

18016

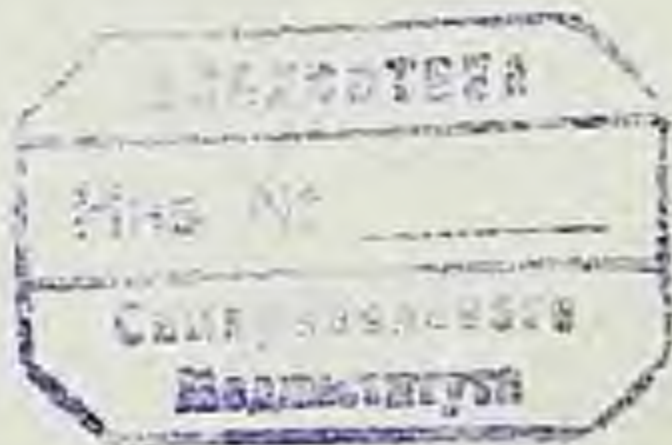
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
КНЕВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
УХА, ГОРЛА И НОСА

На правах рукописи

Н. А. ЛЕВ

**ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ПОЛОСТИ СРЕДНЕГО УХА
(БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА, № 753)**

Автореферат
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук



Киев — 1968

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ УССР
КНЕВСКИЙ НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ИНСТИТУТ
УХА, ГОРЛА И НОСА

На правах рукописи

Н. А. ЛЕВ

ГРИБКОВЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ
ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОЙ
ПОЛОСТИ СРЕДНЕГО УХА
(БОЛЕЗНИ УХА, ГОРЛА И НОСА, № 753)

Автореферат
на соискание ученой степени
кандидата медицинских наук

Киев — 1968

Работа выполнена на кафедре отоларингологии и микробиологии Черновицкого медицинского института (ректор — доцент О. Д. ЮХИМЕЦ) и в отделе глубоких микозов Института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Мерциновского МЗ СССР (зав. лабораторией — доктор биологических наук З. Г. СТЕПАНИЩЕВА).

Научные руководители: доктор медицинских наук, профессор А. А. ГЛАДКОВ, доктор биологических наук З. Г. СТЕПАНИЩЕВА. Научный консультант — доктор медицинских наук, профессор Г. А. ТРОЯН.

Официальные оппоненты:

Доктор медицинских наук, профессор, заслуженный деятель науки Л. А. ЗАРИЦКИЙ.

Кандидат медицинских наук, доцент Б. Т. ГЛУХЕНЬКИЙ.

Научное учреждение, представившее отзыв о работе — Институт микробиологии и вирусологии АН УРСР им. академика Д. К. Заболотного.

Автореферат разослан «16» . декабря . . . 1968 г.

Защита состоится в январе 1969 г. на заседании Ученого Совета Киевского научно-исследовательского института отоларингологии. Адрес: город-Киев, 57, Зоологическая, 3.

С диссертацией можно ознакомиться в библиотеке института.

Ученый секретарь Совета
кандидат медицинских наук

И. А. Чернова

Одной из причин отсутствия эпидермизации, стойкого и упорного гноетечения из послеоперационной полости среднего уха является грибковая инфекция.

Значение грибковой флоры в происхождении этого осложнения рассматривается по-разному. Некоторые исследователи пришли к выводу, что роль грибов в возникновении микозов послеоперационной полости среднего уха незначительна (House, 1948; Lumsden, 1958).

Работами последних лет (В. Я. Кунельская, 1967; Powell, English и Duncan, 1962; Smyth, 1962, 1964) установлено, что одной из причин указанной патологии нередко является грибковая инфекция.

За исключением единичных авторов, описания грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха носят казуистический характер, отсутствуют статистические данные об их частоте в отечественной литературе, недостаточно изучена терапия этого заболевания, нет также обобщающих работ по данному вопросу. Всё это и побудило нас заняться исследованием грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха.

Нами были поставлены следующие задачи:

1. Изучить роль грибковой инфекции в возникновении микотических заболеваний послеоперационной полости среднего уха.

2. Выяснить частоту грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха среди других клинически сходных осложнений.

