**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ БОЛЕЗНИ МЕНЬЕРА**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова и кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- д.м.н., профессор Афанасьев Василий Владимирович

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

- к.м.н., доцент Климанцев Сергей Александрович

**Определение.**

Болезнь Меньера представляет собой особую форму невоспалительного заболевания внутреннего уха, которую можно отнести к лабиринтопатиям.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| Н81.0 | Болезнь Меньера |

**Этиология и патогенез:** Патоморфологической основой болезни Меньера является эндолимфатический гидропс, т. е. повышение давления эндолимфатической жидкости в следствие дискоординации процесса «продукция-абсорбция». Он проявляется неравномерным расширением улиткового протока, мешочка, в меньшей мере — маточки и полукружных каналов, деформацией, нарушением целости перепончатых образований и выраженностью дегенеративных изменений нервных структур разной степени. К последним относятся уменьшение количества волосковых клеток, потеря ими волосков, их дегенерация, снижение количества нейронов спирального ганглия.

Повышение давления эндолимфы является результатом нарушения циркуляции лабиринтных жидкостей и обмена веществ в них. Дисфункция сосудистой полоски, вазомоторные нарушения во внутреннем ухе могут вызвать изменения проницаемости мембран эндолимфатической системы и накопление в ней избыточного количества эндолимфы. Существует мнение, что причиной гидропса лабиринта может быть венозная недостаточность эндолимфатического протока и мешка, а также недостаточность или отсутствия вены околопреддверного канальца, приводящие к повышению венозного давления с нарушением оттока крови от эндолимфатического мешка. Причиной гидропса лабиринта могут быть стеноз эндолимфатического протока, или ухудшение резорбции эндолимфы эпителием эндолимфатического мешка.

По мнению разных исследователей, причиной возникновения эндолимфатического гидропса могут быть дегенеративные изменения шейного отдела позвоночника, нарушение проницаемости стенок сосудов, дисбаланс в активности симпатического и парасимпатического отделов вегетативной нервной системы, нарушение водно-солевого, белкового и углеводного обмена.

В нарушении вазомоторной регуляции сосудистого русла имеют значение изменения функционального равновесия эндокринной системы (снижение функции щитовидной железы, дисфункции зон коркового и мозгового отделов надпочечников). Определенная роль в нарушениях слуховой функции у лиц с болезнью Меньера принадлежит нарушениям динамического равновесия электролитов жидких сред внутреннего уха (гипернатриемия).

Сосудистым нарушениям в лабиринте способствуют изменения баланса в свертывающей системе крови в виде гиперкоагуляции, снижение фибринолитической активности. Специальные исследования выявили у 14—87 % пациентов с болезнью Меньера положительный аллергологический анамнез.

О возможности рефлекторного происхождения сосудистых изменений свидетельствует исчезновение приступов после устранения инфекционно-токсического очага в небных миндалинах или патологии носа и околоносовых пазух.

Не исключено, что нарушение гомеостаза внутреннего уха при болезни Меньера вызывают изменения активности гормонопродуцирующих клеток — апудоцитов, которые находятся в лабиринте. Эти клетки продуцируют биологически активные вещества (серотонин, мелатонин, адреналин, норадреналин), активно влияющие на поддержку гомеостаза. Во время приступа по данным КОС отмечается метаболический ацидоз.

Таким образом, в настоящее время не существует единого мнения об этиологии и патогенезе болезни Меньера. Вероятнее всего, заболевание возникает в результате действия многих причин общего и местного характера, в конечном итоге вызывая возникновение эндолимфатического гидропса.

**Клиническая картина и классификация.**

Характерными признаками болезни Меньера являются:

- острое начало в виде приступа (лабиринтной атаки), сопровождающегося тошнотой, рвотой, головокружением, расстройством равновесия;

- понижение слуха и шум в ухе;

- периодичность заболевания с наличием «светлых» промежутков между приступами.

Среди жалоб больных па первом месте стоит шум в ухе, чаще всего постоянный, преимущественно смешанной тональности. Тугоухость постепенно прогрессирует. В межприступный период некоторые больные указывают на болезненное восприятие звуков.

Приступ болезни Меньера возникает внезапно, среди общего благополучия и сопровождается головокружением с определенной направленностью (ощущением вращения окружающих предметов или самого больного вокруг его оси), тошнотой, рвотой, гипергидрозом, гиперсаливацией, поллакиурией, диареей, разнонаправленным изменением параметров гемодинамики (чаще понижение АД), нарушением равновесия, горизонтально-ротаторным нистагмом, шумом в ушах, понижением слуха, как правило, на одно ухо. Приступ может длиться от нескольких часов до нескольких суток и повторяться через некоторые промежутки времени - от нескольких дней до года и более. Статокинетические нарушения (промахивание при пальце-пальцевой и пальце-носовой пробах, отклонение тела в позе Ромберга) направлены в сторону медленного компонента спонтанного нистагма.

Учитывая выраженность клинических признаков заболевания, выделяют три степени течения болезни.

Легкая (1) степень характеризуется односторонним заболеванием с редкими (не более чем два раза в год) приступами продолжительностью 1—2 ч или более частыми приступами (до 2-х раз в полгода) продолжительностью не более 30 мин без выраженных вегетативных и статокинетических нарушений.

Трудоспособность у таких больных не снижена. В межприступный период слух практически не нарушен или наблюдается умеренная медленно прогрессирующая степень тугоухости, вестибулярная функция не нарушена.

Средняя (II) степень заболевания характеризуется более частыми (до 1—2 раз в месяц) приступами продолжительностью 2—3 ч или до 1—2 раз в 3 мес. продолжительностью до 4—8 ч. Вегетативные и статокинетические нарушения во время приступа достаточно выражены. Возможна значительная тугоухость при одностороннем поражении и более выраженная — при двустороннем. Исчезновение нарушений равновесия и улучшение слуха на фоне общей тенденции к его ухудшению наступает через несколько дней после приступа. Трудоспособность нарушена только во время обострения заболевания.

Тяжелая (III) степень заболевания встречается чаще всего при двустороннем поражении, характеризуется тяжелыми ежедневными или еженедельными приступами продолжительностью 8 ч и более с выраженными вегетативными симптомами, быстро прогрессирующей тугоухостью, резким нарушением равновесия. Вестибулярные расстройства наблюдаются постоянно в межприступный период, усиливаясь во время приступа. Трудоспособность стойко ограничена или утрачена (инвалидность III или II группы).

При классической форме заболевания, которая проявляется нарушением слуха, шумом в ухе, приступообразным головокружением с сопровождением нарушения равновесия и вегетативными расстройствами, в зависимости от преобладания в клинической картине кохлеарной или вестибулярной дисфункции, выделяют соответственно кохлеовестибулярную и вестибулокохлеарную формы болезни. При атипичном варианте заболевания выделяют кохлеарную и вестибулярную формы.

Осложняют течение болезни такие сопутствующие заболевания, как вегетососудистая дистония, атеросклероз коронарных и мозговых сосудов, гипертоническая болезнь, функциональные расстройства ЦНС, остеохондроз шейного отдела позвоночника, тиреотоксикоз, ожирение, сахарный диабет, пищевая или медикаментозная аллергия, хронический тонзиллит.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб и клиническая картины - шум в ушах, снижение слуха, системное головокружение, спонтанный нистагм направленный в сторону непораженного уха, вегетативные проявления (гипергидроз, поллакиурия, тошнота, рвота, не приносящая облегчения), атаксия.
2. Анамнеза заболевания - периодичность и характерность приступов при наличии симптомов с яркой вестибулярной окраской, а также на основании нормализации вестибулярной функции после приступа при медленно прогрессирующей тугоухости и шумом на одно ухо.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при осмотре пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Какие привычные значения артериального давления? Страдает ли пациент гипертонической болезнью?
* Когда возникло головокружение?
* Какой характер головокружения: может ли пациент указать в какую сторону направлено головокружение или все кружится хаотично, без четкого направления?
* Есть ли шум в ушах или одном ухе?
* Присутствует понижение слуха или нет, если да, на какое ухо?
* Имеются ли вегетативные нарушения (тошнота, рвота, диарея, потливость)?
* Если была рвота, стало ли головокружение и шум в ушах меньше?
* Отмечал ранее приступы системного головокружения?
* Был ли ранее установлен диагноз болезни Меньера ранее?
* Сколько лет страдает болезнью Меньера**?**
* Когда был последний приступ?
* Какова длительность приступа?
* Чем ранее купировали приступы?
* Какова частота приступов?
* Есть ли у пациента хронический средний отит?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли приступ применяемыми лекарственными средствами?

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе.

- Электрокардиография.

- Глюкометрия.

- Определение остроты слуха разговорной речью.

- Определение спонтанного нистагма.

При **дифференциальной диагностике** необходимо иметь в виду другие формы вестибулопатии, которые являются следствием хронического гнойного воспаления среднего уха, произведенной радикальной операции среднего уха, фистулы лабиринта, перенесенного лабиринтита, отосклероза, поражения внутреннего уха вследствие инфекционного заболевания, доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения, вестибулярного нейронита, интоксикаций, невриномы вестибулокохлеарного нерва, рассеянного склероза, а также нарушений мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне, последствий черепно-мозговых травм, побочного действия лекарственных препаратов.

**Лечение болезни Меньера** должно быть комплексным и включает следующие этапы:

- купирование приступа (экстренная и неотложная медицинская помощь);

- лечение в остром периоде проводиться в СтОСМП и ЛОР-отделении стационар.

**Лечение на догоспитальном этапе**

 Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с болезнью Меньера на догоспитальном этапе является купированием приступа системного головокружения и при необходимости срочная медицинская эвакуация пациента в стационар.

Для купирования приступов болезни Меньера применяются лекарственные средства, нормализующие процессы микроциркуляции и баланс жидких сред (дегидратация) в ушном лабиринте, что способствует понижению внутрилабиринтной гипертензии (гидропса), которая является причиной развития лабиринтной атаки, также применяют противорвотные препараты и препараты, устраняющие головокружение, седативные средства.

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с болезнью Меньера на догоспитальном этапе является купированием приступа системного головокружения и при необходимости срочная медицинская эвакуация пациента в стационар.

Для купирования приступов болезни Меньера применяются лекарственные средства, нормализующие процессы микроциркуляции и баланс жидких сред (дегидратация) в ушном лабиринте, что способствует понижению внутрилабиринтной гипертензии (гидропса), которая является причиной развития лабиринтной атаки, также применяют противорвотные препараты и препараты, устраняющие головокружение, седативные средства.

1. Для купирования приступа проводят дегидратацию, при выраженных проявлениях вестибулярной дисфункции применяют – гидрохлоротиазид (гипотиазид) 50-100 мг внутрь, в зависимости от степени выраженности приступа (A, 1++); в остальных случаях допустимо начинать с внутривенного введения гипертонического раствора 20-40% глюкозы (дектрозы), основанного на осмотическом механизме действия и влияющего на диурез (внутривенное введение 20 мл 40 % раствора глюкозы) (C, 1+). Можно дополнительно вводить внутримышечно и внутривенно медленно 25% раствор сульфата магния -10.0 мл (C, 1+). Слишком интенсивная дегидратация может привести к повышению вязкости крови и ухудшению кровоснабжения лабиринта и улитки, т.е. к тому, борьба с чем, является основной целью оказания медицинской помощи. В связи с этим дегидратацию необходимо проводить очень осторожно после минимально достаточной водной нагрузки.
2. Сосудорасширяющие средства вводят вместе низкомолекулярным декстраном, способствующим проникновению их через гематолабиринтный барьер. Наиболее эффективным препаратом является папаверин (внутривенно, очень медленно, 1-2 мл 2% раствор или подкожно 1-2 % раствор 2 мл) (B, 1+).
3. Препараты, купирующие головокружение и оказывающие противорвотное действие.
	* 1. Раствор сульфата атропина 1,0 мл 0,1%, внутримышечно или подкожно (A, 1++);
		2. Раствор 5% гидрокарбоната натрия в количестве 50-150 мл внутривенно капельно (A, 1+) или реамберин 250 мл в/в капельно со скоростью 40-60 кап. в мин (A, 1++);
		3. Из транквилизаторов применяют диазепам, эффективный при выраженной рвоте, внутривенно медленно 20 мг в 0,9% - 250,0 мл раствора натрия хлорида или 5-10 мг внутривенно каждые 4-6 часов (A, 1+);
		4. Выраженным противорвотным действием обладает метоклопрамид внутримышечно или внутривенно от 10 до 50 мг (A, 1+).
	1. В дополнении к дегидратационной терапии и применению вазоактивных препаратов проводят лечение седативными средствами.
		1. Пипольфен вводят внутримышечно по 1-2 мл 2,5 % раствора (C, 2+);
		2. Хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10-50 мг внутримышечно или внутривенно (A, 1+);
		3. Дроперидол - внутривенно по 2 мл 0,25% раствора (C, 2+);
		4. Кавинтон в/в, медленно 20 мг в 250 мл инфузионного раствора (максимальная скорость инфузии — 40-60 капель/мин. (A, 1++);
		5. Бетасерк (бетагистин) - антигистаминный препарат с антивертигинозным действием. Препарат назначают взрослым по 24—48 мг. (A, 1++);
		6. Мексидол – сочетающий цитопротективный и седативный эффекты по 500 мг внутривено в инфузионном 0,9% - 250,0 мл раствора натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин. (A, 1++).
4. При сочетании гипотензии с выраженным вестибулярным синдромом применяют дексаметазон 4-8 мг внутривенно (A, 1+).

