

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК*

## **ДИФУЗНИЙ ЗОВНІШНІЙ ОТИТ** *Повідомлення I*

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

Запальні процеси у зовнішньому вусі – досить розповсюджена патологія (С.М. Пухлик и соавт., 1994). Захворювання зовнішнього вуха складають 17-23% від всіх уражень вуха (Б.А. Шапаренко и соавт., 1983).

Запалення зовнішнього вуха, за даними О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченка (1989), становлять за показниками звертання пацієнтів до лікаря біля 21% від іншої патології запального генезу цієї локалізації. Їх питома вага по відношенню до запальних захворювань середнього вуха – 12,6% (Г.Л. Баляси-нская, А.В. Орлов, 2000).

Всі запальні процеси в ділянці шкіри зовнішнього слухового ходу мають загальну назву „зовнішній отит”, вона об’єднує різноманітні шкірні захворювання (В.Я. Кунельская, 1964). О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко (1989) виділили бактеріальні зовнішні отити (гострий обмежений, гострий дифузний, хронічний дифузний), специфічні (туберкульозний, сифілітичний), грибковий зовнішній отит (отомікоз), вірусний (бульозно-геморагічний). Б.О. Шапаренко і співавтори (1983) розрізняють обмежений і дифузний зовнішній отит, гострий зовнішній бульозно-геморагічний післягрипозний отит, отомікози. Серед різних видів запальних захворювань зовнішнього слухового ходу В.Л. Каневський (1962) відмічає два: 1) обмежене запалення фолікулів (фурункул) зовнішнього слухового ходу; 2) розлите запалення зовнішнього слухового ходу.

При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт про дифузний зовнішній отит, 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 та ін.). В цьому повідомленні ми описуємо загальні відомості, етіологію, клінічні прояви, діагностику та диференціальну діагностику дифузного зовнішнього отиту. Що стосується лікування, ускладнень, рецидивів, прогнозу, профілактики, то ці питання будуть предметом обговорення в окремому повідомленні.

**Загальні відомості.** Серед патологій зовнішнього вуха дифузний зовнішній отит зустрічається досить часто. А.А. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) на 39 випадків рецидивуючого зовнішнього отиту у робітників промислових підприємств в 31 виявили дифузний зовнішній отит і в 8 – обмежений. С.Н. Плохих (1989) у гірників в 80% випадків спостерігав дифузний зовнішній отит, в 20% – обмежений. Серед хворих з зовнішнім отитом дифузний процес виявили: А.Я. Радченко і Л.Н. Данилов (1978) – у 47 із 125, Л.Н. Данилов (1974) – у 49 із 147, В.Ф. Гудін (1971) – у 60 із 112, І.А. Тихомирова і С.В. Рязанцев (2005) – у 12 з 20 осіб.

Дифузний зовнішній отит розподіляється на гострий і хронічний (В.Л. Каневський, 1962; И.М. Попко и соавт., 1988; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1989; В.В. Сунцов, 1991; С.М. Пухлик и соавт., 1994; М.П. Николаев и соавт., 2005). Зустрічається він переважно у вигляді гострого процесу (И.С. Соколов, 1973; И.М. Попко и соавт., 1988). За даними Й.М. Попка і співавторів (1988), з 63 хворих на дифузний зовнішній отит у 41 він був гострим і у 22 – хронічним. Виділяється ще підгострий (В.Я. Кунельская, 1964) і затяжний дифузний зовнішній отит (Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994)

Дифузний зовнішній отит може бути однобічним і двобічним (В.Я. Кунельская, 1964; В.Д. Кривов, 1965; С.Ф. Лапов, 1966; А.М. Ольховский, 1973; С.Н. Плохих, 1989), але частіше однобічним (В.Я. Кунельская, 1964; В.Д. Кривов, 1965; А.М. Ольховский, 1973). Так, за даними А.М. Ольховського (1973), з 21 пацієнта з дифузним гострим зовнішнім отитом однобічне ураження було у 15, двобічне – у 6. К.Д. Міразізов і Ш.М. Мухітдінов (1983) однобічний процес виявили у 14, двобічний – у 6 з 20 осіб. За спостереженнями В.Д. Кривова (1965), серед 100 хворих на зовнішній отит у 12 мало місце двобічне ураження, у інших 88 – однобічне. С.Н. Плохих (1989) однобічний дифузний зовнішній отит зареєстрував у 62% гірників.

