

ОГЛАВЛЕНИЕ

Участники издания	4
Предисловие.....	7
Список сокращений и условных обозначений.....	8
Клинические рекомендации и доказательная медицина	10
Глава 1. Патология носа	12
1.1. Острый синусит	12
1.2. Хронический синусит	23
1.3. Хронический полипозный риносинусит	33
Глава 2. Патология уха	44
2.1. Наружный отит.....	44
2.2. Острый средний отит	56
2.3. Хронический средний отит	66
2.4. Нейросенсорная тугоухость.....	80
Глава 3. Патология глотки	103
3.1. Острый тонзиллофарингит (острый тонзиллит и фарингит).....	103
3.2. Хронический тонзиллит.....	111
3.3. Паратонзиллярный абсцесс.....	118
3.4. Гипертрофия миндалин и/или гипертрофия аденоидов	126
Глава 4. Патология гортани	136
4.1. Острый обструктивный ларингит (круп)	136
4.2. Эпиглоттит	141
4.3. Хронический ларингит.....	146
Список литературы	157

ПРЕДИСЛОВИЕ

Дорогие коллеги!

Перед вами практическое руководство «Тактика врача-оториноларинголога», подготовленное коллективом кафедры оториноларингологии с клиникой Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. акад. И.П. Павлова. Работа потребовала творческого подхода, прежде всего потому, что формат не совсем обычен. Традиционные монографии или учебные руководства отталкиваются в первую очередь от диагноза. Читая главу, мы чаще всего уже понимаем, о каком заболевании идет речь, даже на уровне дифференциальной диагностики, чего не бывает в реальной клинической практике, причем не только при первичном осмотре, когда в распоряжении врача имеются всего лишь жалобы пациента, не всегда очевидно связанные с искомыми синдромами. Прежде установленные диагнозы могут быть ошибочными или неточными, соответственно, назначенное лечение будет неэффективным или частично успешным. Тактика — это именно тот алгоритм действий, который даже в условиях ограниченной информации и при коварных малосимптомных состояниях позволяет получить правильные заключения, выводы и определить лечебную стратегию, как заблудившемуся в лесу путнику помогает выйти к населенному пункту русло реки. Подчас помочь пациенту можно и не установив диагноз, но придерживаясь верной тактики. Тактика и дифференциальная диагностика — ключевые моменты нашей профессии.

Это руководство подготовлено в соответствии с требованиями клинических рекомендаций Минздрава России.

Будем рады узнать ваше мнение и пожелания относительно дополнений и уточнений в последующих обновлениях издания.

Коллектив авторов

КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ И ДОКАЗАТЕЛЬНАЯ МЕДИЦИНА

Клинические рекомендации (guidelines) — документ, который создается группой экспертов на основании выполненного систематического анализа наилучших доказательств наиболее эффективных лечебных или диагностических вмешательств, а также содержит информацию об эпидемиологии соответствующего заболевания и его прогнозе.

Обоснованность применения каждого пункта рекомендации определяется классом рекомендаций с указанием уровня доказательности, который отражает качество и/или объем соответствующей доказательной информации, на которой основана такая рекомендация.

Классы рекомендаций по использованию метода диагностики (лечения) для описанного заболевания в упрощенном виде выражают следующую позицию авторов: «Согласно представленным доказательствам при данном заболевании это делать нужно/можно/нельзя».

- Класс I («рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода в указанной ситуации благоприятно, полезно и эффективно.
- Класс IIa («следует рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, однако преобладают аргументы в пользу применения метода.
- Класс IIb («можно рассматривать возможность применения»). Доказательства противоречивы и/или имеются противоположные мнения относительно пользы/эффективности метода, при этом аргументы в пользу применения метода недостаточно хорошо обоснованы.
- Класс III («не рекомендуется»). Доказательства и/или общее соглашение свидетельствуют, что применение метода не является полезным/эффективным и в некоторых случаях может навредить пациенту.

Уровень доказанности отражает степень проверенности лежащих в ее основе фактов с позиций статистики.

