Приложение к Приказу

Министерства здравоохранения

Приднестровской Молдавской Республики

от «\_\_\_\_» \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ 2022 года № \_\_\_\_\_

Клинические рекомендации

**«Острый средний отит»**

**Коды по Международной статистической классификации болезней и**

**проблем, связанных со здоровьем (МКБ 10):** H65.0/H65.1/H66.0

**Возрастная категория:** взрослые, дети

**Год утверждения:** 2022 год (пересмотр 1 раз в 5 лет)

**Оглавление**

**Список сокращений**……………………………………………….……………….………… 3

**Термины и определения**…………………………………………..……….……...…………...3

**1. Краткая информация**…………………………………………………………..……………3

1.1 Определение ……………………………………………………………..…….…. ………...3

1.2 Этиология и патогенез.............................................................................................................4

1.3 Эпидемиология………………………………………………………………………………5

1.4 Кодирование по МКБ10…………………………………….………..….…………………..5

1.5 Классификация ……………………………………………….………….……......................5

1.6 Клиническая картина………………………………………………………..……………….6

**2. Диагностика** ………………………………………………….………………........................6

2.1 Жалобы и анамнез …………………………………………………………………………..6

2.2 Физикальное обследование ……………………………………..………….….……………6

2.3 Лабораторная диагностика ………………………………….………….…..…....................7

2.4 Инструментальная диагностика………………………………………….............................7

2.5 Иная диагностика………………………………………………………………….................7

**3. Лечение**……………………………………………………….……..………………………...7

3.1 Консервативное лечение………………………………………………………….................7

3.2 Хирургическое лечение …………………………………………………….……………...14

3.3 Иное лечение………………………………………………………………………………..14

**4. Реабилитация** ……………………………………………….………….…………………...14

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**……………………………..…..................14

**6. Организация медицинской помощи**……………………………………………………..14

**7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания……….**15

**Критерии оценки качества оказания медицинской помощи**………… ………………...15

Список литературы……………………………………………………………………………..16

Приложение А1. Состав рабочей группы…………………………………….….....................18

Приложение А2. Справочные материалы включая соответствие показаний к применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов инструкции по применению лекарственного препарата …………………………………………………..19

Приложение Б. Алгоритмы действий врача…………………………………..........................21

Приложение В. Информация для пациента………………………………….……………….22

**Список сокращений**

ЗОСО – затянувшийся острый средний отит;

КТ - компьютерная томография;

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства;

ОГСО – острый гнойный средний отит;

ОСО - острый средний отит;

ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция;

РОСО – рецидивирующий острый средний отит;

ХГСО – хронический гнойный средний отит;

ЭСО - экссудативный средний отит.

**Термины и определения**

Острый средний отит - воспалительный процесс, охватывающий все три отдела среднего уха: барабанную полость, клетки сосцевидного отростка, слуховую трубу, проявляющийся одним или несколькими характерными симптомами (боль в ухе, повышение температуры, снижение слуха). В патологический процесс вовлекается только слизистая оболочка указанных полостей.

Рецидивирующий острый средний отит - наличие трех или более отдельных эпизодов ОСО в течение 6 месяцев или 4 и более эпизодов за период 12 месяцев.

Затянувшийся острый средний отит - определяют наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3 - 12 месяцев после одного или двух курсов терапии антибиотиками.

**1. Краткая информация**

**1.1 Определениe**

Острый средний отит (ОСО) - воспалительный процесс, охватывающий все три отдела среднего уха: барабанную полость, клетки сосцевидного отростка, слуховую трубу, проявляющийся одним или несколькими характерными симптомами (боль в ухе, повышение температуры, снижение слуха).

ОСО часто встречающееся заболевание во взрослой и детской практике. В первые три года жизни все дети переносят хотя бы один эпизод ОСО, в 50% случаев заболевание носит рецидивирующий характер.

У детей при ОСО может отмечаться возбуждение, раздражительность, рвота, понос. Заболевание, как правило, длится не более трех недель, однако возможно развитие затянувшегося или рецидивирующего ОСО, которое может привести к возникновению стойких изменений в среднем ухе и снижению слуха. Рецидивирующее течение острых средних отитов приводит к развитию хронической воспалительной патологии среднего уха, к прогрессирующему понижению слуха, вызывая нарушение формирования речи и общего развития ребенка.

**1.2 Этиология и патогенез**

Основным этиологическим фактором возникновения острого среднего отита является воздействие на слизистую оболочку среднего уха бактериального или вирусного агента, часто в условиях измененной реактивности организма. При этом большое значение имеет вид микроба, его патогенные свойства и вирулентность.

В то же время на развитие и характер воспалительного процесса в среднем ухе значительное влияние оказывают анатомо-физиологические особенности строения среднего уха в различных возрастных группах. Они являются предрасполагающими факторами развития острого воспаления и перехода в затяжное и хроническое течение.

Основные теории патогенеза острых средних отитов объясняют его развитие дисфункцией слуховой трубы.

