

Ўзбекистон Республикаси
Соғлиқни сақлаш вазирининг
2025 йил "23" июндаги
180-сонли буйруғига
5-илова

ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ПЕДИАТРИЯ ИLMИЙ-АМАЛИЙ
ТИББИЁТ МАРКАЗИ
ЛОП ОРГАНЛАРИНИНГ ТУҒМА ВА ОРТТИРИЛГАН КАСАЛЛИКЛАРИ БЎЛИМИ

БОЛАЛАРДА "СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА ОТИТ"
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА
ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент – 2025



"ТАСДИҚЛАЙМАН"
Республика ихтисослаштирилган
Педиатрия илмий ва амалий тиббиёт
маркази директори
Абдукаюмов А.А.

" " 2025

БОЛАЛАРДА "СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА ОТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ

Тошкент - 2025

МУНДАРИЖА

**БОЛАЛАРДА "СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА ОТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ.....5**

**БОЛАЛАРДА " СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА ОТИТ " НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК
ПРОТОКОЛИ»..... 14**

**БОЛАЛАРДА " СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА ОТИТ " НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ
..... 21**

**БОЛАЛАРДА "СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА
ОТИТ" НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТАШХИСЛАШ ВА ДАВОЛАШНИНГ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Ташкент - 2025

1. Кириш қисми

1) ХКК-10 коди (лари)::

ХКТ-10 ХКТ-11	
Код	Номи
Н65.2	Сурункали сероз ўрта отит https://classinform.ru/mkb-10/h65.html
АА82	Сурункали сероз ўрта отит

2) Баённома ишлаб чиқилган ва қайта кўриб чиқилган сана::

3) Асосий муаллифлар рўйхати, қўшимча муаллифлар жамоаси

№	Фамилия	Унвон/ даража	Иш жойи	контактлар
1.	Иноятова Ф.И.	Академик, дастур раҳбари, РИОваРИАТМ бош маслаҳатчиси	РСНПМЦП	911654485
2.	Абдукаюмов А.А.	Д.М.Н., Директор	РСНПМЦП	901873690
3.	Наджимутдинова Н.Ш.	Д.М.Н.	РСНПМЦП	911654485
4.	Амонов Ш.Э.	ДМН, проф., зав. каф.	ТашПМИ	983055700
5.	Арифов С.С.	Д.М.Н. Профессор	ЦРПКМР	933884869
6.	Мусаев А.А.	К.М.Н.	РСНПМЦП	998183113
7.	Раззаков А.Ж.	К.М.Н.	РСНПМЦП	974149771
8.	Нуриддинова Д.Х	Аудиолог	РСНПМЦП	909711122
9.	Махмудов М.У.	Аудиолог	РСНПМЦП	977750787
10.	Маджидова Д.Ш.	Аудиолог	РСНПМЦП	977807888
11.	Олимов Ж.А.	Хирург ЛОР	РСНПМЦП	998781221
12.	Назиров Ф.Н.	Хирург ЛОР	РСНПМЦП	977255522
13.	Абдукамилова М.М.	Аудиолог	РСНПМЦП	998153383
14.	Усманова С.Б.	Психоневролог	РСНПМЦП	903480131
15.	Исламбекова З.И.	Сурдопедагог	РСНПМЦП	977592209
16.	Мукимова Ф.Т.	Логопед	РСНПМЦП	998446972
17.	Темирова Ш.М.	Сурдопедагог	РСНПМЦП	935204783
18.	Сайдахмедов С.Б.	Хирург ЛОР	РСНПМЦП	935654395

4) Тақризчилар:

Милан Профант д.м.н., профессор - Братислава шаҳридаги ҲНС тиббиёт факультети ва университет шифохонаси оториноларингология кафедраси мудури;

Карабаев Хуррам Эсонкулович д.м.н., профессор - ТошПТИ оториноларингология, болалар оториноларингологияси ва болалар стоматологияси кафедраси;

ЎзР ССВ РИПИАТМ Илмий кенгаши йиғилишида кўриб чиқилган (2025 йил 24 апрелдаги 4-сонли баённома).

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.И, Тиббий суғурта бошқармаси бошлиғи Ш. Алмарданов, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бошлиғи Ш.Р. Нуримова бошчилигида, клиник протоколлар ва стандартларни ишлаб чиқиш ва жорий этиш бўлими бош мутахассиси Г. Джумаева ва етакчи мутахассиси Н.Рахимовалар томонидан мутахассисларнинг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

6) Баённомада қўлланилган қисқартмалар;
 СССР - сурункали сероз (секретор) ўрта отит
 ЭЎО - сурункали экссудатив ўрта отит
 ЎСО - ўткир секретор отит
 ZVOAE - кечиктирилган чақирилган отоакустик эмиссия
 PЮAE - отоакустик эмиссиянинг бузилиш маҳсулоти
 КСВП - қисқа яширин чақирилган эшитиш потенциаллари
 АССР - стационар эшитиш чақирилган потенциаллари (аудиторйстедайстатереспонсе)
 СА - эшитиш аппарати
 СНТ - нейросенсор эшитиш заифлиги
 СТ - аралаш эшитиш заифлиги
 КТ - кондуктив эшитиш заифлиги
 МСКТ - мултиспирал компьютер томографияси
 магнит-резонанс томография
 дБ – детсибел

7) Ушбу нозология бўйича протоколдан фойдаланувчилар: умумий амалиёт шифокорлари, педиатрлар, терапевтлар, оториноларингологлар, сурдологлар, невропатологлар, сурдопедагоглар, дефектологлар.

8) Ушбу нозологиядаги беморлар тоифаси: 1-17 ёшдаги болалар.

9) далилларга асосланган тиббиётга асосланган далиллар даражаси шкаласи:

A	Юқори сифатли мета-таҳлил, тизимли РКИни кўриб чиқиш ёки тизимли хато эҳтимоли жуда паст (++) бўлган йирик РКИни кўриб чиқиш, уларнинг натижалари тегишли популяцияга тарқатилиши мумкин.
B	Тизимли хатолик хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки тадқиқотларни тизимли кўриб чиқиш ҳолат-назорат ёки юқори сифатли (++) когорт ёки тадқиқотларни тизимли хатолик хавфи жуда паст бўлган ҳолат-назорат ёки тизимли хатолик хавфи юқори бўлмаган (+) РБИ, уларнинг натижалари тегишли популяцияга тарқатилиши мумкин.
C	Когорт ёки тадқиқот, тасодиф-назорат ёки рандомизатсиясиз, натижалари тегишли популяцияга тарқатилиши мумкин бўлган, натижалари тегишли популяцияга тўғридан-тўғри тарқатилиши мумкин бўлмаган, тизимли хатолик хавфи жуда паст ёки юқори бўлмаган (++) ёки (+) тасодиф-назорат ёки назорат қилинадиган тадқиқот
D	Бир қатор ҳолатларнинг тавсифи ёки назорат қилинмайдиган тадқиқот ёки экспертлар фикри.
GPP	Энг яхши клиник амалиёт

2. Асосий қисм.

