

## КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ И ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ОСТРОГО НАРУЖНОГО ОТИТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»<sup>1</sup>,  
УЗ «10-я городская поликлиника», г. Минск<sup>2</sup>

---

*Воспалительные заболевания наружного уха у взрослых и детей распространены и составляют до 17% во всей структуре ЛОР-заболеваний. В тяжелых случаях при отсутствии лечения инфекция прогрессирует, распространяясь на ушную раковину, кожу головы и околоушную слюнную железу, среднее и внутреннее ухо, что может привести к развитию менингита и отогенных абсцессов головного мозга. В статье представлен обзор актуальных данных по вопросам этиопатогенеза и лечебной тактики при наружном отите. Знание особенностей физиологии органа слуха и механизмов развития его патологии важно не только для узких специалистов-оториноларингологов, но и врачей разных специальностей, особенно педиатров и врачей общей практики.*

**Ключевые слова:** наружный слуховой проход, отит, клинические проявления, лечение.

V. I. Radzionava, A. A. Rachynskaya

## CLINICAL PRESENTATION AND TREATMENT OF ACUTE OTITIS EXTERNA

*Inflammatory diseases of the external ear are common among children and adults and constitute 17 percent of the Otorhinolaryngologic Diseases. It can progress to the inflammation of the auricle, middle and inner ear, salivary gland, scalp and cause meningitis and otogenic brain abscesses if symptoms and treatment are ignored. In this article (review,) we provide an analysis of actual data about acute otitis externa and describe etiology, pathophysiology, clinical signs and symptoms, therapy. This information are important not only for otorhinolaryngologists but also for other specialists particularly pediatricians and general practitioners.*

**Key words:** external auditory canal, otitis, clinical presentation, treatment.

---

Гнойно-воспалительные заболевания ЛОР-органов до сих пор остаются распространенными и значимыми в клинической практике патологическими процессами. В структуре обращаемости к оториноларингологам и врачам общей практики патология ЛОР-органов гнойно-септической природы занимает одно из ведущих мест [1].

Воспалительные заболевания наружного уха у взрослых и детей, по данным отечественных и зарубежных исследований, составляют до 17% во всей структуре ЛОР-заболеваний [8, 11]. Из них на долю наружных отитов у взрослых приходится до 50% случаев. У детей, по некоторым данным, частота наружных отитов составляет от 12,9 до 21% среди всех заболеваний уха [1, 2, 14].

Наружный отит – воспалительное заболевание ушной раковины и слухового прохода. Выделяют две формы заболевания: ограниченный наружный отит (фурункул наружного слухового прохода) и диффузный наружный отит, часто с вовлечением ушной раковины [15]. В зависимости от причин развития наружный отит может носить вирусный, бактериальный, грибковый, аллергический и идиопатический характер [1], иметь острое или хроническое течение с обострениями. При отсутствии лечения инфекция прогрессирует, распространяясь на ушную раковину, кожу головы и околоушную слюнную железу. В дальнейшем поражение захватывает среднее и внутреннее ухо, что может привести к развитию менингита и отогенных абсцессов головного мозга [6].

Анатомически наружное ухо делится на ушную раковину и наружный слуховой проход, которые содержат эластический хрящ (за исключением мочки уха) и небольшое количество подкожной жировой клетчатки, покрыты кожей с ее придатками. Проксимальная треть наружного слухового прохода является хрящевой, в то время как дистальные две трети – костной [15]. Наружный слуховой проход новорожденных и грудных короткий, узкий, имеет вид щели, выстланной первородной смазкой, состоящей из жира с небольшой примесью кожного эпидермиса. Наружный слуховой проход ребенка до 1 года почти лишен костного отдела, внутренняя костная часть представлена лишь барабанным кольцом. Строение наружного слухового прохода 3–4-летнего ребенка приближается к его строению у взрослого [4].

Основные функции наружного слухового прохода – проведение звуков и защита среднего и внутреннего уха от неблагоприятных факторов внешней среды. Кожа в хрящевой части наружного слухового прохода содержит волосы, сальные (липид-продуцирующие) и апокриновые серные железы, в отличие от костной части, где кожа более тонкая, не содержит ни желез, ни волосяных фолликулов, практически отсутствует подкожная жировая клетчатка.

