

O'zbekiston Respublikasi
Sog'liqni saqlash vazirining
2025 yil "23" iyundagi
180-sonli buyrug'iga
4-ilova

**O'ZBEKISTON RESPUBLIKASI SOG'LIQNI SAQLASH VAZIRLIGI
RESPUBLIKA IXTISOSLASHTIRILGAN OTORINOLARINGOLOGIYA VA
BOSH-BO'YIN KASALLIKLARI ILMIIY – AMALIIY TIBBIYOT MARKAZI**

**"O'TKIR O'RTA OTIT KASALLIGI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

"Kelishilgan"

**Respublika ixtisoslashtirilgan
otorinolaringologiya va bosh-bo'yin
kasalliklari ilmiy – amaliy tibbiyot markazi
direktori Xasanov U.S.**

2025 yil



**"O'TKIR O'RTA OTIT KASALLIGI" NOZOLOGIYASI
BO'YICHA MILLIY KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT– 2025

Mundarija

1. "O'tkir o'rta otit" nozologiyasi bo'yicha milliy klinik protokol.....	5
2. "O'tkir o'rta otit" nozologiyasi bo'yicha tibbiy aralashuv milliy klinik protokoli	24
3. "O'tkir o'rta otit" nozologiyasi bo'yicha tibbiy profilaktika va reabilitasiya milliy klinik protokoli	27

**"O‘TKIR O‘RTA OTIT KASALLIGI" NOZOLOGIYASI
BO‘YICHA DIAGNOSTIKA VA DAVOLASH MILLIY
KLINIK PROTOKOL**

TOSHKENT – 2025

1. Kirish qismi.

- Xalqaro kasalliklar klassifikatori – XKK(MKB)-10 va 11 shifri:

HKT	
(MKB)-10	Nomi
Kodlar:	
H65.0	O‘tkir seroz o‘rta otit
H65.1	Boshqa o‘tkir yiringsiz o‘rta otit
H66.0	O‘tkir yirig‘li o‘rta otit
(ссылка на МКБ-10)	https://mkb-10.com/index.php?pid=7028 https://mkb-10.com/index.php?pid=7035
HKT 11	
AB00	O‘tkir o‘rta otit
AA81	O‘tkir noseroz o‘rta otit
AA90	O‘tkir yirig‘li o‘rta otit
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#476505279

- **Bayonnomani ishlab chiqish va qayta ko‘rib chiqish sanasi:** 2025 y., qayta ko‘rib chiqish sanasi 2028 y., yoki asosli dalillar paydo bo‘lishiga ko‘ra. Taqdim etilgan tavsiyalarga barcha tuzatishlar tegishli xujjatlarda e‘lon qilinadi.

- **Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqish uchun mas‘ul bo‘lgan tashkilot:** O‘zbekiston otorinologiya va bosh-bo‘yin asalliklari ilmiy-amaliy tibbiyot markazi, O‘zbekiston otorinologiya, bosh va bo‘yin jarrohligi assotsiatsiyasi.

Milliy klinik protokol va standartlarni ishlab chiqishda xissa qo‘shganlar:

Otorinologiya yo‘nalishi, jarayonni tashkillashtirish bo‘yicha ishchi guruh a‘zolari:

1. Xasanov U. S. TTA Otorinologiya kafedrasini mudiri, tfd., professor;
2. Ergashev U. M. TTA Otorinologiya kafedrasini dotsenti, tfn.,
3. Amonov Sh.ToshPTI Otorinologiya kafedrasini mudiri, tfd, rofessor;
4. Arifov S. S. TOSHIUV Otorinologiya kafedrasini mudiri, tfd, professor;
5. Botirov A. J. TMA Otorinologiya kafedrasini assistenti, tfn;

6. Shaumarov A. Z. tfn, TMA Otorinolariningologiya kafedrası katta o'qituvchisi;
7. Jumanov D. A. TMA Otorinolariningologiya kafedrası assistenti, tfn;
8. Jabborov N. N. TMA Otorinolariningologiya kafedrası assistenti;
9. Abdullaev U. P. TTA Otorinolariningologiya kafedrası assistenti.

- Asosiy va qo'shimcha mualliflar ro'yxati (Ismi-sharifi, ish joyi, unvoni, mansabi);

1. Xasanov U. S. TTA Otorinolariningologiya kafedrası mudiri, tfd., professor;
2. Ergashev U. M. TTA Otorinolariningologiya kafedrası dosenti, tfn.;
3. Shaumarov A. Z. Tfn, TMA Otorinolariningologiya kafedrası katta o'qituvchisi;
4. Shodmonov Sh.A., RIOvaBBKIATM, oliy toifali vrach otorinolariningolog;
5. Djangirov T.G., RIOvaBBKIATM, birinchi toifali vrach otorinolariningolog;
6. Xusnutdinov R.A., RIOvaBBKIATM, vrach otorinolariningolog;
7. Urinov T.Sh., RIOvaBBKIATM, vrach otorinolariningolog.

- Taqrizchilar:

Tashqi: Qozog'iston Respublikasi otorinolariningologlar uyushmasi Bosh kotibi, Otorinolariningologiya markazi rahbari, Qozog'iston Respublikasi bosh mustaqil otorinolariningologi, MD, professor G. A. Muxamadieva.

Ichki: Shamsiev D.F. TDSI Otorinolariningologiya kafedrası mudiri, MD, professor;

- Mul'tidistsiplinar ishchi guruh yig'ilishida Milliy klinik protokollarni loyahasini muhokamasi bayonnomasidan ko'chirmaning raqami va sanasi:

O'zbekiston otorinolariningologiya, bosh va bo'yin jarrohligi assotsiatsiyasi, bayonnoma №2, _____yil;

Milliy klinik protokol va standartlarni texnik baholash bo'yicha ekspert xulosasi va taxrirlash:

- (LOR mutaxassisligi bo'yicha Uz SSV bosh eksperti TVMOI Otorinolariningologiya kafedrası dotsenti, t.f.d. Ashurov A.M.);

Mazkur klinik protokol va standartlar O'zbekiston Respublikasi Sog'liqni saqlash vazir o'rinbosari Basitxanova E.E, Tibbiy sug'urta boshqarmasi boshlig'i Sh. Almardanov, klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi

boshlig'i Sh.R. Nurimova boshchiligida, Klinik protokollar va standartlarni ishlab chiqish va joriy etish bo'limi bosh mutaxassisi G.Djumayeva, yetakchi mutaxassisi N.Raximova tomonidan tashkiliy va uslubiy ko'magi asosida ishlab chiqilgan.

Protokolda qo'llanilgan qisqartmalar

CHKO'O	Cho'zilib kyetgan o'rta otit
KT	Kompyuter tomogrammasi
NYQDV	Nosteroid yallig'lanishga qarshi dori vositasi
O'YO'O	O'tkir yiringli o'rta otit;
O'O'O	O'tkir o'rta otit;
O'RVI	O'tkir respirator virusli infektsiya
RO'O'O	Residivlanadigan O'tkir o'rta otit;
SYO'O	Surunkali yiringli o'rta otit;
EO'O	Ekssudativ o'rta otit.

- **Mazkur nozologiya bo'yicha protokol** – umumiy amaliyot shifokori, otorinolaringologlar;
- **Mazkur nozologiya bo'yicha milliy klinik protokol va standartlarga to'g'ri keladigan bemorlar toifasi** - kattalar;
- **Dalillarga asoslangan tibbiyotning, dalillari darajasi shkalasi**

A	Yuqori sifatli meta-tahlil, RKT larni tizimli ko'rib chiqish yoki tizimli xato ehtimoli (++) juda past bo'lgan katta RKI, natijalari tegishli aholiga yetkazilishi mumkin.
B	Kogort yoki keys-kontrol tadqiqotlarini yuqori sifatli (++) tizimli ko'rib chiqish yoki sistematik xato xavfi juda past bo'lgan yuqori sifatli (++) kogort yoki keys-kontrol tadqiqotlari yoki past (+) tizimli xato xavfi bo'lgan RKTlar, natijalari quyidagicha kengaytirilishi mumkin. tegishli aholi.
C	Kogort yoki keys-kontrol tadqiqoti yoki tizimli xato xavfi past bo'lgan randomizatsiyasiz boshqariladigan sinov (+). Natijalari tegishli populyatsiyaga yoki tizimli xato xavfi juda past yoki past bo'lgan RKTlarga (++) yoki (+) kengaytirilishi mumkin, natijalari to'g'ridan-to'g'ri tegishli populyatsiyaga yetkazilishi mumkin emas
D	Bir qator ishlarning tavsifi yoki nazoratsiz tadqiqot yoki ekspert xulosasi.

