

УДК 616.21:616.31:616.992.282:615.03

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, Ю.М. АНДРЕЙЧИН,
І.А. ГАВУРА, О.В. ГОВДА*

ФАРМАКОТЕРАПІЯ ПРИ КАНДИДОЗІ ЛОР-ОРГАНІВ І ПОРОЖНИНИ РОТА. Повідомлення 1

*Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. НАМНУ, проф. Л. Я. Ковальчук); Терноп. університ. лік-ня
(голов. лікар – канд. мед. наук М. Я. Гірняк)*

Питання фармакоterapiї хворих на кандидоз ЛОР-органів і порожнини рота описані в багатьох наукових публікаціях [6, 10-13, 20, 24, 26, 48-50, 54, 55, 58, та ін.], спостереженні з практики [36], підручниках [4, 5, 8, 14, 17, 19, 32-35, 42] і довідниках з оториноларингології [37, 38]. Але ці дані не систематизовані. В доступній нам літературі не знайшлося оглядових робіт щодо фармакоterapiї з приводу кандидозу ЛОР-органів і порожнини рота. Тому наводимо свій огляд літератури з цього питання. Вважаємо, що він виявиться корисним не тільки для отоларингологів, а й для інших спеціалістів (дерматологів, терапевтів, педіатрів, сімейних лікарів та ін.). В цьому повідомленні ми описуємо загальну концепцію фармакоterapiї, а також загальну фармакоterapiю кандидозу ЛОР-органів і порожнини рота. Що стосується місцевої фармакоterapiї при кандидозі ЛОР-органів і порожнини рота, то це буде предметом обговорення в наступному повідомленні.

Загальна концепція фармакоterapiї при кандидозі ЛОР-органів і порожнини рота

Проблема фармакоterapiї з приводу грибкового, в тому числі й кандидозного, ураження ЛОР-органів та порожнини рота набуває все більшого значення в зв'язку з різким зростанням його частоти [12, 13, 48]. Ця проблема в наш час має важливе соціальне значення [9]. Такі пацієнти потребують тривалого лікування, що пов'язано із знач-

ними трудовими втратами [50]. Фармакоterapiя хворих на кандидоз ЛОР-органів – це, як правило, тривалий процес, який вимагає терпіння від лікаря і пацієнта. Фармакоterapiя хворих на кандидоз верхніх дихальних шляхів представляє відповідні труднощі [10, 29, 39, 46], які, зокрема, зумовлені розвитком грибкової інфекції в результаті ряду передуючих факторів [10, 46] і багато в чому залежать від того, що клініцисти ще недостатньо знайомі з клінічними проявами грибкових уражень ЛОР-органів, в результаті чого правильний діагноз визначається уже в тій стадії, коли захворювання переходить в хронічну форму, котра більш важко піддається виліковуванню [29]. Крім того, грибкові процеси схильні до рецидивування, тому терапія повинна бути спрямована на виключення такої можливості [29]. В основному ефективність фармакоterapiї пацієнтів з грибковими ураженнями ЛОР-органів і порожнини рота визначається фунгіцидною і фунгістатичною активністю застосовуваних лікарських препаратів [29]. В зв'язку з тим, що гриби мають виражені алергенні властивості, поряд з протигрибковими препаратами, необхідно призначати протиалергічну терапію [10, 24, 46]. Враховуючи ріст кількості випадків грибкової патології [6, 10, 50], доцільним являється відшукування найбільш безпечних лікарських засобів, що відповідають основним вимогам, які пред'являються до сучасних антибіотичних препаратів: елімінація патогенного збудника досягається використанням

