

Приложение 4
к приказу № 180
от «23» июня 2025 года
Министерства
здравоохранения
Республики Узбекистан

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
РЕСПУБЛИКАНСКИЙ СПЕЦИАЛИЗИРОВАННЫЙ НАУЧНО-
ПРАКТИЧЕСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ ЦЕНТР ОТОЛАРИНГОЛОГИИ И
ЗАБОЛЕВАНИЙ ГОЛОВЫ-ШЕИ**

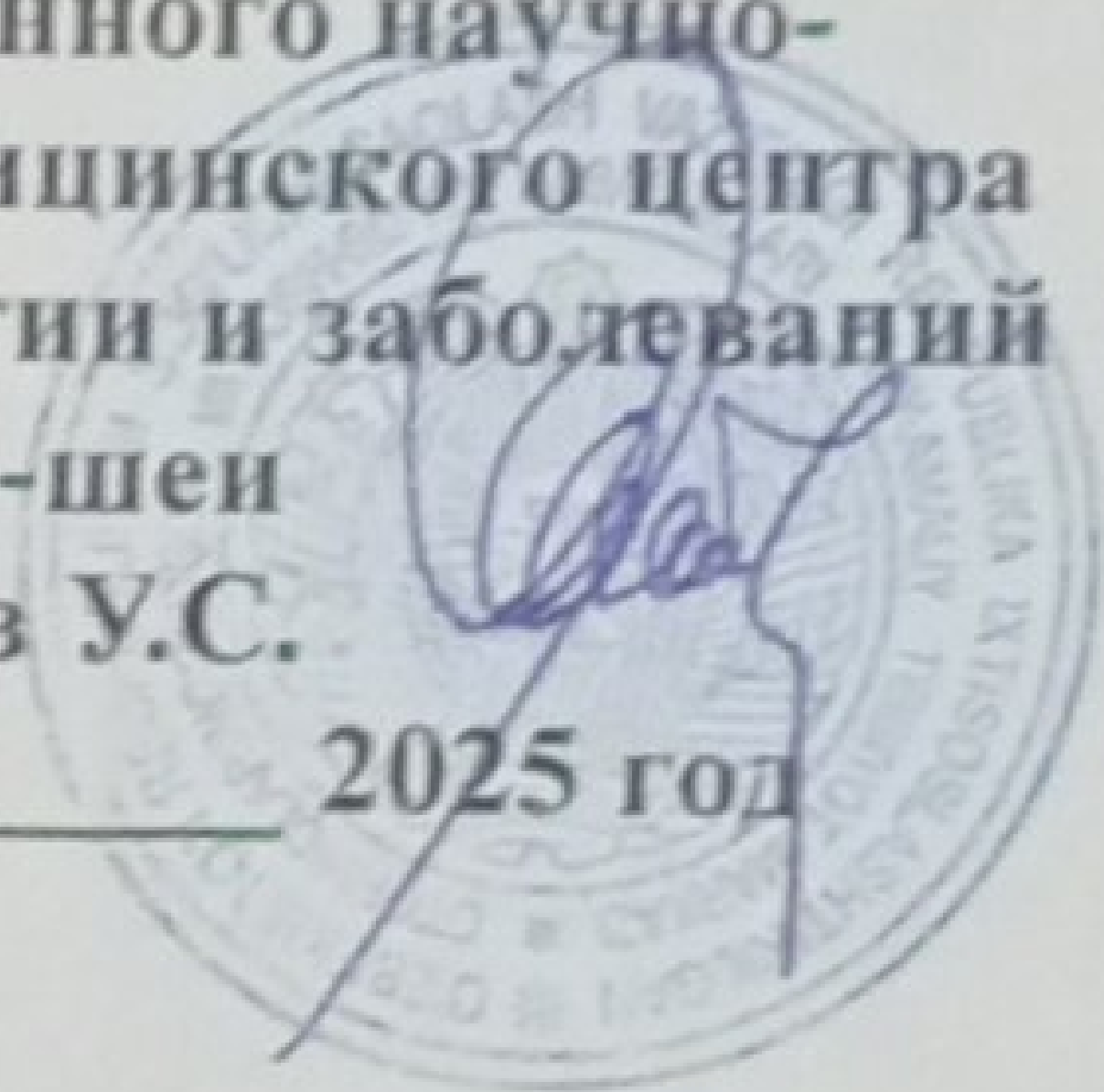
**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «АДГЕЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДНЕГО
УХА»**

ТАШКЕНТ – 2025

" СОГЛАСОВАНО "

Директор Республиканского
специализированного научно-
практического медицинского центра
Оториноларингологии и заболеваний
головы-шеи
Хасанов У.С.

