

РІДКІСНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ВУШНОЇ РАКОВИНИ***Повідомлення 1***

*Терноп. держ. мед. ун-т ім. І.Я. Горбачевського
(ректор – чл.-кор. НАМН України, проф. Л.Я. Ковальчук)*

На вушній раковині бувають різноманітні захворювання. При цьому може уражатись одна раковина або обидві. Серед захворювань вушної раковини зустрічаються аномалії розвитку, отгематома, відмороження, остуда, опіки, механічні травми, сторонні тіла, бешиха, перихондрит, хондроперихондрит, екзема, оперізуючий лишай, туберкульоз, туберкульозний вовчак, папуло-некротичний туберкульоз, сифіліс, проказа, червоний вовчак, вузликовий хондродерматит, окостеніння, келоїди, ангіолімфоїдна гіперплазія з еозинофілією, аневризма судин, бульозний дерматит, виразка, гангрена, гігантизм, деформація ревматичного походження, еритематоз, контагіозний моллюск, лейшманіоз, лускатий лишай, нома, пендинська виразка, перфорація, подагра, поліхондрит, поліхондропатія, себорейні папули, діагональна складка часточки при ішемічній хворобі серця, кільцеподібна гранульома, лімфангіектазія, невралгія, пухирчатка, спазм м'язів, токсидермія від укусу комахи, доброякісні новоутворення (папілома, папіломатоз, кіста, атерома, шкірний ріг, кератоакантома, ангіома, ангіокавернома, гемангіома, гемангіоендотеліома, лімфангіома, лімфангіоендотеліома, ангіофіброма, гломус-ангіома, гломус-ангіоневрома, хемодектома, ангіолейоміома, лейоміома, рабдоміома, невринома, нейрофіброма, нейрофіброматоз, фіброма, фіброміома, хондрома, остеома, остеобластокластома, невус, сірингоепітеліома, трихоепітеліома, некротизуюча епітеліома Малєбра, лімфома, ліпома, ліпоміома, доброякісна циліндрома) і злоякісні пухлини (рак, базаліома, циліндрома, саркома, дерматофібросаркома, рабдомі-

осаркома, меланома, меланобластома, злоякісна базальноклітинна папілома, злоякісна нейрофіброма). Одні з перелічених захворювань зустрічаються порівняно часто, другі – порівняно рідко, деякі – рідко та вкрай рідко.

В даній оглядовій роботі, яка складається з двох повідомлень (1, 2-е), мова піде про наступні рідкісні захворювання вушної раковини: аномалії розвитку; ангіолімфоїдна гіперплазія з еозинофілією; аневризма судин; бульозний дерматит; виразка; вузликовий хондродерматит; гангрена; гігантизм; деформація ревматичного походження; еритематоз; контагіозний моллюск; лейшманіоз; лускатий лишай; нома; пендинська виразка; перфорація; подагра; поліхондрит; поліхондропатія; себорейні папули; сторонні тіла; червоний вовчак; діагональна складка часточки при ішемічній хворобі серця; кільцеподібна гранульома; лімфангіектазія; невралгія; пухирчатка; спазм м'язів; токсидермія від укусу комахи. Слід відмітити, що ці захворювання в основному описані в спостереженнях з практики. В підручниках, довідниках з оториноларингології про них не повідомляється. Лише про чотири з них (ному, червоний вовчак, проказу, вузликовий хондродерматит) наводяться короткі відомості в керівництві з оториноларингології [21, 22]. В цьому повідомленні (1-е) ми описуємо аномалії розвитку, ангіолімфоїдну гіперплазію з еозинофілією, аневризму судин, бульозний дерматит, виразку, вузликовий хондродерматит, гангрену, гігантизм, деформацію ревматичного походження, еритематоз. Що ж стосується інших рідкісних захворювань вушної раковини (контагіозного моллюску, лейшма-

ніозу, лускатого лишая, номи, пендинської виразки, перфорації, подагри, поліхондриту, поліхондропатії, себорейних папул, сторонніх тіл, червоного вовчака, діагональної складки часточки при ішемічній хворобі серця, кільцеподібної гранульоми, лімфангіоектазії, невралгії, пухирчатки, спазму м'язів, токсидермії від укусу комахи), то це буде предметом обговорення в наступному повідомленні (2-е).

