

**ОПТИМИЗАЦИЯ ДИАГНОСТИКИ ОСТРОГО
БАКТЕРИАЛЬНОГО СИНУСИТА У ДЕТЕЙ**

Бухарский Медицинский Институт имени Абу Али ибн Сина

Кафедра оториноларингологии

С.Ш.Файзиев

<https://orcid.org/0009-0004-2621-8603>

Введение

Синусит, то есть воспаление слизистой оболочки одного или нескольких придаточных пазух носа можно классифицировать произвольно по длительности клинических симптомов вострый (<30 дней), подострый (30–90 дней) и хронический(>90 дней) заболевания. Острый синусит может быть вызван вирусными, бактериальными или грибковыми инфекциями, раздражителями окружающей среды и аллергией. Острый бактериальный синусит (ОБС) обычно возникает в результате

вторичной бактериальной инфекции носовых пазух. Было подсчитано что примерно 7,5% инфекций верхних дыхательных путей(ОРВИ) у детей осложняются ОБС . Несмотря на распространенность, ОБС часто упускается из виду у маленьких детей, потому что клинические проявления часто неспецифичны и имеется ошибочное представление о том, что бактериальный синусит редко встречается в этой возрастной группе. Без адекватного лечения ОБС может привести к подострому или хроническому синуситу, а также к угрожающим для жизни осложнениям. Таким образом, ОБС может представлять собой диагностическую и терапевтическую задачу для педиатров первичной медико-санитарной помощи, которые незнакомы с этим заболеванием.

Цель этой статьи — предоставить обновленную обзорную оценку, диагностику и лечение ОБС у детей.

Заболеваемость

Было подсчитано, что примерно 10% детей или же по крайней мере будут иметь один случай ОБС к 3-летнему возрасту, и что 7,5%

ОРВИ осложняются ОБС. За год было зарегистрировано 1295 эпизодов ОРВИ.10 Из них 103 (8%) эпизода произошли у 73 детей и были осложненный ОБС. В другом наблюдении исследовались 236 детей в возрасте от 48 до 96 месяцев, зарегистрировано 327 эпизодов симптоматической ОРВИ за 1 год. Из 327 эпизодов симптоматической ОРВИ 29(8,8%) эпизоды гайморита имели место у 24 детей. У Детей посещающих детский сад ОБС развивается в два-три раза чаще после эпизода вирусной ОРВИ, чем у детей не посещающих детский сад. ОБС чаще всего встречается у детей. в возрасте от 4 до 7 лет.

Анатомия и развитие околоносовых пазух

Параназальные (верхнечелюстные, решетчатые, клиновидные и лобные) синусы представляют собой парные структуры и развиваются в виде выпячиваний слизистых оболочек носовых ходов. Эти заполненные воздухом полости выстланы реснитчатым эпителием. Верхнечелюстные и решетчатые пазухи развиваются примерно на третьем-четвертом месяце беременности и эти пазухи, хотя и небольшие, обычно присутствуют при рождении. Клиновидная и лобная пазухи обычно не развиваются до 2-3 лет и остаются рудиментарными до 5-6 лет возраста. Для верхнечелюстных и решетчатых пазух пневматизация обычно достигается примерно к 12 годам возраста, тогда как лобные и клиновидные пазухи могут не полностью развиваться до 20 лет. Верхнечелюстная, лобная и передняя решетчатая пазухи открываются в средний носовой ход, тогда как клиновидная и задняя решетчатая синусы впадают в верхний носовой ход.

Этиопатогенез

Этиопатогенез синусита можно объяснить плохим оттоком секрета из носовых пазух в результате нарушения функции или уменьшение количества цилиарного аппарата, обструкция устьев пазух и/или

перепроизводство или увеличение вязкости синуса секретов. В этом отношении URI является наиболее важной причиной разработки ABS. При использовании URI функция мерцательный псевдомногослойный цилиндрический эпителий носовая полость повреждена и менее способна очищать выделения и слизь из придаточных пазух носа и носовой полости.

