

Для коментарів чи іншого зворотного зв'язку заповніть форму:
[форма зворотного зв'язку щодо цієї версії настанови](#)

Версія цього документу для друку: <http://guidelines.moz.gov.ua/documents/2918?id=ebm00870&format=pdf>

Настанови на засадах доказової медицини.
Створені DUODECIM Medical Publications, Ltd.

Настанова 00870. Гострий гайморит

Автор: Tatu Kemppainen
Редактор оригінального тексту: Sari Atula
Дата останнього оновлення: 2017-09-06

Основні відомості

- Вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів (ІВДШ) часто супроводжуються закладеністю носа, ринітом і болем/відчуттям тиску у верхній ділянці щік. Ці симптоми викликає вірусна інфекція, тому показані не антибіотики, а додаткові дослідження [Доказ 04326 C].
- У дорослих та дітей віком від 7 років з ІВДШ діагноз гаймориту базується на типових ознаках та симптомах, а також на результатах ультразвукового та рентгенологічного дослідження.
- Пункція верхньощелепової пазухи може використовуватися для уточнення діагнозу, якщо, наприклад, результати візуалізаційних методів дослідження не є остаточними або якщо пацієнту раніше проведено хірургічне втручання на гайморових пазухах.
- Слід розглянути антибактеріальну терапію, якщо симптоми тривають більше 10 днів і в пазухах було виявлено секрецію слизу.
- Гайморит може бути причиною загострення симптомів астми.
- При рецидиві гаймориту слід визначити будь-які фактори, що провокують розвиток хвороби і за необхідності, направити пацієнта до спеціаліста-оториноларинголога.
- Риносинусит у дітей: див. [настанова 00611 Риносинусит у дітей].

Визначення та епідеміологія

- Максильярний синусит є запаленням слизової оболонки верхньощелепних пазух, часто із супутнім етмоїдитом та запаленням слизової оболонки порожнини носа.
- Гострий максильярний синусит визначається, як запалення, що тривало менше 12 тижнів. Хронічний максильярний синусит визначається наявністю симптомів понад 12 тижнів (див. також Гнастанова 00871 [Хронічний синусит]).
- Як правило, зазначеному стану передують вірусна ІВДШ; близько 0,5–5% випадків в результаті завершуються максильярним синуситом.
- Фактори, що провокують розвиток хвороби, включають алергічний риніт або хронічний риніт іншої етіології, назальні поліпи або інші новоутворення в порожнині носа, структурні аномалії середнього носового ходу або перегородки, інфекцію кореня зуба та рідше стороннє тіло.
- Обструкція природних отворів (ostium) навколоносових пазух і порушення циліарної функції відіграють важливу роль у розвитку максильярного синуситу.

Бактеріологія

- *Haemophilus influenzae* і *Streptococcus pneumoniae* разом складають приблизно 30% випадків.
- Інші бактерії (наприклад, *Moraxella catarrhalis*) складають близько 10%.
- Результати культурального дослідження є негативними приблизно у 30% випадків.

Симптоми

- Біль в ділянці обличчя, особливо навколо очей і у верхній ділянці щік
- Іррадіація болю в ікла і моляри верхньої щелепи
- Гнійні виділення з носа у вигляді ринореї або стікання по задній поверхні ротоглотки
- Тривалий кашель (особливо вранці), риніт або закладеність носа

