

Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, Е.В. САВЧУК

ФУРУНКУЛ ЗОВНІШНЬОГО СЛУХОВОГО ХОДУ Повідомлення II

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

В попередній оглядовій роботі ми привели дані літератури щодо загальних відомостей про фурункул зовнішнього слухового ходу, а також з питань його етіології, клінічних проявів, діагностики та диференціальної діагностики. В цьому повідомленні дається огляд літератури про лікування, ускладнення, рецидиви, прогноз та профілактику фурункула зовнішнього слухового ходу.

Лікування. Лікування при фурункулі зовнішнього слухового ходу проводиться комплексне із застосуванням загальних і місцевих засобів. В перші дні захворювання призначаються антибактеріальні препарати (антибіотики і сульфаніаміди) (Л.А. Зарицький, 1974; А.М. Ольховський, 1976; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999). В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський (1978) рекомендують стрептоцид – по 1 г 4 рази на день per os, еритроміцин чи тетрациклін – по 100000 ОД 4 рази на день per os; в тяжких випадках застосовується пеніцилін внутрішньом'язово – по 500000 ОД 4 рази на добу. А.Г. Лихачев (1981) використовує стрептоцид, антибіотики (тетрациклін, олететрин чи окситетрациклін – по 400000 ОД 4 рази на добу). При різко вираженому запальному процесі з тенденцією до розповсюдження виконуються внутрішньом'язові ін'єкції пеніциліну чи стрептоміцину. Л.А. Зарицький (1974) і А.М. Ольховський (1976) призначають антибіотики внутрішньом'язово, Ю.В. Мітін і співавтори (2001) – антибіотики широкого спектру дії (амоксцилін, амоксил-КМП, цефазолін у відповідних терапевтичних дозах), І.С. Со-

колов (1973) – сульфаніамідні препарати при затяжному перебігу захворювання. О.О. Гладков (1973), Ю.Б. Ісхакі і Л.Й. Кальштейн (1977) антибіотики і сульфаніаміди застосовують при значно вираженому запальному інфільтраті і підвищенні температури тіла. О. Кіцера (1996) пропонує антибіотики (пеніцилін та еритроміцин) в ускладнених випадках. А.А. Лайко (1998), А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) призначають їх дітям до 1 року життя та коли запалення поширюється за межі зовнішнього слухового ходу. В інших випадках, як правило, антибіотики не використовуються, як і сульфаніамідні та десенсибілізуючі препарати. Проводиться комплексна вітамінотерапія (С.Ф. Лапов, 1965, 1966; А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999), десенсибілізуюче (С.Ф. Лапов, 1965, 1966; А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990; С.М. Пухлик и соавт., 1994; Ю.В. Мітін і співавт., 2001) і протинабрякове лікування (А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990). Ю.В. Мітін і співавтори (2001) з десенсибілізуючих засобів рекомендують діазолін – по 1 драже 3 рази на добу. О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) використовують тавегіл чи димедрол в якості антиалергічного і протинабрякового препарату. Загальнозміцнююча терапія прискорює одужання (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенський, 1978). В схему лікування включаються оротат калію, гемостимулін, ретинол, ангіографін, аевіт (А.А. Ланцов, Г.В. Лавренова, 1990). Однак при застосуванні терапевтичних засобів і процедур слід приймати до уваги дані обстеження інших ор-

ганів і систем (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). А.С. Фурштейн (1938) пропонував внутрішньом'язові введення ендокридану.

При сильних болях внутрішньо призначаються жарознижуючі та безболісні препарати – ацетилсаліцилова кислота, анальгін, амідопірин, фенацетин (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.), снодійні (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). Іноді доводиться вдаватися до введення пантопону, морфію (А.К. Чаргейшвили, 1960), промедолу (В.Л. Каневский, 1962).