Дифузний зовнішній отит описується і під іншими назвами: „розлите запалення зовнішнього слухового ходу” (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; В.Н. Присич, 1973, 1975; И.С. Соколов, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978); „дифузне запалення зовнішнього слухового ходу” (Э. Шиманский, 1899, 1899; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005); „зовнішній дифузний отит” (Л.К. Чулаевская, 1999); „розповсюджений зовнішній отит” (О. Кіцера, 1996). Але більшість авторів (К.Д. Міразізов, Ш.М. Мухітдінов, 1983; Е.А. Евдощенко, А.Т. Шевченко, 1984; П.В. Ковалик, Ю.М. Андрейчин, 1998; Ю.М. Андрейчин і співавт., 2001, та ін.) дотримуються назви „дифузний зовнішній отит”. Ми також користуємося даним терміном. Дифузний зовнішній отит може бути первинним і вторинним (В.Л. Каневский, 1962). Первинний спостерігається рідше, вторинний – частіше.

С.М. Пухлік і співавтори (1994) виділяють бактеріальний, грибковий і вірусний дифузний зовнішній отит, В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978), а також Г.Л. Балясінська і А.В. Орлов (2000) – бактеріальний, грибковий і грибково-бактеріальний (змішаний), причому бактеріальний зустрічається частіше, ніж грибковий і змішаний. За даними Г.Л. Балясінської і А.В. Орлова (2000), у дітей із зовнішнім отитом патологія бактеріального генезу відмічена в 56,6%

випадків, грибкового – в 28%, в решті – 15,4% вона була змішаною.

**Етіологія.** Виникненню дифузного зовнішнього отиту сприяють різні ендогенні і екзогенні чинники (А.К. Чаргейшвили, 1960). Вони можуть бути місцевими (ніжність шкірних покривів слухового ходу, вузькість слухового ходу, що сприяють застою гнійних виділень і мацерації шкіри; перехід запального процесу з сусідніх ділянок при екземі, бешихвому запаленні) (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977) і загальними (гіпо- і авітаміноз, алергія, туберкульоз, цукровий діабет та ін.) (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; С.А. Хасанов, 1981; О.Н. Яковлев, А.П. Случанко, 1995; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004).

Первинний дифузний зовнішній отит виникає при проникненні в шкіру зовнішнього слухового ходу патогенних мікроорганізмів. Встановлено (Б.А. Шапаренко и соавт., 1983; А.А. Ланцов и соавт., 1994), що носійство стафілокока на здоровій шкірі зовнішнього слухового ходу зустрічається у 100% людей, при цьому патогенні його штами знаходяться у 70% з них. У вмісті зовнішніх слухових ходів при дифузному зовнішньому отиті виявляються стафілокок, стрептокок, кишкова та синьогнійна паличка, гриби, протей, *V. pseudomonas* (К.Д. Міразізов, Ш.М. Мухітдінов, 1983; Б.А. Шапаренко и соавт., 1983; С.Н. Плохих, 1989; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995; Г.Л. Балясінська, А.В. Орлов, 2000; Joachims et al., 1988, та ін.). Для життєдіяльності мікроорганізмів у зовнішньому слуховому ході створені ідеальні умови завдяки анатомо-фізіологічним особливостям його розташування і стійкому мікроклімату в ньому (Л.К. Чулаевская, 1999).

У хворих на дифузний зовнішній отит найчастіше із вмісту зовнішніх слухових ходів виділяються стафілокок (В.Ф. Гудин, 1971; Л.Н. Данилов, 1974; Б.А. Шапаренко и соавт., 1983; В.В. Сунцов, 1991; А.А. Ланцов и соавт., 1994; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочный, 1994; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995, та ін.) і стрептокок (В.Ф. Гудин, 1971; Л.Н. Данилов, 1974; В.Н. Присич, 1975; К.Д. Міразізов, Ш.М. Мухітдінов, 1983). Отже, ці мікроорганізми являються най-

