

Д.С. Поліщук¹, С.Й. Поліщук², С.А. Бондар³, В.С. Комарніцька²

¹Хмельницький обласний шкірно-венерологічний диспансер

²ПП «Дерматовенерологічний кабінет лікаря Поліщука С.Й.», Хмельницький

³Вінницький національний медичний університет імені М.І. Пирогова

Отомікози в практиці лікаря-дерматолога

Проведено дослідження та лікування хворих з отомікозами, спричиненими грибами роду *Candida*, *Aspergillus* та їх поєднанням. Використання в лікуванні препаратів флуконазол та ітраконазол з антигістамінним препаратом групи левоцетиризину, вітамінами групи В і місцевим лікуванням забезпечило швидкий клінічний та мікробіологічний ефекти.

Ключові слова

Отомікоз, гриби, лікування.

Останніми роками дедалі пильнішу увагу лікарів різних спеціальностей, зокрема дерматологів, з огляду на збільшення кількості випадків захворювань, спричинених умовно-патогенними грибами, що уражують практично всі органи і тканини організму людини, привертають проблеми клінічної мікології. Етіологія, патогенез та клінічні вияви мікозів надзвичайно різноманітні [3].

За узагальненими літературними даними, частота отомікозу більша в країнах з помірним кліматом і становить від 7 до 26 % запальних захворювань вуха [5]. За даними В.Я. Кунельської (2002), питома вага отомікозів у дорослого населення серед отитів іншої етіології становить 18,6 %, а в дітей — 26,3 %.

Недостатня ознайомленість лікарів з різними виявами мікотичної патології вуха призводить до пізнього діагностування та неправильного лікування хворого, що спричинює поширення грибкового процесу. Безсумнівно важливим є урахування коморбідності патології для більш чіткої характеристики хворого, що має кардинальне значення для визначення стратегії лікування.

Уперше отомікоз описав Н. Мауер у 1884 році, більш повний опис мікозів вуха представлено в монографії F. Siebenmann (1889) [9].

Дріжджові та плісняві гриби належать до десяти патогенів, які найчастіше виявляють у хворих. У нашій кліматичній зоні основними збудниками отомікозів є плісняві гриби роду *Aspergillus* та дріжджоподібні гриби роду *Candi-*

da. Аспергільоз діагностують у 65 % пацієнтів, а кандидоз — у 24 %. В окремих випадках грибкові захворювання вух можуть викликати гриби роду *Penicillium*, *Mucor*, *Cladosporium*, *Alternaria* [4, 7].

Умовно-патогенні гриби роду *Aspergillus* складаються з однотипного міцелію. *Aspergillus* мають високу біохімічну активність, утворюють різні ферменти, а деякі види містять і ендотоксини, також відома їхня алергізувальна дія [2]. Головною ознакою грибів роду *Candida* є наявність псевдоміцелію та бластоспор [8].

Специфічною ознакою отомікозу є змішана інфекція, переважно поєднання *Aspergillus* та *Candida*. Такі асоціації виявляють у 10 % випадків отомікозу. Це потрібно враховувати під час проведення цілеспрямованого лікування аспергільозу та кандидозу [4].

Грибковому ураженню шкіри складок вуха сприяє широке й часто неадекватне використання потужних антибіотиків, цитостатиків, антиметаболітів та кортикостероїдних гормонів, захворюваність на цукровий діабет, мацерація шкіри зовнішнього вуха при atopічному дерматиті, демодекозі та псоріатичних ураженнях шкіри волосистої частини голови і заушних складок. Висока температура повітря, різка зміна клімату, імунodefіцитні стани також сприяють розмноженню грибів [1].

Клінічні вияви мікозів зумовлені як механічним пошкодженням тканинних елементів шкіри зовнішнього вуха, так і ферментативною та ток-

сичною дією грибів. Клінічні вияви мікозів є наслідком вегетації певних грибів у вусі та здебільшого зумовлені локалізацією патологічного процесу. Причиною свербіжжю є подразнення нервових клітин грибами та продуктами їхньої життєдіяльності [4].

Мікологічна лабораторна діагностика проводиться головним чином за двома напрямками: мікроскопічне дослідження зскрібків з ураженої шкіри; бактеріологічні дослідження для виділення культур грибів та їх ідентифікації [4]. Варто зазначити, що не всі дерматологи у практичній роботі мають змогу проводити бактеріологічні дослідження, проте для впевненості в мікотичному процесі достатньо результатів мікроскопічного дослідження, проведення якого можливе в усіх лікарняних закладах.

