

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

УТВЕРЖДАЮ

Первый заместитель Министра

Д.Л.Пиневиц

«  2015 г.

Регистрационный № 045-1-0615

**МЕДИЦИНСКАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ ПАЦИЕНТОВ
ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ**

инструкция по применению

УЧРЕЖДЕНИЕ-РАЗРАБОТЧИК:

Государственное учреждение «Республиканский научно-практический
центр оториноларингологии»

АВТОРЫ:

Л.Э. Макарина-Кибак, С.В. Козлова

Минск, 2015

Настоящая инструкция по применению (далее – инструкция) разработана с целью улучшения результатов комплексного лечения и реабилитации пациентов, перенесших санирующее хирургическое вмешательство на среднем ухе по поводу хронического гнойного эпитимпаноантрального среднего отита, повышения их социально-бытовой активности и трудоспособности, предупреждения инвалидности.

Комбинированное применение высокотехнологических методов реконструктивной хирургии и современных технических средств реабилитации способствует более быстрому восстановлению нарушенных функций – сенсорной (нарушение слуха и связанное с этим ухудшение речи), статодинамической (вестибулярные нарушения), морфофункциональных нарушений (отсутствие полной эпидермизации трепанационной полости), а также снижению сроков временной нетрудоспособности.

Область применения

Инструкция по применению программы медицинской реабилитации пациентов после санирующей операции на среднем ухе предназначена для врачей-оториноларингологов и реабилитологов стационарных и амбулаторно-поликлинических организаций здравоохранения, для врачей ВКК и МРЭК, оказывающих медицинскую помощь пациентам, перенесшим санирующую операцию на среднем ухе.

Инструкция распространяется на организации здравоохранения, имеющие лицензию на осуществление медицинской деятельности, выданную в порядке, установленном законодательством Республики Беларусь, и оказывающие медицинскую помощь пациентам с патологией ЛОР-органов.

Обозначения и сокращения

ХГСО – хронический гнойный средний отит

ВКК – врачебно-консультационная комиссия

МРЭК – медико-реабилитационная экспертная комиссия

МСЭ – медико-социальная экспертиза

ЛЭИ – лейкоцитарно-эпителиоцитарный индекс

ЭНГ – электронистагмография

КТ – компьютерная томография

ШР – шепотная речь

РР – разговорная речь

AD – правое ухо

AS – левое ухо

ВУЗД – выходной уровень звукового давления

REIR – Real Ear Insertion Response

СА – слуховой аппарат

КИ – кохлеарная имплантация

ФК – функциональный класс

КРГ – клинико-реабилитационная группа

Перечень необходимого оборудования и инструментария

- рабочее место врача-оториноларинголога;
- микроскоп для отомикроскопии;
- аудиометр для исследования слуховой функции;
- клинический импедансный аудиометр для измерения функции слуховой трубы;

- прибор для измерения резонансных характеристик послеоперационной полости и вносимого усиления с целью индивидуализации настроек слуховых аппаратов;
- постурограф динамический для изучения вестибулярной функции;
- компьютерный томограф;
- электронистагмометр;
- спектрофотометр для определения уровня средних молекул (с целью выявления эндогенной интоксикации);
- слуховые аппараты воздушного и костного звукопроведения, системы имплантации среднего уха типа VIBRANT и ВАНА;
- кохлеарные импланты;
- реактивы для фиксации гистологических препаратов и проведения лабораторных исследований;
- опросник SF-36 (адаптированная русскоязычная версия опросника).

Показания к применению

Клинико-функциональные нарушения, ограничения основных категорий жизнедеятельности, социальная недостаточность у пациентов, перенесших saniрующее хирургическое вмешательство на среднем ухе:

- прогрессирование морфофункциональных нарушений (отсутствие полной эпидермизации трепанационной полости, ухудшение слуха, вестибулярные нарушения);
- наличие социально-неадекватного слуха (разговорная речь воспринимается на расстоянии 3м и менее);
- появление затруднений в профессиональной деятельности из-за наличия слуховых и вестибулярных нарушений, приводящих к

ограничению способности общения, ориентации, передвижения, самообслуживания.

Противопоказания для применения

Прямых противопоказаний нет.

Относительным противопоказанием к выполнению компьютерной томографии является беременность и кормление грудью.

Перечень необходимых исследований

– сбор анамнеза (жалобы, длительность заболевания, вид, кратность хирургического вмешательства, количество обострений в год, наличие технического средства для электроакустической коррекции, сопутствующих заболеваний);

– отомикроскопия;

– назофарингоскопия;

– исследование функции слуховой трубы (пробы "с пустым глотком", Тойнби, Вальсальвы, продувание слуховых труб по Политцеру или с помощью катетера, тимпанометрия, импедансометрия);

– аудиологическое исследование (слуховой паспорт: шепотная речь, разговорная речь), камертональные тесты (Ринне, Федеричи и Вебера), пороговая и надпороговая тональная аудиометрия, речевая аудиометрия;

– микробиологическое исследование отделяемого трепанационной полости;

– микологическое исследование отделяемого трепанационной полости;

– исследование отделяемого трепанационной полости на биопленки;

- гистологическое исследование слизистой оболочки трепанационной полости;
- компьютерная томография височных костей;
- исследование патологических вестибулярных реакций и пробы на координацию движений:
- исследование спонтанного вестибулярного нистагма;
- пробы на координацию движений (пальценосовая проба, проба на адиадохокинез, проба Фишера-Водака);
- исследование позиционного нистагма;
- исследование прессорного нистагма (фистульный симптом);
- исследование функции статического равновесия (поза Ромберга);
- исследование функции динамического равновесия (проба с походкой, фланговая походка);
- объективная вестибулометрия (электронистагмография, стабилметрия, экспериментальные пробы (вращательная, калорическая, отолитовая).
- иммунологическое исследование;
- биохимическое исследование крови с определением показателей липидного обмена.

ОПИСАНИЕ ТЕХНОЛОГИИ ФОРМИРОВАНИЯ ПРОГРАММЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ

Программа медицинской реабилитации включает:

- оценку степени выраженности функциональных нарушений;
- определение клинического прогноза;
- определение реабилитационного потенциала;

– определение объема необходимых реабилитационных мероприятий с учетом этапов медицинской реабилитации и уровня оказания медицинской помощи для каждой клинико-реабилитационной группы и контроль над их эффективностью.

Проведению реабилитационных мероприятий должна предшествовать формулировка развернутого клинико-функционального диагноза с отражением выраженности нарушений, приводящих к ограничениям жизнедеятельности и социальной недостаточности. Оценку клинико-функциональных нарушений и ограничений жизнедеятельности у этой категории пациентов следует проводить по функциональным классам (ФК) в соответствии с инструкциями по применению «Определение критериев оценки ограничений жизнедеятельности позднооглохших больных» (Надеина Н.А. и др. 2004) и «Метод оценки ограничений жизнедеятельности при определении инвалидности» (Смычек В.Б. и др. 2014).