більш частою причиною дифузного зовнішнього отиту. Рідше спостерігається інша мікробна флора: протей, кишкова та синьогнійна паличка, ентерокок, гриби, *V. pseudomonas* (К.Д. Миразізов, Ш.М. Мухитдінов, 1983; В.В. Сунцов, 1991; Н.Б. Сонник, С.Б. Безшапочний, 1994; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995, та ін.). Так, А.Я. Радченко і Л.Н. Данилов (1978) у 46% пацієнтів знайшли золотистий стафілокок, у 38% – негемолітичний стрептокок і у 16% гемолітичний стрептокок. К.Д. Миразізов і Ш.М. Мухитдінов (1983) провели бактеріологічне дослідження у 19 хворих на гострий дифузний зовнішній отит і виявили золотистий стафілокок у 3 осіб, зеленявий стрептокок – у 8, лимонно-жовтий стафілокок – у 2, синьогнійну паличку – у 2, вульгарний протей – у 3, ентерокок – у 1. За даними С.Н. Плохих (1989), у 26% гірників із зовнішнім отитом відмічено золотистий стафілокок, синьогнійна паличка – у 14%, гриби *Candida albicans* – у 8%, епідермальний стафілокок – у 2%, кишкова паличка – у 10%. Т.А. Кислюк і співавтори (2005) у 10% обстежених виділили стафілокок, у 33% – *Escherichia coli* та *Candida albicans*, у 7% – *Aspergillus niger*, у 23% – *Proteus vulgaris*. Л.Н. Данилов (1974) серед хворих на зовнішній отит у 32% знайшов золотистий стафілокок, у 26% – негемолітичний стрептокок, у 14% – гемолітичний стрептокок. Н.Б. Сонник і С.Б. Безшапочний (1994) при бактеріологічному обстеженні 30 осіб з затяжним дифузним зовнішнім отитом у 18 (70%) виявили стафілокок, у 12 (30%) – грибкову мікрофлору. За даними С.Е. Яремчук і О.Г. Вольської (2003), гриби роду *Candida* при хронічному зовнішньому отиті складають біля 30%. Я.В. Хижня (2005) вивчав роль мікробної та грибкової флори в розвитку зовнішнього отиту у 84 пацієнтів. При цьому із вмісту зовнішнього слухового ходу були висіяні різноманітні мікроорганізми: *Staphylococcus aureus* – в 15 випадках, *Staphylococcus epidermidis* – в 4, *Streptococcus haemolyticus* – в 5, *Streptococcus pneumoniae* – в 5, *Proteus mirabilis* – в 3, *Citobacter freundii* – в 2, *Klebsiella pneumoniae* – в 4, *Candida* – в 19, *Aspergillus niger* – в 5, *Penicillium* – в 4. В 18 спостереженнях посів був стерильним, в 28 – виділені асоціації мікробної флори. Звідси

автор робить висновок, що важливу роль у розвитку зовнішніх отитів відіграє грибкова флора, в переважній більшості – гриби роду *Candida*.

О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) у вмісті зовнішнього слухового ходу в хворих на зовнішній отит виявили мікробні асоціації, частіше – золотистий стафілокок, *V. pseudomonas* і протей. Як свідчать результати досліджень мікрофлори при запальних захворюваннях зовнішнього вуха, в основному представлені бактеріально-бактеріальні і бактеріально-грибкові асоціації (М.П. Николаев и соавт., 2005).

Описані випадки розвитку зовнішнього отиту, викликаного фузоспірильозною інфекцією (вінцентівський зовнішній отит) (Н.В. Великорусова, 1928; С.К. Бернштейн, 1930).

У виникненні дифузного зовнішнього отиту важливе значення має сенсibilізація організму до тих чи інших алергенів (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981; О. Кіцера, 1996; С.Н. Хечинашвили, 1997; Kent, Jones, 1988, та ін.), в тому числі і до лікарських препаратів (Rasmussen, 1974; Kent, Jones, 1988). В ряді випадків відіграє роль сенсibilізація організму до тих чи інших збудників, тривала антибіотикотерапія (В.Д. Драгомирецький, 1999). У хворих може виникати дерматит на інших ділянках шкіри (В.Д. Драгомирецький, 1999). Дифузний зовнішній отит іноді має виражений алергічний компонент (С.Н. Хечинашвили, 1997). За даними В.Д. Кривова (1965), із 100 хворих на зовнішній отит алергічний компонент був знайдений у 12. Rasmussen (1974) обстежив 98 осіб із зовнішнім отитом і у 34 з них (35%) виявив шкірну алергію. В.А. Гридньов (1967) описав випадок алергічного зовнішнього отиту у жінки, 40 років, викликаного двома алергенами (капрон і трійний порошок). Разом з тим Jones і Norman (1958) при дослідженні біопсійного матеріалу з 20 пацієнтів із зовнішнім отитом тільки у 2 знайшли еозинофілію, що вказувала на алергічну природу захворювання. У всіх інших випадках отримана картина банального запального процесу інфекційної етіології. Нерідко дифузний зовнішній отит виникає у дітей на тлі алергічних і ендокринних захворювань та з порушення-

ми процесу харчування і обміну речовин (А.А. Лайко, 1998). Ексудативний діатез, гостра і хронічна екзема також є причиною захворювання (А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Сприяють розвитку дифузного зовнішнього отиту, крім екземи, інші хронічні дерматологічні захворювання: псоріаз, себорейний дерматит, вугри (акне) (І.А. Тихомирова, С.В. Рязанцев, 2005).

Дифузний зовнішній отит нерідко виникає при цукровому діабеті (С.А. Хасанов, 1981; С.А. Хасанов, С.Ю. Бабаджанова, 1986; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1994; О.Н. Яковлев, А.П. Случанко, 1995; С.Э. Яремчук, О.Г. Вольская, 2003). О.Н. Яковлев і А.П. Случанко (1995) обстежили 960 хворих на цукровий діабет I, II типу і у 44 з них виявили дифузний зовнішній отит. О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1994) у 70 з 90 пацієнтів з різними формами зовнішнього отиту виявили дифузний зовнішній отит на фоні цукрового діабету. Сприяючими факторами в його розвитку, за І.А. Тихомировою і С.В. Рязанцевим (2005), є зволоження (купання, перспірація, висока вологість повітря); вода, заражена бактеріями; висока температура оточуючого середовища.

