

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, П.В. КОВАЛИК, А.П. КОВАЛИК, О.В. ГОВДА,
О.В. СТАХІВ, А.І. ГАВУРА*

ОПЕРІЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ ВУХА

Повідомлення 2

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

В попередній оглядовій роботі приведено загальні відомості про оперізуючий лишай вуха, етіологію, патогенез, патогістологію цього захворювання. Дане повідомлення присвячене клінічним проявам оперізуючого лишая вуха. Що стосується його діагностики, диференціальної діагностики, лікування, ускладнень, рецидивів, прогнозу, то це буде предметом обговорення в наступному повідомленні.

Клінічні прояви оперізуючого лишая вуха відзначаються різноманітністю (А.Л. Маркзицер, 1964; С.Н. Серебрякова, 1964; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Д.А. Романенко, 1980). Числосимптомів, ступінь вираженості, час появи і можливі їх поєднання вельми варіабельні (Д.А. Романенко, 1980). Ці відмінності, а також залучення у процес на різних стадіях захворювання різних відділів периферичної і центральної нервової системи зумовлюють різноманітність клінічних проявів захворювання (Д.А. Романенко, 1980).

Körner (1904) вказував, що захворювання характеризується тріадою симптомів: ураженням лицевого нерва, вушної раковини і внутрішнього вуха. Більш детально симптоматика оперізуючого лишая вуха описана Hunt (1907). Він виділив 4 форми: 1) оперізуючий лишай без неврологічних симптомів; 2) везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха з ураженням лицевого нерва; 3) везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха з ураженням лицевого нерва у поєднанні із порушенням слуху; 4) везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха з ураженням лицевого нерва в поєднанні з запамореченням. Пізніше були описані інші форми цього захворювання (Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966).

Rauch (1955) і Hirata (1975) розрізняють 12 клінічних форм оперізуючого лишая вуха в комбінації з ураженням тих чи інших черепних нервів. Р.М. Ханамирян і М.А. Григорян (1975) відмічають, що в даний час нараховується 12 різновидних форм цього захворювання. В.П. Нечипоренко і співавтори (1999)

виділили різні варіанти оперізуючого лишая вуха у обстежуваних 17 хворих. Так, у 5 з них спостерігались везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха і периферичний парез лицевого нерва; у 9 – везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха, периферичний парез лицевого нерва в поєднанні з порушенням слуху; у 3 – везикулярні висипання в ділянці зовнішнього вуха, периферичний парез лицевого нерва в поєднанні з периферичним кохлео-вестибулярним розладом.

Д.И. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966) виявили поєднання оперізуючого лишая вуха з аналогічним патологічним процесом в ділянці спінальних корінців у 79-літньої жінки. Ці автори підкреслюють, що рідше зустрічається інша форма оперізуючого лишая вуха, коли ізольовано залучається до процесу вестибулярна порція переддверно-завиткового нерва. До 1935 р. було відомо про 5 подібних випадків (Н.М. Асписов, 1935). Аналогічні спостереження опубліковані С.А. Язиковим (1948), Д.И. Шенкером і І.І. Мартиненком (1966). Д.А. Романенко (1980) вказує, що з комплексу характерних симптомів необхідно відмітити біль, шкірні прояви і параліч лицевого нерва.

Клінічна симптоматика оперізуючого лишая вуха у більшості пацієнтів розвивається після більш чи менш тривалого продромального періоду (М.И. Никольская, 1961; С.Н. Серебрякова, 1964; Д.А. Романенко, 1980; К.А. Никитин, 1991; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999). За М.І. Нікольською (1961), продромальний період триває 5 днів, за К.А. Нікітіним (1991) – 5-6 днів, за В.П. Нечипоренком і співавторами (1999) – 3-5 днів, за Д.А. Романенком (1980) – 3-4 дні. На фоні продромального періоду виникає легке нездужання, загальна слабкість і розбитість, болючість при ковтанні (М.И. Никольская, 1961), гострий стріляючий однобічний біль у вусі (М.И. Никольская, 1961; Д.А. Романенко, 1980; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000), в завушній ділянці чи голові, з'являється спочатку болюча припухлість

на верхівці соскоподібного відростка, а в наступному – гіперемія та інфільтрація вушної раковини, зовнішнього слухового ходу чи навколоушної ділянки, і на цьому фоні виникають герпетичні пухирці (Д.А. Романенко, 1980). В спостереженні С.Н. Серебрякової (1964) був відсутній виражений продромальний період.

Скарги хворих на оперізуючий лишай вуха бувають самими різноманітними. Основними з них є больові відчуття. Пацієнти скаржаться на головний біль (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975; М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987), особливо позаду очного яблука (М.И. Никольская, 1961). Головний біль може бути досить сильним (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987) і відлунювати в потилицю (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977).

Часто обстежуваних турбує біль у вусі (М.И. Никольская, 1961; М.И. Водопьянова, 1962; Я.Л. Готлиб, 1963; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; М.Д. Андросов, 1969; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986; И.П. Енин и соавт., 1988; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000, та ін.). Він може бути нестихаючим (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977), сильним (А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986; З.В. Зайцева, 1987), пекучим (Ю.С. Александров, 1975; О. Кіцера, 1996), стріляючим (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; Ю.Т. Мироненко, 1973). Л.А. Зарицький (1974) вказує на сильний біль у зовнішньому слуховому ході, який ірадіює в усі боки (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998, 2004, 2008). За даними Д.А. Романенка (1980), у всіх 5 осіб захворювання почалось зі спонтанного болю у вусі чи завушній ділянці. Біль може локалізуватись за ходом трійчастого нерва (С.Н. Серебрякова, 1964), у половині обличчя з боку ураження (М.И. Водопьянова, 1962), в підщелепній ділянці (Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975), в білявушній ділянці (Я.Л. Готлиб, 1963), в завушній ділянці (Ю.Т. Мироненко, 1973; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976), в м'язах шиї (Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966). Може спостерігатись невралгіч-

ний біль за ходом чутливих нервів, передусім n. auricularis magnus (гілки n. trigeminus) (О. Кіцера, 1996). В спостереженнях І.М. Маєровича (1975) у хворого визначались періодичні болі в лобно-тім'яній ділянці з боку ураження. Буває біль в оці (А.Л. Маркзицер, 1964; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975), в горлі (Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975), при ковтанні (М.И. Никольская, 1961). М.А. Гольдштейн і К.М. Родина (1977) відмічали відчуття жару у відповідній половині голови.