Аномалії розвитку. Аномалії розвитку вушних раковин бувають порівняно рідко [21]. Серед них зустрічаються макротія, мікротія, анотія, збільшення вушної часточки, відсутність завитка, котяче вухо, відчеплення вушних раковин, врослі вушні раковини, декілька вушних раковин, розщеплена раковина чи часточка (колобома) [21]. В.О. Гукович [3] навела спостереження природженої деформації вушної раковини у жінки при синдромі Тричера-Коллінза.

Ангіолімфоїдна гіперплазія з еозинофілією. Це захворювання вушної раковини самостійним не буває, а тільки в комбінації з ураженням зовнішнього слухового ходу [31, 32], завушної ділянки і зовнішнього слухового ходу [9, 19]. Захворювання ще має назву хвороби Кімури [9, 19], зустрічається рідко [9]. В доступній нам літературі знайдено лише 4 таких повідомлення [9, 19, 31, 32]. Так, Mendonca [31], Sokolowski та співавтори [32] навели випадки ураження вушної раковини і шкіри зовнішнього слухового ходу. В.Н. Романенко і Т.В. Проценко [19] описали ангіолімфоїдну гіперплазію з еозинофілією, що локалізувалась на вушній раковині, в завушній ділянці і в зовнішньому слуховому ході, у хворої віком 23 роки. Пацієнтка захворіла 4 роки тому, коли вперше в правій завушній ділянці помітила появу одинокого сверблячого «вузлика». Через декілька місяців там же і на правій вушній раковині з'явилося до 10 подібних елементів. Висипка періодично викликала свербіння, при незначній травматизації кровоточила і часто вторинно інфікувалась. Поступово збільшувались регіонарні (ретромандибулярні та шийні) лімфатичні вузли. Висипка розповсюдилась на ділянку зовнішнього слухового ходу. Посилилось свербіння. Об'єктивно: справа ретромандибулярно і на шкірі козелка та протикозелка вушної раковини з переходом

на ділянку зовнішнього слухового ходу визначалось до 10 пухлиноподібних утворень діаметром від 0,2 до 2 см, червонофіолетового кольору, з гладенькою поверхнею, щільно еластичної консистенції, помірно сверблячих, які легко кровоточили при незначній травматизації. В ділянці зовнішнього слухового ходу висипка злилась в суцільний пухлиноподібний конгломерат розміром 2x3 см з серозно-кров'янистими кірками на поверхні. Регіонарні (ретромандибулярні та шийні) лімфатичні вузли збільшені до 2 см в діаметрі, щільноеластичної консистенції, рухомі, безболісні. В периферичній крові – 18% еозинофілів при загальній кількості лейкоцитів $5,6 \cdot 10^9$ л. При гістологічному дослідженні відмічена помірна атрофія епідермісу, місцями згладженість його міжсосочкових відростків. В дермі – виражена проліферація судин, в основному капілярного типу, місцями – з різко розширеними просвітами і набряклим ендотелієм без ознак атипії. Зустрічались солідні тяжі проліферуючого ендотелію без просвіту. Мітозів і крововиливів не спостерігалось. Мала місце виражена лімфогістіоцитарна інфільтрація по периферії з великою кількістю еозинофілів. В нижніх відділах дерми виявлено скупчення лімфоцитів, що формували структури, які нагадували лімфоїдні фолікули з великою кількістю еозинофілів. Хворій було призначено опромінення суміжними променями Буккі в разовій дозі 1000 Р (9,3 Гр) 1 раз на місяць, на курс – 5 сеансів. В інтервалах між опроміненнями проводилось втирання кортикостероїдних мазей з додаванням від 10 до 30% димексиду. П.А. Мельник [9] описав це захворювання у жінки 35 років. Хвора скаржилась на наявність горбистих висипок на правій вушній раковині і завушній ділянці з того ж боку. Захворювання тривало 1 міс. Визначено діагноз: ангіолімфоїдна гіперплазія з еозинофілією. Поступово захворювання прогресувало: збільшилась кількість висипок, їх розміри, а також періодично з'являлись кровотечі з горбиків. При обстеженні виявлено, що на шкірі правої завушної ділянки, вушної раковини і входу в зовнішній слуховий хід мали місце множинні, переважно куполоподібні, пухлиноподібні утворення з дещо втягнутим центром у вигляді чаркоподібного втискання, червоно-