**Показания к доставке в стационар**

Больным с выраженными явлениями системного головокружения, шумом в ушах и понижением слуха, вегетативной дисфункцией показана экстренная медицинская эвакуация в стационар.

Транспортировку больных следует осуществлять в таком положении больного (лежа или сидя), в котором головокружение наименее выражено (обычно взгляд обращен в сторону здорового уха). Необходимо оберегать больного от яркого света, шума, стрессов.

**Рекомендации для больных, отказавшихся от доставки в стационар**

Больным, отказавшимся от медицинской эвакуации в стационар, учитывая наличие у них вестибулярного синдрома и атаксии, прогредиентного снижения слуха необходимо рекомендовать соблюдение бессолевой диеты (< 1,5 г/ день), запрещение приема алкоголя и ко­феина; назначаются мочегонные средства (гидрохлоротиазид 50 - 100 мг внутрь 1 раз в день или диакарб 250 мг в сутки утром). Рекомендуют прием антивертигинозных препаратов – бетасерк взрослым по 16—24 мг в сутки в 2—3 приема; средств улучшающих микроциркуляцию и метаболические процессы мексидол по 125 мг 3 раза в сутки, кавинтон по 10 мг 3 раза в сутки, беллоид (белласпон) по 1 др. 2 раза в сутки для купирования системного головокружения и шума в ушах с рекомендацией обратиться к врачу-оториноларингологу и врачу-неврологу для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалобы и клиническая картина (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).
2. Анамнез заболевания (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).
3. Пороговая тональная аудиометрия определяет параллельность кривых костной и воздушной проводимости. Первоначально нарушается восприятие низких частот. Тугоухость может носить различный характер. Чаще всего встречается тугоухость по смешанному типу. Во время исследования слуха в расширенном диапазоне частот отмечается повышение аудиометрической кривой, что характерно для поражения звукопроводящей системы. Об этом свидетельствуют результаты исследования слуховой чувствительности к ультразвуку. Характерным является также в большинстве случаев положительный феномен ускоренного нарастания громкости (ФУНГ), свидетельствующий о периферическом поражении слуха. (A, 1++).
4. Компьютерная томография пирамид височных костей и магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения образований головного мозга, невриномы 8 пары черепных нервов, воспалительно-деструктивных процессов в среднем ухе и улитке. (A, 1+).
5. Для дифференциальной диагностики показано проведение дегидратационных тестов (в ответ на медикаментозную дегидратацию глицеролом, ксилитом, фуросемидом) понижаются пороги звуковосприятия на низких частотах и улучшается слуховое восприятие речи).

**Лечение на госпитальном этапе**

 Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, где им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть приглашен врач-оториноларинголог, врач-невролог, врач-терапевт.

**Показания к госпитализации на ЛОР-отделение**

1. Отсутствие эффекта от лечения на догоспитальном этапе.
2. Больным с выраженными явлениями системного головокружения, шумом в ушах и понижением слуха, вегетативными проявлениями (тошнота, рвота, не приносящая облегчения) показана срочная госпитализация в ЛОР – отделение стационара.

**Течение и прогноз.** Одной изхарактерных особенностей болезни Меньера является непредсказуемость его течения. С одной стороны встречаются абортивные формы заболевания, которые проходят после нескольких приступов без стойкого нарушения слуха, с другой стороны, есть формы заболевания с прогрессирующим течением, характеризующимся периодическими приступами с различной продолжительностью межприступного периода, волнообразным ухудшением слуха с исходом в глухоту. Двустороннее поражение уха для болезни Меньера не характерно и наблюдается у 10% больных.

**Рекомендуемый список литературы:**

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Вестибулярная функциональная система / В.И. Бабияк, Ю.К. Янов. –СПб. : Гиппократ, 2007. – 432 с.
4. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.: ил
5. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
6. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
8. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
9. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
10. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

**Приложение**

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛИТЕ ЯЗЫЧНОЙ МИНДАЛИНЫ**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение.** Паратонзиллит язычной миндалины (язычный паратонзиллит) – это острое воспаление ткани язычной миндалины

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J39.1 | Другой абсцесс глотки |

**Этиология и патогенез.** Язычный паратонзиллит обычно возникает после травмы или как осложнение ангины язычной миндалины. При этой ангине общие нарушения соответствуют таковым при обычных ангинах. Язычная миндалина воспаляется, отекает, на ее поверхности может появиться налет.

Наиболее часто при паратонзиллитах встречается смешанная микрофлора золотистый стафилококк, пневмококк, гемолитический стрептококк, негемолитический стрептококк, энтерококк в сочетании с кишечной палочкой, дифтерийная палочка, грибы и др.

**Классификация.** По клинико-морфологическим изменениям выделяют две формы паратонзиллита: инфильтративную и абсцедирующую.

**Клиническая картина.** При язычном паратонзиллите общее состояние больного значительно нарушается: повышается температура тела, увеличиваются лимфатические узлы под углом нижней челюсти, появляются слюнотечение, запах изо рта, сильные боли при глотании. Язык становится болезненным, особенно в области корня, боли ощущаются и при его высовывании, однако тризма нет. Обычно воспаляется и отекает передняя поверхность надгортанника, он становится ригидным, валлекулы часто не просматриваются. При ощупывании изнутри пальцем выявляют крайне болезненный инфильтрированный корень языка, обычно с одной стороны. Наружная пальпация позволяет определить резкую болезненность над подъязычной костью, чаще всего на одной стороне.

При язычном паратонзиллите обычно происходит выздоровление под влиянием консервативного лечения, реже развивается нагноение (абсцедирование).

Распространение процесса в глубину приводит к формированию абсцесса или флегмоны корня языка. Больные жалуются на сильные боли в области корня языка при глотании и разговоре, рот приоткрыт, отмечаются слюнотечение, зловонный запах. Язык увеличен, приподнят, с трудом помещается в полости рта, речь невнятная, может быть затруднено дыхание. Под подбородком и над подъязычной костью, под неизмененной и подвижной кожей определяется болезненная инфильтрация. Общее состояние больного значительно нарушено.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Как давно болит горло?
* На фоне чего возникли боли в горле?
* Затруднено ли глотание?
* Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
* Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
* Не затруднён ли приём пищи?
* Не затруднено ли дыхание?
* Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
* Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?
1. Обследование пациента с язычным паратонзиллитом включает несколько этапов.
	1. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).
	2. Осмотр полости рта.
* Состояние языка, его подвижность, окраска
* Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
* Состояние слизистой небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация)
* Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений)
* Состояние корня языка и язычной миндалины
1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
2. Определение тризма мышечной мускулатуры

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

**Лечение на догоспитальном этапе**

1. Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с язычным паратонзиллитом на догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания, распространением процесса на корень языка и их срочная медицинская эвакуация в стационар.
* Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). При выраженном болевом синдроме и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: Кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в. Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. (B, 2++).
* При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор Декстрозы 250 мл, Натрия хлорида 0,9% - 250- 500 мл, Реамберина в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (B, 2++).
* При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) при остром стенозе гортани.

**Показания к доставке в стационар**

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
2. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°С и выше, ознобом, затруднением глотания и дыхания, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация в профильный хирургический стационар.

Особенности транспортировки

Во время транспортировки (в положении сидя, полулежа, с поднятым головным концом) больного в стационар обеспечить непрерывный мониторинг витальных функций, во избежание развития стеноза гортаноглотки, вызванного отеком окружающих тканей.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия (A, 1++)
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника в боковой проекции (A, 1++)
5. Магнитно-резонансная томография лицевой области черепа и шейного отдела позвоночника (при возможности, лучше визуализация клетчаточных пространств шеи, дна полости рта, дает более детальное представление о распространении патологического очага ). (A , 2++)
6. Клинический анализ крови (лейкоцитоз до 10-15 х103 в 1 мкл, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ.)(A, 1+)

**Лечение на госпитальном этапе**

Объем скорой медицинской помощи на стационарном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП. На консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог и врач-челюстно-лицевой хирург.

**Показания к госпитализации на профильное отделение.**

При воспалительных процессах в области корня языка существует опасность не только возникновения асфиксии, но и распространения их на окологлоточное пространство, средостение, подчелюстную область, дно полости рта. В связи с этим для обследования и лечения таких больных следует привлекать врача-оториноларинголога и врача-челюстно-лицевого хирурга и перевод на профильное отделение с целью дальнейшего консервативного и/или хирургического лечения.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, М.Я. Левин, П.Г. Назаров, К.А. Никитин Хронический тонзиллит клиника и иммунологические аспекты, СПб, «Диалог», 2005, 222 стр.
7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
8. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
9. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
10. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
11. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

**Приложение**

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОЙ НЕЙРОСЕНСОРНОЙ ТУГОУХОСТИ**

Авторы: сотрудники лаборатории слуха и речи Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова и кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова

- д.м.н., профессор Бобошко Мария Юрьевна

- д.м.н., профессор Афанасьев Василий Владимирович

- к.м.н., доцент Климанцев Сергей Александрович

- д.м.н., в.н.с. Журавский Сергей Григорьевич

**Определение.**

Нейросенсорная потеря слуха (сенсоневральная тугоухость, перцептивная тугоухость, кохлеарная невропатия) - форма снижения (вплоть до утраты) слуха, при которой поражаются какие-либо из участков звуковоспринимающего отдела слухового анализатора, начиная от нейроэпителиальных структур внутреннего уха и заканчивая корковым представительством в височной доле коры головного мозга

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| Н90.5 | Нейросенсорная потеря слуха неуточненная |

**Этиология и патогенез:** Нейросенсорная потеря слуха (нейросенсорная тугоухость) – полиэтиологичное заболевание, которое может быть как самостоятельным заболеванием, так и вторичным проявлением коморбидной патологии. Патоморфологическим субстратом нейросенсорной тугоухости является количественный дефицит невральных элементов на различных уровнях слухового анализатора, начиная от периферического участка – спирального органа и заканчивая центральным отделом, представленным слуховой корой височной доли головного мозга. Повреждение чувствительных структур улитки является основным морфофункциональным условием развития нейросенсорной тугоухости вплоть до полной глухоты. Первоначальным патоморфологическим субстратом в улитке является дистрофический процесс в волосковых клетках, который может быть обратимым при своевременном начале оказания медицинской помощи. К числу значимых этиологических факторов развития острой нейросенсорной тугоухости относятся:

1. Инфекционные заболевания (вирусные - грипп, эпидемический паротит, корь, клещевой энцефалит; бактериальные – эпидемический цереброспинальный менингит, скарлатина, дифтерия, тифы, сифилис).
2. Токсические воздействия (острые интоксикации, в т.ч. бытовые и промышленные; лекарственные ятрогенные повреждения ототоксическими препаратами – аминогликозидные антибиотики, петлевые диуретики, химиотерапевтические, нестероидные противовоспалительные средства и др.)
3. Заболевания органов кровообращения (сердечно-сосудистые - гипертоническая болезнь, ишемическая болезнь сердца; нарушения мозгового кровообращения преимущественно в вертебро-базиллярном бассейне, нарушения реологических свойств крови и др.)
4. Дегенеративно-дистрофические заболевания позвоночника (унко-вертебральный артроз С1-С4, спондилез, спондилолистез с клинической картиной «синдрома позвоночной артерии»)
5. Метаболические нарушения (хроническая почечная недостаточность, сахарный диабет, гипотиреоз)
6. Акустическая травма (высокоинтенсивное импульсное и взрывное акустическое воздействие, в т.ч. в сочетании с механической травмой лабиринта височной кости)
7. Черепно-мозговая травма и спинальная травма (ушибы головного мозга, ротационные вывихи и подвывихи С1-С2,).

