

О. И. Родионова¹, А. А. Рачинская²

СРАВНИТЕЛЬНЫЙ АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКИХ ПРОЯВЛЕНИЙ И ТЕРАПИИ НАРУЖНОГО ДИФФУЗНОГО ОТИТА

УО «Белорусский государственный медицинский университет»¹,
УЗ «10 городская поликлиника», г. Минск²

Воспалительные заболевания наружного уха у взрослых и детей распространены и составляют до 17% во всей структуре ЛОР-заболеваний. В тяжелых случаях, при отсутствии лечения инфекция прогрессирует, распространяясь на ушную раковину, кожу головы и околоушную слюнную железу, среднее и внутреннее ухо, что может привести к развитию менингита и отогенных абсцессов головного мозга. В статье представлен обзор актуальных данных по вопросам этиопатогенеза и лечебной тактики при наружном отите, а также проведен сравнительный анализ клинических проявлений и терапии наружного диффузного отита у детей и взрослых. Отмечена сезонность заболевания как в детском так и во взрослом возрасте, показана этиологическая значимость *Ps. Aeruginosa* и *Candida albicans*, а также сопутствующей патологии, проанализирован подход к терапии заболевания у детей и взрослых. Знание особенностей физиологии органа слуха и механизмов развития его патологии важно не только для узких специалистов-оториноларингологов, но и врачей разных специальностей, особенно педиатров и врачей общей практики.

Ключевые слова: наружный слуховой проход, отит, клинические проявления, лечение.

V. I. Radzionava, A. A. Rachynskaya

COMPARATIVE STUDY OF THE SYMPTOMS AND THERAPY OF ACUTE OTITIS EXTERNA IN ADULTS AND CHILDREN

Inflammatory diseases of the external ear are common among children and adults and constitute 17 percent of the Otorhinolaryngologic Diseases. It can progress to the inflammation of the auricle, middle and inner ear, salivary gland, scalp and cause meningitis and otogenic brain abscesses if symptoms and treatment are ignored. In this article we provide an analysis of actual data about acute otitis externa and describe etiology, pathophysiology, comparative study of the clinical signs and symptoms, therapy in adults and children. Significant seasonal variation in otitis externa was being revealed. The major causative agent this disease are *Ps. Aeruginosa* and *Candida albicans*. We analyzed specificity of therapy acute otitis externa in adults and children. This information are important not only for otorhinolaryngologists but also for other specialists particularly pediatricians and general practitioners.

Key words: external auditory canal, otitis, clinical presentation, treatment.

Гнойно-воспалительные заболевания наружного уха у взрослых и детей, по данным отечественных и зарубежных исследований, составляют до 17% во всей структуре ЛОР-заболеваний [1, 4]. Из них на долю наружных отитов у взрослых приходится до 50% случаев. У детей, по некоторым данным, частота наружных отитов составляет от 12,9 до 21% среди всех заболеваний уха, сохраняется тенденция к увеличению заболеваемости наружным отитом среди всех возрастных групп [4]. Обусловлено это широким использованием наушников, популярностью различных водных процедур (посещение бассейна, аквапарка) и профессиональными вредностями, неблагоприятным воздействием окружающей среды, широким и бесконтрольным применением медикаментозных препаратов, вызывающих иммунологические сдвиги в организме, увеличением количества больных с различными формами и клиническими проявлениями аллергопатологии. Отмечено повышение уровня заболеваемости в летний период [4].

Наружный слуховой проход представляет собой самоочищающуюся анатомическую структуру. При движении в височно-нижнечелюстном суставе происходит перемещение ушной серы в проксимальном направлении кнаружи. Чрезмерная тяга пациентов к «гигиене» является наиболее частой причиной развития воспаления наружного слухового прохода, во-первых, за счет внедрения патогенов через поврежденную кожу и, во-вторых, удаление ушной серы приводит к нарушению защитного барьера [1, 5, 8, 10].

Возбудители наружного диффузного отита

Согласно эпидемиологическим данным, ведущим возбудителем является синегнойная палочка (*Ps. aeruginosa*), на долю которой приходится до 38% в общей структуре возбудителей отита. Иногда *Ps. aeruginosa* обнаруживается в сочетании с другими микроорганизмами: *E. coli*, *P. vulgaris*, *S. aureus* и грибами [3, 4].

