

**Министерство здравоохранения Республики Беларусь
Учреждение образования
«Гомельский государственный медицинский университет»**

**Кафедра ОТ и ВПХ
Курс оториноларингологии**

И.Д. Шляга. В.И. Садовский

КАНДИДОМИКОЗЫ ГОРТАНИ

**Учебное пособие
для врачей и студентов медицинских вузов**

Гомель 2004

УДК 616.22:616.992
ББК 55.83

Рецензент: заведующий кафедрой оториноларингологии Минского государственного медицинского университета, доктор медицинских наук, профессор **П.А. Тимошенко.**

И.Д. Шляга, В.И. Садовский.

Кандидомикозы гортани: Учебное пособие для врачей и студентов медицинских вузов / И.Д. Шляга, В.И. Садовский. — Гомель: Учреждение образования «Гомельский государственный медицинский университет», 2004. — 12 с.

Представлены современные сведения по этиологии, клинике и лечению кандидомикозов гортани. Особое внимание уделено вопросам диагностики, основанной на этапной оценке жалоб больного, данных осмотра и инструментальных методов исследования. Представлены современные методы лечения.

Предназначено для студентов 4–6 курсов медицинских вузов оториноларингологов, терапевтов, инфекционистов.

Утверждено Центральным учебным научно-методическим Советом Гомельского государственного медицинского университета в качестве учебного пособия 27 мая 2004 года, протокол № 5

УДК 616.22:616.992
ББК 55.83

© Коллектив авторов, 2004
© Учреждение образования
«Гомельский государственный
медицинский университет», 2004

Введение

В связи с широким применением антибиотиков во второй половине XX века во всем мире отмечается значительный рост грибковых заболеваний, которые поражают от 5 до 20% взрослого населения. (А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев, 2003).

В последнее время участились случаи тяжелых хронических воспалительных заболеваний гортани, которые трудно поддаются лечению, несмотря на комплексное применение самых современных средств и методов лечения.

При тщательном клиническом обследовании такой категории пациентов было выявлено именно микотическое поражение гортани, которое при несвоевременной диагностике, а, следовательно, и несвоевременной и неправильной тактике лечения приводит к тяжелым необратимым изменениям и осложнениям со стороны гортани и других органов и систем организма.

В связи с этим микозы гортани на сегодняшний день являются актуальной проблемой и требуют от врача тщательного подхода к пациенту, детального обследования и грамотной, четкой тактики лечения.

Основными возбудителями грибкового поражения гортани являются дрожжеподобные грибы рода *Candida* (90–95%), объединяющий 20 видов (Ю.А. Сергеев, Ю.В. Сергеев, 2003). У больных ларингомикозами, как правило, выделяют 8 различных видов возбудителей, среди которых чаще встречаются два: *S. albicans*, *S. tropicalis*. Реже, в 5–7% случаев, наблюдаются микозы гортани, вызванные грибами *Aspergillus*, *Penicillium*, *Mucor*, *Alternaria* и др.

В некоторых случаях поражение гортани обусловлено двумя и более возбудителями.

Практически все эти виды грибов являются сапрофитами, условно-патогенной микрофлорой, активизируются и становятся возбудителем заболевания при нарушении реактивности организма (И. В. Чумичева, 2003).

Развитие ларингомикоза провоцирует сахарный диабет, системные заболевания крови и ЖКТ, особенно дисбактериоз кишечника. Чаще ларингомикоз развивается на фоне хронических воспалительных процессов в гортани, так как воспалительный секрет и некроз тканей являются хорошим питательным материалом, способствующий развитию и размножению грибов. Нерациональная и длительная антибиотикотерапия, проводимая ранее при хроническом ларингите, также способствует развитию кандидоза, вследствие возникающего дисбактериоза, и активации устойчивых к антибиотикам микроорганизмов, в частности, грибной флоры.

Важное значение в развитии кандидоза гортани имеет аллергический фактор, лучевая терапия и профессиональные факторы. Развитию кандидоза способствует работа в условиях с повышенной влажностью, высокой температурой в помещении и сильной запыленностью.