фіолетового кольору, розмірами від 1x1 до 5x7 мм. Зазначені елементи розташовувались окремо і групами, особливо біля входу в зовнішній слуховий хід. Деякі з них були вкриті нижньою геморагічною кіркою. За словами хворої, останні з'явилися після спонтанної кровотечі з горбиків. Неодноразове визначення кількості еозинофілів в крові не виявило якихось відхилень від норми. Гістологічне дослідження видалених горбиків показало, що вкритий грануляціями епідерміс був не зміненим. В дермі виднілось багато судин капілярного типу з проліферацією ендотелію, гранульоматозні інфільтрати з лімфоїдних клітин, гістіоцитів і великою кількістю еозинофілів. Проведено кріохірургічне втручання. Результат виявився позитивним [9].

Аневризма судин. Аневризма судин вушної раковини зустрічається вкрай рідко [15]. В доступній нам літературі знайшлося лише 1 повідомлення про аневрризму судин вушної раковини [15]. С.З. Піскунов і Н.В. Должикова [15] описали цю патологію у хворої віком 18 років. Пацієнтка скаржилась на пульсуючий шум в правому вусі, збільшення розмірів вушної раковини, гіперемію її шкірних покривів. 7 років тому у хворої була проведена діатермокоагуляція з приводу новоутворення, що розташовувалось на задній поверхні вушної раковини. Через рік вона почала відмічати періодичний шум в правому вусі, потім з'явилась припухлість на задній поверхні вушної раковини, що поступово збільшувалась. Протягом останнього року пацієнтку турбував постійний пульсуючий шум у вусі, вушна раковина почала збільшуватись в розмірах, з'явилась стійка гіперемія шкірного покриву вушної раковини. При огляді на задній поверхні вушної раковини в середній третині визначалось пухлоноподібне утворення овальної форми, що розташовувалось вздовж вушної раковини, розміром 3,5x1,5 см. В центрі його був втягнутий рубець розміром 0,3x0,5 см на місці колишнього новоутворення. При пальпації утворення визначалась пульсація, при натискуванні пухлина зникала. Пальцевим і візуальним дослідженням виявлено 4 артеріальні судини, що йшли до аневрризми: 2 судини від поверхневої вискової артерії (1-а проходила біля основи часточки вуха на задню поверхню раковини до нижнього полюсу

аневризми, друга, найбільша, починалась від поверхневої вискової артерії спереду від завитка, проходила горизонтально по зовнішній поверхні раковини через її краї на задню поверхню до заднього полюсу аневрризми); 2 судини підходили до аневрризми від задньої вушної артерії. Проведено видалення аневрризми. Відразу після операції у хворої припинився пульсуючий шум у вусі, зменшилась гіперемія шкірних покривів вушної раковини. На думку авторів, описана аневрризма виникла після травми однієї з артеріальних судин під час діатермокоагуляції новоутворення задньої поверхні вушної раковини.

Бульозний дерматит. Це захворювання вушної раковини зустрічається рідко [14]. С.Т. Павлов і В.А. Каргін [14] описали 3 випадки бульозного дерматиту вушних раковин. Автори вважають, що дерматит в цих випадках виник від користування навушниками у радистів.

Виразка. Виразка вушних раковин зустрічається рідко [4, 13, 17]. Причини утворення виразки на вушних раковинах різні: від їдких речовин [4], перенесена натуральна віспа [13], трофічні розлади [17]. Так, А.Я. Добротворський [4] спостерігав випадок гострого виразкового процесу вушній раковині, у зовнішньому слуховому ході і середньому вусі, викликаного однією з їдких речовин. Л.Т. Павлов [13] спостерігав за дівчиною у віці 7 років з виразковим процесом на обох вушних раковинах, що виник після перенесеної натуральної віспи і закінчився їх перфорацією. К.П. Покривалова [16] описала 2 випадки трофічних виразок зовнішнього вуха у жінок віком 26 і 32 роки.

