

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, І.В. МАЛЬОВАНА, Е.В. САВЧУК

ГРИБКОВИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ

Повідомлення I

Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. АМНУ, проф. Л.Я. Ковальчук)

Грибковий зовнішній отит описаний в наукових публікаціях (В.Я. Кунельская, 1964, 1968, 1969, 1976; В.Я. Кунельская, З.Г. Степанищева, 1964; Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; В.Ю. Солодилов и соавт., 1972; С.В. Львова, 1973, 1973, 1974; Мохаммад Шафиул Алам, 1985; А.Я. Радченко, 1994; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; С.Н. Тафтай и соавт., 1995; Л.К. Чулаевская, 2000), спостереженнях з практики (М.В. Успенский, 1876; П.В. Ильин, 1900; Я.З. Брайловский, 1946; Н.А. Лев, 1965, 1967; Э.Е. Ровинский, 1979; М.Р. English, 1957), а також в монографіях (В.Я. Кунельская, 1968, 1989), керівництвах (А.К. Чаргейшвили, 1960; С.Н. Хечинашвили, 1997), довідниках (А.Г. Лихачев, 1981; 1984), дисертаціях (В.Я. Кунельская, 1964; С.А. Павленко, 1989) та підручниках з оториноларингології (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999). При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт стосовно грибкового зовнішнього отиту, в зв'язку з цим наводимо свій огляд літератури з цього питання. Вважаємо, що він буде корисним для отоларингологів, особливо початківців, а також для інших спеціалістів (дерматовенерологів, ендокринологів, педіатрів та ін.). В цьому повідомленні ми описуємо загальні відомості, етіологію та клінічні прояви грибкового зовнішнього отиту. Що стосується діагностики, лікування, рецидивів, прогнозу, профілактики, то ці питання будуть предметом обговорення в окремому повідомленні.

Загальні відомості. Грибковий зовнішній отит описується також під іншими назвами: "отомікоз" (Н.А. Лев, 1967; Ю.И.

Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; Н.Д. Челидзе, 1983, 1984, 1984; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985, 1989; А.Я. Радченко, 1994; С.Н. Тафтай и соавт., 1995; Л.К. Чулаевская, 2000; И.А. Тихомирова, С.В. Рязанцев, 2005; В.Н. Андреев и соавт., 2006; Rahwa, 1983, та ін.), „зовнішній отит грибкової етіології” (Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994), „грибкове ураження зовнішнього слухового ходу” (И.М. Испуганов, 1966), „грибкове захворювання шкіри зовнішнього слухового ходу” (В.Ю. Солодилов и соавт., 1972), „мікозний зовнішній отит” (С.Н. Хечинашвили, 1997), „зовнішній отомікоз” (В.В. Долженко, С.И. Гриб, 2005). Але багато авторів (В.Я. Кунельская, 1964, 1969, 1976; О.Ю. Лакоткина, 1972; А.А. Гладков и соавт., 1977; И.К. Тагунова и соавт., 1998; С.Э. Яремчук, О.Г. Вольская, 2003; С.Б. Безшапочный, В.С. Зачепило, 2005, та ін.) дотримуються назви „грибковий зовнішній отит”. Ми також користуємося цим терміном, бо вважаємо, що він найбільш правильно визначає діагноз даного захворювання. А „отомікоз” є збірне поняття, сюди включається як грибковий зовнішній отит, так і грибкові ураження середнього вуха.

Серед патології зовнішнього вуха грибковий зовнішній отит зустрічається досить часто (В.Я. Кунельская, 1969, 1989; Н.Д. Челидзе, 1984; Н.Н. Беликова, А.Ю. Ильин, 1994; А.Я. Радченко, 1994; Т.А. Кислещук і співавт, 2005; Я.В. Хижня, 2005; В.Н. Андреев и соавт., 2006, та ін.). За даними Anderson і Steele (1948), різна грибкова флора виявилась етіологічним фактором розвитку зовнішніх отитів в 12,5% випадків. Gill (1950) повідомляє, що грибкова флора

відіграла відповідну роль у виникненні зовнішніх отитів в 25% спостережень, правда, чисто грибковий зовнішній отит визначено лише в 3%. Holt і Morgan (1958) при обстеженні 176 хворих на зовнішній отит діагностували грибкове ураження зовнішнього слухового ходу у 73% з них. Benton (1959) вказує, що грибкова флора при зовнішньому отиті зустрічається приблизно в 10% випадків. В.Я. Кунельська (1964) серед 150 осіб з хронічними чи підгострими, часто рецидивуючими формами зовнішнього отиту у 40 (26,6 %) виявила грибковий зовнішній отит. Н.Д. Челідзе (1983) при обстеженні 58 дітей з приводу зовнішнього отиту у 28 (48,3%) діагностував грибкове ураження зовнішнього слухового ходу. У 57 (37,5%) із 152 пацієнтів з гострим зовнішнім отитом, О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко (1985) виявили грибковий зовнішній отит. С.Н. Плохих (1989) при зовнішньому отиті гриби роду *Candida albicans* висіяв в 8% випадків. За даними Boustred (1999) і Sander (2001), грибковий зовнішній отит не перевищує 10% від зовнішнього отиту, викликаного іншими мікроорганізмами. За спостереженнями Г.Л. Балясінської і А.В. Орлова (2000), у дітей із зовнішнім отитом патологія грибкового генезу відмічена в 28% випадків, бактерійно-грибкового – в 15,4%. Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочний (1994) обстежили 30 осіб з тривалим дифузним зовнішнім отитом і при мікологічному дослідженні у 12 з них виявили грибкову мікрофлору. Т.А. Кислощук і співавтори (2005) з 30 хворих на зовнішній отит у 27% визначили гриби роду *Candida albicans*, в 33% – *Esherichia coli* та *Candida albicans*, в 7% – гриби роду *Aspergillus niger*. І.А. Тихомирова і С.В. Рязанцев (2005) серед 20 обстежених із зовнішнім отитом захворювання грибкової етіології діагностували у 6. За даними Я.В. Хижня (2005), при зовнішньому отиті у 28 з 84 пацієнтів він мав грибкову етіологію. За даними В.Н. Андреева і співавтори (2006), грибкова флора при зовнішньому отиті зустрічалась у 11% випадків.

