

Приложение 5
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства здравоохранения
Республики Узбекистан

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ПЕДИАТРИИ

НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЦЕНТАЛЬНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ
БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ».

Ташкент – 2025

"СОГЛАСОВАН"
Директор Республиканского
специализированного
научно-практического медицинского
центра педиатрии
Абдукаюмов А.А. _____
» _____ 2025 ____ года

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЦЕНТРАЛЬНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ
БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ».**

Ташкент – 2025

ОГЛАВЛЕНИЕ:

- 1) «ТИПОВАЯ СТРУКТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ» 6
- 2) «ТИПОВАЯ СТРУКТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА» 19
- 3) «ТИПОВАЯ СТРУКТУРА НАЦИОНАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИЛИ РЕАБИЛИТАЦИИ» 29

**НАЦИОНАЛЬНЫЕ КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОТОКОЛЫ
ПО НОЗОЛОГИИ «ЦЕНТАЛЬНАЯ ПЕРФОРАЦИЯ
БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ».**

1. Вводная часть

Настоящий клинический протокол включает в себя рекомендации по диагностике, медицинскому вмешательству, лечению, профилактике и реабилитации пациентов (детей) с болезнью **врожденные аномалии уха, вызывающие нарушение слуха у детей**, базирующиеся на международных платформах: Всемирная организация здравоохранения. Потеря слуха у детей: стратегии профилактики и лечения (https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557887/#_article-30703_s7), и публикаций, вошедших в базы данных PubMed, Tesseract и адаптирован согласно клиническим протоколам, стандартам диагностики и лечения по направлению «Оториноларингология».

Коды по МКБ-10:

МКБ-10	
H72	Перфорация барабанной перепонки
H 72.0	Центральная перфорация барабанной перепонки
H72.1	Перфорация барабанной перепонки в области аттика Перфорация pars flaccida
H72.2	Другие краевые перфорации барабанной перепонки
H72.8	Другие перфорации барабанной перепонки Перфорация(ии): <ul style="list-style-type: none">• множественные барабанной перепонки• полная барабанной перепонки
H72.9	Перфорация барабанной перепонки неуточненная
	https://mkb-10.com/
МКБ-11	
AV13	Перфорация барабанной перепонки
AV13.0	Центральная перфорация барабанной перепонки
AV13.1	Перфорация барабанной перепонки в области аттика Перфорация pars flaccida
AV13.2	Другие краевые перфорации барабанной перепонки
AV13.Z	Другие перфорации барабанной перепонки Перфорация(ии): <ul style="list-style-type: none">• множественные барабанной перепонки• полная барабанной перепонки Перфорация барабанной перепонки неуточненная
	МКБ-11. www.who.int.

Дата разработки: 2025г.

Дата пересмотра: 2026г.

Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта: Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Состав рабочей группы по созданию национального клинического протокола:

Иноятова Флора Ильясовна - Академик АН РУз, руководитель отдела гепатологии. Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр педиатрии МЗРУз;

№	Фамилия	Звание/ степень	Место работы	контакты
1	Абдукаюмов А.А.	Д.М.Н.,Директор	РСНПМЦП	901873690
2	Наджимутдинова Н.Ш.	Д.М.Н.,Доцент	РСНПМЦП	911654485
3	Амонов Ш.Э.	ДМН,проф.,зав.каф.	ТашПМИ	983055700
4	Хасанов У.С	Д.М.Н. Профессор	ТТА	908082971
5	Арифов С.С.	Д.М.Н. Профессор	ТИУВ	933884869
5	Карабаев Х.Э..	Д.М.Н.,Профессор	ТашПМИ	908059490
6	Эргашев У.М.	К.М.Н.	ТТА	90 351 62 98
7	Эргашев Ж.Ж.	К.М.Н.,Доцент	ТашПМИ	971554657
8	Абдуллаев Х.Н.	К.М.Н.,Доцент	ТашПМИ	901759110
9	Мусаев А.А.	К.М.Н.	РСНПМЦП	998183113
10	Разаков А.Дж.	К.М.Н.	РСНПМЦП	974149771
11	Рашидов Х.Х.	II тоифали шифокор	РСНПМЦП	903575751

4) Рецензенты

Диаб Хассана Мохамда Али - д.м.н., проф., зам. директор по международной деятельности, главный научный специалист НКО патологии уха и основания черепа НМИЦО ФМБА России

Хушвахтова Нилюфар Журакуловна – д.м.н., зав.каф, 1-оториноларингологии СГМУ, Узбекистан.

СОКРАЩЕНИЯ, ИСПОЛЬЗУЕМЫЕ В ПРОТОКОЛЕ:

БП	Барабанный перепонка
ХСО	хронический средний отит

Пользователи протокола:

врачи общей практики, терапевты, педиатры, оториноларингологи, детские оториноларингологи

Категория пациентов: дети до 18 лет.

Шкала уровня доказательности, на основе доказательной медицины.

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

2. *Основная часть.*

1) Ведение: Перфорация барабанной перепонки – это разрыв барабанной перепонки (БП), в результате чего образуется отверстие между наружным и средним ухом. БМ представляет собой слой хрящевой соединительной ткани с кожей на внешней поверхности и слизистой оболочкой, покрывающей внутреннюю поверхность, которая отделяет наружный слуховой проход от среднего уха и косточек. Функция БП помогает слышать, создавая вибрации при воздействии звуковых волн и передавая эти вибрации во внутреннее ухо. Когда барабанная перепонка перфорируется, она больше не может создавать вибрационные паттерны, что в некоторых случаях приводит к потере слуха.

