Приложение 4
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И ХИРУРГИИ ГОЛОВЫ И ШЕИ УЗБЕКИСТАНА

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУЖНЫЙ ОТИТ»

ТАШКЕНТ – 2025

"УТВЕРЖДАЮ"
Директор Республиканского
специализированного научно-
практического центра
оториноларингологии и заболеваний
головы и шеи,
Хасанов У.С.
«_____» _____ 202___год

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУЖНЫЙ ОТИТ»

ТАШКЕНТ – 202___

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУЖНЫЙ ОТИТ»

ТАШКЕНТ – 2025

1. Вводная часть

– МКБ-10 шифр Н 60.0 , Н 60.1, Н 60.2, Н 60.3, Н 60.4, Н 60.5, Н 60.8, Н 60.9

- Международная классификация болезни – МКБ-10 шифр:

МКБ-10	
Н 60.0	Абсцесс наружного уха
Н 60.1	Целлюлит наружного уха
Н 60.2	Злокачественный наружный отит
Н 60.3	Другие инфекционные наружные отиты
Н 60.5	Острый наружный отит неинфекционный
Н 60.8	Другие наружные отиты
Н 60.9	Наружный отит неуточненный
	mkb-10.com

– МКБ-11 шифр AA00, AA01, AA02, AA03, 1F20.10, 1F23.16, AA04, 1B70.01

- Международная классификация болезни – МКБ-11 шифр:

МКБ-11	
AA00	Абсцесс наружного уха
AA01	Воспаление подкожно-жировой клетчатки наружного уха
AA02	Злокачественный наружный отит
AA03	Отомикоз
1F20.10	Аспергиллезный отомикоз
1F23.16	Отомикоз, вызванный грибами рода Candida
AA04	Перихондрит наружного уха
1B70.01	Рожистое воспаление наружного уха
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#2035326404

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 год, 2028 год

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциация оториноларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии сотрудники РСНПЦОиЗГШ и ЦРПКМР.

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);

1.Хасанов У.С. директор РСНПЦОиЗГШ, зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. зам.директора РСНПЦОиЗГШ, доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
3.Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТашПМИ, д.м.н., профессор;
4.Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТашИУВ, д.м.н., профессор.

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., место работы, звание /должность):
1.Хасанов У.С. директор РСНПЦОиЗГШ, зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;
2. Эргашев У.М. зам.директора РСНПЦОиЗГШ, доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,
4. Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории РСНПМЦОиЗГШ
5. Хуснутдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

- Рецензенты: Кожантаева С.К. д.м.н., руководитель кафедры оториноларингологии, офтальмологии, ЗКМУ имени Марата Оспанова, член ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, главный внештатный оториноларинголог г.Актюбе.
Внутренний: Махкамова Н.Э. профессор кафедры Оториноларингология ТГСИ, д.м.н., профессор;
- **Обсуждено** в совете РСНПМЦОиЗГШ, протокол № , от _____г.;

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:
1. Ашуров А.М. д.м.н. главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здраввохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Сокращения, используемые в протоколе:

СТ	компьютерная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция

УВЧ	ультравысокочастотная терапия

- **Пользователи протокола по данной нозологии:**врачи общей практики, оториноларингологи.
- **Категория пациентов в данной нозологии:** взрослые.
- **Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.**

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование, или мнение экспертов.

2. Основная часть.

2.1. Введение. Воспалительные заболевания наружного уха (ушной раковины и наружного слухового прохода) занимают значительное место в структуре ЛОР-патологии и имеют большое медицинское и социальное значение. 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 ЛОР-врачу и ряд других моментов. Термин «наружный отит» является собирательным, который объединяет различные по своей этиологии и патогенезу заболевания, общим для всех разновидностей данной нозологии являются воспалительные изменения в структурах ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки. Данные анатомические единицы собственно и объединены в понятие наружного уха. По данным различных авторов частота наружного отита составляет от 17% до 25% среди воспалительных заболеваний уха.

https://inlibrary.uz/index.php/problems_biology/article/view/5736

2.2. Определение: Наружный отит — это воспаление ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки, это острая инфекция кожи слухового прохода, обычно вызываемая бактериями. Наружный отит может проявляться как локализованный фурункул или как диффузная инфекция всего слухового прохода (острый диффузный наружный отит). Последнее часто называют ухом пловца; сочетание воды в слуховом проходе и использования ватных тампонов является основным фактором риска. Злокачественный наружный отит — это тяжелый (обычно вызванный *Pseudomonas)* остеомиелит височной кости, обычно поражающий пожилых людей, пациентов с диабетом и пациентов с ослабленным иммунитетом.
https://www.msdmanuals.com/professional/ear-nose-and-throat-disorders/external-ear-disorders/external-otitis-acute

