

**Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов
Министерство здравоохранения Российской Федерации**

УТВЕРЖДАЮ:

Главный внештатный
специалист
оториноларинголог
Минздрава России
д.м.н., профессор Н.А.Дайхес

Президент Национальной медицинской
Ассоциации оториноларингологов
Заслуженный врач России,
член-корр.РАН
профессор Ю.К.Янов

НАРУЖНЫЕ ОТИТЫ

Клинические рекомендации

Москва - Санкт-Петербург

2014

«Наружные отиты»

Клинические рекомендации

Рекомендации подготовлены: : д.м.н., профессор Крюков А.И., д.м.н., профессор член-корр. РАМН Пальчун В. Т., д.м.н. Лучихин Л. А., д.м.н. Гуров А. В., д.м.н. Магомедов М. М., д.м.н. Ивойлов А. Ю., к.м.н. Мачулин А. И., к.м.н. Чумаков П.Л.

Рекомендации рассмотрены и утверждены на заседании Национальной медицинской ассоциации оториноларингологов от 11-12 ноября 2014 года.

Экспертный совет: д.м.н. проф. Абдулкеримов Х.Т. (Екатеринбург); д.м.н. Артюшкин С.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Гаращенко Т.И. (Москва); д.м.н. проф. Дайхес Н.А. (Москва); д.м.н. проф. Егоров В.И. (Москва); д.м.н. проф. Карнеева О.В. (Москва); д.м.н. проф. Карпова Е.П. (Москва); д.м.н. проф. Коркмазов М.Ю. (Челябинск); д.м.н. проф. Кошель В.И. (Ставрополь); д.м.н. проф. Накатис Я.А. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Овчинников А.Ю.(Москва); д.м.н. проф. Рязанцев С.В. (Санкт-Петербург); д.м.н. проф. Свистушкин В.М.(Москва); д.м.н. Фанта И.В. (Санкт-Петербург); член-корр. РАМН, д.м.н. проф. Янов Ю.К. (Санкт-Петербург).

ЦЕЛЬ:

Ознакомить практических врачей с современными принципами диагностики и лечения наружного отита у взрослых и детей, систематизировать алгоритм лечения, обосновать рациональное применение системной и топической терапии.

Наружный отит – этиология, патогенез, особенности фармакотерапии: Методические рекомендации / Составители: Г.Н. Никифорова, С.В. Старостина. 2014 – XX с.

Введение

Воспалительные заболевания наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода) занимают значительное место в структуре ЛОР-патологии и имеют большое медицинское и социальное значение. Распространённость воспалительных заболеваний наружного уха составляет от 17 до 30% среди всей отиатрической патологии. Способствуют росту данной патологии ухудшение экологической обстановки, нарастание уровня резистентности флоры, увеличение числа лиц с нарушениями обмена веществ, иммунного статуса, в том числе и аллергопатологии, нерациональное лечение острой воспалительной патологии, несвоевременное обращение к ЛОР-врачу и ряд других моментов.

Термин «наружный отит» является собирательным, который объединяет различные по своей этиологии и патогенезу заболевания, общим для всех разновидностей данной нозологии являются воспалительные изменения в структурах ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки. Данные анатомические единицы собственно и объединены в понятие наружного уха.

Эпидемиология наружного отита.

Наружные отиты являются достаточно распространенными заболеваниями, однако эпидемиология их недостаточно изучена, в том числе и в связи с различным обозначением одного и того же вида патологического процесса. Воспалительные заболевания наружного уха встречаются во всех странах и регионах земного шара, но наиболее часто наблюдаются в жарких и влажных климатических районах, в

тёплое время года отмечается увеличение заболеваемости. В среднем каждый 10-й человек на протяжении жизни минимум один раз переносит данное заболевание, а 3 – 5% населения страдает хронической формой наружного отита. Острым наружным отитом в среднем ежегодно заболевают 0,4% населения. Болезнь наиболее распространена среди людей, длительно находящихся в условиях повышенной влажности.

Наружный отит встречается во всех возрастных группах, наибольшая распространённость отмечается в старшем детском и молодом возрасте, затем несколько нарастает после 65 лет. Частота встречаемости воспалительных заболеваний наружного и среднего уха у мужчин и женщин примерно одинакова. Расовых различий в эпидемиологии наружных отитов не выявлено.

