

УДК 616.21:616-06

ISBN 978-5-8469-0085-1

Г.В. Лавренова, К.А. Никитин, С.В. Филимонов, А.А. Некрасов,
А.Э. Шахназаров. Заболевания наружного уха. – Санкт-Петербург:
«Диалог», 2012 – 320 с.

Авторский коллектив:

Г.В. Лавренова, К.А. Никитин, С.В. Филимонов, А.А. Некрасов,
А.Э. Шахназаров

Под редакцией проф. С.А. Карпищенко.

Технический редактор – О.И. Долгов

В монографии изложены сведения о диагностике и лечении заболеваний наружного уха. Особое внимание уделено редким заболеваниям и аномалиям развития наружного уха. Представлены схемы консервативного и хирургического лечения патологии наружного уха. В книгу включен раздел по лекарственным препаратам, наиболее часто используемым при заболеваниях наружного уха.

Книга рассчитана на оториноларингологов, челюстно-лицевых хирургов, дерматологов, студентов медицинских вузов.

ББК 56.8

УДК 616.288

ISBN 978-5-8469-0085-1

© Издательство «Диалог», 2012

© Г.В. Лавренова, К.А. Никитин,
С.В. Филимонов, А.А. Некрасов,
А.Э. Шахназаров

ОГЛАВЛЕНИЕ

Краткий анатомо-физиологический очерк наружного уха	5
Физиологические механизмы очищения наружного слухового прохода	16
Аномалии ушной раковины и наружного слухового прохода	20
Воспалительные заболевания наружного уха	38
Острый ограниченный наружный отит (фурункул наружного слухового прохода)	45
Острый диффузный наружный отит	52
Наружный отит у больных сахарным диабетом	55
Грануляционный наружный отит	58
Отомикоз	65
Поражения кожи наружного слухового прохода при дерматитах	70
Герпетические поражения наружного уха	77
Перихондрит наружного уха	80
Флегмона ушной раковины	81
Рожистое воспаление ушной раковины	82
Травмы и инородные тела наружного уха	83
Травма и инородные тела наружного слухового прохода	96
Экзостозы и гиперостозы наружного слухового прохода	113

Редкие заболевания наружного уха.....	116
Опухоли наружного уха	121
Оталгический синдром (дифференциальная диагностика)	141
Восстановительная хирургия наружного уха (пластическая).....	143
Фитотерапия заболеваний наружного уха	157
Препараты, наиболее часто используемые при заболеваниях наружного уха	171
Алфавитный указатель	313
Литература.....	315

КРАТКИЙ АНАТОМО-ФИЗИОЛОГИЧЕСКИЙ ОЧЕРК НАРУЖНОГО УХА

В нашу задачу не входило детальное описание анатомии и физиологии наружного уха. Вопросы эти достаточно полно освещены во многих монографиях и руководствах. Мы рассмотрим эти вопросы лишь в объеме практических запросов ЛОР-специалиста.

Эмбриология наружного уха

Анатомически в ухе различают три отдела – наружное, среднее и внутреннее ухо. Раньше всего у зародыша появляется внутреннее ухо, затем – среднее и наружное. Наружное ухо (ушная раковина и наружный слуховой проход) развиваются из мезенхимы первой и второй жаберных дуг, которые образуют первую жаберную щель. На краях последней вырастает шесть выступов, окружающих ямку (*cavitas conchae*), продолжающуюся в эпителиальную трубку и углубляющуюся к среднему уху (наружный слуховой проход).

Эпителиальная трубка состоит из двух частей – первичного слухового прохода, с самого начала содержащего просвет, из которого в дальнейшем происходит перепончатохрящевой отдел наружного слухового прохода, и из так называемой меатальной пластинки, в которой просвет образуется позднее – к концу эмбриональной жизни.

Из меатальной пластинки лишь к концу эмбриональной жизни формируется костный отдел наружного слухового прохода. Слой ткани, расположенный между меатальной пластинкой и просветом барабанной полости, которая развивается из первого глоточного жаберного кармана, становится барабанной перепонкой.

