

**Федеральное государственное бюджетное
образовательное учреждение высшего образования
«Ивановская государственная медицинская академия»
Министерства здравоохранения Российской Федерации**

Кафедра поликлинической педиатрии

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
(ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ, ЛАРИНГИТ, ЛАРИНГОТРАХЕИТ,
ЭПИГЛОТТИТ, СИНУСИТ, ОТИТ)**

Иваново 2023

УДК 616.211/.232-053.2(07)

ББК 57.33

Д-44

Р е ц е н з е н т ы:

заведующий кафедрой поликлинической педиатрии и неонатологии
ФГБОУ ВО «Тверской государственный медицинский университет» Мин-
здрава России, доктор медицинских наук, профессор **Ю. А. Алексеева**;

профессор кафедры детских болезней лечебного факультета ФГБОУ ВО
«Ивановская государственная медицинская академия» Минздрава Рос-
сии, доктор медицинских наук **Е. Е. Краснова**

**Д-44 ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ
ФОРМ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ (ТОНЗИЛЛО-
ФАРИНГИТ, ЛАРИНГИТ, ЛАРИНГОТРАХЕИТ, ЭПИГЛОТТИТ, СИНУСИТ,
ОТИТ): учебное пособие / Л. А. Жданова, Л. К. Молькова, И. Е. Бобошко, Г. Н.
Нуждина, А. В. Шишова, С. И. Мандров, И. В. Иванова, Е. В. Иванова.— Ива-
ново: ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023. — 98 с.**

Пособие посвящено одному из важных разделов работы врача-
педиатра детской поликлиники – лечебно-консультативной помощи де-
тям с острой респираторной инфекцией. Разнообразие нозологических
форм ОРИ диктует необходимость дифференцировать подход к их диа-
гностике и лечению. Пособие подготовлено в соответствии с современ-
ными клиническими рекомендациями и стандартами медицинской по-
мощи детям на амбулаторном этапе.

Адресовано студентам, может использоваться в практической дея-
тельности участковых врачей-педиатров, медицинских сестер.

УДК 616.211/.232-053.2(07)

ББК 57.33

Утверждено центральным координационно-методическим советом
ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России в качестве учебного пособия для
студентов, обучающихся по специальности 31.05.02 ПЕДИАТРИЯ по
дисциплине «Поликлиническое дело в педиатрии».

© ФГБОУ ВО ИвГМА Минздрава России, 2023

© Коллектив авторов

ОГЛАВЛЕНИЕ

	ВВЕДЕНИЕ	4
I	ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ И ФАРИНГИТ (ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛО-ФАРИНГИТ)	5
II	ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ, ОСТРЫЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ, ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ, ЭПИГЛОТТИТ	33
III	ОСТРЫЙ ОТИТ	48
IV	ОСТРЫЙ СИНУСИТ	59
	ПРИЛОЖЕНИЯ	74
	СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ ДЛЯ КОНТРОЛЯ И САМО-КОНТРОЛЯ ЗНАНИЙ	89
	РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА	95
	СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ	97

ВВЕДЕНИЕ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) - наиболее часто встречающаяся патология в структуре заболеваний респираторной системы у детей. ОРИ в большинстве случаев имеют вирусный генез, характеризуются легким течением, протекают в виде острого ринита, фарингита, ринофарингита, с повышением температуры тела до 38°C, невыраженными симптомами интоксикации и не дают осложнений (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.). Реже вирусная инфекция сопровождается развитием острого ларингита, острого обструктивного ларингита, острого бронхита, острого бронхита с синдромом бронхиальной обструкции. Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышение уровня лихорадки в течение болезни, нарастание симптомов интоксикации у ребенка (вялость, отказ от еды и питья, тошнота, рвота, головная боль, боль в животе и др.) должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции.

Бактериальные ОРИ у детей относительно немногочисленны, но они представляют наибольшую угрозу развития серьезных осложнений, в т.ч. острый стрептококковый тонзиллит, внебольничная пневмония.

Диагностика ОРИ бактериального характера у постели остро заболевшего ребенка представляет большие трудности ввиду сходства многих клинических проявлений вирусных и бактериальных процессов (повышение температуры тела, насморк, кашель, боль в горле). Трудности усугубляются недоступностью экспресс-методов этиологической диагностики. Помня о риске развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, следует учитывать появление характерных симптомов, таких как повторный подъем температуры после кратковременного улучшения и явления оталгии. На развитие бактериального синусита могут указывать сохраняющаяся заложенность носа (10-14 дней и более), ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица.

Разнообразие нозологических форм ОРИ диктует необходимость дифференцировать подходы к их диагностике и лечению на амбулаторном этапе.

I. ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛИТ И ФАРИНГИТ (ОСТРЫЙ ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ)

Острый тонзиллит - острое инфекционное воспаление лимфоидных образований глоточного кольца (небных миндалин), протекающее с отеком, гиперемией и повреждением поверхности миндалин различного характера.

Острый фарингит - острое инфекционное воспаление слизистой оболочки задней и боковой стенок глотки.

В подавляющем большинстве случаев при ОРИ возникает воспаление и слизистой задней стенки глотки, и миндалин (за исключением фарингита у пациентов, перенесших тонзиллэктомию), поэтому целесообразно использовать объединяющий термин **острый тонзиллофарингит** (ОТФ). ОТФ обычно сопровождается повышением температуры тела и реакцией регионарных лимфатических узлов.

Этиология. Эпидемиология. Большинство случаев ОТФ у детей вызваны вирусами (аденовирусом, риновирусом, бокавирусом, метапневмовирусом, вирусами парагриппа, Эпштейна-Барр, Коксаки и др.). Наиболее значимым бактериальным возбудителем ОТФ является *Streptococcus pyogenes* (β-гемолитический стрептококк группы А - БГСА). Значительно реже возбудителями ОТФ могут быть другие бактериальные патогены, в частности, стрептококки других серогрупп (С и G), очень редко - такие особые возбудители, как *Corynebacterium diphtheriae*, *Neisseria gonorrhoeae*, спирохеты, анаэробы и ряд других (табл. 1).

Следует помнить, что тяжесть неосложненного острого тонзиллита зависит не столько от его этиологии, сколько от системной реакции организма, а также от степени увеличения небных миндалин.

ОТФ относится к достаточно распространенным состояниям в амбулаторной практике у детей. У детей до 3 лет ОТФ чаще всего имеет вирусную этиологию, при этом вероятность БГСА-тонзиллита в этом возрасте минимальная (около 3%). Наиболее высокий уровень заболеваемости ОТФ, вызванным БГСА, отмечается у детей в возрасте 5-15 лет. В целом с БГСА связано 15-37% случаев острых тонзиллофарингитов у детей. Следует помнить, что для острого стрептококкового тонзиллита характерна сезонность (конец зимы – начало весны).

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

J02	Острый фарингит
J02.0	Стрептококковый фарингит
J02.8	Острый фарингит, вызванный другими уточненными возбудителями
J02.9	Острый фарингит неуточненный
J03	Острый тонзиллит
J03.0	Стрептококковый тонзиллит
J03.8	Острый тонзиллит, вызванный другими уточненными возбудителями
J03.9	Острый тонзиллит неуточненный

Таблица 1

Возбудители острого тонзиллофарингита (Гаращенко Т.И., 2013)

Микроорганизм	Клиническая картина/синдромы
Бактерии	
Бета-гемолитический стрептококк группы А	Тонзиллофарингит. Скарлатина. Сильная боль в горле, высокая лихорадка.
Бета-гемолитические стрептококки групп С и G	Тонзиллофарингит. Скарлатиноподобная сыпь. Сильная боль в горле.
<i>Arcanobacterium haemolyticum</i>	Скарлатиноподобная сыпь. Фарингит.
<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Тонзиллофарингит.
<i>Neisseria meningitidis</i>	Фарингит, эпиглотит, назофарингит.
<i>Corynebacterium diphtheriae</i>	Дифтерия, плотный налет на миндалинах, с трудом снимается, оставляя кровоточивую поверхность.
Анаэробы/спирохеты	Ангина Симановского-Плаута-Венсана.
<i>Francisella tularensis</i>	Туляремия (в т.ч. орофарингеальная).
<i>Yersinia pestis</i>	Чума, ангинозно-бубонная форма.
<i>Yersinia enterocolitica</i>	Энтероколит, фарингит.
<i>Salmonella typhi</i>	Катаральный тонзиллофарингит, язвенная ангина Дюге.
<i>Listerella monocytogenes</i>	Катарально-пленчатый тонзиллит, мононуклеарная реакция, сепсис.
Вирусы	
Аденовирус	Фарингоконъюнктивальная лихорадка, картина ОРИ, сильная боль в горле, лимфоаденопатия.
Вирусы простого герпеса (I и II типа)	Фарингит, гингивостоматит, сильная боль в горле, пузырьки и язвы на слизистой губ.
Вирус Коксаки	Герпангина, экзантема кистей, стоп, энантема полости рта, сильная боль в горле, маленькие пузырьки на задней стенке глотки.
Риновирус	Картина ОРИ, катаральный синдром.
Коронавирус	Картина ОРИ, катаральный синдром.
Вирусы гриппа А и В	Грипп, сильная боль в горле.
Вирус парагриппа	Картина ОРИ, катаральный синдром, круп.
Вирус Эпштейна-Барр	Инфекционный мононуклеоз (тонзиллофарингит, слабость, головная боль, лихорадка, лимфоаденопатия, гепатоспленомегалия, «сухой» ринит, храп по ночам, гнусавый голос).
Цитомегаловирус	Цитомегаловирусный мононуклеоз.
ВИЧ	Первичная острая ВИЧ-инфекция (пятнисто-папулезная сыпь на туловище, миалгия, сонливость).
Ротавирус	Картина ОРИ, энтерит, катаральная ангина.
Коронавирус	Картина ОРИ.
Вирусы ЕСНО	Везикулярный фарингит, тонзиллит.

Микроорганизм	Клиническая картина/синдромы
Энтеровирусы	Тонзиллофарингит везикулярно-язвенный, умеренная лихорадка, на исходе которой появление папулезной сыпи на коже туловища, лица, конечностей, герпангина.
Микоплазмы	
Mycoplasma pneumonia	Пневмония, бронхит, фарингит.
Хламидии	
Chlamydomphila pneumonia	Пневмония, фарингит.
Chlamydomphila psittaci	Картина ОРИ, пневмония.
Грибы	
Candida albicans	Гранулезный фарингит, язвенно-пленчатая ангина с гиперплазией лимфоидной ткани.

Классификация ОТФ

По локализации:

- острый тонзиллит
- острый фарингит
- острый тонзиллофарингит

По этиологии:

- стрептококковый
- нестрептококковый (или вирусный).

Клиническая картина ОТФ любой этиологии имеет сходные симптомы, в том числе острое начало, после контакта с больным ОРВИ или острой стрептококковой инфекцией. Состояние больного удовлетворительное или средней тяжести, что сопровождается фебрильной температурой тела. Пациенты отмечают дискомфорт и/или боль в горле, усиливающиеся при глотании, возможна иррадиация в ухо. При неосложненном течении, как правило, боль имеет симметричный характер. У ребенка раннего возраста эквивалентами болевого синдрома являются отказ от еды или от проглатывания пищи, предпочтение гомогенной или жидкой пищи. При фарингоскопии выявляют гиперемию, инфильтрацию, отечность небных миндалин, возможно наличие экссудата (налетов) белого, грязно-белого или желтого цвета, задняя стенка глотки гиперемирована, язычок (увуля) отечный. Увеличение миндалин носит двусторонний характер, что позволяет дифференцировать ОТФ от паратонзиллярного абсцесса. Нередко пальпаторно определяется двустороннее увеличение и болезненность регионарных лимфатических узлов.

Для дифференциальной диагностики вирусного и стрептококкового ОТФ по клинической картине можно воспользоваться шкалами Центора и МакАйзека (табл. 2).

Таблица 2

**Модифицированная шкала Центора (Centor)
для оценки симптомов пациента с болью в горле**

Симптомы острого тонзиллофарингита	Оценка в баллах
Температура тела >38°C	1 балл
Отечность и гиперемия миндалин, налеты на задней стенке глотки и миндалинах	1 балл
Отсутствие катаральных явлений и кашля	1 балл
Переднешейный и/или подчелюстной лимфаденит (увеличенные и болезненные л/у)	1 балл
Дети 5-14 лет	1 балл
Дети старше 15 лет	0 баллов

Таблица 3

**Шкала МакАйзека (McIsaac score):
Тактика ведения пациента в зависимости от балльной оценки при ОТФ**

Балльная оценка	Вероятность наличия стрептококковой инфекции		Предлагаемая тактика ведения пациента
	Пациенты 15 лет и старше	Пациенты 3-14 лет	
0 баллов	7%	8%	Отсутствие показаний к бактериологическому исследованию и/или назначению антибиотиков
1 балл	12%	14%	
2 балла	21%	23%	Назначение АБТ по результатам экспресс-теста и/или бактериологического исследования
3 балла	38%	37%	
4 и более баллов	57%	55%	Назначение АБТ на основании клинической картины

Примечание: Сначала рекомендуется оценить симптомы у пациента с болью в горле по балльной шкале, оценить вероятность наличия БГСА, а затем ответить на вопрос, назначать АБТ или нет.

В целом нехарактерными для стрептококкового тонзиллита считаются симптомы: ринит, кашель, осиплость голоса, афтозный стоматит, диарея, конъюнктивит, вирусная экзантема. При выраженности данных симптомов проведение микробиологического исследования не показано.

При выявлении ОТФ для дифференциальной диагностики между стрептококковой и вирусной этиологией заболевания (см. рис. 1) необходимо провести экспресс-тест для выявления антигенов стрептококка группы А в мазке с задней стенки глотки (ИФА или иммунохроматография) (приложение 1). При положительных результатах экспресс-теста культуральное исследование (бактериологическое исследование отделяемого из зева на стрепто-

кокк группы А) не проводится из-за высокой специфичности экспресс-диагностики БГСА-инфекции. При отрицательном результате экспресс-теста у детей и подростков с подозрением на ОТФ, вызванный БГСА, или при невозможности его проведения следует провести культуральное исследование, которое обладает высокой чувствительностью и специфичностью, что позволяет подтвердить или исключить наличие бактериальной инфекции. Недостатком культурального исследования является длительное время до получения результата.

Только клинические данные не являются надежными критериями в дифференциальной диагностике ОТФ, вызванного БГСА и вирусами, за исключением случаев, когда выражены специфические симптомы вирусной инфекции (ринит, кашель, охриплость и/или язвенные поражения слизистой оболочки полости рта, т.е. 0-1 балл по шкале Центора) - в этой ситуации проведение микробиологического исследования не показано.

Не следует рутинно проводить экспресс-тест у детей до 3 лет из-за редкой встречаемости ОТФ, вызванного БГСА, в данной возрастной группе. Исключением является наличие факторов риска БГСА-тонзиллита у ребенка до 3 лет, например, заболевание членов семьи стрептококковым ОТФ.

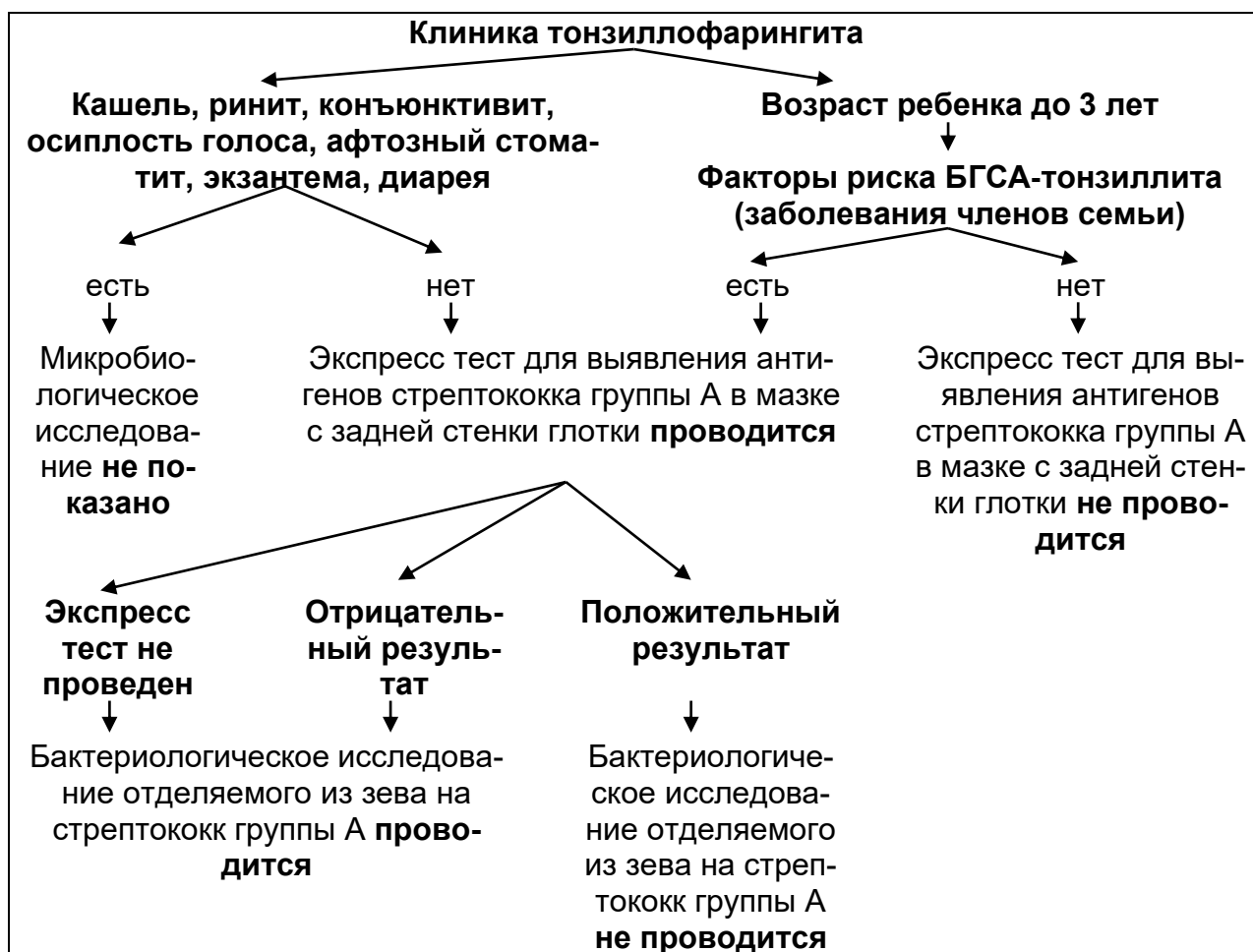


Рис. 1. Алгоритм микробиологического обследования при ОТФ.

Исследование мазка из зева на *Corynebacterium diphtheriae* (микробиологическое (культуральное) исследование слизи и пленок с миндалин на палочку дифтерии) пациентам с ОТФ проводится **по показаниям** в соответствии с Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 9 октября 2013 г. № 54 "Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».

Общий анализ крови (ОАК) в остром периоде заболевания проводится по показаниям, в т.ч. при госпитализации в стационар и/или в рамках дифференциальной диагностики с инфекционным мононуклеозом.

Высокий уровень маркеров воспаления (С-реактивного белка, прокальцитонина) возможен не только при бактериальном, но и при вирусном ОТФ, в то же время их низкий уровень не исключает диагноз стрептококкового ОТФ. Возможности данных исследований на амбулаторном этапе несколько ограничены. В остром периоде также не рекомендуется определение антистрептолизина-О в сыворотке крови, так как антитела появляются позднее и не являются подтверждением текущей инфекции.

Контрольное исследование на БГСА (бактериологическое исследование или экспресс-тест) проводится у пациентов с высоким риском развития острой ревматической лихорадки (ОРЛ) или при наличии рецидивирующих симптомов ОТФ.

Инструментальная диагностика не требуется.

Дифференциальный диагноз вирусного ОТФ проводится с ОТФ стрептококковой этиологии, для которого характерно увеличение подчелюстных и/или переднее-шейных лимфатических узлов, фебрильная лихорадка, острая боль в горле, изменения при фарингоскопии (яркая гиперемия, «пылающий зев», наличие (в большинстве случаев) экссудата на миндалинах, появление петехий на мягком небе, отсутствие катаральных явлений. В то время как ОТФ вирусной этиологии сопровождается симптомами ринита, конъюнктивита, кашля.

ОТФ, вызванный вирусом Эпштейна-Барр (ВЭБ), чаще встречается у подростков, сопровождается слабостью, генерализованной лимфоаденопатией, а также нередко гепатоспленомегалией, яркой фарингоскопической картиной, петехиями на мягком небе. В ОАК отмечаются лимфоцитарный лейкоцитоз, атипичные мононуклеары. Обнаружение ДНК ВЭБ в мазке с задней стенки глотки (слюне) и/или крови методом полимеразной цепной реакции (ПЦР) и наличие IgM к капсидному антигенному комплексу ВЭБ позволяют установить диагноз инфекционного мононуклеоза.

Энтеровирусный везикулярный стоматит (синдром «рука-нога-рот») характерен для детей младшего возраста (до 5 лет), обычно возникает в летние месяцы и протекает с умеренно выраженной лихорадкой, везикулярными высыпаниями в ротовой полости при отсутствии налетов на миндалинах, а также экзантемой на руках и стопах.

Ангина Симановского-Плаута-Венсана (возбудитель - *Fusobacterium necrophorum*) протекает с односторонним некротическим изъязвлением миндалины, иногда также неба и слизистой оболочки рта с характерным гнилостным запахом.

Дифтерию зева сопровождает плотный налет на миндалинах, снимающийся с трудом, оставляя кровоточащую поверхность.

Синдром Маршалла или PFAPA (periodic fever, aphtous stomatitis, pharyngitis, adenitis - периодическая лихорадка, афтозный стоматит, фарингит и шейный лимфаденит) характеризуется волнообразным течением. Приступ начинается с высокой лихорадки (до 39-40°C), сопровождающейся симптомами тонзиллита или фарингита (боль в горле, гиперемия миндалин), афтозного стоматита (язвы в полости рта) и увеличенными шейными лимфатическими узлами. Также могут наблюдаться боли в суставах, боли в животе, головные боли и симптомы общей интоксикации. Приступ длится несколько дней, рецидивы наблюдаются каждые 1-2 месяца. Возраст заболевших составляет, в среднем, 5 лет, и к 10 годам дети, как правило, выздоравливают, хотя у ряда пациентов симптомы сохраняются и далее. Лабораторно регистрируются лейкоцитоз, высокая СОЭ, а также повышение уровня СРБ.

Лечение детей с ОТФ в большинстве случаев осуществляется амбулаторно врачом-педиатром с привлечением оториноларинголога.

Госпитализации требуют дети в тяжелом состоянии, требующие инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости. Госпитализация проводится в инфекционное или в боксированное педиатрическое отделение. При неэффективности лечения на амбулаторном этапе, подозрении на гнойное осложнение (паратонзиллярный абсцесс, гнойный лимфаденит и др.), подозрении на новообразование, необходимости хирургического вмешательства (тонзиллэктомия) решается вопрос о госпитализации в оториноларингологическое или хирургическое отделения.

Режим и диетотерапия детей с ОТФ организуются по принципам таковых при ОРВИ (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.). Следует помнить, что пациентам, страдающим ОТФ, показано ограничение раздражающей пищи (острое, кислое, соленое, горячее, холодное и т.д.). Пища должна иметь мягкую консистенцию и комфортную температуру.

При ОТФ вирусной этиологии по показаниям применяется соответствующая **этиотропная терапия**. При гриппозной этиологии процесса не позднее 2 суток с момента развития симптомов заболевания рекомендуется применение ингибиторов нейраминидазы. При гриппе детям старше 1 года назначается осельтамивир внутрь, во время еды или независимо от приема пищи. Дозируется препарат следующим образом: при весе ≤ 15 кг - 30 мг (2 мл) 2 раза в сутки, при весе >15 -23 кг – 45 мг (3

мл) 2 раза в сутки, при весе >23-40 кг – 60 мг (4 мл) 2 раза в сутки, при весе >40 кг – 75 мг (5 мл) 2 раза в сутки, курс 5 дней. С 5-летнего возраста в качестве ингибитора нейраминидазы назначают занамивир ингаляционно по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, в течение 5 дней.

При заболевании иной вирусной этиологии возможно назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм интерферона-альфа (назальные капли, ректальные свечи) или интерферогены. Так, интраназально интерферон-альфа назначается: от рождения до 1 года — по 1 капле (1000 МЕ) в каждый носовой ход 5 раз в день, от 1 до 3 лет — по 2 капли (2000 МЕ) в каждый носовой ход 3–4 раза в день; от 3 до 14 лет — по 2 капли (2000 МЕ) в каждый носовой ход 4–5 раз в день; 15 лет и старше — по 3 капли (3000 МЕ) в каждый носовой ход 5–6 раз в день. Курс лечения - 5 дней. Следует помнить, что после закапывания препарат в нос следует помассировать крылья носа. Данный препарат не должен применяться одновременно с сосудосуживающими средствами.

Интерферон ректально используется: у детей до 7 лет - ежедневно по 1 суппозиторию (150000 МЕ) 2 раза в сутки через 12 часов, старше 7 лет - ежедневно по 1 суппозиторию (500000 МЕ) 2 раза в сутки через 12 часов. Курс лечения - 5 суток.

Умифеновир назначается внутрь до приема пищи в разовой дозе детям от 2 до 6 лет - 50 мг, от 6 до 12 лет - 100 мг, старше 12 лет - 200 мг (2 капсулы или таблетки по 100 мг или 4 капсулы или таблетки по 50 мг). Кратность применения препарата 4 раза в сутки (каждые 6 часов) в течение 5 суток.

