



УДК 616.288.1:005

**СОВРЕМЕННЫЙ ВЗГЛЯД НА КЛАССИФИКАЦИЮ
ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ НАРУЖНОГО УХА****М. О. Кустов, Г. В. Вержбицкий, С. А. Артюшкин, Л. А. Гребенщикова****THE CURRENT VIEW FOR THE CLASSIFICATION
OF INFLAMMATORY DISEASES OF THE EXTERNAL EAR****M. O. Kustov, G. V. Vergbickiy, S. A. Artyushkin, L. A. Grebenchikova***ГОУ ВПО «Северо-Западный государственный университет им. И. И. Мечникова»,
Санкт-Петербург**(Зав. каф. оториноларингологии – чл.-кор. РАМН, проф. Ю. К. Янов)**СПб ГУЗ «Городская Покровская больница» г. Санкт-Петербург**(Гл. врач – М. Н. Бахолдина)*

В статье авторами проанализированы существующие классификации воспалительных заболеваний наружного уха с позиций современных достижений оториноларингологии. Предложена новая классификация, основанная на многолетнем клиническом и педагогическом опыте, которая наиболее детально отражает различные варианты патологии наружного уха.

Ключевые слова: воспалительные заболевания наружного уха, классификация.

Библиография: 16 источников.

In article authors analyses classifications of inflammatory diseases of an external ear from a position of modern achievements of otorynolaryngologi. The new classification based an a long-team clinical and pedagogical experience which most be in details is offered reflects a variant of a pathology of an external ear.

Key words: inflammatory diseases of a external ear, classifications.

Bibliography: 16 sources.

Диагностика и лечение воспалительных заболеваний наружного уха до настоящего времени остаются актуальными для практической оториноларингологии. За последние годы наблюдается отчетливая тенденция к увеличению частоты наружных отитов, которая по данным разных авторов колеблется от 13 до 23% от всех заболеваний ЛОР-органов. У 10% населения в России регистрируется хотя бы один случай острого наружного отита. Увеличение частоты наружных отитов можно объяснить неблагоприятным воздействием профессиональных факторов, ухудшением состояния экосистемы, нерациональным использованием лекарственных препаратов (антибиотиков и др.) [9,3]. С этими же причинами связан рост числа заболеваний наружного уха грибковой этиологии: удельный вес отомикозов составляет от общего числа отитов 18,6% – у взрослых, и 26,3% – у детей [4, 7, 11]. Выше сказанное, требует от ЛОР-врача в повседневной лечебной работе четкой дифференциальной диагностики и направленной этиотропной и патогенетической терапии разнообразных воспалительных заболеваний наружного уха. При этом оториноларингологу требуются подчас глубокие знания в области смежных специальностей, а в частности дерматовенерологии, аллергологии, ревматологии и инфекционных заболеваний и др.

Общность и довольно характерные клинические проявления для большинства воспалительных заболеваний наружного уха приводят к тому, что его разнообразная патология обозначается как «наружный отит», что значительно затрудняет дифференциальную диагностику и лечение. Этот собирательный термин часто объединяет различные болезни ушной раковины, наружного слухового прохода и кожного слоя барабанной перепонки, различающиеся по своей этиологии, патогенезу и клинико-морфологическим проявлениям. Все это требует создания единой классификации и терминологии воспалительных заболеваний наружного уха, которая была бы полезной для практического врача и направляла его на точную дифференциальную диагностику.



Впервые попытку разработать классификацию наружного отита осуществил А. Barth [12]. В отечественной оториноларингологии первая клиническая классификация принадлежит Н. П. Симановскому [8], который выделил диффузный, крупозный, геморрагический и дифтерийный наружный отит. В 1941 году Н. С. Friedmann и С. L. Hinkel [14] разделили наружный отит на острый (ограниченный, диффузный, геморрагический), подострый [экзематозный (ограниченный, диффузный)] и хронический (экзема, нейродермит, поражение дрожжевыми грибами и перихондрит). Аналогичная классификация была предложена В. Н. Senturia [16], в которой автор выделил острый ограниченный наружный отит, десквамативный отит, хронический наружный отит (флегмонозный и экзематозный). Данные классификации отражают стадию процесса и не учитывают этиологический фактор. Они не нашли практического применения. D. Curtis и соавт. [13] выделили 4 типа наружного отита на основании жалоб больного, характера отделяемого из уха и отоскопической картины кожи наружного слухового прохода. При этом не учитывались данные каких-либо дополнительных лабораторных исследований, которые бы позволили верифицировать этиологию заболевания.

