

## ОСОБЕННОСТИ ТЕРАПИИ ДЕРМАТОЗОВ НАРУЖНОГО УХА

### FEATURES TREATMENT OF DERMATOSES OF THE EXTERNAL EAR

**M. Nalchikova  
Z. Lovpache  
M. Tlakadugova  
E. Pshukova  
M. Nagoeva**

*Summary.* The article reveals the possibility of using drugs in the treatment of external ear dermatoses. The Genesis of the disease, its most typical manifestations are determined, recommendations on the formation of therapeutic actions are given. The authors determine that the target value is not only the reduction of morbidity, but also the analysis of the causes of such situations. The article presents the scheme of drug selection and treatment regimen, deals with the main clinical cases.

*Keywords:* dermatosis, outer ear, otomycosis, treatment, therapy.

**Нальчикова Марина Тембулатовна**

К.м.н., доцент, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова  
nalmt@mail.ru

**Ловпаче Зарема Нуриединовна**

К.м.н., доцент, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова  
tanka70@yandex.ru

**Тлакадугова Мадина Хажисмеловна**

К.м.н., доцент, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова  
tla-madina@yandex.ru

**Пшукова Елена Мухадиновна**

К.м.н., доцент, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова  
pshukova.71@mail.ru

**Нагоева Марьяна Хасанбиевна**

Д.м.н., профессор, Кабардино-Балкарский государственный университет им. Х. М. Бербекова  
t\_nagoeva@mail.ru

*Аннотация.* В статье раскрывается возможность применения лекарственных средств при лечении дерматозов наружного уха. Определены генез заболевания, наиболее типовые его проявления, приведены рекомендации по формированию терапевтических действий. Авторы статьи определяют, что целевым значением является не только снижение заболеваемости, но и анализ причин возникновения подобных ситуаций. В статье приведена схема выбора препарата и схема лечения, разбираются основные клинические случаи.

*Ключевые слова:* дерматоз, наружное ухо, отомикозы, лечение, терапия.

**А**кцент на проявлениях дерматозов на коже наружного уха предопределяется рядом обстоятельств. Во-первых, кожа наружного уха часто поражается при многих тривиальных дерматозах, где она является лишь одной из многих одновременных локализаций кожной патологии (дерматиты, экзема, себорея, микозы). Во-вторых, локализация некоторых дерматозов на коже ушных раковин часто имеет важное, а иногда решающее значение для установления диагноза дисконидная красная волчанка и туберкулезная волчанка, световая оспа [3, с. 65]. В-третьих, существуют заболевания кожи наружного уха, которые имеют локально-специфическую нозологическую обозначенность, например, фурункул наружного уха, узелковый хондродерматит и отомикозы. То есть диагноз «наружный отит» является сборным понятием, которое вряд ли может иметь нозологическую обозначенность, поскольку объединяет многочисленную группу заболеваний, отличающиеся по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и методам лечения. В то же время заболевания наружного уха в повседневной практике отоларингологов встре-

чаются довольно часто, составляя среди других поражений уха от 17 до 23% [4].

Внимание к указанной проблеме объясняется еще и тем, что больные с поражениями кожи наружного уха являются объектом в клинической практике не только врачей-дерматологов и отоларингологов, а также и врачей семейной медицины [6, с. 72]. Именно последнее обстоятельство заставляет врачей-дерматологов, продуктивнее сотрудничать с врачами смежных специальностей для предотвращения неправильного диагностического толкования указанной патологии, ведь это приводит к назначению неадекватной или нерациональной терапии [1].