- Гіпосмія

Діагностика

- Симптоми звичайної вірусної застуди і гнійного синуситу досить схожі. Бактеріальну етіологію підозрюють при:
 - тривалих симптомах (більше 10 днів)
 - загострення симптомів після початкової фази (повторне захворювання)
 - тяжких симптомах та виражених загальних ознаках інфекції (підвищення температури — лихоманка).
- Наявність виділень також може бути підтверджена за допомогою пункції верхньощелепної пазухи та промивання, якщо результати візуалізаційних досліджень не є переконливими, а процедура вважається необхідною з огляду на симптоми або якщо пацієнт переніс хірургічне втручання на верхньощелепних пазухах.
- Фізикальне обстеження
 - Виділення з носа, а також набряк слизової оболонки і еритема спостерігаються переважно в середньому носовому ході.
 - Середній носовий хід легше досліджувати після нанесення місцевого анестетика і судинозвужувальних засобів.
 - На задній стінці ротоглотки можна бачити гнійні виділення, що стікають.
- Ультразвукове дослідження пазух [настанова 00873] Діагностика гострого син... (рис. [зображення 00524] Investigation of maxilla... [зображення 00525] Investigation of maxilla...) є відносно надійним діагностичним методом у дорослих та дітей старше 7 років, але вимагає критичного аналізу, досвіду та, іноді, результатів пункції верхньощелепної пазухи [доказ 04539] A↑].
 - Якщо при ультразвуковому дослідженні на відстані 4–6 см неодноразово спостерігається зворотне ехо-відлуння, то точність діагностики гострого застою виділень становить 80–95%. Оцінити достовірно стан слизових оболонок (наприклад, набряк слизової оболонки) за допомогою ультразвукової діагностики неможливо.
- Рентгенологічне дослідження верхньощелепних пазух може виявити загальне затемнення пазухи (рис. [зображення 01353] Maxillary sinusitis] [зображення 01354] Maxillary sinusitis] або рівень рідини (рис. [зображення 01352] Fluid levels in maxillar...]); ці обидві, цілком достовірні ознаки

означають ретенцію виділень всередині пазухи. У випадку риніту рентгенологічне дослідження верхньощелепних пазух досить часто показує набряк слизової оболонки, але його значущість в діагностичному пошуку значно менша.

- У незрозумілих ситуаціях може бути доцільним визначити ШОЕ або рівень СРБ.

Лікування [доказ 06942 | B]

- Якщо симптоми зберігаються більше 10 днів, для пацієнтів з вираженими симптомами може бути показаний 7-денний курс антибактеріальних препаратів. Приймаючи рішення щодо лікування, візьміть до уваги, що гострий максиллярний синусит нерідко регресує спонтанно.
- Ізольовані симптоми або результати досліджень не можуть достовірно ідентифікувати групу пацієнтів, які матимуть позитивний результат від антибактеріальної терапії [доказ 06917 | B].
- Симптоматичне лікування за допомогою анальгетиків та назальних глюкокортикоїдних спреїв рекомендується для осіб з легкими або помірними симптомами.
 - Низка міжнародних настанов рекомендує використання глюкокортикоїдних спреїв в якості додаткової терапії та профілактики гострого максиллярного синуситу [доказ 01351 | A].
 - Назальні глюкокортикоїди дають позитивні результати при максиллярному синуситі, особливо у пацієнтів з алергічним ринітом та/або назальним поліпозом.
 - Суб'єктивне полегшення приносить промивання носа сольовим розчином та використання назальних спреїв.
- Включення анальгетиків до режиму лікування доцільно для усіх пацієнтів, якщо цього вимагає клінічна картина.
- Рекомендована антибактеріальна терапія: дивись табл. [табл. | T1].
- Лікування синуситів у дітей: дивись [настанова 00611 | Риносинусит у дітей].
- На додаток до антибактеріальної терапії пацієнту з важким рецидивним гайморитом може бути рекомендоване промивання верхньощелепних пазух.

- Якщо препарат першого вибору виявиться неефективним, можна розглянути пункцію та промивання верхньощелепної пазухи. Це забезпечить матеріал для бактеріологічного дослідження і дозволить швидко полегшити симптоми після усунення секреторного стазу.
- Антибактеріальну терапію доповнюють різними видами допоміжної терапії, включно з назальними деконгестантами та препаратами, які зменшують в'язкість слизу. Існує мало доказів щодо їх ефективності при лікуванні максиллярного синуситу, але вони можуть тимчасово полегшити симптоми хвороби.

Таблиця Т1. Антибактеріальна терапія при гаймориті

Препарат	Дозування (період лікування 7 днів, якщо не зазначено інше)
Препарати першої лінії	
<ul style="list-style-type: none"> • Амоксицилін • Пеніцилін V. <p><i>Коментар експерта.</i> Міжнародна непатентована назва пеніциліну V - феноксиметилпеніцелін, станом на 09.04.2019 р не зареєстрований в Україні</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 500 мг тричі на день або 750 мг двічі-тричі на день 2. 1,5 млн МО двічі на день
Препарати другої лінії	
<ul style="list-style-type: none"> • Доксидиклін • Амоксицилін клавуланат 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Початкова доза 150–200 мг, потім 100–150 мг один раз на день 2. 750–875 мг двічі на день
Інші	
<ul style="list-style-type: none"> • Сульфадіазин/триметоприм <p><i>Коментар експерта.</i> Комбінований лікарський засіб сульфадіазин/триметоприм станом на 09.04.2019 в Україні не зареєстрований.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 500/160 мг 1 таблетка двічі на день
1. Цефалоспорины першого та другого покоління	
<ul style="list-style-type: none"> • Цефалексин • Цефуроксим аксетил 	<ol style="list-style-type: none"> 1. 750 мг двічі на день 2. 250 мг двічі на день