Классификация наружных отитов

Наружные отиты различают по этиологии, патогенезу, длительности течения, локализации и характеру экссудата. Наиболее часто в оториноларингологии выделяют острую и хроническую – продолжительностью более 6 – 12 недель - формы наружного отита. Разновидность заболевания определяется локализацией и характером воспалительного процесса. Среди нозологических форм различают диффузный (экзема, дерматит, рожистое воспаление, герпес, перихондрит, хондроперихондрит, злокачественный наружный отит и ряд других видов) и ограниченный наружный отит (фурункул, абсцесс). По МКБ-10 различают абсцесс наружного уха (Н60.0), целлюлит наружного уха (Н60.1), злокачественный наружный отит (Н60.2), другие инфекционные наружные отиты (Н60.3), холестеатому наружного уха (Н60.4), острый наружный отит неинфекционный (Н60.5), другие наружные отиты (Н60.8), наружный отит неуточненный (Н60.9), перихондрит наружного уха (Н61.0), болезнь наружного уха неуточненная (Н61.9), наружный отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках (Н62.0), наружный отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках (Н62.1), наружный отит при микозах (Н62.2), наружный отит при

других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках (Н62.3), наружный отит при других болезнях, классифицированных в других рубриках (Н62.4), другие поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках (Н62.8) Злокачественный наружный отит является наиболее тяжёлым видом воспалительного поражения наружного уха и характеризуется быстрым прогрессирующим течением, значительным распространением патологического процесса за пределы структур наружного уха.

Этиология наружного отита.

По данным литературы воспалительные заболевания наружного уха в 60 - 98% имеют бактериальную природу. Микробный пейзаж при наружном отите с течением времени претерпел изменения. Если ранее в 70 - 90% клинических случаев высеивали *Staphylococcus aureus*, а *Pseudomonas aeruginosa* присутствовала в 10 - 20% наблюдений, то в последнее время роль синегнойной палочки возросла в среднем до 78%, тогда как золотистый стафилококк встречается только в 9 - 27% случаев. Реже при воспалительных заболеваниях наружного уха определяются и *Staphylococcus epidermidis*, *Streptococcus pyogenes*, *Streptococcus pneumoniae*, *Enterococcae*, *Escherichia coli*, *Proteus*, *Klebsiella pneumoniae*, *Mycoplasma pneumoniae*, анаэробы и другие микроорганизмы. Кроме бактериальной флоры, существенную роль в развитии наружного отита играют патогенные грибы. В ряде случаев в роли этиотропного фактора выступают бактериальные или бактериально-грибковые ассоциации.

Патогенез наружного отита

В норме кожа наружного слухового прохода не является стерильной. При исследовании микрофлоры наружного слухового прохода у здоровых взрослых и детей было выделено более 300 различных видов бактерий и около 20 видов грибов. В основном это представители грамм-положительной аэробной флоры, в 2 - 11% при исследовании выявляются *Pseudomonas aeruginosa* и *Staphylococcus aureus*.

Защитные механизмы - слабая кислая среда (рН 5 - 5,7) на поверхности кожи наружного слухового прохода, протекторные свойства ушной серы - препятствуют избыточному росту микрофлоры. Развитию воспалительного процесса в наружном ухе предшествует нарушение целостности кожного покрова, которое может быть вызвано многими причинами - травматическими повреждениями, длительным пребыванием во влажной среде, изменениями кожи на фоне нарушения обмена веществ, сахарного диабета, различных дерматитов, экзематозных процессов. Предрасполагают к возникновению наружного отита анатомические особенности строения - узкие наружные слуховые проходы, наличие экзостозов, а также ношение слухового аппарата, попадание воды в уши, недостаточность образования и изменение состава ушной серы, нарушение местного и общего иммунного статуса, лучевое воздействие.

Диагностика наружного отита

Диагностический поиск при наружных отитах включает в себя сбор жалоб и анамнеза, осмотр ЛОР-органов, в том числе отомикроскопию и эндоскопию наружного слухового прохода, лабораторные и микробиологические исследования, по показаниям функциональные исследования органа слуха, лучевые и магнитно-резонансные методы. Анализ полученных результатов позволяет объективно определить характер процесса в ухе.

Лабораторная диагностика.

