

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК*

## **ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ. Повідомлення I**

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

Фурункул зовнішнього слухового ходу (*Furunculus meatus acustici externi*) є розповсюдженим захворюванням (А.М. Ольховський, 1978). За спостереженнями С.Н. Плохих (1989), у 20% обстежених гірників був фурункул зовнішнього слухового ходу. О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) з 39 випадків рецидивного зовнішнього отиту у робітників промислових підприємств у 8 виявили фурункул зовнішнього слухового ходу. Серед хворих на зовнішній отит фурункул зовнішнього слухового ходу визначали: А.М. Ольховський (1973) – у 12 з 67 обстежених, В.Ф. Гудін (1971) – у 49 зі 112, Л.Н. Данилов (1974) – у 82 із 147, А.Я. Радченко і Л.Н. Данилов (1978) – у 75 із 125. При аналізі літератури ми не знайшли оглядових робіт стосовно фурункула зовнішнього слухового ходу. В цьому повідомленні ми наводимо загальні відомості, етіологію, клінічні прояви, діагностику та диференціальну діагностику фурункула зовнішнього слухового ходу. Що стосується лікування, ускладнень, рецидивів, прогнозу, профілактики, то ці питання будуть предметом обговорення в окремому огляді.

**Загальні відомості.** Фурункул зовнішнього слухового ходу описується також під іншими назвами: обмежений зовнішній отит (Е.Г. Банковский, 1932; Е.А. Евдошенко, А.Т. Шевченко, 1984; О. Кіцера, 1996; Botella, 1915), обмежене запалення зовнішнього слухового ходу (А. Богомольный, 1935; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), фурункульоз вуха (Alpin, 1931), фурункульоз зовнішнього слухового ходу (В.С. Аргутинский, 1931; М.Д. Емельянов, 1951), фурункульозний отит (М.А. Фронштейн, 1900), фурункульозний зовнішній отит (Lamann, 1899, 1902). Однак більшість авторів (А.Л. Гинзбург, 1926, 1927; К.А.

Дреннова, 1930; И.С. Соколов, 1952; Е.Л. Трахман, Т.А. Кудрина, 1956; А.М. Ольховський, 1976, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999, та ін.) дотримується першої назви – фурункул зовнішнього слухового ходу. При описанні даної хвороби ми будемо користуватись саме цією назвою.

Фурункул зовнішнього слухового ходу – гостре гнійне запалення волосяного фолікула і сальної залози з обмеженим ураженням шкіри чи підшкірної клітковини перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу (В.Л. Каневский, 1962; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Оскільки волосяні фолікули і сальні залози є тільки в перетинчасто-хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу, фурункул буває тільки в цій ділянці, ніколи не уражається кісткова його частина (И.С. Соколов, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; А.Г. Лихачев, 1981; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). А.М. Ольховський (1978) фурункул зовнішнього слухового ходу відносить до інфекційних зовнішніх отитів.

Фурункул зовнішнього слухового ходу може бути однобічним і двобічним, але частіше зустрічається однобічний. Так, за даними С.Н. Плохих (1989), у 92% гірників з фурункулом зовнішнього слухового ходу він був однобічним і у 8% – двобічним. А.М. Ольховський (1979) двобічне ураження спостерігав у 31,4% хворих, однобічне – у 68,6%. Частіше фурункул локалізується на задній стінці зовнішнього слухового ходу (Н.Ф. Федун, 2004). Захворювання виникає в будь-якому віці. У дітей фурункул буває переважно в 7-річному віці (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

