

ПОСТАНОВЛЕНИЕ МИНИСТЕРСТВА ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ
25 июня 2026 г. № 78

Об утверждении клинического протокола

На основании абзаца девятого части первой статьи 1 Закона Республики Беларусь от 18 июня 1993 г. № 2435-ХІІ «О здравоохранении», подпункта 8.3 пункта 8 Положения о Министерстве здравоохранения Республики Беларусь, утвержденного постановлением Совета Министров Республики Беларусь от 28 октября 2011 г. № 1446, Министерство здравоохранения Республики Беларусь ПОСТАНОВЛЯЕТ:

1. Утвердить клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов (взрослое население) с острым средним отитом» (прилагается).

2. Внести в клинический протокол «Диагностика и лечение пациентов с оториноларингологическими заболеваниями (взрослое население)», утвержденный постановлением Министерства здравоохранения Республики Беларусь от 1 июня 2017 г. № 49, следующие изменения:

в таблице 1:

пункт 10 исключить;

из пункта 11 слова «Другие острые негнойные средние отиты (Н65.1)» исключить;

пункт 13 таблицы 2 исключить.

3. Настоящее постановление вступает в силу после его официального опубликования.

Министр

А.В.Ходжаев

СОГЛАСОВАНО

Брестский областной
исполнительный комитет

Витебский областной
исполнительный комитет

Гомельский областной
исполнительный комитет

Гродненский областной
исполнительный комитет

Минский городской
исполнительный комитет

Минский областной
исполнительный комитет

Могилевский областной
исполнительный комитет

Государственный пограничный
комитет Республики Беларусь

Комитет государственной
безопасности Республики Беларусь

Министерство внутренних дел
Республики Беларусь

Министерство обороны
Республики Беларусь

Министерство по чрезвычайным
ситуациям Республики Беларусь

Национальная академия наук Беларуси

Управление делами Президента
Республики Беларусь

УТВЕРЖДЕНО

Постановление
Министерства здравоохранения
Республики Беларусь
25.06.2026 № 78

КЛИНИЧЕСКИЙ ПРОТОКОЛ

**«Диагностика и лечение пациентов (взрослое население)
с острым средним отитом»**

ГЛАВА 1 ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1. Настоящий клинический протокол определяет общие требования к объему оказания медицинской помощи в амбулаторных и стационарных условиях пациентам (взрослое население) с острым средним отитом (далее – ОСО) (шифры по Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем, десятого пересмотра – Н65.0 Острый средний серозный отит; Н65.1 Другие острые негнойные средние отиты; Н66.0 Острый гнойный средний отит).

2. Для целей настоящего клинического протокола используются основные термины и их определения в значениях, установленных Законом Республики Беларусь «О здравоохранении», а также следующие термины и их определения:

затянувшийся ОСО (далее – ЗОСО) – сохранение симптомов воспаления среднего уха более 8 недель;

ОСО – воспалительный процесс, охватывающий слизистую оболочку всех трех отделов среднего уха (барабанную полость, клетки сосцевидного отростка, слуховую трубу), проявляющийся одним или несколькими характерными симптомами (боль в ухе, ощущение заложенности уха, снижение остроты слуха, аутофония, шум в ухе, повышение температуры тела, в ряде случаев – оторрея и воспалительная реакция по данным общего анализа крови (далее – ОАК) и уровня С-реактивного белка). Длительность заболевания – до 8 недель;

рецидивирующий ОСО (далее – РОСО) – наличие трех и более отдельных эпизодов ОСО в течение 6 месяцев или четырех и более эпизодов за период 12 месяцев.

3. Фармакотерапия назначается в соответствии с настоящим клиническим протоколом с учетом всех индивидуальных особенностей пациента, тяжести заболевания, наличия сопутствующей патологии и клинико-фармакологической характеристики лекарственных препаратов (далее – ЛП). При этом необходимо учитывать наличие индивидуальных медицинских противопоказаний, аллергологический и фармакологический анамнез.

4. Применение ЛП осуществляется по медицинским показаниям и в режиме дозирования в соответствии с общей характеристикой ЛП и инструкцией по медицинскому применению (листком-вкладышем). Допускается включение в схему лечения ЛП по медицинским показаниям, не предусмотренным в инструкции по медицинскому применению (листке-вкладыше), дополнительно указываются особые условия назначения, способ применения, доза, длительность и кратность приема.