**Клиническая картина и классификация.**

Характерными признаками острой нейросенсорной тугоухости является:

- внезапное одно или двустороннее понижение слуха (ухудшение разборчивости речи и восприятия звуков высокой частоты) вплоть до глухоты;

- в некоторых случаях (острая травма, нарушение кровотока в лабиринтной артерии, токсическое воздействие на структуры лабиринта) снижение слуха может сопровождаться субъективным шумом различной высоты в ухе, иногда острой вестибулярной и вегетативной дисфункцией в виде атаксии, головокружения, тошноты, потливости, тахикардии, изменения уровня артериального давления, появления спонтанного нистагма.

Среди жалоб больных па первом месте стоит нарушение слуха, в сочетании с шумом в ухе, чаще всего постоянного, преимущественно смешанной тональности.

В зависимости от возникновения, течения и степени выраженности клинических признаков заболевания, выделяют:

* По возникновению: внезапная, острая, хроническая
* По течению: обратимая, стабильная, прогрессирующая
* По степени выраженности поражения слуха в зоне от 0,5 до 4 кГц:

I степень – средняя потеря слуха не превышает 40 дБ, разговорная речь воспринимается от 3-х до 6-ти метров

II степень - средняя потеря слуха от 41 до 55 дБ, разговорная речь воспринимается от 3-х м до ушной раковины

III степень - средняя потеря слуха от 55 до 70 дБ, громкая речь воспринимается у ушной раковины

IV степень - средняя потеря слуха от 71 до 90 дБ, воспринимается крик у ушной раковины (потеря слуха более 90 дБ свидетельствует о глухоте).

Существует классификация нейросенсорной тугоухости по давности течения заболевания:

1. до 4 недель – острая нейросенсорная тугоухость
2. от 1 месяца до 3 месяцев – подострая нейросенсорная тугоухость
3. от 3 месяцев – хроническая нейросенсорная тугоухость

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб и клинической картины – внезапное (острое) снижение слуха на одно или оба уха, в сочетании или без субъективного шума в ушах и вегетативного симптомокомплекса.
2. Анамнеза заболевания – наличие коморбидных форм заболеваний, перенесенные инфекционные заболевания, прием ототоксических лекарственных средств, травма головы и шейного отдела позвоночника, чрезмерное акустическое воздействие на орган слуха.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Присутствует понижение слуха или нет, если да, на какое ухо?
* Когда и как возникло ухудшение слуха?
* Была ли динамика изменения (ухудшение, улучшение) слуха?
* С чем связано снижение слуха?
* Был ли снижен слух ранее?
* Есть ли шум в ушах или одном ухе?
* Сопровождалось ли снижение слуха головокружением?
* Какой характер головокружения: может ли пациент указать в какую сторону направлено головокружение или все кружится хаотично, без четкого направления?
* Имеются ли вегетативные нарушения (тошнота, рвота, диарея, потливость)?
* Если была рвота, стало ли головокружение и шум в ушах меньше?
* Отмечал ранее эпизоды системного головокружения?
* Был ли установлен диагноз болезни (синдрома) Меньера?
* Не страдает ли пациент отитом?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Какие значения артериального давления?
* Страдает ли пациент гипертонической, ишемической, цереброваскулярной болезнью?
* Не предшествовали снижению слуха травма головы и шейного отдела позвоночника?
* Не подвергался ли пациент интенсивному звуковому воздействию?
* Не связано ли внезапное ухудшение слуха с плаванием, приемом ванны?
* Нет ли слабости в конечностях, асимметрии лица, нарушения чувствительности, произвольных движений, зрения?
* Было ли лечение у стоматолога или зубное протезирование?

Инструментальные и др.исследования на догоспитальном этапе .

- Электоркардиография

- Глюкометрия

- Определение остроты слуха разговорной речью

- Ультразвуковая допплерография брахиоцефальных сосудов (для специализированных выездных бригад скорой медицинской помощи)

При **дифференциальной диагностике** необходимо иметь в виду другие формы заболеваний, проявляющиеся снижением слуха – лабиринтопатии (следствие хронического гнойного воспаления среднего уха, произведенной радикальной операции среднего уха, перенесенного лабиринта), поражения внутреннего уха вследствие инфекционного заболевания, интоксикации, невриномы вестибулокохлеарного нерва, нарушения мозгового кровообращения в вертебро-базиллярном бассейне, рассеянный склероз, объемные процессы головного мозга, черепно-мозговая и спинальная травма, серная пробка, сахарный диабет, гипотиреоз, хроническая почечная недостаточность и др.

Диагноз острой нейросенсорной тугоухости на догоспитальном этапе носит предположительный характер. Учитывая особую социальную значимость функции слуха для индивида установление этого диагноза, даже в предположительной форме, диктует особую тактику – экстренную цитопротекцию нейроэпителиальных структур внутреннего уха и центральных отделов слухового анализатора в головном мозге, срочную медицинскую эвакуацию в многопрофильный стационар (имеющий ЛОР-отделение) для дифференциальной диагностики, назначения или коррекции терапии.

**Лечение на догоспитальном этапе:**

При наличии оснований, дающих основание полагать, что у пациента есть признаки острой нейросенсорной тугоухости любого генеза:

- Цитофлавин (янтарная кислота 100 мг, никотинамид – 10 мг, инозин – 20 мг, рибофлавин-мононуклеотид – 2 мг.) 10-20 мл р-ра (или Мексидол 500 мг, в случае сочетания с вестибулярным симптомокомплексом) в инфузионном 0,9% - 250.0 мл растворе натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин ) или Реамбирин 250-500 мл в/в капельно (A, 1+);

- при сочетании нейросенсорной тугоухости с вестибулярной дисфункцией – терапия по клиническому протоколу «болезнь Меньера»;

- экстренная медицинская эвакуация в многопрофильный стационар с ЛОР-отделением

**Рекомендации для больных, отказавшихся от медицинской эвакуации в стационар.**

Пациентам с предположительным диагнозом острая нейросенсорная тугоухость, в целях нейроцитопротекции, показано назначение Мексидола по 125 мг 3 раза в сутки, Кавинтона по 5-10 мг 3 раза в сутки, Бетасерка по 24-48 мг в сутки в 2—3 приема, Нейромультивита по 1 табл. 3 раза в сутки, с рекомендацией срочного обращения к оториноларингологу и неврологу для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб и клинической картины (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).
2. Анамнеза заболевания (соответствует диагностике на догоспитальном этапе).

Оказание экстренной медицинской помощи в СтОСМП осуществляется при участии оториноларинголога и/или невролога. Проводится пороговая тональная аудиометрия, которая позволяет определить параллельность кривых костной и воздушной проводимости. Тугоухость может носить различный характер. Типичным для периферического уровня поражения (кохлеарной тугоухости) является нисходящий тип аудиограммы при отсутствии костно-воздушного разрыва, наличие признаков феномена ускоренного нарастания громкости (ФУНГ). При центральных корковых и подкорковых формах тугоухости чаще также выявляется нисходящий тип аудиограммы при отсутствии костно-воздушного разрыва при отсутствии ФУНГ. Значительно нарушается разборчивость речи в условиях шума и функция локализации слуха. (A, 1++)

Компьютерная томография пирамид височных костей и магнитно-резонансная томография головного мозга для исключения объемных образований головного мозга, невриномы VIII пары черепных нервов, воспалительно-деструктивных процессов в среднем ухе и улитке (A, 1+).

С целью дифференциальной диагностики с нарушением мозгового кровообращения в вертебро-базилярном бассейне необходимо проводить ультразвуковую допплерографию экстра- и интракраниальных брахиоцефальных сосудов(A, 1+).

Клинико-лабораторная диагностика (A, 1++).

**Лечение на госпитальном этапе**

 Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем СМП догоспитального этапа. В случаях непосредственного обращения пациента в СтОСМП, оказание скорой медицинской помощи в нем является первым этапом. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию вызывается врач-оториноларинголог, невролог, терапевт.

Во время пребывания пациента в СтОСМП продолжают проведение цитопротекции - Цитофлавином 10-20 мл р-ра (или Мексидолом 500 мг, в случае сочетания с вестибулярным симптомокомплексом) в инфузионном растворе натрия хлорида 0,9% - 250.0 мл или 5% р-ра декстрозы – 250 мл со скоростью 40-60 кап. в мин. или Реамбирином 250-500 мл в/в капельно (A, 1+). Кавинтон в/в, медленно 10-20 мг в инфузионном 0,9% растворе хлорида натрия или 5% декстрозы - 250 мл, максимальная скорость инфузии – 60-80 капель/мин (A, 1++). При подтверждении диагноза острая нейросенсорная тугоухость назначают инфузионное введение глюкокортикостероидов в СтОСМП, начиная с больших доз по убывающей схеме ежедневно, с продолжением терапии в ЛОР-отделении. Дексаметазон применяется в/в на 100 мл физиологического раствора в 1-й и 2-й день – 24 мг, 3-й и 4-й день – 12 мг, 5-й день – 8 мг, 6-й день – 4 мг, 7-й день – дексаметазон не вводится, 8-й день – 4 мг. Необходимо помнить, что глюкокортикостероиды нельзя смешивать с другими лекарственными препаратами в одном и том же шприце или флаконе для инфузий из-за возможности образования нерастворимых соединений.

**Показания к госпитализации на ЛОР-отделение**

1. Отсутствие эффекта от лечения на догоспитальном этапе и необходимость проведения дифференциальной диагностики.
2. Больным с понижением слуха, выраженными явлениями системного головокружения, шумом в ушах и вегетативной дисфункцией (продолжающаяся тошнота, рвота, не приносящая облегчения), показана срочная госпитализация в ЛОР – отделение стационара.

**Течение и прогноз.**

Продолжают гормональную терапию, начатую в СтОСМП. Из спазмолитических средств, улучшающих микроциркуляцию и реологические свойства крови, при острой нейросенсорной тугоухости, особенно в сочетании с вестибулярными нарушениями и ушным шумом, назначают Пентоксифиллин по 300 мг (3 ампулы по 5 мл) в сутки ежедневно в/в капельно на 500 мл физиологического раствора или коллоидного плазмозамещающего раствора (Гидроксиэтилкрахмала), вводимых медленно в течение 5-7 часов. Кавинтон в/в, медленно 20 мг в инфузионном 0,9% растворе хлорида натрия или 5% декстрозы - 250 мл, максимальная скорость инфузии – 60-80 капель/мин – 8-10 дней. (A, 1++).

Кроме того, показано назначение препаратов из группы антигипоксантов и антиоксидантов. С этой целью могут быть использованы мексидол 5% – 4 мл в/в струйно на 16 мл физиологического раствора или цитофлавин 10% – 10 мл в/в капельно на 250 мл физиологического раствора или 5%декстрозы. С целью дегидратации, по показаниям, можно рекомендовать введение магния сульфата 25% – 10 мл внутривенно медленно.

Проводят лечение сопутствующих заболеваний.

После окончания курса в/в терапии, как правило, переходят на таблетированные препараты. Прогноз эффективности лечения нейросенсорной тугоухости зависит от многих факторов – своевременности начала лечения, качества диагностики, этиопатогенетической терапии, комплексности и систематичности. Считается, что эффективность начала лечения в первые 4 недели от начала заболевания составляет 70-90%; в сроки от 1 до 3-х месяцев – 30-70%.

