



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Клинические рекомендации

Наружные отиты

МКБ 10: **H60.1/ H60.2/ H60.3/ H60.4/ H60.5/ H60.8/ H60.9/ H61.0/ H61.9/ H62.0/
H62.1/ H62.2/ H62.3/ H62.4/ H62.8/**

Год утверждения (частота пересмотра): 2014 (**пересмотр каждые 3 года**)

ID: **KP21**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

Утверждены

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

Согласованы

Научным советом Министерства
Здравоохранения Российской Федерации

_____ 201_ г.

Оглавление

Ключевые слова	3
Список сокращений.....	4
Термины и определения.....	5
1 Краткая информация	6
1.1 Определение	6
1.2 Этиология и патогенез	6
1.3 Эпидемиология	6
1.4 Кодирование по МКБ 10	7
1.5 Классификация	8
2. Диагностика	8
2.1 Жалобы и анамнез	8
2.2 Физикальное обследование	8
2.3 Лабораторная диагностика	9
2.4 Инструментальная диагностика	9
2.5 Иная диагностика	10
3. Лечение.....	10
3.1. Консервативное лечение.....	10
3.2. Хирургическое лечение.	13
3.3. Иное лечение.....	14
4. Реабилитация	14
5. Критерии оценки качества медицинской помощи	14
Список литературы.....	16
Приложение А1. Состав рабочей группы.	17
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций.	17
Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.	19
Приложение В. Информация для пациента.	20

Ключевые слова

- наружный слуховой проход
- диффузный наружный отит
- ограниченный наружный отит
- отомикоз
- этиотропный фактор
- микробные ассоциации
- злокачественный наружный отит
- топические эндоуральные препараты

Список сокращений

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ЗНО – Злокачественный наружный отит

КТ – компьютерная томография

МКБ 10 – Международная классификация 10 пересмотра

НО – наружный отит

Термины и определения

1 Краткая информация

1.1 Определение

Наружный отит (НО) - заболевание, характеризующееся воспалительные изменения в структурах ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки.

1.2 Этиология и патогенез

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.

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.

1.3 Эпидемиология

Распространённость воспалительных заболеваний наружного уха составляет от 17 до 30% среди всей отоларингологической 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 врачу-оториноларингологу (ЛОР-врачу) и ряд других моментов.

Наружный отит является достаточно распространенным заболеванием, однако эпидемиология еще 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.

1.4 Кодирование по МКБ 10

Н60.0 - Абсцесс наружного уха;

Н60.1 - Целлюлит наружного уха;

Н60.2 - Злокачественный наружный отит;

Н60.3 - Другие инфекционные наружные отиты;

Н60.4 - Холестеатома наружного уха;

Н60.5 - Острый наружный отит неинфекционный;

Н60.8 - Другие наружные отиты;

Н60.9 – Наружный отит неуточненный;

Н61.0 - Перихондрит наружного уха;

Н61.9 - Болезнь наружного уха неуточненная;

Н62.0 – Наружный отит при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Н62.1 – Наружный отит при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Н62.2 – Наружный отит при микозах;

Н62.3 – Наружный отит при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках;

Н62.4 - НО при других болезнях, классифицированных в других рубриках;

Н62.8 - Другие поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках.

1.5 Классификация

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).

2. Диагностика

2.1 Жалобы и анамнез

Основной жалобой при НО является дискомфорт и боль в ухе, в ряде случаев усиливающиеся при пальпации и жевании. При выраженном воспалительном процессе в ухе возможна иррадиация боли в глаз, зубы, глотку. Снижение слуха характерно в случае полной obturации слухового прохода воспалительно изменёнными тканями или патологическим отделяемым. В ряде клинических случаев отмечаются зуд и /или отделяемое из уха.

Системные проявления;

- лихорадка (в подавляющем большинстве случаев субфебрильная температура тела);

- ухудшение самочувствия (явления инфекционного токсикоза).