**Етіологія.** Етіологічним чинником фурункула зовнішнього слухового ходу є мік-

робний фактор. Серед мікроорганізмів, що викликають це захворювання, найчастіше виявляється стафілокок (В.Ф. Гудин, 1971; П.А. Кравчук, Г.П. Кравчук, 1977; А.М. Ольховський, 1978; А.Я. Радченко, Л.Н. Данилов, 1978; С.М. Пухлик и соавт., 1994) і стрептокок (В.Ф. Гудин, 1971; Л.Н. Данилов, 1974; А.М. Ольховський, 1978; А.Я. Радченко, Л.Н. Данилов, 1978). Рідше фурункул зовнішнього слухового ходу можуть викликати інші мікроорганізми: синьогнійна паличка, кишкова паличка, протей (А.М. Ольховський, 1978; С.М. Пухлик и соавт., 1994; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995). У вмісті зовнішніх слухових ходів деякі автори знаходили стафілокок, стрептокок, синьогнійну паличку, кишкову паличку, гриби (А.М. Ольховський, 1978; А.Я. Радченко, Л.Н. Данилов, 1978; С.Н. Плохих, 1989; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990; С.Н. Тафтай, О.В. Дюмин, 1995; Leventon et al., 1967). Для життєдіяльності мікроорганізмів в зовнішньому слуховому ході створені ідеальні умови завдяки анатомофізіологічним особливостям його розташування і стійкому мікроклімату в ньому (Л.К. Чулаевская, 1999). За даними Л.Я. Радченка і Л.Н. Данилова (1978), серед хворих на зовнішній отит, в тому числі з фурункулосом зовнішнього слухового ходу, у 46% випадків був виділений золотистий стафілокок, у 38% – негемолітичний стрептокок, у 16% – гемолітичний стрептокок. О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) у зовнішньому слуховому ході визначали асоціації, частіше золотистого стафілокока з синьо-гнійною паличкою і протеем. За даними А.М. Ольховського (1978), із 139 пацієнтів з фурункулосом зовнішнього слухового ходу у 79,8% знайдено гемолітичний плазмокоагулюючий стафілокок, поєднання гемолітичного стафілокока і патогенного стрептокока – у 1,3%, грамположитивної палички і стафілокока – у 0,7%, грамнегативну паличку – у 7,3%, грамположитивну паличку – у 2,7%, поєднання грамположитивної і спороносної паличок – у 0,7%, грамположитивної палички і коків – у 1,3%, синьогнійну паличку – у 3,3%, *escherichia coli* – у 1,3%. К.А. Дреннова (1930) в одному випадку виділила дифтерійну паличку з фурункула зовнішнього слухового ходу.

Інфекція проникає у волосяні фолікули і сальні залози при порушенні цілості шкіри, пораненнях зовнішнього слухового ходу, подразненні забрудненої шкіри під час маніпу-

лювання у вусі сірниками, шпильками, приколками для волосся, пальцями, особливо у осіб, що страждають на гноетечу з вуха, при її мацерації екзематозного характеру, розчухуванні, попаданні сторонніх тіл в зовнішній слуховий хід (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневський, 1962; И.С. Соколов, 1973; П.А. Кравчук, Г.П. Кравчук, 1977; О. Кіцера, 1996; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; Н.Ф. Федун, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.). За даними А.М. Ольховського (1978), виникнення фурункула, пов'язане з травмами (розчухуванням зовнішнього слухового ходу сірниками, шпильками, приколками та ін.), мало місце у 69,8% хворих. Травма зовнішнього слухового ходу у горноработників може бути зумовлена залізородним пилом при митті голови (И.С. Соколов, 1973). Фурункул зовнішнього слухового ходу може супроводжуватись хронічним гнійним мезо- чи епітимпанітом (И.С. Соколов, 1952; А.М. Ольховський, 1979). За даними А.М. Ольховського (1979), у 7 із 172 пацієнтів фурункул зовнішнього слухового ходу поєднувався з мезо- чи епітимпанітом.

Виникненню фурункула зовнішнього слухового ходу сприяють зниження реактивності організму, загальне та місцеве охолодження, інфекційні та ендокринні захворювання, екзема, ексудативний діатез, підвищена вологість, забрудненість шкіри зовнішніх слухових ходів (А.М. Ольховський, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Загальними сприяючими факторами є порушення обміну, зокрема вуглеводного, неповноцінне харчування, гіпо- і авітамінози (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999). Крім того, фурункул зовнішнього слухового ходу виникає, головним чином, у осіб, ослаблених різними захворюваннями: діабетом, подагрою (В.Л. Каневський, 1962; А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981; О. Кіцера, 1996). Велику небезпеку представляє фурункул при цукровому діабеті, бо він погіршує перебіг основного захворювання (В.Л. Каневський, 1962; С.А. Хасанов, 1981; О.Н. Яковлев, А.П. Случанко, 1995). О.Н. Яковлев і А.П. Случанко (1995) обстежили 960 хворих на цукровий діабет і у 15 знайшли фурункул зовнішнього слухового ходу. А.М. Ольховський (1976, 1979) спостерігав цукровий діабет у 1,4% осіб з фурункулосом зовнішнього слухового ходу.