Системная антибактериальная терапия при вирусных ОТФ не показана, так как не эффективна в отношении вирусов и не предотвращает бактериальную суперинфекцию. Показаниями для назначения системного антибактериального препарата являются случаи доказанного или высоко вероятного острого стрептококкового тонзиллофарингита, а также в крайне редких случаях дифтерии, гонококкового тонзиллита, ангины Симановского-Плаута-Венсана.

Для определения тактики ведения пациента с ОТФ можно воспользоваться шкалами Центора и МакАйзека (см. выше).

С учетом 100% чувствительности *S.pyogenes* к пенициллинам в качестве препарата выбора при БГСА-тонзиллитах рекомендуется амоксициллин 50 мг/кг/сут в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней.

При рецидивирующем течении стрептококкового тонзиллофарингита рекомендовано применение препарата амоксициллин + клавулановая кислота в дозе 40 мг/кг/сутки (по амоксициллину) или 875/125 мг (детям 12 лет и старше) в 2 приема внутрь в течение 10 дней или клиндамицина (детям старше 12 лет) 600-1800 мг/сутки в 2-4 приема в течение 10 дней.

При наличии в анамнезе аллергической реакции (за исключением анафилаксии) на пенициллины рекомендуется применение цефалоспоринов I, II, III поколения:

- цефалексин (I поколение) - детям старше 10 лет – 500 мг 2 раза в сутки, дети до 10 лет - 25-50 мг/кг/сутки в 2 приема, но не более 1000 мг в сутки в течение 10 дней (детям с 3 мес.);

- цефуроксим (II поколение) - 20 мг/кг/сутки в 2 приема в течение 10 дней, в большинстве случаев у детей старше 2 лет разовая доза составляет 125 мг 2 раза в сутки, максимальная суточная доза 250 мг; детям 3-6 месяцев - 40-60 мг 2 раза в сутки, с 6 месяцев до 2 лет - 60-120 мг 2 раза в сутки;

- цефиксим (III поколение) – детям старше 12 лет по 200 мг 2 раза в день/400 мг 1 раз в день в течение 10 дней, детям до 12 лет 8 мг/кг/сутки на 1 или 2 приема;

- цефдиторен (III поколение) – детям старше 12 лет 200 мг 2 раза в сутки 10 дней;

- цефтибутен (III поколение) - детям старше 6 месяцев в виде суспензии в дозе 9 мг/кг/сутки 1 раз в сутки; детям старше 10 лет с массой тела более 45 кг – по 1 капсуле 1 раз в день.

Известно, что вероятность развития перекрестных аллергических реакций на цефалоспорины I - II поколений у пациентов с аллергией на бета-лактамы антибактериальные препараты (пенициллины) невысока и не превышает 10%. При этом необходимо помнить, что при наличии у пациента анамнестических указаний на гиперчувствительность немедленного типа на бета-лактамы антибактериальные препараты (пенициллины), следует проявлять осторожность при назначении цефалоспоринов III поколения. Кроме того, цефалоспорины III поколения показаны при тяжелой инфекции, они серьезно подавляют нормальную микрофлору, обуславливают развитие антибиотикорезистентности, а также имеют более высокую стоимость по сравнению с амоксициллином.

При наличии в анамнезе анафилактических реакций или доказанной аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты, в т.ч. пенициллины, рекомендуется использовать макролиды:

- кларитромицин детям старше 12 лет по 500 мг 2 раза в сутки в течение 10 дней, детям до 12 лет 15 мг/кг/сутки внутрь в 2 приема (максимально 1000 мг/сутки) в течение 10 дней;

- мидекамицин назначается детям до 12 лет – 30–50 мг/кг/сутки, старше 12 лет – 1200 мг/сутки (до 1600 мг/сутки) на 2–3 приема;

- джозамицин назначается детям до 14 лет – 30–50 мг/кг/сутки в 3 приема, детям старше 14 лет – 1–2 г/сутки в 2-3 приема.

Улучшение состояния после начала антибактериальной терапии при ОТФ, вызванном БГСА, наблюдается уже через 12-24 часа. Но для эрадикации БГСА рекомендуется курс антибактериального лечения дли-

тельностью 10 дней. Примеры выписки рецептов на АБП можно посмотреть в приложении 2.

При отсутствии положительной динамики (сохранение лихорадки и болевого синдрома) в течение 48-72 часов от момента начала антибактериальной терапии следует пересмотреть диагноз (вероятное течение ОРВИ, инфекционного мононуклеоза). Необходимо помнить, что при инфекционном мононуклеозе возможно развитие так называемой «ампицилиновой» или «амоксиклицилиновой» сыпи. Сыпь появляется на 5-10 день болезни, одномоментно, чаще пятнисто-папулезная, иногда мелкоточечная, с геморрагическим компонентом, возможен кожный зуд, локализуется на лице, туловище, проксимальных отделах конечностей.

Широкий спектр побочных эффектов антибактериальной терапии требует взвешенного подхода к ее назначению с учетом не только клинического диагноза, но и индивидуальных особенностей ребенка, предыдущей «истории» применения антибиотиков (табл. 4).

Инновационной лекарственной формой антибактериальных препаратов являются диспергируемые таблетки. Это обеспечивает максимальное всасывание препарата в кишечнике, при этом пища на абсорбцию не влияет. За счет такой формы в очаге инфекции создаются высокие концентрации антибиотика, что в свою очередь предотвращает формирование антибиотикорезистентности. Данные препараты лучше переносятся, имеют хорошие органолептические свойства, требуют минимального количества жидкости для проглатывания таблетки. Кроме того из растворимой таблетки можно приготовить суспензию, что удобно для применения у детей раннего возраста.

ОТФ требует проведения соответствующей **симптоматической терапии**. Так, для купирования лихорадки и болевого синдрома рекомендовано использование системных нестероидных противовоспалительных препаратов (НПВП): ибупрофена в дозе 7,5 мг/кг каждые 6-8 часов (максимально 30 мг/кг/сутки) или парацетамола в дозе 10-15 мг/кг каждые 6 часов (максимально 60 мг/кг/сутки).

Наличие боли в горле при стрептококковом ОТФ обуславливает предпочтительный выбор ибупрофена, так как он имеет более выраженные противовоспалительное и обезболивающее действие.

Следует предостеречь от необоснованного приема препаратов, оказывающих жаропонижающее действие. Здоровым детям старше 3 месяцев жизни их следует назначать в случае, если температура тела у ребенка превышает 39,0°C (измеренная ректально) или 38,5°C (измеренная субаксиллярно) и/или при ломящих болях в мышцах, суставах и головной боли). При менее выраженной лихорадке (38-38,5°C) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией. Необоснованное медикаментозное купирование лихорадки может затруднить объективную оценку эффективности начатой АМТ при стрептококковом ОТФ.

Таблица 4

Характеристика антибактериальных препаратов для лечения ОРИ у детей
(www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Антибиотик, форма выпуска	Показания	Способ применения	Побочные эффекты
Амоксициллин (Amoxicillin) табл. или капс. 250, 500, 1000 мг; диспергир. табл. 125, 250, 500 мг; порошок или гранулят для приготовления суспензии (125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, 500 мг/5 мл).	Аминопенициллины, разрушаемые бета-лактамазой. Оказывает бактерицидное действие. Активен в отношении аэробных грамположительных бактерий: <i>Streptococcus spp.</i> , <i>Staphylococcus spp.</i> (кроме тех штаммов, которые продуцируют пенициллиназу), также активен по отношению к аэробным грамотрицательным бактериям: <i>Shigella spp.</i> , <i>Neisseria gonorrhoeae</i> , <i>Escherichia coli</i> , <i>Neisseria meningitidis</i> , <i>Klebsiella spp.</i> , <i>Salmonella spp.</i>	Внутрь независимо от приема пищи. Средняя доза детям старше 13 лет и/или массой тела более 40 кг 250–500 мг 3 раза в сутки или 500 мг–1000 мг 2 раза в сутки. При синусите, внебольничной пневмонии и других тяжелых инфекциях рекомендуется назначать 500–1000 мг 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза — 6 г. Средняя доза детям до 5 лет с массой тела до 19 кг 40-50 мг/кг/сутки в 2-3 приема. Детям от 5 до 13 лет и/или массой тела от 19 кг и до 40 кг - 250 мг 3 раза в сутки. В случаях, когда высока вероятность инфекции, вызванной резистентным <i>Streptococcus pneumoniae</i> , рекомендуются более высокие дозы — 500–1000 мг 3 раза в сутки. Максимальная суточная доза для детей — 100 мг/кг/сутки. Курс лечения 5–14 дней.	Аллергические реакции: отек Квинке, эритема, крапивница, конъюнктивит, ринит; в редких случаях возможно проявление болей в суставах, эозинофилии, лихорадки; в очень редких — анафилактический шок. Развитие суперинфекций у лиц с хроническими заболеваниями и с низкой резистентностью. Неврологические проявления при длительном применении в больших дозах: атаксия, головокружение, депрессия, нарушения сознания, судороги, периферические невропатии. Желудочно-кишечные расстройства: рвота, тошнота, запор, анорексия, диарея, стоматит, боли в эпигастрии, глоссит; в редких случаях - псевдомембранозный колит. Нарушения со стороны гепатобилиарной системы: гепатит, холестатическая желтуха.

Амоксициллин/клавуланат (Amoxicillin + Clavulanic acid) табл. 250/125 мг, 500/125 мг, 875/125 мг; порошок/гранулы для приготовления суспензии (125 мг амоксициллина/31,25 мг клавуланата в 5 мл; 250/62,5 мг в 5 мл; 600/42,9 мг); диспергир. табл. 125, 250, 500, 1000 мг по амоксициллину.	Защищенные аминопенициллины, резистентные к бета-лактамазе. Активен в отношении штаммов, чувствительных к амоксициллину (см. выше), а также микроорганизмов, вырабатывающих бета-лактамазу, в т.ч. грамположительные бактерии, аэробные грамотрицательные бактерии, грамположительные и грамотрицательные анаэробы.	Внутри в начале еды для оптимальной абсорбции и уменьшения возможных побочных эффектов со стороны пищеварительной системы. Средняя доза детям до 12 лет 40 мг/кг/сутки в 3 приема. Детям старше 12 лет (или с массой тела более 40 кг) при легком и среднетяжелом течении инфекции 250+125 мг препарата каждые 8 часов или 500+125 мг каждые 12 часов. В случае тяжелого течения инфекции и инфекций дыхательных путей 500+125 мг каждые 8 часов или 875+125 мг каждые 12 часов. Курс лечения 5-14 дней.	Желудочно-кишечные расстройства: ухудшение аппетита, рвота, тошнота, диарея; в редких случаях возможно проявление болей в животе, нарушений работы печени; единичные проявления — гепатит, желтуха, псевдомембранозный колит. Система кроветворения: в редких случаях — обратимая лейкопения, тромбоцитопения; в очень редких случаях — эозинофилия, панцитопения. Аллергические проявления: зуд, эритематозная сыпь, крапивница; в редких случаях — анафилактический шок, экссудативная эритема, отек, аллергический васкулит; единичные проявления — синдром Стивенса-Джонсона, пустулез, эксфолиативный дерматит. Неврологические расстройства: головокружение, головная боль; в редких случаях — судороги, ощущение тревожности, гиперактивность, бессонница. Мочевыделительная система: кристаллурия, интерстициальный нефрит. В редких случаях может отмечаться проявление суперинфекции.
Мидекамицин (Midecamycin) порошок для приготовления суспензий (175 мг/5 мл); табл. 400 мг.	Макролид. В больших дозах оказывает бактерицидное действие на микроорганизмы, в низких дозах - бактериостатическое. Активен в отношении грамположительных бактерий (Streptococcus spp.,	Внутри до еды. Средняя доза детям с массой тела >30 кг: по 1 табл. (400 мг) 3 раза в сутки. Детям с массой тела <30 кг: суточная доза — 20–40 мг/кг, разделенная на 3	Желудочно-кишечные расстройства: боль в животе, анорексия, тошнота, рвота, диарея, транзиторное повышение активности печеночных трансаминаз, гипербилирубинемия (у предрасположенных пациентов), стоматит; очень редко — упорная диарея, кото-

	Staphylococcus spp., Corynebacterium diphtheriae, Listeria monocytogenes, Erysipelothrix spp.), грамотрицательные бактерии (Neisseria spp., Moraxella catarrhalis, Bordetella pertussis, Helicobacter spp., Campylobacter spp., Haemophilus influenzae), анаэробные бактерии (Clostridium spp., Bacteroides spp.), внутриклеточные возбудители (Mycoplasma hominis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Legionella pneumophila).	приема или 50 мг/кг в 2 приема. При тяжелых инфекциях: суточная доза — 50 мг/кг, разделенная на 3 приема. Курс лечения 7-14 дней.	рая может свидетельствовать о псевдомембранозном колите. Аллергические реакции: эозинофилия, кожные аллергические реакции, крапивница.
Кларитромицин (Clarithromycin) табл. 250 мг, капс. 250 мг, порошок / гранулы для приготовления суспензий (125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл).	Макролид. Активен в отношении грамположительных аэробных микроорганизмов (Streptococcus agalactiae, Staphylococcus aureus (демонстрирующий чувствительность к метициллину), Streptococcus viridans Streptococcus pneumoniae, Listeria monocytogenes); грамотрицательных аэробных микроорганизмов (Neisseria gonorrhoeae, Moraxella (Branhamella) catarrhalis, Haemophilus parainfluenzae, Haemophilus influenza, Legionella pneumophila, Campylobacter jejuni,	Независимо от приема пищи, можно с молоком. Средняя доза детям старше 12 лет по 0,25-1 г 2 раза/сутки. Детям младше 12 лет – 7,5-15 мг/кг/сутки в 2 приема. Максимальная суточная доза для детей - 1 г. Длительность лечения зависит от показаний. Курс лечения 5-10 дней.	Неврологические расстройства: головокружение, страх, головная боль, плохие сны, бессонница, ощущение тревожности; в редких случаях — галлюцинации, нарушения сознания, психоз. Желудочно-кишечные расстройства: рвота, тошнота, стоматит, гастралгия, холестатическая желтуха, глоссит, диарея, увеличение активности печеночных трансаминаз, в редких случаях проявляется псевдомембранозный энтероколит. Гематологические расстройства: тромбоцитопения. Изменения со стороны органов чувств: чувство шума в ушах, нарушение вку-

	<i>Helicobacter pylori</i>, <i>Bordetella pertussis</i>); анаэробных бактерий (<i>Propionibacterium acnes</i>, <i>Clostridium perfringens</i>, <i>Bacteroides fragilis</i>, <i>Peptostreptococcus species</i>, <i>Peptococcus species</i>); внутриклеточных микроорганизмов (<i>Ureaplasma urealyticum</i>, <i>Chlamydia pneumonia</i>, <i>Mycoplasma pneumonia</i>, <i>Mycobacterium leprae</i>, <i>M. fortitum</i>, <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>M. marinum</i>, <i>Mycobacterium avium</i>, <i>M. chelonae</i>, <i>M. kansaii</i>); <i>Toxoplasma species</i>. Кларитромицин также демонстрирует бактерицидную активность относительно ряда штаммов бактерий: <i>Streptococcus pneumonia</i>, <i>H. pylori</i> и <i>Campylobacter spp.</i>, <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus agalactiae</i>., <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, <i>Moraxella (Branhamella) catarrhalis</i>.		са, отмечены единичные случаи потери слуха после того, как препарат был отменен. Аллергические проявления: зуд и сыпь на коже, анафилактические реакции, синдром Стивенса-Джонсона.
Джозамицин (<i>Josamycinum</i>) гранул д/пригот. сусп. д/приема внутрь 125 мг/5 мл, 250 мг/5 мл, 500 мг/5 мл, табл. покрытые пленочной оболочкой 500 мг	Макролид. Оказывает бактериостатическое действие. При создании в очаге воспаления высоких концентраций оказывает бактерицидное действие. Обладает широким спектром действия, включающим грамположительные, в т.ч. <i>Staphylococcus spp.</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i> и <i>Streptococcus pneumoniae</i>,	Внутрь, между приемами пищи. Средняя доза детям старше 14 лет — 1–2 г/сутки (в случае необходимости доза может быть увеличена до 3 г/сутки) в 2–3 приема, начальная рекомендуемая доза — 1 г. Доза для детей до 14 лет -	Желудочно-кишечные расстройства: отсутствие аппетита, тошнота, рвота, изжога, диарея, транзиторное повышение активности трансаминаз, желтуха. Аллергические проявления: крапивница. Поражение органов чувств: нарушение слуха. Развитие кандидоза. Лихорадка, общее недомогание.

табл. диспергируемые 1000 мг (перед употреблением можно растворить как минимум в 20 мл воды).	Bacillus anthracis, Corynebacterium diphtheriae) и грамотрицательные, в т.ч. (Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, некоторые виды Shigella, Haemophilus influenzae, Bordetella pertussis) бактерии, внутриклеточные микроорганизмы (Mycoplasma spp., в т.ч. Mycoplasma hominis, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia spp., в т.ч. Chlamydia trachomatis, Chlamydia pneumoniae, Ureaplasma urealyticum, Legionella pneumophila) и некоторые анаэробы (Peptococcus, Peptostreptococcus, Clostridium perfringens, Bacteroides fragilis). Резистентность к джозамицину развивается реже, чем к другим антибиотикам из группы макролидов.	40–50 мг/кг/сутки, разделенная на 3 приема. Курс лечения 7-14 дней.	
Азитромицин (Azithromycin) табл. с оболочкой 125, 250, 500 мг, капс. 250, 500 мг; капсулы 250 мг, 500 мг; порошок для приготовления суспензии (100 мг/5 мл, 200 мг/5 мл).	Макролид. Бактериостатик. Активен в отношении грамположительных аэробов. В т.ч. Staphylococcus aureus метициллин-чувствительный, Streptococcus pneumoniae пенициллин-чувствительный, Streptococcus pyogenes; грамотрицательных аэробов, в т.ч. Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Legionella pneumophila,	Внутрь, 1 раз в сутки, за 1 ч до или через 2 часа после еды. Детям с 6 месяцев при инфекционно-воспалительных заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей, кожи и мягких тканей назначают из расчета 10 мг/кг 1 раз в день в течение 3 дней; курсовая доза — 30 мг/кг. Детям с массой тела	Со стороны пищеварительной системы: тошнота, рвота, диарея, боли в животе, жидкий стул, метеоризм, расстройство пищеварения, анорексия, запор, изменение цвета языка, псевдомембранный колит, холестатическая желтуха, гепатит, изменение лабораторных показателей функции печени, печеночная недостаточность, некроз печени. Аллергические реакции: зуд, кожные высыпания, ангионевротический отек, крапивница, фотосенсибилизация, анафи-

	<i>Moraxella catarrhalis</i>, <i>Pasteurella multocida</i>, <i>Neisseria gonorrhoeae</i>; анаэробов, в т.ч. <i>Clostridium perfringens</i>, <i>Fusobacterium</i> spp., <i>Prevotella</i> spp., <i>Porphyromonas</i> spp., а также в отношении <i>Chlamydia trachomatis</i>, <i>Chlamydia pneumonia</i>, <i>Chlamydia psittaci</i>, <i>Mycoplasma pneumonia</i>. <i>Mycoplasma hominis</i>, <i>Borrelia burgdorferi</i>.	не менее 45 кг назначается 500 мг препарата 1 раз в сутки. Курс лечения 3-5 дней.	лактическая реакция, многоформная эритема, синдром Стивенса-Джонсона, токсический эпидермальный некролиз. Со стороны сердечно-сосудистой системы: ощущение сердцебиения, аритмия, желудочковая тахикардия, увеличение интервала QT, двунаправленная желудочковая тахикардия. Со стороны нервной системы: головокружение/вертиго, головная боль, судороги, сонливость, парестезия, астения, бессонница, гиперактивность, агрессивность, беспокойство, нервозность. Со стороны органов чувств: шум в ушах, обратимое нарушение слуха вплоть до глухоты (при приеме высоких доз в течение длительного времени), нарушение восприятия вкуса и запаха. Со стороны кровеносной и лимфатической систем: тромбоцитопения, нейтропения, эозинофилия. Со стороны опорно-двигательного аппарата: артралгия. Со стороны мочеполовой системы: интерстициальный нефрит, острая почечная недостаточность. Прочие: вагинит, кандидоз.
Цефалексин (Cefalexin) гранулы для приготовления суспензий во флаконе с мерн. ложкой (250 мг/5 мл), капсулы 250	Цефалоспорин I поколения. Бактерицидное действие, устойчив к лактамазам. Активен в отношении грамположительных микроорганизмов — <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>hyicus</i>, <i>intermedius</i>, <i>schleiferi</i>, <i>epidermidis</i>,	Внутрь за 30–60 мин до еды, запивая водой. Средняя доза детям до 10 лет при массе тела менее 40 кг 25–100 мг/кг массы тела; кратность приема — 4 раза в сутки.	Аллергические реакции: сыпь, крапивница, отек Квинке, мультиформная эритема, эозинофилия, токсический эпидермальный некролиз, синдром Стивенса-Джонсона, анафилактический шок. Со стороны кожных покровов: острый генерализованный экзантематозный пусту-

мг, 500 мг.	<i>haemolyticus, hominis, capitis, warneri, auricularis, saprophyticus, cohnii, xylosus, quorum</i>), <i>Streptococcus pneumoniae, pyogenes</i> , грамотрицательных микроорганизмов — <i>Escherichia coli, Proteus mirabilis, Klebsiella pneumoniae, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis</i> .	При среднем отите — доза 75 мг/кг/сутки, кратность приема — 4 раза в сутки. При стрептококковом фарингите, инфекциях кожи и мягких тканей кратность приема — 2 раза в сутки. При тяжелом течении инфекций суточная доза может быть увеличена до 100 мг/кг массы тела, а кратность приема — до 6 раз в сутки. Средняя доза для взрослых и детей старше 10 лет — по 250–500 мг каждые 6 ч. Суточная доза препарата должна составлять не менее 1–2 г, при необходимости может быть увеличена до 4 г. Продолжительность курса лечения — 7–14 дней.	лез. Со стороны пищеварительной системы: боль в области живота, сухость во рту, анорексия, тошнота, рвота, диарея, метеоризм, гастрит, токсический гепатит, холестатическая желтуха, повышение активности «печеночных» трансаминаз и щелочной фосфатазы, увеличение концентрации билирубина, кандидоз кишечника, ротовой полости, псевдомембранозный колит. Со стороны нервной системы: оловокружение, слабость, головная боль, возбуждение, галлюцинации, судороги. Со стороны мочеполовой системы: интерстициальный нефрит, зуд половых органов и заднего прохода, вагинит, выделения из влагалища, кандидоз половых органов. Со стороны органов кроветворения: лейкопения, нейтропения, тромбоцитопения, панцитопения, агранулоцитоз, апластическая анемия, гемолитическая анемия. Со стороны опорно-двигательного аппарата: артралгия, артрит. Лабораторные показатели: увеличение протромбинового времени. Прочие: лихорадка.
Цефуроксим аксетил (Cefuroxime) порошок /гранулы для приготовления суспензий (125 мг/5 мл, 250 мг/5мл, 500	Цефалоспорин II поколения. Антибиотик широкого спектра действия. Бактерицидный. Цефуроксим обычно активен в отношении следующих микроорганизмов: <i>Staphylococcus aureus</i> ,	Внутрь после еды, детям от 3 мес. до 12 лет – 30–50 мг/кг/сутки на 2 приема, старше 12 лет – 500-1000 мг/сутки на 2 приема. Курс лечения в среднем 7	Аллергические реакции: бронхоспазм, возможно развитие экссудативной эритемы, редко развивается анафилактический шок. Мочеполовая система: вагинит, проходящий зуд промежности.