Разрыв барабанной перепонки может произойти в любом возрасте, хотя в основном он наблюдается у более молодой популяции, что связано с острым средним отитом. Мужчины чаще страдают от перфорации БП, чем женщины.

Признаки и симптомы перфорации барабанной перепонки одинаковы, независимо от причины разрыва. Часто возникает внезапная боль с последующим облегчением и сопутствующей отореей. Также могут наблюдаться симптомы шума в ушах и головокружения.

В целом перфорация БП имеет благоприятный прогноз с небольшим риском осложнений. Перфорации имеют тенденцию заживать спонтанно, без вмешательства. Важно знать, когда требуется вмешательство и раннее направление, в зависимости от размера, местоположения и симптомов, связанных с перфорацией.

2) Определение: **Перфорация барабанной перепонки** – это разрыв барабанной перепонки, приводящий к соединению наружного слухового прохода и среднего уха. Это может быть вызвано инфекцией, травмой или резкими изменениями давления, приводящими к внезапной оталгии, оторее, шуму в ушах и головокружению. Большинство перфораций разрешаются спонтанно, без осложнений; однако некоторые из них могут стать хроническими и привести к таким осложнениям, как потеря слуха, хронический средний отит, холестеатома и мастоидит. Хроническое воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным повторяющимся патологическим отделяемым из уха и выраженным в различной степени снижением слуха, постепенно прогрессирующим при длительном течении заболевания.

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557887/#_article-30703_s7);

3) Классификация (по этиологии, стадиям).

Классификация и стадии развития перфорации барабанной перепонки

По расположению:

- центральные перфорации — в центральной натянутой части барабанной перепонки (*pars tensa*);
- краевые — по краю натянутой или в ненатянутой части барабанной перепонки (*pars flaccida*).

В Международной классификации болезней (МКБ-10) выделяются следующие виды перфораций:

- H72.0 Центральная перфорация барабанной перепонки.
- H72.1 Перфорация барабанной перепонки в области аттика (верхнего надбарабанного пространства).
- H72.2 Другие краевые перфорации барабанной перепонки.
- H72.8 Другие перфорации барабанной перепонки.
- H72.9 Перфорация барабанной перепонки неуточнённая.

Включены: устойчивая посттравматическая и послевоспалительная.

Как самостоятельную форму выделяют травматический разрыв барабанной перепонки — S09.2 [\[7\]](#).

Перфорация при экссудативных и гнойных отитах — это одна из стадий воспалительного процесса в среднем ухе.

3. Методы, подходы и процедуры диагностики

1) **Сбор анамнеза**-обстоятельства травмы и симптомы, возникшие сразу и через время после неё;

-при отитах — длительность заболевания и какое лечение было проведено ранее

-наличие сопутствующих патологий носа и носоглотки.

- **Жалобы при ХСО:**

В стадии ремиссии:

- выделения из больного уха патологического отделяемого не отмечается;
- снижение слуха;
- бывает низкочастотный шум в ухе.

При обострении:

- отмечается оталгия;
- обильные выделения;
- головная боль;
- снижение слуха;
- увеличение шума;

- выделения со зловонным запахом;
- приступообразные эпизоды головокружения.

Физикальное обследование:

Отоскопия при перфорация барабанной перепонки:

- перфорационное отверстие в натянутой части барабанной перепонки;
- края перфорации оmozолелые;
- отделяемого нет;
- просматриваются структуры среднего уха при большой перфорации;
- опознавательные знаки сглажены.

Лабораторные исследования:

- ОАК, биохимические анализы (АЛТ, АСТ), коагулограмма, группа крови, резус фактор, RW, гепатит Б,С, ВИЧ, ОАМ

- Бактериологическое исследование отделяемого из уха: наличие патогенных микробов, а также определение на чувствительность к антибиотикам.

- **Инструментальные исследования:**

- Отомикроскопия
- Эндоскопия полости носа (гипертрофия итдю)
- Фарингоскопия
- Ларингоскопия
- Исследование органа слуха с помощью камертона
- Компьютерная томография (КТ) височных костей
- Аудиометрия (до 7 лет-КСВП, игровая аудиометрия после 7 лет-аккуметрия, тональная и пороговая аудиометрия, КСВП)
- Исследование функции проводимости Ехстахий трубы(проба Тойинби, проба Вальсава)
- Исследования вестибулярного анализатора
- ЭКГ:
- Рентгенография легких