2.2 Физикальное обследование

Местные проявления:

- гиперемия, отек, инфильтрация, лихенификация и другие изменения кожи наружного слухового прохода, в некоторых случаях – ушной раковины и поверхностного слоя барабанной перепонки

- патологическое отделяемое в слуховом проходе

- при ограниченных формах – наличие абсцессов и инфильтратов в слуховом проходе, других отделах наружного уха

- явления регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность околоушных, передне- и задне-шейных лимфатических узлов)

2.3 Лабораторная диагностика

- **Рекомендуется** бактериологическое и бактериоскопическое исследование мазка из наружного слухового прохода на микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антибиотикам и другим лекарственным препаратам, цитология и биопсия тканей наружного уха.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV)

Комментарии: Условия забора материала для бактериологического исследования:

- до начала антимикробной терапии;
- под контролем отоскопии;
- материал получают из просвета или со стенок наружного слухового прохода тонким зондом, не контактируя с дистальными отделами наружного уха.

2.4 Инструментальная диагностика

- Рекомендовано: По показаниям функциональные исследования органа слуха (камертональное исследование, аудиометрия). По показаниям, а также при осложненных формах заболевания (формирование костных секвестров, абсцессов), а также при подозрении на злокачественный наружный отит (ЗНО) лучевые (рентгенография и компьютерная томография височных костей) и магнитно-резонансные методы, сцинтиграфия.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: При неосложнённых формах наружного отита и процессов, не распространяющихся на среднее и внутреннее ухо, может иметь место кондуктивная тугоухость; деструктивные изменения височной кости и основания черепа (за исключением злокачественного наружного отита) не характерны.

2.5 Иная диагностика

- Рекомендовано: При поражении наружного уха на фоне системных, в том числе инфекционных, заболеваний, необходима консультация соответствующего специалиста и дополнительное обследование.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *Очень важно провести дифференциальную диагностику наружного отита с его злокачественной формой. Для ЗНО характерно наличие ряда признаков, к которым относятся:*

- *боль в области уха, а также головная боль на стороне поражения;*
- *отечность стенок наружного слухового прохода;*
- *наличие отделяемого из уха;*
- *грануляции в слуховом проходе;*
- *микроабсцессы в области наружного уха и основания черепа;*
- *наличие очага воспаления по данным сцинтиграфии;*
- *отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии более одной недели*
- *наличие синегнойной палочки по результатам бактериологического исследования.*

Дополнительными критериями являются:

- *сахарный диабет;*
- *нейропатии черепно-мозговых нервов;*
- *истощение;*
- *пожилой возраст.*

Для постановки диагноза злокачественный наружный отит необходимо наличие всех основных критериев. При невозможности выполнить сцинтиграфию рекомендуется проведение местного консервативное лечение в течение 1 - 3 недель. Отсутствие положительной динамики также свидетельствует в пользу злокачественного наружного отита[1].

3. Лечение

3.1. Консервативное лечение

- Не рекомендуется назначение системной антибактериальной терапии в случае неосложненного наружного отита.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: 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.

- Рекомендуется проведение системной антибиотикотерапии больным с постлучевыми наружными отитами, при наличии сопутствующего сахарного диабета или состояния иммуносупрессии [2,3].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- Рекомендуется местная терапия наружных отитов.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: 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 [2,4]. Резистентность микроорганизмов, возможное наличие грибковой флоры требует проведения микробиологического исследования с последующим подбором терапии соответственно спектру инфекционных агентов и их чувствительности. Учитывая спектр основных возбудителей острого диффузного наружного отита, применяемые лекарственные средства должны быть эффективны в отношении золотистого стафилококка и синегнойной палочки. Эффективность проводимой терапии оценивается в сроки 48 - 72 часов. Персистирование симптомов требует уточнения диагноза, исключения атопического, контактного дерматита, проявлений псориаза или экземы [2,4,8].

- Рекомендуется исключение предрасполагающих факторов, адекватное обезболивание, регулярный туалет наружного слухового прохода как общепринятые принципы лечения больных бактериальными диффузными наружными отитами.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

- Рекомендуется применение различных антисептиков (мирамистин, йодинол) и антимикробных препаратов (фторхинолоны, аминогликозиды, противогрибковые средства) [2,6,7].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV)

Комментарии: *Используются как монопрепараты, так и комбинированные - сочетания различных антибактериальных и противогрибковых средств, с добавлением глюкокортикостероидов и местных анестетиков. По данным ряда 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 [2,5].*

- Рекомендуется применение препаратов, содержащих фторхинолоны.