1) Таърифи: сурункали сероз (секретор) ўрта отит (СЎСО) - эшитув найи ва ноғора бўшлиғи шиллиқ қаватининг сурункали катарал яллиғланиши бўлиб, тешик бўлмасдан экссудат билан кечади. Касаллик, шунингдек, сурункали экссудатив ўрта отит (ЭСО), суюқлик билан ўрта отит сифатида ҳам танилган. [4,9,10,20]

ХССО таснифи Дмитриев Н.С. (1996) патогенетик босқичлар асосида қуйидагиларга бўлинади:

- катарал (носекретор) - 1 ойгача,
- секретор - 1-12 ой,
- шиллиқли - 12-24 ой,
- фиброз шакли - 24 ойдан ортик.

Ушбу тасниф мкб (Н65.2-65.4) бўйича ташхисларга мувофиқ тақдим этилган.

Шунингдек, специфик ва носпецифик. [1, 2, 3, 27].

Юқори нафас йўллари (бурун бўшлиғи, бурун ёндош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум) нинг сурункали патологияси, бурун-ҳалқум патологиялари (ҳалқум тешиги, эшитув найи оғзининг

гипертрофик грануляцион обструктив жараёни, пастки бурун чиғаноқлари гиперплазияси, аденоид тўқима гипертрофияси, патологиялар) СҶО ривожланишининг сабаблари ҳисобланади. Сероз отитнинг клиник кўриниши эшитиш қобилиятининг пасайиши, кулоқда тиқилиш ҳисси ва шовқинга шикоятлар билан намоён бўлади. Шикоятлар ва отоскопик кўринишларнинг интенсивлиги тўғридан-тўғри касалликнинг босқичлари ва этиологиясига боғлиқ бўлиб, у ҳам мкб (Х65.2-65.4) га тўғри келади. [18,23,25]

3. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва процедуралари

диагностика мезонлари:

1) Тадқиқотнинг мажбурий турлари

- шикоятлар ва анамнез йиғиш:

- • тез-тез шамоллаш
- • эшитиш қобилиятининг пасайиши (кулоқ битиши)
- • кулоқ шанғиллаши
- • бош айланиши
- • оғриқ сезгилари (камдан-кам, қисқа муддатли)
- • тез-тез қайта сўраш/атрофдагиларнинг чақирғига тезда жавоб бермаслик (5-6 ёшгача бўлган болаларда).
- • эшитиш найи функциясида иштирок этувчи мушакларнинг бузилиши билан кечадиган юз-жағ патологияси.
- • бурун-ҳалқум патологиялари (эшитув найи ҳалқум тешигининг гипертрофик грануляцион обструктив жараёни, пастки бурун чиғаноқлари орқа учининг гиперплазияси, аденоид, танглай тўқимаси гипертрофияси, эшитув найи оғзининг чандикли ўзгаришлари).
- - отомикроскопия/отоэндоскопия
- • ноғора парданинг қалинлашиши, рангининг ўзгариши (кўкимтир ранггача), юқори қисмларида тортилиши ва пастки қисмларида бўртиб чиқиши,
- - эшитиш паспорти:
- • субъектив шовқин/ҳиссиёт (йўқ) - +/-
- • баланд овозда гапириш (>6 метр) - 4-5 метр
- • шивирлаб гапириш (6 метр) - 1 метр.
- • С128 камертони (ҳаво ўтказувчанлиги 55 сония) - 20 сония
- • С128 камертони (суяк ўтказувчанлиги 23 сония) - 25 сония
- • Вебер синамаси (билатерал ✓) - зарарланиш томонга
- • Ринне синамаси (мусбат) - манфий.
- • Желе синамаси (мусбат) - манфий.
- • Швабах синови (қисқариш/узайиш) - узайиш
- - БАА (ўтди / ўтмади) -кўп ҳолларда ўтмади
- - Акустик рефлекслар билан тимпанометрия
- • В тури ва ноғора бўшлиғида манфий босим 200 мм.сув.уст. дан юқори бўлган акустик рефлексларнинг йўқлиги қайд этилади (баъзан С тури).
- - ўйин аудиометрияси / тонал бўсаға аудиометрияси (эшитишнинг кондуктив тури бўйича пасайиши, товушни идрок этиш бўсағаси 15-40 дБ)
- • ҳаво орқали товуш ўтказиш бўсағасининг 20-30 дБ гача кўтарилиши билан 1-даражали кондуктив эшитиш заифлиги аниқланади. Суяк - нормал ҳолатда қолади
- - бурун-ҳалқум эндоскопияси
- • эшитув найи ҳалқум тешигининг гипертрофик грануляцион обструктив жараёни,
- • пастки бурун чиғаноқларининг гиперплазияси.
- • аденоид тўқима гипертрофияси.
- • бурун-ҳалқумдаги патологик жараёнлар;
- - 1,0 мм гача қадам билан чакка суяқларининг МСКТ текшируви (0о/30о текислик),
- касалликнинг III ва IV босқичларида ўтказилади (Н.С. Дмитриев таснифи бўйича).

• ўрта кулоқ бўшлиқлари ҳаволилигининг бузилиши (Хаусфилд бўйича 40-50 ХУ гача)

2) Тадқиқотнинг қўшимча турлари:

- ОАК
- биокимёвий таҳлиллар (АЛЪТ, АСТ)
- коагулограмма
- қон гуруҳи, резус омил
- RW
- гепатит В,С
- ОИВ
- ОАМ.
- Вестибулометрия
- Кўкрак қафаси рентгенографияси
- Невропатолог кўриги
- Анестезиолог кўриги
- Педиатр кўриги

Эшитиш қобилиятини текширишига қарши кўрсатмалар: йўқ

3) Дифференциал диагноз.

Ташхис	Қиёсий ташхис учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
эшитиш суякчаларининг ривожланиш аномалиялари	Эшитиш қобилиятининг пасайиши	- анамнез, - отомикроскопия, - аудиометрия, - тимпанометрия, - чакка суяклари МСКТ, - камертонал тадқиқот усуллари	- тимпанограмма В тури (ҳар доим ҳам эмас), - ҳаводаги товуш ўтказувчанлик чегараси (60 дБ гача), - туғилгандан бошлаб эшитиш қобилиятининг пасайиши.

4. **Тиббий ёрдам кўрсатиш турини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатма:**

1) *Режали касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:*

- ногора бўшлиғида консерватив даволаш мумкин бўлмаган экссудат мавжудлиги.