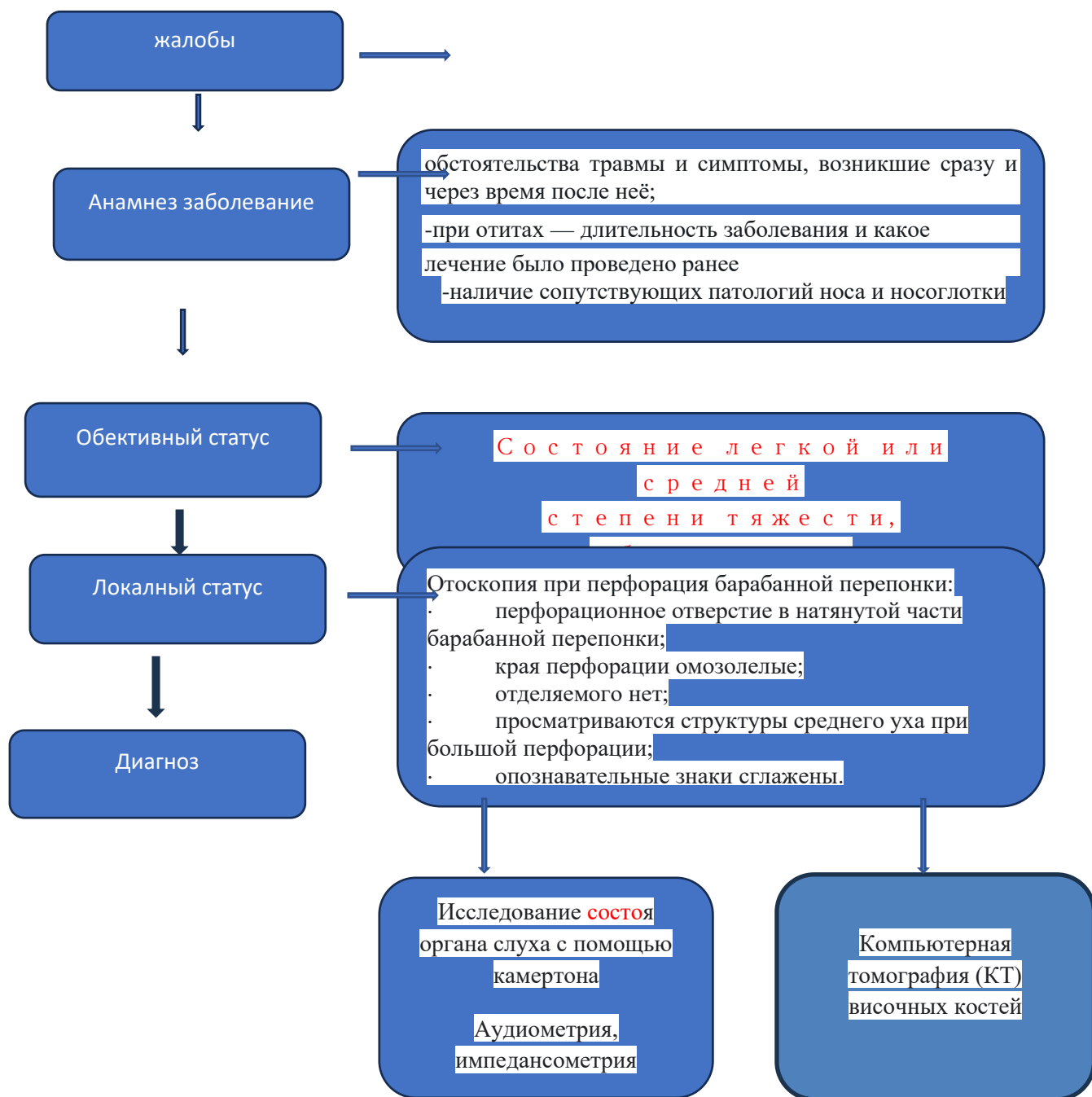
Показания для консультации специалистов:

- консультация невропатолога – при подозрении на внутричерепное осложнение;
- консультация нейрохирурга – при наличии признаков внутричерепных осложнений;
- консультация офтальмолога – для исследования глазного дна;
- консультация сурдолога – проведение аудиометрии, тимпанометрии, при снижении слуха;
- консультация врача общей практики, терапевта, педиатра – для исключения соматических заболеваний.

2) диагностический алгоритм (все выше перечисленные диагностические критерии показать в виде алгоритма) ;

снижение слуха

иногда низкочастотный шум в ухе.



3) Дифференциальный диагноз и обоснование дополнительных исследований:

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза
Адгезивная болезнь среднего уха,	Клинические методы исследования (анамнез, осмотр врача-	Отмикроскопия. Рентгенография височных костей	Процесс имеет хроническое течение.

адгезивный отит	оториноларинголога – боль в ухе. Снижение слуха хроническое течение	по Шюллеру (для определения распространения процесса и наличия костной деструкции)	Барабанная перепонка изменена за счет хронического процесса нарушения аэрации среднего уха.
Эпитимпанит в стадии ремиссии	Клинические методы исследования(анамнез, осмотр врача-оториноларинголога – боль в ухе, отделяемое из уха с запахом. Снижение слуха)	Отомикроскопия. Рентгенография височных костей по Шюллеру (Имеет место, преимущественно в аттико-антральной области)	Процесс имеет хроническое течение. Локализация и вид перфорации барабанной перепонки имеется В расслабленной части, краевая
Хронический гнойный мезотимпанит	Клинические методы исследования(анамнез, осмотр врача-оториноларинголога – боль в ухе, Обострения чередуются с периодами ремиссии. Обильные, слизисто-гнойные, без запаха имеется снижение слуха)	Отомикроскопия. Рентгенография височных костей по Шюллеру (Имеет место, преимущественно в аттико-антральной области)	Процесс имеет хроническое течение. Локализация и вид перфорации барабанной перепонки имеется В ободко-вая-(центральная)

4. Тактика лечения на амбулаторном уровне:

1) Немедикаментозное лечение:

- Режим – общий.
- Диета №15

В некоторых случаях пациентам назначаются физиопроцедуры:

- УФО;
- УВЧ;
- пневмомассаж;
- лазеротерапия.

Средства нетрадиционной медицины применяются с учетом нескольких правил:

- при обострении воспалении компресс, состоящий из ватки, смоченной в глицерине, медицинском спирте и резорцине, вставляют в больное ухо на сутки. Компресс помогает снять воспаление и уменьшить боль.
- для снятия отека в ухо закапывается протаргол.

- компрессы нельзя ставить при высокой температуре.
- для лечения детей нельзя использовать капли на спирту;
- если возраст пациента меньше 10 лет, то не используются полуспиртовые компрессы.