5. По решению врачебного консилиума объем лечения может быть расширен с использованием других методов, не включенных в настоящий клинический протокол, если это осуществляется в интересах пациента по жизненным показаниям.

6. Медицинскими показаниями для лечения пациентов с ОСО в стационарных условиях являются:

тяжелое течение;

подозрение или наличие осложненных форм заболевания;
наличие тяжелой сопутствующей патологии;
сохранение симптомов ОСО (гиперемия барабанной перепонки) и симптомов общей интоксикации (повышение температуры тела) после проведения антибактериальной терапии в течение 14 дней.

ГЛАВА 2

КЛАССИФИКАЦИЯ, КРИТЕРИИ И ДИАГНОСТИКА ОСО

7. Классификация ОСО по характеру экссудата:

серозный;
слизистый;
гнойный.

8. Критериями гнойного ОСО являются:

наличие перфорации барабанной перепонки и гнойного отделяемого из барабанной полости;

наличие жалоб на боль в ухе, не купируемой применением ЛП, обладающих анальгетическим действием;

наличие отоскопических изменений: выраженная гиперемия барабанной перепонки, отсутствие опознавательных знаков, выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности.

9. Классификация ОСО по степени течения:

легкое течение – отсутствие выбухания барабанной перепонки, непродолжительный эпизод боли в ухе, эффективно купирующийся ЛП. Общее состояние пациента не изменено, нормальная температура тела или субфебрилитет не более 3 дней;

тяжелое течение – выраженное выбухание барабанной перепонки, выраженная боль в ухе, плохо или не купирующаяся ЛП. Общее состояние пациента изменено, субфебрилитет более 3 дней или температура более 38,0°C.

10. Обязательными диагностическими методами исследования в амбулаторных условиях являются:

медицинский осмотр;
отоскопия – осмотр барабанной перепонки.

При ОСО определяются признаки воспаления барабанной перепонки (гиперемия, инфильтрация), отсутствие опознавательных контуров, признаки наличия выпота в барабанной полости (выбухание барабанной перепонки), возможна перфорация барабанной перепонки и оторрея;

исследование слуха при помощи шепотной и разговорной речи (выполняется до и после проведенного лечения);

ОАК;

общий анализ мочи (далее – ОАМ) (назначается при сохраняющейся повышенной температуре тела более 5 суток);

термометрия при каждом медицинском осмотре.

11. Дополнительными диагностическими методами исследования в амбулаторных условиях являются:

камертональные пробы;
акустическая тимпанометрия (не проводится при выраженном болевом синдроме);
компьютерная томография височных костей (для исключения осложнений).

12. При экстренной госпитализации пациента в амбулаторных условиях выполняются: медицинский осмотр, отоскопия.

13. Диагностика ОСО в стационарных условиях осуществляется врачом-оториноларингологом.

14. Обязательными диагностическими методами исследования в стационарных условиях являются:

медицинский осмотр;

оториноларингологический осмотр;
исследование слуховой функции с составлением слухового паспорта (выполняется до и после проведенного лечения);
ОАК 1 раз в первый день госпитализации, далее 1 раз в 7–10 суток;
ОАМ;
исследование уровня С-реактивного белка в крови;
термометрия ежедневно.

15. Дополнительными диагностическими методами исследования в стационарных условиях являются:

камертональные пробы;
акустическая тимпанометрия (не проводится при выраженном болевом синдроме);
тональная пороговая аудиометрия;
компьютерная томография височных костей (для исключения осложнений);
микробиологическое (культуральное) исследование отделяемого из уха с определением чувствительности выделенных микроорганизмов к антибактериальным и (или) иным ЛП при проведении парацентеза или при наличии отделяемого из барабанной полости;
врачебная консультация иных врачей-специалистов по медицинским показаниям.

