



**МИНИСТЕРСТВО  
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ  
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства для врачей общей практики (семейных врачей)

## **Боль в ухе**

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **ВОП6**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Ассоциация врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации**

**Рабочая группа по подготовке рекомендаций:**

**Председатель:** д.м.н., академик РАН, профессор Игорь Николаевич Денисов, заведующий кафедрой семейной ИПО ГБОУ ВПО Первый Московский государственный медицинский университет имени И.М. Сеченова, Президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации, главный внештатный специалист Минздрава России по общей врачебной практике (семейный врач).

**Члены рабочей группы:**

Дегтярева Людмила Николаевна — к.м.н., доцент кафедры семейной медицины Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова

Кузнецова Ольга Юрьевна — д.м.н., профессор, заведующая кафедрой семейной медицины ГБОУ ВПО «Северо-Западный государственный медицинский университет имени И.И. Мечникова» Минздрава России; Вице-президент Ассоциации врачей общей практики (семейных врачей) Российской Федерации, главный внештатный специалист города Санкт-Петербург по общей врачебной практике (семейный врач); [oukuznetsova@mail.ru](mailto:oukuznetsova@mail.ru)

**Экспертный совет:**

Д.м.н., проф. Абдуллаев А.А. (Махачкала); к.м.н., проф. Агафонов Б.В. (Москва); Анискова И.В. (Мурманск); д.м.н., проф. Артемьева Е.Г.(Чебоксары); д.м.н., проф. Байда А.П. (Ставрополь); д.м.н., проф. Болотнова Т.В. (Тюмень); д.м.н., проф. Будневский А.В. (Воронеж); д.м.н., проф. Бурлачук В.Т. (Воронеж); д.м.н., проф. Григорович М.С. (Киров); к.м.н., Дробинина Н.Ю.(Новокузнецк); д.м.н., проф. Заика Г.Е. (Новокузнецк); к.м.н., Заугольникова Т.В. (Москва); д.м.н., проф. Золотарев Ю.В. (Москва); д.м.н., проф. Калев О.Ф.(Челябинск); д.м.н., проф. Карапетян Т.А. (Петрозаводск); д.м.н., проф. Колбасников С.В.(Тверь); д.м.н., проф. Купаев В.И. (Самара); д.м.н., проф. Лесняк О.М. (Екатеринбург); к.м.н., Маленкова В.Ю.(Чебоксары); д.м.н., проф. Нечаева Г.И. (Омск); д.м.н., проф. Попов В.В.(Архангельск); Реуцкий А.А.(Калининград); д.м.н., проф. Сигитова О.Н.(Казань); д.м.н., проф. Синеглазова А.В.(Челябинск); д.м.н., проф. Ховаева Я.Б. (Пермь); д.м.н., проф. Шавкута Г.В.(Ростов-на-Дону); д.м.н., проф. Шапорова Н.Л.(Санкт-Петербург); к.м.н., Шевцова Н.Н. (Москва).

## Содержание

Список сокращений

1. Определение понятия
  2. Подходы к шифрованию по кодам МКБ-10
  3. Эпидемиология (условно)
  4. Принципы дифференциальной диагностики в амбулаторных условиях
    - 4.1. Группы причин боли в ухе, общие принципы диагностики
    - 4.2 Общие принципы дифференциальной диагностики
    - 4.3 Обследование
    - 4.4 Особенности боли в ухе при различных состояниях
  5. Ситуации, требующие обязательной консультации у специалиста
  6. Важная информация для подбора терапии и организации лечения
- Приложение
- Список литературы

## Список сокращений

БГМ — буллезно-геморрагический мирингит  
 БП — барабанная перепонка  
 ВДП — верхние дыхательные пути  
 ГКС — глюкокортикостероиды  
 ЛАП — лимфоаденопатия  
 МКБ-10 — международная классификация болезней 10 пересмотра  
 МРТ — магнитно-резонансная томография  
 НСП — наружный слуховой проход  
 ОСО — острый средний отит  
 ХСО — хронический средний отит

Настоящие рекомендации включают уровни доказательности, описание которых приведено ниже в таблице.

