

**ФГБОУ ВО «ИВАНОВСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ  
АКАДЕМИЯ» МИНЗДРАВА РФ  
КАФЕДРА ПОЛИКЛИНИЧЕСКОЙ ПЕДИАТРИИ**

**ЛЕЧЕНИЕ РАЗЛИЧНЫХ КЛИНИЧЕСКИХ  
ФОРМ ОРЗ У ДЕТЕЙ:  
ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ, ОСТРЫЙ СИНУСИТ**

Д.м.н., проф. Л.А Жданова

# ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

**Клинические рекомендации «Острый средний », 2016 г.**

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

## Острый средний отит – воспалительный процесс

**охватывающий все три отдела среднего уха:**

- барабанную полость,
- клетки сосцевидного отростка,
- слуховую трубу

**проявляющееся одним или несколькими симптомами:**

- ✓ боль в ухе,
- ✓ повышение температуры,
- ✓ снижение слуха).

**Затянувшийся острый средний отит** – наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3–12 месяцев после одного или двух курсов терапии антибиотиками.

**Рецидивирующий острый средний отит** – наличие трех или более эпизодов ОСО в течение 6 месяцев или 4 и более эпизодов за период 12 месяцев.



- развитие хронического воспаления среднего уха,
- прогрессирующее понижение слуха,
- нарушение формирования речи
- нарушение общего развития

# ЭТИОПАТОГЕНЕЗ ОСТРЫХ СРЕДНИХ ОТИТОВ

## Основные возбудители ( 60%)

- пневмококк (*Streptococcus pneumoniae*) и
- гемофильная палочка (*Haemophilus influenzae*)
- различные виды стрептококков
- вирусы(до 10% ),

❑ превалирующим механизмом проникновения инфекции в полость среднего уха является тубогенный – через слуховую трубу.

❑ другие пути проникновения инфекции в барабанную полость:

- травматический,
- менингогенный – ретроградное распространение инфекционного процесса через водопроводы ушного лабиринта в среднее ухо
- гематогенный путь ( редко)

# Этиопатогенез острых средних отитов

нарушение проходимости слуховой трубы (например при рините)



создание отрицательного давления в барабанной полости



транссудация жидкости, изначально стерильной



нарушение мукоцилиарного очищения среднего уха



присоединения, условно-патогенной микрофлоры из носоглотки,



воспалительный характер жидкости.



при отсутствии дренирования



## При маловирулентной инфекции

- перфорация не образуется,
- но экссудат задерживается в барабанной полости.
- фактически воздушное пространство среднего уха исчезает

## При высоковирулентной инфекции

- барабанная перепонка может расплавиться ферментами гноя,
- через перфорацию отделяемое часто эвакуируется из барабанной полости

# КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

- ❑ острое начало с повышением температуры тела;
- ❑ боли в ухе «стреляющего», приступообразного характера,
- ❑ у маленьких детей – отказ от еды, немотивированное беспокойство и крик, нарушение сна;
- ❑ повышение температуры тела может носить «беспричинный» характер, с сохранением высоких значений вплоть до перфорации барабанной перепонки (отсутствие своевременной диагностики и лечения отита),
- ❑ гноетечение;
- ❑ при микоплазменной этиологии – явления мирингита (буллезное воспаление барабанной перепонки);
- ❑ осложнения: мастоидит, отогенный менингит.

**КАТАРАЛЬНЫЙ** (ШИФР ПО МКБ-Х – Н 65); **ГНОЙНЫЙ** (ШИФР ПО МКБ-Х – Н 66)

# **СТАДИИ ОСО**

## **ЕВСТАХЕИТА (воспаление слуховой трубы)**

- шум в ухе, чувство заложенности, усиленное восприятие собственного голоса (аутофония)
- при отоскопии втяжение барабанной перепонки

## **КАТАРАЛЬНОГО ВОСПАЛЕНИЯ**

- боль в ухе, ухудшение самочувствия, повышение температуры
- при отоскопии гиперемия и утолщение барабанной перепонки,

## **ГНОЙНОГО ВОСПАЛЕНИЯ**

- сильная боль в ухе, симптомы интоксикации и фебрильная температура, может возникать перфорация барабанной перепонки и гноетечение.
- при отоскопии выраженная гиперемия и выбухание барабанной перепонки.

