



У ряда больных элиминационную мукомодифицирующую терапию приходилось продолжать до 3 недель.

У большинства больных в исследуемой группе и получавших комплексное элиминационное лечение на 2–3-и сутки исчезал отек слизистой оболочки полости носа, уменьшалось количество отделяемого из носа и околоносовых синусов, исчезала аутофония и уменьшалось ощущение заложенности пораженного уха [1].

Выводы

Комплексная элиминационная терапия сочетанной патологии носа и среднего уха является патогенетической, способствует быстрому очищению околоносовых пазух и разгружает слуховую трубу. Предложенная схема лечения является щадящей и эффективной, может быть рекомендована больным с непереносимостью антибактериальных препаратов, аллергическими заболеваниями и желудочно-кишечной патологией.

ЛИТЕРАТУРА

1. Лавренова Г. В., Кучерова Л. Р., Вертоголов А. Е. Патогенетическое лечение сочетанных тубоотитов и синуситов // Материалы 11-го съезда оториноларингологов Украины. – 2010. – С. 286–287.
2. Консервативные и хирургические методы в ринологии / М. С. Плужников [и др.]. – СПб.: Диалог, 2005. – С. 66–76.
3. Новик А. А. Руководство по исследованию качества жизни в медицине / А. А. Новик. – СПб.: Нева, М.: ОЛМА-ПРЕСС «Звездный мир», 2002. – 320 с.
4. Шахова Е. Г., Малова Т. В. «Синупрет» в комплексной терапии воспалительных заболеваний околоносовых пазух // Рос. оториноларингология. – 2005. – № 3. – С. 89.

Красненко Андрей Сергеевич – клинический ординатор кафедры оториноларингологии с клиникой СПбГМУ им. акад. И. П. Павлова. Санкт-Петербург, ул. Льва-Толстого, д. 6/8; тел.: 8-905-205-02-07, e-mail: krasnenko_as@yahoo.com

УДК: 616.288.2-002.191.34-08

ВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ НАРУЖНОГО СЛУХОВОГО ПРОХОДА

М. О. Кустов

INFLAMMATORY DISEASES OF ALVEARY

M. O. Kustov

*СПб ГУЗ «Городская Покровская больница», Санкт-Петербург
(Гл. врач – М. Н. Бахолдина)*

В статье представлены результаты собственного анализа отечественной и зарубежной литературы по вопросу воспалительных заболеваний наружного уха. Изложены современные сведения об этиологии и патогенезе наружных отитов, при этом особое внимание уделено наружным отитам бактериальной этиологии. Детально проанализированы существующие на сегодняшний день принципы и методы лечения воспалительных заболеваний наружного слухового прохода. Подробно рассматривается возможность использования методов иммунотерапии настоем чистотела и местной гемотерапии в комплексном лечении наружных отитов в целях снижения числа рецидивов заболевания и побочных эффектов местной и системной терапии.

Ключевые слова: наружный отит, иммунотерапия, местная гемотерапия, чистотел.

Библиография: 39 источников.

In the article the results of own analysis of home and foreign literature are presented thought question of inflammatory diseases of outward ear. Modern information is expounded about etiology, patogeny of outward otitides, here the special attention is spared to the outward otitides of bacterial etiology, existing to date principles and methods of treatment of inflammatory diseases of outward



ear are analysed in detail. In detail possibility of the use of methods immunocorrection. Infusion of celandine and hemotherapy is examined in the complex of treatment of outward otitides with the purpose of diminishing of number of relapses and side effects of local and system therapy.

Key words: outward otitis, immunocorrection, local hemotherapy, celandine.

Bibliography: 39 sources.

Вопросы диагностики, лечения и профилактики воспалительных заболеваний наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки и в настоящее время остаются актуальными для практической оториноларингологии. В последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты наружных отитов, которая, по данным разных авторов, колеблется от 13 до 23% от всех заболеваний ЛОР-органов. Этот процент заметно возрастет, если принимать во внимание сочетанные поражения наружного и среднего уха, а также воспалительные процессы в послеоперационной полости среднего уха, так называемую «болезнь оперированного уха», поскольку последняя имеет общие этиологические и патогенетические механизмы в своем развитии [22].