Ушная раковина образуется из так называемой ушной складки, расположенной позади трех выступов на гиоидной дуге. Закладка ушной раковины и наружного слухового прохода вначале локализуется более вентрокаудально, а затем,

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО УХА

Классификации заболеваний наружного уха

Несмотря на довольно четко очерченные клинические проявления заболеваний наружного уха, нередко разнообразная патология его обозначается врачами-оториноларингологами как «наружный отит», что полностью не отражает сущность патологического процесса, затрудняет диагностику, дифференциальную диагностику, лечение. Это собирательное понятие объединяет различные заболевания ушной раковины и наружного слухового прохода, отличающиеся своей этиологией, патогенезом, клиническими и морфологическими проявлениями и не может быть принято клиницистами.

Б. А. Шапаренко и соавт. (1983) опубликовали классификацию заболеваний наружного уха, построенную на основных положениях международной классификации болезней, принятой 29-й Ассамблеей здравоохранения (Женева, 1980). Основой для классификации послужил перечень болезней из Международной классификации заболеваний, принятой ВОЗ в 1990 году.

Приводим выписку из международной классификации болезней с соответствующими шифрами, что имеет практическое значение для врачей, заполняющих статистические талоны (формы) в поликлиниках и стационарах.

БОЛЕЗНИ НАРУЖНОГО УХА

- 740.0. Врожденные аномалии и уродства уха
- 380.3. Приобретенные деформации ушной раковины
- 380.5. Сужение наружного слухового прохода. Травматические повреждения наружного уха и их последствия
- 920. Ушиб уха. Отгематома
- 380.0. Травматический перихондрит ушной раковины

- 872.9. Последствия травматических повреждений
- 911.0. Ожоги наружного уха
- 991.0. Обморожения наружного уха
- 991.9. Окостенение хрящей ушной раковины
- 380.4. Серная пробка. Воспалительные заболевания наружного уха
- 380.0. Перихондрит ушной раковины
- 380.1. Фурункулез наружного слухового прохода. Карбункул, фурункул. Наружный отит. БДУ. Диффузный. Геморрагический. Отомикоз. Аспергиллез. Монимаз. Ухо пловца. Мирингит. Опоясывающий лишай (03.7 с другими осложнениями). Острый наружный буллезно-геморрагический посттриппозный отит
- 692.9. Дерматомикозы и токсидермии. Химические. Лекарственные. Лучевые. Метеорологические
- 390.1. БДУ. Аллергические заболевания наружного уха
- 390.2. Экзема
- 380.1. Крапивница
- 995.1. Отек Квинке. Нейродермит. Аллергические васкулиты
- 690.0. Поражения наружного уха при дерматозах невыясненной этиологии. Псориаз. Красный плоский лишай. Многоформная экссудативная эритема. Пузырные заболевания. Витилиго. Хондродерматит болезненный. Ихтиоз и ихтиозиформная эритродермия. Атрофия кожи
- 710.0. Поражения наружного уха при диффузных поражениях соединительной ткани — коллагенозы. Красная волчанка. Дерматомиозит
- 785.4. Гангрена ушной раковины
- 380.1. Наружный инфекционный отит. Рожистое воспаление. Рожа с другими осложнениями. Пиодермия. Импетиго. Простой герпес (04.7 с другими осложнениями). Склеродермия. Узелковый периартериит
- 380.8. Подагрические осложнения в области уха
- 380.9. Поражения наружного уха при ретикулезах. Профессиональные заболевания наружного уха. Предраковые заболевания. Доброкачественные опухоли наружного уха
- 380.1. Злокачественные опухоли наружного уха

При кожных заболеваниях лица и головы, когда в процесс вовлекается наружный слуховой проход, целесообразно, наблюдение отоларинголога и дерматолога.

Этиология и патогенез воспалительных заболеваний наружного уха

Воспалительные заболевания наружного уха (ушной раковины, наружного слухового прохода и кожного покрова барабанной перепонки) в повседневной практике оториноларинголога встречаются довольно часто. Если же принять во внимание сочетанное поражение среднего и наружного уха, частота их значительно увеличится. Частота различных поражений наружного уха имеет тенденцию к росту (Сви-тушкин В.М. и соавт., 2005).