мг/5мл), табл. в оболочке 125, 250 мг.	Streptococcus pyogenes, бета-гемолитические стрептококки, Streptococcus pneumoniae, стрептококки группы Viridans, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Moraxella catarrhalis, Neisseria gonorrhoeae, Neisseria meningitidis, Shigella spp., Peptostreptococcus spp., Propionibacterium spp., Borrelia burgdorferi, Enterobacter spp., Escherichia coli, Klebsiella pneumoniae, Proteus mirabilis, Salmonella spp., Clostridium spp.	дней.	Пищеварительный тракт: спазмы и боль в эпигастрии, рвота, тошнота, диарея, кандидоз полости рта, изъязвления полости рта, псевдомембранозный энтероколит. Возможно снижение слуха, гемолитическая анемия, судороги, гипербилирубинемия.
Цефтибутен (Ceftibutenum) порошок для приготовления суспензий (180 мг/ 5 мл), капс. 400 мг	Цефалоспорины III поколения с бактерицидным действием. Спектр действия включает Streptococcus pneumoniae (только чувствительные к пенициллину штаммы), Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Haemophilus parainfluenzae, Moraxella catarrhalis (включая штаммы, продуцирующие бета-лактамазу), Escherichia coli, Klebsiella spp., индолположительный протей и другие виды протей, включая Proteus vulgaris, Providencia, Enterobacter cloacae, Enterobacter aerogenes, Salmonella spp., Shigella spp. Цефтибутен неактивен в отношении Campylobacter spp. и Yersinia spp.	Внутри за 1–2 часа до или после еды (суспензия), независимо от приема пищи (капсулы). Детям старше 10 лет 400 мг 1 раз в сутки (при пневмонии по 200 мг 2 раза в сутки). Детям с 6 месяцев до 10 лет и массой тела менее 45 кг — 9 мг/кг в сутки (максимально 400 мг в сутки) в виде суспензии. Длительность лечения — 5–10 дней, при инфекциях, вызываемых Streptococcus pyogenes, — не менее 10 дней.	Со стороны нервной системы и органов чувств: головная боль, парестезии, сонливость, бессонница, гиперкинезы, судорожный синдром, звон в ушах, извращение вкуса. Со стороны сердечно-сосудистой системы и крови (кроветворение, гемостаз): нейтропения, панцитопения, агранулоцитоз, апластическая анемия, кровоточивость, гемолитическая анемия. Со стороны органов ЖКТ: тошнота, рвота, снижение аппетита, персистирующая диарея, гастрит, отрыжка, метеоризм, боль в животе, запор или диарея, сухость слизистой оболочки полости рта, холестаза, кандидоз, дисбактериоз, псевдомембранозный колит. Со стороны мочеполовой системы: нарушение функции почек, токсическая

			нефропатия, гематурия, вагинит. Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, крапивница, ангионевротический отек, лихорадка, многоформная экссудативная эритема (синдром Стивенса-Джонсона). Прочие: ложноположительная реакция на глюкозу, гиперкреатининемия, гипербилирубинемия, повышение концентрации мочевины и активности ЩФ.
Цефиксим (Cefiximum) сусп. (100мг/5 мл), капс. 200, 400 мг.	Цефалоспорин III поколения с бактерицидным действием. Активен в отношении <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>; грамотрицательных бактерий: <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Moraxella (Branhamella) catarrhalis</i>, <i>E.coli</i>, <i>Proteus mirabilis</i>, <i>N. Gonorrhoeae</i>, <i>Proteus vulgaris</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Klebsiella oxytoca</i>, <i>Pasteurella multocida</i>, <i>Providencia spp.</i>, <i>Salmonella spp.</i>, <i>Shigella spp.</i>, <i>Citrobacter amalonaticus</i>, <i>Citrobacter diversus</i>, <i>Serratia marcescens</i>.	Внутрь в суспензии детям 6 мес. – 12 лет в дозе 8 мг/кг/сутки 1 раз в день, старше 12 лет с массой тела более 50 кг – по 400 мг 1 раз в сутки или по 200 мг 2 раза в сутки. Курс лечения 7-14 дней.	Со стороны нервной системы и органов чувств: головная боль, головокружение. Со стороны системы кроветворения: эозинофилия, лейкопения, тромбоцитопения, нейтропения, гемолитическая анемия. Со стороны органов ЖКТ: стоматит, диарея, тошнота, рвота, боль в животе, псевдомембранозный колит, транзиторное повышение активности трансаминаз печени и ЩФ. Со стороны мочеполовой системы: повышение азота мочевины или содержания креатинина в сыворотке крови, описаны случаи интерстициального нефрита. Аллергические реакции: кожная сыпь, зуд, крапивница, многоформная эритема, синдром Стивенса — Джонсона. Прочие: микоз гениталий, вагинит, кандидоз.

Цефдиторен (Cefditoren) таб., покрытые пленочной оболочкой 200 мг, 400 мг.	Цефалоспорин III поколения. Бета-лактамы. Антибиотик. Активен в отношении Streptococcaceae групп C и G; чувствительные к метициллину штаммы Staphylococcus aureus, Streptococcus agalactiae, Streptococcus pneumoniae^{1,2}, Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, Moraxella catarrhalis, Clostridium perfringens, Peptostreptococcus spp., Enterococcus spp.; устойчивые к метициллину штаммы Staphylococcus aureus, Acinetobacter baumannii, Pseudomonas aeruginosa, Bacteroides fragilis, Clostridium difficile, Chlamydia spp., Mycoplasma spp., Legionella spp.	Внутрь, предпочтительно после еды. Таблетки следует проглатывать целиком, запивая достаточным количеством воды. Детям старше 12 лет при остром фаринготонзиллите, остром гайморите и неосложненных инфекциях кожи и подкожно-жировой клетчатки назначают по 200 мг каждые 12 ч в течение 10 дней. При внебольничной пневмонии назначают по 200 мг каждые 12 ч в течение 14 дней. В тяжелых случаях рекомендуемая доза - по 400 мг каждые 12 ч в течение 14 дней.	Со стороны нервной системы: головная боль, нервозность, головокружение, бессонница, сонливость, расстройства сна. Со стороны органа зрения: фоточувствительность. Со стороны ЛОР-органов: фарингит, ринит, синусит, звон в ушах. Со стороны дыхательной системы: бронхоспазм. Со стороны желудочно-кишечного тракта: диарея, боль в животе, запор, метеоризм, отрыжка, тошнота, рвота, кандидоз ротовой полости, псевдомембранозный колит, сухость слизистой оболочки рта, извращение вкуса, анорексия, афтозный стоматит. Со стороны печени и желчевыводящих путей: нарушение функции печени. Со стороны кожи и подкожно-жировой клетчатки: сыпь, зуд, крапивница. Со стороны опорно-двигательного аппарата и соединительной ткани: миалгия. Со стороны мочеполовой системы: кандидозный вагинит, вагинит, бели. Прочие реакции: лихорадка, астения, генерализованный болевой синдром, повышенная потливость. Со стороны лабораторных показателей: лейкопения, тромбоцитоз, повышение концентрации аланинаминотрансферазы (АЛТ), увеличение времени свертывания крови, гипергликемия, гипокалиемия, билирубинемия, повышение концентрации аспартатаминотрансферазы (АСТ), щелочной фосфатазы, альбуминурия.
---	---	---	---

Клиндамицин (Clindamycin) капс. по 150, 300 мг.	Линкозамид с широким спектром действия, бактериостатик. Активен в отношении <i>Staphylococcus</i> spp., <i>Streptococcus pneumoniae</i>, анаэробных и микроаэрофильных грамположительных кокков (включая <i>Peptococcus</i> spp. и <i>Peptostreptococcus</i> spp.), <i>Corynebacterium diphtheriae</i>, <i>Clostridium perfringens</i>, <i>Clostridium tetani</i>, <i>Mycoplasma</i> spp., <i>Bacteroides</i> spp. (включая <i>Bacteroides fragilis</i> и <i>Bacteroides melanogenicus</i>), анаэробных грамположительных, не образующих спор, бацилл (включая <i>Propionibacterium</i> spp., <i>Eubacterium</i> spp., <i>Actinomyces</i> spp.), большинство штаммов <i>Clostridium perfringens</i>.	Внутрь за 1–2 часа до еды по 3–6 мг/кг каждые 6 часов. Средние дозы детям старше 15 лет (средний вес 50 кг и выше) при заболеваниях средней тяжести по 1 капсуле 4 раза в сутки (каждые 6 часов). При тяжелых инфекциях разовая доза может быть увеличена до 2-3 капсул (300-450 мг). Детям от 8 до 12 лет (вес от 25 до 40 кг) при тяжелой инфекции по 1 капсуле 4 раза в сутки (не более 600 мг в сутки). Детям от 12 до 15 лет (вес от 40 до 50 кг) при среднетяжелой инфекции по 1 капсуле 3 раза в сутки, при тяжелой инфекции по 2 капсулы 3 раза в сутки (не более 900 мг в сутки). Курс лечения 7-14 дней.	Со стороны пищеварительной системы: диспепсия (боли в животе, тошнота, рвота, диарея), эзофагит, желтуха, нарушения функции печени, гипербилирубинемия, дисбактериоз, псевдомембранозный энтероколит. Со стороны костно-мышечной системы: редко - нарушение нервно-мышечной проводимости. Со стороны органов кроветворения: лейкопения, нейтропения, агранулоцитоз, тромбоцитопения. Аллергические реакции: редко - макуло-папулезная сыпь, крапивница, зуд; в отдельных случаях эксфолиативный и везикуло-буллезный дерматит, эозинофилия, анафилактоидные реакции. Со стороны сердечно-сосудистой системы: при быстром в/в введении - снижение АД, вплоть до коллапса; головокружение, слабость. Местные реакции: раздражение, болезненность (в месте в/м инъекции), тромбофлебит (в месте в/в инъекции). Прочие: развитие суперинфекции.
--	---	---	--

Высокую фармакологическую эффективность у детей, как с острой, так и с рецидивирующей патологией небных миндалин, демонстрирует препарат растительного происхождения – Тонзилгон (Tonsilgon® N), оказывающий комплексное действие на ключевые звенья патогенеза тонзиллофарингита, улучшая течение острого процесса, а также профилируя рецидивы. В состав тонзилгона входят корень алтея, цветки ромашки аптечной, трава тысячелистника, кора дуба, листья грецкого ореха, трава хвоща и одуванчика, которые оказывают иммуномодулирующее, антисептическое, антибактериальное, противовирусное и противовоспалительное действие. Препарат представлен двумя формами: таблетки, покрытые оболочкой и капли для приема внутрь во флаконе-капельнице 50 и 100 мл. Показаниями для применения являются острые и хронические заболевания верхних дыхательных путей (тонзиллит, фарингит, ларингит). Данный препарат используется для профилактики осложнений при респираторных вирусных инфекциях, а также в качестве дополнения к терапии антибиотиками при бактериальных инфекциях.

Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата, в т.ч. растениям семейства сложноцветных; при непереносимости лактозы, фруктозы, дефиците лактазы, сахаразы-изомальтазы, глюкозо-галактозной мальабсорбции (для таблеток, покрытых оболочкой); у детей до 1 года (в форме капель); у детей до 6 лет (в форме таблеток). Требуется соблюдение осторожности при применении капель в связи с содержанием этилового спирта в препарате при заболеваниях печени, черепно-мозговой травме, заболеваниях головного мозга, в детском возрасте старше 1 года (применение возможно только после консультации с врачом).

Тонзилгон применяется внутрь. Детям школьного возраста (старше 6 лет) назначается по 1 таблетке 5–6 раз в день, при этом таблетки проглатывать целиком, не разжевывая, при необходимости запивать водой. После исчезновения острых симптомов заболевания (боль в горле) следует продолжить лечение препаратом в течение еще 1 неделю по 1 таблетке 3 раза в день.

В форме капель препарат назначается детям школьного возраста (старше 6 лет) — по 15 капель 5–6 раз в день; детям дошкольного возраста (старше 1 года) — по 10 капель 5–6 раз в день. Капли принимают в неразбавленном виде, некоторое время подержав во рту перед проглатыванием. После исчезновения острых симптомов заболевания (боль в горле) следует продолжить лечение препаратом в течение еще 1 недели детям школьного возраста (старше 6 лет) — по 15 капель 3 раза в день; дошкольного возраста (старше 1 года) — по 10 капель 3 раза в день. При применении препарата возможны побочные действия в виде тошноты, рвоты, аллергических реакций.

При выраженной боли в горле с учетом необходимости, переносимости и возраста пациента рекомендуется применение **топических препаратов**, в т.ч. с антисептическим действием, в виде спреев, растворов для полоскания, таблеток для рассасывания (табл. 5):

При назначении местных препаратов обладающих антисептическим действием: грамицидин С+, гексэтидин, лизоцим+пиридоксин, амилметакрезол+дихлорбензиловый спирт, хлоргексидин, препараты йода, бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат, биклотимол и др., следует придерживаться разрешенной кратности приема и возрастных ограничений в связи с определенной токсичностью некоторых из них (хлоргексидин) и учитывать возможность развития аллергических реакций (препараты йода).

Не следует при боли в горле рутинно использовать местные средства в виде «втирания», «смазывания» миндалин, а также механически удалять налеты.

Таблица 5

Местная терапия тонзиллофарингитов
(www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Препарат	Действие	Способ применения, доза,	Побочные эффекты (ПЭ)
Гекседитин (Hexetidine) 0,2%-ный спрей для местного применения, флакон с дозирующим насосом и распылителем 40 мл, 0,1%-ный раствор для местного применения (Stomatidin®) флакон 200 мл.	Антисептическое средство, проявляет активность в отношении грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов и грибов.	Детям старше 3 лет. Спрей для орошения зева 2 раза в сутки после приема пищи. Ввести необходимое количество препарата в полость рта, нажав до упора на распылитель 3–4 раза. Во время введения препарата следует задержать дыхание. Курс лечения 5-7 дней. Детям старше 6 лет (при отсутствии опасности неконтролируемого проглатывания раствора) раствор для полоскания полости рта и глотки применяется по 10-15 мл неразведенного раствора в течение не менее 30 с, не проглатывать, 2-3 раза в день.	Местные аллергические реакции, нарушения вкуса и обоняния.
Гексетидин + смесь эфирных масел (анисовое, эвкалиптовое, сассафрасное, мяты перечной, гвоздичное) + метилсалицилат (Stopangin) аэрозоль 30,45 мл во флаконе с распылителем.	Антисептическое, противогрибковое, анальгезирующее, обволакивающее.	Детям старше 8 лет для орошения зева по 1-2 впрыскивания при задержанном дыхании 2–3 раза в сутки, после приема пищи или в промежутках между приемами. Не глотать. Противопоказан при сухом фарингите атрофического типа.	Ощущение жжения, аллергические реакции, тошнота (при случайном проглатывании).

(продолжение табл. 5)

Препарат	Действие	Способ применения, доза,	Побочные эффекты (ПЭ)
Кетопрофен (Ketoprophenum) 1,6% раствор для полоскания, флакон 150, 200 мл.	Противовоспалительное, анальгезирующее действие.	Детям с 12 лет. Для полоскания полости рта, по 10 мл (отмерить с помощью мерного стаканчика, развести в 100 мл питьевой воды) 2 раза в день, утром и вечером, после еды.	Аллергические реакции.
Бензидамина (Benzydaminum) 0,15% раствор для полоскания Спрей для местного применения 0,255мг/доза, аэрозоль флакон 30 мл.	Противовоспалительное, местное обезоливающее, антисептическое, противогрибковое действие.	Детям с 3 лет. Спрей для орошения ротовой полости детям с 3 до 6 лет по 1 дозе на каждые 4 кг массы тела (максимально 4 дозы), детям 6-12 лет 4 дозы, детям старше 12 лет 4-8 доз каждые 1,5-2 часа. Курс лечения до 7 дней. Детям с 12 лет. Раствор для полоскания горла или рта — 15 мл (мерный стаканчик) 2-3 раза в день (нельзя проглатывать) после еды. После полоскания в течение 20-30 секунд раствор необходимо выплюнуть.	Местные реакции - сухость во рту, жжение. Аллергические реакции.
Грамицидин С (Gramicidin S) Таблетки защечные 1,5 мг 2% спиртовой концентрат для приготовления раствора для наружного и местного применения. Флаконы 5, 10 мл.	Антибактериальное, бактериостатическое в отношении Streptococcus pneumoniae, менингококки, гонококки, возбудители анаэробной инфекции) и в высоких концентрациях — бактерицидное действие на Streptococcus spp. и Staphylococcus spp.	С 4 лет. После еды, путем медленного рассасывания в полости рта, не разжевывая. В течение 1-2 часов воздержаться от приема пищи и напитков. Старше 12 лет по 2 таблетки. Одну за другой в течение 20-30 минут 4 раза в день. Детям от 6 до 12 лет по 1-2 таблетки 4 раза в день, но не более 7 таблеток в сутки. Детям от 4 до 6 лет по 1 таблетке 4 раза в день. Раствор для полоскания, 5 мл раствора развести в 100 мл питьевой воды, 2-3 полоскание в день. Водный раствор можно применять в течение 3 дней после приготовления. Курс лечения 5-6 дней.	Аллергические реакции.

Препарат	Действие	Способ применения, доза,	Побочные эффекты (ПЭ)
Лизоцим + пиридоксин (Lysobact) таблетки для рассасывания.	Антисептическое действие, прямое воздействие на грамположительные и грамотрицательные бактерии, грибы и вирусы, а также антиафтозный эффект.	Детям с 3 лет. Таблетки следует медленно рассасывать, не разжевывая, задерживая растаявшую массу таблетки в полости рта как можно дольше, до полного растворения. Детям в возрасте 3–7 лет обычно назначают по 1 табл. 3 раза в сутки, 7–12 лет — по 1 табл. 4 раза в сутки. Детям старше 12 лет — по 2 табл. 3–4 раза в сутки. Курс лечения — 8 дней.	Аллергические реакции (ангионевротический отек (отек Квинке), крапивница, бронхоспазм, очень редко — мультиформная экссудативная эритема).
Амилметакрезол + дихлорбензиловый спирт (Amylmetacresolum + Spiritus dichlorobenzylicus) Таблетки для рассасывания.	Антисептическое, противомикробное в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий.	Детям с 5 лет. Таблетки рассасывают до полного растворения. По 1 таблетке каждые 4 часа. Курс лечения определяет врач.	Аллергические реакции.
Хлоргексидин (Chlorhexidine) 0,05% раствор для полоскания, во флаконах 50, 100, 150, 200, 250 мл.	Антисептическое действие.	Для полоскания 2-3 раза в сутки, по 15 мл на полоскание в течение 30 секунд, не глотать, после полоскания необходимо воздержаться от приема пищи в течение 2-3 часов. С осторожностью применять в детском возрасте. Курс лечения определяет врач.	Аллергические реакции.
Каметон (Cameton) (хлорбутанол, камфора, ментол, масло эвкалиптовое) аэрозоль для местного применения дозированный, баллон 30 г.	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное.	Детям старше 5 лет для распыления в ротовую полость и носовые ходы в течение 1-2 секунд, 3-4 раза в сутки. Курс лечения определяет врач.	Аллергические реакции.

(продолжение табл. 5)

Препарат	Действие	Способ применения, доза,	Побочные эффекты (ПЭ)
Ингалипт (Inhalypt) (стрептоцид, норсульфазол натрия, масло эвкалиптовое, масло мяты перечной, спирт этиловый 95%-ный, глицерин) аэрозоль для местного применения, баллон 30 мл, 45 мл.	Антисептическое, противомикробное, противовоспалительное.	Детям старше 3 лет для распыления в полость рта 1-2 секунды. Орошение проводится 3-4 раза в сутки с предварительным полосканием рта кипяченой водой.	Аллергические реакции, кратковременное ощущение жжения или першения в горле.
Пропосол (Proposol) (прополис, глицерин, этиловый спирт 95%-ный) аэрозоль.	Противовоспалительное, болеутоляющее, антисептическое.	Старше 5 лет для распыления в полость рта на фазе вдоха в течение 2 секунд, нажимая на распылитель 3-4 раза, 2–3 раза в день до полного выздоровления. Обычно 3-7 дней. Противопоказан при аллергических реакциях на продукты пчеловодства, экземе.	Жжение, аллергические реакции.
Бензилдиметил [3-(миристоиламино)пропил] аммоний хлорид моногидрат (Benzyldimethyl[3-myristoilamine)-propyl]ammonium chloridi monohydratum) 0,01% раствор для местного и наружного применения, флаконы с насадкой-распылителем 50, 100, 150, 200, 500 мл.	Антисептическое действие, противомикробное, противовирусное, противогрибковое.	Не рекомендуется применение препарата в форме спрея для орошения горла и миндалин у детей до 3 лет. Дети 3–6 лет — однократное нажатие на головку насадки-распылителя или 3–5 мл на одно полоскание, 3–4 раза в сутки; 7–14 лет — двукратное нажатие на головку насадки-распылителя или 5–7 мл на одно полоскание, 3–4 раза в сутки; старше 14 лет и взрослые — 3–4-кратное нажатие на головку насадки-распылителя или 10–15 мл на одно полоскание, 3–4 раза в сутки. Курс лечения 4 - 10 дней.	Аллергические реакции, кратковременное жжение.
Септолете тотал (Septotele® total) (Бензидамин + Цетилпиридиния хлорид) таблетки для рассасывания 3 мг+1 мг.	Противовоспалительное, обезболивающее местное, местноанестезирующее, антибактериальное, противогрибковое местное.	Детям старше 12 лет по 3-4 таблетки в сутки, медленно рассасывать во рту каждые 3-6 часов. Курс не более 7 дней. Не следует применять одновременно с другими препаратами из группы антисептиков.	Аллергические реакции, онемение, раздражение слизистой оболочки полости рта, бронхоспазм, чувство жжения.

Препарат	Действие	Способ применения, доза,	Побочные эффекты (ПЭ)
Йодинол раствор (Iodinol) (йод, калия йодид, спирт поливиниловый) раствор для местного и наружного применения, флакон 50, 100 мл.	Антисептическое. Оказывает бактерицидное действие на грамположительную и грамотрицательную флору, в т.ч. стрептококк, кишечную палочку, патогенные грибки.	Детям старше 6 лет для полоскания ротовой полости и зева 2–3 раза в день по 15-30 секунд после еды до достижения эффекта. Предпочтительно использование при хронических тонзиллитах.	Кожные высыпания, ринит, чувство жжения, аллергические реакции.
Йокс аэрозоль (Jox) (поливидон-йод, аллантоин, пропиленгликоль) спрей для местного применения, флакон с распылителем, 30 мл.	Противомикробное, противовоспалительное.	Детям старше 8 лет по 1 впрыскиванию направо и налево в полость рта и глотки 2–4 раза в сутки. ПЭ: местные аллергические реакции, раздражающее действие. Курс лечения определяет врач.	Аллергические реакции (зуд, гиперемия). При применении более 7-10 дней явления йодизма (металлический вкус во рту, повышенное слюноотечение, отеки глаз, гортани).
Фарингосепт (Faringosept) (амбазон 10 мг) таблетки для рассасывания.	Противомикробное, бактериостатическое, антисептическое.	Детям старше 3 лет – не более 3 табл. в день, старше 12 лет – 4–5 табл. в сутки. Таблетки медленно рассасываются во рту до полного растворения, через 15–30 мин после еды. После применения таблеток в течение 3 часов воздержаться от питья и приема пищи. Курс лечения 3-4 дня.	Аллергические реакции, кожная сыпь.
Фурацилин (нитрофуралин 20 мг) таблетки для приготовления раствора для местного и наружного применения.	Антисептическое.	Для полоскания ротовой полости – по 100 мл 2-3 раза в день, 0,02% водным раствором фурацилина, для приготовления раствора растворить 1 таблетку (0,02) в 100 мл теплой кипяченой воды. Курс лечения 7-10 дней.	Аллергические реакции.

Несмотря на то, что местные антисептические препараты обладают различной активностью против бактерий, грибов и вирусов, в сочетании с болеутоляющим эффектом, они не могут заменить системную АМТ при стрептококковом ОТФ, так как не предупреждают развитие «поздних» осложнений. Не рекомендуется длительное применение этих препаратов в связи с неблагоприятным влиянием на нормальную микрофлору полости рта.

Пациентам с рецидивирующими формами ОТФ показано применение **иммуномодулирующих препаратов** (см. приложение 3).

Хирургическое лечение ОТФ при неосложненном течении не требуется. При рецидивирующем течении ТФ решение вопроса о проведении тонзиллэктомии необходимо при 7 и более эпизодах ОСТ в течение 1 года, или 5 и более эпизодов ОСТ ежегодно в течение 2 лет, или 3 и более эпизодах ежегодно в течение 3 лет.

Прогноз ОТФ в большинстве случаев благоприятный. Отсутствие лечения или неадекватное лечение стрептококкового тонзиллита чревато высокой вероятностью развития серьезных гнойных осложнений (паратонзиллярный и др. абсцессы, гнойный лимфаденит), а также негнойных (ОРЛ, ревматические болезни сердца, постстрептококковый гломерулонефрит и др.). Риск развития гнойных осложнений повышается на фоне первичных и приобретенных ИДС (врожденный иммунодефицит, прием иммуносупрессивной и цитостатической терапии, ВИЧ-инфекция). Риск развития аутоиммунных осложнений повышается у пациентов с ОРЛ в анамнезе.

Специфической **профилактики** БГСА ОТФ не существует. Рекомендуется изоляция из организованных коллективов больных стрептококковым ОТФ во избежание вспышек стрептококковой инфекции.

Диспансерное наблюдение ребенка, перенесшего БГСА ОТФ, осуществляется в соответствии с СП 3.1.2.3149-13 в течение 1 месяца с контролем ОАК и общего анализа мочи (ОАМ) через 7-10 дней и через 3 недели. При наличии жалоб или клинических проявлений осложнений со стороны сердечно-сосудистой системы проводится электрокардиография. При отсутствии отклонений пациенты снимаются с диспансерного учета. При выявлении отклонений в рамках физикального, лабораторного и инструментального обследования проводится консультация и/или наблюдение соответствующего специалиста (врача-нефролога, врача-ревматолога, врача – детского кардиолога).

II. ОСТРЫЙ ЛАРИНГИТ И ТРАХЕИТ. ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ. ЭПИГЛОТТИТ

Острый ларингит – острое воспаление слизистой оболочки гортани, может сочетаться с катаром слизистой оболочки носовой полости, глотки, а иногда и нижних дыхательных путей (НДП), составляя симптомокомплекс респираторной инфекции.

Причинами заболевания выступают вирусы гриппа, парагриппа, аденовирусы, респираторно-синцитиальные вирусы, риновирусы, энтеровирусы, вирусы кори и др. Острый ларингит может быть изолированным процессом, например, при гриппе, парагриппе. В этиологии острого ларингита значимы и бактериальные агенты: *S. Pneumoniae* (20-40%) и *H. Influenzae* (20-35%), а также *Moraxella catarrhalis* (2-10%), различные виды стрептококков и стафилококков, значительно реже – представители родов *Neisseria*, *Corynebacterium* и др. Все более актуальной представляется роль атипичных возбудителей инфекций ЛОР-органов (хламидий, микоплазм и др.). Очень редко в силу массовой иммунизации против дифтерии этиологическим фактором может быть дифтерийная палочка.

Точная распространенность острого ларингита неизвестна, нередко родители «лечат» детей самостоятельно, не обращаясь за медицинской помощью. Наиболее высокая заболеваемость острым ларингитом отмечена у детей в возрасте от 6 месяцев до 2 лет. В этом возрасте его наблюдают у трети детей с острыми респираторными заболеваниями.

