

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

**ЎЗБЕКИСТОН РЕСПУБЛИКАСИ СОҒЛИҚНИ САҚЛАШ ВАЗИРЛИГИ
РЕСПУБЛИКА ИХТИСОСЛАШТИРИЛГАН ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ
ВА БОШ-БЎЙИН КАСАЛЛИКЛАРИ ИЛМИЙ – АМАЛИЙ ТИББИЁТ
МАРКАЗИ**

**«ЎТКИР ЎРТА ОТИТ КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

Мундарижа

1. «Ўткир ўрта отит касаллиги» нозологияси бўйича миллий клиник протокол..... 5
2. « Ўткир ўрта отит касаллиги » нозологияси бўйича тиббий аралашув миллий клиник протоколи25
3. «Ўткир ўрта отит касаллиги» нозологияси бўйича тиббий профилактика ва реабилитация миллий клиник протоколи 30

**«ЎТКИР ЎРТА ОТИТ КАСАЛЛИГИ» НОЗОЛОГИЯСИ
БЎЙИЧА ДИАГНОСТИКА ВА ДАВОЛАШ МИЛЛИЙ
КЛИНИК ПРОТОКОЛ**

ТОШКЕНТ – 2025

1. Кириш қисми.

- Халқаро касалликлар классификатори – ХКТ(МКБ)-10 ва 11 шифри:

ХКТ	
(МКБ)-10	Номи МКБ-10
Кодлар:	
H65.0	Ўткир сероз ўрта отит
H65.1	Бошқа ўткир йирингсиз ўрта отит
H66.0	Ўткир йирингли ўрта отит
(ссылка на МКБ-10)	https://mkb-10.com/index.php?pid=7028 https://mkb-10.com/index.php?pid=7035
МКБ 11	
AV00	Ўткир ўрта отит
AA81	Ўткир носероз йирингсиз ўрта отит
AA90	Ўткир йирингли ўрта отит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#476505279

- **Баённомани ишлаб чиқиш ва қайта кўриб чиқиш санаси:** 2025 й, қайта кўриб чиқиш санаси 2028 й., ёки асосли далиллар пайдо бўлишига кўра. Тақдим этилган тавсияларга барча тузатишлар тегишли хужжатларда эълон қилинади.

- **Миллий клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқиш учун масъул бўлган ташкилот:** Ўзбекистон оториноларингология ва бош-бўйин касалликлари илмий-амалий тиббиёт маркази, Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси.

Клиник протокол ва стандартларни ишлаб чиқишда хи ЎЎО кўшганлар:

Оториноларингология йўналиши, жараёни ташкиллаштириш бўйича ишчи гуруҳ аъзолари:

1. Хасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудири, тфд., профессор;
2. Эргашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, тфн.,
3. Амонов Ш.Тошпти Оториноларингология кафедраси мудири, тфд, профессор;
4. Арифов С. С. ТОШИУВ Оториноларингология кафедраси мудири, тфд, профессор;

5. Ботиров А. Ж. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, тфн;
6. Шаумаров А. З. Тфн, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
7. Жуманов Д. А. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти, тфн;
8. Жабборов Н. Н. ТМА Оториноларингология кафедраси ассистенти;
9. Абдуллаев У. П. ТТА Оториноларингология кафедраси ассистенти.

- Асосий ва қўшимча муаллифлар рўйхати (Исми-шарифи, иш жойи, унвони, мансаби);

1. Хасанов У. С. ТТА Оториноларингология кафедраси мудир, тфд., профессор;
2. Эргашев У. М. ТТА Оториноларингология кафедраси доценти, тфн.;
3. Шаумаров А. З. Тфн, ТМА Оториноларингология кафедраси катта ўқитувчиси;
4. Шодмонов Ш.А., РИОваББКИАТМ, олий тоифали врач оториноларинголог;
5. Жангиров Т.Г., РИОваББКИАТМ, биринчи тоифали врач оториноларинголог;
6. Хуснутдинов Р.А., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог;
7. Уринов Т.Ш., РИОваББКИАТМ, врач оториноларинголог.

- Такризчилар:

Ташқи: Қозоғистон Республикаси оториноларингологлар уюшмаси Бош котиби, Оториноларингология маркази раҳбари, Қозоғистон Республикаси бош мустақил оториноларингология, MD, профессор Г. А. Мухамадиева.

Ички: Шамсиев Д.Ф. ТДСИ Оториноларингология кафедраси мудир, MD, профессор;

- Мультидисциплинар ишчи гуруҳ йиғилишида Миллий клиник протоколларни лойиҳасини муҳокамаси баённомасидан кўчирманинг рақами ва санаси: Ўзбекистон оториноларингология, бош ва бўйин жарроҳлиги ассоциацияси, баённома №2, _____ йил;

Миллий клиник протокол ва стандартларни техник баҳолаш бўйича эксперт хулосаси ва тахрирлаш:

1. ЛОР мутахасислиги бўйича Ўз ССВ бош эксперти т.ф.д. Ашуrow А.М.;

Мазкур клиник протокол ва стандарт Ўзбекистон Республикаси Соғлиқни сақлаш вазир ўринбосари Баситханова Э.Э, 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 мутахассисларининг ташкилий ва услубий кўмагида ишлаб чиқилган.

Протоколда қўлланилган қисқартмалар

ЧКЎ	Чўзилиб кетган ўрта отит
КТ	Компьютер томограмма
НЯҚДВ	Ностероид яллиғланишга қарши дори воситаси
ЎЙЎ	Ўткир йирингли ўрта отит;
ЎЎО	Ўткир ўрта отит;
ЎРВИ	Ўткир респиратор вирусли инфекция
РЎЎО	Рецидивланадиган ўткир ўрта отит;
СЙЎО	Сурункали йирингли ўрта отит;
ЭЎО	Экссудатив ўрта отит.

- Мазкур нозология бўйича Миллий клиник протокол ва стандартларнинг фойдаланувчилари - оториноларингологлар;

- Мазкур нозология бўйича миллий клиник протокол ва стандартларга тўғри келадиган беморлар тоифаси - катталар;

- Далилларга асосланган тиббиётнинг, далиллари даражаси шкаласи

A	Юқори сифатли мета-таҳлил, РКТларни тизимли кўриб чиқиш ёки тизимли хато эҳтимоли (++) жуда паст бўлган катта РКТ, натижалари тегишли аҳолига етказилиши мумкин.
B	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқотларини юқори сифатли (++) тизимли кўриб чиқиш ёки систематик хато хавфи жуда паст бўлган юқори сифатли (++) когорт ёки кейс-контрол тадқиқотлари ёки паст (+) тизимли хато хавфи бўлган РКТлар, натижалари қуйидагича кенгайтирилиши мумкин. тегишли аҳоли.
C	Когорт ёки кейс-контрол тадқиқоти ёки тизимли хато хавфи паст бўлган рандомизациясиз бошқариладиган синов (+). Натижалари тегишли популяцияга ёки тизимли хато хавфи жуда паст ёки паст бўлган РКТларга (++) ёки (+) кенгайтирилиши мумкин, натижалари тўғридан-тўғри тегишли популяцияга етказилиши мумкин эмас
D	Бир қатор ишларнинг тавсифи ёки назоратсиз тадқиқот ёки эксперт хулосаси.

2. Асосий қисм.

Кириш:

Ўткир ўрта отит (ЎЎО) - бу ўрта қулоқнинг барча уч қисмини қамраб оладиган яллиғланиш жараёни: тимпаник бўшлиқ, мастоид жараён хужайралари ва эшитиш

найчаси, бир ёки бир нечта характерли аломатлар (кулоқ оғриғи, иситма, эшитиш қобилиятини йўқотиш) билан намоён бўлади.

ЎЎО катталар ва педиатрия амалиётида кенг тарқалган касалликдир. Ҳаётнинг дастлабки уч йилида барча болалар камида битта ЎЎО эпизодидан азият чекишади, 50% ҳолларда касаллик такрорланади [4, 7, 8].

ЎЎО билан оғриган болаларда қўзғалиш, асабийлашиш, қусиш ва диарея бўлиши мумкин. Касаллик одатда уч ҳафтадан кўп давом этмайди, аммо узоқ муддатли ёки такрорий ЎЎО ривожланиши мумкин, бу ўрта қулоқда доимий ўзгаришларга ва эшитиш қобилиятини йўқолишига олиб келиши мумкин. Ўткир отит воситаларининг такрорий курси ўрта қулоқнинг сурункали яллиғланиш патологиясининг ривожланишига, эшитишнинг прогрессив йўқолишига олиб келади, бу еса нутқ шаклланиши ва боланинг умумий ривожланишининг бузилишига олиб келади.

Таъриф:

Ўткир ўрта отит - бу ўрта қулоқнинг барча уч қисмини қамраб оладиган яллиғланиш жараёни: тимпаник бўшлиқ, мастоид жараён хужайралари ва эшитиш найчаси, бир ёки бир нечта характерли аломатлар (кулоқ оғриғи, иситма, эшитиш қобилиятини йўқотиш) билан намоён бўлади. Патологик жараёнда фақат бу бўшлиқларнинг шиллик қавати иштирок этади.

Такрорий ўткир ўткир отит - бу 6 ой ичида ЎЎО нинг уч ёки ундан ортиқ алоҳида эпизодлари ёки 4 ой давомида 12 ёки ундан ортиқ эпизодларнинг мавжудлиги.

Узоқ муддатли ўткир ўрта отит - антибиотик терапиясининг бир ёки икки курсидан кейин 3-12 ой давомида ўрта қулоқнинг яллиғланиш белгилари мавжудлигини аниқланади.

Таснифи

Енгил кечиши	Оғир кечиши
Асоратлар йўқ	Интратемпорал ёки интракраниал ЎЎО нинг (интракраниал) асоратлари
Қулоқ пардаси бўртиб чиқмаслиги	Қулоқ пардасининг аниқ шишиши
Қулоқ оғриғининг қисқа эпизоди, дорилар ёрдамида самарали тарзда бартароф этилади	Кучли қулоқ оғриғи (ёки ёш болаларда оғриқ борлигини кўрсатадиган боланинг хатти-ҳаракатларидаги ўзгаришлар) дорилар томонидан ёмон ёки назорат қилинмайди
Умумий ҳолат ўзгармайди: уйқу, овқатланиш, кундалик фаолият бузилмайди	Умумий ҳолат ўзгартирилди
Оддий тана ҳарорати ёки 3 кундан ортиқ бўлмаган субфебрилик	3 кундан ортиқ субфебрилик ёки 38,0 дан ортиқ ҳарорат.

