



# ОТИТ

Авторы: С. В. Морозова

ОТИТ (от греч. οὖς, род. п. ὠτός – ухо и *...um*), воспаление уха. По локализации выделяют наружный и средний, по характеру течения – острый и хронический, по этиологии – инфекционный (в т. ч. бактериальный, вирусный, грибковый), аллергич., травматич. О. Воспаление *внутреннего уха* (лабиринта) называют *лабиринтитом*. Частая разновидность О. – инфекц. наружный (ограниченный или диффузный) О. Огранич. наружный О., или фурункул наружного слухового прохода, обусловлен инфекцией волосяного фолликула. Проявляется резкой болью в ухе, усиливающейся при разговоре, жевании, надавливании на козелок; слух обычно не страдает. Диффузный наружный О. – острый или хронич. инфекционно-воспалит. процесс, вызываемый синегнойной палочкой, протеем, грибами (т. н. отомикоз) и др. инфекцией; проявляется сильным зудом, болью в ухе, иногда снижением слуха вследствие обтурации (закупорки) наружного слухового прохода гноем или некротич. массами. При редкой форме т. н. злокачеств. наружного О. (при иммунодефиците, сахарном диабете у пожилых людей) происходит секвестрация костного отдела слухового прохода с разл. осложнениями (менингит, остеомиелит и др.). Острый средний О. – инфекционно-воспалит. процесс, охватывающий среднее ухо [барабанную полость, ячейки сосцевидного отростка височной кости, слуховую (евстахиеву) трубу]. Встречается гл. обр. у грудных детей вследствие попадания инфекции, напр. при гриппе, с пищевыми массами при срыгивании (т. н. тубарный путь) или гематогенным путём (при скарлатине, кори). Проявляется заложенностью уха, шумом в ушах, резкой болью, отдающей в темя (в 30% случаев протекает без боли). При аудиометрич. исследовании выявляется кондуктивная (обусловленная поражением звукопроводящего аппарата) или смешанная *тугоухость*. Острый средний О. может быть перфоративным (с перфорацией барабанной перепонки) и неперфоративным. Длительность болезни 2–3 нед. Как правило, заканчивается полным выздоровлением, но в ряде случаев возможны осложнения (лабиринтит, мастоидит и др.). Лечение: местные антибактериальные, противовоспалит. и анальгезирующие средства, а также жаропонижающие, гипосенсибилизирующие препараты, антибиотики, физиотерапевтич. процедуры и др. При патологии полости носа, носоглотки, околоносовых пазух (аденоиды, искривление перегородки носа и др.) возможно развитие экссудативного О., для которого характерно скопление в полостях среднего уха желеобразного секрета. Больных беспокоят снижение слуха, шум в ушах, ощущение переливания жидкости в ухе при наклонах головы. Лечение: альфа-адреномиметики (см. *Адреномиметические средства*), продувание уха по Политцеру, пневмомассаж и др. При отсутствии эффекта консервативного лечения проводят шунтирование барабанной полости.

Хронич. средний О. характеризуется наличием перфорации барабанной перепонки, гноетечением из уха и нарушением слуха. Выделяют две формы болезни – мезотимпанит и эпитимпанит. При мезотимпаните болезненный процесс локализуется в слизистой оболочке среднего и нижнего отделов барабанной полости и обычно не вызывает осложнений. Характерны слизисто-гнойное отделяемое из уха без запаха и перфорация в центре барабанной перепонки. В стадии обострения назначают антимикробные, противовоспалит. и иммуностропные средства. В стадии ремиссии осуществляют подготовку и проведение слухоулучшающей операции (т. н. тимпанопластики). Эпитимпанит протекает более неблагоприятно, с кариесом височной кости и

образованием грануляций на костных стенках надбарабанного пространства. Для него характерны гноеотечение из уха с гнилостным запахом, иногда с примесью крови, краевая перфорация барабанной перепонки, снижение слуха, головная боль, возможны вестибулярные расстройства. Лечение преим. хирургическое, позволяющее предотвратить возможные осложнения (менингит, лабиринтит, сепсис, абсцесс мозга и др.).

## Литература

Лит.: Овчинников Ю. М., Лопатин А. С., Гамов В. П. Болезни носа, глотки, гортани и уха. 3-е изд. М., 2008;  
Оториноларингология: Национальное руководство. М., 2008.