

РОССИЙСКАЯ ФЕДЕРАЦИЯ

Министерство здравоохранения Забайкальского края

Государственное учреждение здравоохранения

«КРАЕВАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ БОЛЬНИЦА»

Коханского ул., д.7, г. Чита, 672038,

тел. 31-43-23, факс. (302-2) 31-43-24
E-mail: priem@kkb.chita.ru.

02.11.2020 № 958-о

УТВЕРЖДАЮ

врач  Главный
Шальнев В.А.

Информационное письмо
Современные подходы к лечению наружного отита
различной этиологии

Врач отделения оториноларингологии Смирнова Е.В.

Актуальность

Воспалительные заболевания наружного уха у пациентов различных возрастных групп, по данным многочисленных отечественных и зарубежных исследований, составляют до 17% всей ЛОР-патологии. В амбулаторно-поликлиническом звене удельный вес пациентов с различными формами отита достигает 38%, из них больных наружным отитом – в среднем 50%. Сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости наружным отитом среди всех возрастных групп. Это связано не только с неблагоприятным воздействием окружающей среды, широким и бесконтрольным применением медикаментозных средств, вызывающих иммунологические сдвиги в организме, но и с увеличением количества больных с аллергическим фоном. Наибольшая распространенность патологии отмечается в старшем детском и молодом возрасте. На протяжении жизни в среднем каждый 10-й человек минимум один раз переносит наружный отит, а 3–5% населения страдают хронической формой наружного отита [1]. Болезнь наиболее распространена среди людей, длительно находящихся в условиях повышенной влажности.

Этиология и патогенез

Воспалительные заболевания наружного уха, по данным литературы, в 60–98% случаев имеют бактериальную природу. Микробный пейзаж при наружном отите с течением времени претерпел изменения. В последнее время роль синегнойной палочки возросла в среднем до 78%, тогда как золотистый стафилококк встречается только в 9–27% случаев [2]. Начинаясь как наружный отит, вызванный синегнойной палочкой, злокачественный наружный отит может перейти в псевдомонадный остеомиелит височной кости. Реже при воспалительных заболеваниях наружного уха определяются *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.

Значительную роль в этиопатогенезе отитов играет общее состояние организма. В связи с этим очень часто наружный отит встречается у пациентов с сахарным диабетом, нарушением иммунного статуса.

Такие защитные механизмы, как слабая кислая среда (рН 5,0–5,7) на поверхности кожи наружного слухового прохода и 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: травмами, длительным пребыванием во влажной среде, изменениями кожи на фоне нарушения обмена веществ, сахарного диабета, различных дерматитов, экзематозных процессов. Предрасполагающими к возникновению наружного отита факторами служат 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 [3].

По этиологическому фактору наружный отит может быть бактериальным, вирусным, грибковым, аллергическим, идиопатическим.

Клиническая картина

Основными симптомами наружного отита являются боль в ухе (70%), зуд (60%), снижение слуха (32%) и ощущение давления или распирания в ухе (22%) [1]. Отоскопически определяются гиперемия и инфильтрация кожи перепончато-хрящевой части слухового прохода, его просвет суживается порой до такой степени, что барабанная перепонка становится недоступной для обзора. Десквамированный эпителий смешивается с гноем, в результате чего образуются кашицеобразные массы с резким гнилостным запахом. При надавливании на козелок либо оттягивании ушной раковины кзади и кверху, как правило, у таких пациентов возникает боль, что позволяет провести дифференциальную диагностику между воспалением наружного и среднего уха. Диффузный наружный отит следует дифференцировать от злокачественного наружного отита, фурункулеза, буллезного наружного отита и себорейного дерматита [3]. Онкологические заболевания наружного уха, к счастью, встречаются не так часто, но длительно текущее инфекционное воспаление, не поддающееся консервативному лечению, с выраженным разрастанием грануляционной ткани может потребовать проведения биопсии с последующим гистологическим исследованием для исключения злокачественного новообразования наружного уха [4].

