



Болезни уха, горла, носа в детском возрасте

Национальное руководство

Под редакцией члена-корреспондента РАН,
заслуженного деятеля науки РФ
М.Р. Богомильского

**2-е издание,
переработанное и дополненное**

Москва
ИЗДАТЕЛЬСКАЯ ГРУППА
«ГЭОТАР-Медиа»
2021



Инородные тела верхних дыхательных путей. При попадании инородного тела в полость носа возникает чаще односторонняя гнойная ринорея. Инородные тела гортаноглотки сопровождаются острым развитием стридора. Кроме того, картину крупы могут вызвать инородные тела трахеи [35, 36].

Травматические повреждения возможны при механическом воздействии, но также при вдыхании горячего воздуха, дыма или пара, химическом воздействии. Это важно помнить при сборе анамнеза. Нельзя забывать о возможности приобретённого стеноза гортани после длительной интубации.

Новообразования. Гемангиома — наиболее частое новообразование области головы и шеи, при локализации в подскладочном пространстве может сопровождаться признаками обструкции верхних дыхательных путей. Сосудистые опухоли обычно локализующиеся в полости носа сопровождаются заложенностью носа и рецидивирующими носовыми кровотечениями. Тератомы — новообразования с элементами ткани трёх зародышевых листков, могут локализоваться в носоглотке и области шеи, сопровождаясь нарушением функции внешнего дыхания. Лимфангиомы могут привести к затруднению дыхания при разрастании в области гортани, полости рта. Рецидивирующий респираторный папилломатоз (РРП) может возникать на любом участке дыхательных путей, приводя к обструкции дыхательных путей.

Увулит. Наиболее часто вызывается *Streptococcus* группы А, реже другими возбудителями, в том числе *Haemophilus influenzae* типа b. К неинфекционным причинам относятся травматическое, термическое повреждение, васкулиты, аллергические реакции. Клинически характеризуется лихорадкой, болью, дисфагией, слюнотечением. При осмотре увула отёчна, гиперемирована. До начала антибактериальной терапии необходимо взять биологический материал для бактериологического анализа [36, 37].

Поражение ЛОР-органов может быть первым признаком других заболеваний.

Например, рецидивирующий средний отит и гипертрофия аденоидов описаны у 90% пациентов на ранних стадиях мукополисахаридозов. [39] Хронический синусит может быть одним из первых проявлений гранулёматоза Вегенера [40]. Рецидивирующие отиты могут быть внепищеводными проявлениями ГЭРБ [41].

Таким образом, дифференциальная диагностика ОРЗ при осложнённом течении иногда требует консультации смежных специалистов (ЛОР-врача, невропатолога, гематолога и др.) в зависимости от клинических особенностей заболевания

Примеры формулировки диагноза

- Острый назофарингит, острый конъюнктивит.
- Острый ларингит.

В качестве диагноза следует избегать термина «ОРВИ», используя термины «острый назофарингит», «острый ларингит» и др.

При подтверждённой этиологии вирусного агента уточнение выносится в диагноз [1].

Современные аспекты терапии острых респираторных заболеваний у детей

Респираторные инфекции у соматически здоровых детей часто не требуют медикаментозной терапии. Однако ОРВИ без адекватного лечения иногда принимают осложнённое или хроническое течение, лёгкий насморк может закончиться тяжёлой пневмонией или синуситом. Кроме того, ОРЗ могут вызвать обострение

хронических заболеваний, таких как бронхиальная астма, гломерулонефрит, заболевания сердца и др. Своевременная терапия ОРЗ способствует более быстрому выздоровлению и предупреждает развитие осложнений. Безусловно, лечение ОРЗ должно быть комплексным и строиться индивидуально в каждом конкретном случае.

Учитывая вирусную и вирусно-бактериальную этиологию ОРЗ, основу этиотропной терапии должны составлять противовирусные и антибактериальные средства. Тем не менее, как показали многочисленные клинические исследования, назначение этих групп препаратов требует строго дифференцированного подхода.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ ТЕРАПИЯ

Известно, что до настоящего времени не существует высокоэффективных и безопасных химиопрепаратов, эффективных в отношении большинства респираторных вирусов.

В список противовирусных лекарственных средств в настоящее время входят:

- вещества, подавляющие репродукцию вирусов на различных этапах их жизненного цикла (препараты прямого действия);
- ИФН, обладающие противовирусным и иммуномодулирующим действием;
- индукторы ИФН [34].

