

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12, 145/12, 87/13, 164/13, 39/14, 43/14, 132/14, 188/14 и 10/15), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О

ЗА МЕДИЦИНСКОТО ЗГРИЖУВАЊЕ ПРИ АКУТЕН МАКСИЛАРЕН СИНУСИТИС

Член 1

Со ова упатство се утврдува медицинското згрижување при акутен максиларен синуситис.

Член 2

Начинот на медицинското згрижување при акутен максиларен синуситис е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинското згрижување при акутен максиларен синуситис по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Со денот на влегувањето во сила на ова упатство престанува да важи Упатството за практикување на медицина заснована на докази при акутен максиларен синусит („Службен весник на Република Македонија“ бр. 14/13).

Член 5

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 17-2694/1
27 февруари 2015 година
Скопје

МИНИСТЕР
Никола Тодоров

АКУТЕН МАКСИЛАРЕН СИНУСИТИС

МЗД Упатства
23.4.2013 Последна промена 25/6/2014
Tatu Kemppainen

- Основни податоци
- Дефиниција и епидемиологија
- Симптоми
- Причинители
- Дијагноза
- Терапија
- Следење
- Индикации за консултација со специјалист
- Хируршки третман
- Третман после хируршки зафат на максиларен синус
- Поврзани докази
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Обструкција на нос, ринитис и болка/притисок во образите често се присатни за време на вирусна горнореспираторна инфекција. Овие симптоми се причинети од вирусниот инфект и нема потреба од антибиотска терапија како ни од понатамошни иследувања (ннд-**Ц**)
- Кај возрасни и деца постари од 7 години со горнореспираторни инфекции дијагноза на максиларен синуситис се поставува врз основа на типични клинички знаци како и на ултразвучниот или рентгенграфски наод.
- Пункција на максиларен синус може да се користи како помош во дијагноза ако на пример резултатите од имиџинг техниките се неуверливи или ако кај пациентот претходно имал хируршки зафат на максиларниот синус.
- За антимикробна терапија треба да се размисли ако симптомите траат повеќе од 10 дена и е најден секрет во синусите.
- Максиларниот синуситис може да е причина за влошување на симптомите од астма.
- Кај рекурентен максиларен синуситис, барајте предиспонирачки фактори, ако е потребно упатете го пациентот на ОРЛ специјалист.

ДЕФИНИЦИЈА И ЕПИДЕМИОЛОГИЈА

- Максиларен синуситис се однесува на воспаление на мукозната површина на максиларните синуси, често со постоење на етмоидитис и воспаление на носната слузница.
- Акутен максиларен синуситис се дефинира како воспаление кое трае помалку од 12 недели. Хроничен максиларен синуситис се дефинира како перзистирање на симптоми подолго од 12 недели¹ (види исто²).
- На синуситот му претходи вирусна инфекција на горните дишни патишта. Настинката кај помалку од 0,5-5% од случаите се комплицира со синусит.
- Предиспонирачки фактори се алергиски или друг ринитис, носни полипи или други тумори во носните шуплини, структурни аномалии на средниот носен ходник или на септум, инфекција на корените на забите, и ретко страно тело.
- Опструкција на носните отвори (остиум) и пореметена цилијарна функција играат важна улога во развој на максиларен синуситис.

ПРИЧИНИТЕЛИ

- Haemophilus influenzae и Streptococcus pneumoniae – двете бактерии се јавуваат кај околу 30% од случаевите.
- Друг бактерии: (на пример Moraxella catharralis) се докажуваат кај 10%.
- Кај 30% од пациентите брисевите се негативни.

СИМПТОМИ

- Лицева болка, особено околу очите и над образите.
- Болка која зрачи кон моларните заби и канините на горната вилица.
- Гноен секрет од носот кој може да се манифестира како ринореа или слевање на секретниз орофаринкс.
- Продолжена кашлица (особено наутро), ринитис и затнатост на носот .
- Ослабен осет за мирис (хипосмиа).