Проводиться також імунотерапія (В.Л. Каневский, 1962) і вакцинотерапія (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981). Вакцинотерапія застосовується у вигляді ін'єкцій (А.К. Чаргейшвили, 1960; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978) чи місцево за допомогою турунд, просочених фільтратом вакцини (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981). Вакцина буває гомологічна, гетерогенна чи аутовакцина, виготовлена *ex tempore* за Безредком (И.А. Дайхес, 1925; В.П. Черняк, 1926). Краще використовувати аутовакцину, виготовлену *ex tempore* (Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Метод лікування за допомогою вакцин має перевагу перед іншими способами у відношенні швидкості ефекту (А.К. Чаргейшвили, 1960).

При затяжному процесі рекомендується лікування стафілококовим анатоксином (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.А. Гетте, В.В. Бараненко, 1982). Він застосовується як загальна терапія (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; В.А. Гетте, В.В. Бараненко, 1982), а також як місцева (А.Г. Лихачев, 1981).

З метою дії на порушену реактивність організму призначається аутогемотерапія (Г.А. Жарковский, 1932; А.А. Гладков, 1973; И.С. Соколов, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; А.М. Ольховский, 1976; А.Г. Лихачев,

1981; В.А. Гетте, В.В. Бараненко, 1982, та ін.): 2-3 внутрішньом'язові ін'єкції крові, взятої з вени хворого в кількості 7-10 мл, з інтервалом в 48 год. На швидку дію аутогемотерапії вказував ще Н.П. Кутепов (1927), який виявив, що після 2-3 зазначених ін'єкцій крові зовнішній отит проходить. А.І. Редніков (1929) також відмічав успіх аутогемотерапії, але оскільки, на його думку, вона не попереджує рецидивів фурункула, треба одночасно використовувати ртутні мазі, мазь Креде. Строки лікування хворих з фурункулом при застосуванні аутогемотерапії скорочуються на 5-6 днів у порівнянні з такими при уведенні стафілококового анатоксину (В.А. Гетте, В.В. Бараненко, 1982). В.Л. Каневський (1962) пропонує аутогемопеніцилінотерапію.

В комплексному лікуванні пацієнтів з фурункулом зовнішнього слухового ходу важливе місце займають місцеві засоби. При цьому застосовуються різні препарати у вигляді розчинів, емульсій, мазей, паст та їх поєднань тільки після ретельного туалету зовнішнього слухового ходу.

А.А. Лайко (1998), А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) вважають, що на початку захворювання ефективним є припикання фурункула один раз на день 10% розчином йоду або сумішшю йоду (5 г), 96⁰ спирту і діоксиду (по 22,5 мл), а тричі на тиждень слід змазувати шкіру зовнішнього слухового ходу сумішшю левоціметину (0,5 г) з саліциловою кислотою (2 г) у 80⁰ спирті (до 100 мл) або левоціметиним спиртом.

Використовується також введення у зовнішній слуховий хід турунд, просочених 3% борним спиртом (В.Л. Каневский, 1962; И.С. Соколов, 1973; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999; Ю.В. Мітін і співавт., 2001, та ін.), розчином етакридина лактата (А.А. Гладков, 1973), буровською рідиною (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.М. Ольховский, 1976; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; А.Г. Лихачев, 1981, та ін.), діоксидином (Ю.В. Мітін і співавт., 2001), розчином пеніциліну з новокаїном (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), фільтратом вакцини (А.К. Чаргейшвили, 1960; А.Г. Лихачев, 1981). Ф.Є. Вебер (1870) і А.Г. Лихачев (1981) рекомендують турунди, просочені етиловим спиртом, який

не тільки дезінфікує шкіру, але, мацеруючи її, прискорює дозрівання і прорив фурункула (А.Г. Лихачев, 1981). А.М. Ольховський (1976), Б.О. Шапаренко і співавтори (1983) застосовують спірукарб (1-3% розчин оцтовокарболової кислоти на 96° етиловому спирті) шляхом введення у зовнішній слуховий хід на 20-30 хв 2 рази на день марлевої турунди, змоченої цим розчином. С.А. Хасанов (1981) хворим, що страждають на цукровий діабет, радить уводити в зовнішній слуховий хід турунди, просочені простим інсуліном.