2. Asosiy qism.

Kirish:

O'tkir o'rta otit (O'O'O) - bu o'rta quloqning barcha uch qismini qamrab oladigan yallig'lanish jarayoni: timpanik bo'shliq, mastoid jarayon hujayralari va eshitish naychasi, bir yoki bir nechta xarakterli alomatlar (quloq og'rig'i, isitma, eshitish qobiliyatini yo'qotish) bilan namoyon bo'ladi.

O'O'O kattalar va pediatriya amaliyotida keng tarqalgan kasallikdir. Hayotning dastlabki uch yilida barcha bolalar kamida bitta O'O'O epizodidan aziyat chekishadi, 50% hollarda kasallik takrorlanadi [4, 7, 8].

O'O'O bilan og'rigan bolalarda qo'zg'alish, asabiylashish, qusish va diareya bo'lishi mumkin. Kasallik odatda uch haftadan ko'p davom etmaydi, ammo uzoq muddatli yoki

takroriy O‘O‘O rivojlanishi mumkin, bu o‘rta quloqda doimiy o‘zgarishlarga va eshitish qobiliyatini yo‘qotishiga olib kelishi mumkin. O‘tkir otit vositalarining takroriy kursi ‘rta quloqning surunkali yallig‘lanish patologiyasining rivojlanishiga, eshitishning progressiv yo‘qolishiga olib keladi, bu esa nutq shakllanishi va bolaning umumiy rivojlanishining buzilishiga olib keladi.

Ta’rif:

O‘tkir o‘rta otit - bu o‘rta quloqning barcha uch qismini qamrab oladigan yallig‘lanish jarayoni: timpanik bo‘shliq, mastoid jarayon hujayralari va eshitish naychasi, bir yoki bir nechta xarakterli alomatlar (quloq og‘rig‘i, isitma, eshitish qobiliyatini yo‘qotish) bilan namoyon bo‘ladi. Patologik jarayonda faqat bu bo‘shliqlarning shilliq qavati ishtirok etadi.

Takroriy o‘tkir o‘tkir otit -bu 6 oy ichida O‘O‘O ning uch yoki undan ortiq alohida epizodlari yoki 4 oy davomida 12 yoki undan ortiq epizodlarning mavjudligi.

Uzoq muddatli o‘tkir o‘rta otit -antibiotik terapiyasining bir yoki ikki kursidan keyin 3-12 oy davomida o‘rta quloqning yallig‘lanish belgilari mavjudligini aniqlanadi.

Tasnifi

Yengil kechishi	Og‘ir kechishi
Asoratlari yo‘q	Intratemporal yoki intrakranial O‘O‘O ning (intrakranial) asoratlari
Quloq pardasi bo‘rtib chiqmasligi	Quloq pardasining aniq shishishi
Quloq og‘rig‘ining qisqa epizodi, dorilar yordamida samarali tarzda bartaraf etiladi	Kuchli quloq og‘rig‘i (yoki yosh bolalarda og‘riq borligini ko‘rsatadigan bolaning xatti-harakatlaridagi o‘zgarishlar) dorilar tomonidan yomon yoki nazorat qilinmaydi
Umumiy holat o‘zgarmadi: uyqu, ovqatlanish, kundalik faoliyat buzilmaydi	Umumiy holat o‘zgartirildi
Oddiy tana harorati yoki 3 kundan ortiq bo‘lmagan subfebrillik	3 kundan ortiq subfebrillik yoki 38,0 dan ortiq harorat.

O‘tkir o‘rta otit-bu aniq bosqich kursiga ega kasallik. Tasnifiga muvofiq V. T. Palchun va boshq. (1997) O‘rta quloqning o‘tkir yallig‘lanishining 5 bosqichi mavjud [66]:

1. O‘tkir Evstaxeytning bosqichi.
2. Kataral yallig‘lanish bosqichi.
3. Yiringli yallig‘lanishning preperforativ bosqichi.
4. Yiringli yallig‘lanishning postperforativ bosqichi.
5. Reparativ bosqich.

Oqimning og‘irligiga ko‘ra: O‘O‘O osongina oqishi yoki og‘ir kursga ega bo‘lishi mumkin (jadval).

3. Tekshiruv usullari, uslublari, tibbiy muolajalar yondashuvlari va tashxislash jarayonlari.

O‘O‘O diagnostikasining asosiy belgilari quloq pardasidagi yallig‘lanish o‘zgarishlari fonida O‘tkir quloq og‘rig‘i (otalgiya) (giperemiya, shishish, otopnevmoskopiya paytida harakatchanlikning pasayishi), yiringli yallig‘lanishning postperforativ bosqichida-quloqdan yiringlash (otoreya) istisno bilan. Odatda otalgiya bilan birga kelmaydigan tashqi otitning yallig‘lanishi. Umumiy intoksikasiya belgilari (tana haroratining ko‘tarilishi, umumiy buzuqlik) O‘O‘O bilan og‘rigan barcha bemorlarda kuzatilmaydi. Yosh bolalarda tashxis qo‘yish uchun asosiy asos-bu otoskopik O‘zgarishlar, birinchi navbatda, quloq pardasining shishishi va xulq-atvor reaksiyalari (bolaning tashvishi, ovqatlanishning buzilishi, bir tomonlama jarayon davomida bolaning qulog‘ining burishishi va ishqalanishi). Shu bilan birga, yosh bolalarda O‘O‘O tashxisi ko‘pincha otoreya mavjudligida tashxis qilinadi.

Shikoyatlar:

- quloq og‘rig‘i (bir yoki ikkalasi);
- otoreya (bitta yoki ikkalasi);
- tana haroratining ko‘tarilishi;

Anamnez: asosiy shikoyatlar quloq og‘rig‘i, isitma, ba‘zi hollarda quloqdan yiringli oqindi, eshitish qobiliyatini yo‘qotish va respirator virusli infeksiyaning (O‘RVI) mavjudligi. Voyaga yetgan bemorlar ko‘pincha quloqdagi tiqilish hissi, avtofoniya va quloqdagi shovqin haqida shikoyat qiladilar.

Bolalar, ayniqsa yosh guruhlar, O‘O‘O ning ushbu bosqichida juda kamdan-kam shikoyat qiladilar, chunki ular yoshiga qarab ularning holatini tavsiflay olmaydilar. Anamnezda o‘tkir respirator virusli infeksiya (O‘RVI) belgisi bo‘lishi mumkin.

O‘rta otitning klinik belgilari:

- quloq pardasining keskin shishishi va qizarishi;
- quloq pardasining chandig‘i, uning deformatsiyasi;
- tragusni bosganda quloqda o‘tkir og‘riq bor
- quloq pardasi qalinlashgan va bulutli;
- quloq pardasi yuzasida teshilish mavjudligi
- tashqi eshitish kanalida yiring, qon, ekssudat mavjudligi;
- ovoz uzatishni o‘zgartirish (rivojlangan holatlarda);

Asosiy va qo‘shimcha diagnostika choralari ro‘yxati:

Ambulatoriya darajasi

* Otokopiya va / yoki mikrotokopiya va / yoki endoskopik otokopiya

* eshitish pasportini tayyorlash;

* tonal chegara audiometriyasi;

* Impedansni o'lchash;

* Chakka suyaklarning MSKT (agar kerak bo'lsa).