### Описание уровней доказательности

Категория доказательности	Источники	Определение
<b>А</b>	Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Большое количество данных	Доказательность основана на результатах хорошо спланированных РКИ, которые предоставляют данные, соответствующие данным в популяции, для которой представлены рекомендации. Категория А требует проведения значительного количества исследований с участием большого количества пациентов
<b>В</b>	Рандомизированные контролируемые исследования (РКИ). Ограниченное количество данных	Доказательность основана на результатах исследований, включающих вмешательства в ход заболевания (интервенционные исследования), с ограниченным числом участников; на post hoc анализе; анализе подгрупп РКИ или метаанализе РКИ. В целом к категории В относятся данные небольшого количества рандомизированных исследований, небольших по размеру, проведенных с участием популяции,

		отличающейся от популяции, для которой даются рекомендации, или если результаты указанных исследований в некоторой степени противоречивы
<b>C</b>	Нерандомизированные исследования. Наблюдательные исследования	Доказательность основана на исходах неконтролируемых или нерандомизированных исследований или наблюдательных исследованиях
<b>D</b>	Заключения экспертов	Данная категория применяется только в тех случаях, когда предлагаемые рекомендации представляются обоснованными, но клинической литературы по данному вопросу недостаточно для того, чтобы поместить утверждение в одну из вышеизложенных категорий. Заключение экспертов основано на клиническом опыте или знаниях, которые не соответствуют вышеперечисленным критериям

### 1. Определение понятия

Боль в ухе достаточно часто встречающаяся жалоба. Бывает исключительно интенсивной, нестерпимой. Встречается во всех возрастных группах, особенно распространена она у детей. Наиболее частая причина боли в ухе у детей — средний отит. Дифференциальная диагностика достаточно трудна, особенно сложна у грудных детей, так как единственными её проявлениями могут быть плач и рвота. Врачу необходимо иметь хороший навык отоскопии.

### 2. Подходы к шифрованию по кодам МКБ-10

Поскольку боль в ухе не является отдельной нозологической формой и может вызываться различными заболеваниями, то указывать нужно будет код того заболевания, которое сопровождается болью в ухе, Например, H66.0 — острый гнойный средний отит; H60.0 — абсцесс наружного уха; H61.2 — серная пробка и т.п.

### 3. Эпидемиология (условно)

Самые частые причины возникновения боли в ухе – средний и наружный отиты.

### 4. Принципы дифференциальной диагностики в амбулаторных условиях

Необходимо помнить, что боль в ухе достаточно тяжело переносится всеми пациентами, особенно маленькими детьми. При жалобе на такую боль или подозрении на неё осмотр должен быть произведён как можно скорее.

#### 4.1 Группы причин боли в ухе

Таблица 1. Группы наиболее вероятных причин болей в ухе

Заболевания наружного уха	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Перихондрит ушной раковины (травмы, пирсинг и т.д.)</li> <li>● Наружный отит (Candida; Aspergillus niger; Pseudomonas pyocyanea; Staph. aureus)</li> <li>● Фурункул наружного слухового прохода</li> <li>● Травмы</li> <li>● Злокачественные новообразования</li> <li>● Синдром Ханта<sup>1</sup></li> </ul>
---------------------------	---

<sup>1</sup> Синдром Рамсея-Ханта — описан в 1917 американским неврологом J. R. Hunt, 1872—1937; синоним синдром коленчатого узла — это ганглионит коленчатого узла (узла лицевого нерва, вызываемый вирусом опоясывающего герпеса и проявляющийся болью в узле, часто с иррадиацией в лицо, затылок, шею, высыпаниями в области наружного слухового прохода, барабанной перепонки, иногда на языке и

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Буллёзно-геморрагический мирингит<sup>2</sup> (БГМ)</li> <li>• Серные пробки</li> </ul>
Заболевания среднего уха	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Тубоотит</li> <li>• Баротравма</li> <li>• Острый средний отит</li> <li>• Хронический средний отит</li> <li>• Холестеатома</li> <li>• Острый мастоидит</li> </ul>
Другие заболевания	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Болезни зубов</li> <li>• Дегенеративно-дистрофические заболевания шейного отдела позвоночника</li> <li>• Синдром височно-нижнечелюстного сустава</li> <li>• Эпидемический паротит</li> <li>• Гигантоклеточный артериит</li> <li>• Лимфаденит шейных лимфоузлов</li> <li>• Фарингит</li> <li>• Тонзиллит</li> </ul>

нёбе, поражением лицевого нерва с параличом мимической мускулатуры и преддверноулиткового нерва с головокружением, шумом в ухе и снижением слуха на стороне поражения. Лечение противовирусное.