Возникновению воспалительных заболеваний наружного уха способствуют следующие факторы:

- извилистость и узость слухового прохода;
- наличие в нем волосяных фолликулов и серных желез;
- слабо выраженная подкожно-жировая клетчатка;
- нарушение кислотно-основного равновесия в сторону алкалоза;
- относительно высокая температура и влажность.

Проблема течения и лечения заболеваний наружного уха является одной из наиболее трудных и наименее изученных в отиатрии. Особенно сложной она представляется относительно работающих в условиях высокой запыленности, так как именно у них ежедневные микротравмы кожи наружного слухового прохода частицами пыли, недостаточное их очищение, влажность воздуха способствуют возникновению и поддержанию воспалительного процесса.

Например, при профилактическом осмотре сельскохозяйственных рабочих Б. А. Шапаренко и соавт. (1980) установлено, что у 9,4% из них непосредственно контактирующих с ядохимикатами выявлены заболевания наружного уха. Рабочие предъявляли жалобы на зуд в наружных слуховых проходах, усиливающийся весной и летом — время опыления растений соответствующими препаратами. Одновременно возникали и зуд кожи лица, слезотечение. К осени эти явления обычно исчезали.

Развитию наружных отитов могут способствовать *наушники для прослушивания музыки*. J. Brook (1985) описал возникновение этого заболевания у лиц после использования наушников в самолете в течение 3–4 ч. Несмотря на химическую дезинфекцию и ультрафиолетовое облучение наушников, в каждом из них было обнаружено от 10 до 1200 штаммов бактерий. По мнению автора заболеванию способствует давление наушника и увеличение влажности воздуха в слуховом проходе.

Описан наружный отит как *осложнение иглотерапии*. Традиционный метод иглотерапии курильщиков заключается во введении иглы в ушную раковину, где иглу оставляют на 1 нед. Больной должен надавливать на иглу при появлении желания покурить. Курс иглотерапии повторяют трижды. Н. S. Jons (1985) сообщает о развитии перихондрита, хондроперихондрита и септицемии у больных при проведении аурикулярной иглотерапии. Осложнениям способствует практически полное отсутствие подкожной клетчатки между тонкой кожей и надхрящницей хрящевого отдела ушной раковины. Противопоказанием для назначения иглотерапии является сахарный диабет, иммунодепрессивное состояние у лиц, ослабленных тяжелыми соматическими заболеваниями.

Наиболее частой причиной воспалительных заболеваний наружного уха являются синегнойная палочка (*Pseudomonas aeruginosa*) и стафилококковая инфекция. Носительство стафилококка на здоровой коже наружного слухового прохода встречается у 100% людей, патогенные его штаммы обнаружены у 70%.

За последнее время, в связи с учащением применения антибиотиков значительно увеличилось количество *грибковых поражений* и фактически микозы встречаются гораздо чаще, чем диагностируются клинически или бактериологически. Монокультура стафилококка из наружного слухового прохода выделяется реже, чем микробные ассоциации, в сочетании с грибковой флорой (Лучихин Л.А. и соавт., 1999; Огородников Д.С., Доронина О.М., 2011).

Заболевания кожи наружного слухового прохода и прилегающих участков ушной раковины иногда являются единственным проявлением дерматоза или только начальной, ранней его стадией. В этих случаях больные обычно, прежде всего, обращаются за помощью к оториноларингологу. Своевременная диагностика и последующее рациональное лечение может способствовать более быстрому регрессу поражения и предупредить его распространение на другие участки кожи.

Из обследованных в клинике кожных и венерических болезней 236 больных, направленных с диагнозом «наружный отит» у 139 (58,9%) обнаружены гнойничковые поражения (фолликулиты и фурункулы), у 14 (5,9%) – микробная экзема, у 27 (11,4%) – дискоидная красная волчанка, у 2 (0,9%) – узелковый болезненный хондродерматит ушной раковины, у 3 (1,3%) – зуд кожи. У некоторых больных в области кожи ушной раковины обнаруживали проявления световой оспы, ихтиозиформной эритродермии, дерматоза Дюринга – Брока, доброкачественного ретикулеза (Шапаренко Б. А. и др., 1983).

