

**Синусит  
острый и хронический**

**I. ВВОДНАЯ ЧАСТЬ**

1. **Название протокола:** Синусит острый и хронический

2. **Код протокола:**

3. **Код(ы) МКБ-10:**

J01	Острый синусит
J01.0	Острый верхнечелюстной синусит
J01.1	Острый фронтальный синусит
J01.2	Острый этмоидальный синусит
J01.3	Острый сфеноидальный синусит
	Острый гемисинусит
J01.4	Острый пансинусит
J01.8	Другой острый синусит
J01.9	Острый синусит неуточненный
J32	Хронический синусит
J32.0	Хронический верхнечелюстной синусит
J32.1	Хронический фронтальный синусит
J32.2	Хронический этмоидальный синусит
J32.3	Хронический сфеноидальный синусит
J32.4	Хронический пансинусит
J32.8	Другие хронические пансинуситы
J32.8	Другие хронические синуситы
J32.9	Хронический синусит неуточненный

4. **Сокращения, используемые в протоколе:**


КТ	компьютерная томография
ОАК	общий анализ крови
ОАМ	общий анализ мочи
ППН	придаточные пазухи носа
СОЭ	скорость оседания эритроцитов
УВЧ	ультравысокочастотная терапия

5. **Дата разработки протокола:** апрель 2013 г.

6. **Категория пациентов:** дети и взрослые с диагнозом «Острый синусит» или «Хронический синусит - обострение»

7. **Пользователи протокола:** ЛОР-врачи, ВОП, челюстно-лицевые хирурги

**II. МЕТОДЫ, ПОДХОДЫ И ПРОЦЕДУРЫ ДИАГНОСТИКИ И ЛЕЧЕНИЯ**

*Филиппов*  
*Климов*  


## 8. Определение

Синусит это воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя, а иногда надкостницы и костных стенок околоносовых пазух

## 9. Клиническая классификация

Классификация синусита (С.З.Пискунов, Г.З.Пискунов, 1997)

По течению и форме поражения

1. Острый (катаральный, гнойный, некротический).
2. Хронический (катаральный, гнойный, пристеночно-гиперпластический, полипозный, фиброзный, кистозный, смешанные формы, осложненный - остеомиелит, холестеатома, пиомукоцеле, распространение процесса на клетчатку орбиты, полость черепа).
3. Вазомоторный (аллергический, неаллергический).

По причине возникновения

1. Риногенный
2. Одонтогенный
3. Травматический

По характеру возбудителя

1. Вирусный
2. Бактериальный аэробный
3. Бактериальный анаэробный
4. Грибковый
5. Смешанный

По распространенности процесса

1. Этмоидит (передний, задний, тотальный)
2. Гайморит
3. Фронтит
4. Сфеноидит
5. Этмоидогайморит
6. Гемисинуит (справа, слева)
7. Пансинуит

## 10. Показания для госпитализации:

Плановая:

- наличие хронического синусита;
- изменения на рентгенограмме, КТ;
- затруднение носового дыхания;
- снижение обоняния;
- головные боли.

Экстренная:

- интенсивная головная боль;

- гипертермия;
- риногенные внутриглазные и внутричерепные осложнения;
- гнойные выделения из носа;
- затруднение носового дыхания;
- изменения на рентгенограмме, КТ, эхосинусоскопии (у беременных);
- в общем анализе крови лейкоцитоз и ускоренное СОЭ.

## **11. Перечень основных и дополнительных диагностических мероприятий**

Минимум исследований до плановой госпитализации

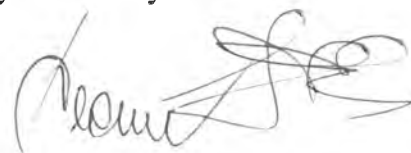
- ОАМ
- ОАК развернутый (тромбоциты, свертываемость, длительность кровотечения)
- Кал на яйца гельминтов
- Флюорография органов грудной клетки
- Микрореакция
- Заключение терапевта, педиатра, стоматолога.

