Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года № \_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«Грибковый отит»**

**Коды по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** H 62.2

**Возрастная категория:** взрослые

**Год утверждения:** 2022 год (пересмотр 1 раз в 5 лет)

**Оглавление**

**Список сокращений**………………………………………………..…….……….….....3

**Термины и определения**…………………………………………..………….….…….3

**1. Краткая информация**………………………………………………………………..3

1.1 Определение ……………………………………………………………..…….…….3

1.2 Этиология и патогенез……………………………….……………………………...3

1.3 Эпидемиология………………………………………………………………………5

1.4 Кодирование по МКБ10…………………………………….………..….…………..5

1.5 Классификация ……………………………………………….………….……..........5

1.6 Клиническая картина………………………………….……………………..……....5

**2. Диагностика** …………………………………………….…….………………...........6

2.1 Жалобы и анамнез ……………………………………….………………………......6

2.2 Физикальное обследование …………………………….………..………….……....7

2.3 Лабораторная диагностика …………………………….…….………….……..........8

2.4 Инструментальная диагностика……………………..……………………..............10

2.5 Иная диагностика…….…………………….……………………………………….10

**3. Лечение**……………………………………………………….……...……………….10

3.1 Консервативное лечение…………………………………………..………………..10

3.2 Хирургическое лечение …………………………………………..………………...12

3.3 Иное лечение ……………………………………………………..………………....12

**4. Реабилитация** ……………………………………………….……..…….………….13

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**…………………..…………..….....13

**6. Организация медицинской помощи**…………………………………..………….14

**7. Дополнительная информация, влияющая на течение и**

**исход заболевания……………………………………….…………….**….…..………..14

Критерии оценки качества оказания медицинской помощи………… …..………….15

Список литературы…………………………………………………………..………….16

Приложение А1. Состав рабочей группы…………………………………..…….........18

Приложение А2. Справочные материалы, включая соответствие показаний к

применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных

препаратов инструкций по применению лекарственного препарата…..………..…..19

Приложение Б. Алгоритм действия врача………………………….……..…………..21

Приложение В. информация для пациента………………………………..…………..22

**Список сокращений**

ХГСО- хронический гнойный средний отит.   
ХНО - хронический наружный отит.   
НО - наружный отит.   
ОМ - отомикоз.   
ПО - послеоперационная полость

**Термины и определения**

**Наружный отит (НО)** - воспаление ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки.

**1. Краткая информация**

**1.1 Определениe**

**Отомикоз** (ОМ). Грибковое заболевание, обусловленное развитием на коже ушной раковины, стенках наружного слухового прохода, барабанной перепонке, в барабанной полости и послеоперационной полости среднего уха различного рода плесневых и дрожжеподобных грибов [6, 18].

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

**Синонимы – отомикоз**.

**1.2 Этиология и патогенез**

По данным многочисленных исследований в нашей климатической зоне основными возбудителями ОМ являются плесневые грибы рода Aspergillus и дрожжеподобные грибы рода Candida. При этом аспергиллёз диагностируется в 65% случаев, кандидоз в 30%. В отдельных случаях грибковое поражение уха вызывают грибы родов Penicillium, Mucor, Alterneria, Geotrichum, Kladosporium и другие, их доля составляет до 5%, соответственно. В 15% случаев присутствует сочетанное поражение грибами родов Aspergillus и Candida.

При видовой идентификации выявляются следующие грибы: род Aspergillus – A. Niger, A. Fumugatus, A. Orizae, A. Flavus, A. Ochraceus, A. Versicolor, A. Clavatus, A. Glaucus, A. Nidulans, A. Terreus; род Candida – C. Albicans, C. Tropicalis, C. Pseudotropicalis, C. Krusei, C. Glabrata, C. Parapsillosis, C. Stellatoidea, C. Intermedia, C. Brumpti; род Penicillium – P. NotatumP. Puberulum, P. Tardum, P. Nidulans, P. Chermesinum, P. Glaucus, P. Chrisogenum, P.Citrinumи.