В.Я. Кунельська (1976) діагноз грибкового зовнішнього отиту визначила у 374 з 3440 осіб із запальними захворюваннями вух; за даними А.І. Крюкова і співавторів

(2005), грибкові зовнішні отити серед отитів іншої етіології складають 18,6%.

С.В. Львова (1973) у 84 з 126 обстежених з грибковими ураженнями вуха виявила грибковий зовнішній отит. За даними В.Я. Кунельської (1976), серед 650 хворих із грибковими ураженнями вуха у 374 мав місце грибковий зовнішній отит. За спостереженнями В.Р. Чистякової і І.В. Наумової (1999), при грибкових ураженнях зовнішнього і середнього вуха грибковий зовнішній отит становив 27,4%. Л.В. Жеренкова і співавтори (1991) грибковий зовнішній отит знайшли у 21 із 41 обстеженого з грибковим ураженням вуха. За даними В.Я. Кунельської і Н.Д. Челідзе (1983), грибковий зовнішній отит складає 60% від усіх випадків грибкових уражень вуха.

Частота виникнення грибкового зовнішнього отиту за останні роки значно збільшилась (Н.Н. Беликова, А.Ю. Ильин, 1994; А.Я. Радченко, 1994; В.Р. Чистякова, І.В. Наумова, 1999; Л.К. Чулаевская, 2000; В.Н. Андреев и соавт., 2006, та ін.), що пов'язується з широким безконтрольним застосуванням антибіотиків (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; А.А. Ланцов и соавт., 1994; В.Н. Андреев и соавт., 2006), яке призводить до активізації росту грибів на фоні придушення бактерійної мікрофлори (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970). Отоларингологи, на жаль, недостатньо настирливо проводять дослідження по виявленню грибкової інфекції, тому ураження вух цієї етіології зустрічається частіше, ніж діагностується (В.С. Дергачев и соавт., 2005; В.Н. Андреев и соавт., 2006).

Грибковий зовнішній отит розподіляється на гострий і хронічний (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; А.И. Крюков и соавт., 2005). Виділяється ще підгострий і часто рецидивуючий грибковий зовнішній отит (В.Я. Кунельская, 1964).

Грибковий зовнішній отит може бути однобічним і двобічним (Н.А. Лев, 1965; Э. Е. Ровинский, 1979; С.В. Львова, 1973; Н.Д. Челідзе, 1983; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985), але частіше однобічним (С.В. Львова, 1973; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985). Так, за даними С.В. Львової (1973), з 90 хворих на грибковий зовнішній

отит односторонній ураження було у 54, двобічне – у 36. О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко (1985) односторонній процес виявили у 31, двобічний – у 26 з 57 осіб. Е.С. Ровінський (1979) у хворої віком 32 роки спостерігав грибкове ураження обох зовнішніх слухових ходів. Н.А. Лев (1965) описав двобічний кандидамікоз барабанної перетинки і зовнішнього слухового ходу в кістковому відділі у пацієнта у віці 30 років. При дріжджоподібному мікозі процес, як правило, буває двобічним (Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985).

Грибкове ураження зовнішнього слухового ходу відноситься до дифузних зовнішніх отитів (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; С.М. Пухлик и соавт., 1994; Г.Л. Балянская, А.В. Орлов, 2000; J.W. Mc Laughlin, 1949). Грибковий зовнішній отит може бути чисто грибковим і грибково-бактерійним (змішаним) (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Л. Балянская, А.В. Орлов, 2000), причому перший зустрічається частіше, ніж змішаний. Так, за даними Г.Л. Баляїнської і А.В. Орлова (2000), у дітей зовнішній отит чисто грибкового генезу відмічений у 28% випадків, змішаного – в 15,4%. М.П. Ніколаєв і співавтори (2005) при дослідженні мікрофлори у осіб із запальними захворюваннями зовнішнього вуха знаходили бактерійно-грибкові асоціації.

Етіологія. Збудниками грибкового зовнішнього отиту є різного роду гриби: *Aspergillus niger*, *Aspergillus flavus*, *Aspergillus fumigatus*, *Mucor*, *Penicillium*, *Candida albicans*, *Rhizopus nigricans* та ін. (И. Зиновьев, 1885; В.Я. Кунельская, З.Г. Степанищева, 1964; В.Я. Кунельская, 1968, 1976, 1989; Э.Е. Ровинский, 1979; Н.Д. Челидзе, 1984, 1984; С.М. Пухлик и соавт., 1994; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995; О. Кіцера, 1996; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; Я.В. Хижня, 2005, та ін.), звичайно після тривалого застосування антибіотиків (В.Н. Андреев и соавт., 2006).

Вивченню флори при грибкових зовнішніх отитах присвячені роботи В.Я. Кунельської і З.Г. Степанищевої (1964), В.Я. Кунельської (1976), С.Н. Тафтай і О.В. Дюміна (1995) та інших авторів. В.Я. Кунельська і З.Г. Степанищева (1964) провели мі-

кологічне дослідження у 152 хворих, що страждали на зовнішні отити різної етіології. При цьому були виділені *Aspergillus niger*, *Aspergillus flavus*, *Penicillium* та ін. У 1 обстеженого був виділений *Rhizopus nigricans*. За даними В.Я. Кунельської (1964, 1964), збудниками грибкового зовнішнього отиту були *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor* і дріжджоподібні гриби роду *Candida*. В.Я. Кунельська (1968, 1969) показала, що 56 пацієнтів збудниками грибкового зовнішнього отиту були *Candida*, *Penicillium*, *Aspergillus*. С.В. Львова (1973, 1973) виділяла *Aspergillus niger*, *Aspergillus flavus*, *Penicillium*, дріжджоподібні гриби. За спостереженнями В.Р. Чистякової і І.В. Наумової (1999), грибковий зовнішній отит викликається грибами *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*.