3. Изучить клиническую картину микозов послеоперационной полости среднего уха, разработать методы диагностики, а также выяснить патогенетические факторы, играющие роль в возникновении грибковых заболеваний данной локализации.

4. Отобрать в опытах *in vitro* противогрибковые препараты, активные в отношении возбудителей изучаемого нами заболевания, и установить их эффективность при местной терапии грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха.

5. Изучить отдаленные результаты лечения у больных с грибковыми поражениями послеоперационной полости среднего уха.

Работа проведена на кафедре оториноларингологии и микробиологии Черновицкого медицинского института.

Микологические исследования контролировались в отделе глубоких микозов Института медицинской паразитологии и тропической медицины им. Е. И. Марциновского.

В основу настоящей работы положены клинические наблюдения и результаты микологических исследований у 206 человек, перенесших в прошлом общеполостную операцию на среднем ухе. 15 человек были оперированы с обеих сторон, поэтому всего нами обследована 221 послеоперационная полость, из которых клинически здоровых полостей было 83 (37,6%), неэпидермизированных — 138 (62,4%).

На основании данных анамнеза, общей клинической картины и результатов лабораторных исследований у 40 из 206 человек, находившихся под наблюдением, диагностировано грибковое поражение послеоперационной полости среднего уха. Принимая во внимание, что во всех случаях микозов послеоперационной полости среднего уха полость была неэпидермизированной, а число обследованных неэпидермизированных полостей составляло 138, видно, что причиной отсутствия эпидермизации, длительного гноетечения из полости почти в одной трети случаев была грибковая инфекция.

Из общего числа обследованных больных в возрасте от 11 до 63 лет мужчин и женщин было поровну. Грибковые заболевания послеоперационной полости среднего уха у женщин встречаются несколько чаще, чем у мужчин (на 97 обследованных женщин больных микозами было 20 человек, или 20,6%; на 109 мужчин — 20 больных, т. е. 18,3%). Длительность заболевания была от нескольких дней до 12 лет: до 1 месяца — у 6 человек,

до 6 месяцев — у 1, до 1 года — у 4, до 2 лет — у 7, до 3 лет — у 8, до 5 лет — у 4, до 6 лет — у 3, до 7 лет — у 3, свыше 7 лет — у 4.

Особенности клиники и течения грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха

Основной жалобой больных было гноетечение из уха, которое отмечалось у 33 больных, причем у большинства — обильное, зуд был зарегистрирован у 36 из 40 больных, при этом интенсивность его была различной. Так, у некоторых больных он был настолько сильным, что лишал их возможности работать. Половина наших больных предъявляла жалобы на головную боль на стороне оперированного уха. 18 больных жаловались на шум и звон в ухе, который у многих носил постоянный характер. В. Я. Кунельская (1967) и Fendel (1958) наблюдали аналогичные явления, однако ряд авторов не упоминает в своих работах об этой жалобе у больных с грибковыми заболеваниями послеоперационной полости среднего уха. Головокружение отмечали 14 человек. В наблюдениях Fendel (1958) подобная жалоба отмечена у всех больных. Полость во всех случаях представлялась либо полностью, либо частично неэпидермизированной. Стенки полости часто были покрыты скоплением мацерированного эпидермиса и гнойным отделяемым. В тех местах, где пластический лоскут был сохранен, отмечалась его набухлость, разрыхленность и мацерация.

Тщательное изучение патологического отделяемого дало нам возможность установить некоторые характерные особенности его, на основании которых в сочетании с клинической картиной полостей мы могли не только предположить грибковую этиологию данного заболевания, но с известной долей вероятности судить и о роде, а иногда и виде возбудителя.

Так, при микозах, обусловленных *Aspergillus niger*, пленки были желтовато-коричневатого цвета, сплошь покрытые макроскопически заметным ростом гриба в виде «паутины» серого цвета, на свободных концах нитей которой были видны головки черного цвета, иногда полость имела такой вид, как будто она посыпана угольной пылью.

При поражении полости *Aspergillus flavus* пленки, расположенные на стенках полости, были желтовато-зеленоватого цвета, также покрыты пушком плесени. Цвет пленок варьировал до коричневатого, что, по-видимому, зависело от возраста культуры гриба.