**Рекомендуемый список литературы:**

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. Hesse G., Andreas R., Schaaf H., Laubert A. DPOAE und laterale Inhibition bei chronischem Tinnitus // HNO. – 2008. – Vol. 56, N 7. – S. 694-700.
3. Я.А Альтман. Руководство по аудиологии / Я.А. Альтман, Г.А. Таварткиладзе. – М.: ДМК Пресс, 2003. – 360 с.
4. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
5. Бабияк В.И. Вестибулярная функциональная система / В.И. Бабияк, Ю.К. Янов. –СПб. : Гиппократ, 2007. – 432 с.
6. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.: ил
7. Бобошко М.Ю. Речевая аудиометрия: учебное пособие. – СПб: Изд-во СПбГМУ, 2012. – 64 с.
8. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
9. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
10. Практическое руководство по сурдологии / А.И. Лопотко [и др.]. – СПб.: Диалог, 2008. – 274 с.
11. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
12. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
13. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
14. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ ГНОЙНОМ СРЕДНЕМ ОТИТЕ**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение.** Острый гнойный средний отит - это воспаление среднего уха. Воспалительный процесс при нем не ограничивается барабанной полостью, а распространяется на все полости среднего уха (слуховую трубу и ячейки сосцевидного отростка).

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| H66.0 | Острый гнойный средний отит |

**Классификация.** С практической точки зрения важным является разделение острого среднего отита на доперфоративную стадию (острый катаральный средний отит) и стадию перфоративную (острый гнойный средний отит) так как лечение при них имеет свои особенности. Заболевание чаще наблюдается у детей, чем у взрослых, что объясняется особенностями детского уха и организма в целом.

**Этиология.** Возникает острый средний отит при попадании возбудителя (стрептококка, пневмококка, стафилококка и другой микрофлоры) в барабанную полость в условиях нарушенной реактивности организма. Наиболее частым путем проникновения инфекции в среднее ухо является тубарный. Факторами, способствующими этому являются - неправильное сморкание (одномоментно через обе половины носа), чихание, кашель, повышающие давление в носоглотке, вследствие чего инфицированная слизь форсированно преодолевает барьер мерцательного эпителия слуховой трубы. Предрасполагающими моментами для возникновения острого среднего отита служат хронические процессы в носу и носоглотке (острые и хронические риниты, синуситы, аденоиды и другие заболевания) нарушающие вентиляционную и дренажную функции слуховых труб.

Частота возникновения острого среднего отита у детей объясняется тем, что в раннем детстве слуховая труба короткая, широкая и расположена более горизонтально, чем у взрослых. В первые месяцы жизни новорожденного в барабанной полости содержится миксоидная ткань, являющаяся хорошей средой для развития микробной флоры. В этот период у детей еще не сформирован системный и местный иммунитет, и они чаще болеют острыми инфекционными заболеваниями, которые нередко осложняются острым отитом.

**Патогенез.** Резкое утолщение слизистой оболочки барабанной полости, сосредоточение в ней гнойного экссудата приводят к повышению давления и сдавлению нервных окончаний и рецепторов. Этим объясняется резкая боль в ухе при остром гнойном среднем отите. Происходит всасывание токсинов в кровь, микробов, продуктов воспаления, что способствует появлению лихорадки и признаков интоксикации. Сосредоточение экссудата в барабанной полости сопровождается нарушением слуха по типу поражения звукопроводящего аппарата. Давление экссудата на барабанную перепонку вызывает ее прорыв и оторею, что способствует стиханию оталгии.

**Патологическая анатомия**. Воспалительный процесс в барабанной полости начинается с гиперемии (расширение кровеносных сосудов) и нарушение проницаемости сосудистой стенки. Это приводит к отеку и последующей мелкоклеточной инфильтрации слизистой оболочки барабанной полости. Барабанная перепонка становиться толще (в 20-30 раз) В барабанной полости появляется экссудат. Сначала серозный, в дальнейшем он становиться слизисто-гнойным и содержит большое количество полиморфно-ядерных лейкоцитов. Эпителий местами эрозируется, появляются грануляции.

**Клиническая картина.** Симптомы острого воспаления среднего уха могут быть самыми разнообразными. Начинается заболевание обычно остро с ощущения полноты и заложенности в ухе, понижения слуха, шума и сильных стреляющих болей в ухе, повышения температуры тела. Обычно сильная и нарастающая боль ощущается в глубине уха и отдает в теменно-височную область или в затылок, иногда в зубы. В последнем случае зубная боль может быть настолько выраженной и маскирующей боль в ухе, что больные обращаются к зубному врачу.

**При отоскопии** отмечается инъекция сосудов барабанной перепонки и ее втянутость в сторону барабанной полости, что подтверждается укорочением светового конуса (начальная стадия), позже развивается выраженная ее гиперемия (рис.1).



**Рис. 1.** Острый катаральный средний отит.

Опознавательные пункты (рукоятка молоточка, короткий отросток) делаются неразличимыми, световой рефлекс (конус) исчезает. При скоплении в барабанной полости экссудата определяется выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход (рис. 2. а) с последующим самостоятельным прорывом гноя, то есть образование перфорации (рис.2. б ), после чего боли стихают и температура тела снижается. В области прободения виден так называемый пульсирующий рефлекс, зависящий от капельки гноя, выделяющейся через перфорацию под давлением из барабанной полости. Эта пульсация в свою очередь зависит от пульсации расширенных сосудов слизистой оболочки барабанной полости. Выделения из уха вначале бывают серозно-кровянистые, а затем слизисто-гнойные, более густые, обычно без запаха.

а  б 

**Рис. 2**. а– выпячивание барабанной перепонки в слуховой проход; б – перфорация в натянутой части барабанной перепонки.

В типичном течении острого среднего отита различают три периода. В начальном периоде симптомы как местные, так и общие характеризуют возникновение и нарастание воспалительного процесса. Во втором периоде, наступающем после прободения барабанной перепонки и появления гноетечения, воспалительный процесс постепенно регрессирует со смягчением местных и общих симптомов и нормализацией температуры тела и показателей крови. Третий период - это период разрешения воспалительного процесса, то есть прекращения гноетечения, закрытия перфорации, восстановления слуха. Указанные периоды болезни продолжаются чаще всего 15-20 дней.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб больного
2. Анамнеза заболевания
3. Объективного осмотра - отоскопии при наличии отоскопа

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Когда возникли боли в ушах?
* Есть ли шум в ушах или одном ухе?
* Присутствует понижение слуха или нет, если да, на какое ухо?
* На каком фоне возникли боли в ушах и понижение слуха? Предшествовало ли этому ОРВИ?
* Есть ли выделения из ушей, какого они характера (водянистые, желтоватые, гнойные)?
* Когда появились выделения из ушей болевой синдром стал выражен меньше?
* Есть ли боли в заушной области?
* Как дышит нос и есть ли выделения из носа?
* Отмечал ранее отиты на оба или одно ухо**?**
* Когда был последний отит?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли приступ применяемыми лекарственными средствами?

**Лечение на догоспитальном этапе**

* + - 1. Общее лечение на догоспитальном этапе заключается в назначении:
	1. Жаропонижающие препараты (Парацетамол внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г; Детям ректально 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет — 120–240мг, от 3 мес до 1 года — 24–120 мг) (B, 2++)
	2. Болеутоляющие лекарственные средства (Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора, или Кеторолак 10 - 30 мг вводят в/м, в/в.).(A, 1+)

2.Местное лечение:

Сосудосуживающие средства в нос - ксилометазолин интраназально взрослым и детям старше 6 лет по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю, детям до 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждую ноздрю (A, 1++)

**Показания к медицинской эвакуации пациента в стационар**

Больным с выраженным болевым синдромом в области уха или заушной области, перфоративным отитом, значительным понижением слуха, наличием выделений их ушей, явлениями системного головокружения, шумом в ушах показана срочная доставка в стационар.

**Рекомендации для больных, не имеющих показаний к доставке в стационар, или отказавшихся от медицинской эвакуации**

 Пациентам с острым неперфоративным средним отитом показано назначение сосудосуживающих препаратов в нос с рекомендацией обратиться в ближайшие сутки к врачу-оториноларингологу для получения медицинской помощи в амбулаторных условиях.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб больного.
2. Анамнеза заболевания.
3. Объективного осмотра – отоскопический осмотр (гиперемия барабанной перепонки, отсутствие или стертость опознавательных контуров, выделения в наружном слуховом проходе, перфорации барабанной перепонки).
4. Результатов тональной аудиометрии (нарушение слуха по кондуктивному типу). (B, 2++).
5. Рентгенография в проекции Шюллера и Майера в перфоративной стадии для исключения мастоидита и деструктивных явлений в среднем ухе (B, 2++).
6. Компьютерная томография пирамид височных костей (при возможности, дает более детальное представление о целостности структур среднего уха) (B, 2++).

**Лечение на госпитальном этапе.**

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть вызван врач-оториноларинголог.

**Показания к госпитализации.**

Больным с выраженным болевым синдромом в области уха или заушной области, перфоративным отитом, значительным понижением слуха, наличием выделений их ушей, явлениями системного головокружения, шумом в ушах показан перевод на ЛОР-отделение.

**Прогноз.** При наличии хорошей реактивности организма и/или рационального своевременного лечения острый гнойный средний отит может закончиться рассасыванием экссудата, полным восстановлением функции слизистой оболочки и слуха. Случается, что экссудат не рассасывается, а организуется с появлением рубцов и спаек, что приводит к развитию хронического адгезивного средного отита.

Острый отит в ряде случаев может протекать атипично. Объясняется это измененной реактивностью организма, спецификой возбудителя, а иногда особенностями строения височной кости. В таких случаях острое воспаление среднего уха может перейти в хроническую форму или явиться причиной острого мастоидита и тяжелых внутричерепных осложнений.

**Рекомендуемый список литературы:**

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Вестибулярная функциональная система / В.И. Бабияк, Ю.К. Янов. –СПб. : Гиппократ, 2007. – 432 с.
4. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с.: ил
5. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
6. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
7. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
8. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
9. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
10. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ** ОСТРОМ ЛАРИНГИТЕ

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение. Острый катаральный ларингит** - диффузное воспаление слизистой оболочки, подслизистого слоя гортани.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J04.0 | Острый ларингит |

**Этиология и патогенез.**

Острый ларингит сравнительно редко наблюдается как самостоятельное заболевание. Он является проявлением гриппа, аденовирусных инфекций, парагриппа, при которых в воспалительный процесс вовлекается также слизистая оболочка носа и глотки, а иногда нижних дыхательных путей. Таким образом, на первое место среди причин развития острого ларингита выходят респираторные вирусы.

Бактериальная флора (прежде всего кокковая) также может стать, причиной острого воспаления слизистой оболочки гортани. При этом она может вызвать заболевание самостоятельно или в сочетании с респираторными вирусами. Бактерии, вызывающие острый ларингит чаще являются сапрофитами, они становятся патогенными под влиянием эндогенных и экзогенных факторов. К экзогенным факторам относятся термическое раздражение гортани или организма в целом, злоупотребление табаком и алкоголем, перенапряжение голоса, воздействие пыли, пара, газов и других профессиональных вредных факторов. К эндогенным факторам относят заброс кислого содержимого желудка в гортаноглотку, нарушение обмена веществ. В возникновении острых ларингитов существенную роль играют заболевания околоносовых пазух, глотки, а также заболевания нижних дыхательных путей, сопровождающихся кашлем, раздражающим гортань.

Патоморфологические изменения сводятся к гиперемии, мелкоклеточной инфильтрации и серозному пропитыванию слизистой оболочки, подслизистого слоя, даже внутренних мышц гортани.

Клиническая картина*.*

Характерно острое начало заболевания, появляется сухость, першение в горле, чувство инородного тела в горле, сухой кашель, нередко судорожный, надсадный, болезненный. Повышение температуры тела может быть в том случае, когда острый ларингит сопровождает острое респираторное вирусное заболевание. Голос быстро утомляется, появляется охриплость, даже афония. Приступы кашля могут сопровождаться явлениями ларингоспазма. Обычно, через несколько дней кашель становится влажным.