Терапія мікотичних захворювань вуха супроводжується певними труднощами та не завжди буває достатньо ефективною. Це пов'язано в першу чергу зі специфічністю інфекційного процесу, оскільки умовно-патогенні гриби роду *Aspergillus* і *Candida* спричинюють захворювання за певних передумов. При отомікозі потрібно враховувати всі обставини виникнення захворювання у конкретного хворого для подальшого їх усунення (шляхом відміни антибіотиків, призначення комплексного загальнозміцнювального лікування, вітамініотерапії). Необхідно виявити супутні захворювання, які сприяли появі мікозу (діабет, захворювання крові, імунодефіцитні стани, захворювання органів травлення), та призначити відповідну терапію. Також потрібно враховувати роль алергії у патогенезі захворювання, оскільки *Aspergillus* і *Candida* володіють вираженими алергійними ознаками, та одночасно з протигрибковою проводити десенсибілізувальну терапію [6, 7].

Грибкове ураження часто ускладнюється вторинною інфекцією та супроводжується запаленням, тому під час вибору препарату для лікування отомікозу цей факт також має значення [4].

Останнім часом почастишали випадки звернень на амбулаторний прийом хворих з характерними ознаками ураження мікотичною інфекцією шкіри вušних раковин та зовнішнього слухового отвору.

Мета дослідження — визначення алгоритму діагностики отомікозу та оцінка ефективності запропонованого методу лікування.

Матеріали та методи

Під спостереженням перебували 32 хворих з діагнозом отомікозу (14 чоловіків та 18 жінок) віком від 15 до 62 років, тривалість захворювання — від 2 до 19 місяців.

Здебільшого в минулому хворі лікувалися у лікаря-отоларинголога з приводу отиту та алергійних уражень шкіри вušних складок, але стан не покращувався.

Діагностичний алгоритм містить: використання даних анамнезу та аналіз попередньої терапії, огляд загального покриву та шкіри зовнішніх слухових отворів і завušних складок, реєстрація супутніх системних та шкірних захворювань у стадії їх активності, клініко-лабораторне обстеження (загальний аналіз крові, сечі, глюкоза крові).

Для верифікації діагнозу отомікозу було проведено мікологічне дослідження зскрібків зі шкіри зовнішніх слухових отворів та завušних складок мікроскопічним та бактеріологічним методами.

Критеріями залучення пацієнтів у дослідження було лабораторне підтвердження наявності грибів, а також відсутність протипоказань до призначення препаратів згідно з медичними інструкціями.

Результати та обговорення

Клініко-мікологічний аналіз 32 випадків показав, що у 22 (68,7 %) пацієнтів збудником хвороби були гриби роду *Candida albicans*, у 6 (18,8 %) — *Aspergillus niger*, у 4 (12,5 %) — поєднання *Candida* та *Aspergillus*.

Під час огляду у хворих визначалися такі клінічні вияви: еритематозно-папульозні висипання на шкірі вušних раковин і зовнішнього слухового отвору, що супроводжувалися інтенсивним свербіжем, набряком, лущенням шкіри, мокнуттям, мацерацією, кірками. Суб'єктивно деякі хворі вказували на закладання та підвищену чутливість зовнішнього вуха до доторкування.

Під час призначення лікування було враховано, що різні етіологічні чинники потребують різних локальних терапевтичних засобів, а також те, що флуконазол неефективний щодо *Aspergillus* [2, 6].

Для лікування хворих, у яких було виявлено гриби *Aspergillus* або поєднання *Candida/Aspergillus*, застосовувано ітраконазол по 100 мг 1 капс. 2 рази на добу протягом 10 днів. У разі виявлення *Candida* пацієнтам призначали флуконазол по 200 мг 1 раз на 3 дні, на курс 4 таблетки.

Крім того, в комплексній терапії хворим було призначено левоцетиризин, вітаміни групи В та місцево мазь або крем «Пімафукорт» 2 рази на добу протягом 10 днів. Усім хворим на отомікоз рекомендовано дієту з обмеженням легкозасвоюваних вуглеводів.

Курс лікування мікотичної інфекції становив близько двох тижнів. Повторний огляд хворих проведено через 10, 30 днів після призначення

лікування та 3 міс. У пацієнтів поліпшився соматичний стан та поступово зникли ознаки отомікозу вже через 3–5 днів лікування, а протягом 2 тиж у 98,5 % випадків настало повне одужання. Рецидиви захворювання не спостерігалися.

