



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при остром синусите

Год утверждения (частота пересмотра): **2014 (пересмотр каждые 3 года)**

ID: **СМП33**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич
- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна
- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

Определение. Острый синусит это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и составляет около 30% всех заболеваний уха и верхних дыхательных путей среди стационарных больных и 15-16% среди амбулаторных.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
J01	Острый синусит

Патогенез. Острые воспалительные заболевания околоносовых пазух чаще всего возникают в результате инфицирования слизистой оболочки пазух при остром насморке различной этиологии. Реже причиной острых гнойных гайморитов являются заболевания корней четырех задних верхних зубов (одонтогенный гайморит). Предрасполагающими факторами для возникновения острых синуситов служит различная патология в полости носа (хронические риниты, искривление перегородки носа, аденоиды и др.).

При острых воспалениях околоносовых пазух наиболее часто встречаются пневмококк, золотистый стафилококк, стрептококк, клебсиелла, а также вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы и другие

Классификация. Острые риносинуситы можно разделить по локализации воспалительного процесса:

1. верхнечелюстной синусит (гайморит);
2. фронтит;
3. этмоидит;
4. сфеноидит.

На первом месте по частоте заболеваний стоит верхнечелюстная пазуха, затем решетчатый лабиринт (преимущественный вариант поражения у детей первых лет жизни), лобная и клиновидная пазухи. Изолированным заболеванием пазух бывает редко, чаще поражается несколько пазух.

Клиническая картина.

Субъективные расстройства при **остром гайморите** заключаются в головной боли в пределах всей половины лица, ощущения напряженности и тяжести в области щеки, изменения локализации болевых ощущений при наклоне головы, нарушения носового дыхания и появления гнойных выделений из носа, снижение обоняния. В первые дни заболевания могут быть выражены общие симптомы в виде озноба, повышенной температуры тела и ухудшения самочувствия. При возможности проведения передней риноскопии обычно выявляется гиперемия и отек слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие слизисто-гнойного отделяемого в нем и нередко характерная полоска гноя, вытекающая из-под средней раковины.

Острый фронтит

Фронтит характеризуется жалобами на боль в области лба, которая усиливается при перкуссии и пальпации проекции передней стенки лобной пазухи. Головная боль может сопровождаться слезотечением и светобоязнью. Появление отека и гиперемии кожи, которые распространяются на внутренний угол глаза и верхнее веко, свидетельствуют о распространенном флебите и возможном остеоите стенок орбиты.

При проведении передней риноскопии определяется гиперемия и отек слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие гнойных выделений. По этиологии, патогенезу и морфологическим изменениям фронтит не отличается от риногенного гайморита.

Диагноз подтверждается данными рентгенографии, позволяющими дифференцировать острый фронтит с невралгией тройничного нерва. При этом всегда необходимо учитывать, что лобная пазуха может отсутствовать (как вариант нормы), что может привести к серьезным диагностическим ошибкам.

Острый этмоидит

Воспаление клеток решетчатого лабиринта наблюдается чаще всего в сочетании с воспалением других околоносовых пазух. Больной может предъявлять жалобы на боль в области корня носа и внутреннего края орбиты, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Чаще всего отмечается снижение или отсутствие обоняния. Острый этмоидит часто наблюдается у детей раннего возраста. Он может стать причиной возникновения различных внутричерепных и внутриглазных осложнений.

Острый сфеноидит

Сфеноидит редко бывает изолированным и характеризуется головной болью в затылочной области и в области орбиты. Выделения из носа скудные или вообще отсутствуют, поскольку стекают в носовую часть глотки и их можно обнаружить лишь при задней риноскопии.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ

Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:

1. Жалоб больного.
2. Анамнеза заболевания.
3. Объективного осмотра (осмотр зоны входа в нос, пальпация и перкуссия проекции передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух, стоматофарингоскопия).

Диагноз острого синусита на догоспитальном этапе сложен, носит предположительный характер и, учитывая возможность развития внутричерепных осложнений (риногенные менингиты и менингоэнцефалиты, тромбозы венозных синусов, абсцессы головного мозга и сепсис) всегда должен трактоваться в пользу активной лечебной тактики, т.е. экстренной медицинской эвакуации в стационар для исключения этого состояния.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

- ✓ Как себя чувствуете?
- ✓ Какая температура тела?
- ✓ Присутствует ли заложенность носа?
- ✓ Есть ли выделения из носа, какого они характера (слизистые, гнойные)?
- ✓ Есть ли чувство стекания отделяемого по задней стенке глотки?
- ✓ Отмечаете ли снижение обоняния или его извращения?
- ✓ На каком фоне возникли заложенность носа и появились выделения из носа?
Предшествовало ли этому ОРВИ?
- ✓ Была ли у Вас экстракция зубов верхней челюсти за последние 2-3 недели?
- ✓ Есть ли лицевые боли (в проекции верхнечелюстных и лобных пазух) или головные боли, усиливаются (изменяются) ли они при наклоне?
- ✓ Отмечал ранее синуситы? Когда был последний случай синусита?
- ✓ Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
- ✓ Отмечал ли улучшение от применяемых лекарственных средств?