Вид отделяемого при *Aspergillus oryzae* мало отличался от отделяемого при поражении *Aspergillus flavus*, однако пушок плесени на поверхности пленок был более обильным и в некоторых случаях создавал впечатление заполненности полости как бы «ватой»; гнойных выделений при этом было много, запах их резкий, зловонный.

При заболевании, вызванном *Aspergillus versicolor*, отмечены пленки белого цвета с легким пушком мицелия серого цвета.

При микозах, обусловленных *Aspergillus fumigatus*, пленки напоминали по своему виду «намокшую промокательную бумагу» (Hatch и Row, 1900), выделения имели вид свернувшегося молока.

При поражении полости *Scopulariopsis brevicaulis* (из рода *Penicillium*) мы обнаруживали крошковидные массы бледно-коричневого цвета, покрытые макроскопически заметным ростом гриба в виде войлока; гноетечение в этих случаях было незначительным.

При заболевании, вызываемом *Mucor mucedo*, отмечено обильное разрастание гриба в полости, что при осмотре создавало впечатление заполненности всей полости «ватой».

При кандидамикозе послеоперационной полости мы обнаруживали густые, обильные, творожистые выделения белого цвета, они создавали впечатление присутствия в полости холестеатомных масс, у многих больных выделения имели специфический запах пива.

Таким образом, проведенные нами исследования по изучению патологического отделяемого при микозах послеоперационной полости среднего уха дали возможность установить, что это отделяемое характерно для некоторых видов возбудителей и может играть существенную роль при постановке диагноза грибкового заболевания в этой локализации. У 34 больных из 40 на основании клинических находок в полости можно было предположить грибковое заболевание.

Хотя многие больные при грибковых поражениях послеоперационной полости среднего уха жаловались

на понижение слуха, однако камертональные и аудиологические исследования, проведенные до и после лечения, не дали основания связать имевшееся у них понижение слуха с грибковой инфекцией. После проведенного противогрибкового лечения слух оставался на тех же цифрах, что и до лечения. К такому же выводу пришло большинство авторов, изучавших микозы полостей уха.

Среди наших больных всего 11 человек было с давностью заболевания до 1 года, остальные от 1 года до 12 лет. Эти цифры демонстрируют длительность течения грибковых заболеваний, их хронический и вялый характер; и лишь в случаях обострений (резко выраженного зуда, головной боли, головокружения) больные обращались к врачу. Среди наблюдаемых нами больных таких было 9. По данным литературы, течение грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха может вызвать разрушение пирамидки височной кости, менингит со смертельным исходом. На материале наших наблюдений подобных осложнений не отмечено.

Микологические исследования

Так как клинические данные не всегда дают возможность отличить грибковые поражения послеоперационной полости от неэпидермизированных полостей, где причиной не является грибковая инфекция, одного клинического исследования недостаточно для постановки диагноза.

Важным звеном в диагностике грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха являются лабораторные исследования. Этот диагноз в каждом случае должен быть подтвержден комплексом микроскопических и культурных исследований. Решающим в лабораторных исследованиях мы считали обнаружение большого количества элементов гриба при микроскопическом исследовании патологического отделяемого из уха, так как присутствие их в норме обычно представлено только единичными элементами. На втором месте стоит культуральное исследование, которому мы придавали значение лишь в том случае, если во многих пробирках со средой Сабуро, на которые был засеян тот же исследуемый материал, получали однородные

культуры грибов и эти культуры сочетались с обнаружением элементов гриба в соответствующем патологическом материале. В этих случаях получение культуры являлось не только дополнительным доказательством микотической природы заболевания, но и уточнением диагноза, так как род гриба определял форму соответствующего микоза (аспергиллез, пенициллез, мукомицоз, кандидомикоз и пр.).

Получение же из одного и того же исследуемого материала культур грибов разных видов не имело диагностического значения, так как это могли быть проросшие споры сапрофитов нормальной флоры послеоперационной полости среднего уха, особенно в тех случаях, когда при микроскопическом исследовании соответствующего патологического материала элементы грибов отсутствовали.

