



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

Руководства по скорой медицинской помощи

Скорая медицинская помощь при дакриoadените

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

ID: **СМП56**

URL:

Профессиональные ассоциации:

- **Российское общество скорой медицинской помощи**

Автор: Н.Ю. Белдовская, доцент кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова

При заболеваниях органа зрения бригада скорой медицинской помощи вызывается на дом очень редко. Диагностика травм глаз обычно оказывается более легкой задачей для врача скорой медицинской помощи, чем диагностика заболеваний органа зрения. Диагностику заболеваний затрудняет, прежде всего, то обстоятельство, что некоторые из них маскируются под общие заболевания и приводят больного в терапевтический, неврологический или инфекционный стационар, если врач скорой медицинской помощи не в состоянии поставить правильный диагноз. Больной же нередко расплачивается за эти диагностические ошибки слепотой одного, а иногда и обоих глаз. Так как в большинстве случаев задача врача скорой медицинской помощи ограничивается быстрой доставкой больного именно в офтальмологический и никакой другой стационар, а лечение на месте происшествия требуется редко, то ему в первую очередь требуются знания по диагностике и в меньшей степени по лечению. Нельзя, однако, упускать из вида то обстоятельство, что одинокие и престарелые люди, а также инвалиды не всегда способны добраться до офтальмолога поликлиники и возлагают надежды на врача скорой медицинской помощи, который бы мог назначить им лечение на дому по поводу острых воспалительных заболеваний глаз.

Определение

Дакриоаденит - воспаление слезной железы.

Острый дакриоаденит – острое гнойное воспаление слезной железы. Заболевание возникает как осложнение общих инфекционных заболеваний (грипп, корь, скарлатина, эпидемический паротит, пневмония, брюшной тиф, ангина и другие). Обычно бывает односторонним, но иногда (при

эпидемиях) развивается с обеих сторон. Наблюдается преимущественно у лиц молодого возраста.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H04.0	Дакриоаденит

Классификация. Заболевание может быть острым и хроническим.

**Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при
дакриоадените**

Клиническая картина: за 2-3 дня железа резко отекает. Наблюдается обильное слезотечение и выраженная болезненность при пальпации в внешне-наружной части верхнего века. Верхнее веко утолщается вследствие отека, гиперемизируется, опускается, а его насильственное поднятие очень болезненно. Глазная щель сужена и деформирована: опущенный наружный край верхнего века изогнут наподобие лежащей латинской буквы S. При воспалении пальпебральной части железы припухлость больше проявляется снаружи; при воспалении орбитальной части инфильтрат уходит глубоко за внешне-наружный край орбиты. Нередко отек распространяется на область виска и шеи. Конъюнктив верхней переходной складки и глазного яблока в наружном отделе выглядит студенистой. Анатомически часть слезной железы располагается за тарзо-орбитальной фасцией (то есть в орбите), поэтому, глазное яблоко может смещаться книзу и кнутри, и ограничиваться в своей подвижности. Другой характерный симптом заболевания - диплопия (двоение). Регионарные околоушные лимфатические узлы уплотнены, увеличены и болезненны. Заболевание протекает с общей симптоматикой: недомогание, головная боль, повышение температуры тела.

Основная задача на догоспитальном этапе – постановка диагноза и доставка больного в стационар.

Диагностика На основании анамнеза и клинической картины.

Лечение При выраженных проявлениях со стороны общего состояния показана дезинтоксикационная терапия – внутривенное введение 5% раствора глюкозы с аскорбиновой кислотой или раствора мафусол 500 мл (или трисоль 500 мл).

Местное лечение заключается в частых (каждые 15-20 минут) инстилляциях раствора сульфацида.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при дакриодените

В стадии флюктуации - вскрытие очага воспаления. При нагноении орбитальной части железы разрез делают через кожу верхнего века, абсцесс пальпебральной доли вскрывают со стороны конъюнктивы (параллельно конъюнктивальному своду), чтобы не повредить сухожилие мышцы, поднимающей верхнее веко. Из-за крайней болезненности это делать удобнее под кратковременной общей анестезией. Дренажная турунда, которую вводят в полость абсцесса, должна быть изготовлена из очень тонкой резины, а конец ее необходимо выводить наружу к височному углу глазной щели. Роговицу предохраняют от пролежней частым закладыванием за веки глазной антибактериальной мази.

Назначают внутрь и внутримышечно антибактериальные (антибиотики и сульфаниламидные препараты), нестероидные противовоспалительные, десенсибилизирующие средства.