Вузликочий хондродерматит. Це захворювання вушної раковини описане під різними назвами: «вузликочий хондродерматит» [5, 24]; «вузликочий хондродерматит Winkler» [12]; «Хронічний вузликочий хондродерматит» [20, 22, 27]; «вузликочий хронічний хондродерматит» [6]; «болючий вузликочий хондродерматит вушних раковин» [11]; «болючі вузлики вушних раковин» [20]. Вперше дану патологію спостерігав Winkler [34]. Він описав утворення болючих вузликів на завитку чи протизавитку вушних раковин у 8 пацієнтів. Вузликочий хондродерматит вушних раковин зустріча-

ється рідко [25]. В доступній нам літературі ми зустріли лише кілька повідомлень про вузликівий хондродерматит вушної раковини [5, 6, 12, 20, 24, 27]. Кількість спостережуваних хворих також невелика. Так, А.П. Йордан [6] зібрав в світовій літературі повідомлення про 54 випадки цього захворювання. Ebenius [27] спостерігав 33 подібних випадки. О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко [5] виявили 6 хворих з цією патологією, А.П. Йордан [6] і А.Т. Тронц [20] – по 4, а А.М. Ольховський [15] описав 1 випадок. За даними А.М. Ольховського [11], болючий вузликівий хондродерматит зустрічається в 0,8% випадків дерматозів зовнішнього вуха. З обстежених в клініці шкірних і венеричних хвороб Донецького медичного інституту 236 осіб, направлених з діагнозом «зовнішній отит», у 2 (0,9%) було відмічено вузликівий хондродерматит вушної раковини [24]. Це захворювання зустрічається частіше у чоловіків середнього і похилого віку [5, 6, 12, 20]. Всі перелічені вище автори спостерігали його у осіб чоловічої статі. В.Т. Тронц [20] описав дану патологію в чоловіка у віці 37 років, О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко [5] – у чоловіків віком 40-60 років, а А.М. Ольховський [12] – у чоловіка віком 52 роки. Етіологія вузликового хондродерматиту вушних раковин не з'ясовано [20]. А.П. Йордан [6] відмічає, що причиною виникнення захворювання може бути попередня травма чи остуда вушних раковин. О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко [5] вказують на механічну травму чи відмороження вушних раковин. За А.К. Чаргейшвілі [22], травма чи відмороження є етіологічним фактором хондродерматиту вушних раковин в 85% випадків. Постійне механічне подразнення вушних раковин також сприяє виникненню вузликового хондродерматиту вушних раковин [29]. При гістологічному дослідженні відмічається гіпер- чи паракератоз [12]. Гістологічний аналіз висічених вузликів у хворого, що спостерігався А.М. Ольховським [12], дозволив визначити хондрому. Захворювання може бути однобічним чи двобічним [5]. Серед 6 хворих, яких лікували О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко [5], у 5 мало місце однобічне ураження, у 1 – двобічне. А.М. Ольховський [12] і А.Т. Тронц [20] описали хворих з двобічним

вузликівим хондродерматитом вушних раковин. Вузликівий хондродерматит вушних раковин буває лише на завитках і протизавитках [5, 12, 20]. При цьому по вільному краю передньоверхньої частини завитка однієї чи обох вушних раковин з'являються поодинокі чи множинні, обмежено рухомі, щільно спаяні з прилеглим хрящем, щільні на дотик вузлики [5, 6, 12, 20]. А.П. Йордан [6] відмічає величину цих вузликів – від конопляного зерна до чечевиці, А.М. Ольховський [12] визначив розмір – 2-4 мм, В.Т. Тронц [20] – 2-7 мм, а О.А.Євдощенко і А.Т. Шевченко [5] – 3-5 мм в діаметрі. Шкіра навколо них конусоподібно припухла [20]. Колір вузликів або не відрізняється від кольору нормальної шкіри, має світлокоричнево-червоне забарвлення [12] чи частіше – біле, рідше – рожево-жовте [20], блідожовтий [5]. Ці вузлики вкриті епідермісом, який лущиться чи вкритий кірочкою, після зняття останньої залишається виразкування, від якого у випадку великих вузликів до хряща йде вузька канавка [20]. Основною скаргою хворих є біль, що виникає частіше вночі, в положенні хворого лежачи на ураженому вусі [20]. Стикання хворого вуха з подушкою викликає сильний біль [12]. Вузлики болючі при легкому доторкуванні [20]. При натискуванні на вузлики відмічається різка болючість [5, 12]. Диференціюється хронічний вузликівий хондродерматит з вовчаком звичайним, папуло – некротичним туберкульозом шкіри, сифілісом, ревматизмом [20], старечою кератомою, базаліомою, кільцеподібною гранульоною [12], подагричними вузликами [12, 20].