найменшої ефективної дози самого безпечного препарату на протязі найменшого проміжку часу [58]. Для специфічної протигрибкової фармакотерапії в нинішній час застосовується цілий ряд ефективних антимікотичних препаратів як системної, так і локальної зовнішньої дії [6, 10]. Необхідно відмітити, що до сьогоднішнього дня немає чітко визначених критеріїв щодо призначення місцевої чи системної фармакотерапії, строків призначення протигрибкових препаратів та критеріїв одужання хворих [6]. Призначення місцевої і, особливо, системної протигрибкової терапії повинно бути обґрунтоване в кожному конкретному випадку, що зумовлено, зокрема, високою токсичністю більшості антимікотичних препаратів [10, 46]. Як відмічають Д.І. Заболотний і співавтори [10], більшість зарубіжних авторів вважає, що системна протигрибкова фармакотерапія при захворюваннях верхніх дихальних шляхів і вуха необхідна тільки у разі інвазивних форм мікозів у осіб з імунодефіцитними станами. Більшість отоларингологів не вважає доцільним призначення системної антимікотичної фармакотерапії [61, 62].

В даний час існує 4 групи протигрибкових препаратів для системної дії: 1) антибіотики; 2) піримідинові засоби; 3) азоли; 4) інші [10]. Найбільш широкий спектр протигрибкової активності властивий полієновому антибіотику – амфотерицину В (під торговою назвою «Фунгізон») [10]. Однак цей полієновий препарат відзначається високою токсичністю [10]. Із піримідинових засобів ністатин мало всмоктується з кишечника після перорального прийому і не вводиться перентерально [10]. В зв'язку з цим спектр його застосування достатньо вузький: місцева терапія при орофарингеальному кандидозі, поверхневому кандидозі стравоходу, неінвазивному кандидозі кишечника [10].

Ліпосомна форма ністатину («Ніотран») має високу активність при інвазивному кандидозі та аспергілозі [10].

Між тим ністатин широко застосовується для перорального приймання при кандидозі ЛОР-органів і порожнини рота [4, 5, 19, 24, 28, 37, 38, 42].

Недоліком протикандидозних препаратів групи піримідину є їх обмежений

спектр протикандидозної активності [10]. До азолів належать імідазоли (клотримазол, міконазол, кетокеназол) і триазоли (флуконазол, інтраконазол, вориконазол, равуконазол) [10]. Протикандидозним препаратам групи азолів властивий широкий спектр активності, простота в застосуванні і обмежена токсичність, що робить їх особливо придатними [10]. Загальна терапія повинна поєднуватись з місцевою дією на кандидозний осередок [1, 6, 10, 12, 13, 19, 42, 55, 59].

Для загальної і місцевої терапії доцільно використовувати такі протигрибкові препарати [22, 23, 25, 27, 30, 42, 51, 52, 59]: фунгізид [8, 22, 23, 36, 42, 51], а також фторхінолони та цефтриаксон [52]. Для лікування призначаються відповідні протигрибкові препарати: ністатин [37, 38, 42 та ін.], клотримазол (конестен) [1, 8, 10], міконазол [10], лісобакт [6], сангвінарин [5, 25, 27, 30], крезатин [40], нітрофунгін [8, 10, 42, 51], грізеофульвін [22, 37, 38], лютенурин [22, 42], флавофунгін [22], пімафуцин [6, 57, 58], мікосептин [8, 51], кетокеназол [7, 19], мікостацин [41], гістацин [41], дифлюкан [55], нізорал [55], фунгал [55], гриземін [42], леворин [51, 56], амфоглюкамін [51], амфотерацин В [51], нафтифін [10] та ін. Важливу складову частину при кандидозному зовнішньому отиті становить вибір такої протикандидозної речовини і способу її введення, при якій, поряд із створенням терапевтичної концентрації, відмічається і сприятлива дія на уражену шкіру [25]. По відношенню до грибів *Candida* вираженими фунгіцидними властивостями володіє ністатин [42, 51] і гриземін [42]. При зовнішніх отитах, що викликаються дріжджоподібними грибами роду *Candida*, ефективний також леворин [51, 56]. На гриби *Candida albicans* виражений вплив має лютенурин [42].