ВОЗ в качестве этиотропной терапии гриппа рекомендует препараты с прямым противовирусным механизмом действия

В нашей стране используют ингибиторы слияния вируса с клеткой путём взаимодействия с гемагглютинином — умифеновир (летнего возраста). В последние годы доказано прямое противовирусное действие у рекомбинантного интерферона- α -2b [интерферон- α -2b , иммуноглобулин человека нормальный [IgG + IgM + IgA] + интерферон- α -2b и др.], инозина пранобекса

Гроприносин^{*}), имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты

Длительное время успешно применяли адамантадины (амантадин, римантадин), действие которых направлено на ионные каналы M2, однако, в последние годы циркулирующие среди людей штаммы вирусов гриппа практически полностью резистентны к действию производных адамантана. В связи с этим применение римантадина и других его аналогов сейчас и в ближайшие сезоны не оправдано. Согласно рекомендациям ВОЗ и национальным рекомендациям, важно начинать терапию этиотропными препаратами как можно раньше (в первые 48 ч после появления симптомов).

ИММУНОТРОПНАЯ ТЕРАПИЯ

Достаточно широкое применение при вирусных респираторных инфекциях нашли препараты ИФН и иммуномодуляторы. Препараты ИФН эффективны в лечении ОРЗ, их использование препятствует развитию и прогрессированию инфекционного процесса. Чаще препараты ИФН детям с ОРВИ вводят ректально или местно, в виде мазей, капель, геля. Наиболее эффективными и безопасными у детей, в том числе новорождённых, являются препараты рекомбинантного ИФН [интерферон- α -2b + антиоксиданты , + интерферон- α -2b + таурин (Генферон^{*}), интерферон- α -2b иммуноглобулин человека нормальный [IgG + IgM + IgA] + интерферон- α -2b и др.]. Показанием к использованию ИФН является широкий спектр респираторных вирусных патогенов: рино-, корона-, респираторно-синцитиальные и аденоизирусные инфекции, грипп и парагрипп, но лечение необходимо также начинать с первых дней заболевания.

Иммунокорригирующие и иммуномодулирующие препараты при ОРЗ дают как профилактический, так и лечебный эффект. Имеются убедительные данные о высокой эффективности при лечении детей с гриппом и ОРВИ индукторов эндогенного ИФН: тилорон

Безусловно, синтетические иммуностимуляторы, препараты тимического происхождения и некоторые другие обладают выраженным воздействием на иммунную систему, однако решение о необходимости их применения, особенно у детей, должно приниматься только при наличии чётких клинико-иммунологических показаний. В то же время назначение бактериальных лизатов и их синтетических аналогов

не требует предварительного иммунологического исследования и характеризуется хорошей переносимостью, что позволяет значительно расширить возможности фармакологической иммунокоррекции, в том числе и у детей с аллергией.

АНТИБАКТЕРИАЛЬНАЯ ТЕРАПИЯ

Антибактериальная терапия системными антибиотиками при ОРЗ малоэффективна и показана не более чем в 10% всех случаев заболевания. Назначив системный антибиотик без должных оснований, врач повышает риск побочных явлений, нарушает микробиоценоз, способствует снижению иммунитета и распространению лекарственной резистентности.

Показанием к назначению системных антибиотиков является развитие явно бактериального воспалительного процесса в дыхательных путях [гнойного среднего отита, гнойного синусита, острого бактериального тонзиллита (ангины), паратонзиллита, эпиглоттита, пневмонии].

На бактериальную природу респираторной инфекции с большой вероятностью указывают длительная (более 3 дней) фебрильная лихорадка, выраженная интоксикация, одышка без бронхобструкции, асимметрия хрипов, появление гнойных налётов и гнойного или слизисто-гнойного отделяемого, выявление высоких уровней маркёров воспаления (наличие лейкоцитоза более 15×10^9 , нейтрофилёза со сдвигом влево, С-реактивного белка более 30 мг/л, прокальцитонина более 0,5 нг/мл).

«Золотым стандартом» антибактериальной терапии ОРЗ бактериальной природы является назначение β-лактамных антибиотиков: пенициллинов и цефалоспоринов I–III поколения. Из группы пенициллинов при респираторной инфекции в основном используется амоксициллин, который оказывает бактерицидное действие на стрептококки, включая стрептококк пневмонии (пневмококк), некоторые виды стафилококков и грамотрицательных бактерий, включая гемофильную палочку и моракселлу катаралис. Ампициллин, ранее широко используемый в практическом здравоохранении, в настоящее время потерял своё значение в связи с нарастанием резистентности к нему респираторных патогенов, а также в связи с невысокой биодоступностью (низкой всасываемостью из желудочно-кишечного тракта). Другой широко известный антибиотик пенициллинового ряда – оксациллин – обладает узким спектром действия, в основном подавляет рост и размножение стафилококков. Именно поэтому его использование ограничивается только теми случаями, когда с большой вероятностью можно думать именно о стафилококковой этиологии болезни.

Но все пенициллины легко разрушаются β-лактамазами пневмококка, гемофильной палочки и моракселлы катаралис. Так называемые ингибиторозащищённые пенициллины: амоксициллин + клавулановая кислота

за счёт введения в их формулу ингибитора