Досить частою є скарга на шум у хворому вусі (А.М. Медовой, 1924; А.И. Дубовик, 1964; И.М. Маєрович, 1975; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975; М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), який може бути інтенсивним (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977). Рідко зустрічається дзвін у вусі (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977). Іноді має місце сильний шум у голові (А.Л. Маркзицер, 1964). Деякі хворі реєструють свербіння у вусі (О. Кіцера, 1996), відчуття закладання у вусі (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982).

Досить часто пацієнтів турбує зниження слуху (А.И. Дубовик, 1964; А.Л. Маркзицер, 1964; Ю.С. Александров, 1975; И.М. Маєрович, 1975; Е.В. Малкова, 1966; М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977; Д.А. Романенко, 1980; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987). 35 обстежуваних Д.А. Романенка (1980) у 4 виявив закладання вуха і зниження слуху. Зниження слуху може бути значним (З.В. Зайцева, 1987), навіть різким (И.М. Маєрович, 1975).

Хворі можуть відмічати асиметрію половини обличчя (Я.Л. Готлиб, 1963; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975; З.В. Зайцева, 1987; И.П. Енин и соавт., 1988), нерухомість м'язів відповідної половини обличчя (И.М. Маєрович, 1975), посмикування м'язів половини обличчя (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), неможливість закривати око (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987), «сухість» в оці (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), «перекося» обличчя (Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976), порушення рухів відповідної половини обличчя (М.И. Водопьянова, 1962). Інколи пацієнтів турбує зменшення сльозо- і слиновиділення (О. Кіцера, 1996), посмикування м'язів язика (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), розлади смаку (О. Кіцера, 1996).

Обстежувані скаржаться також на висипання пухирців в ділянці шкіри вушної раковини (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; М.Д. Андросов, 1969; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков,

1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986). Бувають скарги на рясні висипання в половині обличчя (М.И. Никольская, 1961), в білявушній ділянці (А.И. Цыганов и соавт., 1986).

Із загальних скарг досить часто хворі відмічають запаморочення голови (М.И. Никольская, 1961; Е.В. Малкова, 1966; Ю.С. Александров, 1975; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987; И.П. Енин и соавт., 1988; О. Кіцера, 1996; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева 2000, та ін.). Воно може бути сильним (М.И. Никольская, 1961). Пацієнти можуть реєструвати порушення статика (Д.А. Романенко, 1980), деякі з них скаржаться на нудоту (Ю.Т. Мироненко, 1973; М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977; Д.А. Романенко, 1980; З.В. Зайцева, 1987; И.П. Енин и соавт., 1988), яка може виникати при рухах голови і зміні положення тіла (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977). У ряду хворих з'являється блювання (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; Ю.Т. Мироненко, 1973; Д.А. Романенко, 1980; З.В. Зайцева, 1987). За даними Д.А. Романенка (1980), у 2 з 5 обстежуваних в різному ступені було виражене запаморочення, порушення статика, нудота, блювання. Пацієнти можуть спостерігати похитування при ходінні (Ю.С. Александров, 1975; И.М. Маерович, 1975; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975). Інколи буває нездужання (Ю.Т. Мироненко, 1973; О. Кіцера, 1996), слабкість (Л.А. Зарицький, 1974; М.А. Гольдштейн, К.М.Родина, 1977; А.А. Лайко, 1998, 2004, 2008). Часто підвищується температура тіла (М.И. Никольская, 1961; А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; Л.А. Зарицький, 1974; О. Кіцера, 1996; А.А. Лайко, 1998, 2004, 2008; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000). Іноді має місце лихоманка (Л.А. Зарицький, 1974; А.А. Лайко, 1998, 2004, 2008). Така різноманітність скарг хворих в момент поступлення на лікування зумовлена, на нашу думку, тривалістю захворювання і його етіологією.

Різноманітними бувають і об'єктивні дані, зумовлені, очевидно, тими ж факторами, що і скарги. При огляді відмічається гіперемія вушної раковини (А.Л. Маркзицер, 1964; М.Д. Андросов, 1969; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982), яка може бути потовщеною (Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), набряклого (М.Д. Андросов, 1969; Д.А. Романенко, 1980) чи інфільтрованою (А.Л. Маркзицер, 1964; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982). Спотері-

гається болочість вушної раковини при доторкуванні (М.Д. Андросов, 1969), різка болочість при пальпації вуха (М.А. Гольдштейн, К.М. Родина, 1977). Пальпація козелка іноді злегка болюча (И.М. Маерович, 1975). Соскоподібний відросток може бути болочим при пальпації (Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000). В спостереженні М.А. Пархомовського і Р.Ш. Гаджиева (1976) у хворої мала місце гіперемія та інфільтрація шкіри вушної раковини, завушної ділянки і ділянки привушної слинної залози, почервоніння шкіри без чітких меж. Гіперемія і набряклість, крім вушної раковини, може охоплювати завушну ділянку і зовнішній слуховий хід (Д.А. Романенко, 1980). За даними Д.А. Романенка (1980), у всіх 5 пацієнтів реєструвалась припухлість і болочість при пальпації на верхівці соскоподібного відростка. У 1 обстежуваної була значно збільшена привушна слинна залоза.