При кандидозних ураженнях ЛОР-органів доцільно призначати клотримазол, натаміцин і тербінафін [31]. В цілому протигрибкова фармакотерапія повинна базуватись на результатах лабораторних досліджень чутливості грибів до застосовуваних препаратів [10]. Грибкові ураження ЛОР-органів схильні до рецидивування, тому, на думку В. Я. Кунельської [24, 31], необхідні повторні курси фармакотерапії. Показниками одужання хворих, поряд з нормалізацією

загального і місцевого стану, являються негативні результати повторних мікологічних досліджень [10].

Це була загальна концепція фармакотерапії при кандидозі ЛОР-органів і порожнини рота. Переходимо до загальної фармакотерапії хворих на кандидоз ЛОР-органів і порожнини рота по суті.

Загальна фармакотерапія при кандидозі ЛОР-органів і порожнини рота по суті

Загальне лікування включає раціональне харчування з використанням молочних продуктів, білків, вітамінів, особливо групи В [34, 35], імуностимуляторів, правильний гігієнічний догляд [34, 35]. Варто утриматися від призначення антибіотиків та застосування протигрибкових препаратів [34, 35], відмінити раніше призначені антибіотики [4, 5, 14, 17, 28].

Загальна фармакотерапія з приводу кандидозу ЛОР-органів і порожнини рота в основному ідентична для будь-якої локалізації кандидозного процесу. Загальну фармакотерапію при кандидозі різних ЛОР-органів проводило багато спеціалістів [7, 16, 18, 19, 21, 37, 38, 44, 50, 58, 59, та ін.]. При цьому застосовується потикандидозна фармакотерапія [28, 58] з використанням «Пімафуцину» [6, 57, 58] – протигрибкового препарату фунгіцидної дії, що належить до групи полієнових антибіотиків – макролідів [57, 58]. В. Горак і О. Хомик [6] призначали пімафуцин (натаміцин) по 1 таблетці 4 рази на день протягом 7-21 і більше діб, що залежало від результатів копродіагностики, а саме – ступеня обсіменіння грибами роду *Candida* spp. С.Е. Яремчук і О.Г. Вольська [57] призначали «Пімафуцин» по 1 таблетці 4 рази на день, запиваючи водою, 7 днів при наступних захворюваннях: гострий орофарингіт, хронічний фарингіт, хронічний зовнішній отит, хронічний синусит. В. Горак і О. Хомик [6] усім хворим на кандидоз ЛОР-органів призначали «Лактовіт Форте» по 1-4 капсули двічі на добу за 40 хв до їжі, протягом місяця, для збереження і покращання життєдіяльності рекомендували капсули запивати негарячим молоком.

Andes і співавтори [60] повідомляють про випадок успішної фармакотерапії паці-

єнта з алергічним грибковим синуситом шляхом застосування ітраконазолу в дозі 200 мг на день протягом року. Mabry і співавтори [63] повідомляють про можливість специфічної фармакотерапії хворих на алергічний грибковий синусит. Період віддаленого спостереження в даному дослідженні становив від 7 до 17 міс, на протязі яких всі пацієнти залишались у фазі ремісії [64].

Із піримідинових протигрибкових засобів використовуються ністатин, леворин [17, 19, 51, 56]. Ністатин призначається per os [4, 5, 19, 24, 28, 37, 38, 42] в дозах залежно від віку хворих [24, 28, 37, 38], розповсюдженості [28] і тяжкості захворювання [24, 37, 38]. Так, А.Г. Лихачов [37, 38] рекомендував призначати ністатин по 200000 – 400000 ОД 3 – 4 рази на добу, І.М. Раков і співавтори [45] – по 500000 ОД 4 рази на день, О.І. Циганов і співавтори [53] – по 500000 ОД 4-5 разів на день. О.О. Кіцера [19] таблетку ністатину (250000 або 100000 ОД) радив смоктати до її розчинення в порожнині рота. Добова доза ністатину від 2000000 – 4000000 [24, 37, 38, 42] до 6000000 – 8000000 ОД дорослим [4, 5, 42] на протязі 10-15 днів з розжовуванням і запиванням молоком [4, 5]. Ністатин не викликає алергічних реакцій навіть у великих дозах, його добре переносять хворі [24]. Ускладненням ністатинотерапії можуть бути лише кишкові диспепсії, які швидко минають при зменшенні дози чи при відміні препарату на 2-3 дні [24]. Ністатин при прийманні внутрішньо необхідно смоктати, повільно розжовуючи таблетку до повного розчинення її в порожнині рота, щоб препарат надавав не тільки загальну, але і місцеву дію безпосередньо на слизову оболонку мигдаликів [24]. Ністатин погано всмоктується в кишечнику. Тривалість курсу лікування – 2 тижні. В зв'язку з тим, що при кандидозі спостерігаються часті рецидиви захворювання, через 10 днів курс лікування ністатином треба повторювати [4, 5, 37, 38] на протязі 10-15 днів [24, 37, 38]. О.О. Кіцера [19] пропонував вживати per os суспензію, виготовлену з добової (5000000 – 8000000 ОД) дози ністатину 4 – 6 разів на добу, якомога довше затримуючи її в порожнині рота. В.Я. Кунельська [26] використовує також сульфаніламідні препарати, які