Медикаментозное лечение

Таблица-1

Перечень основных лекарственных средств (имеющих 100 % вероятность применения): необходимо указать уровни доказанности

Лекарственная группа	Международное непатентованное наименование ЛС	Способ применения	Уровень доказательности
Антибактериальные препараты	Ампициллин <i>или</i>	250 или 500мг х 4 раза в сутки. Детям до 20 кг суточная доза 50-100 мг/кг массы на 4 прием	А
	Амоксициллин + клавулановая кислота <i>или</i>	Легкие и среднетяжелые течения инфекции по 1 таб 250 мг+125 мг каждые 8 часов или 1 таб 500 мг+125 мг каждые 12 часов, при тяжелом течении инфекции- 1 таб 500 мг+125 мг каждые 8 часов или 1	А

		таб 875 мг+125 мг каждые 12 часов. Детям 50 мг/кг массы тела. 500 мг разовая доза. Частота введения 2 раза в день в/в 100-200 мг/кг	
Нестероидные противовоспалительные препараты	Ибупрофен <i>или</i>	200-800 мг, частота приема - 3-4 раза/сут; для детей - 20-40 мг/кг/сут в несколько приемов	В
	Кетопрофен	100мг однократно. 300 мг суточная доза. Противопоказан: детский возраст до 18 лет - для инъекций, до 6 лет - для геля, до 15 лет - для таблеток.	В
Противогистаминные средства	Лоратадин	10 мг/сут Дети с массой тела свыше 30 кг по 1 таблетке (10 мг) в сутки или сиропа из	В

		<p>расчета 10 мг действующего вещества.</p> <p>Дети с массой тела ниже 30 кг таблетку делят на 2 дня или 5 мг сутки</p>	
--	--	---	--

Таблица-2

Перечень дополнительных лекарственных средств (менее 100 % вероятности применения): необходимо указать уровни доказанности

Фармакотерапевтическая группа	МНН лекарственного средства	Способ применения	Уровень доказательности
Ненаркотические анальгетики	Метамизол натрия**	<p>50% - 2,0 мл детям вводят по 0,1 – 0,5 мл. Внутрь, после еды, или ректально 2 – 3 раза в день по 250 – 500 мг, максимальная разовая доза равна 1 г, суточная — 3 г. Для детей 2 – 3 раза в день обычная доза 2 – 3 лет — 50 – 100 мг, 4 – 5 лет — 100 – 200 мг, 6 – 7 лет — 200 мг, 8 – 14 лет — 250 – 300 мг.</p>	https://drugs.medelement.com/

Антисептические препараты	Перекись водорода	3% раствор по 100 мл	С
	Хлоргесидин	Раствор для местного и наружного применения (биглюконат) 0,05%, 0,2%, 1%, 5%.	С

Хирургическое лечение

Различные варианты тимпанопластики;

Цель:

- закрыть перфорацию барабанной перепонки,
- восстановить нормальную структуру барабанной перепонки,
- улучшить слух,
- избавить пациента от обострений хронического гнойного среднего отита.

Показания:

- Развитие заболеваний: мезотимпанита, эпитимпанита, фиброза, склероза, холестеатомы;
- Проявление среднего, гнойного отита в хронической форме;
- Смещения в слуховых косточках;
- Появление полипов в среднем ухе;
- Развитие гнойных воспалительных процессов хронического течения;
- Расплавление, разрыв барабанных перепонок;
- Отит, вызвавший серьезную травму барабанных перепонок;
- Ушибы, механические повреждения перепонки.

- **Противопоказания:**

При стойких нарушениях проходимости в слуховых трубках на основании сформированных спаек, рубцовых образований, врожденных патологий;

- Больным с полной глухотой, средними, адгезивными отитами;
- При сепсисах, гнойных осложнениях;
- Пациентам с обострениями хронической болезни

Дальнейшее ведение:

- Диспансерный учет у оториноларинголога с осмотром 2 раза в год, консультация невропатолога 1 раз в год, и сурдолога 2 раза в год.

Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление слуховой функции;
- нормализация лабораторных показателей;
- отсутствие осложненных форм заболевания.

Показания для плановой госпитализации:

ХСО:

при ремиссии ХСО госпитализация для санации и реконструкции структур среднего уха

Организационные аспекты протоколов:

- 1) информация об отсутствии конфликта интересов;
- 2) данные экспертов (специалистов республики и зарубежных стран);
- 3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

**ТИПОВАЯ СТРУКТУРА
НАЦИОНАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА
МЕДИЦИНСКОГО ВМЕШАТЕЛЬСТВА**

Название протокола

1. Вводная часть

1) код(ы) МКБ-10:

МКБ-10	
Код	Центральная перфорация барабанной перепонки
Н 72.0	https://mkb-10.com/index.php?pid=7001)

2

БП	Барабанный перепонка
ХСО	хронический средний отит

Пользователи протокола:

врачи общей практики, терапевты, педиатры, оториноларингологи, детские оториноларингологи

Категория пациентов: дети.

А	Высококачественный мета-анализ, систематический обзор РКИ или крупное РКИ с очень низкой вероятностью (++) систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
В	Высококачественный (++) систематический обзор когортных или исследований случай-контроль или высококачественное (++) когортное или исследований случай-контроль с очень низким риском систематической ошибки или РКИ с невысоким (+) риском

	систематической ошибки, результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию.
С	Когортное или исследование случай-контроль или контролируемое исследование без рандомизации с невысоким риском систематической ошибки (+), результаты которых могут быть распространены на соответствующую популяцию или РКИ с очень низким или невысоким риском систематической ошибки (++ или +), результаты которых не могут быть непосредственно распространены на соответствующую популяцию
D	Описание серии случаев или неконтролируемое исследование или мнение экспертов.
GPP	Наилучшая клиническая практика

1) **Ведение:** Перфорация барабанной перепонки – это разрыв барабанной перепонки (БП), в результате чего образуется отверстие между наружным и средним ухом. БМ представляет собой слой хрящевой соединительной ткани с кожей на внешней поверхности и слизистой оболочкой, покрывающей внутреннюю поверхность, которая отделяет наружный слуховой проход от среднего уха и косточек. Функция БП помогает слышать, создавая вибрации при воздействии звуковых волн и передавая эти вибрации во внутреннее ухо. Когда барабанная перепонка перфорируется, она больше не может создавать вибрационные паттерны, что в некоторых случаях приводит к потере слуха.