Ўткир ўрта отит-бу аниқ босқич курсига эга касаллик. Таснифига мувофиқ В. Т. Палчун ва бошқ. (1997) ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишининг 5 босқичи мавжуд [66]:

1. Ўткир Эвстахеитнинг босқичи.
2. Катарал яллиғланиш босқичи.
3. Йирингли яллиғланишнинг преперфоратив босқичи.
4. Йирингли яллиғланишнинг постперфоратив босқичи.
5. Репаратив босқич.

Оқимнинг оғирлигига кўра: ЎЎО осонгина оқиши ёки оғир курсга эга бўлиши мумкин (жадвал).

3. Текширув усуллари, услублари, тиббий муолажалар ёндашувлари ва ташхислаш жараёнлари.

2 ёшдан ошган болаларда ЎЎО диагностикасининг асосий белгилари қулоқ пардасидаги яллиғланиш ўзгаришлари фонида ўткир қулоқ оғриғи (оталгия) (гиперемия, шишиш, отопневмоскопия пайтида ҳаракатчанликнинг пасайиши), йирингли яллиғланишнинг постперфоратив босқичида-қулоқдан йиринглаш (оторея) истисно билан. Одатда оталгия билан бирга келмайдиган ташқи отитнинг яллиғланиши. Умумий интоксикация белгилари (тана ҳароратининг кўтарилиши, умумий бузуқлик) ЎЎО билан оғриган барча беморларда кузатилмайди. Ёш болаларда ташхис қўйиш учун асосий отоскопик ўзгаришлар, биринчи навбатда, қулоқ пардасининг шишиши ва хулқ-атвор реакциялари (боланинг ташвиши, овқатланишнинг бузилиши, бир томонлама жараён давомида боланинг қулоғининг бурилиши ва ишқаланиши). Шу билан бирга, ёш болаларда ЎЎО ташхиси кўпинча оторея мавжудлигида ташхис қилинади.

Шикоятлар:

- қулоқ оғриғи (бир ёки иккаласи);
- оторея (битта ёки иккаласи);
- тана ҳароратининг кўтарилиши;

Анамнез: асосий шикоятлар қулоқ оғриғи, иситма, баъзи ҳолларда қулоқдан йирингл оқма, эшитиш қобилиятини йўқотиш ва респиратор вирусли инфекциянинг (ЎРВИ) мавжудлиги. Вояга етган беморлар кўпинча қулоқдаги тикилиш ҳисси, автофония ва қулоқдаги шовқин ҳақида шикоят қиладилар.

Болалар, айниқса ёш гуруҳлар, ЎЎОнинг ушбу босқичида жуда камдан-кам шикоят қиладилар, чунки улар ёшига қараб уларнинг ҳолатини тавсифлай олмайдилар. Анамнезда ўткир респиратор вирусли инфекция (ЎРВИ) белгиси бўлиши мумкин.

Ўрта отитнинг клиник белгилари:

- қулоқ пардасининг кескин шишиши ва қизариши;
- қулоқ пардасининг чандиғи, унинг деформацияси;
- трагусни босганда қулоқда ўткир оғриқ бўлиши
- қулоқ пардаси қалинлашган ва булутли;
- қулоқ пардаси юзасида тешилиш мавжудлиги
- ташқи эшитув каналида йиринг, қон, экссудат мавжудлиги;
- овоз узатишни ўзгартириши (ривожланган ҳолатларда);

Асосий ва қўшимча диагностика чоралари рўйхати:

Амбулатория даражаси

- * Отоскопия ва / ёки микротоскопия ва / ёки эндоскопик отоскопия
- * эшитиш паспортини тайёрлаш;
- * тонал чегара аудиометрияси;
- * Импедансни ўлчаш;
- * Чакка суякларнинг МСКТ (агар керак бўлса).
- * Кўрсаткичлар ва шартлар мавжуд бўлганда-чакка суякларнинг МРТ маҳаллий-контраст;
- * Акустик тубосонометрия.

Беморнинг умумий ҳолатини, касалликнинг клиник белгиларининг оғирлигини ва бирга келадиган патологияни баҳолаш учун ЎЎО билан оғриган барча беморлар учун умумий текширувни, шу жумладан стандарт оториноларингологик текширувни ўтказиш тавсия этилади [5,14].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

***Изоҳлар:** барча беморлар учун амбулатория босқичида оториноларинголог билан боғланишида, шунингдек беморни касалхонанинг Оториноларингология бўлимига ётқизишида умумий текширув ўтказилади.*

Изоҳлар: талабларга кўра, клиник тавсияларни ишлаб чиқиш учун далилларнинг ишончлилиги даражасини (ДИД) ва тавсияларнинг ишонувчанлик даражасини (ТИД) баҳолаш шкаласига мувофиқ тавсиялар ва далиллар базасини кўрсатиш керак, бу кўплаб тавсиялар учун тақдим этилади. уларга бағишланган клиник тадқиқотлар йўқлиги сабабли паст даражага ега бўлади. Шунга қарамай, улар таъхис қўйиш ва даволаш тактикасини танлаш учун беморни текширишнинг зарур элементлари ҳисобланади.

Ўткир отитнинг клиник кўриниши ўткир яллиғланиш жараёнига хос бўлган аломатларга (оғриқ, иситма, тимпаник мембрананинг гиперемияси) ва эшитиш, камроқ вестибуляр (бош айланиши) рецепторларининг бузилган функциясини акс эттирувчи аломатларга асосланган.

Эшитиш қобилиятини йўқотиш Суперўтказувчилар эшитиш қобилиятини йўқотиш билан тавсифланади, сенсориневрал компонент камдан-кам қўшилиши мумкин. ЎЎО нинг аниқ босқичма-босқич курсини ҳисобга олган ҳолда, ҳар бир босқичга клиник ва диагностик баҳо бериш тавсия этилади.

Ўткир Эвстахеитнинг босқичи биринчи навбатда эшитиш найчасининг функциясининг бузилиши билан тавсифланади, бу патологик жараённинг янада ривожланишига сабаб бўлади.

Ўткир катарал яллиғланиш босқичи. Отоскопия пайтида: тимпаник мембрана гиперемик ва қалинлашган, идентификация белгиларини аниқлаш қийин ёки аниқланмайди.

Ўткир йирингли яллиғланиш босқичи. Ушбу босқич ўрта қулоқнинг инфекциясидан келиб чиқади. Шикоятлар: қулоқдаги оғриқ кескин ошади. Интоксикация белгилари ортиб бормоқда: умумий ҳолат ёмонлашади, ҳарорат фебрил рақамларга етади.

Тимпаник мембрананинг отоскопия қилинганда гиперемияси аниқланади, идентификация белгилари кўринмайди, турли даражадаги тимпаник мембрананинг шишиши мавжуд. Йирингли секреция босими, унинг протеолитик фаоллиги туфайли қулоқ пардасида тешилиш пайдо бўлиши мумкин, бу орқали йиринг ташиқи эшитиш каналига эвакуация қилинади.

Постперфоратив босқич. Отоскопик усулда тимпаник мембрананинг тешилиши аниқланади, ундан йирингли оқинди ташиқи эшитиш каналига киради.

Репаратив босқич. Беморлар бу босқичда деярли шикоят қилмайди. Ўрта қулоқдаги ўткир яллиғланиш тўхтатади. Отоскопия: қулоқ пардасининг ранги ва қалинлигини тиклаш. Тешилиш кўпинча чандиқ билан ёпилади. Бироқ, ўрта қулоқ бўшлиқларининг шиллиқ қаватининг тикланиши ҳали содир бўлмаган

Босқичма-босқич диагностик қидирув алгоритми оториноларингологлар учун мавжуд бўлган ҳақиқий имкониятлар асосида буни қандай амалга ошириш мумкинлигини кўрсатади

Лейкоцитоз даражасини, шунингдек, баъзи еҳтимолий кўшма касалликларга хос бўлган бошқа кўрсаткичларнинг ўзгаришини баҳолаш учун ЎЎО билан оғриган барча беморлар учун батафсил умумий клиник қон тестини ўтказиш тавсия этилади [5,10].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: *лейкоцитоз даражаси патоген бактериал микрофлорани жараёнга жалб қилиш еҳтимолини баҳолашга имкон беради.*

Касалликнинг бактериал етиологиясини тасдиқлаш учун касалликнинг оғир кечишига шубҳа қилинган ёки мураккаб диагностика ҳолатларида ЎЎО белгилари бўлган беморларнинг қонида прокалситонин даражасини ўрганиш тавсия этилади [10,32].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси– 4)

Изоҳлар: *М. Д. Бакрадзе (2009) схемаси ўрта қулоқнинг ўткир яллиғланишининг бактериал шаклини фарқлаш ва дори тактикасини аниқлаш имконини беради (2-жадвал).*

Аероб ва факултатив анаероб микроорганизмлар учун йирингли ажралишни микробиологик (маданий) тадқиқотлар тавсия этилади, бунда патоген ва унинг парацентез пайтида антибактериал ёки/ва бошқа дориларга сезгирлиги ёки оғир ва такрорий ЎЎО бўлган беморларда тимпаник бўшлиқдан оқинди борлиги аниқланади. Стационар даволаниш учун касалликнинг етиологиясини аниқлаш ва агар керак бўлса, антибактериал терапияни ўтказиш [1-3, 33,78].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: тимпаник бўшлиқдан патологик оқинди Валсалва синови пайтида қурук стерил пахта сумкаси билан олинади. Шундан сўнг, material асепсия қоидаларига мувофиқ, transport озуқа муҳити билан синов найчасига киритилади ва бактериологик лабораторияга етказилади. Уларнинг таркибидаги озуқа воситаларини ташиш етиологик аҳамиятга ега микроорганизмларнинг биологик хусусиятларига мос келиши керак. Бактериологик лабораторияга патологик материални етказиб бериш учун мақбул вақт 40 минут. Кейинги молекуляр генетик тадқиқотлар (шу жумладан вирусли инфекцияларни текшириш учун), шунингдек масс-спектрометрик тадқиқотлар учун патологик субстратни юборишда махсус transport озуқа воситаларидан фойдаланишга ҳожат йўқ. Шу билан бирга, синов материалдаги фаол йиринг миқдори микроорганизмларнинг генетик материални

лизингга қодир протеолитик ферментларнинг юқори миқдори туфайли минимал бўлиши керак.