Для острого ларингита характерны острое начало, катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей (ВДП) в виде затрудненного носового дыхания и/или отделяемого из носа, чихания, кашля, возможно с болью в горле при глотании, умеренный синдром интоксикации в виде снижения аппетита, слабости, вялости, головной боли, повышения температуры тела. При фарингоскопии выявляется яркая гиперемия слизистой ротоглотки, как проявление сопутствующего фарингита, при аускультации – возможно жесткое дыхание вследствие сопутствующего трахеита. Появление осиплости голоса, лающего кашля на фоне выше перечисленных признаков вирусной инфекции позволяет установить диагноз острого ларингита. При опросе выясняется факт контакта с больным ОРВИ. Нередко состояние пациента остается удовлетворительным, температура тела остаётся нормальной или повышается до субфебрильных цифр. Течение заболевания обычно благоприятное, завершается выздоровлением через 5-10 дней.

Острый трахеит – воспаление слизистой оболочки трахеи вирусного, бактериального (пневмококки, гемофильная палочка, реже стафилококки) или смешанного генеза, нередко в сочетании с поражением других отделов респираторного тракта, сопровождающееся отеком сли-

зистой оболочки трахеи с выделением вязкого секрета слизистого, гнойного характера, обычно в небольшом количестве.

Острый трахеит у ребенка, как правило, имеет вирусную этиологию: в большинстве случаев его возбудителями выступают вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус и др. Бактериальный трахеит у ребенка обычно развивается вслед за перенесенной вирусной инфекцией или травмой трахеи, вызванной инородным телом, недавней интубацией и другими причинами. Среди бактериальных агентов у детей установлена этиологическая роль пневмококка, стафилококка, стрептококка, гемофильной инфекции, моракселлы и пр. Нередко встречается микоплазменное или хламидийное поражение дыхательных путей, а также микст-инфекция – вирусно-бактериальные, вирусно-микоплазменные и другие ассоциации. Грибковые трахеиты (трахеомикозы), обусловленные аспергиллезом, актиномикозом, кандидозом, в педиатрии встречаются редко.

Трахеит у ребенка может развиваться при инфекционных заболеваниях, протекающих с поражением верхних дыхательных путей (кори, скарлатине, коклюше, дифтерии и др.), т. е. носить вторичный характер. Аллергический трахеит развивается при повышенной сенсibilизации организма ребенка к пищевым, лекарственным, грибковым аллергенам, домашней пыли.

Прогрессированию трахеита у ребенка способствует вдыхание сухого, запыленного или холодного воздуха, переохлаждение, пассивное и активное курение, нарушение носового дыхания (при искривлении носовой перегородки, аденоидах, гипертрофическом рините и пр.), хронической инфекции (тонзиллите у детей, гайморите, множественном кариесе).

Затяжное или хроническое течение трахеита обычно отмечается у детей с гипотрофией, рахитом, диатезом, гиповитаминозами, снижением иммунитета.

У больного отмечается болезненный сухой или малопродуктивный кашель, может быть приступообразным, вызывать головную боль, чаще в ночные и утренние часы, провоцируется глубоким вдохом. Кашель сопровождается чувством жжения, «саднения» или болью за грудиной, затруднением дыхания, хриплым голосом. Общее состояние при этом обычно страдает незначительно, может быть субфебрильная температура тела, особенно по вечерам. При перкуссии и аускультации легких отклонений от нормы не отмечается, возможно жесткое дыхание при малом количестве или отсутствии хрипов. Прогноз чаще благоприятный, выздоровление наступает через 1–2 недели. У детей старшего возраста возможны осложнения в виде нисходящего трахеобронхита и коллапса (при кашле).

Острый обструктивный ларингит (круп) – воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее также использовался термин «стенозирующий ларинготрахеит». Ос-

новным возбудителем данного заболевания является вирус парагриппа (до 80% всех случаев), а также вирусы гриппа А и В, аденовирусы, респираторно-синцитиальный вирус, риновирусы, энтеровирусы, бокавирус, коронавирус, метапневмовирус и др.

Круп чаще встречается у детей в возрасте от 6 месяцев до 6 лет.

Обычно это быстро купирующееся острое заболевание, разрешение симптомов наступает в течение 48 часов от начала адекватной терапии в 60% случаев, однако приблизительно 5% детей с крупом требуется госпитализация в стационар, причем 1-3% из госпитализированных может потребоваться искусственная вентиляция легких.

Обструктивный ларингит (круп) обычно начинается с симптомов острой респираторной вирусной инфекции - ринореи, першения и боли в горле, кашля чаще на фоне невысокой температуры, редко – на фоне фебрильной лихорадки. Выявляются признаки ларингита в виде осиплости голоса и/или сухого грубого кашля. При прогрессировании воспалительного процесса в гортани осиплость может усиливаться вплоть до полной афонии (у младших детей – беззвучный плач, у старших – шепотная речь), кашель приобретает лающий характер, появляется шумное дыхание или шумный вдох (стридор). При нарастании степени стеноза гортани развивается инспираторная одышка, которую можно заметить по втяжению яремной ямки (возможно, надключичных ямок и межреберий) на вдохе. Симптомы обструктивного ларингита обычно развиваются вечером, ночью, нередко в предутренние часы.

Стеноз гортани первой степени сопровождается периодическим грубым, лающим кашлем и осиплостью голоса. Стридор в покое чаще отсутствует и нарастает только при беспокойстве ребенка или при физической нагрузке. Отмечается слабовыраженное втяжение надключичных ямок и межреберных промежутков при дыхании.

При стенозе гортани второй степени лающий кашель учащается, стридорозное дыхание сохраняется и в покое, отмечается выраженное втяжение углов грудной клетки при дыхании в покое.

Стеноз гортани третьей степени проявляется симптомами выраженной дыхательной недостаточности, сопровождается выраженным беспокойством или угнетением сознания. В этой стадии болезни ребенку требуется экстренная помощь (табл. 5). В клинической практике более 2/3 пациентов обращаются к врачу с признаками стеноза гортани первой степени, тяжелый стеноз гортани развивается менее чем у 1% детей.

В литературе можно встретить упоминание о ранних стенозах, которые развиваются до 3-го дня от начала инфекции, возбудители – преимущественно вирусы, и поздних (после 3-го дня от начала заболевания, возбудители – смешанная вирусно-бактериальная флора) формы.

В России принята классификация острого обструктивного ларингита по степени стеноза гортани (табл. 6)

Таблица 5

Степени стеноза гортани (по В.Ф. Ундрицу, 1969)

Степень	Клинические проявления
I (стадия компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, умеренная одышка.
II (стадия неполной компенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, выраженная одышка, возбуждение, дыхание с участием вспомогательной мускулатуры, втяжением податливых мест грудной клетки, раздуванием крыльев носа, цианоз носогубного треугольника, тахикардия.
III (стадия декомпенсации)	Осиплость, грубый навязчивый кашель, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз.
IV (терминальная стадия, асфиксия)	Сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца.

В зарубежных странах также широко используется классификация крупа по степеням тяжести (табл. 7)

Таблица 6

Классификация крупа (C.L. Bjornson, D.W. Johnson, 2013; L.J. Tovar Padua, J.D. Cherry, 2019)

Признаки	Степень тяжести			
	Легкая	Средняя	Тяжелая	Терминальная
Лающий кашель	Редко	Часто	Часто	Редко в связи с апатией
Стридор	В покое отсутствует или имеет минимальные проявления	Легко слышен в покое	Постоянно слышен на вдохе и периодически на выдохе	Слышен в покое, но может быть тихим или почти неразличимым
Втяжение надключичных и/или межреберных промежутков	Отсутствует или выражено незначительно	Заметно в покое	Выраженное	Может быть незаметно
Дистресс, возбуждение или сонливость (гипоксия ЦНС)	Отсутствует	Отсутствует или незначительная	Может быть выраженная сонливость	Выраженная сонливость или нарушение сознания
Цианоз	Нет	Нет	Нет	Бледность и синюшность кожных покровов без дотации кислорода

Степень стеноза гортани - тяжесть крупа - можно также оценивать по шкале Westley. В настоящее время данная шкала имеет множество модификаций (табл. 7).

Таблица 7

Шкала оценки степени тяжести крупа по Westley

Выраженность симптома	Баллы*
Стридор	
Отсутствует	0
При возбуждении	1
В покое	2
Втяжение уступчивых мест грудной клетки	
Отсутствует	0
Легкое	1
Умеренно выраженное	2
Резко выраженное	3
Проходимость дыхательных путей	
Нормальная	0
Нарушена умеренно	1
Значительно снижена	2
Цианоз	
Отсутствует	0
При двигательной активности	4
В покое	5
Сознание	
Без изменений	0
Нарушения сознания	5
<i>*Оценка: легкой степени соответствует сумма баллов меньше 3, средней степени – 3-6 баллов, тяжелой степени – более 6.</i>	

Таким образом, диагноз острого обструктивного ларингита (крупа) является клиническим и ставится, как правило, на основании анамнеза и

симптомов осиплости голоса, лающего кашля, инспираторного стридора. При осмотре необходимо обратить внимание на наличие признаков респираторного дистресса: цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжения яремной ямки и межреберных промежутков при дыхании, оценить частоту дыхательных движений, измерить уровень сатурации (насыщения крови кислородом). Аускультативно следует уточнить характер одышки, при этом для обструктивного ларингита характерна инспираторная. При выраженной обструкции верхних дыхательных путей на фоне тяжелого крупа может наблюдаться смешанная одышка.

Поскольку обструктивный ларингит является преимущественно вирусным заболеванием, лабораторные анализы (общий анализ крови, определение уровня С-реактивного белка) показано проводить лишь в тех случаях, когда ребенок высоко лихорадит, и есть необходимость исключить бактериальную инфекцию.

Рекомендовано проведение пульсоксиметрии пациентам с крупом для оценки степени дыхательной недостаточности и необходимости назначения оксигенотерапии, а также для динамического контроля состояния.

Острый обструктивный ларингит (круп) необходимо дифференцировать с рядом сходных состояний (табл. 8).

Таблица 8

**Дифференциальная диагностика острого обструктивного ларингита (круп) с другими клинически сходными состояниями
(Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей
/Клинические рекомендации, 2021)**

Заболевание	Наиболее частый возраст	Клинические проявления	Лабораторная и инструментальная диагностика
Часто встречающиеся состояния			
Круп	6 месяцев - 6 лет	Острое начало, «лающий» кашель, стридор, осиплость голоса.	Не требуется.
Нечасто встречающиеся состояния			
Паратонзиллярный абсцесс	6 месяцев – 3,5 года	Боль в горле, лихорадка, гнусавый голос, изменение речи (по типу «картошка во рту»). Смещение миндалин вниз и медиально, отклонение небного язычка, гиперемия и/или налет на миндалинах, возможен тризм.	Рентгенография мягких тканей шеи, компьютерная томография шеи, клинический анализ крови (лейкоцитоз).

(продолжение табл. 8)

Заболевание	Наиболее частый возраст	Клинические проявления	Лабораторная и инструментальная диагностика
Ретрофарингеальный (заглоточный) абсцесс	2 -4 года	Лихорадка, слюнотечение, дисфагия, боль при глотании, боль в шее Возможны тризм, отек шеи, вынужденное положение: голова запрокинута назад и повернута в ту сторону, где располагается заглоточный абсцесс.	Рентгенография мягких тканей шеи, компьютерная томография шеи с внутривенным болюсным контрастированием, клинический анализ крови (лейкоцитоз).
Ангиоотек	В любом возрасте	Отек шеи и, возможно, лица. Возможны другие признаки аллергической (в т.ч., анафилактической) реакции. Возникновение после контакта с аллергеном или токсическим веществом.	Аллергологическое обследование в дальнейшем (кожные тесты или специфические иммуноглобулины Е к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови).
Аспирация инородного тела	Чаще в возрасте <3 лет	Эпизод «поперхивания», острое затруднение дыхания, слюнотечение.	Рентгенография мягких тканей шеи, КТ шеи, трахеобронхоскопия.
Химический и термический ожог верхних дыхательных путей	В любом возрасте	Контакт с химическими веществами, тепловое воздействие.	Прямая ларингоскопия.
Эпиглоттит	3 - 12 лет	Острое нарушение глотания, боль при глотании, слюнотечение, высокая лихорадка, беспокойство, приглушенный голос.	Рентгенография мягких тканей шеи (утолщенный надгортанный хрящ), клинический анализ крови (лейкоцитоз).

Заболевание	Наиболее частый возраст	Клинические проявления	Лабораторная и инструментальная диагностика
Дифтерийный (истинный) круп	В любом возрасте	Развивается медленнее, на фоне субфебрильной температуры (за исключением токсической формы), интоксикации. Боль в шее и ее отек. Налеты на миндалинах грязно-серого цвета, трудно отделяющиеся.	Посев на <i>Corynebacterium diphtheriae</i> мазков со слизистой оболочки ротоглотки на возбудителя дифтерии, определение антител к дифтерийному токсину.
Редкие состояния			
Бактериальный трахеит	<6 лет	Высокая лихорадка, «лающий» кашель, нарастающие симптомы дыхательной недостаточности.	Клинический анализ крови (лейкоцитоз), Рентгенография мягких тканей шеи (сужение просвета трахеи).
Гемангиома	<6 месяцев	Усиление стридора на фоне беспокойства.	Трахеобронхоскопия.
Аномалии верхних дыхательных путей*	<6 месяцев до 4,5 лет	Рецидивирующие эпизоды «лающего» кашля и стридора.	Трахеобронхоскопия.
Новообразования	В любом возрасте	Нарастающие симптомы изменения дыхания и голоса.	Рентгенография мягких тканей шеи (в боковой проекции), компьютерная томография шеи.
Увулит	В любом возрасте	Отек и эритема увулы Этиология: бактериальная или аллергическая NB!! может сопутствовать эпиглоттиту.	При аллергической этиологии – аллергологическое обследование в дальнейшем (кожные тесты или специфические иммуноглобулины Е к антигенам растительного, животного и химического происхождения в крови).

**Аномалии верхних дыхательных путей: трахеомалация, ларингомалация, расщелина гортани, стеноз подвязочного пространства. Следует помнить, что при некоторых болезнях гортани (врожденный стридор, подскладочная гемангиома/неоплазия, парезы, ларингомалация) затруднение вдоха усиливается во время острой респираторной инфекции, создавая иллюзию острого стеноза.*

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

J04.0	Острый ларингит
J04.1	Острый трахеит
J04.2	Острый ларинготрахеит
J05.0	Острый обструктивный ларингит (круп)

Примеры диагнозов:

Острый ларингит.

Острый ларинготрахеит.

Острый обструктивный ларингит, стеноз гортани 1 степени.

Острый обструктивный ларингит, стеноз гортани 2 степени.

Госпитализация показана в следующих случаях:

- стеноз гортани 2-3 степени;
- невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях;
- прогрессирующее ухудшение состояния, неэффективность проводимой терапии;
- наличие у ребенка сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваний (врожденный стридор, эпилепсия и др.отягощающие факторы);
- социальное неблагополучие и/или невозможность полноценного ухода за больным ребенком.

Лечение детей с острым ларингитом/ларинготрахеитом организуется по принципам лечения при ОРВИ (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.). Но при данной нозологической форме особенно необходим оптимальный температурный **режим** в помещении (18–20°C), частое проветривание и достаточная влажность воздуха, а также обеспечение психо-эмоционального комфорта. Обязательно организуется гипоаллергенный быт, предполагающий тщательное и частое проветривание помещений, использование подушек и одеяла из синтепона, исключение пассивного курения, воздействия резких раздражающих запахов (освежителей воздуха, дезодорантов, духов, стиральных порошков и других средств), освобождение комнаты от цветов. Целесообразно рекомендовать сухое тепло на область шеи, а также уменьшение речевой нагрузки.

Организация питания. Ребенка не следует кормить насильно. Но при этом необходимо обеспечить обильное теплое питье, в том числе компоты из сухофруктов (яблоко, чернослив, изюм, груша), морсы из клюквы и черной смородины. Из питания необходимо исключить цитрусовые, ананасы, киви, клубнику, землянику, малину, хурму, гранат, томаты, морковь, грибы, яйца, рыбу красных сортов, икру, крабов, крепкие

мясные бульоны, шоколад, какао, орехи, мед, консервированные, острые, пряные продукты, копчености, соки с эссенциями, газированные напитки, жевательные резинки и освежающие конфеты.

Этиотропная терапия при острых вирусных ларингитах/ларинготрахеитах назначается по общим принципам лечения ОРИ (см. стр. 11-12 данного пособия). Антибактериальная терапия не рекомендуется к назначению при крупе, т.к. не имеет эффективности.

При сухом навязчивом кашле у ребенка с ларингитом/ларинготрахеитом допустимо использование **противокашлевого препарата**, например, бутамирата. Бутамирата цитрат может назначаться в виде капель (1 мл – 22 капли – 5 мг, во флаконе 20 мл) или в виде сиропа (5 мл – 7,5 мг, во флаконе 100, 200 мл). Назначается внутрь перед едой в виде капель 4 раза в день: 2 мес.– 1 год – по 10 кап., 1 – 3 года – по 15 кап., старше 3 лет – по 25 кап; в виде сиропа 3 раза в день: 3–6 лет – по 5 мл, 6–12 лет – по 10 мл, старше 12 лет – по 15 мл.

Жаропонижающая терапия. С целью снижения температуры тела у детей рекомендуются к применению только два препарата – парацетамол до 60 мг/кг/сутки или ибупрофен до 30 мг/кг/сутки вследствие доказанной безопасности. Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше $39-39,5^{\circ}\text{C}$. При менее выраженной лихорадке ($38-38,5^{\circ}\text{C}$) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте (цефалгии, миалгии, артралгии). Парацетамол используется в разовой дозе 10–15 мг/кг, не более 4 раз в сутки (максимальная суточная доза – 60 мг/кг/сутки). Разовая доза ибупрофена – 5–10 мг/кг, препарат используется не более 3 раз в сутки (максимальная суточная доза – 30 мг/кг/сутки) для детей старше 3 месяцев. В целом купирование лихорадки проводится по общим принципам (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Применявшиеся ранее паровые ингаляции не рекомендуются к использованию, т.к. в контролируемых исследованиях показали невысокую эффективность.

При возникновении симптомов стеноза гортани на фоне острого обструктивного ларингита необходимо проведение срочной **дифференциальной диагностики** с таким жизнеугрожающим состоянием, как эпиглоттит (табл. 9). Для эпиглоттита характерны: острое течение с высокой температурой, нарушение общего состояния, боль в горле, тризм, слюнотечение, поза «треножника», открытый рот, быстрое развитие стридора, западение надгортанника в положении на спине, голос приглушенный, не сиплый.

Таблица 9

**Клинические различия между крупом и эпиглоттитом
(Острый обструктивный ларингит [круп] и эпиглоттит у детей
/Клинические рекомендации, 2021)**

	Круп	Эпиглоттит
Возраст	6 месяцев – 3 года	Старше 3 лет
Развитие стридора	Постепенное (24 – 72 часа).	Быстрое (8 – 12 часов).
Симптомы	Катаральные явления в продромальном периоде (признаки острой респираторной инфекции), грубый, лающий кашель, осиплость голоса, грубый инспираторный стридор, редко шум на выдохе. Отсутствие или умеренная боль в горле.	Умеренно выраженный ринит, не-сильный кашель, приглушенный, но не осиплый голос, умеренный инспираторный стридор, усиливающийся в положении на спине, низкий звук на выдохе. Боль в горле. «Опасные» признаки: гиперсаливация, тризм. Вынужденное положение: поза треножника.
Лихорадка и интоксикация	Чаще субфебрилитет. Отсутствие интоксикации и нарушения общего состояния.	Температура >39°C, выраженная интоксикация, выраженное недомогание.
Рентгенография	Сужение дыхательных путей.	Отек надгортанника (положительный симптом «большого пальца»: увеличенный в размерах надгортанник на рентгенограмме шеи в боковой проекции).

Врач-педиатр должен определить сатурацию кислорода в крови для уточнения степени ДН и решения вопроса об объеме своего вмешательства в рамках неотложной помощи.

Неотложная помощь при стенозе гортани оказывается по следующему алгоритму:

1. Определить показания к срочной госпитализации:

- стеноз гортани 2-3 степени;
- невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях;
- прогрессирующее ухудшение состояния, неэффективность проводимой терапии;
- наличие у ребенка сопутствующих тяжелых соматических и неврологических заболеваний (врожденный стридор, эпилепсия и др.отягощающие факторы);
- социальное неблагополучие и/или невозможность полноценного ухода за больным ребенком.

2. При наличии показаний – вызвать СМП.

3. Провести лечебные мероприятия:

3.1. Успокоить пациента и родителей, помочь занять ребенку удобное положение (лежа с высоко поднятым изголовьем или полусидя с опущенными ногами), обеспечить доступ свежего воздуха (проветривание помещения, увлажнение воздуха), расстегнуть стесняющую одежду, обеспечить дачу частого теплого щелочного питья (чай, молоко, дегазированная минеральная вода, компоты из сухофруктов).

При снижении сатурации ниже 92% рекомендована кислородотерапия с целью коррекции гипоксемии!

3.2. Провести ингаляционное введение **будесонида** (суспензия/ раствор для ингаляций 0,25 мг/мл, 0,5 мг/мл, небулы по 2 мл) через компрессорный небулайзер или мэш-небулайзер в дозе 2 мг в сутки. Для проведения ингаляции препарат смешивают с 0,9% раствором натрия хлорида, при этом объем заполнения камеры небулайзера должен составлять 2-4 мл. Дозу препарата можно ингалировать за один раз (единовременно) или разделить ее на две ингаляции по 1 мг с интервалом в 30 минут. В 85% случаев (обычно при стенозе гортани 1-й степени) бывает достаточно одной процедуры. При необходимости, возможно повторение ингаляций согласно инструкции. Будесонид противопоказан детям до 6 месяцев жизни. После ингаляции следует прополоскать рот водой для снижения риска развития кандидоза ротоглотки, а также следует промыть кожу лица водой для предотвращения раздражения кожи после использования маски.

3.3. При стенозе гортани 2-й степени или при неэффективности ингаляции будесонида при стенозе 1-й степени, а также детям раннего и дошкольного возраста при невозможности адекватного проведения ингаляции или чрезмерном беспокойстве ребенка при попытке ингаляционной терапии ввести ребенку внутримышечно (или внутривенно) дексаметазон (раствор для инъекций 4 мг/ мл, ампула 1 мл) в дозе 0,15 – 0,6 мг/кг.

Или при отсутствии **дексаметазона** пациенту может быть назначен **преднизолон** (раствор для инъекций 30 мг/мл, ампула 1 мл) в эквивалентной дозе (1 или 2 мг/кг преднизолона соответствует 0,15 и 0,6 мг/кг дексаметазона).

При стенозе гортани 3-й степени рекомендована неотложная интубация с целью обеспечения дыхательной функции.

При асфиксии и невозможности проведения интубации у детей с крупом рекомендовано проведение трахеотомии и постановки временной трахеостомы или коникотомии.

4. Оценить эффективность через 30 минут:

- уменьшение /исчезновение одышки;
- уменьшение/ исчезновение осиплости голоса и кашля;
- повышение показателя сатурации кислорода в крови;

- улучшение самочувствия.

5. Определить дальнейшую тактику:

5.1. При эффективности проводимых мероприятий и отсутствии показаний к госпитализации оставить ребенка дома, назначить медикаментозную терапию основного заболевания, назначить актив врача на следующий день, оформить историю развития ребенка.

5.2. При отсутствии эффекта от ингаляционного введения Будесонида ввести в/м раствор дексаметазона (см. выше), вызвать СМП, написать направление на госпитализацию, госпитализировать ребенка в инфекционное отделение, проконтролировать факт госпитализации.

Мероприятия по неспецифической **профилактике** острых ларингитов/ларинготрахеитов препятствуют распространению респираторных вирусов, что, соответственно, может оказать влияние на снижение заболеваемости крупом. В домашних условиях к таковым относятся тщательное мытье рук после контакта с больным, ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного. В медицинских организациях организуется санитарно-эпидемический режим, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец. В детских учреждениях необходимы быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания и влажной уборки.

Специфическая профилактика гриппа рекомендована всем детям (за исключением имеющих медицинские противопоказания для профилактики данного заболевания и его осложнений). При этом вакцинация окажет положительный эффект в плане профилактики гриппозного крупа.

Диспансерное наблюдение при крупе не требуется.

Острый эпиглоттит – это остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей. Более 90% случаев значимым возбудителем является *H. Influenzae* типа b, редко – стрептококки, в т.ч. типа A и C, *S. aureus*, *Moraxella catarrhalis*, *Neisseria*. Эпиглоттит является редкой болезнью преимущественно детского возраста, однако встречается и у взрослых пациентов (чаще в пожилом возрасте). Заболеваемость эпиглоттитом значительно сократилась во многих странах, где была введена массовая иммунизация от инфекции *Haemophilus influenzae* типа b. До начала массовой вакцинации ежегодная заболеваемость составляла от 3 до 5 на 100000 детей в возрасте до 5 лет.

Заболевание обычно начинается остро с высокой температуры и нарушения общего состояния. Характерны боль в горле, тризм, слюнотечение. Чтобы облегчить дыхание, больные принимают характерную позу «треножника», сидят, подавшись вперед и вытянув подбородок. Рот

может быть широко открыт, язык высунут вперед (рис. 2). Характерно выраженное нарушение дыхания из-за быстрого развития стридора, западения надгортанника в положении на спине. Типичного для крупа лающего кашля не отмечается.

Пациентам с эпиглоттитом рекомендовано проведение пульсоксиметрии для оценки степени дыхательной недостаточности и необходимости назначения оксигенотерапии, а также для динамического контроля состояния.