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Комментарии: *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; офлоксацина гидрохлорид в настоящее время считается золотым стандартом в терапии хронического гнойного среднего отита. Данные препараты эффективны и в лечении диффузного наружного отита.*

- Рекомендуется применение местных препаратов для лечения наружного отита в виде ушных капель (табл.1).

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

Таблица 1 – Капли, применяемые при наружных отитах.

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

- Рекомендуется длительный (не менее 6 недель) курс системной антибиотикотерапии, включая препараты, обладающие антисинегнойной и антистафилококковой активностью в лечении злокачественного наружного отита

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV)

3.2. Хирургическое лечение.

- Рекомендуется 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 убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV)

3.3. Иное лечение.

- Рекомендовано использовать физиотерапевтические методы, такие как воздействие низкочастотного магнитного поля, низкоэнергетического лазерного излучения, ультрафиолетового лазерного излучения, фоноэлектрофореза лекарственных веществ [5,6].

Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).

4. Реабилитация

Не рекомендована.

5. Критерии оценки качества медицинской помощи

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
1	Выполнено бактериологическое и микологическое исследование отделяемого из наружного слухового прохода с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при наружном отите)	4	D
2	Выполнен туалет наружного слухового прохода (при наружном отите)	4	D
3	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	4	D
4	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)	4	D
6	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости (при злокачественном наружном отите)	4	D
7	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани и/или бактериологическое исследование отделяемого и/или микологическое исследование отделяемого (при хирургическом вмешательстве)	4	D
8	Проведена антибактериальная и/или противогрибковая терапия местными и/или системными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	4	D

№	Критерий качества	Уровень достоверности доказательств	Уровень убедительности рекомендаций
9	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	4	D
10	Отсутствие внутричерепных осложнений в период госпитализации	4	D

Список литературы

1. Cohen D., Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis. // J. Laryngol. Otol. 1987 Mar;101(3):216-21.
2. Rosenfeld R.M., Schwartz S.R., Cannon C.R., Roland P.S., Simon G.R., Kumar K.A., Huang W.W., Haskell H.W., Robertson P.J. Clinical practice guideline: acute otitis externa. // Otolaryngol Head Neck Surg. 2014 Feb;150(1 Suppl):S1-S24.
3. 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.
4. Крюков А.И. Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха. // Лечащий врач. – 2002. - №10 - с. 20 – 24.)
5. Поливода А.М., Воспалительные заболевания наружного уха. // Вестник оториноларингологии. 2006. - № 3. - с. 63 – 66.
6. Косяков С.Я. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - № 1. - с. 81–85.
7. Osguthorpe J.D., Nielsen D.R. Otitis externa: Review and clinical update.// Am Fam Physician. - Nov 1 2006; 74(9): 1510 - 6.
8. Пухлик С.М. Ультрафиолетовая лазерная терапия наружного отита: Мат-лы III съезда оториноларингологов Республики Беларусь. 1992. С. 51–52.

Приложение А1. Состав рабочей группы.

1. Ивойлов А. Ю., д.м.н является членом профессиональной ассоциации;
2. Гуров А. В., д.м.н. является членом профессиональной ассоциации;
3. Казанова А.В., к.м.н., является членом профессиональной ассоциации;
4. Карнеева О.В., д.м.н., профессор , является членом профессиональной ассоциации;
5. Крюков А.И., д.м.н., профессор , является членом профессиональной ассоциации;
6. Магомедов М. М., д.м.н., является членом профессиональной ассоциации;
7. Максимова Е.А., является членом профессиональной ассоциации;
8. Мачулин А. И., к.м.н. является членом профессиональной ассоциации;
9. Никифорова Г.Н., д.м.н., профессор, является членом профессиональной ассоциации;
10. Свистушкин В.М., д.м.н., профессор, является членом профессиональной ассоциации;
11. Чумаков П.Л. к.м.н., является членом профессиональной ассоциации.