Одні автори (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; С.В. Львова, 1973, 1974; В.Я. Кунельская, 1976, 1989; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985; А.Я. Радченко, 1994; С.Н. Тафтай и соавт., 1995; А.И. Крюков и соавт., 2005, та ін.) відмічають, що грибковий зовнішній отит у переважній більшості випадків викликається грибами роду *Aspergillus*. Так, за даними Ю.И. Красильникова і В.Ю. Солодилова (1970), О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко (1985), А.И. Крюкова і співавторів (2005), серед збудників переважали гриби роду *Aspergillus*, потім роду *Candida*, *Penicillium*, *Mucor*. С.В. Львова (1974) обстежила 137 хворих на грибковий зовнішній отит і у 73% виявила гриби роду *Aspergillus*, у 20,4% – *Candida*, у решти – *Penicillium*, *Mucor* та ін. В.Я. Кунельська (1976) у 70% хворих знаходила гриби роду *Aspergillus*. Серед них найбільш часто (51%) збудником захворювання виявився вид *Aspergillus niger*. Серед збудників грибкового зовнішнього отиту автор на перше місце ставить гриби роду *Aspergillus*, на друге – роду *Candida*. А.Я. Радченко (1994) провів мікроскопію виділень з вуха у 18 осіб з грибковим зовнішнім отитом, при цьому *Aspergillus niger* був виділений у 13, *Candida albicans* – у 5. С.Н. Тафтай і співавтори (1995) з числа 50 хворих на грибковий зовнішній отит у 28 виділили гриби роду *Aspergillus*, у 22 – роду *Candida*.

Інші дослідники (Я.С. Сагальчик, 1977; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; В.Р. Чистякова, И.В. Наумова, 1999; С.Э. Яремчук, О.Г. Вольская, 2003; Я.В. Хижня, 2005, та ін.) вважають, що грибковий зовнішній отит частіше викликається грибами роду *Candida*. З 12 пацієнтів при грибковому зовнішньому отиті Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочный (1994) у 9 виділили гриби роду *Candida albicans*, а у 3 – роду *Aspergillus niger*. В.Р. Чистякова і І.В. Наумова (1999) в 64,8% випадків виявили кандидоз, в 21% – аспергілез, в 12,5 % – пеніциліоз. За даними С.Е. Яремчук і О.Г. Вольської (2003), при грибковому зовнішньому отиті гриби роду *Candida* складають 30 %. Я.В. Хижня (2005) при грибковому зовнішньому отиті у 19 з 28 обстежених висіяв *Candida albicans*, у 5 – *Aspergillus niger*, у 4 – *Penicillium*.

Н.Д. Челідзе (1984) в більшості випадків знаходив *Penicillium* і *Aspergillus niger*. Н.А. Лев (1967) у хворої 38 років спостерігав правобічний грибковий зовнішній отит, викликаний чорним грибом (*Rhizopus*). Ф.Н. Фреліх (1945) у 7 пацієнтів виділив гриб *Sterigmatocystis nigra*.

Грибковому захворюванню сприяють такі фактори, як попередні дерматити зовнішнього слухового ходу, хвороби екзема-тозного характеру, хронічні середні отити, мікротравма шкіри зовнішнього слухового ходу (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Я. Радченко, 1994). Я.З. Брайловский (1946) спостерігав грибковий зовнішній отит у пацієнтки із загостреним гнійним мезотимпанітом. На думку А.І. Крюкова і співавторів (2005), одним з факторів розвитку грибкового зовнішнього отиту є травма шкіри слухового ходу. Зараженню грибами також сприяють фактори, які викликають мацерацію шкіри зовнішнього слухового ходу: робота в умовах підвищеної вологості (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973; А.И. Крюков и соавт., 2005; В.Н. Андреев и соавт., 2006) і запилення (А.И. Крюков и соавт., 2005; В.Н. Андреев и соавт., 2006), робота в барокамерах з підвищеним тиском і вологістю (А.И. Крюков и соавт., 2005), проживання в сирому помешканні (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973), користування слуховими апаратами (А.И. Крюков и соавт.,

2005; Я.В. Хижня, 2005), попадання у вуха води (А.И. Крюков и соавт., 2005;), вливання у зовнішній слуховий хід олійних рідин (нестерильна рослинна олія, камфорна олія), що нерідко містять спори гриба (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973), чи гліцерину (А.А. Гладков, 1973), попереднє запалення зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960), а також неохайне утримання хворого вуха (А.К. Чаргейшвили, 1960). English (1957) описав випадок, коли появу гриба у зовнішньому слуховому ході, очевидно, викликала наявність остеом у слухових ходах, які значно звужували просвіт останніх.

Виникненню грибкового зовнішнього отиту сприяє також тривале і необґрунтоване застосування антибіотиків (И.А. Курилин, А.И., Лисовская, 1960; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.А. Ланцов и соавт., 1994; А.Я. Радченко, 1994; В.Р. Чистякова, И.В. Наумова, 1999; В.Н. Андреев и соавт., 2006) та гормональних препаратів (А.Г. Лихачев, 1981, 1984; В.Р. Чистякова, И.В. Наумова, 1999; А.И. Крюков и соавт., 2005). Антибіотикотерапія, яка пригнічує нормальну мікрофлору як при місцевому, так і при загальному призначенні антибіотиків, веде до дисбактеріозу, і на цьому фоні пишно розростаються патогенні гриби (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Я. Радченко, 1994).