## **ПОСТПЕРФОРАТИВНАЯ**

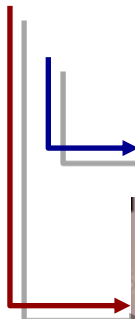
- боль в ухе уменьшается, общее состояние улучается, температура снижается
- при отоскопии перфорация барабанной перепонки и гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе

## **РЕПАРАТИВНАЯ**

- жалобы и симптомы исчезают
- перфорация закрывается

# ОТОСКОПИЯ

**имеет решающее диагностическое значение**



**КАТАРАЛЬНЫЙ ОТИТ (ВИРУСЫ) - ГИПЕРЕМИЯ БАРАБАННОЙ ПЕРЕПОНКИ  
БЕЗ ВЫБУХАНИЯ И ГНОЯ В СРЕДНЕМ УХЕ.**

**ГНОЙНЫЙ ОТИТ – ВЫБУХАНИЕ И ГНОЙ В СРЕДНЕМ УХЕ, ЛИХОРАДКА,  
ОБЩИЕ НАРУШЕНИЯ**

- 
- 1. Угроза перфорации и внутримозговых осложнений**
  - 2. Мастоидит: сохранение лихорадки, смещение ушной раковины, отек, болезненность при пальпации и эритема кожи в заушной области**

## ЛАБОРАТОРНАЯ ДИАГНОСТИКА

☐ **общеклинические методы исследования:**

- **общий анализ крови,**
- **при тяжелом течении – определение других маркеров воспаления (С-реактивный белок, прокальцитонин).**

- **микробиологическое исследование отделяемого из среднего уха на перфоративной стадии или при выполнении парацентеза**

## **2.МУКОАКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ**

применяется при ОРС с целью

- ✓ уменьшения вязкости секрета
- ✓ восстановления мукоцилиарного клиренса в полости носа и пазух .

Российские рекомендации по лечению ОРС включают муколитики ацетилцистеин и карбоцистеин

## **3.секретолитические препараты растительного происхождения**

- **синупрет** (корень генцианы, цветы примулы, трава щавеля, цветы бузины, трава вербена )

КАПЛИ ВНУТРЬ во ФЛ. 100 МЛ С ДОЗИР. КАПЕЛЬН. УСТРОЙСТВОМ,

( разводится в небольшом количестве воды)

Детям от 2 до 6 лет: **ПО 15 КАПЕЛЬ 3 РАЗА В ДЕНЬ.**

Детям старше 6 лет: **ПО 25 КАПЕЛЬ 3 РАЗА В ДЕНЬ** или по **1 ДРАЖЕ 3 РАЗА В ДЕНЬ**

- **миртол** (содержит лимонен, цинеол и  $\alpha$ -пинен),  
разрешен к применению с 6 лет  
оказывает муколитическое, противовоспалительное, антибактериальное действ

# МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА

**В качестве первой линии симптоматической терапии рекомендованы препараты на основе оксиметазолина**

## **оригинальный оксиметазолин - Називин**

- ✓ выраженное сосудосуживающее действие до 12 часов,
- ✓ низкий уровень негативного влияния на мерцательный эпителий слизистой,
- ✓ не раздражает и не вызывает гиперемии слизистой оболочки полости носа,
- ✓ безопасность использования оксиметазолина у детей с рождения,,
- ✓ наличие выраженного противовирусного действия в отношении риновируса,
- ✓ наличие противовоспалительного эффекта.