- Уровень A. Доказательства основаны на данных нескольких рандомизированных клинических исследований или метаанализов, что снижает вероятность методологических ошибок исследования.
- Уровень B. Доказательства основаны на данных единственного рандомизированного клинического исследования или нескольких крупных нерандомизированных исследований.
- Уровень C. Доказательства основаны на согласованных мнениях авторитетов (консенсус) и/или небольших исследованиях, ретроспективных исследованиях, регистрах.

В рекомендациях российских профессиональных ассоциаций может использоваться другая схема ранжирования: по уровню достоверности (от 1 до 4) и по уровню убедительности (от A до D). Наиболее высокий уровень рекомендаций соответствует 1A.

Доказательства эффективности какого-либо метода лечения не заменяют клиническое мышление и не снимают с врача ответственность за принятие индивидуального решения в отношении каждого конкретного пациента.

Доказательная медицина (в оригинале — evidence-based medicine) является фундаментом, на котором базируются, во-первых, отказ от неэффективных (вредных) методик и вытеснение их из медицинской практики, во-вторых, выявление и продвижение эффективных методов медицинской помощи. Это раздел медицины, основанный на доказательствах и предполагающий поиск, сравнение, обобщение и широкое распространение полученных доказательств для использования в интересах пациентов (определение рабочей группы Evidence Based Medicine Working Group, 1993).

Поэтапная реализация принципов доказательной медицины включает правильно сформулированный вопрос, получение ответа, оценку доказательств, оценку применимости в данной клинической ситуации и проверку практикой.

ГЛАВА 1. ПАТОЛОГИЯ НОСА

1.1. ОСТРЫЙ СИНУСИТ

Острый синусит (ОС) — острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью менее 12 нед.

КОДЫ ПО МКБ-10, КЛАССИФИКАЦИЯ



СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ

Критериями определения тяжести ОС являются наличие осложнений, влияние симптомов на качество жизни, а также наличие и выраженность головных болей и лихорадочной реакции.

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 (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). • Отсутствие головных болей в проекции ОНП. • Отсутствие осложнений
Средняя	• Температура не выше 38,0 °С. • Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). • Ощущение тяжести в проекции ОНП, возникающее при движении головой или наклоне головы. • Наличие осложнений со стороны среднего уха [острый средний отит (ОСО)]. • Отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений
Тяжелая	• Температура выше 38,0 °С. • Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), умеренно или значительно влияющие на качество жизни (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). • Периодическая или постоянная болезненность в проекции ОНП, усиливающаяся при движении/наклоне головы, перкуссии в проекции ОНП. • Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений
<i>Использование 10-балльной визуально-аналоговой шкалы для оценки тяжести течения ОС допустимо у пациентов сознательного возраста, но малоинформативно в педиатрической практике при работе с пациентами младше 8–10 лет</i>	

ПРИМЕР ДИАГНОЗА

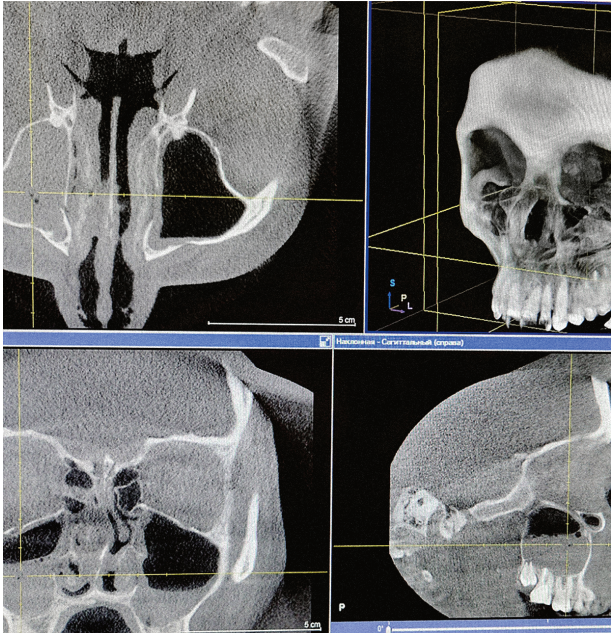
Острый двухсторонний верхнечелюстной синусит.