Нарушение проходимости слуховой трубы ведет к созданию отрицательного давления в барабанной полости и транссудации жидкости, которая изначально является стерильной, но в связи с нарушением мукоцилиарного очищения среднего уха и присоединения, условно-патогенной факультативно-анаэробной микрофлоры из носоглотки, принимает воспалительный характер.

Таким образом, превалирующим механизмом проникновения инфекции в полость среднего уха является тубогенный – через слуховую трубу. Существуют и другие пути проникновения инфекции в барабанную полость: травматический, менингогенный – ретроградное распространение инфекционного менингококкового воспалительного процесса через водопроводы ушного лабиринта в среднее ухо. Сравнительно редко при КР314 7 инфекционных заболеваниях (сепсис, скарлатина, корь, туберкулез, тиф) встречается гематогенный путь распространения инфекции в среднее ухо.

В условиях воспаления происходит накопление в полостях среднего уха экссудата, вязкость которого имеет тенденцию к увеличению при отсутствии дренирования.

При высоковирулентной инфекции барабанная перепонка может расплавиться ферментами гноя. Через перфорацию, возникшую в барабанной перепонке, отделяемое часто эвакуируется из барабанной полости.

При маловирулентной инфекции и других благоприятных условиях перфорация не образуется, но экссудат задерживается в барабанной полости. Фактически воздушное пространство среднего уха исчезает. В условиях воспаления, нарушения аэрации, газообмена и дренирования среднего уха нерациональная антибиотикотерапия и иммунные нарушения способствуют переходу острого процесса в вялотекущее воспаление слизистой оболочки (мукозит) среднего уха и развития хронического секреторного среднего отита.

Основными возбудителями ОСО являются пневмококк (Streptococcus pneumoniae) и гемофильная палочка (Haemophilus influenzae), которые составляют суммарно примерно 60% бактериальных возбудителей заболевания, а также различные виды стрептококков. Различные штаммы этих микроорганизмов заселяют носоглотку у большинства детей. Биологические свойства S. pneumoniae обуславливают выраженную клиническую симптоматику и риск развития осложнений ОСО. У детей младшей возрастной группы значимым патогеном может быть грамотрицательная флора.

Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Считают, что до 10% ОСО могут быть вызваны вирусами.

Спектр возбудителей несколько меняется при затянувшемся остром среднем отите (ЗОСО) и рецидивирующем остром среднем отите (РОСО). При бактериологическом исследовании резидуального экссудата после перенесенного от 2 до 6 месяцев назад ОСО H.influenzae выявляется более чем в половине случаев (56-64%), при том что S.pneumoniae – всего в 5-29% случаев.

**1.3 Эпидемиологи**

Респираторные инфекции у взрослых и детей в 20-70% случаев осложняются развитием острого среднего отита.

Более 35% детей на первом году жизни переносят ОСО один – два раза, 7–8% детей – многократно, в возрасте до 3 лет более 65% детей переносят ОСО один – два раза, а 35% детей – многократно. К трехлетнему возрасту ОСО болеет 71% детей.

Причиной развития сенсоневральной тугоухости у взрослых в 25,5% случаев является перенесенный ранее острый или хронический гнойный средний отит.

**1.4 Кодирование по МКБ10**

H65.0 - Острый средний серозный отит

H65.1 - Другие острые негнойные средние отиты

H66.0 - Острый гнойный средний отит

**1.5 Классификация**

Острый средний отит является заболеванием с выраженной стадийностью течения. В соответствии с классификацией В.Т. Пальчуна и соавторами выделяют 5 стадий течения острого воспаления среднего уха:

а) стадия острого евстахиита

б) стадия катарального воспаления

в) доперфоративная стадия гнойного воспаления

г) постперфоративная стадия гнойного воспаления

д) репаративная стадия

По тяжести течения: ОСО может протекать легко, иметь среднетяжелое или тяжелое течение.

**1.6 Клиническая картина**

Боль в ухе, лихорадка, в некоторых случаях – гноетечение из уха, снижение слуха. В анамнезе – указание на перенесенную острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ).

**2. Диагностика**

**2.1 Жалобы и анамнез**

Основными жалобами являются боль в ухе, лихорадка, в некоторых случаях – гноетечение из уха, снижение слуха. В анамнезе – указание на перенесенную острую респираторную вирусную инфекцию (ОРВИ).

Пациенты чаще жалуются на ощущение заложенности в ухе, аутофонию, шум в ухе. Дети, особенно младших возрастных групп, крайне редко предъявляют жалобы на этой стадии ОСО, так как в силу возраста не могут охарактеризовать своё состояние.

**2.2 Физикальное обследование**

В основе клинической картины острого среднего отита лежат симптомы, характерные для острого воспалительного процесса (боль, повышение температуры тела, гиперемия барабанной перепонки) и симптомы, отражающие нарушение функции звукового (слух), реже вестибулярного (головокружение) рецепторов.

Снижение слуха носит характер кондуктивной тугоухости, редко может присоединиться сенсоневральный компонент. Учитывая выраженную стадийностью течения ОСО, целесообразно дать клинико-диагностическую оценку каждой стадии.

**Стадия острого евстахиита** – характеризуется прежде всего нарушением функции слуховой трубы, что и вызывает дальнейшее развитие патологического процесса.