* Ko'rsatkichlar va shartlar mavjud bo'lganda-chakka suyaklarning MRT mahalliy-kontrast;

* Akustik tubosonometriya.

Bemorning umumiy holatini, kasallikning klinik belgilarining og'irligini va birga keladigan patologiyani baholash uchun O'O'O bilan og'rigan barcha bemorlar uchun umumiy tekshiruvni, shu jumladan standart otorinolarologik tekshiruvni o'tkazish tavsiya etiladi [5,14].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

***Izohlar:** barcha bemorlar uchun ambulatoriya bosqichida otorinolarolog bilan bog'lanishda, shuningdek bemorni kasalxonaning Otorinolarologiya bo'limiga yotqizishda umumiy tekshiruv o'tkaziladi.*

***Izohlar:** talablarga ko'ra, klinik tavsiyalarni ishlab chiqish uchun dalillarning ishonchliliigi darajasini (did) va tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasini (tid) baholash shkalasiga muvofiq tavsiyalar va dalillar bazasini ko'rsatish kerak, bu ko'plab tavsiyalar uchun taqdim etiladi . ularga bag'ishlangan klinik tadqiqotlar yo'qligi sababli past darajaga ega bo'ling. Shunga qaramay, ular tashxis qo'yish va davolash taktikasini tanlash uchun bemorni tekshirishning zarur elementlari hisoblanadi.*

O'tkir otitning klinik ko'rinishi o'tkir yallig'lanish jarayoniga xos bo'lgan alomatlariga (og'riq, isitma, timpanik membrananing giperemiyasi) va eshitish (eshitish), kamroq vestibulyar (bosh aylanishi) reseptorlarining buzilgan funksiyasini aks ettiruvchi alomatlariga asoslangan.

Eshitish qobiliyatini yo'qotish Super o'tkazuvchilar eshitish qobiliyatini yo'qotish bilan tavsiflanadi, sensorinevral komponent kamdan-kam qo'shilishi mumkin. O'O'O ning aniq bosqichma-bosqich kursini hisobga olgan holda, har bir bosqichga klinik va diagnostik baho berish tavsiya etiladi .

O'tkir Evstaxeitning bosqichi birinchi navbatda eshitish naychasining funksiyasining buzilishi bilan tavsiflanadi, bu patologik jarayonning yanada rivojlanishiga sabab bo'ladi.

O'tkir kataral yallig'lanish bosqichi. Otoskopiya paytida: timpanik membrana giperemik va qalinlashgan, identifikasiya belgilarini aniqlash qiyin yoki aniqlanmaydi.

O'tkir yiringli yallig'lanish bosqichi. Ushbu bosqich o'rta quloqning infeksiyasidan kelib chiqadi. Shikoyatlar: quloqdagi og'riq keskin oshadi. Intoksikasiya belgilari ortib bormoqda: umumiy holat yomonlashadi, harorat febril raqamlarga yetadi.

Timpanik membrananing otoskopiya qilinganda giperemiyasi aniqlanadi, identifikasiya belgilari ko'rinmaydi, turli darajadagi timpanik membrananing shishishi mavjud. Yiringli sekretiya bosimi, uning proteolitik faolligi tufayli quloq pardasida teshilish paydo bo'lishi mumkin, bu orqali yiring tashqi eshitish kanaliga evakuasiya qilinadi.

Postperforativ bosqich. Otoskopik usulda timpanik membrananing teshilishi aniqlanadi, undan yiringli oqindi tashqi eshitish kanaliga kiradi.

Reparativ bosqich. Bemorlar bu bosqichda deyarli shikoyat qilmaydi. O'rta quloqdagi O'tkir yallig'lanish to'xtatiladi. Otoskopiya: quloq pardasining rangi va qalinligini tiklash. Teshilish ko'pincha chandiqlik bilan yopiladi. Biroq, o'rta quloq bo'shliqlarining shilliq qavatining tiklanishi hali sodir bo'lmagan

Bosqichma-bosqich diagnostik qidiruv algoritmi otorinolaringologlar uchun mavjud bo'lgan haqiqiy imkoniyatlar asosida buni qanday amalga oshirish mumkinligini ko'rsatadi

Leykotsitoz darajasini, shuningdek, ba'zi ehtimoliy qo'shma kasalliklarga xos bo'lgan boshqa ko'rsatkichlarning o'zgarishini baholash uchun O'O'O bilan og'riq barcha bemorlar uchun batafsil umumiy klinik qon testini o'tkazish tavsiya etiladi [5,10].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: leykotsitoz darajasi patogen bakterial mikroflorani jarayonga jalb qilish ehtimolini baholashga imkon beradi.

Kasallikning bakterial etiologiyasini tasdiqlash uchun kasallikning og'ir kechishiga shubha qilingan yoki murakkab diagnostika holatlarida O'O'O belgilari bo'lgan bemorlarning qonida prokalsitonin darajasini o'rganish tavsiya etiladi [10,32].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 4)

Izohlar: M. D. Bakradze (2009) sxemasi o'rta quloqning o'tkir yallig'lanishining bakterial shaklini farqlash va dori taktikasini aniqlash imkonini beradi (2-jadval).

Aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlar uchun yiringli ajralishni mikrobiologik (madaniy) tadqiqotlar tavsiya etiladi, bunda patogen va uning paratsentez paytida antibakterial yoki/va boshqa dorilarga sezgirliigi yoki og'ir va takroriy O'O'O bo'lgan bemorlarda timpanik bo'shliqdan oqindi borligi aniqlanadi. Statsionar davolanish uchun kasallikning etiologiyasini aniqlang va agar kerak bo'lsa, antibakterial terapiyani tuzating [1-3, 33,78].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izoxlar: timpanik bo'shliqdan patologik oqindi Valsalva sinovi paytida quruq steril paxta sumkasi bilan olinadi. Shundan so'ng, material aseptika qoidalariga muvofiq, transport ozuqa muhiti bilan sinov naychasiga kiritiladi va bakteriologik laboratoriyaga o'tkaziladi. Ularning tarkibidagi ozuqa vositalarini tashish etiologik ahamiyatga ega mikroorganizmlarning biologik xususiyatlariga mos kelishi kerak. Bakteriologik laboratoriyaga patologik materialni etkazib berish uchun maqbul vaqt 40 minut. Keyingi molekulyar genetik tadqiqotlar (shu jumladan virusli infeksiyalarni tekshirish uchun), shuningdek mass-spektrometrik tadqiqotlar uchun patologik substratni yuborishda maxsus transport ozuqa vositalaridan foydalanishga hojat yo'q. Shu bilan birga, sinov materialidagi faol yiring miqdori mikroorganizmlarning genetik materialini lizingga qodir proteolitik fermentlarning yuqori miqdori tufayli minimal bo'lishi kerak.

Instrumental diagnostika tadqiqotlari

Quloq pardasining egiluvchanligini aniqlash uchun O'O'O (quloq pardasidan reaktiv ko'rinishlar bo'lmasa) bo'lgan bemorlarda pnevmatik otoskopiya qilish tavsiya etiladi [34, 79].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: quloq pardasining egiluvchanligining pasayishi timpanik bo'shliqda yallig'lanish mavjudligini ko'rsatishi mumkin.

Akustik timpanometriya quloq pardasining egiluvchanligini aniqlash uchun pnevmatik otoskopiya imkoniyati bo'lmagan taqdirda O'O'O bilan og'rikan bemorlarga tavsiya etiladi [34, 80].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Patologik o'zgarishlarning tabiatini aniqlash va keyingi davolash taktikasini tanlash uchun kasallikning uzoq davom etishi (10 kundan ortiq), shuningdek aniq doimiy salbiy dinamika va/yoki mastoidit va intrakranial asoratlarga shubha qilingan hollarda O'O'O bilan og'rikan bemorlarda chakka suyaklarning kompyuter tomografiyasini o'tkazish tavsiya etiladi [5,42-44].