Фурункул зовнішнього слухового ходу може виникнути також при загальному фурункульозі (М.Д. Емельянов, 1951; А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.М. Ольховский, 1979; А.Г. Лихачев, 1981). За даними Б.О. Шапаренка і співавторів (1983), з 236 хворих, направлених на лікування з діагнозом зовнішнього отиту, в тому числі з фурункулом зовнішнього слухового ходу, у 139 (58,9%) були виявлені гнійничкові ураження шкіри (фолікуліти і фурункули). А.М. Ольховський (1976, 1979) у 4,6% обстежених з фурункулом зовнішнього слухового ходу спостерігав загальний фурункульоз.

У виникненні такого фурункула велику роль відіграє температура зовнішнього слухового ходу (Mc Kelvie, Mc Kelvie, 1966). У осіб з підвищеним вмістом сірки фурункул в зовнішньому слуховому ході практично не зустрічається (А.М. Ольховський, 1979). Фурункул зовнішнього слухового ходу спостерігається значно рідше у людей з прямими слуховими ходами (27,8%), ніж у тих, які мають звивисті слухові ходи (72,2%) (А.М. Ольховський, 1978). Можливо, тут має значення різниця у вентиляції зовнішнього слухового ходу (А.М. Ольховський, 1978). При фурункулі зовнішнього слухового ходу відбувається зсув кислотно-лужної рівноваги шкіри в бік алкалозу (А.М. Ольховський, 1979; Б.А. Шапаренко и соавт., 1983). А.М. Ольховський (1979) відмічав це явище у всіх 172 обстежених з фурункулом зовнішнього слухового ходу.

**Клінічні прояви.** На початку захворювання, навіть при невеликому фурункулі, пацієнти відмічають сильний гострий, стріляючий біль у вусі (А.К. Чаргейшвили, 1960; И.З. Рескин, 1961; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; С.А. Хасанов, 1981; О.Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.), який щогодини наростає (В.Д. Драгомирецький, 1999). Біль може бути пульсуючого характеру (А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). З вуха він віддає в око, зуби, відповідну частину голови, шию, потиличну ділянку, скроню (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004), а іноді дифузно розповсюджується по всій голові (В.Л. Каневский, 1962;

В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Біль сильніше виражений в нічний час (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Через різкий біль у вусі хворі позбавляються сну і апетиту (В.Л. Каневский, 1962; И.С. Соколов, 1973; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990), а також порушується їх працездатність (И.С. Соколов, 1973), вони стають подразливими (А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990).

При локалізації фурункула на передній стінці зовнішнього слухового ходу біль посилюється особливо при розмові, відкриванні рота, жуванні, ковтанні, позіханні (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.), тому що суглобова западина висково-нижньощелепного суглоба є передньою стінкою зовнішнього слухового ходу (В.Д. Драгомирецький, 1999) і суглобова головка нижньої щелепи, зміщуючись, періодично тисне на западину передньої стінки зовнішнього слухового ходу і, отже, на ділянку запаленої шкіри (А.К. Чаргейшвили, 1960; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Болі посилюються при лежанні на боці (И.С. Соколов, 1973). Болючість виникає при натискуванні на козелок (А.К. Чаргейшвили, 1960; И.С. Соколов, 1973; А.Г. Лихачев, 1981; С.А. Хасанов, 1981; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.) і нижню стінку зовнішнього слухового ходу при відтягуванні вухної раковини (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; О. Кіцера, 1996; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.). В основі цієї болючості лежить той же механізм, що і при появі болю в момент розмови чи жування (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Різка болючість відмічається також при натискуванні на ділянку прикріплення вухної раковини (А.Г. Лихачев, 1981) і на вухну раковину (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Ф. Гудин, 1971; А.А. Лайко, 1998). Іноді болючість при натискуванні з'являється за вухною раковиною, що дає привід думати про захворювання соскоподібного відростка (Л.А. Зарицький, 1974).