Одним з факторів розвитку грибкового зовнішнього отиту є загальна і місцева алергія (Л.Б. Дайняк, В.Я. Кунельская, 1968; В.Я. Кунельская, 1968, 1968, 1989; С.В. Львова, 1973, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; С.Н. Хечинашвили, 1997; В.Р. Чистякова, И.В. Наумова, 1999; И.А. Тихомирова, С.В. Рязанцев, 2005), зокрема грибкова (Л.Б. Дайняк, В.Я. Кунельская, 1968). За даними В.Я. Кунельської (1968), з 56 хворих на грибковий зовнішній отит у 24 мав місце алергічний фактор. С.В. Львова (1973) підтвердила суттєву роль алергічного фактора в патогенезі грибкового захворювання вух і відмітила наявність специфічної сенсibiliзації до грибкового алергену у осіб з цією патологією. Факторами, що сприяють розвитку грибкового зовнішнього отиту, є також порушення обміну речовин і нейрогуморального стану, а

також функції сірчаних залоз (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978).

Поява грибкового зовнішнього отиту у дітей пов'язана з погіршенням економічних умов, необґрунтованим застосуванням антибіотиків і гормональних препаратів, порушенням імунологічних властивостей дітей (В.Р. Чистякова, И.В. Наумова, 1999). Крім того, на думку В.Р. Чистякової і І.В. Наумової (1999), а також І.А. Тихомирової і С.В. Рязанцева (2005), в розвитку грибкового зовнішнього отиту у дітей мають значення такі фактори, як недоношеність, ранне переведення на штучне годування, дисбактеріоз кишечника, алергічний фон, патологія шлунково-кишкового тракту і ендокринної системи, особливо цукровий діабет, хвороби крові, імунодефіцитний стан. Н.Д. Челідзе (1984) у частини дітей, хвороба на грибковий зовнішній отит, знаходив цукровий діабет. Я.В. Хижня (2005) вказував на роль зниження імунітету в розвитку грибкового зовнішнього отиту.

Інфікування шкіри зовнішнього вуха грибом *Aspergillus* найчастіше зустрічається у осіб, які контактують зі старим одягом та шматтям: збирачів макулатури, гардеробників, працівників скупок та комісійних крамниць, хімчисток (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996). Укоріненню спор гриба сприяють запальні процеси в шкірі зовнішнього слухового ходу, її мацерація, підвищена вологість; аспергільоз часто виникає на фоні хронічного зовнішнього отиту, екземи зовнішнього вуха (О. Кіцера, 1996).

Зараження грибом *Penicillium* зустрічається у робітників цехів з переробки овочів (О. Кіцера, 1996). Розвитку кандидамікозу сприяє тривала антибіотикотерапія (И.А. Курилин, А.И. Лисовская, 1960). І.О. Курилін і А.І. Лісовська (1960) описали два випадки кандидамікозу після лікування антибіотиками: у дитини 8 міс - від пеніциліну і стрептоміцину, у 3-місячної дитини – від синтоміцину і пеніциліну.

Крім того, для життєдіяльності грибів у зовнішньому слуховому ході є ряд сприятливих моментів: вільний доступ атмосферного повітря, що забезпечує необхідні для живлення грибів кисень та вуглекислий газ; відсутність прямої дії сонячних променів,

що перешкоджають розвитку грибів; сприятливі температурні умови; відсутність механічних ушкоджень для міцелію грибів, оскільки завдяки специфічній анатомо-фізіологічній будові зовнішнього слухового ходу грибок захищений від зовнішніх впливів (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Л.К. Чулаевская, 2000).

Клінічні прояви. Клінічні прояви грибкового зовнішнього отиту мають багато спільного з такими при зовнішньому отиті іншої етіології (Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985). Але при цьому відмічаються і притаманні лише грибковому зовнішньому отиту ознаки (Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985). Клінічна картина захворювання є наслідком паталогічної дії грибів на шкіру зовнішнього слухового ходу (В.Я. Кунельская, 1964). Вона зумовлена як чисто механічним ушкодженням тканинних елементів шкіри зовнішнього слухового ходу, так і дією ферментів, що продукуються грибами при їх рості (В.Я. Кунельская, 1964; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Гриби продукують протеолітичні, ліполітичні ферменти, кислі секрети та ін. (В.Я. Кунельская, 1964). Відіграє роль також токсична дія грибів і дріжджів (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Грибковий зовнішній отит – це інфекційний запальний процес, який викликає цілий симптомокомплекс суб'єктивних відчуттів і об'єктивних клінічних проявів (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Клінічні симптоми оцінюються за характером і ступенем вираженості запальних явищ, кількістю і характером паталогічних виділень, відчуттям свербіжжю (В.С. Дергачев и соавт., 2005). Паталогічний процес у зовнішньому слуховому ході, викликаний грибами, починається, як правило, малопомітно для хворого і лише поступово досягає повного розвитку (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При поверхневих ураженнях шкіри зовнішнього слухового ходу захворювання має безсимптомний перебіг (А.А. Гладков, 1973). Явні симптоми виникають при проростанні густого міцелію в глибину шкіри (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Занурення пліснявих грибів в глибокі шари шкіри викликає запальні зміни стінок зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневс-

кий, 1962). Плісняві грибки утворюють густе сплетення міцелію, що викликає запалення шкіри зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978).