Самыми частыми примерами дерматозов на коже наружного уха является клиническая симптоматика поражений кожи наружного уха при так называемых экземоподобных состояниях. Действительно, когда речь идет о таких заболеваниях, как экзема, нейродермит, себорея, дерматит, тяжело говорить о каких-то особенностях их

клинического течения на коже наружного уха [2, с. 135]. Указанные болезни чаще всего имеют определенные эритематозно-сквамозные проявления и не являются чем-то необычным и особенным, по крайней мере с точки зрения дерматологов. С другой стороны, достаточно обобщенное диагностическое понятие «экзема» наружного уха крайне свободно, и что немаловажно, его неправильно толкуют как отоларингологи, так и врачи других специальностей [5, с. 98]. Так, экзема наружного уха, в нозологической трактовке, встречается от 3,5 до 16,6% случаев на 1000 больных экземой. По нашим обобщенным данным, основанным на 124 наблюдениях за больными с различными формами экземы, поражение кожи наружного уха наблюдалось у 9,7% больных, в частности при истинной экземе — в 17,1%, при себорейной — в 19,4%, при микробной — в 4,1%. Обычно дерматологи причисляют к экзематозным разнообразные инфильтративно-воспалительные состояния с локализацией на коже в связи с интенсивным зудом и пестрой картиной неистинного полиморфизма высыпных элементов. Безусловно, указанную категорию больных предстоит наблюдать и лечить специалистам дерматологического профиля, поскольку такие пациенты нуждаются в профессиональной патогенетической и местной терапии.

Для неопытных дерматологов тяжело установить диагноз так называемого узелкового хондродерматита. Заболевание характеризуется появлением болезненных узелков желтовато-красного цвета размером от конопляного зернышка до горошины на свободном крае завитка ушной раковины. Дерматоз наблюдается нечасто и возникает, вероятно, вследствие хронического травмирования ушных раковин. Так, под нашим наблюдением было две пациентки с данным дерматозом, и обе они были операторами-диспетчерами. Терапия таких больных заключается прежде всего в устранении причины болезни (например, временный перевод пациента на другой участок работы) и назначении наружной терапии с применением кортикостероидных мазей («Акридерм», «Элоком», «Лоринден А»).

Еще одно заболевание локализующееся в области наружного уха — так называемый герпетический отит (зостериформный отит, синдром Ханта), относительно редкая болезнь, которая развивается вследствие воспаления коленчатого ганглия вирусного происхождения. Основным клиническим признаком заболевания считают боль в области наружного слухового прохода, барабанной перепонки, ушной раковины, что симулирует проявление отита. Начинается процесс с головной боли и боли в ухе, а также герпетической сыпи в наружном слуховом проходе или на коже ушной раковины. К этим симптомам могут присоединиться паралич лицевого нерва, шум в ушах, снижение слуха и головокружение. Пациенты обращаются как к дерматологам, так и отола-

рингологам. Под нашим наблюдением находился один пациент с данными симптомами, которого также наблюдал невропатолог. Лечение было комплексное: использовали противовирусные препараты (ацикловир, валацикловир и др.), кортикостероиды в невысоких краткосрочных дозах (15–20) мг, нестероидные противовоспалительные средства (диклофенак, мелоксикам и др.) и витаминотерапия (В6, В12, С), наружно — крем зовиракс, ацикловир и др. Прогноз обычно благоприятный.