2.3. Этиология и патогенез наружного отита. 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, наушников, попадание воды в уши, недостаточность образования, изменение состава ушной серы, нарушение местного и общего иммунного статуса, лучевое воздействие [1,2,3,4,5,6,7,8]. В норме наружный слуховой проход (НСП) колонизирован различными микроорганизмами, 90% из которых являются грамположительными бактериями. По данным литературы воспалительные заболевания наружного уха в 60 - 98% имеют бактериальную природу. К наиболее распространенным бактериальным патогенам, оказывающим влияние на возникновение воспалительного процесса наружного уха у детей, относят: P. aeruginosa, S. aureus, P. vulgaris и E. coli. [9] Лидирующие позиции среди перечисленных патогенов занимает синегнойная палочка и золотистый стафилококк. При этом, частота выделения штамма Pseudomonas aeruginosa может достигать от 20 до 60%, а штамма Staphylococcus aureus от 10 до 70% [10, 11]. Частота встречаемости анаэробных штаммов составляет 4-25 % [12]. Смешанная флора встречается в одной трети случаев [14,15]. Среди возбудителей наружного отита немаловажное значение играет грибковая инфекция. Эпидемиологические данные по распространенности грибкового наружного отита среди детского населения неоднородны и значительно отличаются в различных климатических зонах. Ряд исследований подтверждает значительно более высокую заболеваемость в странах с тропическим и субтропическим климатом. К наиболее важным патогенетическим факторам, влияющим на развитие микотического процесса наружного уха, относятся наличие в анамнезе травматического повреждения

кожи, нарушение обмена веществ и гормонального баланса, иммунодефицитные состояния, длительное применение антибиотиков и глюкокортикостероидов. Грибковый наружный отит у детей не является редкой патологией. По данным отечественных исследований доля грибкового поражения наружного слухового прохода среди патологии наружного уха у детей в России составляет до 26,4% [16]. Современный анализ данных об этиологии наружного грибкового отита у детей показывает, что основными возбудителями данного заболевания являются плесневые грибы рода Aspergillus, Penicillium, а также дрожжеподобные грибы рода Candida. [12, 16, 17, 18, 19] При наличии клинических проявлений грибкового поражения наружного слухового прохода в микробиологических исследованиях нередко выделяют грибково-бактериальные ассоциации. Синегнойная палочка, стрептококковая и стафилококковая микрофлора являются наиболее частыми патогенами при микст-инфекции.
https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf

2.4. Эпидемиология.

Наружный отит является распространенным заболеванием и может возникнуть во всех возрастных группах. Он редко встречается у пациентов младше 2 лет. Его заболеваемость неизвестна, но пик приходится на возраст 7-14 лет. Примерно у 10% людей в течение жизни развивается наружный отит и большинство случаев (95%) являются острыми. Гендерного преобладания нет. Большинство случаев происходит летом и в тропическом климате; возможно, это связано с повышенной влажностью.

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK556055/

2.5. Особенности кодирования заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем

- Наружный отит (H60);

- Другие болезни наружного уха (H61);

-Поражения наружного уха при болезнях, классифицированных в других рубриках (H62):

- H60.0 – Абсцесс наружного уха;

- H60.1 – Целлюлит наружного уха;

- H60.2 – Злокачественный наружный отит;

- H60.3 – Другие инфекционные наружные отиты;

- H60.5 – Острый наружный отит неинфекционный;

- H60.8 – Другие наружные отиты;

- H60.9 – Наружный отит неуточненный;

- AA00- Абсцесс наружного уха

- AA01- Воспаление подкожно-жировой клетчатки наружного уха

- AA02- Злокачественный наружный отит

-AA03- Отомикоз

-1F20.10- Аспергиллезный отомикоз

- 1F23.16 - Отомикоз, вызванный грибами рода Candida

- AA04- Перихондрит наружного уха

- 1B70.01- Рожистое воспаление наружного уха

2.6. Классификация заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний) Различные формы наружного отита отличаются по этиологии, патогенезу, клиническим проявлениям и длительности течения. Наиболее часто в оториноларингологии выделяют острую (до 6 недель) и хроническую (при сохранении симптомов наружного отита более 3 месяцев или при наличии более 4 эпизодов наружного отита в год) формы наружного отита.