Препарат	Дозування (період лікування 7 днів, якщо не зазначено інше)
<p><i>Коментар експерта.</i> Міжнародна непатентована назва лікарського засобу цефуроксим аксетил - цефуроксим.</p>	
<p>1. Макроліди</p>	
<ul style="list-style-type: none"> • Азитроміцин • Кларитроміцин • Рокситроміцин <p><i>Коментар експерта.</i> Лікарський засіб рокситроміцин станом на 27.03.2019 в Україні не зареєстрований.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. 500 мг один раз на день, тривалість лікування 3 дні 2. 250 мг двічі на день або 500 мг один раз на день 3. 150 мг двічі на день

Пункція і промивання верхньощелепної пазухи

- Місцева анестезія проводиться за допомогою ватного тампону, просоченого розчином 4% лідокаїну, в який додають 2–3 краплі адреналіну (1:1 000) на кожні 5 мл. Тампон ставлять під нижню носову раковину в точці проколу, в якій буде контакт з кісткою. Анестезія починає діяти приблизно через 20 хвилин після введення препарату.

Коментар експерта. Адреналін - торговельна назва лікарського засобу з міжнародною непатентованою назвою епінефрин. Лікарський засіб лідокаїн у вигляді 4% розчину станом на 27.03.2019 в Україні не зареєстрований.

- Місцеву анестезію можна також провести за допомогою EMLA[®] крему [доказ 64346 B].
- Прокол здійснюється прямою голкою зі стилетом. Місце проколу знаходиться латерально від нижнього носового ходу на відстані 2–3 см від входу в порожнину носа.
- Фізіологічний розчин температурою 37 °C вводять у верхньощелепну пазуху, після чого він витікає через природний отвір (ostium) в носовий хід.
- Підвищений опір, який відчувається під час ін'єкції, може бути пов'язаний з в'язким слизом або обструкцією носового ходу. При цьому не треба тиснути сильніше, оскільки це спричинить біль і може призвести до ускладнень.

- Опір можна зменшити шляхом анестезії середнього носового ходу, яка зменшить набряк слизової оболонки навколо отвору.
- Також в пазуху можна ввести іншу пункційну голку і відсмоктати через неї промивну рідину, якщо отвір не відкривається навіть після місцевої анестезії.
- У шприці для промивання не повинно бути повітря, оскільки будь-яке повітря, введене під тиском у пазуху, може спричинити повітряну емболію у пацієнта.
- Ускладнення
 - Кровотеча, зазвичай, припиняється спонтанно. У разі продовження кровотечі можна знову провести анестезію нижнього носового ходу і поставити в носовий хід шматочок гемостатичного матеріалу, що розсмоктується.
 - Якщо під час процедури у пацієнта набрякає щока, це означає, що кінець зрощувальної голки виходить за межі верхньощелепної пазухи. У такому випадку іригацію необхідно припинити і призначити пацієнту антибіотики.
 - Будь-яка промивна рідина в тканинах розсмоктується впродовж декількох тижнів.
 - Якщо під час процедури у пацієнта набрякають очі або повіки, голка вийшла в очну ямку (орбіту). Як зазначено вище, промивання має бути негайно припинене, а пацієнт направлений до оториноларингологічного екстреного відділення.

Подальше спостереження

- Якщо симптоми повністю зникають, подальше спостереження не потрібне.
- Якщо симптоми тривають, незважаючи на лікування
 - Пункція і промивання пазухи здійснюється для отримання матеріалу для культурального дослідження, підтвердження діагнозу та видалення залишкового секрету.
 - За наявності показань слід призначити антибактеріальну терапію відповідно до результатів мікробної чутливості до антибактеріальних препаратів.