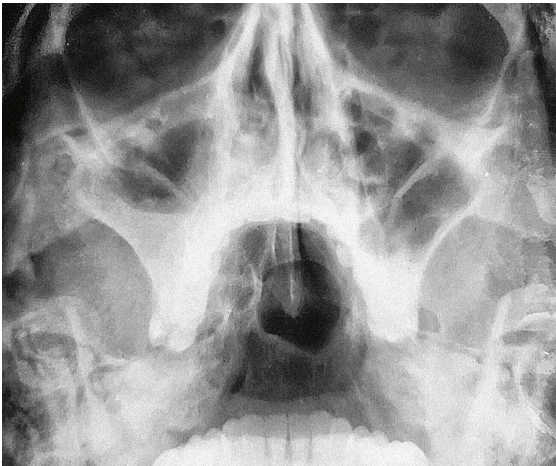


ДИАГНОСТИКА

Диагноз ОС устанавливается на основании данных анамнеза, характера клинических симптомов и результатов рентгенологического обследования.

Критерии диагностики	Комментарии
1. Анамнез и оценка клинических данных	
Жалобы	• Наличие отделяемого из носа или носоглотки. • Затруднение носового дыхания, заложенность носа. • Боль в области проекции ОНП. • Головная боль и/или лицевая боль продолжительностью не более 12 нед. • Снижение обоняния. • Заложенность ушей. • Гипертермия. • Общее недомогание. • Кашель (в дневное или ночное время)
2. Физикальное обследование (5C)	
2.1. Общий осмотр	Общее физикальное обследование проводится всем пациентам с ОС для оценки общего состояния, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии
2.2. Риноскопия	• Наличие отделяемого в среднем носовом ходе (передняя риноскопия) свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, передних и средних клеток решетчатого лабиринта. • Наличие отделяемого в верхнем носовом ходе (задняя риноскопия) — о возможном поражении задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи. • Гиперемия слизистой оболочки. • Отечность слизистой оболочки. • Отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает острое воспаление ОНП. • Отделяемое в полости носа может отсутствовать при блокировке естественных соустьев ОНП и большой вязкости транссудата
3. Лабораторная диагностика	
3.1. Общий анализ крови (ОАК) (5C)	• Уровень лейкоцитоза позволяет оценить вероятность вовлечения в процесс патогенной бактериальной микрофлоры. • Оценка показателей для уточнения вероятных сопутствующих заболеваний
3.2. Прокальцитонин (1B)	• Исследование уровня прокальцитонина в крови рекомендуется при среднетяжелом и тяжелом течении ОС. • Повышение уровня прокальцитонина является показанием для назначения антибактериальной терапии

Критерии диагностики	Комментарии
3.3. Микробиологическое (культуральное) исследование (5С)	• Проводится исследование гнойного отделяемого с определением возбудителя и его чувствительности к антибактериальным и/или другим лекарственным препаратам для выбора адекватной терапии при среднетяжелом и тяжелом течении ОС в стационаре, а также при затяжном течении ОС, при неэффективности эмпирической антибиотикотерапии. • Забор патологического материала осуществляется при пункции пазухи стерильной иглой Куликовского. • При отсутствии патологического материала вводится стерильный 0,9% раствор натрия хлорида с последующей аспирацией в стерильный шприц. • Забор материала из носового хода (например, из среднего) считается нецелесообразным в связи с вероятностью попадания «путевой» микрофлоры
4. Инструментальная диагностика	
Проведение эндоскопической эндоназальной ревизии полости носа и носоглотки при ОС не рекомендуется (5С) и не имеет более высокой информативности по сравнению с передней риноскопией	
4.1. Компьютерная томография (КТ) (1В)	КТ позволяет визуализировать структуры, которые невозможно дифференцировать при обычной рентгенографии ОНП. КТ придаточных пазух носа, гортани при ОС проводится: • при подозрении на развитие внутричерепных или орбитальных осложнений; • при затяжном тяжелом течении ОС и при отсутствии эффекта от двух и более курсов системной антибактериальной терапии; • в сложных диагностических случаях  Компьютерная томография околоносовых пазух — горизонтальные уровни жидкости в обеих гайморовых пазухах

