

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение
высшего профессионального образования «Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Заведующая кафедрой : профессор Петрова М.М.

Реферат на тему
«Острый синусит»

Выполнила:
Врач-ординатор первого года обучения
кафедры поликлинической терапии
и семейной медицины с курсом ПО
Тепнадзе Лия Эдуардовна

Красноярск, 2022 год

План:

1. Определение
2. Этиология и патогенез
3. Эпидемиология
4. Кодирование по МКБ 10
5. Классификация
6. Жалобы и анамнез
7. Физикальное обследование
8. Лабораторная диагностика
9. Инструментальная диагностика
10. Лечение
11. Реабилитация
12. Профилактика
13. Выводы
14. Список используемой литературы

Определение

Острый синусит (ОС) - воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью <12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами, к которым относятся:

- затруднение носового дыхания (заложенность носа) или выделения из носа;
- давление/боль в области лица;
- снижение или потеря обоняния;

Риноскопические/Эндоскопические признаки:

- - слизисто-гнойное отделяемое преимущественно в среднем носовом ходе и/или
- отек/слизистая обструкция преимущественно в среднем носовом ходе

Изменения при проведении компьютерной томографии:

- изменения слизистой в пределах остиомеатального комплекса и/или пазух
- полное исчезновение симптомов не позднее, чем через 12 недель от начала заболевания

Этиология и патогенезе

ОС может иметь инфекционную этиологию: вирусную, бактериальную или грибковую, а также вызываться факторами, такими как: аллергены, irritants окружающей среды. ОС в 2–10% случаев имеет бактериальную этиологию, а в 90–98% случаев вызывается вирусами. Вторичная бактериальная инфекция околоносовых пазух после перенесенной вирусной инфекции верхних дыхательных путей (ИВДП) развивается у 0,5–2% взрослых и у 5% детей.

Среди бактериальных возбудителей ОС наиболее значимыми в настоящее время являются так называемые «респираторные патогены» – *Streptococcus pneumoniae* (19-47%), *Haemophilus influenzae* (26-47%), ассоциация этих возбудителей (около 7%), реже - β -гемолитические стрептококки не группы А (1,5-13%), *S. pyogenes* (5-9%), не β -гемолитические стрептококки (5%), *S. aureus* (2%), *M. catarrhalis* (1%), *H. parainfluenzae* (1%), грамотрицательные патогены – редко. Нельзя забывать о факультативно-анаэробной микрофлоре (*Peptostreptococcus*, *Fusobacterium*, а также *Prevotella* и *Porphyromonas*), участвующей в поддержании активного воспаления в пазухе и способствующей развитию хронического воспаления.

В последнее время отмечается увеличение доли (около 10%) атипичных возбудителей (хламидий, микоплазм) в развитии острого синусита, как у взрослых, так и у детей. Диагностика указанных патогенов должна включать в себя методики, доказывающие их количественное присутствие и активность (ИФА, ПЦР в реальном времени). Также возрастает роль стафилококков (в частности, *S. aureus*) в структуре микробного пейзажа пораженных синусов. Причем на фоне аллергического воспалительного процесса стафилококк

приобретает свойства длительно персистирующего микроорганизма, способного прочно фиксироваться на слизистой оболочке и длительно выживать.

Пусковым моментом в развитии ОС обычно бывает ИВДП, наиболее типичным возбудителем которой являются риновирусы. Вызванное вирусом воспаление вызывает отек слизистой оболочки, транссудацию плазмы и гиперсекрецию желез. ОС практически всегда вызывается застоем секрета и нарушением воздухообмена в ОНП, когда страдает механизм мукоцилиарного клиренса и продляется время контакта патогенных бактерий с клетками слизистой оболочки. Еще одним патогенетическим фактором ОС может быть привычка к частому высмаркиванию. Очищение полости носа посредством высмаркивания создает давление порядка 60-80 мм рт. ст., которого достаточно для проталкивания инфицированного секрета из среднего или верхнего носового хода в полость пазухи. В случае острого воспаления слизистая оболочка пораженной пазухи, которая в норме имеет толщину папиросной бумаги, утолщается в 20-100 раз, формируя подушкообразные образования, иногда заполняющие практически весь просвет пазухи. В условиях выраженного отека, блокады естественного соустья, стагнации секрета и снижения парциального давления кислорода в пазухах создаются оптимальные условия для развития бактериальной инфекции.

