

Одобрено
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения и
социального развития
Республики Казахстан
от «23» июня 2016 года
Протокол № 5

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ АДГЕЗИВНЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

1. Содержание:

Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9	1
Дата разработки протокола	1
Пользователи протокола	1
Категория пациентов	1
Шкала уровня доказательности	2
Определение	2
Классификация	2
Диагностика и лечение на амбулаторном уровне	3
Показания для госпитализации	8
Диагностика и лечение на этапе скорой неотложной помощи	8
Диагностика и лечение на стационарном уровне	8
Медицинская реабилитация	13
Паллиативная помощь	13
Сокращение, используемые в протоколе	13
Список разработчиков протокола	13
Конфликта интересов	14
Список рецензентов	14
Список использованной литературы	14

2. Соотношение кодов МКБ-10 и МКБ-9:

МКБ-10		МКБ-9	
H74.1	Адгезивная болезнь среднего уха	—	—

3. Дата разработки/пересмотра протокола: 2007 год/2016 год.

4. Пользователи протокола: врачи общей практики, оториноларингологи.

5. Категория пациентов: взрослые.

6.Шкала уровня доказательности:

A	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
B	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или Высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
C	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+). Результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию.
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.

7.Определение: Отит адгезивный средний – заболевание является следствием длительной задержки жидкости в полости среднего уха при воспалении и нарушении проходимости слуховых труб, соединяющих полости среднего уха и носа. В результате процесса происходит образование плотной соединительной ткани, сращений, спаек, ограничивающих подвижность слуховых косточек и приводящих к снижению воздушной проводимости звуков.[1]

8.Классификация: [3]

Виды:

- слизистый;
- секреторный;
- транссудативный.

Стадии:

- легкая – без последствий, спайки возникают в небольшом количестве;
- средняя – барабанная перепонка втянута, в ее прослойке возникают белесые выделения, рубцеобразные изъяны более выражены;
- тяжелая – избыточное формирование фиброзно-рубцовой ткани, что провоцирует дефект барабанной перепонки, появляются атрофические рубцы.

9.ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ:

1) Диагностические критерии:

Жалобы и анамнез:

снижение слуха;
ощущение заложенности уха;
шум в ушах (одном или обоих).

Физикальное обследование:

- резкое втяжение мембранны, возможна ее деформация;
- барабанная перепонка утолщена и мутная;
- в промежуточных отделах барабанной перепонки фиксируются отложения известкового вида;
- слабая подвижность косточек или их полная неподвижность;
- изменение звуковосприятия (в запущенных случаях);
- пробы Вальсальвы, Тойнби положительные.

Лабораторные исследования:

- ОАК;
- ОАМ.

Инструментальные исследования:

- аудиограмма;
- тимпанометрия;
- КТ височных костей.

2. Диагностический алгоритм:



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований*

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза

Адгезивный отит	стойкая кондуктивная тугоухость при наличии утолщенных, малоподвижных барабанных перепонок;	тимпанотомия	
Отосклероз	у больных отосклерозом до улучшающей слух операции экссудативный средний отит протекает бессимптомно, а после операции ведет к снижению звукопроведения;	тимпанотомия	
Экссудативный средний отит	признаки экссудата за барабанной перепонкой и кондуктивная тугоухость, меняющаяся при перемене положения головы.	тимпанотомия	

4) Тактика лечения:

Стратегия лечения хронических секреторных средних отитов основана на улучшении вентиляции и дренажа барабанной полости, обеспечении адекватного дренажа в общие пути миграции слизи по верхним дыхательным путям. Таким образом, наиболее важное значение в лечении имеет размягчение и разжижение вязкого густого секрета.

Немедикаментозное лечение:

Режим общий III, стол № 15

Медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств: нет.

Перечень дополнительных лекарственных средств:

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Антибактериальные препараты (при наличии инфекционного процесса)				
1	Ампициллин или	внутрь, в/м	500-1000мг х 4 раза в сутки 7-10 суток	A
2	Амоксициллин или	per os	25-60 мг/кг (3)-5-7 дней	A