Среди эндогенных факторов, изменяющих общую и местную реактивность организма, существенное значение имеют системные общие заболевания, последствия нарушений обмена веществ, авитаминозы и другие.

Кроме того, отрицательное влияние оказывают злокачественные новообразования, при которых нарушается баланс витаминов, углеводный и белковый обмен, страдает общая, в том числе антимикотическая резистентность организма. Нередко ларингомикоз развивается при длительном и неправильном применении глюкокортикоидов (бронхиальной астме).

В формировании патогенетических механизмов грибкового поражения гортани на первое место выступает перестройка иммунной реактивности — накопление и циркуляция в крови грибковых антител, которые обуславливают реакции немедленного и замедленного типа. Имеет значение и изменение клеточного иммунитета. Определенную роль здесь играет специфическая и неспецифическая сенсibilизация и аллергия.

Все это необходимо учитывать при лечении больных с грибковым заболеванием гортани.

Д И А Г Н О С Т И К А

Диагностика грибковых поражений гортани проводится, в основном, методами лабораторных исследований, которые применяются в микологии для выявления грибковой инфекции. Лабораторная диагностика микотических поражений гортани во многом зависит от правильного взятия материала для исследований, определяет их точность и качество.

У всех больных взятие на анализ патологического материала из гортани проводится под местной анестезией. Без анестезии невозможно произвести точное удаление патологического налета с определенного участка слизистой оболочки гортани. Анестезию следует осуществлять методом орошения слизистой оболочки гортани анестетиками, а не смазывания, поскольку при этом можно удалить именно то патологическое отделяемое, которое необходимо взять на микологическое исследование. Для лучшего осмотра больных и локального взятия патологического материала целесообразно применять методику микроларингоскопии, используя в этих целях операционный микроскоп. Взятие налета, пленок, корочек и другого патологического секрета проводится эндоларингиально гортанным кордесом. Чтобы не повредить слизистую оболочку гортани, целесообразно использовать маленькие кордесы с затупленными режущими плоскостями. В ряде случаев можно пользоваться кордесами с чашечкообразными концами.

Если для уточнения диагноза бывает необходима биопсия, то последняя проводится одновременно с забором материала для микологического исследования.

Лабораторные микологические исследования патологического отделяемого проводятся в двух направлениях:

- 1) микроскопическое исследование нативных и окрашенных препаратов;
- 2) метод посевов на различные питательные среды.

Окраска препаратов для микроскопического исследования проводится по Граму и синькой Леффлера. Лучше выявляются элементы грибов при окраске синькой Леффлера. При кандидозе гортани в препаратах во всех полях зрения видны группы почкующихся бластоспор и характерный псевдомицелий.

Получение культур на питательных средах не только уточняет диагноз, но и дает возможность точно определить вид гриба-возбудителя заболевания. Первоначальный посев производится на твердые среды Сабуро, которые являются элективными для роста грибов рода *Candida*. Культивирование грибов осуществляется в термостате 7–10 дней при температуре 30°C.

При диагностике кандидоза гортани выделение культуры грибов осуществляется и по другой методике.

Взятие патологического материала из гортани производится не только кордесом, но и стерильными ватными тампонами в трехкратном повторении. Одновременно аналогичным способом забирается материал с пограничных областей (задней стенки ротоглотки, корня языка). Сразу же после взятия отделяемого из очага поражения методом тампона делается посев на жидкую среду Сабуро. В эту среду, для подавления бактериальной флоры и получения чистых культур грибов, добавляется антибиотик тетраолеан (200 ед. на 1 мл среды). Посевы оставляются в термостате при температуре 30° и, через 24 часа, производится их пересев на плотную среду Сабуро или на сусло-агар. Дальнейшее культивирование грибов продолжается в термостате еще 7 дней.

Уже на 2–3-е сутки грибы рода *Candida* дают характерный рост: колонии округлые, белые или беловато-серые, поверхность их выпуклая, гладкая и блестящая.