Основною скаргою хворих на грибковий зовнішній отит є нестерпний і майже постійний свербіж у вусі (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Я. Кунельская, 1964, 1964, 1989; Э.Е. Ровинский, 1979; А.Л. Макуха, Г.Ф. Боярский, 1983; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; О. Кіцера, 1996; Л.К. Чулаевская, 2000; А.И. Крюков и соавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005, та ін.). Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочный (1994) у 9 з 12 хворих на грибковий зовнішній отит відмічали нестерпний свербіж в ураженому вусі. Причинами останнього буває ушкодження епідермісу зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981, 1984), злушений епідерміс, що заповнює слуховий хід (Gill, 1950), дія на шкіру зовнішнього слухового ходу як самих грибів, так і продуктів їх життєдіяльності (Л.К. Чулаевская, 2000). Свербіж спонукає пацієнтів до розчухування шкіри зовнішнього слухового ходу принагідними предметами (О. Кіцера, 1996). Буває печуче відчуття у вусі (А.Л. Макуха, Г.Ф. Боярский, 1983)

Часто обстежувані скаржаться на біль у вусі (А.К. Чаргейшвили, 1960; Э. Е. Ровинский, 1979; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.Л. Макуха, Г.Ф. Боярский, 1983; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; А.И. Крюков и соавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005, та ін.), що, як і свербіж, пояснюється ушкодженням епідермісу зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981, 1984), дією на шкіру зовнішнього слухового ходу самих грибків і продуктів їх життєдіяльності (Л.К. Чулаевская, 2000). Біль у вусі різної інтенсивності турбував кожного з 12 хворих, за якими спостерігали Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочный (1994). В.Я. Кунельська (1964), а також В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) вважають, що больовий синдром при відсутності загоєння виражений слабо. На думку А.Г. Балабанцева і М.А. Завалій (2004), біль не є характерним симптомом грибкового зовні-

шнього отиту, це одна з основних диференціально-діагностичних ознак, що відрізняє грибковий зовнішній отит від зовнішнього отиту, викликаного бактерійною флорою. Деякі пацієнти відмічають головний біль на боці ураження (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; И.М. Испуганов, 1966; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Мохаммад Шафиул Алам, 1985; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалій, 2004). Так, В.Я. Кунельська (1964) у 2 осіб спостерігала локальний головний біль на боці хворого вуха. Автор допускає рефлекторний характер даного болю.

Іноді хворих турбує відчуття повноти в слуховому ході, закладання вуха (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; О. Кіцера, 1996; Л.К. Чулаевская, 2000; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалій, 2004; А.И. Крюков и соавт., 2005) внаслідок накопичення в слуховому ході патологічного вмісту (виділень) (В.Я. Кунельская, 1964). Буває печуче відчуття у зовнішньому слуховому ході (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970).

Обстежувані скаржаться також на наявність забарвлених серозних виділень з вуха (А.К. Чаргейшвили, 1960; Э.Е. Ровинский, 1979; А.Г. Лихачев, 1981, 1984; А.И. Крюков и соавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005). Забарвлення виділень залежить від виду гриба (А.Г. Лихачев, 1981, 1984). При ураженні, викликаному чорним грибом (*Rhizopus*), буває гноетеча (Н.А. Лев, 1967). Часто підвищується чутливість зовнішнього слухового ходу (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994) і навіть вушної раковини при доторкуванні (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985; Мохаммад Шафиул Алам, 1985; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994). Так, за даними Н.Б. Сонника і С.Б. Безшапочного (1994), у 5 з 12 хворих на грибковий зовнішній отит спостерігалась вкрай виражена чутливість вушної раковини і зовнішнього слухового ходу.

Досить частою є скарга на шум у хворому вусі (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Н.А. Лев, 1965; Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Е.А. Евдощенко, А.Т.

Шевченко, 1985; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; О. Кіцера, 1996). Інколи буває дзвін у вусі (Н.А. Лев, 1965). Нерідко пацієнти відмічають зниження слуху (Н.А. Лев, 1965, 1967; И.М. Испуганов, 1966; Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970; Мохаммад Шафиул Алам, 1985; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; Н.Ф. Федун, 2004; А.И. Крюков и соавт., 2005).

Клінічні симптоми в уражених на грибовий зовнішній отит при об'єктивному огляді А.І. Крюков і співавтори (2005) оцінювали за наступними показниками: наявність набряку та інфільтрації шкіри зовнішнього слухового ходу, стан барабанної перетинки, характер виділень з вуха. При отоскопії у зовнішньому слуховому ході виявляється виражена набряклість, інфільтрація, гіперемія його стінок (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; Л.К. Чулаевская, 2000; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; Н.Ф. Федун, 2004; А.И. Крюков и соавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005, та ін.). Може спостерігатись також інфільтрація барабанної перетинки (Н.А. Лев, 1967). Буває мацерація шкіри зовнішнього слухового ходу (Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994). Гіперемія стінок зовнішнього слухового ходу не так виражена як при бактерійних зовнішніх отитах (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978).

Зовнішній слуховий хід звужений на всьому протязі як в кістковому, так і в перетинчасто-хрящовому відділі (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004).

Іноді звуження визначається тільки в кістковому відділі слухового ходу (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970). Звуження зовнішнього слухового ходу зумовлене запальною інфільтрацією шкіри (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Звуження, як правило, не дуже різке, так що барабанна перетинка після видалення патологічного вмісту слухового ходу добре оглядається (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При пліснявих ураженнях гриби частіше оселяються в кістковому відділі

зовнішнього слухового ходу (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; А.А. Гладков, 1973).

При отоскопії в зовнішньому слуховому ході виявляється лущення пластів ороговіваючого епітелію шкіри слухового ходу (О. Кіцера, 1996). Здебільшого його вміст являє собою розбухлі пластівці, що нагадують розмочений фільтрувальний папір (О. Кіцера, 1996). Іноді з'являються плівки, подібні на палець рукавички (А.А. Гладков, 1973) чи вату (А.А. Гладков, 1973; О. Кіцера, 1996). На шкірі зовнішнього слухового ходу видно міцелії гриба, колір яких залежить від виду останнього (О.Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999). При наявності великої кількості лусочок, що примішуються до виділень, може закриватись просвіт зовнішнього слухового ходу, що викликає зниження слуху (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981, 1984).