У 40 указанных выше больных при микроскопическом исследовании патологического отделяемого обнаружены элементы гриба — мицелий, споры, головки спороношений. У них же при посевах патологического отделяемого из полости во всех засеянных пробирках от одного и того же больного, как правило, выростали одни и те же виды грибов, причем рост наблюдался во всех точках посева. У 37 больных полученные штаммы грибов определены до вида, в 3-х случаях установить вид и род гриба-возбудителя не удалось. Идентификация плесневых грибов проводилась по общепринятой методике на основании морфологического строения культур. Идентификация дрожжеподобных грибов производилась с учетом морфологических и биохимических свойств культуры. В результате микологических исследований установлено, что возбудителями заболевания у наших больных были плесневые грибы рода *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, а также дрожжеподобные грибы рода *Candida*. Оценивая результаты проведенных микологических исследований, необходимо отметить крайнее разнообразие грибов-возбудителей микозов послеоперационной полости среднего уха — 17 видов от 40 больных. Наши данные совпадают с литературными данными о большой частоте обнаружения аспергиллов (в 22 случаях из 40). Однако, в отличие от данных литературы, возбудителем заболевания у наших больных чаще всего был *Aspergillus flavus* (по данным одних авторов,

чаще встречались *Aspergillus niger*, по данным других—*Aspergillus terreus*).

Нами выделены 8 видов грибов, которые мы не встретили в доступной нам литературе как возбудителей указанных микозов:

- | | |
|------------------------------------|-----------------------------------|
| 1. <i>Aspergillus candidus</i> . | 5. <i>Penicillium crustosum</i> . |
| 2. <i>Aspergillus Sydowii</i> . | 6. <i>Mucor mucedo</i> . |
| 3. <i>Aspergillus versicolor</i> . | 7. <i>Candida brumptii</i> . |
| 4. <i>Penicillium puberulum</i> . | 8. <i>Candida stellatoidea</i> . |

Определенный интерес представляют результаты микологического обследования у остальных 166 человек, у 13 из которых материал брали из обеих полостей (всего было обследовано 179 полостей). При неоднократном микроскопическом исследовании нативных препаратов, приготовленных из отделяемого послеоперационной полости среднего уха, у всех обследованных были получены отрицательные результаты. При посевах отделяемого из полостей на питательные среды в 52 случаях были высеяны грибы. Важно отметить, что в подавляющем большинстве у этих обследованных получены единичные колонии гриба, т. е. 1—2 колонии на 4 засеянные пробирки (посев производился в 12—16 точках). Необходимо подчеркнуть, что если при грибковых поражениях послеоперационной полости среднего уха мы в посевах получали однородные культуры грибов, то в посевах из указанных 52 полостей нередко вырастали грибы, относящиеся к разным видам и даже родам. Эти данные (отрицательные результаты неоднократных микроскопических исследований нативного материала, получение единичных и часто разнородных культур грибов при посевах на питательные среды, нехарактерность клинической картины) дали нам основание расценить выделенные при посевах грибы у этих лиц как случайную естественную флору, не играющую роли в поражении послеоперационной полости среднего уха и попавшую сюда из окружающей среды.

Итак, от 206 обследованных грибы высеяны у 92 человек, что составляет 44,6%, (42,5% полостей). Наши данные совпадают с результатами исследований English и Dalton (1962) и Jones (1962).

Сравнительное изучение грибковой флоры отделяемого полостей при грибковых и негрибковых их поражениях дало нам возможность сделать заключение, что в полостях среднего уха при отсутствии грибкового заболевания встречаются, в основном, те же виды грибов, что и у больных микозами послеоперационной полости среднего уха. Это еще раз подтверждает факультативную природу этих возбудителей, которые в основном относятся к сапрофитам, широко распространенным в окружающей среде.

По нашим данным, из неэпидермизированных полостей грибы высеяны в 47,8%, а из эпидермизированных лишь в 33,7%. Более редкое присутствие грибов в эпидермизированных полостях, по мнению Powell, English и Duncan (1962), является одним из показателей их клинического благополучия. Наши данные совпадают с высказываниями этих авторов.