В основном, все виды грибов, вызывающих ОМ относятся к группе условно-патогенных и вызывают заболевание только при определенных факторах, предрасполагающих к развитию и размножению грибов, обеспечивая их переход от сапрофитии к патогенности. В связи с этим 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), колонизация гриба и его инвазивный рост.

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 с применением ватных палочек и других средств «гигиены». Во время манипуляций в наружном слуховом проходе, проводимых пациентом самостоятельно, не только повреждается кожа наружного слухового прохода, но и удаляется ушная сера – основной фактор её защиты.

Причиной адгезии и колонизации может быть повышенный уровень глюкозы у больных сахарным диабетом, т. На ранних стадиях этого заболевания уровень глюкозы в ушной сере повышается, что и способствует росту грибов. Эндогенными факторами, предрасполагающими к возникновению ОМ, являются соматические заболевания. Сопутствующие им общее ослабление организма, нарушение обмена веществ, гиповитаминозы могут играть немаловажную роль в возникновении ОМ. Другим немаловажным патогенетическим фактором в развитии ОМ является проводимая больным длительная общая и местная антибиотикотерапия, применение стероидов. Подавляя рост патогенной и нормальной бактериальной флоры, антибиотики тем самым способствуют развитию дисбиоза и активизации грибов. Применение кортикостероидов в больших дозировках, приводит к снижению неспецифического и специфического иммунитета. Кроме того, к возникновению грибковых осложнений могут привести лече­ние цитостатическими препаратами и лучевая терапия.

В патогенезе микотического заболевания послеоперационной полости уха в качестве причинного фактора в первую очередь следует назвать длительный воспалительный процесс в послеоперационной полости, сопровождающийся повреждением эпителия. При этом воспалительный экссудат, содержащий углеводы, белки, пептоны, минеральные соли и другие вещества, является хорошей питательной средой, а постоянная температура, влажность, свободный доступ воздуха в послеоперационную полость среднего уха представляют оптимальные условия для активизации и развития грибов. Пусковым механизмом возникновения микоза послеоперационной полости среднего уха могут явиться травма уха, в том числе и операционная, а также попадание нестерильной воды. Определенную роль здесь также играют неблагоприятные условия внешней среды: влажность, запыленность, производственный контакт с антибиотиками.

Для грибкового отита характерно рецидивирующее течение

**1.3 Эпидемиология**

Удельный вес ОМ среди хронического отита другой этиологии составляет у взрослых до 18,6%, а в детском возрасте – до 26,3%. Различают наружный грибковый отит (62%), грибковый мирингит (1%), грибковый средний отит (20%) и грибковый средний послеоперационный отит (17%).

**1.4 Кодирование по МКБ 10**

H 60,8 – хронический наружный грибковый отит;   
H 66,3 – другие хронические средние отиты:   
B 37,8 – поверхностный кандидоз других локализаций;   
B 44,8 – другие виды аспергиллёза (в т. Поверхностный аспергиллёз);   
H 62,2 – наружный отит при микозе БДУ.

**1.5 Классификация**

**Локализация** – наружный грибковый отит, грибковый мирингит, грибковый средний отит и грибковый средний послеоперационный отит.

**Характер возбудителя** – плесневой, дрожжеподобный, смешанный.

**Клиническое течение** – хронический.

**Тяжесть течения** – легкое, среднее и тяжелое течение.

**1.6 Клиническая картина**

Жидкие выделения (при кандидозе), образование корочек, пробок в наружном слуховом проходе (при аспергиллёзе), 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. При всех формах микотического наружного отита нарушение слуха или не выявляется, или оно незначительное по типу поражения звукопроводящего аппарата.

Клинические проявления при микотическом среднем отите и микозе послеоперационной полсти среднего уха характеризу­ются как симптоматикой воспалительного гнойного процесса среднего уха, так и самим микозом.

