

Клинические рекомендации

## **Наружные отиты**

Кодирование по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем: H 60.0/ H 60.1/ H60.2/ H60.3/ H60.4/ H60.5/ H60.8/ H60.9/  
H61.0/ H61.9/  
H62.0/ H62.1/ H62.2/ H62.3/ H 62.4/ H 62.8

Возрастная группа: «дети/взрослые»

Год утверждения: **2019**

Разработчик клинической рекомендации:

- Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

## Оглавление

Оглавление .....	2
Список сокращений.....	4
1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний) .....	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
1.6 Клиническая картина .....	8
2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики.....	8
2.1 Жалобы и анамнез .....	8
2.2 Физикальное обследование.....	9
2.3 Лабораторная диагностика .....	9
2.4 Инструментальная диагностика.....	9
2.5 Иная диагностика .....	10
3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения .....	11
3.1 Подраздел 1 («Консервативное лечение»).....	11
3.2 Подраздел (хирургическое лечение).....	14
3.3 Иное лечение.....	14
4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации .....	14
5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики.....	15
Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV). 15	

6. Организация медицинской помощи .....	15
7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния) .....	15
Критерии оценки качества медицинской помощи .....	15
Список литературы.....	17
Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций.....	18
Приложение А2. Методология разработки клинических рекомендаций .....	19
Приложение Б. Алгоритмы действий врача .....	21
Приложение В. Информация для пациента .....	21

## **Список сокращений**

ВИЧ – вирус иммунодефицита человека

ЗНО – злокачественный наружный отит

КТ – компьютерная томография

МКБ10 – международная классификация 10 пересмотра

НО – наружный отит

## **Термины и определения**

# **1. Краткая информация по заболеванию или состоянию (группе заболеваний или состояний)**

## **1.1 Определение**

**Наружный отит (НО)** – это заболевание, характеризующееся воспалительными изменениями 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 – травматическим повреждением, длительным пребыванием во влажной среде, изменениями кожи на фоне нарушения обмена веществ, сахарного диабета, дерматитов, экзематозных процессов. Предрасполагают к возникновению наружного отита анатомические особенности строения – узкие наружные слуховые проходы, наличие экзостозов, 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 выросла 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. 2]

## **1.3 Эпидемиология**

Распространённость воспалительных заболеваний наружного уха составляет от 17 до 30% среди всех заболеваний уха. 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.

НО 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.

НО 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 НО не выявлено. [2]

#### **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 – НО при бактериальных болезнях, классифицированных в других рубриках;
- Н62.1 – НО при вирусных болезнях, классифицированных в других рубриках;
- Н62.2 – НО при микозах;

H62.3 – НО при других инфекционных и паразитарных болезнях, классифицированных в других рубриках;

H62.4 – НО при других болезнях, классифицированных в других рубриках;

H62.8 – 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). [3]

### **1.6 Клиническая картина**

Клиническая картина НО будет различаться в зависимости от формы и стадии заболевания. Так при ограниченном наружном отите (фурункуле наружного слухового прохода) в стадии инфильтрации ведущей жалобой будет дискомфорт в ухе, усиливающийся при манипуляциях в наружном слуховом проходе, а при переходе в стадию абсцедирования ведущей жалобой становится боль. При диффузном наружном отите, помимо боли и выделений из уха, возможно ухудшение слуха.

При осмотре всегда выявляют изменение кожи ушной раковины и/или наружного слухового прохода. Возможны изменения со стороны барабанной перепонки.

## **2. Диагностика заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний), медицинские показания и противопоказания к применению методов диагностики**

### **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 остроты слуха характерно в случае полной obturации наружного слухового прохода воспалительно изменёнными тканями или патологическим отделяемым. В ряде клинических случаев отмечают 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 наружном слуховом проходе;
- при ограниченных формах – наличие абсцессов и инфильтратов в наружном слуховом проходе, других отделах наружного уха;
- явления регионарного лимфаденита (увеличение, уплотнение, болезненность околоушных, передне- и задне-шейных лимфатических узлов)

## **2.3 Лабораторная диагностика**

Рекомендуется микробиологическое и микроскопическое 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 отбора проб материала для микробиологического исследования:

- о до начала антимикробной терапии;
- о под контролем отоскопии;
- о 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 консервативного лечения в течение 1 - 3 недель. Отсутствие положительной динамики также свидетельствует в пользу злокачественного наружного отита [4].

### **3. Лечение, включая медикаментозную и немедикаментозную терапии, диетотерапию, обезболивание, медицинские показания и противопоказания к применению методов лечения**

#### **3.1 Подраздел 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 [5,6].

**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 [5,7]. 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 [5,7,11].

- 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) [5,9,10].

