

В.Г. Кравченко

Медико-консультативний центр «Медіпол», Полтава

## Вияви деяких дерматозів на шкірі зовнішнього вуха

Розглянуто низку дерматозів на шкірі зовнішнього вуха, зокрема вузликочий хондродерматит, екзему, світлову віспу. Велику увагу приділено отомікозам. Наведено результати обстеження та успішного лікування 19 хворих отомікозами (аспергілхоз і кандидоз) за розробленою методикою автора з використанням антисептичного лікарського засобу «Цидіпол».

### Ключові слова

Екзема, світлова віспа, отомікози, антисептичний препарат «Цидіпол».

Акцент на виявах дерматозів на шкірі зовнішнього вуха (ДШЗВ) зумовлюється низкою обставин. По перше, шкіра зовнішнього вуха (ЗВ) нерідко уражається при багатьох тривіальних дерматозах, де вона є лише однією із багатьох одночасних локалізацій шкірної патології (дерматити, екзема, себорея, опіки тощо). По-друге, локалізація деяких дерматозів на шкірі вушних раковин часто має важливе, а інколи вирішальне значення для встановлення діагнозу (дископодібний червоний та туберкульозний вовчак, світлова віспа). По-третє, існують захворювання шкіри зовнішнього вуха, які мають локально-специфічну нозологічну означеність, наприклад, фурункул зовнішнього вуха, вузликочий хондродерматит і отомікози. Тобто діагноз «зовнішній отит» є збірним поняттям, яке навряд чи може мати нозологічну означеність, оскільки об'єднує численну групу захворювань, які відрізняються за етіологією, патогенезом, клінічними виявами і методами лікування [1, 2, 13]. Водночас захворювання зовнішнього вуха в повсякденній практиці отіатрів зустрічаються доволі часто, складаючи серед інших уражень вуха від 17 до 23 % [15].

Увага до зазначеної проблеми зумовлюється ще й тим, що хворі з ураженнями шкіри зовнішнього вуха є предметом клінічної практики не лише лікарів-дерматологів, а й отіатрів та лікарів сімейної медицини. Саме остання обставина змушує нас, лікарів-дерматологів, продуктивніше співпрацювати з лікарями суміжних спеці-

альностей для запобігання неправильному діагностичному тлумаченню зазначеної патології, адже це призводить до призначення неадекватної чи нераціональної терапії.

Найчастішими прикладами помилкового трактування ДШЗВ є клінічна симптоматика уражень шкіри зовнішнього вуха при так званих екземоподібних станах. Справді, коли йдеться про такі захворювання, як екзема, нейродерміт, себорея, дерматит, тяжко говорити про якісь особливості їхнього клінічного перебігу на шкірі ЗВ. Зазначені хвороби найчастіше мають певні еритемо-папуло-ліхеніфікаційні вияви і не є чимось незвичним і особливим, принаймні з точки зору дерматологів. З іншого боку, досить узагальнене діагностичне поняття «екзема» зовнішнього вуха украй вільне, і що важливо, його неправильно тлумачать як отіатри, так і лікарі інших спеціальностей. Так, екзема зовнішнього вуха, в нозологічному трактуванні, зустрічається від 3,5 до 16,6 % випадків на 1000 хворих на екзему [2]. За нашими узагальненими даними, що ґрунтуються на 8560 спостереженнях за хворими з різними формами екземи, ураження шкіри зовнішнього вуха спостерігалось в 9,7 % хворих, зокрема при справжній екземі — в 17,1 %, при себорейній — в 19,4 %, при мікробній — у 4,1% [2]. Зазвичай не дерматологи нерідко примітивно зараховують до екзематозних різноманітні інфільтративно-запальні стани з локалізацією на шкірі ЗВ з інтенсивним свербіжем і строкатою картиною неістинного поліморфізму висипних

елементів. Безумовно, зазначену категорію хворих належить спостерігати і лікувати фахівцям дерматологічного профілю, оскільки такі пацієнти потребують професійної патогенетичної і місцевої терапії.