**Стадия острого катарального воспаления** - при отоскопии барабанная перепонка гиперемирована и утолщена, опознавательные знаки определяются с трудом или не определяются.

**Стадия острого гнойного воспаления** - стадия обусловлена инфицированием среднего уха. Жалобы: боль в ухе резко усиливается. Нарастают симптомы интоксикации: ухудшается общее состояние, температура достигает фебрильных цифр.

Отоскопически - определяется выраженная гиперемия барабанной перепонки, опознавательные знаки не видны, имеется выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности. За счет давления гнойного секрета, его протеолитической активности в барабанной перепонке может появиться перфорация, через которую происходит эвакуация гноя в слуховой проход.

**Постперфоративная стадия -** отоскопически определяется перфорация барабанной перепонки, из которой поступает гнойное отделяемое.

**Репаративная стадия** - пациенты практически не предъявляют жалоб на этой стадии. Острое воспаление в среднем ухе купируется.

Отоскопия: восстановление цвета и толщины барабанной перепонки. Перфорация чаще закрывается рубцом. Однако, восстановление слизистой оболочки полостей среднего уха еще не наступило. Для оценки восстановления аэрации полостей среднего уха необходимо динамическое наблюдение пациента (проведение отоскопии и тимпанометрии).

**2.3 Лабораторная диагностика**

Рекомендовано проведение общеклинических методов исследования: общий анализ крови, при тяжелом течении – определение других маркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин). При тяжелом и рецидивирующем течении рекомендовано микробиологическое исследование отделяемого из среднего уха на перфоративной стадии или при выполнении парацентеза/тимпанопункции.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – IV).**

**2.4 Инструментальная диагностика**

Проведение рентгенологических методов исследования височных костей таких как: рентгенограмма по Шюллеру и Майеру, компьютерная томография височных костей рекомендовано в случаях затяжного течения процесса, подозрения на мастоидит и внутричерепные осложнения.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательств – IV).**

**2.5 Иная диагностика**

Иные диагностические исследования не показаны.

**3. Лечение**

**3.1 Консервативное лечение**

* Рекомендовано проведение разгрузочной (интраназальной) терапии во всех стадий ОСО для восстановления функции слуховой трубы.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательствII)**

*Комментарии****:*** *Интраназальная терапия включает применение:*

1. *Ирригационно-элиминационной терапии - туалет носа с использованием изотонического раствора NaCL или морской воды (туалет носа у маленьких детей предполагает принудительное удаление отделяемого из носа);*
2. *сосудосуживающих средств (деконгестантов);*
3. *интраназальных глюкокортикостероидных препаратов;*
4. *муколитической, секретолитической, секретомоторной терапии (особенно у маленьких детей при невозможности удалить густой назальный секрет);*
5. *топической антибактерильной терапии.*

* Рекомендовано проведение системной и топической терапии для купирования болевого синдрома.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств-I).**

*Комментарии****:****Терапия для купирования болевого синдрома включает:*

*Системные нестероидные противовоспалительные средства (НПВС).   
Дозы приёма у детей: парацетамол\*\* 10-15 мг/кг/прием, ибупрофен\*\* 8-10 мг/кг/прием; НПВС являются обязательным компонентом в комплексном лечении острого воспаления среднего уха.*

*Для клинического применения удобна классификация, согласно которой НПВП подразделяют на лекарственные средства (ЛС) с различной степенью выраженности анальгетического и противовоспалительного действия:*

*а) ЛС с сильным анальгетическим и слабо выраженным противовоспалительным действием (метамизол натрия, парацетамол\*\*, ацетилсалициловая кислота\*\* в дозе до 4 г/сут);*

*б) ЛС с анальгетическим и умеренно выраженным противовоспалительным эффектом (производные пропионовой кислоты и фенаматы);*

*в) ЛС с сильным анальгетическим и выраженным противовоспалительным свойством (пиразолоны, производные уксусной кислоты, оксикамы, ацетилсалициловая кислота\*\* в суточной дозе 4 г и более и другие).*

*При лечении болевого синдрома при ОСО более широко используются ЛС с преобладающим анальгетическим эффектом.*

*Местная терапия; лидокаин\*\*-содержащие ушные капли; спиртосодержащие ушные капли.*

* Рекомендовано на доперфоративной стадии острого воспаления среднего уха продолжить проведение разгрузочной терапии, обязательно назначать системную или местную анальгезирующую терапию.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-I).**

*Комментарии:**Топические осмотически активные и антимикробные препараты (ушные капли) назначаются для купирования болевого синдрома, который обусловлен отеком барабанной перепонки и ее напряжением за счет давления, накопившегося воспалительного экссудата.*

* Рекомендовано применение в качестве местной анальгезирующей терапии ушные капли, содержащие неопиодный анальгетик-антипиретик феназон\*\* и лидокаин\*\*.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств-II).**

*Комментарии****:****В качестве местной (эндауральной) терапии часто используют ушные капли.*

* Рекомендовано проведение муколитической, секретолитической и секретомоторной терапии.