Ушная сера является результатом производства выделений сальных желез, серных апокриновых желез и примесей слущенных эпидермальных клеток. Помимо механической защиты (задерживает пылевые частицы, отталкивает воду и т. д.) ушная сера поддерживает неблагоприятную кислую среду для патогенных микроорганизмов, а также содержит в своем составе некоторые противовирусные и антимикробные компоненты, такие как лизоцим [11].

Следует помнить, что наружный слуховой проход представляет собой самоочищающуюся анатомическую структуру за счет соседства с височно-нижнечелюстным суставом. При движении в суставе происходит перемещение ушной серы в проксимальном направлении кнаружи наружного слухового прохода. Чрезмерная тяга пациентов

к «гигиене» является наиболее частой причиной развития воспаления наружного слухового прохода, во-первых, за счет внедрения патогенов через поврежденную кожу и во-вторых, удаление ушной серы приводит к нарушению защитного барьера.

В наружных слуховых проходах постоянно присутствует сапрофитная флора. Два наиболее часто высеваемых вида микроорганизмов у здоровых людей – это стафилококки (*S. auricularis*, *S. epidermidis*, *S. capitis*) и различные виды коринебактерий (*Turicella otitidis*, *C. auris*). Третью группу составляют стрептококки и энтерококки (*Alloisococcus otitis*). Все вместе вышеназванные микроорганизмы составляют более 90% от нормальной микрофлоры в наружном слуховом проходе [21].

#### Предрасполагающие факторы развития наружного отита

Необходимо отметить, что, несмотря на большое число современных методов лечения данной патологии, сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости наружным отитом среди всех возрастных групп [11]. Обусловлено это широким использованием наушников, популярностью различных водных процедур (посещение бассейна, аквапарка) и профессиональными вредностями [1, 4, 2, 8]. Известна такая нозологическая единица, как «ухо пловца», хотя все, что разрушает защитный липидный слой кожи наружного слухового прохода может привести к попаданию и распространению бактериальной инфекции [19, 21]. Распространенность патологии наружного уха определяется также неблагоприятным воздействием окружающей среды, широким и бесконтрольным применением медикаментозных препаратов, вызывающих иммунологические сдвиги в организме, увеличением количества пациентов с различными формами и клиническими проявлениями аллергопатологии. Помимо этого, факторами, способствующими развитию наружного отита, являются эндокринные нарушения, в частности сахарный диабет, различные типы гиповитаминозов и вторичные иммунодефицитные состояния [1, 11, 18].

Травмы кожи наружного слухового прохода во время чистки ушей подручными средствами, в том числе ватными палочками, являются наиболее распространенными факторами, предрасполагающими к развитию диффузного наружного отита. Другими предрасполагающими факторами являются врожденные узкие наружные слуховые проходы и экзематозное поражение.

Отмечено повышение уровня заболеваемости в летний период.

#### Возбудители острого наружного отита

Согласно эпидемиологическим данным, воспаление наружного слухового прохода обусловлено на 65% бактериальной флорой. Из бактериальных возбудителей наиболее часто встречаются *E. Coli*, *Ps. Aeruginosa*, *S. Aureus*, причем ведущим возбудителем, принимающим участие в развитии данной патологии, является синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa*), на долю которой приходится до 38% в общей структуре возбудителей отита [2, 14, 4].

Иногда *Ps. aeruginosa* обнаруживается в сочетании с другими микроорганизмами: *E. coli*, *P. vulgaris*, *S. aureus* и редко – грибами [8, 15, 9].

В ряде случаев наружный отит, вызванный синегнойной палочкой, может принять злокачественное течение и перейти в псевдомонадный остеомиелит височной кости.

### Клинические проявления заболевания

При диффузном наружном отите поражается кожа наружного слухового прохода, подкожная клетчатка (в перепончато-хрящевой части) и надкостница, лежащая непосредственно под кожей в костной части наружного слухового прохода. Основными симптомами заболевания является различной степени интенсивности боль (70%), нередко усиливающаяся при жевании, открывании рта, движении ушной раковины (при осмотре), зуд (60%), снижение слуха (32%) и ощущение давления или распирания в ухе (22%). Температура тела редко повышается выше субфебрильных цифр [22].

У детей раннего и младшего школьного возраста наружный диффузный отит часто сопровождается общетоксической реакцией организма: повышением температуры тела до фебрильных цифр, слабостью и ознобом [4].