« _____ » _____ 2025 год



**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ ПО
НОЗОЛОГИИ «АДГЕЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДНЕГО
УХА»**

Оглавление

1. Национальный клинический протокол диагностики и лечения по нозологии «Адгезивная болезнь среднего уха»	5
2. Национальный клинический протокол медицинского вмешательства по нозологии «Адгезивная болезнь среднего уха»	16
3. Национальный клинический протокол медицинской профилактики и реабилитации по нозологии «Адгезивная болезнь среднего уха»	21

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ ДИАГНОСТИКИ И
ЛЕЧЕНИЯ ПО НОЗОЛОГИИ
«АДГЕЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДНЕГО
УХА»**

ТАШКЕНТ – 2025

1. Вводная часть

– МКБ-10 шифр адгезивная болезнь среднего уха Н74.1

- **Международная классификация болезни – МКБ-10 шифр:**

Код	Название
Н 74.1	Адгезивная болезнь среднего уха
	https://www.rlsnet.ru/mkb/adgezivnaya-bolezn-srednego-uxa-5629

Код	Название
АВ 17	Адгезивный средний отит
Совпадающие термины	Адгезивный отит Хронический адгезивный средний отит Фиброзный адгезивный средний отит Адгезивная болезнь среднего уха Адгезивное заболевание среднего уха
	https://icd.who.int/browse/2025-01/mms/ru#1692803582

- **Дата разработки и пересмотра протокола:** 2025 г., дата пересмотра 2028 г. или по мере появления новых ключевых доказательств. Все поправки к представленным рекомендациям будут опубликованы в соответствующих документах.

- **Ответственное учреждение по разработке данного клинического протокола и стандарта:** Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Оториноларингологии и заболеваний головы-шеи, Ассоциация оториноларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистана.

В разработке клинического протокола и стандарта внесли вклад:

По организации процесса члены рабочей группы по направлению оториноларингологии:

1.Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;

2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

3.Амонов Ш.Э зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашПМИ, д.м.н., профессор;

4.Арифов С.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТашИУВ, д.м.н., профессор;

5.Ботиров А.Ж. ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА, к.м.н.,

6.Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА,

7.Жуманов Д.А. ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА, к.м.н.,

8.Джабборов Н.Н.ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА,

9. Абдуллаев У.П., ассистент кафедры Оториноларингологии ТМА.

Список основных авторов, дополнительного коллектива авторов (Ф.И.О., Место работы, звание/должность);

1. Хасанов У.С. зав.кафедрой кафедры Оториноларингология ТМА, д.м.н., профессор;

2. Эргашев У.М. доцент кафедры Оториноларингология ТМА, к.м.н.,

3. Шаумаров А.З. к.м.н., старший преподаватель кафедры Оториноларингологии ТМА;

4.; Шодмонов Ш.А., врач оториноларинголог высшей категории РСНПМЦОиЗГШ

5.; Джангиров Т.Г., врач оториноларинголог первой категории РСНПМЦОиЗГШ

6., Хуснутдинов Р.А., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

7.; Уринов Т.Ш., врач оториноларинголог РСНПМЦОиЗГШ

Рецензенты:

Внешний: Генеральный секретарь ассоциации Оториноларингологов Республики Казахстан, заведующий Центра оториноларингологии, главный внештатный оториноларинголог Республики Казахстан, д.м.н., профессор Мухамадиева Г.А.

Внутренний: Шамсиев Д.Ф. зав.кафедрой кафедры Оториноларингологии ТГСИ, д.м.н., профессор;

- **Обсуждено** в заседании ассоциация отоларингологии, хирургии головы и шеи Узбекистан, протокол №2, от _____ г.

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1. Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

Экспертная оценка со стороны специалистов Экспертной группы при Министерстве здравоохранения Республики Узбекистан:

1.

2.

3..

Экспертная оценка специалистов управления лекарственной политики Министерство здравоохранения Республики Узбекистан:

1.

2..

Экспертная оценка специалистов агентства Медицинского страхования при Министерстве Республики Узбекистан:

1.

2.

3.