Известно, что ведущим фактором в патогенезе наружного отита является микротравма кожи наружного слухового прохода разнообразными предметами, которые использовались больными для самостоятельного туалета уха (шпильки, зубочистки, гигиенические палочки для ушей и т.д.), а также в результате врачебных манипуляций [35, 18]. Нарушение целостности эпидермиса кожи слухового прохода наблюдается и при различных ушных болезнях, которые сопровождаются мацерацией и десквамацией эпителия (атопический дерматит, хронический средний гнойный отит). Согласно данным Ф. И. Колпакова (1973) повреждение ороговевающего эпителия, включая зернистый слой, значительно повышает проницаемость кожи. В норме кожная поверхность имеет отрицательный заряд, повреждение эпидермиса приводит к деполяризации кожи (за счет перераспределения концентраций ионов калия и натрия) и, как следствие, к снижению электрического сопротивления кожного барьера и повышению проницаемости кожи.

Около 90% больных связывают возникший у них наружный отит с попаданием в слуховой проход воды (купание, душ, баня) [22]. Купание в воде, в том числе морской, сопровождается мацерацией эпителия слухового прохода. Кроме того, в местах для общественного купания, особенно со стоячей водой, часто содержатся патогенные бактерии, которые играют роль инфекционного агента.

Доказано, что наружные отиты у лиц с прямыми наружными слуховыми ходами встречаются реже (27,8%), чем у людей, имеющих извилистые наружные слуховые ходы (72,2%) [18]. Возможно, здесь имеют значение разница в вентиляции наружного слухового прохода, а также разная площадь иммуногенной поверхности кожи. Возникновению заболеваний наружного уха способствуют: узость слухового прохода, наличие в нем волосяных фолликулов и серных желез, слабо выраженный слой подкожно-жировой клетчатки, изменение рН кожи в сторону алкалоза, высокая температура и влажность [21]. Развитию наружного отита благоприятствуют не только местные анатомо-физиологические особенности наружного слухового прохода, но и различные общие заболевания организма. Врожденные и приобретенные дефекты системы иммунитета, гемобластозы, псориаз, пищевая аллергия, дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника, эндокринопатии способствуют более продолжительному и тяжелому течению воспалительных заболеваний наружного слухового прохода. Так, сахарный диабет во много раз повышает вероятность заболевания наружным отитом, который часто протекает в виде злокачественного (некротического) наружного отита.

Широкое, часто необоснованное, системное и местное использование антибактериальных препаратов и антисептических средств является одним из факторов риска воспалительных заболеваний кожи наружного слухового прохода, особенно грибковой этиологии. Данная ситуация объясняется нарушением местного и общего биоценоза, угнетением функций системы иммунитета, аллергизацией организма [12, 13].

Проведенный анализ отечественной и зарубежной литературы за последние 30 лет показал изменение спектра микроорганизмов, выделяемых при наружном отите. В 60-х годах прошлого

века, по данным большинства отечественных авторов, высеивались преимущественно грамположительные кокки (до 90% *St. aureus*). Подавляющее число зарубежных авторов указывают на преобладание синегнойной палочки (20–65%). Кроме этого выделялись кишечная палочка, протей, энтерококк, эпидермальный стафилококк [4, 19, 21, 33, 37]. За последние годы значительно расширился перечень микроорганизмов, выделяемых при наружном отите, тем не менее на первом месте находится *Pseudomonas aeruginosa* (38–78%). Синегнойная палочка легко образует бактериальные пленки, в которых у бактерий появляется «чувство кворума», что значительно снижает эффективность антибактериальных препаратов [26]. Среди других возбудителей воспалительных процессов наружного слухового прохода преимущественно выделяют различные стафилококки (*St. aureus*, *St. epidermidis* и др.), реже стрептококки (*St. pneumoniae*, *St. pyogenes*), *Mycoplasma pneumoniae* и другие микроорганизмы [39, 19].