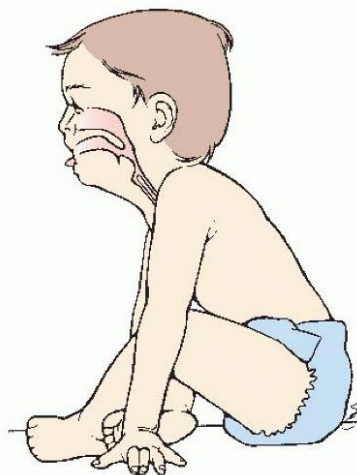


Рис. 2. Поза треножника.

При подозрении на эпиглоттит врачу-педиатру **не следует** проводить осмотр ротоглотки ребенка в связи с высокой вероятностью развития рефлекторного спазма мышц гортани и, как следствие, асфиксии.

На амбулаторном этапе **не следует** «тратить» время на дополнительное обследование ребенка для подтверждения бактериального характера инфекции при эпиглоттите. Это прерогатива госпитального этапа. Так, в клинических рекомендациях всем детям с подозрением на эпиглоттит, высокой лихорадкой рекомендовано проводить ОАК, при необходимости определение уровня С-реактивного белка для оценки воспалительной реакции. При этом для эпиглоттита характерны высокий лейкоцитоз ($>15 \times 10^9 / \text{л}$), повышенный уровень С-реактивного белка. Тем не менее, учитывая высокую вероятность развития рефлекторного ларингоспазма при беспокойстве ребенка, лабораторные тесты рекомендуется проводить не ранее, чем врач будет убежден в безопасности их для ребенка (в некоторых случаях только после интубации трахеи). Рекомендовано рассмотреть проведение рентгенографии мягких тканей шеи в боковой проекции в сомнительных случаях при установлении диагноза эпиглоттита у детей при неярко выраженной симптоматике.

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

J05.1 Острый эпиглоттит

Примеры диагнозов:

Эпиглоттит. Дыхательная недостаточность 3 степени.

Таким образом, задача врача-педиатра на амбулаторном этапе - заподозрить эпиглоттит и экстренно госпитализировать ребенка в медицинскую организацию, где имеется отделение интенсивной терапии и есть возможность интубации трахеи (палата интенсивной терапии или отделение реанимации и интенсивной терапии, далее возможен перевод в отделение инфекционного стационара или боксированное отделение).

Пациент госпитализируется в положении сидя. Важно помнить, что любые манипуляции, особенно болезненные (инъекции, инфузии, иногда даже ингаляции), у пациента с эпиглоттитом могут привести к асфиксии.

В неосложненных случаях эпиглоттита **хирургическое лечение** не требуется. При асфиксии и невозможности проведения интубации у детей с эпиглоттитом рекомендовано проведение трахеотомии и постановки временной трахеостомы или коникотомии.

Прогноз эпиглоттита всегда серьезный, хотя своевременное лечение обеспечивает выздоровление.

Мероприятия по неспецифической **профилактике** препятствуют распространению респираторных возбудителей, что отчасти ведет к снижению заболеваемости эпиглоттитом. В домашних условиях к таковым относятся тщательное мытье рук после контакта с больным, ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного. В медицинских организациях организуется санитарно-эпидемический режим, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец. В детских учреждениях необходимы быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания и влажной уборки.

Вакцинация против гемофильной инфекции для профилактики эпиглоттита с целью предотвращения развития данного заболевания или профилактики его тяжелого течения рекомендована всем детям (за исключением имеющих медицинские противопоказания)

Диспансерное наблюдение при эпиглоттите не требуется.

III. ОСТРЫЙ СРЕДНИЙ ОТИТ

Острый средний отит (ОСО) – воспалительный процесс, охватывающий слизистую оболочку всех трех отделов среднего уха: барабанной полости, клеток сосцевидного отростка, слуховой трубы, проявляющийся одним или несколькими характерными симптомами (боль в ухе, повышение температуры, снижение слуха).

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

Затянувшийся острый средний отит (ЗОСО) – наличие симптомов воспаления среднего уха в течение 3-12 месяцев после одного или двух курсов терапии АМП.

ОСО - часто встречающееся заболевание в детской практике. В первые три года жизни все дети переносят хотя бы один эпизод ОСО, в 50% случаев заболевание носит рецидивирующий характер.

У детей при ОСО может отмечаться возбуждение, раздражительность, рвота, понос. Заболевание, как правило, длится не более трех недель, однако возможно развитие затянувшегося или рецидивирующего ОСО, которое может привести к возникновению стойких изменений в среднем ухе и снижению слуха. Рецидивирующее течение острых средних отитов приводит к развитию хронической воспалительной патологии среднего уха, к прогрессирующему снижению слуха, вызывая нарушение формирования речи и общего развития ребенка.

Этиология. Эпидемиология. Основными возбудителями ОСО являются *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*, а также *Moraxella catarrhalis* и *Streptococcus pyogenes*. Клиническая картина ОСО нередко имеет особенности в зависимости от возбудителя. Так, для отита, вызванного *S. pneumoniae*, наиболее характерен реактивный характер течения процесса за счет пневмолизина с выраженными основными симптомами данного заболевания, часто приводящий к развитию осложнений. Такой отит обычно не имеет тенденции к саморазрешению. Для отита, вызванного гемофильной палочкой, напротив, чаще свойственен субклинический характер течения с отсутствием выраженной клинической симптоматики и при этом с выраженным воздействием на физиологию и морфологию мерцательного эпителия за счет адгезинов и эндотоксина *H. influenzae*. Отит, вызванный *Streptococcus pyogenes*, встречается в детской практике нечасто (3-5%), развивается стремительно с выраженной клинической картиной в виде высокой температуры, быстро возникающей перфорацией барабанной перепонки, респираторных проявлений со стороны верхних и нижних дыхательных путей. Отит, вызванный *Moraxella catarrhalis*, характеризуется среднетяжелым течением, с выраженными болевыми ощущениями, высокой температурой тела, гнойным течением.

У детей младшей возрастной группы значимым патогеном может быть грамотрицательная флора. Около 20% посевов из барабанной полости оказываются стерильными. Считают, что до 10% ОСО могут быть вызваны вирусами.

Необходимо помнить, что гемофильная палочка и моракселла являются продуцентами β -лактамаз, нивелирующих активность пенициллинов широкого спектра действия.

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

H65.0	Острый средний серозный отит
H65.1	Другие острые негнойные средние отиты
H66.0	Острый гнойный средний отит
H66.4	Гнойный средний отит неуточненный
H66.9	Средний отит неуточненный

Примеры диагнозов:

Острый ринофарингит. Острый средний отит.

Клиническая картина. ОСО является заболеванием с выраженной стадийностью течения. В соответствии с классификацией В.Т. Пальчуна и соавт. (1997 г.) выделяют 5 стадий течения острого воспаления среднего уха:

- стадия острого евстахеита;
- стадия катарального воспаления;
- доперфоративная стадия гнойного воспаления;
- постперфоративная стадия гнойного воспаления;
- репаративная стадия.

По тяжести течения ОСО может протекать легко или иметь тяжелое течение. Легкое течение характеризуется отсутствием осложнений, отсутствием выбухания барабанной перепонки, непродолжительным эпизодом боли в ухе, эффективно купирующейся медикаментозными средствами, общее состояние ребенка при этом не меняется, температура тела нормальная или субфебрильная не более 3 дней.

При тяжелом течении ОСО развиваются интратемпоральные или внутричерепные (интракраниальные) осложнения, отмечается выраженное выбухание барабанной перепонки. Отит сопровождается выраженной болью в ухе (или изменения в поведении ребёнка, свидетельствующие о наличии боли у детей раннего возраста), которая плохо или совсем не контролируется медикаментозными средствами. При этом общее состояние ребенка изменено – беспокойный сон, снижение аппетита, вялость, отмечается субфебрилитет более 3 дней или лихорадка выше 38,0°C.

Следует помнить о возрастных особенностях течения ОСО у детей. Так, у детей старше 2 лет – это остро начавшаяся боль в ухе (отал-

гия) на фоне воспалительных изменений барабанной перепонки (гиперемия, выбухание, снижение подвижности при отоневомоскопии), в постперфоративную стадию гнойного воспаления - гноетечение из уха (оторея) при исключении воспаления наружного уха, которое обычно не сопровождается оталгией. В то же время не у всех пациентов с ОСО отмечаются симптомы общей интоксикации в виде повышения температуры тела, общего недомогания.

Основным обоснованием для постановки диагноза ОСО у детей раннего возраста являются отоскопические изменения, в первую очередь, выбухание барабанной перепонки, и поведенческие реакции (беспокойство ребёнка, нарушение приёма пищи, дёргание и трение уха ребёнком при одностороннем процессе). При этом нередко диагноз у детей раннего возраста ОСО диагностируется уже при наличии отореи.

Таким образом, основными жалобами являются боль в ухе, лихорадка, в некоторых случаях – гноетечение из уха, снижение слуха, наличие других признаков острой респираторной инфекции. Дети старшего возраста могут пожаловаться на ощущение заложенности в ухе, аутофонию, шум в ухе.

Критерии установления диагноза/состояния ОСО - единовременное наличие у пациента трёх признаков ОСО:

- внезапное возникновение симптомов;
- признаки воспаления барабанной перепонки (гиперемия, инфильтрация);
- признаки наличия выпота в барабанной полости (выбухание барабанной перепонки);
- внезапное появление отореи (при исключении наружного отита), как следствия формирования спонтанной перфорации барабанной перепонки.

Для **диагностики** ОСО на амбулаторном этапе рекомендуется проведение отоскопии врачом-педиатром и/или оториноларингологический осмотр всем пациентам с целью оценки общего состояния, выраженности клинических признаков заболевания и сопутствующей патологии (приложение 4, 5).

Стадия острого евстахеита характеризуется прежде всего нарушением функции слуховой трубы, что и вызывает дальнейшее развитие патологического процесса. Отоскопических признаков нет.

В стадию острого катарального воспаления имеются болевой и интоксикационный синдром, при отоскопии видна гиперемизированная и утолщенная барабанная перепонка, опознавательные знаки определяются с трудом или не определяются.

Стадия острого гнойного воспаления характеризуется усилением боли в ухе, нарастанием симптомов интоксикации. Отоскопически определяется выраженная гиперемия барабанной перепонки, опознавательные знаки не видны, имеется выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности. За счет давления гнойного секрета, его протеолитической активности в барабанной перепонке может появиться

перфорация, через которую происходит эвакуация гноя в наружный слуховой проход.

В постперфоративную стадию состояние ребенка улучшается, отмечается снижение температуры тела, уменьшение или исчезновение боли в ухе. Отоскопически определяется перфорация барабанной перепонки, из которой поступает гнойное отделяемое в наружный слуховой проход.

В репаративную стадию пациенты практически не предъявляют жалоб. При отоскопии видно восстановление цвета и толщины барабанной перепонки. Перфорация чаще закрывается рубцом. Однако, восстановление слизистой оболочки полостей среднего уха еще не наступило.

Лабораторная диагностика. Для уточнения диагноза ОСО рекомендуется проведение ОАК всем пациентам с целью оценки уровня лейкоцитоза, а также изменений других показателей, характерных для некоторых вероятных сопутствующих заболеваний. Уровень лейкоцитоза позволяет оценить вероятность вовлечения в процесс патогенной бактериальной микрофлоры.

У пациентов с ОСО при подозрении на тяжелое течение заболевания или в сложных диагностических случаях с целью подтверждения бактериальной этиологии заболевания, скорее всего в стационаре, рекомендуется проведение исследования уровня прокальцитонина в крови. Дифференцировать бактериальную форму острого воспаления среднего уха и определить медикаментозную тактику, позволяет схема М.Д. Бакрадзе (2009), что скорее возможно на госпитальном этапе (табл. 10).

Таблица 10

**Маркеры бактериального воспаления при отитах
(М.Д. Бакрадзе, 2009)**

				Гнойный или катаральный отит
Лейкоцитоз x 10⁹	Менее 10	10-15	Более 15	Для лейкоцитоза более 15 x 10 ⁹
Катаральный отит	50%	38%	12%	ППР 85%
Гнойный отит	12%	29%	59%	ПОР 64%
СРБ, мг/л	Менее 15	15-60	60 и более	Для СРБ более 30 мг/л
Катаральный отит	33%	50%	17%	ППР 79%
Гнойный отит	14%	36%	50%	ПОР 52%
ПКТ, нг/мл	Менее 0,5	0,5 - 2	2 - 10	Для ПКТ более 2 нг/мл
Катаральный отит	58%	38%	4%	ППР 94%
Гнойный отит	4%	32%	64%	ПОР 74%

Примечание:

**прокальцитонин*

***прогностически положительный результат указывает на вероятность диагноза при положительном значении маркера*

****прогностически отрицательный результат говорит о вероятности альтернативного диагноза при отрицательном значении маркера*

Инструментальное обследование проводится по назначению врача-оториноларинголога.

В отдельных случаях может потребоваться дифференциальная диагностика ОСО с наружным отитом (см. приложение 6).

Показаниями для госпитализации в оториноларингологическое отделение являются тяжёлое течение ОСО, а также отсутствие положительной динамики в течение 3-5 дней адекватной терапии изначально легко протекающих ОСО или прогрессивное ухудшение состояния в любые сроки заболевания.

Режим и питание детей с острым средним отитом организуются по принципам таковых при ОРИ (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.). Необходимо обеспечить возвышенное положение больного ребенка в кровати (для улучшения оттока экссудата из барабанной полости), местное тепло (для уменьшения болевого синдрома).

Показаниями для назначения **этиотропной системной антибактериальной терапии** при ОСО являются:

- возраст менее 2-х лет;
- наличие явных признаков гнойной формы ОСО в виде перфорации барабанной перепонки и гнойного отделяемого из барабанной полости;
- наличие признаков гнойной формы ОСО при отсутствии перфорации барабанной перепонки: жалобы на боль в ухе, не купируемую применением анальгетических средств, выраженная гиперемия барабанной перепонки, отсутствие опознавательных знаков, выбухание барабанной перепонки различной степени выраженности при отоскопии;
- рецидивирующее течение ОСО: наличие по данным анамнеза 3 и более эпизодов ОСО в течение последних 6 месяцев или 4 и более эпизодов ОСО в течение последнего года;
- сохранение клинических признаков заболевания (боль в ухе, лихорадочная реакция или другие симптомы общей интоксикации при наличии отоскопических признаков ОСО) в течение 72 часов и более;
- наличие у пациентов с ОСО сопутствующей патологии, обуславливающей более высокий риск неблагоприятного течения заболевания (сахарного диабета, клинически подтвержденного иммунодефицита, муковисцидоза, синдромов цилиарной дискинезии, синдрома Дауна, врожденных аномалий развития твердого и мягкого неба);
- невозможность проведения контрольного осмотра оториноларингологом и/или проведения отоскопии для оценки состояния больного и оценки эффективности терапии в течение 2-3 дней от момента первичного осмотра.

В качестве препарата первой линии системной антибактериальной терапии пациентам с ОСО рекомендовано использовать амоксициллин, если пациент не получал данный препарат в предшествующие 30 суток,

если отсутствует гнойный конъюнктивит, в анамнезе нет указаний на непереносимость аминопенициллинов.

Необходимо учитывать территориальную резистентность ведущих возбудителей. При высоком риске наличия у пациента штамма пневмококка с повышенной устойчивостью к антибиотикам, рекомендуется использовать повышенные дозировки амоксициллина 80-90 мг/кг/сутки с кратностью 3 раза в сутки. Однако в большинстве регионов РФ целесообразно назначение амоксициллина в «стандартной» дозировке: 500-1000 мг 3 раза в сутки у детей с массой более 40 кг и из расчёта 45-60 мг/кг/сутки у детей с массой менее 40 кг.

Рекомендовано использовать комбинации пенициллинов, включая комбинации с ингибиторами бета-лактамаз или цефалоспорины III поколения в качестве препаратов второй линии, а именно при отсутствии достаточного клинического эффекта по прошествии трех дней сменить амоксициллин на препараты амоксициллин+клавулановая кислота или цефиксим с целью воздействия на β -лактамазопродуцирующие штаммы гемофильной палочки и моракселлы.

При наличии в анамнезе у пациента непереносимости пенициллинов в качестве препаратов выбора целесообразно использовать препараты цефалоспоринов III поколения, например, цефиксим.

Макролиды детям с ОСО рекомендовано использовать в качестве препаратов третьей линии системной антибактериальной терапии в связи с высоким уровнем устойчивости *S. pneumoniae* (более 40%) и отсутствием выраженной активности в отношении *H. influenzae*. Назначение макролидов возможно только при непереносимости бета-лактамных антибактериальных препаратов за счет IgE – опосредованных реакций.

В настоящее время, в связи с нарастающей резистентностью основных патогенов, вызывающих гнойные воспаления ЛОР-органов, к антибактериальным препаратам, рекомендовано увеличение разовой и суточной дозы введения антибиотиков при ОСО у детей. Суточные дозы и режим введения антибиотиков при остром среднем отите представлены в табл. 11.

В ряде случаев по характеру течения отита или наличию отдельных симптомов можно предположить вид возбудителя и подобрать оптимальный антибактериальный препарат (табл. 12).

Пациентам с ЗОСО и РОСО рекомендовано начинать лечение с перорального приема препаратов амоксициллин+клавулановая кислота или цефиксима.

Предпочтение следует отдавать пероральным формам антибиотиков. Маленьким детям с целью адекватной коррекции дозировки, антибактериальные препараты назначают в виде суспензии или диспергируемых таблеток.

Таблица 11

**Суточные дозы и режим введения антибиотиков при ОСО
(Отит средний острый /Клинические рекомендации, 2021)**

Антибиотик	Доза	Связь с приемом пищи
Препараты выбора		
Амоксициллин	50-60 мг/кг/сутки в 2-3 приема	Независимо
Амоксициллин+Клавулановая кислота	45-60 мг/кг/сутки в 2-3 приема	В начале приема пищи
Ампициллин+Сульбактам	2-6 лет - 250 мг 3 раза в сутки 6-12 лет - 250-500 мг 3 раза в сутки	Независимо
При аллергии на пенициллины (не анафилактической)		
Цефуроксим	30 мг/кг/сутки в 2 приема	Сразу после еды
Цефиксим	8 мг/кг/сутки в 1 прием	Независимо
При аллергии на пенициллины и цефалоспорины		
Джозамицин	40-50 мг/кг/сутки в 2-3 приема	Независимо
Кларитромицин	15 мг/кг/сутки в 2 приема	Независимо

Пациентам при ОСО рекомендована стандартная длительность курса антибиотикотерапии (7-10 дней). Более длительные курсы терапии показаны детям младше 2 лет, детям с отореей и сопутствующими заболеваниями. Сроки антибиотикотерапии при ЗОСО и РОСО определяются индивидуально, обычно они более длительные (при пероральном приеме – не менее 14 дней). Считается, что курс системной антибактериальной терапии не должен завершаться до купирования оторей.

Причинами неэффективности антибиотикотерапии при ОСО, ЗОСО и РОСО могут быть следующие факторы: неадекватная дозировка антибиотиков, недостаточная всасываемость, плохая комплаентность, низкая концентрация препарата в очаге воспаления.

Не рекомендованы для лечения ОСО антибиотики из групп тетрациклинов, линкозамидов, аминогликозидов и комбинированные препараты сульфаниламидов и триметоприма, включая производные (ко-тримоксазол). Эти препараты малоактивны в отношении *S.pneumoniae* и/или *H.influenzae* и не лишены опасных побочных эффектов (риск развития синдромов Лайелла и Стивенса-Джонсона у ко-тримоксазола и ототоксичность у гентамицина).

**Клинические особенности течения острого отита
в зависимости от возбудителя**

Возбудитель	Симптомы
S.pneumoniae	Нарастающая оталгия, прогрессирование лихорадки. Появление спонтанной перфорации. В предшествующей терапии ОРИ не использованы адекватные дозы амоксициллина.
Пенициллинорезистентный S.pneumoniae	Предшествующее лечение проводилось аминопеницилинами, макролидами. Проведение антибиотикопрофилактики или рецидивирующие отиты в анамнезе.
H.influenzae	Сочетание симптомов отита и конъюнктивита. В предшествующей терапии не использованы цефалоспорины 3-его поколения.
β-лактамазообразующий H.influenzae или M.catarrhalis	Проведение антибактериальной терапии в течение предшествующего месяца. Неэффективность 3-дневного курса лечения амоксициллином. Ребенок из группы ЧБД. Ребенок, посещающий ДООУ.
Streptococcus pyogenes	Стремительное развитие заболевания с лихорадкой, спонтанной перфорацией барабанной перепонки, отореей, с симптомами со стороны верхних или нижних дыхательных путей.

В постперфоративной стадии ОСО рекомендовано продолжать проведение системной антибактериальной терапии.

Симптоматическая терапия. Для купирования болевого синдрома и/или лихорадочной реакции у ребенка с ОСО назначаются системные НПВП. Они используются разово при наличии у пациента жалоб на боль в ухе, при повышении температуры тела выше 38,5°C (у пациентов с фебрильными судорогами в анамнезе - при температуре тела 38,0°C и выше). При необходимости повторного применения препаратов кратность и интервал между приёмами должен соответствовать инструкции препарата. У детей с ОСО возможно использование только двух препаратов – парацетамола до 60 мг/кг/сутки (10-15 мг/кг/прием) или ибупрофена до 30 мг/кг/сутки (8-10 мг/кг/прием). (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Рекомендовано проведение **местной анальгезирующей терапии** пациентам с ОСО при отсутствии перфорации барабанной перепонки с целью купирования/уменьшения выраженности оталгии. В постперфورا-

тивной стадии ОСО рекомендовано применение ушных капель на основе антимикробных препаратов, не содержащих спирт (см. ниже).

Ципромед – капли ушные, 0,3% раствор ципрофлоксацина, во флаконе-капельнице 10 мл, оказывает бактерицидное действие, назначается по 5 капель в наружный слуховой проход 3 раза в сутки, перед применением капли нагреть до комнатной температуры. После закапывания капель следует держать голову в запрокинутом положении в течение 2 минут, можно поместить в наружный слуховой проход ватную турунду. Применяется у детей с 15 лет.

Отинум – капли ушные, 20% раствор холина салицилата во флаконе-капельнице 10 г, оказывает противовоспалительное и анальгезирующее, противомикробное и противогрибковое действие, закапывают в наружный слуховой проход по 3-4 капли 3-4 раза/сутки. Курс лечения не более 3 дней. Применяется у детей с 1 года жизни. В составе препарата этанол, в связи с чем препарат противопоказан при перфорации барабанной перепонки.

Отипакс (лидокаин, феназон) – капли ушные 10 мг + 40 мг во флаконе-капельнице 10 г, противовоспалительное, анальгезирующее, местноанестезирующее действие, назначается по 4 капли 2-3 раза в сутки, курс не более 10 дней. Разрешен к применению с рождения. В составе препарата этанол, в связи с чем препарат противопоказан при перфорации барабанной перепонки.

Анауран (лидокаин, неомицин, полимиксин В) во флаконе-капельнице 25 мл, оказывает антибактериальное, противомикробное действие. Назначается по 2-3 капли 3-4 раза в день. После закапывания держать голову наклоненной набок в течение нескольких минут. Курс по назначению врача.

Отофа – капли ушные, 2,6% раствор рифамицина (в комбинации с аскорбиновой кислотой), во флаконе с дозирующей пипеткой, 10 мл. оказывает бактерицидное действие. Детям закапывают в ухо по 3 капли 3 раза/сутки или вводят марлевую турунду с предварительно нанесенным на нее препаратом в наружный слуховой проход 2 раза/сутки. Длительность лечения - не более 7 дней. Перед использованием ушных капель рекомендуется согреть флакон, подержав его в руке, во избежание неприятных ощущений, связанных с попаданием холодной жидкости в ухо.

Во всех стадиях ОСО с целью разгрузочной терапии (для снятия назальной обструкции и восстановления функции слуховой трубы, как основной причины развития ОСО) рекомендовано назначение назальных форм **противоконгестивных средств** – альфа-адреномиметиков. У детей 0-6 лет применяют 0,125% раствор фенилэфрина, 0,01-0,025% растворы оксиметазолина, 0,05% растворы ксилометазолина (с 2 лет) строго по назначению и под контролем врача. Использование их необходимо ограничить 5-7 днями в связи с риском развития медикаментоз-

ного ринита и системных нежелательных эффектов (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Всем пациентам с ОСО с целью туалета полости носа назначается **элиминационно-ирригационная терапия**. Для этого проводится орошение полости носа 1-2 раза в день изотоническим стерильным раствором морской воды, что позволяет уменьшить выраженность назальных симптомов и создать оптимальные условия для последующего топического применения лекарственных препаратов. У детей дошкольного возраста рекомендуется воздержаться от промывания полости носа большими объемами растворов по причине высокого риска развития средних отитов, как следствия данных процедур.

В терапии ОСО важной задачей является улучшение мукоцилиарного очищения барабанной полости и дренажной функции слуховой трубы. С этой целью рекомендуется назначение **муколитических препаратов** уже на ранних стадиях отита, как катарального, так и гнойного характера. Муколитическим, детоксицирующим и отхаркивающим эффектом обладает ацетилцистеин (Acetylcysteinum), в виде гранул для приготовления раствора для приема внутрь (пакетики 100 мг и 200 мг) или сиропа 100 мг в 5 мл, флакон 100 мл. Применяется у детей с 2 лет, внутрь, после еды. Дозировка следующим образом: дети от 2 до 6 лет по 100 мг 2-3 раза в день или 5 мл сиропа 2-3 раза в день; дети от 6 до 14 лет по 100 мг 3 раза в день или по 200 мг 2 раза в день или по 5 мл сиропа 3-4 раза в день или по 10 мл сиропа 2 раза в день; дети старше 14 лет по 200 мг 2-3 раза в день или по 10 мл сиропа 2-3 раза в день. Дополнительный прием жидкости усиливает муколитический эффект препарата. При ОРИ длительность приема составляет 5–7 дней. На препарат возможны побочные реакции, в т.ч. аллергические (кожный зуд, крапивница, ангионевротический отек и др.), со стороны дыхательной системы (одышка, бронхоспазм), со стороны ЖКТ (боль в животе, тошнота, рвота, диарея, изжога), со стороны органов чувств (шум в ушах).