Може спостерігатися свербіння у зовнішньому слуховому ході (В.Ф. Гудин, 1971; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977), гнійні

виділення із слухового ходу (В.Ф. Гудин, 1971). Якщо фурункул розташований в початковому відділі зовнішнього слухового ходу, то в перші години з'являється підвищення на шкірі (А.Г. Лихачев, 1981), куляста припухлість шкіри на одній з його стінок, потім приєднується набряк і гіперемія шкіри (А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999).

При розташуванні запального процесу в глибині перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу під час отоскопії на одній з його стінок видно обмежене конічне випинання або підвищення з гіперемією та інфільтрацією шкірних покривів (В.Л. Каневський, 1962), що призводить до звуження просвіту слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973; А.Г. Лихачев, 1981; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.). Особливо це помітно тоді, коли декілька фурункулів з'являються одночасно (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981). Це перешкоджає огляду кісткового відділу зовнішнього слухового ходу і барабанної перетинки (Л.А. Зарицький, 1974). Уведення вушної лійки або неможливе, або вкрай утруднене через звуження і болючість зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). В зв'язку з різкою болючістю і набряком слід користуватися для отоскопії вузькою вушною лійкою (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999). Проте введення навіть вузької лійки є дуже болючим (В.Д. Драгомирецький, 1999), тому отоскопію слід проводити без її застосування (А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977).

Слухова функція, як правило, збережена (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), хоча може бути незначне зниження слуху (В.Л. Каневський, 1962; А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978) внаслідок порушення повітряної провідності, кісткова провідність зберігається (Л.А. Зарицький, 1974). Порушення слухової функції відбувається при повному перекритті зовнішнього слухового ходу (А.К. Чаргейшвили, 1960; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; Г.И.

Гарюк, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Однак це може залежати не тільки від звуження зовнішнього слухового ходу, але і від одночасної колатеральної гіперемії в барабанній порожнині (А.К. Чаргейшвили, 1960) чи запалення в ній (В.Л. Каневський, 1962).

Згодом на верхівці випинання визначається жовтава пляма або жовта крапка чи жовто-білий пухирець, верхівка некротизується, з'являється гнійний стержень, після відходження якого порожнина фурункула звільняється від гною, в результаті чого утворюється кратероподібний отвір (Л.А. Зарицький, 1974; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Гнійні виділення при фурункулі зовнішнього слухового ходу мають жовтавий колір (Н.Ф. Федун, 2004).

Іноді набряклість, інфільтрація шкіри розповсюджуються на м'які тканини, що оточують вушну раковину (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневський, 1962; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999). При локалізації фурункула на передній стінці зовнішнього слухового ходу ці явища поширюються вгору і вперед до ділянки орбіти (В.Л. Каневський, 1962; В.Д. Драгомирецький, 1999). При розташуванні фурункула на передній чи нижній стінці в ділянці санторінійових щілин інфекція може перейти на привушну слинну залозу і викликати її запалення – паротит (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневський, 1962; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). У разі розташування фурункула на задній стінці зовнішнього слухового ходу набряклість та інфільтрація розповсюджуються на задню поверхню вушної раковини і ділянку соскоподібного відростка (А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Припухлість в ділянці соскоподібного відростка може досягти великих розмірів і нагадувати субперіостальний абсцес (В.Л. Каневський, 1962). В тяжких випадках запальний інфільтрат, що поширюється на оточуючі тканини, в подальшому веде до нагноєння клітковини і утворення абсцесу (А.А. Гладков, 1973). Може спостерігатися розкриття привушного абсцесу в слуховий хід (В.Л. Каневський, 1962).