В ряді випадків, особливо при стиханні процесу, використовується стрептоцидова, пеніцилінова, синтоміцинова чи 1% (5-10%) левоміцетинова емульсія (А.А. Гладков, 1973; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981). Добрий ефект відмічено при призначенні сульфацила натрію (альбуцид натрію) у вигляді емульсії (Л.А. Животинская, 1951). Емульсія вводиться на турунді до барабанної перетинки. Зміна турунд проводиться через 4, 6, 8 чи 12 год в залежності від кількості гною. Препарат має дезінфікуючі властивості, сприяє епідермізації (Л.А. Животинская, 1951).

З успіхом застосовуються мазі: жовта ртутна (А.Г. Лихачев, 1981), стрептоцидова, альбуцидова (А.И. Андреев, 1945), 10-15% прополісна (П.А. Кравчук, 1968; П.А. Кравчук, Г.П. Кравчук, 1977), болезаспокійлива, до складу якої входить беладонна і анестезин (Л.А. Зарицький, 1974), а також мазь Креде (А.И. Редников, 1929; А.А. Сладкова, 1931; А. Богомольный, 1935). О.О. Ланцов і Г.В. Лавренова (1990) пропонують 5% трихополову мазь, яка вводиться на турунді у зовнішній слуховий хід 2 рази на день на 1,5-2 год.

Ефективним виявилось використання брильянтового зеленого у вигляді 1% спиртового розчину на 40° спирті (И.Т. Дорошенко, 1934, 1935; Л.А. Зарицький, 1974) чи мазі (И.Т. Дорошенко, 1934, 1935). И.Т. Дорошенко (1934, 1935) змочену розчином чи маззю турунду вводив у зовнішній слуховий хід і залишав на 1 день. Л.А. Зарицький (1974) згаданим розчином змазував уражену запальним процесом шкіру. Цей розчин особливо ефективний при наявності свер-

біння (Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977). Брильянтовий зелений має бактерицидну дію (И.Т. Дорошенко, 1934, 1935).

В.Ф. Гудін (1971) рекомендує 0,3% розчин уснінової кислоти в піхтовому бальзамі (Бінан-бальзам), який 1 раз на день вводиться у зовнішній слуховий хід на ватному фітильку на 6-8 год. Курс лікування складає 12 днів. Л.Н. Данилов (1974) з цією метою використовує ватний фітильок з локкортемом Н, а лікування проводить на протязі 6-10 днів. С.Ф. Лапов (1965, 1966) застосовував препарат Дорогова (фракція №3) у вигляді 33% пасти (на основі цинкової пасти), якою щоденно змазував уражену ділянку шкіри зовнішнього слухового ходу чи уводив її на турунді через день. Середня тривалість лікування складала 12 днів (С.Ф. Лапов, 1966). А.Я. Радченко і Л.Н. Данилов (1978) використовували сік каланхое. При цьому 2 рази на день вони вкладали у зовнішній слуховий хід турунди з соком каланхое, а через 3-5 днів – ватний фітильок з маззю каланхое 2 рази на день. Курс лікування тривав 12-15 днів.

Застосовується також новокаїнова інфільтрація оточуючої тканини (блокада) (В.А. Александровская, 1939; Б.Х. Ибрагимов, 1956). І.З. Рескін (1961) виконував внутрішньошкірну новокаїнову блокаду 3 мл 2% розчину новокаїну в заушну ділянку біля місця прикріплення вушної раковини. Через 5-10 хв біль зменшувався. Л.Я. Дуднік (1956) отримала сприятливий результат від підокістного уведення пеніциліну (в кут між зовнішньою поверхнею соскоподібного відростка і задньою кістковою стінкою зовнішнього слухового ходу).