ГЛАВА 3

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСО В АМБУЛАТОРНЫХ УСЛОВИЯХ

16. Для купирования болевого синдрома и в качестве жаропонижающей терапии пациентам с ОСО назначаются системные формы нестероидных противовоспалительных ЛП (далее – НПВП). Для обезболивания используется один из следующих анальгетиков (применяется преимущественно в режиме «по требованию», при наличии возобновляемой боли в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

парацетамол, таблетки, 500 мг, по 500 мг каждые 4–6 часов при необходимости. Интервал между приемами должен составлять не менее 4 часов. Максимальная суточная доза не должна превышать 4 г;

ибупрофен, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, по 200 мг до 3 раз в сутки по мере необходимости. Интервал между приемами должен составлять не менее 6 часов;

кеторолак, таблетки, покрытые оболочкой, 10 мг, по 10 мг каждые 4 или 6 часов. Максимальная суточная доза не должна превышать 40 мг, длительность применения – не более 5 суток;

декскетопрофен, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 25 мг, по 25 мг каждые 8 часов, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 12,5 мг, по 12,5 мг каждые 4–6 часов. Максимальная суточная доза не должна превышать 75 мг.

17. Медицинскими показаниями к системной антибактериальной терапии при ОСО являются:

наличие гнойной формы ОСО;
РОСО;
сопутствующая патология, обуславливающая более высокий риск неблагоприятного течения заболевания;
невозможность динамического медицинского наблюдения за пациентом.

18. Длительность курса антибактериальной терапии у пациентов с ОСО составляет 7–10 суток. Увеличение курса пероральной антибактериальной терапии до 14 суток возможно при РОСО, ЗОСО, при сохраняющейся оторее и у пациентов с тяжелыми сопутствующими заболеваниями.

19. ЛП первого ряда при ОСО с мониторингом эффекта в течение первых 72 часов приема является амоксициллин, капсулы 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; капсулы 1000 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 1000 мг, по 1000 мг каждые 12 часов внутрь.

Критерием эффективности антибактериальной терапии является положительная динамика основных симптомов ОСО, показателей термометрии и общего состояния пациента в течение первых 72 часов приема антибактериального ЛП.

20. Медицинскими показаниями для назначения второго ряда антибактериальных ЛП (амоксциллин/клавулановая кислота или пероральные цефалоспорины II–III поколений) являются:

отсутствие ожидаемого клинического эффекта по прошествии 3 суток применения амоксициллина;

наличие факторов риска: возраст старше 60 лет; сопутствующие заболевания, способствующие прогрессированию воспалительных процессов (сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких, гематологические, онкологические, аутоиммунные заболевания, иммунодефицитные состояния и иные); прием антибактериальной системной терапии первого ряда в предыдущие 3 месяца; нахождение на лечении в стационарных условиях по любому заболеванию в предшествующие 3 месяца; нахождение в хосписе или социальном пансионате (стартовая терапия).

Для лечения ОСО назначается один из следующих антибактериальных ЛП второго ряда:

амоксциллин/клавулановая кислота, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг/125 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг, по 625 мг 3 раза сутки или по 1 г 2 раза в сутки внутрь;

цефуроксим, таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, по 500 мг 2 раза в сутки внутрь;

цефпрозил, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, по 500 мг 1–2 раза в сутки внутрь;

цефдинир, капсулы, 300 мг, по 600 мг разовой или разделенной на 2 раза дозой внутрь;

цефподоксим, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 200 мг, по 200 мг каждые 12 часов внутрь (назначаются при наличии в анамнезе случаев неэффективности приема цефалоспоринов II поколения).

21. В случае неэффективности применения бета-лактамов антибактериальных ЛП через 72 часа после первого приема, предшествующем приему антибактериальных ЛП первого и второго ряда в сроки до 3 месяцев показано назначение респираторных фторхинолонов.

Назначается один из следующих ЛП группы респираторных фторхинолонов:

левофлоксацин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг; таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 750 мг, по 500–750 мг 1 раз в сутки внутрь;

моксифлоксацин, таблетки, покрытые пленочной оболочкой, 400 мг, по 400 мг внутрь 1 раз в сутки.

22. В случае непереносимости антибактериальных ЛП пенициллинового ряда, наличия в анамнезе анафилактических реакций на бета-лактамы антибиотики назначаются антибиотики группы макролидов.

Назначается один из следующих антибактериальных ЛП группы макролидов:

кларитромицин, таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг, по 500 мг 2 раза в сутки внутрь или пролонгированные формы кларитромицина, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, по 500 мг, при тяжелом течении – 1000 мг 1 раз в сутки;

азитромицин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг, по 500 мг 1 раз в сутки первые сутки, затем – по 250 мг внутрь.

23. В комплексной терапии ОСО назначается местное применение ушных капель.