# **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА**

**В большинстве случаев осуществляется амбулаторно педиатром. При гнойной среднем отите необходима консультация ЛОР-врача.**

## **ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ КОНСУЛЬТАЦИИ ЛОР-ВРАЧА**

- **нарастающая или сохраняющаяся в течение 3 суток общая и/или локальная(по данным отоскопии) клиническая симптоматика на фоне проведения адекватной терапии**
- **необходимость проведения тимпанопункции,**
- **признаки развития осложнений,**
- **затянувшийся острый средний отит. —**
- **рецидивирующий острый средний отит,**
- **необходимость получения материала для бактериологического исследования .**

# **ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СИНУСИТА**

**В подавляющем большинстве случаев лечение ОРС проводится в амбулаторных условиях.**

**СКЛАДЫВАЕТСЯ ИЗ НЕСКОЛЬКИХ НАПРАВЛЕНИЙ:**

- **этиотропная терапия,**
  - ✓ **противовирусная ,**
  - ✓ **системная и топическая АБТ**
- **элиминационно-ирригационная терапия,**
- **разгрузочная терапия (деконгестанты),**
- **противовоспалительная терапия,**
- **мукоактивная терапия,**
- **иммунотропная терапия**

# НАПРАВЛЕНИЯ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

**1.СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ** — направлена на купирование болевого синдрома и лихорадки.

- системные анальгетики-антипиретики — парацетамол и/или ибупрофен,
- местные анестетики — ушные капли с лидокаином,
- местные противовоспалительные препараты —ушные капли с феназоном

**2.ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ** — направлена на восстановление функции слуховой трубы.

**3.ЭТИОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ** — направлена на эрадикацию возбудителя. По показаниям проводится системная антибактериальная терапия

# ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОГО СРЕДНЕГО ОТИТА

## ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

### 1. ИРРИГАЦИОННО-ЭЛИМИНАЦИОННОЙ ТЕРАПИЯ –

- туалет носа с использованием изотонического раствора NaCl или морской воды
- у маленьких детей принудительное удаление отделяемого из носа;

### 2. СОСУДОСУЖИВАЮЩИЕ СРЕДСТВА (ДЕКОНГЕСТАНТЫ) - 5–7 дней

- с рождения у детей могут применяться оксиметазолин и фенилэфрин

### 3. МУКОЛИТИЧЕСКОЙ, СЕКРЕТОЛИТИЧЕСКОЙ, СЕКРЕТОМОТОРНОЙ ТЕРАПИИ

**у маленьких детей при невозможности удалить густой назальный секрет применяются препараты прямого муколитического действия на основе**

- *N-ацетилцистеина*
- *карбоцистеина*

# ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

## АДРЕНОМИМЕТИКИ В КОМБИНАЦИИ С ДРУГИМИ АКТИВНЫМИ ПРЕПАРАТАМИ

- ✓ **Фенилэфрин\*\* с Диметинденом**,  
усиливает противоотечный эффект, особенно у детей с атопией
- ✓ **Ксилометазолин\*\* с Декспантенолом**,
  - стимулирует регенерацию слизистой оболочки носа и
  - восстанавливает мукоцилиарный клиренс,
  - обеспечивает оптимальное увлажнение слизистой оболочки .

## ТОПИЧЕСКАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ (назальные спреи)

**ФРАМИЦЕТИН** - спрей, состоящий из комбинации антибиотиков:

- ✓ неомидина сульфата,
- ✓ полимиксина сульфата,
- ✓ дексаметазона,
- ✓ фенилэфрина

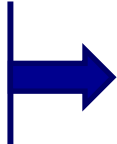
# ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ И ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

## Тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат ( Флуимуцил )

содержит в одной лекарственной форме два компонента:

- ✓ муколитик прямого действия (N-ацетилцистеин)
- ✓ полусинтетический левомецетин с бактерицидным действием (тиамфеникол ).

### СПОСОБЫ ПРИМЕНЕНИЯ

- ингаляции компрессионным ингалятором — 1 - 2 раза в сутки по 125 мг.
  - промывания носовых ходов и пазух
  - закапывания в нос и наружный слуховой проход
- 
- растворяют — 250 мг  
сухого вещества,

# КУПИРОВАНИЕ БОЛЕВОГО СИНДРОМА

## 1. СИСТЕМНЫЕ НЕСТЕРОИДНЫЕ ПРОТИВОВОСПАЛИТЕЛЬНЫЕ СРЕДСТВА

парацетамол\*\* 10-15 мг/кг/прием,

ибупрофен\*\* 8-10 мг/кг/прием;

## 2. МЕСТНАЯ ТЕРАПИЯ – **ушные капли**

- Лидокаин -содержащие ушные капли;
- Спиртосодержащие ушные капли.