Далее, все больные с диагнозом или подозрением на дакриoadенит подлежат немедленному направлению в специализированное инфекционное отделение с наблюдением врача-офтальмолога.

Сухое тепло при воспалительных заболеваниях век и орбиты (дакриоцистит, дакриoadенит, флегмона, абсцесс) противопоказано, так как при его использовании воспалительный процесс может распространяться молниеносно за счет особенностей сосудистой сети этой области.

Прогноз

В большинстве случаев острый дакриoadенит протекает доброкачественно (воспалительный инфильтрат полностью рассасывается) и разрешается за 10 – 15 дней. Иногда формируется абсцесс железы. При нагноении пальпебральной части гной может прорываться в верхний конъюнктивальный свод, при абсцессе орбитальной части – наружу через кожу верхнего века. В некоторых случаях может образоваться наружный или внутренний свищ.

Дифференциальный диагноз

Хроническое вялотекущее воспаление слезной железы может маскировать онкологический процесс, поэтому при безуспешности проведения противовоспалительной терапии целесообразно произвести гистологический анализ биоптата.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ДАКРИОЦИСТИТЕ

Автор: Н.Ю. Белдовская, доцент кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова

Определение

Дакриоцистит – воспаление слезного мешка, вызванное обструкцией носослезного протока и застоем слезы в слезном мешке.

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H04.4	Хроническое воспаление слезных протоков
H04.5	Стеноз и недостаточность слезных протоков
H04.8	Другие болезни слезного аппарата

Этиология. Скопление слезы способствует развитию патогенной флоры (чаще стафилококковой или стрептококковой). Причина затруднения оттока слезы – воспаление слизистой оболочки носослезного протока. Данная патология встречается у 2-7 % больных с заболеваниями слезных органов. У женщин дакриоцистит встречается в 6-10 раз чаще, чем у мужчин.

Классификация. Заболевание может быть острым и хроническим, выделяют также дакриоцистит новорожденных.

По этиологическим факторам дакриоцистит может быть:

- Бактериальный (пневмококковый, стафилококковый, стрептококковый, дифтерийный, туберкулезный, сифилитический и др.);
- вирусный (аденовирусный, герпес-вирусный);
- хламидийный;
- микотический;
- паразитарный;
- посттравматический.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при дакриоцистите

При остром дакриоцистите (флегмона слезного мешка) гнойный процесс выходит за пределы слезного мешка и захватывает окружающую клетчатку.

Клиническая картина. Больные предъявляют жалобы на болезненность в области внутреннего угла глазной щели, слезотечение, гиперемию в области медиальной спайки век, непосредственно ниже ее сухожилия. При надавливании на область проекции слезного мешка в конъюнктивальный мешок может поступать слизистое или гнойное отделяемое из слезных точек.

В первые дни, воспалительный инфильтрат - плотный (стадия инфильтрации), впоследствии (4-5 дней от начала заболевания) он размягчается (стадия флюктуации) и может вскрываться самопроизвольно с образованием фистулы, через которую периодически выходит гнойное содержимое.

Диагностика. На основании анамнеза и клинической картины.

Основная задача на догоспитальном этапе – постановка диагноза и доставка больного в офтальмологический стационар.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при дакриоцистите

Все больные с диагнозом или подозрением на острый дакриоцистит подлежат немедленному направлению в специализированное офтальмологическое отделение, минуя этап СтОСМП. Если это невозможно осуществить, то в стадии флюктуации показано вскрытие флегмоны глубоким разрезом (желательно после послойной инфильтрационной анестезией), дренирование (резиновой турундой на 3-5 дней) и промывание его полости раствором антисептика (фурациллин

0,005% и др.). Без повышения температуры и явлений интоксикации назначают местную терапию – инстилляцию антибактериальных капель в конъюнктивальный мешок на пораженной стороне (антибиотик в каплях широкого спектра действия, например, флоксал 0,3%).