Для недосвідчених дерматологів тяжко встановити діагноз так званого вузликового хондродерматиту. Захворювання характеризується появою болючих вузликів жовтувато-червоного кольору розміром від конопляного зернятка до горошини на вільному краї завитка вушної раковини. Дерматоз спостерігається нечасто і виникає, ймовірно, внаслідок хронічного травмування вушних раковин [10]. Ми спостерігали двох пацієнток з цим дерматозом, і обидві вони були телефоністками міської АТС. Терапія таких хворих полягає насамперед в усуненні причини хвороби (наприклад, тимчасове переведення пацієнта на іншу ділянку роботи) і призначенні гормональних кремів на кшталт «Локоїда», «Лориндена А» та ін.

Ще одне захворювання вушної локалізації — так званий герпетичний або пухирцевий отит (зостериформний отит, синдром Ханта), відносно рідкісна хвороба, яка розвивається внаслідок запалення колінчастого ганглію вірусного походження. Основною клінічною ознакою захворювання вважають біль у ділянці зовнішнього слухового проходу, барабанної перетинки, вушної раковини, що симулює вияви отиту. Розпочинається процес з головного болю і болю в одному вусі, а також герпетичної висипки в зовнішньому слуховому проході або на шкірі вушної раковини. До цих симптомів можуть приєднатися параліч лицевого нерва, шум у вухах, зниження слуху і запаморочення [10]. Пацієнти звертаються як до дерматологів, так і отіатрів. Під нашим спостереженням перебував один пацієнт із такими симптомами, курували його разом із невропатологом. Лікування комплексне: призначення антивірусних препаратів (ацикловір, «Вальтрекс» та ін.), кортикостероїдів у невисоких короткострокових дозах (15–20) мг і вітамінотерапії (В<sub>6</sub>, В<sub>12</sub>, С), зовнішньо — крем «Зовіракс», ацикловір та ін. Прогноз зазвичай сприятливий.

Не завжди легко встановити діагноз «світлової віспи», яка переважно буває у дітей раннього віку, найчастіше на другому році життя, хоча уражує й дітей 10–15 років. Вияви хвороби зникають або ослаблюються ближче до 20–30 років. Хвороба розвивається зазвичай рано навесні, супроводжується свербіжем і печучістю й завершується спонтанно восени. На початку хвороби на вушних раковинах, а нерідко і на обличчі та інших відкритих ділянках тіла виникають блідо-рожеві плями, а потім плескати вузлики, в центрі

яких видно пухирці з пупкоподібним заглибленням і прозорим серозним вмістом. Вузлики некротизуються, покриваючись темно-червоною кіркою з синюватим відтінком. Процес завершується рубцюванням з утворенням характерних «віспових знаків». Під нашим спостереженням перебували четверо пацієнтів дитячого і підліткового віку. У план лікування ми включали препарати вітаміну В<sub>1</sub>, нікотинову кислоту, для старших хворих — «Делагіл», місцево — примочки з протизапальною дією, наприклад, резорцинові (1–0,5) % Проте ефективнішим методом місцевого лікування в таких випадках і для запобігання рецидивам вважаємо застосування антисептичного лікарського засобу «Цидіпол». Ми спостерігали не тільки профілактичний фотозахисний його ефект, а й лікувальні властивості при сонячному дерматиті [6].

У клінічній практиці дерматологів, отоларингологів і лікарів сімейної медицини часто зустрічаються мікотичні ураження шкіри ЗВ: кандидоз, пеніциліоз, мукороз, аспергільоз. Етіологічна роль грибової флори у виникненні зовнішніх отитів у більшості випадків не встановлюють, хоча гриби як збудники виявляють у 3–18 % хворих із запальними процесами зовнішнього слухового проходу [2, 3, 11, 13]. Серед отомікозів превалює мікотичний зовнішній отит, причому як у дорослих, так і дітей [13]. На нашу думку, мікози ЗВ бувають значно частіше, ніж їх діагностують лікарі клінічно та мікологічно. Відомо, що в патогенезі розвитку отомікотичних процесів помітну роль відіграють запальні процеси вуха, нераціональна антибіотико-, гормонотерапія, травматизація зовнішніх слухових проходів, мікогенна алергія, загальні соматичні захворювання. Хворі на цукровий діабет з грибовою інфікованістю ЛОР-органів діти є своєрідною групою ризику, яка потребує пильної уваги сімейних лікарів і отоларингологів [14]. Хворі на отомікози нерідко звертаються до дерматологів, оскільки дана патологія супроводжується вираженим свербіжем та поширюється на суміжні ділянки шкіри.