Разрыв барабанной перепонки может произойти в любом возрасте, хотя в основном он наблюдается у более молодой популяции, что связано с острым средним отитом. Мужчины чаще страдают от перфорации БП, чем женщины.

Признаки и симптомы перфорации барабанной перепонки одинаковы, независимо от причины разрыва. Часто возникает внезапная боль с последующим облегчением и сопутствующей отореей. Также могут наблюдаться симптомы шума в ушах и головокружения.

В целом перфорация БП имеет благоприятный прогноз с небольшим риском осложнений. Перфорации имеют тенденцию заживать спонтанно, без вмешательства. Важно знать, когда требуется вмешательство и раннее направление, в зависимости от размера, местоположения и симптомов, связанных с перфорацией.

2) **Определение:** Перфорация барабанной перепонки – это разрыв барабанной перепонки, приводящий к соединению наружного слухового прохода и среднего уха. Это может быть вызвано инфекцией, травмой или резкими изменениями давления, приводящими к внезапной оталгии, оторее, шуму в ушах и головокружению. Большинство перфораций разрешаются спонтанно, без осложнений; однако некоторые из них могут стать хроническими и привести к таким осложнениям, как потеря слуха, хронический средний отит, холестеатома и мастоидит. Хроническое воспаление среднего уха, характеризующееся триадой признаков: наличием стойкой перфорации барабанной перепонки, постоянным повторяющимся патологическим отделяемым из уха и выраженным в различной степени снижением слуха, постепенно прогрессирующим при длительном течении заболевания.

(https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557887/#_article-30703_s7);

3.

Цель проведения процедуры или вмешательства:

- закрыть перфорацию барабанной перепонки,
- восстановить нормальную структуру барабанной перепонки,
- улучшить слух,
- избавить пациента от обострений хронического гнойного среднего отита.

Противопоказание

При стойких нарушениях проходимости в слуховых трубках на основании сформированных спаек, рубцовых образований, врожденных патологий;

- Больным с полной глухотой, средними, адгезивными отитами;
- При сепсисах, гнойных осложнениях;
- Пациентам с обострениями хронической болезни;
- Больным в тяжелом общем состоянии.

Показания к процедуре или вмешательству:

- Развитие заболеваний: мезотимпанита, эпитимпанита, фиброза, склероза, холестеатомы;
- Проявление среднего, гнойного отита в хронической форме;
- Смещения в слуховых косточках;
- Появление полипов в среднем ухе;
- Развитие гнойных воспалительных процессов хронического течения;
- Расплавление, разрыв барабанных перепонки;
- Отит, вызвавший серьезную травму барабанных перепонки;
- Ушибы, механические повреждения перепонки.

Требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство; высшее медицинское образование;

- действующий сертификат по направлению «отохирургия»;
- знание медицинских инструментов и оборудования;
- навыки по оказанию экстренной медицинской помощи;
- отсутствие заболеваний, которые имеют негативные последствия на зрение, моторику и координацию.

5) требования к проведению процедуры или вмешательства:

(обязательные):

Инструментальные исследования:

Отоскопия

- Эндоскопия (передняя и задняя), риноскопия

Фарингоскопия

- Ларингоскопия
- Исследование органа слуха с помощью камертона
- Рентгенография височных костей по Шюллеру (для определения распространения процесса и наличия костной деструкции)
- Компьютерная томография (КТ) височных костей по показаниям
- Аудиометрия, импедансометрия

Исследования вестибулярного анализатора

дополнительные обследования:

ОАК, биохимические анализы (АЛТ, АСТ, билирубин), коагулограмма, группа крови, RW, гепатит Б,С, ВИЧ, ВСК, ОАМ

б) Устройство операционного блока и организация работы в нем направлены на максимальное снижение риска занесения больному экзогенной инфекции.

- При входе в операционную соблюдают следующие условия:
- следует входить в специальном халате или брюках и куртке, выходить в этой одежде за пределы операционной нельзя;
- перед входом надевают четырехслойную марлевую маску или одноразовые маски, выпускающиеся промышленным способом;
- убирают волосы под шапочку;
- надевают бахилы.
- Запрещается входить в операционную:
- в уличной обуви и одежде;
- лицам, страдающим острыми респираторными заболеваниями, ангиной;
- персоналу не участвующему в операции.

Чтобы не быть источниками инфекции, работники оперблока не допускаются к работе с гнойными заболеваниями, острыми и хроническими воспалительными процессами в носоглотке.

-Для выявления и санации хронических очагов инфекции 1 раз в год, а так же при приеме на работу, они проходят медосмотр с обязательным осмотром стоматолога, посева из ротоглотки на носительство стафилококка, забора крови на австралийский антиген для выявления заражения вирусом гепатита В.

-Интерьер операционной должен быть оснащен прочным, водостойким и легко моющимся материалом, чтобы максимально обеспечить поддержание в ней чистоты. Углы стен в области потолка и пола должны быть закругленными, чтобы исключить скопление пыли в углах и облегчить уборку.

