

Одобен
Объединенной комиссией
по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения
Республики Казахстан
от «10» ноября 2017 года
Протокол №32

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ

ВОСПАЛЕНИЕ СЛУХОВОЙ (ЕВСТАХИЕВОЙ) ТРУБЫ

1. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ:

1.1 Код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Название
H68.0	Воспаление слуховой (евстахиевой) трубы

1.2 Дата разработки/пересмотра протокола: 2017 год.

1.3 Сокращения, используемые в протоколе:

СТ	-	слуховая труба
ОСО	-	острый средний отит
ХСО	-	хронический средний отит
ОАК	-	общий анализ крови
СОЭ	-	скорость оседания эритроцитов
ОАМ	-	общий анализ мочи

1.4 Пользователи протокола: врачи общей практики, терапевты, педиатры, оториноларингологи, детские оториноларингологи.

1.5 Категория пациентов: взрослые, дети.

1.6 Шкала уровня доказательности:

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	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.
GPP	Наилучшая клиническая практика.

1.7 1.7 Определение: Евстахиит – это воспалительное поражение слуховой трубы, приводящее к ухудшению вентиляции барабанной полости с развитием катарального среднего отита.

NB! Евстахиит проявляется заложенностью в ухе, ощущением переливающейся в нем жидкости, понижением слуха, шумом в ухе, аутофонией.

1.8 Классификация:

По характеру протекания различают:

1) Острый евстахиит;

NB! Причиной острого евстахиита является распространение инфекции из носоглотки и верхних дыхательных путей на глоточное устье и слизистую оболочку слуховой трубы. При ОРВИ, гриппе, ангине, остром фарингите и рините, скарлатине, инфекционном мононуклеозе, кори, коклюше. Инфекционными агентами евстахиита при этом чаще всего бывают вирусы, стафило- и стрептококки, у детей - пневмококки).

2) Хронический евстахиит.

NB! Хронический евстахиит развивается на фоне хронических воспалительных процессов в носоглотке: тонзиллита, аденоидов, хронического ринита и синусита, искривления носовой перегородки, доброкачественные опухоли полости носа и новообразования глотки, атрезия хоан, гипертрофические изменения нижних носовых раковин.

2. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ:

2.1 Диагностические критерии:

Жалобы:

Острый и хронический евстахиит сопровождается симптомами:

- шумом в ухе;
- заложенностью в ухе, исчезающей при сглатывании;
- ощущением переливающейся жидкости при повороте головы;
- аутофонией – больной слышит свой голос, эффект возникает при заполнении барабанной полости жидкостью, которая и служит резонатором.

Физикальное обследование:

- Риноскопия: отек и гиперемия слизистой полости носа, слизистое или гнойное отделяемое из носа, гипертрофия слизистой полости носа.

Задняя риноскопия: признаки сужения просвета устья евстахиевой трубы, аденоидные вегетации.

- Отоскопия: втяжение барабанной перепонки, выступание короткого отростка слухового молоточка, укорочение светового конуса, изменение цвета барабанной перепонки – помутнение, при хроническом евстахиите происходит склероз внешне воспринимаемая как помутнение.
- Фарингоскопия: гипертрофия небных миндалин, гранулы задней стенки глотки.

Лабораторные исследования:

- ОАК: лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом, повышение СОЭ.
- Бактериологическое исследование отделяемого из носоглотки: наличие патогенных микробов, а также определение на чувствительность к антибиотикам.