Инструментал диагностика тадқиқотлари

Қулоқ пардасининг эгилувчанлигини аниқлаш учун ЎЎО (қулоқ пардасидан реактив кўринишлар бўлмаса) бўлган беморларда пневматик отоскопия қилиш тавсия этилади [34, 79].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: қулоқ пардасининг эгилувчанлигининг пасайиши тимпаник бўшлиқда яллиғланиш мавжудлигини кўрсатиши мумкин.

Акустик тимпанометрия қулоқ пардасининг эгилувчанлигини аниқлаш учун пневматик отоскопия имконияти бўлмаган тақдирда ЎЎО билан оғриган беморларга тавсия этилади [34, 80].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Патологик ўзгаришларнинг табиатини аниқлаш ва кейинги даволаш тактикасини танлаш учун касалликнинг узоқ давом етиши (10 кундан ортиқ), шунингдек аниқ доимий салбий динамика ва/ёки мастоидит ва интракраниал асоратларга шубҳа қилинган ҳолларда ЎЎО билан оғриган беморларда чакка суякларнинг компьютер томографиясини ўтказиш тавсия этилади [5,42-44].

Тавсия ишончлилиги даражаси С (далиллар ишончлилиги даражаси -5)

Темпорал суякларнинг компьютер томографияси имконияти бўлмаса, касалликнинг узоқ давом етиши (10 кундан ортиқ), шунингдек, аниқ доимий салбий динамика ва/ёки шубҳа билан ЎЎО билан оғриган беморларда Шуллер ва Маерга кўра рентгенография қилиш тавсия этилади. ЎЎО нинг мураккаб курсини тасдиқлаш учун мастоидит ва интракраниал асоратлар [5,6,12, 81].

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

<https://diseases.medelement.com/disease/адгезивный-средний-отит/14756?ysclid=ltk1p4xrvvm680190150>

Дифференциал диагностика

Ташхис	Дифференциал диагностика учун асос	Текширувлар	Ташхисни истисно қилиш мезонлари
Адгезив отит	қалинлашган, ҳаракатсиз қулоқ пардалари мавжуд	Тимпанометрия, аудиометрия	

	бўлганда доимий ўтказувчан эшитиш қобилиятини йўқотиш;		
Отосклероз	Отосклероз билан оғриган беморларда экссудатив ўрта отит эшитиш қобилиятини яхшилайдиган операциядан олдин асимптоматик бўлиб, операциядан кейин товуш узатилишининг пасайишига олиб келади;	Тимпанометрия, аудиометрия	
Экссудатив ўрта отит	кулоқ пардаси орқасида экссудат белгилари ва ўтказувчан эшитиш қобилиятини йўқотиш, бу бошнинг ҳолатининг ўзгариши билан ўзгаради.	Тимпанометрия, аудиометрия	

4. Отитни амбулатория даражасида даволаш.

Амбулатория даражасида даволаш тактикаси:

Муҳитни даволаш стратегияси тимпаник бўшлиқни шамоллатиш ва дренажлашни яхшилашга, юқори нафас йўллари орқали шилимшиқнинг умумий миграция йўллариغا етарли дренажни таъминлашга асосланган. Шундай қилиб, даволашда энг муҳим нарса ёпишқоқ қалин секретцияни юмшатиш ва суюлтиришдир.

Дори-дармонсиз даволаш:

Умумий режим III, стол № 15

Медикаментоз даволаш

Касалхонанинг Оториноларингология бўлими шароитида даволаниш оғир ЎЎО билан оғриган барча беморларга, шунингдек, адекват терапия фонидида ижобий динамика бўлмаган ёки ҳар қандай вақтда прогрессив ёмонлашуви бўлган касалликнинг дастлаб энгил курси бўлган беморларга кўрсатилади.

Консерватив даво

Оғриқни ва/ёки фебрил реакцияни бартараф етиш учун ЎЎО билан оғриган беморларга стероид бўлмаган яллиғланишга қарши дориларнинг (НЯҚДВ) тизимли шакллари буюриш тавсия этилади [4,5,12,35,45,46,50].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: агар беморда кулоқ оғриғи ёки тана ҳароратининг 38,5 дан юқори кўтарилиши ҳақида шикоятлар бўлса, ЎЎО таркибидаги НЯҚДВлар бир марталик қўлланилади (фебрил тутилиш тарихи бўлган беморларда антипиретик таъсирга ега дориларни қўллаш керак (пропион кислотаси ҳосилалари, АТС коди:М01АЕ, ва ва анилидикод АТХ: Н02БЕ), тана ҳароратида 38,0. Агар керак бўлса, доридармонларни такрорий қўллаш, дозалар орасидаги частота ва интервал препаратнинг кўрсатмаларига мос келиши керак.

*б ёшгача бўлган болаларда аналгезия ва фебрил реакцияни бартараф этиш учун фақат иккита дори ишлатилиши мумкин – парацетамол** (АТС коди: Н02БЕ01) кунига 60 мг / кг гача (10-15 мг / кг / қабул қилиши)ёки ибупрофен** (АТС коди: М01АЕ01) 30 мг /кг / кун (8-10 мг / кг / доза) гача.*

Клиник фойдаланиш учун таснифлаш қулай бўлиб, унга кўра НЯҚДВлар оғриқ қолдирувчи ва яллиғланишга қарши таъсирнинг турли даражадаги оғирлигига ега дориларга бўлинади:

Кучли аналгезик ва енгил яллиғланишга қарши таъсирга ега дорилар (натрий метамизол, парацетамол**, Ацетилсалицил кислотаси** кунига 4 г гача дозада);

Аналгезик ва ўртача аниқ яллиғланишга қарши таъсирга ега дорилар (пропион кислотаси ҳосилалари ва фенаматлар);

Кучли аналгезик ва аниқ яллиғланишга қарши хусусиятларга эга дорилар (пиразолонлар, сирка кислотаси ҳосилалари, оксикамлар, Ацетилсалицил кислотаси ** кундалик дозада 4 г ёки ундан кўп ва бошқалар).

ЎЎО оғриқ синдроми даволашда устун аналгезик таъсирга ега дорилар янада кенг қўлланилади [12,50].

Вояга етган беморларда кетопрофен препаратларини қўллаш мумкин** (АТС коди: М01АЕ03). Кетопрофен лизин тузи шаклидаги фаол моддаси бўлган Кетопрофен препаратлари * * маълум фармакологик афзалликларга эга. [55-57].

НЯҚДВларни қўллаш мумкин бўлмаганда оғриқ ва яллиғланишни камайтириш учун Россия Федерацияси ҳудудида рўйхатдан ўтган ЦОГ2 бостирилмасдан яллиғланиш воситачиларига тасдиқланган модуляцион таъсирга ега кўп компонентли гомеопатик дорилар ишлатилиши мумкин [39-41, 47, 48].

Оталгиянинг оғирлигини енгиллаштириш/ камайтириш учун тимпаник мембрананинг тешилиши бўлмаган тақдирда ЎЎО билан оғриган беморларда маҳаллий аналгезик терапияни ўтказиш тавсия этилади[4-6,9,12,50].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: маҳаллий аналгезик терапия учун лидокаин+феназонни кулоқ томчилари шаклида қўллаш мақсадга мувофиқдир (АТС коди: С02ДА30).

Этиотропик даволаш учун кўрсатилган бўлса, ЎЎО билан оғриган беморларга тизимли антибактериал терапия тавсия этилади [4,5,12,13-18,33,3638,45,46,49,50,65].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 5)

Изохлар: тизимли антибактериал терапияни тайинлаш икки ёшгача бўлган болаларда ЎЎО нинг клиник белгилари учун, ЎЎО нинг йирингли шаклининг ишончли белгилари мавжуд бўлганда, ЎЎО нинг такрорий курси билан, касалликнинг клиник белгиларини 72 соат давомида сақлаб турганда, бирга келадиган патологияси бўлган беморларда зарур бу касалликнинг салбий кечиши хавфини оширади. Шунингдек, дастлабки текширувдан бошлаб 2-3 кун ичида оториноларинголог томонидан кейинги текширув ўтказиш имконига ега бўлмаган беморларга тизимли антибактериал терапияни буюриш масаласини кўриб чиқиш тавсия этилади (3–жадвал).

3-жадвал-болаларда ЎЎО да тизимли антибактериал терапия учун кўрсатмалар

Кўрсатма	Изохлар
Беморнинг ёши 2 ёшдан кичик	Касалликнинг мураккаб кечиши хавфини камайтириш учун барча ҳолатларда ЎЎО клиник белгилари мавжуд бўлганда тизимли антибактериал терапияни тайинлаш тавсия этилади
ЎЎО нинг йирингли шакли	Беморнинг ёшидан қатъий назар, тизимли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади: тимпаник мембрананинг тешилиши ва тимпаник бўшлиқдан йирингли оқинди; ноғора парда перфорациясини йўқлигида ЎЎО ўткир йирингли яллиғланиш клиник белгилари билан беморлар, лекин қулоқ оғриқ шикоятлар ҳузурида оғриқ қолдирувчи таъсири билан дори фойдаланиш билан озод емас (пропион кислотаси ҳосилалари, АТС коди: M01AE, ва анилидес АТС коди: N02BE)ва отоскопик ўзгаришлар, масалан: қулоқ пардасининг аниқ гиперемияси, идентификация белгиларининг етишмаслиги, турли даражадаги қулоқ пардасининг шишиши
ЎЎО белгиларининг 72 соатдан ортиқ давом етиши	Беморнинг ёшидан қатъий назар, тизимли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади, шу билан бирга ЎЎО белгилари (қулоқ оғриғи, иситма реакцияси ёки ЎЎО отоскопик белгилари

