

*Г.С. ПРОТАСЕВИЧ, О.І. ЯШАН, В.В. НІКОЛОВ,  
А.І. ГАВУРА, У.Р. ДУЖИК*

### **ОПЕРІЗУЮЧИЙ ЛИШАЙ ВУХА. Повідомлення 3**

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

В попередніх оглядових роботах наведено загальні відомості про оперізуючий лишай вуха, етіологію, патогенез, патогістологію (повідомлення 1), клінічні прояви (повідомлення 2). Дане повідомлення (завершальне) присвячене діагностиці, диференціальній діагностиці, лікуванню, ускладненням, рецидивам і прогнозу при оперізуючому лишаю вуха.

**Діагностика.** Для визначення діагнозу оперізуючого лишаю вуха необхідно здійснювати комплексне неврологічне, отоневрологічне і аудіологічне обстеження [38]. При цьому проводиться огляд, тональна порогова і надпорогова аудіометрія, топічна діагностика уражень лицевого нерва [30, 32], яка включає тест Ширмера [32]. Крім того, виконуються електрогустометрія, імпедансна рефлексометрія [30-32]. Для оцінки результатів відновлення рухової функції лицевого нерва використовується метод термографії [32]. М. І. Нікольська [33] вважає, що при оперізуючому лишаю вуха дуже важливим є ретельне вивчення стану вестибулярної функції і слуху із застосуванням всіх найновіших методів: визначення повітряної, кісткової провідності з відкритим і закритим зовнішнім слуховим ходом (Бінг-тест), одержання феномена вирівнювання гучності (recruitment), дослідження слуху із звуковими навантаженнями, відмінностного порога сили звуку, мовної аудіометрії та ін., детальне неврологічне обстеження з обов'язковим аналізом спинномозкової рідини. І. М. Маєрович [26] підкреслює, що діагноз ставиться на основі скарг хворого, анамнезу хвороби, даних об'єктивного обстеження, отоскопії, аудіометрії та вестибулометрії.

З.В. Зайцева [14], Л.Т. Левін та Я.С. Тьомкін [22], А.К. Чаргейшвілі [57] вказу-

ють, що діагностика оперізуючого лишаю вуха, як правило, не представляє труднощів, оскільки для даної патології (відмічає З.В. Зайцева) характерні сильні неврологічні болі, неврит переддверно-завиткового і лицевого нервів, герпетичні висипання на шкірі вушної раковини, зовнішнього слухового ходу. На думку О.О. Кіцери [16], підставу для визначення діагнозу дає виявлення міхурцевої висипки вздовж ходу нервів та їх гілок. За спостереженнями М.А. Гольдштейна та К.М. Родіної [7], при оперізуючому лишаю вуха характерна наявність судинної смужки, горизонтально розташованої на задній стінці зовнішнього слухового ходу, що визначається досить тривалий час. Ця «доріжка», вважають автори, патогномонічна для даного захворювання в самому початковому його періоді. Діагностика оперізуючого лишаю вуха, підкреслює А.А. Лайко [19-21], полегшується з появою висипань в ділянці зовнішнього вуха, гострий початок і неврологічний біль дають можливість правильно поставити діагноз. На думку Д.А. Романенко [38], для обґрунтування діагнозу оперізуючого лишаю вуха велике значення мають герпетичні висипання на шкірі вушної раковини, зовнішнього слухового ходу і білявушної ділянки. Необхідно враховувати, що шкірний симптом може або запізнюватись, або бути відсутнім [38, 49, 55, 56]. В цих випадках діагноз ґрунтується на симптомом-комплексі ураження черепних нервів, об'єднаних топографо-анатомічними зв'язками [38]. При відсутності герпетичної висипки оперізуючий лишай вуха діагностується на основі реакції антиген-антитіло [47].

Д.І. Шенкер та І.І. Мартиненко [45] вважають, що діагностика оперізуючого лишаю вуха базується на тріаді: типова ви-

сипка, ураження лицевого і переддверно-завиткового нервів. Однак, на думку авторів, кожна з цих ознак має обмежену цінність. Відомо, що герпетичні висипання можуть передувати [30, 33, 38, 40] чи з'являться пізніше ураження черепних нервів [33, 40, 42, 45].

Відсутність єдиної локалізації процесу знижує діагностичну цінність окремих симптомів при оперізуючому лишая вуха [45]. На думку деяких авторів [45, 50, 53], ця хвороба зустрічається частіше, ніж діагностується. Потрібні, вірогідно, підкреслюють Д.І. Шенкер та І.І. Мартиненко [45], подальші дослідження в області серології та імунології, на яких буде базуватись діагностика оперізуючого лишая вуха. І.М. Маєрович [26] на підставі залишкових явищ герпетичного ураження барабанної перетинки, характерного судинного малюнка, а також підсихаючої висипки на шкірі зовнішнього слухового ходу поставив діагноз оперізуючого лишая вуха у хворого, якому в зв'язку з помилковою діагностикою була призначена антропомія.

Л.Н. Данилов [9] в мазках вмісту міхурців, забарвлених за Романовським-Гімзою, знаходив патогномонічні для герпетичної інфекції багатоядерні гігантські клітини, при фарбуванні серебрінням за Морозовим виявляв вірусні включення. Спинномозкова пункція вказує на плеоцитоз та деяке підвищення вмісту білка [16].

Однак в ряді випадків оперізуючий лишай вуха представляє відповідні труднощі для діагнозу [37-39] в зв'язку з подібністю багатьох оториноларингологічних, неврологічних і дерматологічних симптомів [38]. Особливо діагностичні труднощі виникають при нетиповому прояві захворювання [17]. За даними М.А. Пархомовського та Р.Ш. Гаджієва [36], у одної хворої діагноз був утруднений в зв'язку з атипичним характером шкірних проявів захворювання, у другої – через невірну оцінку отоскопічних проявів. В спостереженні З.В. Зайцевої [14] поєднання гострого середнього гнійного отиту з оперізуючим лишаям вуха утруднювало діагностику останнього. Діагностика оперізуючого лишая вуха утруднена в тих випадках, коли відсутні шкірні прояви [49, 56]. Не можна не погодитись з висловлю-

ванням К.А. Нікітіна [32], що в даний час слід з особливою обережністю підходити до діагностики оперізуючого лишая, враховуючи, що *herpes zoster* може виявитись попередником клінічно розгорнутого СНІД.