По показаниям врачом-оториноларингологом проводится **хирургическое лечение** ОСО (парацентез).

Показания к проведению парацентеза:

- выраженная клиническая симптоматика (боль в ухе, повышение температуры тела) и отоскопическая картина (выбухание, инфильтрация барабанной перепонки) при неперфоративной форме ОСО;
- наличие болевого синдрома, который не купируется НПВП или при кратковременном эффекте от приема данных препаратов;
- отсутствие положительной динамики в выраженности симптомов ОСО и/или симптомов общей интоксикации через 48-72 часа после начала проведения системной антибактериальной терапии;

- признаки интратемпоральных и, в меньшей степени, интракраниальных осложнений ОСО в качестве первой помощи для подготовки пациента к санирующей операции (антротомии или антромастотомии).

Во всех сомнительных ситуациях при ОСО («делать или не делать») решение должно приниматься в пользу проведения парацентеза.

Экстренное хирургическое лечение пациентам при ОСО показано в случае интратемпоральных или внутричерепных осложнений в условиях стационара на фоне общего обезболивания.

Пациентам с ОСО на репаративной стадии рекомендовано проведение оториноларингологических мероприятий, направленных на восстановление функции слуховой трубы, аэрации и газообмена барабанной полости. Рекомендована консультация врача-физиотерапевта пациентам с ОСО в репаративной стадии с целью разработки совместной реабилитационной тактики при отсутствии противопоказаний.

Тактика наблюдения. Пациентам, перенесшим ОСО, рекомендуется через 3-4 недели контрольный осмотр с проведением пневматической отоскопии или тимпанометрии с целью оценки подвижности барабанной перепонки для исключения экссудативного среднего отита. Пациентам с жалобами на снижение слуха после перенесенного ОСО рекомендована консультация врача-сурдолога-оториноларинголога.

После стихания клинических проявлений ОСО пациенты должны наблюдаться оториноларингологом, особенно дети с рецидивирующим или затянувшимся течением ОСО. В постперфоративной стадии ОСО необходимо динамическое наблюдение пациента для оценки восстановления целостности барабанной перепонки и аэрации полостей среднего уха с применением отомикроскопии и тимпанометрии.

Рекомендовано проведение **вакцинации** от пневмококковой инфекции всем детям согласно национальному календарю прививок с целью уменьшения риска заболевания пневмококковой инфекцией, в том числе острым средним отитом. Известно, что вакцинация против пневмококковой инфекции достоверно снижает риск заболевания ОСО детей в течение первых 5 лет жизни. Вакцинация от пневмококка детей старше года патогенетически обоснована, однако также не имеет достаточной доказательной базы. В этиологии ОСО важную роль играют нетипируемые штаммы *Haemophilus influenzae*, против которых на сегодняшний день не существует вакцин.

Прогноз при ОСО обычно благоприятный. Следует ожидать более тяжелого течения и высокого риска развития осложнений у пациентов с первичным и вторичным иммунодефицитом, сахарным диабетом. Повышается риск развития ОСО у пациентов с ГЭРБ, аллергическим ринитом, пассивным и активным курением.

IV. ОСТРЫЙ СИНУСИТ

Острый синусит (ОС) – острое воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух (ОНП) длительностью менее 12 недель, сопровождающееся двумя или более симптомами: затруднение носового дыхания (заложенность носа); появление отделяемого из носа или носоглотки; кашель (в дневное или ночное время). У детей школьного возраста может быть давление/боль в области лица; снижение или потеря обоняния; явные риноскопические/эндоскопические признаки; изменения слизистой оболочки на КТ придаточных пазух носа.

Выделяют рецидивирующую форму острого синусита в случае, если в течение последнего года 4 и более эпизодов ОС, при этом периоды между обострениями (когда симптомы заболевания отсутствуют и лечение не проводится) должны длиться не менее 8 недель.

Этиология. Эпидемиология. ОС может иметь инфекционную этиологию (вирусную, бактериальную или грибковую), а также вызываться аллергенами. Чаще всего ОС развивается на фоне ОРИ. Считается, что практически при любой инфекции в процесс в той или иной степени вовлекается слизистая оболочка околоносовых пазух. ОС в 90-98% случаев вызывается вирусами, в т.ч. риновирусами, вирусами гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальными, аденовирусами (чаще вызывают ОС и аденоидит у детей), коронавирусами, бокавирусами, метапневмовирусами и др. В 2-10% случаев ОС имеет бактериальную этиологию, при этом в 70-75% случаев вызывается *Streptococcus pneumoniae* и *Haemophilus influenzae*. Значительно реже из содержимого околоносовых пазух при ОС удается культивировать стрептококки группы А, *Moraxella catarrhalis* (15-20% случаев), а также облигатно-анаэробные микроорганизмы. В настоящее время имеется тенденция увеличения роли стафилококков (в частности, *S. aureus*) в этиологии синуситов, причем на фоне аллергического воспалительного процесса стафилококк приобретает свойства длительно персистирующего микроорганизма.

Патогенез острого синусита связывают с застоем секрета и нарушением воздухообмена в околоносовых пазухах, в результате чего страдает механизм мукоцилиарного клиренса и происходит колонизация слизистой оболочки патогенными бактериями.

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

- 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
Примеры диагнозов:
Острый фронтальный синусит справа.

В настоящее время применяется следующая **классификация** синуситов (см. Острый синусит /Клинические рекомендации, 2021):

I. По этиологическому фактору: травматический, вирусный, бактериальный, грибковый (чаще суперинфекция), смешанный, аллергический, септический и асептический.

ОС, в этиологии которых играют роль только бактерии, встречаются редко (у пациентов с иммунодефицитами, а также в случае физического или химического агрессивного воздействия на слизистую полости носа и ОНП). Обычно процесс протекает по типу вирусно-вирусных и вирусно-бактериальных ассоциаций.

II. По месту локализации выделяют:

- верхнечелюстной синусит (гайморит) – воспаление слизистой оболочки верхнечелюстной пазухи;
- фронтальный синусит (фронтит) – воспаление слизистой оболочки лобной пазухи;
- этмоидальный синусит (этмоидит) – воспаление слизистой оболочки ячеек решетчатого лабиринта;
- сфеноидальный (сфеноидит) – воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи.

В случае вовлечения в воспалительный процесс всех пазух одной половины полости носа заболевание имеет название гемисинусит, а обеих половин – пансинусит.

III. По форме:

- экссудативные (серозные, катаральные, гнойные);
- продуктивные (пристеночно-гиперпластический, полипозный).

IV. По тяжести течения процесса синуситы делятся на легкие, среднетяжелые и тяжелые.

Основными критериями определения тяжести ОС являются наличие осложнений, влияние симптомов ОС на качество жизни пациента, а также наличие и выраженность головных болей и лихорадочной реакции (табл. 13).

Клиническая картина. Острый синусит клинически проявляется стойкими выделениями из носа, затруднением носового дыхания, головной болью или болью в проекции ОНП, снижением обоняния, заложенностью ушей, гипертермией, общим недомоганием и кашлем (особенно у детей). Головная боль является одним из ведущих симптомов ОС. Она локализуется в области переносицы и надбровья, может иррадиировать в верхние зубы. Боль чаще носит разлитой характер. В ряде случаев она может отмечаться в проекции пораженной пазухи или появляться только при пальпации ее передней стенки.

Для сфеноидита характерна боль в центре головы и затылке (каскаобразная боль). Иногда головная боль может отсутствовать, если имеется хороший отток экссудата через естественное соустье.

Нарушение носового дыхания при синуситах может носить как периодический, так и постоянный характер, быть односторонним или двусторонним. Отделяемое из полости носа может быть слизистым, слизисто-гнойным, гнойным и отходить при сморкании, либо стекать по задней стенке глотки. Возможны развитие реактивного отека век и орбитальные осложнения (особенно у детей), отечность мягких тканей лица.

Таблица 13

**Степени тяжести течения острого синусита
(Острый синусит / Клинические рекомендации, 2021)**

Степень тяжести	Симптомы
Легкая	Отсутствие лихорадочной реакции. Умеренно выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель), не влияющие или незначительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). Отсутствие головных болей в проекции околоносовых пазух. Отсутствие осложнений.
Среднетяжелая	Температура не выше 38,0°C. Выраженные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). 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°C. Выраженные или мучительные симптомы риносинусита (заложенность носа, выделения из носа, кашель) умеренно или значительно влияющие на качество жизни пациента (сон, дневная активность, ежедневная деятельность). Периодическая или постоянная болезненность в проекции околоносовых пазух, усиливающаяся при движении или наклоне головы, перкуссии в проекции околоносовой пазухи. Наличие внутричерепных или орбитальных осложнений.

Использование 10-балльной визуально-аналоговой шкалы для оценки тяжести течения ОС допустимо у пациентов сознательного возраста, но малоинформативно в педиатрической практике при работе с пациентами младше 8-10 лет.

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

Диагностика. Таким образом, диагноз ОС у детей выставляется в случаях острого начала заболевания, при наличии у пациента 2 и более симптомов, к которым относят заложенность носа, выделения из носа (в том числе постназальный синдром) и/или кашель, сохраняющиеся не более 12 недель.

Всем пациентам с ОС рекомендуется осмотр оториноларинголога, который выявляет риноскопические признаки синусита: отделяемое в носовых ходах, гиперемию, отечность слизистой оболочки полости носа. Наличие патологического отделяемого в среднем носовом ходе при передней риноскопии свидетельствует о возможном поражении лобной и верхнечелюстной пазух, а также передних и средних клеток решетчатого лабиринта. При обнаружении отделяемого в верхнем носовом ходе при задней риноскопии можно предполагать возможное поражение задних клеток решетчатого лабиринта и клиновидной пазухи. Однако отсутствие патологического отделяемого в полости носа не исключает острое воспаление околоносовых пазух. Отделяемого в полости носа может и не быть при блокаде естественных соустьев околоносовых пазух и большой вязкости транссудата.

Подтвердить диагноз ОС также позволяют данные компьютерной томографии, рентгенографии и ультразвуковой диагностики (по назначению оториноларинголога).

Компьютерная томография (КТ) придаточных пазух носа проводится пациентам с ОС при подозрении на развитие внутричерепных или орбитальных осложнений, а также пациентам с затяжным тяжелым течением ОС при отсутствии эффекта от 2 и более курсов системной антибактериальной терапии или в сложных диагностических случаях. КТ является наиболее информативным методом и становится «золотым стандартом» исследования ОНП, поскольку позволяет не только установить характер и распространенность патологических изменений, но и выявляет индивидуальные особенности анатомического строения полости носа и ОНП, приводящие к рецидивирующему течению синусита. КТ позволяет визуализировать структуры, которые невозможно дифференцировать при обычной рентгенографии ОНП.

Рентгенография придаточных пазух носа проводится пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ОС, а также в сложных диагностических ситуациях при невозможности проведения КТ. Выявление утолщения слизистой оболочки ОНП, горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи подтверждает наличие синусита.

В качестве метода скрининговой диагностики пациентам с подозрением на верхнечелюстную или фронтальный синусит рекомендовано проведение ультразвукового исследования (УЗИ) околоносовых пазух.

При среднетяжелом и тяжелом течении ОС рекомендуется прове-

дение развернутого общего анализа крови и исследования уровня прокальцитонина в крови с целью оценки вероятности вовлечения в процесс патогенной бактериальной микрофлоры и решения вопроса о назначении антибактериальной терапии в ситуации, если пациент не госпитализирован.

Забор патологического материала из носового хода (в частности, из среднего) на бактериологическое исследование считается не целесообразным в связи с вероятностью попадания в материал для посева «путевой» микрофлоры. Бактериологическое исследование пунктата пораженной пазухи, выполняемое стационарно, иногда дает ложноотрицательный результат, который объясняют феноменом аутостерилизации патологического субстрата в полостях.

Острые синуситы у детей требуют проведения **дифференциальной диагностики** с рядом заболеваний и состояний (табл. 14).

Кодирование по Международной статической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем:

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 синусит неуточненный

Примеры диагнозов:

Острый фронтальный синусит

С учетом высокой склонности ОС к спонтанному саморазрешению и возможностей современной фармакотерапии большинство случаев ОС возможно эффективно лечить в амбулаторных условиях под контролем врача-педиатра и/или врача-оториноларинголога.

Госпитализация в оториноларингологическое отделение показана всем пациентам с тяжёлым течением ОС (в том числе с признаками орбитальных и внутричерепных осложнений), а также пациентам при отсутствии положительной динамики на фоне системной антибактериальной терапии в течение 3-5 дней или при прогрессивном ухудшении в любые сроки.

Режим и питание детей с острым синуситом организуются по принципам таковых при ОРИ (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Таблица 14

**Дифференциальная диагностика ОС у детей
(Острый синусит / Клинические рекомендации, 2021)**

Нозология	Общие признаки	Различие/дифференциально-диагностические критерии
Хронический риносинусит (ХС)	Манифестация ХС и последующие обострения по клиническим проявлениям идентичны ОС.	Назальные симптомы полностью не разрешаются в течение 12 недель даже на фоне проводимой терапии: пациенты отмечают улучшение, но не полное исчезновение симптомов. В педиатрической практике ХС встречается значительно реже ОС. В этиологии ХС доминируют факторы неинфекционной природы (генетические аномалии, аллергия, аномалии строения полости носа и т.д.).
Аллергический ринит (АР)	Заложенность носа, выделения из носа, кашель, обусловленный постназальным затеком. АР повышает риск возникновения ОС.	При АР симптомам характерна повторяемость. Значительно чаще беспокоит зуд в носу и/или чихание. Проявлениям АР часто сопутствуют глазные симптомы (зуд в глазах, слезотечение). Отмечаются положительные результаты аллергологических тестов.
Аденоидит	Заложенность носа, кашель, обусловленный постназальным затеком, реже при аденоидите отмечаются выделения из носа. У детей младше 10-12 лет воспалительные изменения в полости носа и ОНП всегда сопровождаются реактивным воспалением глоточной миндалины (аденоидитом).	Дифференциальная диагностика затруднительна у детей младше 10-12 лет, которым не проводили аденотомию. Данные эндоскопического исследования полости носа и носоглотки с выявлением скопления секрета в среднем носовом ходе при незначительном его количестве в носоглотке говорят в пользу ОС. <i>У детей дошкольного возраста при отсутствии признаков внутричерепных и орбитальных осложнений, а также при отсутствии критериев для постановки диагноза острый бактериальный синусит, целесообразнее в качестве основного диагноза выставлять «аденоидит» или «острый назофарингит».</i>
Инородное тело в полости носа	Остро возникшая заложенность носа и/или гнойные выделения из носа	Если факт попадания инородного тела в носовую полость не замечен, воспалительные изменения отмечаются лишь с одной стороны, гнойные выделения возникают на фоне полного здоровья без предшествующего эпизода ОРИ. Для диагностики обязателен осмотр оториноларинголога, с проведением передней риноскопии, либо эндоскопического исследования, по показаниям в условиях общего обезболивания).

При организации режима обращается внимание оптимальную температуру и влажность воздуха в помещении, где находится больной ребенок, необходимо регулярное проветривание во избежание «пересыхания» слизи в ВДП.

Следует помнить, что при бактериальном синусите категорически противопоказано использование тепловых процедур!

Этиотропная терапия. В комплексном лечении вирусного ОС по показаниям применяются противовирусные препараты (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Принимать решение о назначении системной антибактериальной терапии при ОС у детей врачу-педиатру следует при:

- наличии 3 и более признаков острого бактериального синусита, к которым относят: гнойные выделения из носа или выделения в течение 3 и более дней только из одной половины носа любого характера; головная боль или ощущение давления в области лица в месте проекции верхнечелюстных или лобных пазух; лихорадка 38,0°C и выше; вторая волна заболевания (усиление выраженности симптомов ОС после временного улучшения); лейкоцитоз в клиническом анализе крови (более $15 \times 10^9 / \text{л}$);
- наличии симптомов орбитальных и внутричерепных осложнений ОС;
- наличии в качестве сопутствующей патологии клинически подтвержденного иммунодефицита, генетических заболеваний, обуславливающих несостоятельность работы системы мукоцилиарного транспорта (муковисцидоз, синдромы цилиарной дискинезии) и некомпенсированного сахарного диабета I типа;
- наличии анамнестических данных за рецидивирующее течение заболевания (4 и более эпизода ОС за последний год).

Длительность антибиотикотерапии при острых бактериальных риносинуситах у детей составляет 10 дней.

При неосложненной форме риносинусита стартовым препаратом для детей является амоксициллин. В прочих ситуациях используются пероральные цефалоспорины III поколения (цефиксим, цефдиторен), при аллергии на бета-лактамы антибактериальные препараты - макролиды (джозамицин, кларитромицин) (табл. 15).

Согласно существующим клиническим рекомендациям при первом эпизоде бактериального синусита у ребенка следует начинать терапию с незащищенных форм пенициллинов широкого спектра действия (аминопенициллинов). Но целесообразно учитывать территориальную резистентность ведущих возбудителей. При риске наличия у пациента штамма пневмококка с повышенной устойчивостью к антибиотикам, рекомендуется использовать повышенные дозировки амоксициллина 80-90 мг/кг/сутки у детей (табл.15). Необходимо помнить, что *H. influenzae*, а также *M. catarrhalis* и *S. aureus* являются активными продуцентами β -лактамаз, что диктует необходимость в случае наличия сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, хронический бронхит), иммуносупрессивных состояний, а также в случае неуспешной предшествующей антибактериальной терапии амоксициллином, исполь-

зовать в качестве препаратов стартовой терапии защищенные аминопенициллины.

При легком течении ОС с признаками бактериального воспаления, например, выделениями из носа гнойного характера, показано применение местных антибактериальных препаратов, в качестве монотерапии или в комбинации с противовоспалительными препаратами и отхаркивающими муколитическими препаратами. При этом клинический эффект применения этих препаратов должен оцениваться через 3-4 дня от начала терапии. При отсутствии положительного эффекта рассматривается вопрос о необходимости использования антибактериальных препаратов системного действия. Допустимо использование и местной, и системной антибактериальной терапии в комбинации.

Таблица 15

**Рекомендуемые АБП и режимы лечения
острого бактериального риносинусита у детей**

Показания	Препараты выбора	Альтернативные препараты
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутрь 40-60* или 80-90** мг/кг/сутки	Амоксициллин+Клавулановая кислота внутрь*** 45-60 мг/кг/сутки в 2-3 приема или Цефуроксим 30 мг/кг/сутки в 2 приема Цефиксим 8 мг/кг/сутки в 1-2 приема Цефдиторен (детям старше 12 лет) внутрь по 200 мг 2 раза в сутки
Аллергия на бета-лактамы	Джозамицин 50 мг/кг/сутки в 2-3 приема Кларитромицин внутрь 15 мг/кг/сутки в 2 приема (максимально 500 мг/сутки)	

Примечание:

* при отсутствии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, дети, проживающие в «закрытых» учреждениях).

** при наличии факторов риска устойчивости пневмококка к бета-лактамам (применение антибиотиков в предшествующие 3 месяца, наличие в семье детей дошкольного возраста, посещающих детские учреждения, дети, проживающие в «закрытых» учреждениях).

*** факторы риска наличия штамма возбудителя, продуцирующего бета-лактамазы (*H.Influenzae*, *S.Aureus*, *M.Catarrhalis*), наличие сопутствующих заболеваний (коморбидная патология), иммуносупрессивные состояния, неуспешная предшествующая антибактериальная терапия амоксициллином.

Местная терапия. К применению в РФ при ОС зарегистрированы интраназальные спреи: фрамицетин (Framitsetin) и топический комбинированный препарат, в состав которого входят дексаметазон, неомицин, полимиксин В и фенилэфрин (Dexamethasone+Neomycin+Polymyxin B+Phenylephrine).

Фрамицетин в виде 1,25% назального антибактериального спрея разрешен для применения у детей с первых лет жизни. Это антибиотик из группы аминогликозидов широкого спектра действия, с бактерицидным эффектом, повреждает цитоплазматическую мембрану, дезорганизует потоки метаболитов внутри клетки и вызывает быструю гибель микроорганизмов. Он активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных бактерий: *Staphylococcus aureus*, *Staphylococcus spp.* (в т.ч. штаммы, устойчивые к другим антибиотикам), некоторых штаммов *Streptococcus spp.*, *Pseudomonas aeruginosa*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella spp.*, *Haemophilus influenzae*, *Salmonella spp.*, *Shigella spp.*, *Enterobacter spp.*, *Proteus spp.*, *Serratia marcescens*, *Pasteurella spp.*, *Vibrio spp.*, *Borellia*, *Leptospira spp.*, *Mycobacterium tuberculosis* (в т.ч. штаммы, устойчивые к стрептомицину), вызывающих развитие инфекционных процессов в верхних отделах дыхательных путей. Данный препарат применяют местно, 3-6 раз/сутки в каждый носовой ход. Курс лечения не более 7 дней. При применении препарата возможны аллергические реакции.

Комбинированный препарат, в состав которого входят дексаметазон, неомицин, полимиксин В и фенилэфрин (Синусэфрин, Полидекса с фенилэфрином, Ринодекса с фенилэфрином и др.), в виде спрея разрешен к использованию у пациентов с 2,5 лет. Он обладает противовоспалительным действием дексаметазона на слизистую оболочку носа, антибактериальным действием антибиотиков неомицина и полимиксина В. Препарат активен в отношении большинства грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих инфекционно-воспалительные заболевания носовой полости и придаточных пазух. Детям в возрасте от 2,5 до 18 лет назначается по одному впрыскиванию в каждую ноздрю 3 раза в сутки. Длительность лечения 5-10 дней. Возможны местные аллергические реакции.

Врач-педиатр должен помнить об обязательном назначении при остром синусите **элиминационно-ирригационной терапии** в виде промывания полости носа 0,9% стерильной морской водой и гигиеническими средствами на основе стерильных изотонических солевых растворов для элиминации вирусов и бактерий. Для частичной разгрузки соустьев за счет явлений осмоса при промывании полости носа могут быть использованы 2% гипертонические растворы морской воды. Натуральная стерильная морская вода имеет в своем составе помимо натрия хлорида (NaCl) в соответствующей концентрации все активные вещества и микроэлементы морской воды: K, Mg, Na, Ca, Cl, Se, I, Zn, Cu, Fe и др., при этом не содержит консервантов. Но следует помнить, что эти препараты необходимо применять только в остром периоде длительностью не более 5-7 дней (табл. 16).

Выбор формы выпуска средств для промывания и орошения полости носа в виде аэрозолей, спреев, капель зависит от возраста ребенка, при этом необходимо учитывать инструкцию к препарату.

Солевые капли используются с рождения, назначаются по 1-2 капли в каждый носовой проход 4 раза в сутки. Промывание носа при этом производится в положении полулежа, голову ребенка поворачивают набок, закапывают раствор в носовой проход, находящийся сверху. После процедуры ребенка необходимо посадить и очистить носовые ходы методом высмаркивания или с помощью аспиратора.

При использовании спрея (в основном у детей старше 2 лет) промывание полости носа осуществляется 4 раза в день. Процедура проводится в положении сидя, ребенок наклоняет голову набок, наконечник флакона вводится в носовой проход, находящийся сверху. В течение нескольких секунд промывается носовая полость, далее проводится ее освобождение от содержимого методом высмаркивания или аспирации.

Рекомендовано назначение назальных форм **противоконгестивных средств** – альфа-адреномиметиков пациентам с ОС с целью разгрузочной терапии, т.е. устранения отека слизистой оболочки носа. У детей 0-6 лет применяют 0,125% раствор фенилэфрина, 0,01-0,025% раствор оксиметазолина, 0,05% раствор ксилометазолина (с 2 лет). Данные препараты должны применяться строго по назначению и под контролем врача, в течение не более 5-7 дней в связи с риском развития медикаментозного ринита (табл. 16).