При отсутствии гнойного отделяемого (в доперфоративную стадию) с целью купирования ушной боли назначается лидокаин/феназон (ушные капли 40 мг+10 мг/г 16 г, 17,1 г, 20 г). Закапывается в наружный слуховой проход по 4 капли 2–3 раза в сутки, курс лечения – до 7 суток с последующей коррекцией назначения ЛП в зависимости от эффективности.

При наличии гнойного отделяемого (при наличии перфорации барабанной перепонки) применяется один из следующих ЛП:

рифампицин (раствор (ушные капли) 26 мг/мл 10,0 мл), закапывается в наружный слуховой проход по 5 капель 2 раза в сутки, курс лечения не должен превышать 7 суток;

диоксидин (раствор (ушные капли) 2,5 мг/мл 10 мл) закапывается в наружный слуховой проход по 5 капель 3 раза в сутки, курс лечения не должен превышать 10 суток;

нитрофурац (раствор для наружного применения 0,2 мг/мл) 8–10 капель раствора наносятся на ватный тампон или турунду и вводятся в наружный слуховой проход 2 раза в сутки и (или) используются с целью туалета наружного слухового прохода, курс лечения – до 7 суток с последующей коррекцией назначения ЛП в зависимости от эффективности;

бензилдиметил-миристоиламинопропиламмоний, септомирин (раствор для наружного применения). Турунды, смоченные раствором, вводятся в наружный слуховой проход на 2–3 часа и (или) используются с целью туалета наружного слухового прохода, курс лечения – до 5 суток с последующей коррекцией назначения ЛП в зависимости от эффективности.

24. С целью восстановления функции слуховой трубы курсом не более 7 суток назначается одна из следующих назальных форм симпатомиметиков:

ксилометазолин, капли назальные 1 мг/мл 10 мл или спрей назальный 1 мг/мл 10 мл, по 1–2 дозе 2–3 раза в сутки в полость носа с обеих сторон не более 7 суток;

оксиметазолин, капли назальные 0,5 мг/мл 10 мл или спрей назальный 0,5 мг/мл 15 мл, по 1–2 капли или по 1–2 дозы в полость носа с обеих сторон 2–3 раза в сутки не более 7 суток;

нафазолин, капли назальные 1 мг/мл 10 мл, 20 мл или спрей назальный 1 мг/мл 10 мл, по 1–2 капли или по 1–2 дозы 2–3 раза в сутки в полость носа с обеих сторон не более 7 суток.

25. Элиминационно-ирригационная терапия назначается с целью туалета полости носа в качестве дополнительного метода лечения в виде орошения полости носа официальными солевыми растворами 2–3 раза в сутки.

26. Дополнительно, при наличии медицинских показаний, могут применяться продувание слуховой трубы и (или) массаж (пневматический) барабанных перепонки, направленных на восстановление функции слуховой трубы, аэрации и газообмена барабанной полости, медицинскую профилактику адгезивного процесса в среднем ухе и связанной с ним тугоухости.

27. Медицинскими показаниями к парацентезу (миринготомии) являются:

ОСО без перфорации и (или) с выпячиванием барабанной перепонки;

рецидивирующий характер ОСО после антибиотикотерапии;

сохранение симптомов ОСО (гиперемия барабанной перепонки) и симптомов общей интоксикации (повышение температуры тела) после проведения антибактериальной терапии в течение 14 суток;

болезненность сосцевидного отростка более 72 часов после начала проведения системной антибактериальной терапии;

снижение слуха после четырехнедельного курса лечения;

ОСО у пациентов с тяжелой сопутствующей патологией;

дифференциально-диагностическая цель в случаях при неясной клинической картине, сопровождающейся изменениями барабанной перепонки, при менингите невыясненной этиологии с измененной отоскопической картиной.

ГЛАВА 4

ЛЕЧЕНИЕ ПАЦИЕНТОВ С ОСО В СТАЦИОНАРНЫХ УСЛОВИЯХ

28. Для купирования болевого синдрома и в качестве жаропонижающей терапии пациентам с ОСО назначаются системные формы НПВП. Для обезболивания используется один из следующих анальгетиков (применяется преимущественно в режиме

«по требованию» в инъекционной форме, при наличии возобновляемой боли в течение суток возможен прием через определенные интервалы):

кетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, концентрат для приготовления инфузионного раствора 50 мг/мл 2 мл, по 100 мг каждые 12 часов внутримышечно или внутривенно капельно; таблетки, покрытые оболочкой, 100 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки внутрь; суппозитории ректальные, 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку 1 или 2 раза в сутки;