Диференціальна діагностика. Диференціальну діагностику оперізуючого лишая вуха слід проводити з хворобою Меньєра, арахноїдитом мосто-мозочкового кута, зовнішнім отитом [45], оскільки, за клінічними проявами оперізуючий лишай вуха близько стоїть до цих захворювань [29]. Оперізуючий лишай вуха і хвороба Меньєра в ряді випадків виявляють велику подібність [29, 45]. Philipszoon [54], наприклад, вважає, що хвороба Меньєра і оперізуючий лишай вуха без шкірних проявів представляють собою різні варіанти порушення кровообігу внутрішнього вуха. З цією думкою, підкреслюють Д.І. Шенкер та І.І. Мартиненко [45], однак, важко погодитись, оскільки симптоми екстралабіринтного ураження при оперізуючому лишая вуха очевидні. При самій великій тривалості хвороба Меньєра, вважають автори, не супроводжується симптомами позалабіринтного характеру. Раптове випадіння функцій лабіринта не характерне для хвороби Меньєра. Періодичність нападів, типовий слуховий рельєф при хворобі Меньєра дозволяють відрізнити її від оперізуючого лишая вуха [45].

За клінічним перебігом оперізуючий лишай вуха стоїть близько до арахноїдиту мосто-мозочкового кута [29]. Арахноїдит мосто-мозочкового кута надзвичайно важко віддиференціювати від оперізуючого лишая вуха, а при відсутності шкірних проявів – неможливо [45]. Про це свідчить аналіз спостереження Д.І. Шенкера та І.І. Мартиненка [45], при якому визначено ураження мосто-мозочкового кута. Герпетичні висипання дозволили діагностувати оперізуючий лишай вуха. Отже, одним з різновидів арахноїдиту мосто-мозочкового кута являється вірусний арахноїдит типу оперізуючого лишая, підкреслюють автори. Діагностика його при відсутності типових висипань на шкірі, запізненні їх появи і т. п., очевидно, повинна базуватись на імуносерологічних даних [45].

Клінічні прояви оперізуючого лишая вуха дуже подібні до зовнішнього отиту [29].

На думку Engstrom та Wohlfart [50], оперізуючий лишай вуха «ховається» іноді під виглядом «зовнішнього отиту». Оперізуючий лишай вуха може симулювати зовнішній отит в тих випадках, коли герпетичні висипання розташовуються переважно в зовнішньому слуховому ході (особливо в стадії лопання пухирців), а неврологічна симптоматика слабо виражена [45, 50]. Engstrom та Wohlfart [50] спостерігали «зовнішні отити», що супроводжувались болями у вусі, запамороченням. При ретельному обстежуванні таких хворих вони нерідко виявляли оперізуючий лишай вуха. Д.І. Шенкер та І.І. Мартиненко [45] також спостерігали зовнішні отити, при яких відмічались різке зниження слуху, болі у вусі, запаморочення. Автори допускають, що під діагнозом «зовнішній отит» відбувався перебіг оперізуючого лишая вуха з ураженням трійчастого і переддверно-завиткового нервів.

Диференціювати оперізуючий лишай вуха необхідно також з гострим середнім отитом, паралічем лицевого нерва, бешихою вушної раковини, простим пухирчастим лишаєм. Як відмічалось вище, в спостереженні І.М. Маєровича [26] хворому на оперізуючий лишай вуха в зв'язку з помилковою діагностикою була призначена антротомія. Діагноз оперізуючого лишая вуха був визначений на підставі залишкових явищ герпетичного ураження барабанної перетинки, характерного судинного малюнка, підсихаючої висипки на шкірі зовнішнього слухового ходу. У випадку, описаному І.П. Єніним та співавторами [11], у пацієнтки з ураженням лицевого нерва і зниженням слуху була проведена черговим лікарем мастоїдоантротомія. Патологічних змін в соскоподібному відростку не знайдено. Виявилось, що це був оперізуючий лишай вуха. На думку Engstrom та Wohlfart [50], оперізуючий лишай вуха може іноді мати перебіг, подібний до «параліча лицевого нерва». В спостереженні М.А. Пархомовського та Р.Ш. Гаджієва [36] хвора поступила на лікування з діагнозом: «бешиха правої вушної раковини із залученням в процес привушної слинної залози і правого лицевого нерва». При диференціальній діагностиці між оперізуючим і простим пухирчастим лишаєм вирішальними симптомами

на користь оперізуючого лишая вуха виявились зональне розташування висипки і невралгічний біль [44]. Оперізуючий лишай вуха ідентичний polyneuritis cerebri menieriformis Франкля-Хохварта – ураженню блукаючого, трійчастого, відвідного, лицевого, переддверно-завиткового черепних нервів з переважанням вестибулярних розладів [23-25]. При диференціальній діагностиці треба мати на увазі і це захворювання.

Лікування. Лікування з приводу оперізуючого лишая вуха являється дуже важкою задачею [32]. До недавнього часу не було достатньо дійових хіміотерапевтичних засобів проти вірусної інфекції [33, 38]. Складність відшукування лікарських середників, що діють на віруси, пов'язана з біологічними властивостями останніх [33]. Являючись внутрішньоклітинними паразитами, віруси в своїй життєдіяльності повністю залежні від клітини, в якій вони розмножуються [33]. Проте в останні роки з'явилися повідомлення про застосування протівірусних препаратів для лікування хворих на оперізуючий лишай вуха [16, 30, 32]. Так, К.А. Нікітін [32] з протівірусних препаратів рекомендує бонафтон чи ін'єкції ДНК-ази. В.П. Нечипоренко і співавтори [30] призначають ДНК-азу по 30 мг 4 рази на добу внутрішньом'язово впродовж 3 тиж. Автори широко використовують з лікувальною метою антивірусний препарат бонафтон. Вони його застосовують внутрішньо по 0,1 г 4 рази на добу трьома 5-денними циклами з 1-2-денною перервою або одним циклом протягом 10-12 днів. При тяжких формах захворювання прописується зовіракс (5-10 мг/кг в 100 мл фізіологічного розчину через кожні 8 год на протязі 5 днів). Як відмічає О. О. Кіцера [16], ефективним є протівірусний препарат Aciclovir Sodium, який вибірково блокує нуклеотидил трансферазу ДНК вірусів herpes simplex та varicella zoster. Препарат уводиться повільно (впродовж години) крапельно внутрішньовенно в добовій дозі 5 мг на кожен кг маси тіла через 6 годин. Для цього 250 мг ацикловіру розчиняється в 10 мл води для ін'єкцій або ізотонічного розчину натрію хлориду, а опісля – в 100 мл того ж таки розчинника. В будь-якому випадку концентрація препарату не