Лабораторные микологические исследования от одного больного проводятся несколько раз. Доказательными, подтверждающими грибковую природу заболевания, являются повторные закономерные выделения грибов рода *Candida* из очага поражения.

Важно, при диагностике кандидозов, производить и количественный учет выросших колоний грибов рода *Candida*. В диагностике кандидозов особенно важное значение имеет большая обсеменность грибами. Для количественного учета выросших колоний грибов рода *Candida* лучше всего использовать методику Л.Г. Кузьмина (1972) и М.М. Руденко (1973). При этом количественный учет производится следующим образом: патологический секрет из гортани, взятый стерильным ватным тампоном, помещается в пробирку, содержащую 1 мл жидкой среды Сабуро. Затем из этих 1 мл берут 0,1 мл и пересевают в чашку Петри с твердой средой Сабуро. Показателем количественного учета является количество колоний в 1 мл среды. Для получения этого показателя, число колоний *Candida*, выросших на чашке Петри, умножается на 10. У большинства больных, при кандидозе гортани, при правильной методике взятия на посев материала бывает сплошной рост гриба *Candida*, т.е. 10 000 колоний в 1 мл. Единичный рост (что равняется 150—300 колониям в 1 мл) большого диагностического значения не имеет. Диагностика кандидоза в этом случае может быть обоснована только в комплексе с другими методами исследования.

Наибольшей патогенностью обладает вид *Candida albicans*, который является возбудителем заболевания у 70% больных кандидозом гортани. Однако возбудителями заболевания могут быть и другие виды *Candida*: *C. intermedia*, *C. stellatoidea*, *C. pelliculosis*, *C. tropicalis*, *C. krusei* и др.

При диагностике грибковых поражений гортани важное место приобретают и гистологические исследования. Для выявления грибковых элементов в тканях следует использовать специальные окраски. При этом окраска по Граму-Вейгерту лучше выявляет споры грибов, а гистохимическая окраска реактивом Шифа — мицелий и псевдомицелий. Реакция тканей при микозах гортани может быть самой разнообразной, но чаще наблюдаются явления гиперкератоза. У ряда больных отмечаются выраженные изменения в эпителии в виде пролиферации, гипертрофии и атипии клеток.

Важное значение в уточнении диагноза грибковых поражений гортани, имеют ответные реакции организма на грибковую инфекцию. Иммунодиагностика грибковых поражений гортани основывается на различных серологических реакциях.

Наиболее результативными при кандидозах гортани являются реакции агглютинации, преципитации методом встречной диффузии в агаровом геле и иммунофлуоресценции с антигенами грибов рода Кандида.

Особенно высокой чувствительностью и специфичностью обладает реакция иммунофлуоресценции. Это объясняется тем, что при хронических кандидозах гортани наблюдается большая концентрация флуоресцирующих антител в сыворотке крови больных, что обуславливает положительные и резкоположительные результаты этой реакции.

Реакции агглютинации и преципитации ставятся по методикам принятым в микробиологической практике.

Люминесцентная диагностика, (в частности реакция иммунофлуоресценции — РИФ), проводится следующим образом: взвесь гриба Кандида необходимо развести физиологическим раствором таким образом, чтобы в темном поле зрения микроскопа было 15 клеток гриба. Люминесцирующую сыворотку против глобулинов человека следует титровать на сыворотке крови больных кандидозом гортани. Антиген наносят на предметные стекла и высушивают. Затем, на препараты с антигеном, наносят неинaktivированную сыворотку в разведении 1:80 и инкубируют во влажной камере, после чего добавляют люминесцирующую сыворотку против глобулинов человека. В третьей фазе реакции препараты обрабатываются синькой Эванса. После промывания и высушивания препараты монтируют для люминесцентной микроскопии, которая осуществляется ртутно-кварцевой лампой ДРТ-250. Количество противокандидозных антител определяют по степени свечения ободка.

В целом, серологические реакции, несмотря на их безусловную значимость при диагностике кандидозов гортани, не могут являться единственными диагностическими критериями и должны оцениваться в комплексе с другими клинико-лабораторными исследованиями.