Настоящий национальный клинический протокол и стандарт разработаны под руководством заместителя министра здравоохранения Баситхановой Э.Э, начальника управления медицинского страхования Алмардонова Ш.К., начальника отдела разработки и внедрения клинических протоколов и стандартов Нуримовой Ш.Р., а также с организационной и практической помощью главного специалиста отдела Джумаевой Г.Т. и ведущего специалиста отдела Рахимовой Н.Ф.

Сокращения, используемые в протоколе:

СТ	компьютерная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ОРВИ	острая респираторная вирусная инфекция
УВЧ	ультравысокочастотная терапия

- **Пользователи протокола по данной нозологии:** врачи общей практики, оториноларингологи.
- **Категория пациентов в данной нозологии:** взрослые.
- **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.

2. Основная часть.

2.1. Введение

Адгезивный средний отит (otitis media adhesive) относится к заболеваниям среднего уха, которое возникает как следствие острого, особенно вялотекущего среднего отита. В результате воспаления происходит выпот экссудата с большим количеством фибрина (конечный продукт свертывания крови) в барабанную полость. Воспалительные и деструктивные изменения, такие как десквамация эпителия, возникновение грануляций, инфильтрация слизистой оболочки клеточными элементами, приводят к образованию соединительнотканых утолщений, сращений, рубцовых перемычек между слуховыми косточками и стенками барабанной полости. В результате развития спаек в среднем ухе происходит не только нарушение проходимости слуховой трубы, но и нарушение подвижности цепи слуховых косточек. В основе «слипчивого» процесса в среднем ухе основную роль играют два элемента: воспалительные заболевания среднего уха и накопление патологического содержимого в барабанной полости. Из-за этого возникают нарушение дренажной и вентиляционной функций слуховых труб, а затем трансудация и экссудация секрета в барабанную полость. Наиболее частыми причинами развития адгезивных процессов в среднем ухе являются:

- Следствие воспалительных заболеваний слуховой трубы и барабанной полости неспецифического характера (катаральные и гипертрофические тубоотиты, экссудативные средние отиты, острые и хронические средние отиты). Развитию слипчивых процессов способствуют несвоевременная эвакуация содержимого из барабанной полости, нерационально проведенная антибиотикотерапия.
- Следствие специфических воспалительных заболеваний, таких как сифилис, туберкулез, склерома, проказа.
- Последствия травм уха – баротравмы, оперативные вмешательства на среднем ухе, в области носоглотки, глотки, основания черепа; контузии, травмы головы, инородные тела, ожоги носоглотки и т.д.

Следует подчеркнуть, что развитие адгезивного среднего отита возможно и без предшествующего острого или хронического отита. В таких случаях причиной его развития являются различные патологические процессы, затрудняющие проходимость слуховой трубы и препятствующие нормальной вентиляции барабанной полости. К ним относятся:

- острые заболевания верхних дыхательных путей (ринит, фарингит, трахеит, ларингит);
 - хронический тонзиллит;
 - аденоидит;
 - хронические воспалительные процессы околоносовых пазух и полости носа (ринит, синусит, полипозный риносинусит, кисты придаточных пазух носа);
 - гипертрофические изменения нижних носовых раковин;
 - опухоли глотки и полости носа, искривление носовой перегородки.
- [1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,12].

2.2. Определение:

Адгезивная болезнь среднего уха - спаечный процесс после острого или хронического экссудативного воспаления в барабанной полости приводящий к тугоподвижности слуховых косточек, в результате чего у пациента развивается кондуктивная тугоухость.

2.3. Классификация

По стадиям адгезивного среднего отита:

легкая – без последствий, спайки возникают в небольшом количестве;
средняя – барабанная перепонка втянута, в ее прослойке возникают белесые выделения, рубцеобразные изъязны более выражены;
тяжелая – избыточное формирование фиброзно-рубцовой ткани, что провоцирует дефект барабанной перепонки, появляются атрофические рубцы.

3. Диагностика адгезивного отита

Диагностические критерии Адгезивного отита основываются на клинических признаках и симптомах, выявленных в ходе комплексного исследования, которое включает сбор анамнеза, осмотр и данные объективного исследования.

3.1. Жалобы:

- снижение слуха;
- ощущение заложенности уха;
- шум в ухе (одном или обоих).

3.2. Анамнез: акцент на сведения о предшествующих острых средних отитах с выделениями из уха или без них, хроническом катаре среднего уха, экссудативном среднем отите, хроническом среднем отите, а также сведения о перенесенных заболеваниях носоглотки (аденоиды, ОРВИ, синуситы).