повинна бути вищою за 0,5%. Застосування цього медикаменту обмежене при хворобах нирок, в усякому разі його слід проводити під контролем рівня креатиніну, відмічас автор. При оперізуючому лишая вуха застосовується переважно тільки симптоматична терапія [6, 15, 29, 33, 40, 42]. Вона є комплексною [27, 30, 32, 38] з урахуванням об'єму і тяжкості захворювання [32]. Комплексне лікування включає поєднання беззаспокійливих, протиінфекційних засобів, вітаміно- і фізіотерапію [27]. Лікування повинно бути спрямоване на пригнічення збудника інфекції і підвищення імунореактивності організму [30]. В кожному конкретному випадку вибір лікувального комплексу визначається клінічними проявами захворювання, імунологічним станом, наявністю супутньої патології [30]. Лікування при оперізуючому лишая вуха проводиться із застосуванням загальних і місцевих засобів. Для запобігання приєднанню вторинної інфекції і розвитку інфекційних ускладнень призначається антибактеріальна терапія [11, 13, 26, 45]. З антибактеріальних препаратів використовуються антибіотики [9, 10, 16, 17, 23-25, 33, 34, 36, 41, 44 та ін.] і сульфаніламідні [17, 29, 33, 40]. З антибіотиків застосовуються пеніцилін [5, 6, 17, 28, 34, 41, 44], стрептоміцин [5, 28], еритроміцин [7, 10, 36], тетрациклін [5], ауреоміцин [33, 44], левоміцетин [6], ауреомікоїн [28], міцерин [41]. Однак перелічені автори не вказують дозування і кратність прийому цих препаратів. Натомість Л.Н.Данилов [9] призначає тетрациклін по 100000 ОД 4 рази на день. А.Г. Ліхачов [23-25] рекомендує левоміцетин по 0,5 г 4 рази на добу, олететрин – по 250000 ОД 4 рази на добу. О.О. Кіцера [16] з антибіотиків рекомендує хлортетрациклін (ауреоміцин гідрохлорид) по 250 або 500 мг 4 рази на день внутрішньо чи внутрішньовенно по 100 мг через 12 год в 10 мл ізотонічного розчину натрію хлориду або 5% розчині глюкози. З сульфаніламідних препаратів Н.Н. Осипова та І.П. Шличков [34] рекомендують етазол.

Хоча антибіотики та сульфаніламідні і не володіють специфічною дією при вірусних захворюваннях, але виявляються надзвичайно корисними в боротьбі з мікробними ускладненнями, які часто спостерігають-

ся і при вірусних захворюваннях [33]. При сильних болях внутрішньо призначаються жарознижуючі та беззаспокійливі препарати – ацетилсаліцилова кислота [6, 43, 44], анальгін [6, 23-25, 41, 44], амідопірин [6, 23-25, 44], антипірин [44]. При тригемінальних болях застосовується фінлепсин [32]. Препарати саліцилової кислоти рекомендують М. А. Гольдштейн і К. М. Родіна [7], а також О. О. Кіцера [16].

Внутрішньо призначаються броміди [7, 43], препарати калію [11, 23-25], 10% хлорид кальцію [7], нігексин, сечогінні засоби [11].

Деякі автори [29, 36, 48, 59] вказують на помітне покращання при лікуванні кортикостероїдними препаратами: кортизоном, гідрокортизоном, АКТГ. Кортикостероїдні препарати використовуються здебільшого місцево в мазях, іноді в ін'єкціях до шилососкового отвору [16]. Ці речовини змінюють реактивність організму, але не діють на інфекційний агент. І. П. Єнін та співавтори [11], М. А. Пархомовський і Р. Ш. Гаджієв [36] рекомендують преднізолон.

В комплекс лікування включаються препарати гамма-глобулінів (імуноглобулінів) [15, 19, 30].

В.П. Нечипоренко та співавтори [30] призначають контрикал (гордокс) по 10000 ОД внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу впродовж 3 днів або 5% розчин амінокапронової кислоти по 50-100 мл внутрішньовенно крапельно 2 рази на добу протягом 5-7 днів. В окремих випадках 5% розчин амінокапронової кислоти прописується внутрішньо по 1 г 3 рази на добу протягом 7-10 днів.

Враховуючи значення інтерферону як імуномодулятора і імунорегулятора захисних реакцій організму, В. П. Нечипоренко та співавтори [30] застосовують людський лімфоцитарний інтерферон для інтраназального введення. Автори широко використовують також інтерферогени (індометацин, вольтарен, вольтарен-ретард, сургам та ін.). Призначення вказаних препаратів, відмічають автори, забезпечує системну продукцію ендогенного інтерферону. Індукований в організмі інтерферон володіє унікальною здатністю вибірково придушувати реплікацію нуклеїнових кислот віруса, не виявляючи токсич-

чного впливу на клітини господаря [4, 12]. Інтерферон рекомендують І.П. Єнін та співавтори [11], Л.А. Зарицький [15].

З метою усунення внутрішньоканальної компресії лицевого нерва і інших уражених нервів [30], для зняття набряку нервових стовбурів і гангліїв [17] проводиться дегідратаційна терапія [7, 11, 17, 30-34, 36, 41 та ін.]. З дегідратаційних середників призначаються глюкоза [5, 7, 11, 17, 28, 34, 36], уротропін [5, 11, 28, 34, 36], кальцію хлорид [17], натрію хлорид [34], лазикс [31, 32], маннітол [31], антигістамінні препарати [11, 17, 30]. З антигістамінних препаратів використовуються дімедрол [7], піпольфен [36], ціннаризин [11]. Дегідратаційні препарати застосовуються впродовж 5-7 днів.