В результате создаются благоприятные условия для роста бактерии, попавшие в придаточные пазухи носа. Поскольку устье верхнечелюстной пазухи расположено в самой верхней части пазухи и учитывая небольшой размер верхнечелюстной sinus ostium, клиренс секрета из пазухи трудно регулировать что может объяснить, почему верхнечелюстная пазуха более подвержена ОБС

Вирусный ОРЗ является наиболее частой причиной отека слизистой оболочки, приводя к закупорке устья пазухи. Другие причины

отек слизистой оболочки и обструкция устьев включают аллергические ринит, кистозный фиброз, иммунодефицит, травма лица, дайвинг, плавание и чрезмерное использование назальных деконгестантов.

Механические обструкции, возникающие из-за аденоидной гипертрофии, полип носа, инородного тела носа, искривление носа перегородки, черепно-лицевой аномалии и атрезии хоан являются другими причинами обструкции устьев пазух. Кроме того, негативное синусовое давление, создаваемое закупоренным синусом из-за истощения кислорода в пазухах может привести к дыхательной недостаточности выделения и бактерии в закупоренный синус.

Тем временем производство синусового секрета продолжается и накапливается в пазухах, тем самым создавая благоприятную среду для роста бактерий.

Мерцательная активность псевдомногослойного цилиндрического эпителия избавить носовые пазухи от секреции и загрязнения бактерии. Факторы, вызывающие нарушение функции или уменьшение количества ресничек включают вирусные ОРЗ, или простудные заболевания загрязнители воздуха, курение сигарет, муковисцидоз, Картагенер синдром и синдром неподвижных ресничек. В частности, при вирусной ОРВИ наблюдается прогрессирующая потеря реснитчатых клеток в слизистой оболочке дыхательных путей. В условиях связаны с повышенной выработкой и вязкостью слизи (например, астма и муковисцидоз) может быть нарушена цилиарная активность, приводит к уменьшению цилиарного клиренса слизи и выделения из пазухи.

Микробиология

На микробиологию острого синусита влияют антибиотики. лечение в течение месяца после обращения, госпитализация в течение 5 дней до представления, предыдущие прививки (в частности, вакцина против *Haemophilus influenzae* типа b (Hib) и 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина), *H. influenzae* (нетипируемый), *Streptococcus pneumoniae* и *Moraxella catarrhalis* являются основными возбудителями при неосложненном ОБС у здоровых детей

В связи с этим синусит, вызванный *H. influenzae* типа B и *S. pneumoniae* резко сократилось с момента введения Hib-вакцины и 13-валентного пневмококкового конъюгата вакцины соответственно. Другие, реже встречающиеся возбудители включают золотистый стафилококк, стрептококк *ruogenes*, стрептококки группы C, пептострептококки видов *Moraxella*, *Eikenella corrodens* и, реже,

анаэробы. У пациентов с нозокомиальным синуситом иммунодефицитом (в частности, у лиц с ВИЧ-инфекцией и нейтропения), муковисцидоз, синегнойная палочка, *Proteus mirabilis*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae* и виды *Enterobacter* являются распространенными возбудителями. В осложненных АБС, часто встречаются полимикробные инфекции *Streptococcus* (например, *Streptococcus anginosus*) и стафилококков (включая метициллинрезистентные *S. aureus*) вносят свой вклад в большинство случаев. Меньше обычно осложненный АБС может быть вызван анаэробами, *Fusobacterium*, виды *Haemophilus*, виды *Moraxella* и Стафилококк промежуточный

Клинические проявления

ОБС имеет три характерных вида. Наиболее распространенные проявления

состоят из стойких симптомов и признаков ОРЗ (кашель, заложенность носа / выделения) более 10 дней, без особого улучшения. На 10-й день симптомы практически всегда улучшаются.