Установленная нами значительная частота грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха побудила нас исследовать грибковую флору отделяемого при хронических гнойных средних отитах, ибо предварительная инфицированность среднего уха грибами может послужить предрасполагающим моментом для возникновения грибкового заболевания после общеполостной операции на среднем ухе. Из 25 больных хроническими гнойными эпитимпанитами в 5 случаях при микроскопическом исследовании патологического отделяемого из уха обнаружены мицелий и споры гриба, при посеве — во всех пробирках от одного и того же больного получены идентичные колонии гриба. Клиническая картина во всех этих наблюдениях давала основание предполагать грибковое заболевание. Возбудителями в этих случаях были грибы тех же видов, что и при грибковых заболеваниях послеоперационной полости среднего уха. Всего грибы были высеяны у 10 из 25 больных хроническими гнойными отитами. Отрицательные результаты неоднократных микроскопических исследований нативных препаратов в остальных 5 наблюдениях, получение единичных колоний при посевах на питательных средах, нехарактерность клинической картины не дали возможности расценить выделенные при посевах грибы как возбудителей грибковых заболеваний среднего уха у этих больных.

Бактериальная флора послеоперационных полостей среднего уха

Поскольку в патологии послеоперационной полости среднего уха может играть роль и бактериальная флора, нами изучен видовой ее состав у тех же 206 обследованных лиц (221 полость). При этом установлено, что бактериальная флора из полостей, пораженных грибами, была сходной с той, которая получена из здоровых эпидермизированных полостей. У большинства обследованных высевались белый стафилококк неплазмокоагулирующий, лимонно-желтый стафилококк, грамположительный диплококк, споровая и, относительно редко, кишечная (в 4-х случаях) и моргановская палочки (в 6 случаях), белый плазмокоагулирующий стафилококк (в 3-х случаях).

Иные данные получены при изучении бактериальной флоры из 96 неэпидермизированных полостей, где грибы не были обнаружены. У большинства больных в этих случаях высевались условно-патогенные микроорганизмы, причем чаще всего грамотрицательные палочки — кишечная — в 29 случаях, моргановская — в 16, синегнойная — в 3. На втором месте по частоте выделялась кокковая флора, почти в половине случаев состоящая из патогенных штаммов. Таким образом, одной из причин незаживления послеоперационной полости среднего уха может быть как грибковая, так и бактериальная флора.

Так как бактериальная флора из послеоперационной полости среднего уха, пораженных грибом, почти не содержит высоко патогенных штаммов, то, следовательно, и применение антимикробных средств для лечения микозов полостей является нерациональным.

Патогенетические факторы, способствующие возникновению грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха

Итак, возбудителями микозов послеоперационной полости среднего уха являются не специальные патогенные виды, а плесневые грибы — аспергиллы, пенициллы, мукоровые, а также дрожжеподобные грибы

рода *Candida*, широко распространенные в природе и являющиеся сапрофитами почвы, присутствующие в воде, воздухе, на кожных покровах и слизистых оболочках человека. При соответствующих условиях эти сапрофитические грибы переходят к паразитическому образу жизни и вызывают у человека заболевание, в частности — грибковые поражения послеоперационной полости среднего уха. На основании проведенных нами клинических наблюдений уточнены условия, способствующие возникновению грибковых заболеваний полостей после операции на среднем ухе, изучены патогенетические факторы, играющие роль в возникновении микозов послеоперационной полости среднего уха. Среди этих факторов на первом месте стоит отсутствие эпидермизации полости и гноетечение из нее, что является предрасполагающим моментом для развития грибов. К таким факторам относится также и нераспознанная грибковая инфекция, имевшая место при хроническом гнойном среднем отите. У пятой части обследованных хроническими гнойными эпитимпанитами выявлены грибковые заболевания среднего уха. Не исключено, что у ряда больных микозом послеоперационной полости среднего уха предшествовало грибковое заболевание среднего уха.

Имеет существенное значение также наличие широкой послеоперационной полости. Из 40 больных у 28 (30 полостей) обнаружены полости крупных размеров. Наличие широкой полости способствует большему сообщению с наружным воздухом, который всегда содержит споры грибов.

По общему мнению, особое влияние на учащение грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха сыграли антибиотики, применение которых приводит к дисбактериозу, т. е. к гибели нормальной микрофлоры организма, в том числе и области уха, появлению резистентности патогенных микробов к антибиотикам и развитию нечувствительной к ним нормальной флоры, в частности, грибов.