Вушна раковина вкрита множинними герпетичними висипаннями (М.И. Никольская, 1961; М.И. Водопьянова, 1962; С.Н. Серебрякова, 1964; А.А. Гладков, 1965; М.Д. Андросов, 1969; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986; О. Кіцера, 1996), які оточені гіперемованою ділянкою шкіри (А.А. Гладков, 1965), у вигляді маленьких червоних папул, з яких утворюються пухирці з серозним вмістом (И.М. Маерович, 1975), бурштиново-жовтого кольору, які згодом спорожнюються, і на їх місці утворюються жовті кірки (О. Кіцера, 1996). Пухирці можуть локалізуватись на зовнішній поверхні вушної раковини (М.И. Водопьянова, 1962; И.П. Енин и соавт., 1988; О. Кіцера, 1996), на її внутрішній поверхні (С.Н. Серебрякова, 1964; А.А. Гладков, 1965; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966), на завитку (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982), у завушній ділянці (Д.А. Романенко, 1980; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000), на козелку (А.Л. Маркзицер, 1964; О.Кіцера, 1996), вушній часточці (А.А. Гладков, 1965), в білявушній ділянці (А.И. Цыганов и соавт., 1986). Герпетичні пухирці з'являються через 3-4 дні від початку захворювання (Д.А. Романенко, 1980). В спостереженні Л.Н. Данилова (1973) на шкірі вушної раковини знайдені множинні пухирці діаметром 2-3 мм з щільною стінкою, наповнені прозорим вмістом. В іншого обстежуваного Л.Н. Данилов (1977) відмітив висипання великої кількості пухирців в ділянці вуха і щоки на боці ураження. У випадку, описаному Т.В. Сидорчуком і В.С. Пономарьовим (1966), мали місце червоні плями на боковій поверхні шії, на фоні яких були розташовані групами білува-

ті, величиною з просяне зерно пухирці на вушній раковині, соскоподібному відростку і половині голови на боці ураження. В спостереженні М.Д. Андросова (1969) на яскраво-червоному фоні виявлені множинні дрібні пухирці з прозорим вмістом, оточені віночком гіперемії. М.А. Гольдштейн і К.М. Родіна (1977) на вушній раковині і боковій поверхні шії спостерігали радіально розташовані серозні пухирці на фоні гіперемованої шкіри, різка болючість при будь-якому руху голови і пальпації цієї ділянки. З.В. Зайцева (1987) описала герпетичні висипання на шкірі щоки і підборіддя, поодинокі елементи висипки на шкірі вушної раковини. У повідомленні Н.С. Загайнової і А.Є. Артем'євої (2000) герпетичні висипання локалізувались на лівій вушній раковині, в завушній ділянці зліва і на губах.

М.І. Нікольська (1961) і Є.В. Малкова (1966) зустрічали рясне висипання пухирців на половині обличчя з боку ураження. За даними Д.Й. Шенкера і І.І. Мартиненка (1966), герпетичні висипання на шкірі вуха мали місце у всіх хворих. Також дрібні пухирці виявляються у зовнішньому слуховому ході (Я.Л. Готлиб, 1963; А.Л. Маркзицер, 1964; С.Н. Серебрякова, 1964; А.А. Гладков, 1965; Е.В. Малкова, 1966; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Ю.Т. Мироненко, 1973; Ю.С. Александров, 1975; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986; И.П. Енин и соавт., 1988; О. Кіцера, 1996; Н.С. Загайнова, А.Е. Артем'єва, 2000). І.М. Маєрович (1975) визначав окремі групи білуватих пухирців величиною з просяне зерно на передній і нижній стінках зовнішнього слухового ходу. О. Кіцера (1996) зареєстрував появу пухирців в ділянці передньої стінки зовнішнього слухового ходу. І.П. Єнін і співавтори (1988) спостерігали їх в перетинчасто-хрящовому відділі зовнішнього слухового ходу. В повідомленні С.Н. Серебрякової (1964) мали місце множинні герпетичні висипання на внутрішній поверхні вушної раковини, що займали її повністю і розповсюджувались на слуховий хід, а також два зливних пухирці на шкірі щоки за ходом гілочки трійчастого нерва. І.П. Єнін і співавтори (1988) відмічали герпетичні висипання на верхній губі, шкірі зовнішньої поверхні вушної раковини і в слуховому ході. В спостереженні А.Л. Маркзицера (1964) на гіперемованій та інфільтрованої шкірі вушної раковини, козелка і зовнішнього слухового ходу були пухирці, оточені віночком гіперемії. У всіх 8 осіб, яких обстежував К.А. Нікітін (1991), були герпетичні висипання в ділянці вушної раковини і зовнішнього слухового ходу. Пухирці виявляються і на барабанній

перетинці (Я.Л. Готлиб, 1963; А.Л. Маркзицер, 1964; С.Н. Серебрякова, 1964; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; И.М. Маєрович, 1975; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; Д.А. Романенко, 1980; Н.С. Загайнова, А.Е. Артем'єва, 2000). І.М. Маєрович (1975) на шкірі вушної раковини, зовнішнього слухового ходу і на барабанній перетинці описали маленькі червоні папули, з яких утворились з серозним вмістом. М.А. Гольдштейн і К.М. Родіна (1977) на задній стінці зовнішнього слухового ходу посередині і горизонтально спостерігали судинну «доріжку», розгалужену, що доходила до барабанної перетинки. На барабанній перетинці в ділянці пупка на гіперемованому фоні був пухирець з серозним вмістом, від якого до горизонтальної судинної смужки на задній стінці слухового ходу йшла судинна гілочка. Може бути атипова форма (у відношенні шкірних проявів) оперізуючого лишая вуха, коли немає висипань (М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976).

Іноді описується гіперемія барабанної перетинки в шрапнелевій частині (М.И. Водопьянова, 1962; Я.Л. Готлиб, 1963; А.Л. Маркзицер, 1964; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982) і її інфільтрація (Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966). На ній можуть бути поодинокі пухирці (А.Л. Маркзицер, 1964). Д.А. Романенко (1980) у 2 з 5 осіб на боці ураження виявив гіперемію шрапнелевої частини барабанної перетинки, у 1 – везикули з геморагічним вмістом. У випадку, представленому І.П. Єніним і співавторами (1988), барабанна перетинка була рожева, потовщена, особливо в ділянці гіпотимпанума. При орофарингоскопії іноді герпетичні висипання зустрічаються у горлі і порожнині рота. Так, Р.М. Ханамирян і М.А. Григорян (1975) знайшли герпетичні висипання на піднебінному мигдалику, на передній і задній дужках з боку хворого вуха, а також на піднебінному язичку. Є.В. Малкова (1966), а також Д.Й. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966) відмічали герпетичні висипання на половині язика з боку ураженого вуха. Герпетичні висипання в зоні іннервації язикоглоткового нерва описували М.А. Цукерман (1933), Л. Монов (1967).

