

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИБКОВОГО ОТИТА (ОТОМИКОЗА) У ДЕТЕЙ И ПОДХОДЫ К ЕГО ЛЕЧЕНИЮ

Нурова Г.У.¹

Юсупова Ю.Ш.²

Abstract: В данной статье приведен обзор литератур, посвященных результатам исследований по выявлению этиопатогенетических факторов, клинического течения, особенности диагностики и лечения отомикоза у детей.

Keywords: отомикоз, детский возраст, диагностика, лечение, противогрибковые препараты.

^{1,2} Бухарский государственный медицинский институт

World of Medicine : Journal of Biomedical Sciences Vol .2 No. 4 (2025)
<https://wom.semanticjournals.org/index.php/biomed>

Введение

Грибковый отит у детей представляет собой воспаление наружного уха и/или барабанной полости, вызванное патогенными и условно-патогенными грибами. Наиболее распространенные возбудители относятся к родам *Aspergillus*, *Candida* и *Penicillium*. Симптомы заболевания включают зуд, боль и ощущение заложенности в пораженном ухе, а также выделения из слухового прохода, характер которых зависит от типа микоза. Для диагностики применяются данные отоскопии, а также культуральные и микроскопические исследования отделяемого. Лечение отомикоза включает использование противогрибковых препаратов как местного, так и системного действия, а также гигиеническую и антисептическую обработку ушного канала [1,2].

Отомикоз представляет собой серьезную проблему в области отоларингологии, особенно в последние годы. С ростом числа людей с ослабленным иммунитетом и распространением

хронических заболеваний, отомикоз стал более частым явлением. Кроме того, активное использование антибактериальных препаратов и стероидов способствовало увеличению случаев микозов, вызванных мицелиальными грибами. Повышенная температура и влажность создают благоприятные условия для роста грибковой флоры, что, в свою очередь, увеличивает риск развития отомикоза [4,5].

Грибковые заболевания ЛОР-органов встречаются у детей чаще, чем у взрослых, что во многом связано с дисбактериозами, характерными для детского возраста, а также с различными факторами, ослабляющими иммунный ответ у детей. Доля микотических (условно-патогенных) инфекций в хронической патологии у детей достаточно высока и в последние годы продолжает расти. Согласно данным Е. S. Beneke и А. J. Rogere (1970), а также Р. Н. Ребровой (1970), отомикозы составляют 10% всех воспалительных заболеваний ушей; по данным О. К. Хмельницкого (1973) — 18%, В. Я. Кунельской (1976) — 18,9%, Н. Д. Челидзе (1984) — 26,3%, Мохаммада Шафуила Алама (1986) — 18%, С. А. Павленко (1989) — 37,8%, и Е. В. Прониной (1996) — 15%. Г. А. Самсыгина и его коллеги (1996) за 20 лет наблюдений отметили рост кандидозов у новорожденных и грудных детей с 1,9% до 15,1%. При этом в 40-60% случаев заболевание остается нераспознанным, поздно диагностируется и не получает адекватного лечения, что значительно ухудшает его прогноз [6,7].

Увеличение заболеваемости микозами, а также инфицирование и суперинфицирование грибами часто способствуют переходу острых процессов в хронические, возникновению рецидивов и более тяжелому течению заболевания. Нерациональное лечение может привести к генерализации грибковой инфекции, которая протекает особенно тяжело. Основными возбудителями отомикоза являются плесневые грибы родов *Aspergillus* (65%), *Penicillium* (10%) и дрожжеподобные грибы рода *Candida* (24%). В отдельных случаях грибковые заболевания ушей могут вызывать грибы родов *Mucor*, *Alternaria*, *Kladosporium* и др. В 15% случаев присутствует сочетанное поражение грибами родов *Aspergillus* и *Candida*. В основном все эти виды грибов относятся к группе условно-патогенных возбудителей и вызывают заболевание только при определенных факторах, предрасполагающих к контаминации и размножению грибов, обеспечивая их переход от сапрофитии к патогенности [2].