- Якщо гнійний секрет відсмоктується, пункцію верхньощелепної пазухи повторюють з інтервалом близько одного тижня.
- Слід визначити будь-які фактори, що провокують розвиток хвороби (див. вище).
 - Алергічний риніт або хронічний риніт іншої етіології (анамнез, алергічні тести)
 - набряк слизової оболонки, поліпи, девіації перегородки (передня риноскопія)
 - Здоров'я зубів (одонтогенний гайморит)

Показання до направлення до фахівця

- Симптоми максиллярного синуситу персистують впродовж 12 тижнів, незважаючи на відповідне лікування
- Принаймні 3–4 рецидивних епізоди максиллярного синуситу на рік
- Назальні поліпи у пацієнта з хронічним верхньощелепним синуситом
- Підозра на ускладнення

Хірургічне втручання

- Хірургічне лікування може розглядатися для лікування тривалого або часто рецидивуючого верхньощелепного синуситу [\[настанова 00871 | Хронічний синусит\]](#).
- Ендоскопічні параназальні процедури, що проводяться через ніздрі (функціональна ендоскопічна хірургія навколоносових пазух, ФЕХНП): див. [\[настанова 00871 | Хронічний синусит\]](#)

Ведення пацієнта після гайморотомії

- Дивись [\[настанова 00871 | Хронічний синусит\]](#).

Пов'язані ресурси

- Кокранівські огляди [\[пов'язані 00371 | Acute maxillary sinusiti...\]](#)

Джерела інформації

R1. Thomas M, Yawn BP, Price D *et al*. EPOS Primary Care Guidelines: European Position Paper on the Primary Care Diagnosis and Management of Rhinosinusitis and Nasal Polyps 2007 - a summary. *Prim Care Respir J* 2008;17(2):79-89. [PubMedID|18438594]

Настанови

- [Настанова 00611](#). Риносинусит у дітей.
- [Настанова 00871](#). Хронічний синусит.
- [Настанова 00873](#). Діагностика гострого синуситу.

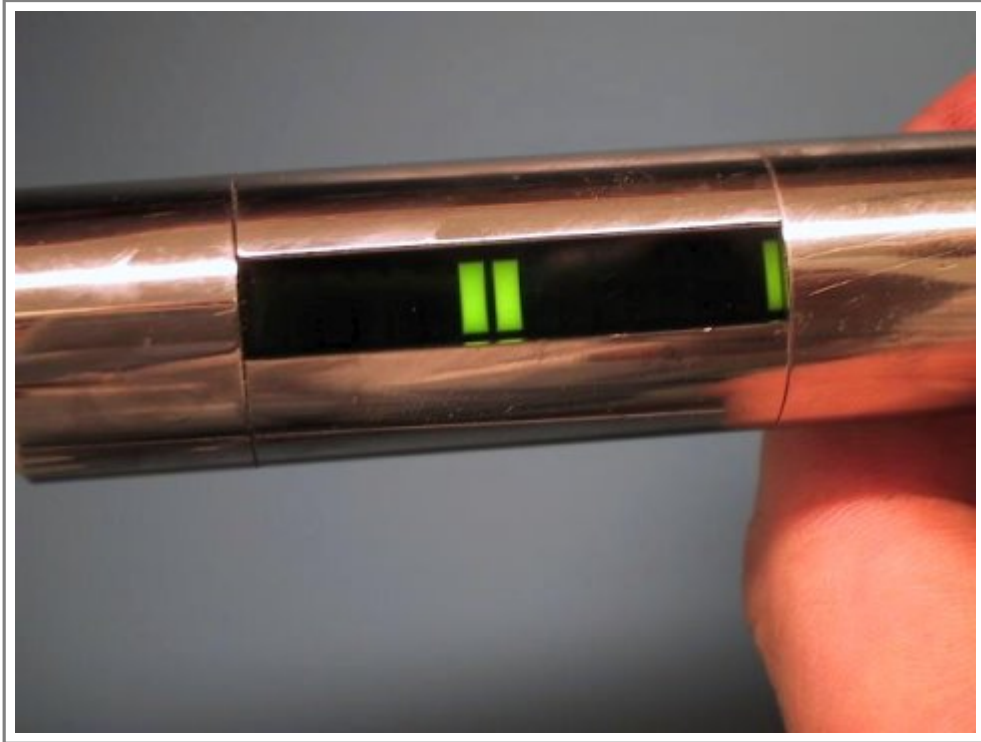
Зображення

- [Зображення 00524](#). Investigation of maxillary sinuses by ultrasonography.