Для відновлення нервової провідності призначаються медикаменти, які стимулюють і покращують проведення нервових імпульсів [13, 30, 32, 34]. З цією метою застосовуються прозерин [7, 26, 31, 32, 34], дібазол [5, 11, 23-25, 28, 34, 44], метацин [31, 32], галантамін [17, 30, 36], езерин, нівалін, панангін [30], а також препарати, що посилюють їх дію (глутамінова кислота) [30]. К.А. Нікітін [32] використовує метод стимулюючої терапії з урахуванням взаємодії М- і Н-холінергічних механізмів, що полягає в поєднаному введенні антихолінергетичного препарату прозерина і М-холінолітика метацина.

К.А. Нікітін та співавтори [31] холінергічні препарати призначають за схемою: спочатку підшкірно вводять 0,25 мг метацина і через 20 хв – 0,5 мг прозерина, через 5 днів дозу підвищують до 0,5 мг метацина і 1 мг прозерина, через 10 днів – до 0,75 мг метацина і 1,5 мг прозерина. Через 5 днів після завершення дегідратаційної терапії прозерин вони призначають інтратубарно в дозі 1 мг 0,05% розчину, всього 4-5 процедур через день (чи інтратимпанально в кількості 2-3 процедур) для ліквідації м'язового гіперакузіса. М.А. Гольдштейн і К.М. Родіна [7], а також І.М. Маєрович [26], використовують екстракт алое. Застосовуються ноотропні препарати (ноотропіл, пікамілон, перидитол, пантогам та ін.) [30]. Для підвищення тканевого обміну вводяться АТФ [7, 11, 17, 26, 30, 32], кокарбоксілаза [11, 32, 34], вітаміни групи В [11, 15, 19, 21, 29, 33, 34, 43, 45]: В<sub>1</sub>

[7, 16, 17, 23-25, 29, 32, 33, 41, 44 та ін.], В<sub>6</sub> [7, 17, 32-, 36], В<sub>12</sub> [5, 16, 17, 28, 29, 33].

В комплексному лікуванні хворих на оперізуючий лишай вуха, крім вітамінів групи В, застосовуються вітамін С [5, 11], комплексні полівітамінні препарати [30], ундевіт [7].

У хворих з кохлеарними чи кохлеовестибулярними порушеннями проводиться відповідне лікування [43]. При цьому обов'язково призначаються кавінтон [11, 30, 32], солкосерил [32], ніотинова кислота (компламін) [30].

З метою детоксикації І. П. Єнін та співавтори [11], а також Н. Н. Осипова і І. П. Шличков [34] використовують гемодез. І.П. Єнін та співавтори [11], крім того, застосовують поліглюкін. В.П. Нечипоренко та співавтори [30] вводять поліглюкін по 200 мл через 1 день, всього – 5 внутрішньовенних вливань.

Як і при будь-якому інфекційному захворюванні, а при вірусному – особливо, спостерігається порушення функції печінки. В окремих випадках герпетична інфекція може зумовити зловідомий перебіг хвороби, що закінчується токсичною дистрофією [30]. Враховуючи це, призначаються хворим препарати, що нормалізують функцію печінки: есенціале, карсил, сілібор, лівомін, ліпосва кислота, вітогепат, сірепар, вітамін С та ін. [30].

З метою впливу на порушену реактивність організму призначається аутогемотерапія [6].

Проводяться внутрішньовенні вливання новокаїну [23-25, 52], аскорбінової кислоти і адреналіну [52].

В комплексному лікуванні пацієнтів з оперізуючим лишаєм вуха важливе місце займають місцеві засоби. При цьому застосовуються різні препарати у вигляді розчинів, мазей, паст, порошоків.

І.М. Маєрович [26] проводить змазування ураженої шкіри 1% спиртовим розчином генціанового фіолетового. М.А. Гольдштейн та К.М. Родіна [7] змазують міхурці на шкірі зовнішнього слухового ходу 10% спиртовим розчином метиленової синьки. Н.Н. Осипова та І.П. Шличков [34] вушну раковину змазують флуцинаром. О.І. Циганов і співавтори [43] рекомендують прово-

дити змазування ділянок пошкодження глюкокортикостероїдними мазями.

Використовується також уведення в зовнішній слуховий хід турунд, просочених 1% розчином новокаїнового спирту [2].

З успіхом застосовуються мазі: цинкова [24, 25], 3% рибофлавінова [7], 3% очна Zovirax, що містить ацикловір [16], «Синалар» [26], кортикостероїдна [16]. А.А. Лайко [19] рекомендує антисептичні мазі, не вказуючи їх назви. Використовуються також противірусні мазі (оксолінова, флореналова, тоброфенова, гідоксоллова, бонафтонова, герпевірова) [30]. Вказаними мазями проводиться змазування ураженої шкіри вушної раковини.

Ефективним виявилось накладання на вухо антисептичних мазевих пов'язок з анестезином [2], пов'язок з лоринденом [10], локакортемом-Н [9]. В ряді випадків при утворенні великих кірок призначається цинкова паста [44]. А.Л. Маркзіцер [28] використовував примочки і турунди з кортизоном на хворе вухо.

Застосовується також присипання уражених місць шкіри порошком дерматолу [26, 44], ксероформа [23-25, 44], преднізолоною пудрою [26].

У випадках сильного болю проводиться новокаїнова блокада [6, 23-25, 34, 44]. При цьому використовуються два види блокади: циркулярна [23-25, 44] і меатотимпанальна [34]. При циркулярній новокаїновій блокаді 1-2% розчин новокаїну вводиться внутрішньошкірно навколо осередків висипання [23-25, 44]. Меатотимпанальну новокаїнову блокаду Н.Н. Осипова та І.П. Шличков [34] проводили за І.Б. Солдатовим з галантоміном. При сильних болях іноді вдаються до алкоголізації чи перерізки ураженого нерва [57, 58].

