|  |  |
| --- | --- |
| **ПОГОДЖЕНО**  **Заступник Директора**  **Департаменту охорони здоров’я**  **Виконавчого органу Київської міської ради**  **(Київської міської Державної адміністрації)**  **Курмишов О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** | **ЗАТВЕРДЖЕНО**  **Директор**  **Приватне підприємство  «ПАО»**  **Ярошенко О.В. \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **«\_\_»\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_2015 року** |

**ПРИВАТНЕ ПІДПРИЄМСТВО   
«ПАО»**

**ЛОКАЛЬНИЙ ПРОТОКОЛ**

*Надання медичної допомоги хворим**з хронічним епітимпано-антральний гнійним середнім отитом.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
   1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим з хронічним епітимпано-антральний гнійним середнім отитом.*
   2. **Шифр МКХ -10:** Н 66.2
   3. **Дата складання:**
   4. **Дата перегляду:**
   5. **Наказ по ПРИВАТНОМУ ПІДПРИЄМСТВУ «ПАО» щодо розробки Локального протоколу.**
   6. **Члени робочої групи з розробки локального протоколу:**

|  |  |
| --- | --- |
| **П.І.Б.** | **ПОСАДА** |
| **Горбачова Ганна Дмитрівна** | **Лікар-отоларинголог** |