Лечение на догоспитальном этапе.

Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе при подозрении на острый синусит заключается в восстановлении дренажной функции и вентиляции околоносовых пазух, восстановление мукоцилиарного клиренса.

1. Общее лечение на догоспитальном этапе заключается в назначении:

При острой боли и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в., с учетом выраженности болевого синдрома. Метамизол в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес. до 1 года— 24–120мг (В, 2++).

2. Местное лечение складывается из мер, способствующих оттоку гноя из пазухи и рассасыванию имеющейся инфильтрации слизистой оболочки носа.

- Сосудосуживающие средства в нос (ксилометазолин или аналоги галазолин, ксимелин, тизин). Применяют интраназально, возможно через небулайзер. Взрослым и детям старше 6 лет — по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю, детям до 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждую ноздрю (А, 1++).

Показания к доставке в стационар

Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа показана срочная медицинская эвакуация в стационар.

Рекомендации для больных, не имеющих показаний к доставке в стационар или отказавшихся от медицинской эвакуации.

Учитывая трудность диагностики острого синусита, а также высокий риск возникновения внутричерепных осложнений, необходимо рекомендовать интраназальное введение из распылителя (через небулайзер) ксилометазолина или его аналогов (галазолин, ксимелин, тизин) с учетом допустимых доз и кратности применения для детей и взрослых. Для восстановления мукоцилиарного клиренса, оттока патологического содержимого из полости носа показано интраназальное введение аэрозоля, капель Аквамариса или его аналогов. Пациентам с подозрением на острый синусит необходимо обратиться к оториноларингологу для получения амбулаторной помощи в течение 24 часов, а при появлении озноба, усиления головной боли, рвоты, нарушения зрения – немедленный вызов скорой медицинской помощи.

ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)

Диагноз на госпитальном этапе устанавливаются на основании:

1. Жалоб больного
2. Анамнеза заболевания
3. Объективного осмотра – риноскопический осмотр (гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, наличие слизисто-гнойного отделяемого в общем носовом ходе и нередко характерная полоска гноя в среднем носовом ходе); пальпация и перкуссия проекции верхнечелюстных и лобных пазух.
4. Клинический анализ крови.
5. Рентгенография в прямой и боковой проекции околоносовых пазух (А, 1++)
6. Компьютерная томография околоносовых пазух (дает более детальное представление о состоянии околоносовых пазух; назначается всегда при подозрении на сфеноидит) (В, 1++).

Лечение на госпитальном этапе.

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог.

Больным с изменениями пневматизации только верхнечелюстных пазух по результатам рентгенологического исследования врач-оториноларинголог определяет показания к пункции верхнечелюстных пазух. При отсутствии гнойного отделяемого, отсутствия очаговых, оболочечных симптомов, стабильной гемодинамике, больные, могут быть направлены на амбулаторное лечение.

Показания к госпитализации на ЛОР-отделение стационара

1. Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа.
2. Изменение пневматизации или наличие уровня жидкости в лобных и клиновидных пазух по данным рентгенологического исследования.
3. Наличие гнойного отделяемого при пункции верхнечелюстных пазух.

4. В целях проведения дифференциальной диагностики и наблюдения, больные с подозрением на возможное поражение околоносовых пазух и исключения внутричерепных осложнений могут наблюдаться в СтОСМП на койках краткосрочного пребывания до 3 суток.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПб: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
10. Пискунов Г.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей/Г.З.Пискунов, Пискунов С.З.-М.«МИА»,- 2006,-559 с.
11. Сумин С.А. Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.
12. Тулебаев Р.К., Кудасов Т.Р. Диагностика, профилактика и лечение синуситов в амбулаторных условиях (под редакцией Заслуженного деятеля науки РФ, профессора М.С. Плужникова). Санкт-Петербург: «Диалог», 2007 – 216 с.

Приложение

Сила рекомендаций (A-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

Уровни доказательств	Описание
1++	Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок
1+	Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок
1-	Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок
2++	Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2+	Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
2-	Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи
3	Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев)
4	Мнения экспертов

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

Сила	Описание
A	По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств,

	включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов
В	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+
С	Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++
D	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+