Регіонарні лімфатичні вузли (спереду, ззаду і знизу зовнішнього слухового ходу) збільшуються, припухають, стають болючими (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.). Температура тіла може бути нормальною (В.Д. Драгомирецький, 1999), але частіше вона незначно підвищується (А.А. Гладков, 1973; И.С. Соколов, 1973; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999), іноді може бути високою і досягати 38°C (В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974). В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) відмічають, що температура тіла у хворих на фурункул зовнішнього слухового ходу залежить від інтоксикації; нерідко можна спостерігати різке підвищення температури і лихоманку. З'являється загальне нездужання (И.С. Соколов, 1973) та інші ознаки інтоксикації (В.Д. Драгомирецький, 1999). У дітей страждає загальний стан через відмову від прийому їжі і неспокійний сон, не дивлячись на те, що температура тіла не досягає високих цифр (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). При лікуванні в самій ранній стадії фурункула може розсмоктатись без переходу в нагноєння (А.Г. Лихачев, 1981). Але частіше він самочинно розкривається (И.С. Соколов, 1973; О. Кіцера, 1996, та ін.). Це відбувається на 5-6-й день захворювання (В.Л. Каневский, 1962; А.Г. Лихачев, 1981). Після розкриття фурункула температура тіла знижується (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). В цей момент хворий відмічає зникнення або значне зменшення болювих відчуттів, самопочуття поступово покращується (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.Д. Драгомирецький, 1999, та ін.), якщо не наступило рецидиву, що зустрічається нерідко, особливо при загальному фурункулозі (А.К. Чаргейшвили, 1960). В таких випадках хвороба може тривати протягом тижнів (А.К. Чаргейшвили, 1960), тоді як при відсутності рецидиву вона звичайно закінчується за 3-7 днів (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При виникненні фурункула на новому місці чи одночасній появі кількох фурункулів хвороба може тривати місяцями (В.Л. Каневский, 1962; В.Д. Драгомирецький, 1999). При цукровому діабеті перебіг фурункула зовнішньо-

го слухового ходу буде тяжчим. С.А. Хасанов (1981) порівнював тяжкість перебігу фурункула та цукрового діабету і виявив прямо пропорційну залежність: чим тяжча форма діабету, тим тяжчий перебіг має фурункул зовнішнього слухового ходу, відмічається резистентність до загальноприйнятих методів лікування.

**Діагностика.** Установити діагноз фурункула зовнішнього слухового ходу не важко (А.К. Чаргейшвили, 1960). Діагноз визначається на підставі анамнезу, скарг, отоскопії, результатів обстеження (болючість при натискуванні на козелок, болюче жування, збереження слуху) (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998). Часто фурункул можна бачити без застосування інструментів, якщо він локалізується біля входу у зовнішній слуховий хід (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981). При отоскопії спостерігається запальний інфільтрат конусоподібної чи круглій форми на одній із стінок перетинчасто-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу (А.А. Гладков, 1973). На початку захворювання буває помітним стержень, що просвічується, а після прориву можна бачити кратероподібне заглиблення на припухлості, звідки виділяється гній (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978).

Додатковим методом діагностики є дослідження місцевого лейкоцитозу (кров для цього береться з мочки вуха). При цьому відмічається збільшення кількості лейкоцитів на боці ураження. Цей метод дослідження є більш показовим, ніж визначення загального лейкоцитозу при даному захворюванні (А.М. Ольховский, 1973). В плані загального обстеження хворого необхідно проводити аналіз крові і сечі на вміст цукру і стерильність (рецидивування фурункула нерідко пов'язане з цукровим діабетом) (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). При тяжкому перебігу фурункула зовнішнього слухового ходу необхідно обстежити хворого у відношенні наявності ранніх форм цукрового діабету (С.А. Хасанов, 1981).

**Диференціальна діагностика.** Може бути ряд подібних захворювань, з якими треба диференціювати фурункул зовнішнього слухового ходу. У разі поширення фурункула задньої стінки зовнішнього слухового ходу на соскоподібний відросток слід проводити диференціальну діагностику з мастоїдитом (А.К.

Чаргейшвили, 1960; А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Botella (1915) описав 2 випадки фурункула зовнішнього слухового ходу, що симулював мастоїдит, коли поставити діагноз було досить важко. Диференціальна діагностика фурункула зовнішнього слухового ходу базується на наступних даних. У ранній період мастоїдиту зберігається завушна складка, під час пальпації м'яких тканин соскоподібного відростка відсутні втиснення (ямочки) і наявний різкий біль на верхівці відростка (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При фурункулі зовнішнього слухового ходу спостерігається різкий біль при натискуванні на козелок (А.К. Чаргейшвили, 1960; И.С. Соколов, 1973; С.А. Хасанов, 1981; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.) і нижню стінку зовнішнього слухового ходу при відтягуванні вушної раковини (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; О. Кіцера, 1996, та ін.). При фурункулі різка болючість з'являється також при натискуванні на ділянку прикріплення вушної раковини (А.Г. Лихачев, 1981) і на вушну раковину (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Ф. Гудин, 1971; А.А. Лайко, 1998). У таких хворих відмічається різке припухання регіонарних лімфатичних вузлів (И.С. Соколов, 1973; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004, та ін.), нормальна структура соскоподібного відростка на рентгенограмі (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977), на відміну від мастоїдиту припухлість і болючість будуть виражені перш за все в ділянці прикріплення вушної раковини (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), відсутній біль при натискуванні на соскоподібний відросток (А.К. Чаргейшвили, 1960). При мастоїдиті відмічається біль в ділянці соскоподібного відростка (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), а потягування за вушну раковину не викликає больових відчуттів (А.Г. Балабанцев, М.А. Завалий, 2004). Крім того, при мастоїдиті знижується слух, а при фурункулі зовнішнього слухового ходу він не змінюється (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенс-