Для определения клинического прогноза течения послеоперационного периода у пациентов после санлирующей операции на среднем ухе применяются следующие показатели:

- содержание веществ средней молекулярной массы в промывных водах уха;
- количество обострений в послеоперационном периоде в течение года;
- цитологический тип эпидермизации трепанационной полости после санлирующей операции открытого типа.

Критерии оценки показателей, определяющих клинический прогноз, приведены в приложении А.

Для определения реабилитационного потенциала этой категории пациентов используются разработанные критерии оценки медицинских и социальных факторов (приложение Б).

Высокий реабилитационный потенциал:

- благоприятный клинический прогноз;
- слуховые нарушения ФК-1,2, общение ФК-1, ориентация ФК-1, участие в профессиональной деятельности ФК-0,1;
- вестибулярные нарушения ФК-1 (есть эффект от медикаментозной терапии), передвижение ФК-0,1, самообслуживание ФК-0,1, участие в профессиональной деятельности ФК-0;
- вестибулярные нарушения ФК-2 – передвижение ФК-0,1, самообслуживание ФК-0,1.

Средний реабилитационный потенциал:

- сомнительный клинический прогноз;
- слуховые нарушения ФК-1,2 – участие в профессиональной деятельности ФК-2;
- слуховые нарушения ФК-2 – участие в профессиональной деятельности ФК-2;
- вестибулярные нарушения ФК-1,2 (нет эффекта от медикаментозной терапии), участие в профессиональной деятельности ФК-1,2;

Низкий реабилитационный потенциал:

- неблагоприятный клинический прогноз
- слуховые нарушения ФК-3,4 – ориентация ФК-2,3, общение ФК-2,3, участие в профессиональной деятельности ФК-2;

– вестибулярные нарушения ФК-3,4 – передвижение ФК-3,4, самообслуживание ФК-3,4, участие в профессиональной деятельности ФК-3,4.

На основании оценки потребностей пациентов, перенесших saniрующее хирургическое вмешательство на среднем ухе, в определенных видах и объемах медико-социальной помощи, формируются клинико-реабилитационные подгруппы из 3-х основных КРГ, объединенных общими признаками: КРГ 1.2, КРГ 2.1, КРГ 2.2. В качестве критериев разделения реабилитантов на клинико-реабилитационные подгруппы используются следующие признаки:

- реабилитационный потенциал пациента;
- период развития заболевания;
- тип и уровень проявления инвалидизирующих последствий;
- фазы медицинской реабилитации.

Программа реабилитации составляется для каждой клинико-реабилитационной группы. В ней отражаются исходное состояние нарушенных функций и имеющиеся ограничения жизнедеятельности, ставится конкретная цель реабилитации, указывается планируемый объем реабилитационных мероприятий и порядок их осуществления.

КРГ 1.2 – пациенты после saniрующей операции на среднем ухе с высоким реабилитационным потенциалом. Эта подгруппа ранней медицинской реабилитации. Клинико-функциональные нарушения в послеоперационном периоде у данной категории пациентов проявляются только легкими последствиями на органном уровне. Этап проведения медицинской реабилитации – амбулаторно-поликлинический, место проведения – лечебно-профилактические учреждения, исполнители – лечащие врачи.

Задачи при составлении программы реабилитации пациентов КРГ

1.2:

1) компенсировать вестибулярные нарушения ФК-1,2 у пациентов, перенесших saniрующее оперативное вмешательство на среднем ухе по поводу эпитимпаноантрального среднего отита, с использованием одного из предложенных методов до ФК-0 (приложение Ж);

2) провести электроакустическую коррекцию слуховых нарушений ФК-1,2 у данной категории пациентов с использованием цифровых слуховых аппаратов с целью получения социально-адекватного слуха (приложение Е);

3) стабилизировать клиническое течение послеоперационного периода путем достижения полной эпидермизации трепанационной полости;

4) сформировать адекватное отношение пациента к болезни и лечению;

5) вернуть к основной профессии.

Схема реабилитационного маршрута пациентов КРГ 1.2 после saniрующей операции на среднем ухе представлена в приложении В.

КРГ 2.1 – пациенты со средним реабилитационным потенциалом. У данной категории реабилитантов возникшие функциональные нарушения привели к ограничению основных категорий жизнедеятельности в незначительной степени, но появилась потенциальная угроза инвалидности. Наряду с медицинской реабилитацией может проводиться в этой подгруппе по показаниям и медико-профессиональная реабилитация.

Этап проведения медицинской реабилитации – амбулаторно-поликлинический, место проведения – лечебно-профилактические

учреждения (амбулаторные отделения медицинской реабилитации), исполнители – лечащие врачи, врачебно-консультативная комиссия.

Для КРГ 2.1 определены следующие задачи при составлении реабилитационной программы:

1) компенсировать выраженность вестибулярных нарушений пациентов после санирующей операции на среднем ухе при отсутствии эффекта на предыдущем этапе реабилитации путем коррекции медикаментозной терапии и применения комплекса вестибулярной гимнастики (приложение Ж);

2) оптимизировать методику лечения обострений средней частоты (от 2-х до 4-х эпизодов гноетечения в год) в течении послеоперационного периода;

3) сформировать адекватное отношение пациента к болезни и лечению;

4) обеспечить продолжение работы в своей профессии с уменьшением объема;

5) вернуть к работе после переобучения в новой показанной профессии.

Схема реабилитационного маршрута пациентов КРГ 2.1 после санирующей операции на среднем ухе представлена в приложении Г.

КРГ 2.2 – пациенты с низким реабилитационным потенциалом. Это подгруппа реабилитантов, у которых возникли выраженные ограничения основных категорий жизнедеятельности и реальная угроза инвалидности. Этап проведения медицинской реабилитации – амбулаторно-поликлинический или стационарный этап поздней медицинской реабилитации, место проведения – специализированные оториноларингологические отделения (3 и 4 уровни оказания медицинской помощи) и центры реабилитации.

Задачи при составлении реабилитационной программы для КРГ 2.2 следующие:

1) получить умеренный и даже незначительный клинический эффект компенсации выраженности вестибулярных нарушений пациентов после санирующей операции на среднем ухе: ФК-1,2 при отсутствии эффекта на предыдущем этапе реабилитации – путем применения комплексной вестибулоадаптационной терапии (приложение Ж), ФК-3,4 – путем хирургического вмешательства;

2) провести акустическую коррекцию слуха данной категории пациентов разработанными методами в зависимости от типа перенесенного хирургического вмешательства и особенностей течения послеоперационного периода (приложение Е);

3) выработать более адекватное отношение пациента к болезни и лечению;

4) обеспечить продолжение трудовой деятельности в специально созданных условиях и с использованием профессиональных навыков и знаний.

Схема реабилитационного маршрута пациентов КРГ 2.1 после санирующей операции на среднем ухе представлена в приложении Д.

Для определения способа акустической коррекции слуха в зависимости от типа перенесенного хирургического вмешательства пациентов после санирующей операции на среднем ухе применяются следующие методы исследований:

1) цитологическое исследование эпителиальной выстилки трепанационной полости.

