

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

Дисциплина «Поликлиническое дело в 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)

патогенез 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

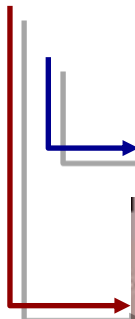
- боль в ухе уменьшается, общее состояние улучается, температура снижается
- при отоскопии перфорация барабанной перепонки и гнойное отделяемое в наружном слуховом проходе

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

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 .**

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
- .

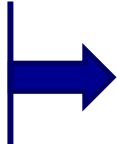
ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ И ИНГАЛЯЦИОННАЯ ТЕРАПИЯ

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», 2021 г.

Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов

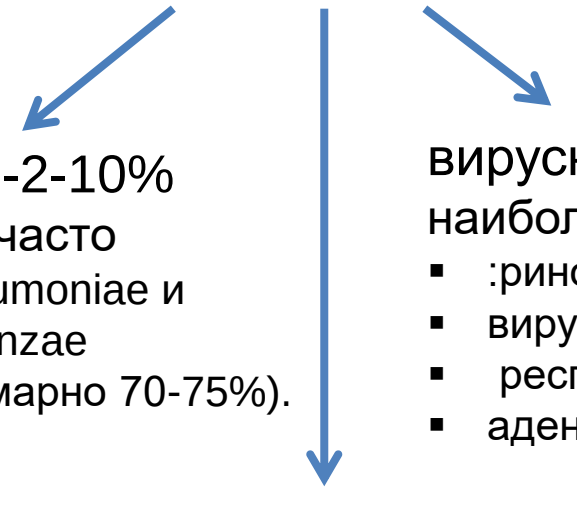
ОСТРЫЙ СИНУСИТ - воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа длительностью <12 недель.

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

- **заложенность носа / затрудненное носовое дыхание**
- **давление/боль в области лица; снижение или потеря обоняния;**
- **бесцветные / светлые выделения из носа**
- **кашель (в дневное или ночное время)**

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

ЭТИОЛОГИЯ ОСТРЫХ СИНУСИТОВ



бактериальная -2-10%
случаев наиболее часто

- *Streptococcus pneumoniae* и
- *Haemophilus influenzae*

(они составляют суммарно 70-75%).

вирусная - 90-98% случаев,
наиболее часто

- :риновирусы,
- вирусы гриппа и парагриппа,
- респираторно-синцитиальные,
- аденовирусы

может иметь и грибковую этиологию

Чаще всего, ОС развивается на фоне острой респираторной инфекции
Считается, что практически при любой ОРИ в процесс в той или иной степени вовлекается слизистая оболочка околоносовых пазух

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.

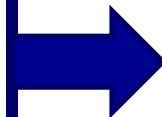


проталкивание инфицированного секрета из носового хода в полость пазухи



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

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОСТРОГО СИНУСИТА

- **стойкие выделения из носа**, могут быть слизистыми, слизисто-гнойными, гнойными и отходить при сморкании, либо стекать по задней стенке глотки,
- **затруднение носового дыхания**, может носить как периодический, так и постоянный характер, быть односторонним или двусторонним,
- **головная болью или боль в области проекции околоносовых пазух**, чаще локализуется в области переносицы и надбровья, может иррадиировать в верхние зубы,
- **снижение обоняния**,
- **заложенность ушей**,
- **гипертермия**.
- **общее недомоганием**, признаки общей интоксикации
- **кашель**

ВОЗМОЖНЫ

- ✓ развитие реактивного отека век и
- ✓ орбитальные осложнения ,
- ✓ отечность мягких тканей лица.

СТЕПЕНЬ ТЯЖЕСТИ ОСТРОГО СИНУСИТА

Легкая

- отсутствие лихорадочной реакции
- умеренно выраженные симптомы риносинусита, не влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность)
- отсутствие болей в проекции околоносовых пазух. отсутствие осложнений

Среднетяжелая

- температура не выше 38,0°С
- выраженные симптомы риносинусита умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента
- ощущение тяжести в проекции околоносовых пазух, возникающее при движении головой или наклоне головы
- наличие осложнений со стороны среднего уха (острый средний отит)
- отсутствие внутричерепных или орбитальных осложнений

Тяжелая

температура выше 38,0°С

- выраженные или мучительные симптомы риносинусита умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента
- болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи
- наличие внутричерепных или орбитальных осложнений

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

необходима с заболеваниями с клинической картиной, похожей на острый риносинусит:

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

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

ПРИ АЛЛЕРГИЧЕСКОМ РИНИТЕ

- симптомам характерна повторяемость
- значительно чаще пациенты жалуются на зуд в носу и/или чихание
- характерны глазные симптомы (зуд в глазах, слезотечение)
- диагноз аллергического ринита устанавливается *аллергологом по результатам аллергологических тестов*

ДОПОЛНИТЕЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ

- ❑ Консультация ЛОР – врача: стандартный оториноларингологический осмотр, всем пациентам с ОС с целью оценки общего состояния пациента, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии
- ❑ Развернутый общий клинического анализа крови пациентам с ОС при среднетяжёлом и тяжёлом течении заболевания
- ❑ УЗИ в качестве метода скрининговой диагностики пациентам с подозрением на верхнечелюстной или фронтальный синусит
- ❑ Рентгенография придаточных пазух носа (*характерно полное затемнение синуса или уровень жидкости, утолщение слизистой*)
- ❑ Компьютерная томография является наиболее информативным методом и становится «золотым стандартом» исследования позволяет визуализировать структуры, которые невозможно дифференцировать при обычной рентгенографии ОНП.