Для диффузного наружного отита характерно поражение кожи наружного слухового прохода, подкожной клетчатки (в перепончато-хрящевой части) и надкостницы, лежащей непосредственно под кожей в костной части наружного слухового прохода. Заболевание, как правило, сопровождается болью в ухе, снижением остроты слуха, зудом и гнойными выделениями. Диагноз основывается на наличии типичных признаков диффузного воспаления кожи наружного слухового прохода, которое иногда распространяется на барабанную перепонку. Процесс имеет острое или хроническое течение с обострениями.

В ряде случаев наружный отит, вызванный синегнойной палочкой, может принять злокачественное течение и перейти в псевдомонадный остеомиелит височной кости, при отсутствии лечения инфекция прогрессирует, распространяясь на ушную раковину, кожу головы и околоушную слюнную железу. Впоследствии поражение захватывает среднее и внутреннее ухо, что может привести к развитию менингита и отогенным абсцессам головного мозга.

При ограниченном наружном отите воспаление всегда локализовано в фиброзно-хрящевой части наружного слухового прохода. Это необходимо учитывать при дифференциальной диагностике гнойного среднего отита, сопровождающегося мастоидитом, когда отоскопически определяется нависание кожи в передне-верхнем отделе наружного слухового прохода. Для стадии инфильтрации характерны локальная гиперемия и уплотнение кожи. В стадии абсцедирования покраснение кожи может распространяться на всю поверхность наружного слухового прохода, однако всегда определяется резко болезненный инфильтрат с просвечивающим гнойным стержнем на его верхушке, плотный при пальпации. Для ограниченного наружного отита характерно поражение волосяного фолликула и окружающей его подкожной клетчатки. Заболевание сопровождается болью в ухе, постепенно прогрессирующей, постоянного характера, усиливающейся при открывании рта и жевании. Снижение слуха не является характерной жалобой, однако при фурункуле крупных размеров, перекрывающем просвет наружного слухового прохода, можно наблюдать картину кондуктивной тугоухости на стороне пораженного уха.

Диагностика и дифференциальная диагностика

Постановка диагноза при наружном отите основывается на жалобах больного, анамнезе заболевания, данных общей клинической картины, а также результатах отоскопии.

Оптимальным диагностическим методом считается проведение комплексных лабораторных микробиологических исследований, направленных на выявление возбудителя заболевания и определение его чувствительности к специфической терапии.

Дифференциальную диагностику диффузного наружного отита необходимо проводить с острым средним отитом, мастоидитом, а также с гнойным паротитом.

Характерными признаками рожистого воспаления наружного уха являются симптомы общей интоксикации: повышение температуры тела до 39–40° С, озноб и головная боль. Выделяют эритематозную форму, буллезную и буллезно-геморрагическую. При эритематозной форме отмечаются выраженная гиперемия и отек кожных покровов всей ушной раковины с четкими краями, включая мочку уха. При пальпации определяется резкая болезненность. Для буллезной формы заболевания характерно образование пузырей с серозным содержимым на фоне гиперемии ушной раковины. При буллезно-геморрагической форме определяются пузыри с серозно-геморрагическим содержимым. Возможно также распространение рожистого воспаления на барабанную перепонку, при этом возникает рожистый средний отит. Дифференциальная диагностика проводится с хондроперихондритом ушной раковины (мочка уха в воспалительный процесс не включена), а также с мастоидитом (при распространении гиперемии на область сосцевидного отростка).

Хондроперихондрит ушной раковины – диффузное воспаление надхрящницы с вовлечением в процесс кожи наружного уха. По форме заболевания различают серозный и гнойный перихондрит. Причинами заболевания могут быть травмы, ожоги, укусы насекомых. Возможно возникновение перихондрита и как осложнения фурункула слухового прохода, а также диффузного наружного отита. Для клинической картины хондроперихондрита характерна боль в области ушной раковины или наружного слухового прохода с иррадиацией в прилегающие ткани. Отек и гиперемия распространяются по всей ушной раковине, исключая мочку уха. В дальнейшем возможно появление флюктуации, за счет образования гнойного экссудата. При прогрессировании заболевания происходит расплавление хряща с отторжением некротизированных тканей и последующей деформацией ушной раковины. Дифференциальный диагноз проводят с рожистым воспалением и отогематомой.