кий, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Припухлість м'яких тканин в ділянці соскоподібного відростка може бути помилково визначена як субперіостальний абсцес при мастоїдиті (А.К. Чаргейшвили, 1960; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981).

Диференціальну діагностику фурункула зовнішнього слухового ходу проводять також з холестеатомою середнього вуха, що супроводжується відшаруванням шкіри зовнішнього слухового ходу (А.А. Гладков, 1973; А.Г. Лихачев, 1981). Фурункул, який розташовується на передній стінці зовнішнього слухового ходу, можна сплутати з гнійним паротитом (А.Г. Лихачев, 1981; О. Кіцера, 1996), абсцесом привушної слинної залози, що розкрився через санторінійові щілини в перетинчато-хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974). Проте у хворих з абсцесом привушної слинної залози виявляються зміни спереду і знизу зовнішнього слухового ходу (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), а натискування на привушну слинну залозу супроводжується виділенням гною у зовнішній слуховий хід (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005), що є об'єктивною ознакою наявності гнійника в ділянці привушної слинної залози (Л.А. Зарицький, 1974) і не спостерігається при фурункулі зовнішнього слухового ходу (В.Л. Каневский, 1962).

Фурункул зовнішнього слухового ходу слід диференціювати з остеомою зовнішнього слухового ходу. Остеома розташовується в кістковому відділі, безболісна, щільна, відсутні запальні зміни (О. Кіцера, 1996). Фурункул, що самовільно розкрився, диференціюють з некротичним зовнішнім отитом (А.М. Ольховский, 1979).

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що фурункул зовнішнього слухового ходу описується під різними назвами. Етіологічні фактори і клінічні прояви цієї патології найрізноманітніші. Діагноз встановлюється на основі анамнезу, скарг і результатів об'єктивного обстеження. Диференціювати фурункул зовнішнього слухового ходу доводиться з багатьма захворюваннями.