в невеликому ступені надають протикандидозну дію. Н.А. Лев [36] рекомендує тетрациклін з ністатином по 1 таблетці 4 рази на день. Леворин застосовується в таблетках по 500000 ОД 3 рази на день [51, 56]. О.І. Циганов і співавтори [53] радять призначати леворин по 200000 ОД 4-5 разів на день (смоктати до розчинення). При грибковому зовнішньому отиті А.Г. Лихачов [37, 38] пропонує гризеофульвін рег ос по 0,125 г 4 рази на добу після їжі, Мохаммед Шафіул Алам [41] – мікостатин по 2000000 ОД на добу і гістацин по 0,004 г 3 рази на день. А.Я. Радченко [44] призначає рег ос препарати калію: аспаркам – по 0,5 г 3 рази чи панангін – по 1 таблетці 2-3 рази на день. Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочний [50] хворим на кандидоз зовнішнього слухового ходу призначають приймати 30% настоянку сирого кореня ехінацеї пурпурової по 5-7 крапель на 1/3 склянки води 1 раз на день. За даними І.М. Испуганова [16], при грибковому зовнішньому отиті, в тому числі і кандидозному, добрий ефект дає півторахлористе залізо (5-10%) 2-3 рази на день по 5-10 крапель. О.О. Кіцера [19] рекомендує приймати кетоназол 1 раз на день по 0,2 г (таблетки), флюконазол (таблетки 50, 100, 150 та 200 мг) – 400 мг на добу дорослому пацієнту. С.Е. Яремчук і О.Г. Вольська [58] пропонують приймати пімафуцин по 1 таблетці 4 рази на день, запиваючи водою, на протязі 7 днів. В.С. Дергачов і співавтори [7] застосовують препарат «Флюмікон» рег ос в дозі 150 мг 1 раз на добу протягом 10 днів. Дія препарату «Флюмікон» базується на наявності в його складі флюконазолу – антигрибкового засобу широкої дії. Флюконазол пригнічує синтез ергостерину, діючи на 14-а деметилазу, є потужним селективним інгібітором стеролів в клітині грибів [7]. Т.А. Кислюк і співавтори [18] призначають комбіновані рослинні імуномодулятори («Імунсил», «Джерело»). А.І. Крюков і співавтори [21] застосовували приймати препарат «Тербінафін» (ламізил) по 250 мг 1 раз на добу на протязі 14 чи 28 днів у 28 хворих на грибковий зовнішній отит, в тому числі і на кандидозний. Автори підкреслюють, що цей препарат є ефективним і безпечним засобом при зовнішньому отиті грибкової етіології та може бути використаний в якос-

ті монотерапії. За В.Р. Чистяковою і І.В. Наумовою [55], при кандидозі зовнішнього слухового ходу комплекс лікувальних заходів мав 3 основополагаючих принципи: диференційований набір триазольних сполук загальної і місцевої дії – кетоназолового, флюконазолового та ітраконазолового ряду (дифлюкан, нізорал, орунгал та ін.); активна корекція мікробіоценоза кишечника сучасними еубіотиками; призначення індукторів реаферону.