Регіонарні лімфатичні вузли збільшені (А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; М.А. Гольдштейн, К.М. Родіна, 1977; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987), припухлі (М.И. Нікольська, 1961; А.Л. Маркзицер, 1964; С.Н. Серебрякова, 1964), болючі при пальпації (Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; М.А. Гольдштейн, К.М. Ро-

дина, 1977; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982). При цьому можуть реагувати різні групи лімфатичних вузлів: підщелепні, защелепні, шийні (передньо-шийні, задньо-шийні), завушні, навколо вушної раковини. В рідких випадках збільшені регіонарні лімфатичні вузли бувають неболючими (А.Л. Маркзицер, 1964). Р.М. Ханамирян і М.А. Григорян (1975) виявляли збільшення і болючість при пальпації регіонарних лімфатичних вузлів відповідної підщелепної ділянки. М.А. Гольдштейн і К.М. Родіна (1977) визначали збільшені і болючі лімфатичні вузли защелепної ділянки з боку ураженого вуха. Припухлість шийних лімфатичних вузлів спостерігала С.Н. Серебрякова (1964). Збільшення і болючість задньо-шийних лімфатичних вузлів відповідного боку описали Н.Н. Осипова і І.П. Шлычков (1982). М.А. Пархомовський і Р.Ш. Гаджиев (1976) визначали збільшення і незначну болючість передньо-шийних лімфатичних вузлів з обох боків, завушні і задньо-шийні лімфатичні вузли відповідного боку були збільшені, злегка болючі. Припухлість лімфатичних вузлів навколо вушної раковини відзначала М.І. Нікольська (1961). У випадку, описаному А.Л. Маркзицером (1964), лімфатичні вузли навколо вушної раковини були злегка припухлі, неболючі.

При оперізуючому лишая вуха залучається у процес більшість черепних нервів. З них частіше за все уражається лицевий нерв (Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; В.О. Калина, М.А. Шустер, 1970; Д.А. Романенко, 1980). За даними В.О. Калини і М.А. Шустера (1970), ураження цього нерва спостерігається в 60% випадків. На основі аналізу виписок з історій хвороби 30 пацієнтів, опублікованих різними авторами, Д.И. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966) прийшли до висновку, що ураження лицевого нерва – найчастіший симптом оперізуючого лишая вуха.

Парез або параліч лицевого нерва з відповідного боку за периферичним типом відмічало багато авторів (А.М. Медовой, 1924; Н.М. Асписов, 1935; А.И. Дубовик, 1964; Ю.Т. Мироненко, 1973; Ю.С. Александров, 1975; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986; К.А. Никитин, 1991; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000, та ін.). На параліч лицевого нерва вказували А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984), О. Кіцера (1996). К.А. Нікітін (1991) виявив парез лицевого нерва у всіх 8 обстежуваних. В.П. Нечипоренко і співавтори (1999) повідомили про периферичний парез лицевого нерва у 17 хворих.

У разі парезу або параліча лицевого нерва згладжується носогубна складка (С.Н. Серебрякова, 1964; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987), кут рота опускається (С.Н. Серебрякова, 1964; З.В. Зайцева, 1987), око на боці ураження не закривається (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; З.В. Зайцева, 1987), зменшується сльозовиділення (О. Кіцера, 1996), око буває сухим (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999). Інколи спостерігається безсимптомний перебіг параліча лицевого нерва (А.М. Медовой, 1924).

Ураження лицевого нерва може відбуватись на різних рівнях: супрагенікулярному (К.А. Никитин, 1991), у внутрішньому слуховому ході (В.П. Нечипоренко и соавт., 1999), в лицевому каналі (В.П. Нечипоренко и соавт., 1999). Звідси деякі особливості клініки цього захворювання. Так, у всіх 8 осіб обстежуваних К.А. Нікітіним (1991), за даними топічної діагностики, визначався супрагенікулярний рівень ураження лицевого нерва, при якому відмічались гіпосекреція слізної рідини з боку пареза, зникнення акустичного рефлекса, гіпо- чи агеузія. При термографічному дослідженні у всіх хворих в момент поступлення відмічалась дифузна гіпотермія шкіри обличчя з боку парезу м'якої мускулатури. На контрольних термограмах мала місце тенденція до ізотермії у 5 пацієнтів в стадії відновлення моторної функції лицевого нерва. У 3 обстежуваних до моменту виписки із стаціонару зберігалась стійка дифузна гіпотермія з боку ураження. За спостереженнями В.П. Нечипоренка і співавторів (1999), що ґрунтуються на даних топічної діагностики, у 12 з 17 хворих визначалось ураження лицевого нерва у внутрішньому слуховому ході. У них виявлено ураження м'язів, сухість ока, порушення смаку на передніх 2/3 язика, зниження слуху. У 5 пацієнтів з ураженням нерва в лицевому каналі на рівні до відходження великого кам'янистого нерва спостерігалась прозоплегія, сухість поверхні кон'юнктиви і рогівки, гіперакузія і порушення смаку в передніх 2/3 язика.

Периферичний парез лицевого нерва розвивається, як правило, на протязі 10 днів після герпетичних висипань (К.А. Никитин, 1991). За даними М.І. Нікольської (1961) і С.Н. Серебрякової (1964), параліч лицевого нерва з'являється в різний час після висипання в строки до 14 днів. За спостереженнями Д.А. Романенка (1980), у всіх 5 пацієнтів периферичний параліч лицевого нерва виник на 2-5-й день після висипань. У випадку, описаному Ю.Т. Мироненком (1973), параліч лицевого нерва з'явився на 3-й день після початку захворювання.