Число грибковых поражений слухового прохода и послеоперационной полости среднего уха за последнее время увеличилось с 10 до 20–35%. Это связано как с улучшением диагностики грибковых поражений наружного уха, так и с характером современных методов фармакотерапии – пролонгированные курсы антибиотиков, глюкокортикостероидов, иммуносупрессивная терапия [22]. У взрослых среди микозов доминирует аспергиллез, у детей на первом месте стоит кандидоз (64,8%). В некоторых случаях вызывать грибковые заболевания ушей могут грибы родов: *Mucor*, *Alternaria*, *Kladosporium* и др. [12, 13, 30].

Обращает на себя внимание изменение микробного спектра у больных злокачественным наружным отитом. Основным микробным агентом при данной форме наружного отита ранее считалась *Pseudomonas aeruginosa* (до 98%), в настоящее время появились сообщения о грибах рода *Aspergillus*, *Scedosporium*, а также золотистом стафилококке, клебсиелле [38]. Несинегнойные некротические наружные отиты в основном характерны для больных с иммунодефицитом различной этиологии. В зарубежной литературе имеются публикации о сочетании некротического наружного отита с плоскоклеточным раком кожи наружного слухового прохода, невритом зрительного нерва, несхарным диабетом.

Особенности клиники наружных отитов. Одной из самых частых жалоб пациентов с воспалительными заболеваниями кожи наружного слухового прохода, а в ряде случаев и единственной причиной обращения к оториноларингологу является зуд в слуховом проходе. В настоящее время нет окончательного мнения по вопросу о специфичности рецепторов, воспринимающих зуд. Существует предположение, что таковыми являются или свободные нервные окончания, воспринимающие боль, или окончания безмиелиновых волокон. Имеются основания предполагать наличие специфических рецепторов зуда. Важная роль в механизмах восприятия зуда принадлежит тактильным рецепторам кожи.

По данным В. Я. Кунельской и др., зуд чаще всего является симптомом отомикоза. Болевой симптом наблюдается, по данным разных авторов, у 50–90% больных [14]. Как правило, боль усиливается при нажатии на козелок, тракции ушной раковины, акте жевания, открывании рта. Боль чаще наблюдается при воспалительных процессах кожи слухового прохода, причиной которых является гноеродная флора [14]. Иногда боль в ухе при наружном отите носит характер дистантной оталгии. Наличие выделений из наружного слухового прохода, цвет и консистенция могут варьировать и зависят от патологического агента, вызвавшего воспаление. Выделения из уха могут быть серозными (аллергическая и микробная экзема), слизистыми (пенициллиноз), гнойными, казеозными (кандидоз), геморрагическими (вирусный и микоплазменный наружный отит), порошковидными, в виде пленок, корочек и холестеатомных масс [22, 39].

Чувство заложенности и полноты в ухе, шум и снижение слуха отмечают 30–35% больных наружным отитом. Снижение слуха по типу нарушения звукопроводения в пределах 10–30 дБ объясняется резким сужением просвета наружного слухового прохода за счет инфильтрации, отделяемого, закрывающего его просвет, а также за счет мирингита [22].

Согласно мнению большинства авторов нарушение общего состояния за счет синдрома интоксикации, повышения температуры тела до фебрильной отмечается у небольшого числа больных [14, 22, 26].

При смешанной грибковой флоре воспаление наружного уха протекает более длительно, с выраженными клиническими проявлениями, характерными для аспергиллеза, и аллергиче-



скими реакциями, свойственными для дрожжеподобных грибов рода *Candida*. По сравнению с отомикозом при моноинфекционном процессе для отомикоза при смешанной грибковой флоре характерно частое рецидивирующее течение [29].

Отоскопическая картина у больных бактериальным наружным отитом характеризуется наличием эритемы и инфильтрации кожи слухового прохода и барабанной перепонки, наличием отделяемого различного характера, а также грануляциями.

Отоскопическая картина при микотическом поражении слухового прохода отличается не только характером отделяемого (консистенция, цвет, запах), но и локализацией процесса: при мицелиарных микозах преимущественно поражается кожа костной части слухового прохода, при дрожжевых микозах – кожа перепончато-хрящевой части.

У больных наружным диффузным отитом с сопутствующим сахарным диабетом, ВИЧ-инфекцией возможно прогрессирование процесса с переходом в некротическую форму, для которой характерны: глубокий некроз кожи, остеолитический процесс височной кости, прозопарез и поражение каудальной группы черепно-мозговых нервов, стеноз слухового прохода [22, 34, 37].

