

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

ОПІКИ ВУШНОЇ РАКОВИНИ. Повідомлення 2

Терноп. держ. мед. ун-т ім. І. Я. Горбачевського (ректор – чл.-кор. НАМН, проф. Л. Я. Ковальчук); Терноп. університетська лікарня (голов. лікар – канд. мед. наук М. Я. Гірняк)

В попередній оглядовій роботі ми представили загальні відомості про опіки вушної раковини, етіологію, клінічні прояви, діагностику, ускладнення цієї патології. В даному повідомленні розглядаються питання лікування та прогнозу при опіках вушної раковини.

Лікування. Опіки вушних раковин та їх ускладнення вимагають проведення тривалого лікування [2, 3]. У постраждалих з опіками вушних раковин зусилля лікаря повинні бути скеровані на недопущення поглиблення опіків і боротьбу з інфекцією [7]. Треба мати на увазі, що опікова поверхня завжди вважається інфікованою, тому лікувальні заходи застосовуються з урахуванням цього моменту [14]. Перша допомога полягає в припиненні дії опікового агента; ранева поверхня зрошується прохолодною проточною водою протягом 15 -20 хв і закривається антисептичними серветками [12, 14]. Використання будь-яких мазевих пов'язок протипоказано, бо вони викликають прогрівання опікової поверхні і тканини, що знаходяться в стані парабіозу, перейдуть у стан некрозу [12, 14]. Ефективним є призначення аерозолей (оксициклозоль, левіан, пантенол та ін.), а також різних антисептиків (фурацилін, риванол, хлоргексидин, бетадин, йодобак) та знеболюючих лікарських препаратів [12, 14].

Лікування при опіках вушної раковини буває загальним і місцевим [15]. З числа загальних засобів застосовуються морфій чи пантопон підшкірно [16 - 18], кофеїн [15], посилене гаряче пиття [15, 25] та харчування [25]. За показаннями проводяться протишокові заходи [9, 10, 12, 14]. А.А. Лайко [10, 14] підкреслює, що головним є комплексне лікування, яке передбачає протишокову трансфузійну терапію, методи боротьби з

ускладненнями опіків вушної раковини. У разі розвитку опікового шоку лікування здійснюється в реанімаційному відділенні [12, 14]. Інфузійна терапія виконується під контролем наступних головних показників гемодинаміки: частота пульсу, артеріальний тиск, центральний венозний тиск, діурез [12, 14]. З цією метою вводиться катетер у магістральну вену, ставиться сечовий катетер та назогастральний зонд для розвантаження верхніх відділів травного тракту [12, 14]. Для боротьби з гнійною інфекцією при глибоких опіках призначаються антибіотики [7, 10, 12, 14, 25] спочатку пеніцилінового ряду [10, 12, 14, 25], а далі використовуються препарати згідно з антибіотикограмою, виключаючи ототоксичні антибіотики [10, 12, 14]. В. К. Гусак та співавтори [7] застосовують антибіотики широкого спектру дії і після отримання антибіотикограми цілеспрямовано добирають відповідні препарати. Не слід забувати про протиправцеву профілактику [9]. Важливим заходом профілактики гнійних ускладнень при термічних ураженнях вушних раковин є боротьба з поглибленням некрозу [7].

Уражена опіком поверхня має вигляд свіжої рани [10, 14], яку слід захистити від подальших травмувань та проникнення в неї інфекції [10 - 14].

При опіках запропоновано багато різних методів лікування [10, 12, 14]. Головною є комплексна терапія, що передбачає протишокові трансфузійні засоби, методи боротьби з ускладненнями опіків вушної раковини [12, 14].

