


МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ
НАКАЗ

N 181

21.04.2005

м.Київ

**Про затвердження Протоколів надання
медичної допомоги дітям за спеціальністю
"дитяча отоларингологія"**

На виконання доручення Президента України від 06.03.03 №1-1/252 та спільного наказу Міністерства охорони здоров'я та Академії медичних наук України від 11.09.03 №423/59, з метою покращання надання отоларингологічної допомоги дитячому населенню в Україні

НАКАЗУЮ:

1. Затвердити Протоколи надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "дитяча отоларингологія" (далі - Протоколи):

1.1.	Протокол	лікування	дітей	з	гострим	середнім	отитом	(додається);
1.2.	Протокол	лікування	дітей	з	хронічним	середнім	отитом	(додається);
1.3.	Протокол	лікування	дітей	з	хронічним	тонзилітом		(додається);
1.4.	Протокол	лікування	дітей	з	хронічним	ринітом		(додається);
1.5.	Протокол	лікування	дітей	з	середнім	секреторним	отитом	(додається);
1.6.	Протокол	лікування	дітей	з	сенсорною	приглухуватістю		(додається);
1.7.	Протокол	лікування	дітей	з	папіломатозом	гортані		(додається);
1.8.	Протокол лікування дітей з гострим і хронічним синуситом (додається).							
2. Міністру охорони здоров'я Автономної Республіки Крим, начальникам управлінь охорони здоров'я обласних, Севастопольської міської і Головного управління охорони здоров'я та медичного забезпечення Київської міської державних адміністрацій, керівникам лікувально-профілактичних закладів, підпорядкованих МОЗ України:
 - 2.1. Забезпечити впровадження в діяльність закладів охорони здоров'я Протоколів починаючи з 1 травня 2005 року.
 - 2.2. Щороку до 1 січня надсилати до Міністерства пропозиції та зауваження до Протоколів.
3. Департаменту організації та розвитку медичної допомоги населенню, при необхідності, готувати пропозиції щодо внесення змін до Протоколів.
4. Контроль за виконанням наказу покласти на Першого заступника Міністра Ханенка С. М.

Міністр

М.Є.Поліщук

ЗАТВЕРДЖЕНО
Наказ МОЗ України
від 21.04.2005 № 181

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Гострий гнійний середній отит (шифр МКХ-10: **H66.0**) (гострий середній отит) – це запалення слизової оболонки всіх порожнин середнього вуха, але головним чином слизової оболонки барабанної порожнини.

Причиною гострих середніх отитів є бактеріальна, вірусна або вірусно-бактеріальна інфекція на фоні зниження імунологічної реактивності організму. Найчастіше гострі середні отити виникають як ускладнення гострої респіраторної вірусної інфекції (ГРВІ), при цьому важливе значення має вид збудника та його вірулентність. Вірусна інфекція має значення на початку захворювання, потім основну роль виконує бактеріальна флора.

Найчастіше інфекція проникає в середнє вухо ринотубарним шляхом.

Розрізняють наступні клінічні форми гострого отиту:

- сальпінгоотит;
- явний середній отит;
- латентний середній отит;
- рецидивний середній отит;
- середній отит при інфекційних захворюваннях (грип та гострі респіраторні захворювання (ГРЗ), скарлатина, кір, дифтерія та інші);
- травматичний середній отит

Діагностичні критерії

1. Клінічні

Симптоми гострого запалення середнього вуха доцільно розглядати у зв'язку з фазами його перебігу.

Для першої фази (початкового розвитку) характерними ознаками є:

1. Підвищення температури, яке звичайно супроводжується загальною розбитістю, нездужанням, позноблюванням. Рівень температури в певній мірі вказує на тяжкість процесу. Загальний стан завжди знаходиться в прямій залежності від гарячки; порушується сон, апетит та ін.

2. Болі у вусі можуть бути відчутними або виявляються на початку лише періодичними поколюваннями, відчуттям повноти і тиску у вусі. Через кілька годин від початку захворювання розвиваються великі болі стріляючого, свердлячого, пульсуючого характеру, які часто ірадіюють у відповідну половину голови. Болі періодично стихають, особливо в денний час, а потім під ніч знову відновлюються з тією ж силою, позбавляючи хворого сну.

3. Відчуття закладення, шум у вусі є обов'язковими симптомами. Початкова фаза, як правило, не супроводжується пониженням слуху.

Отоскопія: на початку відзначається лише розширення судин і незначне почервоніння за ходом рукоятки молоточка, в ділянці задньої складки. Розширені судини помітні і на периферії барабанної перетинки у вигляді радіарних ниточок, що звиваються. Через декілька годин барабанна перетинка втрачає свій блиск, зволожується. Контури її згладжуються, розпізнавальні пункти і світловий рефлекс зникають, гноєтечі немає.

Друга фаза (наростання процесу) характеризується не тільки наростанням попередніх симптомів, але й появою нових. Біль у вусі посилюється, набуває пульсуючого характеру і відрізняється постійністю. Температура тіла досягає високих цифр – 38-39⁰С і навіть вище. Відчуття закладення у вусі змінюється вираженим погіршенням слуху. Шепіт хворий сприймає важко, дослідження за допомогою камертонів та аудіометрії виявляє типову картину ураження звукопровідного апарату.

Отоскопія: барабанна перетинка має яскраво-червоний, або мідно-червоний колір, з'являється випинання барабанної перетинки спочатку в окремих ділянках, а в міру накопичення ексудату в барабанній порожнині – всієї натягнутої частини. набуває жовтувато-воскового відтінку в місці проривання.

Має місце гіперемія шкіри кісткової частини слухового проходу, виражена болючість регіонарних (мастоїдальних) лімфовузлів.

Третя фаза (розв'язання процесу), коли барабанна перетинка під впливом ексудату проривається в місці найбільшого випинання. Біль у вусі, головний біль,

відчуття повноти і тиснення швидко зникають. Загальний стан хворих значно поліпшується, сон та апетит відновлюються.

При отоскопії барабанна перетинка м'ясиста, залишається випнутою, в слуховому ході визначається наявність серозних, слизових, слизово-гнійних виділень, пульсуючий рефлекс. Зникає шум, поліпшується слух, запальний процес стихає.