Среди нозологических форм НО различают: диффузный наружный отит, ограниченный наружный отит (фурункул, абсцесс), экзема и дерматит, рожистое воспаление, перихондрит, герпетическое поражение, грибковый наружный отит, злокачественный наружный отит. К наиболее тяжелой форме заболевания наружного уха относится злокачественный наружный отит. Для данной формы воспаления характерными особенностями являются: быстрое прогрессирующее течение с распространением патологического процесса не только на ушную раковину и слуховой проход, но и за пределы структур наружного уха.

2.7. Клиническая картина заболевания или состояния (группы заболеваний или состояний)

Разлитое (диффузное) воспаление наружного слухового прохода. По клиническому течению различают острую и хроническую форму заболевания. Для острой формы воспаления характерны следующие отоскопические признаки:

– Отек и гиперемия кожи наружного слухового прохода, выделения вязкого секрета;

– Барабанная перепонка может быть необозрима из-за выраженного отека кожи стенок слухового прохода как в хрящевом, так и костном отделе;

– Накопление детрита в наружном слуховом проходе;

К общим и местным симптомам относят:

– Болезненность в области наружного слухового прохода, которая усиливается при тракции (оттягивании) ушной раковины, или при надавливании на козелок;

– Возможно повышение температуры тела до фебрильных цифр

– Болезненность и ограничение движения в области височно-нижнечелюстного сустава (при открывании рта);

– Увеличение ретроаурикулярных лимфатических узлов и их болезненность (напоминает картину острого мастоидита «псевдомастоидит».

– Для фазы хронического воспаления наиболее характерны следующие отоскопические признаки:

– Утолщение кожного покрова вследствие инфильтрации или фиброза, явления мирингита.

*Снижение слуха по кондуктивному типу выявляется при значительном сужении просвета наружного слухового прохода или его обтурации патологическим отделяемым.

Ограниченный наружный отит (фурункул)

Отоскопические признаки фурункула слухового прохода:

– Сужение просвета слухового прохода за счет очерченного конусовидного или округлого возвышения с локальной гиперемией кожи.

– Для стадии инфильтрации характерно локальное уплотнение кожи слухового прохода (1-3 сутки заболевания), для стадии абсцедирования характерны более выраженные местные признаки воспаления с визуализацией просвечивающей через кожу гнойной головки.

– При самопроизвольном вскрытии фурункула определяется кратерообразное углубление в области возвышения на стенки слухового прохода с наличием гнойного отделяемого.

К общим и местным симптомам относят:

– Боль в ухе, которая усиливается при тракции (оттягивание) ушной раковины, или при надавливании на козелок;

– Иррадиация боли с локализацией в зубы, глаз, шею, околоушное пространство, глотку.

– Возможное распространение инфильтрация кожи наружного слухового прохода на окружающие мягкие ткани, сосцевидный отросток и веки.

– При локализации фурункула на задней стенки слухового прохода возможно появления кашля и рвоты (в следствии раздражения веток блуждающего нерва).

– Воспаление околоушной железы, при локализации фурункула на передней или нижней стенки слухового прохода.

– Увеличение, уплотнение и лимфатических узлов. болезненность при пальпации регионарных

– Возможно повышение температуры тела до фебрильных цифр.

– Снижение слуха по кондуктивному типу выявляется при значительном сужении наружного слухового прохода.

Экзема и дерматиты наружного уха

Отоскопические признаки острой формы экземы:

– Гиперемия, инфильтрация кожи ушной раковины и наружного слухового прохода.

– Везикулезно-пустулезная сыпь на эритематозном, отечном основании, мокнутии. Наличие корок серо-желтого цвета.

– К общим и местным симптомам относят:

– Выраженные локальные явления зуда на стороне пораженного уха* Присоединение вторичной инфекции является причиной развития ограниченного или диффузного наружного отита.

Для хронической формы экземы наружного уха характерно распространение процесса вглубь кожного покрова. Клинические проявления менее выраженные. Основными проявлениями хронической формы экземы является: зуд, утолщение кожи, шелушение, трещины, мокнутий.

Рожистое воспаление наружного уха

К общим и местным симптомам относят:

– Выраженная гиперемия и припухлость кожи ушной раковины (включая мочку уха), распространение воспаления за пределы ушной раковины с линией демаркации.

– Жжение и резкая болезненность при пальпации.