Частими причинами дифузного зовнішнього отиту являються хронічні захворювання, імунодефіцитний стан, гормональні і обмінні порушення (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.К. Чулаевская, 1999; Я.В. Хижня, 2005). Відіграє роль також зміна нормальної рН зі схильністю до лужної (А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Fabricant (1957) при дослідженні рН шкіри зовнішнього слухового ходу у всіх 11 хворих на зовнішній отит знайшов збільшення рН.

Вторинний дифузний зовнішній отит зустрічається при гнійних процесах в середньому вусі, ушкодженнях, опіках, бешиховому запаленні зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; В.Н. Присич, 1975). Він виникає в результаті проникнення в шкіру і підшкірний шар стрептококів, стафілококів, пневмококів, синьогнійних чи дифтерійних паличок, а також грибів (А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999), чому сприяють дрібні травматичні ушкодження шкіри під час маніпулювання пацієнтами у

вусі (А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1977; О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999), мацерація шкіри зовнішнього слухового ходу під час роботи в умовах підвищеної вологості (О. Кіцера, 1996). Крім того, мацерація шкіри при хімічних і термічних опіках також сприяє проникненню в неї гноєрідних та інших мікроорганізмів (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999). Серед хімічних факторів цьому сприяють хімічні опіки кислотою чи лугом, перекис водню, фенол, мильна вода та ін. (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973). Вирішальне значення у виникненні дифузного зовнішнього отиту у шахтарів має попадання у зовнішній слуховий хід водних розчинів господарського мила, травма залізорудним пилом при митті (И.С. Соколов, 1973). Термічне ураження викликається як високою, так і низькою температурою (А.К. Чаргейшвили, 1960). Сприяючими факторами є також подразнення слухового ходу виділеннями при гнійному середньому отиті, невміле промивання слухового ходу при сірчаному корку, сторонні тіла у слуховому ході, які розташовані далеко в ньому (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). І.А. Тихомирова і С.В. Рязанцев (2005) до сприяючих факторів в розвитку дифузного зовнішнього отиту відносять механічне видалення сірки і сірчаних корків, сторонні тіла (ватні палички, вушні вкладки, беруші), травми слухового ходу.

Дифузний зовнішній отит при хронічному гнійному запаленні середнього вуха зустрічається досить часто (В.Л. Радина, 1962; Я.В. Алексахин, 1965; В.Н. Присич, 1973, 1975). Так, за даними В.Л. Радіної (1962), у 29 хворих на дифузний зовнішній отит було супутнє хронічне гнійне запалення середнього вуха. Я.В. Алексахин (1965) із 78 обстежених з дифузним зовнішнім отитом у 7 відмітив супутній хронічний гнійний середній отит. Розвитку запальних процесів сприяє також дія різноманітних подразників, в тому числі часте вливання у зовнішній слуховий хід лікарських або ток-

сичних речокін і навіть попадання звичайної води (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). В ряді випадків дифузний зовнішній отит виникає у осіб, які користуються індивідуальними вушними вкладками до слухових апаратів (Т.А. Кислощук і співавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005). Так, за даними Т.А. Кислощук і співавтори (2005), 10% дітей, які користуються слуховими апаратами, не можуть застосовувати індивідуальні вкладки через розвиток зовнішнього отиту.

**Клінічні прояви.** При гострій формі дифузного зовнішнього отиту хворі скаржаться на біль, свербіння, печію у зовнішньому слуховому ході, відчуття закладання, невелике зниження слуху, патологічні виділення з вуха, іноді з неприємним запахом (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004; Г.И. Гарюк, 2004, та ін.). Захворювання починається з болю у вусі (О. Кіцера, 1996), проте він не досягає такого ступеня, як при обмеженому зовнішньому отиті (Л.А. Зарицький, 1974; О. Кіцера, 1996). В більшості випадків біль у вусі незначний, часто виникає в нічний час (И.С. Соколов, 1973), однак іноді буває різким (И.З. Рескин, 1961; Mc Laurin, 1949). Біль посилюється при натискуванні на вушну раковину (А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004). Натискування на козелок викликає невеликий біль (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973). Поступово він змінюється свербінням у вусі, що спонукає пацієнта до розчухування запальної шкіри, а це, в свою чергу, спричиняє ерозування та мокнуття з поступовим утворенням кірок (О. Кіцера, 1996). І.С. Соколов (1973) вважає, що спочатку з'являється свербіння у вусі, потім нерідко відчуття жару та рясні серозні виділення, в подальшому – гнійні. Деякі хворі скаржаться тільки на свербіння і шум у вусі (В.Л. Каневский, 1962), а інші – тільки на гнійні виділення і свербіння (В.Ф. Гудин, 1971).