При генералізованих формах кандидозу застосовуються парентерально системні протигрибкові препарати (ністатин, амфотерицин В, дифлюкан та ін.) [19, 24, 34, 35]. При локалізованих формах кандидозу парентерально системні протигрибкові препарати не використовуються [34, 35]. Пацієнти з хронічною формою кандидозу лікуються імунобіологічними препаратами: ін'єкції полівалентної кандидозної вакцини (аутовакцини 1-3 рази на тиждень) [4, 5].

Враховуючи той факт, що перебіг кандидозних уражень ЛОР-органів і порожнини рота нерідко відбувається на алергічному фоні [26], усім таким хворим призначається неспецифічна гіпосенсибілізуюча фармакотерапія [1, 8, 26, 42, 44, 47, 57, 59]. З цією метою рекомендуються препарати кальцію та антигістамінні засоби [8, 44, 57]. А.Я. Радченко [44] пропонує приймати глюконат кальцію по 0,5 г 1-2 рази і діазолін по 0,1 г 1-2 рази на день. Курс лікування складає 3-7 днів. Л.К. Чулаєвська [57] рекомендує хлорид кальцію, супрастин, діазолін, тавегіл.

В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський [42] десенсибілізуючу фармакотерапію призначають при виражених явищах загальної чи місцевої алергії. Вони застосовують димедрол по 0,05 г 2 рази на день перед їжею; піпольфен – по 0,025 г 2 рази на день; супрастин – по 0,025 г 2 рази на день; 10% хлорид кальцію – по 1 столовій ложці 3 рази на день; глюконат кальцію – по 1 таблетці (0,5 г) 3-4 рази на день перед їжею. С. В. Львова [39] проводить специфічну гіпосенсибілізацію грибковими алергенами (в ін'єкціях). Рег ос протягом кількох днів приймаються препарати йоду [4, 5, 14]. Крім того, призначаються вітаміни [37, 38], особливо С, В₁, В₂, РР [4, 5], полівітаміни [6, 17].

Т.А. Кислощук і співавтори [18] рекомендують комплекс вітамінів групи В. О.І. Циганов і співавтори [53] внутрішньо пропонують використовувати великі дози вітаміну С (по 1 г 3 рази на день), вітаміни групи В.

Одним з нових потигрибкових препаратів, що застосовуються в фармакотерапії по кандидозі, є «Ітругар». В інструкції по цьому препарату вказується на приймання його при орофарингеальному кандидозі. Однак у вітчизняній оториноларингології відсутні відомості про використання даного препарату у хворих на орофарингеальний кандидоз. Ми застосували «Ітругар» в фармакотерапії дорослих при гострому орофарингеальному кандидозі.

«Ітругар» – це протигрибковий препарат для системного застосування, що виробляється фірмою Ananta Medicare (Великобританія). До його складу входять діюча речовина ітраконазол і допоміжні речовини: сахароза, гідроксипропилметилцелюлоза, крохмаль кукурудзяний. Випускається препарат в капсулах. 1 капсула містить 100 мг ітраконазолу. Застосовується ітругар при багатьох грибкових захворюваннях, в тому числі при орофарингеальному кандидозі (по 1 капсулі – 100 мг 1 раз на добу протягом 15 днів).

Ми пролікували за останні 2 роки 26 хворих на гострий орофарингеальний кандидоз віком від 19 до 36 років.