У больных с кандидозом гортани имеется аллергия грибами. Специфичность аллергической перестройки организма может быть использована при диагностике заболевания. Аллергологическими тестами являются кожные реакции и реакция лейкоцитолита с кандидозными аллергенами. При постановке внутрикожных проб со специфическим аллергеном они бывают положительны при кандидозе гортани у 80–85% больных.

Реакция лейкоцитолита проводится по обычной лабораторной методике с использованием аллергена из грибов рода *Candida*. Оценивается эта реакция по количеству деформированных лейкоцитов крови по отношению к 100 лейкоцитам в препарате и обозначается в процентах. Деформация лейкоцитов (преимущественно нейтрофилов) под воздействием специфического кандидозного аллергена выражается в набухании цитоплазмы, разрыве оболочки клетки, выходе из нее цитоплазмы, а в ряде случаев и в распаде ядер. Деформация единичных лейкоцитов может наблюдаться в мазках крови и у здоровых людей. В силу этого, положительной реакция лейкоцитолита считается только тогда, когда процент деформации лейкоцитов превышает 10.

Положительной реакция лейкоцитолита при кандидозе гортани от 11 до 34% деформации лейкоцитов бывает у 70% больных.

Таким образом, реакции лейкоцитолита и внутрикожная аллергическая проба с грибковыми аллергенами при кандидозе гортани являются показателями грибковой аллергии, выявляют специфичность аллергической перестройки организма и могут служить дополнительными тестами при диагностике кандидоза, а также назначении лечения.

Иммунологическая диагностика основана на обнаружении антигенов возбудителя в крови. Серологическая диагностика — разновидность иммунологической диагностики, позволяющая обнаружить в крови антитела к компонентам клетки возбудителя. Особенностью иммунологических методов диагностики является то, что серийные наборы антител или антигенных диагностикомов разработаны только для нескольких, наиболее распространенных возбудителей (кандидоза, аспергиллеза, диформных грибов).

К недостаткам методов иммунодиагностики относят недостаточную чувствительность и специфичность. Однако с помощью иммунодиагностики удается проследивать эффективность лечения по снижению титров (А.Ю. Сергеев, Ю.В. Сергеев, 2003 г.).

К Л И Н И К А

Микотическое поражение гортани бывает как острым, так и хроническим. При остром поражении гортани процесс отмечается, как правило, распространенным с поражением полости рта и глотки, при хроническом — процесс локализуется в пределах гортани.

По клинико-морфологической картине кандидозные ларингиты делятся на три основные формы: катарально-пленчатая, инфильтративная, эрозивно-язвенная.

Клиническая картина кандидоза гортани разнообразна и определяется не столько разновидностью гриба, вызвавшего заболевание, сколько общей и антимикотической активностью организма.

Клиника кандидоза, пенициллиоза и аспергиллеза практически идентична (М.Р. Богомильский, В.Р. Чистякова, 2001).

Симптомы заболевания во многом обусловлены локализацией процесса, стадией и клинической формой поражения. В начальных стадиях и ограниченных поверхностных процессах грибковое заболевание в гортани иногда может протекать бессимптомно.

Наиболее частыми симптомами заболевания в различных сочетаниях (в зависимости от локализации процесса в гортани и тяжести его) являются охриплость, болезненные ощущения при глотании, спонтанная боль в области гортани, одышка, кашель. Часть больных отмечают ощущение инородного тела, першение, жжение, покалывание в области гортани и периодически мучительный зуд в горле. Характерно, что последний симптом не наблюдается при других патологических процессах в гортани.

У больных кандидозом гортани наблюдается различная степень охриплости: от небольшого изменения голоса до афонии. При кандидозе охриплость отличается от охриплости при воспалительных процессах другой этиологии тем, что она обычно бывает прогрессирующей и носит постоянный характер.

У больных с локализацией в области надгортанника основной жалобой является боль при глотании, а у части больных и спонтанные боли. Вообще спонтанные боли специфичны для грибковых поражений гортани. Ощущение инородного тела и жжение в области гортани сочетается с першением, саднением.