3.3. Клинические симптомы адгезивного отита:

- резкое втяжение барабанной перепонки;
- рубцовые изменения барабанной перепонки, ее деформация;
- при оценке с помощью пневматической ушной воронкой неравномерная подвижность барабанной перепонки;
- барабанная перепонка утолщена и мутная;
- наличие отложений на поверхности барабанной перепонки по типу «петрификата»;
- наличие ретракционного кармана(ов) на поверхности барабанной перепонки;
- изменение звуковосприятия (в запущенных случаях);

3.4. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий:

3.4.1. Амбулаторный уровень

- * отоскопия и/или микроотоскопия и/или эндоскопическая отоскопия
- * составление слухового паспорта;
- * тональная пороговая аудиометрия;
- * импедансометрия;
- * МСКТ височных костей (при необходимости).
- * При наличии показаний и условий проведения - МРТ височных костей нативная – контрастная;
- * акустическая тубосонометрия.

Алгоритм поэтапного диагностического поиска иллюстрирует, каким образом это можно сделать, исходя из реальных возможностей, которыми в настоящее время располагают врачи-оториноларингологи



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

3.4.2. Стационарный уровень (то же самое при амбулаторном уровне)

Перечень дополнительных диагностических мероприятий: нет.

3.5. Дифференциальная диагностика

Диагноз	Обоснование для дифференциальной диагностики	Обследования	Критерии исключения диагноза

Адгезивный отит	стойкая кондуктивная тугоухость при наличии утолщенных, малоподвижных барабанных перепонки;	Тимпанометрия, аудиометрия	
Отосклероз	у больных отосклерозом до улучшающей слух операции экссудативный средний отит протекает бессимптомно, а после операции ведет к снижению звукопроводения;	Тимпанометрия, аудиометрия	
Экссудативный средний отит	признаки экссудата за барабанной перепонкой и кондуктивная тугоухость, меняющаяся при перемене положения головы.	Тимпанометрия, аудиометрия	

4. Лечение адгезивного среднего отита на амбулаторном уровне.

Тактика лечения на амбулаторном уровне:

Стратегия лечения адгезивных отитов в секреторной стадии основана на улучшении вентиляции и дренажа барабанной полости, обеспечении адекватного дренажа в общие пути миграции слизи по верхним дыхательным путям. Таким образом, наиболее важное значение в лечении имеет размягчение и разжижение вязкого густого секрета.

4.1. Немедикаментозное лечение:

Режим общий III, стол № 15

4.2. Медикаментозное лечение

Кратность ее не должна превышать 2-3 курса с интервалом 4-6 месяцев, что будет расцениваться как безуспешность консервативной терапии и показанием для хирургического лечения

Лечение подразумевает введение лекарственных средств в среднее ухо через слуховую трубу. Катетеризация слуховой трубы представляет собой введение в слуховую трубу специальной трубки, позволяющей установить причину патологического процесса, очистить от экссудата или гноя, промыть

и ввести лекарственное средство. Носоглотка и ухо связаны сложной системой проходов, по которым возможно провести катетер – для этой цели используют канюлю Гартмана (слегка изогнутую трубку диаметром 1-2 мм, длиной около 18 см). Процедура может быть выполнена в амбулаторных либо стационарных условиях. В специально оборудованном процедурном кабинете должны быть отоскоп, канюля Гартмана, баллон Политцера.

Перечень основных лекарственных средств: нет.

Перечень дополнительных лекарственных средств

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Гормональные препараты (Глюкокортикостероидные препараты)				
17	Дексаметазон или	катетеризация	4–20 мг (до 80 мг) 3–4 раза в сутки, 3-4 дн	В
18	Гидрокортизон	катетеризация	50–300 мг до 1000–1500 мг/сут3-4 дн	В

4.3. Другие виды немедикаментозного лечения: слухопротезирование.

- с момента установки диагноза;
- малом эффекте от консервативной терапии;
- отказе или воздержании от хирургического лечения;
- недостаточной эффективности операции.

4.4. Показания для консультации специалистов:

консультация узких специалистов при наличии сопутствующей патологии.