– Симптомы общей интоксикации (озноб, головная боль), повышение температуры тела до 39-40 С. Наличие везикул с серозным содержимым при буллезной форме.

Злокачественный (некротизирующий) наружный отит довольно редко встречается , но может наблюдаться у пациентов с иммунодефицитом (в т.ч., у детей с лейкозами после трансплантации костного мозга). При данном заболевании, как правило, отмечаются более интенсивная боль в ухе, головная боль на стороне пораженного уха, системные признаки (интоксикация или лихорадка) и, возможно, болезненность височной кости или паралич лицевого нерва. Грануляционная ткань в костно-хрящевом соединении дна наружного слухового прохода является классическим симптомом ЗНО. Инфекция распространяется по межтканевым щелям хрящевой части наружного слухового прохода к основанию черепа, способствуя возникновению остеомиелита височной кости .

https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf

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

Жалобы и анамнез

Наиболее распространенными симптомами НО являются:

- боль в ухе (может усиливаться при пальпации и жевании).
- зуд в НСП - выделения из уха
- снижение слуха

Системные проявления:

- лихорадка (в подавляющем большинстве случаев субфебрильная температура тела);
- ухудшение самочувствия (явления инфекционного токсикоза).

Физикальное обследование

При осмотре необходимо обращать внимание на чувствительность или болезненность при нажатии на козелок и при оттягивании ушной раковины для осмотра наружного слухового прохода, а также на состояние кожных покровов.

Рекомендовано проведение Осмотра органа слуха (отоскопии) всем пациентам с подозрением на наружный отит с диагностической целью. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Как в диагностике, так и в дифференциальной диагностике отоскопия имеет решающее значение. При отоскопии НСП гиперемирован, как правило, сужен за счет отека мягких тканей. Барабанная перепонка может быть обозрима лишь частично из-за отека НСП. Тем не менее, возможно увидеть умеренную гиперемию барабанной перепонки. При отопневмоскопии барабанная перепонка подвижна.

Лабораторные диагностические исследования

Рекомендовано проведение микробиологического исследования отделяемого из уха (получение отделяемого из наружного слухового прохода, микробиологическое (культуральное) исследование гнойного отделяемого на аэробные и факультативно анаэробные микроорганизмы, определение чувствительности микроорганизмов к антимикробным химиотерапевтическим препаратам, микроскопическое исследование отделяемого из ушей на грибы до начала терапии, пациентам с рецидивирующим и хроническим наружным отитом, пациентам с иммунодефицитом (например, при терапии иммунодепрессантами, при синдроме приобретенного иммунодефицита на фоне ВИЧ инфекции, получающим химио- или лучевую терапию и др.), при инфекциях у пациентов после операции на ухе и у пациентов, которые не отвечают на начальную терапию.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: Условия забора материала для бактериологического исследования: до начала антимикробной терапии; под зрительным контролем; материал получают из просвета или со стенок наружного слухового прохода тонким зондом, не контактируя с дистальными отделами наружного уха. Выбор метода определения чувствительности микроорганизмов к противомикробным препаратам проводится в соответствии с принятой практикой.

Не рекомендовано рутинное проведение лабораторных исследований пациентам с наружным отитом в связи с тем, что лабораторные исследования, подтверждающие данный диагноз отсутствуют.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: общий (клинический) анализ крови развернутый следует проводить всем госпитализированным пациентам с целью оценки воспалительного процесса.

Инструментальные диагностические исследования. Рекомендовано проведение Рентгенографии височной кости или компьютерной томографии височных костей и/или компьютерной томографии височной кости с внутривенным болюсным контрастированием при подозрении на злокачественный наружный отит или деструктивные процессы.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5).

Комментарии: деструктивные изменения височной кости и основания черепа (за исключением злокачественного наружного отита) не характерны. При подозрении на распространение воспалительного процесса на окружающие мягкие ткани для дополнительного уточнения диагноза, распространенности воспаления и определения тактики лечения рекомендовано рассмотреть назначение магнитно-резонансной томографии височных костей, магнитно-резонансной томографии основания черепа.
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

3. Лечение наружного отита.

3.1. Консервативное лечение

Не рекомендуется назначение системной антибактериальной терапии в случае неосложненного наружного отита в связи с неэффективностью. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

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 антибактериальной терапии пациентам с постлучевыми наружными отитами, злокачественным (некротизирующим) отитом .

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарии: В настоящее время недостаточно доказательных данных по терапии злокачественного наружного отита.