Основными жалобами больных с микотическим средним отитом явля­ются: понижение слуха, наличие выделений из уха, периодически возникающий зуд в ухе, могут быть головокружения.

Течение ОМ длительное с периодическими обострениями. Обострения характеризуются выраженной ушной болью, зудом, заложенностью уха, выделениями из него, головной болью, головокружением.

**2. Диагностика**

**2.1 Жалобы и анамнез**

Жалобы и клинические проявления при ОМ являются следствием вегетации определённых грибов в ухе и во многом обусловлены локализацией процесса.   
При опросе необходимо уточнить время начала заболевания и особенности течения. Следует 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 надо выяснить, лечились ли ранее больные антибиотиками, кортикостероидами, цитостатиками (длительность и интенсивность лечения), особенности производственных и бытовых условий, перенесенные ра­нее заболевания, аллергологический анамнез. У больных ОМ отмечается увеличение частоты обострений, отсутствие или незначительный эффект от стандартных методов лечения.

Основные жалобы при микотическом наружном отите – жидкие выделения (при кандидозе), образование корочек, пробок в наружном слуховом проходе (при аспергиллёзе), 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. При всех формах микотического наружного отита нарушение слуха или не выявляется, или оно незначительное по типу поражения звукопроводящего аппарата.

Клинические проявления при микотическом среднем отите и микозе послеоперационной полсти среднего уха характеризу­ются как симптоматикой воспалительного гнойного процесса среднего уха, так и самим микозом.

Основными жалобами больных с микотическим средним отитом явля­ются: понижение слуха, наличие выделений из уха, периодически возникающий зуд в ухе, могут быть головокружения.

Течение ОМ длительное с периодическими обострениями. Обострения характеризуются выраженной ушной болью, зудом, заложенностью уха, выделениями из него, головной болью, головокружением.

**2.2 Физикальное обследование**

* Рекомендуется проведение отоскопии.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *При кандидозном поражении наружного слухового прохода отмечается умеренное сужение 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 консистенции. Процесс часто распространяется на кожу ушной раковины.*

*При аспергиллезном поражении наружный слуховой проход также сужен за счет инфильтрации стенок, однако, в отличие от пенициллиоза, инфильтрация кожи более выражена в костном отделе. Почти во всех случаях в процесс вовлекается ба­рабанная перепонка, отмечается её инфильтрация, утолщение, исчезновение опознаватель­ных контуров. В ряде случаев наблюдаются грануляции. Патологическое отделяемое при аспергиллезном поражении более обиль­ное, чем при пенициллиозном и отличается по цвету. В большинстве случаев оно различных оттенков серого цвета, иногда с черными точками, может быть холестеатомо- или сероподобным, напоминает промокшую газету.*

*При пенициллиозе 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.*

*Характерным и специфическим для пенициллиозного поражения наружно­го уха является 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.*

*Объективным признаком микотического поражения среднего уха является 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 обозримая слизистая оболочка ба­рабанной полости гиперемирована, инфильтрирована, иногда образуются грануляции.*

*При микозе послеоперационной полости среднего уха в последней 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.*

**2.3 Лабораторная диагностика**

* Рекомендуется проведение общеклинических исследований:

а) клинический анализ крови;

б) биохимический анализ крови: уровень глюкозы крови, общего белка, аспартатаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы, креатинина;

в) анализ крови на сифилис;

г) анализ крови на ВИЧ инфекцию;

д) анализ крови на гепатиты В и С.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:**Общеклинические исследования выполняются для исключения сопутствующей патологии и выявления фоновых заболеваний.*

* Рекомендуется проведение микологического исследования.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Рекомендуется проводить микологические исследования у пациентов с хроническим отитом в следующих случаях:*

*а) у пациентов с частыми обострениями (1 раз в 2 месяца);*

*б) при неэффективности противовоспалительной антибактериальной терапии хронического отита;*

*в) при выявлении характерной отоскопической картины микоза.*

*После установки диагноза: «ОМ» и проведения соответствующей терапии, показаны повторные контрольные микологические исследования.*

Для отбора образцов биологического материала на микологическое иссле­дование используют аттиковый зонд или ложку Фолькмана. Патологическое отделяемое желательно отбирать из глубоких отделов наружного слухо­вого прохода под контролем увеличивающей оптики. Патологический материал помещается между двумя обезжи­ренными стерильными предметными стеклами и микроскопируется под увеличением х 100, х 200, х 400.