Заданими В.П. Нечипоренко і співавторів (1999), периферичний парез лицевого нерва у 14 з 17 обстежуваних розвивався на протязі перших 5-8 днів після висипань. За Körner (1904), парез лицевого нерва реєструється через деякий час після висипання на вушній раковині. І.М. Масрович (1975) вказував, що параліч лицевого нерва відмічається вслід за висипанням. А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984) спостерігав виникнення парезу лицевого нерва в період висипання.

Іноді поява параліча лицевого нерва передує герпетичним висипанням (М.И. Никольская, 1961; С.Н. Серебрякова, 1964; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975). Так, у випадку, описаному С.Н. Серебряковою (1964), параліч лицевого нерва з'явився на 3 дні раніше герпетичних висипань на вушній раковині. В спостереженні Д.И. Шенкера і І.І. Мартиненка (1966) герпетичні висипання мали місце через тиждень після розвитку пареза лицевого нерва. В деяких випадках такі висипання на вушній раковині можуть зустрічатись одночасно з розвитком периферичного парезу лицевого нерва (А.Л. Маркзицер, 1964; А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; Ю.Т. Мироненко, 1973; И.П. Енин и соавт., 1988). В.П. Нечипоренко і співавтори (1999) спостерігали це у 3 з 17 осіб з оперізуючим лишаєм вуха.

Досить часто при оперізуючому лишаю вуха уражається переддверно-завитковий нерв, але дещо рідше, ніж лицевий. Згідно з даними В.О. Калини і М.А. Шустера (1970), патологічні зміни цього нерва спостерігаються в 40% випадків. При цьому можуть уражатись обидві його гілки (кохлеарна і вестибулярна) окремо або одночасно. В більшості випадків страждає кохлеарна гілка цього нерва (А.М. Медовой, 1924; М.И. Никольская, 1961; А.И. Дубовик, 1964; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; А.Г. Лихачев, 1967, 1981, 1984; Ю.С. Александров, 1975; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; О. Кіцера, 1996; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999; Н.С. Загайнова, А.Е. Артемьева, 2000; О. Körner, 1904, та ін.). М.І. Нікольська (1961) і І.М. Масрович (1975) відмічають, що в ряді випадків ураження кохлеарної гілки переддверно-завиткового нерва настає слідом за появою герпетичних висипань. А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984) вважає, що ця гілка уражається в період висипань. За Körner (1904), патологічний процес в кохлеарній гілці переддверно-завиткового нерва може розвиватись через деякий час після виникнення висипань на вушній раковині. Як вказує С.Н. Серебрякова (1964), ураження цієї гілки виникає на протязі 1-14 днів після висипання пухирців. При дослідженні слухової

функції реєструється порушення звукосприймаючого апарату хворого вуха (М.И. Никольская, 1961; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; А.И. Цыганов и соавт., 1986). При цьому має місце підвищення порогів слуху по повітряній і кістковій провідності на високих частотах (М.И. Водопьянова, 1962; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982). М.І. Нікольська (1961) спостерігала зниження слуху в середньому на 25-30дБ. Аналіз аудіограм, проведений Д.А. Романенком (1980), показав, що слух був знижений на всьому діапазоні частот, але переважно в зоні 500-800Гц, при цьому по кістковій провідності – до 30дБ, по повітряній – до 40дБ. За даними К.А. Нікітіна (1991), в ході аудіологічного обстеження звукосприймаюча приглухуватість виявлена у 3 з 8 хворих на оперізуючий лишай вуха. Серед цих 3 обстежуваних тільки у 1 мав місце периферичний кохлеовестибулярний синдром, а у 2 за допомогою теста Fowler зареєстрована гіперакузія. Іноді зустрічається повна глухота (А.И. Цыганов и соавт., 1986). В ряді випадків слуховий аналізатор може не уражатись (Н.М. Асписов, 1935; И.М. Розенфельд, 1962; С.Н. Серебрякова, 1964; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; М.А. Пархомовский, Р.Ш. Гаджиев, 1976). А.І. Дубовик (1964) оперізуючий лишай вушної раковини з патологічними змінами лицевого і кохлеарної гілки переддверно-завиткового нервів відносить до третьої форми оперізуючого лишаю вуха. Досить часто уражається вестибулярна гілка переддверно-завиткового нерва (Н.М. Асписов, 1935; И.М. Розенфельд, 1962; Т.В. Сидорчук, В.С. Пономарев, 1966; В.О. Калина, М.А. Шустер, 1970; Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999; О. Körner, 1904, та ін.). При цьому відбувається пригнічення вестибулярного апарату на боці ураженого вуха (Р.М. Ханамирян, М.А. Григорян, 1975; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; А.И. Цыганов и соавт., 1986). Н.С. Загайнова і А.Є. Артем'єва (2000) спостерігали великорозмашистий горизонтально-ротаторний ністагм в бік хворого вуха. М.І. Нікольська (1961) виявила спонтанний горизонтальний ністагм II-III ступеня в протилежний бік, в позі Ромберга падіння на бік ураження і назад, при пальце-пальцевій і пальце-носовій пробах – нечітке промахування на стороні ураження. Автор також відмічала асиметрію сенсорних вестибулярних порогів: відчуття обертання виникало під час дослідження ураженого вуха при

швидкості 120/с, на протилежному вусі – 60/с. М.І. Водоп'янова (1962) зустрічала зниження вестибулярної функції вуха як при калоричній, так і при обертальній пробі. В спостереженнях Т.В. Сидорчука і В.С. Пономарьова (1966) калоричний ністагм водою не викликався. І.М. Масрович (1975) реєстрував зниження функції лабіринта при холодній калоризації. На основі аналізу випадку Д.Й. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966) припускають, що вестибулярні порушення можуть залежати не тільки від ураження внутрішнього вуха, але і від корінцевого процесу.