4.5. Профилактические мероприятия:

- своевременное адекватное лечение острого среднего отита, хронического катара среднего уха, экссудативного среднего отита, хронического среднего отита;
- по показаниям широко применять парацетез;
- своевременное и адекватное лечение патологии носа, околоносовых пазух, глотки;

- больные, перенесшие острый средний отит, даже при благоприятном течении периода реконвалесценции и при нормализации отоскопической картины и слуха должны находиться под наблюдением врача в течение 6 мес.

Мониторинг состояния пациента** : нет.

4.6. Индикаторы эффективности лечения:

- восстановление слуха;
- исчезновение или уменьшение качественных показателей шума в ухе;
- улучшение проходимости евстахиевой трубы.

5. Показания для госпитализации с учетом видов оказания медицинской помощи:

Показания для плановой госпитализации:

для проведения консервативной терапии при отсутствии условий для ее проведения в амбулаторных условиях;

для проведения хирургического лечения исходно и не эффективности консервативного лечения

Показания для экстренной госпитализации: *не предусмотрены*

6. Тактика лечения на стационарном уровне:

смотрите амбулаторный уровень

Хирургическое вмешательство: *Производят ревизию барабанной полости с рассечением имеющихся там спаек, рубцовых тяжей, восстановление подвижности звукопроводящей цепи среднего уха, при необходимости проведение оссиклопластики с использованием протезов, установка имплантата среднего уха, костного имплантата.*

http://www.researchgate.net/publication/372109583_European_Journal_of_Molecular_Clinical_Medicine_SURGICAL_MANAGEMENT_OF_ADHESIVE_OTITIS_MEDIA_AND_OUTCOME

Другие виды лечения:

- продувание слуховых труб по Политцеру;
- введение лекарств в барабанную полость с помощью катетеризации; вибро- и пневмомассаж барабанной перепонки;
- электролечение (гальванизация и фарадизация, импульсная магнитотерапия рассчитанная на сосудодвигательное, трофическое, электролитическое действие);

- эндауральный электрофорез;
- эндауральный ультрафонофорез.

[http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-endonazoaurikulyarnogo-
elektroforeza-v-konservativnoy-terapii-adgezivnyh-srednih-otitov/viewer](http://cyberleninka.ru/article/n/effektivnost-endonazoaurikulyarnogo-elektroforeza-v-konservativnoy-terapii-adgezivnyh-srednih-otitov/viewer)

Медикаментозное лечение

Перечень основных лекарственных средств

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Гормональные препараты				
16	Дексаметазон или	катетеризация	4–20 мг (до 80 мг) 3-4 раза в сутки, 3-4 дн	В
17	Гидрокортизон	катетеризация	50-300 мг до 1000–1500 мг/сут 3-4 дн	В

Показания для консультации специалистов:

*Привлечение соответствующих специалистов при наличии патологии других органов и систем, которые расцениваются значимый фактор, влияющий на течение, проведения консервативного и хирургического лечения АСО.
Добавить ссылки*

Показания для перевода в отделение интенсивной терапии и реанимации:

- ухудшение состояния с угрозой для жизни.

Индикаторы эффективности лечения:

- остановление слуха констатируемым больным и/или методами исследования;
- улучшение слуха констатируемым больным и/или методами исследования;
- ликвидация шума в ухе констатируемым больным и/или методами исследования;
- уменьшение интенсивности шума в ухе констатируемым больным и/или методами исследования.

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

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ МЕДИЦИНСКИХ
ВМЕШАТЕЛЬСТВ ПО НОЗОЛОГИИ
«АДГЕЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДНЕГО
УХА»**

ТАШКЕНТ – 2025

2. Основная часть.

1) Введение;

Катетеризация представляет собой введение в полость тела специальной трубки, позволяющей установить причину патологического процесса, очистить от экссудата или гноя, промыть и ввести лекарственное средство. Носоглотка и ухо связаны сложной системой проходов, по которым возможно провести катетер – для этой цели используют канюлю Гартмана (слегка изогнутую трубку диаметром 1-2 мм, длиной около 18 см). Процедура может быть выполнена в амбулаторных либо стационарных условиях. В специально оборудованном процедурном кабинете должны быть отоскоп, канюля Гартмана, баллон Политцера.

2) Определение (<https://cyberleninka.ru/article/n/otsenka-effektivnosti-kateterizatsii-sluhovo-y-truby-pri-pomoschi-voshodyaschey-salpingografii/viewer>);

Катетеризация слуховой трубы представляет собой лечебно-диагностическую манипуляцию, которая позволяет проникнуть в канал среднего уха и провести оценивание вентиляционной способности, очистить полость и ввести лекарственное средство.