Основные:

- сбор жалоб и анамнеза;
- пальпация;
- риноскопия;
- исследование функции носа;
- обзорная рентгенография придаточных пазух носа;
- общий анализ крови;
- общий анализ мочи;
- соскоб на яйца глист (требование СЭС);
- бактериологическое исследование отделяемого из носа на флору и чувствительность к антибиотикам
- эхосинусоскопия для беременных.

Дополнительные:

- ринопанорама
- при необходимости биохимия крови
- контрастная рентгенография
- компьютерная томография
- эндоскопия носа и околоносовых пазух
- диагностическая пункция пазухи
- промывание полости носа с использованием электроотсоса методом «перемещения» с обязательным осмотром содержимого в промывной жидкости,
- применение катетера для эвакуации и введение в пазухи диагностических препаратов через естественные соустья синусов.



- Инсуффляция порошкообразных и пульверизация жидких лекарственных веществ.

## **12. Диагностические критерии**

12.1 Жалобы и анамнез: нарушение носового дыхания, локализованная боль в зависимости от поражения пазух в подглазничной (гайморит), надбровной (фронтит), затылочной (сфеноидит) области и переносицы (этмоидит)), гнойные выделения из полости носа, заложенность носа, припухлость мягких тканей в области щеки, у корня носа, головная боль, недомогание т.д.

12.2. Физикальное обследование: Обращают внимание на конфигурацию, целостность и окраску кожных покровов носа и прилегающих областей (щек, век, лба и т.д.). Пальпация проекции придаточных пазух носа позволяет судить о состоянии мягких тканей. При надавливании большими пальцами обеих рук на точки первой и второй ветвей тройничного нерва проверяется их болезненность, которой в норме быть не должно. Пальпируют передние стенки верхнечелюстных пазух в области собачьей ямки мягко надавливая. Признаки вовлечения в патологический процесс решетчатого лабиринта и лобных пазух может служить болезненность при пальпации в области внутренней поверхности медиальных и верхних отделов орбит. Дополнительные данные можно получить при легком стукивании (перкуссии) передних стенок придаточных пазух носа согнутым под прямым углом средним пальцем. Необходима пальпация регионарных подчелюстных и глубоких шейных лимфатических узлов. Следующий этап исследования – определение дыхательной, обонятельной и других функций носа.

12.3 Лабораторные исследования:

- общий анализ крови – лейкоцитоз, повышение СОЭ;
- исследование микрофлоры – выявление возбудителя;
- цитологическое исследование – нейтрофиллез, клетки слущенного эпителия, слизь.

12.4 Инструментальные исследования:

- Передняя и средняя риноскопия - гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа, наличие гнойного экссудата в носовых ходах.
- Для более детального осмотра глубоких отделов полости носа производится задняя риноскопия.
- Эндоскопия носа и околоносовых пазух позволяет атравматично оценить характер изменений.
- Рентгенологическое исследование придаточных пазух носа: Носоподбородочная проекция - тотальное или краевое затемнение пазух, уровень жидкости в гайморовых пазухах. Носолобная проекция. Эту проекцию используют с целью детального изучения лобной пазухи и решетчатого лабиринта. Боковая проекция. Для оценки глубины лобных пазух и состояния их передних, задних и глазничных стенок, для уточнения локализации патологического процесса (лобная пазуха,



либо задние клетки решетчатого лабиринта) и для выявления клиновидной пазухи прибегают к рентгенографии черепа в боковой проекции. Нарушение целостности стенок свидетельствует о деструктивных процессах, характерных для злокачественных новообразований. Появление теней костной плотности заставляет думать о наличии в пазухах остеомы.

- Контрастная рентгенография производится для уточнения формы хронического процесса в пазухах.
- Флюорография ГПН – изменение слизистой, наличие экссудата.
- Пункция гайморовой пазухи - наличие гнойного содержимого
- Компьютерная томография (КТ) позволяет получать трехмерное изображение полости носа и околоносовых пазух.