1. Аргутинский В.С. Предохранение барабанной перепонки и полости среднего уха от острого гнойного воспаления при фурункулезе наружного слухового прохода // Рус. отоларингология. – 1931. - №3. – С. 265-266.
2. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 3-24.
3. Банковский Е.Г. О сопутствующих явлениях при otitis exter. circumscripta // Вестн. сов. оториноларингологии. – 1932. - №3. – С. 362-364.
4. Богомольный А. К вопросу о лечении ограниченных воспалений наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1935. – Т.12, №2. – С. 173-174.
5. Botella E. Ограниченный otitis externa, симулирующий мастоидит // Ежемес. ушных, горловых, носовых болезней. – 1915. – Т.10, №9-10. – С. 498-500.
6. Гарюк Г.И. Снижение слуха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 137-149.
7. Гинзбург А.Л. Случай индуцированного ограниченного серозного лабиринтита при фурункуле наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1926. – Т.3, №7-8. – С. 472.
8. Гинзбург А.Л. Случай индуцированного ограниченного серозного лабиринтита при фурункуле наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1927. – Т.4, №9-10. – С. 699-702.
9. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 216-217.
10. Гудин В.Ф. Лечение наружных отитов антибиотиком Бинан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. - №1. – С. 101.
11. Данилов Л.Н. Лечение наружных отитов локакортемом-Н // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. - №1. – С. 103.
12. Драгомирецький В.Д. Фурункул зовнішнього слухового ходу // Оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 134-135.
13. Дреннова К.А. Редкий случай бациллоносительства (bac. Löffler'a из фурункула наружного слухового прохода) // Рус. отоларингология. – 1930. - №2. – С. 203.
14. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. Лечение ограниченного и диффузного наружного отита эндауральным фонофорезом // Литовская республиканская конференция оториноларингологов. 6-я: Материалы. – Вильнюс: Би., 1984. – С. 108-109.
15. Емельянов М.Д. Случай фурункулеза наружного слухового прохода, осложненного серозным лабиринтитом // Вестн. оториноларингологии. – 1951. - №4. – С. 75-76.
16. Зарицький А.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 48-49.
17. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 267-269.
18. Каневский В.Л. Заболевания наружного слухового прохода // Мед. сестра. – 1962. - №2. – С. 22-28.
19. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 163-164.
20. Кравчук П.А., Кравчук Г.П. Прополис и его применение в практике отоларингологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. - №1. – С. 87-89.
21. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С.42-44.
22. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 57-58.
23. Ланцов А.А., Лавренова Г.В. О наружном отите у рабочих промышленных предприятий // Вестн. оториноларингологии. – 1990. - №3. – С. 29-31.
24. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 185-186.
25. Mc Kelvie M., Mc Kelvie P. (1966). Цит. по А.М. Ольховскому (1979).
26. Ольховский А.М. Значение местного лейкоцитаза в диагностике острых наружных отитов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. - №5. – С. 20-21.
27. Ольховский А.М. О лечении фурункулов наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1976. - №6. – С.78.
28. Ольховский А.М. К вопросу о причинах возникновения фурункулов наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1978. - №6. – С. 36-37.
29. 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.
30. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 285-287.
31. Плохих С.Н. Этиологические аспекты воспалительных заболеваний наружного слухового прохода у горняков // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - №3. – С. 42-44.
32. 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.
33. 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.
34. Рескин И.З. Новокаиновая блокада как способ лечения острого воспаления кожи наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. - №6. – С. 68.
35. Соколов И.С. О рентгенотерапии при фурункулах наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1952. - №3. – С. 90-91.
36. Соколов И.С. Профилактика острых воспалительных заболеваний наружного слухового прохода у горнорабочих // Мед. сестра. – 1973. - №8. – С. 37-39.

37. Тафтай С.Н., Дюмин О.В. Влияние излучения ультрафиолетового лазера на микроорганизмы, выделенные при наружных отитах // З'їзд оториноларингологів України. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 309.
38. Трахман Е.Л., Кудрина Т.А. О применении рентгенотерапии при фурункулах наружных слуховых проходов // Вестн. оториноларингологии. – 1956. - №6. – С. 33-35.
39. Федун Н.Ф. Гнойные выделения из уха // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 166-173.
40. Фронштейн М.А. К терапии фурункулезного отита // Московское общество оториноларингологов: Труды. – М.: Б.и., 1900. – С. 104-111.
41. Хасанов С.А. К течению и лечению наружного отита у больных сахарным диабетом // Вестн. оториноларингологии. – 1981. - №2. – С. 32-34.
42. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
43. Чулаевская Л.К. Лечение больных наружным диффузным отитом препаратом „Гаразон” // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. - №5, Дод. 2. – С. 121-122.
44. 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.
45. Яковлев О.Н., Случанко А.П. Некоторые клинические проявления воспалительных заболеваний уха и их санация у больных сахарным диабетом // З'їзд оториноларингологів України. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 338.
46. Alpin J. Ein Fall von diffuser akuter otogener Osteomyelitis beider Wirkung bei Gehörgangsfurunkulose // Ztsch. HNO. – 1931. – Bd.30, №1. – S. 105-109.
47. Lamann W. Zur Tamponbehandlung der Otitis externa furunkulosa // Mschr. Ohrenheilk. – 1899. - №2. – S. 49-55.
48. Lamann W. Zur Drucktamponfrage bei Otitis externa furunkulosa // Mschr. Ohrenheilk. – 1902. - №6. – S. 229-233.
49. Leventon G., Man A., Kraus P., Altmann G. External otitis: study of recurrences // J. Laryng. – 1967. – Vol.81, №4. – P. 413-418.

Надійшла до редакції 04.05.06.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2006