Клинические проявления заболевания

Основными симптомами заболевания является различной степени интенсивности боль, зуд, снижение слуха и ощущение давления или распирания в ухе. У детей раннего и младшего школьного возраста наружный диффузный отит часто сопровождается общетоксической реакцией организма: повышением температуры тела до фебрильных цифр, слабостью и ознобом [1].

При отоскопии определяется гиперемия, отек кожи наружного слухового прохода, гнойные выделения, корки, барабанная перепонка может быть слегка гиперемирована, но слуховая функция обычно нарушена незначительно. При сильной инфильтрации внешний вид барабанной перепонки не может быть оценен.

Процесс имеет острое или хроническое течение с обострениями, в ряде случаев может принять злокачественное течение и перейти в псевдомонадный остеомиелит височной кости, стать причиной менингита и отогенных абсцессов головного мозга [2].

Лечение острого наружного диффузного отита

В связи с отсутствием ранней микробиологической диагностики лечебная тактика при наружном отите у взрослых и детей в основном построена на стартовом эмпирическом назначении системных и местных противовоспалительных препаратов. Необходимым условием является выбор антибактериальных препаратов с широким спектром действия, активных в отношении большинства возможных возбудителей указанного состояния, и в частности *Ps. aeruginosa*. Локальная терапия очага инфекции включает в себя ежедневный туалет слухового прохода с дезинфицирующими средствами с последующим тщательным высушиванием и введением лекарственных средств. С медикаментозной терапией хорошо сочетать физиотерапию. При упорном рецидивирующем течении показано применение антистафилококкового анатоксина, аутогемотерапии [7, 9].

Цель исследования: провести сравнительный анализ клинических проявлений и терапии наружного диффузного отита у детей и взрослых.

Материалы и методы

В исследовании ретроспективно проанализированы 50 медицинских карт стационарных пациентов (детей) и 50 медицинских карт стационарных пациентов (взрослых), находившихся на лечении по поводу острого наружного диффузного отита в ЛОР-отделении 3 ГКБ и в ЛОР-отделениях 4 ГКБ им. Н. Е. Савченко (соответственно) с 2014 по 2018 год. Диагноз выставлялся на основании жалоб, данных клинического обследования (осмотр ЛОР-органов, отоскопия, общеклинические лабораторные тесты), а также анализировался анамнез жизни, заболевания пациента, данные микробиологического исследования (при наличии).

Результаты и обсуждение

Из детей, находившихся на лечении в ЛОР-отделении с острым наружным диффузным отитом, большинство составили пациенты младшего и старшего школьного возраста (36% и 46% соответственно, таблица 1).

Таблица 1. Возрастная структура детей с острым наружным диффузным отитом

Возраст (лет)	Количество пациентов
Ранний детский (1-2)	1
Дошкольный (3-6)	8
Младший школьный (7-11)	18
Старший школьный (12-17/18)	23
Всего	50

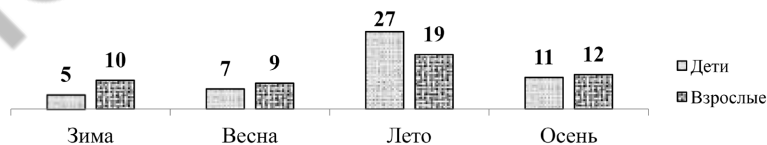


Рис. 1. Структура пациентов (взрослых и детей), госпитализированных с острым наружным диффузным отитом, по сезонам года



Рис. 2. Структура жалоб пациентов (взрослых и детей) с острым наружным диффузным отитом при поступлении

При анализе возрастного состава пациентов ЛОР-отделений 4 ГКБ с диагнозом острый наружный диффузный отит было выявлено, что большинство составили пациенты юношеского, молодого и среднего возраста (24%, 26% и 30% соответственно, таблица 2).

Таблица 2. Возрастная структура взрослых пациентов с острым наружным диффузным отитом

Возраст (лет)	Количество пациентов
Юношеский (18-24)	12
Молодой (25-44)	13
Средний (45-59)	15
Пожилой (60-74)	7
Старческий (75-89)	3
Всего	50

Отмечалась сезонность поступления пациентов в ЛОР-отделение для лечения острого наружного диффузного отита. Наибольшее количество детей поступило в летний период (27 человек – 54%) и в осенний период (11 человек – 22%). В то же время среди госпитализированных взрослых пациентов хотя и преобладало число госпитализированных летом (38%), но и в другие сезоны года количество госпитализированных было примерно одинаковым (18-24%, рисунок 1).