До получения результата микробиологического исследования терапию следует начинать препаратами, эффективными в отношении P. aeruginosa. Рекомендуется назначение антибактериальных препаратов перорально (#ципрофлоксацин**) или парентерально (Бета-лактамные антибактериальные препараты: пенициллины (с антисинегнойной активностью)– цефтазидим**, цефепим** с или без амикногликозидов) в соответствии с данными чувствительности выделенного патогена (учитывая широкое применение #ципрофлоксацина** в амбулаторной практике многие штаммы P.aeruginosa приобрели устойчивость). Курс терапии 4-6 недель. Параллельно назначается местная терапия наружных отитов (препараты для лечения заболеваний уха: противомикробные препараты, глюкокортикостероиды, глюкокортикостероиды в комбинации с противомикробными препаратами, анальгетики и анестетики)- Ципрофлоксацин+Дексаметазон, Феназон, Рифампицин, Неомицин.

В случаях, если заболевание носит прогрессирующий характер и/или плохо поддается консервативной терапии проводится хирургическое лечение (см. раздел «Хирургическое лечение»), возможно в сочетании с гипербарической оксигенацией.

В процессе терапии злокачественного наружного отита следует регулярно проводить контроль клинической симптоматики и радиологической картины для оценки ответа на лечение и своевременной диагностики возобновления проявлений (компьютерная томография височных костей и/или компьютерная томография височной кости с внутривенным болюсным контрастированием и/или магнитно-резонансной томографии височных костей и/или магнитно-резонансной томографии основания черепа). Частота проведения исследования определяется индивидуально

Рекомендуется местная терапия наружных отитов (препараты для лечения заболеваний уха: противомикробные препараты, глюкокортикостероиды, глюкокортикостероиды в комбинации с противомикробными препаратами, анальгетики и анестетики).

Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств 1)

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.

Учитывая спектр основных возбудителей острого диффузного наружного отита, применяемые лекарственные средства должны быть эффективны в отношении синегнойной палочки и золотистого стафилококка. Эффективность проводимой терапии оценивается в сроки 48 - 72 часов. Длительность лечения составляет, в среднем, 7-10 дней (до 14 дней). Используются как монопрепараты, так и комбинированные - сочетания различных противомикробных препаратов, глюкокортикостероидов, глюкокортикостероидов в комбинации с противомикробными препаратами, анальгетиков и анестетиков. Приведенные ниже препараты рекомендованы в качестве начальной местной терапии неосложненного наружного отита из-за безопасности и эффективности их применения. Практически не возникает осложнений по сравнению с применением системных препаратов.

В случае если наружный отит является проявлением контактного дерматита/ атопического дерматита/себорейного дерматита/псориаза/системной красной волчанки – требуется проведение терапии согласно соответствующим клиническим рекомендациям. При этом следует помнить, что у пациентов с себорейным дерматитом наружный отит может быть следствием инфекции грибами рода Malassezia, что требует включения топической терапии с противогрибковым и/или противовоспалительным эффектом. Следует также учесть, что возможны аллергические реакции на местное лечение наружного

отита, в т.ч., прочими антибактериальными препаратами для местного применения (содержащими неомицин).

Рекомендуется проведение адекватного обезболивания при необходимости (наличие выраженного болевого синдрома) пациентам с наружным отитом с целью купирования болевого синдрома.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Комментарий: применяется системная терапия, например, ибупрофеном** или парацетамолом** в возрастных дозировках и/или местная терапия. В связи с тем, что местное обезболивание может замаскировать прогрессирование наружного отита, при назначении такого лечения необходимо наблюдать пациента в течение 48 часов [8].

Рекомендовано проведение регулярного туалета наружного слухового прохода (Уход за наружным слуховым проходом) пациентам с наружным отитом с целью очистки наружного слухового прохода [8,16,21]. Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУЖНЫЙ ОТИТ»

ТАШКЕНТ – 2025

Наружный отит (НО) — одно из наиболее распространенных заболеваний в оториноларингологической практике. Он охватывает широкий спектр состояний — от тех, которые вызывают легкое воспаление и дискомфорт, до представляющих опасность для жизни. Термин «наружный отит» является собирательным понятием, включающим, независимо от этиологии, воспалительные изменения кожи наружного уха (ушной раковины, наружного слухового прохода), распространяющиеся на эпидермальный слой барабанной перепонки (мирингит).
https://www.mediasphera.ru/issues/vestnik-otorinolaringologii/2021/3/1004246682021031036