Для микологической диагностики производят посевы патологического материала на элективные среды (Сабуро, Чапека).

Виды дрожжеподобных грибов рода Candida определяются по морфологическим признакам и характеру сбраживания сахаров. Посев материала осуществляют в 3 пробирки, в 9 посевных точек, после чего посевы помещают в термостат при температуре 27-300С. Через 6-7 дней при наличии отомикоза наблюдается сплошной рост грибов во всех посевных точках, при этом во всех пробирках выявляется однородный рост одних видов грибов [3].

Видовая идентификация грибов Candida легко осуществима с применением методик посева на хромогенные питательные среды, позволяющие провести её по цвету колоний, выросших на чашке.

* Рекомендуется выполнять микроскопию патологического отделяемого.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:**Микроскопию патологического отделяемого надо выполнять в присутствии 10% гидроксида калия. Кроме микроскопии нативного материала производится микроскопическое исследование препаратов окрашенных по Романовскому. Возможна люминесцентная микроскопия препарата окрашенного калькофлюором белым. Микроскопическое исследование является наиболее информативным методом, надежно иденти­фицирующим возбудителя заболевания.*

*Основным критерием постановки диагноза микоза при посеве патологического отделяемого на питательные среды является титр выявленных грибов при посеве не менее 104 КОЕ/мл. Культуральные исследования - важный метод диагностики микоза. Они не только подтверждают диагноз грибкового заболевания, но и дают возможность определить вид возбудителя, его чувствительность к противогрибковым препаратам и по динамике результатов исследования судить об эффективности лечения.*

*Для диагностики микотического поражения наружного и среднего уха используется два способа диагностики: микроскопия окрашенных мазков из наружного слухового прохода и/или из полости среднего уха, и посев отделяемого из пораженных участков на питательные среды. Желательно проводить оба способа диагностики для абсолютного подтверждения микотического поражения. Тем не менее, возможно использовать только посев отделяемого на питательные среды.*

* Рекомендуется проведение повторного исследования патологического отделяемого.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии: Грибковое поражение уха может быть заподозрено на основании данных отоскопии, но решающее значение имеют микологические лабораторные методы исследования. При этом однократно полученные отрицательные результаты не указывают на отсутствие грибкового заболевания. В данной ситуации рекомендовано проведение повторного исследования патологического отделяемого. И наоборот, единичный ростгрибов в посеве не всегда свидетельствует о грибковом патологическом процессе.*

**2.4 Инструментальная диагностика**

* Рекомендуется проведение отомикроскопии.

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:**Отомикроскопия может быть осуществлена с помощью непрямого осмотра уха с использованием микроскопов и бинокулярных луп, применения эндоскопической технику. При всех формах ОМ отмечен общий микроотоскопический признак - наличие у всех больных окрашенного отделяемого в просвете наружного слухового прохода и/или среднего уха. Диагноз «Отомикоз», тем не менее, может быть поставлен только после верификации возбудителя.*

**2.5 Иная диагностика.**

Показания к консультации других специалистов.

* Рекомендуется консультация врача-иммунолога.

*Комментарии:* *Консультация проводится с целью выявления этиопатогенетических факторов развития, рецидивирующего отомикоза, выявления и коррекции иммунодефицитных состояний*.

* Рекомендуется консультация врача-эндокринолога.

*Комментарии:**Консультация проводится с целью выявления и коррекции эндокринной патологии.*

**3. Лечение**

Показаниями к госпитализации являются осложнённые формы грибкового среднего отита, лабиринтит.