Вероятно, такое возрастное и сезонное соотношение пациентов с исследуемой патологией связано с активным использованием различных внутриушных гарнитур и приспособлений, а также высокой приверженностью к водным процедурам и видам спорта.

Основными жалобами при поступлении у детей были боль в ухе (90%), а также частыми жалобами были повышение температуры тела выше 38 градусов (30%), отек околоушной области (30%), выделения из уха (26%). Взрослые пациенты практически все отмечали боль в области уха (94%) и ощущение заложенности в пораженном ухе (80%), наличие выделений из уха (32%), повышение температуры тела (до фебрильных цифр) отмечалось только 7 человек (14%, рисунок 2).

При постановке диагноза у 9 детей (18%) была выявлена комбинированная патология уха: острый средний катаральный отит – 2 случая, острый средний гнойный отит – 6, фурункул наружного слухового прохода – 1. Среди взрослых пациентов комбинированная патология была выявлена у 10 человек (20%): острый средний катаральный отит – 5 случаев, хронический гнойный средний отит, обострение – 5; 7 (14%) взрослых пациентов имели сахарный диабет.

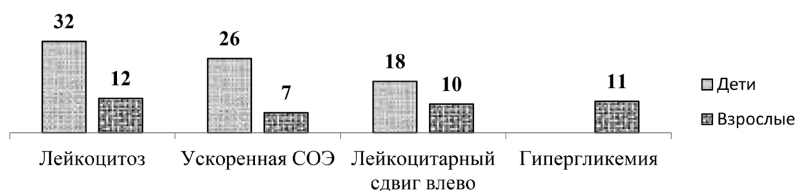


Рис. 3. Изменения в общем анализе крови при поступлении у пациентов с острым наружным диффузным отитом

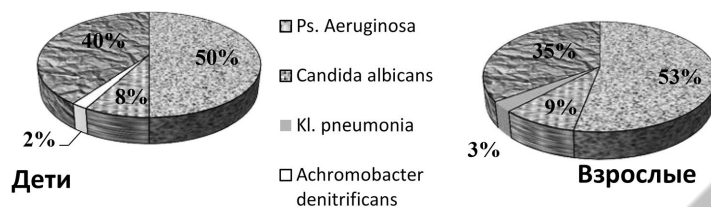


Рис. 4. Результаты микробиологического исследования отделяемого из уха

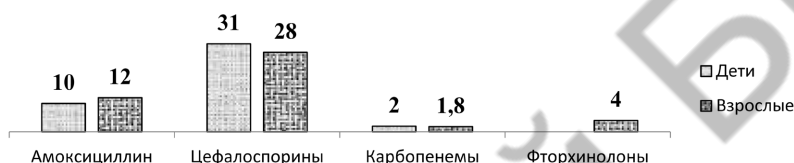


Рис. 5. Антибактериальная терапия, проведенная пациентам

На момент поступления всем пациентам был выполнен общий анализ крови и анализ крови на глюкозу. В общем анализе крови у детей воспалительные изменения были более выражены, чем у взрослых. Анализ крови на глюкозу в 100% случаев показал нормальный уровень сахара в крови у детей. Среди взрослых гипергликемия была выявлена у 11 человек (рисунок 3).

Микробиологическое исследование отделяемого из наружного слухового прохода было проведено у всех детей и 34 взрослых (рисунок 4).

Таким образом, и у детей, и у взрослых в подавляющем большинстве случаев возбудителем воспаления в наружном слуховом проходе явилась синегнойная палочка – 50% и 53% соответственно, что превысило литературные данные. Грибковая флора отмечена у 40% детей и 35% взрослых.

Лечение наружного отита всем пациентам проводилось в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными МЗ РБ: стартовая системная антибактериальная терапия у детей – амоксициллин или амоксицилина клавулонат, у взрослых – амоксицилина клавулонат. Системную антибактериальную терапию на догоспитальном этапе принимали 22 ребенка (44%) и 10 взрослых (20%). В стационарных условиях все пациенты получали системную антибактериальную терапию (рисунок 5).