Четверта фаза (видужання) характеризується симптомами згасання і поступової ліквідації процесу. При отоскопічній картині: барабанна перетинка набуває блідо-рожевого кольору, проривний отвір відкритий, пульсуючий рефлекс зникає, мацерація шкіри відсутня. З'являються контури барабанної перетинки, проривний отвір зтягується і слух відновлюється до норми.

2. Аудіологічні

акуметрія;
аудиометрія.

3. Лабораторні

загальний аналіз крові;
загальний аналіз сечі;
біохімічний аналіз крові.

В залежності від віку можна спостерігати різні форми отитів. Так у новонароджених можна спостерігати явний гострий середній та латентний гострий середній отит. У дітей грудного віку спостерігаються явний, латентний, та рідше - рецидивуючий гострий середній отит. У дітей раннього віку можуть виникати явний та рецидивуючий гострий середній отит.

Гострий сальпінгоотит та явний гострий середній отит може виникнути в будь-які періоди життя дитини.

Травматичні гострі середні отити та гострі середні отити при інфекційних захворюваннях можуть зустрічатись в будь-які періоди життя дитини, в залежності від виникнення травми вуха та розвитку відповідної інфекції в організмі дитини.

Лікування гострих середніх отитів.

1. загальна антибактеріальна терапія проводиться препаратами стартової терапії (напівсинтетичні пеніциліни з клавулановою кислотою, цефалоспорини I, II, генерації протягом 7-10 днів).

2. для покращення дренажу слухової труби та вентиляцію порожнин середнього вуха застосовують судинозвужувальні краплі в ніс протягом 5-7 днів, аерозолі з антисептиками, антибіотиками.

3. симптоматична терапія.
4. гіпосенсибілізуюча терапія.
5. загальнозміцнююча терапія.

При відсутності ефекту від стартової терапії протягом 2-3 діб застосовують антибактерійні препарати резерву (макроліди 7-10 днів).

При другій фазі перебігу проводиться мірінготомія (парацентез).

В третій фазі – сухий туалет, або промивання слухового ходу.

В четвертій фазі проводиться продування вуха балоном Політцера, пневмомасаж барабанних перетинок, антибіотики, базову терапію не застосовують.

Лікування латентних гострих середніх отитів

1. міринготомія 1 раз в 3-4 дні, 2-3 процедури на курс лікування, з подальшим промиванням порожнин середнього вуха слабokonцентрованими розчинами антибіотиків та кортикостероїдів, протеолітичних ферментів.
2. парентеральна антибіотикотерапія з першого дня лікування протягом 2-3 тижнів.
3. дезінтоксикаційна терапія.
4. гіпосенсибілізуюча та загальнозміцнююча терапія протягом 7-10 днів.
5. фізіотерапевтичні заходи (інгаляції розчинів антисептиків та антибіотиків, ультрафонофорез розчину антибіотиків і кортикостероїдів).
6. за відсутності ефекту від інтенсивної терапії латентних гострих середніх отитів протягом 3-5 днів потрібно виключити наявність латентного отоантиту у даного пацієнта.

Лікування рецидивуючих гострих середніх отитів

проводиться в залежності від клінічної форми (гіпоергічна чи гіперергічна).

1. міринготомія за відсутності гноєтечі з вуха, яка проводиться 2-3 рази за весь період лікування; з подальшим промиванням порожнин середнього вуха слабokonцентрованими розчинами антибіотика з врахуванням чутливості мікрофлори, кортикостероїдів та протеолітичних ферментів за допомогою шприца Жане, або методом тимпанопункції.
2. антибактеріальну терапію проводять згідно антибіотикограми за наявності гіперергічної форми чи за наявності інтоксикації організму, з врахуванням фонові алергізації організму (7-10 днів).
3. гіпосенсибілізуючі препарати протягом 7-10 днів.
4. фізіотерапевтичні заходи (інгаляції розчинів антисептиків та антибіотиків на курс 5-7 процедур, ендоназальний електрофорез, ультрафонофорез антибіотиків з кортикостероїдами).
5. в міжрецидивний період – продування вуха за допомогою балона Політцера, катетеризація слухової труби, пневмомасаж барабанних перетинок; фізіотерапевтичне лікування, санація верхніх дихальних шляхів консервативними чи хірургічними методами

Лікування травматичних гострих середніх отитів

1. антибіотикотерапія протягом 5-6 днів;
2. туалет зовнішнього слухового ходу за правилами антисептики;
3. гіпосенсибілізуюча терапія;
4. фізіотерапевтичні заходи.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

1. нормалізація отоскопічної картини;
2. відновлення слухової функції.

ПРОФІЛАКТИКА

1. своєчасне лікування гострих захворювань дихальних шляхів;
2. загартування організму;
3. дотримання гігієни;
4. раціональне харчування;
5. здоровий спосіб життя.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

-диспансерний нагляд за пацієнтами 3 міс після перенесеного гострого середнього отиту.

Начальник управління

Р.О.Моїсеєнко

ПРОТОКОЛ

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ СЕРЕДНІЙ ОТИТ

Хронічний середній отит – це довготривале гнійне запалення слизової оболонки та прилеглої кістки порожнин середнього вуха, яке розвивається в умовах зниження неспецифічних і специфічних чинників захисту організму. Головним в кожному конкретному випадку є визначення провідної етіологічної і патогенетичної ланки, спираючись на яку можна ліквідувати хронічний запальний процес у порожнинах середнього вуха. Патогістологічні зміни залежать від багатьох чинників, але головним чином – від клінічної форми хронічного середнього отиту.

Розрізняють хронічний гнійний мезотимпаніт, відповідно до класифікації МКХ-10 – хронічний туботимпанальний гнійний середній отит (**Н.66.1**); хронічний епітимпаніт, відповідно до класифікації МКХ – 10 – хронічний епітимпанальний гнійний середній отит (**Н.66.2**); хронічний мезоепітимпаніт, або за класифікацією МКХ-10- хронічні гнійні середні отити (**Н.66.8**).

Патогістологічні зміни запального характеру локалізуються, як правило, в слизовій оболонці порожнин середнього вуха при хронічному мезотимпаніті. У разі хронічного епітимпаніту патологічний процес локалізується головним чином в аттикоантральній ділянці середнього вуха і характеризується глибокими деструктивними процесами в слизовій оболонці та прилеглих кісткових утвореннях.