2) *Шошилиш касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:*

- йўқ

5. **Даволаш тактикаси**

СЙЎО билан оғриган беморларни даволашдан мақсад эшитув найи функцияларининг бузилишига олиб келган сабабларни бартараф этиш, экссудатни олиб ташлаш, эшитув функциясини тиклаш ва касалликнинг қайталанишини олдини олишдан иборат [2, 27, 17].

А) *Медикаментоз даволаш*

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси
Антибактериал дорилар (операциядан кейин)	Ампитсиллин ёки	250 ёки 500 мг х суткасига 4 марта. 20 кг гача бўлган болаларга	А

		суткалик доза 50-100 мг/кг оғирликка 4 марта қабул қилиш учун	
	Амокситсиллин + клавулан кислотаси <i>ёки</i>	инфекциянинг енгил ва ўртача оғир кечишида 1 таб 250 мг+125 мг ҳар 8 соатда ёки 1 таб 500 мг+125 мг ҳар 12 соатда, инфекциянинг оғир кечишида 1 таб 500 мг+125 мг ҳар 8 соатда ёки 1 таб 875 мг+125 мг ҳар 12 соатда. Болаларга 50 мг/кг тана вазнига. Бир марталик дозаси 500 мг. Кунига 2 марта в/и юбориш тезлиги 100-200 мг/кг	А
	азитромицин	кунига 0,5 г дан (курс дозаси 1,5 г) 12 ёшдан катта ва тана вазни 45 кг дан ортиқ бўлган болаларга. ЛОР аъзолари инфекцияларида - 500 мг/сут 1 қабулда 3 кун давомида (курс дозаси - 1,5 г).	А
Маҳаллий фойдаланиш учун кортикостероид препаратлар	беклометазона дипропионат <i>или</i>	катталар учун ўртача суткалик дозаси 400 мкг 2-4 қабулда. Зарур бўлганда дозани 600-800-1000 мкг/сут гача ошириш мумкин. Болалар учун бир марталик дозаси - 50-100 мкг, қўллаш сони - кунига 2-4 марта.	В
	будезонид <i>ёки</i>	Катталар учун 2 тадан 4 тагача ингаляция. 6 ёшдан катта болаларга 1-2 ингаляция (кунига 50-200 мкг)	В
	мометазона фураат <i>ёки</i>	Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 2 ингаляциядан кунига 1 марта. Препаратнинг суткалик дозаси - 200 мкг. 2-11 ёшли	В

		болаларга битта ингаляция. Препаратнинг умумий бир марталик дозаси 100 мкг.	
	флутикозона фураат	6-11 ёшли болалар учун суткасига бир марта (55 мкг).12 ёшдан катта болалар ва катталар учун суткасига икки доза (100 мкг)	В
Ностероид яллиғланишга қарши дорилар	ацетаминофен ёки	10-15 мг/кг бир марталик доза ичиш учун Ацетаминофеннинг таблеткалардаги максимал суткалик дозаси ярим ёшгача бўлган чақалоқлар учун 350 мг, бир ёшгача - 500 мг, уч ёшгача - 750 мг, 6 ёшгача - 1 грамм, 9 ёшгача - 1,5 грамм, 12 ёшгача - 2 грамм. Қабул қилиш сони - кунига 4 марта, қабуллар орасидаги интервал 4 соат ва ундан ортиқ. Даволашнинг максимал давомийлиги - 3 кун (иситма туширувчи дори сифатида) ва 5 кун (анальгетик сифатида қабул қилинганда).	В
	ибупрофен ёки	200-800 мг, қабул қилиш частотаси - кунига 3-4 марта; болалар учун - 20-40 мг/кг/кун бир неча қабулда.	В
	кетопрофен	100 мг бир марта. 300 мг суткалик доза. Қарши кўрсатма: болалар 18 ёшгача - инъекция учун, 6 ёшгача - гель учун, 15 ёшгача - таблеткалар учун.	В

Антигистамин воситалар	клемастин <i>ёки</i>	Овқатдан олдин 1 мг дан кунига 2 марта ичилади, зарур бўлса, дозаси кунига 3-6 мг гача оширилади. 6 ёшдан 12 ёшгача бўлган болаларга эрталаб ва кечқурун 0,5 мг дан (кунига 2 марта), 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга 0,67 мг сироп (1 соат қошиқ) буюрилади.	В
	лоратадин	10 мг/кун Тана вазни 30 кг дан ортиқ бўлган болалар кунига 1 таблеткадан (10 мг) ёки 10 мг таъсир этувчи модда ҳисобидан сироп ичадилар. Тана вазни 30 кг дан кам бўлган болалар таблеткани 2 кунга ёки суткасига 5 мг га бўладилар.	В
Муколитик препаратлар	теофиллин <i>ёки</i> Ацетилцистеин	Тана вазни 30 кг гача бўлган болалар 10-20 мг/кг дан кунига 2 маҳал қабул қилинади. Катталарда суткасига 200 дан 400 мг гача. Даволаш индивидуал тарзда танланади. Болалар 2 ёшдан бошлаб 200мг 3 қабулга бўлинади. Катталар 200 мг дан кунига 2 ёки 3 марта.	В
	Мукалтин	1-3 ёшда кунига 3 маҳал 1 таблеткадан 3-12 ёшда кунига 4 марта 1 таблетка х 12 ёшдан катталар 2 таб х 4 маҳал кунига	В
Стероид яллиғланишга қарши дорилар	дексаметазон	Болалар 0,16 мг/кг тана вазнига ҳар 12-24 соатда.	В

- эшитув найи мушаклари учун гимнастика тавсиялари (чайнаш) [5,13, 19]

Б) Жарроҳлик йўли билан даволаш камида 3 ой давомида консерватив даволаш самарасиз бўлган ҳолларда кўрсатилади.

1) ноғора пардасини паратсентез қилиш ва вентиляция трубкасини ўрнатиш;
Кўрсатма: ноғора бўшлиғида консерватив даволаш мумкин бўлмаган экссудат мавжудлиги.
• Қарши кўрсатмалар: ноғора парданинг ноғора бўшлиғи медиал девори билан ёпишиб қолиши.

1) эшитув найининг баллонли дилатацияси;

Кўрсатма: эшитув найи оғзининг стенози.

• Қарши кўрсатмалар: эшитув найининг тотал стенози (нур терапияси натижаси).

2) Аденомия, бурун-ҳалқум ҳосилаларини олиб ташлаш (полиплар, ангиофиброма ва б.);

Кўрсатма: аденоид вегетация мавжудлиги, бурун-ҳалқум ҳосил бўлиши, улар тубар валикларни механик сиқади ва эшитув найлари оғзини торайтиради.

• Қарши кўрсатмалар: фақат оғир соматик касалликлар мавжуд бўлганда.