При сильних болях рекомендуються вологі гарячі припарки з насіння льону і сухі – з картопляного борошна (В.Л. Каневский, 1962). На початку захворювання місцево призначається тепло у вигляді зігріваючого компресу (В.Л. Каневский, 1962; И.С. Соколов, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978; А.Г. Лихачев, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999, та ін.) з буровської рідини (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; А.Г. Лихачев, 1981), борного спирту (В.Л. Каневский, 1962) чи горілки (В.А. Александровская, 1939; А.А. Гладков,

1973; А.Г. Лихачев, 1981) або спирту (А.К. Чаргейшвили, 1960). Слід зазначити, що буровська рідина мацерує шкіру, що сприяє її стоншенню і швидкому прориву фурункула (А.К. Чаргейшвили, 1960). А.А. Лайко (1998), А.А. Лайко і Д.І. Заболотний (2005) вважають, що зігріваючі компреси застосовувати не варто, бо вони сприяють виникненню фурункулів. Через це, підкреслюють автори, не варто використовувати мазі та водні розчини лікарських речовин. Призначаються також прогрівання грілкою (В.А. Александровская, 1939; А.А. Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974).

З фізіотерапевтичних процедур особливий успіх приписують струмам УВЧ (В.Ф. Криворотова, 1941; Л.Н. Данилов, 1974; А.М. Ольховский, 1976; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978), механізм дії яких полягає в рівномірному і глибокому прогріванні, вибірковій дії на окремі тканини і клітини, в підсиленні обміну речовин, що сприяє покращанню перебігу імунологічних реакцій, в тривалій активній гіперемії, яка викликає пригнічення симпатичної нервової системи (В.Ф. Криворотова, 1941).

Серед фізіотерапевтичних процедур безпечно діють ультрафіолетові промені (А.К. Чаргейшвили, 1960; Гладков, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; А.Я. Радченко, Л.Н. Данилов, 1978; А.А. Лайко, 1998; Ю.В. Мітін і співавт., 2001; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.), прогрівання лампою солюкс (В.А. Александровская, 1939; В.Л. Каневский, 1962; А.М. Ольховский, 1976; А.Г. Лихачев, 1981; А.А. Лайко, 1998; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.), синьою лампою (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; В.Д. Драгомирецький, 1999), діатермією (Л.А. Зарицький, 1974).

Ефективною є лазеротерапія (А.А. Сальман, 1986). С.М. Пухлик і співавтори (1994) з успіхом застосовували ультрафіолетове лазерне опромінювання. С.Н. Тафтай і О.В. Дюмін (1995) довели, що випромінювання ультрафіолетового лазера згубно діє на мікроорганізми, виділені при зовнішніх отитах. О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко (1984) відмітили позитивний вплив ендонауального фонофорезу на фурункул зовнішнього слухового ходу. У разі наявності фу-

рункула у хворих на цукровий діабет в комплексному лікуванні використовується електрофорез простим інсуліном (С.А. Хасанов, 1981).

А.М. Ольховський (1976), а також Б.О. Шапаренко і співавтори (1983) проводили кріотерапію спеціальними кріозондами. При цьому кріозонд, охолоджений до -50°C , прикладався до місця запалення на 1,5-5 хв. Курс лікування звичайно складається з 2-5 щоденних сеансів кріотерапії (Б.А. Шапаренко і соавт., 1983).

Відмічено позитивні результати рентгенотерапії при фурункулі зовнішнього слухового ходу (И.С. Соколов, 1952; Е.Л. Трахман, Т.А. Кудрина, 1956; Л.А. Зарицький, 1974; Mc Laughlin, 1949, 1951). Л.А. Зарицький (1974) рекомендує рентгенотерапію малими дозами (40-60 Гр на одне опромінювання); всього – 2-3 опромінювання. Mc Laughlin (1951) призначає рентгенотерапію по 100 Гр через кожні 2-3 дні до загальної дози 500 Гр при сильному болю у вусі. И.С. Соколов (1952) провів рентгенотерапію у 51 хворого з фурункулем зовнішнього слухового ходу. Всі вони отримували по 1 сеансу рентгенотерапії. Доза в залежності від віку коливалась від 40 до 50 Гр. Є.Л. Трахман і Т.А. Кудрина (1956 р.) лікували 30 осіб за допомогою рентгенотерапії. Разова доза становила від 50 до 100 Гр. Рентгеновські промені діють як безпечно діючий засіб, сприяють швидкій ліквідації запального процесу (Е.Л. Трахман, Т.А. Кудрина, 1956). Дітям рентгенотерапія протипоказана (А.А. Лайко, 1998).