	мавжуд бўлганда умумий интоксикациянинг бошқа белгилари) 72 соат ёки ундан кўпроқ вақт давомида сақланади. касалликнинг биринчи белгилари
ЎЎО нинг рецидив кечиши	Беморнинг ёшидан қатъий назар, тизимли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади, агар анамнезга кўра, охирги 3 ой ичида 6 ёки 4 ёки ундан ортиқ ЎЎО эпизодлари бўлган бўлса ўтган йили ЎЎО нинг кўпроқ эпизодлари
Биргаликда патология бу юқори хавфни келтириб чиқаради касалликнинг салбий курси	Агар беморда бирга келадиган патология бўлса, беморнинг ёшидан қатъий назар, тизимли антибактериал терапияни буюриш тавсия этилади: қандли диабет, клиник тасдиқланган иммунитет танқислиги, кист фиброзиси, силиер дискинезия синдромлари, Даун синдроми, қаттиқ ва юмшоқ танглайнинг туғма аномалиялари

Изохлар: агар бемор олдинги 30 кун ичида қабул қилмаган бўлса, йирингли конъюнктивит бўлмаса ва ўтмишда аминопенициллинларга нисбатан мурасасизлик тарихи бўлмаса, шифокор ЎЎО учун амоксициллин** ни буюриши керак. Етакчи патогенларнинг ҳудудий қаршилигини ҳисобга олиш керак. Агар беморда антибиотикларга чидамлилиги юқори бўлган пневмококк штаммига ега бўлиш хавфи юқори бўлса, амоксициллин** нинг юқори дозаларини қўллаш тавсия этилади (АТС коди: Ж01СА04) болаларда кунига 80-90 мг/ кг ва катталарда кунига 1000 мг 3 марта. Бироқ, Россия Федерациясининг аксарият ҳудудларида амоксициллин** ни "стандарт" дозада буюриш тавсия этилади: 500-1000 мг кунига 3 марта катталар ва 40 кг дан ортиқ оғирликдаги болаларда ва 45-60 мг / кг / кун болаларда.

Пенициллинларнинг комбинацияларини, шу жумладан беталактамаза ингибиторлари ёки 3-авлод цефалоспоринлари билан комбинацияларни кўрсатмалар мавжуд бўлганда ва контрэндикациялар бўлмаса, ЎЎО билан оғриган беморларда тизимли антибактериал терапия учун иккинчи даражали дорилар сифатида қўллаш тавсия этилади [4,5,12,13-18,33,36-38,45,46,49,50,65].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилиқ даражаси 5)

Изох: бу амоксициллин ўзгартириш учун уч кундан кейин етарли клиник таъсири йўқлигида ЎЎО билан беморларга тавсия этилади**(АТС коди: ж01са04) амоксициллин+[клавулан кислотаси] учун ** (АТС коди:ж01сп02) ёки цефиксим (АТС коди: ж01дд08) бета-лактамаз таъсир қилиш мақсадида - гемофилус бациллус ва морақцелла штаммларини ишлаб чиқариш.

S. pneumoniae, агар ортиб бораётган оталгия ва ҳарорат бўлса, ўз-ўзидан тешилиш пайдо бўлди.

Антибиотик	Доза	Озиқ-овқат истеъмол қилиш билан боғлиқлик
	Взрослые	
Танланган дорилар		
Амоксициллин+[Клавулан кислота] ^{3**} (Код АТХ: J01CR02)	500/125 мг кунига 3 марта ёки 875/125 мг кунига 2 марта	Овқатланиш бошида
Амоксициллин+[Клавулан кислота] ^{4**} (Код АТХ: J01CR02)	3,6 г / кунига 3 та инъекция	Фарқи йук
Ампициллин+[Сульбактам] ^{[3]**} (Код АТХ J01CR01)	500/500 мг кунига 3 марта ёки 875/125 мг кунига 2 марта	Фарқи йук
Цефтриаксон ^{[4]**} (Код АТХ: J01DD04)	2.0-4.0 г / кун 1 инъекция	Фарқи йук
Пенициллинларга аллергия бўлганда (анафилактик эмас)		
Цефуроксим ^{**} (Код АТХ: J01DC02)	1,0 г / кун 2 дозада 30 мг / кг / кунига 2 дозада	Овқатдан кейин дарҳол
Цефиксим (Код АТХ: J01DD08)	400 мг / кун 1 дозада 8 дозада кунига 1 мг / кг	Фарқи йук
Пенициллинлар ва цефалоспоринларга аллергия бўлганда		
Азитромицин ^{**} (Код АТХ J01FA10)	500 мг / кун 1 дозада Кунига 40-50 мг / кг 2-3 қабуллар	Фарқи йук
Кларитромицин ^{**} (Код АТХ: J01FA09)	1000 мг / кун 2 дозада (СП шакли-1 дозада) 15 мг / кг / кун 2 дозада	Фарқи йук

Пенициллинга чидамли С. Пневмония, агар олдинги даволаш аминопенициллинлар (Бета-лактама антибактериал препаратлар: пенициллинлар; АТС коди: Ж01С), макролидлар, агар антибиотик профилактикаси ўтказилган бўлса ёки рос тарихи бўлса.

Агар аломатлар енгил бўлса, С. Пневмония нинг мавжудлиги камроқ бўлади ва олдинги даволаш амоксициллиннинг етарли дозалари билан ўтказилган^{**}. Н. influenzae, агар отит ва конъюнктивит белгиларининг комбинацияси бўлса.

D.-лактамаза ҳосил қилувчи Н. influenzae ёки М. катар: агар олдинги ой давомида антибактериал терапия ўтказилган бўлса; агар амоксициллин билан 3 кунлик даволаш курси^{**} самарасиз бўлса; тез-тез касал бўлган ёки болалар боғчасига борадиган болада.

Агар олдинги терапия 3-авлод сефалоспоринлари билан ўтказилган бўлса, Х. influenzae мавжудлиги еҳтимоли камроқ.

Streptococcus пёгенес, агар касаллик иситма, кулоқ пардасининг ўз-ўзидан тешилиши, оторея, юқори ёки пастки нафас йўлларининг белгилари билан тез ривожланса.

АТХ гуруҳи макролидларининг антибактериал препаратларини кўрсатмалар мавжуд бўлганда ва контрэндикациялар бўлмаса, ЎЎО бўлган болалар учун тизимли антибактериал терапиянинг учинчи даражали дорилари сифатида қўллаш тавсия этилади

[4,5,12,17, 49,50]

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Ихох: макролидлар С. Пневмония нинг юқори даражадаги қаршилиги (40% дан ортиқ) ва Н. influenzae га қарши аниқ фаолликнинг йўқлиги туфайли биринчи танлов дори емас.

ЧКЎО ва РЎЎО билан оғриган беморларга амоксициллин+[клавулан кислотаси]** (АТХ коди:Ж01СР02) ёки сефиксима (АТС коди: Ж01ДД08) [12,18,49,50] оғиз орқали даволашни бошлаш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изохлар: афзал антибиотиклар оғзаки шаклларига берилиши керак. Шунинг эътиборига эришиш керакки, яқинда ампициллин** ёки амоксициллин** курсларини олган беморларда бета-лактамазаларни ишлаб чиқарадиган микроорганизмларни ажратиш эҳтимоли юқори. Ёш болалар учун дозани етарли даражада тузатиш учун антибактериал препаратлар суспензия ёки дисперс таблеткалар шаклида буюрилади. Парентерал (мушак ичига юбориш йўли) асоратлар хавфи юқори бўлган тақдирда мумкин.

Антибиотик терапияси курсининг стандарт давомийлиги (7-10 кун) ЎЎО билан оғриган беморларга тавсия этилади [4,5,12,13-19,33,36-38,45,46,49,50].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изох: 2 ёшгача бўлган болалар, оторея ва бирга келадиган касалликларга чалинган болалар учун узокроқ терапия курслари кўрсатилади. ЧКЎО ва РЎЎО учун антибиотик терапияси шартлари individual равишда белгиланади, улар одатда узокроқ (оғиз орқали юбориш билан – камида 14 кун). Тизимли антибактериал терапия курси оторея енгиллашгунча яқунланмаслиги керак, деб ишонилади.

ЎЎО, ЧЎЎО ва РЎЎО да антибиотик терапиясининг самарасизлигининг сабаблари қуйидаги омиллар бўлиши мумкин: антибиотикларнинг етарли даражада дозаси, етарли даражада сўрилмаслиги, ёмон мувофиқлиги, яллиғланиш марказида препаратнинг паст концентрацияси.

Тетрациклинлар, линкозамидлар, аминогликозидлар гуруҳларидан антибиотиклар ва сульфаниламидлар ва триметопримнинг комбинацияланган препаратлари, шу жумладан ҳосилалари (ко-тримоксазол) ЎЎО* * ни даволаш учун **тавсия этилмайди** (АТХ коди Ж01ЕЕ01) [17,49,50].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изоҳлар: ушбу дорилар С. пневмония ва/ёки *H. influenzae* га қарши фаол эмас ва хавфли ён таъсирлардан маҳрум эмас (ко-тримоксазолда Лайелл ва Стивенс-Жонсон синдромларини ривожланиш хавфи** (АТС коди Ж01ЕЕ01) ва гентамицинда ототоксиклик** (АТХ коди Ж01ГБ03)).

Постперфоратив босқичда ЎЎО билан оғриган беморларга тизимли антибактериал терапияни давом эттириш тавсия этилади [4,5,12,13-18,33,36-38,45,46,49,50].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Рифамицин** (АТС коди С02АА12) ва фторхинолонларга асосланган транстимпанал кулоқ томчиларидан ЎЎО нинг постперфоратив босқичида комплекс терапияда фойдаланиш тавсия этилади [4,5,6,9,17,72]. **Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси – 3)**

Изоҳ: тимпаник мембрананинг тешилиши ва йиринглашнинг пайдо бўлиши ўткир отитнинг клиник курсининг расмини сезиларли даражада ўзгартиради ва терапевтик тактикани тегишли равишда қайта куришни талаб қилади. Аминогликозид, алкоғолли томчиларни ўз ичига олган осмотик фаол кулоқ томчилари мумкин бўлган ототоксик таъсир туфайли ишлатилмаслиги керак.