2 антибактериальных препарата (вначале Амоксициллин, затем Цефалоспорины III поколения) получали 3 ребенка и 3 взрослых (по 6%). Кроме системной антибактериальной терапии, все пациенты получали местное лечение: ежедневный туалет наружного слухового прохода и введение растворов антисептиков. Средняя длительность лечения детей в стационаре составила $8,4 \pm 2,2$ дня, взрослых $9,2 \pm 3,6$ дня. Случаев тяжело или осложненного течения заболевания не отмечено

Выводы

1. Частота встречаемости наружного диффузного отита зависит от возраста: среди детей большинство составили пациенты младшего и старшего школьного возраста (36% и 46% соответственно), среди взрослых – юношеского, молодого и среднего возраста (24%, 26% и 30% соответственно).

2. Отмечена сезонность заболевания как в детском так и во взрослом возрасте (наружный диффузный отит выявляется чаще в летние месяцы).

3. *Ps. Aeruginosa* является наиболее часто встречающимся возбудителем наружного диффузного отита как у детей, так и у взрослых (50% и 53% случаев соответственно). *Candida albicans* играет важную роль в структуре возбудителей наружного диффузного отита.

4. У 18% детей и 20% взрослых наружный диффузный отит протекал на фоне острого или хронического заболевания среднего уха. 14% взрослых пациентов имели сахарный диабет.

5. При наружном диффузном отите у детей чаще встречаются системные проявления (воспалительные изменения в крови, повышение температуры до фебрильных цифр). У взрослых пациентов чаще преобладала локальная симптоматика.

6. Антибактериальная терапия всем пациентам проводилась в соответствии с клиническими протоколами, утвержденными МЗ РБ, однако, ввиду устойчивости флоры, в 6% случаев как у взрослых, так и у детей, потребовалось назначение антибактериальных препаратов 2-х групп.

Таким образом, наружный средний отит занимает значимое место среди гнойно-воспалительных заболеваний у пациентов молодого и трудоспособного возраста. Одной из причин, способствующих распространенности данной патологии в результате неадекватного ухода за кожей наружных слуховых проходов как у детей, так и у взрослых, очевидно, является недостаточная санитарно-просветительская работа на уровне первичного звена медицинской помощи. Поэтому знание особенностей физиологии органа слуха и механизмов развития его патологии важно не только для узких специалистов-оториноларингологов, но и врачей разных специальностей, особенно педиатров и врачей общей практики.

Литература

1. Богомильский, М. Р. Детская оториноларингология / М. Р. Богомильский, В. Р. Чистякова. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2002. – 432 с.
2. Косяков, С. Я. Злокачественный некротический наружный отит – многолика клиника, трудности диагностики и лечения / С. Я. Ко-

☆ Краткие сообщения

сяков, О. А. Алексеевская. // Российская оториноларингология. – 2006. – № 2. – С. 45–50.

3. *Микрофлора* наружного слухового прохода у больных бактериальным наружным диффузным отитом / М. О. Кустов, С. А. Артюшкин, П. В. Начаров и др. // Российская оториноларингология. – 2012. – № 3. – С. 66–70.

4. *Мосихин, С. Б.* Анализ видового состава микрофлоры у больных наружным отитом / С. Б. Мосихин, Е. М. Покровская, А. В. Безбрязов / Вестник оториноларингологии. – 2013. – Прил. № 5. – С. 85–86.

5. *Никитин, К. А.* К вопросу о гигиене наружного слухового прохода / К. А. Никитин // Медицинский совет. – 2013. – № 3. – С. 33–39.

6. *Никитин, К. А.* Местное этиотропное лечение при остром наружном и среднем отитах / К. А. Никитин, И. Г. Арустамян, Е. В. Болонина / Медицинский совет. – 2013. – № 7. – С. 22–25.

7. *Оковитый, С. В.* Медикаментозная терапия наружного и среднего отита / С. В. Оковитый, Д. Ю. Ивкин, С. В. Малыгин // Вестник оториноларингологии. – 2012. – № 1. – С. 52–56.

8. *Оториноларингология: национальное руководство* / под ред. В. Т. Пальчуна. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. – С. 565–571.

9. *Пальчун, В. Л.* Очаговая инфекция и септические состояния в оториноларингологической практике / В. Л. Пальчун, А. В. Гуров // Вестник оториноларингологии : Медицинский научно-практический журнал. – 2009. – № 6. – С. 63–68.

10. *Пальчун, В. Т.* Руководство по практической оториноларингологии / В. Т. Пальчун, М. М. Магомедов, Л. А. Лучихин. – М.: МИА, 2010. – С. 344.

Поступила 11.03.2019 г.