Значне місце при опіках вушної раковини належить місцевій терапії. При цьому використовуються два методи – закритий і відкритий [2, 3, 7, 12, 14, 23]. А. Г. Лихачов та співавтори [15] застосовують місцево

вологі пов'язки, а також пов'язки з маззю (борною, дерматоловою). Для пов'язок вони рекомендують також 3% розчин борної кислоти, ацетат алюмінію. А. Б. Варшавський [5] змазує уражені ділянки шкіри індиферентним жиром. А.К. Чаргейшвілі [25] пропонує в свіжих випадках обкладати вушну раковину ватою, змоченою спиртом, на 20 хв і потім накладати суху пов'язку. Можна застосувати 5% розчин таніну і зразу після нього 10% розчин ляпісу, що викликає утворення щільного струпа [25]. О.О. Гладков [6] при опіках вушної раковини проводить припудрювання стрептоцидом чи змазування дерматоловою маззю. А.Г. Лихачов [16-18] рекомендує обпечені місця змазувати 2% розчином перманганату калію чи 3-5% розчином таніну. Застосовуються в якості найкращих засобів при місцевому лікуванні риб'ячий жир, пеніцилін, фібринові плівки, мазь Вишневського [25]. Добрий вплив риб'ячого жиру пояснюється вмістом в ньому вітамінів А і Д та іншими властивостями, що створюють несприятливе середовище для росту бактерій (не ушкоджуються грануляції при зміні пов'язки, зберігається вологість рани, відсутня болючість) [25]. Пеніцилін використовується у вигляді мазі. Перев'язки робляться звичайно через 3-4 дні [25]. Фібринові плівки А. М. Філатова вимагають попередньої ретельної обробки ураженої ділянки [25]. Вони мають певне значення при обмежених опіках II ступеня [21]. Мазь Вишневського сприяє відновленню звичного для тканин комплексу імпульсів, що впливають на трофіку тканин [25]. Крім того, як бактерицидний засіб, мазь Вишневського має антисептичну дію [25]. За О. І. Цигановим та співавторами [23], при термічних опіках I ступеня невідкладна допомога полягає у змазуванні ураженої ділянки 2% розчином брильянтового зеленого чи 5% розчином таніну, в обробці аерозолем оксикорта і накладанні мазевих пов'язок, що містять судинозвужуючі, дегідратаційні та анальгезуючі речовини. О. І. Циганов та співавтори [24] при I ступені термічного опіку рекомендують спиртові примочки з 96°C етилового спирту до припинення болю (на протязі 20 хв – 1 год), потім змазування уражених ділянок глюкокортистероїдною маззю (флуцинар, лорин-

ден, преднізолонова, кортизонова та ін.). При опіках II ступеня пропонується накладання спиртової примочки на 40-60 хв, після чого -асептичної пов'язки з глюкокортикостероїдною маззю. На 2-гу добу пухирі треба розкривати, обпечену поверхню змазувати 2% розчином брильянтового зеленого і закривати асептичною пов'язкою.

О.О. Кіцера [9] при опіках I – II ступеня успішно використовує аерозольні препарати «Оксикорт-аерозоль», «Оксициклозоль», «Лівіан» та ін. Аерозоль «Пантеноль» створює своєрідну «пінну» пов'язку, яка утримується якийсь час на вушній раковині [9]. Можна застосовувати і мазі, що містять кортикостероїдні препарати та антибіотики, зокрема після асептичного розкриття пухирів [9]. В. Т. Пальчун та М. О. Преображенський [20] після розкриття пухирів призначає 10-40% розчин ляпісу для припікання грануляцій.

А. А. Лайко [11, 12, 14], а також А. А. Лайко і Д. І. Заболотний [13] при опіках I ступеня використовують спиртовий антисептичний розчин та мазі; у разі опіків II ступеня пухирі підрізають в асептичних умовах і накладають стерильну пов'язку. Якщо опіки вушної раковини поєднуються з опіком зовнішнього слухового ходу вони вважають за необхідне протягом тривалого часу в нього вводити в останній тугі антисептичні мазеві тампони для профілактики звуження [11-14], видаляти грануляції [12, 14].

А. А. Лайко [12, 14] підкреслює, що місцеве лікування при опіках передбачає зменшення болю, видалення нежиттєздатних тканин. Автор рекомендує з цією метою наступну методику: обробка опікових ран в асептичних умовах - поверхня шкіри навколо рани протирається серветкою, змоченою мильним розчином, потім 0,5% розчином нашатирного спирту, далі 70°C етиловим спиртом. Після видалення нежиттєздатних тканин поверхня опікової рани рясно зрошується ізотонічним розчином хлориду натрію, потім антисептиком, рана висушується. При закритому методі лікування накладають асептичну пов'язку. При відкритому методі після первинної обробки рана змазується в'яжучим розчином, наприклад, рожевим розчином марганцевокислого калію або висушується під спеціальним кар-

касом. Пухирі, що утворилися, підрізаються знизу ножицями або проколюються для евакуації вмісту.