Розрізняють три форми епітимпаніту: каріонекротична, холестеатомна і змішана /холестеатомно - некротична/. Каріонекротична форма хронічного епітимпаніту характеризується хронічним запаленням слизової оболонки середнього вуха і прилеглих кісткових утворень зі змінами більш проліферативного процесу, що призводить до утворення грануляцій та поліпів. Холестеатомна форма епітимпаніту характеризується утворенням холестеатоми, яка є пухлиноподібним утворенням білуватого кольору, що складається з пошарових пластів омертвілого епідермісу. До складу холестеатоми входять холестерин, жирні кислоти, білки та вода. Вона має сполучнотканинну оболонку (matrix), яка тісно прилягає до кістки і в росте в неї.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ

Клінічні:

Тріада симптомів в стадії ремісії характеризує хронічний середній отит. Відсутність одного з них формулює інший діагноз.

- наявність стійкої перфорації;
- періодична або постійна гноетеча з вуха;
- порушення слухової функції

Для хронічного мезотимпаніту характерна центральна перфорація в натягненій частині барабанної перетинки, а для епітимпаніту – перфорація в шрапнелевій частині барабанної перетинки або крайова перфорація в натягненій частині барабанної перетинки. При епімезотимпаніті – повний, або частковий

дефект барабанної перетинки, який поширюється на шрапнелеву частину. Під час отоскопії видно патологічні виділення різної кількості, холестеатому, грануляції, поліп.

Загострення хронічного середнього отиту настає внаслідок реінфекції барабанної порожнини або активізації латентної інфекції.

Симптоми загострення:

- підвищення температури тіла;
- порушення загального стану різного ступеня;
- біль у вусі;
- збільшення або зменшення гноетечі;
- гіперемія, інфільтрація і стовщення барабанної перетинки;
- пульсуючий рефлекс при невеликій перфорації;
- порушення слухової функції різного ступеня.

Лабораторні

- аналіз крові;
- аналіз сечі;
- бактеріальне дослідження патологічних виділень;
- антибіотикограма;
- дослідження виділень із вуха на еозинофілію;
- акуметрія;
- аудіометрія;
- рентгенологічне (КТ) дослідження вискової кістки;
- за показаннями – імунограма.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ

У дітей можливевилікування хронічного середнього отиту якщо слабо виражені деструктивні зміни у вусі. В стадії ремісії призначають:

- загальнозміцнювальні засоби;
- лікування загальних захворювань;
- гіпосенсибілізуючу терапію;
- стимулюючу терапію;
- раціональне харчування;
- санаторно-курортне лікування;
- лікування порожнин середнього вуха;

Місцеве лікування хронічного отиту складається з наступних етапів:

- евакуація патологічного вмісту з порожнин середнього вуха;
- застосування антисептиків і антибіотиків у вигляді крапель, аерозолів, суспензій;
- промивання барабанної порожнини антисептиками або антибіотиками;
- застосування імуномодуляторів;
- фізіотерапевтичні заходи: УФО, електрофорез різних лікарських речовин, ультрафонофорез, гелій-неоновий лазер при значному зменшенні гноетечі з вуха;
- видалення грануляцій, поліпа із вуха.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

1. зниження гноетечі з вуха.
2. зменшення частоти загострень.
3. зникнення інфільтрації барабанної перетинки.

При неефективності консервативного лікування застосовують при мезотимпаніті антродренаж, інколи антромастоїдотомію.

У хворих на епітимпаніт при неефективності консервативного лікування і при наявності або підозрі на внутрішньочерепне ускладнення виконується радикальна операція або консервативно – радикальна сануюча операція з подальшою тимпанопластикою. Техніка оперативних втручань проводиться під загальним знеболенням по загальноприйнятій методиці.

В стадії загострення хронічного мезотимпаніту проводиться лікування як при гострому середньому отиту.

При загостренні хронічного епітимпаніту антибіотики застосовуються при (попередньо необхідно виключити внутрішньочерепні ускладнення):

- нечастих загостреннях;
- другому або третьому загостренні;
- в передопераційному періоді.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ХІРУРГІЧНОГО ЛІКУВАННЯ

1. припинення гноетечі з вуха;
2. збереження (відновлення) слухової функції;
3. ліквідація запального процесу у вусі.

ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОГО ГНІЙНОГО СЕРЕДНЬОГО ОТИТУ:

- своєчасне і раціональне лікування гострого середнього отиту;
- раннє виявлення хронічного отиту;
- санація верхніх дихальних шляхів;
- щорічне 2-х курсове консервативне лікування;
- своєчасне лікування хронічного секреторного отиту.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерне спостереження за пацієнтами з хронічним середнім мезотимпанітом протягом 6міс після одужання (закриття перфорації).
- диспансерне спостереження за пацієнтами з хронічним епі- та епімезотимпанітом до повного одужання (хірургічне лікування) та 3 роки після операції.

Начальник управління

Р.О.Моїсеєнко

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ ТОНЗИЛІТ

Хронічний тонзиліт (шифр **J 35.0**) – це загальне захворювання організму яке характеризується хронічним запальним процесом, переважно в піднебінних мигдаликах.

Найчастіше збудниками хронічного тонзиліту є:

- стрептококи (домінує β - гемолітичний стрептокок групи А);
- стафілококи;
- аденовіруси;
- асоціації збудників (включаючи гриби).

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

1. Клінічні

- повторні ангіни;
- паратонзиліт, паратонзиллярний абсцес;
- субфебрилітет /37,1-37,3⁰C/;
- метатонзиллярні ускладнення;
- місцеві прояви захворювання :
 - . рубцеві спайки між мигдаликами та піднебінними дужками;
 - . розрихлені або рубцево-змінені та ущільнені мигдалики;
 - . кісти мигдаликів;
 - . симптом Гізе – гіперемія передніх піднебінних дужок;
 - . симптом Зака – набряк верхнього кута, утвореного передньою та задньою дужками;
 - . симптом Преображенського – валикоподібне стовщення країв верхньої частини передніх і задніх дужок у вигляді інфільтрації або гіперплазії;
 - . регіонарний лімфаденіт (збільшення защеlepних лімфовузлів).

Для постановки діагнозу необхідна наявність 2 і більше місцевих ознак.