Эти исследования показали, что заболевания наружного уха было бы не совсем правильно квалифицировать только как «наружный отит» и в связи с этим отказ от объединяющего понятия «наружный отит» применительно к поражениям кожного покрова ушной раковины и наружного слухового прохода оправдан. При поражениях наружного уха диагноз целесообразно формулировать с учетом особенностей клинической картины дерматоза.

Клинические проявления поражений наружного уха находится на стыке многих медицинских специальностей: отиатрии, дерматологии, токсикологии, профпатологии, онкологии и ряда других. Все это создает определенные трудности в их диагностике, лечении, выработке мер профилактики, решении вопросов врачебно-трудовой экспертизы и реабилитации этой группы больных.

Под нашим наблюдением находилось 139 больных с рецидивирующим дерматитом ушной раковины и наружного слухового прохода в возрасте от 27 до 53 лет со стажем работы в условиях значительной запыленности воздуха от 6 до 29 лет. Длительность заболевания составляла от 1 года до 8 лет (обострение процесса 3–4 раза в году). Практически у всех больных (137 человек) процесс был двусторонним. Наружный отит в 81 случае был диффузным с выраженной воспалительной реакцией со стороны кожи не только наружного слухового прохода, но и ушной раковины и у 58 больных проявлялся в виде фурункула.

Больные жаловались, в основном, на зуд в наружном слуховом проходе, боль, особенно выраженную при наличии фурункулов, чувство заложенности в ушах, плохой сон, раздражительность. В содержимом слуховых проходов определялись микробные ассоциации, чаще всего – золотистый стафилококк, протей. До поступления в клинику больные лечились амбулаторно или самостоятельно. В комплекс лечения входили физиотерапия, мази, спиртовые растворы.

Лечение поражений кожи ушной раковины и наружного слухового прохода чаще всего проводят, базируясь на принципе терапии дерматозов с учетом некоторых анатомических и физиологических особенностей наружного слухового прохода (Ольховский А.М., 1979; Костышин А.Т., 1984; Евдощенко Е.А. и др., 1988).

Особенности возникновения и протекания наружных отитов у шахтеров связаны с особыми условиями труда (частые травмы кожи пылевыми частицами, мацерация ее, неблагоприятный микроклимат, нервное напряжение и пр), приводящих к повышенной влажности и разрыхленности кожного покрова и развитию микроорганизмов и диссеминации процесса; частым воспалениям наружного слухового прохода, приводящих к нарушению процессов регенерации эпидермиса.

ПОРАЖЕНИЯ КОЖИ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА ПРИ ДЕРМАТИТАХ

Атопический дерматит наружного уха

В течении кожного нейродистрофического синдрома, проявляющегося в виде атопического дерматита наружного уха Е. А. Евдошенко и соавт. (1988) выделяют три стадии — *доклиническую, стадию обратимых изменений и органическую.*

Для *доклинической стадии* характерно существование скрытого или компенсаторного нейродистрофического фона. В этой стадии больных беспокоит непостоянный зуд и шум в ушах. При отоскопии определяется иногда истончение и сухость кожи наружного слухового прохода, снижение активности серных желез.

В *стадии обратимых изменений* больные отмечают интенсивный зуд в ушах, жжение, покалывание, снижение слуха (по нарушению звуковосприятия на 20–40 дБ). Отоскопическая картина соответствует нейродистрофическому процессу, который может проявляться в виде следующих клинических вариантов:

- экземы наружного слухового прохода;
- нейродермита;
- зудящего дерматоза кожи наружного слухового прохода.

При *экземе* отмечается сужение слухового прохода за счет отека, мокнутия, наложения слущенного эпидермиса, утолщение барабанной перепонки, помутнение и отсутствие опознавательных пунктов на ней.