Лечение воспалительных заболеваний наружного слухового прохода. В настоящее время существует множество медикаментозных средств, схем и методов лечения наружных отитов. Это многообразие свидетельствует о том, что нет единого радикального метода для лечения воспалительных заболеваний наружного слухового прохода, и диктует необходимость поиска более эффективных средств терапии. Традиционно в лечении наружных отитов на первом месте стоит тщательный туалет наружного слухового прохода путем удаления патологического содержимого ватником или промыванием растворами антисептиков с последующим высушиванием кожи наружного слухового прохода. Антисептические средства для местной терапии это: анилиновые красители, 3%-ный раствор борной кислоты, раствор бетадина, жидкость Кастеллани, сок каланхоэ, экстракт прополиса, сок лука и чеснока и др. Однако данная терапия не является патогенетической и эффективность ее весьма сомнительна. Кроме того, согласно результатам исследований последних лет анилиновые красители блокируют внутриклеточный синтез белков, в том числе коллагена, что замедляет образование структурных компонентов соединительной ткани, а в результате взаимодействия с клеточной ДНК могут инициировать канцерогенез [11].

Для местной терапии наружных отитов активно применяются различные ушные капли, содержащие антибиотики и кортикостероиды, но широкое и не всегда рациональное использование этих препаратов без микробиологического подтверждения еще больше нарушает биоценоз кожи наружного слухового прохода, увеличивает риск развития отомикозов и способствует местной сенсibilизации [12, 13]. Серьезным недостатком такой лекарственной формы является также тот факт, что большинство ушных капель представляют собой водный раствор антибиотика, а это усиливает мацерацию эпидермиса кожи наружного слухового прохода и увеличивает сроки лечения. Местное использование кортикостероидов как противовоспалительного средства в лечении наружных отитов ограничивается их пермессивным эффектом в отношении грибковой флоры, что заставляет идти по пути полипрогмазии, используя комплексные препараты, содержащие антимикотические средства (например, тридерм) [33, 34, 36].

Имеются сообщения об успешном местном применении в терапии воспалительных заболеваний наружного слухового прохода раствора и геля 1%-ного нитрата серебра, ферментных препаратов (лизозим, трипсин), аквакомплекса глицеросольвата титана [22].

На современном этапе развития оториноларингологии терапия наружных отитов местными средствами отошла на второй план. В настоящее время в основном используются комплексные схемы лечения, которые включают в себя, помимо средств наружной терапии, препараты системного действия, иммунокорректоры, физиотерапевтические процедуры.

В последние годы в медицине происходит пересмотр существующих взглядов на эффективность традиционных и нетрадиционных методов лечения ЛОР-заболеваний. Все чаще, и не только из-за повышения стоимости фармпрепаратов, интерес практических врачей вызывают немедикаментозные средства, и в первую очередь, лечение лекарственными растениями – фитотерапия [5, 15]. Несмотря на то что арсенал медицины неуклонно пополняется новыми эффективными и сильнодействующими лечебными препаратами, все больше уделяется



внимания лечению травами. Очевидно, это связано с тем, что многие синтетические медикаментозные средства не только не дают ожидаемого эффекта, но и, напротив, реализуют негативные побочные реакции в организме: гепатотоксический и нефротоксический синдром, угнетение гемопоэза, аллергические реакции и т. д. История лечения растениями исчисляется веками, однако только в последние годы обширный опыт фитотерапии стали систематизировать и изучать специалисты в различных отраслях биологии и медицины, ограничивая строгими рамками науки. Вопросам использования фитотерапии в оториноларингологии посвящена довольно обширная литература [5, 15, 28]. Широко в оториноларингологии применяются такие лекарственные растения, как ромашка аптечная, зверобой продырявленный, шалфей, календула, алоэ, каланхоэ и некоторые другие, обладающие преимущественно противовоспалительным и противомикробным действиями. Однако все более пристальное внимание клиницистов и иммунологов привлекают лекарственные растения с адаптогенными свойствами, с помощью которых можно увеличить работоспособность и повысить устойчивость к различным агрессивным воздействиям. Такой способностью обладает большая группа лекарственных средств различной природы – эти препараты были названы адаптогенами.