При гипертермии, интоксикации, увеличении регионарных лимфатических узлов рекомендуется добавлять пероральный и/ или внутримышечный прием антибиотиков или сульфаниламидов, противовоспалительных средств, десенсибилизирующей терапии в течение 5 – 10 дней в зависимости от общего состояния.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ФЛЕГМОНЕ ОРБИТЫ

Автор: Н.Ю. Белдовская, доцент кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова

Определение

Флегмона орбиты – разлитой острый воспалительный процесс, сопровождающийся инфильтрацией и гнойным расплавлением рыхлой клетчатки орбиты

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H05.0	Острое воспаление глазницы

Этиология. Заболевание возникает в любом возрасте, но чаще у детей до 5 лет на фоне острой генерализованной инфекции (кори, гриппа и т. д.). Часто заболевание вызывают стафилококки, стрептококки, гемофильная и кишечная палочки. Обычно (в 90% случаев) инфицирование тканей орбиты происходит из околоносовых пазух (особенно из решетчатого синуса) через дефекты костных стенок. Реже это гематогенный метастаз (фурункул, периодонтит, ангина и т.п.). Нагноение в орбиту может распространиться и при абсцессе века, ячмене.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при флегмоне орбиты

Основная задача на догоспитальном этапе – постановка диагноза и доставка больного в стационар.

Клиническая картина. Заболевание начинается остро: резко поднимается температура до фебрильного уровня, возникает боль в орбите и головная

боль, адинамия, отсутствие аппетита. Явления интоксикации ярко выражены. Разлитая краснота с максимальным отёком охватывает оба века, но обычно не выходит за проекцию орбиты. Умеренно могут отекают лоб и щека, вследствие чего уголок рта на соответствующей стороне опускается. Кардинальное отличие от абсцесса век - выпячивание глазного яблока (экзофтальм, который может быть одно- и двухсторонний с нарушением репозиции глаз), его неподвижность, хемоз конъюнктивы глазного яблока. Нередко снижается центральное зрение (из-за сдавления зрительного нерва).
Диагностика. На основании анамнеза и клинической картины.

Лечение флегмоны орбиты проводят в экстренном порядке. Необходимо введение внутривенно – дезинтоксикационных средств (мафусол, трисоль и др.). Для уменьшения сдавления зрительного нерва целесообразно рассечение наружной спайки век.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при флегмоне орбиты

Консультации оториноларинголога (после проведения рентгенографического исследования околоносовых пазух) для решения вопроса о госпитализации с целью срочного вскрытия и дренирования со стороны околоносовых пазух и стоматолога (санация полости рта).

Прогноз

Угроза распространения воспаления в полость черепа. Может развиваться синдром «верхней глазничной щели», а также тромбофлебит орбитальных вен, тромбоз кавернозного синуса, абсцесс мозга и другие грозные осложнения вплоть до летального исхода.

Все больные с диагнозом или подозрением на флегмону орбиты подлежат немедленной доставке в стационар и госпитализации в специализированное

отделение оториноларингологическое, офтальмологическое или челюстно-лицевой хирургии), многопрофильного стационара.

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ АБЦЕССЕ И ФЛЕГМОНЕ ВЕКА.

Автор: Н.Ю. Белдовская, доцент кафедры офтальмологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова

Абсцесс и флегмона век – соответственно ограниченное и разлитое гнойное воспаление тканей века

Код по МКБ-10	Нозологическая форма
H00.0	Гордеолум и другие глубокие воспаления век
H01.8	Другие воспаления века уточненные

Этиология. Наиболее часто возбудителями являются грамположительные кокки (стафилококки и стрептококки) и анаэробы (при переходе инфекции с околоносовых пазух). Микроорганизмы в ткани века могут попадать при повреждении кожи и непосредственном заносе инфекции (вследствие неблагоприятного течения ячменя), но чаще метастатическим путем (с током крови из других очагов воспаления).

Клиническая картина. Наблюдается резкий отёк и гиперемия века, кожа его напряжена, без складок, блестит. Глазная щель сужена, открывается с трудом. Пальпация века резко болезненна. Характерны недомогание, ухудшение аппетита, возможно повышение температуры, увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов. Через несколько дней веко становится мягче, появляется флюктуация.

При флегмоне века местные симптомы более выражены, чем при абсцессе, и носят разлитой характер.

Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе при абсцессе и флегмоне века

При подозрении на абсцесс или флегмону века пациент нуждается в срочной доставке в стационар.

Лечение

Местно: в конъюнктивальный мешок инстилляций сульфацида.

Прогноз

При своевременном лечении прогноз благоприятен, в тяжелых случаях возникают рубцовые изменения век и нарушения оттока лимфы.

Оказание скорой медицинской помощи на госпитальном этапе в стационарном отделении скорой медицинской помощи (СтОСМП) при абсцессе и флегмоне века

Все больные с диагнозом или подозрением на абсцесс и флегмону века подлежат немедленному направлению в специализированное офтальмологическое отделение, минуя этап СтОСМП.

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
А	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++
Д	Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+