

Протокол

Ведения пациента с диагнозом: Грибковый отит (нормативная ссылка: КР 304.2 «Миопия» 2024г, МЗ РФ)

Категория возрастная	дети
Вид медицинской помощи	первичная
Условия оказания медицинской помощи	амбулаторно
Форма оказания медицинской помощи	плановая
Средние сроки лечения (количество дней)	не указаны
Врач	Врач оториноларинголог; врач педиатр - участковый

Определение заболевания

<p>Грибковый наружный отит (отомикоз) – грибковое заболевание, обусловленное развитием на коже ушной раковины, стенках наружного слухового прохода, барабанной перепонке плесневых или дрожжеподобных грибов.</p> <p>Грибковый мирингит – развитие на барабанной перепонке плесневых грибов.</p> <p>Грибковый средний отит – грибковое заболевание, обусловленное развитием в барабанной полости различного рода плесневых и дрожжеподобных грибов.</p> <p>Микоз послеоперационной полости – грибковое заболевание, обусловленное развитием в послеоперационной полости среднего уха различного рода плесневых и дрожжеподобных грибов.</p>

Этиология и патогенез заболевания:	<p>основными возбудителями являются плесневые грибы рода <i>Aspergillus</i> и дрожжеподобные грибы рода <i>Candida</i>.</p> <p>Все виды грибов, вызывающих ОМ относятся к группе условно-патогенных и вызывают заболевание только при определенных факторах, предрасполагающих к развитию и размножению грибов. Важно знать предшествующие заболеванию условия, приводящие к реализации патогенных свойств грибов. Основными патогенетическими моментами возникновения микоза являются адгезия (прикрепление гриба к раневой поверхности, к коже и др.), колонизация гриба и его инвазивный рост.</p> <p>В патогенезе ОМ имеют значение различные эндогенные и экзогенные факторы. Основным экзогенным фактором при грибковом наружном отите является травма кожи в результате злоупотребления гигиеной наружного слухового прохода.</p>
Классификация	<p>Н 60.8 – хронический наружный отит;</p> <p>Н 66.3 – другие хронические средние отиты;</p> <p>В 37.8 – поверхностный кандидоз других локализаций;</p> <p>В 44.8 – другие виды аспергиллеза (в т.ч. поверхностный аспергиллез);</p> <p>Н 62.2 – наружный отит при микозе БДУ;</p> <p>(Наружный отит при:</p> <ul style="list-style-type: none"> - аспергиллезе (В44.8); - кандидозе (В37.2); <p>Отомикоз БДУ (В36.9));</p> <p>В 49 – микоз неуточнённый</p>
Клиническая картина	<p>При микозе, вызванном дрожжеподобными грибами, в воспалительный процесс может включаться кожа ушных раковин и околоушная область.</p> <p>Для кандидозного поражения наружного уха характерно: гиперемия, инфильтрация и мацерация кожи наружного слухового прохода, гиперемия барабанной перепонки при наружном отите, утолщение слизистой оболочки, наличие густого мутного отделяемого в просвете барабанной полости. Выделения на стенках слухового прохода менее гу-</p>

	<p>стые, в отличие от воспаления вызванного плесневыми грибами. Цвет отделяемого имеет беловатый оттенок. При распространении воспаления на ушную раковину определяется гиперемия кожи с эрозиями, возможны грануляции и чешуйки, налеты на коже ушной раковины беловатые, легко снимающиеся. Вовлечение в воспалительный процесс ушной раковины может стать причиной возникновения хондроперихондрита с последующей деформацией ушной раковины.</p> <p>При отите, вызванном плесневыми грибами рода <i>Aspergillus</i>, клиническая картина носит специфический характер. В просвете наружного слухового прохода определяются казеозно-некротические массы, инфильтрация кожи наружного слухового прохода более выражена в костном отделе, возможны явления мирингита. Наложения на стенках наружного слухового прохода беловато-серые с черными вкраплениями напоминающие «молотый перец» или «промокшую газету». При поражении наружного слухового прохода грибами <i>Aspergillus glaucus</i>, патологическое отделяемое имеет специфический зеленоватый оттенок.</p> <p>При поражении наружного уха плесневыми грибами рода <i>Penicillium</i>, клинические проявления также специфичны. Цвет отделяемого имеет желтоватый оттенок, в ряде случаев напоминает ушную серу. Кожа наружного слухового прохода инфильтрирована, патологическое отделяемое определяется на всем протяжении наружного слухового прохода. Дополнительными элементами на коже наружного слухового прохода могут быть сухие корочки и пленки.</p> <p>Для геотрихозного воспаления наружного слухового прохода, вызванного штаммом (<i>Geotrichum capitatum</i>), характерными клиническими проявлениями являются: выраженная инфильтрация кожи наружного слухового прохода, явления мирингита. В просвете наружного слухового прохода определяются плотные «замаскообразные» серовато-желтые грибковые массы. Патологическое отделяемое определяется на всем протяжении наружного слухового прохода.</p>
--	---