При вираженій ексудації автор вважає за доцільне використовувати «Левосин», «Левомеколь», «Мірамістин», «Діоксиполь», «Дюксизоль» та ін. Водорозчинні мазі мають виражену абсорбуючу та проти-запальну активність, широкий спектр анти-мікробного впливу та помірну осмотичну дію. У 1-2-й фазах раневого процесу застосовуються препарати на основі сульфадіазину (фламазин, аргосульфам, дермазин). До них чутливі стрептококи, стафілококи, синьогнійна та кишкова палички, протей, кло-стридії, деякі гриби.

При опіках III А і III Б ступеня опіко-вий струп видаляється хірургічним спосо-бом або шляхом хімічної некретомії за допомогою кератолітичних мазей - 40% саліцилової і 10% бензойної кислот. Для очистки ран від некротичних тканин вико-ристовуються протеолітичні ферменти: трипсин, хімотрипсин, стрептокіназа та ін-ші. Після очищення рани застосовуються мазі «Солкосерил», «Альгіор», «Ацемін» для прискорення росту грануляційної тка-нини та процесу епітелізації.

А. Г. Лихачов та співавтори [15] утво-рені пухирі розкривають біля основи і вида-ляють з дотриманням загальних правил асе-птики, обпечену ділянку змочують свіжо-приготовленим 5% водним розчином таніну і потім змазують 10% розчином ляпісу. При утворенні надлишкових грануляцій після розкриття пухирів А. Г. Лихачов [16-18] проводить змазування 10% розчином нітра-ту срібла. А. Г. Лихачов та співавтори [15] при некрозі шкіри для покращання загоєння змазують уражені місця маззю *argenti nitrici* з перувіанським бальзамом і вазеліном. А. Г. Лихачов [16-18] при некрозі застосовує мазь (фурацилін-ланолін-вазелінову) чи бальзам Шостаковського. Марлеву сервет-ку, змочену бальзамом, автор злегка віджи-має і накладає на очищену раневу поверх-ню. Наступні перев'язки роблять через 2-3 дні. О.О. Кіцера [9] підкреслює, що опіки III-IV ступеня вимагають некретомії та при-значення препаратів, які стимулюють заго-єння: сок каланхое, солкосерил місцево (крем чи мазь) та у внутрішньом'язових

ін'єкціях по 1-2 мл 1-2 рази на тиждень, метилурацил місцево (5-10% мазь з дода-ванням фурациліну з розрахунку 1:5000, антибіотики) та в середину по 1 г тричі на день. За наявності опіків III-IV ступеня не-обхідно суворо дотримуватись правил асе-птики [10]. Лікування при термічних опіках III-IV повинно проводитись в стаціонарі [20]. О.І. Циганов та співавтори [24] при опіках III-IV ступенів проводять хірургічну обробку з видаленням некротизованих діля-нок, накладають пов'язки з антисептичними і глюкокортикостероїдними мазями. В.Т. Пальчун і М.О. Преображенський [20] при некрозі видаляють некротизовані тканини і застосовують різні антисептичні мазі та кортикостероїдні препарати (суспензія гід-рокортизону та ін.).

В. К. Гусак та співавтори [7] в більшо-сті випадків здійснюють відкрите ведення опіків вушної раковини. При цьому обпече-ну ділянку вушної раковини вони після туа-лету обробляють аерозолями (оксицикло-золь, левовінізол, полькортон) або мазями і кремами на водорозчинній основі. У пост-раждалих з поверхневими опіками вушних раковин вони успішно використовують вуг-лецеві тканеві сорбенти. Для швидшого очищення опікових ран вушної раковини і в процесі підготовки до хірургічного втру-чання (відновлення шкірного покриву) ав-тори призначають протеолітичні ферменти (трипсин кристалічний, хімотрипсин, хімо-псин) у вигляді 1 – 5% розчинів чи приси-пок.