Запуск патологического процесса происходит под воздействием патогенных грибов, однако клинические проявления наблюдаются не у всех. По предварительным данным наших продолжающихся исследований, у 15,7% детей, согласно углубленному микологическому исследованию, выявляется носительство грибковой флоры (в основном дрожжеподобных грибов рода *Candida*) без каких-либо клинических симптомов. Развитию микозов могут способствовать следующие факторы и условия:

- длительное пребывание больного в палатах интенсивной терапии;
- проведение реанимационных мероприятий;
- использование глюкокортикоидов и иммуносупрессивных препаратов;
- длительная системная антибиотикотерапия, особенно фторхинолонами;
- необоснованное применение антимикробных ушных капель;
- сопутствующие заболевания (бронхиальная астма, сахарный диабет, заболевания кроветворной системы, туберкулез, злокачественные новообразования);
- ношение слухового аппарата с ушными вкладышами;
- частое и длительное использование наушников;
- теплый влажный климат;
- плавание [3].

Одним из факторов, способствующих развитию отомикоза, является травма. Повреждение кожи облегчает внедрение грибов и их проникновение вглубь тканей, а также ослабляет защитные реакции в области повреждения, что способствует контаминации и размножению грибов. Секрет, выделяемый травмированным покровным эпителием, служит отличной питательной средой для грибов. Парадоксально, но грибковые заболевания наружного уха чаще встречаются у людей, которые часто проводят гигиенические процедуры по очистке ушей, что приводит к травмам кожи наружного слухового прохода. При обсуждении необходимости правильного и бережного удаления избытка серы следует помнить, что ее небольшое количество в слуховом проходе необходимо, так как она не только механически защищает кожу, но и выполняет бактерицидные и фунгицидные функции [4,5]. Отомикоз также может развиваться в результате мацерации при попадании воды в ухо и применении местных антибактериальных средств при хроническом гнойном среднем отите. Возникновению грибкового поражения наружного уха часто предшествует длительное местное использование глюкокортикоидных препаратов при оторее, обусловленной гнойно-воспалительным процессом в среднем ухе. [6]

Жалобы больных при различных формах наружного отита носят схожий характер, что затрудняет диагностику заболевания. Наиболее частые из них: болезненность в ухе, усиливающаяся при пальпации козелка, с возможной иррадиацией в височную область, зуд в наружном слуховом проходе, выделения из наружного слухового прохода, ощущение заложенности уха, снижение слуха, реакция регионарных лимфоузлов. У ряда пациентов встречаются проявления интоксикации в виде ухудшения общего состояния, повышения температуры тела, плохого сна, раздражительности [7].

Отомикоз, как и другие виды специфического воспаления, имеет хроническое течение, характеризующееся малозаметным началом заболевания, его постепенным развитием и значительной продолжительностью. Для микоза ЛОР-органов специфично и то, что они всегда протекают с выраженными явлениями общей интоксикации организма. Недостаточная информированность врачей-оториноларингологов в отношении диагностики грибкового поражения ЛОР-органов часто является причиной их поздней и/или неправильной диагностики. Это создает трудности при лечении и приводит к хроническому течению заболевания. Диагноз "грибковое заболевание уха", как и любого инфекционного заболевания, устанавливается только на основании комплексных лабораторных микологических методов исследований. Выраженная клиническая картина заболевания, похожая на грибковое поражение, не может являться тестом для диагностики микоза, как бы она ни была характерна. Микологическая диагностика проводится в следующих направлениях: 1) микроскопия патологического отделяемого; 2) посевы патологического отделяемого на различные селективные питательные среды для выделения культур грибов и их родовой и видовой идентификации; 3) определение чувствительности выделенных грибов к противогрибковым препаратам. Забор образцы биологического материала для микологического исследования получают с помощью аттикового зонда или ложки Фолькмана.

Общая терапия должна сочетаться с местным воздействием на микотический очаг инфекции, а так как грибковые процессы склонны к рецидивированию, необходимы повторные курсы лечения [10, 14, 15]. Для специфического противогрибкового лечения в настоящее время применяется целый ряд эффективных антимикотических препаратов. В целом противогрибковая лекарственная терапия должна основываться на результатах лабораторных исследований чувствительности грибов к применяемым препаратам [14].