Етіологічним фактором захворювання виявилось тривале застосування антибіотиків. Пацієнти скаржились на відчуття першіння, сухості і горіння в порожнині рота і горлі, періодичні пекучі болі в язичку і нестерпне свербіння в порожнині рота і горлі. При орофарингоскопії відмічались гіперемія слизової оболонки порожнини рота і ротової частини глотки, наявність на слизовій оболонці порожнини рота, задній стінці глотки фібринозного нашарування біло-сірого кольору. Діагноз ставився на підставі даних анамнезу, клінічних проявів захворювання і підтверджувався результатами мікроскопічного дослідження нашарувань із слизової оболонки порожнини рота і задньої стінки глотки. Хворі отримували «Ітругар» в дозах згідно з рекомендаціями фірми-виробника (Ananta Medicare – Великобри-

танія): per os по 1 капсулі (100 мг) 1 раз на добу протягом 15 днів. Місцево застосовували зрошування слизової оболонки ротової порожнини і глотки 5% розчином таніну.

Про ефективність фармакотерапії судили по динаміці суб'єктивного відчуття хворих, клінічним проявам захворювання. Клінічні симптоми оцінювались за характером і ступенем вираженості запальних явищ, за відчуттям свербіння в порожнині рота і глотці. В результаті проведеної фармакотерапії позитивна динаміка відмічалась уже на 5-6-й день, клінічні симптоми купірувались до 10-12-го дня фармакотерапії (запальні явища регресували, неприємні відчуття і свербіння зникли). Загалом отримано наступні результати: добрий результат – у 22 хворих, задовільний (зберігались помірні явища запалення) у 4. При застосуванні препарату «Ітругар» у жодного пацієнта не відмічалась погана переносимість медикаменту або його небажані побічні дії. При спостереженні за хворими протягом 3 міс рецидив захворювання не спостерігався.

Отже, отримані результати свідчать про те, що препарат «Ітругар» є ефективним засобом для фармакотерапії дорослих з гострим орофарингеальним кандидозом. Це дає підставу рекомендувати препарат «Ітругар» для системної фармакотерапії при гострому орофарингеальному кандидозі у дорослих. «Ітругар» може поповнити арсенал засобів системної дії, що використовуються в фармакотерапії з приводу гострого орофарингеального кандидозу у дорослих.

Про ефективність лікування хворих на кандидоз ЛОР-органів і порожнини рота судять за їх загальним станом, динамікою суб'єктивних відчуттів, за клінічними проявами захворювання і лабораторними даними [3, 7].

Таким чином, наведені результати свідчать про те, що для фармакотерапії з приводу кандидозу ЛОР-органів і порожнини рота використовуються різні препарати загальної (системної) дії. Ефективним виявився протигрибковий препарат системної дії «Ітругар» у фармакотерапії хворих на гострий орофарингеальний кандидоз. В.Я. Кунельська [31] вважає, що правильна фармакотерапія при грибкових ураженнях ЛОР-органів достатньо ефективна. Незадо-

вільні результати багато в чому пов'язані з тим, що клінічні прояви грибкових уражень ще недостатньо знайомі лікарям, грибковий процес довго не розпізнається, потрібна фармакотерапія запізнюється і починається тоді, коли захворювання розповсюдилось і перейшло в хронічну форму.

На завершення слід підкреслити, що отоларинголог повинен завжди пам'ятати

про високий ступінь вірогідності існування грибкового ураження у пацієнтів, які тривалий час страждають на хронічні запальні процеси у верхніх дихальних шляхах і вусі [10]. Своєчасно почата адекватна фармакотерапія при грибковому ураженні не тільки спрощує необхідні терапевтичні заходи, але і в окремих випадках може зберегти життя хворому [10].