Эпидемиология

До 15% взрослого населения в мире страдают различными формами ОС, у детей он встречается еще чаще. ОС - один из 10 наиболее распространенных диагнозов в амбулаторной практике. Он занимает 5 место среди заболеваний, по поводу которых назначаются антибиотики: в США на покупку антибиотиков для лечения ОС тратится около 6 млрд. долларов. Примерно 8,4% населения Нидерландов переносит хотя бы один эпизод острого ОС в год. По самым скромным подсчетам, в России данное заболевание ежегодно переносят около 10 млн человек. Однако реальное количество больных в несколько раз выше указанных цифр, т.к. многие пациенты не обращаются к врачу при относительно легких катаральных формах заболевания. По мнению ряда авторов, в структуре заболеваний ЛОР-стационаров синусит составляет от 15 до 36%.

Кодирование по МКБ 10

Острый синусит (J01):

- J01.0 - Острый верхнечелюстной синусит
- J01.1 - Острый фронтальный синусит
- J01.2 - Острый этмоидальный синусит
- J01.3 - Острый сфеноидальный синусит
- J01.4 - Острый пансинусит

J01.8 - Другой острый синусит

J01.9 - Острый неуточненный синусит

Классификация

I. По форме:

1) Экссудативные:

Серозные; Катаральные; Гнойные.

2) Продуктивные: Пристеночно-гиперпластические; Полипозные.

II. По этиологическому фактору:

Травматические;

Вирусные;

Бактериальные;

Грибковые (чаще как суперинфекция);

Смешанные;

Аллергические;

Септический и асептический.

III. По месту локализации выделяют:

Гайморит (синусит верхнечелюстной пазухи) — воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;

Фронтит (синусит лобной пазухи) — воспаление слизистой оболочки лобной пазухи;

Этмоидит — воспаление слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта;

Сфеноидит — воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи.

В случае вовлечения в воспалительный процесс всех пазух одной половины полости носа заболевание имеет название — гемисинусит, а обеих половин — пансинусит.

По тяжести течения процесса синуситы делятся на легкие, среднетяжелые, тяжелые.

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Отсутствие лихорадочной реакции Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений.
Среднетяжелая	Температура не выше 38,0°C. Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы.

	Наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит) Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений.
Тяжелая	Температура выше 38,0°C. Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность) Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи. Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Жалобы и анамнез

ОС клинически проявляется стойкими выделениями из носа, затруднением носового дыхания, головной болью или болью в области проекции ОНП, снижение обоняния, заложенность ушей, гипертермия, общее недомогание и кашель (в особенности у детей). Боль локализуется в лице, области переноса и надбровья, может иррадиировать в верхние зубы. Для сфеноидита характерна боль в центре головы и затылке (каскаобразная боль).

Головные боли являются одним из ведущих симптомов острых синуситов. Их появление объясняется воздействием воспалительного процесса на оболочки мозга вследствие анатомической близости околоносовых пазух к полости черепа, наличия широких связей между сосудистой, лимфатической и нервной системами полости носа, околоносовых пазух и мозговых оболочек. Однако, несмотря на гнойное воспаление одной или нескольких пазух, жалобы на головную боль иногда отсутствуют, если имеется хороший отток экссудата через естественное соустье. Головная боль при синуситах носит обычно разлитой характер. Однако при более выраженном воспалении в одной из пазух головная боль может быть локальной, характерной для поражения именно этой пазухи. В ряде случаев признаки периостита определяются лишь болью при пальпации передних стенок околоносовых пазух.

Нарушение носового дыхания при синуситах может носить как периодический, так и постоянный характер, быть односторонним или двусторонним и являться результатом обструкции носовых ходов, вызванной отеком или гиперплазией слизистой оболочки, полипами или патологическим секретом. При односторонних синуситах затруднение носового дыхания обычно соответствует стороне поражения.

Отделяемое из полости носа может быть слизистым, слизистогнойным, гнойным и отходить при сморкании, либо стекать по задней стенке глотки. При выраженном остром процессе интенсивность указанных симптомов может возрастать, присоединяются признаки общей интоксикации. Возможны

развитие реактивного отека век и орбитальные осложнения (особенно у детей), отечность мягких тканей лица.

Физикальное обследование

К риноскопическим признакам синуситов относятся: отделяемое в носовых ходах, гиперемия, отечность и гиперплазия слизистой оболочки.

При рутинном осмотре полости носа патологическое отделяемое в среднем носовом ходе (передняя риноскопия), как правило, свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, а также передних и средних клеток решетчатого лабиринта, в верхнем носовом ходе (задняя риноскопия) – о возможном поражении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи.

Однако отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает заболевания пазух. В частности, отделяемого может и не быть (при блокировке соустьев и большой вязкости отделяемого).