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – IV)**

*Комментарии****:****В терапии ОСО не менее важной, чем восстановление воздухопроводящей, является улучшение дренажной функции слуховой трубы. Благодаря согласованным колебаниям ресничек мерцательного эпителия, выстилающих просвет слуховой трубы, происходит эвакуация патологического содержимого из барабанной полости. При отеке слизистой оболочки слуховой трубы эта функция полностью утрачивается. Вязкий секрет, заполняющий барабанную полость, с трудом поддается эвакуации. Использование препаратов муколитического и мукорегуляторного действия помогает дренировать полость среднего уха при любом виде и вязкости секрета. Применяются препараты прямого муколитического действия на основе N-ацетилцистеина для введения, в т., и в барабанную полость, а также прапараты на основе карбоцистеина.*

*Необходимо помнить, что не каждый муколитик, хорошо зарекомендовавших себя при патологии бронхов, может быть применён для лечения ОСО. Поэтому, перед назначением препарата этой группы необходимо ознакомиться с инструкцией по применению и указанными в ней зарегистрированными показаниями.*

* Рекомендовано проведение системной антибактериальной терапии при гнойных формах ОСО.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательности – I).**

*Комментарии:* *Учитывая, что острое воспаление среднего уха, чаще является осложнением респираторной вирусной инфекции, особенно в детском возрасте, назначение антибактериальной терапии по показаниям, снижает риск развития мастоидита и других осложнений. Обязательное назначение антибиотиков во всех случаях ОСО у детей младше двух лет, а также при ЗОСО и РОСО, пациентам с иммунодефицитными состояниями.*

* Рекомендовано. Препаратом первого выбора при ОСО считать амоксициллин\*\*.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).**

*Комментарии:* *Врач должен назначить амоксициллин\*\* при ОСО, если пациент не принимал его в предшествующие 30 суток, если отсутствует гнойный конъюнктивит, аллергоанамнез не отягощён.*

* Рекомендовано при отсутствии достаточного клинического эффекта по прошествии трех дней следует сменить амоксициллин\*\* на амоксициллин+клавулановая кислота \*\* или заменить на антибиотик цефалоспоринового ряда III поколения (цефиксим\*\*, цефдинир, цефтибутен\*\*), которые активны против β–лактамазопродуцирующих штаммов гемофильной палочки и моракселлы.
* Рекомендовано при ЗОСО и РОСО начинать лечение с перорального приема амоксициллин+клавулановая кислот.

**Уровень убедительности рекомендаций А (уровень достоверности доказательств – I).**

*Комментарии:**Предпочтение необходимо отдавать пероральным формам антибиотиков. Если предпочтительным является внутримышечный путь введения, назначается цефтриаксон\*\*. Необходимо помнить, что у пациентов, которые получали недавно курсы ампициллина, амоксициллина\*\* или пенициллина, высока вероятность выделения микрофлоры, продуцирующей бета-лактамазы. Поэтому маленьким детям препарат назначают в виде суспензии или диспергируемых таблеток.*

* Рекомендовано макролиды назначать как препараты выбора.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств - II).**

*Комментарии.**В основном макролиды назначают при аллергии к β. Роль макролидов в лечении пневмококковых инфекций в последние годы снизилась в связи с ростом резистентности пневмококка особенно к 14-ти и 15-ти членным макролидам. По данным российского многоцентрового исследования по определению чувствительности пневмококка, проведенного в 2010-2013 гг., частота нечувствительности к различным макролидам и линкозамидам варьировала в пределах от 27,4% (для 14-ти и 15-ти членных) до 18,2% (для 16-ти членных макролидов).*

* Рекомендовано назначать фторхинолоны только как препараты глубокого резерва.

**Уровень убедительности рекомендаций В (уровень достоверности доказательств –II).**

*Комментарии:**Последние обзоры литературы по безопасности показали, что применение фторхинолонов ассоциировано с инвалидизацией и длительными серьезными побочными эффектами, которые могут вовлекать сухожилия, мускулатуру, суставы, периферические нервы и центральную нервную систему. Широкое применение фторхинолов в первичном звене вызывает развитие лекарственной устойчивости M. Tuberculosis, которая за последние годы увеличилось на порядок, что стало препятствовать своевременной диагностике туберкулеза. Применение фторхинолонов противопоказано в детской практике в связи с их негативным действие на растущую соединительную и хрящевую ткань.*