3) клиническая классификация (наиболее распространенные подходы, по этиологии, стадии).

3. Методы, подходы, процедуры диагностики и лечения

1) цель проведения процедуры или вмешательства;

Восстановление проходимости слуховой трубы с обеспечением поступления воздуха в среднее ухо для её физиологического функционирования.

2) противопоказания к процедуре или вмешательству;

- Наличие соматических воспалительно-инфекционных заболеваний;
- Наличие признаков интоксикации, повышение температуры тела;
- Неврологические расстройства;
- психические заболевания;
- инфекционно-воспалительные заболевания ротовой полости, полости носа, придаточных пазух и носоглотки

3) показания к процедуре или вмешательству;

- нарушение проходимости слуховой (евстахиевой) трубы;
- воспалении евстахиевой трубы;

- скапливании экссудата в барабанной полости;

4) требования к специалисту, проводящему процедуру или вмешательство; наличие специализированного образования (диплом специальности – «оториноларинголог»)

5) перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий в подготовке к процедуре или вмешательству;

Основные (обязательные):

- **Общий осмотр ЛОР органов;**
- **Радиологические исследования носа и придаточных пазух носа;**
- **Аудиологические исследования (аудиограмма, тимпанограмма)**

Дополнительные обследования (не обязательно):

- **общеклинические анализы крови и мочи**, необходимые для оценивания общего состояния пациента;
- **электрокардиограмма** – для определения функциональной деятельности сердечной мышцы;
- **биохимический анализ крови** – для измерения уровня содержания глюкозы, креатинина, мочевины, альбумина, печеночных трансаминаз, общего и прямого билирубина;
- **коагулограмму** – для оценивания состояния свертывающей системы;
- **бактериологический посев** мазков со слизистых покровов зева и носоглотки – для исключения инфекционно-воспалительных процессов.

б) требования к проведению процедуры или вмешательства: описываются условия для проведения процедуры или вмешательства:

Наличие специально оборудованного кабинета (кабинет врача оториноларинголога), необходимых стерильных инструментов (инструменты общего ЛОР осмотра, слухового катетера, резиновой груши), материалов (медицинская вата) и лекарств (для расширения полости носа).

№	Название препарата	Путь введения	Суточная доза (кратность)	Уровень доказательности
Препараты для расширения полости носа и носоглоточного устья слуховой трубы				
1.	Нафазолин 0,1%	Капли в нос	2-3 капли в нос	C

2.	Ксилометазолин, 0,1%	дозированный аэрозоль для полости носа	по 1–2 дозе в каждую половину носа	С
3.	Оксиметазолин, 0,05%	Капли в нос	2-3 капли в нос	С
Препараты для обезболивания слизистой полости носа и носоглотки				
4.	Лидокаин 10%	Смазывание слизистой полости носа	Перед процедурой	В
Гормональные препараты				
5.	Дексаметазон или	Через слуховой катетер	4– мг 1 раза в сутки, 6-7 дн	В
6.	Гидрокортизон сусп	Через слуховой катетер	5мг– 1 раза в сутки, 6-7 дн	В
Ферментативные препараты				
7.	Гиалуронидаза 64 ЕД	Через слуховой катетер	64 ЕД– 1 раза в сутки, 6-7 дн	С
8.	Кукумазин	Через слуховой катетер	50 ПЕ- 1 раза в сутки, 6-7 дн	С
9.	Хемотрипсин	Через слуховой катетер	10 мг- 1 раза в сутки, 6-7 дн	С

7) требования к подготовке пациента, а также непосредственная методика проведения процедуры (вмешательства);

Перед выполнением манипуляции врач проводит отоскопию (осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки) и риноскопию (исследование передней и задней носовых полостей) – это необходимо для оценивания состояния носа, носовой перегородки и устья слуховой трубы, а также подтверждения наличия показаний для катетеризации.

Для увеличения проходимости носовых ходов и уменьшения отечности в нос закапывают сосудосуживающие препараты, для освобождения ходов от слизи их орошают очищающими растворами. Выбирают нужного размера катетер, для уменьшения чувствительности слизистой носоглотки, распыляют обезболивающий 10% раствор Лидокаина. Во время манипуляций, для предупреждения травматического повреждения, пациент должен сидеть неподвижно, а врач выполняет следующие действия:

- 1. Вводит инструмент в нижний носовой проход** под контролем передней риноскопии – канюля катетера проходит носоглотку, доходит до задней стенки и касается ее.