# УШНЫЕ КАПЛИ МЕСТНОГО ДЕЙСТВИЯ ДЛЯ ДЕТЕЙ

**ОТИНУМ** – в его состав входит производное **аспирина**, обладающее выраженным местным действием.

- возможно применение **у детей до 1 года, но только под контролем врача**
- назначаются при воспалении среднего уха по 3-4 капли в день.
- не назначается пациентам
  - ✓ с поврежденной барабанной перепонкой,
  - ✓ при выраженных болезненных ощущениях.

**ОТИПАКС** – комбинированный препарат

- **НПВС (феназон)**
- **анестетик (лидокаин)**

Обезболивающее действие наступает спустя 3-5 минут после применения, способствует также снятию жара и воспаления, доказана его гипоаллергенность

Применяться у детей, **начиная с грудного возраста** по 3-4 капли 2-3 раза в день не более 10 дней

# КОМБИНИРОВАННЫЕ УШНЫЕ КАПЛИ С АНТИБИОТИКАМИ

**АНАУРАН** - комбинированный препарат  
два антибиотика –

- неомидина сульфат (аминогликозид )
- полимиксин В (полипептид )

**анестетик** - лидокаин.

Назначают по 2-3 капли 3-4 раза/сут не более 7 дней

У **детей до 1 года** - только в случае крайней необходимости

**«КАНДИБИОТИК»** - комбинированный препарат  
противогрибковое средство (Клотримазол ),  
бактериостатический антибиотик (Хлорамфеникол ),  
ГКС (Беклометазона дипропионат ),  
анестетик (Лидокаина гидрохлорид)

Можно применять при отите у **детей с 6 лет** по 4-5 капель 3 раза в день

**СОФРАДЕКС** – комбинированный препарат

- глюкокортикоид - дексаметазона
- 2 антибиотика широкого спектра действия
  - ✓ фрамицетин (аминогликозид)
  - ✓ грамицидин (полипептид)

Возможно применение у **детей младшего возраста**, но с осторожностью и под наблюдением врача по 3 капли 3 раза в день;

# КАК ГРАМОТНО ЗАКАПАТЬ КАПЛИ?

- Прежде, чем закапывать капли, флакон с ними надо согреть до комнатной температуры. У грудничков температура может быть до 36 градусов. Как вариант, капли наливают из флакона в теплую ложку, а затем набирают пипеткой.
- Ребенка надо уложить ухом кверху и оттянуть ушную раковину назад и книзу, чтобы расправить слуховой проход.
- После того, как капли закапаны, ребенка держат кверху ухом не менее десяти минут, чтобы лекарство не вытекло.
- У детей капли закапывают в оба уха, так как процесс, как правило, двусторонний.
- У малыша, сосущего пустышку, ее нужно вынуть до закапывания капель. В сочетании с заложенным носом пустышка может стать причиной баротравмы барабанной перепонки.

# **СИСТЕМНАЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

## **рекомендована при гнойных формах ОСО**

### **ПРЕПАРАТЫ ВЫБОРА**

Амоксициллин - 40-50 мг/кг/сут в 2-3 приема, независимо от приема пищи

Амоксициллина клавуланат - 4:1, 7:1 («стандартные» дозы) 45-50 мг/кг/сут в 2-3 приема, в начале приема пищи

Амоксициллина клавуланат - 14:1 («высокие» дозы) 80-90 мг/кг/сут в 2-3 приема в начале приема пищи