При *зудящем дерматозе* кожа наружного слухового прохода истончена, блестящая, с видимой сетью подлежащих сосудов, отмечается практически полное отсутствие серы.

Нейродермит сопровождается мигрирующим зудом в ушах, развитием лихенификаций, характеризуется сухостью и шероховатостью кожи наружного слухового прохода, с незначительным ее шелушением. Барабанная перепонка

теряет нормальную окраску и приобретает серовато-коричневый цвет.

Представленные клинические формы стадии обратимых изменений наблюдаются у лиц с достаточной реактивностью и вегетативной обеспеченностью деятельности органов и систем. Авторы отмечают возможность длительной ремиссии заболевания (более 1 года) после комплексного применения медикаментозных и физиотерапевтических средств на кожу слухового прохода в сочетании со средствами воздействия на остеохондроз шейного отдела позвоночника.

Для *стадии органических изменений* характерно нарастание проявлений нейродистрофического синдрома: увеличение интенсивности зуда, развитие субэпителиального фиброза с атрофией сальных и серных желез. В ряде случаев возникает хроническая нейросенсорная тугоухость.

У всех обследованных авторами больных обнаружены дегенеративно-дистрофические изменения в шейном отделе позвоночника. Избирательное поражение кожи наружного слухового прохода при дисфункции шейного симпатического сплетения и сопутствующей висцеральной патологии объяснено работами М.М. Корниловой (1971), в которых на основании изучения иннервации различных участков кожи ушной раковины установлены зоны большой концентрации рецепторов и нейровегетативных формаций — сетчатых лентовидных тяжей периферического отдела вегетативной нервной системы. Такими зонами являются отдельные участки ладьи, противозавитка, впадины ушной раковины, область наружного слухового отверстия. Эти участки ушной раковины являются рефлексогенными зонами наружного уха, наиболее чувствительными к раздражению симпатических образований шеи.

Хронический узелковый хондродерматит ушных раковин или болезненные узелки ушных раковин являются редко встречающейся патологией. Среди этиологических моментов определенную роль играют травмы, обморожения

и ожоги ушной раковины. Заболевание чаще встречается у мужчин и характеризуется образованием на свободном крае передне-верхнего участка завитка одной или обеих ушных раковин единичных или множественных ограниченно подвижных, плотных на ощупь, болезненных при легком прикосновении узелков диаметром 2–7 мм. Кожа над ними конусовидно припухшая, чаще они бледной, реже – розовато-желтоватой окраски, узелки, покрыты слущенным эпителием или коркой, при удалении которой иногда обнаруживаются свищевой ход к хрящу. Гистологически пораженные участки кожи имеют гиперплазированный ороговевающий многослойный плоский эпителий с воспалительной, преимущественно периваскулярной инфильтрацией. Соединительнотканые волокна разволокнены, с резким фибриноидным набуханием. Эластический хрящ в некоторых местах разрушен клетками типа фиброцитов. В цитоплазме хондроцитов отмечается зернистость, вакуолизация.

Лечение заболевания сводится к иссечению узелков или поднадхрящичному введению суспензии гидрокортизона с пенициллином (Машкиллейсон Л. Н., 1964; Тронц В. Т., 1977; Purdue J. F., Hunt J. L., 1986).

При болезни Адиссона, травмах, иногда наблюдаются оссификация, кальцификация и экзостозы наружного уха. Рентгенологически они выявляются идентично, оссификацию можно диагностировать по данным биопсии. Рост экзостозов в наружном слуховом проходе, по мнению J. R. Di Bartolomeo (1985) – более частый и ранний ответ на систематическое охлаждение.

По мнению автора, сильное и длительное охлаждение ушных раковин, может вызвать патологический процесс, при котором эластический хрящ заменяется костью.

Для снятия аллергического фона больным экземой и дерматитом нередко назначают кортикостероидные препараты.

С. Е. Хайтун (1965) для лечения дерматозов ушной раковины и наружного слухового прохода предлагает мазь следующей прописи:

Prednisoloni	0,08
Oleum jecoris aselli	2,5
Vazelini	5,0

Смазывать кожу ушной раковины и слухового прохода 2 раза в день (утром и вечером) после предварительного туалета ее 4% раствором левомицетинового спирта.