Для местного лечения плесневых отомикозов наиболее эффективными являются препараты,

такие как нафтифин, нитрофунгин и тербинафин, в то время как при кандидозных поражениях уха рекомендуется использовать клотримазол, тербинафин, пимафуцин, нафтифин и эконазол. Обязательным условием для проведения местной терапии является предварительная тщательная очистка уха от патологического отделяемого. Процедура туалета уха должна выполняться только врачом с использованием аттикового зонда и ватного тампона, смоченного антимикотическим средством. Особое внимание уделяется качеству туалета уха, так как даже небольшое количество микотических масс может значительно увеличить продолжительность лечения и задержать выздоровление. При наружном микотическом отите важно очищать передненижнюю часть наружного слухового прохода. В случае среднего микотического отита необходимо полностью удалить микотические массы из области перфораций барабанной перепонки. При больших перфорациях для удаления микотических масс производится промывание барабанной полости антисептическими противогрибковыми препаратами, такими как 0,1% раствор хинозолового спирта или 0,01% раствор мирамистина. Аналогичные действия предпринимаются при лечении микоза в послеоперационной полости среднего уха, где тщательно очищается вся неотимпанальная полость, особенно в заднем отделе, за шпорой. Перед началом лечения, если имеются полипы или грануляции, их необходимо удалить или обработать 5–10% раствором азотно-кислого серебра [10,11]. Местное лечение антимикотическими препаратами должно проводиться не менее 3–4 недель с обязательным лабораторным контролем (посевы до, в середине и по окончании курса лечения) в соответствии с микограммой. Местное лечение проводится путем вкладывания в ухо ватных турунд, смоченных фунгицидным препаратом, который остается на 5–8 мин, 4–6 раз в день в зависимости от активности грибкового процесса. Критерием эффективности лечения является полное клиническое излечение в течение 1 мес, подтвержденное как клинической картиной, так и отрицательными результатами микологического исследования. Местное воздействие на микотический очаг инфекции у многих больных необходимо сочетать с одновременным применением системных противогрибковых препаратов. При системной терапии кандидозных поражений уха наиболее эффективным является флуконазол. Флуконазол – противогрибковое средство из группы производных триазола. Препарат активен в отношении дрожжеподобных, диморфных и ряда нитчатых грибов. Фармакокинетические характеристики флуконазола сходны при внутривенном введении и при приеме внутрь. После приема внутрь препарат хорошо всасывается из желудочно-кишечного тракта [12,13]. По сравнению с другими системными противогрибковыми препаратами частота побочных реакций и нежелательных явлений при длительном приеме флуконазола крайне мала и составляет 1–1,5%, а при проведении коротких курсов лечения побочных реакций не отмечено. Препарат можно назначать детям начиная с 6 мес. Лечение начинают после получения результатов посева и других лабораторных анализов. Флуконазол назначают 1 раз в сутки в дозе от 50 до 150 мг в зависимости от тяжести течения заболевания в течение 10 дней. При плесневых микозах применяют итраконазол, тербинафин. Итраконазол назначают по 100 мг/сут в течение 14 дней, тербинафин – по 250 мг/сут в течение 16 дней. При необходимости курс лечения повторяют через 7 дней. Критерием эффективности лечения является полное клиническое выздоровление, подтвержденное результатами повторных микологических исследований [11,12,13].

Плановое лечение противогрибковыми препаратами желательно проводить при минимальном количестве сопутствующих назначений. Чем меньше одновременно принимается лекарственных препаратов, тем меньше вероятность развития побочных эффектов. Поскольку грибковые заболевания склонны к рецидивированию, необходимо динамическое диспансерное наблюдение за

больными с грибковыми поражениями уха и, по показаниям, проведение профилактических курсов противогрибкового лечения. Анализ результатов лечения больных отомикозами с использованием указанных лекарственных средств позволяет сделать вывод об эффективной элиминации грибков-возбудителей заболевания, что подтверждается нормализацией клинической картины и отрицательными результатами микологических исследований. В целом при правильном лечении отомикозов терапия достаточно эффективна. Неудовлетворительные результаты во многом связаны с тем, что клинические проявления при микозах еще недостаточно знакомы врачам, грибковый процесс длительно не распознается, адекватное лечение запаздывает и проводится в поздние сроки, когда заболевание уже распространилось и перешло в хроническую форму [8, 10,15].