**Таблица 1**

**Суточные дозы и режим введения антибиотиков при остром среднем отите**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Антибиотик** | | **Доза** | **Связь с**  **приемом пищи** |
| **Взрослые** | **Дети** |  |  |  |  |
| **Препараты выбора** | | | |  |  |
| Амоксициллин\* | 1,5 г/сут в 3 приема или 2,0 г в сут в 2 приема | 40-50 мг/кг/сут в 2-3 приема | Независимо |  |  |
| Амоксициллин+Клавулановая кислота 4:1, 7:1 («стандартные» дозы)\*\* | 2 г/сут в 2-3 приема | 45-50 мг/кг/сут в 2-3 приема | В начале приема пищи |  |  |
| Амоксициллин+Клавулановая кислота 14:1 («высокие» дозы) \*\*\* | 3,5-4 г/сут в 2-3 приема | 80-90 мг/кг/сут в 2-3 приема | В начале приема пищи |  |  |
| Амоксициллин+Клавулановая кислота \*\*\*\* | 3,6 г/сут в/в в 3 введения | 90 мг/кг/сут в 3 введения | Независимо |  |  |
| Ампициллин+[Сульбактам]\*\*\*\* | 2,0–6,0 г/сут в/м или в/в в 3-4 введения | 150 мг/кг/сут в/м или в/в в 3-4 введения | Независимо |  |  |
| Цефтриаксон\*\*\*\* | 2,0-4,0 г/сут в 1 введение | 50-80 мг/кг/сут в 1 введение | Независимо |  |  |
| При аллергии на пенициллины (неанафилактической) | | | |  |  |
| Цефуроксим аксетил | 1,0 г/сут в 2 приема | 30 мг/кг/сут в 2 приема | Сразу после еды |  |  |
| Цефтибутен\*\*\*\*\* | 400 мг/сут в 1 прием | 9 мг/кг/сут в 1 прием | Независимо |  |  |
| Цефиксим\*\*\*\*\* | 400 мг/сут в 1 прием | 8 мг/кг/сут в 1 прием | Независимо |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| При аллергии на пенициллины и цефалоспорины | | | |  |  |
| Джозамицин | 2000мг/сутки в 2 приёма | 40-50 мг/кг/сутки 2-3 приёма | независимо |  |  |
| Кларитромицин\*\*\*\*\*\* | 1000 мг/сут в 2 приема (форма СР – в 1 прием) | 15 мг/кг/сут в 2 приема | Независимо |  |  |
| Азитромицин\*\*\*\*\*\* | 500 мг/сут в 1 прием | 12 мг/кг/сут в 1 прием | За 1 ч до еды |  |  |

\*при отсутствии факторов риска резистентности, стартовая терапия.

\*\* при наличии факторов риска наличия резистентных штаммов гемофильной палочки и моракселлы, при неэффективности стартовой терапии амоксициллином.

\*\*\* в случае выделения, высокой вероятности или высокой региональной распространенности пенициллин-резистентных штаммов пневмококка.

\*\*\*\* в случае необходимости парентерального введения (низкая комплаентность, нарушение энтеральной абсорбции, тяжелое состояние).

\*\*\*\*\*в случае выделения или высокой вероятности этиологической роли гемофильной палочки или моракселлы (ограниченная активность в отношении пенициллин-резистентных штаммов пневмококка).

\*\*\*\*\*\*отмечается рост резистентности всех основных возбудителей ОСО к макролидам.

Существует условная схема, используя которую, по характеру течения отита или наличию отдельных симптомов можно предположить вид возбудителя и подобрать оптимальный антибиотик.

S. Pneumoniae, если имеется нарастающая оталгия и температура, появилась спонтанная перфорация.

Пенициллинорезистентный S. Pneumoniaе, если предшествующее лечение проводилось ампициллином, азитромицином, эритромицином, ко–тримоксазолом, если проводилась антибиотикопрофилактика или имеется анамнез РОСО.   
      Менее вероятно присутствие S. Pneumoniaе, если симптомы слабо выражены, а предшествующее лечение было проведено адекватными дозами амоксициллина.

H. Influenzae , если имеется сочетание симптомов отита и конъюнктивита.

β–лактамазообразующий H. Influenzae или M. Catarrhalis: если проводилась антибактериальная терапия в течение предшествующего месяца; при неэффективности 3-дневного курса лечения амоксициллином; у ребенка, часто болеющего или посещающего детский сад.    
       Менее вероятно присутствие H. Influenzae , если предшествующая терапия была проведена цефалоспоринами третьего поколения.

* Рекомендована стандартная длительность курса антибиотикотерапии при ОСО, (впервые возникшем) - 7-10 дней.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств –I).**

*Комментарии:**Более длительные курсы терапии показаны детям младше 2 лет, детям с отореей и сопутствующими заболеваниями. Сроки антибиотикотерапии при ЗОСО и РОСО определяются индивидуально, обычно они более длительные (при пероральном приеме – не менее 14 дней). Считается, что курс системной антибактериальной терапии не должен завершаться до купирования отореи.*

*Причинами неэффективности антибиотикотерапии при ОСО, ЗОСО и РОСО могут быть следующие факторы:*

*а) неадекватная дозировка антибиотика;*

*б) недостаточная всасываемость;*

*в) плохая комплаентность;*

*г) низкая концентрация препарата в очаге воспаления.*

Не рекомендованы для лечения ОСО тетрациклин\*\*, линкомицин\*\*, гентамицин\*\* и ко. Тримоксазол\*\*.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств I).**

*Комментарии:**Эти препараты малоактивны в отношении S. Pneumoniaе и/или H. Influenzae и не лишены опасных побочных эффектов (риск развития синдромов Лайелла и Стивенса–Джонсона у ко–тримоксазола\*\* и ототоксичность у гентамицина\*\*).*

* Рекомендовано в постперфоративной стадии ОСО продолжить проведение системной антибактериальной терапии.