Ларингоскопически определяется диффузно гиперемированная несколько отечная слизистая оболочка гортани. В просвете гортани виден вязкий секрет в виде тяжей между складками. Нередко наблюдается неполное смыкание голосовых складок, связанное с воспалением голосовой или черпаловидной мышц. Вязкий секрет на голосовых складках также препятствует их смыканию, в этом случае после откашливания улучшается голос. В тяжелых случаях в просвете гортани образуются корки, нередко с геморрагическими включениями. Корки в просвете гортани могут привести к удушью.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. **Сбор жалоб и анамнеза заболевания**

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
1. Какая температура тела?
2. Есть ли изменения голоса (осиплость, афония)?
3. Когда возникли нарушения голоса?
4. На фоне чего возникла осиплость? Предшествовало этому ОРВИ?
5. Отмечает затруднение глотания? Не затруднён ли приём пищи?
6. Есть ли боли в горле?
7. Боль ощущается при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
8. Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
9. Есть затруднение дыхания в горизонтальном положении тела?
10. Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
11. Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
12. Купируется ли осиплость и боль в горле применяемыми лекарственными средствами?
13. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов)
14. Осмотр полости рта.
* Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
* Состояние слизистой оболочки небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация)
* Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений)
* Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки (гиперемированное выпячивание, флюктуирующее при пальпации)
1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.

Основанием для диагноза острого ларингита являются:

* Анамнез заболевания (острое начало)
* Исключение патологии глотки
* Объективное изменение голоса вплоть до афонии

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

**Лечение на догоспитальном этапе.**

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с острым ларингитомна догоспитальном этапе является выявление больных с подозрением на дифтерию гортаноглотки и/или угрозой развития стеноза гортани, и их срочная доставка в стационар.

В случае повышения температуры тела выше 37,5°С (у детей свыше 38,0°С) рекомендованы жаропонижающие препараты (парацетамол внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г., и ректально  детям 6–12 лет — 240–480 мг, 1–6 лет — 120–240 мг, от 3 мес до 1 года — 24–120 мг; взрослым метамизол натрия  в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2 мл 50% или 25% раствора, или кеторолак 10 - 30 мг вводят в/м, в/в.) (D, 2+)

Дифференциальный диагноз проводится с дифтерией. При дифтерии начало заболевания постепенное, всегда есть нарушение общего состояния организма, тахикардия. При функциональных дисфониях может наблюдаться легкая гиперемия слизистой оболочки только голосовых складок, кроме того, при наличии грубой дис- или афонии звучными остаются плач, кашель, смех.

**Показания к медицинской эвакуации в стационар**

* Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°С и выше, ознобом, слабостью, афонией, затруднением дыхания, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная медицинская эвакуация в стационар.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

1. **Сбор жалоб и анамнеза заболевания**
2. **Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.**
3. Фиброларингоскопия (гиперемированная несколько отечная слизистая оболочка гортани, гиперемия голосовых складок). (A, 1++)

**Лечение на госпитальном этапе.**

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть приглашен врач-оториноларинголог.

**Показания к госпитализации.**

* Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 37,5°С и выше, ознобом, слабостью, афонией, затруднением дыхания, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация на профильное отделение.

**Рекомендуемый список литературы:**

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с: ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Рябова М.А., Немых О.В. Хронический ларингит: принципы патогенетического лечения. – СПб, 2010. – 140 с.
10. Рябова М.А., Немых О.П. Хронический ларингит. СПб.-«Диалог», 2010.-133с
11. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

**Приложение**

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ О**СТРОМ СИНУСИТЕ

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение.** Острый синусит это воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и составляет около 30% всех заболеваний уха и верхних дыхательных путей среди стационарных больных и 15-16% среди амбулаторных.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J01 | Острый синусит |

**Патогенез.** Острые воспалительные заболевания околоносовых пазух чаще всего возникают в результате инфицирования слизистой оболочки пазух при остром насморке различной этиологии. Реже причиной острых гнойных гайморитов являются заболевания корней четырех задних верхних зубов (одонтогенный гайморит). Предраспологающими факторами для возникновения острых синуситов служит различная патология в полости носа (хронические риниты, искривление перегородки носа, аденоиды и др.).

При острых воспалениях околоносовых пазух наиболее часто встречаются пневмококк, золотистый стафилококк, стрептококк, клебсиелла, а также вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы и другие

**Классификация.** Острые риносинуситы можно разделить по локализации воспалительного процесса:

1. верхнечелюстной синусит (гайморит);
2. фронтит;
3. этмоидит;
4. сфеноидит.

На первом месте по частоте заболеваний стоит верхнечелюстная пазуха, затем решетчатый лабиринт (преимущественный вариант поражения у детей первых лет жизни), лобная и клиновидная пазухи. Изолированным заболевание пазух бывает редко, чаще поражается несколько пазух.

**Клиническая картина.**

Субъективные расстройства при **остром гайморите** заключаются в головной боли в пределах всей половины лица, ощущения напряженности и тяжести в области щеки, изменения локализации болевых ощущений при наклоне головы, нарушения носового дыхания и появления гнойных выделений из носа, снижение обоняния. В первые дни заболевания могут быть выражены общие симптомы в виде озноба, повышенной температуры тела и ухудшения самочувствия. При возможности проведения передней риноскопии обычно выявляется гиперемия и отек слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие слизисто-гнойного отделяемого в нем и нередко характерная полоска гноя, вытекающая из-под средней раковины.

**Острый фронтит**

Фронтит характеризуется жалобами на боль в области лба, которая усиливается при перкуссии и пальпации проекции передней стенки лобной пазухи. Головная боль может сопровождаться слезотечением и светобоязнью. Появление отечности и гиперемии кожи, которые распространяются на внутренний угол глаза и верхнее веко, свидетельствуют о распространенном флебите и возможном остеите стенок орбиты.

При проведении передней риноскопии определяется гиперемия и отек слизистой оболочки в области среднего носового хода, наличие гнойных выделений. По этиологии, патогенезу и морфологическим изменениям фронтит не отличается от риногенного гайморита.

Диагноз подтверждается данными рентгенографии, позволяющими дифференцировать острый фронтит с невропатией тройничного нерва. При этом всегда необходимо учитывать, что лобная пазуха может отсутствовать (как вариант нормы), что может привести к серьезным диагностическим ошибкам.

**Острый этмоидит**

Воспаление клеток решетчатого лабиринта наблюдается чаще всего в сочетании с воспалением других околоносовых пазух. Больной может предъявлять жалобы на боль в области корня носа и внутреннего края орбиты, затруднение носового дыхания, выделения из носа. Чаще всего отмечается снижение или отсутствие обоняния. Острый этмоидит часто наблюдается у детей раннего возраста. Он может стать причиной возникновения различных внутричерепных и внутриглазных осложнений.

**Острый сфеноидит**

Сфеноидит редко бывает изолированным и характеризуется головной болью в затылочной области и в области орбиты. Выделения из носа скудные или вообще отсутствуют, поскольку стекают в носовую часть глотки и их можно обнаружить лишь при задней риноскопии.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагноз на догоспитальном этапе устанавливают на основании:**

1. Жалоб больного.
2. Анамнеза заболевания.
3. Объективного осмотра (осмотр зоны входа в нос, пальпация и перкуссия проекции передних стенок верхнечелюстных и лобных пазух, стоматофарингоскопия).

Диагноз острого синусита на догоспитальном этапе сложен, носит предположительный характер и, учитывая возможность развития внутричерепных осложнений (риногенные менингиты и менингоэнцефалиты, тромбозы венозных синусов, абсцессы головного мозга и сепсис) всегда должен трактоваться в пользу активной лечебной тактики, т.е. экстренной медицинской эвакуации в стационар для исключения этого состояния.

Рекомендуемые вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Присутствует ли заложенность носа?
* Есть ли выделения из носа, какого они характера (слизистые, гнойные)?
* Есть ли чувство стекания отделяемого по задней стенки глотки?
* Отмечаете ли снижение обоняния или его извращения?
* На каком фоне возникли задолженность носа и появились выделения из носа? Предшествовало ли этому ОРВИ?
* Была ли у Вас экстракция зубов верхней челюсти за последние 2-3 недели?
* Есть ли лицевые боли (в проекции верхнечелюстных и лобных пазух) или головные боли, усиливаются (изменяются) ли они при наклоне?
* Отмечал ранее синуситы**?** Когда был последний случай синусита?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Отмечал ли улучшение от применяемых лекарственных средств?

**Лечение на догоспитальном этапе.**

Оказание медицинской помощи на догоспитальном этапе при подозрении на острый синусит заключается в восстановлении дренажной функции и вентиляции околоносовых пазух, восстановление мукоцилиарного клиренса.

1. Общее лечение на догоспитальном этапе заключается в назначении:

При острой боли и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в., с учетом выраженности болевого синдрома. Метамизол в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес. до 1 года— 24–120мг (B, 2++).

1. Местное лечение складывается из мер, способствующих оттоку гноя из пазухи и рассасыванию имеющейся инфильтрации слизистой оболочки носа.

- Сосудосуживающие средства в нос (ксилометазолин или аналоги галазолин, ксимелин, тизин). Применяют интраназально, возможно через небулайзер. Взрослым и детям старше 6 лет — по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю, детям до 6 лет — по 1–2 капли 0,05% раствора в каждую ноздрю (A, 1++).

**Показания к доставке в стационар**

 Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа показана срочная медицинская эвакуация в стационар.

**Рекомендации для больных, не имеющих показаний к доставке в стационар или отказавшихся от медицинской эвакуации.**

Учитывая трудность диагностики острого синусита, а также высокий риск возникновения внутричерепных осложнений, необходимо рекомендовать интраназальное введение из распылителя (через небулайзер) ксилометазолина или его аналогов (галазолин, ксимелин, тизин) с учетом допустимых доз и кратности применения для детей и взрослых. Для восстановления мукоцилиарного клиренса, оттока патологического содержимого из полости носа показано интраназальное введение аэрозоля, капель Аквамариса или его аналогов. Пациентам с подозрением на острый синусит необходимо обратиться к оториноларингологу для получения амбулаторной помощи в течение 24 часов, а при появлении озноба, усиления головной боли, рвоты, нарушения зрения – немедленный вызов скорой медицинской помощи.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагноз на госпитальном этапе устанавливают на основании:**

* Жалоб больного
* Анамнеза заболевания
* Объективного осмотра – риноскопический осмотр (гиперемия и отек слизистой оболочки полости носа, наличие слизисто-гнойного отделяемого в общем носовом ходе и нередко характерная полоска гноя в среднем носовом ходе); пальпация и перкуссия проекции верхнечелюстных и лобных пазух.
* Клинический анализ крови.
* Рентгенография в прямой и боковой проекции околоносовых пазух (A, 1++)
* Компьютерная томография околоносовых пазух (дает более детальное представление о состоянии околоносовых пазух; назначается всегда при подозрении на сфеноидит) (B, 1++).

**Лечение на госпитальном этапе.**

 Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе включает в себя объем скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог.

 Больным с изменениями пневматизации только верхнечелюстных пазух по результатам рентгенологического исследования врач-оториноларинголог определяет показания к пункции верхнечелюстных пазух. При отсутствии гнойного отделяемого, отсутствия очаговых, оболочечных симптомов, стабильной гемодинамике, больные, могут быть направлены на амбулаторное лечение.

**Показания к госпитализации на ЛОР-отделение стационара**

1. Больным с выраженными лицевыми болями и головной болью, затруднением носового дыхания, фебрильной температурой, гнойными выделениями из носа.
2. Изменение пневматизации или наличие уровня жидкости в лобных и клиновидных пазух по данным рентгенологического исследования.
3. Наличие гнойного отделяемого при пункции верхнечелюстных пазух.
4. В целях проведения дифференциальной диагностики и наблюдения, больные с подозрением на возможное поражение околоносовых пазух и исключения внутричерепных осложнений могут наблюдаться в СтОСМП на койках краткосрочного пребывания до 3 суток.

Рекомендуемый список литературы:

1. Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
2. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
3. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
4. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
5. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
10. Пискунов Г.З. Клиническая ринология. Руководство для врачей/Г.З.Пискунов, Пискунов С.З.-М.«МИА»,- 2006,-559 с.
11. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.
12. Тулебаев Р.К., Кудасов Т.Р. Диагностика, профилактика и лечение синуситов в амбулаторных условиях (под редакцией Заслуженного деятеля науки РФ, профессора М.С. Плужникова). Санкт-Петербург: «Диалог», 2007 – 216 с.