Tavsiya ishonchliligi darajasi C (dalillar ishonchliligi darajasi -5)

Temporal suyaklarning kompyuter tomografiyasi imkoniyati bo'lmasa, kasallikning uzoq davom etishi (10 kundan ortiq), shuningdek, aniq doimiy salbiy dinamika va/yoki shubha bilan O'O'O bilan og'rikan bemorlarda Shuller va Maerga ko'ra rentgenografiya qilish tavsiya etiladi. O'O'O ning murakkab kursini tasdiqlash uchun mastoidit va intrakranial asoratlar [5,6,12, 81].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

<https://diseases.medelement.com/disease/адгезивный-средний-отит/14756?ysclid=ltk1p4xrvm680190150>

Differentsial diagnostika

Tashxis	Differentsial diagnostika uchun asos	Tekshiruvlar	Tashxisni istisno qilish mezonlari
---------	--------------------------------------	--------------	------------------------------------

Adgeziv otit	qalinlashgan, harakatsiz quloq pardalari mavjud bo'lganda doimiy O'tkazuvchan eshitish qobiliyatini yo'qotish;	Timpanometriya, audiometriya	
Otoskleroz	Otoskleroz bilan og'rikan bemorlarda ekssudativ O'rta otit eshitish qobiliyatini yaxshilaydigan operatsiyadan oldin asemptomatik bo'lib, operatsiyadan keyin tovush uzatilishining pasayishiga olib keladi;	Timpanometriya, audiometriya	
Ekssudativ O'rta otit	quloq pardasi orqasida ekssudat belgilari va O'tkazuvchan eshitish qobiliyatini yo'qotish, bu boshning holatining O'zgarishi bilan O'zgaradi.	Timpanometriya, audiometriya	

Otitni ambulatoriya darajasida davolash.

Ambulatoriya darajasida davolash taktikasi:

Muhitni davolash strategiyasi timpanik bo'shliqni shamollatish va drenajlashni yaxshilashga, yuqori nafas yo'llari orqali Shilimshiqning umumiy migrasiya yo'llariga etarli drenajni ta'minlashga asoslangan. Shunday qilib, davolashda eng muhim narsa yopishqoq qalin sekresiyani yumshatish va suyultirishdir.

Dori-darmonsiz davolash:

Umumiy rejim III, stol № 15

Medikamentoz davolash

Kasalxonaning Otorinolarngologiya bo'limi sharoitida davolanish og'ir O'O'O bilan og'rikan barcha bemorlarga, shuningdek, adekvat terapiya fonida ijobiy dinamika bo'lmagan yoki har qanday vaqtda progressiv yomonlashuvi bo'lgan kasallikning dastlab yengil kursi bo'lgan bemorlarga ko'rsatiladi.

Og'riqni va/yoki febril reaksiyani bartaraf etish uchun O'O'O bilan og'rikan bemorlarga steroid bo'lmagan yallig'lanishga qarshi dorilarning (NYQDV) tizimli shakllarini buyurish tavsiya etiladi [4,5,12,35,45,46,50].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: agar bemorda quloq og'rig'i yoki tana haroratining 38,5 dan yuqori ko'tarilishi haqida shikoyatlar bo'lsa, O'O'O tarkibidagi NYQDV lar bir martalik qo'llaniladi (febril tutilish tarixi bo'lgan bemorlarda antipiretik ta'sirga ega dorilarni qo'llash kerak (propion

kislotasi hosilalari, ATS kodi:M01AE, va va anilidikod ATX: N02BE), tana haroratida 38,0. Agar kerak bo'lsa, dori-darmonlarni takroriy qo'llash, dozalar orasidagi chastota va interval preparatning ko'rsatmalariga mos kelishi kerak.

*6 yoshgacha bo'lgan bolalarda analjeziya va febril reaksiyani bartaraf etish uchun faqat ikkita dori ishlatilishi mumkin – paratsetamol** (ATS kodi: N02BE01) kuniga 60 mg / kg gacha (10-15 mg / kg / qabul qilish)yoki ibuprofen** (ATS kodi: M01AE01) 30 mg /kunkg / kun (8-10 mg / kg / doza) gacha.*

Klinik foydalanish uchun tasniflash qulay bo'lib, unga ko'ra NYQDV lar og'riq qoldiruvchi va yallig'lanishga qarshi ta'sirning turli darajadagi og'irligiga ega dorilarga bo'linadi:

Kuchli analgezik va yengil yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega dorilar (natriy metamizol, paratsetamol**, Atsetilsalisil kislotasi** kuniga 4 g gacha dozada);

Analgezik va o'rtacha aniq yallig'lanishga qarshi ta'sirga ega dorilar (propion kislotasi hosilalari va fenamatlar);

Kuchli analgezik va aniq yallig'lanishga qarshi xususiyatlarga ega dorilar (pirazolonlar, sirka kislotasi hosilalari, oksikamlar, Atsetilsalisil kislotasi ** kundalik dozada 4 g yoki undan ko'p va boshqalar).

O'O'O og'riq sindromini davolashda ustun analgezik ta'sirga ega dorilar yanada keng qo'llaniladi [12,50].

Voyaga yetgan bemorlarda ketoprofen preparatlarini qo'llash mumkin** (ATS kodi: M01AE03). Ketoprofen lizin tuzi shaklidagi faol moddasi bo'lgan ketoprofen preparatlari * * ma'lum farmakologik afzalliklarga ega. [55-57].

NYQDVlarni qo'llash mumkin bo'lmaganda og'riq va yallig'lanishni kamaytirish uchun Rossiya Federasiyasi hududida ro'yxatdan o'tgan SOG2 bostirilmadan yallig'lanish vositachilariga tasdiqlangan Modulyasion ta'sirga ega ko'p komponentli gomeopatik dorilar ishlatilishi mumkin [39-41, 47, 48].

Otalgiyaning og'irligini yengillashtirish/kamaytirish uchun timpanik membrananing teshilishi bo'lmagan taqdirda O'O'O bilan og'riq bemorlarda mahalliy analgezik terapiyani o'tkazish tavsiya etiladi[4-6,9,12,50].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: mahalliy analgezik terapiya uchun lidokain+fenazonni quloq tomchilari shaklida qo'llash maqsadga muvofiqdir (ATS kodi: S02DA30).

Etiotropik davolash uchun ko'rsatilgan bo'lsa, O'O'O bilan og'riq bemorlarga tizimli antibakterial terapiya tavsiya etiladi [4,5,12,13-18,33,3638,45,46,49,50,65].

Tavsiyalarning ishonchliliigi darajasi C (dalillarning ishonchliliigi darajasi – 5)

Izoxlar: tizimli antibakterial terapiyani tayinlash ikki yoshgacha bo'lgan bolalarda O'O'O ning klinik belgilari uchun, O'O'O ning yiringli shaklining ishonchli belgilari mavjud bo'lganda, O'O'O ning takroriy kursi bilan, kasallikning klinik belgilarini 72 soat davomida saqlab turganda, birga keladigan patologiyasi bo'lgan bemorlarda zarur bu kasallikning salbiy kechishi xavfini oshiradi. Shuningdek, dastlabki tekshiruvdan boshlab

2-3 kun ichida otorinolaringolog tomonidan keyingi tekshiruv o'tkazish imkoniga ega bo'lmagan bemorlarga tizimli antibakterial terapiyani buyurish masalasini ko'rib chiqish tavsiya etiladi (3-jadval).