При відкритому веденні опікових ран С.К. Боєнко та співавтори [2, 3] застосову-ють мазі на водорозчинній основі (левосин, левомеколь, дермазин), аерозолі (оксицик-лозоль, полькортон).

При веденні опіків відкритим методом В.К. Гусак та співавтори [7] використовують установки інфрачервоних дзеркальних ламп чи керованого антибактеріального середовища АТУ-1. При цьому авторам вдалося прискорити формування щільного струпа і не допустити нагноєння опікової рани. Безсумнівною перевагою відкритого способу ведення опікової рани є можливість постійного спостереження за нею, доступ-ність вушної раковини для функціональних методів дослідження [7].

Лікування при опіках вушної раковини проводиться в комплексі з фізіотерапією (ультрафіолетове опромінювання, УВЧ) [3, 16-18, 25]. Ультрафіолетове опромінювання рекомендує А.К. Чаргейшвілі [25]. Особливо сприятливою є його дія на обпечену ділянку з наступним накладанням пов'язки з маззю Вишневського [25]. Ультрафіолетове опромінювання при кожній перев'язці виконується в зростаючих дозах від 20 до 60 ультрафіолетових одиниць, а при рясному нагноєнні та при опіках III ступеня доза збільшується від 50 до 150 ультрафіолетових одиниць [8, 22].

О. І. Циганов та співавтори [23] при I ступені опіків вушної раковини хворому рекомендують хворому обігрівання вуха рефлектором Мініна в домашніх умовах (15-20 хв 2-3 рази на день). При опіках II ступеня вони з 3-4-го дня проводять опромінювання лампою Мініна чи солюксом по 15 хв 2-4 рази на день [24], а при стиханні гострих явищ застосовують ультрафіолетове опромінювання по 0,5 біодози 1 раз на день.

О. І. Циганов та співавтори [23] відмічають, що при опіках II – III ступеня фізіотерапія залежить від способу ведення хворого (відкритий чи закритий). При відкритому способі здійснюється обігрівання лампою солюкс чи рефлектором Мініна (20-30 хв, 3-5 разів на день). При зменшенні явищ ексудації призначається ультрафіолетове опромінювання (1/2-1/4 біодози) на раневу поверхню і 3-4 біодози поза раневою поверхнею чи сигментарно. Ультрафіолетове опромінювання може бути замінено аеріотерапією при захворюваннях нирок чи при використанні в комплексній терапії фотосенсибілізуючих препаратів (в тому і другому випадку ультрафіолетове опромінювання протипоказане).

При опіках III-IV ступеня основна задача – прискорити відторгнення некротизованих тканин [23]. При цих ступенях опіку застосовується електричне поле УВЧ (12-15 хв, щоденно, тривалість лікування – за показаннями). При бурхливому рості грануляцій УВЧ-терапія відміняється і призначається ультрафіолетове опромінювання на ділянку з надлишковим ростом грануляцій (5-7 біодоз одноразово), після чого (через 2-

3 дні) переходять на ультрафіолетове опромінювання (1-2 біодози). При відсутності гнійного виділення призначається електрофорез цинку (0,25% цинку сульфат) на раневу поверхню [23]. При утворенні рубців на вушній раковині використовується ультразвуковий вплив (ультрафонофорез гідрокортизона, аміназина чи витяжок з лікувальних грязей) [23]. При опіках III-IV ступеня О.І. Циганов та співавтори [24] рекомендують УВЧ по 10-15 хв щоденно; в період епітелізації – ультрафіолетове опромінювання по 1 біодозі. Якщо хворий не підлягає евакуації, не слід накладати пов'язки [15]. Застосовується відкритий метод лікування за допомогою ультрафіолетових променів, лампи солюкс [15].

А.А. Лайко і Д.І. Заболотний [13] вважають, що при опіку вушної раковини звичайно використовується консервативним методом. Консервативне лікування при більшості опіків дає добрі результати [10, 12-14]. Кінцевою метою консервативної терапії при глибоких опіках вушної раковини є якомога швидша підготовка опікових ран до шкірної пластики та попередження інфекційних ускладнень [7].