Кодирование по МКБ X

J01.0 – Острый верхнечелюстной синусит

J01.1 – Острый фронтальный синусит

J01.2 – Острый этмоидальный синусит

J01.3 – Острый сфеноидальный синусит

J01.4 – Острый пансинусит

J01.8 – Другой острый синусит

J01.9 – Острый неуточненный синусит

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**

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

ПОКАЗАНА

- *при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита.*
- *при легкой форме только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматике $\geq 5-7$ дней.*
- *пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией и у иммунокомпрометированных пациентов.*

Стартовая эмпирическая терапия

Амоксициллин** внутрь 50 - 60 мг/кг/сутки в 3 приема

назначается сроком до 10 дней

Альтернативные препараты

Амоксициллин/клавуланат** внутрь 40-60 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 β лактамы

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

Риск АБ-резистентности* или неэффективность стартовой терапии

Амоксициллин/ клавуланат** внутрь 50 мг/кг/сутки в 2 приема

Тяжелое течение, требующее госпитализации

Ампициллин+[Сульбактам]в/в 200-400 мг/кг/сутки, в 3 введения или

Цефтриаксон** в/в 75 мг/кг/сутки в 2 введения или

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

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА

АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ ДЛЯ МЕСТНОГО ПРИМЕНЕНИЯ

**МОГУТ НАЗНАЧАТЬСЯ в лечении пациентов с лёгким течением ,
имеющих признаки бактериального воспаления:**

- **в комплексе с системным применением антибиотиков,**
- **в качестве монотерапии**
- **в комбинации с противовоспалительными препаратами и отхаркивающими муколитическими препаратами.**

- ❑ *В условиях воспаления поступление ЛСиз кровяного русла в слизистую оболочку околоносовых пазух резко снижается, а при местном применении их концентрация в очаге воспаления в 100-120 раз выше*
- ❑ *Отмечен существенно более низкий эффект системных антибиотиков на назальные воспалительные маркеры, чем на воспалительные маркеры в легких.*
- ❑ *Ограничения системного лечения антибиотиками имеет значение для борьбы с инфекцией в верхних отделах дыхательных путей при неосложнённом течение*

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

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.**

Клинический эффект применения антибактериальных препаратов для местного применения должен оцениваться через 3-4 дня от начала терапии.

При отсутствии положительного эффекта следует рассмотреть вопрос о необходимости использования антибактериальных препаратов системного действия.

Необходимо исключить из практики введения в полость носа и ОНП растворов антибиотиков, предназначенных для внутримышечного или внутривенного введения.

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА

ИНТРАНАЗАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

1.элиминационно-ирригационная терапия

2.МУКОАКТИВНАЯ ТЕРАПИЯ

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

4.НАЗАЛЬНЫЕ ГЛЮКОКОРТИКОСТЕРОИДЫ

5.КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

МЕСТНОЕ ЛЕЧЕНИЕ СИНУСИТА

1.элиминационно-ирригационная терапия

- **аспирация слизи**
- *промывание полости носа изотоническими солевыми растворами*
- *промывании полости носа гипертоническими растворами в остром периоде*

5–7 дней (возможна частичная разгрузка соустьей) 5–7 дней

2. топические деконгестанты на 5-7 дней (для устранения отека) в форме, соответствующей возрастной категории:

- ✓ *капли – до 2-х лет,*
- ✓ *спрей с 2-х лет,*
- ✓ *гель для детей старшего возраста.*

У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин 0,05% (с 2 лет).*

3.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

4.секретолитические препараты растительного происхождения

препараты с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием

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

может применяться у детей с 2 лет.

- **умкалор** (экстракт корней пеларгонии сидовидной)[.
- **миртол** (содержит лимонен, цинеол и а-пинен),
разрешен к применению с 6 лет

5. 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 фуруат**

могут назначаться в качестве местной монотерапии у детей с ОС

- *до 12 лет только пациентам, имеющим в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит.*
- *старше 12 лет в качестве монотерапии затяжного (поствирусного синусита) или в комбинации с антибактериальными препаратами системного действия, при наличии показаний к последним .*

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

6. КОМБИНИРОВАННЫЕ ПРЕПАРАТЫ

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

Для пациентов старше 12 лет
парацетамол, в комбинации с другими препаратами для устранения
симптомов простуды и острого респираторного заболевания в
симптоматическом лечении

Показания для пункции синуса

- рентгенологическое подтверждение наличия патологического содержимого в пазухе;
- клинические данные за тяжёлое течение ОС или среднетяжёлое течение ОС при отсутствии эффекта от проводимого лечения, включающего системную антибактериальную терапию в течение 5-6 дней

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!