**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 [5,7].

- 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; офлоксацин 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 (капли)**	Ципрофлоксацин	-	дексаметазон	-	18 лет
Нормакс (капли)**	норфлоксацин	-	-	-	15 лет
Отофа (капли)**	рифамицин	-	-	-	нет
Полидекса (капли)**	Неомицин + полимиксин В	-	дексаметазон	-	2,5 года
Софрадекс	Грамидин +	-	дексаметазон	-	нет

(капли)**	фрамицетин				
-----------	------------	--	--	--	--

- 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 Подраздел (хирургическое лечение)**

*При некоторых формах НО (фурункул наружного слухового прохода в стадии абсцедирования, пролежень кожи наружного слухового прохода, злокачественный (некротический) наружный отит) показано проведение хирургического лечения.*

- 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 [8,9].

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).**

## **4. Медицинская реабилитация, медицинские показания и противопоказания к применению методов реабилитации**

Не рекомендована.

## **5. Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики**

- **Рекомендуется:** Профилактика наружного отита заключается в ограничении использования ватных палочек, избыточного туалета наружного слухового прохода; гигиене при использовании берушей, слуховых аппаратов, наушников.

**Уровень убедительности рекомендаций D (уровень достоверности доказательств IV).**

## **6. Организация медицинской помощи**

Лечение чаще амбулаторное, при злокачественном наружном отите необходимо стационарное лечение.

Показания для госпитализации в медицинскую организацию:

- 1) Некротический наружный отит

Показания к выписке пациента из медицинской организации

- 1) Стихание явлений воспаления в наружном слуховом проходе;
- 2) Отсутствие гнойно-септических осложнений;

## **7. Дополнительная информация (в том числе факторы, влияющие на исход заболевания или состояния)**

### **Критерии оценки качества медицинской помощи**

<b>№</b>	<b>Критерии качества</b>	<b>Уровень убедительности рекомендаций</b>	<b>Уровень достоверности доказательств</b>
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

№	Критерии качества	Уровень убедительности рекомендаций	Уровень достоверности доказательств
3.	Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый	4	D
4.	Выполнен анализ крови биохимический общетерапевтический (глюкоза)	4	D
5.	Выполнена рентгенография височной кости и/или компьютерная томография височной кости (при злокачественном наружном отите)	4	D
6.	Выполнено морфологическое (гистологическое) исследование препарата иссеченной ткани и/или бактериологическое исследование отделяемого и/или микологическое исследование отделяемого (при хирургическом вмешательстве)	4	D
7.	Проведена антибактериальная и/или противогрибковая терапия местными и/или системными препаратами (в зависимости от медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний)	4	D
8.	Отсутствие гнойно-септических осложнений в период госпитализации	4	D
9.	Отсутствие внутричерепных осложнений в период госпитализации	4	D



## Список литературы

1. 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.
2. 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: 93-96.
3. Тарасова Г.Д. Наружный отит: обоснование лечения и профилактики // Регулярные выпуски «РМЖ» №5 т 31.03.2017 стр. 346-349
4. Cohen D., Friedman P. The diagnostic criteria of malignant external otitis. // *J.Laryngol. Otol.* 1987 Mar;101(3):216-21.
5. 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.
6. 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.
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. Поливода А.М., Воспалительные заболевания наружного уха. // *Вестник оториноларингологии.* 2006. - № 3. - с. 63 – 66.
9. Косяков С.Я. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. // *Вестник оториноларингологии.* - 2011. - № 1. - с. 81–85.
10. Osguthorpe J.D., Nielsen D.R. Otitis externa: Review and clinical update.// *Am Fam Physician.* - Nov 1 2006; 74(9): 1510 - 6.
11. Пухлик С.М. Ультрафиолетовая лазерная терапия наружного отита: Мат-лы III съезда оториноларингологов Республики Беларусь. 1992. С. 51–52.

## **Приложение А1. Состав рабочей группы по разработке и пересмотру клинических рекомендаций**

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;
  12. Чумаков П.Л. к.м.н., является членом профессиональной ассоциации.
  13. Шадрин Г.Б., 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.**

**Таблица 1.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов диагностики (диагностических вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематические обзоры исследований с контролем референсным методом или систематический обзор рандомизированных клинических исследований с применением мета-анализа
2	Отдельные исследования с контролем референсным методом или отдельные рандомизированные клинические исследования и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением рандомизированных клинических исследований, с применением мета-анализа
3	Исследования без последовательного контроля референсным методом или исследования с референсным методом, не являющимся независимым от исследуемого метода или нерандомизированные сравнительные исследования, в том числе когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая
5	Имеется лишь обоснование механизма действия или мнение экспертов

**Таблица 2.** Шкала оценки уровней достоверности доказательств (УДД) для методов профилактики, лечения и реабилитации (профилактических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

УДД	Расшифровка
1	Систематический обзор РКИ с применением мета-анализа
2	Отдельные РКИ и систематические обзоры исследований любого дизайна, за исключением РКИ, с применением мета-анализа
3	Нерандомизированные сравнительные исследования, в т.ч. когортные исследования
4	Несравнительные исследования, описание клинического случая или серии случаев, исследования «случай-контроль»