В связи с возможным развитием контактной аллергии на различные компоненты препаратов для местного лечения наружных отитов J. E. Fraki и соавт. (1985), P. M. Robinson (1988) рекомендуют проводить у всех больных наружными отитами кожные пробы с компонентами, входящими в состав лекарственных смесей для лечения заболевания.

К принципам местной медикаментозной терапии заболеваний кожи наружного уха следует отнести использование простых и безвредных средств, не вызывающих аллергических реакций, тщательное очищение кожи наружного уха индифферентными растворами, как например, 0,9–3% растворы натрия хлорида, 60–96° спирта, 0,1–0,5% растворы лимонной кислоты.

Senturia B. H. и соавт. (1980) выделяют следующие виды медикаментозных средств, применяемых местно:

- компрессы (для них используют квасцы – 2% раствор), солевые растворы, изотонический раствор натрия хлорида);
- присыпки;
- лосьоны, линименты;
- мази, кремы;
- гели;
- пасты.

Приводим разработанные схемы лечения дерматита и экземы наружных слуховых проходов. Их эффективность,

как показала практика, во многом зависит от индивидуума (состояния нервной системы, выраженности аллергических реакций, вирулентности микрофлоры и пр.). Для воздействия на различные звенья патогенеза приходится комбинировать несколько препаратов. Такая тактика лечения позволяет, в частности, применять их в значительно уменьшенных дозах; благодаря этому снижается или предотвращается побочное, отрицательное влияние используемых средств на организм. В схемы лечения – кроме местного, включают препараты общетерапевтического действия.

Поскольку аллергия всегда сочетается с поражением нервной системы, оправданным является применение седативных препаратов (*триоксазина, феназепам* и др.).

Значительному повышению эффективности местного лечения способствует включение в состав схем *антиадренергических препаратов* в частности дигидроэрготамина. Препарат назначается по 5–10 капель (в 1/2 стакана воды) 1–2 раза в день в течение недели. Начинают прием с 2–3 капель и к концу недели дозу снижают до 1–2 капель, после чего прекращают прием.

Антихолинэстеразные препараты (прозерин 0,05% раствор по 1 мл) рекомендуется вводить в виде пятидневных циклов с 2-дневными перерывами, всего 5–6 циклов при упорном дерматите.

Нередко эффективно проведение специфической гипосенсибилизации с использованием моно- и поливалентных грибковых вакцин, поливалентной стрептостафилококковой вакцины.

Неспецифическая гипосенсибилизация используется практически во всех случаях. При ее проведении необходимо помнить, что соли кальция при хронических процессах не эффективны. При острых процессах предпочтение следует отдавать натрия тиосульфату (10% раствор препарата принимают внутрь по 1 столовой ложке 1 раз в день). В целях повышения эффективности гипосенсибилизирующей терапии целесообразно назначение диеты с ограничением продуктов,

имеющих высокий сенсibilизирующий потенциал, в частности, яичного белка; морской капусты, морской рыбы, почек, свинины, бобовых (кроме зеленого горошка), томатов, бананов, цитрусовых, клубники, какао, шоколада и пр.

Схема 1:

- туалет кожи наружных слуховых проходов 70° спиртом перед каждым введением местно применяемого лекарственного средства;
- местно при разрыхленном эпидермисе и зуде – 5% трихополовая мазь, 3% мазь апилака, мазь цинковая, мазь «Цинкундан», мазь или желе солкосерила.
- гленцет, диазолин, цетрин и др. в общепринятой дозировке 1 раз в сутки (в 21–22 часа).
- аминазин 0,025 – 2 раза в день;
- диетическое питание, с включением свежих соков, овощей и фруктов, разгрузочные дни;
- физиотерапия – «воротник» по Щербаку с 0,5% раствором новокаина (при его переносимости), электросон;
- отвары трав с противоаллергическими свойствами (шалфей, ромашка, ряска малая, череда) по 1/2 стакана 2 раза в день;
- аэрофитотерапия (розмарин, герань, полынь, душица).