Кашель должен присутствовать в дневное время, хотя он часто ухудшается ночью. Последнее может быть результатом раздражения стенки глотки постназальным капельником в положении лежа положение. Кашель, возникающий исключительно ночью, более указывает на постназальный затек или реактивное заболевание дыхательных путей. Кашель обычно становится более заметным со временем. Заложенность носа более заметна, чем выделения из носа.

выделения из носа обычно передние, но могут быть и задними.

Выделения могут быть жидкими или густыми, прозрачными, серозными, слизистыми, слизисто-гнойные или гнойные.

Второе представление представляет собой URI с более серьезными симптомами (температура $>39^{\circ}\text{C}$ и гнойные (окрашенные, густые, и непрозрачные) выделения из носа, длящиеся не менее 3 последовательных дней) в начале. В связи с этим лихорадка обычно отсутствует при неосложненной ИВДП. Лихорадка, если она присутствует, обычно вялотекущая, возникает в начале болезни,

и проходит в течение первых 2 дней. Может быть боль в лице или периорбитальный отек. Ребенок обычно выглядит болезненно.

Третье проявление является двухфазным или ухудшающимся симптомами, называемые «двойной тошнотой». у детей появляются начальные симптомы неосложненной вирусной инфекции верхних дыхательных путей. После нескольких дней улучшения симптомы значительно уменьшаются. Усиление заложенности носа/выделений или кашель в дневное время или и то, и другое. Может присутствовать новое начало лихорадки или лихорадка может повториться.

Как правило, симптомы у детей младшего возраста часто неспецифические и включают раздражительность, плохой аппетит, постназальный затек, гипосмию, гипоназальная речь, неприятный запах изо рта, и миалгии. У детей старшего возраста и подростков специфические симптомы, такие как головная боль и напряжение лица или боль. Лицевое давление или боль часто сосредоточены над щекой при гайморите, в теменной и височной областях при заднем решетчатом синусите, в области внутреннего глазного яблока при переднем этмоидальном синусите, над бровями при лобном синусите, а в затылочной области при сфеноидальном синусите. Лицевая боль может усиливаться, когда ребенок наклоняет голову вперед и боль может иррадиировать

в зубы.

Слизистая оболочка носа обычно гиперемирована и отечна.

При осмотре. Гнойные/зеленоватые выделения из носа.

Наблюдается гнойный секрет, исходящий из

носового хода. Орофарингеальная эритема может быть следствием стекания выделений из носа кзади.

Периорбитальный отек/припухлость, изменение цвета век или болезненность лица/носовых пазух Цервикальная лимфаденопатия, как правило, отсутствует.Объективный вид не оказывает существенного влияния на диагноз.

При необходимости можно провести переднюю риноскопию.

оценить состояние слизистой оболочки носа, наличие или цвет

выделения из носа и происхождение гнойных выделений.

Гнойные выделения из среднего носового хода свидетельствуют о

верхнечелюстной, лобной или переднего этмоидального синусита. Гнойные выделения в носоглотку, наблюдаемые при ригидной риноскопии, предполагает, что выделения, вероятно, происходят из верхнего меатуса, что указывает на клиновидный или задний решетчатый синусит.

Трансиллюминация придаточных пазух малоэффективна у детей.

моложе 10 лет, но может быть полезен для подростков или взрослых, если световая трансиллюминация либо отсутствует, либо в

норме.Отсутствие светопропускания указывает на наличие жидкости в полость пазухи, что означает синусит. С другой стороны, если трансиллюминация в норме, синусит маловероятен.Уменьшенная или тусклая трансиллюминация является неспецифическим признаком и не может подтвердить или опровергнуть диагноз синусита.