Особенности фармакологического действия адаптогенов заключаются в сочетании регуляторного и протективного эффектов, что позволяет отнести эти препараты к особому классу лекарственных средств. Результатом действия адаптогенов является активация нейроэндокринной и иммунной систем, стимуляция процессов регенерации, оптимизация метаболических процессов, повышение адаптационности организма [5].

При лечении воспалительных заболеваний наружного слухового прохода оториноларингологу в своем арсенале лекарственных средств необходим препарат, который сочетал бы в себе противомикробные, противовоспалительные, а также регуляторно-протективные свойства (свойства адаптогена). Согласно данным литературы подобным сочетанием обладает настой чистотела. Чистотел большой (*Chelidonium majus*) содержит ряд алкалоидов (хелидонин, хелеритрин, сангвиритин, метоксихелидонин, гомохелидонин, протопин и др.), каротин, витамин С, эфирные масла, флавоноиды, органические кислоты, фитонциды, медь, молибден, селен, бром, магний, цинк и др. Эти вещества опосредуют терапевтические свойства чистотела: противовоспалительный, антибактериальный, противовирусный, противогрибковый, обезболивающий, седативный, антигипоксический, иммуномодулирующий. Сангвиритин ингибирует рост грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, активен в отношении плесневых и дрожжеподобных грибов. Серноокислая соль сангвиритина используется в дерматологической практике при лечении гнойно-септических и микотических заболеваний кожи [15]. Содержащиеся в чистотеле дубильные вещества и пектины способствуют устранению кишечного дисбиоза, что играет немаловажную роль как в патогенезе аллергических заболеваний наружного уха, так и в ликвидации нежелательных проявлений проводимой системной антибактериальной терапии бактериальных наружных отитов.

Вопрос о воздействии на реактивность организма при инфекционно-воспалительных процессах постоянно привлекает внимание специалистов. Всемерное поощрение и усиление защитных механизмов составляет один из основных принципов терапии. К перечню методов, повышающих степень реактивности организма, относятся вакциноterapia, аутогемотерапия, витаминотерапия и специально подобранный в соответствии с ходом патологического процесса режим для больного, который принято называть охранительно-восстановительным.

Вакциноterapia представляет собой вид воздействия на организм специфическими антигенами как раздражителями определенной интенсивности иммунной и нервной системы в целях повышения специфических иммунных сил организма и вместе с тем его неспецифических защитных сил при пониженной реактивности. Введение аутовакцины сопровождается активацией фагоцитоза и повышением показателей клеточного иммунитета [28], кроме того, вырабатываются антитела против пенициллиназы [23]. О клинической эффективности применения аутовакцины (в большинстве случаев стафилококковой) в лечении пациентов с вяло текущими воспалительными заболеваниями наружного и среднего уха сообщают отечественные авторы [2, 7, 28]. Однако вакциноterapia имеет ряд существенных недостатков и противопоказаний.



Аутогемотерапия – метод лечения, заключающийся во введении больному его же крови в мышцу, реже под кожу или (в гемолизированном виде) внутривенно. Аутогемотерапия используется в лечении ряда заболеваний уже более столетия [1, 3, 4]. Метод аутогемотерапии используют преимущественно как раздражающую терапию с целью изменить, обычно повысить, реактивность организма больного при вяло текущих инфекционно-воспалительных заболеваниях. Действие аутокрови неспецифическое за счет высвобождения биологически активных веществ из клеточных элементов крови (гистамин, протеин С, протеин S, анти-тромбин, ферменты и т. д.), происходит «гибель ткани без травмы», а также за счет нейро-рефлекторного влияния на весь организм в зависимости от индивидуальной реактивности больного [1, 6].