### **ПРИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИНЫ (НЕАНАФИЛАКТИЧЕСКОЙ)**

Цефуроксим аксетил - 30 мг/кг/сут в 2 приема сразу после еды

Цефиксим - 8 мг/кг/сут в 1 прием независимо от приема пищи

### **ПРИ АЛЛЕРГИИ НА ПЕНИЦИЛЛИНЫ И ЦЕФАЛОСПОРИНЫ**

Джозамицин - 40-50 мг/кг/сутки 2-3 приёма независимо от приема пищи

# ОСТРЫЙ СИНУСИТ

**Клинические рекомендации «Острый синусит», 2016 г.**

**Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов**

**ОСТРЫЙ СИНУСИТ** - воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью **<12 недель**.

**У детей ОС определяется как внезапное появление двух или более симптомов:**

- **заложенность носа / затрудненное носовое дыхание**
- **бесцветные / светлые выделения из носа**
- **кашель (в дневное или ночное время)**
- **симптомы сохраняются <12 недель.**

*У детей острый синусит часто сочетается с гипертрофией и хроническим воспалением глоточной миндалины и может проявляться неспецифическими симптомами: упорным кашлем и шейным лимфаденитом*

# ПАТОГЕНЕЗ ОСТРОГО СИНУСИТА

**застой секрета и нарушением воздухообмена в ОНП**



**страдает механизм мукоцилиарного клиренса**



**продляется время контакта бактерий с клетками слизистой**



**привычка к частому высмаркиванию**



**создается давления порядка 60-80 мм рт. ст.**

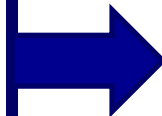


**проталкивание инфицированного секрета из носового хода в полость пазухи**



**оболочка пораженной пазухи, утолщается в 20-100 раз, иногда заполняя практически весь просвет пазухи.**

- **выраженный отек**
- **блокада естественного соустья**
- **стагнация секрета**
- **снижение парциального давления в пазухах**



**создаются оптимальные условия для развития бактериальной инфекции**

# ОСТРЫЙ СИНУСИТ

ПРИКАЗ МИНЗДРАВА РОССИИ ОТ 20.12.2012 N 1201Н «ОБ УТВЕРЖДЕНИИ СТАНДАРТА ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ ПРИ ОСТРОМ СИНУСИТЕ»

- ☐ условия оказания медицинской помощи: амбулаторно
- ☐ средние сроки лечения (количество дней): 10
- ☐ медицинские мероприятия для диагностики заболевания:
  - прием врача-педиатра участкового – 0,1
  - прием врача-отоларинголога – 1,

**ОСТРЫЙ СИНУСИТ - ВОСПАЛЕНИЕ ПРИДАТОЧНЫХ ПАЗУХ НОСА, ДИАГНОСТИРУЕМОЕ В ПОЗДНИЕ СРОКИ ОРЗ**

на 1-й неделе ОРВИ в 70% случаев

**ВЫПОТ В СИНУСАХ ИЛИ УТОЛЩЕНИЕ  
ИХ СЛИЗИСТОЙ ОБОЛОЧКИ**

- ☐ через 10-15 дней самопроизвольно исчезают
- ☐ антибиотики и физиотерапевтические процедуры на их длительность не влияют

**ВЫДЕЛЯЮТ ОСТРЫЙ ПОСТВИРУСНЫЙ РИНОСИНУСИТ**

- усиление симптомов после 5 дней болезни
- или
- сохранение симптомов после 10 дней, но с общей продолжительностью менее 12 недель

# **ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЭТИОЛОГИИ**

**СЛЕДУЕТ ПОДОЗРЕВАТЬ ПРИ НАЛИЧИИ НЕ МЕНЕЕ 3 ИЗ СЛЕДУЮЩИХ ПРИЗНАКОВ:**

- **гнойные выделения (больше с одной стороны) и гнойный секрет в полости носа;**
- **отсутствует положительная динамика в течение >10 дней;**
- **выраженная боль в области лица (чаще односторонняя);**
- **высокая лихорадка (>38 °C);**
- **перечисленные выраженные симптомы, имевшиеся на момент начала заболевания, сохраняются в течение 3-4 дней**
- **повышение СОЭ, СРБ, прокальцитонина;**
- **«вторая волна» заболевания — симптомы полностью или частично купируются в течение 3-4 дней, однако в течение 10 дней от момента появления первых симптомов отмечается рецидив (лихорадка, ринорея, кашель) .**

# ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

**ДЛЯ ИНОРОДНОГО ТЕЛА НОСА** характерны

- гнойные выделения из носа с одной стороны.
- при передней риноскопии выявляются односторонние воспалительные изменения, может быть обнаружено само инородное тело.