-Полы должны быть прочными, чтобы выдерживать тяжелое оборудование, бесшовными, ровными и удобными для мытья и уборки. Покрытие пола керамической или мраморной плиткой опасно из-за возможности несчастного случая при образовании искры от удара металлического предмета. -Предпочтительно пол покрывать метлахской плиткой.

Потолок окрашивают белой масляной краской, чтобы видны были малейшие следы загрязнения.

-Стены облицовывают глазурованной плиткой до потолка или окрашивают масляной краской. Чтобы избежать утомления зрения и появления бликов стены иногда окрашивают не белым, а зеленоватым, светло-голубым и другими цветами.

-Окна должны быть ориентированы на север или северо-запад, чтобы избежать прямых солнечных лучей, затрудняющих работу в операционной, особенно в летнее время. Для лучшей освещенности стекла в окнах делают большими и светлыми. В операционных, в которых выполняются видеозендоскопические операции, на окнах навешивают жалюзи, ограничивающие освещенность операционной, для лучшей видимости изображения на мониторе.

-Фрамуги должны открываться в внутрь. Летом, при отсутствии кондиционера, их открывают, но навешивают на них сетку, не пропускающую насекомых.

-Двери делают гладкими.

-Распределительный щит должен быть закрытым. Его располагают на высоте 1,6 м от пола, что предотвращает опасность взрыва при скоплении в операционной горючих газов. Выключатели и розетки, располагают не менее 1,6 м от пола, они должны иметь искрозащитный контур.

-Применение электронных приборов требует устранения внешних наводок. Поэтому операционную экранируют стальной сеткой, уложенной в стене, или выполняют контурное заземление – или местную экранизацию прибора.

-Предметы, аккумулирующие статическое электричество, в том числе и операционный стол, заземляют.

ОПЕРАЦИОННЫЙ БЛОК СОСТОИТ ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПОДРАЗДЕЛЕНИЙ (зон режима):

- стерильная зона (операционная, стерилизационная);
- зона строгого режима (предоперационная, наркозная, моечная);
- зона ограниченного режима (комнаты для хирургов, медсестер, чистого белья);
- зона общего режима (кабинет заведующего операционным отделением и старшей медсестры, грязного белья) может быть вне оперблока.

Тамбур

У двери тамбура должна находиться влажная тряпка, смоченная дезинфицирующим раствором, для вытирания ног. В тамбуре устанавливают вешалку для халатов, фартуков, тумбочку для бахил. Имеются настенные или потолочные лампы ультрафиолетового облучения воздуха.

ПРЕДОПЕРАЦИОННАЯ

Предназначена для подготовки персонала к операции (обработка рук). От операционной она отделена стеной со смотровыми окнами, от коридора – тамбуром (шлюзом). Перед входом в предоперационную на полу имеется красная линия, означающая, что входить в эту зону можно лишь в специальном белье.

В предоперационной имеются:

- умывальники с кранами для открывания локтем и зеркалами перед каждым из них;
- песочные часы;
- тазы на подставках для обработки рук;
- стерильные щетки и салфетки для мытья рук;
- застекленные медицинские шкафы с медикаментами и инструментами;
- телефон, селектор.

СТЕРИЛИЗАЦИОННО-МОЕЧНАЯ

В крупных лечебных учреждениях имеется централизованная стерилизационная. В этих случаях в операционном блоке стерилизуют лишь

эпизодически применяемые инструменты или добавляемые по ходу операции. Стерилизационно-моечную следует располагать между двумя операционными с которыми она сообщается небольшими окнами для подачи стерильного инструмента.

МАТЕРИАЛЬНАЯ

В ней производится подготовка операционного и шовного материала для стерилизации.

Операционная (операционный зал)

Вход в операционную ограничен красной линией и возможен из примыкающей к ней предоперационной.

Операционная предназначена для выполнения оперативных вмешательств.

Основное оборудование операционной:

- операционный стол (многофункциональный), позволяющий придать больному необходимое положение;
- большой инструментальный стол, на котором располагают стерильный инструментарий, предназначенный для выполнения всех операций в этой операционной в течение рабочего дня;
- столик для инструментов передвижной (малый инструментальный стол) – предназначен для инструментов и материалов к одной операции. Инструменты для него комплектуются со стерильного большого инструментального стола;
- стерильные хирургические инструменты для производства операций;
- лампа бестеневая потолочная;
- светильник бестеневой передвижной;
- наркозный аппарат;
- наркозный стол (анестезиологический набор инструментов и медикаментов);
- аппаратура, следящая за состоянием основных функций организма во время операции;
- биксы на подставках с педальными устройствами для открытия крышки;
- аппарат для электрокоагуляции;
- электроотсос;

настенные или потолочные лампы для ультрафиолетового облучения воздуха операционной и т.д.

Подготовка пациента:

- оценивает состояние наружного уха – наличие признаков воспаления, выделений в слуховом проходе;
- осматривает барабанную перепонку
- определяет состояние среднего уха – часть элементов просвечивается через мембрану, при наличии перфорации видны некоторые отделы барабанной полости;
- составляет слуховой паспорт: проводит пробы с камертонами, проверяет уровень слуха разговорной и шепотной речью ;
- назначает дополнительные методы обследования: КТ или МРТ височной кости, аудиограмму, вестибулярные пробы, акустическую импедансометрию. При необходимости направляет на консультации невролога, нейрохирурга.

После постановки диагноза и принятия решения проводить хирургическое лечение больного готовят к операции. Так как вмешательство проводится чаще под наркозом, занимается этим врач-анестезиолог:

- собирает анамнез, в том числе аллергологический;
- смотрит ЭКГ, рентгеновский снимок органов грудной полости;
- оценивает результаты общих анализов мочи, крови, биохимического исследования, анализа на свертываемость, группу крови и резус-фактор;
- назначает консультации узких специалистов – терапевт, педиатр по показаниям.