5	Имеется лишь обоснование механизма действия вмешательства (доклинические исследования) или мнение экспертов
---	---

**Таблица 3.** Шкала оценки уровней убедительности рекомендаций (УУР) для методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации (профилактических, диагностических, лечебных, реабилитационных вмешательств)

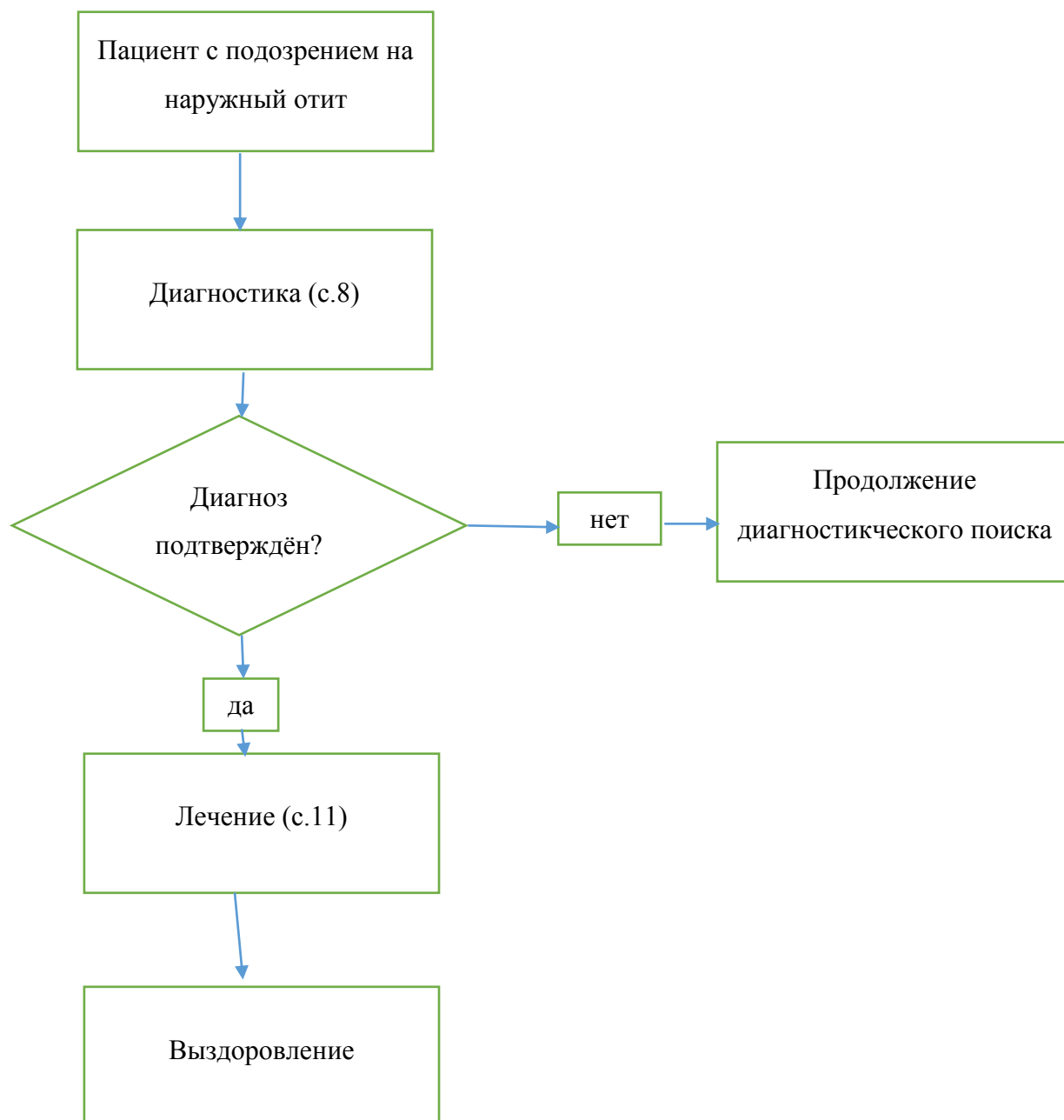
<b>УУР</b>	<b>Расшифровка</b>
А	Сильная рекомендация (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество, их выводы по интересующим исходам являются согласованными)
В	Условная рекомендация (не все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются важными, не все исследования имеют высокое или удовлетворительное методологическое качество и/или их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)
С	Слабая рекомендация (отсутствие доказательств надлежащего качества (все рассматриваемые критерии эффективности (исходы) являются неважными, все исследования имеют низкое методологическое качество и их выводы по интересующим исходам не являются согласованными)

**Порядок обновления клинических рекомендаций.**

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в три года, а также при появлении новых данных с позиции доказательной медицины по вопросам диагностики, лечения, профилактики и реабилитации конкретных заболеваний, наличии обоснованных дополнений/замечаний к ранее утверждённым КР, но не чаще 1 раза в 6 месяцев.

## Приложение Б. Алгоритмы действий врача

Схема



## **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.