**Приложение**

**Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).**

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)**

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

**Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)**

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ПАРАТОНЗИЛЛИТЕ (ПАРАТОНЗИЛЛЯРНОМ АБСЦЕССЕ)**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение.** Паратонзиллит (паратонзиллярный абсцесс) - обострение хронического тонзиллита проявляющиеся воспалением околоминдаликовой клетчатки. В большинстве случаев паратонзиллитом болеют в возрасте от 15 до 30 лет, заболевание одинаково часто поражает мужчин и женщин.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J36 | Перитонзиллярный абсцесс |

**Этиология и патогенез.** Проникновению инфекции из миндалины в паратонзиллярную клетчатку способствуют глубоко пронизывающие миндалину крипты, особенно в верхнем полюсе. Частые обострения хронического тонзиллита сопровождаются рубцеванием, в области устьев крипт, небных дужек способствуют сращению их с миндалиной. Впоследствии это затрудняет дренаж крипт и способствует распространению инфекции через капсулу миндалины. В области верхнего полюса миндалины вне капсулы локализуются слизистые железы Вебера, которые при хроническом тонзиллите вовлекаются в процесс и способствуют распространению инфекции непосредственно в паратонзиллярную область, которая в верхнем полюсе представлена рыхлой клетчаткой. Иногда в надминдаликовом пространстве в толще мягкого неба имеется добавочная долька миндалины, в которой также возможно развитие абсцесса.

В части случаев паратонзиллит может иметь одонтогенную природу. Нельзя исключить гематогенный путь поражения паратонзиллярной клетчатки при острых инфекциях и травматический характер возникновения заболевания.

Наиболее часто при паратонзиллитах встречается смешанная микрофлора: стафилококк, гемолитический стрептококк, пневмококк, негемолитический стрептококк, дифтерийная палочка, грибы, энтерококк в сочетании с кишечной палочкой и др.

**Классификация.**

По клинико-морфологическим изменениям выделяют три формы паратонзиллита: отечную, инфильтративную и абсцедирующую. Отечная форма воспаления бывает очень редко, инфильтративная — у 15—20% и в большинстве случаев наблюдается абсцедирующая форма — у 75—90% больных.

Выделяют несколько локализаций паратонзиллярного абсцесса:

1. Супратонзиллярная локализация (передневерхняя), встречается в 73% случаев (абсцесс локализуется между капсулой миндалины и верхней частью передней небной дужкой);
* Задняя локализация, встречается в 16% случаев (абсцесс локализуется между небной миндалиной и задней дужкой);
* Нижняя локализация, встречается в 7% случаев (абсцесс локализуется между нижним полисом миндалины и боковой стенкой глотки);
* Боковая локализация (латеральная), встречается в 4% случаев (абсцесс локализуется между средней частью миндалины и боковой стенкой глотки).

**При передневерхнем или переднем паратонзиллите** отмечается резкое выбухание верхнего полюса миндалины вместе с небными дужками и мягким небом к средней линии, поверхность которого напряжена и гиперемирована, язычок смещен в противоположную сторону, миндалина оттеснена также книзу и кзади.

**Задний паратонзиллит**, локализуясь в клетчатке между задней дужкой и миндалиной, может распространиться на дужку и боковую стенку глотки. При фарингоскопии в этой же области отмечается припухлость. Небная миндалина и передняя дужка могут быть мало изменены, язычок и мягкое небо обычно отечны и инфильтрированы.

**Нижний паратонзиллит** имеет менее выраженные фарингоскопические признаки. Отмечаются лишь отек и инфильтрация нижней части передней дужки, однако субъективные проявления болезни при этой локализации значительны. В процесс обычно вовлекается и прилежащая часть корня языка, иногда бывает отек язычной поверхности надгортанника.

**Наружный, или боковой паратонзиллит** встречается реже остальных форм, однако является наиболее тяжелым, при этой локализации выражены отечность и инфильтрация мягких тканей шеи на стороне поражения, кривошея, тризм. Со стороны глотки воспалительные изменения бывают меньше. Отмечаются умеренное выбухание всей миндалины и отечность окружающих ее тканей.

**Клиническая картина.**

Паратонзиллярный абсцесс чаще возникает на фоне ангины или через несколько дней после ее завершения. Сначала в околоминдаликовой клетчатке появляются гиперемия сосудов, нарушение их проницаемости, развивается отек и наступает мелкоклеточная инфильтрация. Всасывание бактериальных токсинов и продуктов воспалительной реакции вызывает лихорадку, явления интоксикации, изменение состава крови. Сдавливание нервных стволов вызывает резкую боль, нарушения со стороны центральной и вегетативной нервной системы. Абсцесс образуется вследствие гнойного расплавления паратонзиллярного инфильтрата. Заболевание начинается с появления боли при глотании, которая постепенно становится постоянной и резко усиливается при попытке проглотить слюну, иррадиирует в ухо, зубы. Появляются головная боль, общая разбитость, температура тела повышается до фебрильных цифр, больные отказываются от пищи и питья. Возникает выраженный тризм жевательной мускулатуры. Речь становится невнятной и гнусавой. В результате воспаления мышц глотки и шейного лимфаденита возникает болевая реакция при поворотах головы, больной держит голову набок и поворачивает ее при необходимости вместе со всем корпусом.

Общее состояние больного становится тяжелым не только потому, что имеется гнойное воспаление в глотке и интоксикации, но и в связи с мучительной болью в горле, нарушением сна, невозможностью проглотить жидкость и голоданием.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Как давно болит горло?
* На фоне чего возникли боли в горле?
* Употреблял ли пациент накануне рыбу?
* Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
* Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
* Не затруднён ли приём пищи?
* Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
* Нет ли припухлости мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?
1. Обследование пациента с паратонзиллярным абсцессом включает несколько этапов.
	1. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).
	2. Осмотр полости рта.
* Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы
1. Состояние слизистой небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация, наличие асимметрии зева)
2. Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений).
3. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
4. Определение тризма мышечной мускулатуры

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе

- стоматофарингоскопия

**Лечение на догоспитальном этапе.**

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с паратонзиллитом на догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания и их срочная медицинская эвакуация в стационар.

 Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). При выраженном болевом синдроме и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в; метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес. до 1 года— 24–120мг (B, 2++).

При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38°С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию, 5% раствор декстрозы 250 мл, 0,9% физиологический раствор 250-500 мл, Реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл).(B, 2++)

**Показания к медицинской эвакуации в стационар**

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания
* Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38°С и выше, ознобом, затруднением глотания и дыхания, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная доставка в стационар имеющий ЛОР-отделение.

Особенности транспортировки.

* Во время транспортировки больного в стационар проводится мониторинг витальных функций, во избежание удушья, вызванного отеком окружающих тканей.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия (при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку). (C, 2+)
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника (только при подозрении на распространение на мягкие ткани шеи)(C, 2++)
5. Клинический анализ крови (лейкоцитоз до 10-15 х103 в 1 мкл, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ)(A, 1+)

**Лечение на госпитальном этапе.**

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог.

**Показания к госпитализации на профильное отделение.**

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
2. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38° С и выше, ознобом, затруднением глотания и дыхания, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов.

Рекомендуемый список литературы:

Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages

1. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
3. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
4. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
5. М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, М.Я. Левин, П.Г. Назаров, К.А. Никитин Хронический тонзиллит клиника и иммунологические аспекты, СПб, «Диалог», 2005, 222 стр.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
10. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ И ПАРАФАРИНГЕАЛЬНОМ АБСЦЕССЕ**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова:

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

### РЕТРОФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС

### Определение. Ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс представляет собой гнойное расплавление лимфатических узлов и рыхлой клетчатки заглоточного пространства. Заглоточный абсцесс встречается, главным образом, у ослабленных детей грудного возраста, на 2-м, реже 3-м году жизни, реже к 6 годам.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J39.0 | Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс |

**Этиология и патогенез.** Инфицирование лимфатических узлов с последующим развитием абсцесса происходит по лимфатическим путям при патологии полости носа, носоглотки, слуховой трубы и среднего уха или при детских инфекциях, гриппе. В более старшем возрасте причиной может быть кариес зубов, травма задней стенки глотки. У взрослых наблюдаются заглоточные абсцессы специфического характера - «холодные» (при туберкулезном или сифилитическом спондилите верхних шейных позвонков).

**Клиническая картина.** Различают острое, подострое и хроническое течение заглоточного абсцесса. Наиболее часто наблюдается острое течение. По клинико-морфологическим изменениям выделяют инфильтративную и абсцедирующую формы ретрофарингеального абсцесса. При этом **ведущим симптомом**, особенно в случае локализации абсцесса в нижнем отделе глотки, является затрудненное дыхание с характерным хрипом в горизонтальном положении больного (вследствие выраженного отека слизистой оболочки, прикрывающей вход в гортань). Постоянный симптом - припухание, болезненность лимфатических узлов зачелюстной области и верхних боковых шейных лимфатических узлов, вследствие чего наблюдается вынужденное положение головы (наклон в сторону абсцесса). Пациент отказывается от пищи, поскольку глотание вызывает боль. Характерна высокая температура тела (до 38-39°С).

**Фарингоскопически -** асимметрично расположенное, гиперемированное выпячивание слизистой оболочки задней стенки глотки, нередко одностороннее

При подостром и хроническом течении следует заподозрить специфический натечный абсцесс.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
* Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента (поскольку, заболевание чаще встречается в детском возрасте, вопросы могут быть адресованы родителям пациента)
* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Как давно болит горло?
* На фоне чего возникли боли в горле?
* Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
* Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
* Не затруднён ли приём пищи?
* Есть затруднение дыхания в горизонтальном положении тела?
* Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
* Нет ли отека мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?
1. Обследование пациента с ретрофарингеальным абсцессом включает несколько этапов.
	* Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).
	* Осмотр полости рта.
* Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы.
* Состояние слизистой оболочки небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация).
* Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений).
* Состояние слизистой оболочки задней стенки глотки (гиперемированное выпячивание, флюктуирующее при пальпации.)
	1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.

**Инструментальные исследования на догоспитальном этапе**

-стоматофарингоскопия

**Оказание скорой медицинской помощи на догоспитальном этапе.**

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с ретрофарингеальным абсцессомна догоспитальном этапе является выявление больных с абсцедирующей формой заболевания и их экстренная медицинская эвакуация в стационар.

* Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). При выраженном болевом синдроме и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в. Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес до 1 года— 24–120мг (B, 2++).
* При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор декстрозы 250 мл, натрия хлорид 0,9% - 250- 500 мл), Реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (B, 2++).
* При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при остром стенозе гортани.

**Показания к медицинской эвакуации в стационар**

* Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
1. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38 °С и выше, ознобом, слабостью, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная доставка в стационар, имеющий ЛОР-отделение.

Особенности транспортировки больных.

* Во время медицинской эвакуации (в положении сидя, полулежа, с поднятым головным концом) больного в стационар обеспечить непрерывный мониторинг витальных функций, во избежание развития стеноза гортаноглотки, вызванного отеком окружающих тканей.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

* Сбор жалоб и анамнеза заболевания
* Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
* Рентгенография шейного отдела позвоночника (A, 1++), по показаниям МРТ.
* Пункции инфильтрата с последующим бактериологическим исследованием содержимого. В случае подозрения на опухоль производят биопсию.(B, 2++).
* Клинический анализ крови (лейкоцитоз до 10-15 х103 в 1 мкл, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ.)(A, 1+).

**Лечение на госпитальном этапе.**

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию должен быть приглашен врач-оториноларинголог.

**Показания к госпитализации.**

1. Больные с инфильтративной и абсцедирующими формами заболевания.
2. Больным с выраженными явлениями интоксикации, повышением температуры тела до 38 °С и выше, ознобом, слабостью, коллатеральным отёком окружающих тканей, увеличением регионарных лимфатических узлов показана срочная госпитализация в ЛОР-отделение стационара.

**Прогноз** при своевременном лечении благоприятный. В случаях поздней диагностики и запоздалого вскрытия заглоточного абсцесса могут развиться опасные для жизни осложнения: задний медиастинит, тромбоз внутренней яремной вены, кровотечение, пневмония. Прогноз при «холодных» заглоточных абсцессах специфической этиологии зависит от основного заболевания.

**ПАРАФАРИНГЕАЛЬНЫЙ АБСЦЕСС**

 **Определение.**  Парафарингеальный абсцесс или окологлоточный абсцесс это гнойник в боковом окологлоточном пространстве. Окологлоточное пространство это соединительнотканное пространство, ограниченное с середины боковой стенкой глотки, спереди - восходящей ветвью нижней челюсти с внутренней крыловидной мышцей, позади – предпозвоночной фасцией и снаружи – глубоким листком фасции околоушной железы. Сверху в это пространство входит шиловидный отросток вместе с мышцами, отходящими от него.