Не всегда легко установить диагноз «световой оспы», которая в основном бывает у детей раннего возраста, чаще всего на втором году жизни, хотя поражает и детей 10–15 лет. Проявления болезни исчезают или ослабевают ближе к 20–30 годам. Болезнь развивается обычно ранней весной, сопровождается зудом и жжением и завершается спонтанно осенью. В начале болезни на ушных раковинах, а нередко и на лице и других открытых участках тела возникают пятна, а затем плоские узелки, в центре которых видны пузырьки с углублением и прозрачным серозным содержимым. Узелки не некротизируются, покрываясь темно-красной коркой с синеватым оттенком. Процесс завершается рубцеванием с образованием характерных «осповых знаков». Под наблюдением находились 4 пациента детского и подросткового возраста. В план лечения включали препараты витамина В1, никотиновую кислоту, для больных старшего возраста — противомаларийные средства (делагил, плаквенил), местно — примочки с противовоспалительным действием, например, резорциновые (1–0,5%). В клинической практике дерматологов, отоларингологов и врачей семейной медицины часто встречаются микотические поражения кожи наружного уха: кандидоз, пенициллиоз, мукороз, аспергиллез. Этиологическую роль грибковой флоры в возникновении наружных отитов в большинстве случаев не устанавливают, хотя грибы как возбудители обнаруживают у 3–18% больных с воспалительными процессами внешнего слухового прохода. Среди отомикозов превалирует микотический внешний отит, причем как у взрослых, так и детей. Отомикоз — поверхностное микотическое поражение наружного слухового канала. По обобщенным данным, проводимым в отоларингологии исследований в общей структуре отитов отомикоз составляет 18% у взрослых и до 27% у детей. В умеренной климатической зоне грибковой этиологией обусловлено около 10% наружных отитов.

По нашему мнению, микозы наружного уха бывают значительно чаще, чем их диагностируют врачи клинически и бактериологически. Известно, что в патогенезе развития отомикозов заметную роль играют воспалительные процессы уха, нерациональная антибиотико-, гормонотерапия, травматизация наружных слуховых проходов, микогенная аллергия, общие соматические заболевания. Больные сахарным диабетом с грибковой

инфицированностью ЛОР-органов дети являются своего рода группой риска, которая требует пристального внимания семейных врачей и отоларингологов. Больные отомикозом нередко обращаются к дерматологам, поскольку данная патология сопровождается выраженным зудом и распространяется на смежные участки кожи.

Лечение микотических заболеваний уха не всегда успешное. Для местного лечения отомикозов используют фунгицидные средства, в частности 0,1% спиртовой раствор хинозола, 1% мазь или раствор «Канестен», стандартный раствор «Нитрофунгин», «Леворин», «Сангвиритрин», и т.п. Для лечения микозов кожи в последние годы широкое применение получили топические антимикотики алиламинового ряда, в частности производные тербинафина («Ламикон»). Они обладают высокой противогрибковой активностью, широким спектром действия, не раздражают кожу и дают достаточно хорошие результаты.

Не отрицая возможной рациональности назначения указанных средств для терапии грибковых поражений кожи внешнего уха, мы отдали предпочтение методике лечения препаратом «Бетадин». Он в опытах *in vitro*, проявляя феномен осмолярности, разрушает оболочку грибковой культуры и, глубоко проникая в протоплазму, лишает ее жизнеспособности и роста на питательных средах. Результаты неоднократных лабораторных исследований с культурами грибов-дерматофитов (*Microsporum canis*, *Trichophyton rubrum*), дрожжеподобных грибов рода *Candida albicans*, плесневых грибов *Aspergillus flavus* убедительно подтвердили не только фунгистатический, но и высокий фунгицидный эффект препарата: от значительного роста грибковых культур в контроле наблюдали широкие зоны без роста грибов. С помощью метода серийных разбавлений засвидетельствована противогрибковая активность препарата «Бетадин»: степень его фунгицидности составила 1,6 мкг/мл, 0,18 мкг/мл и 12,9 мкг/мл соответственно к роду культуры гриба.

Клинически «Бетадин» демонстрирует выразительное противовоспалительное, фунгицидное, противовирусное, противозудное, противовирусное действие.

Под наблюдением находились 19 больных отомикозом, из них 14 женщин и 5 мужчин. Диагноз аспергиллезного отита установлен в 11 случаях, кандидозный отит — в 8. Все они жаловались на сильный зуд кожи наружных слуховых проходов, ощущение заложенности в ушах (12 человек), покраснение и шелушение кожи внешнего уха или заушных складок (13), ощущение влажности в этих местах (6). Пациенты находились в возрасте от 24 до 67 лет.