Висновки

1. Досягнуто високої ефективності запропонованої схеми лікування хворих на отомікоз, що передбачала комплексне використання препара-

тів групи флуконазолу або ітраконазолу, з урахуванням домінування збудника мікотичної інфекції (кандидозу або аспергильозу), а також антигістамінного препарату групи левоцетиризину, вітамінів групи В у поєднанні з місцевим лікуванням.

2. З метою диференціювання захворювань вуха та встановлення діагнозу отомікозу обстеження хворих при ураженні шкіри складок вуха є обов'язковим.

Список літератури

1. Заболотний Д.І., Зарицька І.С., Вольська О.Г. Сучасна діагностика і лікування мікозів верхніх дихальних шляхів та вуха // Мистецтво лікування.— 2004.— № 1.— С. 32–35.
2. Кравченко В.Г., Івашевська А.І., Литовко Т.О., Шкляренко Г.М. Аспергильоз шкіри і нігтів: клінічні спостереження, питання діагностики і лікування, професійний характер інфікування // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2007.— № 2.— С. 65–67.
3. Крюков А.И., Кунельская В.Я., Шадрин Г.Б. Аспекты современной эпидемиологии ЛОР-микозов // Вестн. оториноларингол.— 2011.— № 2.— С. 13–15.
4. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии.— М.: Медицина, 1989.— 320 с.
5. Пухлик С.М., Титаренко О.В. Микозы в оториноларингологии. Опыт применения препарата «Микофин» // Журнал ушных, носовых і горлових хвороб.— 2011.— № 2.— С. 35–49.
6. Сергеев А.Ю., Сергеев Ю.В. Современные антимикотики и принципы противогрибковой терапии. Грибковые инфекции: руководство для врачей.— М.: «Бином-Пресс», 2004.— С. 55–143.
7. Шадрин Г.Б. Современный лечебно-диагностический алгоритм при микозе // Вестн. оториноларингол.— 2011.— № 6.— С. 109–112.
8. Martin M.V. The use of fluconazole and itraconazole in the treatment of *Candida albicans* infections: review // J. Antimicrob. Chemother.— 1999.— Vol. 44.— P. 420–437.
9. Pontes Z.B., Silva A.D., Lima E.O. et al. Otitomycosis: a retrospective study // Bras. J. Otorinolaringol.— 2009.— Vol. 75 (3)— P. 367–370.

Д.С. Полищук¹, С.И. Полищук², С.А. Бондарь³, В.С. Комарницкая²

¹Хмельницький обласної кожної-венерологічного диспансеру

²ЧП «Дерматовенерологічний кабінет доктора Полищука С.И.», Хмельницький

³Вінницький національний медичний університет імені Н.И. Пирогова

ОТОМИКОЗЫ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ДЕРМАТОЛОГА

Проведено обстеження і лікування хворих отомікозами, викликаними грибами роду *Candida* і *Aspergillus*, а також їх поєднанням. Використання в лікуванні препаратів флуконазол і ітраконазол в поєднанні з антигістамінним препаратом групи левоцетиризину, вітамінами групи В, місцевого лікування забезпечило швидкий клінічний і мікробіологічний ефект.

Ключевые слова: отомікоз, гриби, лікування.

D.S. Polishchuk¹, S.Y. Polishchuk², S.A. Bondar³, V.S. Komarnitska²

¹*Khmelnytsky Dermatovenerologic Regional Dispensary*

²*PE «Doctor S.Y. Polishchuk's Dermatovenerologic office», Khmelnytsky*

³*Pyrogov Memorial National Medical University, Vinnytsia*

Otomycosis in the practice of a dermatologist

Examination and treatment of patients with otomycosis, caused by fungi of the genus *Candida*, *Aspergillus* and their combinations have been done. Usage of fluconazole or itraconazole in combination with antihistamine of levocetirizine group, vitamins of group B, topical treatment provided quick clinical and microbiological effect.

Key words: otomycosis, fungi, treatment.

Дані про авторів:

Поліщук Дмитро Степанович, к. мед. н., лікар-дерматовенеролог Хмельницького обласного шкірно-венерологічного диспансеру 29009, м. Хмельницький, вул. Івана Франка, 13. Тел. (038) 265-74-05. E-mail: polischuk.ukraine@gmail.com

Поліщук Степан Йосипович, гол. лікар-дерматовенеролог ПП «Дерматовенерологічний кабінет лікаря Поліщука С.Й.»

Бондар Сергій Анастолійович, д. мед. н., зав. кафедри шкірних та венеричних хвороб Вінницького національного медичного університету імені М.І. Пирогова

Комарницька Віра Степанівна, лікар-дерматовенеролог-косметолог ПП «Дерматовенерологічний кабінет лікаря Поліщука С.Й.»