Лікування з приводу вузликового хондродерматиту вушної раковини є консервативне і хірургічне [20]. Так, Мес Laurin [30] призначав ін'єкції антибіотиків внутрішньом'язово. Л.Н. Машкіллейсон [8] застосовує місцеві ін'єкції суспензії гідрокортизону. В.Т. Тронц [20] обколював вузлики суспензією гідрокортизону з пеніциліном. Ефективними виявились припікання [5] чи висічення вузликів з прилеглою тканиною [5, 12, 20]. З 4 хворих, яких спостерігав В.Т. Тронц [20], один лікувався хірургічно, 1 – хірургічно і консервативно, 2 – консервативно. Автор добився добрих результатів від місцевого застосування ін'єкцій суспензії

гідрокортизону з пеніциліном. О.А. Євдощенко і А.Т. Шевченко [5] з успіхом застосовували криодеструкцію вузликів.

Гангрена. Це захворювання вушної раковини зустрічається порівняно рідко. В доступній нам літературі виявлено лише 3 повідомлення про гангрену з локалізацією на вушній раковині [1, 2, 24, 25]. Так, Д.А. Шапіро [25] навів випадок симетричної гангрені обох вушних раковин. Про гангрену вушної раковини нагадують Б.О. Шапаренко і співавтори [24] в своїй класифікації захворювань зовнішнього вуха. А.Г. Балабанцев і М.А. Завалій [1,2] коротко повідомляють про це захворювання. Гангрена вушної раковини виникає в результаті розладу кровообігу у серцевих хворих, що тривалий час перебувають в ліжку [25]. Д.А. Шапіро [25] відмітив виникнення гангрені вушних раковин в результаті ангіотрофічних розладів при хворобі Рейно. До гангрені вушної раковини можуть призвести опік, відмороження і флегмона [1, 2]. Гангрена може бути обмежена окремою ділянкою вушної раковини [1, 2] чи розповсюджуватись на все зовнішнє вухо [1, 2, 24] або навіть вийти за його межі [1, 2].

Гігантизм. Гігантизм вушних раковин спостерігається рідко. Ця патологія називається ще «макротія [16], прогерія [23], елефантіаз [18], отгідрома [28], гіперплазія» [33]. В доступній нам літературі відмічено лише декілька повідомлень про збільшення вушних раковин [16, 18, 23, 26, 28, 33]. Так, М.М. Рессер [18] демонстрував муляж вушних раковин хворої, яка страждала на симетричний елефантіаз вушних раковин. Значна гіпертрофія вушних раковин мала місце переважно за рахунок – *anthelix*. Urbantschitsch [33] описав хворого у віці 23 років із збільшенням правої вушної раковини, в основному за рахунок *helix conchae*. Glogau [28] описав хворого віком 30 років із збільшенням часточок вушних раковин внаслідок нефриту. Обидві часточки досягали рівня верхньої губи (при прямому положенні голови). Довжиною вони були 4 1/2 см, завширшки – 1-3 см. Автор називає це нефритичною отгідромаю. Г.Б. Підгаєцький [16] у хворого віком 50 років спостерігав гігантську ліву вушну раковину. Довжина раковини була 12 см, ширина – 5 см. П.Н.

Шаклеїна і І.М. Пильцов [23] описали прогерію у дівчинки віком 14 років – гігантські часточки вушних раковин. Л.М. Шапіро і Л.В. Чупій [26] спостерігали природжене збільшення розмірів лівої вушної раковини у пацієнтки віком 47 років, яка страждала на хворобу Реклінгаузена. Вушна раковина була збільшена в об'ємі у 2 рази порівняно з правою.