**ПРИ АДЕНОИДИТЕ** клиническая картина очень похожа на ОРС:

- характерны выделения из носа и кашель.
- для верификации диагноза требуется эндоскопическое исследование полости носа.

## ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ☐ Консультация ЛОР - врача
- ☐ УЗИ
- ☐ Рентгенография (*характерно полное затемнение синуса или уровень жидкости, утолщение слизистой*)
- ☐ Компьютерная томография

# **РЕКОМЕНДУЕМЫЕ АБП И РЕЖИМЫ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ**

## **Стартовая эмпирическая терапия**

Амоксициллин\*\* внутрь 40-45 мг/кг/сутки в 3 приема

## **Альтернативные препараты**

Амоксициллин/клавуланат\*\* внутрь 40-45 мг/кг/сутки в 2-3 приема

Цефуроксим аксетил\*\* 30 мг/кг/сутки в 2 приема

Цефиксим 8 мг/кг/сутки в 1-2 приема

Цефтибутен 9 мг/кг/сутки в 1 прием

## **Аллергия на – $\beta$ лактамы**

Джозамицин\*\* 40-50 мг/кг/сут. в 2-3 приема

## **Риск АБ-резистентности\* или неэффективность стартовой терапии**

Амоксициллин/ клавуланат\*\* внутрь 90 мг/кг/сутки в 2 приема

## **Тяжелое течение, требующее госпитализации**

Цефтриаксон\*\* в/в 50 мг/кг/сутки в 2 введения или

Цефотаксим\*\* в/в 100-200 мг/кг/сутки в 4 введения

***назначаются сроком до 10 дней***

# **МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА**

## **ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ**

***1.элиминационно-ирригационная терапия***

***2.МУКОАКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ***

***3.СЕКРЕТОЛИТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ РАСТИТЕЛЬНОГО  
ПРОИСХОЖДЕНИЯ***

***4.НАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ***

***5.КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ***

# МЕХАНИЗМ ДЕЙСТВИЯ СИНУПРЕТА - ЛИЗИС СЕКРЕТА

БИОФЛАВОНОИДЫ СИНУПРЕТА ДОЗОЗАВИСИМО:

## УСТРАНЯЮТ ОТЕК И ВОСПАЛЕНИЕ

- эффект сравним с синтетическим противовоспалительным ЛС
- снижает выраженность отека слизистой носа нормализует дыхание
- устраняет мукостаз

## ИММУНОМОДУЛИРУЮЩЕЕ ДЕЙСТВИЕ

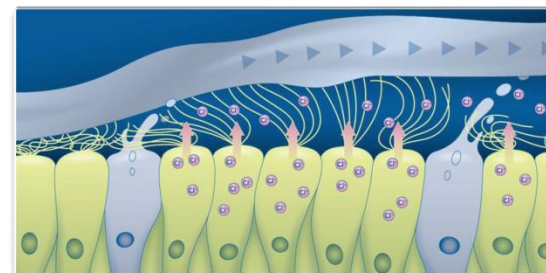
- уменьшает образование экссудата
- вызывает увеличение количества фагоцитов

## ПРОТИВОВИРУСНОЕ ДЕЙСТВИЕ

подавляет репликацию самых важных простудных вирусов (подавление нейраминидазы)

## АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЕ ДЕЙСТВИЕ

уменьшает рост бактерий **сравнимо с ампициллином и дексаметазоном**



## **6. НАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ**

обладают выраженным противовоспалительным эффектом —

- ✓ уменьшают отек слизистой оболочки,
- ✓ восстанавливают проходимость соустьев околоносовых пазух,
- ✓ подавляют экссудацию и другие компоненты воспалительной реакции.