У определенного процента больных кандидомикозом гортани наблюдается сильный периодический кашель, сопровождающийся выделением мокроты с корками и пленками различной окраски. Чаще они бывают белыми или желтыми и имеют резкий запах.

У больных с катарально-пленчатой формой при непрямой ларингоскопии отмечается гиперемия слизистой оболочки гортани, утолщение отдельных ее участков с белесовато-серым налетом в виде пленок или очажков. Все эти проявления стойко сохраняются с тенденцией к прогрессированию при лечении традиционными консервативными методами. На слизистой оболочке просматриваются множественные серовато-белые налеты неправильной формы, располагающиеся чаще всего на голосовых складках, в области межчерпаловидного пространства, вестибулярных складках и снимающиеся с трудом. После их удаления в некоторых случаях остается эрозированная поверхность.

При поверхностном микозе определяется нерезко выраженная гиперемия слизистой оболочки с небольшими участками полупрозрачных или плотных пикообразных налетов сероватого или белого цвета. Налеты снимаются легко, обнажая гладкую, гиперемированную слизистую оболочку. В ряде случаев налеты могут сливаться и уплотняться. После их удаления обнажается слизистая оболочка, кровоточащая при малейшем повреждении, что очень напоминает поражение при дифтерии.

При инфильтративной форме гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки напоминает опухолевидное образование в виде сосочков, узлов или бугорков и чаще всего локализуется процесс в области голосовых, вестибулярных складок, межчерпаловидном пространстве и грушевидном синусе.

При язвенно-пленчатой форме процесс, как правило, локализуется на инфильтрированных, бугристых участках. Участки изъязвления прикрыты налетами и отделяемым белесоватого цвета.

Клиническая картина у этих больных имеет сходство с клиникой злокачественного новообразования, которое необходимо исключать при гистологическом исследовании биопсийного материала.

При микроларингоскопическом исследовании у всех больных с инфилтративной формой заболевания пораженная поверхность слизистой оболочки бывает неровной, мелко или крупно-бугристой.

Характерных рентгенологических признаков для кандидоза гортани не имеется. Рентгенологическая картина при этом аналогична таковой при хроническом гиперпластическом ларингите.

Регионарные лимфатические узлы увеличиваются незначительно и мало болезненны.

Таким образом, при дифференциальной диагностике кандидозов гортани, следует учитывать клинические признаки, отличающие их от хронических ларингитов бактериальной природы.

Л Е Ч Е Н И Е

Для лечения ларингомикоза применяется комплексный метод, который основывается на 4 принципах:

1. Общее и местное использование современных противогрибковых препаратов (при этом отменяют ранее применявшиеся антибиотики).

2. Нормализация химических процессов в кишечнике:

а) борьба с условно-патогенной флорой с помощью диеты (продукты с бактерицидным действием).

б) прием бактериальных препаратов, содержащих живые культуры (бифидумбактерин, лактобактерин).

в) повышение неспецифических защитных реакций организма, способствующих формированию здоровой микрофлоры, для этого в комплексной терапии кандидоза от 3 недель до 3 месяцев используют эубиотики (бактисубтил, линекс).

3. Коррекция нарушений интерферонового статуса.

В качестве заместительной интерфероновой терапии используется комплексный препарат виферон, содержащий рекомбинантный L-2 — интерферон — реаферон, а также антиоксидантные и мембраностабилизирующие компоненты. Препарат назначается по 1 свече 2 раза в день с интервалом в 12 часов ежедневно в течение 30 дней, а затем в той же дозировке 2 раза в день 3 раза в неделю на протяжении 2–3 месяцев. По окончании лечения проводится контроль интерферонового статуса (И.В. Чумичева, 2003).

4. Повторение курсов лечения под контролем микотических исследований.