Местное лечение заключалось во вложении в наружный слуховой проход на 3–5 минут ватных или марле-

вых турунд, пропитанных препаратом «Бетадин». Непременным условием лечения было очищение кожи переднеушного участка наружного слухового прохода от патологических наслоений. Закладывали турунды 4–6 раз в день в зависимости от активности воспаления в течение 7–10 дней. По выраженному улучшению клинической картины в первые 2–3 дня лечения кратность введения турунд уменьшали до 3 раз с увеличением интервалов между процедурами и уменьшением длительности удержания их в ухе 2–3 мин.

В результате терапии клиническое и этиологическое выздоровление достигнуто у 17 из 19 больных. У двух больных аспергиллезным отитом по полной нормализации клинической картины и без жалоб при контроле через месяц снова обнаружили грибы, что обусловило проведение дополнительного лечения.

Приводим краткие выписки из историй болезни.

Больной Д., 24 года, обратился с жалобами на интенсивный зуд в области обеих ушных раковин и слуховых проходов, больше слева. Болеет почти два года. Периодически лечился нистатиновой, левориновой, канестеновой мазями, нитрофунгином, но это давало незначительный и непродолжительный эффект. Объективно: раковина левого уха несколько гиперемирована, покрыта отрубевидными чешуйками, кожа наружного слухового прохода гиперемирована, инфильтрирована, наблюдаются незначительные жидкие выделения беловато-серого цвета. Наружный слуховой проход сужен. На правом ухе эти симптомы выражены меньше. Во время лабораторного исследования соскоба из кожи наружного слухового прохода, взятого с помощью ложечки Фолькмана, микроскопически обнаружены дрожжеподобные клетки, а в культуре выросли грибы рода *Candida stellatoidea*. Больному после очищения слуховых проходов ушной палочкой назначены турунды с препаратом «Бетадин» 5 раз в день на 4–5 мин в левое ухо и 3 раза — в правое на 3 мин. Через два дня в связи со значительным улучшением клинической картины в левом слуховом проходе (гиперемия существенно уменьшилась, выделения и зуд прекратились, слух улучшился) процедуры закладывания турунд сократили до 4 с экспозицией 3 мин, а от 5-х до 9-х суток закладывали турунды на 2–3 мин. В правое ухо турунды продолжали закладывать по прежнему алгоритму. На 10-е сутки лечение прекратили в связи с нормализацией клинической картины. Микроскопия соскоба и микологический посев через 3 суток после окончания лечения дала отрицательный результат. Контрольные исследования на грибы через 2 и 5 мес были также негативные, без клинической картины и жалоб больного.

Больная Л., 46 лет, обратилась с жалобами на отчетливый зуд, надоедливое ощущение заложенности в ушах,

покраснение и ощущение влажности в районе ушных раковин и заушных складках. Болеет более 3 лет, периодически лечилась у ЛОР-специалистов борным спиртом, фуорцином, гидрокортизоновой и нистатиновой мазями, ультрафиолетом. Достигалось временное облегчение и снималось обострение на непродолжительное время. Объективно: кожа правой ушной раковины, заушной области и видимая часть слухового прохода гиперемирована, инфильтрирована, местами мацерирована и покрыта желтоватыми корочками, что напоминало экзематизацию. Наружный слуховой проход сужен. Слева изменения несколько менее выразительны. Во время потягивания за ушные раковины болезненности не наблюдалось. В процессе микроскопического исследования соскоба из слухового прохода обнаружены грибковые клетки, а из культуры выделен грибок *Aspergillus flavus*. Больной после очистки слуховых проходов назначено закладки турунд с препаратом «Бетадин» по 4–5 мин 4 раза в день для правого уха и на 2–3 мин трижды — для левого в течение 10 суток. Для гипосенсибилизации параллельно назначен пероральный прием 20% раствора натрия тиосульфата. Клиническая картина кожи обеих ушей после окончания лечения полностью нормализовалась, микологические исследования через 3 до после окончания терапии, как и контрольные — через 1 и 6 мес, дали отрицательный результат.