Диагностические исследования

Диагностическая ценность обычной визуализации, УЗИ, компьютерной томографии (КТ) и магнитно-резонансной томографии(МРТ) при ОБС у детей вызывает сомнения. Эти исследования могут быть полезны только тогда, когда результаты нормальные, поскольку они подтвердят отсутствие ОБС .Аномальные рентгенологические данные при ОБС

включают полное затемнение пазухи, воздушно-жидкостный уровень, и утолщение слизистой оболочки (более 4 мм) вовлеченного синус(ы) Следует отметить, что аномальные

Рентгенологические исследования не могут подтвердить диагноз ОБС т.к. дети с вирусной ИВДП или другими причинами воспаления носовых пазух также могут иметь аномальные рентгенограммы пазух.Аномальные рентгенограммы пазух следует интерпретировать в контексте клинических данных, и клиницисты

не должны получать визуализирующие исследования, чтобы отличить ОБС от вирусной ИВДП.КТ и МРТ обеспечивают лучшую визуализацию полости пазухи и его содержание, чем обычные рентгенограммы. Кроме того, КТ и МРТ позволяют лучше оценить осложнения, связанные с внутричерепных пространств и орбиты.Американская академия Педиатров (AAP) и Американский колледж радиологии (ACR) рекомендует КТ с контрастным усилением и/или МРТ с контрастированием придаточных пазух носа, орбит и головного мозга при подозрении на орбитальные или внутричерепные осложнения.

ACR также предполагает, что и КТ, и МРТ дополнительным для оценки предполагаемых орбитальных или

внутричерепных осложнений и том, что КТ придаточных пазух носа без контраста следует выполнять, если АБС не реагирует к соответствующему противомикробному лечению, при рецидивирующем бактериальном

синусите или для определения анатомии пазухи перед функциональной пазухой

предполагается хирургическое вмешательство.⁴⁶ В целом, КТ предпочтительнее, чем

МРТ из-за отсутствия потребности в седации, относительной доступности, и лучшая визуализация остиомеатального комплекса и костных структур.С другой стороны, МРТ наиболее эффективна при

оценке степени воспаления мягких тканей и аномалии и обладает улучшенной способностью обнаруживать внутричерепные осложнения без облучения.

Обычные культуры для выявления болезнетворных микроорганизмов не указано. Посев из мазков из носа не рекомендуется, т.к.

они плохо коррелируют с посевами аспирата из носовых пазух.

Выделение патогена(ов) в условиях высокой плотности ($\geq 10^4$ колоний, образующих

ед./мл) при аспирации из носовых пазух является золотым стандартом диагностики

ABS.^{4,5,22,38} Однако пункция пазух с аспирацией не рекомендуется для рутинной диагностики АБС у детей.^{9,22,28}

Показания к аспирации синуса включают сильную лицевую боль или головная боль, токсический вид, отсутствие реакции на обычные антимикробная терапия, подозрение на внутричерепной или орбитальный осложнений и иммунодефицита. Носовые, носоглоточные, и мазки из горла не принимаются в качестве суррогата

Диагноз

Диагноз острого синусита в основном ставится клинически и на основании строгих клинических критериев, включая стойкие клинические признаки ОРЗ более 10 дней, без особых улучшений; ОРЗ с высокой температурой и гнойным насморком выделения в начале, длящиеся не менее трех дней подряд; и двухфазные или ухудшающиеся симптомы (двойная тошнота).1,22

Лабораторные исследования и рентгенологические исследования обычно не обязательно.

Дифференциальная диагностика

АБС следует дифференцировать от обычной ОРВИ, острого вирусного синусит, коклюш, пневмония, бронхолит, заложенность носа организм, инфицированные аденоиды, медикаментозный ринит, аллергический ринит и вазомоторный ринит

Осложнения

Невылеченный или частично вылеченный ОБС может привести к подострому или хронический бактериальный синусит. Осложнения при правильном лечении острого синусита возникают редко. Частота осложнений выше у детей с более низким социально-экономическим статусом и имеют плохой доступ к медицинской помощи. По оценкам, осложнения возникают примерно у 5% госпитализированных детей с ОБС . Лобные и решетчатые пазухи наиболее распространенные пазухи, из-за которых возникают осложнения. Орбитальные осложнения являются наиболее частыми осложнениями и включают пресептальный или периорбитальный целлюлит, орбитальный целлюлит/