Лабораторная диагностика

1. Рекомендуется проведение общего клинического обследования, включающего клинический анализ крови, общий анализ мочи, анализ крови на RW, HBS- и HCV-антигены, ВИЧ, биохимический анализ крови, коагулограмма выполняется всем пациентам с ОС
2. Рекомендуется проведение бактериологического исследования отделяемого из придаточной пазухи носа с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным или/и другим лекарственным препаратам для выбора адекватной терапии.

Инструментальная диагностика

1. Рекомендовано проведение эндоскопического исследования полости носа и околоносовых пазух.
2. Рекомендовано проведение рентгенографии ОНП

Лечение

1. Консервативное лечение:

- Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии при остром синусите (Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита, исходя из предполагаемого ведущего бактериального возбудителя или их комбинации. При легкой форме антибиотиками)

рекомендуются только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике $\geq 5-7$ дней. А также антибактериальная терапия проводится больным с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет) и у иммунокомпрометированных пациентов.).

- Рекомендовано назначение местной антибактериальной терапии. (Для введения внутрь пазухи существует комбинированный препарат тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, содержащий в одной лекарственной форме два компонента: ацетилцистеин и тиамфеникол (тиамфеникол – полусинтетический левомицетин). Комбинацию тиамфеникола и ацетилцистеина с успехом применяют в ингаляционной терапии риносинусита (компрессорный ингалятор) в комплексе с системными антибиотиками или в качестве монотерапии).
- Рекомендовано назначение элиминационно-ирригационная терапии (промывание полости носа изотоническими солевыми растворами для элиминации вирусов и бактерий включено в лечение острых риносинуситов как отечественными, так и зарубежными рекомендательными документами.).
- Рекомендовано назначение топических деконгестантов (Назначение данной группы препаратов абсолютно необходимо при острых синуситах, так как эти препараты в кратчайшие сроки устраняют отек слизистой оболочки носа, некоторые из них могут применяться у новорожденных детей. Деконгестанты могут назначаться местно, в виде носовых капель, аэрозоля, геля или мази, так и перорально. К первой группе относятся эфедрин, нафазолин, оксиметазолин, ксилометазолин, тетризолин, инданазолин и другие).
- Рекомендовано назначение местной глюкокортикостероидной терапии (мометазон).
- Рекомендовано назначение муколитических препаратов (Ацетилцистеин).
- Рекомендовано назначение антигистаминной терапии.
- При остром вирусном риносинусите рекомендовано применять противовирусные препараты в комплексном лечении. Возможно применение препаратов природного происхождения с противовирусной активностью.
- Рекомендовано проведение физиотерапии

Хирургическое лечение

- Рекомендовано проведение пункционного лечения
- Рекомендовано проведение пункционного лечения
- Рекомендуется хирургическое лечение при острых синуситах в случае орбитальных или внутричерепных осложнений, а также при неэффективной консервативной терапии. При этом происходит вскрытие соответствующей пазухи (пазух), явившейся причиной данного осложнения

Реабилитация

Не показана

Профилактика

Профилактика заключается в лечении основного заболевания (грипп, острый насморк, корь, скарлатина и другие инфекционные заболевания, поражение зубов), а также устранение предрасполагающих факторов (искривление носовой перегородки, атрезии и синехии в полости носа и другие).

Список используемой литературы

Клинические рекомендации Министерства Здравоохранения 2016г

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего профессионального образования «Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения Российской Федерации

Кафедра поликлинической терапии и семейной медицины с курсом ПО

Рецензия на реферат ординатора второго года обучения специальности Общая врачебная практика (семейная медицина) Тепнадзе Лии Эдуардовна : « Острый синусит»

Рецензия на реферат — это критический отзыв о проведенной самостоятельной работе ординатора с литературой по выбранной специальности обучения, включающие анализ степени раскрытия выбранной тематике, перечисление возможных недочетов и рекомендации по оценке. Ознакомившись с рефератом, преподаватель убеждается в том, что ординатор владеет описанным материалом, умеет его анализировать и способен аргументированно защищать свою точку зрения. Написание реферата производится в произвольной форме, однако, автор должен придерживаться определенных негласных требований по содержанию. Для большего удобства и повышения наглядности качества работ, нами были введены стандартизированные критерии оценки рефератов.

Основные оценочные критерии рецензии ординатора второго года обучения специальности общей врачебной практики (семейная медицина):

Оценочный критерий	+/-
Структурированность	+
Наличие орфографических ошибок	+
Соответствие текста реферата по теме	+
Владение терминологией	+
Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
Логичность доказательной базы	+
Умение аргументировать основные положения и выводы	+
Круг использования известных научных источников	+
Умение сделать общий вывод	+

Итоговая оценка : положительная / отрицательная

Комментарии рецензента:

Подпись рецензента

Подпись ординатора