В 1965 году E. Jones [15] в своей монографии, посвященной диагностике и лечению наружных отитов, подразделил их на следующие формы: травматический (первичный и вторичный), инфекционным (вирусный, бактериальный, грибковый), аллергический (контактный, атопический, инфекционный, экзематозный), себоррейный, неврологический, неспецифический и сложный. Эта классификация мало отражает сущность патологического процесса и широкого распространения не получила.

Предложенная А.Р. Ханамировым [10] единая терминология и классификация заболеваний наружного уха на современном этапе развития оториноларингологии также не отвечает современным взглядам и имеет ряд существенных недостатков.

А. М. Ольховский (1976), а затем Б. А. Шапаренко и соавторы (1983) опубликовали схожие классификации, которые, по сути, заимствованы из дерматологии и систематизируют все заболевания наружного уха, включая редчайшие формы наружного отита, опухоли и аномалии развития и дерматозы невыясненной этиологии [2, 6]. Классификация воспалительных заболеваний наружного уха, предложенная Е. А. Евдошенко и А. Т. Шевченко в 1989 году, несмотря на название, реально объединяет в себе разнообразные патологические процессы [2]. Кроме того, на сегодняшний день эти классификации заметно устарели, так как появились новые данные в отношении этиологии и патогенеза ряда форм наружных отитов. Так в группу инфекционного наружного отита можно отнести геморрагический отит микоплазменной и пневмококковой этиологии; сюда же необходимо перенести некротический (злокачественный) наружный отит из группы гранулематозных заболеваний наружного уха, причиной которого является бактериальная или грибковая флора на фоне сахарного диабета, ВИЧ-инфекции, первичного иммунодефицита.

Изменились взгляды на причину гранулезного наружного отита (мирингита), длительно протекающего заболевания, при котором происходит образование грануляций на барабанной перепонке и на стенках наружного слухового прохода. Возникновение его обусловлено проникновением в кожу слухового прохода гриба *Monilia* следовательно, данная форма наружного отита должна рассматриваться как разновидность отомикоза [5].

Одним из вариантов заболеваний наружного уха является доброкачественный кожный лимфаденоз (болезнь Бафверштедта), который является проявлением клещевого боррелиоза с характерной клинической симптоматикой.

Рецидивирующий полихондрит – хроническое аутоиммунное заболевание хрящевой ткани. Клинические проявления, критерии диагностики и характер терапии позволяют включить его в группу дерматозов наружного уха при системных заболеваниях, заболеваниях невыясненной этиологии и патологии обмена веществ. К этой группе относятся подагрические тофусы и хронический узелковый хондродерматит Винклера, в основе которых лежит воспалительно-дистрофический процесс.

Гистиоцитоз X, гистиоцитарная лимфома и другие опухолевые процессы в классификации воспалительных заболеваний наружного уха правомерно рассматривать с точки зрения клинических проявлений данных заболеваний на коже слухового прохода, которые, в ряде случаев,



Таблица

Классификация воспалительных заболеваний наружного уха

По этиологии	Инфекционный наружный отит	1. Вирусный 2. Бактериальный (специфический: лепра, туберкулез, сифилис, болезнь Бафвершtedта; неспецифический) 3. Отомикоз (в том числе гранулезный наружный отит, мiringит) 4. Атипичные возбудители (микоплазмоз) 5. Протозойный (лейшманиоз) 6. Паразитарный (демодекоз) 7. Смешанный 8. Злокачественный (некротический) наружный отит
	Зудящие дерматозы наружного уха	1. Экзема 2. Контактный дерматит 3. Атопический дерматит 4. Кожный зуд
	Травматический наружный отит	1. Отогематома 2. Рана мягких тканей наружного уха 3. Ожоги и отморожение 4. Лучевое поражение.
	Дерматозы наружного слухового прохода при аутоиммунных и системных заболеваниях, патологии обмена веществ и при заболеваниях невыясненной этиологии	Псориаз, себорейный дерматит, гистиоцитоз X, гистиоцитарная лимфома. Рецидивирующий полихондрит, хронический узелковый хондродерматит Винклера, гранулематоз Вегенера, подагра и др.
	Дескваматинный наружный отит	1. Обтурирующий кератоз 2. Холестеатома наружного слухового прохода
	Геморрагический наружный отит	При черепно-мозговой травме, остром нарушении мозгового кровообращения, патологии гемостаза.
По патогенезу	Первичный наружный отит Вторичный наружный отит	
По течению	Острый Подострый Хронический Рецидивирующий	
По распространенности и локализации	Ограниченный Диффузный Меатомирингит Мiringит	
По характеру воспалительного экссудата	Серозный Гнойный Геморрагический Фибринозный	

крайне трудно дифференцировать с проявлениями инфекционного наружного отита, особенно при наложении бактериальной или смешанной флоры.