#### 12.5 Показания для консультации специалистов:

- при подозрении на наличие внутриглазных осложнения необходима консультация окулиста,
- при внутричерепных осложнениях - невропатолога, нейрохирурга,
- при наличии поражения зубов (синусит одонтогенного происхождения) необходима консультация стоматолога, челюстно-лицевого хирурга.

#### 12.6 Дифференциальный диагноз

##### Дифференциально-диагностические признаки хронических риносинуситов

Признак	Гайморит	Этмоидит	Фронтит	Сфеноидит
Локализация боли	В щеке и в зубах	У корня носа	В надбровной области и при надавливании на глазничную стенку лобной пазуха	Головная боль, иррадиирующая в затылок и темя
Данные риноскопии	Полипы, выделения в среднем носовом ходе	Полипы, выделения в среднем и нижнем носовых ходах	Скопление выделений под средней носовой раковиной	При задней риноскопии видны ограниченные гипертрофии носовой перегородки и раковин, выделения стекают в глотку
Данные рентгенографии	Затемнение верхнечелюстной пазухи	Затемнение ячеек решетчатой кости	Затемнение лобной пазухи	Затемнение основной пазухи

#### 13. Цели лечения:

Устранение патологического содержимого и восстановление дренажной функции носа и околоносовых пазух.

#### **14. Тактика лечения:**

14.1 немедикаментозное лечение: диета - стол №15, исключение переохлаждения.

14.2 медикаментозное лечение:

1. Сосудосуживающие средства

2. Десенсибилизирующие средства (антигистаминные средства)

3. Системная антибактериальная терапия. Препараты выбора (7-10 дней): антибиотики группы защищенных пенициллинов, цефалоспоринов, макролидов. Противогрибковые препараты (группа препаратов азолов и полиенов).

4. Топические кортикостероиды (по показаниям).

5. Препараты с анальгетическим и значительно выраженным противовоспалительным действием (НВСП)

6. Антисептические и муколитические препараты местного действия (ацетилцистеин)

7. Витамины (витамин «С» (аскорбиновая кислота)).

14.3. другие виды лечения

1. Анемизация слизистой оболочки полости носа
2. Пункция пазух с промыванием раствором антисептика
3. Шунтирование пазух
4. Промывание полости носа методом «перемещения» по Проетцу
5. Физиолечение

14.4. хирургическое вмешательство

1. Гайморотомия, этмоидотомия, фронтотомия, сфеноидотомия.
2. Функциональная эндоскопическая риносинусхирургия.

14.5. профилактические мероприятия

- Своевременная и адекватная терапия острых респираторных заболеваний и острых ринитов (разгрузочная терапия, восстановление аэрации и дренажа околоносовых пазух).
- При одонтогенных верхнечелюстных синуситах профилактика заключается в своевременном санировании зубов верхней челюсти.
- Устранение анатомических дефектов носовой полости (искривление носовой перегородки, гипертрофия носовых раковин), но вопрос о хирургической коррекции данных дефектов ставится только при развитии хронических синуситов.

14.6. дальнейшее ведение

- наблюдение у ЛОР врача по месту жительства в послеоперационном периоде.



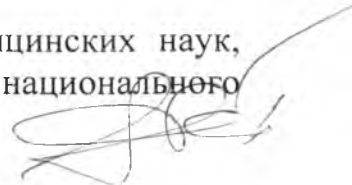
**15. Индикаторы эффективности лечения и безопасности методов диагностики и лечения, описанных в протоколе**

Регрессия воспалительных изменений в полости носа, отсутствие гноя в полости носа, отсутствие осложнений, восстановление функции носа.