Під час отоскопії в гострій стадії процесу визначається дифузна гіперемія та інфільтрація шкіри в перетинчасто-хрящовому і кістковому відділах зовнішнього слухового ходу (А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; А.Г. Балабанцев, М.В.

Завалий, 2004). В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) відмічають, що ці зміни відбуваються в перетинчасто-хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу. А.А. Лайко (1998), а також А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) спостерігали набряк і потовщення шкіри кісткового відділу зовнішнього слухового ходу. Припухла шкіра звукує в різному ступені просвіт зовнішнього слухового ходу (Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004), внаслідок чого отоскопія утруднена (О. Кіцера, 1996; Г.Л. Балясинская, А.В. Орлов, 2000), що вимагає застосування вузької вушної лійки (О. Кіцера, 1996). Інфільтрація стінок зовнішнього слухового ходу іноді досягає такого ступеня, що оглянути весь слуховий хід, а тим більше барабанну перетинку, неможливо (Л.А. Зарицький, 1974). У багатьох пацієнтів барабанну перетинку вдається розглянути тільки після ліквідації запальних явищ у зовнішньому слуховому ході через 6-8 днів (О.Н. Яковлев, А.П. Случанко, 1995).

Спостерігається надмірне лущення епідермісу, з'являються незначні серозні чи серозно-геморагічні виділення (О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999; Н.Ф. Федун, 2004), які в подальшому стають гнійними (В.Д. Драгомирецький, 1999; Н.Ф. Федун, 2004). Гнійні виділення змішуються з епідермісом, що розкладається, утворюючи кашоподібну масу з неприємним запахом, яка заповнює зовнішній слуховий хід (Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Н.Ф. Федун, 2004). Зовнішній слуховий хід може бути заповнений сиркоподібним вмістом, іноді – білим, біло-жовтим, жовто-сірим, рідкої консистенції, іноді вміст має включення у вигляді чорних зерен (Т.А. Кислощук і співавт., 2005; Я.В. Хижня, 2005). Ці маси легко видаляються шляхом промивання (Н.Ф. Федун, 2004). Запальний процес охоплює всі шари шкіри, підшкірний шар (В.Д. Драгомирецький, 1999; Н.Ф. Федун, 2004). Пізніше утворюються виразки, вкриті грануляціями (В.Д. Драгомирецький, 1999). Запалення може розповсюджуватись і на барабанну перетинку (В.Я. Кунельская, 1964; И.С. Соколов, 1973, 1981; В.Д. Драгомирецький,

1999; Н.Ф. Федун, 2004), яка виявляється гіперемійованою, вкритою злущеним епідермісом, нерідко відмічається її мацерація (В.Я. Кунельская, 1964; А.А. Гладков, 1973; И.С. Соколов, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При цьому може виникнути підозра на запалення середнього вуха. Однак при зовнішньому отиті слухова функція виявляється порушеною незначно (А.А. Гладков, 1973). Іноді барабанну перетинку можна вільно оглянути тільки після промивання зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960).

При алергічному зовнішньому отиті шкіра слухового ходу гіперемійована, волога (В.А. Гриднев, 1967). Термічне ураження характеризується гіперемією, утворенням пухирів і некрозом (А.К. Чаргейшвили, 1960).

Запальний процес із зовнішнього слухового ходу може поширюватись на вушну раковину і м'які тканини соскоподібного та виличного відростків (Р.Д. Богомільский, 1945; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1994). О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1994) із 70 хворих з дифузним зовнішнім отитом на фоні цукрового діабету у 21 спостерігали виражену запальну реакцію вушної раковини і привушної ділянки. Запалення може ускладнюватись абсцесом слухового ходу, запаленням привушної слинної залози, бешиховим запаленням, нагноєнням регіонарних лімфатичних вузлів (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). В більшості випадків відмічається припухлість розташованих поряд м'яких тканин (Г.И. Гарюк, 2004). Внаслідок ураження шкіри кісткового відділу зовнішнього слухового ходу, де вона дуже тонка, запальний процес може перейти на періост, який іноді відшаровується від кістки і некротизується (Л.А. Зарицький, 1974). При дифузному зовнішньому отиті важко визначити стан середнього вуха, разом з тим можливе поєднання запалення зовнішнього і середнього вуха. В таких випадках треба брати до уваги гостроту слуху: в разі його зниження може бути запалення середнього вуха.

Слухова функція при дифузному зовнішньому отиті в більшості випадків не страждає, але в разі виникнення повного закриття просвіту зовнішнього слухового ходу набряком чи інфільтрованою шкірою, великою кількістю виділень вона порушується (И.С. Соколов, 1973; А.М. Ольховский, 1979; А.А. Лайко, 1998; Г.И. Гарюк, 2004; А.А. Лайко, Д.И. Заболотний, 2005) за типом ураження звукопроведення в межах від 10 до 30 дБ (А.М. Ольховский, 1979; Г.И. Гарюк, 2004).