3	Амоксициллин/ клавуланат или	per os	20-40 мг/кг по амоксицил- лину (3)-5- 7 дней До 4 г в сутки по ампицилл- ину (3-4)- 5- 7 дней	A
4	Ампициллин/ сульбактам или	v/m, v/v		
5	Джозамицин или	per os	1 сут.- 1-2 гр (2-3 приема) 7 дней	A
6	Азитромицин или	per os	500мг (1) 3 дня	A
7	Кларитромицин или	per os	250 - 1000 мг (2) 6-14 дней.	A
8	Цефуроксим 750 мг,1500мг или	v/m, v/v внутрь	750-1500 мг (2-3) 5- 7 дней	A
9	Цефотаксим или	v/m, v/v	1000мг (2) 5- 7 дней	A
10				
11	Цефиксим или	внутрь	400мг (1-2) 5- 7 дней	A
11	Цефазолин	v/m, v/v	1г*2-3 раза в сутки ,5-10 суток	A
Противогрибковые средства (при наличии грибковой инфекции)				
12	Флуконазол или	peros	50-150 мг 1 раз в сутки 5- 14 дней	B
13	Нистатин	для наружного применения 100000ЕД/1г	1раз в сутки 5-14дней	B
Гемостатические препараты				
14	Аминокапроновая кислота или	v/v	Суточная доза 5-30мл 3-5 дней	C
15	Этамзилат	v/m, v/v	10-20мг(3-4), 7-10 дней	C

16	Адсорбирующее гемостатическое средство, губка	аппликация	1 раз в течении 3-4 дней	C
Гормональные препараты				
17	Дексаметазон или	в/м, в/в	4–20 мг (до 80 мг) 3–4 раза в сутки, 3-4 дн	B
18	Гидрокортизон или	в/м, в/в	50–300 мг до 1000–1500 мг/сут3-4 дн	B
19	Преднизолон	в/м, в/в	5-30мг в сутки 3-4 дн	B
Нестероидные противовоспалительные средства				
20	Парацетамол или	внутрь	10-15 мг/кг разовая доза 1-3раза в сутки	B
21	Ибuproфен или	внутрь	внутрь10-30мг/кг/сут в 1-3приема	B
22	Кетопрофен или	внутрь, в/м, в/в	100 мг/сут-300мг/сут, 1-3 раза в сутки, 1-5дней	B
23	Кеторолак	внутрь, в/м	30 мг-60мг/сут, 1-3 в сутки, 1-5дней	B
Антисептики и дезинфицирующие средства				
24	Нитрофурал 20мг, 0,02%,0,67%. или	20-200 мл для наружного применения	5 – 15 суток	C
25	Хлоргекседин 0,05% или	20-200 мл для наружного применения	5 – 15 суток	C
26	Перекись водорода	3% раствор для наружного применения	5– 15 суток	C
Антигистаминные средства				
27	Клемастин или	10 мг/сут	2- 7 дней	B

28	Лоратадин или	10 мг/сут	2- 7 дней	В
29	Хлоропирамин или	25 мг перорально 1-2 раза в сутки	2- 7 дней	В
30	Цетиризин	5-10 мг перорально 1 раза в сутки, 5-7 дней	2- 7 дней	В

Другие виды лечения: слухопротезирование.

5) Показания для консультации специалистов:

- консультация узких специалистов при наличии сопутствующей патологии.

6) Профилактические мероприятия:

- предупреждение катара среднего уха (важной составляющей этого лечения являются своевременно выполненный (по показаниям) парацентез, а также адекватная антибиотикотерапия с учетом особенностей возбудителя и его чувствительности к антибиотикам);
- лечение носа, носоглотки и глотки;
- своевременное удаление аденоидов;
- больные, перенесшие острый средний отит, даже при благоприятном течении периода реконвалесценции и при нормализации отоскопической картины и слуха должны находиться под наблюдением врача в течение 6 мес.

7) Мониторинг состояния пациента:** нет.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление слуха;
- улучшение проходимости евстахиевой трубы.

10. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:**

10.1 Показания для плановой госпитализации:

при резкой тугоухости, не поддающейся консервативному лечению, производят хирургическое рассечение спаек, замену слуховых косточек полимерными протезами.

10.2 Показания для экстренной госпитализации:

- острые состояния с угрозой осложнений внутричерепных осложнений.

11. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА ЭТАПЕ СКОРОЙ НЕОТЛОЖНОЙ ПОМОЩИ:**

1) Диагностические мероприятия:

Сбор жалоб, анамнеза.

2) Медикаментозное лечение: кетопрофен для инъекций 2,0 в/м.

12. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:**

1) Диагностические критерии на стационарном уровне:**

Жалобы: снижение слуха и шум в ушах.

Анамнез: акцент на сведения о предшествующих острых средних отитах с выделениями из уха или без них, также сведения о перенесенных заболеваниях носоглотки (аденоиды, ОРВИ, синуситы).

Физикальное обследование: риноскопия, отоскопия – резкое тяжение мембранны, возможна ее деформация; барабанная перепонка утолщена и мутная;

Лабораторные исследования:

- ОАК (по показаниям);
- ОАМ (по показаниям);
- биохимический анализ крови (по показаниям).