Аутогемотерапия содержит в себе элементы алготерапии – метода лечения, при котором болевое раздражение внешне индуцировано физическим или химическим стимулом (инъекцией аутокрови). В результате возникает кратковременное изменение биологической активности жидких сред организма, возникающее под влиянием нарушения целостности кожных покровов и сопровождаемое активацией гипоталамо-гипофизарно-надпочечниковой системы [9, 27]. Возможно, имеется и специфическое действие собственной крови пациента благодаря содержащимся в ней антителам и антигенам [2]. Известно, что содержащийся в крови при воспалении (в малых концентрациях) бактериальный эндотоксин активизирует фагоцитоз, увеличивает нейтрофилез, усиливает выброс интерлейкинов 1,6 и фактора некроза опухоли [7]. Н. Э. Петросян (2009) в эксперименте установила эффект стимуляции показателей гуморального и клеточного иммунитета на введение электрохимически окисленной аутокрови 0,06%-ным раствором натрия гипохлорита. Тем же автором доказаны многофакторная эффективность физико-химической гемокоррекции и малой аутогемотерапии электрохимически окисленной кровью у больных флегмонами челюстно-лицевой области, влияние ее на основные звенья гомеостаза.

По какому бы принципу не действовала введенная под кожу или внутримышечно аутокровь, она приобретает новое свойство и воздействует как активный раздражитель системы иммунитета, что, естественно, вызывает реакции в организме. Реакция проявляется как:

- местные (умеренная болезненность и инфильтрация, гиперемия в месте инъекции);
- очаговые (изменения в пораженном органе);
- общая (нечасто, в виде повышения температуры, чувства недомогания).

Местная реакция незначительная и исчезает при второй или третьей инъекции. Очаговая реакция наблюдается от 12 до 72 ч. Общая реакция, как правило, регрессирует через несколько часов. Согласно мнению одних авторов, реакция организма на введение аутокрови прогностического значения не имеет [4, 5]. Другие, напротив, утверждают, что очаговая реакция в их наблюдениях проявлялась в случаях с тенденцией к выздоровлению или к улучшению течения воспалительного процесса [2].

Период увлечения аутогемотерапией в 30–40-х гг. прошлого века сменился периодом полного забвения. Отношение к этому методу лечения среди специалистов и в настоящее время остается неоднозначным. По-видимому, такая ситуация объясняется отсутствием клинических исследований в отношении эффективности аутогемотерапии при различных заболеваниях. Однако за последние годы у врачей различных специальностей вновь стал появляться интерес к данному методу.

Как вспомогательный способ лечения аутогемотерапия в различных модификациях (квантовая гемотерапия, озонотерапия с малой аутогемотерапией, гемоакупунктура, физико-химическая гемокоррекция, ступенчатая аутогемотерапия по Реккевегу) активно используется в оториноларингологии, стоматологии и челюстно-лицевой хирургии [1, 4, 21, 31, 32].

Для лечения воспалительных заболеваний наружного уха аутогемотерапию активно использовал И. П. Кутепов (1927). Аутокровь вводилась начиная с первого дня лечения, внутримышечно, при этом болевые ощущения регрессировали в первые сутки. Проведение аутогемотерапии ни общей, ни местной реакцией не сопровождалось. Автор отмечает abortирующее действие этого метода на течение наружного отита. Клинические проявления проходили после двух-трех инъекций аутокрови с интервалом 48 ч, в количестве 7–10 мл. И. П. Кутепов отме-



чает особую простоту этого метода, дающую возможность применять его в военно-полевых условиях.

Стремление оптимизировать лечение воспалительных заболеваний путем использования действующего терапевтического фактора непосредственно в зоне воспалительного процесса приводит к появлению новых методов физиогемотерапии, фармакогемопунктуры и т. д. Одной из таких методик является местная гемотерапия в лечении наружных отитов с длительным и рецидивирующим течением, с выраженной инфильтрацией кожи наружного слухового прохода и болевым синдромом. Местная гемотерапия заключается в том, что небольшие количества нативной аутокрови (0,5–1,5 мл) вводятся в заушную складку после предшествующей местной инфильтративной анестезии. Другим вариантом данной методики является введение равных количеств аутокрови и 5%-ного раствора аскорбиновой кислоты в одном шприце, что вполне обосновано с учетом доказанного в многоцентровых исследованиях ранозаживляющего и иммуностимулирующего действия витамина С [2].