Загальний стан майже не страждає. Відмічається поганий сон, дратливість (А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990). Температура тіла – субфебрильна або нормальна (А.А. Гладков, 1973; И.С. Соколов, 1973, 1981; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004; А.Л. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Дифузний зовнішній отит у дітей може супроводжуватись значною реакцією регіонарних лімфатичних вузлів (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

На початку захворювання немовлята неспокійно рухають головою, хватають рукою за хворе вуха, в них збільшуються позавушні лімфатичні вузли, температура тіла підвищується до 39°C (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). При отоскопії визначається дифузна гіперемія зовнішнього слухового ходу, десквамація епітелію. Барабанна перетинка лише злегка гіперемійована, контури її добре виражені. В подальші дні з'являються гнійні виділення, просвіт слухового ходу значно звужується за рахунок вираженого дифузного набряку. Відмічається виражений біль при відтягуванні вушної раковини, введенні вушної лійки і тиску на припухлі залози (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Огляд барабанної перетинки можливий лише після тривалого і ретельного туалету зовнішнього слухового ходу (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

Особливо тяжкий перебіг має дифузний зовнішній отит у хворих на цукровий діабет (К.Д. Рыбальченко, Н.И. Чекрыгина, 1981). С.А. Хасанов (1981) при порівнянні тяжкості перебігу зовнішнього отиту і цукрового діабету виявив прямо пропорційну залежність: чим тяжча форма діабету, тим тяжчий перебіг має запалення слухового

ходу, відмічається резистентність до загальноприйнятих методів лікування.

При хронічній формі дифузного зовнішнього отиту суб'єктивні ознаки виражені значно слабкіше, ніж при гострій (В.Л. Каневський, 1962). Відбувається значне потовщення шкірного покриву зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки внаслідок запальної інфільтрації (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978).

**Діагностика.** Діагноз гострого дифузного зовнішнього отиту ґрунтується на анамнезі, типових скаргах і даних огляду (пальпація, отоскопія) (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; Г.И. Гарюк, 2004). При отоскопії спостерігається розлита гіперемія, припухлість зовнішнього слухового ходу, виділення з вуха різного характеру (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; Г.И. Гарюк, 2004). Слух знижується за кондуктивним типом в межах 10-30 дБ (А.М. Ольховський, 1979; Г.И. Гарюк, 2004). А.М. Ольховський (1973) і О. Кіцера (1996) підкреслюють, що діагноз ставиться передусім на даних отоскопії. Проте через значну болючість хворий здебільшого протистоїть уведенню навіть вузької вушної лійки. В таких випадках обмежуються оглядом лише зовнішньої частини зовнішнього слухового ходу (О. Кіцера, 1996). А.К. Чаргейшвілі (1960) стверджує, що діагностика дифузного зовнішнього отиту базується на даних анамнезу і дослідження виділень. Однак в ряді випадків розпізнати зовнішній отит буває досить важко (А.М. Ольховський, 1973). Діагноз представляє деякі труднощі у маленьких дітей, в особливості при супутньому запаленні середнього вуха (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

Допоміжним методом діагностики є визначення місцевого лейкоцитозу. При цьому відмічається збільшення кількості

лейкоцитів на боці ураження у більшості пацієнтів (кров для аналізу беруть з мочки вуха). Цей метод дослідження більш показовий, ніж визначення загального лейкоцитозу при даному захворюванні (А.М. Ольховський, 1973). П.В. Ковалик і Ю.М. Андрейчин (1998) обстежили 6 хворих на гострий дифузний зовнішній отит за допомогою НБТ-тесту і при цьому виявили досить активний запальний процес. Автори підкреслюють, що даний тест може бути використаний для оцінки інтенсивності запального процесу та ефективності застосованого лікування. При тяжкому перебігу зовнішнього отиту необхідно обстежити пацієнта з приводу наявності ранніх форм цукрового діабету (С.А. Хасанов, 1981).

**Диференціальна діагностика.** Диференціальна діагностика дифузного зовнішнього отиту проводиться із запаленням середнього вуха. Діагноз підтверджується у випадку збереження слухової функції після очищення зовнішнього слухового ходу (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Іноді при наявності виділень з вуха і одночасному почервонінні барабанної перетинки диференціальна діагностика між дифузним зовнішнім отитом і запаленням середнього вуха утруднена. В цих випадках правильний діагноз можна поставити лише в результаті ретельного щоденного спостереження за перебігом процесу (А.К. Чаргейшвілі, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Середній отит виключається за допомогою рентгенографії вискової кістки (О. Кіцера, 1996). Диференціальний діагноз проводиться також з мастоїдитом (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Балабанцев, М.В. Завалий, 2004). Наявність завушної складки, болючість при доторкуванні до вушної раковини і відсутність відповідних рентгенологічних даних порушення структури соскоподібного відростка свідчать про зовнішній отит (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

1. Алексашин Я.В. Опыт лечения наружных отитов препаратом АСТ Ф-3 // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1965. - №3. – С. 73.