<sup>2</sup> Возбудителями БГМ чаще всего являются вирусы, часто гриппа. Появляется сильная боль в ухе, на БП и прилегающих к ней стенках НСП появляются пузырьки, наполненные геморрагическим содержимым.

## 4.2 Общие принципы дифференциальной диагностики

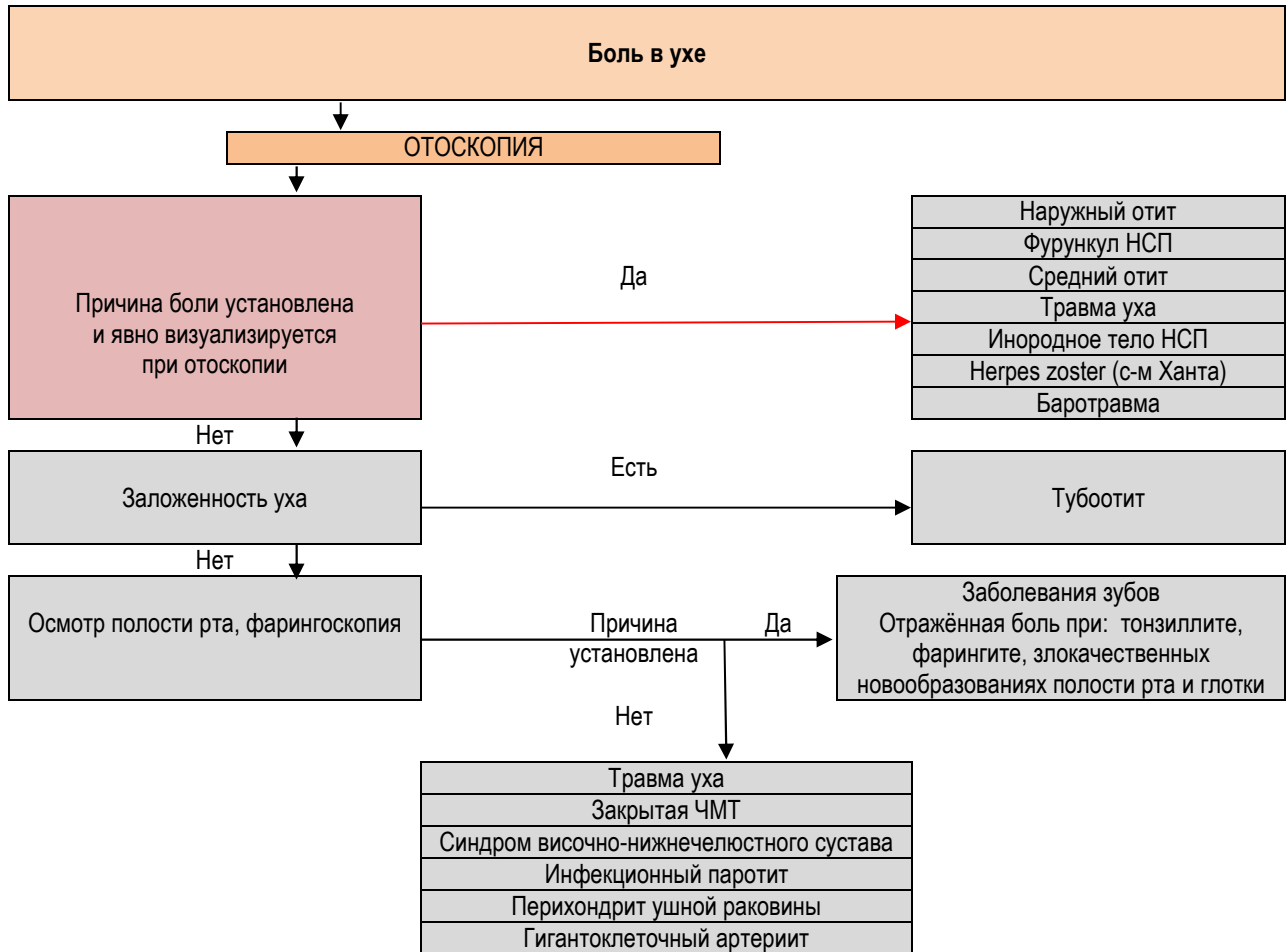


Схема 1. Общий алгоритм «Боль в ухе»