Лікування доповнюється фізіотерапевтичними процедурами [17, 26, 27, 34, 36, 43-45]. З фізіотерапевтичних процедур особливий успіх приписують струмам УВЧ [11, 17, 19-21, 26, 34, 36, 43]. О.І. Циганов і співавтори [43] рекомендують місцево УВЧ-опромінювання до 2-3 біодоз на протязі 5-8 днів. Механізм дії струмів УВЧ полягає в рівномірному і глибокому прогріванні, вибіркової дії на окремі тканини і клітини, в посиленні обміну речовин, що сприяє покращанню

перебігу імунологічних реакцій, в тривалій активній гіперемії, яка викликає пригнічення симпатичної нервової системи [18].

Серед фізіотерапевтичних процедур беззаспокійливо діють ультрафіолетові промені [7, 9, 10, 19, 23-26, 28, 44], прогрівання лампою солюкс [11, 26], синьою лампою [44], струми д'Арсонваля [23-25, 44], сухе тепло [7], парафін [11, 26, 36]. Добрі результати дають інгаляції аерозолів левомізолу та інтерферону [43].

Ефективним є електрофорез лікарських речовин [17, 26, 34]. А.Г. Кондрашкіна і Л.І. Подласая [17], І.М. Маєрович [26] з успіхом застосовували електрофорез з прозерином. Електрофорез прозерина півмаскою Бергоньє проводили Н.Н. Осипова і І.П. Шличков [34]. А.Г. Кондрашкіна та Л.І. Подласая [17] застосували також електрофорез з йодистим калієм.

Відмічено позитивні результати рентгенотерапії як знеболюючого засобу при оперізуючому лишайі вуха [6].

Для відновлення функції лицевого нерва використовується рефлексотерапія [38]. При цьому широко застосовується голкорекорексотерапія [11, 30] як аурикулярна (з тривалою постановкою голок), так і корпоральна [30]. А.К. Чаргейшвілі [44] рекомендував носову рефлексотерапію із застосуванням 2% розчину вітаміну В<sub>1</sub>.

Для покращання трофіки уражених нервів І.М. Маєрович [26] проводив оксигенотерапію при тиску 3 атмосфери.

А.Г. Кондрашкіна і Л.І. Подласая [17], І.М. Маєрович [266], Н.Н. Осипова і І.П. Шличков [34] проводили масаж обличчя. І.П. Єнін та співавтори [11] застосовували вібромасаж моторних точок мімічної мускулатури. І.М. Маєрович [26] призначив електрорімнастику з гальванічним струмом, а А.Г. Кондрашкіна та Л.І. Подласая [17] – лікувальну гімнастику.

Добре діє гіпноз чи навіювання в поєднанні з фізіотерапевтичними процедурами (ультрафіолетове опромінювання, синє світло, дарсонвалізація) [44].

При тяжких парезах мімічної мускулатури іноді вдаються до хірургічної декомпресії лицевого нерва [16].

Результати лікування хворих на оперізуючий лишай вуха приводять В.П. Нечи-

поренко та співавтори [30], К.А. Нікітін [32]. За спостереженнями К.А. Нікітіна [32], повне клінічне одужання до моменту виписки із стаціонару відмічено у 4 пацієнтів з 8 лікованих. У 1 хворого з ураженням трійчастого, язикового, блукаючого нервів вдалося усунути парез гортані та м'якого піднебіння, невралгію трійчастого нерва, але до моменту виписки зберігався периферичний парез мимічних м'язів і звукосприймальна приглухуватість. У 2 пацієнтів не вдалося усунути периферичний парез лицевого нерва в поєднанні із звукосприймаючою приглухуватістю. У 1 обстежуваного за весь період спостереження зберігалась невралгія трійчастого нерва. За даними В.П. Нечипоренка і співавторів [30], повне клінічне одужання після проведеного лікування відмічено у 8 хворих з 17. У 6 осіб до моменту виписки зберігався периферичний парез мимічних м'язів і звукосприймаюча приглухуватість. Автори відмічають, що найкращі результати лікування одержані в тих випадках, коли комплексна терапія проводилась в ранній період захворювання.

**Ускладнення.** Оперізуючий лишай вуха може призводити до ускладнень. Описані окремі випадки оперізуючого лишая вуха, що ускладнився енцефалітом [1], лабіринтитом, менінгоенцефалітом [13], абсцесом вискової частки мозку [38]. Разом з тим, Д. А. Романенко [38] відмічає, що внутрішньочерепні ускладнення (арахноїдити, менінгіти, менінгоенцефаліти, рідше – абсцес мозку) виникають нерідко при оперізуючому лишай вуха. Серйозними ускладненнями є параліч відвідного, лицевого нерва та ураження переддверно-завиткового нерва – перцептивна приглухуватість чи глухота [13, 16, 43], вестибулярні розлади [43].

**Рецидиви.** Рецидиви оперізуючого лишая бувають рідко. А.Г. Кондрашкіна та Л.І. Подласая [17] спостерігали рецидив в одному випадку. О.О. Кіцера [16] відмічає, що після гаданого одужання бувають рецидиви. Разом з тим, С. Павлов [35] зазначає, що рецидивів оперізуючого лишая, як правило, не буває, тому що розвивається імунітет.

**Прогноз.** За твердженням А.Г. Ліхачова [23-25], прогноз більшою частиною сприятливий, за виключенням відновлення слуху, якщо наступило його випадіння. А.К. Чар-

гейшвілі [44] вважає, що слух, якщо випадає, то звичайно безповоротно. Як відмічає О.О. Кіцера [16], прогноз сприятливий щодо життя, проте часто-густо сумнівний щодо відновлення функцій уражених нервів. За спостереженнями багатьох авторів [26, 32, 36, 44], прогноз при оперізуючому лишай вуха досить серйозний, оскільки ураження периферичних нервів при цьому захворюванні нерідко мають стійкий характер. Д.А. Романенко [38] вказує, що функціональне відновлення уражених черепних нервів в багатьох випадках не буває повним.