При розвитку ускладнень необхідно приступити до хірургічного втручання [2, 3, 7, 10, 12, 14]. А. А. Лайко [10, 12, 14] розрізняє такі основні його види: 1) операції, пов'язані з розтином ділянки опіку і введенням різних дренажів; 2) видалення нежиттєздатних тканин; 3) видалення рубців з наступною пересадкою шкіри, пластичні операції у разі деформації вушної раковини. Кожен вид операції має свої показання [10, 12, 14]. Так, у разі набряку та інфільтрації вушної раковини в перші дні опіку її тканини розтинаються [10, 12, 14]. У місці найбільшої інфільтрації доцільно робити 2-3 розтини некротичного струпу або некретомію, що зменшує біль, поліпшує стан вушної раковини, але не припиняє запального процесу [10, 12, 14]. При III-IV ступенях опіку некретомію проводять О.О. Кіцера [9], В.Т. Пальчун та М.О. Преображенський [20], О.І. Циганов та співавтори [24], А.К. Чаргейшвілі [25].

В. К. Гусак та співавтори [7] відмічають, що некретомія показана при опіках вушної раковини в ранні строки і ставить

перед собою мету недопущення поглиблення опіків і напруження її в м'яких тканинах. При цьому попереджується стискання і загибель неушкоджених тканин. Розтин тканин вушної раковини і, особливо, її пункція відіграють велику діагностичну роль [7]. Виконання ранньої некректомії на вушній раковині з одномоментною пластикою дефекта запобігає розвитку гнійних ускладнень і дозволяє ефективно боротись з первинними ураженнями вушної раковини при опіках [7].

Після некректомії виконується вільна пересадка шкірних аутоклаптів [10, 12, 14, 24]. А.К. Чаргейшвілі [25] здійснює пересадку шкіри за Тіршем. Ці операції можна робити безпосередньо після некректомії протягом 1 – 2 тиж від початку відторгнення некротичних мас [12, 14]. Але при появі крайової або острівкової епітелізації пересадка шкіри не проводиться [10, 12, 14]. А.Г. Лихачов [16-18] пересадку шкіри за Тіршом виконує після відторгнення некротизованих тканин в результаті консервативного лікування. При наявності ексудату або підозрі на нього між хрящем та охрястям робиться пункція з наступним відсмоктуванням серозного вмісту, а при гнійному випоті – дренажування [12, 14].

У разі виникнення гнійних хондроперихондритів С.К. Боєнко та співавтори [2, 3] роблять широкі дренажальні розтини з видаленням некротизованих тканин. Використовуються як вертикальні, так і горизонтальні розтини за А.К. Чаргейшвілі [25]. Рубцева деформація вушних раковин дещо менше виражена при виконанні горизонтальних розтинів [3].

В.К. Гусак та співавтори [7] всі операції при гнійних ускладненнях термічної травми вушної раковини розподіляють на 4 види: 1) пов'язані з розтином тканин; 2) направлені на видалення нежиттєздатних тканин; 3) втручання з відновленням шкірного покриву (ОВШП); 4) пов'язані з введенням дренажів та іригаторів в м'які тканини вушної раковини. При лікуванні постраждалих з опіком вушних раковин С.К. Боєнко та співавтори [2, 3], В.К. Гусак та співавтори [7] намагаються попередити поглиблення опіків і нагноєння опікової рани. Перше досягається призначенням адекват-

ної комплексної протишокової терапії, в тому числі трансфузійної, направленої на покращання показників гемодинаміки [2, 3]. Покращання місцевої гемодинаміки у постраждалих з серозним хондроперихондритом було досягнуто за допомогою медичних п'явок [2, 3, 7].

Другим важливим заходом профілактики розвитку гнійного хондроперихондриту є щоденне промивання обпеченої вушної раковини теплою водою з шампунем чи милом з наступним використанням 1-2 шарів марлі, змоченої 1-2% розчином йодопірону чи іншими антисептиками [2, 3]. Крім того, як при поверхневих, так і при глибоких опіках застосовується антибактерійна і гіпосенсибілізуюча терапія [2, 3].

