Хронический средний отит

Клинические рекомендации Минздрава России · взрослые, дети · редакция 2024 г., статус «Применяется» на 04.11.2026 · МКБ-10: H65.2, H65.3, H65.4, H66.1, H66.2, H66.3, H72.0, H90.0 · Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

Хронический гнойный средний отит — длительное воспаление среднего уха со стойкой перфорацией барабанной перепонки, отореей и прогрессирующим снижением слуха более 3 месяцев. Рекомендация посвящена диагностике, санации очага, выбору консервативной или хирургической тактики и наблюдению.

Главное

- Хронический гнойный средний отит характеризуется стойкой перфорацией барабанной перепонки, постоянным или периодически возникающим гноетечением из уха и прогрессирующим снижением слуха более 3 месяцев.
- Для холестеатомы типичны гнойные выделения с неприятным запахом; ретракционный карман считается начальной стадией ее формирования.
- Консервативное лечение применяют при обострении, для подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде. Паллиативная консервативная тактика допустима преимущественно при тяжелых сопутствующих заболеваниях и регулярном наблюдении.
- Местное лечение начинают только после удаления патологического содержимого из среднего уха аспирацией или ирригацией. Топические фторхинолоны считаются наиболее эффективными местными средствами и могут применяться при перфорации барабанной перепонки.
- Операцию планируют в ремиссии, не ранее чем через 3–6 месяцев после последнего обострения. При холестеатоме показана санирующая операция; при мукозите II–III степени — дренирующее вмешательство; тимпанопластика предназначена для санации уха и улучшения слуха.
- Пациентов после тимпанопластики или санирующей операции наблюдают один раз в год минимум 5 лет. При противопоказаниях к операции, ее отсрочке или отказе от вмешательства наблюдение проводят с частотой 1 раз в 6 месяцев, а при обострении назначают консервативное лечение.

Диагностика

1. Уточнить снижение слуха, шум в ухе, длительность и частоту отореи, ее характер и запах, заложенность, головокружение и головную боль; выяснить эпизоды острого отита и предшествующее лечение.
2. Выполнить визуальное исследование органа слуха, отоскопию или видеоотоскопию; при отоэндоскопии оценить перфорацию, ее локализацию и края, ретракционные карманы, мукозит, грануляции, состояние слуховых косточек, аттика и адитуса. При глубоких карманах использовать оптику с разными углами обзора.
3. Оценить проходимость слуховой трубы с помощью пустого глотка, пробы Тойнби, маневра Вальсальвы или продувания по Политцеру. Одновременно обследовать полость носа, околоносовые пазухи и носоглотку.
4. При гнойном отделяемом выполнить культуральное исследование на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы с определением чувствительности к антимикробным препаратам. Микологическое исследование проводят при подозрении на грибковый процесс; патологическую ткань направляют на цитологическое и патолого-анатомическое исследование.
5. Провести камертональные пробы и составить слуховой паспорт; выполнить тональную пороговую аудиометрию при диагностике ХГСО для определения вида и степени тугоухости.
6. КТ височных костей используют для оценки распространенности процесса, костной деструкции, состояния слуховых косточек и анатомии, а также для планирования хирургического подхода и объема. Для объективной оценки распространенности исследование выполняют не ранее чем через 3–6 месяцев после обострения; в период обострения КТ оправдана главным образом при осложненном течении.
7. При подозрении на холестеатому или ее рецидив назначают МРТ височных костей в режимах T1, T2 и DWI (УУР А, УДД 2). При системном головокружении и признаках фистулы лабиринта проводят вестибулометрию.

Лечение

- При обострении или перед операцией проводят консервативную терапию: местные антимикробные средства, антисептики, а при мукозите — местные глюкокортикостероиды; системные препараты

используют при выраженном обострении и тяжелых распространенных деструктивных формах. Консервативное лечение при обострении и подготовке к операции имеет УУР С, УДД 5.