2. Лабораторні:

- загальний аналіз крові;
- загальний аналіз сечі;
- біохімічний аналіз крові;
- група крові;
- Rh-фактор;
- імунологічні дослідження;
- ЕКГ.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО ТОНЗИЛІТУ

1. Консервативне лікування

. підвищення реактивності організму:

- правильний режим праці та відпочинку;

- загартування;
- раціональне харчування;
- вітамінотерапія;
- гіпосенсибілізуюча терапія
- імуномодулятори;
- санаторно-курортне лікування
 - . *заходи місцевої сануючої дії на мигдалики:*
- промивання лакун розчинами антисептиків;
- аденотомія (за показаннями);
 - . *фізіотерапія:*
- ультрафонофорез лікарських речовин на проекцію піднебінних мигдаликів;
- КУФ на мигдалики (тубус-кварц)
 - . *засоби рефлекторної дії* (масаж, акупунктура та ін.);

2. Критерії ефективності консервативного лікування

- санація лакун мигдаликів;
- зменшення частоти ангін;
- нормалізація температури тіла;
- зменшення гіперемії, інфільтрації піднебінних дужок;
- зменшення регіонарних лімфовузлів.

3. Хірургічне лікування

оперативне втручання у дітей проводиться під загальним знеболенням.

Показання до операції:

- хронічний декомпенсований тонзиліт
- хронічний субкомпенсований тонзиліт при неефективності консервативного лікування (протягом 2 років кожні 6 місяців);
- видалення мигдаликів як можливого вогнища інфекції;

Противоказання до операції:

Абсолютні:

- захворювання крові (гемофілія, тромбопенія, лейкози);
- порушення складу крові внаслідок прийому аспірину;
- гострі інфекції;
- неконтрольовані системні хвороби (колагенози);
- декомпенсація внутрішніх органів і систем.

Відносні(тимчасові):

- назофарингеальна недостатність;
- вагітність;
- менструація;
- карієс зубів;
- період епідемії грипу;
- 2-3 тижні до та після щеплення;
- вік до 2 років.

Підготовка до операції:

- санація ротової порожнини;
- відміна саліцилатів за 10-30 днів до операції;

- призначення медикаментів, що покращують згортання крові (препарати Ca, вітамін С, аскорутин за 7-10 днів, при необхідності, вікасол за 4 дні до операції);
- психопрофілактика;
- консультація педіатра (кардіолога);
- мазок на ВЛ за 3 дні до операції;
- призначення антибіотиків хворим на ревматизм або нефрит.

Оперативне втручання:

- виконується натще серце під загальним знеболенням.

Хірургічний інструментарій та інше обладнання:

- роторозширювач;
- електровідсмоктувач;
- діатермокоагулятор;
- затискачі;
- вікончасті щипці;
- скальпель;
- распатор, распатор з відсмоктувачем;
- шпатель;
- ножиці;
- марлеві шарики;
- марлеві тампони;
- катетери для електровідсмоктувача.

Абсолютні показання до операції під загальним знеболенням :

- логоневрози, неврози, неврозоподібні стани;
- алергічна реакція на місцеві анестетики;
- хвороба Дауна;

ТЕХНОЛОГІЯ ТОНЗИЛЕКТОМІЇ ПІД ЗАГАЛЬНИМ ЗНЕБОЛЕННЯМ:

- інтубація гортані і трахеї;
- введення роторозширювача в ротову порожнину;
- введення марлевого тампона в гортаноглотку;
- видалення піднебінних мигдаликів з використанням електровідсмоктувача;
- гемостаз з застосуванням марлевих шариків, при необхідності – діатермокоагулятора;
- введення в ніші мигдалика марлевого тампона;
- видалення марлевого тампона з гортаноглотки;
- виведення роторозширювача з ротової порожнини;
- видалення тампона з ніш піднебінних мигдаликів;
- контроль за гемостазом;
- екстубація пацієнта.

ТОНЗИЛЕКТОМІЯ ПІД МІСЦЕВИМ ЗНЕБОЛЕННЯМ ВИКОНУЄТЬСЯ ПО ЗАГАЛЬНОПРИЙНЯТІЙ МЕТОДИЦІ

ПРОФІЛАКТИКА :

- підвищення загальної реактивності організму;
- санація хронічних вогнищ інфекції в організмі;

- правильне лікування ангін;
- рання діагностика та своєчасне консервативне лікування хронічного тонзиліту.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- при консервативному лікуванні диспансерне спостереження протягом 2 років
- після тонзилектомії диспансерне спостереження протягом 6 місяців.

Начальник управління

Р.О.Моїсеєнко

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ХРОНІЧНИЙ РИНИТ

Хронічний риніт (**і.31.0**) - хронічне неспецифічне запалення слизової оболонки і порожнини носа. Клінічно розрізняють хронічний простий (катаральний), гіпертрофічний (гіперпластичний) і атрофічний риніт. Ці форми риніту мають зв'язок між собою і можуть переходити з простого в гіпертрофічний, або згодом – в атрофічний риніт.

Патогістологічні зміни при катаральному риніті розвиваються в слизовій оболонці порожнини носа і прилеглих тканин, не чіпаючи кісткового остова. Відбувається метаплазія миготливого, циліндричного епітелію в кубічний і навіть у плоский. Появляються розширення судин, дрібноклітинна інфільтрація лейкоцитами, особливо довкола вивідних протоків залоз і майже рівномірна набряклість носових раковин, здебільшого нижніх.

При хронічному гіперпластичному риніті відбувається розростання сполучної тканини в носових раковинах. Виступи сполучної тканини вкриті гіперплазованим миготливим, багатошаровим епітелієм. Кількість залоз збільшується, вони розширені, переповнені слизом. Кавернозні простори розширені і переповнені кров'ю. Зрідка може розростатися кісткова тканина в ділянці нижніх носових раковин.

Розрізняють дифузну та обмежену гіперплазію. Вона може бути фіброзною, поліпоподібною, сосочковою, кавернозною, кістковою та змішаною. Хронічний атрофічний риніт характеризується атрофічними змінами в слизовій оболонці і прилеглих тканинах. Слизова оболонка стоншується, кількість слизових залоз зменшується, розвивається ендодиффізія і перифлізія судин, їх склероз і запусніння печеристих венозних сплетень, лакунарне розсмоктування кісткової тканини і заміщення її сполучною тканиною, носові ходи стають широкими.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ХРОНІЧНОГО РИНИТУ.

Часте закладення носа, наявність патологічного вмісту в порожнині носа і утруднене дихання, періодичне погіршення слуху та інколи нюху, сльозотеча; спостерігається фарингіт, ларингіт, трахеїт, бронхіт.