Таблица 2. Дифференциальная диагностика при боли в ухе

Самая вероятная причина	Средний отит (вирусный или бактериальный) Наружный отит Синдром височно-нижнечелюстного сустава
Наиболее опасные заболевания	Злокачественные новообразования наружного уха Злокачественные новообразования языка, глотки Синдром Ханта Мастоидит Холестеатома
Возможные диагностические ошибки и/или «пропуски»	Иностранное тело наружного слухового прохода Серные пробки Баротравма Болезни зубов, особенно третьих маляров Синдром височно-нижнечелюстного сустава Невралгия тройничного нерва Ранний послеоперационный период после тонзиллоэктомии (боль, повреждение височно-нижнечелюстного сустава)
«Маски» или состояния, при котором боль в горле не является основной жалобой	Депрессия — пациент при депрессии может жаловаться на всевозможные болевые ощущения, боль в ухе не самая частая из жалоб, однако обращать внимание на это явления необходимо Инфекции мочевыводящих путей

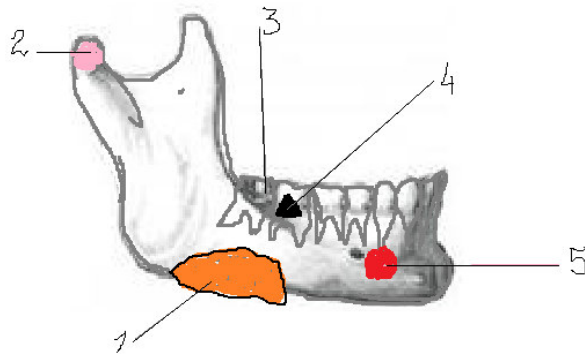
## 4.3. Обследование

Таблица 3. Жалобы, анамнез и обследование

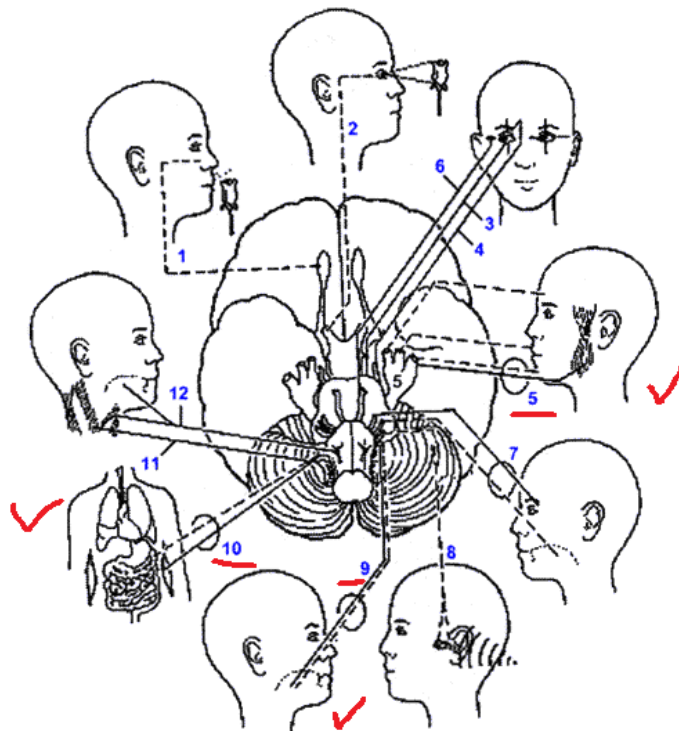
Жалобы	
Боль	Локализация и иррадиация боли
	Обстоятельства возникновения боли
	Характер боли
	От чего усиливается / ослабевает
	Какие признаки сопутствуют: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Снижение слуха</li> <li>• Выделения</li> <li>• Головокружение</li> <li>• Шум в ухе / ушах</li> <li>• Изменения на ушной раковине</li> <li>• Боль при открывании рта</li> <li>• Явления респираторной инфекции</li> </ul>
Анамнез	
Вопросы, на которые надо получить ответ:	Где место наибольшей болезненности?
	Где <u>боль сильнее</u> : <ul style="list-style-type: none"> <li>• в ухе</li> <li>• позади/спереди уха</li> <li>• снизу от уха</li> </ul>
	Болит одно/оба уха
	Есть боль в горле?
	Не было ли рвоты?
	Температура тела нормальная?
	Есть/были выделения из уха
	Слух изменился?
	Принимали антибиотики – пенициллины?
	Есть аллергия на лекарства?
	Недавно плавали/ ныряли?
Обследование	
Области	Ушная раковина – осмотр, пальпация
	Лицо и шея – кожа, травмы, лимфоузлы, слюнные железы
	Височно-нижнечелюстные суставы – осмотр, пальпация перед ушной раковиной и пальпация нижней стенки НСП (мизинцем), при открытом и закрытом рте.
Отоскопия	Правильно подобрать Ø воронки – детям до 4 лет – 2,5 мм, взрослым 4-6 мм. Правильно оттянуть ушную раковину (взрослым – назад и вверх, детям до 4 лет – назад).
Если диагноз после отоскопии неясен, нужно исключить следующие состояния:	
<b>Рис. 1. Отражённая боль в ухе при заболеваниях полости рта и глотки</b>	
злокачественные новообразования: языка -1, нёбных миндалин -2, нёба -3; травмы нёба, слизистой рта – 4; невралгия языкоглоточного нерва -5; афтозный стоматит – 6; заболевания нёбных миндалин: ангина, паратонзиллярный абсцесс;боль после тонзилэктомии – 7.	