Для цитологического исследования эпителиальной выстилки трепанационной полости используется метод мазков-перепечатков. Этот метод нетравматичен и хорошо переносится пациентом. Биоматериал

берется ушным зондом со стерильным ватным тампоном, смоченным в теплом физиологическом растворе, путем касательного движения и переносится на сухие обезжиренные стекла (Гарюк Г.И., Ткач Ю.И., Загоруева Л.Л., 1992). Полученные мазки высушиваются на воздухе, фиксируются в 96% этаноле в течение 1 минуты, окрашиваются по методу Романовского - Гимза. После высушивания образец изучают с увеличением (x100) для определения количества клеток в мазке. Кроме того, в мазках определяют общее количество клеток (цитоз) и клеточный состав в процентном соотношении, а также лейкоцитарно-эпителиоцитарный индекс (ЛЭИ), представляющий отношение суммы лейкоцитов к количеству сквамозных эпителиоцитов. Данный метод исследования позволяет определить типы цитогрaмм, отражающие цитологический тип эпидермизации послеоперационных полостей: эпителиальный, нейтрофильный и смешанный. Типы трепанационных полостей среднего уха используются в прогнозировании влияния ушного вкладыша слухового аппарата на состояние послеоперационной полости среднего уха передэлектроакустической коррекцией слуха (Савельева Е.Е., 2006). Цитологические типы эпидермизации послеоперационных полостей указаны в таблице 1.

Таблица 1 – цитологические типы эпидермизации послеоперационных полостей*

Показатели	Типы цитогрaммы у пациентов после санирующей операции открытого типа на среднем ухе		
	Эпителиальный тип	Нейтрофильный тип	Смешанный тип
Нейтрофилы, %	нейтрофилы от 0 до 10%	нейтрофилы более 50 %	нейтрофилы от 10 до 50%
Клинический Эффект при использовании вкладыша более 6-8 часов в сутки	на 7, 21 и 60-й дни – отсутствие признаков воспаления при отоскопии и цитологическом исследовании	на 21-й день – признаки воспаления при отоскопии и увеличение нейтрофилов при цитологическом исследовании	на 7, 21-й дни – сомнительные признаки воспаления при отоскопии и умеренное увеличение нейтрофилов в цитогрaмме

*Савельева, Е.Е. Разработка подходов к электроакустической коррекции слуха пациентов после санирующих операций на среднем ухе: дис. ...канд. мед.наук: 14.00.04/ Е.Е. Савельева. – Москва, 2006. – 134 с.

Исследование цитологической картины перепечатков с кожи костного отдела слухового прохода пациентов, имеющих полость после санирующей операции открытого типа, позволяет выявить скрытое вялотекущее воспаление в полости, а также прогнозировать тип реагирования эпителия полости при использовании индивидуального вкладыша слухового аппарата. При эпителиальном типе иммуноцитогаммы возможно слухопротезирование слуховым аппаратом воздушного звукопроведения. В случае нейтрофильного типа послеоперационной полости необходимо отдавать предпочтение слуховым аппаратам костного звукопроведения. Смешанный тип цитогаммы требует дополнительной консервативной терапии с последующим цитологическим контролем для решения вопроса о возможности слухопротезирования (Савельева Е.Е., 2006).

2) Измерение резонансных характеристик послеоперационной полости и вносимого усиления.

Выявление особенностей резонанса в послеоперационной полости и его влияние на вносимое усиление слухового аппарата является необходимым этапом электроакустической коррекции слуха пациентов после санирующей операции на среднем ухе, так как способствует индивидуализации настроек слухового аппарата.

С этой целью используется система, которая включает в себя измерительную камеру связи (2см^3 куплер) — электрический аналог среднего уха, а также аудиометрический компьютерный зонд с блоком In-Situ измерений (измерения в реальном ухе «на месте»), позволяющий измерять уровень звукового давления у неотимпанальной мембраны и в послеоперационной полости. Кроме того, данная система позволяет проводить измерение вносимого усиления слухового аппарата и

разницы между куплером и реальным ухом (RECD-Real Ear Coupler Difference).

Зонд представляет собой силиконовый полый шнур, соединенный с референтным микрофоном, заключенным в корпус зонда. Калибровка акустического зонда проводится по стандартной методике при поднесении конца шнура к референтному микрофону при удалении от громкоговорителя на 0,5 м. После калибровки системы измерительный зонд становится акустически невидимым, то есть акустически прозрачным. До введения зонда обязательно проводится удаление серы и слущенного эпидермиса из наружного слухового прохода и послеоперационной полости.

Зонд вводится по стандартной методике на глубину 30 мм от козелка. Звуковой источник сигнала (динамик) устанавливается на расстоянии 45 см от головы пациента при азимуте, равном 45° . Такое расположение уменьшает воздействие окружающего шума. Референтный микрофон фиксируется на ушной раковине специальным приспособлением. Пациент находится не ближе 1,5 м от ближайшей стены. В качестве тестового стимула используется частотно-модулированный тон интенсивностью 65 дБ УЗД, так как данный уровень сигнала достаточно высок и исключает влияние шума и в то же время недостаточен для насыщения слухового аппарата.

С помощью акустического зонда измеряются следующие параметры:

- Резонанс открытого уха пациента.

Это «ответ» реального уха без слухового аппарата и вкладыша. В зарубежной литературе: REUR—«Real Ear Unaided Response» или OEG—«Open Ear Gain».

- Резонанс закрытого уха.

Это эффект демпфирования ушного вкладыша. При этом зонд вводится на стандартную глубину 3см от козелка. Это измерение проводится после того, как вкладыш слухового аппарата располагается в наружном слуховом проходе, причем слуховой аппарат выключен. В зарубежной литературе: REOR— «Real Ear Occluded Response».

- Уровень звукового давления в послеоперационной полости.

Определяется в децибелах над порогом слуха (dBSPL) при включенном слуховом аппарате (уровень звукового давления со слуховым аппаратом). Громкость регулируется в соответствии с комфортным уровнем восприятия речи. В зарубежной литературе: REAR — «Real Ear Aided Response».

- Вносимое усиление слухового аппарата.

Определяется как разница в параметрах, замеренных в реальном ухе со слуховым аппаратом и без него, то есть это усиление отражает эффективное усиление слухового аппарата. В зарубежной литературе: REIR — «Real Ear Insertion Response».

Таким образом, формула усиления определяется: «Вносимое усиление» = «Усиление со слуховым аппаратом» — «Усиление без слухового аппарата». Затем проводится сравнение замеренного и рассчитанного по формуле вносимого усиления.

В случае возникновения стойкой неудовлетворенности при использовании цифровых слуховых аппаратов воздушного звукопроводения в течение длительного времени у пациентов после санирующей операции на среднем ухе для акустической коррекции слуха применяется вибропластика. Условия отбора пациентов для имплантации системы среднего уха: стабильность слуховой функции не менее 2-х лет, по данным КТ височных костей анатомические

особенности барабанной полости прооперированного уха позволяют фиксировать катушку импланта.