Як відмічає М.І. Нікольська [33], прогноз у відношенні прояву з боку черепних нервів повинен ставитись з великою обережністю. Wilke і Bittrich [57], а також С. Н. Серебрякова [40] вказують на невелику схильність до відновлення функції слухової та вестибулярної гілок переддверно-завиткового нерва. На думку цих авторів, дещо кращий прогноз у відношенні лицевого і трійчастого нервів. Wilke і Bittrich [57] приводять відомості про 11 хворих, у яких було відмічено покращання функцій лицевого і трійчастого нервів, і про 24 хворих, у яких ураження цих нервів трималось стійко.

За спостереженнями К.А. Нікітіна [32], в ході лікування не вдалося повністю усунути звукосприймаючу приглухуватість у 3 з 8 хворих на оперізуючий лишай вуха. Досягти відновлення функції лицевого нерва виявилось можливим тільки у 5 пацієнтів, що, очевидно, пов'язано з рівнем ураження, підкреслюють автори. Адже розповсюдження набряку від колінчастого вузла до лабіринтного відділу каналу лицевого нерва призводить до різкого збільшення компресії нервових волокон, оскільки на цій ділянці канал – найбільш вузький [51]. Параліч лицевого нерва залишається стійким в зв'язку з дегенерацією його волокон у значно більшого числа хворих, ніж після параліча Белла [46]. Тяжкість захворювання пояснюється і тим, що на оперізуючий лишай вуха частіше хворіють люди похилого віку, обтяжені іншими загальними захворюваннями [3, 5].

Деякі автори вважають, що відновлення функції уражених нервів може відбуватись в строки до 1 року [33, 40]. У випадку, описаному Т. В. Сидорчуком та В. С.

Пономарьовим [41], при спостереженні протягом 7 міс залишились без змін вестибулярні порушення, виявлені під час виписки із стаціонару. В спостереженні Н.Н. Осипової та І.П. Шличкова [34] функція лицевого нерва відновилась неповністю, що частіше всього являється наслідком оперізуючого лишая вуха, зазначають автори. В спостереженні А.Л. Маркзіцера [28] через 1 рік і 2 роки парез лицевого нерва тримався. У випадку, описаному Я.Л. Готлібом [8], залишився парез лицевого нерва, хоча він і зменшився під час лікування. За даними М.А. Пархомовського та Р.Ш. Гаджієва [36], при спостереженні протягом 7 років функція лицевого нерва відновилась не повністю. Через 3 міс неповне відновлення функції уражених нервів спостерігали Д.І. Шенкер та І.І. Мартиненко [45].

Таким чином, дані літератури свідчать про те, що діагностика оперізуючого лишая

вуха, як правило, не представляє особливих труднощів. Для визначення діагнозу здійснюється комплексне обстеження (неврологічне, отоневрологічне, аудіологічне). Диференціальна діагностика оперізуючого лишая вуха проводиться з хворобою Меньєра, арахноїдитом мосто-мозочкового кута, зовнішнім отитом, а іноді і з гострим середнім отитом, паралічем лицевого нерва, бешихою вушної раковини, простим пухирчастим лишаєм. Лікування з приводу оперізуючого лишая вуха здійснюється комплексно симптоматично із застосуванням медикаментозних і фізіотерапевтичних засобів. Проте при тяжких парезах мимічної мускулатури іноді доводиться вдаватись до хірургічної декомпресії лицевого нерва. Ускладнення і рецидиви бувають рідко. Прогноз в більшості випадків – сприятливий. Однак іноді залишаються парези і ураження черепних нервів.

## Література

1. Александров Ю. С. Случай энцефалита при herpes zoster // Врач. дело. – 1975. – №2. – С. 151-152.
2. Андросов М. Д. Герпес ушной раковины и барабанной перепонки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1969. – №1. – С. 111-112.
3. Аху Л. А. (1969). Цитується за Пархомовським М. А. і Гаджієвим Р. Ш. (1976).
4. Баринский И. Ф., Шубладзе А. К., Каспаров А. А., Гребенюк В. И. Герпес: этиология, диагностика, лечение. – М.: Медицина, 1986. – 268 с.
5. Водопьянова М. И. Больная с герпес зостер отитус // Вестн. оториноларингологии. – 1962. - №5. – 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. – №2. – С. 103-104.
8. Готлиб Я. Л. Выключение лабиринта на почве herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1963. – №5. – С. 118.
9. Данилов Л. Н. Травматический герпес ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. – 1973. – №3. – С. 87-88.
10. Данилов Л. Н. Герпес ушной раковины после травмы // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – №6. – С. 85.
11. Енин И. П., Красильникова Н. А., Моренко В. М. Неврит лицевого и переддверно-улиткового нервов вирусной (герпетической) этиологии у 12-летней девочки // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №2. – С. 73-74.
12. Ершов Ф. И. и др. (1980). Цитується за Нечипоренком В. П. і співавторами (1999).
13. Загайнова Н. С., Артемьева А. Е. Тяжелое течение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 2000. – №6. – С. 35.
14. Зайцева З. В. Herpes zoster oticus в сочетании с острым гнойным средним отитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – №2. – С. 66-67.
15. Зарицкий Л. А. Хвороби вуха, носа, горла. – К.: Вища школа, 1974. – С. 50.
16. Кіцера О. О. Клінічна оториноларингологія. – Львів: Б.в., 1996. – С. 165-166.
17. Кондрашкина А. Г., Подласая Л. И. Опоясывающий лишай уха // Вестн. оториноларингологии. – 1982. – №5. – С. 76-78.
18. Криворотова В. Ф. Лечение заболеваний наружного уха токами УВЧ // Вестн. оториноларингологии. – 1941. – №5. – С. 44-46.
19. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Здоров'я, 1998. – С. 42.
20. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2004. – С. 260-261.
21. Лайко А. А. Дитяча оториноларингологія. – К.: Логос, 2008. – С. 189.
22. Левин Л. Т., Темкин Я. С. Хирургические болезни уха. – М.: Медгиз, 1948. – С. 63.
23. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1967. – С. 143.



24. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1981. – С. 162.
25. Лихачев А. Г. Справочник по оториноларингологии. – М.: Медицина, 1984. – С. 162.
26. Маерович И. М. Опоясывающий лишай уха (herpes zoster oticus) // Вестн. оториноларингологии. – 1975. – №6. – С. 116-117.
27. Малкова Е. В. Лечение herpes zoster oticus // Журн. невропатологии и психиатрии им. С. С. Корсакова. – 1966. – Т.66, В.3. – С. 366-370.
28. Маркзицер А. Л. Два наблюдения Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1964. – №5. – С. 76-77.
29. Мироненко Ю. Т. Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №4. – С. 107-108.
30. Нечипоренко В. П., Лоцицкая В. И., Толчинский В. В., Трофимова Е. Н. Herpes zoster oticus // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. – 1999. – №5, Додаток №1. – С. 102-105.
31. Никитин К. А., Плужников М. С., Лопотко А. И., Лосев Н. А. Лечение больных при периферических поражениях лицевого нерва с учетом взаимодействия М- и Н-холинэргических механизмов // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №5. – С. 37-39.
32. Никитин К. А. Herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1991. – №6. – С. 33-35.
33. Никольская М. И. К вопросу о herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1961. – №2. – С. 23-27.
34. Осипова Н. Н., Шлычков И. П. Наблюдение herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1982. – №2. – С. 77-78.
35. Павлов С. Herpes zoster // Малая медицинская энциклопедия. – М.: Сов. энциклопедия, 1966. – Т.2. – С. 795-797.
36. Пархомовский М. А., Гаджиев Р. Ш. Herpes zoster oticus // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1976. – №6. – С. 75-77.
37. Попов Любен (1961). Цит. за Гольдштейном М. А. і Родіною К. М. (1977).
38. Романенко Д. А. К клинике и диагностике herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1980. – №1. – С. 50-55.
39. Селивончик П. Ф., Михайлова И. В. Опоясывающий лишай уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. – №2. – С. 88.
40. Серебрякова С. Н. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1964. – №3. – С. 87-88.
41. Сидорчук Т. В., Пономарев В. С. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1966. – №2. – С. 90 – 91.
42. Ханамирян Р. М., Григорян М. А. Наблюдение herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1975. – №5. – С. 91.
43. Цыганов А. И., Гукович В. А., Тимен Г. Э. Справочник по оториноларингологии. – К.: Здоров'я, 1986. – С. 88.
44. Чаргейшвили А. К. Опоясывающий лишай уха (herpes zoster oticus, sive zona) // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А. Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 38-39.
45. Шенкер Д. И., Мартыненко И. И. К вопросу о herpes zoster oticus // Вестн. оториноларингологии. – 1966. – №3. – С. 18-22.
46. Adour K. K., Doty H.E. (1973). Цит. за Пархомовським М. А. і Гаджієвим Р. Ш. (1976).
47. Aitken R. S., Brain R. T. (1933). Цит. за Мироненком Ю. Т. (1973).
48. Bellusi G. et al. (1959). Цит. за Нікольською М. І. (1961).
49. Carter V. S. (1958). Цит. за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
50. Engstrom H., Wohlfart G. (1949). Цит. за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
51. Lang G. (1981). Цит. за Нікітіним К.А. (1991).
52. Mc Laurin J. M. Principles of therapy in otitis externa // Laryngoscope (St. Louis). – 1951. – Vol. 61, №1. – P. 66-87.
53. O'Neil H. (1945). Цитується за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
54. Philipszoon A. J. (1962). Цитується за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
55. Phillips V. L. (1963). Цитується за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
56. Wilke J., Bittrich K. (1957). Цитується за Нікольською М. І. (1961).
57. Wilson A. (1950). Цит. за Мироненком Ю. Т. (1973).
58. Spillane J. D. (1941). Цит. за Шенкером Д. Й і Мартиненком І. І. (1966).
59. Zanotti G. (1956). Цит. за Нікольською М. І. (1961).

## References

1. Aleksandrov IuS. Case of encephalitis with herpes zoster. Vrach delo. 1975;(2):151-2. Russian.
2. Androsov MD. Herpes of external ear and eardrum. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1969;(1):111-2. Russian.
3. Akhu LA. (1969). Cited by Parkhomovs'kiy MA and Gadzhijev RSh. 1976. Russian.
4. Barinskii IF, Shubladze AK, Kasparov AA, Grebeniuk VI. Herpes: etiology, diagnosis, treatment. Moskow: Meditsina; 1986. 268 s. Russian.
5. Vodop'ianova MI. Patient with herpes zoster oticus. Vestn. otorinolaringologii. 1962;(5):116. Russian.
6. Gladkov AA. Diseases of the ear, nose and throat. Moskow: Meditsina; 1965. P. 199-200. Russian.