декскетопрофен, раствор для внутривенного и внутримышечного введения, концентрат для приготовления инфузионного раствора 25 мг/мл 2 мл, раствор вводится глубоко в мышцу. Рекомендованная доза составляет 50 мг с интервалом введения 8–12 часов. Суммарная суточная доза не должна превышать 150 мг, длительность применения – не более 2-х суток;

диклофенак, раствор для внутримышечного введения, 25 мг/мл 3 мл, по 75 мг через 12 часов внутримышечно; таблетки, покрытые оболочкой, 50 мг, капсулы пролонгированного действия 75 мг, суммарная суточная доза, разделенная на 2–3 приема внутрь, не должна превышать 150 мг; суппозитории ректальные 50 мг и 100 мг, по 1 суппозиторию в прямую кишку, не более 150 мг в сутки;

кеторолак, раствор для внутримышечного введения 30 мг/мл в ампулах по 1 мл. Начальная доза ЛП составляет 10 мг с последующим введением по 10–30 мг каждые 4–6 часов. Максимальная суточная доза – 90 мг, длительность применения – не более 2-х суток.

29. Длительность курса антибактериальной терапии у пациентов с ОСО составляет 7–10 суток. Увеличение курса пероральной антибактериальной терапии до 14 суток возможно при РОСО, ЗОСО, при сохраняющейся оторее, у пациентов с сопутствующими заболеваниями. После получения результатов бактериологического исследования лечение корректируется в соответствии с полученными данными.

30. Пациентам, не принимавшим антибактериальную терапию в течение 3 предыдущих месяцев, ЛП выбора является амоксициллин/клавулановая кислота, порошок для приготовления раствора для инъекций 1000 мг/200 мг, по 1000 мг/200 мг 3 раза в сутки, при тяжелом течении – 4 раза в сутки внутривенно медленно (1000 мг/200 мг ЛП растворяется в 20 мл воды для инъекций) или таблетки, покрытые оболочкой, 875 мг/125 мг, по 1 таблетке 2 раза в сутки внутрь.

При аллергических реакциях на бета-лактамы антибиотики назначается один из следующих антибактериальных ЛП:

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл – 150 мл, по 750 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно 3–5 суток, затем левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг, по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 400 мг/250 мл, по 400 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно первые 3–5 суток, затем моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг, по 1 таблетке внутрь 1 раз в сутки;

азитромицин, лиофилизированный порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг по 500 мг каждые 24 часа внутривенно капельно 3-е суток, затем азитромицин, таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг, по 500 мг 1 раз в сутки внутрь;

klarитромицин, порошок лиофилизированный для приготовления раствора для инфузий 500 мг, по 500 мг внутривенно капельно каждые 12 часов, затем klarитромицин, таблетки, покрытые оболочкой, 250 мг; таблетки, покрытые оболочкой, 500 мг или пролонгированные формы klarитромицина, таблетки с пролонгированным высвобождением, покрытые пленочной оболочкой, 500 мг, по 500 мг 2 раза в сутки внутрь.

31. Пациентам с множественной сопутствующей патологией или при наличии в анамнезе в течение 3 предыдущих месяцев приема антибактериальных ЛП стартовой терапией назначается одна из следующих схем:

цефтриаксон, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, по 2000 мг 1–2 раза в сутки

внутримышечно или внутривенно медленно (за исключением случаев, когда пациент получал цефалоспорины в амбулаторных условиях);

цефотаксим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 500 мг, 1000 мг, по 2000 мг каждые 12 часов внутримышечно или внутривенно медленно (за исключением случаев, когда пациент получал цефалоспорины в амбулаторных условиях);

левофлоксацин, раствор для инфузий 5 мг/мл – 150 мл, по 750 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно 3–7 суток, затем левофлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 750 мг, по 1 таблетке 1 раз в сутки внутрь;

моксифлоксацин, раствор для инфузий 400 мг/250 мл, по 400 мг 1 раз в сутки внутривенно капельно первые 3–5 суток, затем моксифлоксацин, таблетки, покрытые оболочкой, 400 мг, по 1 таблетке внутрь 1 раз в сутки;

пиперациллина/тазобактам, порошок (лиофилизат) для приготовления раствора для инфузий (для внутривенного введения) 4000 мг/500 мг, по 4000 мг/500 мг каждые 6–8 часов внутривенно капельно в монотерапии при развитии ОСО с тяжелым течением.