Схема 2:

- туалет кожи наружного уха 0,5% раствором аскорбиновой или лимонной кислоты;
- местно при мокнутиях, зуде, жжении – жидкость Кастеллани, сок чистотела, смешанный с дистиллированной водой 1 : 2; сок каланхое; 1% спиртовой раствор новоиманина; 25–30% раствор димексида; 0,25% спиртовой раствор хлорофиллипта; настойка календулы; ватогил и другие;

- *биологические стимуляторы*: пеллоидодистиллат для инъекций подкожно по 1 мл с предварительным введением в предполагаемое место инъекции 0,5 мл 2% раствора новокаина. На курс 15–20 инъекций (при назначении большинства биостимуляторов (плазмол, взвесь плаценты, стекловидное тело) нельзя назначать физиотерапевтические процедуры, такие как соллюкс, кварц, УВЧ);
- *седативные препараты*, желательно растительного происхождения (настойка пиона уклоняющегося по 30 капель 2 раза в день, отвар травы пустырника по 1/3 стакана 2 раза в день, отвар корня валерианы по 1 столовой ложке 3 раза в день и др.);
- точечный массаж;
- ЛФК, диетическое питание.

Схема 3:

- туалет кожи 0,9–3% раствором натрия хлорида;
- *местно при экземе, нейродермите с болевым синдромом* – бактериостатические, анальгезирующие средства, способствующие эпителизации – 0,5–2% мазь этония, аэрозоль «Цимезоль», мазь Конькова, линимент нефти нафталанской рафинированной, 10% мазь подорожника большого;
- *гипосенсибилизирующие средства* (гленцет, тавегил, цетрин, эриус и др.) в общепринятых дозировках;
- *адренэргические препараты – дегидроэрготамин* (по 1–2 капли в 1/2 стакана воды в течение 2 дней, затем по 3–5 капель в течение 2 дней, затем по 6–8 капель);
- медицинские пиявки на область сосцевидного отростка;
- диетическое питание; омега – 3; вобензим по 3 таблетки х 3 раза в сутки;
- ЛФК.

ГЕРПЕТИЧЕСКИЕ ПОРАЖЕНИЯ НАРУЖНОГО УХА

Герпетическая инфекция является одним из наиболее распространенных вирусных заболеваний человека. Длительное, хронически рецидивирующее течение и разнообразные, иногда тяжелые клинические проявления болезни делают проблемы ее лечения весьма актуальными (А.К. Шубладзе и Т.М. Маевская, 2001). В настоящее время во всем мире отмечается стойкий рост числа случаев рецидивирующей герпетической инфекции (Ernshaw D. L., 1992; Dias-Mitoma F., 1998; Марченко Л.А., 2001; Каримова И.М., 2002). Общее количество больных с хроническими формами герпеса на территории России более 22 миллионов человек, в США 45 миллионов человек (Elion G.B., 1993; Gross G., 1995; Wald A., 1998; Янов Ю.К., 2004). Ежегодно различными формами герпетической инфекции на территории России и стран СНГ страдают 20 млн. человек (Исаков В.А. и др., 2006). Нейротропизм ГИ обуславливает разнообразный спектр клинических проявлений. Например, только при herpes zoster oticus (ушной герпес) выделяют 12 клинических форм. Возможность поражения герпесвирусами черепно-мозговых нервов и последующего периневрального распространения приводит к тяжелым функциональным, органическим и косметическим расстройствам. Если не принять эффективные методы в начале заболевания, то в последствии наступает необратимая стойкая утрата функции пораженного органа, которая требует хирургической коррекции, либо вообще не поддается лечению. Как известно, для herpes zoster oticus характерен демиелинизирующий тип поражения нервных волокон, когда происходит понижение возбудимости перехватов Ранвье и поражение прилежащих участков миелиновой оболочки. При значительной утрате миелиновой оболочки частью нервных волокон в зоне сегментарной демиелинизации может возникать блок проведения нервного