3) Вазотомия.

Кўрсатма: пастки бурун чиғаноқлари орқа учининг гиперплазияси, бу эшитиш тешигининг механик обструкциясига олиб келади.

• Қарши кўрсатмалар: фақат оғир соматик касалликлар мавжуд бўлганда

6 Реабилитация

Кейинги кузатув: Яшаш жойидаги ЛОР шифокори кўригида бўлиш, 5 йил давомида ҳар 6 ойда назорат аудиологик текширувини ўтказиш

ЧСЎ билан оғриган беморларда асосий эшитиш қобилияти (эшитиш заифлиги > II даража) ва уни яхшилаш имконияти бўлмаганда электроакустик реабилитация ўтказиш тавсия этилади [6,8, 24,26]

7. Баённомаларнинг ташкилий жиҳатлари:

1) манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисидаги маълумотлар;

2) экспертлар (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари) маълумотлари;

3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (баённома ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки исботлаш даражасига эга бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш);

**БОЛАЛАРДА " СУРУНКАЛИ СЕРОЗ
ЎРТА ОТИТ " НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ТИББИЙ АРАЛАШУВЛАРНИНГ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Тошкент – 2025

1. Асосий қисм.

1) Сурункали сероз (секретор) ўрта отит (СССО) - эшитув найи ва ноғора бўшлиғи шиллик қаватининг сурункали катарал яллиғланиши бўлиб, тешик бўлмасдан экссудат билан кечади. Касаллик, шунингдек, сурункали экссудатив ўрта отит (ЭСО), суюқлик билан ўрта отит сифатида ҳам танилган. [4,9,10,20]

ХССО таснифи Дмитриев Н.С. (1996) патогенетик босқичлар асосида қуйидагиларга бўлинади:

- катарал (носекретор) - 1 ойгача,
- секретор - 1-12 ой,
- шилликли - 12-24 ой,
- фиброз шакли - 24 ойдан ортиқ.

Ушбу тасниф мкб (Н65.2-65.4) бўйича ташхисларга мувофиқ тақдим этилган.

Шунингдек, специфик ва носпецифик. [1, 2, 3, 27] (<https://lornii.ru/upload/iblock>);

СЎО ривожланишининг сабаблари юқори нафас йўллари (бурун бўшлиғи, бурун ёндош бўшлиқлари ва бурун-ҳалқум) нинг сурункали патологияси, бурун-ҳалқум патологиялари (эшитув найи оғзи ҳалқум тешиги гипертрофик грануляцион обструктив жараёни, пастки бурун чиғаноқлари гиперплазияси, аденоид тўқима гипертрофияси, эшитув найи оғзи обструкциясига олиб келувчи патологик ҳосилалар), ўткир секретор отит (ЎСО) нинг илгари ўтказилган эпизодлари, тизимли ва ўзига хос патология ҳисобланади. [1, 2, 3].

Сероз отитнинг клиник кўриниши эшитиш қобилиятининг пасайиши, қулоқда тикилиш ҳисси ва шовқинга шикоятлар билан намоён бўлади. Шикоятлар ва отоскопик кўринишларнинг интенсивлиги касалликнинг босқичлари ва этиологиясига бевосита боғлиқ бўлиб, у ҳам мкб (Х65.2-65.4) га тўғри келади. [18,23,25]

2. Диагностика усуллари, ёндашувлари ва тартиб-қоидалари

1) Тадқиқотнинг мажбурий турлари

- шикоятлар ва анамнез йиғиш:
 - тез-тез шамоллаш
 - эшитиш қобилиятининг пасайиши (қулоқ битиши)
 - қулоқ шанғиллаши
 - бош айланиши
 - оғриқ сезгилари (камдан-кам, қисқа муддатли)
 - тез-тез қайта сўраш/атрофдагиларнинг чақирғига тезда жавоб бермаслик (5-6 ёшгача бўлган болаларда).
 - эшитиш найи функциясида иштирок этувчи мушакларнинг бузилиши билан кечадиган юз-жағ патологияси.
 - бурун-ҳалқум патологиялари (эшитув найи ҳалқум тешигининг гипертрофик грануляцион обструктив жараёни, пастки бурун чиғаноқлари орқа учининг гиперплазияси, аденоид, танглай тўқимаси гипертрофияси, эшитув найи оғзининг чандикли ўзгаришлари).
- отомикроскопия/отоэндоскопия
 - ноғора парданинг қалинлашиши, рангининг ўзгариши (кўкимтир ранггача), юқори қисмларида тортилиши ва пастки қисмларида бўртиб чиқиши,
- эшитиш паспорти:
 - субъектив шовқин/ҳиссиёт (йўқ) - +/-
 - баланд овозда гапириш (>6 метр) - 4-5 метр
 - шивирлаб гапириш (6 метр) - 1 метр.
 - С128 камертони (ҳаво ўтказувчанлиги 55 сония) - 20 сония
 - С128 камертони (суяк ўтказувчанлиги 23 сония) - 25 сония
 - Вебер синамаси (билатерал ✓) - зарарланиш томонга
 - Ринне синамаси (мусбат) - манфий.

- Желе синамаси (мусбат) - манфий.
- Швабах синови (қисқариш/узайиш) - узайиш
- БАА (ўтди / ўтмади) -кўп ҳолларда ўтмади
- Акустик рефлекслар билан тимпанометрия
- В тури ва ноғора бўшлиғида манфий босим 200 мм.сுவ.уст. дан юқори бўлган акустик рефлексларнинг йўқлиги қайд этилади (баъзан С тури).
- ўйин аудиометрияси / тонал бўсаға аудиометрияси (эшитишнинг кондуктив тури бўйича пасайиши, товушни идрок этиш бўсағаси 15-40 дБ)
- ҳаво орқали товуш ўтказиш бўсағасининг 20-30 дБ гача кўтарилиши билан 1-даражали кондуктив эшитиш заифлиги аниқланади. Суяк - нормал ҳолатда қолади
- бурун-ҳалқум эндоскопияси
- эшитув найи ҳалқум тешигининг гипертрофик грануляцион обструктив жараёни,
- пастки бурун чиғаноқларининг гиперплазияси.
- аденоид тўқима гипертрофияси.
- бурун-ҳалқумдаги патологик жараёнлар;
- 1,0 мм гача қадам билан чакка суякларининг МСКТ текшируви (0о/30о текислик),
- касалликнинг III ва IV босқичларида ўтказилади (классификация бўйича
- касалликнинг III ва IV босқичларида ўтказилади (Н.С. Дмитриев таснифи бўйича).
- ўрта қулоқ бўшлиқлари ҳаволигининг бузилиши (Хаусфилд бўйича 40-50 ХУ гача)

2) Тадқиқотнинг қўшимча турлари:

- ОАК
- биокимёвий таҳлиллар (АЛЪТ, АСТ)
- коагулограмма
- қон гуруҳи, резус омил
- RW
- гепатит В,С
- ОИВ
- ОАМ.
- Вестибулометрия
- Кўкрак қафаси рентгенографияси
- Невропатолог кўриги
- Анестезиолог кўриги
- Педиатр кўриги

Эшитиш қобилиятини текширишга қарши кўрсатмалар: йўқ

3. Даволаш тактикаси

СЙЎО билан оғриган беморларни даволашдан мақсад эшитув найи функцияларининг бузилишига олиб келган сабабларни бартараф этиш, экссудатни олиб ташлаш, эшитув функциясини тиклаш ва касалликнинг қайталанишини олдини олишдан иборат [2, 27, 17].