ДИЈАГНОЗА

- Врз основа на изолирани симптоми или наоди од испитувањата неможе со сигурност да се идентификува подгрупа на пациенти кои ќе имаат корист од антиминокробната терапија (ннд-Б). Имицинг испитувањата се користат за верификација на задршка на секрет во максиларните синуси.
- Присуство на секрет, исто така може да се потврди со пункција на максиларен синус и иригација особено кај случаеви каде резултатите од имицинг испитувањата се неубедливи и процедурата е неопходна во поглед на симптомите, или ако кај пациентот се спровел хируршки зафат на максиларниот синус.
- На физикален преглед може да се најде:
- Носен секрет како и едем и еритем на мукоза
- Пурулентен исцедок во среден носен ходник
- Пурулентен постназален секрет
- Ултразвукот на синуси ³ е доволно сигурен дијагностички метод кај возрасни и кај деца постари од 7 години, но неговото изведување бара критична обсервација, искуство и повремено повратна информација од пункција на максиларен синус (ннд -А).
- Ако на ултразвучниот преглед во повеќе наврати се покаже back-wall-echo на растојание од 4-6 цм, точноста на дијагнозата за акутна стаза на секрет е скоро 80-95%. Состојбата на мукозните мембрани (едем на мукоза) неможе со точност да се процени со ултразвучен преглед.
- Рентгенолошко иследување на максиларните синуси може да открие целосна засенченост на синусот или ниво на течност. Овие се два сигурни знаци кои укажуваат на задршка на течност во синусот. Кај ринитис, рентгенолошкото иследување на максиларниот синус доста често покажува едем на мукоза но неговото значење во дијагностичката постапка е значително помало.
- Нема корист од лабораториски тестови за дијагноза на некомплицирани максиларни синуситис.

ТЕРАПИЈА

- Ако симптомите перзистираат подолго од 10 дена, индицирано е спроведување на 7 дневна терапија со антибиотици. Студии за терапија на акутен максиларен синуситис покажаа дека значењето на антиминокробната терапија е мало (ннд-А) и тоа треба да се земе во предвид кога ќе се донесе одлука да се започне терапија.
- Клиничката презентација може да бара додавање на аналгетици на терапискиот режим.
- Препорачана антиминокробна терапија: види табела 1.
- Третман на синуситис кај деца (види упатство).
- Промивки на максиларниот синус како дополнување на антибиотската терапија може да се препорача кај пациент со повторувачки, тешки максиларни синуситиси.
- Ако се покаже неефикасен антибиотикот кој е прв лек на избор, може да се земе во предвид пункција на максиларен синус и промивки. Со ова ќе се обезбеди материјал за бактериолошко култивирање и често симптомите се подобруваат брзо после ослободување од стазата на секретот.
- Разна дополнителна терапија се додава на антибиотската терапија, вклучително назални деконгестивни и лекови кои делуваат на вискозноста на секретот. Постојат малку докази за нивната

ефикасност во терапијата на максиларниот синуситис, но може привремено да ги олеснат симптомите.

- Интраназални кортикостероиди
- Некои меѓународни упатства за грижа препорачуваат користење на интранасални кортикостероиди и како дополнителна терапија и во профилакса на акутен максиларен синуситис (ннд-А)
- Назални кортикостероиди се корисни кај максиларен синуситис кај пациенти со алергиски ринитис и/или носни полипи.
- Субјективно подобрување исто така има и со промивки со физиолошки раствор и користење на носни спрејови.

Табела 1. Антимикробна терапија за максиларен синуситис

Лек	Доза(период на терапија 7 дена, освен ако не е препорачано поинаку)
Прва линија на лекови	
Amoxicillin	500-750мг, 2 пати на ден
Penicillin V	1.5 милион ИЕ, 2 пати на ден
Втора линија на лекови	
Doxicycline	Почетна доза 150-200мг а после 100-150мг еднаш дневно
Amoxicillin clavulonate	750-875 мг, 2 пати на ден
Други	
Sulpha-trimetoprim	500/160 мг, 1 таблета 2 пати на ден
Прва и втора генерација на цефалоспорини	
Cefalexin	750 мг, 2 пати на ден
Cefuroxime axetil	250 мг, 2 пати на ден
Макролиди	
Azithromycin	500 мг, 1 на ден во тек на 3 дена
Clarithromycin	250 мг, 2 пати на ден или 500 мг, еднаш на ден
Roxithromycin	150 мг, 2 пати на ден