При катаральному риніті під час передньої риноскопії видно гіперемію, набряк слизової оболонки порожнини носа. Вона вкрита слизовим або слизово-гнійним виділенням. Нижні носові раковини збільшені. При гіперпластичному риніті видно гіперплазію нижніх носових раковин, розростання кісткової тканини. Гіперплазія може бути обмежена або дифузна. Під час надавлювання гудзикуватим зондом на раковини не відчувається їх скелетної основи. Часто необхідно провести диференціальну діагностику з гіперплазією і поліпом порожнини носа. Для поліпа характерним є сіруватий колір, розташування під середньою носовою раковиною або вище неї, наявність вузької ніжки. Гіперплазовані носові раковини мають широку основу, рожевий або рожево-червоний колір.

Диференціальна діагностика між катаральною і гіперпластичною формою хронічного риніту ґрунтується на димедрол-адреналіновій пробі або використанні інших судинозвужувальних препаратів, під час чого при катаральному риніті носові раковини швидко зменшуються в об'ємі, бліднуть, а при гіперпластичному риніті нижні носові раковини мало, або не скорочуються, носові ходи залишаються звуженими. Для виключення хронічного синуїту проводиться рентгенографія приноскових пазух.

При хронічному атрофічному риніті під час огляду носа видно широкі носові ходи, слизова оболонка атрофічна. На стінках порожнини носа більше на латеральній є жовтуваті кірки, після видалення яких появляється незначна кровотеча. Нерідко під час передньої риноскопії видно задню стінку носової частини горла.

Диференціальна діагностика проводиться з озеною та склеромою, які у дітей зустрічаються дуже рідко. Для озени характерні є атрофія слизових оболонок і кісткової тканини, наявність специфічного запаху, якого самі хворі не відчують, а тільки оточуючі їх. Атрофія поширюється на горло, гортань та трахею.

Для склероми характерним є атрофія слизової оболонки порожнини носа з утворенням видимих рубців, склеромних інфільтратів, які підлягають гістологічному дослідженню. У хворих із склеромою відзначається солодкуватий запах, який часто відчують самі хворі і завжди оточуючі.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО РИНІТУ

Лікування хронічного риніту починається з усунення несприятливих чинників, які впливають на розвиток захворювання; якщо причину хвороби встановити не можна, то застосовують переважно місцеве симптоматичне лікування. Серед місцевих заходів добрі наслідки дає змащування слизової оболонки носових раковин 3% розчином коларголу, протарголу 3 рази на день протягом 7-10 днів; сульфату цинку або розчином Люголю з гліцерином 2 рази на тиждень, 6-8 процедур. Якщо таке лікування малоефективне, то застосовують промивання порожнини носа ізотонічним розчином натрію хлориду, мінеральними водами або антисептиками. Застосовують фізіотерапевтичні методи: електрофорез 0,5% розчином новокаїну, 1% розчином хлористого кальцію, димедролу або іншого антигістамінного препарату і антибіотика до якого чутливі мікроорганізми; аерозолі з антисептиками; ультрафонофорез, гальванічний струм за методом Щербака.

Реабілітаційні заходи проводяться на південному березі Криму, в регіонах Азовського моря, на гірських курортах та інших регіонах України.

У разі неефективності консервативного лікування застосовують ультразвукову дезінтеграцію або вазотомію.

В період загострення катарального риніту лікування проводять як при гострому риніті.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

1. відновлення носового дихання.
2. відсутність патологічного вмісту в порожнині носа.
3. відновлення слуху та нюху.
4. зниження сльозотечі.

Лікування хронічного гіпертрофічного риніту зводиться до видалення або зменшення гіпертрофованих ділянок носових раковин. У разі папілярної гіперплазії необхідно зробити конхотомію, кавернозної форми – ультразвукову дезінтеграцію або вазотомію, а кісткової форми – підслизову остеоконхотомію. Техніка оперативних втручань проводиться під загальним знеболенням по загальноприйнятим методикам. Після хірургічного лікування хворі направляються на санаторно-курортне оздоровлення місцевого або державного підпорядкування.

При хронічному атрофічному риніті призначають лужні інгаляції, мінеральні води типу Єсентуки 17, Яворницька, Боржомі протягом 1 місяця, 3-4 курси на рік. Для промивання порожнини носа застосовують різні антисептики або фізіологічний розчин. Санаторно-курортне лікування позитивно впливає на перебіг хронічного атрофічного риніту.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерне спостереження за пацієнтами з хронічним атрофічним ринітом до повного одужання або до закінчення дитячого віку.

Начальник управління

Р.О.Моїсеєнко

ПРОТОКОЛ

ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СЕРЕДНІЙ СЕКРЕТОРНИЙ ОТИТ

Середній секреторний отит (далі ССО) (шифр – **Н 65.9**) – це негнійне хронічне ураження середнього вуха, що виникає при порушенні функції слухової труби і супроводжується накопиченням трансудату у порожнинах середнього вуха та кондуктивною приглухуватістю.

Причиною ССО можна вважати всі патологічні стани в порожнинах носа, глотки та приносних пазух, що можуть порушувати функцію слухової труби. Участь у формуванні ССО мікробів, вірусів, грибів та патологічних імунних реакцій не можна вважати цілком доведеною.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

1. Клінічні.

Початок негострий. Хворих непокоїть погіршення слуху. Вони часто пов'язують це з перенесеними запальними захворюваннями носа, приносних пазух, глотки, середнього вуха, утрудненням носового дихання.

При отоскопії барабанні перетинки сірі, втягнуті, пастозні. При отомікроскопії можна побачити рівень рідини за барабанною перетинкою. При обстеженні носа та глотки можуть виявлятися ознаки запалення слизової оболонки, гіпертрофія структур лімфоглоткового кільця, хронічний гіпертрофічний риніт, викривлення носової перегородки.

2. Аудиологічні.

На ігровій аудіограмі виявляється підвищення порогів на 10-40 дБ. На тональній аудіограмі підвищення порогів повітряно-проведених звуків при збережених кістково-проведених. Кістково-повітряний інтервал 10-40 дБ.

При імпедансометрії – тимпанограма типу “В”, акустичні рефлекси не реєструються.

ЛІКУВАННЯ

Найбільш ефективним вважається поетапний підхід до лікування хворих з ССО.