В наших наблюдениях все 40 больных принимали антибиотики, из них 16 человек в виде местного лечения (смазывание синтомициновой эмульсией, инстилляцией левомицетинового спирта и капель пенициллина).

Кортикостероидная терапия, ослабляя иммунологические свойства ткани и блокируя образование анти-

тел, способствует тем самым распространению инфекции. Среди наших больных 12 человек длительное время смазывали послеоперационную полость преднизоновой, гидрокортизоновой мазями, оксикортом, двое больных применяли преднизолон внутрь по поводу других заболеваний.

Одним из важнейших факторов в возникновении грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха является общее состояние макроорганизма. Нарушение обмена веществ и гормонального состояния, туберкулез, заболевание печени, крови, онкологические заболевания, ослабляя защитные силы организма, могут способствовать возникновению грибковых заболеваний вообще, и, в частности, послеоперационной полости среднего уха. Среди наших больных туберкулезом болело 5 человек, хроническим гепатохолециститом — 4.

Некоторые исследователи придают значение аллергии человека как предрасполагающему моменту внедрения грибковой инфекции. Положительный аллергический анамнез отмечен нами у 6 больных: крапивница — у 1, нейродермит — у 2, бронхиальная астма — у 1, аллергический ринит — у 2.

Наши наблюдения подтверждают также роль профессионального фактора в возникновении изучаемого нами заболевания. Среди наших больных были люди, связанные по роду своей работы с пыльным или грязным материалом: ткачихи, уборщицы зоомагазина и хлебопекарни, дезинфектор, няни, кладовщица красильной фабрики, бетонщики, помощники машиниста, скотники, полеводы, домохозяйки.

Лечение и профилактика грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха

Чувствительность к противогрибковым препаратам неодинакова не только у различных видов плесеней, но иногда и у разных штаммов одного и того же вида гриба. Поэтому для эффективного лечения грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха важно выделить возбудитель в культуре и определить его чувствительность к имеющимся противогрибковым препаратам, предпочтительно методом серийных разве-

дений. Нами изучено противогрибковое действие препаратов, которые по предварительным данным обладали свойством задерживать рост грибов.

Изучая их действие *in vitro*, мы пришли к выводу, что малоактивными и неактивными, по нашим данным, оказались препараты ряда пиримидазола под условными шифрами ГС-1, ГС-4, ГС-8, ГС-16, нипагин, нипазол, лютенурин, трихомицин, этоний. Высокая активность в концентрации от 7,81 до 250 мкг/мл выявлена у фунгифена; хинозол задерживал рост разных видов грибов в разведении от 7,81 до 500 мкг/мл, нитрофурилен от 31,25 до 250 мкг/мл, водорастворимый нистатин от 31,25 до 1000 и более мкг/мл. Декамин оказался активным только в отношении *Candida* в разведении от 7,81 до 62,5 мкг/мл. Нами установлено, что фунгифен, хинозол, нитрофурилен, водорастворимый нистатин и декамин во много раз превосходят по своей фунгистатической активности описанные ранее медикаментозные препараты.

Лечение 40 больных микозами послеоперационной полости среднего уха проведено нами в соответствии с этими данными пятью следующими препаратами: 1% раствором фунгифена на 70° спирте, 0,5% раствором нитрофурилена на 50° спирте, 1% водным раствором хинозола, 1% эмульсией водорастворимого нистатина и 1% эмульсионной мазью декамина.

После тщательного туалета в полость вводилось 5—8 капель лекарственного средства 3 раза в сутки, либо проводилось смазывание соответствующей эмульсией или эмульсионной мазью также 3 раза в сутки. Больные ежедневно или через день посещали врача для контроля и тщательного туалета. Уже со второго — третьего дня нами отмечалось значительное слушивание эпидермиса, отхождение пленок толстыми пластами, слепками, по форме напоминающих послеоперационную полость среднего уха. После отхождения пленок становилась видной либо сплошная эрозированная поверхность, либо нежный тонкий эпидермис. В дальнейшем происходила полная эпидермизация полости.