1. 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.
2. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в горле (глотке) // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии / Под ред. Ю.В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 24-37.
3. Балясинская Г.Л., Орлов А.В. Современное лечение больных наружным отитом // 3'їзд оториноларингологів України. 9-й. – К.: Б.в., 2000. – С. 166-167.
4. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. – М.: Медицина, 1965. – С. 280-281.
5. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 310-311.
6. Горак В., Хомик О. Кандидомікоз органів ЛОР-локалізації. Формула терапії «3*3» // Ринологія. – 2005. - №3. – С. 49-57.
7. 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.
8. 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.
9. Евдошенко Е.А., Шевченко А.Т. Лечение больных отомикозом эндуральным фонофорезом // Журн. ушних, носовых и горловых болезней. – 1985. – №6. – С. 9-13.
10. Заболотный Д.И., Зарицкая И.С., Вольская О.Г. Роль грибов в патологии верхних дыхательных путей и уха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2002. - №5. – С. 3-15.
11. Заболотный Д.И., Пшеничкина В.Д., Вольская О.Г. и соавт. Клинико-иммунологическая характеристика больных хроническим фарингитом в фазе обострения при лечении препаратом Септолете Плюс // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2007. - №5-с. – С. 104-106.
12. Зарицкая И.С., Волосевич Л.И., Поляковская Е.А. Орофарингеальные микозы и возможности препарата гивалекс в их лечении (исследование in vitro) // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 455-457.
13. Зарицкая И. С. Гивалекс в лечении орофарингеальных микозов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2006. - №3-с. – С. 182-183.
14. Зарицкий Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 203-204.
15. Ибрагимов Г.Т., Мартыненко И.И., Расулова А.К. и соавт. Бальзам «Золотая звезда» при лечении отомикозов // Вестн. оториноларингологии. – 1989. - №4. – С. 87-88.
16. Испуганов И.М. Лечение жидкостью Каstellани грибковых заболеваний наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1966. - №5. – С. 76-77.
17. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 118.
18. Кислощук Т.А., Лось С.А., Шамрай С.О. та співавт. Зовнішні отити та використання індивідуальної вушної вкладки // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 310-311.
19. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 77-81; 101-102; 167-168.
20. Ковалик П.В. Применение прополиса в лечении больных хроническим синуситом грибковой этиологии // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №6. – С. 60-62.
21. Крюков А.И., Шадрин Г.Б., Баландин А.В. и соавт. Опыт применения препарата ламизил при лечении больных с ото- и фарингомикозами // Вестн. оториноларингологии. – 2005. – №2. – С. 47-49.
22. Кунельская В.Я. Грибковые заболевания наружного уха: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – М., 1964. – 18 с.