Деформація ревматичного походження. Деформація вушних раковин ревматичного походження зустрічається вкрай рідко [7]. В доступній нам літературі виявлено лише 1 таке повідомлення [7]. А.Д. Матвеев [7] описав хворого у віці 23 років, у якого під час ревматичної атаки настала деформація обох вушних раковин в результаті розсмоктування хрящів. Пацієнт скаржився на деформацію вушних раковин. При зовнішньому огляді відмічалась різка деформація вушних раковин, які були збільшені у розмірах (довжиною біля 9 см), вільно звисали складками, м'які і безболісні при пальпації, особливо у верхніх відділах, де промацувались залишки розм'якшеного хряща. Вхід у зовнішні слухові ходи був закритий припухлими м'якими тканинами. Операція не проводилась. Хворого переведено в терапевтичну клініку для лікування з приводу ревматизму.

Еритематоз. Еритематоз вушних раковин зустрічається вкрай рідко [10]. В доступній нам літературі знайдено тільки 1 повідомлення про еритематоз вушних раковин, що виник при системному червоному вовчаку і системній склеродермії [10].

Таким чином, з наведених вище рідкісних захворювань вушних раковин зустрічаються порівняно рідко аномалії розвитку, рідко – ангіолімфоїдна гіперплазія з еозинофілією, бульозний дерматит, виразка, вузликовий хондродерматит, гангрена, гігантизм, вкрай рідко – аневризма судин, гангрена, деформація ревматичного походження, еритематоз. Вважаємо, що наведені в цьому огляді відомості матимуть певне пізнавальне, теоретичне і практичне значення як для отоларингологів, так і для інших фахівців (щелепнолицевих хірургів, дерматологів, профпатологів, інфекціоністів, травматологів, ревматологів, комбустіологів, нефрологів та ін.).