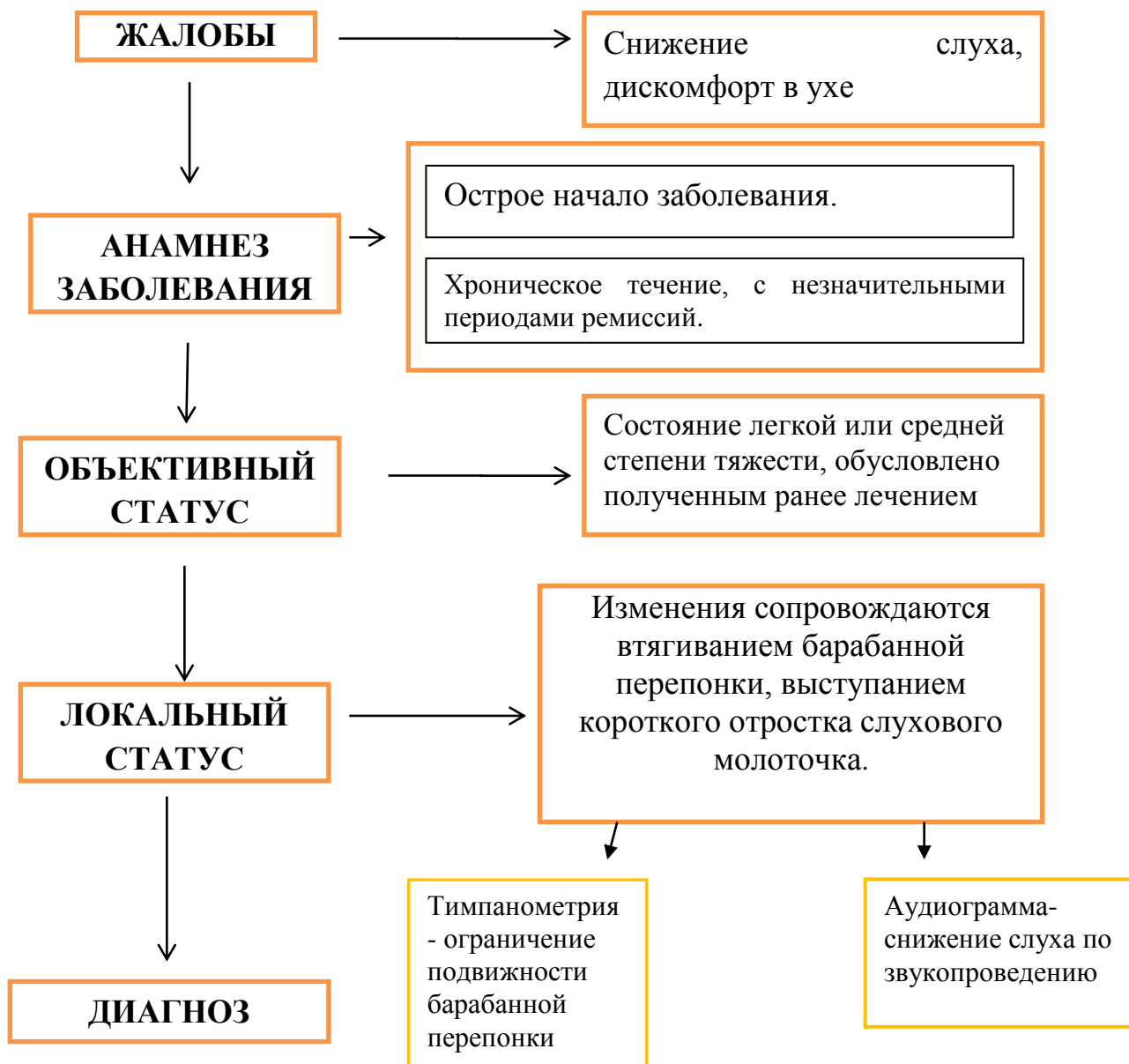
Инструментальные исследования:

- пробы Вальсальвы: изучение проходимости слуховых труб;
- аудиометрия: у больных наблюдается чаще кондуктивная тугоухость, но может встречаться и смешанная;
- Импедансометрия.

Показания для консультации специалистов:

- консультация невропатолога – при подозрении на внутричерепное осложнение;
- консультация сурдолога – проведение аудиометрии, тимпанометрии, при снижении слуха;
- консультация врача общей практики, терапевта, педиатра – для исключения соматических заболеваний.

2.2 Диагностический алгоритм:



2.3 Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Наружный отит	Клинические методы исследования (анамнез,	Отоскопия. Рентгенография	Процесс проходит в пределах наружного

	осмотр врача-оториноларинголога – боль в ухе, отделяемое из уха. Снижение слуха, острое начало)	височных костей по Шюллеру (для определения распространения процесса и наличия костной деструкции)	уха. Отделы среднего уха без патологии
Нейросенсорная тугоухость	Клинические методы исследования (анамнез, осмотр врача-оториноларинголога – отделяемое из уха нет. Снижение слуха, острое или постепенное начало заболевания. Шум высокой частоты)	Отоскопия. Аудиометрия. Исследование слухового паспорта камертонами.	Процесс проходит с вовлечением слухового нерва. При не измененном локальном статусе отмечается снижение слуха.
Адгезивная болезнь среднего уха, адгезивный отит	Клинические методы исследования (анамнез, осмотр врача-оториноларинголога – боль в ухе. Снижение слуха хроническое течение	Отомикроскопия. Рентгенография височных костей по Шюллеру (для определения распространения процесса и наличия костной деструкции)	Процесс имеет хроническое течение. Барабанная перепонка изменена за счет хронического процесса нарушения аэрации среднего уха.

3. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ ЭТАПЕ:

3.1 Немедикаментозное лечение:

- Режим – общий;
- Диета №15.

Местное лечение:

- Санация полости носа солевыми растворами;
- Продувание слуховых труб по Вальсальве;
- Пневмомассаж барабанной перепонки;
- Парацетез барабанной перепонки при наличии жидкости в барабанной полости;
- Физиопроцедуры
- Тепловые компрессы на область сосцевидного отростка.

3.2 Медикаментозное лечение: антибактериальные препараты назначаются только при отсутствии положительной динамики от проводимой местной терапии. Сроки назначения определяются докторами индивидуально, учитывая состояние пациентов.

- **Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100% вероятность применения):**

Лекарственная группа	Международное непатентованное	Способ применения	Уровень доказатель
----------------------	-------------------------------	-------------------	--------------------

	наименование ЛС		ности
Антибактериальные препараты	Ампициллин <i>или</i>	250 или 500мг х 4 раза в сутки. Детям до 20 кг суточная доза 50-100 мг/кг массы на 4 прием	А
	Амоксициллин + клавулановая кислота <i>или</i>	легкие и среднетяжелые течения инфекции по 1 таб 250 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таб 500 мг+125 мг каждые 12 часов, при тяжелом течение инфекции-1 таб 500 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таб 875 мг+125 мг каждые 12 часов. Детям 50 мг/кг массы тела. 500 мг разовая доза. Частота введения 2 раза в день в/в 100-200 мг/кг	А
	Азитромицин	по 0,5 г ежедневно (курсовая доза 1,5 г) Детям старше 12 лет и с массой тела более 45 кг . При <i>инфекциях ЛОР-органов</i> , - 500 мг/сут за 1 прием в течение 3 дней (курсовая доза - 1.5 г).	А
Нестероидные противовоспалительные препараты	Ибупрофен <i>или</i>	200-800 мг, частота приема - 3-4 раза/сут; для детей - 20-40 мг/кг/сут в несколько приемов.	В
	Кетопрофен	100мг однократно. 300 мг суточная доза. Противопоказан: детский возраст до 18 лет - для инъекций, до 6 лет - для геля, до 15 лет - для таблеток.	В
Противогистаминные средства	клемастин <i>или</i>	Внутрь, до еды, по 1 мг 2 раза в сутки, при необходимости дозу увеличивают до 3-6 мг/сут. Детям в возрасте от 6 до 12 лет назначают по 0.5 мг утром и вечером (2 раза в день), в возрасте от 1 года до 6 лет – сироп 0.67 мг (1 ч.ложка).	В
	лоратадин	10 мг/сут Дети с массой тела свыше 30 кг по 1 таблетке (10 мг) в сутки или сиропа из расчета 10 мг действующего вещества. Дети с массой тела ниже 30 кг	В

		таблетку делят на 2 дня или 5 мг сутки	
--	--	---	--

- **Перечень дополнительных лекарственных средств (имеющих менее 100% вероятность применения):**

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Антисептические препараты	Перекись водорода	3% раствор по 100 мл	С
	Повидон йодированный	По 20-50 мл	С
	Спирт этиловый	70% и 96%	С
	Хлоргесидин	Раствор для местного и наружного применения	С

3.3. Хирургическое лечение

- Парацентез барабанной перепонки (по показаниям: отсутствие эффекта от консервативного лечения);

3.4 Дальнейшее ведение:

- Диспансерное наблюдение у отоларинголога с осмотром 2 раза в год, консультация невропатолога 1 раз в год, и сурдолога 2 раза в год.
- Наблюдение у отоларинголога в поликлинике в течение 6 мес, контрольная аудиометрия.

3.5 Индикаторы эффективности лечения:

- купирование воспалительного процесса в полости слуховой трубы;
- отсутствие заложенности в ухе;
- восстановление слуховой функции;
- нормализация лабораторных показателей;
- отсутствие осложненных форм заболевания.

4. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ С УКАЗАНИЕМ ТИПА ГОСПИТАЛИЗАЦИИ:

4.1 Показания для плановой госпитализации:

- при хроническом воспалении СТ госпитализация в оториноларингологическое отделение проводится для санации СТ и хирургического лечения.

