



Наружный отит у собак

Светлана Белова, Эстонский университет естественных наук

В статье использованы фото автора

Введение

Наружный отит (otitis externa) — это воспаление наружного слухового прохода (НСП), который простирается от ушной раковины до барабанной перепонки (БП) и состоит из кожи, выстилающей хрящевую ткань.

Как и в других частях тела, кожа НСП имеет эпидермис и дермис, содержащий смежные структуры: волосяные фолликулы, сальные и потовые железы. Потовые железы в НСП называют церуминальными, или серными.

Ушная сера (церумен) состоит из смеси секретов серных и сальных желёз и отмерших клеток рогового слоя эпидермиса. Скопившаяся сера удаляется из просвета путём постоянного движения клеток верхних слоёв эпидермиса от БП в сторону выхода из ушного канала. Этот важный механизм очистки НСП называется эпителиальной миграцией.

Пациент с наружным отитом — это, как правило, пациент с дерматологической проблемой.

Этиология

Наружный отит (НО) не является диагнозом, это всего лишь клинический симптом, который может быть вызван множеством причин. Плохое понимание истинной причины — или причин — НО, и, как следствие, неправильный подход к этому клиническому признаку часто ведёт к провалам в лечении и разочарованию и у хозяев животного, и у врача. Для лучшего понимания всех факторов, которые могут сыграть свою роль в течение НО, они были разделены на четыре основные категории.

Предрасполагающие факторы повышают риск возникновения НО, но в одиночку не в состоянии вызвать воспаление. Примеры: стеноз и/или обилие шерсти в НСП, большие тяжёлые висячие уши, слишком обильная секреция ушной серы, повышенная влажность в НСП, слишком частая и агрессивная чистка здорового уха ватными палочками, обструкция НСП полипами или опухольями.

Первичные причины непосредственно вызывают воспаление в НСП. Самые распространённые первичные причины: ушные клещи и кожные аллергические реакции. Реже мы встречаемся в практике с НО, вызванным нарушениями кератинизации или аутоиммунными заболеваниями.

Вторичные причины — инфекции (бактерии и/или дрожжевые грибки), которые осложняют уже имеющийся НО. Они не вызовут отит в здоровом ухе. Это очень распространённая ошибка — считать инфекцию первичной причиной НО.

Бактерии, чаще всего встречающиеся в роли патогена при НО: *Staphylococcus pseudintermedius*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus* и *Escherichia*. Дрожжи, осложняющие течение отита, как правило, представлены *Malassezia pachydermatis*.

Поддерживающие факторы. Это последствия отита, все патологические изменения, которые возникают в ответ на воспаление и позже препятствуют излечению. Самые распространённые поддерживающие факторы: гиперплазия и гиперкератоз эпидермиса, отёк и фиброз кожи НСП, гиперплазия церуминальных желёз, нарушение эпителиальной миграции, кальцификация хряща и средний отит.



Фото 1. Эритема при остром аллергическом отите



Фото 2. Эритема и коричневые выделения при аллергическом отите, осложнённом малассезиозной инфекцией



Фото 3. Лихенификация кожи при хроническом аллергическом отите



Фото 4. Плотные сухие корочки при хроническом аллергическом отите

Большинство случаев НО вызвано комбинацией двух и более причин одновременно, и для успешного лечения важно найти и взять под контроль все эти факторы.

Клиническая картина и диагностика

Самым частым признаком НО и основной жалобой владельца является зуд у собаки в НСП, что клинически выражается чесанием за ушами и потряхиванием головой. Очень важно начать диагностику с подробного анамнеза, особенно если мы имеем дело с хроническим случаем. Это может дать нам важную информацию о причине воспаления.

В ходе **клинического обследования** важно обратить внимание на наличие кожных поражений на других участках тела, которые, вкупе с отитом, могут быть следствием одного и того же первичного заболевания. Также во время осмотра могут быть обнаружены признаки среднего отита, такие как наклонное положение головы, паралич лицевого нерва, синдром Горнера.