3-jadval-bolalarda O'O'O da tizimli antibakterial terapiya uchun ko'rsatmalar

Ko'rsatma	Izoxlar
Bemorning yoshi 2 yoshdan kichik	Kasallikning murakkab kechishi xavfini kamaytirish uchun barcha holatlarda O'O'O klinik belgilari mavjud bo'lganda tizimli antibakterial terapiyani tayinlash tavsiya etiladi
O'O'O ning yiringli shakli	Bemorning yoshidan qat'iy nazar, tizimli antibakterial terapiyani buyurish tavsiya etiladi: timpanik membrananing teshilishi va timpanik bo'shliqdan yiringli oqindi; nog'ora parda perforasiyasini yo'qligida O'O'O O'tkir yiringli yallig'lanish klinik belgilari bilan bemorlar, lekin quloq og'riq shikoyatlar huzurida og'riq qoldiruvchi ta'siri bilan dori foydalanish bilan ozod emas (propion kislotasi hosilalari, ATS kodi: M01AE, va anilides ATS kodi: N02BE)va otoskopik o'zgarishlar, masalan: quloq pardasining aniq giperemiyasi, identifikasiya belgilarining etishmasligi, turli darajadagi quloq pardasining shishishi
O'O'O belgilarining 72 soatdan ortiq davom etishi	Bemorning yoshidan qat'iy nazar, tizimli antibakterial terapiyani buyurish tavsiya etiladi, shu bilan birga O'O'O belgilari (quloq og'rig'i, isitma reaksiyasi yoki O'O'O otoskopik belgilari mavjud bo'lganda umumiy intoksikasiyaning boshqa belgilari) 72 soat yoki undan ko'proq vaqt davomida saqlanadi. kasallikning birinchi belgilari
O'O'O ning residiv kechishi	Bemorning yoshidan qat'iy nazar, tizimli antibakterial terapiyani buyurish tavsiya etiladi, agar anamnezga ko'ra, oxirgi 3 oy ichida 6 yoki 4 yoki undan ortiq O'O'O epizodlari bo'lgan bo'lsa o'tgan yili O'O'O ning ko'proq epizodlari
Birgalikda patologiya bu yuqori xavfni keltirib chiqaradi kasallikning salbiy kursi	Agar bemorda birga keladigan patologiya bo'lsa, bemorning yoshidan qat'iy nazar, tizimli antibakterial terapiyani buyurish tavsiya etiladi : qandli diabet, klinik tasdiqlangan immunitet tanqisligi, kist fibrozisi, silier

	diskineziya sindromlari, Daun sindromi, qattiq va yumshoq tanglayning tug'ma anomaliyalari
--	--

Izoxlar: agar bemor oldingi 30 kun ichida qabul qilmagan bo'lsa, yiringli konyunktivit bo'lmasa va o'tmishda aminoPenitsillinlarga nisbatan muhosasizlik tarixi bo'lmasa, shifokor O'O'O uchun amoksitsillin** ni buyurishi kerak.

Yetakchi patogenlarning hududiy qarshiligini hisobga olish kerak. Agar bemorda antibiotiklarga chidamliligi yuqori bo'lgan pnevmokokk shtammiga ega bo'lish xavfi yuqori bo'lsa, amoksitsillin** ning yuqori dozalarini qo'llash tavsiya etiladi (ATS kodi: J01SA04) bolalarda kuniga 80-90 mg/ kg va kattalarda kuniga 1000 mg 3 marta. Biroq, Rossiya Federasiyasining aksariyat hududlarida amoksitsillin** ni "standart" dozada buyurish tavsiya etiladi : 500-1000 mg kuniga 3 marta kattalar va 40 kg dan ortiq og'irlikdagi bolalarda va 45-60 mg / kg / kun bolalarda.

Penitsillinlarning kombinatsiyalarini, shu jumladan betalaktamaza ingibitorlari yoki 3-avlod sefalosporinlari bilan kombinatsiyalarni ko'rsatmalar mavjud bo'lganda va kontrendikatsiyalar bo'lmasa, O'O'O bilan og'rigan bemorlarda tizimli antibakterial terapiya uchun ikkinchi darajali dorilar sifatida qo'llash tavsiya etiladi [4,5,12,13-18,33,36-38,45,46,49,50,65].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izoh: bu amoksitsillin o'zgartirish uchun uch kundan keyin yetarli klinik ta'siri yo'qligida O'O'O bilan bemorlarga tavsiya etiladi *(ATS kodi: j01sa04) amoksitsillin+[klavulan kislotasi] uchun *(ATS kodi:j01sr02) yoki tsefiksim (ATS kodi: j01dd08) betalaktamaz ta'sir qilish maqsadida - gemofilus Basillus va moraktsella shtammlarini ishlab chiqarish.

S. pneumoniae, agar ortib borayotgan otalgiya va harorat bo'lsa, o'z-o'zidan teshilish paydo bo'ldi.

Antibiotik	Doza	Oziq-ovqat iste'mol qilish bilan bog'liqlik
	Kattalar	
Tanlangan dorilar		
Amoksitsillin+[klavulan kislotasi]3** (kod ATX:J01CR02)	500/125 mg kuniga 3 marta yoki 875/125 mg kuniga 2 marta	Ovqatlanish boshida
Amoksitsillin+[klavulan kislotasi]4** (kod ATX:J01CR02)	3,6 g / kuniga 3 ta in'ektsiya	Farqi yo'q
Ampisillin+[sulbaktam][3]**(kod ATX J01CR01)	500/500 mg kuniga 3 marta yoki 875/125 mg kuniga 2 marta	Farqi yo'q
Tseftriakson[4]** (kod ATX: J01DD04)	2.0-4.0 g / kun 1 inektsiya	Farqi yo'q
Penitsillinlarga allergiya bo'lganda (anafilaktik emas)		
Tsefuroksim** (kod ATX: J01DC02)	1,0 g / kun 2 dozada 30 mg / kg / kuniga 2 dozada	Ovqatdan keyin darhol
Tsefiksim (kod ATX: J01DD08)	400 mg / kun 1 dozada 8 dozada kuniga 1 mg / kg	Farqi yo'q

Penitsillinlar va tsefalosporinlarga allergiya bo'lganda		
Azitromisin**(kod ATX J01FA10)	500 mg / kun 1 dozada Kuniga 40-50 mg / kg 2-3 qabullar	Farqi yo'q
Klaritromisin**(kod ATX: J01FA09)	1000 mg / kun 2 dozada (SP shakli-1 dozada) 15 mg / kg / kun 2 dozada	Farqi yo'q

Penitsillinga chidamli S. Pnevmoniya, agar oldingi davolash aminopenitsillinlar (Beta-laktam antibakterial preparatlar: Penitsillinlar; ATS kodi: J01S), makrolidlar, agar antibiotik profilaktikasi o'tkazilgan bo'lsa yoki ros tarixi bo'lsa.

Agar alomatlar yengil bo'lsa, S. Pnevmoniya ning mavjudligi kamroq bo'ladi va oldingi davolash amoksitsillinning yetarli dozalari bilan o'tkazilgan**. H. influenzae, agar otit va kon'yunktivit belgilarining kombinatsiyasi bo'lsa.

D-laktamaza hosil qiluvchi N. influenzae yoki M. Katar: agar oldingi oy davomida antibakterial terapiya o'tkazilgan bo'lsa; Agar amoksitsillin bilan 3 kunlik davolash kursi** samarasiz bo'lsa; tez-tez kasal bo'lgan yoki bolalar bog'chasiga boradigan bolada.

Agar oldingi terapiya 3-avlod sefalosporinlari bilan o'tkazilgan bo'lsa, H. influenzae mavjudligi ehtimoli kamroq.

Streptococcus pyogenes, agar kasallik isitma, quloq pardasining o'z-o'zidan teshilishi, otoreya, yuqori yoki pastki nafas yo'llarining belgilari bilan tez rivojlanisa.

ATX guruhi makrolidlarining antibakterial preparatlarini ko'rsatmalar mavjud bo'lganda va kontrendikatsiyalar bo'lmasa, O'O'O bo'lgan bolalar uchun tizimli antibakterial terapiyaning uchinchi darajali dorilari sifatida qo'llash tavsiya etiladi

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

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izox: makrolidlar S. Pnevmoniya ning yuqori darajadagi qarshiligi (40% dan ortiq) va N. influenzae ga qarshi aniq faollikning yo'qligi tufayli birinchi tanlov dori emas.

CHKO'O va RO'O'O bilan og'rigan bemorlarga amoksitsillin+[klavulan kislotasi]** (ATX kodi:J01SR02) yoki sefiksim (ATS kodi: J01DD08) [12,18,49,50] og'iz orqali davolashni boshlash tavsiya etiladi .