Антиконжестиф воситаларнинг бурун шакллари - алфаадреномиметикани (АТС коди: р01а деконжестанлари ва топикал фойдаланиш учун бошқа дорилар) барча босқичларда ЎЎО билан оғриган беморларга релеф терапияси (бурун обструкциясини бартараф этиш ва эшитиш найчасининг функциясини тиклаш учун, ЎЎО ривожланишининг асосий сабаби сифатида) буюриш тавсия этилади. [11,29,30]

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изоҳлар: нафазолиннинг бурун шакллари (АТС коди: Р01АА08) аниқ токсик таъсирга ега ва уларни ишлатмаслик керак

оториноларингологик амалиёт. Нафазолиндан фойдаланиш болаларда деконжестан захарланишининг асосий сабабидир [59]. 0-6 ёшли болаларда фенилефрин (АТС коди: Р01АБ01) 0,125%, оксиметазолин (АТС коди: Р01АБ07) 0,01-0,025%, ксилометазолин** (АТС коди: Р01АБ06) 0,05% (2 ёшдан бошлаб) ишлатилади.

Антиконгестик воситаларнинг бурун шакллари-алфа-адреномиметика (АТС коди: р01а деконжестанлари ва топикал фойдаланиш учун бошқа дорилар) ЎЎО билан оғриган беморларни даволашда қўлланилиши керак, аммо қатъий белгиланган ва шифокор назорати остида. Дори-дармонли ринит ва тизимли салбий таъсирларни

ривожланиш хавфи туфайли улардан фойдаланиш 5-7 кун билан чекланиши керак [59].

Бурун бўшлиғини тозалаш учун ЎЎО билан касалланган барча болаларга елиминация ва суғориш терапиясини буюриш тавсия этилади [31].

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳлар: бурун бўшлиғини кунига 1-2 марта изотоник стерил денгиз суви еритмаси билан суғориш (АТС коди: P01AX10) бурун белгиларининг оғирлигини камайтиришга ва кейинчалик дори воситаларидан маҳаллий фойдаланиш учун мақбул шароитларни яратишга имкон беради.

Мукосилияр транспортни яхшилаш учун тушириш терапиясининг таркибий қисми сифатида ЎЎО билан оғриган беморларга экспекторан муколитик препаратларни (АТС коди: P05СБ) буюриш тавсия этилади [22,23,26,28,50,53,54,58-60,68,69].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изоҳ: ЎЎО терапиясида тимпаник бўшлиқни мукосилияр тозалашни ва эшитиш найчасининг дренаж функциясини яхшилаш муҳим вазифадир. Нафас олиш йўллари касалликларида юқори нафас йўллари ва қулоқнинг атриал фибрилациясининг бузилиши тимпаник бўшлиқдан патологик экссудатни эвакуация қилишни қийинлаштиради. Касалликнинг дастлабки босқичларида муколитик препаратларни қўллаш юқори нафас йўллари ва қулоқнинг кирпичли эпителийси ишини тезроқ тиклашга ёрдам беради, ўрта қулоқнинг мукосилияр тозаланишига ёрдам беради.

Шуни есда тутиш керакки, бронхиал патологияда ўзини яхши исботлаган ҳар бир муколитик ЎЎО ни даволаш учун ишлатилиши мумкин эмас. Шунинг учун, ушбу гуруҳнинг препаратини буюришдан олдин, фойдаланиш бўйича кўрсатмалар ва унда кўрсатилган рўйхатдан ўтган кўрсатмалар билан танишиб чиқиш керак.

Эркин гуруҳларни ўз ичига олган тўғридан-тўғри муколитик препаратлар, масалан, ацетилстеин** (АТС коди: P05СБ01), шу жумладан тимпаник бўшлиққа, шунингдек карбоцистеинга асосланган билвосита муколитик таъсирга ега дорилар (АТС коди: P05СБ03) учун ишлатилади. Карбоцистеин мукус дренажининг яхшиланишига ва эпителийнинг нормал физиологик функцияларини тиклашга олиб келади [53,54,58-60].

Лизин моногидрат шаклидаги фаол моддага ега карбоцистеин препаратлари маълум фармакологик афзалликларга ега. Карбоцистеин молекуласига лизин қўшилиши мукуснинг хусусиятларига ижобий таъсир кўрсатади, ошқозон-ичак трактидаги салбий ҳодисаларни камайтиради [27,50].

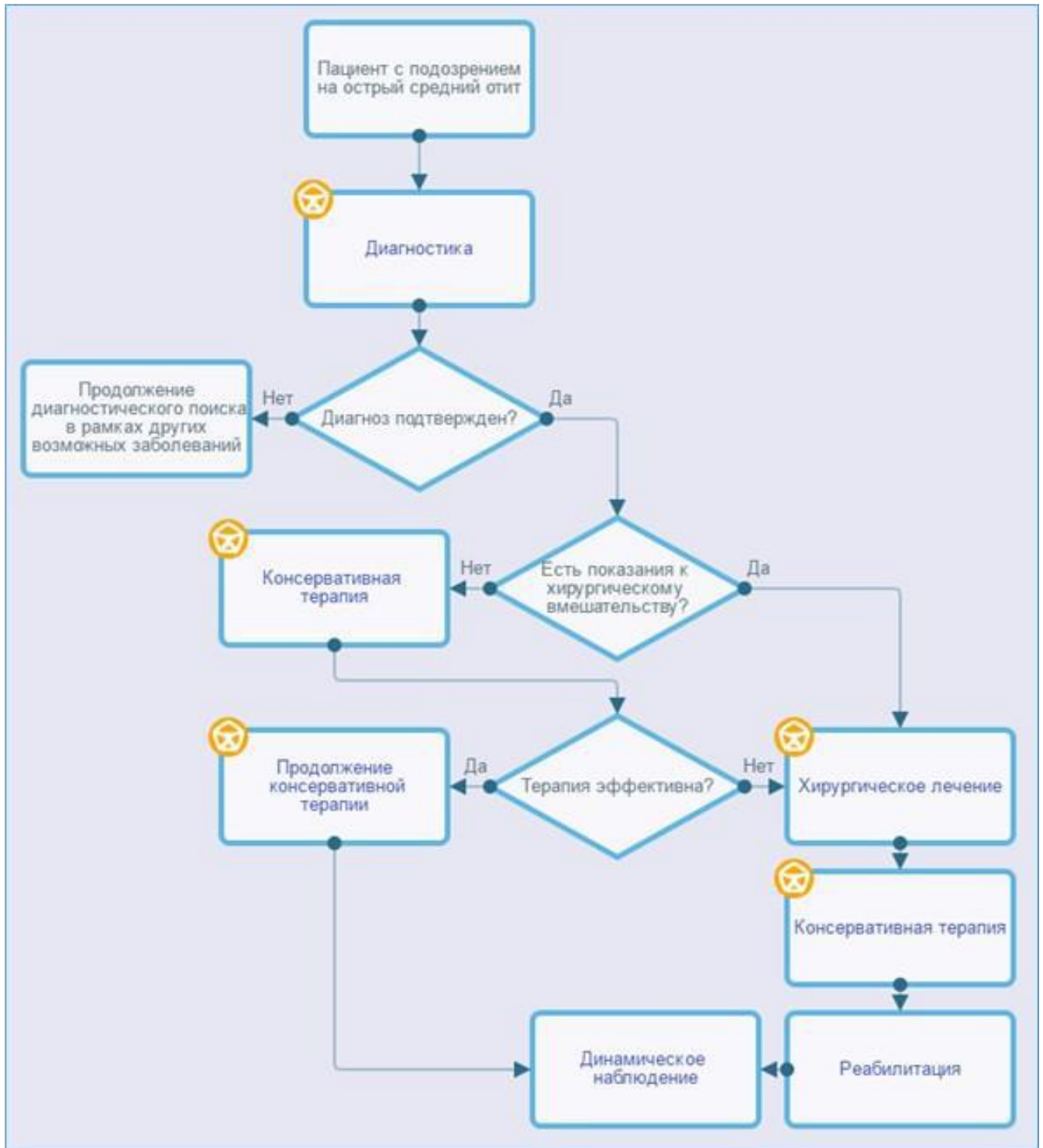
Итопрепаратлар, тасдиқланган мукоактив таъсирга ега ва Россия Федерацияси ҳудудида дори-дармонлар сифатида рўйхатга олинган мураккаб гомеопатик препаратлар ЎЎО ни комплекс даволашга киритилиши мумкин, чунки улар ўрта

қулоқни мукосилияр тозалашга ҳиҶҶО қўшади ва уларнинг клиник самарадорлиги ва хавфсизлиги тасдиқланган [20-26,28].

Тиббий ёрдамни ташиқил этиш беморларни бошқариш алгоритмига мувофиқ амалга оширилади (Б илова).

Беморни касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: шошилишч касалхонага ётқизиш оғир ҶҶО билан оғриган барча беморларга, шунингдек, касалликнинг дастлаб енгиш курси бўлган беморларга 3-5 кун давомида етарли терапия фониди ижобий динамика бўлмаса ёки ҳар қандай вақтда прогрессив бузилиш билан кўрсатилади

Беморни бўшатиш учун кўрсатмалар: ҶҶО билан оғриган бемор камида охириги 3 кун давомида барқарор қониқарли ҳолатга еришгандан сўнг касалхонанинг Оториноларингология бўлимидан чиқарилиши мумкин.



Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- Эшитишни тиклаш;
- қулоқдаги секрецияларнинг сифат кўрсаткичларининг йўқолиши ёки камайиши;
- Евстахи найчасининг ўтказувчанлигини яхшилаш.

5. Тиббий ёрдам турларини ҳисобга олган ҳолда касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

Режалаштирилган касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар:

консерватив терапияни амбулатория шароитида амалга ошириш учун шароит бўлмаган тақдирда ўтказиш учун;

консерватив даво самарадорлиги эмас, балки дастлаб жарроҳлик даволаш учун

Шошилинч касалхонага ётқизиш учун кўрсатмалар: тақдим этилмаган

6. Стационар даражада даволаш тактикаси:

амбулатория даражасига қаранг

Даволашнинг бошқа турлари:

- электротерапия (галванизация ва фарадификация, вазомотор, трофик, электролитик таъсир учун мўлжалланган импульсли магнит терапия);
- эндаурал электрофорез;
- эндаурал ультрафонофорез.

<http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-endonazoaurikulyarnogo-elektroforeza-v-konservativnoy-terapii-adezivnyh-srednih-otitov/viewer>

Реанимация бўлимига ўтказиш учун кўрсатмалар:

- ҳаётга таҳдид соладиган ҳолатнинг ёмонлашиши.