Критерии диагностики	Комментарии
4.2. Рентгенография (1В)	Рентгенография придаточных пазух носа проводится пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ОС, а также в сложных диагностических ситуациях при невозможности проведения КТ. В типичной ситуации выглядит: • утолщенная слизистая оболочка ОНП; • горизонтальный уровень жидкости; • тотальное снижение пневматизации пазухи  <i>Рентген околоносовых пазух — горизонтальный уровень жидкости в правой гайморовой пазухе</i>
4.3. Ультразвуковое исследование (1В)	Проводится в качестве метода скрининговой диагностики пациентам с подозрением на верхнечелюстной или фронтальный синусит
<i>На этапе специализированной медицинской помощи предварительный диагноз, выставленный на основании данных анамнеза заболевания и жалоб, может быть подтвержден либо результатами риноскопического исследования, в том числе риноэндоскопии, либо данными КТ</i>	
5. Критерии установления диагноза/состояния ОС	
5.1. Взрослые	Острое начало и наличие двух и более симптомов, один из которых — заложенность носа и/или выделения из носа (в том числе постназальный синдром) ± боль или давление в проекции ОНП на лице ± потеря или снижение обоняния, сохраняющиеся не более 12 нед
5.2. Дети	Острое начало и наличие двух и более симптомов, к которым относятся заложенность носа, выделения из носа (в том числе постназальный синдром) и/или кашель, сохраняющиеся не более 12 нед
5.3. Острый бактериальный синусит	• Наличие совокупности симптомов (3 и более): — гнойное отделяемое из носа или отделяемое только из одной половины носа любого характера в течение 3 дней и более; — головные боли или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; — лихорадка 38,0 °С и выше; — вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов ОС после временного улучшения); — лейкоцитоз в ОАК более 15×10^9 в 1 л.

Критерии диагностики	Комментарии
	Выраженные симптомы (лихорадка на уровне фебрильных цифр и выше; гнойное отделяемое из носа; значительное нарушение общего состояния) на момент начала заболевания, персистирующие в течение 3–4 дней, и наличие риска или клинических признаков развития гнойно-септических орбитальных процессов или внутричерепных осложнений

ОРИЕНТИРОВОЧНЫЕ СРОКИ НЕТРУДОСПОСОБНОСТИ

J01.0 Острый верхнечелюстной синусит — 10–12 дней.

J01.1 Острый фронтальный синусит — 12–14 дней.

J01.2 Острый этмоидальный синусит — 10–12 дней.



ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ

Показания для госпитализации/выписки из стационара	Ориентировочные действия
- Тяжелое течение ОС, в том числе с признаками орбитальных и внутричерепных осложнений. - Отсутствие положительной динамики на фоне адекватной системной антибактериальной терапии в течение 3–5 дней. - Прогрессирующее ухудшение состояния в любые сроки	Экстренная госпитализация в оториноларингологическое отделение стационара
Стабильное удовлетворительное состояние на протяжении не менее 3 последних дней	Плановая выписка из оториноларингологического отделения стационара



ЛЕЧЕНИЕ

ОС имеет высокую склонность к спонтанному саморазрешению. В большинстве случаев ОС возможно эффективно лечить в амбулаторных условиях под наблюдением врача общей практики или врача-терапевта (при легком течении заболевания) и/или врача-оториноларинголога. Лечение в условиях оториноларингологического отделения стационара проводится при ОС тяжелой степени, при отсутствии эффекта от антибактериальной терапии в течение трех-пяти дней, при прогрессирующем ухудшении. Хирургическое лечение показано при ОС в случае орбитальных или внутричерепных осложнений.

Препараты	Особенности применения
1. Антибактериальная терапия	
При наличии показаний антибактериальная терапия проводится всем взрослым пациентам со средне-тяжелой и с тяжелой формами ОС, в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и при клинической симптоматике ≥ 5–7 дней при легкой форме ОС, а также пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет и др.) и у иммунокомпрометированных пациентов (1А). Длительность терапии неосложненных форм — 5–7 дней, осложненных — 10–14 дней	