У разі появи білуватого конусу фурункула А.А. Лайко (1998) вважає доцільним зробити поверхневу скарифікацію з наступним використанням спиртових розчинів і антибіотиків. В тих випадках, коли фурункул достатньо визрів, що відбувається на 4-5-й день, посилюється больовий синдром чи виникає небезпека нагноєння лімфатичних вузлів, виконується розтин і дренирування (В.Л. Каневский, 1962; А.А. Гладков, 1973; И.С. Соколов, 1973; Л.А. Зарицький, 1974; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, та ін.). В.Д. Драгомирецький (1999) хірургічне втручання застосовує у разі утворення абсцесу, а А.Г. Лихачов (1981) – у випадках нагноєння оточуючих тканин. Розтин про-

водиться під короткочасним наркозом у місці найбільшого випинання фурункула, потім вилучається стержень і гній, а утворена порожнина обробляється 5% йодною настойкою чи розчином антибіотиків (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Л.А. Зарицький (1974) пропонує висувувати слуховий хід, а потім зробити пухку тампонаду для відсмоктування гною. О. Кіцера (1996) радить після розтину фурункула дрениувати його порожнину гумовою смужкою чи марлевими турундами, просоченими гіпертонічним розчином хлориду натрію, якими пухко заповнюється зовнішній слуховий хід. Турунди можна просочувати 10-15% прополісною маззю (П.А. Кравчук, 1968; П.А. Кравчук, Г.П. Кравчук, 1977), змочувати спиртом чи гіпертонічним розчином з метою дренивання (В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Після розтину фурункула Ю.В. Мітін і співавтори (2001) призначають вушні краплі „Полідекса” на турундах у зовнішній слуховий хід. У разі спонтанного розкриття фурункула слід протягом кількох днів здійснювати туалет зовнішнього слухового ходу і в нього уводити турунди з 3% розчином борного спирту для профілактики подальшого виникнення фурункулів (В.Д. Драгомирецький, 1999). О. Кіцера (1996) підкреслює, що отвір, який з'явився після самочинного розкриття фурункула, слід розширити і ефективно дрениувати.

За показаннями проводиться лікування з приводу цукрового діабету, подагри, гіповітамінозу, гнійного середнього отиту (А.А. Гладков, 1973; С.А. Хасанов, 1981; О.Кіцера, 1996). При загальному фурункульозі, зумовленому якимось захворюванням, призначається відповідне йому лікування (А.Г. Лихачев, 1981).

Ефективність терапії при фурункулі зовнішнього слухового ходу оцінюється за даними отоскопії та зникненням болю чи закладання у вусі (Ю.В. Мітін і співавт., 2001).

Ускладнення. Фурункул зовнішнього слухового ходу, хоча і рідко, може призводити до ускладнень. Описані рідкі випадки фурункула зовнішнього слухового ходу, що ускладнився серозним лабіринтитом в результаті інтоксикації (А.Л. Гинзбург, 1926,

1927; Е.Г. Банковский, 1932; Я.С. Зобин, 1938; М.Д. Емельянов, 1951). Alpin (1931) повідомив про спостереження дифузного гострого остеомієліту вискової кістки при фурункулі зовнішнього слухового ходу. Фурункул, який розташовується на передній чи нижній стінці зовнішнього слухового ходу, може викликати паротит (А.К. Чаргейшвили, 1960; В.Л. Каневский, 1962; Ю.Б. Исхаки, Л.И. Кальштейн, 1977; В.Т. Пальчун, Н.А. Преображенский, 1978). Розповсюдження запального інфільтрату на оточуючі тканини призводить до нагноєння підшкірної жирової клітковини і утворення абсцесу (А.А. Гладков, 1973).