В гострій стадії зовнішній слуховий хід, особливо його кістковий відділ, заповнюється казеозною (сирнистою) масою м'якої консистенції (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; Л.К. Чулаевская, 2000; Н.Ф. Федун, 2004), іноді казеозним корком (Н.А. Лев, 1967; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985). Маси, що заповнюють зовнішній слуховий хід, можуть мати вигляд холестеатомних мас (Л.К. Чулаевская, 2000; Н.Ф. Федун, 2004). Це продукти життєдіяльності грибка разом із злущеним епітелієм (В.Я. Кунельская, 1964; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1985). Колір казеозних мас (чорнуватий, чорний, чорно-коричневий, сіро-чорний, сіруватий, сірий, сірий з чорними крапками, жовтий, жовтуватий, жовтувато-зелений, жовто-зелений, жовто-сірий, зеленкуватий, білуватий, білий) залежить від забарвлення гриба-збудника даного захворювання (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; Н.Ф. Федун, 2004; Я.В. Хижня, 2005, та ін.). Так, при ураженні грибом *Aspergillus niger* він буває чорнуватим (В.Я. Кунельская, 1964), чорним (А.А. Гладков, 1973; О. Кіцера, 1996; Я.В. Хижня, 2005), чорно-коричневим (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), сірим з чорними крапками (Н.Ф. Федун, 2004). При

Aspergillus niger Е.С. Ровінський (1979) виявив значну кількість сажоподібного густого секрету. При інфікуванні грибами *Aspergillus flavus* колір казеозних мас буде жовтуватим (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996), жовтим (А.А. Гладков, 1973), жовто-сірим (Я.В. Хижня, 2005), жовто-зеленим (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996). При ураженні грибом *Aspergillus graneus* вони мають зеленуватий колір (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При інфікуванні *Aspergillus fumigatus* казеозні маси будуть сірими (О. Кіцера, 1996), сіро-чорними (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При виявленні гриба *Candida albicans* колір мас буває білим (В.Я. Кунельская, 1964, 1964; А.А. Гладков, 1973; Я.В. Хижня, 2005) чи сіруватим (В.Я. Кунельская, 1964) або сірувато-зеленим (А.А. Гладков, 1973), при *Penicillium* – з зеленуватим відтінком (В.Я. Кунельская, 1964). При грибковому ураженні, викликаному чорним грибом (*Rhizopus*), Н.А. Лев (1967) при отоскопії знаходив в зовнішньому слуховому ході корок чорного кольору, а барабанна перетинка була вкрита крупинками чорного кольору. Барабанна перетинка може бути закрита патологічними виділеннями або лусочками чорного кольору (В.Л. Каневский, 1962; Ю.И. Красильников, А.Ю. Солодилов, 1970). При пліснявих грибах ураження локалізується, в основному, в ділянці кісткового відділу зовнішнього слухового ходу і на барабанній перетинці (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Характерним для пліснявих грибкових уражень є патологічний вміст у зовнішньому слуховому ході, що нагадує розмочений промокальний папір (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989) чорно-коричневого, жовтого, зеленкуватого (Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989), чорного кольору (Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970). Нерідкі випадки утворення на барабанній перетинці легко кровоточивих грануляцій, які частіше бувають дрібними і легко відшаровуються (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004).

При кандидозі процес часто розповсюджується на шкіру вухної раковини

(В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; А.Я. Радченко, 1994; О. Кіцера, 1996) і в завушну ділянку (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Я. Радченко, 1994; О. Кіцера, 1996), проте здебільшого обмежується перетинчато-хрящовим відділом зовнішнього слухового ходу (О. Кіцера, 1996). Г.Т. Ибрагимов і співавтори (1989) в 1 випадку спостерігали розповсюдження ураження із зовнішнього слухового ходу на вухну раковину. Грибковий зовнішній отит, що викликається дріжджоподібними грибами роду *Candida*, за клінічною картиною нагадує мокнучу екзему (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При кандидозі стінки слухового ходу вологі (В.Я. Кунельская, 1964), видно серозні рідкі виділення (В.Я. Кунельская, 1964; Ю.И. Красильников, В.Ю. Солодилов, 1970). Патологічні виділення в слуховому ході при кандидозі можуть мати вигляд білуватих чи жовтуватих кірок або плівок м'якої консистенції, що легко знімаються (В.Я. Кунельская, 1964; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; Н.Ф. Федун, 2004), білуватого кольору казеозних мас, м'якої консистенції, що обтурують зовнішній слуховий хід (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989; Н.Ф. Федун, 2004), розташованих в обох відділах зовнішнього слухового ходу (О. Кіцера, 1996). О.А. Євдошенко і А.Т. Шевченко (1984) при кандидомікозі спостерігали лущення, кірки, незначні виділення у вигляді білуватих чи жовтавих кірок, іноді рідкі, з неприємним запахом. А.Г. Балабанцев і М.А. Завалий (2004) підкреслюють, що при кандидозі серозних виділень немає, зовнішні слухові ходи сухі, просвіт їх звужений, шкіра їх стінок і барабанної перетинки злегка гіперемована.

При ураженні, викликаному грибами *Penicillium*, спостерігаються рідкі серозні виділення в зовнішньому слуховому ході (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.Т. Ибрагимов и соавт., 1989), на фоні яких на всьому протязі слухового ходу мають місце жовтувато-білі кірочки м'якої консистенції, які легко знімаються (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Найбільша їх кількість відмічається в кістковому відділі

слухового ходу і на барабанній перетинці (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Виділення з вуха, як правило, не мають запаху (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). О. Кіцера (1996) вважає, що при ураженні грибком *Penicillium* вміст зовнішнього слухового ходу нагадує плісняву, що утворюється на зіпсованих овочах, іноді – вату.

При грибковому зовнішньому отиті відмічається невелике зниження слуху (В.Л. Каневский, 1962; В.Я. Кунельская, 1964) за

рахунок ураження звукопроведення (В.Я. Кунельская, 1964). Основними симптомами грибкового зовнішнього отиту у дітей є виділення з вуха і мірингіт (Н.Д. Челідзе, 1984).