Таблица 16

Препараты для лечения ринита
(www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Название	Способ применения
Аква Марис (вода морская с натуральными микроэлементами) капли назальные для детей от 0 до 1 года во фл. 10 мл, спрей назальный дозированный во флаконе 30 мл	В виде капель: по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в день; В виде спрея: детям 1–7 лет – по 2 впрыскивания 4 раза в сутки, 7 лет и старше – по 2 впрыскивания 4–6 раз в сутки.
Аквалор протект (вода морская 15 г/л, экстракт бурых водорослей, ионы натрия, марганца, хлора, брома, магния, кальция, калия, йода, серы) спрей, флакон 30 мл	Детям с 6 месяцев жизни. Перед применением очистить носовые ходы. Использовать при вертикальном положении тела, голова располагается прямо и несколько наклонена вперед. Применяется в каждый носовой ход 3-4 раза в день, при необходимости чаще.
Виброцил (диметинден, фенилэфрин) капли назальные с рождения, спрей назальный	Детям старше 2 месяцев. До 1 года – по 1 капле 3–4 раза в день, 1 года – 6 лет – по 1–2 капли 3–4 раза в день, старше 6 лет – по 3–4 капли 3–4 раза в день. Раствор-капли назальные закапывают в нос, запрокинув ребенку голову, сохраняя это положение в течение нескольких минут. Спрей: по 1–2 впрыскивания в каждую ноздрю 3–4 раза в сутки
Галазолин* (ксилометазолин) капли назальные 0,05%, 0,1%-ный раствор	Детям 2–6 лет – по 1–2 капли в каждую ноздрю 1–2 раза в сутки, старше 6 лет – по 2–3 капли в каждую ноздрю 2–3 раза в сутки

(Окончание таблицы 16)

Название	Способ применения
Длянос* (ксилометазолин, бензалкония хлорид) капли 0,05% раствор, спрей назальный 0,1%	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
Квикс спрей назальный фл. С дозатором 30 мл (вода Атлантического океана с минералами и микроэлементами) гипертонический раствор	С 3-х месяцев. По 1–2 орошения носовых ходов 2–3 раза в день
Ксилен* (ксилометазолин) капли 0,05, 0,1%-ный раствор	По 1–2 капли в обе ноздри 2–3 раза в день
Ксимелин* (ксилометазолин) капли назальные 0,05, 0,1%-ный раствор, спрей назальный 0,05, 0,1%-ный	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
ЛинАква беби (изотоническая натуральная стерильная морская вода с содержанием натрия хлорида 9 г/л, ионы калия, меди, кальция, магния, серы, цинка, селена, хлора, йода, железа) аэрозоль с двумя насадками «душ» и «мягкий душ», флакон 50 мл, 100 мл, 125 мл, 150 мл, 200 мл	С рождения. Применяется 4 раза в день.
Маример, аквапор, аквамарис (вода морская стерильная) капли назальные для детей от 0 до 1 года во флаконах-капельницах 5 мл, спрей назальный во фл. 100 мл	До 1 года – по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в сутки, старше 1 года – по 4 капли в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки. Спрей: старше 1 года по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 4–6 раз в сутки
Називин* (оксиметазолин) капли 0,01, 0,025, 0,05%-ный раствор, спрей назальный 0,05%-ный, спрей назальный с ментолом и эвкалиптом 0,1%-ный	По 1–2 капли в каждый носовой ход 2–3 раза в день или по 1 впрыскиванию в каждый носовой ход 2–3 раза в сутки
Назол Бэби (фенилэфрин) капли назальные 0,125%-ный раствор	С рождения. Детям до 1 года – по 1 капле с интервалом не менее 6 часов, от 1 года до 6 лет – по 1–2 капли, старше 6 лет и взрослые – по 3–4 капли в каждый носовой ход
Назол Кидс (фенилэфрин) спрей назальный 0,25%-ный	Детям от 2 до 6 лет (под надзором взрослых) – 1–2 дозы спрея или 1–2 капли (перевернув флакон) в каждый носовой ход, не чаще, чем через каждые 6 часов. Детям 6–12 лет – по 2–3 дозы спрея в каждый носовой ход, не чаще, чем каждые 4 часа
Назол* (оксиметазолин) спрей назальный 0,05%-ный	Детям от 6 до 12 лет – по 1 впрыскиванию в каждую ноздрю, старше 12 лет – по 2–3 впрыскивания с интервалом между применениями не менее 10–12 часов

Следует помнить, что при гайморите необходимо придерживаться определенных правил применения интраназальных лекарственных препаратов. Так, пациенту следует лечь на бок, после чего закапать сосудосуживающие капли в половину носа, на которой лежит больной – капли должны попасть на боковую стенку носа. В таком положении следует находиться не менее 5 минут. Затем следует повернуться на другую сторону и повторить процедуру с другой половиной носа. Далее освободить носовую полость от содержимого путем высмаркивания или аспирации. Только после использования этих капель, можно закапывать другие – обладающие антибактериальным, противовоспалительным или обезболивающим эффектом.

Всем пациентам с ОС рекомендовано назначение средств растительного происхождения с доказанным противовоспалительным, секретолитическим и секретомоторным действием - Синупрет. Данный препарат увеличивает гидратацию секрета на поверхности дыхательных путей за счет усиления секреции ионов хлора и стимуляции частоты биения ресничек. Кроме того, он ослабляет миграцию воспалительных клеток и соответственно оказывает противоотечное действие. Синупрет проявляет противовирусную активность, подавляя репликацию респираторных вирусов таких как риновирус, аденовирус, парагрипп, респираторно-синцитиальный вирус и грипп А, где он также ингибирует активность нейраминидазы. Препарат имеет антибактериальную эффективность против соответствующих респираторных бактерий (например, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pneumoniae*). Способность синупрета улучшать отток экссудата из придаточных пазух носа предупреждает развитие осложнений. Синупрет в виде капель для приема внутрь содержит водно-спиртовой экстракт из смеси растительного сырья: корень горечавки, цветки первоцвета, трава щавеля, цветки бузины, трава вербены. Применяется внутрь, предварительно разведя в небольшом количестве воды в дозе детям школьного возраста по 25 капель 3 раза в день, детям от 2 до 6 лет по 15 капель 3 раза в день. Курс лечения составляет 7-14 дней.

Синупрет в виде таблеток, покрытых оболочкой, имеет такой же состав, как и капли. Он принимается внутрь, не разжевывая, запивая небольшим количеством воды. Детям школьного возраста назначается по 1 таблетки 3 раза в сутки, курс лечение составляет 7-14 дней.

При применении препарата возможны аллергические реакции (кожная сыпь, покраснение кожи, зуд, ангионевротический отек, одышка), желудочно-кишечные расстройства (боль в эпигастральной области, тошнота).

Рекомендовано назначение **мукоактивной терапии** пациентам с ОС с целью нормализации работы мукоцилиарного эпителия, разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого. Вещества, содержащие свободные SH-группы, например, ацетилцистеин, способны оказывать прямое муколитическое действие и быстрый муколитический эффект на любой вид секрета. Ацетилцистеин раствор для ингаляций (100 мг / 1 мл, ампулы по 3 мл) применяется ингаляционно с помощью небулайзера 1-2 раза в день в течение 5-10 дней из расчета: детям старше 12 лет – 3 мл препарата на 1 ингаляцию, детям от 6 до 12 лет – 2 мл препарата на 1 ингаляцию, детям от 2 до 6 лет – 1-2 мл препарата

на 1 ингаляцию. Рекомендуемую дозу препарата необходимо развести с 0,9% раствором натрия хлорида в соотношении 1:1.

Процедуры проводятся после очищения носовых путей, но перед применением медикаментов местного применения.

Жаропонижающая терапия. При наличии лихорадочной реакции или головных/лицевых болей пациентам с ОС назначаются системные формы нестероидных противовоспалительных препаратов. Противовоспалительная терапия направлена на блокаду медиаторных реакций, усиливающих воспалительную реакцию, что ведет к купированию таких основных симптомов воспаления при остром синусите, как боль, отек, расширение сосудов слизистой оболочки носа и ОНП, чрезмерная экссудация. У детей с ОС с целью анальгезии и купирования лихорадочной реакции возможно использование только двух препаратов – парацетамола до 60 мг/кг/сутки или ибупрофена до 30 мг/кг/сутки (см. учебное пособие «Организация и общие принципы обслуживания детей с острой патологией органов дыхания в поликлинике», 2022 г.).

Детям старше 12 лет можно назначить комбинированные лекарственные средства, включающие в свой состав деконгестант, антигистаминный препарат системного действия и парацетамол.

Согласно клиническим рекомендациям в терапии острого бактериального синусита эффективна **ингаляционная терапия** комбинированным препаратом (антибиотик и муколитик) - тиамфеникола глицината ацетилцистеинат (Thiamphenicol glycinate acetylcysteinate) в виде лиофилизата для приготовления раствора для ингаляций 500 мг препарата во флаконе, с растворителем (водой для инъекций) 4 мл. Данная лекарственная форма с успехом применяется в ингаляционной терапии риносинусита в комплексе с антибактериальными препаратами системного действия или в качестве монотерапии, особенно у детей. Данная терапия скорее целесообразна в условиях специализированного отделения.

Тиамфеникол является производным хлорамфеникола, механизм действия связан с ингибированием синтеза белка бактериальной клетки. Тиамфеникол обладает широким спектром антибактериального действия, активен в отношении грамположительных (*Streptococcus pneumoniae*, *Corynebacterium diphtheriae*, *Staphylococcus* spp., *Streptococcus pyogenes*, *Listeria* spp., *Clostridium* spp.) и грамотрицательных (*Haemophilus influenzae*, *Neisseria* spp., *Salmonella* spp., *Escherichia coli*, *Shigella* spp., *Bordetella pertussis*, *Yersinia pestis*, *Brucella* spp., *Bacteroides* spp.) бактерий, наиболее часто вызывающих инфекции дыхательных путей.

Ацетилцистеин, разрывая дисульфидные связи мукопротеидов, быстро и эффективно разжижает мокроту, гной, снижает их вязкость и способствует отхождению. Ацетилцистеин облегчает проникновение ан-

тибиотика тиамфеникола в ткани легких, угнетает адгезию бактерий на эпителии дыхательных путей.

Данный препарат назначается детям по 125 мг 1–2 раза в сутки ингаляционно с помощью небулайзера через носовые насадки или маску в течение 5–10 минут. Курс лечения не более 10 дней. Приготовленный раствор для ингаляций можно использовать в течение 24 часов при хранении при температуре 5 °С (в холодильнике).

При ингаляционном введении возможны побочные эффекты: рефлексорный кашель, местное раздражение дыхательных путей, стоматит, ринит, тошнота, также возможны отек гортани, бронхоспазм (преимущественно у больных бронхиальной астмой).

Детям старше 12 лет с противовоспалительной целью назначается **топическая глюкокортикостероидная терапия**, причем либо в качестве монотерапии затяжного (поствирусного синусита) или в комбинации с антибактериальными препаратами системного действия. Данное назначение скорее прерогатива врача-оториноларинголога. У детей до 12 лет глюкокортикостероиды в качестве местной монотерапии ОС могут назначаться только пациентам, имеющим в качестве сопутствующего заболевания аллергический ринит. Механизм действия ГКС заключается в уменьшении отека слизистой оболочки, торможении транссудации, эозинофильного воспаления и деградации иммуноглобулинов, уменьшении нейтрогенного воспаления, восстановлении функциональной способности соустьев. В России в качестве лекарственного средства для монотерапии ОС без признаков бактериальной инфекции зарегистрирован назальный спрей мометазона. Данный препарат имеет высокий уровень системной безопасности за счет его минимальной биодоступности при интраназальном введении (менее 1%), что обуславливает возможность его длительного назначения детям с ОС и сопутствующим аллергическим ринитом. Спрей назальный мометазон (mometasone) в дозе 50 мкг/1 доза, флакон 60 доз, 120 доз, 140 доз. При остром риносинусите без признаков тяжелой бактериальной инфекции назначается по 2 впрыскивания (по 50 мкг мометазона фуроата каждое) в каждый носовой ход 2 раза в сутки (суммарная суточная доза 400 мкг). Курс лечения по назначению врача.

Хирургическое лечение (пункция верхнечелюстной пазухи) проводится в стационаре при рентгенологическом подтверждении наличия патологического содержимого в пазухе, при тяжёлом течении ОС или среднетяжёлом течении ОС при отсутствии эффекта от проводимого лечения, а также в случае орбитальных или внутричерепных осложнений. При затяжном течении экссудативных форм ОС показано дренирование околоносовых пазух при помощи синус-катетера в условиях оториноларингологического отделения.

Восстановительная терапия. На стадии выздоровления всем пациентам рекомендованы прогулки на свежем воздухе, витаминотерапия, дыхательная гимнастика.

Профилактика ОС заключается в соблюдении режима сна и отдыха, рационального питания. Необходима санация очагов хронической инфекции, устранение назальной обструкции (искривление носовой перегородки, атрезия хоан, синехии в полости носа и другие).

Прогноз ОС вирусного характера благоприятный. Сопутствующий аллергический ринит может значительно влиять на течение ОС, увеличивая сроки излечения и реабилитации. В данном случае применяются антигистаминные препараты и глюкокортикостероиды.

Следует помнить, что под «маской» ОС можно столкнуться с одонтогенным синуситом. В данном случае лечение должно быть хирургическим с участием соответствующего специалиста (удаление пломбировочного материала, секвестров костной ткани из пораженной пазухи). Учитывая, что преобладающей флорой является анаэробная, выбираются антибактериальные препараты соответствующего спектра действия.

ПРИЛОЖЕНИЯ

Приложение 1

Экспресс-тест для определения стрептококка группы А

Получение материала для выполнения экспресс-теста следует проводить при соблюдении следующих условий:

- до начала антибактериальной терапии;
- до утреннего туалета полости рта, натошак или через 2 часа после еды;
- под контролем орофарингоскопии;
- следует избегать контакта с зубами и языком;
- материал получают из устьев крипт небных миндалин и задней стенки глотки.

Инструкция по проведению экспресс-теста для определения стрептококка группы А

Диагностическая система - 5 одноразовых тестов

ПРОВОДИТЬ ПОЛУЧЕНИЕ МАТЕРИАЛА

- до начала антибактериальной терапии;
- до утреннего туалета полости рта,
- натошак или через 2 часа после еды;



Взять мазок с поверхности миндалин и задней стенки глотки.

Старайтесь не касаться ватной палочкой языка, дёсен, нёба, зубов (она стерильна)



4 капли из
красного флакона



4 капли из
жёлтого флакона



Покрутить ватную палочку с материалом 10 раз в пробирке и оставить на 1 минуту.



Отжать ватную палочку в раствор



Опустить тест-полоску в раствор стрелками вниз на 5 минут

КАК ПРАВИЛЬНО СЧИТЫВАТЬ РЕЗУЛЬТАТ



ПОЛОЖИТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТ СЧИТАЕТСЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ДВУХ ПОЛОСОК.

Одна (левая) полоска показывающая результат указывает на наличие стрептококка

Вторая (правая) полоска контрольная указывает на правильность выполнения теста.

Важно: даже при появлении слабо окрашенной (левой) полоски результат считается положительным. Интенсивность окраски зависит от количества бактериальных тел во взятом материале.

ОТРИЦАТЕЛЬНЫМ РЕЗУЛЬТАТ СЧИТАЕТСЯ ПРИ ПОЯВЛЕНИИ ОДНОЙ КОНТРОЛЬНОЙ (ПРАВОЙ) ПОЛОСКИ.

НЕПРАВИЛЬНО ПРОВЕДЕННЫМ ТЕСТ СЧИТАЕТСЯ, ЕСЛИ НЕ ПОЯВИЛОСЬ НИ ОДНОЙ ПОЛОСКИ.

Рецепты

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)

20 марта 2023 г.

(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)

пациента: Иванов И.В.

Дата рождения 20.06.2019г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp.: Amoxycillini 2,5

Acidi clavulanic 0,625

Da. Signa. Энергично встряхнуть флакон, добавить воды до 100 мл (до метки) в два приема, каждый раз хорошо встряхивая до полного растворения порошка. Принимать внутрь после встряхивания по 3 мл 3 раза в день в течение 7 дней

Подпись: Петров

и печать лечащего врача

М.П.

(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)

(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
20 марта 2023 г.
(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента: Иванов И.В.
Дата рождения 20.06.2019г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Suspensionis Josamycini 3% - 100 ml
Da. Signa. Внутрь по 7 мл 3 раза в день между приемами пищи в течение 10 дней. Перед применением суспензию встряхнуть.

Rp. Suspensionis Josamycini 100 мл (a' 300mg-10ml)
Da. Signa. Внутрь по 7 мл 3 раза в день между приемами пищи в течение 10 дней. Перед применением суспензию встряхнуть.

Подпись: Петров
и печать лечащего врача М.П.
(подпись фельдшера, акушерки)

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____) (нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Министерство здравоохранения
Код формы по ОКУД
Российской Федерации
Код учреждения по ОКПО

Наименование (штамп)
медицинской организации

Медицинская документация
Форма N 107-1/у
Утверждена приказом
Министерства здравоохранения
Российской Федерации
от 24 ноября 2021 г. N 1094н

Детская поликлиника №7

РЕЦЕПТ

(взрослый, детский - нужное подчеркнуть)
20 марта 2023 г.
(дата выписки рецепта)

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
пациента: Иванов И.В.
Дата рождения 20.06.2006г.

Фамилия, инициалы имени и отчества (последнее - при наличии)
лечащего врача (фельдшера, акушерки) Петров А.А.

Rp. Tabulettam Amoxicillini 0,5
Da tales doses N. 20.
Signa. Внутрь по 1 таблетке 2 раза в сутки в течение 10 дней

Подпись: Петров
и печать лечащего врача
(подпись фельдшера, акушерки)

М.П.

Рецепт действителен в течение 60 дней, до 1 года (_____)
(нужное подчеркнуть) указать количество дней)

Приложение 3

Иммуномодуляторы, применяемые для лечения и профилактики рецидивирующих респираторных инфекций (www.vidal.ru, www.rlsnet.ru)

Бактериальные лизаты

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и дозы	Побочные эффекты
Лизаты бактерий <i>Staphylococcus aureus</i> , <i>Streptococcus pyogenes</i> , <i>Streptococcus viridans</i> , <i>Streptococcus pneumoniae</i> , <i>Klebsiella pneumoniae</i> , <i>Klebsiella ozaenae</i> , <i>Haemophilus influenzae b</i> , <i>Neisseria catarrhalis</i> Исмиген Ismigen Таблетки подъязычные 50 мг	Иммуностимулирующее действие. Повышение концентрации секреторного IgA. Активация фагоцитоза, увеличение содержания лизоцима в слюне, увеличение количества иммунокомпетентных клеток, повышение концентрации сывороточных IgA, IgG, IgM и уменьшение концентрации сывороточного IgE. Повышение функциональной активности макрофагов (в т.ч. альвеолярных) и полиморфно-	Комбинированная терапия бронхитов, тонзиллитов, ларингитов, фарингитов, синуситов, отитов, рецидивирующие инфекции верхних и нижних дыхательных путей.	Гиперчувствительность к активным и/или вспомогательным компонентам препарата детского возраст до 3 лет.	Сублингвально, натошак. Таблетку следует держать под языком до полного растворения. Лечение: По 1 табл./сут до исчезновения симптомов заболевания (не менее 10 дней). Профилактика: По 1 табл./сут в течение 10 дней. Курс включает 3 цикла по 10 дней с 20-дневными интервалами между ними. Профилактический курс следует проводить не чаще 1–2 раз в год.	Крапивница, дерматит, фолликулит, воспаление слюнной железы, острый ларингит, ринит.

	ядерных лейкоцитов.				
Лиофилизированные лизаты бактерий <i>Haemophilus influenzae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>, <i>Streptococcus viridans</i>, <i>Streptococcus pyogenes</i>, <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Klebsiella ozaenae</i>, <i>Staphylococcus aureus</i>, <i>Moraxella catarrhalis</i> Бронхомунал Broncho-munal Капсулы 3,5 мг Капсулы 7 мг	Иммуномодулирующее действие. Стимуляция В-лимфоцитов, увеличение выработки поликлональных антител, особенно IgG сыворотки и IgA, секретируемых слизистой оболочкой дыхательных путей и слюнными железами. Стимуляция лейкоцитов, рост числа клеток миелоидного и лимфоидного ряда, селективное повышение экспрессии рецепторов на поверхности.	Рецидивирующие инфекции дыхательных путей	Детский возраст до 12 лет (для капсул 7 мг), детский возраст до 6 мес (для капсул 3,5 мг).	Внутрь, по 1 капс. в день утром, натощак, за 30 мин до еды. Лечение: Препарат принимают до исчезновения симптомов, но не менее 10 дней. Профилактика: Применяют тремя курсами по 10 дней, интервал между курсами 20 дней.	Диарея, боль в животе, тошнота, рвота; кашель, одышка; сыпь, крапивница, ангионевротический отек; реакции гиперчувствительности (сыпь эритематозная, сыпь генерализованная, эритема, отек, в т.ч. век, лица, периферические отеки, припухлость, в т.ч. лица, зуд, в т.ч. генерализованный); головная боль; лихорадка, усталость.
Рибосомы бактериальные, включая рибосомы <i>Klebsiella pneumoniae</i>, <i>Streptococcus pneumoniae</i>,	Иммуномодулирующее действие. Образование специфических антител к антигенам рибо-	Рецидивирующие инфекции дыхательных путей	Гиперчувствительность, аутоиммунные заболевания, детский возраст до 6 месяцев.	Внутрь 1 раз в сутки, утром, натощак. Разовая доза 3 табл. по 0,25 мг или 1 табл. по 0,75 мг,	Преходящая гиперсаливация (в начале лечения), аллергические реакции (крапивница, ангионевротиче-

Streptococcus pyogenes, Haemophilus influenzae, протеогликаны мембранной части (включая Klebsiella pneumoniae) Рибомунил (Ribomunyl) Таблетки 250 мг, 750 мг Гранулы для приготовления раствора для приема внутрь 750 мг/пакетик (для детей раннего возраста)	сомально-протеогликанового комплекса (эффект вакцины). Усиление фагоцитарной активности макрофагов и полинуклеарных лейкоцитов, повышение факторов неспецифической резистентности. Стимуляция функции Т- и В-лимфоцитов, продукции сывороточных и секреторных иммуноглобулинов типа IgA, ИЛ-1, а также α - и γ -интерферона.			или гранулы из 1 пакетика. Лечение и профилактика: В первый месяц лечения и/или профилактики препарат принимают ежедневно 4 дня в неделю в течение 3 нед, в последующие 3-5 мес — первые 4 дня каждого месяца. Рекомендуется проводить трехмесячные профилактические курсы лечения 2 раза в год, шестимесячные профилактические курсы - 1 раз в год.	ский отек), тошнота, рвота, диарея. Возможно транзиторное повышение температуры тела на 2–3 сут, иногда незначительные и преходящие симптомы инфекций лор-органов.
Лизаты бактерий в т.ч. Streptococcus pneumoniae type I, II, III, V, VIII, XII, Haemophilus influenzae type B, Klebsiella pneumoniae, Staphylococcus aureus, Acinetobacter calcoaceticus, Moraxella	Иммуномодулирующее действие. Повышение специфического и неспецифического иммунитета. Образование антител класса	Острые и хронические заболевания дыхательных путей (ринит, синусит, ларингит, фарингит, тонзиллит, трахеит, бронхит и др.).	Повышенная чувствительность, аутоиммунные заболевания, детский возраст до 3 мес.	Интраназально. (1 доза = 1 короткое нажатие пульверизатора). Лечение: Дети от 3 мес до 3 лет - по 1 дозе в каждый носовой проход 2 ра-	Эритемоподобные и экземоподобные реакции; тромбоцитопеническая пурпура и узловатая эритема; крапивница, ангионевротический отек; приступы

catarrhalis, Neisseria subflava, Neisseria perflava, Streptococcus pyogenes group A, Streptococcus dysgalactiae group C, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Streptococcus group G ИРС-19 (IRS 19) Спрей назальный	секреторных иммуноглобулинов типа А (IgA), препятствующими фиксации и размножению возбудителей инфекции на слизистой. Повышении фагоцитарной активности макрофагов, увеличении содержания лизоцима			за в день после предварительной очистки от слизи, детям старше 3 лет – по 1 дозе в каждый носовой проход 2-4 раза в день. Лечение продолжают до исчезновения признаков инфекции. Профилактика: Дети старше 3 мес. – по 1 дозе в каждый носовой проход 2 раза в день в течение 2 недель (начинать рекомендуется за несколько недель до ожидаемого эпидемического подъема).	астмы и кашель, в начале лечения - ринофарингит, синусит, ларингит, бронхит; редко (в начале лечения) - тошнота, рвота, боль в животе, диарея; редко (в начале лечения) - повышение температуры тела ($\geq 39^{\circ}\text{C}$) без видимых причин.
Лизаты бактерий: Lactobacillus acidophilus, Lactobacillus delbrueckii ss lactis, Lactobacillus helveticus, Lactobacillus fermentum, Streptococcus pyogenes groupe A, Streptococcus sanguis groupe H, Staphylococcus	Иммуномодулирующее действие. Активация фагоцитоза, увеличение количества иммунокомпетентных клеток, повышение выработки	Острые и хронические заболевания инфекционно-воспалительные заболевания полости рта и глотки (фарингит; хрони-	Повышенная чувствительность, аутоиммунные заболевания, детский возраст до 3 лет.	Таблетки рассасывают, не разжевывая в ротовой полости. Лечение: Дети от 3 лет до 14 лет – по 6 таблеток в день, дети старше 14	Кожная сыпь, крапивница, ангионевротический отек; тошнота, рвота, боли в животе; обострение бронхиальной астмы, кашель; узловатая эритема; ге-

cus aureus, Enterococcus faecium, Enterococcus faecalis, Klebsiella pneumoniae ss pneumoniae, Fusobacterium nucleatum ss fusiforme, Corynebacterium pseudodiphtheriticum, Candida albicans Имудон (Imudon) Таблетки для рассасывания	лизоцима и интерферона, иммуноглобулина А в слюне.	ческий тонзиллит и др.)		лет - по 8 таблеток в день (таблетки рассасывают с интервалом в 1-2 часа). Курс 10 дней. Профилактика: по 6 таблеток в день (таблетки рассасывают с интервалом в 2 часа). Курс 20 дней. Рекомендуется проводить профилактические курсы лечения 3-4 раза в год.	моррагический васкулит, тромбоцитопения, повышение температуры тела.
---	---	--------------------------------	--	--	---

Иммуномодуляторы синтетического происхождения

МНН (торговое название), форма выпуска	Фармакологическое действие	Показания	Противопоказания	Способ применения и дозы	Побочные эффекты
Азоксимера бромид (Azoximeri bromidum) Полиоксидоний Таблетки 12 мг Суппозитории 6 мг	Иммуномодулирующее, детоксицирующее, антиоксидантное, умеренное противовоспалительное действие. Стимуляция фагоцитирующих клеток и есте-	Острые и хронические инфекционно-воспалительные и аллергические заболевания ротоглотки, околоносовых пазух,	Повышенная индивидуальная чувствительность, детский возраст до 3 лет (для таблеток), детский возраст до 6 лет (для суппозиторий), острая почечная	Таблетки под язык. Лечение: дети от 3 до 10 лет – по ½ таб 2 раза в день, дети от 10 лет и старше – по 1 таб 2 раза в день. Курс	Аллергические реакции

	ственных киллеров, антителообразования и синтеза α-и γ-интерферона. Стимуляция бактерицидные свойства нейтрофилов, макрофагов, усиление их способности поглощать бактерии, повышение бактерицидных свойств слюны и секрета слизистых верхних дыхательных путей.	верхних и нижних дыхательных путей, внутреннего и среднего уха.	недостаточность, редкая наследственная непереносимость лактозы, дефицит лактазы, синдром глюкозо-галактозной мальабсорбции.	7 дней. Профилактика: дети от 3 до 10 лет – по ½ таб 1 раз в день, дети от 10 лет и старше – по 1 таб 1 раз в день. Курс 7 дней. Суппозитории ректально (после очищения кишечника) Лечение: дети старше 6 лет – по 1 супп. 1 раз в день. Курс – 10 суппозиторийев. Профилактика: дети старше 6 лет – по 1 супп. 1 раз в день в течение 3 дней, далее через день. Курс – 10 суппозиторийев. При необходимости курс лечения повторяют через 3-4 месяца.	
Пидотимод (Pidotimodum) Имунорикс	Иммуностимулирующее действие. Стимуляция и ре-	Бактериальные, грибковые и вирусные инфек-	Детский возраст до 3 лет, повышенная чувствительность к	Внутрь. Детям старше 3 лет - по 400 мг 2	Аллергические реакции

Р-р д/приема внутрь 400 мг/7 мл во фла- коне	гуляция клеточного иммунитета. Ин- дукция созревания и формирования иммунокомпетент- ных Т-лимфоцитов при их недостаточ- ности, усиление антителообразова- ния, стимуляция макрофагов и про- дукции цитокинов, усиление фагоци- тоза, увеличение активности есте- ственных киллеров.	ции верхних и нижних дыха- тельных путей в составе ком- плексной тера- пии.	пидотимоду.	раза/сут вне при- ема пищи в тече- ние 15 дней.	
--	---	--	-------------	---	--

Техника отоскопии у детей

Условия проведения манипуляции:

- за 1-2 часа до процедуры не рекомендуется мыть уши и использовать ушные капли;
- необходима асептическая обработка инструментов;
- по возможности провести очищение слуховых проходов от грязи, ороговевших частичек кожи, серных пробок с помощью ватного «жгутика»;
- следует подобрать ушную воронку соответствующего размера;
- перед проведением отоскопии необходима беседа с пациентом с объяснением, что процедура абсолютно безопасна и безболезненна;
- для осмотра ушных проходов больной усаживается напротив врача и поворачивает голову в противоположную сторону;
- для введения воронки в слуховой проход ушная раковина ребенка отводится назад и вниз;
- ушную воронку нельзя вводить в костный отдел слухового прохода, т.к. это вызывает боль, длинная ось воронки должна совпадать с осью слухового прохода, иначе воронка упрется в какую – либо стенку последнего;
- следует помнить, что из побочных явлений, наблюдаемых при введении воронки, особенно при надавливании на задне-нижнюю стенку, может быть кашель, связанный с раздражением окончаний веточек блуждающего нерва;
- начинать отоскопию со здорового уха.