Автори та власники авторських прав: Editors Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 00525](#). Investigation of maxillary sinuses by ultrasonography (close view).



Автори та власники авторських прав: Editors Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01353](#). Maxillary sinusitis.



Автори та власники авторських прав: Kuopio University Hospital / Ear, nose and throat clinic Tatu Kemppainen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01354](#). Maxillary sinusitis.



Автори та власники авторських прав: Kuopio University Hospital / Ear, nose and throat clinic Tatu Kemppainen Duodecim Medical Publications Ltd

- [Зображення 01352](#). Fluid levels in maxillary sinuses.



Автори та власники авторських прав: Kuopio University Hospital / Ear, nose and throat clinic Tatu Kemppainen Duodecim Medical Publications Ltd

Доказові огляди Duodecim

- [Доказовий огляд 04326](#). Sinusitis in the common cold.
Дата оновлення: 2007-08-24
Рівень доказовості: C
Резюме: Viral sinusitis may frequently occur in the early days of the common cold, and appears to be a self-limited illness.
- [Доказовий огляд 04539](#). Sinus ultrasound and radiography in the diagnosis of sinusitis
Дата оновлення: 2012-09-04
Рівень доказовості: A↑↑
Резюме: Sinus ultrasound has similar accuracy as sinus X-ray in the diagnosis of acute

maxillary sinusitis.

Рекомендація: Sinus ultrasound is recommended to be used in the clinical examination of the patient when maxillary sinusitis is suspected.

- [Доказовий огляд 06942](#). Systemic corticosteroids for acute sinusitis.
Дата оновлення: 2014-05-30
Рівень доказовості: B
Резюме: Oral corticosteroids combined with oral antibiotics appear to be effective for relief of symptoms in acute sinusitis.
- [Доказовий огляд 06917](#). The prognostic value of symptoms and clinical signs of acute maxillary sinusitis.
Дата оновлення: 2011-11-29
Рівень доказовості: B
Резюме: Symptoms such as pain in bending, pain in teeth, unilateral pain, purulent nasal discharge, appear not to be prognostic factors for treatment effect of antibiotics in acute maxillary sinusitis. However, treatment effect is slightly better in patients with purulent nasal discharge (NNT=8 vs NNT=15 in general).
- [Доказовий огляд 01351](#). Intranasal steroids for acute sinusitis.
Дата оновлення: 2014-05-29
Рівень доказовості: A
Резюме: Intranasal corticosteroids as a monotherapy or adjunct therapy are effective in acute sinusitis.
- [Доказовий огляд 04346](#). Local anesthesia with EMLA cream for maxillary sinus puncture.
Дата оновлення: 2007-08-24
Рівень доказовості: B
Резюме: EMLA cream instilled with a suction needle and syringe appears to produce similar anesthesia as lidocain-adrenaline solution and be better tolerated by patients.

Авторські права на оригінальні тексти належать Duodecim Medical Publications, Ltd.

Авторські права на додані коментарі експертів належать МОЗ України.

Published by arrangement with Duodecim Medical Publications Ltd., an imprint of Duodecim Medical Publications Ltd., Kaivokatu 10A, 00100 Helsinki, Finland.

Ідентифікатор: ebm00870 Ключ сортування: 038.031 Тип: EBM Guidelines

Дата оновлення англomовного оригіналу: 2017-09-06

Автор(и): Tatu Kemppainen Автор(и) попередніх версій статті: Jouko Suonpää Редактор(и): Sari Atula
Лінгвіст(и)-консультант(и) англomовної версії: Kristian LampeMaarit Green Видавець: Duodecim Medical Publications Ltd
Власник авторських прав: Duodecim Medical Publications Ltd

Навігаційні категорії

EBM Guidelines Otorhinolaryngology Infectious diseases Radiology

Ключові слова індексу

mesh: Maxillary Sinusitis Sinusitis mesh: Amoxicillin mesh: functional endoscopic sinus surgery
mesh: Surgical Procedures, Operative mesh: Doxycycline mesh: Amoxicillin-Potassium Clavulanate Combination
mesh: Caldwell-Luc operation mesh: antimicrobial therapy mesh: local anesthesia mesh: Child
speciality: Infectious diseases speciality: Otorhinolaryngology icp<2: R75 speciality: Radiology