Ведущим диагностическим приемом при наличии у пациента вышеперечисленных симптомов является отоскопия. При отоскопии будет определяться гиперемия и инфильтрация кожи (локальная или диффузная, концентрически суживающая просвет наружного слухового прохода в хрящевом отделе), гнойные выделения и наличие корок на стенках наружного слухового прохода. Обозримая барабанная перепонка может быть слегка гиперемирована, но слуховая функция обычно нарушена незначительно. В ряде случаев при сильной инфильтрации внешний вид барабанной перепонки не может быть оценен [22].

### Лечение острого наружного отита

В связи с отсутствием ранней микробиологической диагностики лечебная тактика при наружном отите у взрослых и детей в основном построена на стартовом эмпирическом назначении системных и местных противовоспалительных препаратов. Для эффективности проведения антимикробной терапии при наружных отитах необходимым условием является выбор антибактериальных препаратов с широким спектром действия, высоким уровнем биодоступности и безопасности. Необходимым требованием также является назначение симптоматической и гипосенсибилизирующей терапии.

Терапия наружного отита назначается с учетом клинической картины и характера патогенной микрофлоры. При неосложненном течении достаточно назначения короткого курса местных комбинированных препаратов, содержащих в своем составе антибактериальные препараты и глюкокортикостероиды. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением диффузного наружного отита, при повышении температуры тела более 3-х дней, изменениях в общем анализе крови, выраженном болевом синдроме, распространении воспалительного процесса за пределы слухового прохода, при наличии регионарной лимфаденопатии, при подозрении на распространение инфекции на среднее ухо или признаках некротизации процесса, а также в случае затяжного течения рекомендуется применение системной антибиотикотерапии [8], нестероидных противовоспалительных препаратов. При назначении антибиотиков следует учесть, что информация о спектре микробной флоры появится не ранее чем через 4 суток после взятия материала (мазка из уха). Поэтому для достижения желаемого эффекта при эмпирическом назначении терапии предпочтение отдается антимикробным препаратам, обладающим широким спектром действия, стартовым

препаратом является амоксициллин или амоксициллина клавуланат. При наружном отите, характеризующемся неблагоприятным, злокачественным характером течения, отдается предпочтение препаратам, обладающим антисинегнойными свойствами: карбапенемы, цефалоспорины и фторхинолоны. В отдельных случаях при наличии высоко реактивных процессов, а также при отсутствии эффекта от назначения указанных препаратов на 2–3-и сутки терапии показано применение аминогликозидов (амикацин) [1].

Локальная терапия в очаге инфекции включает в себя ежедневный туалет слухового прохода с дезинфицирующими средствами с последующим тщательным высушиванием и введением лекарственных средств на турундах 3–4 раза в день: назначаются местные препараты, обладающие значимой антибактериальной активностью. При зуде назначают 1% ментол в персиковом масле, 2–3% р-р салицилового спирта. Хороший эффект дает применение комбинированных мазей и растворов, содержащих глюкокортикостероиды (неомицин/полимиксин В/дексаметазон, бетаметазон/гентамицин, бетаметазон/клотримазол/гентамицин, фрамицетин/грамицетин/дексаметазон и др.). Следует помнить, что ушные капли с кортикостероидами и антибиотиками противопоказаны при грибковой инфекции наружного уха. Ряд ушных капель противопоказан при наличии перфорации барабанной перепонки.

С медикаментозной терапией хорошо сочетать физиотерапию: УФО, УВЧ, облучение стенок наружного слухового прохода гелий-неоновым лазером. При упорном рецидивирующем течении показано применение антистафилококкового анатоксина, аутогемотерапии [17].

Таким образом, наружный отит занимает значимое место среди гнойно-воспалительных заболеваний ЛОР-органов у детей и взрослых. Пациенты с заболеванием наружного уха встречаются в практике не только врача-оториноларинголога, но и в педиатрической и общеврачебной практике, могут обращаться к другим специалистам. Несвоевременная и неадекватная диагностика и лечение патологии уха, и в частности, наружного отита, ведет к хронизации процесса, развитию распространенных и осложненных форм заболевания, в том числе угрожающих жизни пациента. Профилактика наружного отита заключается в правильном уходе за кожей наружных слуховых проходов, искоренении привычки использования подручных предметов для очистки наружного слухового прохода, ограничении использования наушников, берушей, своевременном адекватном лечении заболеваний среднего уха и общей сопутствующей патологии.