Обобщая представленный материал, необходимо отметить тот факт, что, несмотря на множество предложенных схем и способов лечения пациентов с воспалительными заболеваниями наружного слухового прохода, большинством авторов наряду с положительными результатами отмечаются неоднократные рецидивы, частая хронизация процесса и значительное число побочных реакций местного и системного характера современной фармакотерапии. Профилактическая направленность в лечении данной патологии практически отсутствует. Все вышесказанное подтверждает важность и своевременность поиска новых способов лечения и профилактики.

ЛИТЕРАТУРА

1. Аутогемотерапия: практ. руководство с основами гомеопатии и витаминотерапии / Харальд Кребс. Пер. с нем. А. Королькова. – М.: Эксмо, 2010. – 384 с.
2. Биберман Я. М., Ефанов О. И., Цепов Л. М. Принципы лечения больных воспалительными заболеваниями челюстно-лицевой области и шеи. Воспалительные заболевания челюстно-лицевой области и шеи / Под. ред. А. Г. Шаргородского. – М.: Медицина, 1985. – 445 с.
3. Гершкович И. М. Опыт применения аутогемотерапии в отоларингологии // Рус. отоларингология. – Л., 1930. – С. 36–47.
4. Гетте В. А., Бараненко В. В. Влияние аутогемотерапии на показатели естественной резистентности у больных с фурункулами носа и уха // Журн. уш., нос. и горл. болезней. – 1982. – № 4. – С. 60.
5. Гребенщикова Л. А. Применение чистотела в комплексном лечении больных хроническим гнойным риносинуситом: метод. рекомендации. – СПб.: НИИЛОР, 1994. – С. 8.
6. Зайчик А. Ш., Чурилов Л. П. Основы общей патологии. Ч. 1. Основы общей патофизиологии: учеб. пособие. – СПб.: ЭЛБИ-СПб, 1999. – 624 с.
7. Ковалева Л. М., Лакоткина О. Ю., Косенко В. А. Опыт применения стафилококковой аутовакцины при хронических гнойных средних отитах // Новое в оториноларингологии: материалы конф. – Л., 1970. – С. 52–55.
8. Колотилов Н. Н., Авраменко Л. В. Алготерапия // Журн. вуш., нос. і горл. хвороб. – 1997, №3. – С. 41–42.
9. Колпаков Ф. И. Проницаемость кожи. – М.: Медицина, 1973. – 208 с.
10. Косяков С. Я., Курлова А. В. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения // Вестн. оториноларингологии. – 2011. – № 1. – С. 81–84.
11. Красносельских Т. В., Михеев Г. Н. Основы наружной терапии болезней кожи. Васкулиты кожи / Под ред. Е. В. Соколовского // Библ. врача-дерматовенеролога. Вып. 2. – СПб.: Сотис, 1999. – 108 с.
12. Кунельская В. Я. Микозы в оториноларингологии // Consilium Medicum. – 2001. Vol. 3, N 8. – С. 372–373.
13. Кунельская В. Я. Новые подходы к терапии грибкового отита // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – № 2. – С. 46–48.
14. Ланцов А. А., Лавренова Г. В. Наружный отит на фоне диабета // Журн. уш., нос. и горл. бол. – 1994. – № 5. – С. 57–58.
15. Лекарственные растения в ЛОР-практике: руководство по клинической фитотерапии / В. Ф. Корсун и [др.]. – СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. – 304 с.
16. Кутепов И. П. Аутогемотерапия при наружных отитах // Журн. уш., нос. и горл. бол. – 1927. – № 11–12. – С. 807–809.
17. Ольховский А. М. О лечении фурункулов наружного слухового прохода // Вестн. оториноларингологии. – 1976. – № 6. – С. 78.
18. Ольховский А. М. К вопросу о причинах возникновения фурункулов наружного слухового прохода // Журн. уш., нос. и горл. бол. – 1989. – № 2. – С. 36–37.
19. Особенности микрофлоры при наружных отитах / Батрак М. В. и [др.]: материалы XVII съезда оториноларингологов России. – СПб.: РИА-АМИ. – 2006. – С. 86–87.