23. Кунельская В.Я. Грибковые заболевания наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1964. – №2. – С. 37-43.
24. Кунельская В.Я. Клиника и лечение кандидамикоза и лептотрихоза миндалин // Вестн. оториноларингологии. – 1969. – №5. – С. 105-111.
25. Кунельская В.Я. О применении сангвинарина при грибковых заболеваниях уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1969. – №5. – С. 101-103.
26. Кунельская В.Я. Клиника, диагностика и лечение грибковых гайморитов // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №4. – С. 49-54.
27. Кунельская В.Я. Применение препарата сангвинарина при лечении хронических средних и наружных отитов // Всесоюзный НИИ лекарственных растений: Труды. – М.: Б.и., 1971. – Т. 14. – С. 206-209.
28. Кунельская В.Я., Касимов К. К вопросу о клинике, диагностике и лечении кандидозной ангины у детей // Вестн. оториноларингологии. – 1980. – №4. – С. 50-52.
29. Кунельская В.Я., Челидзе Н.Д. Современные методы лечения больных отомикозами // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тезисы докладов. – Львов: Б.и., 1983. – С. 108-109.
30. Кунельская В.Я. Микозы в оториноларингологии. – М.: Медицина, 1989. – 320 с.
31. Кунельская В.Я. (2001) Цит. по Заболотному Д. И. і співавторам (2002).
32. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 47-48.
33. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2004. – С. 268-269.
34. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 49-51; 66-67.
35. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2008. – С. 195-196; 651-653.
36. Лев Н.А. Случай двустороннего кандидамикоза барбанной перепонки и слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1965. – №2. – С. 66.
37. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 24.
38. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 24.
39. Львова С.В. К вопросу о патогенетической терапии отомикозов // Вестн. оториноларингологии. – 1973. – №4. – С. 51-56.
40. Мак Лаурин (Mc Laurin J.W.). Применение малых доз рентгеновских лучей для облегчения боли при воспалениях наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1949. – №6. – С. 87.
41. Мохаммад Шафиул Алам. Течение отомикозов в Республике Бангладеш // Вестн. оториноларингологии. – 1985. – №3. – С. 86-88.
42. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 288-291.
43. Пинегина Н.Л., Шеврыгин Б.В. Отогенный абсцесс мозга и кандидамикоз у ребенка // Вестн. оториноларингологии. – 1961. – №2. – С. 89-90.
44. Радченко А.Я. Лечение больных отомикозом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №3. – С. 71.
45. Раков И.М., Лев Н.А., Палий Г.К. Применение декаметоксина в отоларингологии // Вестн. оториноларингологии. – 1972. – №1. – С. 83-86.
46. Ричардсон и соавт. (Richardson M.D. et al.) (1997). Цит. по Заболотному Д.І. та співавторам (2002).
47. Сагальчик Я.С. Отомикозы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №5. – С.121.
48. Сенку Е.И., Абабий И.И., Ешану Р.Г. и соавт. Новые аспекты в лечении отомикозов // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №5-с. – С. 169-170.
49. Скоробагатый В.В., Гусакова А.А. К лечению поражения полости рта и глотки грибами рода Candida // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2009. – №5-с. – С. 173-174.
50. Сонник Н.Б., Безшапочный С.Б. Методика лечения больных наружным отитом грибковой этиологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. – №4. – С. 78-79.
51. Хечинашвили С.Н. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. И. Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 91-92.
52. Хижня Я.В. Роль мікробної та грибкової флори в розвитку зовнішнього отиту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. – №5-с. – С. 160.
53. Цыганов А.И., Гукович В.А., Тимен Г.Э. Справочник по оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 52.
54. Чеснокова М.Г., Соловьева Т.Д., Карпова О.И. Анализ высеваемости грибов рода Candida из различного клинического материала // Современная микология в России. – М.: Б.и., 2002. – С. 353.
55. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы у детей // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №3, Додаток. – С. 639-640.
56. Чистякова И.С., Климанова Л.Д. О лечении больных хроническим тонзиллитом при выделении из зева ассоциации патогенных стафилококков и грибов рода кандиды // Вестн. оториноларингологии. – 1970. – №5. – С. 67-70.
57. Чулаевская Л.К. Лечение «Пимафуцином» больных отомикозом // 3-тзд

- оториноларингологів України. 9-й. – К.: Б.в., 2000. – С. 248-249.
58. Яремчук С.Э., Вольская О.Г. Применение «Пимафуцина» в комплексной терапии микозов ЛОР-органов // Ринологія. – 2003. – №3. – С. 32-36.
59. Яшан И.А., Единак Е.Н. Местная нормобарическая оксигенация в лечении больных наружными отитами // Съезд отоларингологов УССР. 6-й: Тезисы докладов. – Львов: Б.и., 1983. – С. 104-105.
60. Andes D. et al. Report of successful prolonged antifungal therapy for refractory allergic fungal sinusitis // Clin. Infect. Dis. – 2000. – Vol. 31. – P. 202-204.
61. Berrettini S., Carabelli A., Papini M. et al. Allergic fungal sinusitis: is this rare disease an allergy of infection? // Acta otorhinolar. ital. – 1996. – Vol. 16, №5. – P. 447-454.
62. Kuhn F.A., Javer A.R. Allergic fungal rhinosinusitis: preoperative management prevention of recurrence, and role of steroids and antifungal agents // Otolaryng. Clin. North Am. – 2000. – Vol. 33, №2. – P. 419-433.
63. Mabry R.L., Mabry C.S. Immunotherapy for allergic fungal sinusitis: The second year // Otolaryng. – Head Neck Surg. – 1997. – Vol. 117, №10. – P. 367-371.
64. Mabry R.L., Marple R.T., Mabry C.S. Outcomes after discontinuing immunotherapy for allergic fungal sinusitis // Otolaryng. – Head Neck Surg. – 2000. – Vol. 122, №1. – P. 104-106.

Надійшла до редакції 08.05.12.

© Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, Ю.М. Андрейчин, І.А. Гавура, О.В. Говда, 2012