абсцесс, поднадкостничный абсцесс орбиты, потеря зрения, оптическая неврит и синдром Брауна. Внутрочерепные осложнения включают менингит, церебрит, эпидуральный абсцесс, субдуральный абсцесс/эмпиема, абсцесс головного мозга, подпапоневроз, септический тромбоз сагиттального или кавернозного синуса, эпидуральная гематома, паралич глазодвигательного нерва и невралгия тройничного нерва осложнения включают мукоцеле, тромбофлебит лицевых вен, предчелюстной абсцесс и чаще всего остеомиелит возникает при фронтальном синусите, приводящем к отеку Пotts опухоли.83–88 Системные осложнения включают септицемию, инсульт, и пневмония

Уход

Лечение направлено на ускорение клинического улучшения и излечения, уменьшить тяжесть и продолжительность симптомов, ликвидировать возбудителей, а также для профилактики гнойных осложнений а также хронический или рецидивирующий синусит у детей с АБС. Поскольку спонтанное излечение происходит примерно в 40–45% случаев у детей с АБС некоторые авторы ставят под сомнение необходимость противомикробной терапии. Тем не менее, метаанализ три рандомизированных плацебо-контролируемых исследования с участием 310

у детей с острым неосложненным бактериальным синуситом показано что скорость клинического улучшения или излечения была выше среди детей, получавших антибиотики, по сравнению с плацебо (78,5% против 59,7%, ОШ 2,52, 95% ДИ 1,52–4,18)⁴⁷ рекомендует раннее начало антимикробной терапии при АБС у детей с тяжелым началом (высокая лихорадка на фоне гнойных выделения из носа) или ухудшение течения (двойная тошнота).^{35,45} Для детей с АБС, которые имеют постоянные заболевания (кашель и/или или выделения из носа в течение как минимум 10 дней без признаков улучшения), у врачей есть возможность либо лечить ребенку антибиотики немедленно или под наблюдением в течение 3 дня.³⁵ В последнем случае антибиотики следует начинать, если клинического улучшения состояния ребенка не наблюдается после 3 дней наблюдения или если

ухудшение состояния ребенка в любой момент.³⁵

Противомикробные препараты, такие как амоксициллин, амоксициллин-клавуланат,

цефподоксим, цефдинир, левофлоксацин, цефтриаксон, цефподоксим, цефуроксим, ампициллин-сульбактам и цефтриаксон.

заявлен как эффективный для лечения АБС у детей.^{7,22,27,47}

Антибиотик следует выбирать на основе эффективности, тяжести заболевания, наличие факторов риска, вероятный возбудитель микроорганизмы и модели их резистентности, удобство дозировки, безопасностью и стоимостью.^{2,27} Антибиотик следует назначать в адекватной дозе.

дозированно и в течение достаточного периода времени; настоящий консенсус

заключается в том, что антибактериальная терапия должна продолжаться до тех пор, пока у пациента не исчезнет

симптомы, а затем еще 7 дней, что может потребовать курс антибиотиков 10–21 день. С соответствующим антибиотиком клиническое улучшение ожидается в течение 72 часов. ААР рекомендует использовать амоксициллин или амоксициллин-клавуланат для лечения АБС.³⁵

Инфекционные заболевания

Общество Америки, с другой стороны, рекомендует использовать амоксициллина-клавуланата при лечении АБС из-за растущее появление *H. influenzae* как причины АБС у детей и увеличение скорости продукции β -лактамазы этим микроорганизмом.⁴⁷ Существующий консенсус заключается в том, что амоксициллин-клавуланат в стандартной пероральной дозе 45 мг/кг/день компонента амоксициллина (максимум 1,75 г/сутки), разделенного на два приема, следует использовать в качестве терапии первой линии неосложненный АБС у детей с антибактериальной резистентностью не подозревается.^{5,27,93} Альтернативно, амоксициллин 90 мг/кг/день (максимум 4 г/сут), разделенных на два приема внутрь, можно