Фурункули зовнішнього слухового ходу, що часто повторюються, можуть ускладнюватись некротичним зовнішнім отитом (А.М. Ольховский, 1972; М. Mc Kelvie, Р. Mc Kelvie, 1966). При фурункулі зовнішнього слухового ходу можливе виникнення гострого гнійного запалення середнього вуха (В.С. Аргутинский, 1931).

Рецидиви. Фурункул зовнішнього слухового ходу може рецидивувати після лікування (В.Л. Каневский, 1962; В.Ф. Гудин, 1971; А.Г. Лихачов, 1981; В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005, та ін.). За даними О.О. Ланцова, Г.В. Лавренової (1990), з 39 осіб з рецидивом зовнішнього отиту у 8 виявлено фурункул зовнішнього слухового ходу. І.С. Соколов (1952) спостерігав рецидив у 1 з 51 хворого. Ю.Б. Исхаки і Л.Й. Кальштейн (1977) вважають головною причиною рецидиву свербіння і зумовлені ним розчухування. При рецидиві фурункула, особливо у разі стійкої стафілокової інфекції, необхідно ввести стафілококовий анатоксин (В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). А.Г. Лихачов (1981) при рецидиві фурункула рекомендує застосовувати місцево стафілококовий анатоксин. У разі рецидиву фурункула призначається також антистафілококовий гамма-глобулін (В.Д. Драгомирецький, 1999; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При рецидивах С.М. Пухлик і співавтори (1994) проводять активну імунотерапію за допомогою антистафілококового анатоксину і антифагіну. Ю.Б. Исхаки і Л.Й. Кальштейн (1977) рекомендують аутогемотерапію і загальнозміцнююче лікування.

Для попередження рецидиву фурункула призначається змазування шкіри зовнішнього слухового ходу етиловим спиртом чи 1% спиртовим розчином брильянтового зеленого (А.А. Гладков, 1973), 1% розчином ляпісу, 3% розчином ментолу чи 1% жовтою ртутною маззю (В.Л. Каневский, 1962), а також загальнозміцнююча терапія (А.А. Гладков, 1973).

Прогноз. Перебіг хвороби звичайно сприятливий (А.А. Лайко, 1998), але іноді спостерігаються рецидиви. Інколи фурункул з'являється на новому місці перетинчато-хрящового відділу зовнішнього слухового ходу (В.Л. Каневский, 1962; Л.А. Зарицький, 1974) чи одночасно виникає кілька фурункулів (В.Л. Каневский, 1962), що буває у ослаблених дітей (А.А. Лайко, 1998). Можливі ускладнення фурункула зовнішнього слухового ходу.

Профілактика. Профілактичні заходи щодо фурункула зовнішнього слухового ходу полягають в дотримванні гігієни вуха (А.М. Ольховский, 1976; А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). З гігієнічною метою застосовуються його протирання вологою, а потім сухою ватою (А.М. Ольховский, 1976).

Для профілактики фурункула вельми важливо запобігати попаданню у вухо води (А.М. Ольховский, 1976). При митті голови, прийманні душа слід закривати слухові ходи ватою з борним вазеліном (А.М. Ольховский, 1976). У дітей віком до 1 року дуже часто мити зовнішнє вухо не рекомендується (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005). При купанні немовлят і малих дітей їм треба одягати гумову шапочку, що закриває вуха (А.М. Ольховский, 1976).

При наявності дрібних травм зовнішнього слухового ходу їх слід дезінфікувати спиртовими розчинами лікарських препаратів (А.А. Лайко, 1998; А.А. Лайко, Д.І. Заболотний, 2005).

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що лікування при фурункулі зовнішнього слухового ходу здійснюється комплексно (загальне і місцеве). Ускладнення можуть бути різноманітними. Прогноз в більшості випадків сприятливий, хоча зустрічаються ускладнення і рецидиви. Профілактика полягає в гігієні вух, дезінфекції дрібних травматичних ушкоджень зовнішнього слухового ходу спиртовими розчинами лікарських засобів.