В большинстве случаев лечение ларингомикоза начинают с назначения местной терапии, а затем при необходимости, подключают системную терапию производными азолов: флюконазол (дифлюкан, флюминол) по 100 мг в сутки, кетоконазол (низарал) по 200 мг в сутки. При этом системные препараты принимают в течение 1–3 недель от одного до трех курсов (L.L. Pattor et al., 2001). Антимикотическое действие этих препаратов основано на нарушении синтеза эргостерина (микостатическое) или связывание его (микоцидное) с эргостерином — основным компонентом клеточных мембран грибов.

Препараты для местной этиотропной терапии делятся на антисептики и антимикотики. Продолжительность лечения острых форм местными антимикотиками

составляет обычно 2–3 недели, антисептиками — несколько больше. Лечение проводят до полного исчезновения клинических симптомов, а затем продолжают еще в течение недели (H.S. Tietz, 2002). Местные антисептики рекомендуется чередовать каждую неделю. Более эффективные современные антисептики — 0,12% хлоргексидина биглюконата или 0,1% раствора гексетидина, который выпускается также в виде аэрозоля. Аэрозоль распыляют в течение 1–2 секунд. В отличие от полосканий с антимикотиками, растворы антисептиков нельзя глотать.

Наряду с перечисленными противогрибковыми препаратами при микозах гортани целесообразно использовать йодистые вещества. Они обладают очень низкой противогрибковой активностью, но способствуют лучшему отторжению патологического отделяемого со слизистой оболочки гортани. Поэтому йодистые препараты применяются в комплексе с другими перечисленными выше противогрибковыми лекарственными средствами. Из йодистых препаратов при кандидозе гортани можно использовать 10–20% настойку йода (применяется в возрастающих дозировках от 5 до 20 капель в молоко 3 раза в день в течение 6–8 недель) или 3% раствор йодистого калия (по одной столовой ложке 3 раза в день в молоко).

Антимикотики — полиеновые антибиотики (нистатин, леворин, амфотерицин, натамицин) и имидазольные производные (флуконазол, кетоконазол, клотримазол) — назначают в виде растворов, аэрозолей, капель, обычных и жевательных таблеток. Необходимо объяснять больному, что любой препарат для местного лечения должен, как можно дольше оставаться в полости рта.

Полиеновые антибиотики нистатин и леворин обладают выраженным противогрибковым действием в отношении грибов рода *Candida*. Доза этих препаратов зависит от длительности и распространенности грибкового процесса и колеблется от 2 млн до 4 млн ЕД в сутки.

Первый курс лечения проводится в течение 3 недель и затем, после 10–12 дневного перерыва проводится повторный курс в течение 2 недель. Дальнейшие курсы терапии назначаются в зависимости от эффективности проведенного лечения, которая оценивается как клинически, так и по данным микологического обследования.

В случае одинаковой противогрибковой активности антибиотиков нистатина и леворина, проверяемой *in vitro*, предпочтительнее использовать нистатин, т.к. он легче переносится больными и даже в больших дозировках может вызвать лишь небольшие диспептические явления. Леворин же имеет много противопоказаний к его назначению (заболевания печени, почек), он чаще вызывает аллергические реакции.

Таблетки нистатина и леворина следует разжевывать и долго держать кашицу во рту. При быстром проглатывании они не оказывают никакого действия на микотический процесс в глотке и гортани, т.к. не всасываются через кишечную стенку.

Также при отсутствии эффекта от применения нистатина и леворина может быть использован препарат микогептин, который назначается внутрь по 500000 ЕД 2 раза в сутки в течение 2 недель. В случае хорошей переносимости препарата подобный курс лечения повторяется через 2 недели.

Одним из эффективных препаратов при кандидозе в настоящее время является амфотерицин В и его производные. Однако препарат токсичен, он может вызвать головную боль, тошноту, рвоту, иногда нарушается функция почек, в связи с чем наблюдаются азотемии. Поэтому он применяется, как правило, при глубоких микозах, а также при кандидозе гортани с упорным течением процесса и отсутствии эффекта от ранее примененного противогрибкового лечения.

Для общего лечения используется препарат амфотерицина — амфоглюкамин. Разовая его доза — 200000 ЕД, дается 2 раза в сутки в течение 10 дней и после 10–12 дневного перерыва повторяется аналогичный курс.