12. Людям с тяжелым АБС или неосложненным острым синусит, которые подвержены риску тяжелого заболевания или резистентности к антибиотикам,

высокие дозы амоксициллина-клавуланата перорально (90 мг/кг/день амоксициллиновый компонент, разделенный на два приема; максимум 4 г/день) является препаратом выбора.^{5,27} Факторы риска бактериального устойчивость включает возраст менее 2 лет, проживание в районе с высокая эндемичность ($\geq 10\%$) устойчивых к ампициллину *H. influenzae* и пенициллин-нечувствительный к *S. pneumoniae*, противомикробный лечение в течение последнего месяца, недавняя госпитализация, посещение детского сада, деиммунизация или частичная иммунизация

пневмококковая конъюгированная вакцина и иммунодефицит.^{1,5,23,27} Альтернативная терапия высокими дозами амоксициллина-клавуланата включают цефподоксим 10 мг/кг/день (максимум 400 мг/день) перорально разделить на две дозы, цефдинир 14 мг/кг/день (максимум 600 мг/день) перорально в разовой дозе или разделенной на две дозы, и левофлоксацин 10–20 мг/кг/сут (максимум 500 мг/сут) перорально в разовой дозе или разделенная на две дозы.^{18,27,28,34}

Для детей, у которых рвота и которые не переносят пероральный лекарства, цефтриаксон 50 мг/кг/сут (максимум 1 г/сут) внутривенно или внутримышечно 1 раз в сутки.

Антибиотик следует перевести на пероральный путь после рвота прошла.^{27,45}

Для детей с немедленным анафилактическим реакцией гиперчувствительности на пенициллин, левофлоксацин 10-20 мг/кг/день внутрь либо в разовой дозе, либо в несколько приемов вместо этого следует назначать две дозы. 47,94 Системный левофлоксацин по возможности следует избегать применения у детей из-за возможного риска скелетно-мышечной токсичности. Однако целесообразно использовать системный левофлоксацин у детей при отсутствии безопасных и эффективных

альтернатива доступна. Доксциклин следует рассматривать в пожилом возрасте

дети с аллергией на β -лактамы. Для детей с легкой задержкой реакции гиперчувствительности на пенициллин, цефподоксим 10 мг/кг/сут. (максимум 400 мг/день) перорально разделить на две дозы или цефдинир 14 мг/кг/день (максимум 600 мг/день) перорально в разовой дозе или разделенные на две дозы, являются терапевтическими вариантами. 18,27,28,34

Дети госпитализированы по поводу тяжелой формы ОБС, осложнений, или неэффективность лечения при амбулаторной терапии через секунду курс пероральных противомикробных препаратов следует лечить внутривенные противомикробные препараты, такие как ампициллин-сульбактам

(200-400 мг/кг/день каждые 6 часов; максимум 8 г ампициллина компонент/сут), цефтриаксон (100 мг/кг/сут каждые 12 ч; максимум 2 г/сут) или левофлоксацин 10-20 мг/кг/сут (максимум 500 мг/день), разделенные на 12 или 24 часа. 19,22,27 Внутривенно ванкомицин (60 мг/кг/день; максимум 4 г/день) каждые 6 часов и метронидазол (30 мг/кг/день, максимум 4 г/день) каждые 6 часов. При необходимости можно добавить 6 часов 27.

Использование деконгестантов, как местного, так и перорального, в

Лечение ОБС не рекомендуется. Длительное использование

местных деконгестантов они могут привести к медикаментозному риниту. Антигистаминные препараты могут высушивать и сгущать выделения из

носа. может привести к блокированию остеомаксиллярного комплекса. Другое нежелательные явления включают седативный эффект, сухость во рту, нечеткость зрения,

запор и задержка мочи. С возможным исключением

у детей с атопией эффективность антигистаминных препаратов не доказана. лечения ОБС и поэтому не рекомендуются.

