

Острый наружный отит.

Банашек-Мещерякова Т.В.
ассистент кафедры ЛОР болезней
КубГМУ, к.м.н.
8-918-262-76-60

Guideline

Clinical Practice Guideline: Acute Otitis Externa

**Richard M. Rosenfeld, MD, MPH¹, Seth R. Schwartz, MD, MPH²,
C. Ron Cannon, MD³, Peter S. Roland, MD⁴, Geoffrey R. Simon, MD⁵,
Kaparaboyana Ashok Kumar, MD, FRCS⁶, William W. Huang, MD, MPH⁷,
Helen W. Haskell, MA⁸, and Peter J. Robertson, MPA⁹**

 AMERICAN ACADEMY OF
OTOLARYNGOLOGY—
HEAD AND NECK SURGERY
FOUNDATION

Otolaryngology—
Head and Neck Surgery
2014, Vol. 150(1S) S1–S24
© American Academy of
Otolaryngology—Head and Neck
Surgery Foundation 2014
Reprints and permission:
sagepub.com/journalsPermissions.nav
DOI: 10.1177/0194599813517083
<http://otojournal.org>



Острый наружный отит:

- Острое диффузное воспаление наружного слухового прохода, может затрагивать ушную раковину и барабанную перепонку;
- Болезненность при пальпации области козелка и ушной раковины;
- Внешние признаки воспаления меньше, нежели болезненность;
- Дополнительно – зуд, чувство заложенности, с/без снижения слуха.

Острый наружный отит:

- Гиперемия и/или отек наружного слухового прохода;
- Может быть: оторея, региональный лимфаденит, гиперемия барабанной перепонки, целлюлит ушной раковины и окружающей ее кожи.

Повторим симптомы:

- Боль в ухе (70%)
- Зуд (60%)
- Ощущение полноты в ухе (20%)
- Снижение слуха
- Без снижения слуха (32%)
- Боль при жевании
- Чувствительность при пальпации ушной раковины

ЭТИОЛОГИЯ:

- Чаще бактериальный*: *Pseudomonas aeruginosa*, *Staphylococcus aureus*;
- Грибковый при хронических воспалительных процессах наружного слухового прохода и после лечения системными антибиотиками острого процесса.

* «Nearly all (98%)

AOE in North America is bacterial» Roland PS, Stroman DW. Microbiology of acute otitis Externa. Laryngoscope. 2002;112(7, pt 1):1166-1177.

Проблемы лечения:

- Использование оральных антибактериальных препаратов – низкая эффективность, не эффективны против основных этиологических факторов, вызывают резистентность;
- Топические антибиотики дают большую концентрацию, что уменьшает развитие резистентных форм.

Факторы, способствующие развитию заболевания:

- Очистка кожи наружного слухового прохода – сера является барьером для влаги и микроорганизмов;
- Церумен – создает слегка кислую рН среду – ингибирует *P.aeruginosa*;
- рН меняется при очистке, воздействии воды, задержке мыльных растворов, использовании щелочных капель;
- Травма, промывания, ношение слуховых аппаратов – увеличивает возможность травмированию и наслоению бактериальной флоры;
- Аллергия, повышенное потоотделение, стресс – увеличивают возможность развития заболевания.

Факторы, способствующие развитию заболевания:

- Себорея, псориаз, экзема;
- Анатомически узкий наружный слуховой проход;
- Экзостозы;
- Оторея;
- Обтурация наружного слухового прохода дермоидной кистой, фурункулом.

Факторы, способствующие развитию заболевания:

- Чаще развивается в теплых странах с высокой влажностью,
- частый контакт с водой (плавание, ежедневное мытье волос),
- Зависимость от качества воды (плавательные бассейны и гидромассажные ванны часто содержат много патогенов, даже соответствуя стандартам качества),
- Люди со II (A) группой крови больше подвержены наружным отитам,
- Подвид *Pseudomonas*, может не соответствовать наиболее часто встречающимся подвидам, вызывающим другие бактериальные заболевания.

Как предотвратить:

- Избегать травм наружного слухового прохода,
- Сушить феном после купания,
- Использовать беруши,
- Подкисляющие ушные капли до, после купания и на ночь (2% уксусная кислота).

Что нужно делать
обязательно!

Дифференциальная диагностика

- Острый средний отит – гиперемия барабанной перепонки – проведение пневматической отоскопии и/или тимпанометрии

Дифференциальная диагностика

- Экзема - зуд, эритема, лихенификация, гиперпигментация, кортикостероидные мази, аккуратное очищение наружного слухового прохода врачом.