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izoxlar: afzal antibiotiklar og'zaki shakllariga berilishi kerak. Shuni esda tutish kerakki, yaqinda ampitsillin** yoki amoksitsillin** kurslarini olgan bemorlarda beta-laktamazalarni ishlab chiqaradigan mikroorganizmlarni ajratish ehtimoli yuqori. Yosh bolalar uchun dozani yetarli darajada tuzatish uchun antibakterial preparatlar suspenziya yoki dispers tabletkalar shaklida buyuriladi. Parenteral (mushak ichiga yuborish yo'li) asoratlar xavfi yuqori bo'lgan taqdirda mumkin.

Antibiotik terapiyasi kursining standart davomiyligi (7-10 kun) O'O'O bilan og'rigan bemorlarga tavsiya etiladi [4,5,12,13-19,33,36-38,45,46,49,50].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izox: 2 yoshgacha bo'lgan bolalar, otoreya va birga keladigan kasalliklarga chalingan bolalar uchun uzoqroq terapiya kurslari ko'rsatiladi. CHKO'O va RO'O'O uchun antibiotik terapiyasi shartlari individual ravishda belgilanadi, ular odatda uzoqroq (og'iz orqali yuborish bilan – kamida 14 kun). Tizimli antibakterial terapiya kursi otoreya yengillashguncha yakunlanmasligi kerak, deb ishoniladi.

O'O'O, CHO'O'O va RO'O'O da antibiotik terapiyasining samarasizligining sabablari quyidagi omillar bo'lishi mumkin: antibiotiklarning yetarli darajada dozasi, yetarli darajada so'rilmashligi, yomon muvofiqligi, yallig'lanish markazida preparatning past konsentratsiyasi.

Tetrasiklinlar, linkozamidlar, aminoglikozidlar guruhlaridan antibiotiklar va sulfanilamidlar va trimetoprimning kombinatsiyalangan preparatlari, shu jumladan hosilalari (ko-trimoksazol) O'O'O* * ni davolash uchun tavsiya etilmaydi (ATX kodi J01EE01) [17,49,50].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izohlar: ushbu dorilar S. pnevmoniya va/yoki H. influenzae ga qarshi faol emas va xavfli yon ta'sirlardan mahrum emas (ko-trimoksazolda Layell va Stivens-Jonson sindromlarini rivojlanish xavfi**(ATS kodi J01EE01) va gentamisinda ototoksiklik**(ATX kodi J01GB03).

Postperforativ bosqichda O'O'O bilan og'rigan bemorlarga tizimli antibakterial terapiyani davom ettirish tavsiya etiladi [4,5,12,13-18,33,36-38,45,46,49,50].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Rifampitsin** (ATS kodi S02AA12) va ftorxinolonlarga asoslangan transtimpanal quloq tomchilaridan O'O'O ning postperforativ bosqichida kompleks terapiyada foydalanish tavsiya etiladi [4,5,6,9,17,72].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi – 3)

Izox: timpanik membrananing teshilishi va yiringlashning paydo bo'lishi o'tkir otitning klinik kursining rasmini sezilarli darajada o'zgartiradi va terapevtik taktikani tegishli ravishda qayta qurishni talab qiladi. Aminoglikozid, alkogolli tomchilarni o'z ichiga olgan osmotik faol quloq tomchilari mumkin bo'lgan ototoksik ta'sir tufayli ishlatilmasligi kerak.

Antikonjestif vositalarning burun shakllarini - alfaadrenomimetikani (ATS kodi: r01a dekonjestanlari va topikal foydalanish uchun boshqa dorilar) barcha bosqichlarda O'O'O bilan og'rigan bemorlarga relief terapiyasi (burun obstruktsiyasini bartaraf etish va eshitish naychasining funksiyasini tiklash uchun, O'O'O rivojlanishining asosiy sababi sifatida) buyurish tavsiya etiladi . [11,29,30]

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: nafazolinning burun shakllari (ATS kodi: R01AA08) aniq toksik ta'sirga ega va ularni ishlatmaslik kerak otorinologik amaliyot. Nafazolindan foydalanish bolalarda dekonjestan zaharlanishining asosiy sababidir [59]. 0-6 yoshli bolalarda

fenilefrin (ATS kodi: R01AB01) 0,125%, oksimetazolin (ATS kodi: R01AB07) 0,01-0,025%, ksilometazolin** (ATS kodi: R01AB06) 0,05% (2 yoshdan boshlab) ishlatiladi. Antikongestik vositalarning burun shakllari-alfa-adrenomimetika (ATS kodi: r01a dekonjestanlari va topikal foydalanish uchun boshqa dorilar) O‘O‘O bilan og‘rigan bemorlarni davolashda qo‘llanilishi kerak, ammo qat’iy belgilangan va shifokor nazorati ostida. Dori-darmonli rinit va tizimli salbiy ta’sirlarni rivojlanish xavfi tufayli ulardan foydalanish 5-7 kun bilan cheklanishi kerak [59].

Burun bo‘shlig‘ini tozalash uchun O‘O‘O bilan kasallangan barcha bolalarga eliminatsiya va sug‘orish terapiyasini buyurish tavsiya etiladi [31].

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izohlar: burun bo‘shlig‘ini kuniga 1-2 marta izotonik steril dengiz suvi eritmasi bilan sug‘orish (ATS kodi: R01AX10) burun belgilarining og‘irligini kamaytirishga va keyinchalik dori vositalaridan mahalliy foydalanish uchun maqbul sharoitlarni yaratishga imkon beradi.

Mukosilyar transportni yaxshilash uchun tushirish terapiyasining tarkibiy qismi sifatida O‘O‘O bilan og‘rigan bemorlarga ekspektoran mukolitik preparatlarni (ATS kodi: R05SB) buyurish tavsiya etiladi [22,23,26,28,50,53,54,58-60,68,69].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izox: O‘O‘O terapiyasida timpanik bo‘shliqni mukosilyar tozalashni va eshitish naychasining drenaj funksiyasini yaxshilash muhim vazifadir. Nafas olish yo‘llari kasalliklarida yuqori nafas yo‘llari va quloqning atriyal fibrilasiyasining buzilishi timpanik bo‘shliqdan patologik ekssudatni evakuatsiya qilishni qiyinlashtiradi. Kasallikning dastlabki bosqichlarida mukolitik preparatlarni qo‘llash yuqori nafas yo‘llari va quloqning kiprikli epiteliysi ishini tezroq tiklashga yordam beradi, O‘rta quloqning mukosilyar tozalanishiga yordam beradi.

Shuni esda tutish kerakki, bronxial patologiyada o‘zini yaxshi isbotlagan har bir mukolitik O‘O‘O ni davolash uchun ishlatilishi mumkin emas. Shuning uchun, ushbu guruhning preparatini buyurishdan oldin, foydalanish bo‘yicha ko‘rsatmalar va unda ko‘rsatilgan ro‘yxatdan o‘tgan ko‘rsatmalar bilan tanishib chiqish kerak.