А) Медикаментоз даволаш

Асосий дори воситалари рўйхати (қўлланилиш эҳтимоли 100%):

Дори гуруҳи	Дори воситасининг халқаро патентланмаган номи	Қўллаш усули	Исботланганлик даражаси

Антибактериал препаратлар	Ампициллин <i>ёки</i>	250 ёки 500 мг х суткасига 4 марта. 20 кг гача бўлган болаларга суткалик дозаси 50-100 мг/кг вазнига 4 марта қабул қилиш учун	А
	Амоксициллин + клавулановая кислота <i>ёки</i>	инфекциянинг енгил ва ўртача оғир кечишида 1 таб 250 мг+125 мг ҳар 8 соатда ёки 1 таб 500 мг+125 мг ҳар 12 соатда, инфекциянинг оғир кечишида 1 таб 500 мг+125 мг ҳар 8 соатда ёки 1 таб 875 мг+125 мг ҳар 12 соатда. Болаларга 50 мг/кг тана вазнига. Бир марталик дозаси 500 мг. Кунига 2 марта в/и юбориш тезлиги 100-200 мг/кг	А
	азитромицин	кунига 0,5 г дан (курс дозаси 1,5 г) 12 ёшдан катта ва тана вазни 45 кг дан ортиқ бўлган болаларга. ЛОР-аъзолари инфекцияларида - 500 мг/сут 1 қабулда 3 кун давомида (курс дозаси - 1,5 г).	А
Маҳаллий фойдаланиш учун кортикостероид препаратлар	беклометазона дипропионат <i>ёки</i>	Катталар учун ўртача суткалик доза 400 мкг, 2-4 қабулда. Зарур бўлганда дозани 600-800-1000 мкг/сут гача ошириш мумкин. Болалар учун бир марталик доза - 50-100 мкг, қўллаш сони - кунига 2-4 марта.	В
	будезонид <i>ёки</i>	Катталар учун 2 тадан 4 тагача ингаляция. 6 ёшдан катта болаларга 1-2 ингаляция (кунига 50-200 мкг)	В
	мометазона фураат <i>ёки</i>	Катталар ва 12 ёшдан катта болаларга 2 ингаляциядан кунига 1 марта. Препаратнинг суткалик дозаси - 200 мкг.	В

		2-11 ёшли болаларга битта ингаляция. Препаратнинг умумий бир марталик дозаси 100 мкг.	
	флутикозона фураат	6-11 ёшли болалар учун суткасига бир марта (55 мкг). 12 ёшдан катта болалар ва катталар учун суткасига икки доза (100 мкг)	В
Ностероид яллиғланишга қарши дорилар	ацетаминофен ёки	10-15 мг/кг бир марталик доза ичиш учун Ацетаминофеннинг таблеткалардаги максимал суткалик дозаси ярим ёшгача бўлган чақалоқлар учун 350 мг, бир ёшгача - 500 мг, уч ёшгача - 750 мг, 6 ёшгача - 1 грамм, 9 ёшгача - 1,5 грамм, 12 ёшгача - 2 грамм. Қабул қилиш сони - кунига 4 марта, қабуллар орасидаги интервал 4 соат ва ундан ортиқ. Даволашнинг максимал давомийлиги - 3 кун (иситма туширувчи дори сифатида) ва 5 кун (анальгетик сифатида қабул қилинганда).	В
	ибупрофен ёки	200-800 мг, қабул қилиш частотаси - кунига 3-4 марта; болалар учун - 20-40 мг/кг/кун бир неча қабулда.	В
	кетопрофен	100 мг бир марта. 300 мг суткалик доза. Қарши кўрсатма: болалар 18 ёшгача - инъекция учун, 6 ёшгача - гелъ учун, 15 ёшгача - таблеткалар учун.	В
Антигистамин воситалар	клемастин ёки	Овқатдан олдин 1 мг дан кунига 2 марта ичилади, зарур бўлса, дозаси кунига 3-6 мг гача оширилади. 6 ёшдан 12	В

		ёшгача бўлган болаларга эрталаб ва кечқурун 0,5 мг дан (қунига 2 марта), 1 ёшдан 6 ёшгача бўлган болаларга 0,67 мг сироп (1 соат қошиқ) буюрилади.	
	лоратадин	10 мг/кун Тана вазни 30 кг дан ортиқ бўлган болалар қунига 1 таблеткадан (10 мг) ёки 10 мг таъсир этувчи модда ҳисобидан сироп ичадилар. Тана вазни 30 кг дан кам бўлган болалар таблеткани 2 кунга ёки суткасига 5 мг га бўладилар.	В
Муколитик препаратлар	теофиллин <i>ёки</i>	Тана вазни 30 кг гача бўлган болалар 10-20 мг/кг дан қунига 2 маҳал қабул қилинади. Катталарда суткасига 200 дан 400 мг гача. Даволаш индивидуал тарзда танланади.	В
	Ацетилцистеин	Болалар 2 ёшдан бошлаб 200мг 3 қабулга бўлинади. Катталар 200 мг дан қунига 2 ёки 3 марта.	В
Стероид яллиғланишга қарши дорилар	дексаметазон	Болалар 0,16 мг/кг тана вазнига ҳар 12-24 соатда.	В

- эшитув найи мушаклари учун гимнастика тавсиялари (чайнаш) [5,13, 19]

Б) Жарроҳлик йўли билан даволаш

1) ноғора пардасини паратсентез қилиш ва вентиляция трубкасини ўрнатиш;

Кўрсатма: ноғора бўшлиғида консерватив даволаш мумкин бўлмаган экссудат мавжудлиги.

• Қарши кўрсатмалар: ноғора парданинг ноғора бўшлиғи медиал девори билан ёпишиб қолиши.

1) эшитув найининг баллонли дилатацияси;

Кўрсатма: эшитув найи оғзининг стенози.

• Қарши кўрсатмалар: эшитув найининг тотал стенози (нур терапияси натижаси).