**Уровень убедительности рекомендаций A (уровень достоверности доказательств – I).**

*Комментарии:**Перфорация барабанной перепонки и появление гноетечения значительно меняет картину клинического течения острого среднего остита и требует соответствующей перестройки лечебной тактики. Осмотически активные ушные капли, содержащие аминогликозидныеанитиботики не должны применяться из-за возможного ототоксического эффекта.*

Рекомендовано применение транстимпанально ушных капель на основе группы рифамицина, фторхинолонов и ацетилцистеина + тиамфинекола.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательности IV).**

* Рекомендовано.На репаративной стадии ОСО проведение мероприятий, направленных на восстановление функции слуховой трубы.

**Уровень убедительности рекомендаций C (уровень достоверности доказательности IV).**

*Комментарии:**Врачу следует добиться наиболее полного восстановления слуха и аэрации полостей среднего уха, так как на этой стадии велика опасность перехода острого состояния в хроническое, особенно у детей с рецидивирующим средним отитом. Восстановление аэрации полостей среднего уха должно быть подтверждено проведением объективных методов исследования (тимпанометрия).*

**3.2 Хирургическое лечение**

* Рекомендовано проведение парацентеза .

**Уровень убедительности рекомендаций B (уровень достоверности доказательств – III).**

*Комментарии****:****Показан при выраженной клинической симптоматике (боль в ухе, повышение температуры тела) и отоскопической картине (гиперемия, инфильтрация, выбухание барабанной перепонки) при неперфоративной форме ОСО. Парацентез также показан при «стёртой» клинической картине, но при ухудшении состояния пациента (несмотря на проводимую антибиотикотерапию) и нарастание показателей маркёров воспаления.*

**3.3 Иное лечение**

Иное лечение не проводится.

**4. Реабилитация**

 Иногда требуется выполнение лечебных оториноларингологических манипуляций, направленных на восстановление аэрации и газообмена полостей среднего уха.

**5. Профилактика и диспансерное наблюдение**

 После стихания клинических проявлений ОСО пациент должен наблюдаться оториноларингологом, особенно дети с рецидивирующим или затянувшимся течением ОСО. Необходима оценка восстановления не только целостности барабанной перепонки, но и аэрации полостей среднего уха после перенесенного ОСО с использованием диагностических процедур: отомикроскопии, тимпанометрии (в том числе в динамике). Рекомендовано проведение вакцинации против пневмококка и гриппа.

**6. Организация медицинской помощи**

Организация медицинской помощиосуществляется согласно Алгоритму ведения

пациента (приложение Б).

Показания к госпитализации пациента: экстренная госпитализация показана всем пациентам с тяжелым течением ОСО, а также пациентам при отсутствии положительной динамики на фоне адекватной терапии в течение 3-5 дней или при прогрессивном ухудшении в любые сроки.

Показания к выписке пациента: пациент с ОСО может быть выписан оториноларингологического отделения стационара по достижению стабильного

удовлетворительного состояния на протяжение не менее, чем 3 последних дней.

**7. Дополнительная информация, влияющая на течение и исход заболевания**

 Следует ожидать более тяжелого течения и высокого риска развития осложнений у пациентов с первичными и вторичными иммунодефицитами, сахарным диабетом и у детей, входящих в группу «часто болеющих».

**Критерии оценки качества оказания медицинской помощи**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **№ п/п** | **Критерии качества** | **Уровни убедительности рекомендаций** | **Уровни достоверности доказательств** |
| 1. | Выполнен осмотр врачом-оториноларингологом не позднее 1 часа от момента поступления в стационар | A | I |
| 2. | Выполнен общий (клинический) анализ крови развернутый | A | I |
| 3. | Выполнен парацентез барабанной перепонки не позднее 3 часов от момента поступления в стационар (при наличии медицинских показаний и при отсутствии медицинских противопоказаний) | B | III |
| 4. | Выполнено бактериологическое исследование отделяемого из барабанной полости с определением чувствительности возбудителя к антибиотикам и другим лекарственным препаратам (при проведении парацентеза или наличии отделяемого из барабанной полости) | B | III |
| 5. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при возрасте до 2 лет) | A | I |
| 7. | Проведена терапия антибактериальными лекарственными препаратами (при возрасте старше 2 лет, при наличии лабораторных маркеров бактериальной инфекции и/или установленном диагнозе острый средний гнойный отит) | A | I |
| 8. | Выполнена анемизация слизистой полости носа сосудосуживающими лекарственными препаратами не реже 2 раз в 24 часа (при отсутствии медицинских противопоказаний) | B | III |
| 9. | Выполнена тимпанометрия и/или импедансометрия и/или тональная аудиометрия и/или исследование органов слуха с помощью камертона перед выпиской из стационара | B | III |
| 10. | Отсутствие гнойное-септических осложнений в период госпитализации | B | III |
| 11. | Проведена терапия препаратами группы анальгетики и антипиретики и/или препаратами группы нестероидные противовоспалительные препараты (при наличии болевого синдрома, в зависимости от медицинских показаний и при отсутствие медицинских противопоказаний) | B | III |
| 12. | Проведена терапия топическими анальгетиками и анестетиками при неперфоративном остром среднем гнойном отите | B | III |

**Список литературы**

 • Козлов М. Я. Острые отиты у детей и их осложнения - Л, Медицина - 1986 232с.