1. Александровская В.А. К вопросу о лечении наружных отитов // Вестн. оториноларингологии. – 1939. – №2. – С. 57-62.
2. Андреев А.И. Эффективность применения альбуцида (стафилоцида) при некоторых заболеваниях ЛОР-органов // Сталинабад. мед. ин-т: Сб. тр. клиники болезней уха, носа и горла. – Сталинабад: Б.и., 1945. – С. 73-77.
3. 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.
4. Банковский Е.Г. О сопутствующих явлениях при otitis exter. circumscripta // Вестн. советской оториноларингологии. – 1932. - №3. – С. 362-364.
5. Богомольный А. К вопросу о лечении ограниченных воспалений наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1935. – Т.12, №2. – С. 173-174.
6. Вебер Ф.Е. Spiritus vini при некоторых страданиях наружного слухового прохода // Мос. мед. газета. – 1870. – №37. – С. 314.
7. Гетте В.А., Бараненко В.В. Влияние аутогемотерапии на показатели естественной резистентности у больных с фурункулами носа и уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. - №4. – С. 60.
8. 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.
9. 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.
10. Гладков А.А. Болезни уха, горла и носа. – М.: Медицина, 1973. – С. 216-217.

11. Гудин В.Ф. Лечение наружных отитов антибиотиком Бинан // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1971. - №1. – С. 101.
12. Дайхес И.А. Лечение наружных и средних отитов фильтратом вакцины по Безредка // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1925. – Т.2, №9-10. – С. 520-526.
13. Данилов Л.Н. Лечение наружных отитов локакортемом-Н // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1974. - №1. – С. 103.
14. Дорошенко И.Т. К вопросу о лечении у детей воспаления наружного слухового прохода бриллиантовой зеленью // Сов. педиатрия. – 1934. - №2. – С. 103.
15. Дорошенко И.Т. К вопросу о лечении воспаления наружного слухового прохода бриллиантовой зеленью // Врач. дело. – 1935. - №5. – С. 479-480.
16. Драгомирецький В.Д. Фурункул зовнішнього слухового ходу // Оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1999. – С. 134-136.
17. Дудник Л.Я. Поднадкостничное введение пенициллина при лечении наружных и средних отитов // Вестн. оториноларингологии. – 1956. - №1. – С. 75-76.
18. 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.
19. Емельянов М.Д. Случай фурункулеза наружного слухового прохода, осложненного серозным лабиринтитом // Вестн. оториноларингологии. – 1951. - №4. – С. 75-76.
20. Жарковский Г.А. Аутогемотерапия при наружных отитах // Сов. врач. газета. – 1932. - №3. – С. 169-170.
21. Животинская Л.А. Опыт применения сульфацилнатрия (альбуцид-натрия) при лечении хронических гнойных воспалений среднего уха и воспалений наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1951. – №3. – С. 79.
22. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 48-49.
23. Зобин Я.С. Случай серозного лабиринтита после острого воспаления слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1938. – Т.15, №1. – С. 88.
24. Ибрагимов Б.Х. Применение новокаиновой блокады при некоторых заболеваниях наружного и среднего уха // Изв. АН Туркмен. ССР. – 1956. - №3. – С. 80-85.
25. Исхаки Ю.Б., Кальштейн Л.И. Детская оториноларингология. – Душанбе: Маориф, 1977. – С. 268-269.
26. Каневский В.Л. Заболевания наружного слухового прохода // Мед. сестра. – 1962. - №2. – С. 22-28.
27. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 163-164.
28. Кравчук П.А. Применение прополиса в отоларингологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1968. - №1. – С. 97-98.
29. Кравчук П.А., Кравчук Г.П. Прополис и его применение в практике отоларингологии // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. - №1. – С. 87-89.
30. Криворотова В.Ф. Лечение заболеваний наружного уха токами УВЧ // Вестн. оториноларингологии. – 1941. - №5. – С. 44-46.
31. Кутепов И.П. Аутогемотерапия при наружных отитах // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1927. – Т.4, №11-12. – С. 807-809.
32. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 42-44.
33. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 57-58.
34. Ланцов А.А., Лавренова Г.В. О наружном отите у рабочих промышленных предприятий // Вестн. оториноларингологии. – 1990. - №3. – С. 29-31.
35. Лапов С.Ф. Опыт лечения больных с наружными отитами препаратом Дорогова (фракция №3) // Вестн. оториноларингологии. – 1965. - №1. – С. 110.
36. Лапов С.Ф. Опыт лечения больных наружными отитами фракцией №3 препарата Дорогова // Вестн. дерматологии и венерологии. – 1966. - №11. – С. 79-80.
37. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 185-188.
38. Мітін Ю.В., Дєєва О.В., Мотайло О.В. Наш досвід використання вушних крапель „Полідекса” при запальних захворюваннях зовнішнього і середнього вуха // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 2001. - №5. – С. 73-75.
39. Mc Kelvie M., Mc Kelvie P. (1966). Цит. по Ольховскому А.М. (1972).
40. Mc Laurin J.W. Применение малых доз рентгеновых лучей для облегчения боли при воспалениях наружного уха // Вестн. оториноларингологии. – 1949. - №6. – С. 87.
41. Ольховский А.М. Наблюдение некротического наружного отита // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1972. - №1. – С. 97.
42. Ольховский А.М. О лечении фурункулов наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1976. - №6. – С. 78.
43. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 285-291.
44. 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.