Конфликт интересов отсутствует.

Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций

Целевая аудитория данных клинических рекомендаций:

1. врачи общей практики (семейные врачи);
2. врачи-терапевты;
3. врачи-оториноларингологи.

При изложении текста рекомендаций приводятся уровни убедительности рекомендаций (A-D), уровни достоверности доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2-, 3,4).
Использованная классификация уровня достоверности и убедительности рекомендаций приведены в приложениях П1 и П2.

Таблица П1 – Уровни достоверности доказательств.

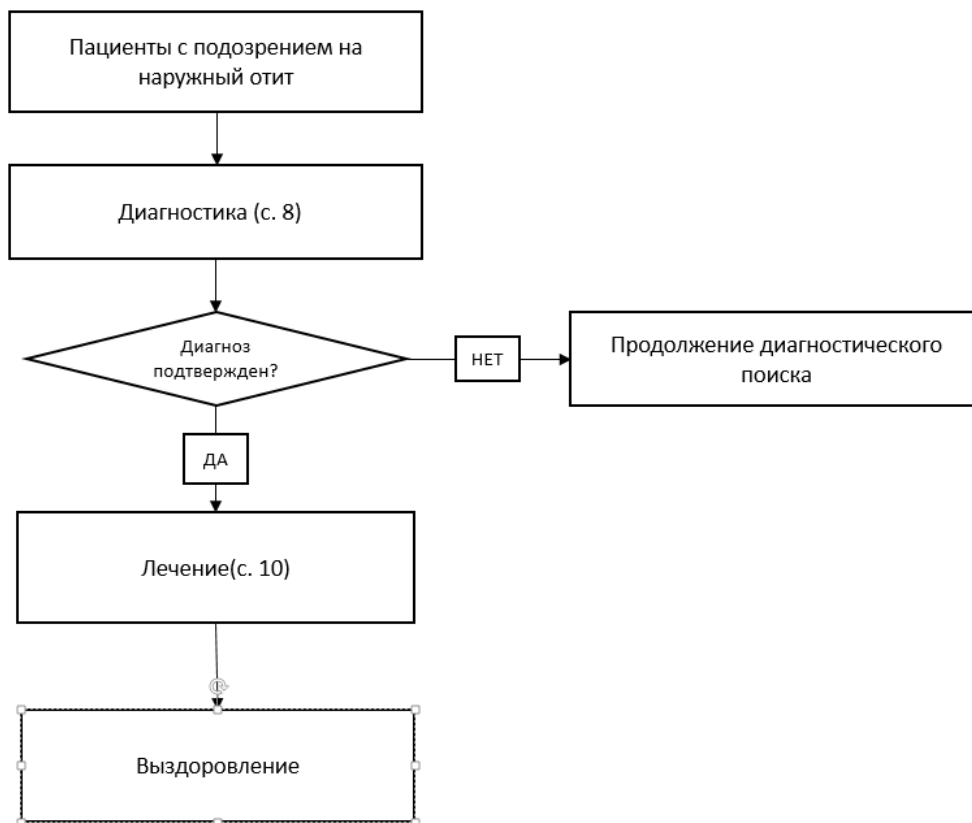
Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзора рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематичесмкие, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематичесмкие, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов

	смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязей.
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например, описания случаев, серий случаев)
4	Мнение эксперта

Таблица П2 – Уровни убедительности рекомендаций.

Сила	Описание
А	По меньшей мере один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцениваемые как 1++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающих результаты исследования, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 1++ или 1+.
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2++.
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных как 2+.

Приложение Б. Алгоритмы ведения пациента.



Приложение В. Информация для пациента

Профилактика наружного отита заключается в ограничении использования ватных палочек, избыточного туалета слухового прохода; гигиене при использовании берушей, слуховых аппаратов, наушников. Лечение чаще амбулаторное, при злокачественном наружном отите необходимо стационарное лечение. При установленной бактериальной этиологии и выраженных общих симптомах заболевания (повышение температуры, резкая боль в ухе) назначают антибиотики в зависимости от возбудителя и его чувствительности.