Ураження вестибулярної гілки переддверно-завиткового нерва може передувати герпетичним висипанням на вушній раковині (Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975). С.Н. Серебрякова (1964) вважає, що таке порушення розвивається через 1-14 днів після висипання пухирців. Іноді функція вестибулярного апарату не порушується (С.Н. Серебрякова, 1964; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; М.А. Пархомовський, Р.Ш. Гаджиев, 1976). Слухові і вестибулярні розлади не завжди мають паралельний перебіг. Спостерігаються часто ізольовані порушення слухової і вестибулярної функцій (Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966). Як відмічають Т.В. Сидорчук і В.С. Пономарьов (1966), може бути ізольоване ураження вестибулярного аналізатора при збереженні слухового, при відсутності збільшення лімфатичних вузлів шиї і змін лицевого нерва. У випадках, описаних С.Н. Серебряковою (1964), М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджиевим (1976), порушено слуху і вестибулярних розладів не було. В спостереженні Д.Й. Шенкера і І.І. Мартиненка (1966) ураження слуху не супроводжувалось вестибулярними явищами.

Аналіз результатів акуметрії і вестибулометрії дозволив визначити наявність кохлеовестибулярного синдрому на лабіринтному рівні з явищами гідропса лабіринту (Н.Н. Осипова, И.П. Шлычков, 1982). О.І. Циганов і співавтори (1986) парез лицевого і ураження переддверно-завиткового нервів відносять до ускладнень оперізуючого лишая вуха.

Рідше, ніж лицевий і переддверно-завитковий, уражаються трійчастий, язикоглотковий і блукаючий нерви (В.О. Калина, М.А. Шустер, 1970). Ураження трійчастого нерва спостерігали А.М. Медовий (1924), М.І. Нікольська (1961), М.І. Водоп'янова (1962), Я.Л. Готліб (1963), А.Л. Маркзіцер (1964), Д.Й. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966), Н.Н. Осипова і І.П. Шличков (1982), З.В. Зайцева (1987), В.П. Нечипоренко і співавт. (1999). На залучення у процес трійчастого нерва вказували А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984), Л.А. Зарицький (1974), І.М. Масрович

(1975), Р.М. Ханамірян і М.А. Григорян (1975), С.М. Соколенко (1976), Д.А. Романенко (1980), А.А. Лайко (1998, 2004, 2008). Патологічні зміни трійчастого нерва можуть виникати услід за висипанням (М.И. Никольская, 1961; И.М. Маерович, 1975). За А.Г. Лихачовим (1967, 1981, 1984) або в період герпетичних висипань.

Ураження трійчастого нерва може передувати герпетичним висипанням (Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975), при цьому спостерігається гіпостезія на відповідній половині обличчя (М.И. Никольская, 1961; А.Л. Маркзіцер, 1964). В спостереженні Д.Й. Шенкера і І.І. Мартиненка (1966) з боку ураження відмічалась больова гіпостезія обличчя (шкіра, слизова оболонка порожнини носа і рота). Має місце гіперестезія шкіри в ділянці іннервації трійчастого нерва з боку ураження (М.И. Водоп'янова, 1962; А.А. Гладков, 1965; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Р.М. Ханамірян, М.А. Григорян, 1975), парестезія (А.А. Гладков, 1965). Іноді буває болочість точок виходу трійчастого нерва з боку ураження (М.И. Водоп'янова, 1962), невралгія гілок трійчастого нерва (М.И. Никольская, 1961; Я.Л. Готліб, 1963; К.А. Никитин, 1991; В.П. Нечипоренко і соавт., 1999). За даними К.А. Нікітіна (1999), ураження трійчастого нерва виявлено у 4 з 8 хворих на оперізуючий лишай вуха. У них були виявлені порушення чутливості шкіри обличчя і невралгія гілок трійчастого нерва. За спостереженнями В.П. Нечипоренка і співавторів (1999), у 7 із 17 пацієнтів була порушена чутливість шкіри обличчя, невралгія гілок трійчастого нерва. М.А. Пархомовський і Р.Ш. Гаджиев (1976), а також Д.А. Романенко (1980) вказують на симптоматику гострого невриту трійчастого нерва. Н.Н. Осипова і І.П. Шличков (1982) відмічають подразнення ганглію трійчастого нерва. Інколи має місце зниження корнеального рефлекса на боці ураження (Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966), що свідчить про патологічний процес в І гілці трійчастого нерва (n. ophthalmicus) (С.М. Віничук і співавт., 2001). Буває безсимптомний перебіг ураження трійчастого нерва (А.М. Медовой, 1924).

Залучення у процес язикоглоткового нерва зустрічали Д.Й. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966), Ю.С. Александров (1975), І.М. Масрович (1975), С.М. Соколенко (1976), А.Г. Кондрашкіна і Л.І. Подласая (1982), К.А. Нікітін (1991), В.П. Нечипоренко і співавтори (1999). На ураження цього нерва при оперізуючому лишаю вуха вказували А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984) і О. Кіцера (1996). А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984) повідомляв, що язикоглотковий нерв уражається в період висипань на вушній

раковині. При цьому спостерігається зниження смакової чутливості в передніх 2/3 язика з відповідного ураженню боку (М.И. Никольская, 1961; Д.И. Шенкер, И.И. Мартыненко, 1966; Ю.Т. Мироненко, 1973; И.М. Маерович, 1975; Д.А. Романенко, 1980; А.Г. Кондрашкина, Л.И. Подласая, 1982; В.П. Нечипоренко и соавт., 1999). М.А. Пархомовський і Р.Ш. Гаджієва (1976) виявили у хворої випадіння смаку на всій половині язика з боку ураження вуха. В.П. Нечипоренко і співавтори (1999) порушення смаку зареєстрували у всіх 17 обстежуваних хворих. На розлади смаку вказував О. Кіцера (1996). За К.А. Нікітіним (1991), а також В.П. Нечипоренком і співавторами (1999), порушення смаку відбувається частіше за типом гіпогевзії. Розлади смаку можуть бути зумовлені ураженням лицевого нерва (В.П. Нечипоренко и соавт., 1999). За даними К.А. Нікітіна (1991), порушення смаку з'являлось дещо раніше, ніж парез мимічної мускулатури.