2) Аденомия, бурун-ҳалқум ҳосилаларини олиб ташлаш (полиплар, ангиофиброма ва б.);

Кўрсатма: аденоид вегетация мавжудлиги, бурун-ҳалқум ҳосил бўлиши, улар тубар валикларни механик сиқади ва эшитув найлари оғзини торайтиради.

• Қарши кўрсатмалар: фақат оғир соматик касалликлар мавжуд бўлганда.

3) Вазотомия.

• Кўрсатма: пастки бурун чиғаноқлари орқа учининг гиперплазияси, бу эшитув найи оғзининг механик обструкциясига олиб келади.

• Қарши кўрсатмалар: фақат оғир соматик касалликлар мавжуд бўлганда

4 Реабилитация

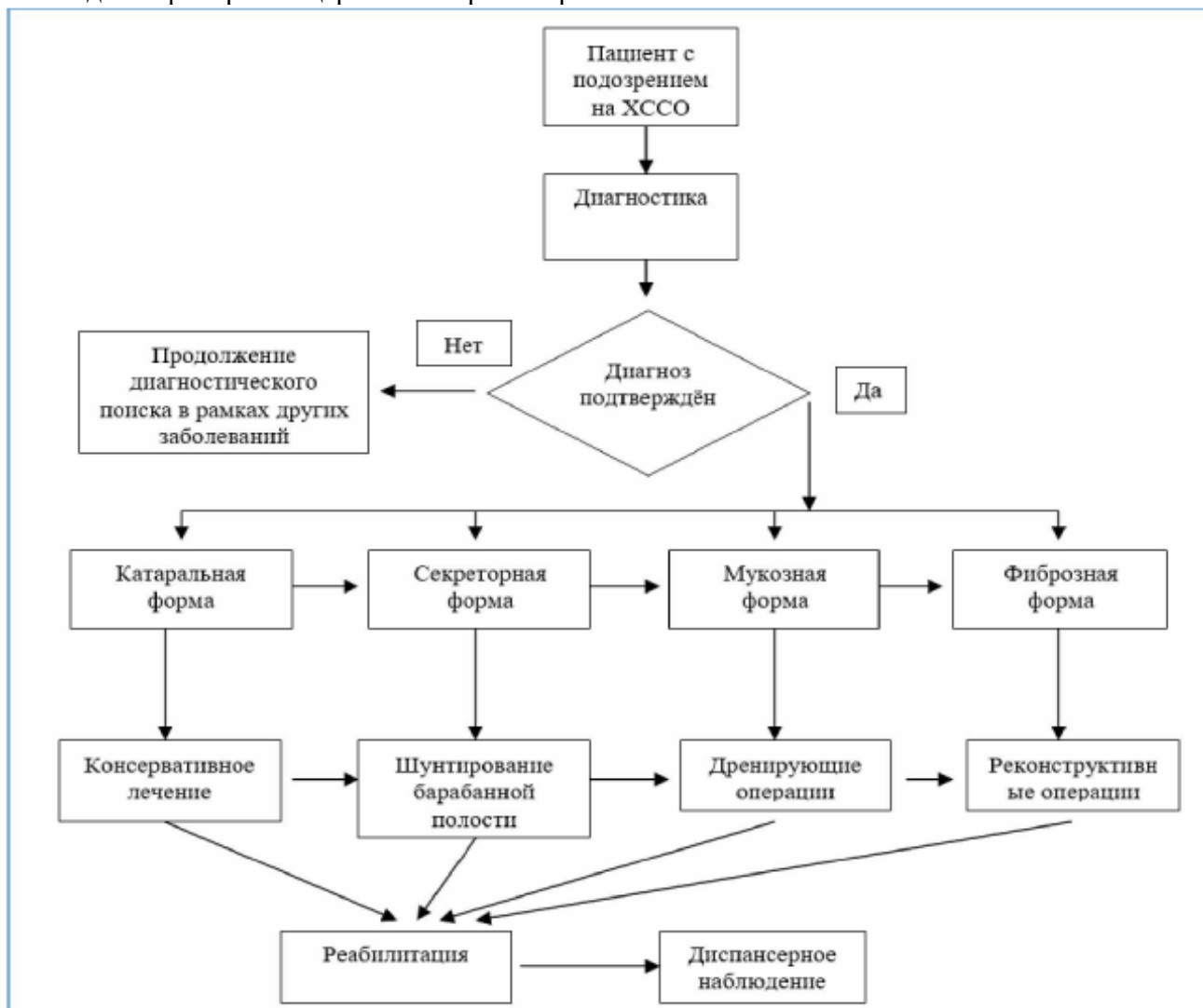
Кейинги назорат: Яшаш жойидаги ЛОР шифокори кўригида бўлиш, 5 йил давомида ҳар 6 ойда назорат аудиологик текшируви ўтказиш

СЎО билан оғриган беморларда асосиал эшитиш қобилияти (эшитиш заифлиги > II даража) ва уни яхшилаш имконияти бўлмаганда электроакустик реабилитация ўтказиш тавсия этилади [6,8, 24,26]

5. Баённомаларнинг ташкилий жиҳатлари:

- 1) манфаатлар тўқнашуви мавжуд эмаслиги тўғрисидаги маълумотлар;
- 2) экспертлар (республика ва хорижий мамлакатлар мутахассислари) маълумотлари;
- 3) баённомани қайта кўриб чиқиш шартларини кўрсатиш (баённома ишлаб чиқилганидан кейин 3 ёки 5 йил ўтгач ёки исботлаш даражасига эга бўлган янги усуллар мавжуд бўлганда қайта кўриб чиқиш);

СЎО да шифокорнинг ҳаракат алгоритмлари



**БОЛАЛАРДА " СУРУНКАЛИ СЕРОЗ ЎРТА
ОТИТ " НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА
ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯНИНГ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

Ташкент – 2025

Сурункали сероз (секретор) ўрта отит - эшитув найи ва ноғора бўшлиғи шиллик қаватининг сурункали катарал яллиғланиши бўлиб, тешиксиз экссудат билан кечади. Касаллик сурункали экссудатив ўрта отит (СОЎ), суюқлик ажралиши билан кечувчи ўрта отит (<https://lornii.ru/upload/iblock/>);

1) профилактика ёки реабилитация турлари;

- Медикаментоз терапия: антибиотиклар - бактериял инфекция мавжуд бўлганда, яллиғланишга қарши препаратлар, томир торайтирувчи томчилар

- Физиотерапия:

УВЧ (ультра юқори частотали терапия) - қон айланишини яхшилаш ва яллиғланишни камайтириш учун.

Микротўлқинли терапия - тўқималар регенерациясини рағбатлантириш учун.

Лазер терапияси - оғриқ ва яллиғланишни камайтириш учун.