**3.1 Консервативное лечение**

* Рекомендуется начинать лечение с элиминации возбудителя.

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:**При проведении лечения необходимо учитывать предшествующие эпизоды грибкового поражения и лечения антимикотиками.*

* Рекомендуется назначение местных лекарственных форм разных групп препаратов.

**Уровень убедительности рекомендаций А (Уровень достоверности доказательств I).**

*Комментарии:* *При кандидозном наружном отите показаны растворы или капли содержащие Клотримазол (р-р Клотримазол, Кандибиотик) в виде аппликаций. При кандидомикозе возможно применение р-ра Нитрофунгин, Фукорцин а также мазевые препараты Нистатин, Тридерм, Деклосид.*

*Препаратами для местного лечения, применяемые также в виде аппликаций на кожу наружного слухового прохода, использовать 2-3 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.*

* Рекомендуется назначение системного противогрибкового препарата –

флуконазол\*\* при лечении грибкового среднего отита и микоза послеоперационной полости среднего уха, вызванном грибами рода Candida.

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств I).**

* Рекомендуется назначение системных противогрибковых препаратов - итраконазол или тербинафин при лечении грибкового среднего отита и микоза послеоперационной полости среднего уха, вызванном плесневыми грибами.

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств II).**

*Комментарии:* *Местная терапия схожа с таковой при лечении наружного грибкового отит*а.

* Рекомендуется считать критерием эффективности лечения полное клиническое излечение в течение месяца, подтвержденное как клинической картиной, так и отрицательными результатами микологического исследования.

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств IV).**

* Рекомендовано применение местных противогрибковых препаратов при

отомикозе, протекающем на фоне беременности.

**Уровень убедительности рекомендаций В (Уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Назначение системной противогрибковой терапии беременной женщине допустимо только по витальным показаниям*.

Схемы лечения отомикоза представлены в таблицах 1 и 2:

**Таблица 1**

**Схема лечения отомикоза**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Локализация  поражения | Способ  применения | Виды грибов | |
| Дрожеподобные | Плнсневые |
| Наружное ухо | Местно | Р-р Клотримазол или  Р-р Нитрофунгин | Р-р Фукорцин или  Мазь Нистатин, Тридерм |
| Среднее ухо | Местно | Р-р Клотримазол или  Р-р Кандибиотик | Р-р Кандибиотик |
| Внутрь | Таб Флуконазол | Таб Интраконазол или  Таб Кетоконазол |
| Послеоперационная  полость | Местно | Р-р Клотримазол или  Р-р Кандибиотик | Р-р Кандибиотик |
| Внутрь | Таб Флуконазол | Таб Интраконазол или  Таб Кетоконазол |

**Таблица 2**

**Дозы и режимы применения системных противогрибковых препаратов при отомикозе**

|  |  |
| --- | --- |
| Препараты | Дозы и режимы применения |
| Флуконазол\*\* | Внутрь, 50. 100 мг 1 раз в сутки в течение 14 дней ( A I ) |
| Итраконазол\*\* | Внутрь, 100 мг 1 раз в сутки в течение 10 - 14 дней ( B III ) |
| Кетоконазол | Внутрь, 200. 400 мг 1 раз в сутки в течение 10 |

**3.2 Хирургическое лечение.**

* Рекомендуется до начала медикаментозной терапии при наличии полипов,

грануляций производить их удаление или туширование 5-10% раствором серебра нитрата.

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверность доказательств IV).**

*Комментарии:*  *После туширования обязательна обработка топическими противогрибковыми препаратами, например, Фукорцин, Кандибиотик.*

**3.3 Иное лечение.**

* Рекомендуется кроме проведения местной терапии осуществлять предвари­тельную тщательную очистку уха от патологического отделяемого.