Инструментальные исследования:

- исследования надежности барабанной перепонки;
- исследования функции слуховой трубы.

2) Диагностический алгоритм:смотрите пункт 9.2

3) Перечень основных диагностических мероприятий:

- КТ височной области (по показаниям);
- тимпанометрия (выявляется малая податливость барабанной перепонки, плоская вершина тимпанограммы или отсутствие ее);
- аудиометрия (имеется снижение слуха по кондуктивному типу);
- исследование проходимости трубы при обычном глотании (I степень);
- опыт Тойнби (II степень);
- опыт Вальсальва (III степень);
- продувание слуховой трубы по Политцеру (IV степень);
- катетеризация слуховой трубы (V степень);
- аэродинамические методы;
- метод нагнетания или туботимпанально аэродинамический;
- метод выравнивания давления;
- пневмотубометрия в носоглотке;
- метод контрастной рентгенографии;
- акустические методы (тубосонометрия).

4) Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет.

5) Тактика лечения **:смотрите пункт 9.4

Хирургическое вмешательство:

производят хирургическое рассечение спаек, замену слуховых косточек полимерными протезами.

Другие виды лечения:

- систематическое продувание ушей по Политцеру;

- введение лекарств в барабанную полость через катетер;
- бужирование слуховой трубы;
- вибро- и пневмомассаж барабанной перепонки;
- электролечение (гальванизация и фарадизация, импульсная магнитотерапия рассчитанная на сосудодвигательное, трофическое, электролитическое действие);
- физиотерапия;
- микроволновая физиатрия;
- УВЧ;
- электрофорез;
- эндауральный ультрафонограф.

Медикаментозное лечение:

Перечень основных лекарственных средств:

№	Препарат	Дозирование	Длительность применения	Уровень доказательности
Противогистаминные средства:				
1	Клемастин или	10 мг/сут	2- 7 дней	B
2	Лоратадин или	10 мг/сут	2- 7 дней	B
3	Хлоропирамин или	25 мгperorально 1-2 раза в сутки	2- 7 дней	B
4	Цетиризин или	5-10 мгperorально 1 раза в сутки, 5-7 дней	2- 7 дней	B

Перечень дополнительных лекарственных средств:

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Антибактериальные препараты (при наличии инфекционного процесса)				
1	Ампициллин или	внутрь, в/м	500-1000 мг x 4 раза в сутки 7-10 суток	A
2	Амоксициллин или	per os	25-60 мг/кг (3)- 5-7 дней	A
3	Амоксициллин/ клавуланат или	per os	20-40 мг/кг по амоксициллину (3)-5- 7 дней До 4 г в сутки по ампициллину (3-4)-5- 7 дней	A
4	Ампициллин/ сульбактам или	в/м, в/в		

5	Джозамицин или	per os	1сут.- 1-2 гр (2-3 приема) 7 дней	A
6	Азитромицин или	per os	500 мг (1) 3 дня	A
7	Кларитромицин или	per os	250 - 1000 мг (2) 6–14 дней.	A
8	Цефуроксим 750 мг,1500мг или	в/м, в/в внутрь	750-1500 мг (2-3) 5- 7 дней 250-500 мг (2)	A
9	Цефотаксим или	в/м, в/в	1000 мг (2) 5- 7 дней	A
10	Цефиксим или	внутрь	400 мг (1-2) 5-7 дней	A
11	Цефазолин	в/м, в/в	1г*2-3 раза в сутки ,5-10 суток	A

Противогрибковые средства (при наличии грибковой инфекции)

12	Флуконазол	Per os	150 мг однократно	
----	------------	--------	-------------------	--

Гемостатические препараты

13	Аминокапроновая кислота	в/в	Суточная доза 5-30 мг 3-5 дней	C
14	Этамзилат	в/м, в/в	10-20 мг (3-4), 7-10 дней	C
15	Адсорбирующее гемостатическое средство, губка	аппликация	1 раз в течении 3-4 дней	C

Гормональные препараты

16	Дексаметазон	в/м, в/в	4–20 мг (до 80 мг) 3-4 раза в сутки, 3-4 дн	B
17	Гидрокортизон 25 мг	в/м, в/в	50-300 мг до 1000–1500 мг/сут 3-4 дн	B
18	Преднизолон	в/м, в/в	5-30 мг в сутки 3-4 дн	B

Нестероидные противовоспалительные средства

19	Парацетамол или	10-15 мг/кг разовая доза внутрь	По показаниям	B
20	Ибупрофен или	внутрь10-30мг/кг/сут в 2-3 приема	По показаниям	B
21	Кетопрофен или	100 мг	По показаниям	B