Розвиток тяжких гнійних ускладнень термічної травми вушної раковини можна попередити, і лікувати таких хворих слід, використовуючи методи дренажування та іригації вушних раковин [7]. На ефективність метода іригації вушних раковин розчинами антибіотиків при опіках вказували Apfelberg та співавтори [1], С.К. Боєнко та співавтори [3], Mills та співавтори [9]. При цьому з'являється можливість ефективно евакуювати ексудат, що утворився між хрящем і охрястям вушної раковини, і вводити антибіотик безпосередньо в осередок ураження [7].

У разі серозного хондроперихондриту і загрози загноєння при термічних опіках вушних раковин С.К. Боєнко та співавтори [3], С.К. Боєнко і В.В. Кизим [4], В. К. Гусак та співавтори [7] з успіхом застосовують іригацію м'яких тканин вушної раковини розчинами антибіотиків широкого спектру дії. З цією метою під шкіру на задній поверхні вушної раковини вводиться тонкий іригатор. В якості іригатора С.К. Боєнко, В.В. Кизим [4], В.К. Гусак та співавтори [7] використовують попередньо перфорований судинний катетер. Кожні 4-6 год на протязі 5-6 діб вводяться антибіотики в об'ємі 4-8 мл звичайній концентрації з урахуванням чутливості виділеної мікрофлори. В подальшому призначаються 3-4 сеанси рентгенотерапії. Таким чином, антибіотики надходять безпосередньо в осередок ураження, при цьому доза препарату зменшується, терапевтичний ефект підвищується. Крім

того, у хворих на хондроперихондрит вушних раковин після початку іригації вже на протязі першої доби відмічається значне зменшення болю у вусі, які до того знімалися тільки великими дозами анальгетиків.

Показанням до введення іригатора у вушну раковину, за спостереженнями С.К. Боєнко, В.В. Кизима [4], є: 1) біль, що посилюється при натисканні в аурикулоцефальному куті; 2) швидкозростаючий набряк задньовушної поверхні вушної раковини; 3) наявність серозного вмісту при діагностичній пункції вушної раковини. Як відмічають автори, такі клінічні прояви можуть виникати в кінці 4-го, на початку 5-го тиж з моменту опікової травми. За даною методикою С.К. Боєнко, В.В. Кизим [4] провели лікування 29 осіб з післяопіковим хондроперихондритом вушних раковин. У 18 з них запальний процес був купіруваний протягом 6-9 днів, у 11 іригація поєднувалась з розкриттям гнійників і затьоків на вушній раковині. У 3 пацієнтів запальний процес у вушній раковині продовжувався після видалення іригатора і розкриття гнійників, що розцінено як відсутність ефекту від лікування. В. К. Гусак та співавтори [7] використали метод іригації вушних раковин у 69 хворих на серозний хондроперихондрит, у 12 з гнійним хондроперихондритом і у 8 з нагноєнням опікової рани. За даними авторів, при післяопіковому хондроперихондриті вушних раковин метод іригації м'яких її тканин розчином антибіотика сприяє абортівному перебігу процесу, швидкому зменшенню больового синдрому, значному скороченню строків лікування, попередженню косметичних дефектів. Швидко купірувати больовий синдром вдалося у 84,2% пацієнтів, які лікувалися за даною методикою. Якихось побічних ефектів, пов'язаних із знаходженням іригатора в м'яких тканинах вушної раковини, автори не спостерігали.

При деформації вушної раковини у віддаленому періоді виконуються пластичні операції, спрямовані на відновлення косметичної функції [10, 12, 14, 24, 25].

При хімічних опіках перша допомога полягає в якнайшвидшому видаленні хімічної речовини шляхом змивання [6, 10-14] і нейтралізації її [6, 20, 23]. Вушна раковина обмивається великою кількістю антисептичної рідини [10-14] або кип'яченої води [10, 12, 14]. При опіку кислотою вдаються до нейтралізації лугом, при опіку лугом кислотою [20]. В подальшому лікувальна тактика аналогічна тій, яка пороводиться при термічних опіках [20]. Застосовуються методи лікування залежно від ступеня опіку [10-14]. При цьому краще використовувати мазі на водорозчинній основі [10, 12, 14], зокрема левосин, левомеколь та ін. [12, 14]. Звичайно у разі необхідності здійснюються загальні заходи протишокового характеру [11-14]. Майже при всіх опіках II-III ступеня слід користуватись відкритим методом із застосуванням антисептичних аерозолів (левовінізол, оксидиклозол та ін.) [7, 10, 12, 14].