- Жарроҳлик йўли билан даволаш.

- Эшитиш аппаратлари: эшитишнинг пасайиши сезиларли даражада бўлган ҳолларда, эшитиш функциясини яхшилаш учун эшитиш аппаратлари тавсия этилиши мумкин.

- Эшитиш машқлари: эшитишни машқ қилиш ва товушларни идрок этишни яхшилаш учун махсус машқлар.

- Аллергияларни тузатиш: агар СССО аллергия реакциялар билан боғлиқ бўлса, аллергияни даволаш керак бўлиши мумкин.

- Умумий мустаҳкамловчи ёндашув: иммунитет тизимини мустаҳкамлаш, тўғри овқатланиш, жисмоний фаоллик ва чиникиш.

- Ҳолат назорати: ҳолатни кузатиш ва қайталанишнинг олдини олиш учун отоларингологда мунтазам текширувлар ўтказиш.

2) Жамоат профилактикаси тамойиллари

- Ахборот ва таълим:

Ота-оналар, педагоглар ва тиббиёт ходимлари учун ЭЎОнинг сабаблари, аломатлари ва олдини олиш усуллари тўғрисида ахборот кампанияларини ўтказиш. Кулоқ, бурун ва томоқ саломатлиги масалалари бўйича семинар ва тренинглар ташкил этиш.

- Соғлом муҳит яратиш: болалар жойлашган хоналарда чекиш каби хавф омилларини бартараф этиш. Болалар муассасаларида (боғча, мактаб) инфекциялар тарқалишини камайтириш учун тозалик ва оптимал шароитларни таъминлаш.

- Иммунизация ЭЎО ривожланишига олиб келадиган инфекцияларга қарши эмлаш (масалан, пневмококк ва гриппга қарши эмлаш).

- Скрининг ва эрта аниқлаш: болаларда эшитиш муаммолари ва кулоқ ҳолатини эрта аниқлаш учун мунтазам текширувлар ва аудиометрик текширувлар ўтказиш.

- Тиббий ёрдамдан фойдаланиш имкониятларини яхшилаш: болаларга, айниқса чекка ва қишлоқ жойларда, малакали тиббий ёрдамдан фойдаланиш имкониятини таъминлаш.

- Таълим муассасалари билан ҳамкорлик: таълим муассасаларида соғлиқни сақлаш дастурларини, шу жумладан гигиена ва касалликлар профилактикаси бўйича машғулотларни жорий этиш.

3) Шахсий профилактика тамойиллари

- Физиотерапия УВЧ-терапия микротсиркуляцияни яхшилаш ва яллиғланиш жараёнларини камайтириш учун ультра юқори частотали майдонни қўллаш.

Лазер терапияси: тўқималар регенерациясини рағбатлантириш ва оғриқ синдромини камайтириш учун паст интенсивликдаги лазердан фойдаланиш.

Микротўлқинли терапия: кулоқ соҳасидаги қон айланишини яхшилашга ва шишни камайтиришга ёрдам беради. Эшитиш мосламалари: суюқлик тўпланиши туфайли эшитиш қобилияти сезиларли даражада пасайганда, эшитиш мосламалари тавсия этилиши мумкин. Бу, айниқса, болалар учун муҳим, чунки уларнинг ривожланишида эшитиш қобилияти асосий роль ўйнайди.

- Эшитиш учун машқлар. Аудиотренинг - эшитиш идрокини ривожлантириш, товушларни фарқлаш қобилиятини такомиллаштиришга қаратилган машғулотлар. Бунда товушларни таниб олишга қаратилган ўйинлар ва машқлар бўлиши мумкин.

- Касалликларни ўз вақтида даволаш: шамоллаш, аллергия ёки ЭЎОга олиб келиши мумкин бўлган бошқа касалликлар белгилари бўлганда шифокорга эрта муурожаат қилишни таъминлаш.

- Саломатлик ҳолатини назорат қилиш: мунтазам равишда оғриқ ташрифи

- Соғлиқ ҳолатини назорат қилиш: эшитиш ҳолатини текшириш ва қулоқ касалликларининг олдини олиш учун отоларинголокка мунтазам ташириф буюриш.

- Аллергенлардан қочиш: ЭЎО ривожланишига ҳисса қўшадиган аллергиялар (масалан, чанг, ҳайвон жуси) билан алоқани аниқлаш ва камайтириш.

3.1. Профилактика турларини ўтказишни аниқлаш мезонлари (асосланган тиббиёт маълумотлари бўйича халқаро стандартларга мувофиқ) – йўқ

4. Реабилитация босқичлари ва ҳажмлари

- секретор ўрта отитнинг олдини олиш тиббий муассасалар, таълим ташкилотлари ва оилалар ўртасида комплекс ёндашув ва ҳамкорликни талаб қилади.

Оммавий ва индивидуал чора-тадбирлар соғлом муҳитни яратиш ва болалар саломатлигини мустаҳкамлашга қаратилган бўлиши керак, бу эса касалланишни камайтириш ва ҳаёт сифатини яхшилашга ёрдам беради.

5. Тиббий профилактика ёки реабилитация даражасини кўрсатган ҳолда диагностика тадбирлари:

- Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси)

-Қўшимча диагностика тадбирлари:

-Ҳаво ва суяк товуш ўтказувчанлиги бўйича тадқиқотни ўз ичига олган хулқ-атворга оид аудиологик тадқиқот (тонал бўсаға аудиометрияси, эркин товуш майдонидаги аудиометрия, мувозанатлаштирилган артикуляцион жадваллардан фойдаланган ҳолда эркин майдондаги нутқ аудиометрияси, ўйин аудиометрияси);

- Ўрта қулоқ функциясини баҳолаш учун акустик импедансометрия;

-Олинган аудиометрия маълумотлари ва боланинг ёш ўзгаришлари асосида тузатиш параметрларини сошлаш;

- Эшитиш қобилиятининг ривожланишини кўрсатиш учун функционал кучайишни ўлчаш.

- Беморни сурдопедагогик текшириш; (ШЖБТ шкаласи бўйича баҳолаш)

- Беморни сурдологик текшириш; (ИТ-МАИС шкаласи бўйича баҳолаш ва компьютерда баҳолаш)

6) Қуйидаги даражаларни кўрсатган ҳолда тиббий профилактика ёки реабилитация тактикаси:

1) исботланганлик даражаси кўрсатилган асосий профилактика ёки реабилитация тадбирлари;

2) далиллар даражасини кўрсатган ҳолда қўшимча профилактика ва реабилитация тадбирлари.

7. Профилактика ва реабилитация тадбирлари самарадорлиги индикаторлари

Нутқ, эшитиш қобилиятини тўлиқ ривожлантириш, умумтаълим муассасаларига қатнаш. (Халқаро фаолият, ҳаёт фаолияти ва саломатлик чекловлари таснифига мувофиқ халқаро шкалаларга мувофиқ реабилитация натижалари).