При распространенном кандидозе глотки, гортани, не рекомендуют проведение оперативных вмешательств в глотке и гортани, промывание лакун миндалин, УВЧ- и СВЧ-терапию, паровые ингаляции, компрессы на шею, а также использование антибиотиков пенициллинового и тетрациклинового ряда.

Спецификой лечения грибковых поражений гортани является широкое использование ингаляционного метода для введения лекарственных препаратов в организм больного. Эффективность аэрозольного метода при заболеваниях гортани обуславливается во многом тем, что лекарственное вещество непосредственно воздействует на очаг заболевания, поскольку создается более высокая концентрация препаратов в месте поражения.

Имеются предварительные сообщения об эффективности топического нестероидного препарата бензидамина, выпускаемого в виде спрея и раствора для полоскания. Он обладает противовоспалительным и местноанестезирующим действием, способствует эпителизации. Орошение бензидамином проводят 6 раз в день за час до еды или через час после еды (И.П. Петрова, А.И. Машенко, 2002).

Тем больным, у которых в гортани имеются трудноотторгающийся патологический секрет (пленки, корки), препятствующий непосредственному воздействию лекарственного препарата на микотический очаг, следует перед ингаляцией механически удалить его. Удаление корок и пленок необходимо производить эндоларингеально под местной анестезией кордесами с острыми или затупленными концами. Ингаляции проводятся на следующий день после удаления отделяемого.

Для ингаляций целесообразно использовать амфотерицин В (который при местном применении значительно менее токсичен), амфоглюкамин или водорастворимую форму натриевой соли леворина. Для ингаляций применяется свежеприготовленный раствор амфотерицина В из расчета 250000 ЕД на 15 мл 5% раствора глюкозы. Ингаляции проводятся в течение 20-ти минут 1 раз в день, длительность курса при хорошей переносимости препарата — 12–15 процедур. Контроль мочи и крови на остаточный азот обязателен. Повторный курс лечения проводится через месяц.

Для уменьшения выраженности побочных явлений амфотерицина В ингаляции больным необходимо проводить на фоне лечения антигистаминными препаратами (супрастин, тавегил, диазолин) по 1 таблетке 3 раза в день во время всего курса лечения.

Раствор натриевой соли леворина для ингаляции готовится в концентрации препарата 200000 ЕД на 5 мл дистиллированной воды, при этом температура ингалируемого раствора не должна превышать 25°. Проводятся ингаляции 1–2 раза в сутки. Первоначальный курс лечения 12–15 процедур аэрозольтерапии. Повторный курс лечения проводится через месяц.

Ингаляции амфоглюкамином проводят один раз в сутки. На курс лечения 15–20 ингаляций. Разовая доза 100 000 ЕД. Ингаляции амфоглюкамина проводят медленно в течение 20–30 минут. Чтобы избежать тошноты, ингаляции следует делать спустя 1–1,5 часа после еды.

Комплексная терапия при кандидозе гортани дает наилучший эффект.

После лечения необходимо обязательное проведение повторных лабораторных исследований для уточнения обсеменности слизистой оболочки грибами.

Выработаны следующие рекомендации по профилактике фаринголарингеального кандидомикоза:

1. Длительность курсов антибиотикотерапии должна быть достаточной для элиминации бактериального возбудителя, но не более.

2. Не следует профилактически назначать антибиотики, в частности, при респираторных вирусных инфекциях.

3. При назначении повторных курсов антибиотикотерапии показано обязательное проведение сопутствующей противогрибковой терапии.

4. Необходим контроль за состоянием слизистой оболочки ротоглотки при лечении местными и системными кортикостероидами.

5. Следует тщательно после каждого приема пищи полоскать рот кипяченой водой, 2–3% раствором пищевой соды, слабым раствором марганцево-кислого калия, а также чистить зубы пастами, содержащими противомикробные добавки.

Необходимо своевременно проводить лечение кариеса, периодонтита, хронического тонзиллита и других заболеваний полости рта и глотки.