- Системный антибиотик выбирают по результатам посева и чувствительности, учитывая возможность проникновения через гематоэнцефалический барьер. Препараты выбора — бета-лактамные антибиотики; в отдельных случаях применяют респираторные фторхинолоны, при смешанной флоре возможна комбинация 2–3 препаратов.
- При мукозите используют капли с кортикостероидами или комбинированные препараты. Если местная терапия неэффективна в течение 1–3 месяцев, переходят к операции с применением дренирующих методик; при грануляциях их удаляют или выполняют химическую каустику соединениями серебра.
- При грибковой флоре не применяют противомикробные препараты и кортикостероиды в каплях; лечение проводят местными противогрибковыми препаратами по соответствующим алгоритмам, часто с привлечением миколога.
- При дисфункции слуховой трубы последовательно устраняют патологию носа и носоглотки, улучшают проходимость трубы продуванием по Политцеру или катетеризациями, затем используют специальную гимнастику или электростимуляцию мышц слуховой трубы.
- Тимпанопластика показана для санации среднего уха и улучшения слуха (УУР С, УДД 5); обязательное условие ее успешного выполнения — отсутствие выделений не менее 3–6 месяцев. При необходимости второго этапа его проводят через 8–12 месяцев.
- При холестеатоме выполняют санирующую операцию с полным удалением патологического матрикса и профилактикой рецидива (УУР С, УДД 4). При ограниченном процессе возможны закрытые методики, при распространенной деструкции, активной холестеатоме или вялотекущем обострении — открытые; при отсутствии последующего постоянного наблюдения предпочтительнее открытая методика.
- После тимпанопластики наружный слуховой проход обычно тампонируют на 10–14 дней, после санирующей операции — на 14–21 день; послеоперационное лечение включает местные комбинированные противомикробные препараты и воздействие на слуховую трубу и слизистую среднего уха.

Когда направить и как наблюдать

- Экстренно госпитализировать пациента при обострении ХГСО с экстракраниальными или интракраниальными осложнениями.
- Плановая госпитализация показана при ХГСО, включая холестеатому, в стадии вялотекущего воспаления или ремиссии не менее 3–6 месяцев для хирургического лечения.
- При снижении слуха, шуме, сохраняющихся скудных выделениях несмотря на консервативную терапию, а также при любых клинических проявлениях ХГСО без общих противопоказаний пациента направляют на плановое хирургическое лечение.
- Если операция противопоказана, отсрочена или пациент от нее отказался, наблюдать амбулаторно каждые 6 месяцев и проводить консервативное лечение при обострении.
- После операции необходимы ежегодные осмотры оториноларингологом и отохирургом минимум 5 лет; цель — выявить рецидив перфорации, холестеатомы и тугоухости.

Частые вопросы

Когда ХГСО можно лечить консервативно?

При обострении, для подготовки к операции и в раннем послеоперационном периоде. Как основной паллиативный метод консервативная терапия оправдана только при тяжелых сопутствующих заболеваниях и регулярном наблюдении; сухой перфоративный средний отит не лечат.

Какие исследования проводят при подозрении на ХГСО?

Проводят отоскопию или отоэндоскопию, камертональные пробы, тональную пороговую аудиометрию и культуральное исследование гнойного отделяемого с определением чувствительности. КТ оценивает костные структуры, а МРТ назначают при подозрении на холестеатому или ее рецидив.

Когда назначать КТ, а когда МРТ височных костей?

КТ применяют для оценки костной деструкции, распространенности процесса и планирования операции; при неосложненном течении ее выполняют не ранее чем через 3–6 месяцев после обострения. МРТ показана при подозрении на холестеатому или ее рецидив и позволяет отличать ее от других мягкотканных образований.

Через какой срок после обострения планировать операцию?

Плановую операцию проводят в ремиссии, не ранее чем через 3–6 месяцев после последнего обострения. Для тимпанопластики требуется отсутствие выделений минимум 3–6 месяцев.

Как наблюдать пациента после операции?

После тимпанопластики и санирующей операции осмотры проводят один раз в год минимум 5 лет.

Выжимка сделана по тексту рекомендации и не заменяет его. Полный официальный текст, калькуляторы и сокращённая версия: https://школасеченова.рф/cr/698-hronicheskij-srednij-otit. Официальный источник: https://cr.minzdrav.gov.ru/preview-cr/698_2