При герпетическом отите наблюдаются выраженная интоксикация и лихорадка. Характерны также резкая боль в ухе, зуд, покалывание. К особенностям герпетического поражения уха относятся высыпания в виде розовых пятен, с последующим образованием пузырьков с прозрачным содержимым. Высыпания локализуются по ходу чувствительных нервов (задняя поверхность ушной раковины, мочка уха, кожа слухового прохода). После самостоятельного вскрытия пузырьков через 7–10 дней образуются корки, после отпадания которых, следов на коже не остается. При данном заболевании возможны осложнения в виде арахноидита, менингита, абсцесса мозга, периферического пареза лицевого нерва, а также вестибулярные расстройства, сенсоневральная тугоухость.

Дифференциальная диагностика проводится с экземой наружного уха, буллезной формой рожистого воспаления.

Лечебная тактика

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 антимикробной терапии при наружных отитах необходимым условием является назначение антибактериальных препаратов широкого спектра действия, с высоким уровнем биодоступности и безопасности, а также симптоматической и гипосенсибилизирующей терапии [5].

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 антибиотики. Пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением диффузного наружного отита при повышении температуры тела, распространении воспалительного процесса за пределы слухового прохода, наличии регионарной лимфаденопатии, подозрении на распространение инфекции на среднее ухо или признаках некротизации процесса, а также в случае затяжного течения рекомендуется применение системной антибиотикотерапии [6].

При лечении фурункула наружного слухового прохода, как правило, назначают антибиотики системного действия. Препаратами выбора являются защищенные пенициллины или препараты цефалоспоринового ряда. В стадии инфильтрации в качестве местной терапии целесообразно применение антибактериальных мазей 3–4 р./сут. Возможно сочетание с физиотерапией (УВЧ-терапия). При неэффективности терапии в стадии абсцедирования производится хирургическое лечение (вскрытие фурункула).

Лечение рожистого воспаления проводится в условиях стационара. Для лечения используются антибиотики пенициллинового ряда в сочетании с гипосенсибилизирующей терапией. В качестве местной терапии используется туширование пораженных участков 3–5% раствором калия перманганата.

При лечении перихондрита ушной раковины препаратами выбора служат антибиотики широкого спектра действия: цефалоспорины III–IV поколения, фторхинолоны – у взрослых и детей старше 15 лет. В качестве местной терапии используется туширование 3–5% раствором калия перманганата, мазевые аппликации с полимиксином, а также физиотерапевтические процедуры (УФО, УВЧ-терапия, лазеротерапия). При появлении флюктуации проводят вскрытие и дренирование субперихондральных гноевых участков с удалением некротизированных участков тканей.

При герпетическом поражении наружного уха лечение должно быть комплексным, включающим дезинтоксикационную, противовоспалительную и гипосенсибилизирующую терапию. Кроме того, обязательна специфическая противовирусная терапия ацикловиром. Для предупреждения вторичного бактериального воспаления назначают антибиотики пенициллинового и цефалоспоринового ряда.

При микозных наружных отитах применяется нитрофунгин. Он используется при различных видах грибкового поражения кожи: трихофитии, грибковой экземе, эпидермофитии, кандидозе. При кандидозе можно сочетать обработку нитрофунгином с применением клотримазола. При поражении плесневыми грибами эффективны амфотерицин В, амфоглюкамин, микогептин.

При злокачественном наружном отите экстренно назначают антибиотики, активные в отношении *Pseudomonasaeruginosa*: пенициллины (азлоциллин, пиперациллин), цефалоспорины (цефтазидим, цефоперазон, цефепим), азтреонам, цiproфлоксацин. Все эти антибиотики желательно назначать в комбинации с аминогликозидами (гентамицин, тобрамицин, нетилмицин, амикацин) и применять в высоких дозах в/в, в течение 4–8 нед. (за исключением аминогликозидов). При стабилизации состояния возможен переход на пероральную терапию цiproфлоксацином.