Дифференциальная диагностика

- Себорея – поражает сальные участки кожи, жирные желтоватые корки, зуд, присоединение микроорганизмов (дрожжей *Malassezia*), чаще у пациентов с синдромом Дауна, ВИЧ-инфекцией, и болезни Паркинсона, противогрибковые и противовоспалительные топические препараты.

Дифференциальная диагностика

- Контактный дерматит: аллергический и вызванный раздражающим веществом (от прямого химического повреждения),
- вызванный раздражающим веществом – дозозависим, эритема, отек, корки, зуд, периодическая сильная боль,
- Аллергический контактный дерматит – только у восприимчивых лиц.

Контактный дерматит - вызванный раздражающим веществом:

- Может сопровождать хронический или острый наружный отит, как реакция на назначенные топические средства – неомицин.
- Лечение - кортикостероидные топические препараты, топические ингибиторы кальциневрина (такролимус (мазь «протопик»), пимекролимус с 2-х лет)

Дифференциальная диагностика

- Фурункулез (локализованный наружный отит) – поражает наружную 1/3 слухового прохода, оталгия, оторрея, локальная болезненность, локальный отек, локальные гнойные налеты, *S.aureus* – наиболее частый возбудитель.
- Лечение – системные антибиотики, вскрытие, дренирование.

Дифференциальная диагностика

- Herpes zoster oticus (синдром Рамси Ханта) – встречается крайне редко, везикулы в наружном слуховом проходе и на задней поверхности ушной раковины, сильная боль, паралич/парез лицевого нерва, сухость глаза, потеря вкусовой чувствительности передних 2/3 языка.
- Лечение – быстрое назначение системных противовирусных и кортикостероидов

Дифференциальная диагностика

- Синдром височно-нижнечелюстного сустава – отсутствие визуальных изменений в наружном слуховом проходе, околоушная боль, боль в шее, боль при жевании резинки, бруксизм, стоматологические процедуры, чувствительность и крепитация в области сустава.

Дифференциальная диагностика

- Боль в ухе у пациентов с раком желудочно-кишечного тракта – курильщики, алкоголики, пациенты с папилломавирусной инфекцией.
- стоматологические патологии (кариес, пораженные моляры), острый тонзиллит, паратонзиллярные абсцессы, ретрофарингеальные абсцессы, стенокардия, внутригрудные аневризмы, глоссофарингеальные невралгии.

Дифференциальная диагностика

- Нужно не забывать про пациентов с острым и хроническим средним отитом, а так же экссудативным отитом с тимпаностомической трубкой, которые часто провоцируют вторичное развитие острого наружного отита.

Оценка сопутствующих факторов риска:

- Данное заявление помогает выявить пациентов с тяжелыми заболеваниями: сахарный диабет, ВИЧ инфекция, иммунодефициты после химиотерапии и лучевой терапии, с тимпаностомическими трубками, хроническими средними отитами.

Оценка сопутствующих факторов риска:

- Вышеуказанные состояния чаще сопровождаются – отомикозами и некротическим наружным отитом.
- Некротический (злокачественный) наружный отит - системные антибиотики (метициллин-устойчивые формы *S.aureus*) , хирургическое лечение.
- В данной группе пациентов – обязательное промывание наружного слухового канала.

Некротический (злокачественный) наружный

ОТИТ:

- признаки острого наружного отита + остеомиелит височной кости, основания черепа, паралич лицевого нерва, грануляционная ткань в области нижней стенки (дна) и перешейка наружного слухового канала.
- ОАК (СОЭ), МРТ, КТ височных костей.

Некротический (злокачественный) наружный отит:

- Системные антибиотики (метициллин-устойчивые формы *S.aureus*) ,
хирургическое лечение - фузидиевая кислота в комбинации с ванкомицином (*Рамопланин, Оритаванцин, телаванцин*), *Линезолид (Zivox)*
- В данной группе пациентов – обязательное промывание наружного слухового канала.

ОТОМИКОЗ:

- В странах с высокой влажностью, пациентов с СД и иммуносупрессированных пациентов.
- *Aspergillus* (60% -90%) и *Candida* (10% -40%).
- Зуд в ухе, отделяемое - черное, серое, голубовато-зеленое, желтое или белое.
- Нужно заподозрить при отсутствии эффекта от первоначальной терапии острого наружного отита.

Оценка сопутствующих факторов риска:

- Пациенты с лучевым лечением – воспаление кожи наружного слухового прохода и ушной раковины с ее десквамацией, изъязвлением, атрофией, стенозом.
- Системные антибиотики.

Оценка сопутствующих факторов риска:

- Пациенты с тимпаностомическими трубками и перфорациями барабанной перепонки – инфекционный экзематоидный дерматит.
- Неототоксичные препараты!

