Hoshino, M. Matsumoto // Eur Arch Otorhinolaryngol 263 (2016) 875-878.