Отоскопическая картина

1. Наружный слуховой проход, имеющий длину 2,5 см, покрыт кожей, в перепончато-хрящевой части имеет волосы, может содержать ушную серу.
2. Барабанная перепонка имеет серый цвет с перламутровым оттенком.
3. На барабанной перепонке имеются опознавательные пункты: короткий отросток и рукоятка молотка, передняя и задняя складки, световой конус (рефлекс), умбо (пупок).
4. Барабанная перепонка состоит из двух частей: натянутой и расслабленной.
5. На барабанной перепонке различают 4 квадранта. Эти квадранты получаются от мысленного проведения двух линий, взаимно перпендикулярных. Одна линия проводится по рукоятке молоточка вниз, другая перпендикулярно к ней через центр умбо и нижний конец рукоятки молоточка. Возникающие при этом квадранты носят названия: передне-верхнего, задне-верхнего, передненижнего и задненижнего.

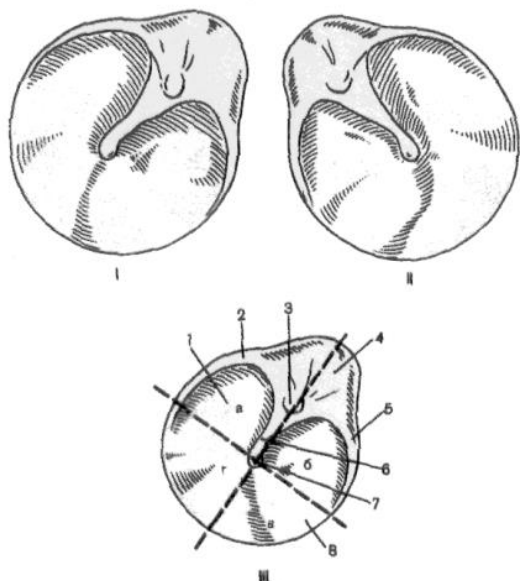


Рис. Опознавательные знаки барабанной перепонки (схема).

I – правая барабанная перепонка

II – левая барабанная перепонка

III – схематическое изображение опознавательных знаков:

1. *натянутая часть*

2. *задняя складка*

3. *короткий отросток молоточка*

4. *расслабленная часть*

5. *передняя складка*

6. *рукоятка молоточка*

7. *пупок*

8. *световой треугольник*

Квадранты: а. *задневерхний*, б. *передневерхний*. в. *передненижний*, г. *задненижний*

Отоскопическая картина ОСО



Рис. Отоскопия при тубоотите (евстахеите).

- втянутость барабанной перепонки;
- укорочение рукоятки молоточка;
- резкое выступание в сторону слухового прохода короткого его отростка;
- исчезновение или деформация светового конуса;
- возможна циркулярная или радиальная вдоль рукоятки молоточка инъекция сосудов барабанной перепонки.

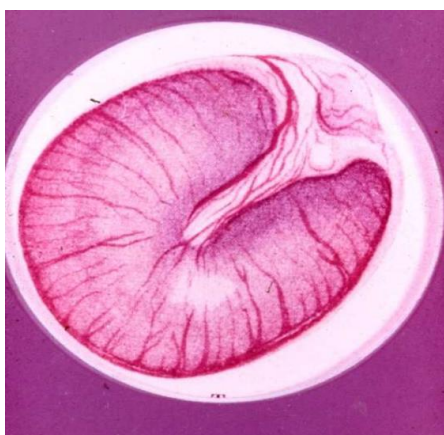


Рис. Отоскопия при остром катаральном отите.

- барабанная перепонка утолщена, розового цвета;
- опознавательные знаки выражены слабо или не определяются;
- определяется инъекция сосудов барабанной перепонки.



Рис. Отоскопия при доперфоративной стадии острого гнойного отита.

- барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована;
- опознавательные знаки не определяются;
- барабанная перепонка может выбухать.



Рис. Отоскопия при перфоративной стадии острого гнойного среднего отита.

- наружный слуховой проход содержит отделяемое;
- барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована;
- наличие перфорации или пульсирующий симптом.

**Дифференциальная диагностика
острого среднего отита и наружного отита**

Симптомы	Наружный отит	Острый средний отит с 1 года
Боль в ухе	усиливаются при жевании, сосании	пульсирующая в глубине уха
Зуд в ухе	может быть	нет
Снижение слуха	незначительное	значительное
Заушная область	не изменена безболезненна	может быть боль
Надавливание на козелок	болезненно	безболезненно
Кожа наружного слухового прохода	изменена	не изменена
Температура тела	нормальная, субфебрильная	фебрильная
Анамнез	провоцируется манипуляциями в слуховом проходе	возникает на фоне инфекции в носу и носоглотке

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Ситуационная задача 1

Вызов участкового педиатра на дом к девочке 4 лет. Жалобы на сильную боль в горле, особенно при глотании, слабость, вялость, повышение температуры тела до 38,5°C, головную боль. Заболела остро, накануне вечером - сначала стала беспокоить боль в горле, ночью в 3.00 был подъем температуры до 38,5°C - мама дала ребенку сироп нурофен, температура снизилась до 37,9°C. ДОУ не посещает, в последние три дня контактировала с бабушкой, у которой болело горло (бабушка страдает хроническим тонзиллитом).

Ребенок от 1 беременности, 1 срочных родов, росла и развивалась по возрасту, ОРВИ переносит 4-5 раз в год.

При осмотре: температура тела 37,8°C, ЧСС 114 в минуту, ЧДД 24 в минуту. Общее состояние средней степени тяжести. Сознание ясное, девочка вялая, капризная, отмечается сонливость, снижен аппетит. Кожные покровы розовые, теплые, умеренной влажности, на щеках румянец. Конъюнктивы, слизистая носа розовые, умеренной влажности, чистые, без отделяемого. Небные миндалины ярко гиперемированы, отечные, с островками рыхлого белого налета, который легко снимается шпателем, кровоточивости нет. Передние шейные лимфоузлы увеличены до 1 см в диаметре, мягко эластической консистенции, не спаяны с окружающими тканями, подвижные, умеренно болезненные, кожа над ними не изменена. Дыхание через нос свободное. При пальпации грудная клетка эластичная, безболезненная. Перкуторно над всей поверхностью легких ясный легочный звук. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Пульс на лучевой артерии симметричный, ритмичный, удовлетворительного наполнения и напряжения. Тоны сердца ясные, звучные, ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Печень +1 см из-под края реберной дуги, селезенка не пальпируется. Стул регулярный, оформленный. Мочеиспускание свободное, безболезненное.

ОАК: Эритроциты – 4,2 Т/л; гемоглобин-128 г/л; ЦП - 0,86; лейкоциты – 22 Г/л; эозинофилы -2%, нейтрофилы п/я -6%, с/я -60%, лимфоциты -28%, моноциты -4%; СОЭ 22 мм/час.

Экспресс-тест на бета-гемолитический стрептококк группы А (БГСА) материала с небных миндалин – положительный.

Мазок из зева на ВЛ: отрицательный.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.

7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка
10. Подходы к вакцинации данного ребенка

Эталон ответа

1. Острый стрептококковый тонзиллит
2. Диагноз поставлен на основании наличия:
 - острое начало с фебрильной лихорадкой и выраженной интоксикацией: вялость, сонливость;
 - явлений тонзиллита: боль в горле, гиперемия, отечность миндалин, белые налеты на миндалинах, которые легко снимаются без кровотоки-вости;
 - лимфоаденопатии: увеличение и болезненность переднешейных лимфоузлов;
 - отсутствие катаральных явлений (ринита, конъюнктивита, кашля);
 - возраст старше 3 лет;
 - тонзиллит стрептококковой этиологии подтверждается положительным экспресс тестом на БГСА материала с небных миндалин;
 - воспалительные изменения в ОАК бактериального характера;
 - в анамнезе – контакт с бабушкой, страдающей хроническим тонзиллитом.
3. Лечение этого пациента проводится амбулаторно, на дому.
4. Показания к госпитализации при данном заболевании.
 - тяжелое состояние ребенка, требующее инфузионной терапии ввиду отказа от еды и жидкости.
 - неэффективность лечения, подозрение на гнойное осложнение (паратонзиллит, парафарингит, ретрофарингеальный абсцесс, гнойный лимфаденит),
 - атипичная фарингоскопическая картина (подозрение на новообразование),
 - необходимость хирургического вмешательства (дренирование абсцесса, биопсия, тонзиллэктомия).
5. Пациенту назначается полупостельный режим в течение периода лихорадки, затем общий.
6. Диета с механическим, химическим и термическим щажением (температура пищи 55°C): рекомендованы овощное пюре, овощные и крупяные супы, мясо в виде тефтелей и фрикаделек, рыбное филе тушеное или рыбное суфле, творожная запеканка, молочная слизистая каша, фрукты. Обильное теплое питье- компоты, морсы, соки, фруктовый чай и др.
7. С учетом 100% чувствительности возбудителя (БГСА) к пенициллинам назначается амоксициллин 45-50 мг/кг/сут в 2 приема внутрь. Для эрадикации БГСА рекомендуется курс лечения длительностью 10 дней.

8. Для уменьшения воспаления и облегчения болевого синдрома -- топические препараты, обладающие противовоспалительным и обезболивающим действием в виде спрея для орошения миндалин – студенту предлагается привести примеры (например, бензидамина гидрохлорид-тантум верде). Ввиду риска реактивного ларингоспазма, топические препараты назначаются с возраста 2,5-3 лет.

При появлении фебрильной лихорадки 39 и выше— парацетамол в дозе 10—15 мг/кг внутрь или ректально или ибупрофен в разовой дозе 5—10 мг/кг, по показаниям повторное введение парацетамола возможно с интервалом не менее 4 часов и не более 4 раз в сутки, ибупрофена - с интервалом не менее 6 часов и не более 3 раз в сутки.

9. Осмотр врачом педиатром в динамике, выписка с выздоровлением на 5-7 день от начала заболевания в детский сад, занятие физкультурой в ослабленной группе, закаливание по щадящей методике.

Диспансерное наблюдение в течение 1 месяца после выздоровления. Через 7 - 10 дней проводится клиническое обследование и анализы мочи и крови, по показаниям - ЭКГ.

Через 3 недели – повторное обследование, при отсутствии отклонений от нормы дети снимаются с учета.

При наличии патологии (например, острая ревматическая лихорадка, гломерулонефрит и др.) переболевший направляется под наблюдение специалиста (ревматолога, нефролога и других).

10. Вакцинация через 2-4 недели после выздоровления

Ситуационная задача 2

Ребенок 5 лет, заболел неделю назад. Со слов мамы, он контактировал с заболевшим ребенком. С первого дня болезни возникла головная боль, вялость, снижение аппетита, температура, волнообразная до 38,0-38,5°C, нарушение носового дыхания, чихание, на следующий день появилось обильное отделяемое из носа серозного характера. Получал противовирусную и симптоматическую терапию по поводу острого ринофарингита с положительным эффектом. Накануне к вечеру вновь подъем температуры до фебрильных цифр, усиление катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей. Появилась боль в ухе, беспокойство.

Ребенок с 3 лет наблюдается у оториноларинголога по поводу ГНМ и аденоидов II степени.

При осмотре: температура 38,5 °C, состояние удовлетворительное. Кожные покровы бледно-розовые, чистые. Видимые слизистые бледно-розовые, чистые. В зеве умеренная гиперемия нёбных дужек, миндалины не увеличены, налётов нет. Лимфатические узлы- пальпируются по основным группам, подчелюстные и передние шейные до 1 см в диаметре, безболезненные, мягко-эластической консистенции. Дыхание че-

рез нос затруднено, из носа обильное отделяемое слизистого характера. Частота дыхания 24 в 1 мин. В легких при перкуссии- ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, пульс 120 уд. в мин, удовлетворительного наполнения и напряжения. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления не изменены. Отмечается шум в ухе, снижение слуха; ощущением заложенности при кашле или сморкании; болью при надавливании на козелок.

Дополнительные исследования:

ОАК: эр. 3,8 Т/л, Hb 115 г/л, L 12 Г/л, э -0% п-7% с-66% м-6% лф-25% СОЭ 15 мм/час.

Отоскопия: втянутость барабанной перепонки, исчезновение светового конуса.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения.
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.
7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию.
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка.
10. Подходы к вакцинации данного ребенка.

Ситуационная задача 3

Вызов на дом к ребенку 2 лет. Заболел остро, после контакта с больным братом. Накануне вечером отмечался подъем температуры до 38,0°C, сухой навязчивый кашель, заложенность носа. Применяли микстуру от кашля. Утром кашель приобрел лающий характер, появилась осиплость голоса, из носа обильное слизистое отделяемое. Температура тела поднималась до 39,1°C, мама применяла жаропонижающий препарат.

Из анамнеза: рос и развивался по возрасту. Отмечался атопический дерматит на 1 году жизни. Посещает детский сад с 1,5 лет, адаптация неблагоприятная, дважды болел ОРВИ. В возрасте 1 года 8 мес перенес стенозирующий ларинготрахеит, лечился в стационаре. Социальный анамнез благоприятный.

При осмотре: t 38,2°C, ЧСС 130 в минуту, ЧДД 36 в минуту. Аппетит снижен. Пьет охотно. Отмечается грубый лающий кашель. Кожные покровы бледно-розовые, чистые, горячие на ощупь. На фоне беспокойства появляется шумное дыхание, периоральный цианоз, втяжение

яремной ямки и межреберий. Носовое дыхание затруднено, обильное слизистое отделяемое. В зеве умеренная гиперемия небных дужек, миндалины не увеличены, налётов нет. Лимфатические узлы пальпируются по основным группам, не увеличены. В легких при перкуссии - ясный лёгочный звук. При аускультации дыхание пуэрильное, хрипов нет. Тоны сердца громкие, ритмичные. Живот мягкий, доступен пальпации во всех отделах. Печень на 1 см выступает из-под края реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Физиологические отправления в норме.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения.
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.
7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию.
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка.
10. Подходы к вакцинации данного ребенка.

Ситуационная задача 4

Вызов на дом к девочке 10 лет. Неделю назад была выписана в школу после перенесенной ОРВИ, по поводу которой получала препарат интерферона-альфа назальный и симптоматическую терапию. Сохранялась небольшая заложенность носа. В течение последних двух дней отмечалась субфебрильная температура. Накануне после переохлаждения отмечался подъем температуры до фебрильных цифр, заложенность носа усилилась, появилось слизисто-гнойное отделяемое из носа. На данный момент жалобы на повышение температуры тела, насморк, боль в проекции гайморовой пазухи слева, головную боль, кашель.

Из анамнеза жизни: болеет простудными заболеваниями 3-4 раза в год, с 7 лет наблюдается отоларингологом по поводу аденоидов и гипертрофии небных миндалин 3 ст., периодически получает лечение в ЛОР отделении. Аллергологический анамнез спокоен. Наследственность отягощена по ЛОР патологии. Проживает с родителями в частном доме, с частичными удобствами.

При осмотре: $t 38,6^{\circ}\text{C}$, ЧДД 22 в минуту, ЧСС 98 в минуту.

Ребенок несколько вялый. Аппетит снижен. Пьет охотно. Кожные покровы розовые, чистые, горячие на ощупь. Периорбитальные тени. Кашель малопродуктивный, навязчивый. Слизистые оболочки чистые, зев умеренно гиперемирован, ГНМ III ст., налетов нет. Болезненная пальпация в проекции гайморовой пазухи слева, болезненность в точках выхода тройничного нерва. Отека мягких тканей в области лица нет.

Пальпируются задние и передние шейные, подчелюстные лимфатические узлы до 1 см в диаметре, безболезненные, мягкие, подвижные. Носовое дыхание резко затруднено, обильное слизисто-гнойное отделяемое. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Тоны сердца звучные, ритмичные, шумов нет. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный. Мочеиспускание не нарушено. Менингеальных симптомов нет.

ОАК: Эр –4,2 Т/л; гемоглобин-128 г/л; Ц.П. -0,85; лейкоциты – 12 Г/л; п/я - 7%, с/я - 62%, э -1%, л - 22%, м -8%; СОЭ 26 мм/час.

ОАМ: сол.желт, прозр., нейтр., 1024, белок и сахар нет, эпит пл. 1-2-1 в п.зр, лейкоц ед.

Рентгенограмма придаточных пазух носа: затемнение в проекции гайморовой пазухи слева.

Вопросы

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте обоснование диагноза.
3. Определите тактику наблюдения.
4. Перечислите показания к госпитализации при данном заболевании.
5. Дайте рекомендации по режиму пациента.
6. Дайте рекомендации по питанию пациента.
7. Показана ли этиотропная терапия данному ребенку, обоснуйте.
8. Назначьте симптоматическую терапию.
9. Тактика дальнейшего наблюдения данного ребенка.
10. Подходы к вакцинации данного ребенка.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2013. – 896 с.
2. Поликлиническая и неотложная педиатрия : учебник / под ред. А. С. Калмыковой. - 2-е изд. , перераб. и доп. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2020. – 864 с.

Дополнительная литература:

1. Государственный реестр лекарственных средств России. <http://grls.rosminzdrav.ru/>
2. Детские лекарственные формы: международные требования по разработке и качеству [Электронный ресурс] : учебное пособие / Синева Т.Д., Наркевич И.А. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2019. Режим доступа: <http://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970452554.html>
3. Клинические рекомендации. Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ). - 2021. Режим доступа: [ОРВИ дети СПР 1.06.2021.pdf \(pediatr-russia.ru\)](http://www.pediatr-russia.ru/docs/1062021.pdf)
4. Клинические рекомендации по оказанию медицинской помощи детям. Острый тонзиллит и фарингит (острый тонзиллофарингит). – Союз педиатров России, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2021.
5. Клинические рекомендации. Острый обструктивный ларингит (круп) и эпиглоттит. - Союз педиатров России, межрегиональная ассоциация по клинической микробиологии и антимикробной химиотерапии, Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2021.
6. Клинические рекомендации. Острый синусит. - Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2021.
7. Клинические рекомендации. Острый средний отит. - Национальная медицинская ассоциация оториноларингологов, 2021.
8. Клиническая фармакология: национальное руководство / под ред. Ю. Б. Белоусова, В. Г. Кукеса, В. К. Лепахина, В. И. Петрова. – М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 976 с.
9. Методические указания 3.1.1885-04 "Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой (группы А) инфекции". Режим доступа: [МУ 3.1.1885-04 Эпидемиологический надзор и профилактика стрептококковой \(группы А\) инфекции - docs.cntd.ru](http://www.muh.by/docs/3.1.1885-04_Эпидемиологический_надзор_и_профилактика_стрептококковой_(группы_А)_инфекции.doc)
10. Неотложная педиатрия [Электронный ресурс] / под ред. Б.М. Блохина - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2017. <http://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437667.html>
11. Острые инфекции дыхательных путей у детей. Диагностика, лече-

ние, профилактика : клиническое руководство / Геппе Н.А. и др. – 2-е изд. Обновленное. - М. : МедКом-Про, 2020. – 232 с.

12. Острые респираторные вирусные инфекции у детей и взрослых / А. В. Горелов, А. А. Плоскирева, Ж. Б. Понежева [и др.]. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. Серия "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970471043.html>
13. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 18 декабря 2013 г. № 66 «Об утверждении СП 3.1.2.3149-13» Профилактика стрептококковой (группы А) инфекции
14. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 9 октября 2013 г. № 54 "Об утверждении СП 3.1.2.3109-13 «Профилактика дифтерии».
15. Приказ МЗ РФ от 12 ноября 2012 года № 905н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология».
16. Приказ МЗ РФ № 1205 от 12 декабря 2012 г. «Стандарт первичной медико-санитарной помощи при остром тонзиллите».
17. Приказ МЗ РФ от 20 декабря 2012 года № 1201н «Об утверждении стандарта первичной медико-санитарной помощи при остром синусите».
18. Приказ МЗ РФ от 28 декабря 2012 г. № 1654н «Стандарт первичной медико-санитарной помощи детям при острых назофарингите, ларингите, трахеите и острых инфекциях верхних дыхательных путей легкой степени тяжести».
19. Руководство участкового педиатра [Электронный ресурс] / под ред. Т. Г. Авдеевой. - 4-е изд., испр. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021. Серия "Библиотека врача-специалиста" Режим доступа: <https://www.studentlibrary.ru/book/ISBN9785970463826.html>
20. Скорая и неотложная медицинская помощь детям : краткое руководство для врачей [Электронный ресурс] / В.М. Шайтор. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2016.
21. Справочник Видаля. <https://www.vidal.ru>
22. Справочник врача-педиатра. / Р.Р. Кильдиярова, М. Б. Колесникова. - 2-е изд., испр. и доп. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2014. - 256 с.
23. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей // Практическое руководство. - М., Боргес. – 2019. - 300 с.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АБТ	Антибактериальная терапия
АМТ	Антимикробная терапия
БГСА	Бета-гемолитический стрептококк группы А
ВДП	Верхние дыхательные пути
ВЭБ	Вирус Эбштейн-Барр
ГНМ	Гипертрофия небных миндалин
ГЭРБ	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДН	Дыхательная недостаточность
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ЖКТ	Желудочно-кишечный тракт
ЗОСО	Затянувшийся острый средний отит
КТ	Компьютерная томография
НДП	Нижние дыхательные пути
НПВП	Нестероидные противовоспалительные препараты
НПВС	Нестероидные противовоспалительные средства
ОРИ	Острая респираторная инфекция
ОРВИ	Острая респираторная вирусная инфекция
ОРЛ	Острая ревматическая лихорадка
ОГСО	Острый гнойный средний отит
ОНП	Околоносовые пазухи
ОС	Острый синусит
ОСО	Острый средний отит
ОСТ	Острый стрептококковый тонзиллит
ОТФ	Острый тонзиллофарингит
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РС-вирус	Респираторно-синцитиальный вирус
РОСО	Рецидивирующий острый средний отит
СМП	Скорая медицинская помощь
СОЭ	Скорость оседания эритроцитов
ЦНС	Центральная нервная система

Учебное издание

**ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ОТДЕЛЬНЫХ НОЗОЛОГИЧЕСКИХ ФОРМ
ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ
(ТОНЗИЛЛОФАРИНГИТ, ЛАРИНГИТ, ЛАРИНГОТРАХЕИТ, ЭПИГЛОТТИТ,
СИНУСИТ, ОТИТ)**

Редактор *Л.А. Жданова*

Подписано в печать ¹⁶ Формат 60×84 1/16 .
Уч.-изд. л. 6,12. Тираж 200 экз. Заказ №
ФГБОУ ВО «Ивановская государственная медицинская академия»
Минздрава России
153012, г. Иваново, Шереметевский просп., 8
Тел.: (4932) 30-02-28
[E-mail:kafedrak@mail.ru](mailto:kafedrak@mail.ru)