Общий (клинический) анализ крови развернутый; анализ крови биохимический общетерапевтический; анализ мочи общий; коагулограмма (ориентировочное исследование системы гемостаза); определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусам иммунодефицита человека ВИЧ-1, ВИЧ-2 (Human immunodeficiency virus HIV 1 et HIV 2) в крови; проведение реакции Вассермана (RW); проведение серологической реакции на различные инфекции, вирусы; определение антигена к вирусу гепатита В (HBsAg Hepatitis B virus) в крови; определение антител классов М, G (IgM, IgG) к вирусному гепатиту С (Hepatitis C

virus) в крови; исследование уровня сывороточного иммуноглобулина Е в крови; определение основных групп крови (А, В, 0); определение резус-принадлежности.

Неинвазивные и инвазивные диагностические процедуры.

Бактериологическое исследование мазка из наружного слухового прохода на микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, цитология и биопсия тканей наружного уха, регистрация электрокардиограммы, по показаниям функциональные исследования органа слуха (камертональное исследование, аудиометрия), лучевые (R-гр и КТ височных костей) и магнитно-резонансные методы.

Лечение наружного отита

Лечение воспалительных заболеваний наружного уха предполагает целый комплекс лечебных мероприятий – этиотропную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Нецелесообразность назначения системной антибактериальной терапии в случае неосложненного наружного отита определяется высокой эффективностью местного лечения. По данным литературы не выявлено статистически достоверной разницы в результатах лечения между двумя группами пациентов, в одной из которых применялось местное лечение в сочетании с системной антибактериальной терапией, в другой пациенты получали местные препараты и плацебо (31). Целесообразно проведение системной антибиотикотерапии больным с постлучевыми наружными отитами, при наличии сопутствующего сахарного диабета или состояния иммуносупрессии. При бактериологическом исследовании на фоне злокачественного наружного отита чаще всего определяется *Pseudomonas aeruginosa*. Лечение данного заболевания заключается в длительном (не менее 6 недель) курсе системной антибиотикотерапии, включая препараты, обладающие антисинегнойной и антистафилококковой активностью. Хирургическое лечение носит паллиативный характер и заключается в удалении грануляционной ткани, дренировании абсцессов, иссечении хрящевых и костных секвестров (**уровень доказательности IV**).

Общепринятыми принципами лечения больных бактериальными диффузными наружными отитами являются исключение предрасполагающих факторов, адекватное обезболивание, регулярный туалет наружного слухового прохода, местная терапия. Преимуществами местной терапии наружных отитов являются непосредственное воздействие и создание оптимальной концентрации препарата в очаге воспаления, практическое отсутствие системного действия за счет низкой абсорбции лекарственного средства, меньший риск селекции резистентных штаммов микрофлоры. Резистентность микроорганизмов, возможное наличие грибковой флоры требует проведения микробиологического исследования с последующим подбором терапии соответственно спектру инфекционных агентов и их чувствительности.

В отечественной практике при лечении заболеваний наружного уха широкое распространение получили физиотерапевтические методы, такие как воздействие низкочастотного магнитного поля, низкоэнергетического лазерного излучения, ультрафиолетового лазерного излучения, фоноэлектрофореза лекарственных веществ (**уровень доказательности IV**).

Центральное место в лечении наружного отита занимают топические препараты. Учитывая спектр основных возбудителей острого диффузного наружного отита, применяемые лекарственные средства должны быть эффективны в отношении золотистого стафилококка и синегнойной палочки. При данной патологии в нашей стране применяют различные антисептики (мирамистин, йодинол) и антимикробные препараты (фторхинолоны, аминогликозиды, противогрибковые средства). Используются как монопрепараты, так и комбинированные - сочетания различных антибактериальных и противогрибковых средств, с добавлением глюкокортикостероидов и местных анестетиков (**уровень доказательности IV**).

Слабый раствор уксусной кислоты или ацетата алюминия, создавая кислую среду, препятствуют росту микроорганизмов, в том числе грибов, могут также

использоваться для профилактики наружного отита, например, у пловцов или при ношении слухового аппарата.

Эффективность проводимой терапии оценивается в сроки 48 - 72 часов. Персистирование симптомов требует уточнения диагноза, исключения атопического, контактного дерматита, проявлений псориаза или экземы.

Из стандартных ушных капель в арсенале врачей важное и основное место занимают препараты, содержащие фторхинолоны. Фторхинолоны относятся к малотоксичным препаратам, не оказывают ототоксического, гепатотоксического, нефротоксического, мутагенного и канцерогенного действия, отрицательного влияния на кроветворную систему и на репродуктивную функцию. Для данной группы антибактериальных лекарственных средств характерно высокое соотношение эффективности и безопасности.