Даволаш самарадорлиги кўрсаткичлари:

- ташхис қўйилган беморларда ва/ёки тадқиқот усуллари билан эшитиш қобилиятини тиклаш;
- ташхис қўйилган беморларда ва/ёки тадқиқот усуллари билан эшитиш қобилиятини яхшилаш;
- ташхис қўйилган беморнинг қулоғидаги йирингни ва/ёки тадқиқот усуллари билан йўқ қилиш;
- ташхис қўйилган беморларнинг қулоғидаги йирингни, шовқинни ва/ёки тадқиқот усуллари билан камайтириш.

<http://medhelpsis.com/en/posts/1829>

2-жадвал-тиббий ёрдам сифати мезонлари

№	Сифат мезонлари	Тавсияларнинг ишончлилиқ даражаси	Далилларнинг ишончлилиқ даражаси
1.	Оториноларинголог томонидан текширув ўтказилди	С	5
2.	Тимпаник мембрананинг парацентези оториноларинголог томонидан тиббий кўрсатмалар мавжуд бўлганда текширилгандан сўнг амалга оширилди	В	2
3.	Патогенни ва унинг парацентез пайтида антибактериал ёки/ва бошқа дориларга сезгирлигини ёки стационар беморларда тимпаник бўшлиқдан оқинди борлигини аниқлаш учун аероб ва факультатив анаероб микроорганизмларга йирингли оқишни микробиологик (маданий) тадқиқотлар ўтказилди	В	3
4.	Агар кўрсатилса, тизимли антибактериал терапия буюрилади	А	1
5.	Тизимли ностероид яллиғланишга қарши дорилар кўрсатмалар мавжуд бўлганда ва қарши кўрсатма бўлмаса буюрилган	А	1

**«ЎТКИР ЎРТА ОТИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ ВО‘УЇСНА ТИББИЙ АРАЛАШУВ
МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТАШКЕНТ – 2025

- Халқаро касалликлар классификатори – ХКТ(МКБ)-10 ва 11 шифри:

ХКТ	
(МКБ)-10	Номи МКБ-10
Кодлар:	
H65.0	Ўткир сероз ўрта отит
H65.1	Бошқа ўткир йирингсиз ўрта отит
H66.0	Ўткир йирингли ўрта отит
(ссылка на МКБ-10)	https://mkb-10.com/index.php?pid=7028 https://mkb-10.com/index.php?pid=7035
МКБ 11	
AB00	Ўткир ўрта отит
AA81	Ўткир носероз ўрта отит
AA90	Ўткир йирингли ўрта отит
AB11.0	Ўткир мастоидит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#476505279

1. Асосий қисм

Кириш

Ўрта кулоқдаги ўткир йирингли жараён, тиббий даволаниш билан ҳал этилмайди, тимпаник бўшлиқ таркибини миринготомия - парацентез билан эвакуация қилишни талаб қилади

Агар кўрсатилган бўлса, ЎЎО билан оғриган беморларда парацентез (миринготомия) қилиш тавсия этилади [5,6,63-65].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси С (далилларнинг ишончлилик даражаси 5)

Изоҳ: агар кўрсатилган бўлса парасентез фақат оториноларинголог томонидан амалга оширилади. Парацентез оғир клиник аломатлар (кулоқ оғриғи, иситма) ва отоскопик расм (шиш, кулоқ пардасининг инфилтрацияси) учун ЎЎО нинг нонперфоратив шаклида кўрсатилади. Парацентез ностероид яллиғланишга қарши дорилар билан бартароф этилмайдиган оғриқ белгилари бўлган беморларда

кўрсатилади ёки бу дориларни қабул қилиш таъсири қисқа муддатли бўлади. Тизимли антибактериал терапия бошланганидан 48-72 соат ўтгач, ЎЎО белгилари ва / ёки умумий интоксикация белгилари зўравонлигида ижобий динамикага ега бўлмаган беморда парацентезни ўтказиш керак.

Тизимли антибактериал терапия фонида парацентезни амалга ошириш интратемпорал ва камроқ даражада интракраниал асоратлар белгилари бўлган беморларга биринчи ёрдам сифатида қаралиши мумкин, аммо бу ҳолатларда беморни санитаризация операциясига тайёрлаш учун озгина вақт топишга имкон беради (антротомия ёки антромастотомия).

ЎЎО билан боғлиқ барча шубҳали вазиятларда ("қилиш ёки қилмаслик") қарор парацентез фойдасига қабул қилиниши керак.

Йирингли инфекциянинг марказини тўқиш учун ИНТРАТЕМПОРАЛ ёки интракраниал асоратлар бўлса, ЎЎО билан оғриган беморларга шошилиш жарроҳлик даволаш тавсия этилади [12,64,77].

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Изоҳлар: шошилиш операция касалхонада умумий беҳушлик остида амалга оширилади.

[1] бета-лактамларга пневмококк қаршилиқ учун хавф омиллари бўлмаса (олдинги 3 ой ичида антибиотиклардан фойдаланиш, оилада мактабгача ёшдаги болаларнинг болалар муаўўОсаларига бориши, "ёпиқ" муаўўОсаларда яшовчи болалар ва катталар).

[2] бета-лактамларга пневмококк қаршилиқ учун хавф омиллари мавжуд бўлганда (олдинги 3 ой ичида антибиотиклардан фойдаланиш, оилада мактабгача ёшдаги болаларнинг болалар муаўўОсаларига бориши, "ёпиқ" муаўўОсаларда яшовчи болалар ва катталар).

[3] асоратларнинг юқори хавфи билан.

Баъзи ҳолларда, ЎЎО нинг репаратив босқичида ўрта қулоқ бўшлиқларининг аэрацияси ва газ алмашинувини тиклашга қаратилган терапевтик оториноларингологик манипуляциялар талаб қилинади.

Экссудатив отит воситаларини истисно қилиш учун тимпаник мембрананинг ҳаракатчанлигини баҳолаш учун ЎЎО дан 3-4 ҳафта ўтгач, беморни пневматик отоскопия ёки тимпанометрия билан кейинги текшириш тавсия этилади [5,6,34]

Тавсияларнинг ишонувчанлик даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

ЎЎО [5,6] дан кейин эшитиш қобилиятини йўқотиш шикоятлари бўлган беморлар учун оториноларингологга мурожаат қилиш тавсия этилади.

Тавсия ишончилиги даражаси С (далиллар ишончилиги даражаси 4)

Репаратив босқичда [4,5,6,50,68] ЎЎО билан оғриган беморларда эшитиш найчаси, аэрация ва тимпаник бўшлиқнинг газ алмашинуви функциясини тиклашга қаратилган оториноларингологик тадбирларни ўтказиш тавсия этилади.

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Изоҳ: оториноларингологнинг ҳаракатлари эшитиш ва ўрта кулоқ бўшлиқларининг шамоллатилишини тиклашга қаратилган бўлиши керак, чунки бу босқичда ўткир ҳолатнинг сурункали касалликка айланиши хавфи катта, айниқса такрорий отитли болаларда. Ўрта кулоқ бўшлиқларининг аерациясини тиклаш объектив тадқиқот усуллари, шу жумладан тимпанометрия билан тасдиқланиши керак.

Қўллаш мумкин бўлмаган ҳолларда қўшма реабилитация тактикасини ишлаб чиқиш учун репаратив босқичда ЎЎО билан оғриган беморлар учун физиотерапевтга мурожаат қилиш тавсия этилади [50,68]

Тавсияларнинг ишончлилиги даражаси С (далилларнинг ишончлилиги даражаси 5)

Мутахассислар маслаҳати учун кўрсатмалар:

биргаликда патология мавжуд бўлганда тор мутахассисларнинг маслаҳати.

**«ЎТКИР ЎРТА ОТИТ»
НОЗОЛОГИЯСИ БЎЙИЧА ПРОФИЛАКТИКА ВА
РЕАБИЛИТАЦИЯ МИЛЛИЙ КЛИНИК ПРОТОКОЛИ**

ТАШКЕНТ – 2025

- Халқаро касалликлар классификатори – ХКТ(МКБ)-10 ва 11 шифри:

ХКТ	
(МКБ)-10	Номи МКБ-10
Кодлар:	
H65.0	Ўткир сероз ўрта отит
H65.1	Бошқа ўткир йирингсиз ўрта отит
H66.0	Ўткир йирингли ўрта отит
(ссылка на МКБ-10)	https://mkb-10.com/index.php?pid=7028 https://mkb-10.com/index.php?pid=7035
МКБ 11	
AB00	Ўткир ўрта отит
AA81	Ўткир носероз ўрта отит
AA90	Ўткир йирингли ўрта отит
AB11.0	Ўткир мастоидит
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#476505279

1. Асосий қисм

Кириш

Ўткир ўрта отит - бу ўрта қулоқнинг барча уч қисмини қамраб оладиган яллиғланиш жараёни: тимпаник бўшлиқ, мастоид жараён хужайралари ва эшитиш найчаси, бир ёки бир нечта характерли аломатлар (қулоқ оғриғи, иситма, эшитиш қобилиятини йўқотиш) билан намоён бўлади. Патологик жараёнда фақат бу бўшлиқларнинг шиллиқ қавати иштирок этади.

Такрорий ўткир ўткир отит - бу 6 ой ичида ЎЎО нинг уч ёки ундан ортиқ алоҳида эпизодлари ёки 4 ой давомида 12 ёки ундан ортиқ эпизодларнинг мавжудлиги.

Узоқ муддатли ўткир ўрта отит - антибиотик терапиясининг бир ёки икки курсидан кейин 3-12 ой давомида ўрта қулоқнинг яллиғланиш белгилари мавжудлигини аниқланади.

Профилактика чоралари:

ўткир отитни ўз вақтида ва етарли даражада даволаш, сурункали ЎЎО клиник кўринишлари пасайгандан сўнг, беморлар оториноларинголог томонидан

кузатилиши керак, айниқса ЎЎО нинг такрорий ёки узоқ муддатли курси бўлган болалар. ЎЎО нинг постперфоратив босқичида беморнинг динамик мониторинги кулоқ пардаси яхлитлигини тиклаш ва ўрта кулоқ бўшлиқларини аерация қилишни баҳолаш учун зарур, отомикроскопия ёрдамида аудиологик тадқиқотлар (тимпанометрия) ўтказиш тавсия этилади.