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що грибковий зовнішній отит зустрічається досить часто. Етіологічні фактори цієї патології самі різноманітні. Симптоми грибкового зовнішнього отиту дуже різні.

1. Anderson J.R., Steele C.H. (1948). Цит. по Кунельской В.Я. (1964).
2. Андреев В.Н., Гинькут В.Н., Андреев П.В. Применение биофизических методов лечения наружных отитов у шахтеров // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. – №3-с. – С. 82-83.
3. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 3-24.
4. Балясинская Г.Л., Орлов А.В. Современное лечение больных наружным отитом // 3'їзд оториноларингологів України. 9-й. – К.: Б.в., 2000. – С. 166-167.
5. Безшапочний С.Б., Зачепило С.В. Особливості морфо-функціональних змін сірчаних залоз в умовах кандидозного ураження у осіб середнього віку // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 256.
6. Беликова Н.Н., Ильин А.Ю. Лечение больных отомикозом излучением высокоэнергетического углекислого лазера // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. - №1. – С. 24-26.
7. Boustred N. (1999). Цит. по Тихомировой И.А., Рязанцеву С.В. (2005).
8. Брайловский Я.З. Случай грибкового поражения уха, вызвавшего подозрение на интракраниальное осложнение // Вестн. оториноларингологии. – 1946. – №3. – С. 83-86.
9. Gill E.K. (1950). Цит. по Кунельской В.Я. (1964).
10. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 312-313.
11. Гладков А.А., Попко И.М., Мельник П.А., Андрийчук А.И. Применение раствора формальдегида в лечебной практике оториноларингологов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №6. – С. 107.
12. Holt J.A.V., Morgan W.C. (1958). Цит. по Кунельской В.Я. (1964).
13. Дайняк Л.Б., Кунельская В.Я. Значение грибковой аллергии при заболеваниях ЛОР-органов // Вестн. оториноларингологии. – 1968. – №3. – С. 51-56.
14. Дергачев В.С., Лыкова Ю.Н., Житков В.А. Эффективность флюмикона в лечении грибковых заболеваний наружного и среднего уха // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 286.
15. Долженко В.В., Гриб С.И. Комплексное лечение пациентов с наружным отомикозом // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 288-289.
16. Драгомирецький В.Д. Зовнішній дифузний отит // Оториноларингологія / За ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 135-136.
17. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. Лечение больных отомикозом эндауральным фонофорезом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1985. – №6. – С. 9-13.
18. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – №6. – С. 10-12.
19. Жеренкова Л.В., Асмоловский В.М., Шашкевич А.П., Сивенкова Е.П. Диагностика и лечение грибковых поражений по данным ЛОР-клиники Смоленского медицинского института // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №1. – С. 94-96.
20. Зиновьев И. Об otomycosis aspergillina // Общество русских врачей в Москве: Труды за 2 полугодие 1884 г. – М.: Б.и., 1885. – С. 70-87.
21. Ибрагимов Г.Т., Мартыненко И.И., Расулова А.К., Маматова Т.Ш., Пригожина А.Е., Мирабдуллаева Х.М. Азизова Р.М., Троцюк А.П. Балзам „Золотая звезда” при лечении отомикозов // Вестн. оториноларингологии. - 1989. - №4. - С. 87-88.

22. Ильин П.В. (1900). Цит. по Кунельской В.Я. (1964).
23. Испуганов И.М. Лечение жидкостью Каstellани грибковых поражений наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1966. – №5. – С. 76-77.
24. Каневский В.Л. Заболевания наружного слухового прохода // Мед. сестра. – 1962. – №2. – С. 22-28.
25. Кислощук Т.А., Лось С.А., Шамрай С.О., Пеньковий В.І. Зовнішні отити та використання індивідуальної вушної вкладки // З'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 310-311.
26. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 167-168.
27. Красильников Ю.И., Солодилов В.Ю. К диагностике отомикозов // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №5. – С. 88-91.
28. Крюков А.И., Шадрин Г.Б., Баландин А.В., Димова А.Д. Опыт применения препарата ламизил при лечении больных с ото- и фарингомикозами // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – №2. – С. 47-49.
29. Кунельская В.Я. Грибковые заболевания наружного уха: Автореф. дис.... канд. мед. наук. – М., 1964. – 18 с.
30. Кунельская В.Я. Грибковые заболевания наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1964. – №2. – С. 37-43.
31. Кунельская В.Я. О применении кортикостероидных препаратов при хронических и подострых формах наружных отитов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1964. – №2. – С. 20-22.
32. Кунельская В.Я. К вопросу о роли аллергии в патогенезе отомикоза // Всерос. съезд оториноларингологов. – 2-й: Труды. – Л.: Б.и., 1968. – С. 174-177.
33. Кунельская В.Я. Отомикозы. – М.: Медицина, 1968. – 143 с.
34. Кунельская В.Я. О применении сангвинарина при грибковых заболеваниях уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1969. – №5. – С. 101-103.
35. Кунельская В.Я. Значение грибковой флоры при воспалительных заболеваниях ушей // Вестн. оториноларингологии. – 1976. – №5. – С. 18-21.
36. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – 320 с.
37. Кунельская В.Я., Степанищева З.Г. Грибковая флора наружных отитов // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1964. – №10. – С. 51-55.
38. Кунельская В.Я., Челидзе Н.Д. Современные методы терапии больных отомикозами // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тезисы докладов. – Львов: Б.и., 1983. – С. 108-109.
39. Курилин И.А., Лисовская А.И. О некоторых осложнениях у детей при лечении антибиотиками // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1960. – №3. – С. 72-73.
40. Лакоткина О.Ю. Бактериальные, вирусные и грибковые факторы в возникновении и течении ЛОР заболеваний // Вестн. оториноларингологии. – 1972. – №1. – С. 101-107.
41. Ланцов А.А., Лавренова Г.В., Шитикова Н.Н. О лечении лиц с заболеваниями наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №2. – С. 8-10.
42. Лев Н.А. Случай двустороннего кандидомикоза барабанной перепонки и слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1965. – №2. – С. 66.
43. Лев Н.А. К клинике и лечению отомикоза, вызванного *Rhizopus niger* // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №6. – С. 103-104.
44. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 216-217.
45. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 216-217.
46. Львова С.В. Значение реакции лейкоцитоза в диагностике отомикозов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №5. – С. 41-44.
47. Львова С.В. К вопросу о патогенетической терапии отомикозов // Вестн. оториноларингологии. – 1973. – №4. – С. 51-56.
48. Львова С.В. Значение очага грибковой инфекции в ухе на реактивность организма больных отомикозами // Очаговая инфекция в оториноларингологии. – М.: Б.и., 1974. – С. 137-141.
49. Макуха А.Л., Боярский Г.Ф. К вопросу о диагностике и лечении грибковых заболеваний уха // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тезисы докладов. – Львов: Б.и., 1983. – С. 110-111.
50. Mc Laurin J.W. Применение малых доз рентгеновых лучей для облегчения боли при воспалениях наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1949. – №6. – С. 87.
51. Мохаммад Шафиул Алам. Течение отомикозов в Республике Бангладеш // Вестн. оториноларингологии. – 1985. – №3. – С. 86-88.
52. Николаев М.П., Бойкова Н.Э., Красников В.В., Рябинин А.Г. Роль местной терапии в лечении отитов у взрослых и детей // З'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 344.
53. Павленко С.А. Отомикозы в Кузбассе и организация специализированной помощи: Автореф. дис... канд. мед. наук. – М. – 1989. – 18 с.
54. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 288-291.
55. Плохих С.Н. Этиологические аспекты воспалительных заболеваний наружного слухового

- прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – №3. – С. 42-44.
56. Пухлик С.М., Дюмин О.В., Яковенко Г.И., Тафтай С.Н. Ультрафиолетовое лазерное излучение при лечении больных наружным отитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №3. – С. 26-30.
 57. Радченко А.Я. Лечение больных отомикозом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №3. – С. 71.
 58. Ровинский Э.Е. Применение этония при лечении грибковых заболеваний наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. – №5. – С. 66.
 59. Сагальчик Я.С. Отомикозы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №5. – С. 121.
 60. Sander R. (2001). Цит. по Тихомировой И.А., Рязанцеву С.В. (2005).
 61. Солодилов В.Ю., Беляев Н.В., Красильников Ю.И. Грибковые заболевания кожи наружного слухового прохода // Сов. медицина. – 1972. – №3. – С. 128-130.
 62. Сонник Н.Б., Безшапочный С.Б. Методика лечения больных наружным отитом грибковой этиологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №4. – С. 78-79.
 63. Тагунова И.К., Дюмин О.В., Пухлик С.М., Тафтай С.П., Романовская И.И. К вопросу о лечении лиц с наружным отитом // Юбілейна науково-практична конференція, присвячена 100-річчю з дня народження видатного вченого, члена-кореспондента АН України, професора Олексія Сидоровича Коломійченка: Матеріали. – К.: Просвіта, 1998. – С. 645-649.
 64. Тафтай С.Н., Дюмин О.В. Влияние излучения ультрафиолетового лазера на микроорганизмы, выделенные при наружных отитах // З'їзд оториноларингологів України. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 309.
 65. Тафтай С.Н., Дюмин О.В., Пухлик С.М. Терапия больных отомикозом излучением ультрафиолетового лазера // З'їзд оториноларингологів України. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 309-310.
 66. Тихомирова И.А., Рязанцев С.В. Ушные капли для детей. Стандартный подход или индивидуальный выбор? // Рос. оториноларингология. – 2005. – №6 (19). – С. 75-77.
 67. Успенский М.В. Два случая ушных грибков // Мед. вестник. – 1876. – №26. – С. 297-300.
 68. Федун Н.Ф. Гнойные выделения из уха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 166-173.
 69. Фрелих Ф.Н. (1945). Цит. по Кунельской В.Я. (1964).
 70. Хечинашвили С.Н. Воспалительные заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 91-92.
 71. Хижня Я.В. Роль мікробної та грибкової флори в розвитку зовнішнього отиту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5-с. – С. 160.
 72. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
 73. Челидзе Н.Д. Отомикозы в детском возрасте // Вестн. оториноларингологии. – 1983. – №1. – С. 22-26.
 74. Челидзе Н.Д. Отомикозы в детском возрасте // Вестн. оториноларингологии. – 1984. – №4. – С. 87.
 75. Челидзе Н.Д. Отомикозы в детском возрасте: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1984. – 16 с.
 76. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы у детей // Журн. вушних носових і горлових хвороб. – 1999. – №3, Додаток. – С. 639-640.
 77. Чулаевская Л.К. Лечение "пимафуцином" больных отомикозом // З'їзд оториноларингологів України. 9-й. – К.: Б.в., 2000. – С. 248-249.
 78. Яремчук С.Э., Вольская О.Г. Применение „Пимафуцина” в комплексной терапии микозов ЛОР-органов // Ринологія. – 2003. – №3. – С. 32-36.
 79. Benton C.D. Treatment of diffuse external otitis: further observations // Eye, Ear, Nose, Thr., Monthly. – 1959. – Vol. 38, N7. – P. 558-560.
 80. English M.P. Otomycosis caused by a ringworm fungus // J. Laryng. – 1957. – Vol.71, N3. – P. 207-208.
 81. Pahwa V.K. Micological study in otomycosis // Indian Med. Res. – 1983. – Vol.77. – P. 334-338.

Надійшла до редакції 05.05.07.

© Г.С. Протасевич, І.В. Мальована, Е.В. Савчук, 2007