Лікування мікотичних захворювань вуха складне і не завжди успішне. Для місцевого лікування отомікозів рекомендують багато лікарських засобів, зокрема 0,1 % спиртовий розчин хінозолу, 1 % мазь або розчин «Канестену», стандартний розчин «Нітрофунгіну», «Леворину», «Сангвіритрину», лазерні опромінення тощо [2, 11, 13, 14]. Для лікування мікозів шкіри в останні роки широкого застосування набули топічні антимікотики аліламінового ряду, зокрема похідні тербінафіну («Ламікон»). Вони володіють високою протигрибовою активністю,

широким спектром дії, не подразнюють шкіру тощо і при лікуванні рубромікозу ступень дають досить позитивні наслідки [8].

Не заперечуючи можливої раціональності призначення зазначених засобів для терапії мітотичних уражень шкіри ЗВ, ми надаємо перевагу методиці лікування антисептичним препаратом «Цидіпол». Він у досліджах *in vitro*, виявляючи феномен осмолярності, руйнує оболонку грибової культури і, глибоко проникаючи в протоплазму, позбавляє її життєздатності та росту на поживних середовищах. Результати неодноразових лабораторних досліджень з культурами грибів-дерматофітів (*Microsporium canis*, *Trichophyton rubrum*), дріжджоподібних грибів роду *Candida albicans*, пліснявих грибів *Aspergillus flavus* переконливо підтвердили не тільки фунгістатичний, а й високий фунгіцидний ефект препарату: за пишного росту грибівих культур у контролі спостерігали широкі зони без росту грибів. За допомогою методу серійних розбавлень засвідчено протигрибову активність «Цидіполу»: ступінь його фунгіцидності становив 1,6 мкг/мл, 0,18 мкг/мл і 12,9 мкг/мл відповідно до роду культури гриба [3, 4, 7, 9].

Клінічно «Цидіпол» демонструє виразну протизапальну, фунгіцидну, протисвербіжну, антивірусну, фотозахисну дію [4, 6, 9].

Під нашим спостереженням перебували 19 хворих на отомікоз, із них 14 жінок і 5 чоловіків. Діагноз аспергільозного отиту встановлено у 11, кандидозний отит — у 8. Всі вони скаржилися на сильний свербіж шкіри зовнішніх слухових проходів, відчуття закладеності в вухах (12 осіб), почервоніння і лущення шкіри ЗВ або завушних складок (13), мокнуття в цих місцях (6). Пацієнти мали вік від 24 до 67 років.

Місцеве лікування «Цидіполом» полягало у вкладенні в зовнішній слуховий прохід на 3–5 хв ватних або марлевих турунд, просочених препаратом. Неодмінною умовою лікування було очищення шкіри передньо-нижньої ділянки зовнішнього слухового проходу від патологічних нашарувань. Закладали турунди 4–6 разів на день залежно від активності запалення протягом 7–10 днів. За виразного поліпшення клінічної картини в перших 2–3 дні лікування кратність уведення турунд зменшували до 3 разів зі збільшенням інтервалів між процедурами і зменшенням тривалості утримання їх у вусі до 2–3 хв.

Унаслідок терапії клінічного та етіологічного видування досягнуто у 17 із 19 хворих. У двох хворих на аспергільозний отит за повної нормалізації клінічної картини і без скарг під час контролю через місяць знову виявили гриби, що зумовило проведення додаткового лікування.

Наводимо короткі виписки з історій хвороби.