**ТИПОВАЯ СТРУКТУРА
НАЦИОНАЛЬНОГО КЛИНИЧЕСКОГО ПРОТОКОЛА
ПО МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКЕ ИЛИ
РЕАБИЛИТАЦИИ**

БП	Барабанная перепонка
ХСО	хронический средний отит
ОСО	Острый средний отит

Пользователи протокола:

врачи общей практики, терапевты, педиатры, оториноларингологи, детские оториноларингологи

Категория пациентов: дети в возрасте 1-17 лет.

2. Основная часть.

1) **Ведение:** Перфорация барабанной перепонки – это разрыв барабанной перепонки (БП), в результате чего образуется отверстие между наружным и средним ухом. БП представляет собой слой хрящевой соединительной ткани с кожей на внешней поверхности и слизистой оболочкой, покрывающей внутреннюю поверхность, которая отделяет наружный слуховой проход от среднего уха и косточек. Функция БП помогает слышать, создавая вибрации при воздействии звуковых волн и передавая эти вибрации во внутреннее ухо. Когда барабанная перепонка перфорируется, она больше не может создавать вибрационные паттерны, что в некоторых случаях приводит к потере слуха.

Разрыв барабанной перепонки может произойти в любом возрасте, хотя в основном он наблюдается у более молодой популяции, что связано с острым средним отитом. Мужчины чаще страдают от перфорации БП, чем женщины.

Признаки и симптомы перфорации барабанной перепонки одинаковы, независимо от причины разрыва. Часто возникает внезапная боль с последующим облегчением и сопутствующей отореей. Важно знать, когда требуется вмешательство и раннее направление, в зависимости от размера, местоположения и симптомов, связанных с перфорацией.;

Профилактика— основное направление медицины и включает в себя мероприятия государственного, социально-экономического, гигиенического и лечебно-медицинского характера с целью обеспечить высокое состояние здоровья и предупредить возникновение болезней. Подразумевает под собой не только проведение медицинских манипуляций, но и мероприятия законодательного, организационного, экологического, архитектурно-

планировочного, санитарно-технического, просветительского по медицинским вопросам населения характера. Основывается на научном статическом причинно-следственном анализе связи факторов и рисков с заболеваниями

Профилактическая деятельность современного здравоохранения включает индивидуальную и общественную профилактику.

Индивидуальная профилактика — меры по предупреждению болезней, сохранению и укреплению здоровья, осуществляемые самим человеком: соблюдение норм здорового образа жизни, личная гигиена, гигиена брачных и семейных отношений, рациональное питание, питьевой режим, отказ от вредных привычек, гигиеническое воспитание подрастающего поколения, рациональный режим труда и отдыха, активное занятие физической культурой и пр.

Общественная профилактика включает систему социальных, экономических, законодательных, воспитательных, санитарно-технических, санитарно-гигиенических, противоэпидемических и медицинских мероприятий, планомерно проводимых государственными институтами и общественными организациями с целью обеспечения всестороннего развития физических и духовных сил граждан, устранения факторов, вредно действующих на здоровье населения.

В зависимости от состояния здоровья, наличия факторов риска заболевания выделяют три вида профилактики заболеваний: первичную, вторичную и третичную.

Первичная профилактика — система мер предупреждения возникновения и воздействия факторов риска развития заболеваний, общих для всего населения, отдельных профессиональных, стажевых и возрастных групп и индивидуумов (вакцинация, рациональный режим труда и отдыха, рациональное качественное питание, физическая активность, охрана окружающей среды и т. д.).

Вторичная профилактика — комплекс мероприятий, направленных на устранение факторов риска, которые при определенных условиях (стресс, ослабление иммунитета, чрезмерные нагрузки на любые другие функциональные системы организма) могут привести к возникновению, обострению, рецидиву и хронизации заболевания, ограничению жизнедеятельности и работоспособности, снижению общей и профессиональной трудоспособности человека.

Основным методом вторичной профилактики является диспансеризация — комплексный метод раннего выявления ЛОР-заболеваний, динамического

наблюдения, направленного лечения, рационального последовательного оздоровления

Важным условием профилактики как острых, так и хронических заболеваний ЛОР-органов является устранение анатомических дефектов полости носа и носоглотки, препятствующих нормальному носовому дыханию, снижающих эффективность мукоцилиарного клиренса, затрудняющих дренирование околоносовых пазух через естественные соустья и нарушающих нормальное функционирование среднего уха. Своевременная коррекция девиаций носовой перегородки, удаление аденоидных вегетаций, санация зубов, восстанавливая носовое дыхание, способствуют профилактике острых и хронических риносинуситов и рецидивирующих средних отитов.

Амбулаторно-поликлиническая помощь является самым массовым видом лечебно-профилактической помощи населению. Особое внимание уделяется в этом аспекте детскому контингенту. Наиболее остро стоит проблема своевременности лечебно-реабилитационных мероприятий при патологии лор органов у детей, что связано с высокой заболеваемостью вирусными инфекциями, частым поражением верхних дыхательных путей и уха, а также незрелостью иммунной системы, высокой степенью аллергизации, неблагоприятной экологической обстановкой. В этих условиях особую важность приобретает профилактика и медицинская реабилитация пациентов данной группы с учетом особенностей течения заболеваний в детском возрасте, показаний и противопоказаний лечебных и реабилитационных мероприятий.

послеоперационный период после тимпаноластики можно подразделить на ближайший (первые 1-1,5 месяца) и отдаленный.