Обострений в процессе лечения мы не наблюдали. Аллергические реакции также отсутствовали.

Лечение всех больных проводилось длительное время, не менее 4-х недель. При лечении плесневых ми-

козов более быстрый и стойкий эффект достигнут при применении фунгифена. Несколько уступал фунгифену по активности своего действия хинозол и нитрофурилен. Водорастворимый нистатин уступал остальным лечебным препаратам. Наиболее эффективным средством при кандидамикозе послеоперационной полости среднего уха, согласно нашим наблюдениям, является декамин.

В результате проведенного нами лечения у 33 больных наступило клиническое излечение, подтвержденное лабораторными методами исследования, улучшение наступило у 7 человек. Сюда мы отнесли те случаи, когда не наступила эпидермизация послеоперационной полости и продолжалось гноетечение, хотя и менее обильное, чем до лечения.

Отдаленные результаты прослежены от 1-го года до трех лет. Рецидивы заболевания возникли у 7 больных, причем у одной больной дважды. Всем этим больным повторно проводилось лечение теми же лекарственными средствами, что и в первый раз, но в течение более длительного времени — от 2-х до 3-х месяцев. Рецидивы чаще всего возникали при лечении водорастворимым нистатином и нитрофуриленом.

Чтобы избежать рецидивов, лечение микозов послеоперационной полости среднего уха должно проводиться длительное время — не менее 2—3 месяцев наиболее сильными фунгицидными препаратами.

Выяснение патогенетических факторов обуславливает необходимость всестороннего анамнестического и клинического обследования больного для выявления конкретных изменений в организме, которые могут создавать благоприятные условия для развития и поддержания грибкового процесса. Это важно учитывать при проведении лечения больных грибковыми поражениями послеоперационной полости среднего уха.

Поэтому, наряду с противогрибковым лечением, в каждом конкретном случае необходимо найти обоснование к правильной патогенетической терапии. Так, больные с хроническим гепатохолециститом, туберкулезом легких и костно-суставной системы наряду с противогрибковой терапией назначались на активное лечение к соответствующим специалистам. Всем больным с проявлениями аллергии назначалась десенсибилизирующая терапия.

Изучение этиологии и патогенеза может дать и конкретные пути к осуществлению профилактических мероприятий. Так, предрасполагающим моментом для возникновения грибковых заболеваний является инфицированность кожного лоскута, а также послеоперационной полости среднего уха, поэтому профилактическое промывание полости растворами фунгицидных препаратов (например, 1% хинозолом) может явиться одновременно лечебным и профилактическим мероприятием (хинозол обладает противогрибковым и бактерицидным действием).

Своевременная диагностика и лечение грибковых заболеваний среднего уха играют важную роль в профилактике микотических осложнений в послеоперационном периоде.

Антибиотикотерапия и лечение кортикостероидными гормонами оказывает несомненное влияние на возникновение микозов послеоперационной полости среднего уха. Поэтому мерой профилактики подобного рода заболеваний является ограничение употребления антибиотиков и кортикостероидных гормонов как при лечении больных хроническими средними отитами, так и перенесших общеполостную операцию на среднем ухе.

Знание условий труда больного и тех профессиональных моментов, которые могут способствовать возникновению грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха, в каждом отдельном случае, дает возможность провести ряд производственных профилактических мероприятий, которые также должны сократить число больных этим заболеванием.

Для знакомства практических врачей с клиникой и течением грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха, а также методами их диагностики, включая микологические исследования, нами составлено методическое письмо «Клиника, диагностика и лечение грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха».

ВЫВОДЫ

1. Грибковая инфекция играет важную роль в возникновении неэпидермизированных полостей среднего уха. Из 138 обследованных неэпидермизированных полостей среднего уха микотические поражения обнаружены у 40 больных (42 полости), что составляет 30,4%.

2. Клиническая картина грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха разнообразна и зависит в значительной степени от рода и вида гриба-возбудителя.

3. Наряду со специфической клиникой, характерной для грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха (у 34 из 40 больных), могут также наблюдаться грибковые заболевания (6 больных из 40), клиническая картина которых имеет много общего с неэпидермизированной полостью, в которой отсутствие эпидермизации вызвано другими причинами.