При лечении бактериального диффузного наружного отита этиотропная терапия зависит от вида возбудителя. При бактериальном диффузном отите препаратами выбора для проведения системной антибактериальной терапии являются антибиотики широкого спектра действия, предпочтение отдается препаратам с антисинегнойной активностью (цефалоспорины III поколения, фторхинолоны – у взрослых и детей старше 15 лет).

Центральное место в лечении наружного отита занимают топические препараты. Учитывая спектр основных возбудителей острого диффузного наружного отита, следует применять лекарственные средства, эффективные в отношении золотистого стафилококка и синегнойной палочки, а учитывая наличие характерного болевого синдрома при данной

патологии, целесообразно применять местные препараты, в состав которых входит местный анестезирующий компонент. Из антибактериальных средств для местного лечения диффузного наружного отита чаще всего применяются аминогликозиды, т. к. эти препараты достаточно полно перекрывают спектр (прежде всего грамтрицательных микроорганизмов, вызывающих наружный отит) и обеспечивают хорошее аппликационное действие.

Препараты, применяемые для местного лечения наружного отита, выпускаются в форме мазей, кремов, ушных капель. Ушные капли – универсальная и наиболее распространенная форма выпуска.

По нашему мнению, для лечения диффузного наружного отита одними из наиболее эффективных являются ушные капли Анауран – комбинированный препарат, в состав которого, наряду с обладающими мощным противомикробным действием неомицином и полимиксином В, входит лидокаин – сильный местный анестетик.

Неомицина сульфат – антибиотик группы аминогликозидов, обладающий широким спектром действия. Препарат представляет комплекс антибиотиков (неомицин А, неомицин В, неомицин С), образующихся в процессе жизнедеятельности лучистого гриба (актиномицета) *Streptomycesfradiae* или родственных микроорганизмов. Неомицина сульфат обладает бактерицидным действием широкого диапазона: в отношении штаммов грамположительных и грамтрицательных бактерий (включая *S. pneumoniae*, *Staphylococcuspp.*, *E. coll*, *Proteusspp.*, *Shigelladysenteriaspp.*, *Shigellaboydiispp.*, *Shigellaflexnerispp.* и *Shigellasonneispp.*). Устойчивость микроорганизмов к неомицину развивается крайне медленно.

Уникальность и эффективность действия Анаурана объясняется присутствием в составе капель полимиксина, что отличает Анауран от аналогичных препаратов. Полимиксины – группа антибиотиков, синтезируемых определенным штаммом спорообразующей палочки, по химическому составу относятся к циклическим пептидам. Системное применение полимиксинов в связи с их высокой токсичностью ограничено. В то же время побочные явления при местном применении полимиксина крайне редки. Основные показания к его применению – тяжелые инфекции, вызванные псевдомонадами и клебсиеллами (пневмония, абсцесс легкого, сепсис, эндокардит, менингит). Уникальный спектр антибактериального действия в отношении грамтрицательных бактерий, и прежде всего большинства штаммов *P. aeruginosa* и *E. Coli*, делает полимиксин препаратом выбора для лечения наружного отита [7].

Присутствие в составе препарата лидокаина – местного анестетика – позволяет быстро и безопасно справиться с болевыми ощущениями, сопровождающими большинство заболеваний наружного уха, а также снять такое проявление воспаления, как отечность. Адекватное обезболивание стоит на одном из первых мест в комплексной терапии наружного отита, оно позволяет значительно облегчить состояние пациентов в максимально короткие сроки.

Таким образом, можно рекомендовать Анауран как препарат выбора в лечении наружных отитов бактериальной этиологии.

В заключение следует отметить, что лучшим методом лечения отита является его профилактика, т. е. своевременное лечение ОРВИ, заболеваний носа, околоносовых пазух и носоглотки, а также соблюдение правил гигиены наружного уха.