**III. ОРГАНИЗАЦИОННЫЕ АСПЕКТЫ ВНЕДРЕНИЯ ПРОТОКОЛА**

**16. Разработчик:**

Кулимбетов Амангельды Сейтмагамбетович – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова



**17. Конфликт интересов**

Разработчик протокола не имеет финансовой или другой заинтересованности, которая могла бы повлиять на вынесение заключения, а также не имеет отношение к продаже, производству или распространению препаратов, оборудования и т.п., указанных в протоколе.

**18. Рецензент:**

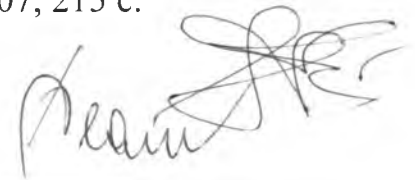
Буркутбаева Татьяна Нуриденовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии с курсом детских ЛОР-болезней АГИУВ.

**19. Указание условий пересмотра протокола:**

по истечению 5 лет с момента публикации

**20. Список использованной литературы:**

1. Блоцкий А.А., Карпищенко С.А. Неотложные состояния в оториноларингологии, СПб., «Диалог», 2009, - 180с.
2. Богомильский М.Р., Чистякова В.Р. Детская оториноларингология. Москва.- 2007. -576с.
3. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М., Исмаилова А.А., Беднякова Н.Н., Синуситы. Клиника, диагностика и лечение, Бишкек, 2011, 175 с.
4. Насыров В.А., Изаева Т.А., Исламов И.М., Дикамбаева М.К., Беднякова Н.Н., Эндоскопическая внутриносовая диагностика и лечение дакриоцистита, Бишкек, 2008, 168 с.
5. Пальчун В.Т., Магомедов М.М., Лучихин Л.А. Оториноларингология. Учебник для медицинских ВУЗов.- М., Медицина, 2008.-656 с.
6. Оториноларингология. Национальное руководство / гл. редактор чл. кор. РАМН В.Т. Пальчун. Изд-во «ГЭОТАР - Медиа».2008.
7. Пискунов Г.З., Пискунов С.З., Руководство по ринологии, ООО изд. «Литерра», Вильнюс, 2011, 959с.
8. Плужников М.С. и др. Консервативные и хирургические методы в ринологии. СПб, «Диалог», 2005, - 440 с.
9. Тулебаев Р.К., Кудасов Т.Р., Диагностика, профилактика и лечение синуситов в амбулаторных условиях, Санкт-Петербург, 2007, 215 с.



10.Фейгин Е.А., Шалабаев Б.Д., Миненков Г.О. Компьютерная томография в диагностике и лечении объемных образований челюстно-лицевой области., Бишкек, изд-во КРСУ, 2008, - 237 с.

11.Шадыев Х.Д, Хлыстов В.Ю., Хлыстов А.А., Практическая оториноларингология, Москва, Медицинское информационное агентство, 2002, 281 с.

*Алиш*



## РЕЦЕНЗИЯ

на клинические протоколы диагностики и лечения

**Название протокола:** Синусит.

**Разработчик:** Кулимбаев Амангельды Сейтмагамбетович – доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии Казахского национального медицинского университета имени С.Д.Асфендиярова.

**Рецензент:** Буркутбаева Татьяна Нуриденовна, доктор медицинских наук, профессор кафедры оториноларингологии с курсом детских ЛОР-болезней АГИУВ.

**Определение.** Синусит, или воспаление околоносовых пазух, представляет собой воспалительный процесс, распространяющийся на слизистую оболочку околоносовых пазух, подслизистый слой, а иногда на надкостницу и костные стенки.

В разработанном клиническом протоколе представлена современная концепция методов лечения синуситов на основании доказательной медицины. Автором приведена классификация синуситов с указанием эффективности терапевтического, оперативного лечения и их индикаторами.

В целом, представленные протоколы являются современными и повысят эффективность оказания специализированной медицинской помощи.

**Рецензент:**

доктор медицинских наук,

профессор каф. оториноларингологии

с курсом детских ЛОР-болезней АГИУВ.