**Уровень убедительности рекомендаций С (Уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Туалет уха производится только врачом при помощи аттикового зонда и ватника, смо­ченного антимикотическим препаратом или вакуум. Тщательному туалету уха придается особое значение, поскольку даже незначительное количество микотических масс заметно удлиняет длительность лечения и, соответственно, растягивает сроки выздоровления.*

*При наружном микотическом отите большое значение придается очистке передне-нижнего отдела наружного слухового прохода. При среднем мико­тическом отите полностью удаляются микотические массы из области перфо­раций барабанной перепонки. При больших перфорациях, с целью удаления микотических масс, производится промывание барабанной полости антисеп­тическими препаратами противогрибкового действия, в частности, 0,01% раствором бензилдиметила [3-(миристоиламино)пропил] аммония хлорида моногидрата. Аналогично поступают при лечении микоза послеоперационной полости среднего уха. До начала лече­ния при наличии полипов, грануляций производится их удаление или туширование 5-10% раствором серебра нитрата. При послеоперационном ми­козе - тщательно очищается вся неотимпанальная полость, особенно в зад­нем отделе, за шпорой.*

* Не рекомендуется физиотерапевтическое воздействие.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Необходимо ограничить воздействие вредных факторов внешней среды. Решающее значение имеет предотвращение попадания воды в ухо.*

**4. Реабилитация**

* Рекомендуется слухопротезирование, хирургическое лечение пациентов с ОМ, когда диагностируется тугоухость и пациента не устраивает качество слуха.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Пациенты с ОМ в тех случаях, когда диагностируется тугоухость и пациента не устраивает качество слуха, нуждаются в проведении соответствующих мероприятий по коррекции слуха.*

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

* Рекомендовано пациентам с грибковым отитом находиться на диспансерном учете у оториноларинголога с осмотрами 1 раз в 3 месяца, а при благоприятном течении 1 раз в полгода в течение 2 лет.

*Комментарии:* *Основные меры по профилактике ОМ должны быть направлены на устранение факторов, имеющих значение в патогенезе грибкового заболевания.*

Профилактика рецидивов ОМ:

1. динамическое наблюдение за больным в течение б месяцев;
2. проведение курса профилактического лечения;
3. один раз в неделю (в течение 4-6 недель) смазывание кожи наружного слухового прохода вышеуказанными антимикотическими препаратами.

**6. Организация медицинской помощи.**

Показания к госпитализации пациента: экстренная госпитализация в оториноларингологическое отделение стационара показано всем пациентам с тяжелым течением ОМ, при отсутствии положительной динамики на фоне противогрибковой терапии в течение 3-5 дней и наличие грануляций или полипов.

Показания к выписке пациента: пациент с ОМ может быть выписан из оториноларингологического отделения стационара по достижению стабильного удовлетворительного состояния на протяжение не менее, чем 3 последних дней.

**7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания/синдрома**

* Рекомендовано делать повторные посевы из уха до получения микробиологического подтверждения элиминации возбудителя.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности**

**доказательств IV).**

*Комментарии:* *Антимикотическая терапия должна назначаться по результатам посева на питательные среды с учетом чувствительности выявленной грибковой флоры.*

* Рекомендовано проведение курса антимикотической терапии в течение 28 дней, независимо от положительной внешней динамики течения заболевания.   
  **Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности**

**доказательств IV).**

*Комментарии:**Ошибки терапии отомикоза часто связаны с нарушениями режима применения препаратов, в частности, недостаточной кратностью применения местных препаратов или недостаточной дозой и кратностью применения системных препаратов. Например, группа экспертов не рекомендует отмену местной формы препарата до лабораторного и/или клинического излечения.*

* Не рекомендовано использование спиртсодержащих препаратов для местной

терапии ОМ.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:**Закапывание спиртсодержащего лекарственного препарата в наружный слуховой проход может привести к более длительному нахождению лекарственного средства в наружном слуховом проходе и вызвать его раздражение, а при попадании на слизистую оболочку барабанной полости при среднем отите. Группа экспертов рекомендует введение в наружный слуховой проход турунды, пропитанной раствором лекарственного препарата, что позволяет увеличить время лекарственного действия препарата.*

* Рекомендовано использование антимикотических препаратов в соответствии с полученными лабораторным путем данными об особенностях грибковой флоры и ее чувствительности к антимикотикам.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Часто встречающейся ошибкой является неверный выбор лекарственного средства при лечении различных видов микоза. Например, ошибочно назначение флуконазола при лечении плесневого микоза.*

* Рекомендовано комбинировать антимикотические препараты для местной терапии.

**Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств IV).**

*Комментарии:* *Назначение одного вида противогрибкового препарата при местной терапии бывает недостаточно, так как из предлагаемой комбинации препаратов для местного лечения один из них оказывает более фунгистатическое действие, другой более фунгициден.*

**Критерии оценки качества оказания медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№** | **Критерий** | **Уровень достоверности доказательств** | **Уровень убедительности рекомендаций** |
| 1. | Выполнено микологическое исследование отделяемого из уха с определением чувствительности возбудителя к противогрибковым препаратам | IV | B |
| 2. | Выполнена терапия местными и/или системными противогрибковыми препаратами в течение 21 дня и более (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | IV | B |
| 3. | Выполнено повторное микологическое исследование отделяемого из уха | IV | B |
| 4. | Достигнута элиминация возбудителя микоза | IV | B |

**Список литературы**

• Крюков А. И., Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б. Эпидемиология грибковых заболеваний верхних дыхательных путей и уха. Пробл. Мед. Микологии. 2011; №13(1): с. 28-31.   
 • Аравийский Р. А., Климко Н. Н., Васильева Н. В. Диагностика микозов. Пособие для врачей. СПб.: Издательский дом СПбМАПО; 2004 – 186    
 • Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии. М.: Медицина; 1989 - 320 с.   
 • Сергеев А. Ю., Сергеев Ю. В. Грибковые инфекции. М.: Бионом-пресс; 2003 - 440с.   
 • Vennewald I., Klemm E. OtomycosisDiagnosis and TreatmentClinics in dermatology2010; № 28(2): 202-211.    
 • Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б. Современный подход к диагностике и лечению микотических поражений ЛОР-органов. Вестник оториноларингологии. 2012; №6: с.76   
 • Климко Н. Н. Микозы: диагностика и лечение. Руководство для врачей. 2-е изд., перераб. И доп. М.: Ви Джи Групп, 2008 – 336    
 • Буркутбаева Т. Н. Клинико-лабораторные и патоморфологические аспекты диагностики и лечения микотических трепанационных полостей среднего уха. Российская оториноларингология. 2009; № 2: 48-53с.    
 • Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б., Pассказова Т. В., Калинина И. Б. Средний отит. Роль бактериальной и грибковой инфекции. Медицинский совет. 2013. № 7: 11-17с.   
 • Крюков А. И., Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б. Аспекты современной эпидемиологии ЛОР-микозов. Вестникоториноларингологии. 2011. №2: 13-15 с.    
 • Araiza J. P., Canseco A. B. Otomycosis: clinical and mycological study of 97 casesRev Laryngol Otol Rhinol (Bord). 2006; №127 (4): 251–254.    
 • Nong H., Li J., Huang G. EtalThe observation of mycology and clinical efficacy in 325 cases with otomycosisLin Chuang Er Bi Yan Hou Ke Za Zhi1999; 13(10): 438-440.   
 • Кунельская В. Я., Шадрин Г. Б. Диагностика и лечение отомикоза. Справочник поликлинического врача. 2010; №6: 29-31 с.    
 • DeguineC., PulecJ. L. OtomycosiswithpusEarNoseThroatJ. 2002; 81(7): 428.   
 • Yates P. D., Upile T., Axon P. R., Carpentier J. Aspergillus mastoiditis in a patient with acquired immunodeficiency syndromeJ. Laryngol Otol1997; 111: 560–561.    
 • Bhavasar R. S., Goje S. K., Takalkar A. A. EtalDetection of Candida by calcofluor whiteActa Cytol2010; 54(5): 679-84.    
 • Karaarslan A., Arikan S., Ozcan M., Ozcan KM. In vitro activity of terbinafine and itraconazole against Aspergillus species isolated from otomycosisMycoses2004; 47(7): 284-7.   
 • Dyckhoff G., Hoppe-Tichy T., Kappe R., Dietz A. Antimycotic therapy in otomycosis with tympanic membrane perforationHNO. 2000; 48(1): 18-21.    
 • Bassiouny A., Kamel T., Moawad MK. Et alBroad spectrum antifungal agents in otomycosisJ. Laryngol Otol1986; 100(8): 867-873.