Отологическое обследование позволяет обнаружить такие признаки НО, как ушные выделения, неприятный запах, эритема, отёк, шелушение и/или корочки, экскориации, алопеция и изъязвление ушной раковины и кожи у входа в НСП.

Внешний вид и запах ушных выделений могут дать опытному врачу дополнительную информацию. Тёмно-коричневые сухие корочки обычно свидетельствуют о паразитарном отите, вызванном *Otodectes cynotis*, желтовато-коричневые воскообразные выделения со сладковатым специфичным запахом являются признаком отита, вызванным *Malassezia pachydermatis*, а инфекция, в которой участвует *Pseudomonas* (синегнойная палочка), часто придаёт гнойным выделениям зеленоватый оттенок и едкий запах. Но, конечно же, все догадки должны быть подтверждены с помощью микроскопического и/или цитологического исследования.

Пальпируя ушной канал, необходимо обратить внимание на наличие болевого рефлекса и пролиферативных изменений — фиброза и кальцификации.

Отоскопия делает возможной визуальную оценку обеих частей (вертикальной и горизонтальной) НСП и барабанной

перепонки. Необходимо проверить НСП на наличие инородных тел, оценить размер просвета, характер повреждений и экссудата. Матовая, выпуклая, тёмная или перфорированная БП является признаком среднего отита. Из-за боли и отёка в НСП корректное отоскопическое обследование не всегда является возможным. В таком случае одна или две недели противовоспалительного лечения (преднизолон 0,5–1,5 мг/кг/день) помогут снять боль и «открыть» ушной канал. Зачастую для отоскопии необходима и седация животного. Хотя в случае хронического отита, даже после седации и промывания ушного канала, БП не всегда видна. Волоконнооптическая видеоотоскопия, благодаря очень яркому освещению и хорошему увеличению, значительно облегчает визуализацию ушного канала, к тому же полученное изображение может быть показано владельцу животного и сохранено в базе данных.

Микроскопическое исследование ушной серы проводится с целью исключить или подтвердить подозрение на паразитарный (*Otodectes cynotis*, *Demodex canis*) отит. Для этого взятый из ушного прохода материал помещаем на предметное стекло, добавляем пару капель минерального масла и накрываем покровным стеклом. Для исследования используется малое ($\times 40$, $\times 100$) увеличение. В случае подозрения на клещей *Demodex* лучше закрыть диафрагму, создавая больший контраст. Если клещи в препарате не найдены (при условии, что было взято достаточное количество материала и он был внимательно обследован), то паразитарное происхождение отита обычно можно исключить.

Цитологическое исследование проводится в основном с целью обнаружения бактериальной и/или грибковой колонизации или инфекции. В клинике удобнее всего пользоваться так называемыми быстрыми красками (напр., Лейкодиф). Материал для окрашивания берётся на границе вертикального канала с горизонтальным или из горизонтального канала. Слегка касаясь предметного стекла, «прокручиваем» по нему ватную палочку с забранным материалом. Окрашенный препарат сначала исследуем при увеличении $\times 100$, затем, найдя поле зрения, представляющее интерес, используем увеличение в $\times 1000$, предварительно нанеся на стёклышко каплю иммерсионного масла.



Фото 5. Гиперпигментация при хроническом аллергическом отите



Фото 6. Обильные гнойные выделения при псевдомонадном отите



Фото 7. Эрозивные поражения при псевдомонадном отите



Фото 8. Гиперплазия кожи и полное закрытие НСП при хроническом отите

Присутствие небольшого количества кокков (*Staphylococcus*, *Streptococcus*) и дрожжевых грибов *Malassezia* считается нормой для ушного канала. Но при наличии клинических признаков наружного отита даже несколько кокков и/или грибов *Malassezia* дают основание заподозрить их активное, уже в качестве патогена, участие в воспалительном процессе. При наличии нейтрофилов и в особенности фагоцитоза, независимо от количества обнаруженных бактерий или малассезий, мы имеем дело с истинной инфекцией.