Судячи з повідомлень М.А. Пархомовського і Р.Ш. Гаджієва (1976), ураження язико-глоткового нерва, відступаючи на другий план по відношенню до патологічних змін лицевого, переддверно-завиткового і трійчастого нервів, не завжди діагностується, залишаючись поза полем зору хворого і лікаря. Так, в роботі Р.М. Ханаміряна і М.А. Григоряна (1975) вказано на ураження лицевого та обох гілок переддверно-завиткового нервів і відмічено, що у пацієнта при цьому був біль в горлі і висипання на піднебінних дужках, мигдалику і піднебінному язичку з боку патології, тобто в зоні іннервації язико-глоткового нерва (М.А. Пархомовський, Р.Ш. Гаджієв, 1976; С.М. Віничук і співавт., 2001). Ю.С. Александров (1975) спостерігав зниження горлового рефлексу з боку ураження. За даними В.П. Нечипоренка і співавторів (1999), у 1 з 17 обстежуваних з розповсюдженою формою оперізуючого лишая знайдено порушення функції язико-глоткового нерва і крилопіднебінний гангліоніт. Буває зменшення слиновиділення (О. Кіцера, 1996), асиметрія слиновиділення за рахунок різкого пригнічення білявушної і особливо підщелепної слинних залоз (М.И. Никольская, 1961), в іннервації яких бере участь язико-глотковий нерв (С.М. Віничук і співавт., 2001).

На рідкість ураження блукаючого нерва вказували Д.И. Шенкер і І.І. Мартиненко (1966), А.Г. Лихачов (1967, 1981, 1984), а також І.М. Розенфельд (1962), Ю.С. Александров (1975), С.М. Соколенко (1976), К.А. Нікітін (1991), Н.С. Загайнова і А.Є. Артем'єва (2000). З 8 пацієнтів, обстежуваних К.А. Нікітіним (1991), порушення функції язико-глоткового

і блукаючого нервів відмічено тільки у 1 з розповсюдженою формою оперізуючого лишая. У нього був виявлений однобічний парез м'якого піднебіння і гортані в поєднанні з герпетичними висипаннями на слизовій оболонці. В спостереженні Н.С. Загайнової і А.Є. Артем'євої (2000) мав місце парез половини гортані на боці хворого вуха.

Значно рідше, ніж трійчастий, язико-глотковий і блукаючий нерви, уражаються нюховий, зоровий і відвідний нерви (В.О. Калина, М.А. Шустер, 1970). Порушення нюху описували А.Г. Кондрашкина і Л.И. Подласая (1982). На рідкість ураження відвідного нерва вказував О. Кіцера (1996). Розлади функції під'язикового нерва виявили І.М. Розенфельд (1962), Ю.Т. Мироненко (1973), В.П. Нечипоренко і співавтори (1999). При цьому І.М. Розенфельд (1962) спостерігав відхилення язика у здоровий бік. В.П. Нечипоренко і співавтори (1999) патологію під'язикового нерва знайшли у 2 з 17 осіб з оперізуючим лишем вуха.

Таким чином, клінічні прояви оперізуючого лишая вуха дуже різноманітні. Основними симптомами цієї патології являються герпетичні висипання на вушній раковині і оточуючих її ділянках голови, у зовнішньому слуховому ході, а іноді і на барабанній перетинці, а також розлади черепних нервів. При цьому найбільш часто уражається лицевий і переддверно-завитковий нерви, рідше – трійчастий, язико-глотковий і блукаючий, ще рідше – нюховий, зоровий, відвідний і підязиковий.

Симптоми оперізуючого лишая вуха можуть виникати в різній послідовності один за другим. Так, за Көрner (1904), при оперізуючому лишая вуха спостерігаються герпетичні висипання на вушній раковині чи навколо неї, яким передуює поява болю в ділянці обличчя і у відповідній половині голови; через деякий час розвивається парез лицевого нерва і порушення функції переддверно-завиткового нерва (обох його гілок – кохлеарної і вестибулярної). За М.І. Нікольською (1961), через 5-6 днів після продромального періоду виникають місцеві явища: припухання лімфатичних вузлів навколо вушної раковини, розлади чутливості і біль, потім на вушній раковині чи в найближчому їй оточенні з'являються герпетичні пухирці, які можуть також розташовуватись у зовнішньому слуховому ході і навіть на барабанній перетинці. В ряді випадків після появи герпетичних пухирців розвивається параліч лицевого, ураження переддверно-завиткового і трійчастого нервів. Патологічні зміни в нервах з'являються через різний час після висипання в строки до 14 днів. Іноді ураження нервів передуює герпетичним ви-

сипанням. В спостереженні А.Л. Маркзіцера (1964) захворювання почалось зі стріляючого болю у вусі, головного болю, на наступний день з'явились герпетичні висипання на вушній раковині, параліч лицевого нерва з цього ж боку. У випадку, описаному Ю.Т. Мироненком (1973) пацієнт відчув нездужання, з'явились стріляючі болі у вусі і завушній ділянці, потім виникло сильне запаморочення, нудота і блювання. На 3-й день відмічений параліч лицевого нерва. Одночасно спостерігалась поява пухирців в ділянці вушної раковини. За даними Р.М. Ханамірян і М.А. Григоряна (1975), ураження лицевого та трійчастого нервів і вестибулярної гілки переддверно-завиткового нерва може передувати висипанням на вушній раковині. В повідомленні С.Н. Серебрякової (1964) виражений продромальний період був відсутній, параліч лицевого нерва з'явився на 3 дні раніше герпетичних висипань на вушній раковині. У випадку, описаному І.П. Єніним і співавторами (1988),

герпетичні висипання на верхній губі, шкірі передньої поверхні вушної раковини і в слуховому ході виникли з парезом мімічної мускулатури на стороні ураження. Як відмічає О. Кіцера (1996), в світовій літературі зареєстровано низку спостережень герпетичного ураження черепних нервів без характерних висипань на шкірі. Перебіг оперізуючого лишая вуха тривалий, хвилеподібний, іноді буває сприятливим і завершується на протязі 7-10 днів (А.И. Цыганов и соавт., 1986).