**Рис. 2 . Отражённая боль в ухе при заболевании нижней челюсти**

Злокачественные новообразования кости -1; заболевания височно-нижнечелюстного сустава -2; болезни VIII зубов нижней челюсти – 3; кариес – 4; верхушечный периодонтит (гранулёмы и кисты) зубов – 5.

**Рис.3 Исследование функции черепно-мозговых нервов.**

Вторая ветвь тройничного нерва – (V пара), IX и X пары черепных нервов.



Расположение и функции 12 пар черепно-мозговых нервов:

- |                        |                      |              |
|------------------------|----------------------|--------------|
| 1 – обонятельный;      | 8 – слуховой;        | --- чувстви- |
| 2 – зрительный;        | улитковая ветвь,     | тельные      |
| 3 – глазодвигательный; | вестибулярная ветвь; | волокна      |
| 4 – блоковый;          | 9 – языкоглоточный;  | ----- двига- |
| 5 – тройничный;        | 10 – блуждающий;     | тельные      |
| 6 – отводящий;         | 11 – добавочный;     | волокна      |
| 7 – лицевой;           | 12 – подъязычный     |              |
|                        | (по Ж. Годфруа)      |              |

[10]

Таблица 4.Лабораторная диагностика и дополнительные исследования.

Лабораторная диагностика	
Клинический анализ крови	Лабораторные исследования у взрослых требуются редко. У детей — общий анализ крови для выявления признаков интоксикации
Исследование слуха	Тест с шёпотной речью, камертонами, аудиометрия. У маленьких детей — тимпанометрия <sup>3</sup>
Микроскопия/посев	Отделяемого при среднем отите — после перфорации барабанной перепонки
При подозрении на опухоль проводят компьютерную томографию или МРТ	

<sup>3</sup> **Тимпанометрия (импедансометрия)** — метод объективного исследования функции среднего уха, степени подвижности барабанной перепонки и проводимости слуховых косточек путём создания вариаций давления воздуха в слуховом канале. Результаты исследования не могут быть использованы для оценки чувствительности слуха (результаты тимпанометрии всегда следует рассматривать в сочетании с данными аудиометрии)



#### 4.4. Особенности боли в ухе при различных состояниях

Наружный отит	Часто связан с водными видами спорта и отдыха. Лечение в основном местное, эффективно при достаточной проходимости НСП; поэтому необходимо очищение НСП.
Фурункул или абсцесс НСП	Воспаление наружного волосяного фолликула, сильная боль при нажатии на ушную раковину у взрослых — отличительный признак для исключения среднего отита. Общее состояние страдает при развитии абсцесса и флегмоны.
Серные пробки	При удалении серных пробок особое внимание надо обратить на целостность БП. У детей лучше пользоваться специальными каплями.
Инородное тело НСП	Достаточно частая находка. Выбор между промыванием, удалением с помощью зонда / катетера или инструмента. При подозрении на перфорацию БП удаление промыванием противопоказано. Необходима консультация оториноларинголога при невозможности удалить инородное тело.
Баротравма	Изменение давления в НСП при закрытой слуховой трубе. Встречаются у аквалангистов и дайверов, иногда после авиаперелётов.
Перихондрит ушной раковины	Редко встречается. Часто после травм, пирсинга.
Мастоидит	Резкое ухудшение общего состояния, боль и отёк вокруг сосцевидного отростка. Срочно лечение в стационаре.
Буллезно-геморрагический мирингит	Осложнение вирусной инфекции. Геморрагические высыпания. Не применяются антибиотики.
Средний отит	Средний отит — самая частое детское заболевание — требует тщательного лечения. Чаще в холодное время года, сопутствует вирусным инфекциям. Пики заболевания у детей 6-12 мес и 6-8 лет. Две трети случаев — возбудитель бактериальный (чаще всего — <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Haemophilus influenzae</i> .)