32. При наличии признаков внутрибольничной инфекции стартовым является один из следующих антибактериальных ЛП:

меропенем, порошок для приготовления раствора для внутривенных инъекций 1000 мг, по 2000 мг (содержимое флакона растворяется 50–1000 мл изотонического раствора натрия хлорида 0,9 % до конечной концентрации 1–20 мг/мл) 3 раза в сутки внутривенно;

имипенем/циластатин, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг/500 мг, по 1000 мг/1000 мг 3 раза в сутки внутривенно капельно;

дорипенем, порошок для приготовления раствора для инфузий 500 мг, по 500 мг (по 1000 мг при состоянии пациента, оцениваемого как «тяжелое») каждые 8 часов внутривенно капельно;

цефепим, порошок для приготовления раствора для внутривенного и внутримышечного введения 1000 мг, по 1000 мг (по 2000 мг при состоянии пациента, оцениваемого как «тяжелое») каждые 12 часов внутривенно капельно.

33. В комплексной терапии ОСО назначается местное применение ушных капель:

при отсутствии гнойного отделяемого (в доперфоративную стадию) с целью купирования ушной боли назначается лидокаин/феназон (ушные капли 40 мг+10 мг/г 16 г, 17,1 г, 20 г). Закапывается в наружный слуховой проход по 3–4 капли 2–3 раза в сутки, курс лечения не должен превышать 10 суток.

При наличии гнойного отделяемого (при наличии перфорации барабанной перепонки) применяется один из следующих ЛП:

рифампицин (раствор (ушные капли) 26 мг/мл 10,0 мл), закапывается в наружный слуховой проход по 5 капель 2 раза в сутки, курс лечения не должен превышать 7 суток;

нитрофурал (раствор для наружного применения 0,2 мг/мл) 8–10 капель раствора наносятся на ватный тампон или турунду и вводятся в наружный слуховой проход 2 раза в сутки и (или) используются с целью туалета наружного слухового прохода, курс лечения – до 7 суток с последующей коррекцией назначения ЛП в зависимости от эффективности;

бензилдиметил-миристоиламинопропиламмоний, септомирин (раствор для наружного применения). Турунды, смоченные раствором, вводятся в наружный слуховой проход на 2–3 часа и (или) используются с целью туалета наружного слухового прохода, курс лечения – до 5 суток с последующей коррекцией назначения ЛП в зависимости от эффективности.

34. С целью восстановления функции слуховой трубы курсом не более 7 суток назначается одна из следующих назальных форм симпатомиметиков:

ксилометазолин, капли назальные 1 мг/мл 10 мл или спрей назальный 1 мг/мл 10 мл, по 1–2 дозе 2–3 раза в сутки в полость носа с обеих сторон не более 7 суток;

оксиметазолин, капли назальные 0,5 мг/мл 10 мл или спрей назальный 0,5 мг/мл 15 мл, по 1–2 капли или по 1–2 дозы в полость носа с обеих сторон 2–3 раза в сутки не более 7 суток;

нафазолин, капли назальные 1 мг/мл 10 мл, 20 мл или спрей назальный 1 мг/мл 10 мл, по 1–2 капли или по 1–2 дозы 2–3 раза в сутки в полость носа с обеих сторон не более 7 суток.

35. Элиминационно-ирригационная терапия назначается с целью туалета полости носа в качестве дополнительного метода лечения в виде орошения полости носа официальными солевыми растворами 2–3 раза в сутки.

36. Дополнительно при наличии медицинских показаний могут применяться продувание слуховой трубы и (или) массаж (пневматический) барабанных перепонки, направленные на восстановление функции слуховой трубы, аэрации и газообмена барабанной полости, медицинскую профилактику адгезивного процесса в среднем ухе и связанной с ним тугоухости.

37. При наличии медицинских показаний согласно пункту 27 настоящего клинического протокола врачом-оториноларингологом выполняется парацентез (миринготомия).

38. При ЗОСО или РОСО врачом-оториноларингологом выполняется шунтирование (тимпаностомия) барабанной полости.

39. При наличии осложненных форм ОСО пациентам показано проведение экстренного хирургического лечения (хирургическая санация полостей среднего уха) с целью дренирования очага гнойной инфекции.