Болевой синдром:

- Борьба - обязательна,
- Использовать визуально-аналоговую шкалу шкалу (для детей и плохо говорящих пациентов),
- При средней или незначимой боли – парацетамол (анилиды) или НПВС, лучше перорально, редко парентерально с фиксированными интервалами (более эффективно).

Болевой синдром:

- Перед туалетом наружного слухового прохода – введение анальгезирующего крема, но маскирует тяжесть заболевания (отизол).
Противопоказание – перфорация барабанной перепонки,
- В тяжелых случаях – опиоидные анальгетики,
- Решение вопроса о дальнейшем, назначении анальгетиков – каждые 48

Системная антибактериальная терапия:

- Не назначается в качестве начальной терапии диффузного, не осложненного, не распространяющегося за пределы ушной раковины острого наружного отита,
- Рекомендуется комбинировать антимикробные препараты со стероидными каплями. **НЕЛЬЗЯ!** – хронический наружный отит, грибковый отит, фурункулез.

Системная антибактериальная терапия:

- Почему нет? – много побочных эффектов, нет большей эффективности в сравнении с топическими, резистентность,
- Назначение топических препаратов - вне зависимости от степени тяжести,
- Макролиды, пенициллины, цефалоспорины увеличивают устойчивость флоры.
- Цефалоспорины – увеличивают возможность рецидива заболевания.

Системная антибактериальная терапия:

- Факт! – исследования показали эффективность препаратов не содержащих антибиотик - уксусную кислоту, борную кислоту, ацетат алюминия, нитрат серебра и стероиды (в особенности в сочетании с уксусной кислотой).

Системная антибактериальная терапия:

- Преимущества топической терапии:
высокая концентрация (в 100-1000 раз выше), сохранность нормальной флоры вне ушного канала.

Когда системная антибактериальная терапия необходима?

- пациенты с сахарным диабетом,
- ВИЧ инфицированные,
- с иммунодефицитными состояниями,
- при злокачественном наружном среднем отите,
- при распространении процесса за пределы наружного слухового прохода,
- при затруднении введения местных препаратов.

Препараты активные против *P.aeruginosa* и *S.aureus*:

амикацин (резистентность 6,7%),

цефтазидим (резистентность 11,2%),

меропенем (резистентность 3%)

Платенсимицин???

Местная терапия:

- Антибиотик: аминогликозид, полимиксин В, хинолон, офлоксацин,
- Стероид: гидрокортизон, дексаметазон,
- Антисептик с низким рН,
- Комбинация вышеперечисленных препаратов.

Местная терапия, проблемы:

- Отомикоз – нет,
- Контактный дерматит, как реакция на используемые препараты,
- Экзематозный наружный отит, рецидивирующий наружный отит – нельзя аминогликозиды,
- Хинолоны можно использовать 2 раза в день, офлоксацин – 1 раз в день,
- Рекомендуемая длительность – 7-10 дней.

Альтернативные методы лечения:

- Раствор 5% уксусной кислоты, изопропиловый спирт – эффективны, но не были официально исследованы в клинических испытаниях,
- Масло чайного дерева – показало эффект *in vitro* против 71% культивируемых организмов при остром наружном отите, кроме случаев вызванных *P.aeruginosa*.
- Ушные свечи эффективны только для нанесения вреда!

Обучение пациентов:

- Большой процент успеха,
- Не мочить, отказаться от спорта (7-10 дней),
- Не очищать наружный слуховой проход самостоятельно,
- Не использовать слуховые аппараты 2 недели.

Правильное введение препарата:

- Введение другим человеком,
- Лежа,
- 3-5 минут,
- Введение препарата с нагнетанием,
- При затруднении введения жидкостей (капель), использовать препарат на турунде (фитиле),
- Туалет наружного слухового прохода.

Перфорация барабанной перепонки и ототоксичные препараты:

- Один короткий курс ототоксичных препаратов (до 5 дней) не влияет на слух,
- Тимпанометрия для диагностики перфорации, даже при отеке мягких тканей наружного слухового прохода,
- Продувание слуховой трубы с введенной жидкостью в наружный слуховой проход.

Перфорация барабанной перепонки и ототоксичные препараты:

- Хинолоновые капли – разрешены,
- запрещены: спиртовые капли, вещества с низким рН, аминогликозидные антибиотики, полимиксин В, неомицин (до 10 дней),

Оценка эффективности лечения:

- Лечение считается эффективным при уменьшении боли, зуда и чувства заложенности в течение 48-76 часов,
- Полное выздоровление – 2 недели,
- Если нет улучшения в течение 76 часов – туалет наружного слухового прохода, правильное введение препарата, изменение лечения, изменение диагноза, реакция на вводимый препарат и консерванты.

СПАСИБО!!!