1 етап передбачає консервативну чи хірургічну санацію носа, приносних пазух, носової та ротової частин глотки.

Якщо через один місяць після закінчення лікування слух не нормалізувався, або на протязі 3 місяців захворювання поновилося, слід переходити до 2 етапу.

2 етап складається з катетеризації слухової труби, її продування, введення через катетер протеолітичного ферменту (трипсін чи химотрипсін 1,0 в концентрації 1:1000) з кортикостероїдами (наприклад, 0,5 мл суспензії гідрокортизону), електрофорез лідази з кортикостероїдними препаратами.

Неефективність катетеризації слухових труб і фізіотерапії, або швидке (на протязі 3 місяців) поновлення захворювання свідчить про необхідність переходу до 3 етапу.

3 етап необхідно починати з тимпанопункції, яку проводять в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки, відсмоктування патологічного вмісту барабанної порожнини, її промивання розчином кортикостероїдів і протеолітичних ферментів. В подальшому призначається ендауральний електрофорез кортикостероїдних і ферментативних препаратів один раз в день на протязі 8-10 діб в залежності від густоти рідини в барабанній порожнині.

Відсутність ефекту, або його нетривалість (до 3 місяців свідчать про необхідність шунтування барабанної порожнини.

4 етап. На цьому етапі в задньо-нижньому квадранті барабанної перетинки виконують тимпанотомію (біля 1 мм в діаметрі, в залежності від діаметра шунта). Через отвір промивають барабанну порожнину розчином кортикостероїдів і протеолітичних ферментів, після чого в отвір вводять шунт з біологічно інертного матеріалу. Наступного дня перевіряють слух. При його покращенні шунт залишають до 3 місяців. Відсутність ефекту через добу свідчить або про дефект маніпуляції, або про те, що вона виконана не за показаннями.

Якщо після видалення шунта на протязі 3 місяців знову рецидивує ССО, слід переходити до п'ятого етапу.

5 етап. Відсутність ефекту від шунтування обумовлена, як правило, розповсюдженням патологічного процесу на комірки соскоподібного відростку, "блоком" адитуса.

На цьому етапі виконують антромастоїдотомію з ретроаурикулярного підходу, розкривають всі комірки заповнені трансудатом, в трепанаційну порожнину вводять 2 дренажні трубки, рану зашивають. Виконують шунтування барабанної порожнини способом, що описано вище.

На протязі 7-10 днів (в залежності від характеру промивних вод) дренажі промивають розчином антибіотика слабкої концентрації, кортикостероїдних та ферментних препаратів. Потім дренажі видаляють, а шунт залишають на 3 місяці

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

нормалізація отоскопічної картини;
відновлення слухової функції.

ПРОФІЛАКТИКА

Профілактика ССО полягає в своєчасному та адекватному лікуванні патологічних процесів в порожнині носа, приноскових пазух та носової і ротової частин глотки.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерний нагляд за пацієнтами після одужання 2 роки

Начальник управління

Р.О.Моїсєнко

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА СЕНСОНЕВРАЛЬНУ ПРИГЛУХУВАТИСТЬ

Сенсоневральна приглухуватість (далі СНП) (шифр – **Н 90.3**) – це приглухуватість, обумовлена ураженням внутрішнього вуха, нейронів слухового шляху, слухової зони кори головного мозку, що супроводжує цілий ряд захворювань.

Розрізняють:

1. гостра стадія – до 1 місяця.
2. підгостра – від 1 до 3 місяців.
3. хронічна – понад 3 місяці (стабільна, або прогресуюча).

Причини:

- нейроінфекції;
- інтоксикаційні стани;
- вірусні та мікробні інфекції;
- запалення середнього вуха;
- аутоімунні реакції;
- черепно-мозкові травми;
- патологія вагітності та пологів;
- порушення кровообігу та згортання крові;
- генетичні дефекти;
- обтяжена спадковість;
- застосування ототоксичних антибіотиків;
- пухлини вуха, тощо;
- судинні порушення та інші.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

3. Клінічні.

Гостра, або раптова СНП починається гостро, або повільно. Хворих непокоїть зниження слуху, іноді шум у вусі та запаморочення. Отоскопія – без змін.

2. Аудіологічні.

Ігрова аудіометрія - зниження слуху різного ступеня при тимпанограмі типу “А”.

Суб’єктивна аудіометрія – рівною мірою підвищення порогів сприйняття повітряно- та кістково-проведених звуків. Кістково-повітряний інтервал відсутній. Тимпанограма типу “А”.

Дані об’єктивної аудіометрії (реєстрація слухових викликаних потенціалів) відповідають даним суб’єктивної.

ЛІКУВАННЯ

Лікування необхідно починати максимально швидко після початку гострого захворювання.

В лікуванні хворих з СНП можна виділити базисну терапію, яка показана незалежно від особливостей захворювання.

Схема базисної терапії СНП:

1. Препарати, що покращують метаболічні процеси в нервовій тканині:
 - ноотропи під контролем артеріального тиску.
 - амінокислоти.
2. Вітаміни груп А, В, Е.
3. Препарати, що покращують кровообіг в нервовій тканині:
 - антагоністи іонів кальція.
 - похідні пуріна.
 - похідні нікотинової кислоти
 - трентал
4. Біогенні стимулятори.
5. Фізіотерапія:
 - ендауральний ультрафонофорез розчину дібазолу та новокаїну;
 - ендауральний електрофорез пірацетаму;
 - ендауральний електрофорез еуфіліну;
 - гіпербарична оксигенація;
6. Гіпосенсибілізуюча терапія.

На додаток до базисної схеми:

1. При гострій СНП лікування треба починати з внутрішньовенного крапельного введення 250,0 Реосорбілакту (або 5 % розчину глюкози) з дегідратаційними та кортикостероїдними препаратами на протязі трьох днів.

Якщо початок, або загострення захворювання пов'язане з вірусною, або бактеріальною інфекцією, призначають, відповідно, противірусні, або антибактеріальні не ототоксичні медикаменти разом з гіпосенсибілізуючими на 5 днів.

При розвитку СНП внаслідок прийому ототоксичних антибіотиків доцільно призначати 5 % розчин унітіолу внутрішньом'язово 3 рази на протязі першої доби і по одному разу в наступні 7 днів.

Після цього переходять до базисної схеми.