Эффективность и безопасность топического использования фторхинолонов в лечении отитов была продемонстрирована в ряде рандомизированных исследований. Топическое применение хинолонов более эффективно, чем других антибиотиков; офлоксацин гидрохлорид в настоящее время считается золотым стандартом в терапии хронического гнойного среднего отита. Данные препараты эффективны и в лечении диффузного наружного отита (**уровень доказательности IV**).

По данным других авторов, проведенный мета-анализ сравнительных исследований различных топических препаратов для лечения наружного острого отита не выявил статистически достоверной разницы в эффективности лечения при сравнении антисептических и антибактериальных препаратов, фторхинолонов и аминогликозидов, комбинации ГКС с антибиотиком и ГКС в качестве монотерапии. Вне зависимости от действующего вещества при проведении местного лечения у 65%-95% пациентов излечение наступало на 7-10 сутки от начала заболевания (**уровень доказательности IV**).

Препараты, применяемые для местного лечения наружного отита существуют в форме мазей, кремов, ушных капель. Наиболее универсальной и распространенной формой выпуска являются ушные капли.

Таблица 1. Капли, применяемые при наружных отитах (уровень доказательности IV).

Препарат	Антибактериальный компонент	Противогрибковый компонент	Противовоспалительный компонент	Местный анестетик	Возрастные ограничения
Анауран (капли)	Неомицин+ полимиксин В	-	-	лидокаин	1 год
Гаразон (капли)	гентамицин	-	бетаметазон	-	6 лет
Данцил (капли)	Офлоксацин	-	-	-	1 год
Кандибиотик (капли)	Хлорамфеникол	Клотримазол	беклометазон	лидокаин	6 лет
Комбинил-дуо (капли)	Ципрофлоксацин	-	дексаметазон	-	18 лет
Нормакс (капли)	норфлоксацин	-	-	-	15 лет
Отофа (капли)	рифамицин	-	-	-	нет
Полидекса (капли)	Неомицин+ полимиксин В	-	дексаметазон	-	2,5 года
Софрадекс (капли)	Грамидин+ фрамицетин	-	дексаметазон	-	нет

По показаниям применяется хирургическое лечение наружных отитов. Производится дренирование абсцессов наружного слухового прохода, удаление

грануляций наружного слухового прохода, удаление костных и хрящевых секвестров наружного слухового прохода, удаление холестеатомы наружного слухового прохода. Объем вмешательства - в пределах зоны патологического процесса (**уровень доказательности IV**).

Список литературы

1. Бербом Х., Кашке О., Навка Т., Свифт Э. Болезни уха, горла и носа – перевод с английского. – Москва. - МЕДпресс-информ. – 2012. – 776с.

2. Веницкий М.Е. Применение фоноэлектрофореза дифлюкана в лечении наружного отита грибковой этиологии. // Труды Юбилейной научно-практической конференции оториноларингологов Ростовской области. – 1998. - с. 131–134.

3. Евдощенко Е.А. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха. // Журнал ушных, носовых и горловых болезней. – 1989. - № 6. - с. 10–12.

4. Заварзин Б.А., Аникин И.А. Кандибиотик в лечении острых средних и наружных отитов. // Российская

оториноларингология. – 2011. - № 2. – с. 146-149.

5. Инструкция по медицинскому применению препарата АНАУРАН® (ANAUURAN), регистрационный номер П N 012942/01 – 300408.

6. Косяков С.Я. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - № 1. - с. 81–85.

7. Крюков А.И. Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха. // Лечащий врач. – 2002. - №10 - с. 20 – 24.)

8. Кунельская В.Я. Новые подходы к терапии грибкового отита. // Вестник оториноларингологии. - 2004. - № 2. - с. 46 - 48.

9. Кустов М.О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода. // Российская оториноларингология. -№ 1. – 2012. - с. 111 – 118.

10. Кустов М.О. Микрофлора наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом. // Российская оториноларингология. – 2012. - № 3. - с. 66 – 70.

11. Магомедов М.М. Сравнительная характеристика воздействия

низкоинтенсивного гелий-неонового и полупроводникового лазеров в лечении воспалительных заболеваний наружного уха. // Вестник оториноларингологии. – 1993. - № 2. - с. 18 – 20.

12. Морозова С.В., Воспалительные заболевания наружного уха. // Русский медицинский журнал. – 2001. - Т. 9. - № 16 - 17. - с. 699 – 702.

13. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М. Рациональное топическое этиотропное лечение воспалительных заболеваний наружного и среднего уха. // Эффективная фармакотерапия. - 2013. - №10 – с. 8 - 14.

14. Овчинников Ю.М., Апостолиди К.Г. Наружные отиты. // Вестник оториноларингологии. - 1997. - № 2. - с. 47 - 50.

15. Поливода А.М., Воспалительные заболевания наружного уха. // Вестник оториноларингологии. 2006. - № 3. - с. 63 – 66.

16. Пухлик С.М. Ультрафиолетовая лазерная терапия наружного отита. // Материалы III Съезда оториноларингологов Республики Беларусь. – 1992. - с. 51 – 52.

17. Рязанцев С.В., Аникин И.А., Комаров М.В. Вестная терапия наружного диффузного отита.// Российская оториноларингология. - № 2(57). – 2012. – с. 184 – 187.

18. Свистушкин В.М., Овчинников А.Ю., Никифорова Г.Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему. //Российская оториноларингология. - 2005. - № 3. - с. 93 – 96.

1. Сунцов В.В. Лечение острого диффузного наружного отита с помощью низкочастотного магнитного поля. // Вестник оториноларингологии. – 1991. - № 6. - с. 35 – 38.

2. Чистякова В.Р., Наумова И.В. Отомикозы в детском возрасте. Руководство для врачей. - М.: МИА. - 2001. – 176 с.

3. Aguis A.M., Pickles J.M., Burch K.L. A prospective study of otitis externa. // Clin. Otolaryngol Allied Sci. - 1992; 17: p. 150 - 4.

4. Curtis D., Benton C. Diagnosis and treatment of diffuse external otitis, based on a new clinical classification. // Eye, Ear, Nose & Throat Monthly. – 1956. – Vol. 2. – p. 113 – 117.

5. Daneshrad D., Kim J.C., Amedee R.G. Acute otitis externa. // J La State Med Soc. - 2002; 154: p. 226 – 8.

6. Gaoxiong Yi, Xue Ke, Xue Za Zhi, Juan K.H., Lin S.R., Peng C.F. Bacterial flora of the external ear canal. Effect of irradiation. – 1992. - Jan; 8(1): p. 21.

7. Hajioff D, Mackeith S. Otitis externa. // Clin Evid (Online). – 2008. - Jun 26; Doi. pii: 0510. - PMID: 19450296 (PubMed - in process).

8. Holten K.B., Gick J. Management of the patient with otitis externa. // J Fam Pract. - Apr 2001; 50(4): 353 - 60.

9. Hughes E., Lee J.H. Otitis externa. // Pediatr Rev. - Jun 2001; 22(6): 191 - 7.

10. McCoy S.I., Zell E.R., Besser R.E. Antimicrobial prescribing for otitis externa in children. // Pediatr Infect Dis J. – 2004. - Feb; 23(2): p. 181 – 3.

11. Osguthorpe J.D., Nielsen D.R. Otitis externa: Review and clinical update.// Am Fam Physician. - Nov 1 2006; 74(9): 1510 - 6.

12. Praktische Therapie von HNO-Krankheiten, Herausgegeben von Hans-Peter Zenner, 2. - Auflage, Chattaer, Stuttgart, New York. – 2008. – 474 p.

13. Rea P., Joseph T. CP strategy for otitis externa. // The Practitioner. – 1998. - Jun; - 242 (1587). – pp. 466 - 468, 470 – 471.

14. Rosenfeld R.M., Brown L., Cannon C.R., Dolor R.J., Ganiats T.G., Hannley M., Kokemueller P., Marcy S.M., Roland P.S., Shiffman R.N., Stinnett S.S., Witsell D.L. Clinical practice guideline: acute otitis externa. // Otolaryngol Head Neck Surg. – 2006. - Apr; 134 (4 Suppl): s. 4 – 23.

15. Rowlands S., Devalia H., Smith C., Hubbard R., Dean A. Otitis externa in UK general practice: a survey using the UK General Practice Research Database. // Br J Gen Pract. – 2001. - Jul; 51 (468): p. 533 - 8.

16. Stroman D.W., Roland P.S., Dohar J., Burt W. Microbiology of normal external auditory canal. // Laryngoscope. – 2001. - Nov; 111 (11 Pt1): p. 2054 – 9.

17. Yelland M.J. The efficacy of oral cotrimoxazole in the treatment of otitis externa in general practice. // Med J Aust. – 1993. - May 17; 158 (10): p. 697 - 9.