Фойдаланилган адабиётлар рўйхати:

1. Таварткиладзе Г.А. Клиник аудиология. – М., Медицина, 2013. - 674 б.
2. British Society of Audiology and British Academy of Audiology: Guidance on the use of Real Ear Measurement to Verify the Fitting of Digital Signal Processing Hearing Aids. July 2007. www.thebsa.org.uk
3. Christensen, L., Smith-Olinde, L., Kimberlain, J., et al. Comparison of traditional boneconduction hearing aids with the BAHA system// J Am Acad Audiol. – 2010. – V.21.- P.267- 273.
4. Middle Ear Implant for Sensorineural, Conductive and Mixed Hearing Losses/ Medical Services Advisory Committee. – 2010. - 202 p.
5. Clinical Practice Guideline: Otitis Media with Effusion Executive Summary (Update) Richard M. Rosenfeld, MD, MPH richrosenfeld@msn.com, Jennifer J. Shin, MD, SM, [...], and Maureen D. Corrigan+12View all authors and affiliations Volume 154, Issue 2 <https://doi.org/10.1177/0194599815624407>.
6. Guidelines for Recommending Cochlear Implantation. Sound Partnership, n.d. at [http://www.cochlearcareers.com/ap/sound-partnership/issue3/.](http://www.cochlearcareers.com/ap/sound-partnership/issue3/)
7. Sampaio AL, Araujo MF, Oliveira CA. New criteria of indication and selection of patients to cochlear implant. International journal of otolaryngology 2011:573968.
8. Otitis media with effusion in children: Pathophysiology, diagnosis, and treatment. A review, Journal of Otology Volume 14, Issue 2, June 2019, Pages 33-39, <https://doi.org/10.1016/j.joto.2019.01.005>
9. Мачалов А.С., Сапожников Я.М., Крейсман М.В., Балакина А.В., Карпов В.Л. 1-синфдан 11-синфгача бўлган болаларда эшитиш қобиляти бузилишини ташхислаш натижалари. Тиббиётдаги фан ва инновациялар. 2020; 5 (1): 53 - 57.
10. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of otitis media with effusion (OME) in children in Japan – 2022 update. Auris Nasus Larynx Volume 50, Issue 5, October 2023, Pages 655-699 <https://doi.org/10.1016/j.anl.2022.12.004>
11. Сапожников Я.М., Дайхес Н.А., Мачалов А.С., Карпов В.Л., Канафев Д.М. Эшитиш заифлигининг баъзи шакллари қиёсий ташхислашда кенг полосали тимпанометрнинг имкониятлари. Россия оториноларингологияси. 2019 йил; Н 6 (103): 59-65.
12. Чибисова С.С., Маркова Т.Г., Алексеэва Н.Н., Ясинская А.А., Сиганкова Е.Р., Близнес Е.А., Поляков А.В., Таварткиладзе Г.А. Ҳаётининг биринчи йилидаги болалар орасида эшитиш бузилишларининг эпидемиологияси. Оториноларингология хабарномаси. - 2018. - Н 4. - Б. 37-42.
13. Ropers F.G., Pham E.N.B., Kant S.G., Rotteveel L.J.C., Rings E.H.H.M., Verbist B.M., Dekkers O.M. Assessment of the Clinical Benefit of Imaging in Children With Unilateral Sensorineural Hearing Loss: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg. - 2019. - 145 (5): 431 - 443.
14. Ahmadzai N. et al. A systematic review and network meta-analysis of existing pharmacologic therapies in patients with idiopathic sudden sensorineural hearing loss//PloS one. - 2019. - Т. 14. - N. 9. - С. e0221713.
15. McCrary H. et al. The Role of Antioxidants in the Treatment of Congenital CMV-Related Hearing: A Case-Control Study//OTO open. - 2019. - Т. 3. - N. 2. - С. 2473974X19841857.
16. Antibiotics for otitis media with effusion in children Alice van Zon Geert J van der Heijden Thijs MA van Dongen Martin J Burton Anne GM Schilder Authors' declarations of interest Version published: 12 September 2012 Version history <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009163.pub2>
17. Бобошко М.Ю. Нутқ аудиометрияси: ўқув қўлланма. - СПб: Изд-во СПбГМУ, 2012. - 64 б.
18. Сурдология бўйича амалий қўлланма / А.И. Лопотко [ва бошқ.]. - СПб.: Диалог, 2008. - 274 б.

- 19 Asymptomatic Otitis Media With Effusion in Children With Adenoid Enlargement Author links open overlay panel Olusola Ayodele Sogebi F.W.A.C.S., F.I.C.S. a, Emmanuel Abayomi Oyewole F.M.C.O.R.L. a, Olatundun Ogunbanwo M.Ed. <https://doi.org/10.1016/j.jnma.2020.08.005>.
- 20 International consensus (ICON) on management of otitis media with effusion in children Author links open overlay panel F. Simona, M. Haggardb, R.M. Rosenfeldc, H. Jiad, S.Peere, M.-N. Calmelsf, V. Couloignera, N.Teissierg, <https://doi.org/10.1016/j.anorl.2017.11.009>
- 21 The Formation of Biofilm and Bacteriology in Otitis Media with Effusion in Children: A Prospective Cross-Sectional Study by Artur Niedzielski, Lechosław Paweł Chmielik and Tomasz Stankiewicz, *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2021, 18(7), 3555; <https://doi.org/10.3390/ijerph18073555>
- 22 Identification of Otitis Media with Effusion in Children, Sylvan E. Stool, MD, and Diane L.Sabo, MA+3View all authors and affiliations Volume 89, Issue 3_suppl <https://doi.org/10.1177/00034894800890S344>.
- 23 American Academy of Pediatrics, Joint Committee on Infant Hearing Year 2007 position statement: Principles and guidelines for early hearing detection and intervention programs// Pediatrics. - 2007. – V.120. – P.898–921.
- 24 British Society of Audiology and British Academy of Audiology: Guidance on the use of Real Ear Measurement to Verify the Fitting of Digital Signal Processing Hearing Aids. July 2007. www.thebsa.org.uk
- 25 Christensen, L., Smith-Olinde, L., Kimberlain, J., et al. Comparison of traditional bone-conduction hearing aids with the BAHA system// J Am AcadAudiol. – 2010. – V.21.- P.267- 273.
- 26 Clinical practice guideline: sudden hearing loss// Otolaryngol Head Neck Surg. – 2012. – V.146(3) Suppl). - P.1-35
- 27 Durieux-Smith A, Fitzpatrick E, Whittingham J. Universal newborn hearing screening.