Ближайший послеоперационный период (первые 1-1,5 месяца после операции) связан с приживлением реконструированных тканей, аутотрансплантатов и реакцией среднего уха в ответ на операцию. В этом периоде наблюдается отечность и покраснение тканей среднего уха, а также появление раневого отделяемого из уха. Отделяемое из уха после операции – это нормально. Часть отделяемого впитывают в себя тампоны. Тампоны устанавливаются на длительный срок, и не меняются. Специальный материал, из которого они сделаны, хорошо впитывает отделяемое, а также позволяет равномерно распределяться антибактериальным каплям, которые

необходимо закапывать в ухо все время нахождения там тампонов. Тампоны удаляются через 3-4 недели, амбулаторно. Процедура, как правило, не болезненна.

Швы с ушной раковины или из заушной области удаляются, как правило, также амбулаторно, не ранее, чем через 5-7 дней после операции.

В ближайший послеоперационный период происходят процессы прорастания сосудами трансплантатов, срастания трансплантатов друг с другом и окружающими тканями, рассасывания кровяных сгустков, образование более или менее выраженной рубцовой ткани.

Учитывая большую важность этого периода необходимо строго соблюдать следующие правила:

Нельзя сморкаться и чихать, плотно зажав рот и нос. При сморкании развивается повышенное давление в среднем ухе, что может привести к смещению и отслойке трансплантата, кроме того, сильное сморкание способствует попаданию отделяемого из носоглотки в среднее ухо. При непроизвольном чихании или сморкании необходимо открывать рот.

Категорически **противопоказано употребление спиртных напитков**, т.к. они раздражают слизистые оболочки, способствуют их набуханию, стимулируют работу слизистых желез, что приводит к усилению выделений из уха.

В течение 1-го месяца **противопоказаны физические нагрузки** (занятия спортом, интенсивная работа по дому и проч.), так как пластический материал может сместиться и привести к нежелательным последствиям.

Следует **избегать попадания воды в ухо** до разрешения врача, в среднем этот период занимает от 3 месяцев. Оперированное ухо необходимо закрывать во время приема водных процедур. Самый просто способ – использование обычной ваты: одним шариком плотно закрывается слуховой проход, второй смачивается вазелиновым или любым растительным маслом

и устанавливается вторым слоем (сверху). Возможно применение не пропускающих воду берушей, подобранных индивидуально.

В отдаленном послеоперационном периоде (спустя 1-1,5 месяца после операции) соблюдение необходимых правил не менее важно, чем в ближайшем. Эти правила сводятся прежде всего к уменьшению возможности инфицирования уха и в предупреждении механических нагрузок на вновь образованную барабанную перепонку:

— необходимо **беречь себя от ОРЗ/ОРВИ**, потому что воспалительные явления в полости носа, носоглотки и глотки неблагоприятно влияют на работу слуховой трубы и, следовательно, на процесс заживления в среднем ухе.

— *перелеты на самолете рекомендуется ограничить* на 2-6 месяцев. Это связано с тем, что в условиях измененной анатомии заживающий пластический материал не обладает достаточной подвижностью, а механизмы защиты среднего и внутреннего уха от резких перепадов давления не восстановились, или не сформировались, что может привести к баротравме, смещению пластического материала или повторному формированию дефектов в барабанной перепонке.

Дальнейшее ведение:

- Диспансерное наблюдения проводится постоянно
- Реабилитация и наблюдения у оториноларинголога по месту жительства в ОДМЦ 2 раза в год
- контрольная аудиометрия, отомикроскопия, эндоскопия по месту жительства в ОДМЦ 2 раза в год

Индикаторы эффективности лечения:

- восстановления нормальную структуру барабанной перепонки,
- улучшения слуха

1) ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОТОКОЛА

Список разработчиков клинического протокола:

- 1) Абдукаюмов А.А. Д.М.Н., Директор РСНПМЦП

- 2) Наджимутдинова Н.Ш Д.М.Н., Доцент
- 3) Мусаев А.А. К.М.Н.
- 4) Разаков А.Дж. К.М.Н.
- 5) Амонов Ш.Э. ДМН, проф., зав.каф.
- 6) Рашидов Х.Х.

Указание на отсутствие конфликта интересов: нет.

Рецензент:

Диаб Хассана Мохамда Али - д.м.н., проф., зам. директор по международной деятельности, главный научный специалист НКО патологии уха и основания черепа НМИЦО ФМБА России

Хушвахтова Нилуфар Журакуловна – д.м.н., зав.каф, 1-оториноларингологии СГМУ, Узбекистан

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

Источники и литература

Протоколы заседаний Объединенной комиссии по качеству медицинских услуг МЗ РУЗ, 2023

1) Ina F. Wallace, Nancy D. Berkman, Kathleen N. Lohr, Melody F. Harrison, Adam J. Kimple, Michael J. Steiner. Surgical Treatments for Otitis Media with Effusion: A Systematic Review. February 2014, Vol. 133/ISSUE2

2) Овчинников Ю.М., Гамов В.П. Болезни носа, глотки, гортани и уха. — М., 2005, -328с. 3) Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингологии, учебник 3-е издание переработанное и дополненное, М.:2013г.- 571с.

4) Солдатов И.Б. Руководство по оториноларингологии. – М.: Медицина. 608с.

5) Төлебаев Р.К., Ерсаханова Б.К., Жусупов Б.З. Оториноларингологиядан қысқаша оқу құралы [Мәтін] : оқу құралы Астана : б.и., 2013. - 175 б.

6) S. Burkert, CH. Rasinski, R. Burkert, K. Neumann Otitis media with effusion - current management in children.. - 2012. - Vol. 22, Iss.1. - P. 9-12. 7) Surgical management of otitis media with effusion in children pathway // Copyright © NICE 2013