*Хворий Д.*, 24 роки, звернувся зі скаргами на інтенсивний свербіж у ділянці обох вушних раковин і слухових проходів, більше зліва. Хворіє майже два роки. Періодично лікувався ністатиновою, левориновою, канестеновою мазями, нітрофунгіном, але це давало незначний і нетривалий ефект. Об'єктивно: раковина лівого вуха дещо гіперемована, вкрита висівкоподібними лусочками, шкіра зовнішнього слухового проходу гіперемована, інфільтрована, спостерігаються незначні рідкі виділення білувато-сірого кольору. Зовнішній слуховий прохід звужений. На правому вусі ці симптоми виражені менше. Під час лабораторного дослідження зішкрібка зі шкіри зовнішнього слухового проходу, взятого за допомогою ложечки Фолькмана, мікроскопічно виявлено дріжджоподібні клітини, а в культурі виростили гриби роду *Candida stellatoidea*. Хворому після очищення слухових проходів вушною паличкою призначено турунди з «Цидіполом» 5 разів на день на 4–5 хв у ліве вухо і 3 рази — в праве на 3 хв. Через два дні в зв'язку зі значним поліпшенням клінічної картини в лівому слуховому проході (гіперемія суттєво зменшилася, виділення і свербіж припинилися, слух поліпшився) процедури закладання турунд скоротили до 4 з експозицією до 3 хв, а від 5-ї до 9-ї доби закладали турунди на 2–3 хв. У праве вухо турунди продовжували закладати в попередньому алгоритмі. На 10-ту добу лікування припинили в зв'язку з нормалізацією клінічної картини. Мікроскопія зішкрібка і мікологічний посів через 3 доби після закінчення лікування дав негативний результат. Контрольні дослідження на гриби через 2 і 5 міс були також негативні, без клінічної картини і скарг хворого.

*Хвора Л.*, 46 років, звернулася зі скаргами на виразний свербіж, набридливе відчуття закладення у вухах, почервоніння і мокнуття в районі вушних раковин та завушних складках. Хворіє понад 3 роки, періодично лікувалася у ЛОР-фахівців борним спиртом, «Фукурцином», гідрокортизоновою і ністатиновою мазями, УФО. Спостерігалися тимчасове полегшення і загострення через нетривалий час. Об'єктивно: шкіра правої вушної раковини, завушної ділянки і видима частина слухового проходу гіперемована, інфільтрована, місцями мацерована і покрита жовтуватими кірочками, що нагадувало екзематизацію. Зовнішній слуховий прохід звужений. Зліва зміни дещо менш виразні. Під час потягування за вушні раковини болючості не спостерігалось. У процесі мікроскопічного дослідження зішкрібка зі слухового проходу виявлено грибові клітини, а з культури виділено

гриб *Aspergillus flavus*. Хворій після очищення слухових проходів призначено закладання турунд з «Цидіполом» по 4–5 хв 4 рази на день для правого вуха і на 2–3 хв тричі — для лівого протягом 10 днів. Для гіпосенсибілізації паралельно призначено пероральний прийом 20 % розчину натрію тіосульфату. Клінічна картина шкіри обох вух після закінчення лікування повністю нормалізувалася, мікологічні дослідження через 3 доби після закінчення терапії, як і контрольні — через 1 і 6 міс, дали негативний результат.

Відповідно до методичних рекомендацій [13], доцільно в окремих випадках проводити повторне лікування для запобігання рецидиву мікотичного процесу (під контролем лабораторного дослідження). З огляду на патогенетичну роль інфекційно-алергійного чинника, в комплекс лікування отомікозів раціонально вводити гіпосенсибілізуючі засоби («Димедрол», «Діазолін», «Тавегіл», натрію тіосульфат, кальцію хлорид тощо). Критерієм ефективності лікування вважають повне клінічне одужання протягом місяця, що підтверджується як клінічною картиною, так і негативними результатами мікологічного дослідження (мікологічний посів). Хворі на отомікози потребують динамічного спостереження протягом 6 міс, а за потреби — профілактичної терапії.

Для профілактики рецидивів доцільно змащувати зовнішні слухові проходи «Цидіполом» (раз на тиждень протягом місяця).

Брак у дерматологів клінічної практики і інструментарію для проведення отоскопії (лобний рефлектор, вушні лійки) обмежує їхні діагностичні можливості. Проте слід зазначити, що клініко-діагностичні можливості як дерматологів, так і лікарів сімейної медицини, особливо коли немає отоларинголога, значно зросли завдяки запровадженню спеціальних портативних отоскопів (наприклад, типу Riestel). Вони не потребують ані джерела освітлення, як для лобного рефлектора, ані самого рефлектора, до того ж оснащені збільшувальним склом. Важливо лише, щоб лікарі володіли нескладною процедурою отоскопії. Достатня обізнаність лікарів-дерматологів з клінічними виявами отомікозу, звернення до фахівців пацієнтів зі свербіжем шкіри ЗВ і доступність у дерматологічних закладах швидкого лабораторного дослідження (на паразитарні й плісняві гриби тощо, бактеріологічні й мікологічні посіви на живильне середовище) має певні переваги стосовно швидкого тлумачення результатів дослідження і призначення раціональної терапії. Проте лише співпраця дерматологів та отіатрів може стати запорукою оптимізації в справі лікування ДШЗВ.