Диагностика:

<p>Анамнез:</p>	<p>Уточнить время начала заболевания и особенности течения, выяснить, не было ли ранее отита, микоза другой локализации, каковы периодичность, длительность и характер обострений. Учитывается ранее проводимое лечение (местное или общее), его эффективность: не было ли ухудшения состояния, рецидивов. Обязательно выяснить, лечились ли ранее больные антибиотиками, кортикостероидами, иммунодепрессантами (длительность и интенсивность лечения), особенности производственных и бытовых условий, перенесенные ранее заболевания, аллергологический анамнез.</p>
<p>Жалобы:</p>	<p>- при микотическом наружном отите – жидкие выделения (при кандидозе), образование корочек, пробок в наружном слуховом проходе (при аспергиллезе), зуд, боль, заложенность уха. Некоторые больные в острой стадии могут предъявлять жалобы на головную боль, повышение температуры тела, повышенную чувствительность ушной раковины, заушной области и наружного слухового прохода. <i>При всех формах микотического наружного отита нарушение слуха или не выявляется, или оно незначительное по типу поражения звукопроводящего аппарата.</i></p> <p>- при микотическом среднем отите и микозе послеоперационной полости средним основными жалобами являются: понижение слуха, наличие выделений из уха, периодически возникающий зуд в ухе, могут быть головокружения</p>
<p>Данные объективного осмотра</p>	<p>Физикальный осмотр пациента проводить с использованием увеличивающей оптической техники (отоскоп)</p> <p><i>При кандидозном поражении</i> наружного слухового прохода отмечается умеренное сужение просвета наружного слухового прохода, более выраженное в хрящевом отделе, барабанная перепонка гиперемирована. Патологическое отделяемое более жидкой консистенции, чем при плесневом микозе, чаще беловатого цвета и творожистой консистен-</p>

ции. Процесс часто распространяется на кожу ушной раковины.
При аспергиллезном поражении наружный слуховой проход также может быть сужен за счет инфильтрации стенок, однако, инфильтрация кожи более выражена в костном отделе. В процесс вовлекается барабанная перепонка, отмечается ее инфильтрация, утолщение, исчезновение опознавательных контуров. В ряде случаев наблюдаются грануляции. Патологическое отделяемое более обильное и отличается по цвету (различных оттенков серого цвета, иногда с черными точками, может быть холестеатомо- или сероподобным, напоминает промокшую газету)..
При пенициллииозе процесс локализуется в хрящевом отделе наружного слухового прохода. Отмечается умеренная инфильтрация кожи наружного слухового прохода, не приводящая к полному закрытию слухового прохода. Барабанная перепонка в большинстве случаев гиперемирована, иногда поверхность барабанной перепонки эрозирована, может быть выпячивание, что создает ложное впечатление о наличии перфорации, вид патологического отделяемого, имеющего различные оттенки желтого цвета, и в ряде случаев напоминает ушную серу. Патологическое отделяемое расположено на всем протяжении наружного слухового прохода и может сочетаться с сухими корочками и пленками.
при микотического поражения среднего уха- наличие специфического отделяемого, цвет и консистенция которого зависят от вида гриба возбудителя. Нередко присоединяются явления наружного отита. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована с наличием перфораций различных размеров. Во всех случаях обзримая слизистая оболочка барабанной полости гиперемирована, инфильтрирована, иногда образуются грануляции.
при микозе послеоперационной полости среднего уха - отсутствует или резко замедлена эпителизация, стенки наружного слухового прохода гиперемированы, неравномерно инфильтрированы, неотимпанальная полость бывает заполнена патологическим отделяемым аналогичного вида, что и при ОМ другой локализации, встречаются мелкие кровоточащие грануляции.

Лабораторные диагностические исследования.