### Литература

1. *Бабияк, В. И.* Нейрооториноларингология / В. И. Бабияк, В. Р. Гофман, Я. А. Накатис. – СПб.: Гиппократ, 2002. – 728 с.
2. *Блоцкий, А. А.* Неотложные состояния в оториноларингологии / А. А. Блоцкий, С. А. Карпищенко. – СПб.: Диалог, 2009. – 208 с.
3. *Бобошко, М. Ю.* Слуховая труба: руководство / М. Ю. Бобошко, А. И. Лопатко. – СПб.: СпецЛит, 2003. – 360 с.
4. *Богомильский, М. Р.* Детская оториноларингология / Богомильский М. Р., Чистякова В. Р. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 432 с.
5. *Гофман, В. Р.* Отогенный неврит лицевого нерва / В. Р. Гофман [и др.]. – СПб.: Контур М, 1994. – 156 с.
6. *Косяков, С. Я.* Злокачественный некротический наружный отит – многоликая клиника, трудности диагностики и лечения / С. Я. Косяков, О. А. Алексеевская // Росс. оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 45–50.

## ★ В помощь войсковому врачу

7. Крюков, А. И. Ограниченный наружный отит - дифференциальная диагностика и подходы к терапии / А. И. Крюков [и др.] // Медицинский совет. – 2015. – № 3. – С. 60–64.

8. Кустов, М. О. Микрофлора наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом / М. О. Кустов [и др.] // Росс. оториноларингология. – 2012. – № 3. – С. 66–70.

9. Мосихин, С. Б. Анализ видового состава микрофлоры у больных наружным отитом / С. Б. Мосихин, Е. М. Покровская, А. В. Безбрызгов // Вестн. оториноларингологии. – 2013. – Прил. № 5. – С. 85–86.

10. Никитин, К. А. К вопросу о гигиене наружного слухового прохода / К. А. Никитин // Медицинский совет. – 2013. – № 3. – С. 33–39.

11. Никитин, К. А. Местное этиотропное лечение при остром наружном и среднем отитах / К. А. Никитин, И. Г. Арустамян, Е. В. Болознева / Медицинский совет. – 2013. – № 7. – С. 22–25.

12. Оковитый, С. В. Медикаментозная терапия наружного и среднего отита / С. В. Оковитый, Д. Ю. Ивкин, С. В. Малыгин // Вестн. оториноларингологии. – 2012. – № 1. – С. 52–56.

13. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 565–571.

14. Оториноларингология для врача общей практики / В. В. Дискаленко, Г. В. Лавренова, Е. Ю. Глухова; под ред. М. С. Плужникова. – СПб: Манускрипт, 1997. – 352 с.

15. Пальчун, В. Т. Микробный пейзаж и пути рациональной антибиотикотерапии при острых гнойных заболеваниях ЛОР-орга-

нов / В. Т. Пальчун [и др.] // Вестн. оториноларингологии. – 2004. – № 5. – С. 4–8.

16. Пальчун, В. Т. Очаговая инфекция и септические состояния в оториноларингологической практике / В. Т. Пальчун, А. В. Гуров // Вестн. оториноларингологии. – 2009. – № 6. – С. 63–68.

17. Пальчун, В. Т. Руководство по практической оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин – М.: МИА, 2010. – С. 344.

18. Шустер, М. А. Неотложная помощь в оториноларингологии / М. А. Шустер, В. О. Калина, Ф. И. Чумаков / М.: Медицина, 1989. – 305 с.

19. Agius, A. M. A prospective study of otitis externa / A. M. Agius, J. M / Pickles, K. L. Burch / Clin. Otolaryngol. Allied Sci. – 1992. – 17: 150-4.

20. Bojrab, D. I, Otitis externa. Diseases of the external auditory canal / D. I. Bojrab, T. Bruderly, Y. Abdulrazzak // Otolaryngol. Clin. North. Am. – 1996. – Oct;29(5). – P. 761–782.

21. Russell, J. D. What causes acute otitis externa? / J. D. Russell [et al.] / J Laryngol Otol. – 1993, 107: 898-901.

22. Senturia, B. H. Diseases of the External Ear / B. H. Senturia, M. D. Marcus, F. E. Lucente // An Otologic-Dermatologic Manual, 2nd ed. –New York, Grune & Stratton. – 1980. – 204 p.

23. Stroman, D. W. Microbiology of normal external auditory canal / D. W. Stroman [et al.] // Laryngoscope. – 2001. – 111: 2054-9.

Поступила 11.03.2019 г.