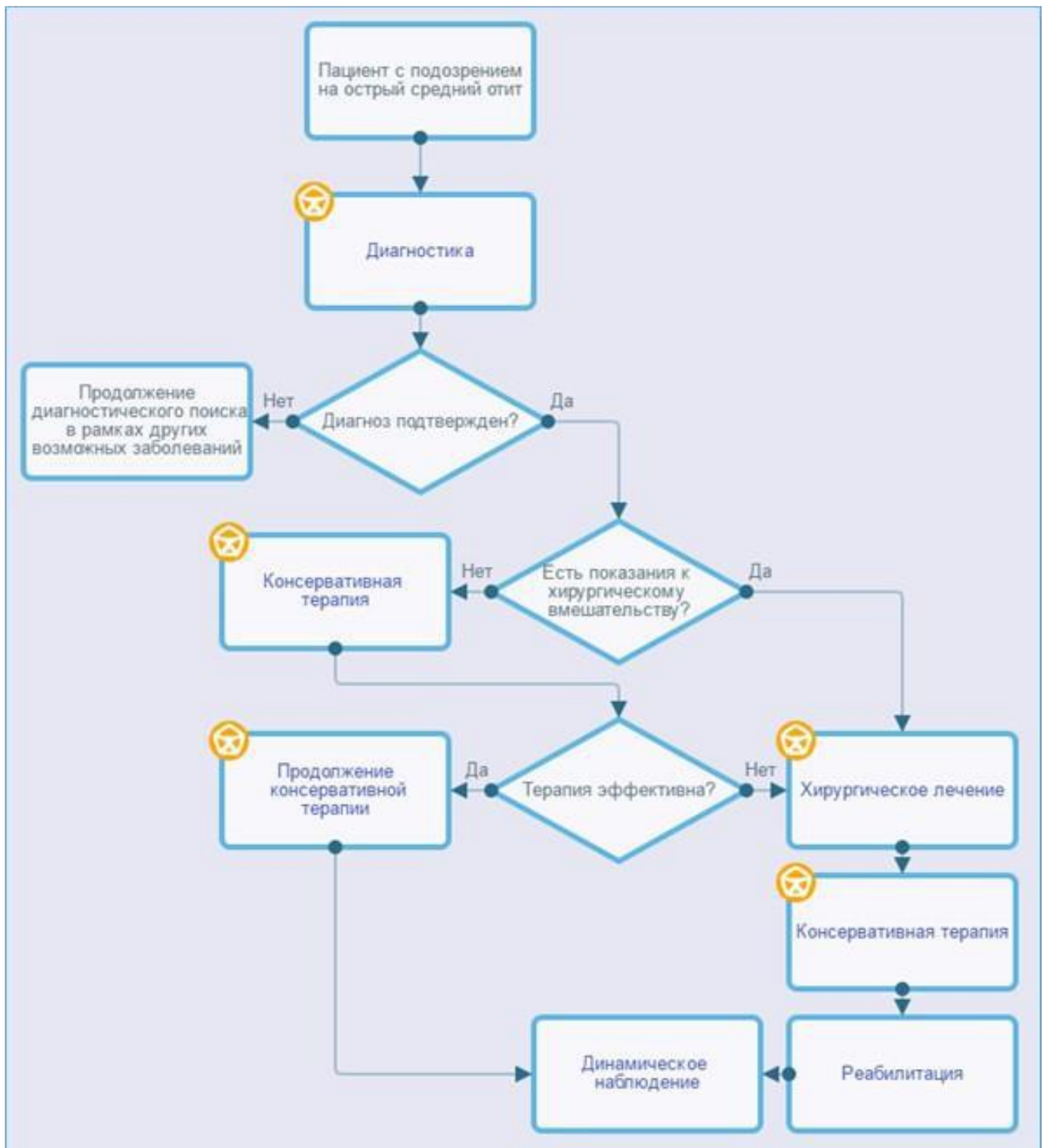
Erkin guruhlarni o‘z ichiga olgan to‘g‘ridan-to‘g‘ri mukolitik preparatlar, masalan, atsetilsistein** (ATS kodi: R05SB01), shu jumladan timpanik bo‘shliqqa, shuningdek karbosisteinga asoslangan bilvosita mukolitik ta’sirga ega dorilar (ATS kodi: R05SB03) uchun ishlatiladi. Karbosistein mukus drenajining yaxshilanishiga va epiteliyning normal fiziologik funksiyalarini tiklashga olib keladi [53,54,58-60].

Lizin monogidrat shaklidagi faol moddaga ega karbosistein preparatlari ma’lum farmakologik afzalliklarga ega. Karbosistein molekulasiga lizin qo‘shilishi mukusning xususiyatlariga ijobiy ta’sir ko‘rsatadi, oshqozon-ichak traktidagi salbiy hodisalarni kamaytiradi [27,50]. Bu preparatlar, tasdiqlangan mukoaktiv ta’sirga ega va Rossiya Federasiyasi hududida dori-darmonlar sifatida ro‘yxatga olingan murakkab gomeopatik preparatlar O‘O‘O ni kompleks davolashga kiritilishi mumkin, chunki ular o‘rta quloqni mukosilyar tozalashga hissa qo‘shadi va ularning klinik samaradorligi va xavfsizligi tasdiqlangan [20-26,28].

Tibbiy yordamni tashkil etish bemorlarni boshqarish algoritmiga muvofiq amalga oshiriladi (B ilova).

Bemorni kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: shoshilinch kasalxonaga yotqizish og'ir O'O'O bilan og'rikan barcha bemorlarga, shuningdek, kasallikning dastlab yengil kursi bo'lgan bemorlarga 3-5 kun davomida yetarli terapiya fonida ijobiy dinamika bo'lmasa yoki har qanday vaqtda progressiv buzilish bilan ko'rsatiladi

Bemorni bo'shatish uchun ko'rsatmalar: O'O'O bilan og'rikan bemor kamida oxirgi 3 kun davomida barqaror qoniqarli holatga erishgandan so'ng kasalxonaning Otorinolaringologiya bo'limidan chiqarilishi mumkin.



Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

- Eshitishni tiklash;
- Quloqdagi sekretsiyalarning sifat ko'rsatkichlarining yo'qolishi yoki kamayishi;
- Evstaxi naychasining o'tkazuvchanligini yaxshilash.

5. Tibbiy yordam turlarini hisobga olgan holda kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

Rejalashtirilgan kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar:

konservativ terapiyani ambulatoriya sharoitida amalga oshirish uchun sharoit bo'lmagan taqdirda o'tkazish uchun;

konservativ davo samaradorligi emas, balki dastlab jarrohlik davolash uchun

Shoshilinch kasalxonaga yotqizish uchun ko'rsatmalar: taqdim etilmagan

6. Statsionar darajada davolash taktikasi:

ambulatoriya darajasiga qarang

Davolashning boshqa turlari:

- elektroterapiya (galvanizasiya va faradifikasiya, vazomotor, trofik, elektrolitik ta'sir uchun mo'ljallangan impulsli magnit terapiya);
- endaural elektroforez;
- endaural ultrafonoforez.

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

Reanimasiya bo'limiga O'tkazish uchun ko'rsatmalar:

- hayotga tahdid soladigan holatning yomonlashishi.

Davolash samaradorligi ko'rsatkichlari:

- tashxis qo'yilgan bemorlarda va/yoki tadqiqot usullari bilan eshitish qobiliyatini tiklash;
- tashxis qo'yilgan bemorlarda va/yoki tadqiqot usullari bilan eshitish qobiliyatini yaxshilash;
- tashxis qo'yilgan bemorning qulog'idagi yiringni va/yoki tadqiqot usullari bilan yo'q qilish;
- tashxis qo'yilgan bemorlarning qulog'idagi yiringni, shovqinni va/yoki tadqiqot usullari bilan kamaytirish.