В настоящее время в России для лечения ОРС инфекционной природы из назальных кортикостероидов **разрешен только мометазона фуроат** (с 12 лет ), при сочетании с аллергическим ринитом с 2х лет.

Показано существенное преимущество комбинации АБТ с назальными стероидами по сравнению с монотерапией антибиотиками при ОРС бактериальной этиологии

## **7. КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ**

- ✓ *для детей с проявлениями атопии - деконгестант с антигистаминными (фенилэфрин + диметинден малеат)*
- ✓ *для стимуляции регенерации слизистой - ксилометазолин с декспантенолом*

## **ЭФФЕКТИВНОСТЬ И БЕЗОПАСНОСТЬ ТОПИЧЕСКИХ АБТ ПРИ ОРС У ДЕТЕЙ ТРЕБУЕТ ДАЛЬНЕЙШЕГО ИЗУЧЕНИЯ**

**Местные антибиотики в виде назальных спреев, содержащие антибиотики (фрамицетин, неомицин + полимиксин)**

**могут оказаться не эффективными :**

- ✓ **при заполнении экссудатом затрудняется попадание антибиотика в пазуху,**
- ✓ **указанные препараты лишены активности в отношении ведущего возбудителя — пневмококка.**

**Может быть использован комплексный препарат тиамфеникола глицинат ацетилцистеинат, содержащий антибиотик и муколитик**

**для введения с помощью ингалятора с пульсирующей подачей аэрозоля**

- **при нетяжелом течении в виде монотерапии,**
- **при тяжелом комбинации с системной АБТ.**

**ВВЕДЕНИЕ В ОКОЛОНОСОВЫЕ ПАЗУХИ РАСТВОРОВ АНТИБИОТИКОВ, ПРЕДНАЗНАЧЕННЫХ ДЛЯ ВНУТРИМЫШЕЧНОГО ИЛИ ВНУТРИВЕННОГО ВВЕДЕНИЯ,**

**НЕДОПУСТИМО**

# ФИЗИОТЕРАПИЯ

**электромагнитные волны сверхвысокой частоты —**

- . микроволновая терапия - при поражениях верхнечелюстных, лобных пазух, передних клеток решетчатого лабиринта.
- электрическое поле УВЧ - при сфеноидитах, поражениях задних клеток решетчатого лабиринта, при пансинуситах.

**импульсные токи низкой частоты**

(диадинамо- или амплипульстерапия) – в случаях, когда доминирующим является болевой синдром.

**озокеритовые компрессы на лицевую область**

**При отсутствии эффекта, интоксикации  
или формировании синусогенных осложнений –  
пункция**

## **Показания для пункции синуса**

- **Тяжелое течение с угрозой осложнения**
- **Отсутствие эффекта через 48-72 часа АБ-терапии**
- **Затяжное течение синусита (более 3-х недель), несмотря на проводимую терапию**
- **Хронический синусит**

# **ПРИ ОРС МОЖЕТ РАЗВИВАТЬСЯ РЯД РЕДКИХ, НО ОПАСНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ:**

## **ОРБИТАЛЬНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ**

- периорбитальный целлюлит (воспаление века и кожи вокруг глаза впереди орбитальной перегородки),
- орбитальный целлюлит (воспаление тканей глаза орбитальной перегородки),
- поднадкостничный абсцесс, интраорбитальный абсцесс.

## **ВНУТРИЧЕРЕПНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ —**

- эпидуральный абсцесс,
- субдуральный абсцесс,
- абсцесс мозга,
- менингит,
- энцефалит,
- тромбоз венозных синусов, твердой мозговой оболочки (верхнего сагиттального и/или кавернозного).

## **КОСТНЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ —**

- остеомиелит лицевого черепа .

Ссылка для прохождения тестирования

<https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSfeSazPi1-XmmEpHw7xpHqIJ-3igIYXcgKopyuPE2kZVUCzBw/viewform>



**СПАСИБО ЗА ВНИМАНИЕ!**