#### 5. Ситуации, требующие обязательной консультации у специалиста

Неполное выздоровление после ОСО	Возможно, потребуется решение о пластике БП
Инородное тело, не поддающееся извлечению	Неотложная помощь, госпитализация, ЛОР-хирург
Гноетечение после острого среднего отита	Продолжение гноетечения более 3 мес.
Стойкая тугоухость после отита	Консультация и обследование у сурдолога
Подозрение на мастоидит или другие тяжёлые осложнения	Стационарное лечение, особенно у детей до 5 лет
Рецидивирующий средний отит	Углублённое обследование
Эпитимпанит, холестеатома	Стационарное и/или специализированное лечение
Аномалии строения черепа	Стационарное и/или специализированное лечение

#### 6. Важная информация для подбора терапии и организации лечения

Фактор	*	Применение информации
Антибиотики следует назначать, применяя принципы трёхступенчатой стратегии подбора – см приложение	A	При многих респираторных заболеваниях достаточно симптоматического лечения
Назначение симптоматической терапии вирусной инфекции применяется при наличии симптомов	A	Применение сосудосуживающих капель без отёка слизистых не оправдано. Эффективность применения H <sub>1</sub> -блокаторов не доказана
Препаратами выбора для антибактериальной терапии являются пенициллины (защищенные) Допустимо применение цефалоспоринов и макролидов	A	Применение антибиотиков зависит от типа возбудителей и оправдано при высоком риске осложнений
Эффективность антибиотикотерапии оценивают в течение первых 48 часов	C	Если состояние не улучшится через 72 час, необходимо снова обратиться к врачу
Для купирования болевых ощущений в ухе при отитах более эффективны парацетамол и ибупрофен	A	Эффективность купирования болевого синдрома у НПВС выше, чем у антибиотикотерапии, их назначение оправдано в самом начале симптоматической терапии