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

2-jadval-tibbiy yordam sifati mezonlari

№	Sifat mezonlari	Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi	Dalillarning ishonchlilik darajasi
1.	Otorinolarolog tomonidan tekshiruv o'tkazildi	C	5
2.	Timpanik membrananing paratsentezi otorinolarolog tomonidan tibbiy ko'rsatmalar mavjud bo'lganda tekshirilgandan so'ng amalga oshirildi	B	2
3.	Patogenni va uning paratsentez paytida antibakterial yoki/va boshqa dorilarga sezgirligini yoki statsionar bemorlarda timpanik bo'shliqdan oqindi borligini aniqlash uchun aerob va fakultativ anaerob mikroorganizmlarga yiringli oqishni mikrobiologik (madaniy) tadqiqotlar o'tkazildi	B	3
4.	Agar ko'rsatilsa, tizimli antibakterial terapiya buyuriladi	A	1
5.	Tizimli nosteroid yallig'lanishga qarshi dorilar ko'rsatmalar mavjud bo'lganda va qarshi ko'rsatma bo'lmasa buyurilgan	A	1

"O‘TKIR O‘RTA OTIT"
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA TIBBIY ARALASHUV
MILLIY KLINIK PROTOKOLI

TASHKENT – 2025

1. Asosiy qism

Kirish

O'rta quloqdagi o'tkir yiringli jarayon, tibbiy davolanish bilan hal etilmaydi, timpanik bo'shliq tarkibini miringotomiya - paratsentez bilan evakuatsiya qilishni talab qiladi

Agar ko'rsatilgan bo'lsa, O'O'O bilan og'rigan bemorlarda paratsentez (miringotomiya) qilish tavsiya etiladi [5,6,63-65].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

Izox: agar ko'rsatilgan bo'lsa paratsentez faqat otorinolog tomonidan amalga oshiriladi. Paratsentez og'ir klinik alomatlar (quloq og'rig'i, isitma) va otoskopik rasm (shish, quloq pardasining infiltratsiyasi) uchun O'O'O ning noperforativ shaklida ko'rsatiladi. Paratsentez nosterallig'lanishga qarshi dorilar bilan bartaraf etilmaydigan og'riq belgilari bo'lgan bemorlarda ko'rsatiladi yoki bu dorilarni qabul qilish ta'siri qisqa muddatli bo'ladi. Tizimli antibakterial terapiya boshlanganidan 48-72 soat o'tgach, O'O'O belgilari va / yoki umumiy intoksikatsiya belgilari zo'ravonligida ijobiy dinamikaga ega bo'lmagan bemorda paratsentezni o'tkazish kerak.

Tizimli antibakterial terapiya fonida paratsentezni amalga oshirish intratemporal va kamroq darajada intrakranial asoratlarda belgilari bo'lgan bemorlarga birinchi yordam sifatida qaralishi mumkin, ammo bu holatlarda bemorni sanitarizatsiya operatsiyasiga tayyorlash uchun ozgina vaqt topishga imkon beradi (antrotomiya yoki antromastoidotomiya).

O'O'O bilan bog'liq barcha shubhali vaziyatlarda ("qilish yoki qilmaslik") qaror paratsentez foydasiga qabul qilinishi kerak.

Yiringli infeksiyaning markazini to'kish uchun INTRATEMPORAL yoki intrakranial asoratlarda bo'lsa, O'O'O bilan og'rigan bemorlarga shoshilinch jarrohlik davolash tavsiya etiladi [12,64,77].

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izohlar: shoshilinch operatsiya kasalxonada umumiy og'riqsizlantirish ostida amalga oshiriladi.

[1] beta-laktamlarga pnevmokokk qarshilik uchun xavf omillari bo'lmasa (oldingi 3 oy ichida antibiotiklardan foydalanish, oilada maktabgacha yoshdagi bolalarning bolalar muassasalariga borishi, "yopiq" muassasalarda yashovchi bolalar va kattalar).

[2] beta-laktamlarga pnevmokokk qarshilik uchun xavf omillari mavjud bo'lganda (oldingi 3 oy ichida antibiotiklardan foydalanish, oilada maktabgacha yoshdagi bolalarning bolalar muassasalariga borishi, "yopiq" muassasalarda yashovchi bolalar va kattalar).

[3] asoratlarning yuqori xavfi bilan.

Ba'zi hollarda, O'O'O ning reparativ bosqichida o'rta quloq bo'shliqlarining aeratsiyasi va gaz almashinuvini tiklashga qaratilgan terapevtik otorinologik manipulyatsiyalar talab qilinadi.

Ekssudativ otit vositalarini istisno qilish uchun timpanik membrananing harakatchanligini baholash uchun O‘O‘O dan 3-4 hafta o‘tgach, bemorni pnevmatik otoskopiya yoki timpanometriya bilan keyingi tekshirish tavsiya etiladi [5,6,34]

Tavsiyalarning ishonuvchanlik darajasi C (dalillarning ishonchlilik darajasi 5)

O‘O‘O [5,6] dan keyin eshitish qobiliyatini yo‘qotish shikoyati bo‘lgan bemorlar uchun otorinolaringologga murojaat qilish tavsiya etiladi.

Tavsiya ishonchliligi darajasi C (dalillar ishonchliligi darajasi 4)

Reparativ bosqichda [4,5,6,50,68] O‘O‘O bilan og‘rigan bemorlarda eshitish naychasi, aeratsiya va timpanik bo‘shliqning gaz almashinuvi funksiyasini tiklashga qaratilgan otorinolaringologik tadbirlarni o‘tkazish tavsiya etiladi .

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Izox: otorinolaringologning harakatlari eshitish va O‘rta quloq bo‘shliqlarining shamollatilishini tiklashga qaratilgan bo‘lishi kerak, chunki bu bosqichda o‘tkir holatning surunkali kasallikka aylanishi xavfi katta, ayniqsa takroriy otitli bolalarda. O‘rta quloq bo‘shliqlarining aeratsiyasini tiklash ob‘ektiv tadqiqot usullari, shu jumladan timpanometriya bilan tasdiqlanishi kerak.

Qo‘llash mumkin bo‘lmagan hollarda qo‘shma rehabilitatsiya taktikasini ishlab chiqish uchun reparativ bosqichda O‘O‘O bilan og‘rigan bemorlar uchun fizioterapevtga murojaat qilish tavsiya etiladi [50,68]

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Mutaxassislar maslahati uchun ko‘rsatmalar:

birgalikda patologiya mavjud bo‘lganda tor mutaxassislarning maslahati.

**"O‘TKIR O‘RTA OTIT"
NOZOLOGIYASI BO‘YICHA PROFILAKTIKA VA
REABILITATSIYA MILLIY KLINIK PROTOKOLI**

TASHKENT – 2025

Profilaktika choralari:

O'tkir otitni o'z vaqtida va yetarli darajada davolash, surunkali O'O'O klinik ko'rinishlari pasaygandan so'ng, bemorlar otorinolog tomonidan kuzatilishi kerak, ayniqsa O'O'O ning takroriy yoki uzoq muddatli kursi bo'lgan bolalar O'O'O ning postperforativ bosqichida bemorning dinamik monitoringi quloq pardasi yaxlitligini tiklash va o'rta quloq bo'shliqlarini aeratsiya qilishni baholash uchun zarur, otomikroskopiya yordamida audiologik tadqiqotlar (timpanometriya) o'tkazish tavsiya etiladi .

Medikamentoz profilaktika

Pnevmokokk infeksiyasi, shu jumladan o'tkir otitis media xavfini kamaytirish uchun barcha bolalarni milliy emlash taqvimiga muvofiq pnevmokokk infeksiyasiga qarshi emlash tavsiya etiladi [70,71,73].

Tavsiyalarning ishonchlilik darajasi A (dalillarning ishonchlilik darajasi

– 1)

Izox: pnevmokokka qarshi 7, 10 yoki 13 valentli konyugat vaktsinasi bilan emlash hayotning dastlabki 5 yilida bolalarda O'O'O kasalligi xavfini sezilarli darajada kamaytiradi. Shu bilan birga, takroriy O'O'O bo'lgan bolalarda pnevmokokka qarshi emlash samaradorligi to'g'risida dalillar yetarli emas. Bir yoshdan oshgan bolalarda pnevmokokka qarshi emlash patogenetik jihatdan asosli, ammo yetarli dalillar bazasiga ega emas. Hozirda vaktsinalar mavjud bo'lmagan Haemophilus influenzae shtammlari O'O'O etiologiyasida muhim rol o'ynaydi [68, 69].

Nemedikamentoz profilaktika

RO'O'O bilan og'rigan bemorlarda qarshi ko'rsatmalar bo'lmasa, kasallik epizodlarining qaytalanish xavfini kamaytirish uchun timpanostomiya qilish tavsiya etiladi

Tavsiyalarning ishonchliligi darajasi C (dalillarning ishonchliligi darajasi 5)

Adabiyotlar ro‘yxati

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. Богомильский 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. *PLoS One.* 2016; II: e0150949.
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., Hildebrandt 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 Woodworth 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, Tschaikein 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., Morphew 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, Candreia 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.