• Ярославский Е. И. Возрастная морфология височной кости и заболевание среднего уха в раннем детстве. – Омск, 1947. – 126 с.

• Стратиева О. В. , Арефьева Н. А. Архитектоника среднего уха в патогенезе экссудативного отита - Уфа, 2000 - 62 с.

• Богомильский М. Р. , Самсыгина Г. А. , Минасян В. С. Острый средний отит у новорожденных и грудных детей. – М. , 2007. – 190 с.

• Карнеева О. В. , Поляков Д. П. Диагностическая и лечебная тактика при остром среднем отите в соответствии с современными рекомендательными документами. РМЖ. Оториноларингология. – 2015. – Т. 23, № 23. – С. 1373 – 1376.

• Поляков Д. П. Затяжное течение острых средних отитов у детей раннего возраста (клинико-аудиологические аспекты). Автореф. Дисс. Канд. Мед. Наук. М, 2008.

• Крюков А. И. , Туровский А. В. Острый средний отит, основные принципы лечения в современных условиях - Consiliummedicum - 2002 - том 2 №5 - с. 11-17.

• Загорянская М. Е. , Румянцева М. Е. , Каменецкая С. Б. Роль эпидемиологического исследования слуха в ранней диагностике сенсоневральной тугоухости у взрослых // Тез. Конференции Современные методы диагностики и реабилитации больных с патологией внутреннего уха . М. ,1997: 23–24.

• 1. Пальчун В. Т. , Крюков А. И. , Кунельская Н. Л. И Острое воспаление среднего уха - Вестник оторинолар. - 1997 - №6 - с. 7-11.

• Бакрадзе М. Д. Новые лечебно-диагностические и организационные технологии ведения детей с острыми лихорадочными заболеваниями. Автореф. Дис. Док. Мед. Наук. – Москва, 2009.

• 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.

• Косяков С. Я. , Лопатин А. С. Современные принципы лечения острого среднего, затянувшегося и рецидивирующего острого среднего отита - Русский медицинский журнал - 2002 - том 10, № 20 - с. 1-11.

• Douglas J. Biedenbach, Robert E. Badal, Ming-Yi Huang, Mary Motyl, Puneet K. Singhal, Roman S. Kozlov, Arthur Dessi Roman, and Stephen MarcellaIn Vitro Activity of Oral Antimicrobial Agents against Pathogens Associated with Community-Acquired Upper Respiratory Tract and Urinary Tract Infections: A Five Country Surveillance StudyInfect Dis Ther2016 Jun; 5(2): 139–153.

• Козлов Р. С. И соавт. Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия, 2015, Том 17, № 2, Приложение 1, абстракт №50, стр. 31.

• Беликов А. С. Фармакоэпидемиология антибактериальной терапии острых отоларингологических инфекций. Автореф. Дис. Канд. Мед. Наук. – Смоленск, 2001.

• Каманин Е. И. , Стецюк О. У. Инфекции верхних дыхательных путей и ЛОР–органов. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии, под. Ред. Л. С. Страчунского и М. , 2002: 211–9

• Страчунский Л. С. , Богомильский М. Р. Антибактериальная терапия острого среднего отита у детей - Детский доктор - 2000 - № 2 - с. 32-33.

• Pichichero M. E. , Reiner S. A. , Jenkins S. G. Et alControversies in the medical management of persistent and recurrent acute otitis mediaAnnOtolLaryngol 2000; 109: 2–12

• Kozyrskyi A. L. , Hildes–Ripstein G. E. , Longstaffe S. Et alShort course antibiotics for acute otitis mediaCochrane Library 2001; Issue 1.

• Яковлев С. В. Стратегия и тактика рационального применения антимикробных средств в амбулаторной практике Вестник практического врача, спецвыпуск №1, 2016 г.

• http://wwwfdagov/Drugs/DrugSafety/ucm500143. Htm 12,05,2016.

• Приказ Министерства здравоохранения №335 от 29,11,95 г. «Об использовании метода гомеопатии в практическом здравоохранении»\*.

• Vickers A, Smith C. Homoeopathic Oscillococcinum for preventing and treating influenza and influenza-like syndromes Cochrane Database Syst Rev2000;(2):CD001957.

• Карнеева О. В. Современные возможности профилактики респираторно-вирусных инфекций и осложнений острых респираторных заболеваний у детей. ConsiliummedicumПедиатрия. – 2013. - № 1. – С. 27 - 30.

• Гаращенко Т. И. Мукоактивные препараты в лечении заболеваний носа и околоносовых пазух. РМЖ. 2003; т. 9, № 19: с. 806–808.

**Приложение А1**

**Состав рабочей группы**

**Председатель рабочей группы** - Нагачевский О.П. – заведующий отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «РКБ»;

**Состав рабочей группы:**

- Ника-Тома Л.А. – заведующая отделением оториноларингологии консультативной поликлиники ГУ «БЦГБ»;

- Горшков Н.И – Заведующий отделением челюстно-лицевой и восстановительной хирурги ГУ «РКБ»;

- Козак Е.В. – врач отоларинголог консультативной поликлиники ГУ «РКБ».