\* степень доказательности

## Приложение [11]

Стратегия трёхступенчатого подхода к назначению антибактериальной терапии при респираторных инфекциях						
При первом осмотре пациента в амбулаторной практике, в том числе при обращении за неотложной помощью, проводится комплексная клиническая оценка состояния пациента, в том числе по <ul style="list-style-type: none"> <li>• анамнезу — представленные симптомы, использование самолечения, истории развития болезни, факторы риска, сопутствующие заболевания</li> <li>• данным обследования, необходимым для установления диагноза.</li> </ul>						
↓						
Информированное согласие пациента/законного представителя для проведения вмешательства с выбором стратегии антибактериальной терапии <b>«без назначения антибиотиков», «с задержкой назначения антибиотиков» и «немедленное назначение антибиотиков» )</b>						
↓						
Согласование стратегии <b>«без назначения антибиотиков», «с задержкой назначения антибиотиков»</b> для пациентов с острым средним отитом, при остром тонзиллите / фарингите, назофарингите, остром риносинусите или с острым кашлем (трахеит) /острым бронхитом		→	Однако необходимо также учитывать возможность применения стратегии <b>«немедленное назначение антибиотиков»</b> для следующих случаев, в зависимости от тяжести респираторной инфекции		→	Пациенты с риском развития осложнений
↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<b>«без назначения антибиотиков»</b>	<b>«с задержкой назначения антибиотиков»</b>	<b>«без назначения антибиотиков», «с задержкой назначения антибиотиков» и «немедленное назначение антибиотиков»</b>	<b>«немедленное назначение антибиотиков», или продолжить обследование следующим пациентам:</b>			
Необходимо объяснить пациентам: что при их состоянии антибиотики не нужны сразу, потому что не будет большой разницы в результате лечения, но могут возникнуть побочные эффекты, например, диарея, тошнота и сыпь.	- Необходимо объяснить пациентам: то, что при их состоянии антибиотики не нужны сразу, потому что не будет большой разницы в результате лечения, но могут возникнуть побочные эффекты, например, диарея, тошнота и сыпь. - Предупреждаем о том, что при возникновении ухудшения состояния необходима консультация для решения вопроса о назначении антибиотиков	В зависимости от клинической оценки степени тяжести респираторной инфекции рекомендуется <b>«немедленное назначение антибиотиков»</b> , для: <ul style="list-style-type: none"> <li>- детей младше 2 лет с двусторонним острым средним отитом</li> <li>- детей с гноетечением из уха на фоне острого среднего отита</li> <li>- пациентов с острой болью в горле /острым тонзиллитом, при наличии трёх или более критериев стрептококкового фарингита (критерии: лихорадка; экссудат на миндалинах; переднешейная лимфоаденопатия, нет кашля)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• с тяжелым общим состоянием, высокой интоксикацией</li> <li>• имеющим симптомы серьезных заболеваний и/или осложнений:               <ul style="list-style-type: none"> <li>-- пневмония / - мастоидит / - паратонзиллярный абсцесс / -- внутриглазные или внутричерепные осложнения (менингит, параорбитальное воспаление)</li> </ul> </li> <li>• имеющим высокий риск серьезных осложнений из-за сопутствующей патологии:               <ul style="list-style-type: none"> <li>--- серьезные заболевания сердца, легких, почек, печени или нервной системы / снижение иммунитета / муковисцидоз / недоношенные дети до года</li> </ul> </li> <li>• пациенты старше 65 лет с острым кашлем, имеющие два или более признака из ниже приведенного списка</li> <li>• пациенты старше 80 лет с острым кашлем имеющих один или более признака из ниже перечисленных:               <ul style="list-style-type: none"> <li>= госпитализации в предыдущем году</li> <li>= сахарный диабет 1 или 2 типа</li> <li>= наличие сердечной недостаточности</li> <li>= использование пероральных глюкокортикоидов</li> </ul> </li> </ul>			
↓	↓	↓	↓	↓	↓	
<b>Объясняем всем пациентам:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>- примерные средние сроки длительности заболеваний:           <ul style="list-style-type: none"> <li>• острый средний отит: 4 дня</li> <li>• острый фарингит/острый тонзиллит: 1 неделя</li> <li>• острый риносинусит: 2,5 недели</li> <li>• острый трахеит/острый бронхит: 3 недели</li> </ul> </li> <li>- даём рекомендации по симптоматической терапии, включая терапию лихорадки (парацетамол, ибупрофен).</li> </ul>						

**Список литературы**

1. Денисов И.Н., Мовшович Б.Л. Общая врачебная практика.– Москва.– 2001.– 496 с.
2. Мёрта Дж. Справочник врача общей практики.– Москва: Практика.– 2001.– 1230с.
3. Инфекционные болезни. Национальное руководство. М., ГЭОТАР-Медиа, 2009.
4. Руководство по амбулаторно-поликлинической педиатрии / под ред. А.А.Баранова.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007 – 608 с.
5. Руководство по первичной медико-социальной помощи / под ред. А.А. Баранова, И.Н.Денисова, А.Г. Чучалина.– М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007.– 1584 с.
6. Клинические рекомендации + фармакологический справочник / Под ред. И.Н.Денисова, Ю.Л. Шевченко.– М.: ГЭОТАР-МЕД.– 2004.– 1184 с.
7. Клинические рекомендации для практикующих врачей / Под ред. И.Н.Денисова, В.И.Кулакова, Р.М.Хаитова.– М.: ГЭОТАР-МЕД.– 2001.– 1248 с.
8. Общая врачебная практика: национальное руководство. В 2 т. /под ред. акад. РАМН И.Н.Денисова, проф. О.М. Лесняк.— М.:ГЭОТАР-Медиа, 2013.- 1т.976 с и 2т.888 с.
9. Кишкун А.А. Руководство по лабораторным методам диагностики. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2007. – 800 с.
10. Годфруа, Ж. Что такое психология. В 2-х т. Пер. с фр. / Ж. Годфруа.- М.: Москва, 1996.
11. Respiratory tract infections – antibiotic prescribing Prescribing of antibiotics for self-limiting respiratory tract infections in adults and children in primary care Issued: July 2008. NICE clinical guideline 69. [guidance.nice.org.uk/cg69](http://guidance.nice.org.uk/cg69)