При отсутствии эффекта от проведения медикаментозного лечения у пациентов после санирующей операции на среднем ухе в случае возникновения двусторонней острой нейросенсорной тугоухости IV степени по ВОЗ и положительных результатов электроакустической коррекция слуха с использованием адекватно подобранного цифрового СА воздушного звукопроведения в течение последующих 3-х месяцев выполняется кохлеарная имплантация.

Методы акустической коррекции слуха у пациентов, перенесших санирующее хирургическое вмешательство на среднем ухе, отражены в приложении Е.

Всем пациентам после санирующей операции на среднем ухе с периферической вестибулярной дисфункцией назначается лекарственное средство бетагистин по 24 мг 2 раза в день на протяжении 3 месяцев.

При неэффективности медикаментозной монотерапии при повторном курсе дополнительно подбираются индивидуальные комплексы физической реабилитации (лечебная гимнастика).

В зависимости от степени выраженности клинических проявлений вестибулярной дисфункции, пациенты выполняют комплексы упражнений поэтапно в различных положениях тела, ориентируясь на самочувствие (лежа, сидя, стоя, в движении в разных плоскостях). Вестибулярная реабилитация основана на биологической обратной связи и направлена на ускорение вестибулярной адаптации и сенсорного замещения (Brandt T., Dieterich M., 2004). Система предполагает постепенное усложнение комплекса упражнений.

Этап 1. Упражнения для глаз, голова остается неподвижной (можно выполнять лежа или сидя в кровати): пациенту рекомендуется посмотреть вверх, затем - вниз; сначала упражнение выполняется медленно, затем - быстро, при этом голова должна оставаться неподвижной (20 повторов); затем пациент переводит взгляд из стороны в сторону, удерживая голову неподвижной; сначала упражнение выполняется медленно, затем - быстро (20 повторов); после этого пациент фокусирует взгляд на пальце вытянутой руки, находящейся на расстоянии приблизительно тридцать см от носа. Затем приближает палец к носу и удаляет от носа (20 повторов).

Этап 2. Движения головой и глазами, упражнение выполняется сидя в кровати: наклоны головы вперед и назад выполняются с открытыми глазами, сначала медленно, затем - быстро (20 повторов); наклоны головы в стороны, сначала выполняются медленно, затем - быстро (20 повторов). Затем упражнения 2-го этапа повторяются с закрытыми глазами.

Этап 3. Движения плечами и корпусом в положении сидя, если раньше упражнения 1-го и 2-го этапа выполнялись, лежа в кровати, то теперь повторяются сидя). Дополнительно: поднятие плеч (20 повторов), вращательные движения в талии вправо, затем - влево (20 повторов); сидя на стуле, пациент делает наклоны вперед, доставая какой-либо предмет с кровати или с пола, чтобы положить предмет на место, приподнимается и сгибается (20 повторов); вращательные движения головой из стороны в сторону. Затем упражнения 2-го этапа повторяются с закрытыми глазами.

Этап 4. Подъем, упражнения 3-го этапа повторяются с подъемом. Дополнительно: подъем из положения сидя с открытыми глазами (20 повторов), затем - с закрытыми (20 повторов); перебрасывание

теннисного мяча или какого-нибудь другого подобного предмета из одной руки в другую таким образом, чтобы мяч проходил выше уровня глаз (20 повторов); наклоны вперед с переключением мяча из одной руки в другую под коленями с открытыми и закрытыми глазами (по 20 повторов); поворот вокруг собственной оси (10 повторов).

Этап 5. Перемещение. Ходьба по комнате вокруг стула в обе стороны по 10 кругов, затем – ходьба с закрытыми глазами; подъем на ящик или платформу с последующим спуском (10 повторов), затем – выполнение с закрытыми глазами; подъем по лестнице; подвижные игры с чередованием ходьбы, остановок, бросков.

Упражнения выполняются 2 раза в день не менее 2 месяцев.

Резкое ухудшение самочувствия, усиление симптомов головокружения, появление вегетативных реакций при попытке активного выполнения упражнений требует дообследования (электронистагмография с проведением прессорной пробы, компьютерная томография височных костей). При выявлении фистулы горизонтального полукружного канала пациентам рекомендуется хирургическое лечение (ревизия трепанационной полости с пластикой дефекта горизонтального полукружного канала).

При сохраняющейся вестибулярной дисфункции на фоне проведения медикаментозной терапии и вестибулярной гимнастики рекомендуется комплекс упражнений на стабилометрической платформе.

Методы компенсации вестибулярной дисфункции у пациентов, перенесших санлирующее хирургическое вмешательство на среднем ухе, отражены в приложении Ж.

Возможные осложнения и ошибки при использовании метода

При выполнении данной программы медицинской реабилитации осложнений не наблюдалось.

Оценка эффективности программы медицинской реабилитации пациентов после saniрующей операции на среднем ухе

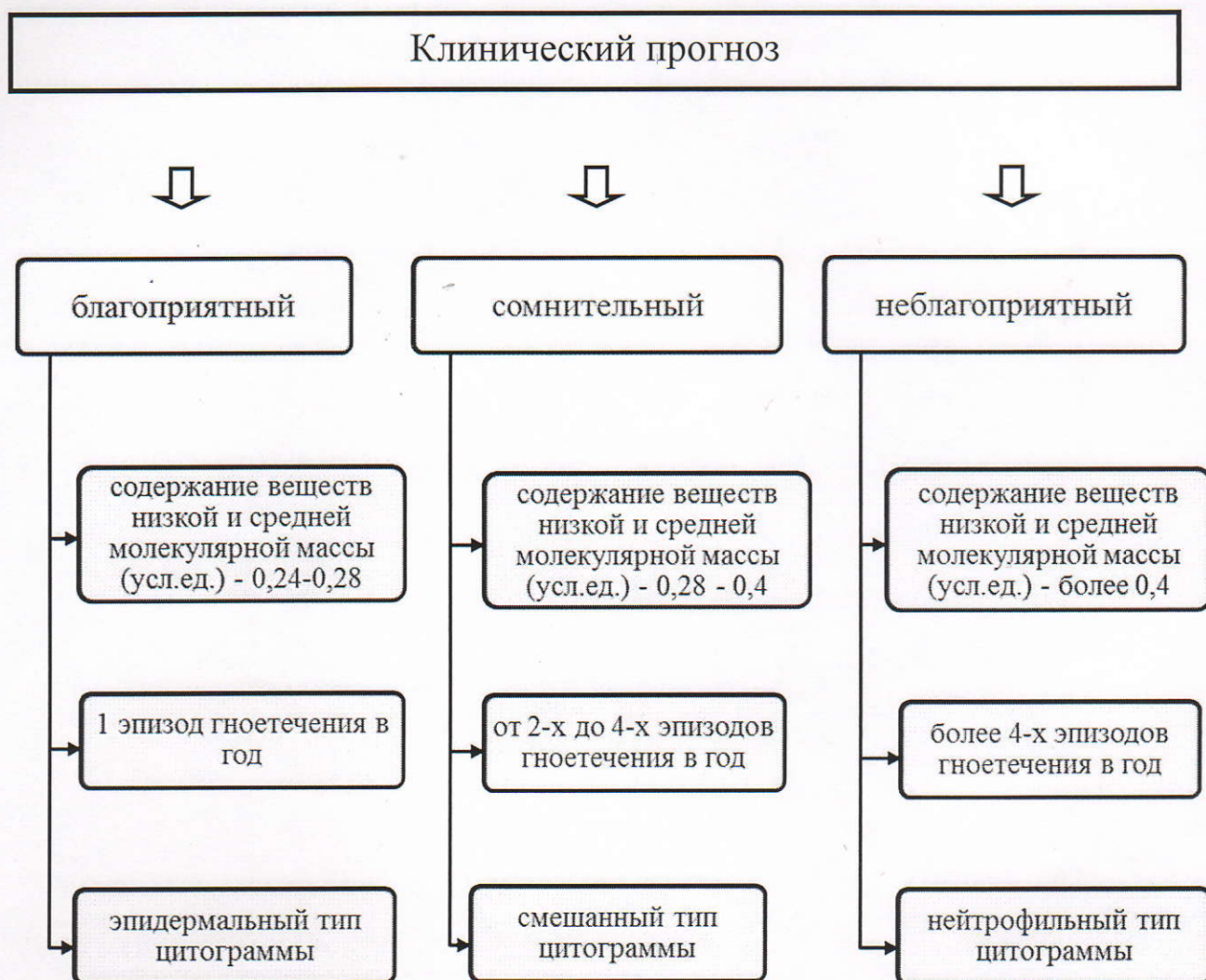
Завершающим этапом медицинской реабилитации является оценка ее эффективности. Рекомендовано использовать следующие критерии оценки медицинской реабилитации пациентов после saniрующей операции на среднем ухе:

1. клинические:

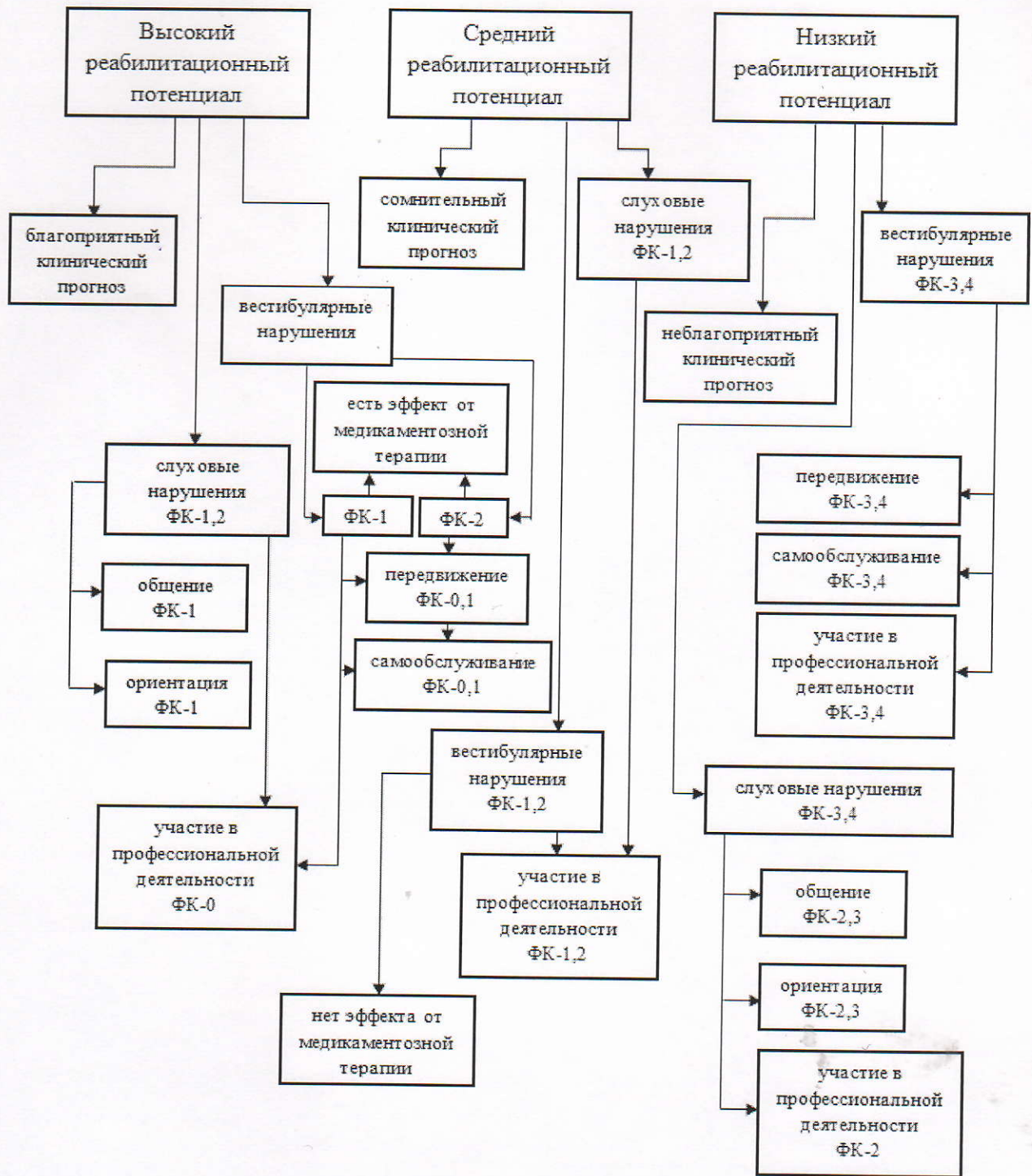
- выздоровление;
- значительное улучшение: улучшение на 2 ФК и более;
- улучшение: улучшение на 1 ФК;
- незначительное улучшение: улучшение внутри ФК;
- ухудшение: нарастание тяжести ФК.

2. оценка качества жизни пациентов (опросник SF-36).