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J39.0 | Ретрофарингеальный и парафарингеальный абсцесс |

**Этиология и патогенез.** Инфекция может попасть в окологлоточную клетчатку контактным путем из небной миндалины, в результате поражения 7-го или 8-го зубов, остеомиелите нижней челюсти, заболеваниях среднего уха, осложненных мастоидитом, и околоушной железы. Иногда встречается гематогенное и лимфогенное распространение инфекции из указанных выше органов. Заболевание может возникнуть в результате травмы глотки.

**Клиническая картина.** Поскольку окологлоточное пространство расположено глубоко, начальные симптомы заболевания нечеткие, особенно если появляются на фоне патологии вызывающей абсцесс (паратонзиллит, мастоидит, пародонтит, паротит).

Характерными симптомами являются тризм жевательных мышц, лихорадка, боль в горле, лейкоцитоз в клиническом анализе крови.

Объективно отмечают пастозность и инфильтрацию тканей за углом нижней челюсти, резкую боль по ходу внутренней яремной вены.

При **фарингоскопии** определяется выпячивание боковой стенки глотки, миндалины, мягкого неба на стороне поражения, но в отличие от паратонзиллярного абсцесса сохраняется подвижность передней небной дужки. Следует осмотреть расположенные рядом органы, чтобы определить источник проникновения инфекции в окологлоточную клетчатку.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания.

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента:

* Как себя чувствуете?
* Какая температура тела?
* Как давно болит горло?
* На фоне чего возникли боли в горле?
* Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
* Какой характер боли (острая, тупая, ноющая, приступообразная или постоянная, длительная или кратковременная, с какой стороны более выражена)?
* Не затруднён ли приём пищи?
* Не затруднено ли дыхание?
* Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
* Нет ли отека мягких тканях, инфильтратов в области подчелюстной системы?
* Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства?
* Купируется ли боль в горле применяемыми лекарственными средствами?
1. Обследование пациента с парафарингеальным абсцессом включает несколько этапов.
	1. Внешний осмотр пациента (выражение и симметричность лица, окраска кожных покровов).
	2. Осмотр полости рта.
* Состояние слизистой оболочки полости рта и зубочелюстной системы.
1. Состояние слизистой небных дужек и мягкого неба (гиперемия, налет, язвы, отек, инфильтрация).
2. Состояние небных миндалин (гипертрофия, подвижность, характер отделяемого и наличие налета, изъязвлений).
3. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
4. Состояние слизистой оболочки боковой стенки глотки (выпячивание боковой стенки глотки, миндалины, мягкого неба на стороне поражения).
5. Определение тризма мышечной мускулатуры.
	1. Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

**Лечение на догоспитальном этапе.**

Основной задачей при оказании скорой медицинской помощи пациенту с парафарингеальным абсцессом на догоспитальном этапе является выявление подобных больных и их срочная госпитализация.

* Для снятия острой боли целесообразно назначение нестероидных противовоспалительных средств (НПВС). При выраженном болевом синдроме и гипертермии применяют ненаркотические анальгетики: кеторолак: 10 - 30 мг вводят в/м, в/в. Метамизол натрия в/м или в/в (при сильных болях) — по 1–2мл 50% или 25% раствора. Парацетамол - внутрь взрослым и детям старше 12 лет по 0,5–1 г и ректально детям 6–12 лет — 240–480мг, 1–6 лет— 120–240мг, от 3 мес. до 1 года— 24–120мг (B, 2++).
* При выраженных явлениях интоксикации, повышении температуры тела до 38 °С и выше, ознобом рекомендовано провести дезинтоксикационную терапию 5% раствор глюкозы 250 мл, натрия хлорид 0,9% - 250- 500 мл, реамберин в/в капельно, со скоростью 60-90 кап/мин (1–1,5 мл/мин) до 400 мл. (B, 2++).
* Для снижения тризма жевательных мышц целесообразно вводить 0,5% раствор новокаина в толщу жевательных мышц с обеих сторон. (D, 2+)
* При угрозе отека нижележащих дыхательных путей – оказание медицинской помощи в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при остром стенозе гортани.

**Показания к медицинской эвакуации в стационар**

Больным с подозрением на парафарингеальный абсцесс показана срочная доставка в стационар.

Особенности транспортировки больных.

* Во время транспортировки (в положении сидя, полулежа, с поднятым головным концом) больного в стационар обеспечить непрерывный мониторинг витальных функций, во избежание развития стеноза гортаноглотки, вызванного отеком окружающих тканей.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
2. Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
3. Фиброларингоскопия при подозрении на распространение воспалительного процесса в гортаноглотку (A, 1++).
4. Рентгенография шейного отдела позвоночника (при возможности компьютерная томография шейного отдела позвоночника) (A, 1++).
5. Магнитно-резонансная томография лицевой области черепа и шейного отдела позвоночника (при возможности, лучше визуализация клетчаточных пространств шеи, дна полости рта, дает более детальное представление о распространении патологического очага ). (A , 2++).
6. Клинический анализ крови (лейкоцитоз до 10-15 х103 в 1 мкл, формула крови сдвигается влево, повышается СОЭ). (A, 1+)

**Лечение на госпитальном этапе.**

Объем скорой медицинской помощи на госпитальном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема скорой медицинской помощи догоспитального этапа. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана скорая медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть приглашен врач-оториноларинголог и врач-челюстно-лицевой хирург.

**Показания к госпитализации.**

Больным с подозрением на парафарингеальный абсцесс показана срочная госпитализация на ЛОР-отделение с целью дальнейшего хирургического лечения.

**Рекомендуемый список литературы:**

* Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
1. А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
2. Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
3. Богоявленский В.Ф. Диагностика и доврачебная помощь при неотложных состояниях / В.Ф Богоявленский, И.Ф. Богоявленский. – 2-е изд., испр. И доп. – СПб: Гиппократ, 1995. – 480 с. ил.
4. Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. – СПб. : Невский диалект, 2001. – С. 315 – 322 с.
5. М.С. Плужников, Г.В. Лавренова, М.Я. Левин, П.Г. Назаров, К.А. Никитин Хронический тонзиллит клиника и иммунологические аспекты, СПб, «Диалог», 2005, 222 стр.
6. Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
7. Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
8. Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
9. Пискунов Г.З, Пискунов С.З., Козлов В.С., Лопатин А.С. Заболевания носа и околоносовых пазух: эндомикрохирургия. – М.: Коллекция «Совершенно секретно», 2003.– 208 с
10. Сумин С.А.Неотложные состояния. / 5-е изд., переработанное и дополненное. – Москва: 000 «Медицинское информационное агентство», 2005. – 752 с.: ил.

Приложение

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |

**КЛИНИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ (ПРОТОКОЛЫ) ПО ОКАЗАНИЮ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СТЕНОЗЕ ГОРТАНИ**

Авторы: сотрудники кафедры оториноларингологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени акад. И.П. Павлова и кафедры скорой медицинской помощи Северо-Западного государственного медицинского университета имени И.И. Мечникова

- д.м.н., профессор Карпищенко Сергей Анатольевич

- к.м.н., доцент Климанцев Сергей Александрович

- д.м.н., профессор Афанасьев Василий Владимирович

- д.м.н., профессор Лавренова Галина Владимировна

- к.м.н. Кучерова Любовь Рустемовна

**Определение.**

**Острый стеноз гортани** – это частичное или полное сужение просвета гортани, приводящее к затруднению или полному прекращению ее дыхательной функции

|  |  |
| --- | --- |
| Код по МКБ-10 | Нозологическая форма |
| J38.0 | Паралич голосовых складок и гортани |

**Этиология и патогенез.** В этиологии стенозов гортани выделяют:

1. Воспалительные процессы в гортани (подскладковый ларингит, острый ларинготрахеит у детей, нагноительные процессы – абсцессы, флегмоны, хондроперихондриты);
2. Другие инфекции (дифтерия, корь, скарлатина, грипп);
3. Инфекционные гранулемы (туберкулез, сифилис, склерома);
4. Невоспалительные процессы гортани (отек аллергического характера или закупорка слизью и корками при уремии, нефритах, заболеваниях сердца и легких);
5. Новообразования (доброкачественные, злокачественные);
6. Травмы (механические, термические, химические);
7. Инородные тела;
8. Нарушения иннервации гортани (периферические и центральные, ятрогенные, травматические, компрессионные, миастения);
9. Патологические процессы по соседству с гортанью (заглоточный абсцесс, глубокие флегмоны шеи, новообразования средостения, пищевода, щитовидной железы);
10. Пороки развития (врожденные мембраны и кисты).

В случае воспалительных процессов, приводящих к стенозу гортани, наиболее часто встречается смешанная микрофлора: пневмококк, гемофильная палочка, вирусы (гриппа, парагриппа, аденовирусами, РСВ), стрептококк, дифтерийная палочка, патогенные грибы и др. В основе патофизиологических механизмов стеноза гортани лежат гипоксия и гиперкапния, вызывающие быстротекущие патохимические реакции ишемии, которые включают метаболические нарушения (ацидоз, внутриклеточный отек, снижение скорости реакций гликолиза), оксидативные процессы (образование гидропероксидов биологических мембран, активацию внутриклеточных каскадов, фосфолипаз, арахидоновой кислоты и др.), нейротрансмиттерные дисбалансы в виде эксайтотоксичности, увеличения функции деполяризующих медиаторных систем, в целом.

 Эти реакции приводят к выраженным нарушениям функции органов и систем, которые клинически проявляются со стороны дыхательной системы одышкой, изменением частоты и глубины дыхания (в зависимости от степени стеноза) и участием в акте дыхания мышц плечевого пояса, шеи. Со стороны сердечно-сосудистой системы – тахикардией, повышением сосудистого тонуса, и как следствие, временным увеличением артериального давления и МОК в стадии компенсации.

Прогрессирование патохимических реакций ведет к усугублению клинических проявлений стеноза гортани и к его декомпенсации. Нарушается контрактильная функция миокарда, растет гипертензия в малом круге кровообращения, возникает патологическое шунтирование и гипоксия становится критической. Критические нарушения газообмена окончательно блокируют образование энергии в гликолизе, угнетается тканевое дыхание, что приводит к выраженным нарушениям системной гемодинамики, гемореологии и эндотелиальной дисфункции.

Несвоевременное оказание медицинской помощи, даже в случае сохранения жизни индивида, ведет к выраженному неврологическому дефициту и гемодинамическим нарушениям. Экстренное восстановление проходимости верхних дыхательных путей и цитопротекция устраняют патохимические реакции гипоксии и способствуют стабилизации состояния больного.

 **Классификация.** Стенозы гортани различаются по скорости развития и степени компенсации. По скорости развития стенозы гортани подразделяются на:

 1.Молниеносные (закупорка крупным инородным телом, ларингоспазм), развивающиеся в течение нескольких минут;

 2.Острые, развивающиеся в течение нескольких часов (дней);

В развитии острых стенозов выделяют четыре стадии: компенсации, субкомпенсации, декомпенсации и асфиксии. Стадии развития стеноза могут быть скоротечными. Хронические стенозы гортани в случае декомпенсации клинически протекают подобно острым.

**Клиническая картина.**

1. Компенсированный стеноз характеризуется редкими и глубокими дыхательными экскурсиями, уменьшением пауз между вдохом и выдохом, урежением пульса, одышкой при физической нагрузке. При физической нагрузке возможна инспираторная одышка, тенденция к брадикардии, по данным КОС – компенсированный дыхательный ацидоз.

2. Субкомпенсированный стеноз проявляется инспираторной одышкой в покое, со стридором (шумное дыхание), учащением дыхания с участием в нем вспомогательных мышц, втяжением надключичных, подключичных, яремных ямок и межреберных промежутков, бледностью кожных покровов, цианозом, беспокойством, ортопноэ. По данным КОС - субкомпенсированный дыхательный или смешанный ацидоз .