Согласно методических рекомендаций, целесообразно в отдельных случаях проводить повторное лечение для предотвращения рецидива микотического процесса (под контролем лабораторного исследования). Учитывая патогенетическую роль инфекционно-аллергического фактора, в комплекс лечения отомикозов рационально вводить гипосенсибилизирующие средства (klaritin, цетиризин, лоратадин, натрия тиосульфат, кальция хлорид и т.п.). Критерием эффективности лечения считают

полное клиническое выздоровление в течение месяца, что подтверждается как клинической картиной, так и отрицательными результатами микологического исследования (микологический посев). Больные отомикозами нуждаются в динамическом наблюдении в течение 6 мес, а при необходимости — профилактической терапии.

Для профилактики рецидивов целесообразно смазывать наружные слуховые проходы препаратом «Бетадин» (раз в неделю в течение месяца).

Недостаток у дерматологов клинической практики и инструментария для проведения отоскопии (лобный рефлектор, ушные воронки) ограничивает их диагностические возможности. Однако следует отметить, что клинико-диагностические возможности как дерматологов, так и врачей семейной медицины, особенно когда нет отоларинголога, значительно возросли благодаря внедрению специальных портативных отоскопов (например, типа Riester). Они не требуют ни источника освещения, как для лобного рефлектора, ни самого рефлектора, к тому же оснащены увеличительным стеклом. Важно лишь, чтобы врачи владели несложной процедурой отоскопии. Достаточная осведомленность врачей-дерматологов о клинических проявлениях отомикоза, обращении к специалистам пациентов с зудом кожи наружного уха и доступность в дерматологических отделениях быстрого лабораторного исследования (на паразитарные и плесневые грибы, бактериологические и микологические посевы на питательную среду) имеет определенные преимущества относительно быстрого толкования результатов исследования и назначения рациональной терапии. Однако только сотрудничество дерматологов и отоларингологов может стать залогом оптимизации в лечении дерматозов проявляющихся на коже наружного уха.

#### ЛИТЕРАТУРА

1. Ульянов Ю. П. Способ диагностики экзематозных отитов // патент на изобретение RUS2109480
2. Кузнецова Ю.К., Сирмайс Н. С. Лечение микст-инфекций кожи // Вестник дерматологии и венерологии. 2013. № 5.
3. Шахова Н.В., Камалтынова Е. М., Лобанов Ю. Ф., Ардадова Т. С. Распространенность атопического дерматита среди детей дошкольного возраста Алтайского края // Вестник дерматологии и венерологии. 2018. Т. 94. № 1.
4. Pimecrolimus Prevents Progression of Flares in Adults with Mild or Moderate Atopic Dermatitis." 2008. Inpharma Weekly 1644(1): 15. <https://doi.org/10.2165/00128413-200816440-00041>.
5. Allen, Herbert B. 2015. "The Story of Eczema in Pictures." In The Etiology of Atopic Dermatitis, London: Springer London, 97–106. [https://doi.org/10.1007/978-1-4471-6545-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-1-4471-6545-3_10).
6. Rajka, Georg. 1989. "Histopathological and Laboratory Findings." In Essential Aspects of Atopic Dermatitis, Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, 70–73. [https://doi.org/10.1007/978-3-642-74766-3\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-642-74766-3_4).

© Нальчикова Марина Тембулатовна (nalmt@mail.ru), Ловпаче Зарема Нуриидиновна (tanka70@yandex.ru),  
Тлакадугова Мадина Хажисмеловна (tla-madina@yandex.ru), Пшуклова Елена Мухадиновна (pshukova.71@mail.ru),  
Нагоева Марьяна Хасанбиевна (m\_nagoeva@mail.ru).

Журнал «Современная наука: актуальные проблемы теории и практики»