Наружный отит

Клинические рекомендации Минздрава России · дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H60.0, H60.1, H60.2, H60.3, H60.5, H60.8, H60.9, H61.0 · Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, Межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии

Наружный отит — воспаление ушной раковины, наружного слухового прохода и эпидермального слоя барабанной перепонки. Рекомендация посвящена диагностике и лечению его форм, включая неосложненный, грибковый и злокачественный наружный отит.

Главное

- Острый наружный отит длится до 6 недель; хронический диагностируют при сохранении симптомов более 3 месяцев или при наличии более 4 эпизодов в год.
- Основные факторы риска — травма кожи слухового прохода, влажность и попадание воды, наушники и слуховые аппараты, узкий слуховой проход и экзостозы, дерматиты, сахарный диабет, нарушения обмена и иммунитета.
- Для наружного отита типичны боль, усиливающаяся при надавливании на козелок или оттягивании ушной раковины, отек и гиперемия слухового прохода; возможны зуд, оторея, снижение слуха и регионарная аденопатия.
- При неосложненном наружном отите системные антибиотики не назначают: основа лечения — местная терапия и туалет слухового прохода. Местные препараты должны действовать на P. aeruginosa и S. aureus; эффект оценивают через 48–72 часа, обычная длительность лечения — 7–10 дней, иногда до 14 дней.
- При дифференциальной диагностике злокачественного наружного отита учитывают грануляции, микроабсцессы, костную деструкцию и отсутствие положительного эффекта от консервативной терапии более одной недели; отягощающим фактором является сахарный диабет.
- Большинство пациентов лечатся амбулаторно. Тяжелое состояние, прогрессирование воспаления, осложнения или неэффективность лечения требуют консультации оториноларинголога и решения вопроса о госпитализации.

Диагностика

1. Уточнить боль в ухе, ее усиление при пальпации или жевании, зуд, выделения, снижение слуха, лихорадку и ухудшение самочувствия.
2. Осмотреть ушную раковину и слуховой проход, оценить чувствительность или болезненность при нажатии на козелок и оттягивании ушной раковины, а также состояние кожных покровов.
3. Выполнить отоскопию всем пациентам с подозрением на наружный отит — УУР С, УДД 5. При отоскопии наружный слуховой проход гиперемирован и обычно сужен из-за отека; барабанная перепонка может быть видна лишь частично. При необходимости отопневмоскопия позволяет проверить ее подвижность.
4. Диагноз поддерживают признаки воспаления слухового прохода: болезненный козелок или ушная раковина, диффузный отек либо гиперемия. Дополнительные признаки — оторея, регионарная аденопатия, эритема барабанной перепонки, целлюлит ушной раковины или прилегающей кожи, зуд и ощущение распирания.
5. Микробиологическое исследование отделяемого до начала терапии проводят при тяжелом, рецидивирующем или хроническом течении, иммунодефиците, инфекции после операции на ухе и отсутствии ответа на начальное лечение; исследуют бактериальную и грибковую флору — УУР С, УДД 5. Рутинные лабораторные анализы детям с наружным отитом не нужны.
6. При подозрении на злокачественный наружный отит или деструктивный процесс выполняют рентгенографию либо КТ височных костей, при распространении на мягкие ткани — МРТ височных костей или основания черепа.

Лечение

- При установленном наружном отите назначают местную терапию: противомикробные препараты, кортикостероиды, их комбинации, анальгетики и анестетики — УУР С, УДД 5. Выбор препарата учитывает

возраст и предполагаемую этиологию; среди вариантов в таблице указаны офлоксацин, ципрофлоксацин, норфлоксацин, рифамицин и комбинированные капли.

- Системные антибиотики не применяют при неосложненном наружном отите. Они показаны при выходе воспаления за пределы слухового прохода, заушном абсцессе, мастоидите, остром среднем отите, постлучевом отите, злокачественном отите, неконтролируемом диабете, иммуносупрессии и невозможности местного лечения — УУР С, УДД 5.
- При злокачественном наружном отите до получения результата микробиологического исследования начинают терапию препаратами против P. aeruginosa. Ципрофлоксацин назначают внутрь по 20–30 мг/кг/сут в 2 приема с интервалом 12 часов, максимум 1500 мг/сут; возможна парентеральная терапия в эквивалентной дозировке. Курс обычно составляет 4–6–8 недель, при грибковой этиологии может быть продлен, например до 12 недель.
- Регулярно очищают слуховой проход от серной пробки и экссудата атравматичным способом — УУР С, УДД 3. После исключения дефекта барабанной перепонки допустимо осторожное промывание дистиллированной водой или 0,9% раствором натрия хлорида; ватные палочки использовать нельзя.
- При выраженной боли применяют ибупрофен или парацетамол в возрастных дозировках и/или местную терапию — УУР С, УДД 3. Если используется местное обезболивание, пациента наблюдают 48 часов, поскольку оно может замаскировать прогрессирование заболевания.
- При кандидозном наружном отите после туалета слухового прохода используют 1% раствор клотримазола 2 раза в сутки с экспозицией до 10 минут, обычно 4 недели. При плесневом или диморфном микозе применяют 1% раствор нафтифина 2 раза в сутки с экспозицией до 15 минут, также в среднем 4 недели.
- При абсцессе, грануляциях, секвестрах или холестеатоме выполняют соответствующее хирургическое вмешательство в пределах зоны патологического процесса: вскрытие и дренирование, удаление грануляций, секвестрэктомию или удаление холестеатомы — УУР С, УДД 5.

Когда направить и как наблюдать

- Госпитализация нужна детям в тяжелом состоянии. При неэффективности лечения, подозрении на прогрессирование или осложнениях пациента направляют к оториноларингологу и решают вопрос о стационарном лечении.
- При подозрении на злокачественный наружный отит требуется консультация оториноларинголога; при необходимости подключают детского онколога и других специалистов.
- При поражении наружного уха на фоне системного или инфекционного заболевания проводят консультацию профильного специалиста и дополнительное обследование по соответствующей клинической рекомендации.

Частые вопросы

Когда при наружном отите нужны системные антибиотики?

При неосложненном наружном отите они неэффективны и не назначаются. Системная терапия нужна при распространении воспаления за пределы слухового прохода, злокачественном отите, постлучевом отите, остром среднем отите, неконтролируемом диабете, иммуносупрессии или невозможности местного лечения.

Как распознать злокачественный наружный отит?

Настораживают грануляции и микроабсцессы в наружном ухе, костная деструкция. Отсутствие положительной динамики консервативного лечения в течение 1–3 недель также свидетельствует в пользу этой формы.

Нужно ли брать посев отделяемого при каждом наружном отите?

Нет. Исследование не проводят рутинно детям с наружным отитом; оно показано при тяжелом, рецидивирующем или хроническом течении, иммунодефиците, после операции на ухе и при отсутствии ответа на начальную терапию. Материал берут до антимикробной терапии под визуальным контролем.

Как лечить грибковый наружный отит?

Сначала тщательно очищают слуховой проход от патологического отделяемого. При кандидозе используют 1% раствор клотримазола 2 раза в сутки с экспозицией до 10 минут, при плесневом или диморфном микозе — 1% раствор нафтифина 2 раза в сутки с экспозицией до 15 минут; средняя продолжительность курса — 4 недели.

Когда пациента можно лечить амбулаторно?

В большинстве случаев лечение амбулаторное. Госпитализация требуется при тяжелом состоянии, прогрессировании воспаления, осложнениях или неэффективности лечения.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/21-naruzhnyj-otit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/21_3