2. При підозрі на аутоімунну СНП в базисну схему слід включити кортикостероїдні препарати на протязі 10 днів (за схемою в залежності від препарату), а потім призначити вілозен інтраназально (для стимуляції проліферації лімфоцитів), а потім тимоген внутрішньом'язово на протязі 10 днів (для диференціації лімфоцитів).
3. при раптовій глухоті і підозрі на тромбоемболію лабіринтної артерії в базисну схему включають антикоагулянти прямої і непрямої дії (під контролем коагулограми), гірудотерапію, ендауральний електрофорез лізуючих ферментів.
4. Лікування хронічної СНП проводиться базисною терапією в залежності від етіологічного чинника з метою профілактики погіршення слуху.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ

1. відновлення або поліпшення слуху.
2. зникнення, або зменшення шуму.

ПРОФІЛАКТИКА

Виключення прийому ототоксичних антибіотиків, своєчасне лікування ГРВІ та соматичних захворювань, уникнення травматизації.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерне спостереження за пацієнтами з гострою сенсоневральною приглуховатістю при досягненні соціально адекватного слуху після лікування - 12 міс.
- диспансерне спостереження за пацієнтами з хронічною сенсоневральною приглуховатістю при прогресуванні зниження слуху – до закінчення дитячого віку.

Начальник управління

Р.О.Моїсєнко

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ПАПІЛОМАТОЗ ГОРТАНІ

Рецидивуючий папіломатоз гортані (далі РПГ) (шифр – **D14.1**) – доброякісне пухлинне захворювання гортані, що характеризується рецидивуючим перебігом.

Найбільш визнаним етіологічним фактором цього захворювання вважають вірус Епштейн-Бара, але не виключається і вплив хімічних, або фізичних факторів.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні.

Захворювання розвивається поступово. Спочатку хворих непокоїть хрипота до афонії включно. В подальшому розвивається утруднення дихання. Швидкість наростання цих симптомів у різних хворих різна.

При прямій, або непрямій ларингоскопії – екзофітна маса на ніжці, можливо з бородавчастими наростами. Це може бути ізольована маса, або шар папілярної ткани, що укриває цілі ділянки гортані.

ЛІКУВАННЯ

Лікування хірургічне. Втручання виконується під контролем операційного мікроскопа з використанням мікрохірургічного інструментарію. Застосовується внутрішньовенний наркоз з міорелаксацією та інжекційною вентиляцією легенів. Видалення папілом проводиться шляхом механічного видалення, або шляхом впливу лазерного випромінювання високої енергії, кріодеструкції.

КРИТЕРІЇ ЕФЕКТИВНОСТІ ЛІКУВАННЯ

- нормалізація дихальної функції;
- покращення голосової функції;
- зменшення рецидивів;
- збільшення періоду ремісії.

ПРОФІЛАКТИКА

Для профілактики рецидивів папіломатозу гортані застосовують:

- індуктори інтерферону (аміксін, циклоферон, поліоксідоній);
- рекомбінантні інтерферони (інтрон А, інтерферон, лаферон та ін.);
- антивірусні препарати;
- аутогенні вакцини;

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерне спостереження за пацієнтами з папіломатозом гортані протягом 3 років після одужання.

Начальник управління

Р.О.Моїсєнко

ПРОТОКОЛ ЛІКУВАННЯ ДІТЕЙ ХВОРИХ НА ГОСТРИЙ І ХРОНІЧНИЙ СИНУЇТ

Синуїт – це запалення слизової оболонки приносових пазух, яке буває гострим та хронічним (**J 01; J32**) і відноситься до найбільш частої патології в отоларингології.

Найчастіше зустрічається верхньощелепний синуїт (гайморит). Слід звернути увагу на те, що гострий гайморит має місце уже у віці 1,5-2 років. Запалення решітчастої пазухи (етмоїдит), може бути у дітей віком до 1 року; запалення слизової оболонки лобової пазухи (фронтит) та основної (сфеноїдит) зустрічається рідше у дітей, при чому після 5 років – фронтит, а після 10 років - сфеноїдит.

ГОСТРИЙ СИНУЇТ (J 01).

Етіологія: збудниками гострих синуїтів є: грипозний вірус, вірус парагрипу, аденовіруси, стафілококи, стрептококи, пневмококи, синегнійна паличка; рідше – гриби, анаеробна мікрофлора. В останній час все частіше зустрічається хламідії, мікоплазма.

Для розвитку гострого синуїту має значення стан слизової оболонки (мукоциліарний кліренс), порушення місцевого і системного імунітету, а також місцеві чинники: хронічні риніти, поліпозний етмоїдит, викривлення перегородки носа, аденоїдні розрощення.

Гострий синуїт може виникати у зв'язку з травмою носа і лицевого скелета, а також у разі поширення в пазуху гнійного процесу з малих і великих корінних зубів.

Розрізняють гострий серозний, катаральний і гнійний синуїт.

Патоморфологічні зміни у разі гострого синуїту характеризуються гіперемією і інфільтрацією слизової оболонки пазух, яка значно стовщується і вкривається спочатку серозним, потім слизовим і гнійним ексудатом. Пазухи згодом заповнюються ексудатом.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ ГОСТРОГО СИНУЇТУ :

1.Клінічні :

- гострий початок;
- підвищення температури тіла;
- кволість;
- зниженні апетиту;
- порушення сну;
- іноді марення;
- головний біль, локалізація якого залежить від ураженої;
- Об'єктивні дані: закладеність носа, виділення з носа, утруднене носове дихання, гіперемія і набряклість слизової оболонки; слизове, слизово-гнійне, гнійне виділення під середньою носовою раковиною, часто у вигляді смужки.

2. Допоміжні та лабораторні дослідження:

- рентгенографія приносових пазух (при необхідності МРТ, комп'ютерна томографія/;
- ультразвукове обстеження;
- термографія;

- ендоскопічні методи обстеження;
- діагностична пункція верхньощелепної пазухи;
- загальний аналіз крові;
- аналіз сечі;
- бактеріологічне дослідження патологічних виділень;
- антибіотикограма.
-

ЛІКУВАННЯ ГОСТРОГО СИНУЇТУ

I. Загальне:

- загальнозміцнювальна терапія;
- антигістамінні препарати;
- стимулююча терапія;
- вітамінотерапія;
- фітопрепарати;
- антибіотики з урахуванням антибіотикограми.

