|  |  |
| --- | --- |
| **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 гострим середнім серозним отитом.*

1. **ПАСПОРТНА ЧАСТИНА.**
	1. **Діагноз:** *Надання медичної допомоги хворим з гострим середнім серозним отитом.*
	2. **Шифр МКХ -10:** Н 65.0
	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 реєстратуруНадання допомоги лікарем-отоларингологом проводиться в кабінеті лікаря-отоларинголога2.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 | РеєстраторП.І.Б.Лікар-отоларингологГорбачова Ганна Дмитрівнакаб.тел. | Наявність локального протоколу у лікаря.Наявність у кожного пацієнта медичної картки хворого, форми 043/о |
| Діагностика  | Гострий середній серозний отит – це захворювання середнього вуха, що виникає при порушенні функції слухової труби і супроводжується накопиченням транссудату у порожнинах середнього вуха та кондуктивною приглухуватістю.Причиною гострого середнього серозного отиту (ССО) можна вважати всі патологічні стани в порожнинах носа, глотки, приносових пазух, що можуть порушувати функцію слухової труби. Участь у формуванні ГССО вірусів, бактерій, грибів та патологічних імунних реакцій не можна вважати цілком доведеною.Діагностична програма1. Клінічні:

Початок негострий. Хворих непокоїть зниження слуху. Вони часто пов’язують це з перенесеними запальними захворюваннями носа, приносових пазух, глотки, середнього вуха, затрудненням носового дихання.При отоскопії барабанні перетинки сірі, пастозні. При отомікроскопії можна побачити рівень рідини або пухирці повітря за барабанною перетинкою. При обстеженні носа і глотки можуть виявлятися ознаки запалення слизової оболонки, гіпертрофія структур лімфоглоткового кільця, хронічний гіпертрофічний риніт, викривлення носової перетинки.1. Аудіологічні

На тональній аудіограмі підвищення порогів повітряно-проведених звуків при збереженні кістково-проведених, кістково-повітряний інтервал 10-40 діб. В деяких випадках відмічається комбінована приглухуватість.При імпедансометрії – тимпанограма типу “В”, акустичні рефлекси не реєструються.1. Рентгенологічні:

На рентгенограмі соскоподібних відростків за Шюллером виявляється деяке затемнення (“вуаль”) комірок.Обов’язкові діагностичні дослідження: отоскопія, риноскопія, фарингоскопія, аудіометрія, імпедансометрія. Факультативні методи дослідження: рентгенографія за Шюллером. |  | Лікар-отоларингологГорбачова Ганна Дмитрівнакаб.тел. | Вчасно поставлений діагноз. Вчасно розпочато лікування. |
| Лікування | Найбільш ефективним вважається поетапний підхід до лікування хворих з ГССО:I етап. передбачає консервативну і хірургічну санацію носа, приносових пазух, носової та ротової частини глотки.Якщо через один місяць після закінчення лікування слух не нормалізувався або на протязі 3 місяців захворювання поновилося, слід переходити до 2 етапу.II етап. складається з катетеризацій слухової труби, продування, введені через катетер розчинів стероїдів (дексаметазон), протеолітичних ферментів (трипсин чи хімотрипсин 1,0 в концентрації 1:1000), ендауральний електрофорез лідази з кортикостероїдними препаратами.Неефективність катетеризації слухових труб і фізіотерапії, або швидке (протягом 3 місяців) поновлення захворювання свідчить про необхідність переходу до 3 етапу.III етап. необхідно починати з тимпанопункції, яку проводять в задньо-нижньому квадраті барабанної перетинки, відсмоктування патологічного вмісту барабанної порожнини, її промивання розчином кортикостероідів і протеолітичних ферментів. В подальшому призначається ендоуральний електрофорез кортикостероїдних і ферментних препаратів один раз в день протягом 8-10 діб в залежності від густоти рідини в барабанній порожнині.Відсутність ефекту, або його нетривалість (до 3 місяців) свідчать про необхідність шунтування барабанної порожнини.IV етап. На цьому етапі в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки виконують тимпанотомію. В отвір вводять шунт з біологічно інертного матеріалу. Шунт залишають на 6-12 місяців.Якщо після видалення шунта на протязі до 3 місяців знову рецидивує ГССО, слід переходити до наступного етапу.V етап. Відсутність ефекту від шунтування обумовлена, як правило, розповсюженням патологічного процесу на комірки соскоподібного відростка, розвитком ”блоку” адитуса.На цьому етапі виконують антромастоїдотомію ретроаурікулярним підходом, вскривають комірки соскоподібного відростка, що заповнені транссудатом, в трепанаційну порожнину вводять 2 дренажні трубки, рану зашивають. Також одночасно виконують шунтування барабанної порожнини традиційним способом, що описаний вище.На протязі 7-10 днів через дренажі вводять розчини антибіотика, кортикостероїдних та ферментних препаратів. Потім дренажі видаляють, а шунт залишають на 6 місяців.В разі присутності супутньої сенсоневральної приглухуватості (пороги слуху по кістковій провідності більше 20-25 дБ) хворим призначається додаткове лікування: нео-гемодез 200,0 в\в крапельно № 5; вазоактивні препарати (кавінтон), ноотропи, полівітаміни. | Середня тривалість лікування – 7-10 днів. | Лікар-отоларингологГорбачова Ганна Дмитрівнакаб.тел. | Стабільна нормалізація слуху та отоскопічної картини. Диспансеризації не підлягає.  |
| Реабілітація | Запобігати попаданню води у вухо, перебуванню на протягах, в умовах переохолодження. Своєчасне та адекватне лікування патологічних процесів в порожнині носа, носоглотки, приносових пазух. |  |  | Дотримання здорового способу життя. |
| Профілактика | В післяопераційному періоді після антромастоїдотомії хворі перебувають у стаціонарі 8-14 діб, а потім наглядаються амбулаторно. Перед оперативним втручанням хворі інформуються про можливі наслідки оперативних втручань і дають письмову згоду на операцію.В разі відмови хворих від оперативного втручання альтернативою для покращення слуху є слухопротезування.  |  |  |  |