В заключение, местное и системное лечение отомикозов у детей требует комплексного подхода и тщательной диагностики. Эффективность терапии зависит от правильного выбора антимикотических препаратов, предварительной очистки уха от патологического отделяемого и соблюдения режима лечения. Применение местных антимикотиков, таких как нафтифин, тербинафин и клотримазол, должно сочетаться с системной терапией, особенно при кандидозных поражениях, где флуконазол демонстрирует высокую эффективность.

Литература:

1. Грибковый наружный отит у детей: принципы диагностики и рациональной терапии/ А.И. Крюков и соавт. // Вестник оториноларингологии. - 2020. - №1.
2. Эффективность использования местных противогрибковых препаратов в тактике лечения наружного грибкового отита у детей/ В.Я. Кунельская, А.Ю. Ивойлов, Г.Б. Шадрин, А.И. Мачулин// Успехи медицинской микологии. - 2018. - №5.
3. Грибковый отит. Клинические рекомендации Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов. - 2016.
4. Возможности топической терапии отомикозов у детей/ Е.Ю. Радциг// Педиатрия. - 2011. - №3.
5. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы в детском возрасте. —М.: Медицинское информационное агентство, 2001
6. Вохидов У.Н., Амонов М. Х. Актуальные вопросы этиопатогенеза отомикоза у детей // V-Международный конгресс стоматологов 2022.-С.158-159
7. Радциг Е.Ю., Богомилский М.Р. Возможности топической терапии отомикозов у детей. // Педиатрия 2011 /№ 3/82
8. Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю., Вязьменов Э.О. Новые возможности церуменолизиса у детей. Педиатрия. 2008; 5: 104-106.
9. Богомилский М.Р., Радциг Е.Ю., Рахманова И.В., Ишанова Ю.А. Церуменолизис у новорожденных и грудных детей. Вестн. оториноларингологии, 2010; 4: 90-93.
10. Groll AH, Tragiannidis A. Update of antifungal agents for paediatric patients. Clinical microbiology and infection. 2010; 16 (9): 1343-1353.
11. Пальчун В.Т., Огородников Д.С. Опыт наблюдения и лечения больных диффузным наружным отитом. Вестн ото ринолар 2011; 2:53-56. / Palchun V.T., Ogorodnikov D.S. Experience of observation and therapy of patients with diffuse external otitis. Vestn. Otorinol ar 2011; 2:53-56
12. Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Современный взгляд на диагностику и лечение отомикоза. Consilium medicum, 2008; 10 (10): 34-37
13. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Аспекты современной эпидемиологии Лормикозов. Вестник оторинолар 2011; 2:13-15./ Kryukov A.I., Kunelskaya V.Y., Shadrin G.B. Aspects of modern epidemiology of ENT mycoses. Vestn. Otorinol ar. 2011;

2: 13-15.

14. Чистякова, В. Р. Отомикозы в детском возрасте / В. Р. Чистякова, И. В. Наумова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2001. — 176 с.
15. Борисенко, О. Н. Отомикоз: клиника, диагностика и лечение / О. Н. Борисенко // Институт отоларингологии им. проф. Коломийченко АМНУ, 2007.
16. Климко, Н. Н. Микозы: диагностика и лечение: руководство для врачей / Н. Н. Микозы. — М.: Премьер МТ, 2007. — 336 с.
17. Кунельская, В. Я. Микозы в оториноларингологии / В. Я. Кунельская // Consilium medicum. — 2001. — Т. 3, № 8. — С. 371-374.
18. Крюков А.И., Туровский А.Б., Димова А.Д., Шадрин Г.Б. Микозы в оториноларингологии. Consilium Medicum 2004; 6 (4): 56.
19. Кунельская, В. Я. Новые подходы к терапии грибкового отита / В. Я. Кунельская // Вестник оториноларингологии. — 2004. — № 2. — С .48-50.