45. 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.
46. Редников А.И. Лечение наружных отитов аутогемотерапией // Рус. отоларингология. – 1929. – №3. – С. 176-179.
47. Рескин И.З. Новокаиновая блокада как способ лечения острого воспаления кожи наружного слухового прохода // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1961. – №6. – С. 68.
48. Сальман А.А. Клиническая оценка эффективности лазеротерапии наружных и средних отитов: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Л., 1986. – 16 с.
49. Сладкова А.А. К вопросу о лечении воспалений наружного слухового прохода мазью Crede // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1931. – Т.8, №1-2. – С. 18-19.
50. Соколов И.С. О рентгенотерапии при фурункулах наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1952. – №3. – С. 90-91.
51. Соколов И.С. Профилактика острых воспалительных заболеваний наружного слухового прохода у горнорабочих // Мед. сестра. – 1973. – №8. – С. 37-39.
52. Тафтай С.Н., Дюмин О.В. Влияние излучения ультрафиолетового лазера на микроорганизмы, выделенные при наружных отитах // 3-й оториноларингологів України. 8-й. – К.: Б.в., 1995. – С. 309.
53. Трахман Е.Л., Кудрина Т.А. О применении рентгенотерапии при фурункулах наружных слуховых проходов // Вестн. оториноларингологии. – 1956. – №6. – С. 33-35.
54. Фурштейн А.С. Опыт применения эндокридана в отиатрии // Архив отоларингологии. – М.: Б.и., 1938. – Т.3. – С. 256-261.
55. Хасанов С.А. К течению и лечению наружного отита у больных сахарным диабетом // Вестн. оториноларингологии. – 1981. – №2. – С. 32-34.
56. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
57. Черняк В.П. Специфическая терапия отитов по Безредка // Рус. отоларингология. – 1926. – №3. – С. 205-211.
58. 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.
59. Alpin J. Ein Fall von diffuser akuter otogener Osteomyelitis beider Wirkung bei Gehörgangsfurunkulose // Ztschr. HNO. – 1931. – Bd.30, №1. – S.105-109.
60. Mc Laurin J.W. Principles of therapy in otitis externa // Laryngoscope (St. Louis). – 1951. – Vol.61, №1. – P. 66-87.

Надійшла до редакції 26.05.06.

© Г.С. Протасевич, Е.В. Савчук, 2006