2. **Поворачивает манипулятор на 90°** и подтягивает к себе – до его упора в заднюю часть перегородки.

3. **Разворачивает катетер на 180°** и добивается его входа в слуховую трубу.

4. **Надевает баллон на внешнюю часть канюли и вдувает воздух** (его движение контролируется с помощью вставленной в ухо пациента специальной трубки) и оценивает вентиляционную функцию – по характерным шумам определяется степень проходимости евстахиевой трубы: прерывистый звук свидетельствует о повреждении и сужении трубы; слышимые хлопки воздушных пузырьков – о скоплении жидкости; потрескивание от трения – о наличии адгезивного катара (хронического среднего отита); свист выходящего воздуха – о перфорации барабанной перепонки.

8) индикаторы эффективности процедуры или вмешательства.

- *Признаки улучшения проходимости слуховой трубы;*
- *Улучшение остроты слуха;*

4. Организационные аспекты протокола:

1) указание на отсутствие конфликта интересов; *отсутствует*

2) данные эксперта (специалиста республики) (см.стр.7);

3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

Появление новых лекарственных средств и методов лечения;

Выявление неэффективности или противопоказаний к применению рекомендованным методам лечения и препаратов;

\

**НАЦИОНАЛЬНЫЙ КЛИНИЧЕСКИЙ
ПРОТОКОЛ
МЕДИЦИНСКОЙ ПРОФИЛАКТИКИ И
РЕАБИЛИТАЦИИ ПО НОЗОЛОГИИ
«АДГЕЗИВНАЯ БОЛЕЗНЬ СРЕДНЕГО
УХА»**

Ташкент - 2025

2. Основная часть.

2.1. Введение

Профилактика и реабилитация адгезивной болезни среднего уха направлена на своевременное устранение основных этиологических причин – предшествовавшие острые или хронические катаральные и гнойные средние отиты, хронический тубоотит, аденоиды, гайморит, опухоли носа и горла, травмы уха. Несвоевременное устранение вышеперечисленных патологий приводит к развитию экссудативного среднего отита с дальнейшим развитием фибриновых отложений в барабанной полости, который является патогенетической основой развития адгезивной болезни среднего уха [1,2,3,4,5,6,7]. После развития патологии применяемые методы вторичной профилактики могут предупредить раннего наступления осложнений, требующего проведения слухопротезирования, которая является основным эффективным методом социальной адаптации больных при развитии средней и тяжелой степени тугоухости.

2.2. Определение – Адгезивная болезнь среднего уха - спаечный процесс после острого или хронического экссудативного воспаления в барабанной полости приводящий туго подвижность слуховых косточек, в результате чего у пациента развивается кондуктивная тугоухость.

3.1. Методы и процедуры профилактики:

Цель профилактики предупреждение нарушения функции слуховой трубы:

Первичная профилактика – С целью профилактики воспалительных заболеваний среднего уха необходимо устранять или ослаблять влияние вредных факторов:

- у грудных детей для предупреждения простудных заболеваний и средних отитов важно вскармливание грудным материнским молоком;
- проводить вакцинацию против кори, скарлатины, респираторных вирусных инфекций;
- применять антибиотики только по назначению врача;
- вести здоровый образ жизни, регулярно пребывать на открытом воздухе и солнце, оказывать умеренные физические нагрузки на организм;
- включать в рацион продукты, богатые витаминами, ограничить употребление в пищу продуктов, содержащих консерванты и синтетические добавки;
- проводить своевременную аденотомию;
- проводить своевременное устранение объективных причин нарушения проходимости слуховой трубы (деформации перегородки носа, увеличение объема внутриносовых структур, объёмные образования полости носа, носоглотки и придаточных пазух носа);
- проводить своевременную санацию верхних дыхательных путей.

Вторичная профилактика - С целью полного или частичного восстановления и поддержание социального слуха, профилактики и ранней диагностики вторичного снижения слуха необходимо:

- проводить периодический осмотр уха (отомикроскопия, отоэндоскопия) раз в год;
- проводить аудиологическое исследование состояния слуха (аудиометрия) раз в год.
- проводить улучшение проходимости слуховой трубы.