## Список літератури

1. Безшапочный С.Б., Соник Н.Б. Методика лечения больных наружным отитом // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1994.— № 4.— С. 78–79.
2. Кравченко В.Г. Проявления экземы на коже ушей.— Материалы Областной научно-практической конференции врачей-дерматовенерологов Полтавщины.— Полтава, 1985.— 4 с.
3. Кравченко В.Г., Винниченко В.В. Отомикозы в дерматологической практике // Дерматология и венерология.— 1978.— Вып 13.— С. 80–82.
4. Кравченко В.Г. Cidipol — Цидипол. Рекламно-информационные материалы для зарубежного патентования.— Полтава, 1994.— 38 с.
5. Кравченко А.В. Антимікотична, трихомоноцидна та контрацептивна дія цидіполу як передумова розширення сфери його клінічного застосування.— Дис. ...канд. мед. наук.— К., 1996.— 158 с.
6. Кравченко В.Г. Лікування сонячних дерматитів цинкцидиполовим «молочком».— Матеріали XV Конгресу Світової федерації українських лікарських товариств.— Чернівці, 2014.— С. 237–238.
7. Кунельская В.Я. Отомикозы.— М., 1976.— 56 с.
8. Кутасевич Я.Ф., Маштакова И.А. и др. Опыт применения топических антимикотиков // Укр. журн. дерматол., венерол., косметол.— 2014.— № 3.— С. 79–83.
9. Лебедюк М.М., Федчук В.П. та ін. Антивірусні властивості цидіполу // Матеріали ІХ з'їзду Українських лікарських товариств.— К., 2007.— С. 425–426.
10. Попова І.Б. Експериментально-клінічні обґрунтування застосування цидіполу при деяких дерматомікозах // Магістерська наукова праця з фаху «Дерматовенерологія».— Полтава, 2001.— 69 с.
11. Потоцкий И.И. Справочник дерматовенеролога.— К.: Здоров'я, 1985.— 224 с.
12. Соник Н.Б., Безшапочный С.Б., Куролес Т.В. Лазерное излучение в терапии наружных отитов // Матер. I Украинской конференции «Народная и нетрадиционная медицина...».— Полтава, 1993.— С. 13–14.
13. Соник Н.Б. Обґрунтування комплексної терапії при зовнішніх отитах: Автореф. дис. ...канд. мед. наук.— К., 1996.
14. Тарасов Д.И., Кунельская В.Я. и др. Отомикоз: метод. реком.— М., 1988.— 9 с.
15. Шапаренко Б.А., Бухарович М.Н., Ольховский А.М., Бочаров В.А. Заболевания наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней.— 1983.— № 6.— С. 15–18.

В.Г. Кравченко

*Медико-консультативний центр «Медипол», Полтава*

## Проявления некоторых дерматозов на коже наружного уха

Рассмотрено ряд дерматозов на коже наружного уха, в частности узелковый хондродерматит, экзема, световую оспу. Большое внимание уделено отомикозам. Приведены результаты обследования и успешного лечения 19 больных отомикозами (аспергилез и кандидоз) по разработанной методике автора с использованием антисептического лекарственного средства «Цидипол».

**Ключевые слова:** экзема, световая оспа, отомикозы, антисептический препарат «Цидипол».

V.G. Kravchenko

*Medical Consulting Center «Medipol», Poltava*

## Symptoms of some dermatoses of outer ear

A number of dermatoses on the skin of the outer ear were considered, in particular: nodular hondrodermatitis, eczema, light pox. Much attention is paid to otomycosis in dermatological practice. The results were presented of the survey and the successful treatment of 19 patients with otomycosis (aspergillosis and candidosis) using the author's specially developed technique with antiseptic preparation «Cidipol».

**Key words:** eczema, light pox, otomycosis, antiseptic preparation «Cidipol».

---

### Дані про автора:

**Кравченко Володимир Григорович**, д. мед. н., проф., проф.-консультант медичного центру «Медіпол»

36002, м. Полтава, вул. Європейська, 145

Тел. (053) 250-89-32

E-mail: vladkrav@mail.ru