4.2 Показания для экстренной госпитализации:

- Наличие гнойно-воспалительного процесса в полости среднего уха и слуховой трубы;
- Выражены симптомы интоксикации (отказ от еды и питья, рвота после любой пищи или питья, нарушения сознания);
- Неэффективность амбулаторного лечения;

- При развитии отогенных осложнений на фоне евстахиита, госпитализация в ЛОР-отделение для обследования и хирургического лечения в объеме санации;

5. ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ:

5.1 карта наблюдения пациента, маршрутизация пациента (схемы, алгоритмы):



5.2 Немедикаментозное лечение:

- режим – общий;
- диета - общая

5.3 Медикаментозное лечение: см. пункт 3.2

5.4 Хирургическое лечение:

1) парацентез барабанной перепонки;

Показания: наличие экссудата в барабанной полости, не поддающийся консервативному лечению.

Противопоказания: слипание барабанной перепонки с медиальной стенкой.

2) баллонная дилатация слуховой трубы;

Показания: стеноз слуховой трубы в результате хронического воспаления.

Противопоказания: тотальный стеноз слуховой трубы (результат лучевой терапии).

3) дренирование барабанной полости;

Показания: наличие густого экссудата в барабанной полости, не поддающийся эвакуации через разрез барабанной перепонки.

Противопоказания: слипание барабанной перепонки с медиальной стенкой.

4) удаление аденоидов;

Показания: наличие аденоидной вегетации, которые механически сдавливают тубарные валики и сужают устья слуховых труб. Аденоидит является источником инфекции для слуховой трубы и барабанной полости.

Противопоказания: только при наличии тяжелых соматических заболеваний.

5) тонзилэктомия;

Показания: наличие хронического воспаления небных миндалин, тонзиллиты - является источником инфекции для слуховой трубы и барабанной полости.

Противопоказания: только при наличии тяжелых соматических заболеваний.

5.5 Дальнейшее ведение:

- Наблюдение у ЛОР-врача в поликлинике в течение 6 мес, контрольная аудиометрия через 6мес.

6. Индикаторы эффективности лечения: см. пункт 3.5

7. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА:

7.1 Список разработчиков клинического протокола:

- 1) Аженов Талапбек Муратович – доктор медицинских наук, заведующий хирургическим отделением №1 РГП на ПХВ «Больница медицинского центра Управление делами Президента Республики Казахстан».
- 2) Байменов Аманжол Жумагалиевич – кандидат медицинских наук, доцент кафедры оториноларингологии АО «Медицинский университет Астана».
- 3) Бекпанов Алмат Жаксылыкович – кандидат медицинских наук, детский оториноларинголог Филиала КФ «УМС» Национальный научный центр материнства и детства.
- 4) Смагулова Газиза Ажмагиевна – кандидат медицинских наук, заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней и клинической фармакологии РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.О. Оспанова».

7.2 Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

7.3 Рецензент: Исмагулова Эльнара Киреевна – доктор медицинских наук, профессор, заведующая курсом оториноларингологии кафедры хирургических болезней №1 РГП на ПХВ «Западно-Казахстанский государственный медицинский университет имени М.О. Оспанова».

7.4 Указание условий пересмотра протокола: пересмотр протокола через 5 лет после его опубликования и с даты его вступления в действие или при наличии новых методов с уровнем доказательности.

7.5 Список использованной литературы:

- 1) Surgical management of otitis media with effusion in children pathway // Copyright © NICE 2013
- 2) Богомильский М.Р., Иваничкин С.А. Слухоулучшающие операции у детей: современное состояние проблемы. Часть I: Тимпанопластика и мирингопластика // Вестн. оториноларингологии. – 2012. – № 3. – С. 99 – 103
- 3) Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха. — М., 2003, -328с.
- 4) Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингологии, учебник 3-е издание переработанное и дополненное, М.:2013г.- 571с.
- 5) Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина.-1997.- 608с.
- 6) Төлебаев Р.К., Ерсаханова Б.К., Жусупов Б.З. Оториноларингологиядан қысқаша оқу құралы [Мәтін] : оқу құралы Астана : б.и., 2013. - 175 б.
- 7) Ina F. Wallace, Nancy D. Berkman, Kathleen N. Lohr, Melody F. Harrison, Adam J. Kimple, Michael J. Steiner. Surgical Treatments for Otitis Media with Effusion: A Systematic Review. February 2014, Vol. 133/ISSUE2
- 8) S. Burkert, CH. Rasinski, R. Burkert, K. Neumann Otitis media with effusion - current management in children.. - 2012. - Vol. 22, Iss.1. - P. 9-12.