Доцільно призначати антибіотики пеніцилінового ряду, захищені клавулановою кислотою. При неефективності лікування цефалоспориної третьої і четвертої генерації. Макроліди: кларітроміцин /класид/, рокситроміцин /рулід/, азітроміцин /сумамед/, спіраміцин /роваміцин/ використовуються для лікування захворювань, викликаних мікоплазмою, хламідіями. Антибіотикотерапія протягом 7-10 днів.

- місцеве лікування гострих синуїтів направлене на ліквідацію запального процесу в пазухах. Місцево застосовують: судинозвужувальні препарати у вигляді крапель або спрею. Використовують аерозолі з антибіотиками чи антисептиками. При затиханні запального процесу в пазусі можна призначати електричне поле УВЧ, електрофорез різних лікарських препаратів, ультрафонофорез ендоназальний. Якщо запальний процес набуває затяжного характеру, доцільно вводити лікарські речовини у верхньощелепну пазуху методом переміщення; а у разі неефективності – через тefлоновий дренаж і промивати пазуху антисептиками та антибіотиками з урахуванням антибіотикограми, додаючи кортикостероїди.

При наявності гострого гнійного фронтиту і неефективності консервативного лікування /висока температура тіла, головний біль, порушений загальний стан, слабкість/, прохідність лобно-носового каналу не відновила – показана пункція, а краще трепанопункція лобової пазухи з наступним дрениванням і промиванням її антисептиками, антибіотиками, протеолітичними ферментами і кортикостероїдами.

Якщо перебіг гострого етмоїдиту набуває затяжну форму, то лікарські препарати доцільно вводити в порожнину носа методом переміщення.

Пункція комірок решітчастого лабіринту з наступним дрениванням у дітей є недоцільною.

КРИТЕРІЇ КОНСЕРВАТИВНОГО ЛІКУВАННЯ:

покращення загального стану, зникнення головного болю, нормалізація температури тіла, носового дихання, показників крові.

Хірургічне лікування гострих синуїтів показано при гнійних внутрішньоорбітальних та внутрішньочерепних ускладненнях або при підозрі на них.

ХРОНІЧНИЙ СИНУЇТ (J32)

В останні роки частота хронічного синуїту збільшилась майже у двічі. Причини - недостатньо або взагалі нелікований гострий синуїт, порушення місцевої та загальної імунореактивності, локальні чинники, які порушують аерацію і дренажну функцію приносових пазух. Мікрофлора аеробна і анаеробна, гриби, вірус грипу з аденовірусною інфекцією, хламідії, мікоплазма.

Патоморфологічні зміни: слизова оболонка пазух потовщується, епітелій метаплазується, розвивається сполучна тканина. Утворюються ретенційні кісти внаслідок звуження і закупорки вивідних проток слизових залоз, формуються поліпи, а також в пазухах утворюється ексудат.

За класифікацією хронічні синуїти поділяють на:

ексудативна /серозна, катаральна, гнійна/; гіперпластична (поліпозна) та змішана форми синуїту.

ДІАГНОСТИЧНІ КРИТЕРІЇ

Клінічні.

- хронічні синуїти характеризуються загальними та місцевими симптомами. Загальні ознаки в стадії ремісії слабо виражені, а в стадії загострення майже як у хворих із гострим синуїтом;
- хронічні синуїти усіх форм супроводжуються утрудненим носовим диханням, однобічним або двобічним патологічним виділенням із носа, зниженням нюху. При передній риноскопії виявляють патологічний вміст в середньому носовому ході, гіперплазію середньої носової раковини; поліпи сірого, блідо-сірого кольору під середньою носовою раковиною або у верхніх відділах порожнини носа;
- рентгенологічне обстеження приносових пазух.
- з діагностичною метою застосовують пункцію верхньощелепної та лобової пазух;
- при підозрі на пухлину та для уточнення локалізації гною при орбітальних ускладненнях - комп'ютерна томографія;
- застосування ендоскопічних методів обстеження;
- бактеріологічне обстеження.

ЛІКУВАННЯ ХРОНІЧНОГО СИНУЇТУ.

В стадії ремісії ексудативні форми хронічного синуїту лікуються консервативно, в комплекс якого входить:

- санація верхніх дихальних шляхів;
- десенсibiliзуюча терапія;
- загальнозміцнювальні засоби;
- стимулююча терапія;
- лазертерапія;
- раціональне харчування;
- загартовування організму;
- застосування імуномодуляторів;
- санаторно-курортне лікування .

Місцеве лікування:

- евакуація патологічного вмісту із пазух методом переміщення або із застосуванням пункції та дренивання приносових пазух;

- промивання пазух з наступним введенням в них антисептиків, антибіотиків згідно з антибіотикограмою, кортикостероїдів;
- застосування фізіотерапевтичних заходів: аерозолів, УФО, електрофорезу різних лікарських речовин, ультрафонофорезу. Курс 7-10 днів;
- застосування судинозвужувальних препаратів у вигляді крапель, гелю, спреїв.

Показання до хірургічного лікування хронічного синуїту:

- часте загострення гнійного та поліпозного синуїту.
- неефективність консервативного лікування;
- внутрішньоорбітальні та внутрішньочерепні ускладнення.

Хірургічне втручання в порожнині носа направлене на усунення причин, що утруднюють прохідність уст'я, а на приносних пазухах проводиться за загальноприйнятою методикою і направлено на нормалізацію роботи уст'я, ліквідування патологічного процесу в уражених пазухах, попередження внутрішньочерепних ускладнень. Перевага надається ендоскопічним методам хірургічного втручання.

ПРОФІЛАКТИКА ХРОНІЧНОГО СИНУЇТУ

- раннє виявлення і своєчасне лікування гострого синуїту;
- санація верхніх дихальних шляхів;
- закаливання організму;
- загальнозміцнювальна терапія.
- санаторно-курортне лікування.
- усунення факторів, що утруднюють прохідність уст'я пазух.

ДИСПАНСЕРИЗАЦІЯ

- диспансерне спостереження за пацієнтами після гострого синуїту з орбітальними і черепно-мозковими ускладненнями – 2 роки
- диспансерне спостереження за пацієнтами з хронічними синуїтами до повного одужання (відсутність рецидивів протягом 2 років), при хронічному поліпозному етмоїдиті – протягом всього життя.

Начальник управління

Р.О.Моїсеєнко