Интраназальные стероиды могут использоваться в качестве дополнительной терапии для уменьшения

воспаление слизистой оболочки, вызывающее непроходимость устья пазухи, тем самым облегчая дренирование пазухи.

Исследования показали, что использование интраназальных стероидов может снизить

тяжесть и ускорение разрешения симптомов синусита

у детей. Однако исследования показали, что интраназальное

стероиды, даже в качестве дополнения к антибиотикотерапии, имеют только незначительный или умеренный эффект при лечении ОБС и, следовательно, не оправдывают их рутинное использование при лечении ОБС .

Некоторые авторы предлагают использовать солевой спрей для носа, солевой раствор для носа.

капли и/или промывание носа физиологическим раствором для предотвращения образования корочек

в полости носа и, таким образом, облегчают дренирование пазух.

рандомизированное проспективное плацебо-контролируемое исследование 69

детей с острым синуситом, 30 детей получали нормальную

промывание солевым раствором в дополнение к стандартному лечению острого

синусит и 39 детей получали только стандартное лечение.¹⁰⁰

Авторы обнаружили, что нормальная ирригация солевым раствором улучшила

симптомы, показатели качества жизни и назальная пиковая скорость выдоха ставка. Та же группа исследователей обнаружила, что обычный

физиологический раствор

ирригация является эффективным дополнительным лечением острого синусита

у детей с атопией.¹⁰¹ Есть надежда, что будущее, хорошо спланированное,

крупномасштабное, рандомизированное, двойное слепое, плацебо-контролируемое

испытания предоставят больше информации об эффективности солевого раствора

спрей для носа, солевые капли для носа и/или промывание носа солевым раствором в лечение ОБС у детей.

Как правило, детям с ОБС хирургическое вмешательство не требуется.

если у них нет гнойных осложнений, которые обычно требуют

хирургический дренаж. Показания к выполнению аспирации синуса

у детей с ОБС были описаны ранее

Профилактика

Профилактическая помощь включает плановые детские прививки.

(в частности, 13-валентная пневмококковая конъюгированная вакцина и Н1b-вакцина) и надлежащий доступ к медицинской помощи.¹⁰²

роль аденоидэктомии в сокращении числа посещений по поводу АБС.¹⁰³

Прогноз

Прогноз хороший. Несложная АБС обычно срабатывает

адекватная антибактериальная терапия с клиническим улучшением

в течение 72 часов. Состояние не вызывает значительных

смертность сама по себе. Осложненный АБС может привести к заболеваемости и,

редко — смертность.¹⁰² Рецидив АБС у здоровых людей встречается редко.

детей.³⁵ Однако дети с иммунодефицитом, кистозными

фиброз, носовые полипы и синдром неподвижных ресничек склонны к ОБС

Заключение

Поскольку клинические признаки ОБС часто совпадают с симптомами острого вирусных ОРВИ врачи часто сталкиваются с проблемой дифференциации между двумя состояниями. Как правило, ОБС проявляется стойкие симптомы и признаки ОРВИ более 10 дней, без значительное улучшение; ОРЗ с высокой температурой и гнойным насморком выделения в начале продолжительностью не менее 3 дней подряд; и двухфазные или ухудшающиеся симптомы. Диагноз ОБС в основном клинический. Визуализирующие исследования придаточных пазух носа не рекомендуется диагностировать ОБС, если нет осложнений подозреваются. Существующий консенсус заключается в том, что амоксициллин-клавуланат, в стандартной дозе амоксициллина 45 мг/кг/сут. компонент, является терапией первой линии неосложненной ОБС, когда антибактериальная резистентность не подозреваются. Для тех, у кого тяжелые ОБС и те, кто подвержен риску тяжелого заболевания или антибиотик резистентности, предпочтительны высокие дозы амоксициллина-клавуланата. есть надежда, что будущие высококачественные проспективные клинические исследования предоставит нам больше информации о диагностике и лечения АБС у детей, а также для укрепления конкретных рекомендации по лечению данного клинического состояния.