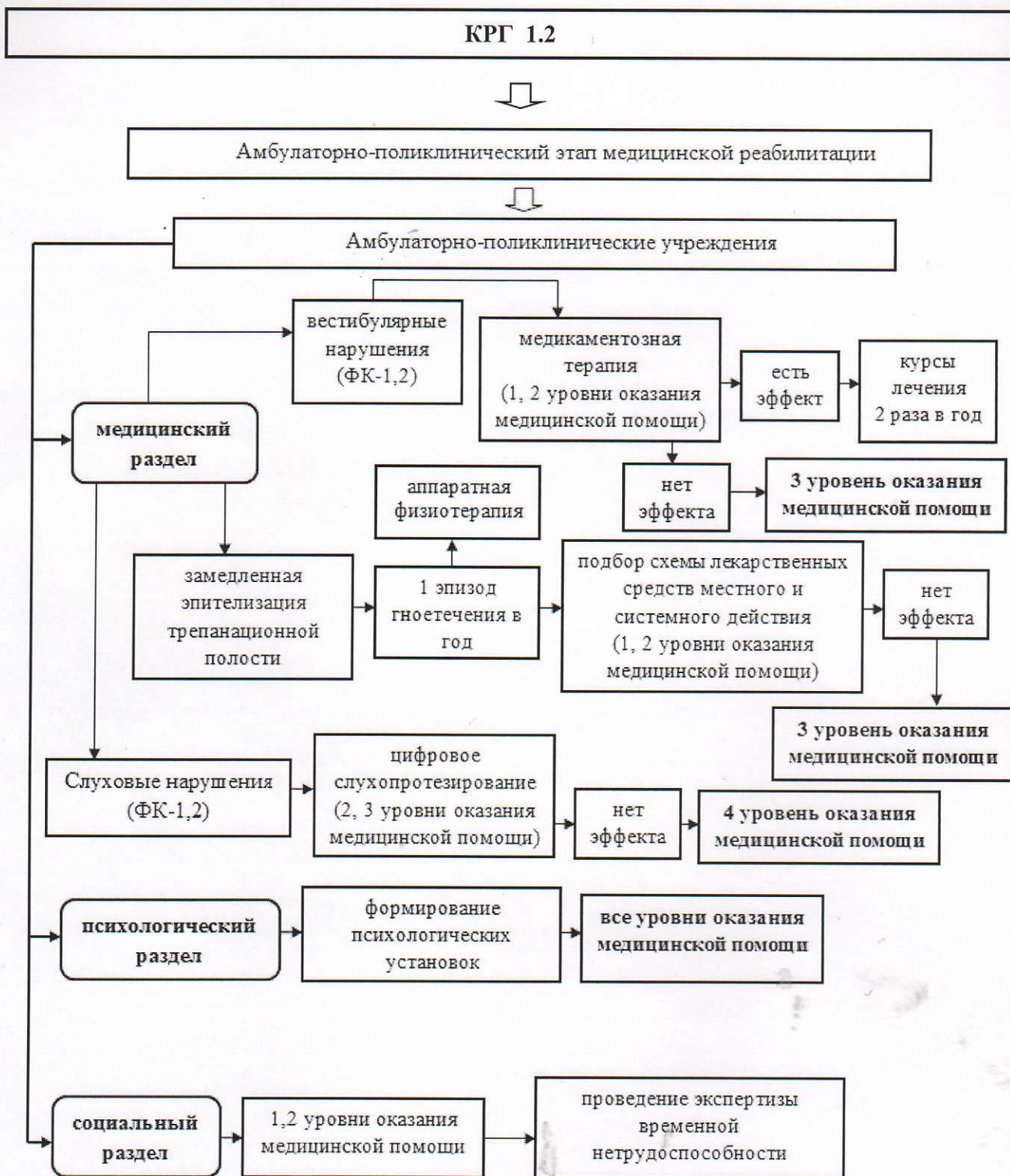
**Приложение А. КРИТЕРИИ ОПРЕДЕЛЕНИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ПРОГНОЗА
ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕОПЕРАЦИОННОГО ПЕРИОДА У ПАЦИЕНТОВ, ПОСЛЕ
САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ**



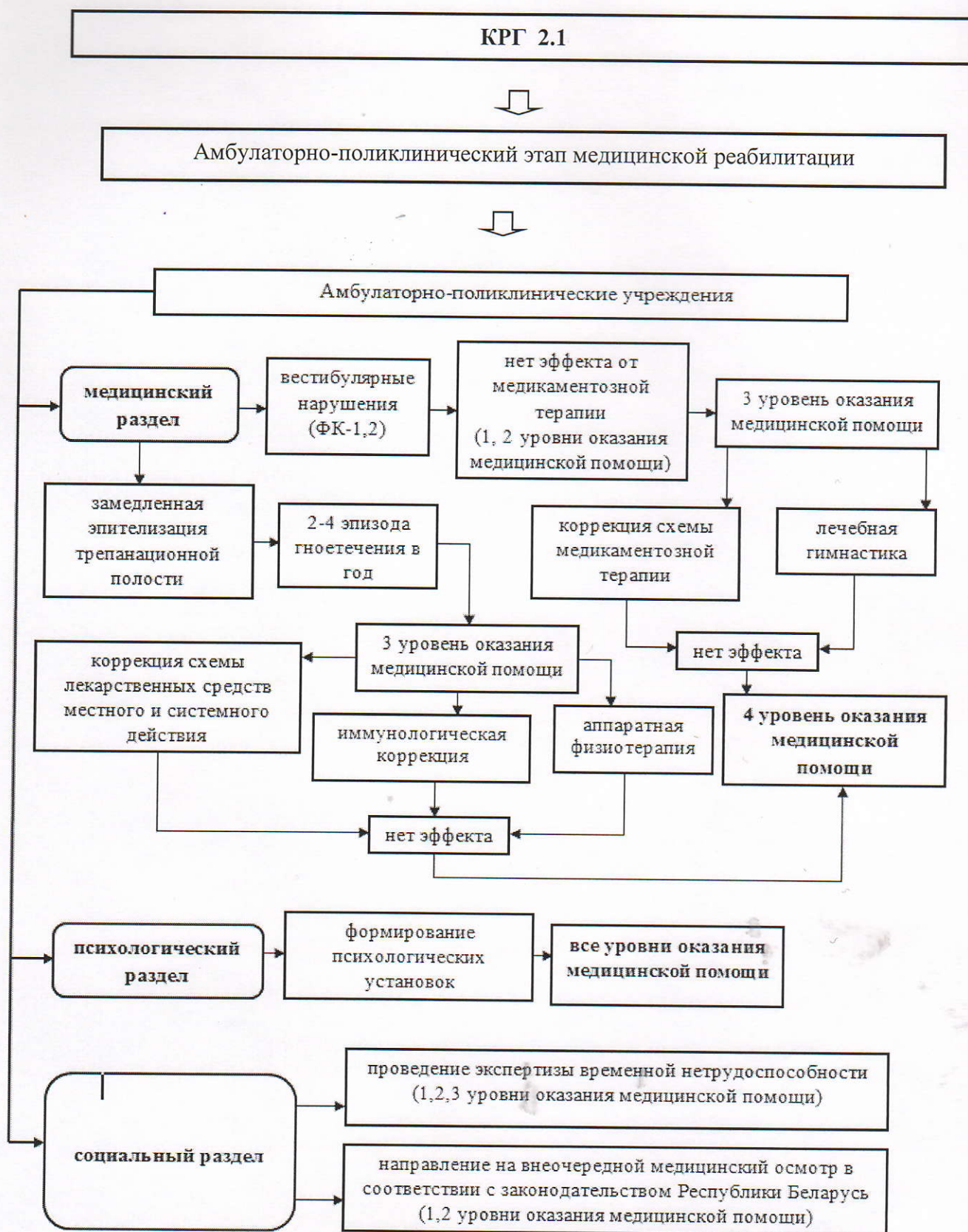
Приложение Б. СХЕМА ОПРЕДЕЛЕНИЯ РЕАБИЛИТАЦИОННОГО ПОТЕНЦИАЛА ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ



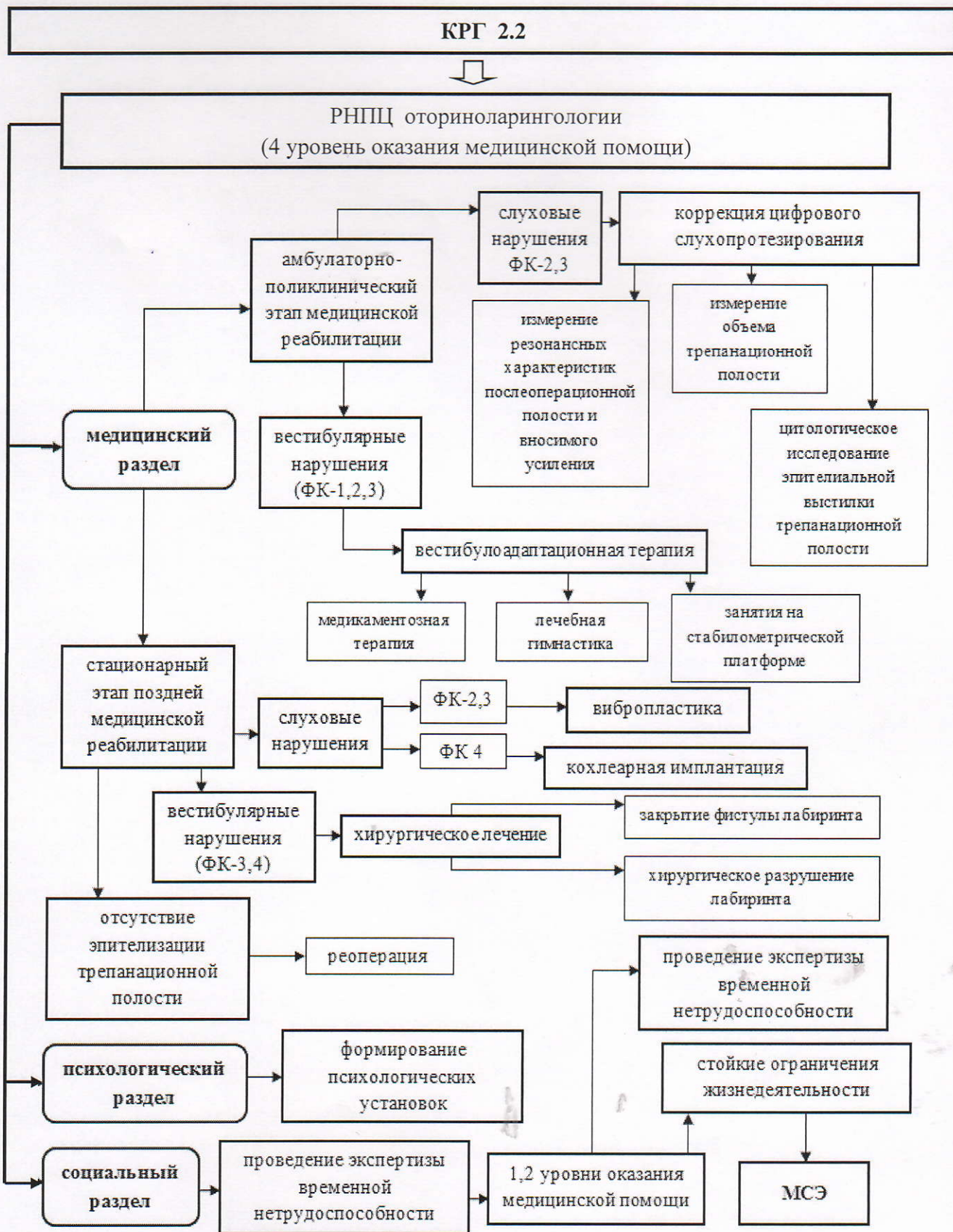
**Приложение В. СХЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА
ПАЦИЕНТОВ КРГ 1.2 ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ
УХЕ**



**Приложение Г. СХЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА
ПАЦИЕНТОВ КРГ 2.1 ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ
УХЕ**

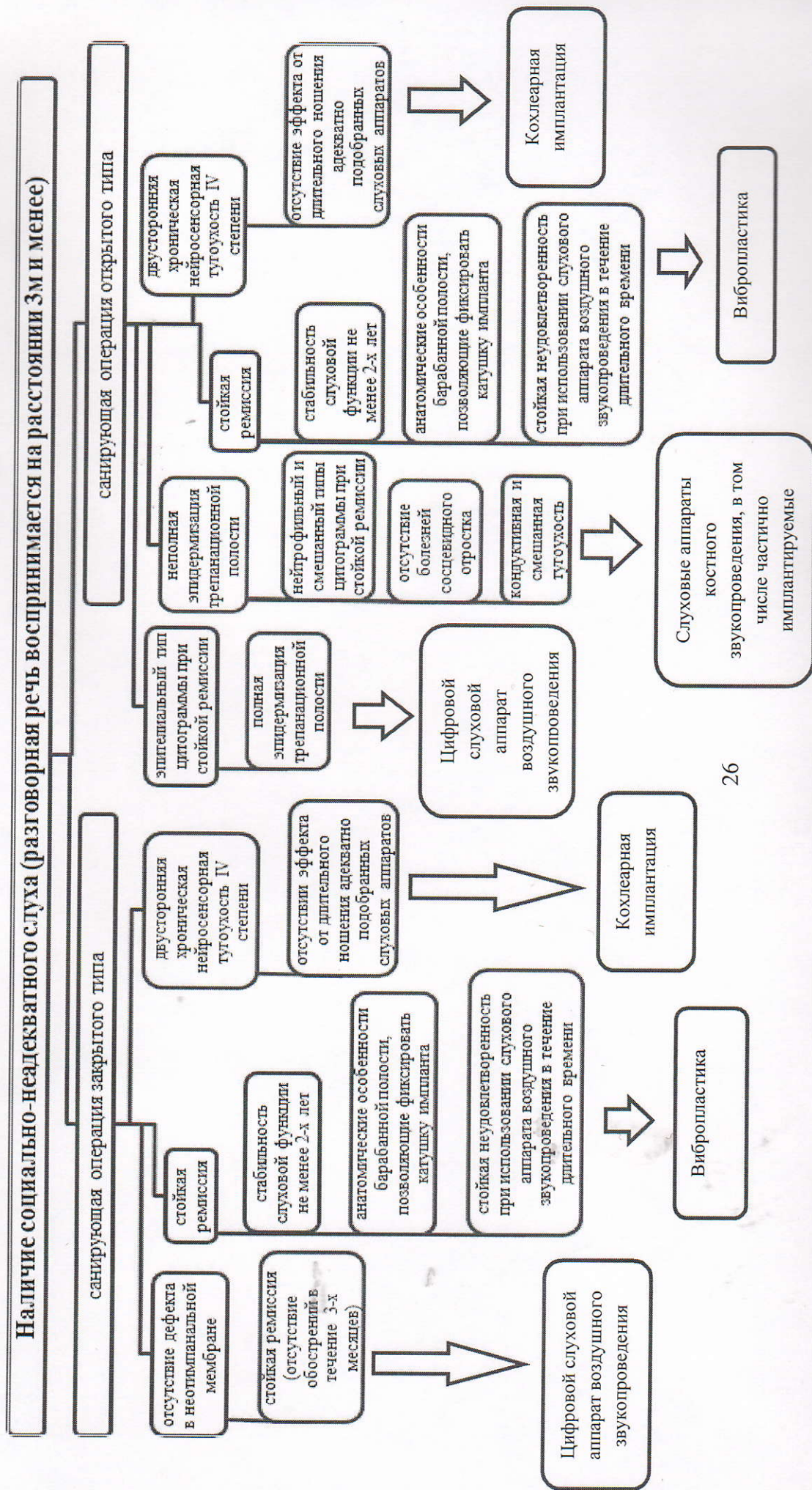


**Приложение Д. СХЕМА РЕАБИЛИТАЦИОННОГО МАРШРУТА
ПАЦИЕНТОВ КРГ 2.2 ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ
УХЕ**