Література

1. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии / Под ред. Ю.В. Митина. – К.: Здоров'я, 2004. – С. 3-14.
2. Балабанцев А.Г., Завалий М.А. Боль в ухе // Дифференциальный диагноз по клиническим симптомам в оториноларингологии / Под ред. Ю.В. Митина. – СПб: Диалог, 2014. – С. 3-28.
3. Гукович В.А. К вопросу о синдроме Тричера-Коллинза // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1967. – №1. – С. 95-98.
4. Добротворский А.Я. Случай острого язвенного процесса ушной раковины, наружного слухового прохода и среднего уха, вызванного растравлением уха одной из едких жидкостей // Протоколы заседаний общества морских врачей в Кронштадте: 1896-1897. – Кронштадт: Б.и., 1897. – С. 24-25.
5. Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. Криотерапия при узелковом хондродерматите // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1987. – №4. – С. 70-71.
6. Иордан А.П. К вопросу об узловатом хроническом хондродерматите завитка ушей или болезненных узелках ушной раковины // Рус. вестн. дерматологии. – 1930. – Т.8, №10. – С. 802-804.
7. Матвеев А.Д. Деформация ушных раковин ревматического происхождения // Вестн. оториноларингологии. – 1953. – №3. – С. 80.
8. Машкиллейсон Л.Н. Лечение и профилактика кожных болезней. – М.: Медицина, 1964. – 544 с.
9. Мельник П.А. Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией (болезнь Кимура) с поражением наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1988. – №2. – С. 77-78.
10. Минчин Р.А., Насонова В.А. Изменения ЛОР-органов при системной красной волчанке и системной склеродермии // Клиническая медицина. – 1970. – Т.48, №6. – С. 129-134.
11. Ольховский А.М. Заболевания наружного уха: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. – Донецк, 1977. – 19 с.
12. Ольховский А.М. Об узелковом хондродерматите Winkler // Вестн. оториноларингологии. – 1979. – №5. – С. 85.
13. Павлов Л.Т. Демонстрация больной // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1926. – Т.3, № 3-4. – С. 203.
14. Павлов С.Т., Каргин В.А. К вопросу о заболевании кожи ушных раковин у радистов // Военно-мед. журн. – 1931. – Т.2, № 5-6. – С. 479-483.
15. Пискунов С.З., Должикова Н.В. Аневризма сосудов ушной раковины // Вестн. оториноларингологии. – 1984. – №6. – С. 85-86.
16. Подгаецкий Г.Б. Случай одностороннего гигантизма ушной раковины // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1938. – Т.15, №5. – С. 551-552.
17. Покрывалова К.П. Два случая трофических язв области уха // Вестн. оториноларингологии. – 1938. – №4. – С. 447-449.
18. Рессер М.М. Демонстрация муляжа ушных раковин больной, страдавшей симметричным элифантиазом ушных раковин // Московское общество оториноларингологов: Труды. – М.: Б.и., 1911. – В.2. – С. 5.
19. Романенко В.Н., Проценко Т.В. Ангиолимфоидная гиперплазия с эозинофилией (болезнь Кимура) // Вестн. оториноларингологии. – 1987. – №5. – С. 59-61.
20. Тронц В.Т. Хронический узелковый хондродерматит ушных раковин // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1977. – № 5. – С. 100-101.
21. Чаргейшвили А.К. Аномалии развития уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 7-28.
22. Чаргейшвили А.К. Заболевания наружного уха // Руководство по оториноларингологии / Под ред. А.Г. Лихачева. – М.: Медгиз, 1960. – Т.2. – С. 29-65.
23. Шаклеина Л.Н., Пыльцов И.М. Прогерия у девочки 14 лет // Педиатрия. – 1972. – №1. – С. 82-84.
24. Шапаренко Б.А., Бухарович М.Н., Ольховский А.М. и соавт. Заболевания наружного уха // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1983. – №6. – С.15-18.
25. Шапиро Д.А. Перфорация ушных раковин трофического характера // Вестн. оториноларингологии. – 1955. – №3. – С. 72.
26. Шапиро Л.М., Чупий Л.В. Нагноившаяся невروفиброма левой заушной области при болезни Реклингаузена // Журн. ушных, носовых и горловых болезней. – 1973. – №5. – С. 104-106.
27. Ebenius V. Chondrodermatitis nodularis chronica auriculae // Acta Radiol. – 1941. – Vol. 22. – P. 563-572.
28. Glogau O. Othydroma nephriticum // Ежемесячник ушных, горловых, носовых болезней. – 1913. – Т.8, № 2. – С. 100.
29. Kindery F.A.J. (1966). Цит. по Ольховському А.М. (1979).
30. Mc Laurin J.W. Principles of therapy in otitis externa // Laryngoscope. – 1951. – Vol. 61. – P. 66-87.
31. Mendonca D.R. Pseudo (atypica) pyogenic granuloma of the ear // J. Laryngol. Otol. – 1973. – Vol.87. – P. 577-582.
32. Sokolowski A., Hundeiker M., Passu F. Kimura

sche Krankheit mit Lokalisatoin im Hals // HNO (Berl.). – 1981. – Bd.29. – S. 175-178.

33. Urbantschitsch E. Односторонняя гиперплазия ушной раковины // Вестн. ушных, горло-

вых, носовых болезней. – 1912. – №1. – С. 64.