ПУНКЦИЈА И ЛАВАЖА НА МАКСИЛАРЕН СИНУС

- Локална анестезија се обезбедува со памучен тупфер кој е натопен во 4% раствор на лидокаин. На секои 5 мл се додаваат 2-3 капки адреналин (1:1000). Стапчето натопено со анестетикот се става под долната носна конха до местото на пункција кое има контакт со коската. Анастезијата е ефикасна после 20 минути.
- Локална анестезија може да се обезбеди и со ЕМЈА крем (ннд-Б).
- Пункцијата се изведува со права игла со мандрен. Местото на пункција е латерално на долната носна школка 2-3 цм од носниот отвор.
- Физиолошки раствор, загреан до висина на телесната температура (37°C), внимателно се инјектира во синусот, од каде преку остиумот истекува во носната празнина.
- Ако е присутен голем отпор при инјектирањето, тогаш тоа може да биде резултат на присуство на вискозен мукус или на опструкција на остиумот. Насилното зголемување на притисокот може да предизвика болка и може да доведе до компликации.
- Отпорот може да се намали со анестезирање на средниот носен меатус, со што „е се намали едемот на мукозата околу отворот.
- Исто така е можно да се постави друга пункциона игла во синусот преку која течноста за испирање може да се отстрани во случаеви каде остиумот не се деблокира и по локалната анестезија.
- Не смее да има присаство на воздух во иглата за промивање, бидејќи било која количина на воздух инјектирана во синусот може да предизвика воздушна емболија кај пациентот.
- Компликации
- Крварењето обично спонтано прекинува. Доколку перзистира крварењето долниот носен меатус може да се реанестезира и парче од абсорбирачки хемостатичен материјал да се поставиво долниот меатус.

- Ако во тек на процедурата дојде до оток на образот, врвот на иглата за промивање њ надвор од максиларниот синус. Доколку се случи ова, лаважата треба да запре и на пациентот треба да му се пропишат антибиотици.
- Течноста за лаважа во ткивото „е се ресорбира во тек на неколку недели.
- Ако во тек на процедурата дојде до оток на окото или на очниот капак, иглата влегла во орбита. Лаважата треба да запре веднаш и пациентот треба да се упати во ОРЛ ургентно одделение.

СЛЕДЕЊЕ

- Ако симптомите се повлечат целосно, нема индикација за следење.
- Ако симптомите перзистираат и покрај третманот
- Треба да се направи пункција и лаважа на синусот за да се земе материјал за култура, да се потврди дијагнозата и да се отстрани преостанатиот секрет.
- Ако е индицирано, во зависност од осетливоста на бактериите треба да се пропише антибиотска терапија.
- Ако на аспирација се добие пурulentен секрет, пункција на синусот се повторува во интервал од 1 недела.
- Треба да се идентификуваат предиспонирачки фактори (види подоле)
- Алергиски или друг хроничен ринитис (анамнеза, алерголошки тестови)
- Едем на мукоза, полипи, септална девијација (предна риноскопија)
- Дентално здравје (одонтоген максиларен синуситис)

ИНДИКАЦИИ ЗА СПЕЦИЈАЛИСТИЧКА КОНСУЛТАЦИЈА

- Симптоматски максиларен синуситис кој перзистира после 12 недели и покрај соодветен третман.
- Најмалку 3-4 рецидивни епизоди на максиларен синуситис во тек на 1 година.
- Носни полипи кај пациент со хроничен максиларен синуситис.
- Сомнение за компликација.

ХИРУРШКИ ТРЕТМАН

- Хируршки третман треба да се зедме во предвид за третман на пролонгиран или често рецидивирачки максиларен синуситис ².
- Ендоскопска параназална процедура се спроведува низ нострилите (функционална ендоскопска хирургија на синус (ФЕСС) види ².

ТРЕТМАН ПОСЛЕ ХИРУРШКИ ЗАФАТ НА МАКСИЛАРЕН СИНУСИТИС

- Види упатство за Хроничен синуситис.

ПОВРЗАНИ ДОКАЗИ

- Кохранови извори
- Антибиотиците имаат мал терапевтски ефект кај пациенти со некомплицирани акутен синуситис во примарната здравствена заштита со времетраење на симптомите повеќе од 7 дена. Сепак, 80% од пациентите третирани со плацебо, истотака се подобруваат за две недели.
- Орални кортикостероиди во комбинација со орални антибиотици може да се ефикасни за краткотрајно ослободување од симптоми кај акутен синуситис (ннд-Б)

РЕФЕРЕНЦИ

1. Thomas M, Yawn BP, Price D *um*. 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. **PubMed**

Previous authors:

Jouko Suonpää

Последен пат прегледано за ажурирање на 23.4.2013 • Последна промена 25.6.2014

Article ID: ebm00870 (038.031)

© 2014 Duodecim Medical Publications Ltd

- 1. EBM Guidelines, 23.4.2014, www.ebm-guidelines.com.**
- 2. Упатството треба да се ажурира еднаш на 2 години.**
- 3. Предвидено е следно ажурирање во 2016 година.**

**Упатството го ажурирал: Доц. Д-р. Катарина Ставриќ
Координатор: Проф.Д-р. Катица Зафировска.**