3. Декомпенсированный стеноз характеризуется нарастающим цианозом, частым, поверхностным дыханием, потливостью, малым и частым пульсом (с замедлением пульса или выпадением пульсовой волны на вдохе - т.н. «парадоксальный пульс»), чувством страха, иногда возбуждением. В акт дыхания включаются наружные мышцы гортани, и она совершает максимальные экскурсии при вдохе и выдохе. Больные могут принимать вынужденное положение с запрокидыванием головы назад и опорой на руки. По данным КОС выявляется декомпенсированный дыхательный и метаболический ацидоз. Возникают нарушения ритма сердца, являющиеся предвестниками перехода в стадию асфиксии.

4. Асфиксическая стадия – терминальное состояние, утрата сознания до комы, с судорожным синдромом, диффузный цианоз, агональный тип дыхания или отсутствие его, отсутствие пульса на периферии, мидриаз, непроизвольное мочеиспускание и дефекация, остановка сердца.

Продолжительность стадий варьирует в зависимости от течения стеноза. Выбор метода лечения стеноза гортани в первую очередь определяется стадией стеноза, а во вторую - причиной, его вызвавшей.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ**

**НА ДОГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ**

**Диагностика на догоспитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания (стадия компенсации или субкомпенсации)

Обязательные вопросы, которые необходимо задать при обследовании пациента при стенозе гортани в стадии компенсации (субкомпенсации):

1. Как себя чувствуете?
2. Что труднее вдохнуть или выдохнуть?
3. Изменился ли голос?
4. На фоне чего появилось затруднение дыхания?
5. Был кашель, рвота, изменение цвета кожных покровов?
6. Затруднено ли глотание?
7. Какая температура тела?
8. На фоне чего возникли боли в горле и как давно болит горло?
9. Какая ощущается боль: при пустом глотке или при глотании твердой и/или жидкой пищи?
10. Не затруднён ли приём пищи?
11. Имеются ли функциональные нарушения челюстной системы (открывание рта, разговор и др.)?
12. Нет ли припухлости мягких тканей, инфильтратов в подчелюстной области?
13. Принимал ли пациент какие-либо лекарственные средства и какой был эффект?
14. Как изменилось состояние к моменту прибытия бригады скорой помощи?
15. Осмотр пациента
* Внешний осмотр пациента (выражение лица, окраска кожных покровов, наличие вынужденного положения, тип одышки).
* Состояние голосовой функции.
* Осмотр полости рта.
* Пальпация мягких тканей челюстно-лицевой области, регионарных подчелюстных и подподбородочных лимфатических узлов, а также лимфатических узлов шеи и надключичных областей.
* Измерение артериального давления, исследование пульса.
* Аускультация легких.
* Электрокардиография и расшифровка экг.
* Пульсоксиметрия.
* Термометрия.

Инструментальные исследования на догоспитальном этапе не проводят.

**Лечение.**

**Основные принципы в стадии компенсации:**

- создать для пациента эмоциональный и психический покой;

- респираторная поддержка кислородом (A, 1++);

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД)(A, 1++);

- попытаться установить этиологию стеноза гортани;

- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведенного в 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида, интраназально — по 2–3 капли 0,1% раствора или одно впрыскивание из распылителя в каждую ноздрю(A, 1++);

- преднизолон 60 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно(A, 1++);

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутримышечно(A, 1+);

- метамизол натрия 500 мг внутримышечно (при выраженной гипертермии взрослым)(A, 1+)

- решение вопроса о доставке в профильный стационар, транспортировка в положении сидя или лежа с приподнятым головным концом

- готовность к экстренному проведению интубации трахеи или альтернативному способу, восстановления проходимости верхних дыхательных путей (санация верхних дыхательных путей, интубация трахеи, кониотомия).

**Основные принципы в стадии субкомпенсации:**

 создать для пациента эмоциональный и психический покой;

- респираторная поддержка увлажненным кислородом;

- катетеризация кубитальной или других периферических вен, начать инфузию 5% - 400,0 раствора декстрозы (0,9% - 400,0 мл раствора натрия хлорида);

- цитопротеция - мексидол 500 мг (в случае возбуждения пациента) или цитофлавин 10 мл р-ра в инфузионном 0,9% - 250.0 мл раствора натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин., или реамберин 250-500 мл в/в капельно (A, 1++);

- ингаляционное (небулайзер) введение раствора адреномиметика (ксилометазолин или аналоги – эпинефрин, галазолин, ксимелин, тизин) или эндоларингеальное вливание препарата, разведенного в 2 мл 0,9% раствора натрия хлорида.(A, 1++);

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно(A, 1+);

- преднизолон 60-90 мг или дексаметазон 8-16 мг внутривенно(A, 1++);

- фуросемид 20 мг внутривенно(A, 1++);

- аминофиллин 240 мг (при наличии бронхиальной обструкции) внутривенно медленно (A, 1+);

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД)(A, 1++);

- решение вопроса о госпитализации в профильный стационар и превентивном обеспечении проходимости верхних дыхательных путей;

- готовность к экстренному проведению однократной попытки интубации трахеи, выполнение кониотомии при развитии асфиксии;

- готовность к проведению базовой сердечно-легочной реанимации в соответствии с клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

**Основные принципы в стадии декомпенсации и асфиксии:**

- экстренное восстановление проходимости верхних дыхательных путей – однократная попытка интубации трахеи, затем кониотомия (A, 1++);

- оксигенотерапия, санация верхних дыхательных путей, установка воздуховода(A, 1++);

-готовность к проведению базовой сердечно-легочной реанимации (ИВЛ, ЗМС);

- обеспечить эффективный доступ к периферической или центральной вене, начать инфузию 5% - 400,0 р-ра декстрозы (0,9% раствора натрия хлорида) (A, 1++);

- хлоропирамин 20 мг или дифенгидрамин 10 мг внутривенно(A, 1+);

- преднизолон 60-90-120 мг или дексаметазон 16-24 мг внутривенно (A, 1++);

- фуросемид 40 мг внутривенно (A, 1++);

- суксаметония хлорид (йодид) 100 мг внутривенно, по показаниям, перед интубацией трахеи в стадии декомпенсации (A, 1+);

- при судорожном синдроме диазепам 10-20 мг или его аналоги внутривенно (A, 1++);

- при развитии терминального состояния базовая или расширенная сердечно-легочная реанимация в соответствии клиническими рекомендациями (протоколом) оказания скорой медицинской помощи при внезапной сердечной смерти.

- после восстановления проходимости дыхательных путей цитопротеция цитофлавин 10 мл р-ра в инфузионном 0,9% - 250.0 мл раствора натрия хлорида или 250.0 мл 5% р-ра декстрозы со скоростью 40-60 кап. в мин., или мексидол 500 мг, или реамберин 250-500 мл в/в капельно (A, 1++);

- мониторинг витальных функций (ЭКГ, пульсоксиметрия, измерение АД)(A, 1++);

- решение вопроса о доставке пациента в профильный стационар.

На догоспитальном этапе способом восстановления проходимости верхних дыхательных путей является санация полости ротоглотки, мануальное и инструментальное извлечение инородного тела (при возможности), интубация трахеи, кониотомия. Трахеостомия проводится в стационарном отделении скорой медицинской помощи.

**Показания к доставке пациента в стационар.**

Все пациенты с острым стенозом гортани подлежат экстренной медицинской эвакуации в стационар.

**ОКАЗАНИЕ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ НА ГОСПИТАЛЬНОМ ЭТАПЕ В СТАЦИОНАРНОМ ОТДЕЛЕНИИ СКОРОЙ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ (СтОСМП)**

**Диагностика на госпитальном этапе.**

1. Сбор жалоб и анамнеза заболевания
* Объективный осмотр включает в себя элементы догоспитального осмотра.
* Фиброларингоскопия (A, 1++)
* Лучевая диагностика: рентгенография шейного отдела позвоночника, КТ (МРТ), ультразвуковая диагностика (A, 1++)
* Определение параметров КОС (A, 1++)
* Клинико-лабораторная диагностика (A, 1++)

Объем скорой медицинской помощи на стационарном этапе (в СтОСМП) не отличается от объема СМП догоспитального этапа за исключение способа восстановления проходимости верхних дыхательных путей – по показаниям им проводится трахеостомия. В случаях, когда пациенты обращаются непосредственно в СтОСМП, им должна быть оказана медицинская помощь. При необходимости для уточнения диагноза могут быть использованы диагностические возможности СтОСМП, на консультацию может быть вызван врач- оториноларинголог и врач-челюстно-лицевой хирург, врач-инфекционист.

**Рекомендуемый список литературы:**

* Cummings Otolaryngology - Head and Neck Surgery, 5th Edition 2010 | chm | 3672 pages
* А.А. Блоцкий, С.А. Карпищенко. Неотложные состояния в оториноларингологии. – СПб.: Диалог, 2009. – 180с.
* Бабияк В.И. Клиническая оториноларингология: Руководство для врачей / В.И. Бабияк, Я.А. Накатис. – СПб. : Гиппократ, 2005. – 800 с. : ил.
* Ланцов А.А. Неотложная оториноларингология / А.А. Ланцов // Руководство для скорой медицинской помощи / Под ред. В.А. Михайловича, А.Г. Мирошниченко. Издание 4-е., перераб., доп. – СПб. :Издательский дом МАПО, 2008. - 800 с.
* Алгоритмы действий врача службы скорой медицинской помощи Санкт-Петербурга / Под ред. А.А. Бойкова, В.А. Михайловича. – СПб. : ОО ИПП «Ладога», 2009. – С. 124 – 133 с.
* Неотложная медицина в вопросах и ответах / Под ред. К. Кениг – СПБ: Питер Ком, 1998. – 512 с. – (Серия «Практическая медицина»).
* Неотложная помощь при заболеваниях ЛОР-органов на догоспитальном этапе / В.И. Линьков [и др.]. – СПб. : СПбМАПО, 2000. -18 с.
* Оториноларингология: учебник / Д.И. Заболотный, Ю.В. Митин, С.Б. Безшапочный, Ю.В.Деева. – К.: ВСИ «Медицина», 2010. – 496с.
* Плужников М.С., Климанцев С.А. Острый стеноз гортани // Рекомендации по оказанию скорой медицинской помощи в отделениях экстренной помощи стационаров / Под ред. А.Г. Мирошниченко, С.Ф. Багненко, В.В. Руксина, – СПб. : Невский Диалект; БХВ-Петербург, 2005. – 160 с.
1. Скорая медицинская помощь: Краткое руководство/ Под ред. А.Г. Мирошниченко, В.В. Руксина, В.М. Шайтор – М. : ГЕОТАР-Медиа, 2010. – 320 с.

**Приложение**

Сила рекомендаций (А-D), уровни доказательств (1++, 1+, 1-, 2++, 2+, 2-, 3, 4) по схеме 1 и схеме 2 приводятся при изложении текста клинических рекомендаций (протоколов).

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 1)

|  |  |
| --- | --- |
| Уровни доказательств | Описание |
| 1++ | Мета-анализы высокого качества, систематические обзоры рандомизированных контролируемых исследований (РКИ), или РКИ с очень низким риском систематических ошибок |
| 1+ | Качественно проведенные мета-анализы, систематические, или РКИ с низким риском систематических ошибок |
| 1- | Мета-анализы, систематические, или РКИ с высоким риском систематических ошибок |
| 2++ | Высококачественные систематические обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований. Высококачественные обзоры исследований случай-контроль или когортных исследований с очень низким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2+ | Хорошо проведенные исследования случай-контроль или когортные исследования со средним риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 2- | Исследования случай-контроль или когортные исследования с высоким риском эффектов смешивания или систематических ошибок и средней вероятностью причинной взаимосвязи |
| 3 | Не аналитические исследования (например: описания случаев, серий случаев) |
| 4 | Мнения экспертов |

Рейтинговая схема для оценки силы рекомендаций (схема 2)

|  |  |
| --- | --- |
| Сила | Описание |
| А | По меньшей мере, один мета-анализ, систематический обзор, или РКИ, оцененные, как 1++ , напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие устойчивость результатов или группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 1+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов |
| В | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2++, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 1++ или 1+ |
| С | Группа доказательств, включающая результаты исследований, оцененные, как 2+, напрямую применимые к целевой популяции и демонстрирующие общую устойчивость результатов или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2++ |
| D | Доказательства уровня 3 или 4 или экстраполированные доказательства из исследований, оцененных, как 2+ |