Прогноз. Опіки вушної раковини в залежності від ступеня мають різний перебіг і дають різні наслідки [25]. Хворі з опіками I і II ступеня виліковуються легко [25]. Опіки III і IV ступеня викликають втрату частини вушної раковини, що веде до її деформації [25] та стенозування зовнішнього слухового ходу [9].

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що опіки вушної раковини та їх ускладнення вимагають тривалого лікування. Лікування застосовується консервативне і хірургічне, загальне і місцеве. Значне місце при цьому займають фізіотерапевтичні методи. Використовуються два способи лікування – закритий і відкритий. Прогноз при опіках вушної раковини визначається ступенем ураження.

1. Apfelberg D. et al. (1974). Цитується за Гусак В.К. і співавторами (1999).
2. Боєнко С.К., Полищук С. А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Диагностика, классификация и лечение ожогов ушных раковин // Клини. хирургия. – 1990. – №3. – С. 15-17.

3. Боєнко С.К., Полищук С.А., Кизим В.В., Фисталь Э.Я. Ожоги ушных раковин, их осложнения и лечение // Вестн. оториноларингологии. – 1990. – №2. – С. 11-13.
4. Боєнко С.К., Кизим В.В. Метод ирригации мягких тканей ушных раковин при хондропе-

- рихондрите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1993. – №2. – С. 37-40.
5. Варшавский А.Б. Поражение наружного и среднего уха у детей в результате ожога височной области // Вестн. оториноларингологии. – 1951. – №6. – С. 79-80.
 6. Гладков А.А. Болезни носа, горла и уха. – М.: Медицина, 1973. – С. 214-215, 358-360, 365-366.
 7. Гусак В.К., Кизим В.В., Нечипоренко В.П., Фисталь Э.Я. Термические поражения наружного уха: лечение, профилактика осложнений // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5, Додаток №1. – С. 31-34.
 8. Казакевич И.Е., Петрова А.А. К вопросу о влиянии облучения ртутнокварцевой лампой на заживление ран // Новый хирургический архив. – 1934. – Т.32, №3-4. – С. 316-330.
 9. Кіцера О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.В., 1996. – С. 159-160.
 10. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 37-38.
 11. Лайко А.А. Невідкладна допомога в дитячій оториноларингології. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 46.
 12. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2004. – С. 253-255.
 13. Лайко А.А., Заболотний Д.І. Дитяча амбулаторна оториноларингологія. – К.: Логос, 2005. – С. 321-322, 336-337.
 14. Лайко А.А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2008. – С. 184-186.
 15. Лихачев А.Г., Преображенский Б.С., Темкин Я.С. Болезни уха, носа и горла. – М.: Медгиз, 1950. – С. 73-75, 79-81.
 16. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1967. – С. 256.
 17. Лихачев А.Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 230, 283-284.
 18. Mills D., Roberts L., Mason A. et al. (1988). Цитується за Боенком С. К. і співавторами (1990).
 19. Пальчун В.Т., Преображенский Н.А. Болезни уха, горла, носа. – М.: Медицина, 1978. – С. 275-276.
 20. Постников Б.Н. Современное лечение термических ожогов. – М.: АМН СССР, 1952. – 108 с.
 21. Постников Б.Н. Термические ожоги. – Л.: Медгиз, Ленингр. отд-ние, 1959. – 236 с.
 22. Цыганов А.И., Мартынюк Л.А., Колотилов Н.Н., Оржешковский В.В., Ермилова В.И. Справочник по физиотерапии болезней уха, горла и носа. – К.: Здоров'я, 1981. – С. 155-156, 158.
 23. Цыганов А.И., Гукович В.А., Тимен Г.Э. Справочник по оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 99.
 24. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии. – М.: Медгиз, 1960. – Т. 2. – С. 29-65.

Надійшла до редакції 17.10.11.

© Г.С. Протасевич, А.І. Гавура, О.В. Говда, О.В. Стахів, 2012