В патогенезе некоторых форм геморрагического воспалительного процесса в наружном ухе играет роль гипертоническая и атеросклеротическая ангиопатия (ангиодистрофия) мелких сосудов головы и шеи, системные нарушения реологических свойств крови (синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания), при геморрагических инсультах и внутричерепных гематомах. Все выше перечисленное, безусловно, позволяет выделить их в отдельную



группу воспалительных заболеваний наружного уха, которая требует определенной диагностической и лечебной тактики.

Принимая во внимание представленные данные, на наш взгляд, рабочей классификацией, способствующей правильной оценке патологического процесса, является классификация, разработанная на кафедре оториноларингологии Северо-Западного государственного медицинского университета им. И. И. Мечникова (табл.).

Перечисленные формы воспалительных заболеваний наружного уха не являются абсолютно стабильными и при определенных условиях способны видоизменяться. Представленная классификация может быть рабочей, она способствует правильной оценке патологического процесса, тяжести его течения, обеспечивает возможность целенаправленной терапии.

Осознавая все трудности создания новой классификации, мы понимаем, что она не лишена ряда недостатков и с глубочайшей признательностью примем все справедливые пожелания и замечания в свой адрес в надежде на то, что в совместном поиске удастся создать общую классификацию воспалительных заболеваний наружного уха.

ЛИТЕРАТУРА

1. Вержбицкий Г. В. Геморрагический наружный отит как один из признаков сосудистого заболевания головного мозга // Рос. оторинолар. – 2007, № 5 (30). – С. 36–38.
2. Евдошенко Е. А., Шевченко А. Т. О классификации воспалительных заболеваний наружного уха // Журн. ушн., нос. и горл. бол. – 1989 – № 6. – С. 10–13.
3. Косяков С. Я., Курлова А. В. Воспалительные заболевания наружного слухового прохода и методы их лечения // Вестн. оторинолар. № 1. – 2011. – С. 81–84.
4. Кунельская В. Я. Новые подходы к терапии грибкового отита // Там же. 2004. – № 2. – С. 46–48.
5. Морозова С. В. Воспалительные заболевания наружного уха // Русский мед. журн. – 2001. – № 9. – С. 16–17.
6. Ольховский А. М. О классификации дерматозов наружного уха // Вестн. оторинолар. – 1976. – № 2. – С. 52–53.
7. Свистушкин В. М., Овчинников А. Ю., Никифорова Г. Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему // Новости оторинолар. и логопатол. – 2005. – № 3 (16). – С. 93–96.
8. Симановский Н. П. Лекции по ушным, горловым и носовым болезням. – СПб., 1914. – С. 89–125.
9. Туровский А. Б., Крюков А. И. Острое воспаление наружного и среднего уха // Consilium Medicum. – 2000. – Vol. 2. – № 8. – С. 323–325.
10. Ханамиров А. Р. О единой терминологии заболеваний ЛОР-органов // Вестн. оторинолар. – 1976. – № 4. – С. 9–10.
11. Чистякова В. Р., Наумова И. В. Отомикозы в детском возрасте: руководство для врачей. – М.: МИА, 2001. – 176 с.
12. Barth A. Заболевания наружного уха // Практический врач. – 1904. – № 30. – 796 с.
13. Curtis D., Benton C. Diagnosis and treatment of diffuse external otitis based on a new clinical classification // Eye, Nose and Throat Monthly. – 1956. – Vol. 2. – P. 113–117.
14. Friedmann H. C., Hinkel C. L. External otitis, studies of comparative merits of medical therapy // Arch. Otolaryngol. – 1941. – Vol. 33. – P. 749–757.
15. Jones E. External otitis. Diagnosis and treatment. – Springfield. 1965. – 238 p.
16. Senturia B. H. Inflammatory diseases of external ear // Laryngoscop. – 1945. – Vol. 55. – P. 227–293.

Кустов Максим Олегович – врач-оториноларинголог Городской Покровской больницы. 190036, Санкт-Петербург, Б. П. В. О., д. 85; тел.: (812)-322-25-57; e-mail: kustovlor@mail.ru; **Артюшкин** Сергей Анатольевич – докт. мед. наук, зав. ЛОР-отделением Городской Покровской больницы. 190036, Санкт-Петербург, Б. П. В. О., д. 85; тел.: (812)-322-25-57; e-mail: lorartyushkin@mail.ru; **Вержбицкий** Геннадий Вацлавович – докт. мед. наук, проф. каф. оториноларингологии СЗГУ им. И. И. Мечникова. 190036, Санкт-Петербург, Б. П. В. О., д. 85; тел.: (812)-322-25-57; **Гребенщикова** Людмила Александровна – канд. мед. наук, доцент каф. оториноларингологии СЗГУ им. И. И. Мечникова, 190036, Санкт-Петербург, Б. П. В. О., д. 85; тел.: (812)-322-25-57.