7. Gol'dshtein MA, Rodina KM. Three observations of herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1977;(2):103-4. Russian.
8. Gotlib IaL. Labirintine dysfunction in herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1963;(5):118. Russian.
9. Danilov LN. Traumatic herpes of the pinna. Vestn otorinolaringologii. 1973;(3):87-8. Russian.
10. Danilov LN. Herpes of the ear after a trauma. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1977;(6):85. Russian.
11. Enin IP, Krasil'nikova NA, Morenko VM. Neuritis of the facial and cochleovestibular nerves of viral (HSV) etiology in 12-year-old girl. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1988;(2):73-4. Russian.
12. Ershov FI et al. (1980). Cited by Nechiporenko VP. (1999). Russian.
13. Zagainova NS, Artem'eva AE. Severe herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 2000;(6):35. Russian.
14. Zaitseva ZV. Herpes zoster oticus in combination with acute purulent otitis media. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1987;(2):66-7. Russian.
15. Zarits'kii LA. Diseases of the ear, nose and throat. Kiev: Vishcha shkola; 1974. P. 50. Ukrainian.
16. Kitsera OO. Clinical Otorhinolaryngology. L'viv: Bv; 1996. P. 165-6. Ukrainian.
17. Kondrashkina AG, Podlasaia LI. Herpes zoster oticus.. Vestn otorinolaringologii. 1982;(5):76-8. Russian.
18. Krivorotova VF. Treatment of diseases of the external ear by UHF current. Vestn otorinolaringologii. 1941;(5):44-6. Russian.
19. Laiko AA. Pediatric Otorhinolaryngology. Kiev: Zdorov'ia, 1998. P. 42. Ukrainian.
20. Laiko AA. Pediatric Otorhinolaryngology. Kiev: Logos, 2004. P. 260-1. Ukrainian.
21. Laiko AA. Pediatric Otorhinolaryngology. Kiev: Logos, 2008. P. 189. Ukrainian.
22. Levin LT, Temkin IaS. Surgical diseases of the ear. Moscow: Medgiz, 1948. P. 63. Russian.
23. Likhachev AG. Handbook of Otolaryngology. Moscow: Meditsina, 1967. P. 143. Russian.
24. Likhachev AG. Handbook of Otolaryngology. Moscow: Meditsina, 1981. P. 162. Russian.
25. Likhachev AG. Handbook of Otolaryngology. Moscow: Meditsina, 1984. P. 162. Russian.
26. Maerovich IM. Herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1975;(6):116-7. Russian.
27. Malkova EV. Lechenie herpes zoster oticus. Zhurn nevroptologii i psikiatrii im SS Korsakova. 1966;66(3):366-70. Russian.
28. Markzitser AL Two cases of herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1964;(5):76-7. Russian.
29. Mironenko IuT. Herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1973;(4):107-8. Russian.
30. Nechiporenko VP, Lozitskaia VI, Tolchinskii VV, Trofimova EN. Herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1999;(5 Suppl 1):102-5. Russian.
31. Nikitin KA, Pluzhnikov MS, Lopotko AI, Losev NA. Treatment of patients with peripheral lesions of the facial nerve, taking into account the interaction of the M- and N-cholinergic mechanisms. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1988;(5):37-9. Russian.
32. Nikitin KA. Herpes zoster oticus. Vestn. otorinolaringologii. 1991;(6):33-5. Russian.
33. Nikol'skaia MI. On the question of herpes zoster oticus. Vestn. otorinolaringologii. 1961;(2):23-7. Russian.
34. Osipova NN, Shlychkov IP. Case of herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1982;(2):77-8. Russian.
35. Pavlov S. Herpes zoster . Malaia meditsinskaia entsiklopediia. Vol 2. Moscow: Sov entsiklopediia; 1966. P. 795-7. Russian.
36. Parkhomovskii MA, Gadzhiev RSh. Herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1976;(6):75-7. Russian.
37. Popov Liuben (1961). Cited by Gol'dshtein MA and Rodina KM (1977). Russian.
38. Romanenko DA. Diagnosis of herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1980;(1):50-5. Russian.
39. Selivonchik PF, Mikhailova IV. Herpes zoster oticus. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1989;(2):88. Russian.
40. Serebriakova SN. Case of herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1964;(3):87-8. Russian.
41. Sidorchuk TV, Ponomarev VS. Case of herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1966;(2):90-1. Russian.
42. Khanamirian RM, Grigorian MA. Case of herpes zoster oticus. Vestn otorinolaringologii. 1975;(5):91. Russian.
43. Tsyganov AI, Gukovich VA., Timen GE. Manual of Otorhinolaryngology. Kiev: Zdorov'ia; 1986. P. 88. Russian.
44. Chargeishvili AK. Herpes zoster oticus. In: Likhachev AG, editor. Otorhinolaryngology manual, Vol 2. Moscow: Medgiz; 1960. P. 38-9. Russian.
45. Shenker DI, Martynenko II. On the question of herpes zoster oticus. Vestn. otorinolaringologii. 1966;(3):18-22. Russian.
46. Adour KK, Doty HE. Electronystagmographic comparison of acute idiopathic and herpes zoster facial paralysis. Laryngoscope. 1973 Dec;83(12):2029-34. PubMed PMID: 4358988.
47. Aitken RS, Brain RT (1933). Cited by Mironenko YuT (1973).
48. BELLUSSI G, FILIPPI P, SCALFI L. Virus and rickettsial diseases in otorhinolaryngology. Acta Otolaryngol Suppl. 1959;147:1-39. PubMed PMID:13636853.
49. CARTER BS. A case of herpes zoster of the VIIth, VIIIth, IXth, Xth and Xith cranial nerves. J Laryngol Otol. 1958 Nov;72(11):926-8. PubMed PMID:13611412.
50. ENGSTROM H, WOHLFART G. Herpes zoster of the seventh, eighth, ninth and tenth cranial nerves. Arch Neurol Psychiatry. 1949 Nov;62(5):638-52. PubMed PMID:15396341.

51. Naumann C, Lang G. [Surgery of the larynx with fibrinous tissue glue (author's transl)]. *Laryngol Rhinol Otol (Stuttg)*. 1981 Jul;60(7):364-6. German. PubMed PMID: 6980344.
52. McLaurin JW. Principles of therapy in otitis externa. *Laryngoscope*. 1951 Jan;61(1):66-87. PubMed PMID: 14805150.
53. O'Neil H. (1945). Cited by Shenker DI, Martynenko II. (1966).
54. Philipszoon AJ. Nystagmus and Bell's palsy. *Pract Otorhinolaryngol (Basel)*. 1962;24:233-8. PubMed PMID: 14486213.
55. Phillips BL. AUDITORY HERPES ZOSTER WITHOUT AURICULAR ERUPTION. *Br J Clin Pract*. 1963 Dec;17:715-9. PubMed PMID: 14084638.
56. Bittrich K. [Otological diagnosis of tumors of the cerebellopontile angle]. *Dtsch Gesundheitsw*. 1957 May 23;12(21):647-52. German. PubMed PMID: 13447485.
57. Wilson AA. Genuiculate neuralgia; report of a case relieved by intracranial section of the nerve of Wrisberg. *J Neurosurg*. 1950 Nov;7(6):473-81. PubMed PMID: 14795250.
58. Spillane JD. Bell's Palsy and Herpes Zoster. *Br Med J*. 1941 Feb 15;1(4180):236-7. PubMed PMID: 20783528; PubMed Central PMCID: PMC2161250.
59. Zanotti G. [Auricular herpes zoster with paralysis of the facial nerve]. *Arch Ital Otol Rinol Laringol*. 1956 Mar-Apr;67(2):305-10. Italian. PubMed PMID: 13341339.

Надійшла до редакції 26.01.12.

© Г.С. Протасевич, О.І. Яшан, В.В. Ніколов, А.І. Гавура, У.Р. Дужик, 2015