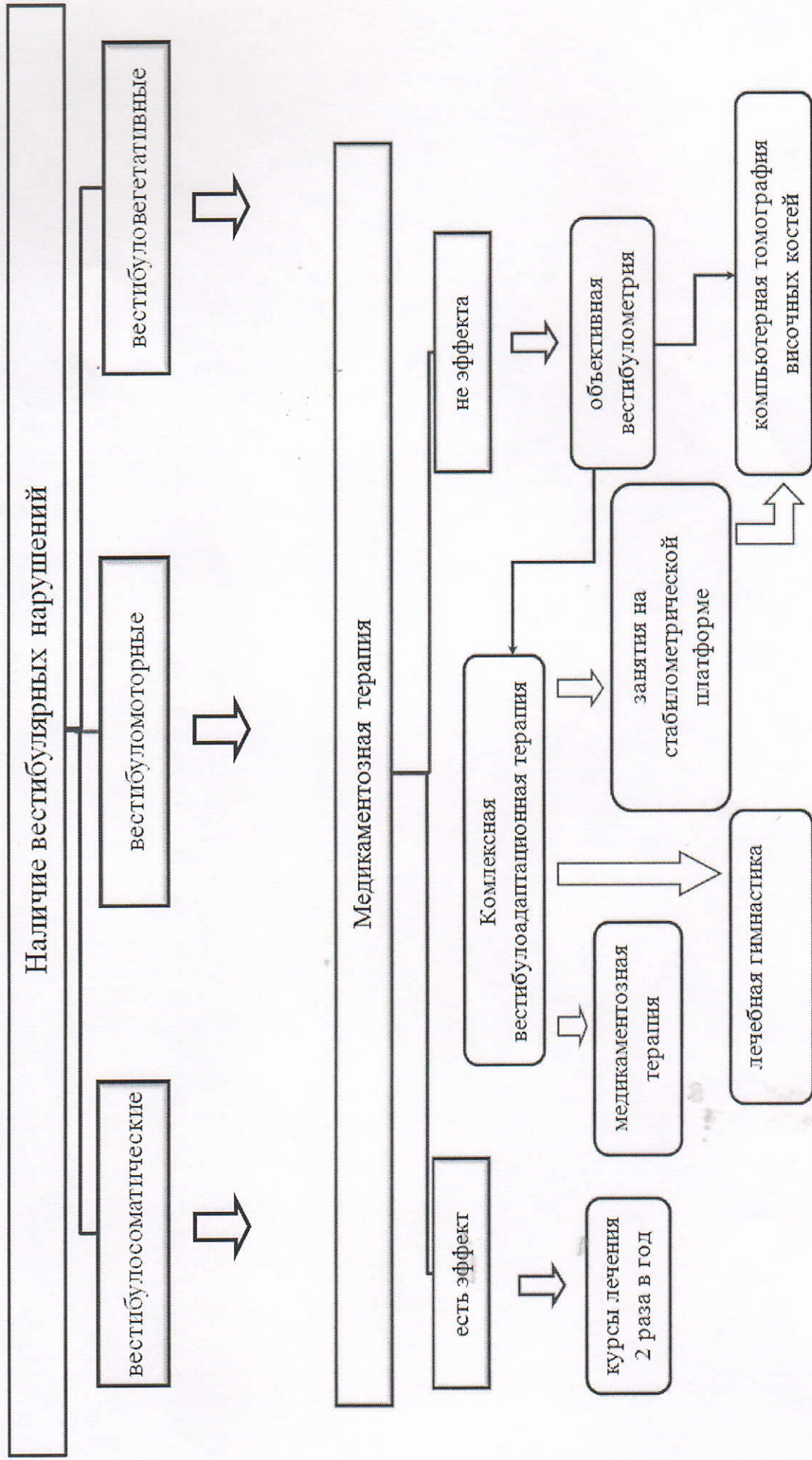


Приложение Е. МЕТОДЫ АКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ САНИРУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СРЕДНЕМ УХЕ В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ

Приложение А. МЕТОДЫ АКУСТИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ СЛУХА У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ САНИРУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СРЕДНЕМ УХЕ В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ



Приложение Ж. МЕТОДЫ КОМПЕНСАЦИИ ВЕСТИБУЛЯРНОЙ ДИСФУНКЦИИ У ПАЦИЕНТОВ ПОСЛЕ САНИРУЮЩИХ ХИРУРГИЧЕСКИХ ВМЕШАТЕЛЬСТВ НА СРЕДНЕМ УХЕ В СВЯЗИ С ХРОНИЧЕСКИМ ГНОЙНЫМ СРЕДНИМ ОТИТОМ



**Приложение И. ПРОГРАММА РЕАБИЛИТАЦИИ
ПАЦИЕНТА ПОСЛЕ САНИРУЮЩЕЙ ОПЕРАЦИИ НА СРЕДНЕМ УХЕ**

1. Ф.И.О. _____
2. Дата рождения _____
3. Место жительства (место пребывания) _____
4. Место работы (учебы), адрес _____
5. Должность, профессия по месту занятости _____
6. Специальность, профессия, по которой получено образование _____
7. Сроки л/н _____
8. Наличие группы инвалидности I, II, IIIc _____
9. Программа реабилитации составлена впервые, повторно (дата начала) _____
10. Место проведения реабилитации _____
11. Клинико-функциональный диагноз _____
13. Сопутствующие заболевания _____
14. Клинический прогноз (в соответствии с приложением А) _____
15. Реабилитационный потенциал (в соответствии с приложением Б) _____
16. Клинико-реабилитационная группа _____
17. Объем реабилитационных мероприятий (в соответствии с приложениями В, Г, Д, Е, Ж)
18. Оценка эффективности реабилитационных мероприятий

Нарушение функций	ФК		Эффект реабилитации	
	До реабилитации	После реабилитации	ФК	Клинически
Ограничения жизнедеятельности	ФК		Эффект реабилитации	
	До реабилитации	После реабилитации	ФК	

19. Заключение _____

Дата _____

Ответственный за составление программы реабилитации

_____ Ф.И.О., должность