Медикаментоз профилактика

Пневмококк инфекцияси, шу жумладан ўтқир otitis media хавфини камайтириш учун барча болаларни миллий емлаш тақвимига мувофиқ пневмококк инфекциясига қарши емлаш тавсия этилади [70,71,73].

Тавсияларнинг ишончлилик даражаси А (далилларнинг ишончлилик даражаси – 1)

Comments он: пневмококкка қарши 7, 10 ёки 13 валентли конжугат вакцинаси билан емлаш ҳаётнинг дастлабки 5 йилида болаларда ЎЎО касаллиги хавфини сезиларли даражада камайтиради. Шу билан бирга, такрорий ЎЎО бўлган болаларда пневмококкка қарши емлаш самарадорлиги тўғрисида далиллар етарли эмас. Бир ёшдан ошган болаларда пневмококкка қарши емлаш патогенетик жиҳатдан асосли, аммо етарли далиллар базасига ега эмас. Ҳозирда вакциналар мавжуд бўлмаган *Haemophilus influenzae* штаммлари ЎЎО этиологиясида муҳим рол ўйнайди [68, 69].

Немедикаментоз профилактика

РЎЎО билан оғриган беморларда қарши кўрсатмалар бўлмаса, касаллик эпизодларининг қайталаниш хавфини камайтириш учун тимпаностомия қилиш тавсия этилади

Тавсияларнинг ишончилиги даражаси С (далилларнинг ишончилиги даражаси 5)

Адабиётлар рўйхати

1. Grevers G., Wiedemann S., Bohn J.C. et al. Identification and characterization of the bacterial etiology of clinically problematic acute otitis media after tympanocentesis or spontaneous otorrhea in German children. *BMC Infect Dis.* 2012;12:312.
2. Marchisio P., Bianchini S., Baggi E. et al. A retrospective evaluation of microbiology of acute otitis media complicated by spontaneous otorrhea in children living in Milan, Italy. *Infection* 2013; 41: 629-35.
3. Segal N., Givon-Lavi N., Leibovitz E., Yagupsky P., Leiberman A., Dagan R. Acute otitis media caused by *Streptococcus pyogenes* in children. *Clin Infect Dis.* 2005;41:35-41.
4. Богомилский М.Р., Самсыгина Г.А., Минасян В.С. Острый средний отит у новорожденных и грудных детей. М., 2007. – 190 с.
5. Карнеева О.В., Поляков Д.П. Диагностическая и лечебная тактика при остром среднем отите в соответствии с современными рекомендательными документами. *РМЖ. Оториноларингология.* 2015; 23(23):1373 – 1376.
6. Поляков Д.П. Затяжное течение острых средних отитов у детей раннего возраста (клинико-аудиологические аспекты). Автореф. дисс. канд.мед.наук. М, 2008.
7. Ngo C.C., Massa H.M., Thornton R.B., Cripps A.W. Predominant bacteria detected from the middle ear fluid of children experiencing otitis media a systematic review. *Pl.oS One.* 2016; II: eO 150949.
8. Teele D.W., Klein J.O., Rosner B. Epidemiology of otitis media during the first seven years of life in children in greater Boston: a prospective, cohort study. *J Infect Dis.* 1989;160: 8394.
9. Свистушкин В.М., Овчинников А.Ю., Никифорова Г.Н. Местная терапия при воспалительных заболеваниях наружного и среднего уха. Современный взгляд на проблему. *Российская оториноларингология.* 2005;3(16).
10. Бакрадзе М.Д. Новые лечебно-диагностические и организационные технологии ведения детей с острыми лихорадочными заболеваниями. Автореф. Дис.док.мед.наук. – Москва, 2009.
11. Никифорова Г.Н., Свистушкин В.М., Захарова Н.М., Шевчик Е.А., Золотова А.В., Дедова М.Г «Возможности использования комплексных интраназальных препаратов после хирургической коррекции носового дыхания». *Вестник оториноларингологии,* 1, 2015.
12. Косяков С.Я., Лопатин А.С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита. *Русский медицинский журнал.* 2002;10(20):1-11.

13. Douglas J. Biedenbach, Robert E. Badal, Ming-Yi Huang, Mary Motyl, Puneet K. Singhal, Roman S. Kozlov, Arthur Dessi Roman, and Stephen Marcella. In Vitro Activity of Oral Antimicrobial Agents against Pathogens Associated with Community-Acquired Upper Respiratory Tract and Urinary Tract Infections: A Five Country Surveillance Study. *InfectDisTher.* 2016; 5(2): 139 – 153.
14. Palmu AA, Herva E, Savolainen H, Karma P, Makela PH, Kilpi TM. Association of clinical signs and symptoms with bacterial findings in acute otitis media. *Clin Infect Dis* 2004; 38: 234-42.
15. Leibovitz E, Serebro M, Givon-Lavi N, et al. Epidemiologic and microbiologic characteristics of culture-positive spontaneous otorrhea in children with acute otitis media. *Pediatr. Infect Dis J* 2009; 28: 381-384.
16. Venekamp RP, Sunders SL, Glasziou PP, Del Mar CB, Rovers MM. Antibiotics for acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 6: CD000219.
17. Страчунский Л.С., Богомильский М.Р. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей - *Детский доктор.* 2000; 2: 32-33.
18. Pichichero M.E., Reiner S.A., Jenkins S.G. et al. Controversies in the medical management of persistent and recurrent acute otitis media. *AnnOtolLaryngol* 2000; 109: 2 – 12.
19. Kozyrskyi A.L., Hildes – Ripstein G.E., Longstaffe S. et al. Short course antibiotics for acute otitis media. *Cochrane Database Syst Rev.* 2010; 2010(9):CD001095. doi: 10.1002/14651858.CD001095
20. Virgin F., Zhang S., Schuster D., Azbell C., Fortenberry J., Sorscher E.J., Bradford A Woodworthet B.A. The bioflavonoid compound, sinupret, stimulates transepithelial chloride transport in vitro and in vivo. *The laryngoscope.* 2010;120 (5): 1051 – 6. doi: 10.1002/lary.20871.
21. Карнеева О.В. Современные возможности профилактики респираторно-вирусных инфекций и осложнений острых респираторных заболеваний у детей. *Consiliummedicum. Педиатрия.* 2013; 1:27 - 30.
22. Гаращенко Т.И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух. *РМЖ.* 2003; 9(19): 806 – 808.
23. Федеральный закон "Об обращении лекарственных средств" от 12.04.2010 N 61-ФЗ. Режим доступа: http://www.consultant.ru/document/cons_doc_LAW_99350/
24. Zanasi A, Mazzolini M, Tursi F, Morselli-Labate AM, Paccapelo A, Lecchi M. Homeopathic medicine for acute cough in upper respiratory tract infections and acute bronchitis: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Pulm. Pharmacol. Ther.* 2014; 27 (1): 102-108.

25. Mi Ju Sona, Young-Eun Kimb, Young Il Songc, Yun Hee Kim. Herbal medicines for treating acute otitis media: A systematic review of randomised controlled trials *Complementary Therapies in Medicine*. 2017;35:133 – 139.
26. Guizzardi F, Rodighiero S, Binelli A, Saino S, Bononi E, Dossena S, Garavaglia ML, Bazzini C, Bottà G. S-CMC-Lys-dependent stimulation of electrogenic glutathione secretion by human respiratory epithelium. *J Mol Med (Berl)*. 2006; 84(1):97-107. doi: 10.1007/s00109005-0720-y.
27. Friese K. H., Zabalotnyi D. I. Homeopathy in acute rhinosinusitis: a double-blind, placebo controlled study shows the efficiency and tolerability of a homeopathic combination remedy. *HNO*. 2007; 55(4):271-7.
28. Reinecke S, Tschaiquin M. Investigation of the effect of oxymetazoline on the duration of rhinitis. Results of a placebo-controlled double-blind study in patients with acute rhinitis. *MMW Fortschr Med*. 2005; 6, Suppl 3:113 – 118.
29. Заплатников А.Л. Рациональное применение назальных сосудосуживающих средств у детей. *Рос вестник перинатологии и педиатрии*.2010;1: 117 – 21.
30. Тулупов Д.А., Карпова Е.П., Божатова М.П., Карпычева И.Е. Безопасность элиминационно-ирригационной терапии полости носа при тубарной дисфункции у детей. *Эффективная фармакотерапия*. 2012; 12:24-27.
31. Meili M., Kutz A., Briel M., Christ-Crain M., Bucher H.C., Mueller B., Schuetz P. Infection biomarkers in primary care patients with acute respiratory tract infections-comparison of Procalcitonin and C-reactive protein. *BMC Pulm Med*. 2016; 24;16:43. doi: 10.1186/s12890-016-0206-4.
32. Mather M.M., Drinnan M., Perry J.D., Powell S., Wilson J.A., Powell J. A systematic review and meta-analysis of antimicrobial resistance in paediatric acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2019;123:102-109. doi: 10.1016/j.ijporl.2019.04.041.
33. Takata G.S., Chan L.S., Morpew T., Mangione-Smith R., Morton S.C., Shekelle P. Evidence assessment of the accuracy of methods of diagnosing middle ear effusion in children with otitis media with effusion. *Pediatrics*. 2003; 112(6 Pt 1):1379-87. doi: 10.1542/peds.112.6.1379.
34. Sjoukes A., Venekamp R.P., van de Pol A.C., Hay A.D., Little P., Schilder A.G., Damoiseaux R.A. Paracetamol (acetaminophen) or non-steroidal anti-inflammatory drugs, alone or combined, for pain relief in acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2016; 12(12):CD011534. doi: 10.1002/14651858.CD011534.
35. Rovers M.M., Glasziou P., Appelman C.L., Burke P., McCormick D.P., Damoiseaux R.A., Gaboury I., Little P., Hoes A.W. Antibiotics for acute otitis media:

- a meta-analysis with individual patient data. *Lancet*. 2006; 21;368(9545):1429-35. doi: 10.1016/S01406736(06)69606-2.
36. Hum S.W., Shaikh K.J., Musa S.S., Shaikh N. Adverse Events of Antibiotics Used to Treat Acute Otitis Media in Children: A Systematic Meta-Analysis. *J Pediatr*. 2019; 215:139143.e7. doi: 10.1016/j.jpeds.2019.08.043.
 37. Gisselsson-Solen M. The importance of being specific--a meta-analysis evaluating the effect of antibiotics in acute otitis media. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2014; 78(8):12217. doi: 10.1016/j.ijporl.2014.05.029.
 38. Zell J, Connert W-D, Mau J, Feuerstake G. Treatment of acute sprains of the ankle: a controlled double-blind trial to test the effectiveness of a homeopathic preparation. *Biol Ther*. 1989;7(1):1-6.
 39. Böhmer D, Ambrus P. Treatment of sports injuries with Traumeel ointment: a controlled double-blind study *Biol Ther*. 1992;10(4):290-300.
 40. Orizola A, Vargas F. The efficacy of Traumeel versus Diclofenac and placebo ointment in tendinous pain in elite athletes: a double-blind randomized controlled trial. *MedSciSportsExercise*. 2007;39(5):S79.
 41. Juliano AF, Ginat DT, Moonis G. Imaging review of the temporal bone: part I. Anatomy and inflammatory and neoplastic processes. *Radiology*. 2013;269(1): 17-33.
 42. Juliano AF, Ginat DT, Moonis G. Imaging Review of the Temporal Bone: Part II. Traumatic,
 43. Postoperative, and Noninflammatory Nonneoplastic Conditions. *Radiology*. 2015;276(3):655-72.
 44. Nauer CB, Rieke A, Zubler C, Candraia C, Arnold A, Senn P. Low-dose temporal bone CT in infants and young children: effective dose and image quality. *AJNR American journal of neuroradiology*. 2011;32(8):1375-80.
 45. Kitamura K, Iino Y, Kamide Y, et al. Clinical practice guidelines for the diagnosis and management of acute otitis media (AOM) in children in Japan - 2013 update. *Auris Nasus Larynx* 2015; 42: 99-106.
 46. Lieberthal AS, Carroll AE, Chonmaitree T, et al. The diagnosis and management of acute otitis media. *Pediatrics* 2013; 131: e964-99.
 47. Müller-Krampe B, Gottwald R, Weiser M. Symptomatic Treatment of Acute Feverish Infections with a Modern Homeopathic Medication. *International Journal for Biomedical Research and Therapy* 2002;31(2):79-85.
 48. Gottwald R, Weiser M. Antihomotoxic Treatment of Agitation with and without Fever in Children. *International Journal for Biomedical Research and Therapy* 1999;28(6):308-312.

49. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике. Российские практические рекомендации. Под ред. проф. С.В. Яковлева – М., 2014. – 119 с.
50. Крюков А.И., Кунельская Н.Л., Гуров А.В. и др. Фармакотерапия гнойновоспалительной патологии ЛОР-органов. Методические рекомендации ДЗ г. Москвы. М., Из-во ДЗ г. Москвы, 2018, С.- 55.
51. Dispersible Tablets. Supplies and Logistics. UNICEF 18.12.2019 https://www.unicef.org/supply/index_53571.html.
52. Зырянов С.К., Байбулатова Е.А. Использование новых лекарственных форм антибиотиков как путь повышения эффективности и безопасности антибактериальной терапии. Антибиотики и химиотерапия. 2019, 64, 3-4, с.81-91.
53. Павлова Т.Г. Бронхобос (карбоцистеин): возможности клинического применения при заболеваниях околоносовых пазух и среднего уха. Фарматека. 2009; 5(179):59-62.
54. Локшина Э.Э., Зайцева О.В., Зайцева С.В., Барденикова С.И., Равшанова Л.С., Хмелькова И.И., Романовская Ж.А., Рубцова Т.П., Воронина О.Б.. Опыт применения карбоцистеина у детей с острыми респираторными заболеваниями // Педиатрия : журнал им. Г.Н. Сперанского. 2012; 91(2): 74-80.
55. Bellussi L., Biagini C. Antiphlogistic therapy with ketoprofen lysine salt vs nimesulide in secretive otitis media, rhinitis, pharyngitis/tonsillitis/tracheitis. Otorinolaringol. 1996;46:49-57.
56. Principi N. Guidelines for the therapeutic use of NSAIDs in pediatrics. Minerva Pediatr. 1997; 49(9):379-86.
57. Messeri A., Busoni B., et al.; Analgesic efficacy and tolerability of ketoprofen lysine salt vs paracetamol in common pediatric surgery. A randomized, single-blind, parallel, multicenter trial. Pediatric Anaesthesia, 13: 574-578, 2003.
58. Takeda K., Miyahara N., Kodama T. et al. S-carboxymethylcysteine normalises airway responsiveness in sensitised and challenged mice. European respiratory journal. 2005; . 26(4): 577 – 585.
59. Umitomo T., Nakata M., Yamaguchi M., Terao Y., Kawabata S.. S-Carboxymethylcysteine inhibits adherence of Streptococcus pneumoniae to human alveolar epithelial cells. Journal of Medical Microbiology. 2012; 61: 101 – 108.
60. Yamaya M., Nishimura H., Shinya K. et all. Inhibitory effects of carbocisteine on type A seasonal influenza virus infection in human airway epithelial cells. Am J Physiol Lung Cell Mol Physiol. 2010; 299(2):L160-8.

61. Карпова Е.П., Тулупов Д.А. О безопасности применения назальных сосудосуживающих препаратов в педиатрической практике. Российская ринология. 2014;1:12-14..
62. Donaldson, J.D. Otitis Media Guidelines. – University of Michigan Health System., 2013. Режим доступа:
<https://emedicine.medscape.com/article/859316-guidelines>. – 03.04.2019.
63. Pichichero M.E., Reiner S.A., Jenkins S.G. et al. Controversies in the medical management of persistent and recurrent acute otitis media. *Ann Otol Laryngol.* 2000;109: 2 – 12.
64. Schilder AG, Marom T, Bhutta MF, Casselbrant ML, Coates H, Gisselsson-Solén M, Hall AJ, Marchisio P, Ruohola A, Venekamp RP, Mandel EM. Panel 7: Otitis Media: Treatment and Complications. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017; 156(4_suppl):S88-S105. doi: 10.1177/0194599816633697. .
65. Pichichero M.E., Casey J.R., Almudevar A. Reducing the frequency of acute otitis media by individualized care. *Pediatr Infect Dis J.* 2013;32(5):473–478. doi:10.1097/INF.0b013e3182862b57.
66. Rosenfeld R.M. et al. Practice Guideline: Tympanostomy Tubes in Children – Executive Summary. *Otolaryngol. Head and Neck Surgery.* 2013;149(1): 8 – 16.
67. Steele D.W., Adam G.P., Di M., Halladay C.H., Balk E.M., Trikalinos T.A. Effectiveness of Tympanostomy Tubes for Otitis Media: A Meta-analysis. *Pediatrics* 2017; 139(6):e20170125. doi: 10.1542/peds.2017-0125.
68. Пальчун В.Т., Крюков А.И., Кунельская Н.Л. и др. Острое воспаление среднего уха Вестник оторинолар. 1997;6: 7-11.
69. Ovesen T, Felding JU, Tommerup B, Schousboe LP, Petersen CG. Effect of N-acetylcysteine on the incidence of recurrence of otitis media with effusion and re-insertion of ventilation tubes. *Acta Otolaryngol Suppl.* 2000;543:79-81.
70. Straetemans M, Sanders EAM, Veenhoven RH, Schilder AGM, Damoiseaux RAMJ, Zielhuis GA. Pneumococcal vaccines for preventing otitis media. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD001480. doi: 10.1002/14651858.CD001480.
71. Prymula R, Peeters P, Chrobok V, Kriz P, Novakova E, Kaliskova E, et al. Pneumococcal capsular polysaccharides conjugated to protein D for prevention of acute otitis media caused by both *Streptococcus pneumoniae* and non-typable *Haemophilus influenzae*: a randomized double-blind efficacy study. *Lancet.* 2006;367:740-8.

72. Карпова Е.П., Тулупов Д.А., Наумов О.Г.О роли топической антибактериальной терапии в комплексном лечении острого среднего отита у детей. *Российская оториноларингология*. 2014;3(70):145-149.
73. Ewald H., Briel M., Vuichard D., Kreutle V., Zhydkov A., Gloy V. The Clinical Effectiveness of Pneumococcal Conjugate Vaccines: A Systematic Review and Meta-analysis of Randomized Controlled Trials. *Dtsch Arztebl Int*. 2016; 113(9):139-46. doi: 10.3238/arztebl.2016.0139.
74. Norhayati M.N., Ho J.J., Azman M.Y. Influenza vaccines for preventing acute otitis media in infants and children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2017; 10(10):CD010089. doi: 10.1002/14651858.CD010089.
75. Jefferson T., Rivetti A., Di Pietrantonj C., Demicheli V. Vaccines for preventing influenza in healthy children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018; 2(2):CD004879. doi: 10.1002/14651858.CD004879.
76. Venekamp R.P., Mick P., Schilder A.G., Nunez D.A. Grommets (ventilation tubes) for recurrent acute otitis media in children. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018;5(5):CD012017. doi: 10.1002/14651858.CD012017.
77. Bhutta M.F., Monono M.E., Johnson W.D. Management of infective complications of otitis media in resource-constrained settings. *Curr Opin Otolaryngol Head Neck Surg*. 2020; 28(3):174-181. doi: 10.1097/MOO.0000000000000627.
78. Burnett C. H., Ingals E. F., Newcomb J. E. *A Text-book on Diseases of the Ear, Nose and Throat*. 2007
79. Schilder, A. G. M., Chonmaitree, T., Cripps, A. W., Rosenfeld, R. M., Casselbrant, M. L., Haggard, M. P., & Venekamp, R. P. (2016). Otitis media. *Nature Reviews Disease Primers*, 2, 16063. doi:10.1038/nrdp.2016.63
80. Onusko E. M. Tympanometry // *American family physician*. – 2004. – Т. 70. – №. 9. – С. 1713-1720.
81. Гурьев В. Г., Калинин Е. А. К вопросу о преимуществах рентгенологических укладок по Шюллеру и по Майеру: сравнительный анализ // *Современные научные исследования и инновации*. – 2016. – №. 12. – С. 1166-1168.