4. Возбудителями грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха у наблюдаемых нами 40 больных были разнообразные плесневые грибы: рода *Aspergillus* в 22 случаях, *Penicillium* — в 6, *Mucor* — в 1, дрожжеподобные грибы рода *Candida* — в 8 и в 3-х случаях род и вид гриба не был определен. Наиболее часто встречались при этом грибы рода *Aspergillus*.

5. У всех больных с грибковым поражением послеоперационной полости среднего уха клинический диагноз был подтвержден положительным результатом микроскопического исследования патологического отделяемого из полости и получением в посевах однородных культур грибов.

6. Течение грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха нередко малозаметное, длительное, с периодическими обострениями процесса.

7. Бактериальная флора, выделенная из полостей пораженных грибами, была сходной с высеянной из здоровых эпидермизированных полостей: у большинства обследованных выделялись непатогенные или условно-патогенные микроорганизмы. Из неэпидермизированных полостей, непораженных грибами, высеивалась в большинстве случаев условно-патогенная и патогенная микрофлора. В микрофлоре хронических гнойных средних отитов преобладают стафилококки.

8. В патогенезе грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха имеют значение комплекс различных по своему сочетанию факторов: особые условия, возникающие в результате общеполостной операции, отсутствие эпидермизации полости, наличие широкой полости, антибиотико- и кортикостероидная терапия, травма кожи послеоперационной полости среднего уха,

нераспознанные до операции грибковые средние отиты, нарушение обмена веществ, туберкулез и заболевания печени, а также профессиональные факторы.

9. Лечение больных грибковыми заболеваниями послеоперационной полости среднего уха должно проводиться с учетом данных лабораторного исследования чувствительности возбудителя к фунгицидным препаратам, ибо их противогрибковое действие различно в зависимости от рода и вида гриба.

10. Хороший лечебный эффект нами достигнут при местном применении противогрибковых препаратов: спиртового раствора фунгифена и нитрофурилена, эмульсии водорастворимого нистатина и эмульсионной мази декамина, а также водного раствора хинозола. Рецидивы заболевания возникли лишь у 7-ми человек, излечение которых было достигнуто при применении тех же лекарственных препаратов, что и в первый раз, но в течение более продолжительного времени, не менее 2—3 месяцев.

11. В целях передачи опыта по диагностике и лечению грибковых поражений послеоперационной полости среднего уха нами составлено методическое письмо «Клиника, диагностика и лечение грибковых заболеваний послеоперационной полости среднего уха».

СПИСОК

научных работ врача ЛЕВ Н. А., отражающих содержание диссертации «Грибковые заболевания послеоперационной полости среднего уха»

1. Случай двустороннего кандидомикоза барабанной перепонки и слухового прохода. ЖУНГБ, 1965, № 2, стр. 66.
2. Поражение послеоперационной полости среднего уха плесневым грибом *Mucor mucedo*. ВОРЛ, 1966, № 2, стр. 87—88.
3. Аллергические реакции при лечении декамином. Врачебное дело, 1967, № 3, стр. 149—150.
4. К клинике и лечению отомикоза, вызванного *Rhizopus niger*. ЖУНГБ, 1967, № 6, стр. 103—104.
5. Лечение грибковых заболеваний уха новыми противогрибковыми препаратами: В кн.: Актуальные вопросы отоларингологии. Изд. «Здоровье», Киев, 1967, стр. 201—202.
6. Грибковые заболевания послеоперационных полостей среднего уха, их клиника и лечение (совм. с А. И. Коломийченко, З. Г. Степанищевой, Г. А. Троян, А. Я. Малжиной, Р. М. Бродским). ЖУНГБ, 1968, № 1, стр. 43—48.

Сдано в набор 26.XI-1968 г. Подписано к печати 8.XII-1968 г.
Бумага 84×108 ¹/₃₂. Физ. печ. лист. 0,625. Условн. лист. 1,05.
БД 00291. Тираж 300. Бесплатно.

Зак. № 404. Областная типография управления по печати
Черновицкого облисполкома, г. Черновцы, ул. Щорса, 23.