Цитологическое исследование ушных выделений должно быть сделано как при первом визите, так и при всех последующих контрольных визитах для оценки эффективности выбранного лечения.

Бактериология и антибиогамма в случае наружного отита малоинформативна, так как локальные антибиотики, используемые для лечения НО, как правило, отличаются от предлагаемых лабораторией, к тому же концентрации локального препарата существенно выше, чем используемые для определения чувствительности.

Дополнительная диагностика, которая, возможно, понадобится для нахождения первичной причины отита: исклю-

чающая диета, исследования щитовидной железы, биопсия кожи НСП и т. д.

Лечение

Можно разделить на 3–4 важных этапа: чистка/промывание НСП, местное лечение, системное лечение (не всегда обязательно при НО), нахождение и устранение всех причин отита.

Тщательная чистка/промывание НСП от ушной серы и экссудата позволяет корректно его обследовать и обеспечивает необходимый доступ местного лекарственного средства непосредственно к коже НСП. Кроме того, экссудат содержит бактериальные токсины, которые могут инактивировать некоторые локальные антимикробные препараты (например, полимиксин, гентамицин). Лучше всего первую чистку/промывание проводить в клинике. Возможно, для процедуры будет необходим предварительный противовоспалительный курс преднизолона и/или седация. Если есть подозрение на перфорированную БП, показан наркоз и интубация во избежание аспирационной пневмонии, а в качестве раствора для промывания использование, напри-



мер, тёплого физиологического раствора или 2% раствора уксуса. При интактной БП можно воспользоваться лосьоном для чистки ушей, выбор его будет зависеть от консистенции ушных выделений (более вязкий маслянистый при церуминозном отите и жидкий при гнойном).

Местное лечение назначается исходя из каждой конкретной ситуации и результатов цитологии. Удобнее всего при наружном отите пользоваться готовыми каплями, в состав которых обычно входят два или три компонента: глюкокортикостероид, антибиотик и/или противогрибковый препарат. При вторичной инфекции кокками в качестве антибактериального лечения чаще всего используются полимиксин и фузидиевая кислота. При инфекции палочковидными бактериями — неомицин, энрофлоксацин, гентамицин, ципрофлоксацин, тобрамицин. При выборе противогрибкового средства для лечения малассеозиозного отита предпочтение чаще всего, отдаётся клотримазолу или миконазолу.

Местные кортикостероиды очень часто показаны при НО и могут использоваться как монопрепарат (например, гидрокортизона ацепонат) при лечении аллергического и/или церуминозного отита. В том числе и для длительной поддерживающей терапии, 1–2 раза в неделю.

Системное противомикробное лечение малоэффективно при наружном отите. В качестве системного лечения используются или противопаразитарные обработки (в последнее время наиболее популярны пероральные препа-

раты из группы изоксазолинов), или глюкокортикостероиды в начале лечения.

Средняя продолжительность лечения НО — около 2–3 недели.

Необходимо регулярно, примерно каждые 7–10 дней, контролировать эффективность лечения, повторяя осмотр и цитологическое исследование выделений, и при необходимости менять лечение.

Нахождение и устранение всех причин наружного отита особенно важно, без него невозможно полное выздоровление.

Литература

1. Gross TL, Ihrke PJ, Walder EL, et al. Discoid lupus erythematosus. In: Gross TL, Ihrke PJ, eds. Skin diseases of the dog and cat. 2nd ed. Blackwell Science 2005, pp. 52–55.
2. Muller and Kirk's Small Animal Dermatology, 7th Ed. Miller W, Griffin C, Kampbell C. WB Saunders, 2012.

Врачи, интересующиеся ветеринарной дерматологией, — добро пожаловать на сайт Светланы Беловой: www.vetderm.eu. Здесь вы найдёте информацию о Школе ветеринарной дерматологии в Тарту, о вебинарах, о предстоящих интересных мероприятиях, а также сможете полистать дерматологический атлас и подписаться на блог.