34. Winkler M. (1916). Цит. по Евдощенко Е.А., Шевченко А.Т. (1987).

References

1. Balabantsev AG, Zavali MA. Earache. Differential diagnosis of clinical symptoms in Otorhinolaryngology. Mitin IuV, editor. Kiev: Zdorov'ia; 2004. P. 3-14.
2. Balabantsev AG, Zavali MA. Earache. Differential diagnosis of clinical symptoms in Otorhinolaryngology. Mitin IuV, editor. Saint Petersburg: Dialog; 2014. P. 3-28.
3. Gukovich VA. Treacher-Collins syndrome. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1967;(1):95-8.
4. Dobrotvorskii AIa. The case of acute ulcerative process of the ear, the external auditory canal and middle ear, caused by caustic. Minutes of meetings of the society in Kronstadt naval doctors: 1896-1897. Kronshtadt; 1897. P. 24-5.
5. Evdoshchenko EA, Shevchenko AT. Cryotherapy in the nodular chondrodermatitis. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob.. 1987;(4):70-1.
6. Jordan AP. Chronic chondrodermatitis of the pinna. Rus vestn dermatologii. 1930;8(10):802-4.
7. Matveev AD. Ears deformation of rheumatic origin. Vestn otorinolaringologii. 1953;(3):80.
8. Mashkilleison LN. Treatment and prevention of skin diseases. Moscow: Meditsina; 1964. 544 p.
9. Mel'nik PA. Angiolymphatic hyperplasia with eosinophilia (Kimura's disease) with involvement of the outer ear. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1988;(2):77-8.
10. Minchin RA, Nasonova VA. ENT changes in systemic lupus erythematosus and systemic sclerosis. Klin meditsina. 1970;48(6):129-34.
11. Ol'khovskii AM. Diseases of the external ear [dissertation]. Donetsk; 1977. 19 p.
12. Ol'khovskii AM. About Winkler nodular chondrodermatitis. Vestn otorinolaringologii. 1979;(5):85.
13. Pavlov LT. Demonstration of the patient. Zhurn. ushnykh, nosovykh i gorlovykh boleznei. 1926;3(3-4):203.
14. Pavlov ST, Kargin VA. To a question about the condition of the skin in the ears of radio operators. Voенно-med. zhurn. 1931;2(5-6):479-83.
15. Piskunov SZ, Dolzhikova NV. Pinna vessels aneurysm. Vestn. otorinolaringologii. 1984;(6):85-6.
16. Podgaetskii GB. The case of a unilateral pinna gigantism. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1938;15(5):551-2.
17. Pokryvalova KP. Two cases of trophic ulcers of ear area. Vestn otorinolaringologii. 1938;(4):447-9.
18. Resser MM. Demonstration of the dummy ears of patients suffering from symmetrical ear elephantiasis. Moskovskoe obshchestvo otorinolaringologov: Trudy. Moscow; 1911. Vol 2. P. 5.
19. Romanenko VN, Protsenko TV. Angiolymphatic hyperplasia with eosinophilia (Kimura's disease). Vestn otorinolaringologii. 1987;(5):59-61.
20. Tronts VT. Chronic nodular chondrodermatitis of external ear. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1977;(5):100-1.
21. Chargeishvili AK. Malformations of the ear. In: Otorhinolaryngology. Manual. Vol 2. Likhachev AG, editor. Moscow: Medgiz, 1960. P. 7-28.
22. Chargeishvili A.K. Diseases of the external ear. In: Otorhinolaryngology. Manual. Vol 2. Likhachev AG, editor. Moscow: Medgiz, 1960. P. 29-65.
23. Shakleina LN, Pyl'tsov IM. Progeria in a 14 years-old girl. Pediatriia. 1972;(1):82-4.
24. Shaparenko BA, Bukharovich MN, Ol'khovskii AM et al. Diseases of the external ear. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1983;(6):15-8.
25. Shapiro DA. Ears perforation of trophic genesis. Vestn otorinolaringologii. 1955;(3):72.
26. Shapiro LM, Chupii LV. Suppurative neurofibroma of the left ear in Reklingauzen disease. Zhurnal vushnyh, nosovyh i gorlovyh hvorob. 1973;(5):104-6.
27. Ebenius B. Chondrodermatitis nodularis chronica auriculae. Acta Radiol. 1941;(22):563-72.
28. Glogau O. Othydroma nephriticum. Ezhemesiachnik ushnykh, gorlovykh, nosovykh boleznei. 1913;8(2):100.
29. Kindery F.A.J. (1966). Citation by Ol'khovskiy AM. (1979).
30. Mc Laurin J.W. Principles of therapy in otitis externa. Laryngoscope. 1951;61:66-87.
31. Mendonca D.R. Pseudo (atypica) pyogenic granuloma of the ear. J. Laryngol. Otol. 1973;87:577-82.
32. Sokolowski A, Hundeiker M, Passu F. Kimurasche Krankheit mit Lokalisatoin im Hals. HNO (Berl.) 1981;29:175-8.
33. Urbantschitsch E. Unilateral pinna hyperplasia. Vestn. ushnykh, gorlovykh, nosovykh boleznei. 1912;(1):64. Russian.
34. Winkler M. (1916). Citation by Evdoshchenko EA, Shevchenko AT. (1987).

Надійшла до редакції 26.09.14.

© Г.С. Протасевич, В.В. Ніколов, А.О. Яшан, 2015