При отсутствии эффекта от консервативной терапии и абсцедировании и локализации воспалительного процесса, рекомендуется дренирование абсцессов наружного слухового прохода и/или удаление грануляций наружного слухового прохода и/или удаление костных и хрящевых секвестров наружного слухового прохода и/или удаление холестеатомы наружного слухового прохода с целью устранения причины или осложнения наружного отита. Объем вмешательства определяется в пределах зоны патологического процесса [41, 39].
Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)
https://www.antibiotic.ru/files/306/naruzhnyj-otit.pdf

Этапы операции Вскрытие фурункула наружного слухового прохода:
1. Обработка кожи антисептиками (раствором Бетадина, 70% спирта) вокруг абсцесса.
2. Введение анестетика (2% раствор Лидокаина, 2% раствор Новокаина или раствор Артикаина) 1,0 мл внутрикожная инъекция вокруг абсцедирующего процесса.
3. Через 5 минут, выждав момент наступления анестезии, делается надрез скальпелем в области наибольшего выпячивания гнойника.
4. В рану водится зажим-москит, рана расширяется, далее микроложечкой выскабливается капсула абсцесса.
5. Рана промвается 3% раствором Перекиси Водорода и растворами антисептиков (Фурациллин, Бетадин, Декаметоксин и т.д.).
6. В рану вводится стерильная полоска перчаточной резины в качестве дренажа. Затем накладывается несколько турунд, пропитанных раствором 70% спирта с раствором 10 % Натрия Хлорида (Гипертонический раствор).

НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПРОФИЛАКТИКИ И РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ «НАРУЖНЫЙ ОТИТ»

Профилактика и диспансерное наблюдение, медицинские показания и противопоказания к применению методов профилактики

5.1.Профилактика Рекомендуется не допускать травмирования, переувлажнения НСП с целью профилактики наружного отита.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств

Комментарии: В последнее время все чаще пациенты, особенно дети и подростки используют наушники практически каждый день, могут обмениваться наушниками с другими детьми. Пациенты со снижением слуха используют слуховые аппараты с ушными вкладышами. Следует периодически обрабатывать наушники, ушные вкладыши и беруши растворами антисептиков. Использовать только свои личные наушники, вкладыши и беруши. Следует ограничить время использования наушников, так как из-за длительного их ношения может травмироваться НСП. Не следует использовать ватные палочки, потому что они могут травмировать НСП. Следует избегать использования жестких берушей для ушей, они также могут травмировать НСП. Следует высушивать наружный слуховой проход после попадания воды, в т.ч., с применением фена.

Рекомендуется детям старше 2 лет своевременное удаление серных пробок с целью устранения возможной причины острого наружного отита.

Уровень убедительности рекомендаций С (уровень достоверности доказательств 5)

Диспансерное наблюдение Не требуется.

Список литературы:

1. WrightDN, AlexanderJM. Effect of water on the bacterial flora of swimmer's ears. Arch Otolaryngol 1974;99(1):15-8.

2. Rowshan HH, Keith K, Baur D, Skidmore P. Pseudomonas aeruginosa infection of the auricular cartilage caused by ―high ear piercing‖: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 2008;66(3):543-6.

3. Keene WE, Markum AC, Samadpour M. Outbreak of Pseudomonas aeruginosa infections caused by commercial piercing of upper ear cartilage. JAMA 2004 25;291(8):981-5.

4. Rosenfeld RM, Brown L; American Academy of Otolaryngology—Head and Neck Surgery Foundation, et al. Clinical practice guideline: Acute otitis externa. Otolaryngol Head Neck Surg 2006;134(4 Suppl): S4-23.

5. Osguthorpe JD, Nielsen DR. Otitis externa: Review and clinical update. Am Fam Physician 2006;74(9):1510-6.

6. Kaushik V, Malik T, Saeed SR. Interventions for acute otitis externa. Cochrane Database Syst Rev 2010:1: CD004740.

7. Косяков С.Я. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения. // Вестник оториноларингологии. - 2011. - № 1. - с. 8185.
8. Крюков А.И. Туровский А.Б. Клиника, диагностика и лечение острого воспаления среднего и наружного уха. // Лечащий врач. – 2002. - №10 - с. 20 – 24.)
9. Кунельская В.Я. Новые подходы к терапии грибкового отита. // Вестник оториноларингологии. - 2004. - № 2. - с. 46 - 48.
10. Кустов М.О. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода. // Российская оториноларингология. -№ 1. – 2012. - с. 111 – 118.