Третичная профилактика – С целью предупреждения и снижения степени возможной инвалидности, улучшения качества жизни, сохранения работоспособности пациента, социальной интеграции пациента в общество: провести ежегодную проверку состояния слуха (провести сурдологическое обследование) и своевременное протезирование слуха с технической поддержкой;

3.2. Показания к проведению 3-х видов профилактики и к реабилитации (конкретизируются соответственно профилю).

Наличие этиологических причин развития адгезивной болезни среднего уха (см выше).

3.3. Критерии для определения проведения видов профилактики (согласно международным стандартам, данным основанных доказательной медицины);

Критерии для проведения первичной профилактики адгезивной болезни среднего уха:

- Разрастание аденоидной ткани;
- Образования носа и носоглотки;
- Воспалительные и не воспалительные заболевания полости носа и придаточных пазух, нарушающие проходимость слуховой трубы;
- Нарушение проходимости слуховой трубы;
- Экссудативный средний отит.

Критерии для проведения вторичной профилактики адгезивной болезни среднего уха:

- Наличие адгезивного процесса с легкой и средней степенью тугоухости.

Критерии для проведения третичной профилактики (Реабилитация) адгезивной болезни среднего уха:

- Наличие адгезивного процесса в среднем ухе и снижение слуха средней и тяжелой степени.

4. Индикаторы эффективности профилактических и реабилитационных мероприятий (результаты реабилитации в соответствие с международными шкалами согласно Международной классификации функционирования, ограничений жизнедеятельности и здоровья).

Острота слуха в динамике (улучшение, стабильность в динамике)

10. Организационные аспекты протокола:

1) указание на отсутствие конфликта интересов - *отсутствует*;

2) данные экспертов (специалистов с республики и зарубежных стран);

Ашуров А.М. д.м.н., доцент кафедры «Оториноларингология» ТашИУВ
главный эксперт Уз Минздрава по ЛОР специальности

3) указание условий пересмотра протокола (пересмотр протокола через 3 или 5 лет после его разработки или при наличии новых методов с уровнем доказательности);

Список использованной литературы:

1. Авдеева, С. Н. "Распространенность заболеваний ЛОР-органов среди городского населения на современном этапе. Рос. оторинолар 3 (2006): 32-33.
2. Аникин, И. А., Аникин, М. И., Чернушевич, И. И., & Кузовков, В. Е. (2009). Способ лечения адгезивного отита.
3. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. М.: Гэотар-Мед 3-е изд. -2014. С. 259-268.
4. Загорянская М.Е. Румянцева М.Г. Эпидемиологический подход к профилактике и лечению нарушений слуха у детей // Российская оториноларингология. 2011. №2. С. 82-87.
5. Коровин П.А., Сыроежкин Ф.А., Дворянчиков В.В, Голованов А.Е., Гофман В.,Р., Исаченко В.С., Стяжкин Д.Д. Профилактика адгезивного процесса в барабанной полости при операциях на среднем ухе // Российская Оториноларингология. 2019. №2 С.42-48
6. Оториноларингология // дарслик (ўзбек тили, лотин алифбосида). С.А.Хасанов, Н.Х.Вохидов Тошкент- 2013 й. 463 бет.
7. Оториноларингология детского возраста . Қ.Қ. Қосимов , С.А Хасанов. Н.Х Вохидов Бухоро “Садриддин Салим Бухорий ” Дурдона нашриёти 2020 й.-700 бет.
8. Оториноларингология (ўзбек тили,лотин алифбосида) // Қ.Қ. Қосимов , С.А. Хасанов . Н.Х Вохидов У.Н. Вохидов Д.Ф. Шамсиев. -Т.: ”Фан ва технология ”, 2019 й, 464 бет.
9. Оториноларингология //Н.Х Вохидов. (ўзбек тили,лотин алифбосида) услубий кулланма 2022 й.Ташкент.
- 10.Оториноларингология // В.Т.Пальчун, А.И.Крюков, М.М.Магомедов. Н.Х.Вохидов, У.Н.Вохидов. дарслик. (ўзбек тили, лотин алифбосида). ”ГЕОТАР”-Медиа. Босмахона гуруҳи. Москва 2022й.
11. Saeko Yoshida, Saori Seki, Tomonori Sugiyama, Saori Kikuchi , Yukiko IinoInternational Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. 2022 Aug: 159:111188. doi: 10.1016/j.ijporl.2022.111188. Epub 2022 May 26.
- 12.Скоулз М.А. Оториноларингология: теория и практика. – Гэотар-медиа.2018. 349-356 с.