20. Петросян Н. Э. Натрия гипохлорит в комплексном лечении флегмон челюстно-лицевой области: сбор. матер. науч.-практ. конф. «Медицина будущего». – Краснодар; Сочи, 2002. – С. 100–101.
21. Плужников М. С., Лавренова Г. В., Дискаленко В. В. Заболевания наружного уха. – СПб.: Санкт-Петербург. мед. изд-во, 2000. – 88 с.
22. Поливода А. М. Воспалительные заболевания наружного уха /А. М. Поливода // Вестн. оториноларингологии. – № 3. – 2006. – С. 63–66.
23. Проскуров В. А. Эффективность специфической терапии стафилококковых поражений ЛОР-органов // Журн. уш., нос. и горл. бол. – 1973. – № 6. – С. 43–47.
24. Рязанцев С. В., Марьяновский А. А. Антигомотоксическая терапия в дополнительных протоколах лечения заболеваний ЛОР-органов. Метод. рекомендации. – СПб., 2008. – 38 с.
25. Свистушкин В. М., Овчинников А. Ю., Никифорова Г. Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему // Новости оториноларингологии и логопатологии. – 2005. – № 3 (16). – С. 93–96.
26. Славский А. Н. Заболевания наружного уха. Рациональная фармакотерапия заболеваний уха, горла и носа: руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. А. С. Лопатина. – М.: Литера, 2011. – 816 с.
27. Углов Ф. Г., Копылов В. А. Боль как стимулятор защитных и репаративных процессов // Вестн. хирургии. – 1985. – № 10. – С. 3–9.
28. Французов Б. Л. Применение иммунопрепаратов для специфической иммунизации при ЛОР-заболеваниях // Журн. уш., нос. и горл. болезней. – 1981. – № 4. – С. 66–71.
29. Челидзе Н. Д., Зеленкин Е. М. Особенности клинического течения и лечения отомикоза при грибковой ассоциации / Материалы регион. науч.-практ. конф. оториноларингологов и расшир. пленума РНОЛО. – Иркутск. – Москва, 1990. – С. 391–392.
30. Чистякова В. Р., Наумова И. В. Отомикозы в детском возрасте: руководство для врачей. М.: Мед. информ. агентство, 2001. – 175 с.
31. Широков В. С. Аутогемотерапия при лечении хронического субатрофического фарингита // Актуальные вопросы диагностики и лечения патологии уха и верхних дыхательных путей: сб. науч. ст. – Киров, 1998. – С. 130–133.
32. Юнусходжаев Ю., Белокрыницкий Д. В., Чеберяк В. Г. Аутогемотерапия в практике хирургической стоматологии // Стоматология. – 1983. – № 5. – С. 60–63.
33. Dohar J. E., Roland P. Differences in bacteriologic treatment failures in acute otitis externa between ciprofloxacin/dexametasone and neomycin/ polymyxin B/hydrocortisone: results of a analysis // Curr Med Res Opin. – 2009. – N 2. – P. 287–291.
34. Egard P., Hellstrom S. A topical steroid without an antibiotic cures external otitis efficiently in a study in an animal model // Eur Arch. Otorhinolaryngol (2001). – 258: 287–291.
35. Martin T. J., Kerschner J. E., Flanari V. A. Otomycosis // Int. J. Pediat. Otorhinolaryngol. – 2005. – N 28. – P. 33.
36. Mosges R., Schroder T., Baues C. M. Dexamethasone phosphate in antibiotic ear drops for the treatment of acute bacterial otitis externa // Curr. Med. Res. Opin. – 2008. – N 24. – P. 2339–2347.
37. Paul A. C., Justus A., Balraj A. Otomycosis // Int J Pediat Otorhinolaryngol. – 2001. N 60. – P. 141–145.
38. Ting-Hua Yang, Shuo-Tzung Kuo, Yi-Ho Young Necrotizing external otitis in a patient caused by Klebsiella pneumoniae // Eur Arch. Otorhinolaryngol. – 2006. – N 263. – P. 344–346.
39. Wild D. C., Spraggs P. D. R. Myringitis bullosa haemorrhagica associated with meningo-encephalitis // Arch. Otorhinolaryngol. 2003. – N 260. – P. 320–321.

Кустов Максим Олегович – врач-оториноларинголог городской Покровской больницы. Санкт-Петербург, 190036, Большой пр. В.О., д. 85; тел.: 812-322-25-57; e-mail: kustovlor@mail.ru