Антисептики и дезинфицирующие средства

22	Нитрофурал20мг, 0,02%,0,67%. или	20-200 мл для наружного применения	5 – 15 суток	C
23	Хлоргекседин 0,05%	20-200 мл для наружного	5 – 15 суток	C

	или	применения		
24	Перекись водорода или	3% раствор для наружного применения	5– 15 суток	C

6) Показания для консультации специалистов:

- консультация нейрохирурга при сочетанной травме головного мозга;
- консультация челюстно-лицевого хирурга при сочетанной травме челюстно-лицевой области;
- консультация ангиохирурга при сопутствующем повреждении сосудов;
- консультация терапевта при наличии сопутствующих заболеваний терапевтического профиля;
- консультация эндокринолога при наличии сахарного диабета и зоба.

7) Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- ухудшение состояния с угрозой для жизни.

8) Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление;
- улучшение проходимости евстахиевой трубы.

13. МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ: нет.

14.ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ: нет.

15. Сокращения, используемые в протоколе:

КТ – компьютерная томография

ОАК – общий анализ крови

ОАМ – общий анализ мочи

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция

УВЧ – ультра высокочастотная терапия

16. Список разработчиков протокола:

1) Байменов Аманжол Жумагалеевич – кандидат медицинских наук АО «Медицинский университет Астана» доцент кафедры оториноларингологии и глазных болезней, главный внештатный оториноларинголог МЗСР РК.

2) Мухамадиева Гульмира Аамантаевна –доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии и глазных болезней АО «Медицинский университет Астана», ГКП на ПХВ «Городская больница №1» Управление здравоохранения города Астаны,заведующий оториноларингологическим центром №1.

3) Аженов Талапбек Маратович –доктор медицинских наук, РГП на ПХВ «Больница медицинского центра Управление Делами Президента»,заведующий хирургическим отделением №1.

4) Газизов Отеген Меерханович – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Карагандинский государственный медицинский университет», заведующий кафедрой оториноларингологии и нейрохирургии.

- 5) Буркутбаева Татьяна Нуридиновна – доктор медицинских наук, профессор АО«Казахский медицинский университет непрерывного образования» профессор кафедры оториноларингологии.
- 6) Сатыбалдина Гаухар Калиевна – кандидат медицинских наук, АО «Медицинский университет Астана»ассистент кафедры оториноларингологии и глазных болезней.
- 7) Ерсаханова Баян Кенжехановна – АО «Медицинский университет Астана», ассистент кафедры оториноларингологии и глазных болезней.
- 8) Худайбергенова Махира Сейдуалиевна – АО «Национальный научный центр онкологии и трансплантологии» клинический фармаколог.

17. Конфликта интересов: отсутствует.

18. Список рецензентов: Исмагулова Эльнара Киреевна – доктор медицинских наук, профессор РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени Марата Оспанова», заведующий курсом оториноларингологии кафедры хирургических болезней №1.

19. Условия пересмотра протокола: пересмотр протокола через 3 года после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

20. Список использованной литературы:

- 1) Безруков В.М., Брусова Л.А. Руководство по хирургической стоматологии и челюстно-лицевой хирургии. М., 2000. -366с.
- 2) Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Учебник для вузов. М.: Гэотар-Мед. -2002.С. 259-268.
- 3) Крюков А.И., Ивойлов А.Ю., Туровский А.Б., Хамзалиева Р.Б., Товмасян А.С. Консервативная терапия и хирургическое лечение хронического тонзиллита у детей. Вестник оториноларингологии, №4, 2013г. С.15-21.
- 4) Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, горла и уха. — М., 2003, -328с.
- 5) Пальчун В.Т. Классификация и лечебная тактика при хроническом тонзиллите. Вестник оториноларингологии, №3, 2013г. С.8-11.
- 6) Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.-1997.- 608с.
- 7) Beahm E.K., Walton R.L. Auricular reconstruction for microtia: Part I. Anatomy, embryology and clinical evolution// Plast. Reconstr. Surg.-2002.-Vol.109, №7.-P.2473-2484
- 8) Likith V. Reddy, Zide F. M. Reconstruction of skin cancer defects of the auricle // J. Oral Maxillofac. Surg. 2004. - Vol.62, N12. - P.1457-1471.
- 9) NachlasN. Отопластика // Пластическая и реконструктивная, хирургия лица Под ред. А. Д. Пейпля. М.: БИНОМ Лаборатория знаний, 2007. -P.340-352.
- 10) mtoft I., Bonding P., Ectopic adenoid tissue in the choanae// J. Laryngol. Otol.- 2001/Vol.115, №3. P.198-201.