* 1. **Медико - технологічні документи галузевого рівня на підставі яких був розроблений протокол:**
* **Наказ МОЗ України від 24.03.2009 № 181 Про затвердження протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Отоларингологія»;**
* **Наказ МОЗ України від 14.02.2012 № 110 «Про затвердження форм первинної облікової документації, що використовується в закладах охорони здоров’я»;**
* **Наказ МОЗ України від 28.09.2012 № 751 «Про створення і впровадження медико-технологічних документів по стандартизації медичної допомоги в системі Міністерства охорони здоров’я»;**
  1. **Матеріально-технічне забезпечення (Додаток 1).**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Положення локального Протоколу медичної допомоги | Необхідні дії згідно стандарту | Строки виконання | Виконавці | Індикатори якості медичної допомоги |
| Організація надання медичної допомоги | 1.Запис пацієнта через реєстратуру  Надання допомоги лікарем-отоларингологом проводиться в кабінеті лікаря-отоларинголога  2.Оформлення медичної картки форма 043/o;  3.Оформлення лікарем-отоларингологом згоди пацієнта на проведення діагностики, лікування та на проведення операції та знеболення форми 003-6/о;  4.Заповнення виписки із медичної карти амбулаторного хворого 027/о;  5.Заповнення консультаційного висновок спеціаліста 028/o;  6.Оформлення фінансових документів, якщо надана послуга за спец рахунком. | п. 1. до 5 хвилин  -п.2; п.3; п.4; п.5; п.6 – до  30 хвилин | Реєстратор  П.І.Б.  Лікар-отоларинголог  Горбачова Ганна Дмитрівна  каб.  тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.  Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика | Захворювання характеризується в більшості випадків постійною гноєтечею з вуха з неприємним запахом. Захворюванню притаманні дві фази перебігу: ремісії та загострення (без ускладнення та з ускладненнями). Періоди загострень і ремісій розмежовані не чітко. Скарги хворих на зниження слуху, проте при початку захворювання і обмеженому холестеатомному процесі може бути нормальний та соціально-адекватний слух. Фаза загострення може перейти у фазу ускладнення.  Загальний стан пацієнтів порушений рідко, під час загострень може підвищуватися температура тіла, збільшується кількість виділень з вуха, можуть бути болі в вусі, але вони частіше вказують на наявність ускладнень. Часто хворі скаржаться на шум у вусі, запаморочення, що є наслідком токсичного впливу запального вогнища на елементи внутрішнього вуха або при розвитку фістули лабіринта.  Обов’язкові діагностичні заходи:   1. Отоскопічно визначається епітимпанальна крайова перфорація, тобто дефект латеральної стінки аттика, вростання епідермісу в аттик. При зондуванні визначається хід в аттик, виділяються холестеатомні луски. 2. Грануляції при даній формі хронічного середнього отиту виявляються порівняно часто, можуть бути коліки. 3. Аудіометрично визначається порушення звукопроведення в різній мірі, а також часто перцептивний компонент приглухуватості. 4. У деяких пацієнтів визначаються порушення вестибулярної функції. 5. Рентгенологічні методи дослідження, зокрема Ro-графія скроневої кістки за Шюллером дає змогу визначити стан соскоподібного відростка і при наявності виражених деструктивних змін в ньому – розширення в ділянці задньо-верхньої стінки слухового ходу, що свідчить про руйнування латеральної стінки аттика, адитуса, а можливо і задньої кісткової стінки зовнішнього слухового ходу. 6. Мікробіологічні дослідження виділень з вуха дають змогу встановити наявність патогенної мікрофлори (переважно комбінації) і визначити її чутливість до антибіотиків різних груп. 7. Гістологічні дослідження тканин (грануляцій, поліпів) з середнього вуха. |  | Лікар-отоларинголог  Горбачова Ганна Дмитрівна  каб.  тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Основний метод лікування – хірургічний.  В фазі ремісії консервативне лікування направлене на підготовку вуха до оперативного втручання і, таким чином, на покращення його функціональних та морфологічних результатів.  Застосовується місцева протизапальна терапія (розчини антисептиків, неототоксичних антибіотиків).  Промивання аттика розчинами антисептиків, борного спирту для видалення вмісту холестеатомного міхура.  Санація порожнини носа і носоглотки.  Лікування захворювань, що призводять до дисфункції слухової труби (масаж глоткового вічка, введення ліків при катетеризації).  При відсутності ефекту від консервативного лікування хворим пропонується хірургічне лікування – сануюча операція. Хворі попереджаються про можливі ускладнення, які можуть виникнути при черговому загостренні гнійного осередку у вусі.  В фазі ремісії виконується сануюча загальнопорожнинна операція (якщо немає умов для проведення слухопокращуючої операції – не функціонуюча слухова труба, сенсоневральна приглухуватість, тощо) або сануюча операція з тимпанопластикою за відкритим або закритим типом.  В разі обмеженого холестеатомного процесу та при нормальній або соціально-адекватній слуховій функції виконується ощадлива сануюча аттико-антротомія.  В фазі загострення застосовується загальна антибактеріальна терапія, десенсибілізуюча, дезінтоксикаційна терапія, місцева протизапальна терапія. В разі прийняття рішення про проведення оперативного втручання виконується загально порожнинна операція.  Післяопераційні хворі потребують корекції в призначенні дієти в разі порушень з боку ШКТ та в тих випадках, коли втрачена свідомість.  Амбулаторне лікування може продовжуватися декілька місяців, а інколи, коли гноєтеча з оперованого вуха не припиняється, необхідно проводити реоперацію.  Перед операцією потрібна письмова згода хворого на оперативне втручання, а в випадку ускладнень (менінгіт), коли хворий без свідомості, згода родичів.  При наявності ускладнень (перисинуозний абсцес, синус тромбоз, сепсис, менінгіт, абсцес мозку або мозочка) проводиться невідкладне оперативне втручання, при менінгіті або менінгоенцефаліті - спинномозкова пункція.  Абсцес мозку або мозочка, які неможливо усунути через операційну рану, потребується переведення хворого до нейрохірургічного стаціонару або операція проводиться сумісно з нейрохірургом.  Слухопротезування при відмові хворого щодо проведення слухопокращуючої операції. |  | Лікар-отоларинголог  Горбачова Ганна Дмитрівна  каб.  тел. | Припинення виділень з вуха, нормалізація клінічних аналізів, загоєння післяопераційної рани, покращення слуху у разі проведення слухопокращуючої операції, нормалізація неврологічного стану. |
| Реабілітація | Хворі непрацездатні протягом 2-4 тижнів. Хворим показаний охоронний режим роботи протягом 1 місяця, що включає запобігання знаходження в умовах переохолодження, попадання води у вухо, дії вітру, забрудненості. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | Амбулаторне спостереження протягом кількох років. Початок реконструктивних операцій через 6-12 місяців після сануючої операції. |  |  |  |