**Эксперт по клиническим направлениям** - Козак В.М. – главный внештатный оториноларинголог МЗ ПМР, заведующий отделением оториноларингологии ГУ «РКБ»;

У членов экспертной группы отсутствует конфликт интересов.

**Приложение А2**

**Справочные материалы, включая соответствие показаний к**

**применению и противопоказаний, способов применения и доз лекарственных препаратов, инструкций по применению**

**лекарственного препарата**

В основу настоящих клинических рекомендаций положены клинические рекомендации национальной медицинской ассоциации оториноларингологов России, адаптированные экспертной группой ведущих специалистов отоларингологов Приднестровской Молдавской Республики.

Настоящие клинические документы несут рекомендательный характер для организаторов здравоохранения и практикующих специалистов соответствующего клинического направления. Виды и объемы медицинской помощи населению Приднестровской Молдавской Республики, в соответствии с данными клиническими рекомендациями, могут быть обеспечены за счет средств и в пределах лимитов финансирования, предусмотренных законами о республиканском бюджете, при наличии источников финансирования, а также других поступлений, не запрещенных действующим законодательством Приднестровской Молдавской Республики. Объем диагностических и лечебных мероприятий для конкретного пациента определяет лечащий врач, в соответствии с требованиями к объему исследований при определенных заболеваниях, состояниях, с учетом возможностей лечебно-профилактической организации по предоставлению определенных видов исследований и лечения.

Механизм обновления клинических рекомендаций предусматривает их систематическую актуализацию – не реже чем один раз в пять лет или при появлении новой информации о тактике ведения пациентов с данным заболеванием, но не чаще 1 раза в 6 месяцев. Решение об обновлении принимает МЗ ПМР на основе предложений, представленных медицинскими некоммерческими профессиональными организациями. Сформированные предложения должны учитывать результаты комплексной оценки лекарственных препаратов, медицинских изделий, а также результаты клинической апробаций.

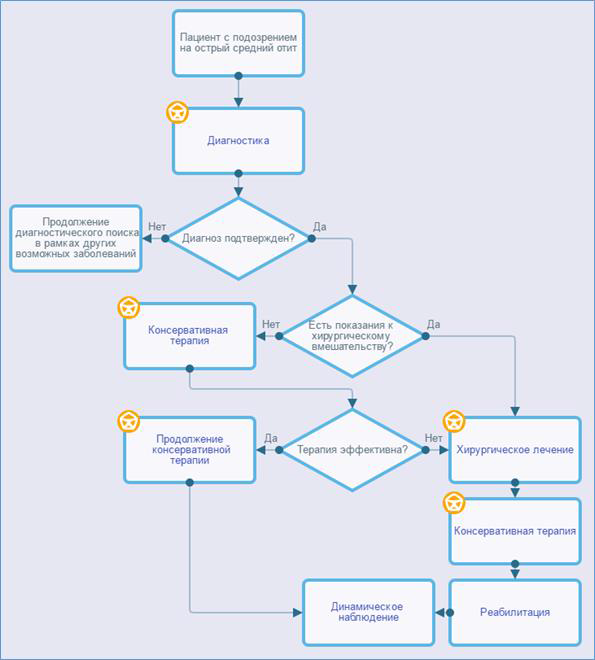
Рекомендации к схемам применения и дозам лекарственных препаратов, прописаны в тексте данных клинических рекомендаций.

Данные клинические рекомендации разработаны с учетом следующих нормативно-правовых документов:

1. Закон Приднестровской Молдавской Республики от 16.01.1997 года № 29-З «Об основах охраны здоровья граждан» (СЗМР 97-1);
2. Постановление Правительства Приднестровской Молдавской Республики от 31 января 2020 года № 16 «Об утверждении Программы государственных гарантий оказания гражданам Приднестровской Молдавской Республики бесплатной медицинской помощи» (САЗ 20-6);
3. Приказ Министерства здравоохранения Приднестровской Молдавской Республики от 1 июля 2019 года № 446 «Об утверждении Перечня жизненно важных лекарственных средств» (регистрационный № 8973 от 5 июля 2019 года) (САЗ 19-25).

**Приложение Б**

**Алгоритмы действий врача**

****

**Приложение В**

**Информация для пациента**

  Наличие боли в ухе, фебрильной температуры тела, снижение слуха, иногда отделяемого из уха, и являются признаками ОСО. Данное заболевание не только снижает качество жизни больного, но и повышает риск развития угрожающих жизни пациента внутрилабиринтных и внутричерепных осложнений. Своевременное обращение за квалифицированной помощью и назначение адекватного лечение данного заболевания является профилактикой развития тугоухости и осложнений.

Пациент должен быть осмотрен врачом-оториноларингологом для диагностики, назначения адекватной, своевременной терапии, в том числе антибактериальной. При показаниях, которые определяет оториноларинголог (доперфоративная форма ОСО) необходимо проведение хирургических манипуляций (парацентез).