Не можна не погодитись з висловлюванням М.А. Пархомовського і Р.Ш. Гаджієва (1976), що клініку оперізуючого лишая необхідно знати лікарям багатьох спеціальностей, оскільки, крім отоларингологів, таких хворих лікує цілий ряд спеціалістів: стоматологи (В.А. Карлов, 1965), нейровірусологи (К.Г. Уманский, 1963), невропатологи (Е.В. Малкова, 1966), дитячі інфекціоністи (К.Н. Жукова, 1967), дерматологи.

1. Александров Ю.С. Случай энцефалита при herpes zoster // Врач. дело. – 1975. – №22. – С. 151 – 152.
2. Андросов М.Д. Герпес ушной раковины и барабанной перепонки левого уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1969. – №21. – С. 111 – 112.
3. Асписов Н.М. Herpes zoster oticus // Вестн. советской оториноларингологии. – 1935. – №23. – С.298.
4. Віничук С.М., Дубенко Є.Г., Мачерет Є.Л. та співавт. Нервові хвороби. – К.: Здоров'я, 2001. – С. 67 – 101.
5. Водопьянова М.И. Больная с герпес зостер отикус // Вестн. оториноларингологии. – 1962. – №25. – С.116.
6. Гладков А.А. Болезни уха, носа и горла. – М.: Медицина, 1965. – С.199-200.
7. Гольдштейн М.А., Родина К.М. Три наблюдения опоясывающего лишая уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №22. – С. 103 – 104.
8. Готлиб Я.Л. Выключение лабиринта на почве herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1963. – №25. – С. 118.
9. Данилов Л.Н. Травматический герпес ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. – 1973. – №23. – С. 87 – 88.
10. Данилов Л.Н. Герпес ушной раковины после травмы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №26. – С. 85.
11. Дубовик А.И. Опоясывающий лишай ушной раковины // Вопросы общей и клинической оториноларингологии. – Иркутск: Б.и, 1964. – С. 161 – 163.
12. Енин И.П., Красильникова Н.А., Моренко В.М. Неврит лицевого и преддверно-улиткового нервов вирусной (герпетической) этиологии у 12-летней девочки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №22. – С. 73 – 74.
13. Жукова К.Н. (1967). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджієвим (1976).
14. Загайнова Н.С., Артемьева А.Е. Тяжелое течение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – №26. – С. 35.
15. Зайцева З.В. Herpes zoster oticus в сочетании с острым средним отитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – №22. – С. 66-67.
16. Зарицький Л.А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 50.
17. Калина В.О., Шустер М.А. (1970). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджієвим. – 1976.
18. Карлов В.А. (1965). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджієвим (1976).
19. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 165-166.
20. Кондрашкина А.Г., Подласая Л.И. Опоясывающий лишай уха // Вестн. оториноларингологии. – 1982. – №25. – С. 76-78.
21. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 42.
22. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2004. – С. 260 – 261.
23. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2008. – С. 189.
24. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1967. – С. 143.
25. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 162.

26. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 162.
27. Маерович И.М. Опоясывающий лишай уха (herpes zoster oticus) // Вестн. оториноларингологии. – 1975. – №26. – С. 116-117.
28. Малкова Е.В. Лечение Herpes zoster // Журн. невропатологии и психиатрии им. С.С. Корсакова. – 1966. – Т. 66, В. 3. – С. 366-370.
29. Маркзицер А.Л. Два наблюдения herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1964. – №25. – С. 76-77.
30. Медовой А.М. К вопросу о Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1924. – Т. 1, №27-9. – С. 306-310.
31. Мироненко Ю.Т. Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №24. – С. 107-108.
32. Монов Л. (1967). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджиевим (1976).
33. Нечипоренко В.П., Лозицкая В.И., Толчинский В.В., Трофимова Е.Н. Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых і горлових хвороб. – 1999. – №25, Додаток №21. – С. 102-105.
34. Никитин К.А. Herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №26. – С. 33-35.
35. Никольская М.И. К вопросу о Herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1961. – №22. – С. 23-27.
36. Осипова Н.Н., Шлычков И.П. Наблюдение herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №22. – С. 77-78.
37. Пархомовский М.А., Гаджиев Р.Ш. Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №26. – С. 75-77.
38. Розенфельд И.М. Выступление в прениях // Вестн. оториноларингологии. – 1962. – №25. – С. 118.
39. Романенко Д.А. К клинике и диагностике herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1980. – №21. – С. 50-55.
40. Серебрякова С.Н. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1964. – №23. – С. 87-88.
41. Сидорчук Т.В., Пономарев В.С. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1966. – №22. – С. 90-91.
42. Соколенко С.М. К вопросу о Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №25. – С. 118.
43. Соколенко С.М. Два наблюдения Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №25. – С. 119.
44. Уманский К.Г. (1963). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджиевим (1976).
45. Ханамрян Р.М., Григорян М.А.. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1975. – №25. – С. 91.
46. Цукерман М.А. (1933). Цитується за М.А. Пархомовським і Р.Ш. Гаджиевим (1976).
47. Цыганов А.И., Гукович В.А., Тимен Г.Э. Справочник по оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 88.
48. Шенкер Д.И., Мартыненко И.И. К вопросу о herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1966. – №23. – С. 18-22.
49. Языков С.А. К вопросу о herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1948. – №21. – С. 81-82.
50. Hirata K. (1975). Цитується за Д.А. Романенком. – 1980.
51. Hunt R. (1907) Цитується за Д.Й. Шенкером і І.І. Мартиненком. – 1966.
52. Körner O. Über den Herpes zoster oticus // Münch. med. Wschr. – 1904. – Bd. 51. – S. 6.
53. Rauch S. (1955). Цитується за С.Н. Серебряковою. – 1964.

Надійшла до редакції 23.11.10.

© Г.С. Протасевич, П.В. Ковалик, А.П. Ковалик, О.В. Говда, О.В. Стахів, А.І. Гавура, 2011