**Приложение А1**

**Состав рабочей группы**

**Председатель рабочей группы** - Нагачевский О.П. – заведующий отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «РКБ»;

**Состав рабочей группы:**

- Ника-Тома Л.А. – заведующая отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «БЦГБ»;

- Горшков Н. И. – Заведующий отделением челюстно-лицевой и восстановительной хирурги ГУ «РКБ»;

- Козак Е.В. – врач отоларинголог консультативной поликлиники ГУ «РКБ»;

**Эксперт по клиническому направлению** - Козак В.М. – главный внештатный оториноларинголог МЗ ПМР, заведующий отделением оториноларингологии ГУ «РКБ»;

Конфликт интересов у членов рабочей группы и эксперта отсутствует.

**Приложение А2**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению**

**лекарственного препарата**

В основу настоящих клинических рекомендаций положены клинические рекомендации национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России, адаптированные экспертной группой ведущих специалистов отоларингологов Приднестровской Молдавской Республики.

Настоящие клинические документы несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием, но не чаще 1 раза в 6 месяцев. Решение об обновлении принимает МЗ ПМР на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробаций.

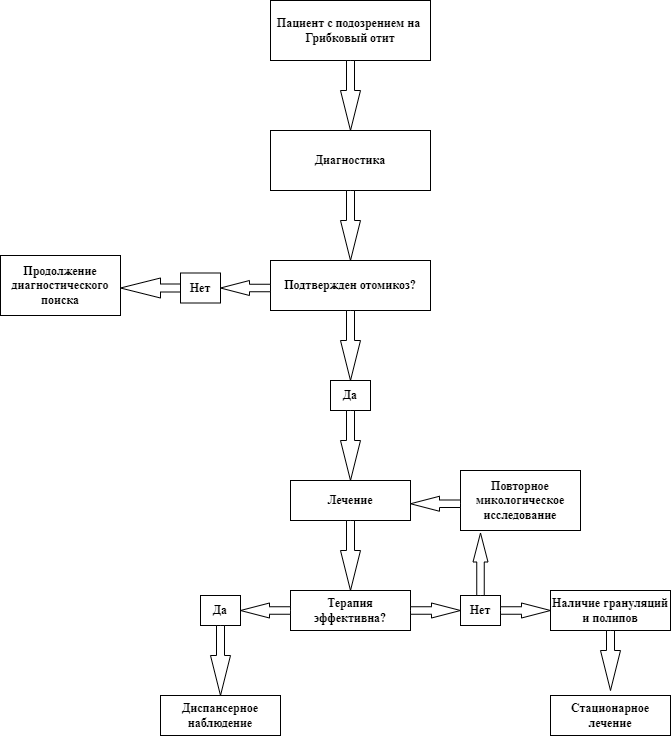
Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16.01.1997 года № 29-З «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 июля 2019 года № 446 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств» (регистрационный № 8973 от 5 июля 2019 года) (САЗ 19-25).

**Приложение Б**

**Алгоритм действия врача**



**Приложение В**

**Информация для пациента**

Избегать самостоятельного туалета наружного слухового прохода. Необходимо точно соблюдать назначения врача для предотвращения хронизации воспалительного процесса.