2. Андрейчин Ю.М., Протасевич Г.С., Ковалик П.В., Левчук В.А. Особенности местного лечения дифузного зовнішнього отиту // Здобутки клінічної та експериментальної медицини.

- Тернопіль: Укрмедкнига, 2001. – Вип. 6. – С. 42.
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. Бернштейн С.К. Флора Plaut-Vincent'a в патологии уха. Фузоспириллез наружного слухового прохода // Вестн. риноларингоотитрии. – 1930. - №2-3. – С. 236-241.
  6. Богомильский Р.Д. Лечение наружных отитов стафилококковым анатоксином // Вестн. оториноларингологии. – 1945. - №1. – С. 17-19.
  7. Великокурсова Н.В. Случай Винцентовского гнойного отита, излеченного раствором Бертолетовой соли // Вестн. риноларингоотитрии. – 1928. - №3. – С. 426-427.
  8. Гарюк Г.И. Снижение слуха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 137-149.
  9. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 217-218.
  10. Гриднев В.А. Два аллергена, вызвавшие аллергическую реакцию со стороны уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. - №4. – С. 114-115.
  11. Гудин В.Ф. Лечение наружных отитов антибиотиком Бинан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. - №1. – С. 101.
  12. Данилов Л.Н. Лечение наружных отитов локакортемом-Н // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. - №1. – С. 103.
  13. Драгомирецький В.Д. Зовнішній дифузний отит // Оториноларингологія / Під ред. Д.І. Заболотного, Ю.В. Мітіна, В.Д. Драгомирецького. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 135-136.
  14. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. Лечение ограниченного и диффузного наружного отита эндауральным фонофорезом // Литовская республиканская конференция оториноларингологов. 6-я: Материалы. – Вильнюс: Б.и., 1984. – С. 108-109.
  15. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №6. – С. 10-12.
  16. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 49-50.
  17. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 267-268.
  18. Каневский В.Л. Заболевания наружного слухового прохода // Мед. сестра. – 1962. - №2. – С. 22-28.
  19. Кислощук Т.А., Лось С.А., Шамрай С.О., Пеньковий В.І. Зовнішні отити та використання індивідуальної вушної вкладки // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 310-311.
  20. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С.164-165.
  21. Ковалик П.В., Андрейчин Ю.М. Оцінка за допомогою НБТ-тесту інтенсивності запального процесу у хворих на гострий і хронічний гнійний середній отит та гострий дифузний зовнішній отит // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1998. - №3. – С. 12-14.
  22. Кривов В.Д. Опыт применения при наружных отитах гидрокортизоновой мази в комбинации с антибиотиками // Вестн. оториноларингологии. – 1965. - №4. – С. 103.
  23. 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.
  24. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 44.
  25. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 58-59.
  26. Ланцов А.А., Лавренова Г.В. О наружном отите у рабочих промышленных предприятий // Вестн. оториноларингологии. – 1990. - №3. – С.29-31.
  27. Ланцов А.А., Лавренова Г.В. Наружный отит на фоне диабета // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. - №5. – С. 57-58.
  28. 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.
  29. Лапов С.Ф. Опыт лечения больных наружными отитами фракцией №3 препарата Дорогова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1966. - №11. – С. 79-80.
  30. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 186-187.
  31. Миразизов К.Д., Мухитдинов Ш.М. Лечение лизоцимом некоторых воспалительных заболеваний ЛОР-органов // Мед. журн. Узбекистана. – 1983. - №4. – С. 73-77.
  32. Mc Laurin J.W. Применение малых доз рентгеновых лучей для облегчения боли при воспалениях наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1949. - №6. – С. 87.
  33. Николаев М.П., Бойкова Н.Э., Красников В.В., Рябинин А.Г. Роль местной терапии в лечении отитов у взрослых и детей // 3'їзд оториноларингологів України. 10-й. – Судак: Б.в., 2005. – С. 344.
  34. Ольховский А.М. Значение местного лейкоцитоза в диагностике острых наружных отитов //



- Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. - №5. – С. 20-21.
35. Ольховский А.М. Некоторые данные о состоянии наружного слухового прохода в норме и патологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1979. - №1. – С. 55-56.
  36. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 287-288.
  37. Плохих С.Н. Этиологические аспекты воспалительных заболеваний наружного слухового прохода у горняков // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №3. – С. 42-44.
  38. Попко И.М., Андрийчук А.И., Мельник П.А. Применение препаратов живицы для лечения лиц с воспалительными заболеваниями верхних дыхательных путей и уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. - №3. – С. 30-33.
  39. Присич В.Н. Лечение разлитого воспаления наружного слухового прохода, сопровождающего хронический гнойный средний отит, водно-спиртовым раствором прополиса // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. - №6. – С. 111.
  40. Присич В.Н. Лечение разлитого воспаления наружного слухового прохода спиртовым экстрактом прополиса // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1975. - №1. – С. 94-95.
  41. 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.
  42. Радина Ф.Л. Местное применение кортикостероидов при наружном отите // Сов. медицина. – 1962. - №5. – С. 137-140.
  43. Радченко А.Я., Данилов Л.Н. Опыт применения сока каланхоэ при лечении больных наружными отитами // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. - №6. – С. 82-83.
  44. Рескин И.З. Новокаиновая блокада как способ лечения острого воспаления кожи наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. - №6. – С. 68.
  45. Рыбальченко К.Д., Чекрыгина Н.И. Некротический наружный отит у больных сахарным диабетом // Вестн. оториноларингологии. – 1981. - №2. – С. 69-70.
  46. Соколов И.С. Профилактика острых воспалительных заболеваний наружного слухового прохода у горнорабочих // Мед. сестра. – 1973. - №8. – С. 37-39.
  47. Соколов И.С. Профилактика острого наружного отита у горнорабочих // Фельдшер и акушерка. – 1981. - №1. – С. 49-50.
  48. Сонник Н.Б., Безшапочный С.Б. Методика лечения больных наружным отитом грибковой этиологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1994. - №4. – С. 78-79.
  49. Сунцов В.В. Лечение острого диффузного наружного отита с помощью низкочастотного магнитного поля // Вестн. оториноларингологии. – 1991. - №6. – С. 35-38.
  50. Тафтай С.Н., Дюмин О.В. Влияние излучения ультрафиолетового лазера на микроорганизмы, выделенные при наружных отитах // 3-й съезд оториноларингологов Украины. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 309.
  51. Тихомирова И.А., Рязанцев С.В. Ушные капли для детей. Стандартный подход или индивидуальный выбор? // Рос. оториноларингология. – 2005. - №6 (19). – С. 75-77.
  52. Федун Н.Ф. Гнойные выделения из уха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 166-173.
  53. Хасанов С.А. К течению и лечению наружного отита у больных сахарным диабетом // Вестн. оториноларингологии. – 1981. - №2. – С. 32-34.
  54. Хасанов С.А., Бабаджанова С.Ю. Изменения в наружном и среднем ухе при сахарном диабете // Вестн. оториноларингологии. – 1986. - №1. – С. 74-77.
  55. Хечинашвили С.Н. Воспалительные заболевания наружного уха // руководство по оториноларингологии / Под ред. И.Б. Солдатова. – М.: Медицина, 1997. – С. 91-92.
  56. Хижня Я.В. Роль мікробної та грибкової флори в розвитку зовнішнього отиту // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2005. - №5-с. – С. 160.
  57. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
  58. Чулаевская Л.К. Лечение больных наружным диффузным отитом препаратом „Гаразон” // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №5, Додаток №2. – С. 121-122.
  59. Шапаренко Б.А., Бухарович М.Н., Ольховский А.М., Бочаров В.А. Заболевания наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. - №6. – С. 15-18.
  60. Шиманский Э. Паралич n.abducentis вследствие острого диффузного воспаления наружного слухового прохода // Врач. – 1899. - №14. – С. 411.
  61. Шиманский Э. Паралич n.abducentis вследствие острого диффузного воспаления наружного слухового прохода // Вестн. офтальмологии. – 1899. - №1. – С. 16-19.
  62. Яковлев О.Н., Случанко А.П. Некоторые клинические проявления воспалительных заболеваний уха и их санация у больных сахарным диабетом // 3-й съезд оториноларингологов Украины. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 338.
  63. Яремчук С.Э., Вольская О.Г. Применение „Пимафуцина” в комплексной терапии мико-

- зов ЛОР-органов // Ринологія. – 2003. - №3. – С. 32-36.
64. Fabricant N.D. The pH factor in treatment of otitis externa // Arch. Otolaryng. – 1957. - Vol.65, №1. – P. 11-12.
65. Joachims H.Z., Dunina J., Raz R. Malignant external otitis: treatment with fluoroquinolones // Amer. J. Otol. – 1988. – Vol.9. – P. 102-105.
66. Jones E.H., Norman T.D. Preliminary report on the pathogenesis of dermatosis of auditory canal // Laryngoscope (St. Louis). – 1958. – Vol.68, №5. – P.839-854.
67. Kent S.E., Jones R. Pseudomonal vaccination in chronic ear disease // J. Laryngol. Otol. – 1988. – Vol.102. – P. 579-581.
68. Rasmussen P.A. Otitis Externa and Allergic Contact Dermatitis // Acta otolaryng. (Stochh.). – 1974. – Vol.77, №5. – P. 344-347.

Надійшла до редакції 13.03.06.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2006