- Осмотр органа слуха с помощью отоскопа
- Общий анализ крови;
- б/х крови: глюкоза, общий белок, АСТ, АЛТ, креатинин в крови;
- антитела классов М, G (IgM, IgG) к вирусу иммунодефицита человека ВИЧ-1 и ВИЧ-2 в крови,
- Определение антител к бледной трепонеме (*Treponema pallidum*) в крови;
- Определение антигена (HbsAg) вируса гепатита В и С в крови;
- Проведение микологического исследования:
- Микроскопическое исследование отделяемого из ушей на грибы (дрожжевые и мицелиальные)

Лечение:

начинать лечение с элиминации возбудителя, выполнять тщательный туалет наружного слухового прохода (барабанной полости, послеоперационной полости)
При кандидозном наружном отите показана комбинация 1% раствора Клотримазола и 1% раствора Нафтифина в виде аппликаций, продолжительностью 5-10 мин каждая 2 раза в сутки в течение 14 дней, с продолжением терапии в течение 14 дней после стихания клинических признаков и/или до получения 3-кратного отрицательного лабораторного анализа. При кандидомикозе возможно также применение Миконазола, Натамицина или Эконазола.
 При наружном отите, вызванном плесневыми грибами, препаратами выбора для проведения местного лечения являются Хлорнитрофенол и 1% раствор Нафтифина, в виде аппликаций на кожу наружного слухового прохода 2 раза в день продолжительностью по 5-10 мин каждая в течение 10-14 дней. Необходимо также продолжать лечение в течение 14 дней после стихания клинических признаков и/или до получения 3-кратного отрицательного лабораторного анализа.
 При отите, вызванным грибково-бактериальной ассоциацией препаратом выбора является комбинированный препарат -S02C Кортикостероиды в комбинации с противомикробными средствами (Хлорамфеникол+Беклометазон+Клотримазол+Лидокаиан) в виде закапывания в наружный слуховой проход по 4-5 капель 3-4 р/день в течение 10 дней

	<p>(детям с 6 лет).</p> <p>При лечении грибкового среднего отита и микоза послеоперационной полости среднего уха, вызванных грибами рода <i>Candida</i> не только лечение препаратами для местного применения, но и проведение терапии противогрибковым препаратом системного действия - <u>Флуконазол</u> в возрастной дозировке.</p> <p>При лечении грибкового среднего отита и микоза послеоперационной полости среднего уха, вызванного плесневыми грибами - назначение противогрибковых препаратов системного действия – <u>Итраконазол</u> или <u>Тербинафин</u>.</p> <p>Ушные капли комбинированного состава Кандибиотик с МНН Беклометазон+Клотримазол+Лидокаин+Хлорамфеникол.</p> <ul style="list-style-type: none"> • рекомендовано введение препарата в ухо на турунде. • не рекомендуется физиотерапевтическое воздействие
Профилактика, диспансерное наблюдение	<p>Диспансерный приём врачом-оториноларингологом 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении 1 раз в полгода в течение 2 лет.</p> <p>Профилактика рецидивов ОМ:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. динамическое наблюдение за больным в течение 6 месяцев; 2. проведение курса профилактического лечения; 3. один раз в неделю (в течение 4-6 недель) смазывание кожи наружного слухового прохода Нафтифином или Хлорнитрофенолом.

Таблица 1 - Схема лечения отомикоза противогрибковыми препаратами для местного применения в виде аппликаций и противогрибковыми препаратами системного действия

Локализация поражения	Способ применения		
Наружное ухо	Местно	Нафтифин 1% раствор + клотримазол 1% раствор	Нафтифин 1% раствор + хлорнитрофенол 1% раствор
Среднее ухо	Местно	Нафтифин 1% раствор + клотримазол 1% раствор	Нафтифин 1% раствор + хлорнитрофенол 1% раствор
	Внутри	#Флуконазол**, капсулы	#Итраконазол, капсулы
Послеоперационная полость	Местно	Нафтифин 1% раствор + клотримазол 1% раствор	Нафтифин 1% раствор + хлорнитрофенол 1% раствор
	Внутри	Флуконазол**, капсулы	Итраконазол, капсулы или #тербинафин, таблетки (с 3 лет)

Таблица 2 – Дозы и режимы применения противогрибковых препаратов системного действия при отомикозе

Препараты	Дозы и режимы применения
#Флуконазол**	Внутри, 50–100 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней
#Итраконазол	Внутри, 200 мг 1 раз в сутки в течение 10–14 дней
#Тербинафин	Внутри, 250 мг в сутки в течение 16 дней

