

ОГЛАВЛЕНИЕ

Предисловие	4
Участники издания	6
Список сокращений и условных обозначений	7
Клинические рекомендации и доказательная медицина	9
Глава 1. Острая респираторная вирусная инфекция	11
Глава 2. Острый обструктивный ларингит (круп)	17
Глава 3. Острый риносинусит	23
Глава 4. Острый тонзиллит	30
Глава 5. Конъюнктивит	38
Глава 6. Острый бронхит	45
Глава 7. Внебольничная пневмония	49
Глава 8. Железодефицитная анемия у детей	65
Глава 9. Аллергический ринит	74
Глава 10. Бронхиальная астма	83
Глава 11. Крапивница	92
Глава 12. Пищевая аллергия	97
Глава 13. Атопический дерматит	106
Глава 14. Синдром упорных срыгиваний у детей первого года жизни	121
Глава 15. Билиарные дисфункции	130
Глава 16. Желчнокаменная болезнь	136
Глава 17. Целиакия	144
Глава 18. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	154
Глава 19. Язвенная болезнь желудка и/или двенадцатиперстной кишки	161
Глава 20. Язвенный колит	170
Глава 21. Ротавирусный гастроэнтерит	188
Глава 22. Инфекция мочевыводящих путей	198
Глава 23. Мочекаменная болезнь	209
Глава 24. Юношеский ревматоидный артрит	218
Глава 25. Омфалит новорожденного	228
Справочник лекарственных средств	236
Используемая литература	247

ПРЕДИСЛОВИЕ

На основании Указа Президента РФ от 07.05.2018 № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 г.» возникла необходимость внедрения клинических рекомендаций и протоколов лечения в систему оказания медицинской помощи. С 9 июня 2019 г. вступил в силу приказ Минздрава России от 28.02.2019 № 101н «Об утверждении критериев формирования перечня заболеваний, состояний (групп заболеваний, состояний), по которым разрабатываются клинические рекомендации» на основании следующих критериев: распространенности заболевания или состояния в целом, а также среди детей первого года жизни; уровня инвалидизации вследствие заболевания; показателя смертности населения; отнесения заболевания к социально значимым согласно перечню, утвержденному постановлением Правительства РФ от 01.12.2004 № 715; отнесения заболевания к жизнеугрожающим и хроническим прогрессирующим редким (орфанным) заболеваниям, приводящим к сокращению продолжительности жизни граждан или их инвалидности, согласно постановлению Правительства РФ от 26.04.2012 № 403.

Согласно постановлению Правительства РФ от 17.11.2021 № 1968, в нашей стране осуществляется поэтапный переход медицинских организаций к оказанию медицинской помощи на основе клинических рекомендаций не позднее 1 января 2024 г. Клинические рекомендации необходимы для обеспечения информационной поддержки решений, принятых врачом, в отношении диагностики, лечения, реабилитации и профилактики заболеваний, разработанных на основе принципов доказательной медицины. Их внедрение позволяет использовать наиболее эффективные и безопасные технологии в клинической практике, что приводит к повышению качества оказания медицинской помощи детям (приказ Минздрава России от 10.05.2017 № 203н «Об утверждении критериев оценки качества медицинской помощи»).

Наличие лекарственных препаратов в клинических рекомендациях является важным критерием при формировании ограничительных перечней лекарственного обеспечения (жизненно необходимые и важнейшие лекарственные препараты, обеспечение необходимыми лекарственными средствами) в соответствии с постановлением Правительства РФ от 28.08.2014 № 871 «Об утверждении Правил формирования перечней лекарственных препаратов для медицинского применения и минимального ассортимента лекарственных препаратов, необходимых для оказания медицинской помощи».

Руководство по избранным вопросам педиатрии подготовлено сотрудниками кафедры госпитальной педиатрии Казанского государственного медицинского университета, Российской медицинской академии непрерывного профессионального образования и Рязанского государственного медицинского университета. В его основу положены современные клинические рекомендации, представленные в доступном изложении. Следует отметить, что в руководстве изложены алгоритмы действий врача-педиатра, позволяющие ему выделить определенные факторы риска предрасположенности к заболеваниям, провести диагностику и дифференциальную диагностику заболеваний, назначить ме-

дикаментозное и немедикаментозное лечение, оценить его эффективность. Представлены также критерии направления пациента на лечение в стационар, проведения реабилитационных мероприятий, диспансерного наблюдения и профилактики возникновения заболеваний.

Данное руководство предназначено врачам-педиатрам участковым. Авторы также надеются, что эта книга окажется полезной для врачей-педиатров различных специальностей, ординаторов и врачей общей практики, которым в своей практической деятельности приходится встречаться с педиатрическими проблемами.

ГЛАВА 2. ОСТРЫЙ ОБСТРУКТИВНЫЙ ЛАРИНГИТ (КРУП)

Острый обструктивный ларингит (круп) — воспаление гортани и тканей подскладочного пространства с сужением просвета гортани. Ранее также использовался термин «стенозирующий ларинготрахеит». Причиной крупа в 80% случаев являются респираторные вирусы парагриппа, гриппа, риновируса, COVID-19, вирус кори и др.

Коды по МКБ-10

J05.0 Острый обструктивный ларингит.

J05.1 Эпиглоттит.

Эпиглоттит — это остро возникшее бактериальное воспаление надгортанника и окружающих тканей, которое может привести к быстрому жизнеугрожающему нарушению проходимости дыхательных путей.

ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА

№	Чек-лист	Да	Нет
1	Острая респираторная вирусная инфекция		
2	COVID-19		
3	Бактериальная инфекция		
4	Вакцинация против гемофильной инфекции		
5	Вакцинация против гриппа		

ШАГ 2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
Жалобы и анамнез Проявления вирусной инфекции: ринорея, першение в горле, кашель, субфебрильная/фебрильная температура. Признаки ларингита: осиплость голоса и/или сухой грубый/«лающий» кашель.	Клинические проявления: прогрессирующая клиническая картина ларингита, усиление охриплости голоса, «лающий» кашель, инспираторный стрidor, респираторный дистресс-синдром. I стадия стеноза: проявления ларингита и умеренная одышка, стридорозное дыхание отсутствует/минимально выражено, цианоза нет. II стадия: нарастающие проявления ларингита, стрidor на вдохе, выраженная одышка в покое, возбуждение, втяжение податливых мест грудной клетки, раздувание крыльев носа, легкий цианоз носогубного треугольника, тахикардия.

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
<p>Чаще обструктивный ларингит развивается вечером, ночью или утром.</p> <p>Признаки эпиглоттита: острое начало, высокая температура</p>	<p>III стадия: осиплость, грубый навязчивый кашель, стридор на вдохе и выдохе, беспокойство, страх, возможна апатия, резкая одышка с выраженным втяжением податливых мест грудной клетки, бледность, акроцианоз.</p> <p>IV стадия, асфиксия: «лающий» кашель редко, стридор тихий, апатия, сознание отсутствует, резкая бледность и цианоз без дотации кислорода, гипотермия, возможны судороги, мидриаз, дыхание частое, поверхностное, артериальная гипотензия, нитевидный пульс. Эта стадия предшествует остановке дыхания и сердца.</p> <p>Физикальное обследование при обструктивном ларингите</p> <p>Признаки респираторного дистресса: цианоз, участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, втяжения яремной ямки и межреберных промежутков при дыхании, тахипноэ. Аускультативно: инспираторная одышка, шумное дыхание на вдохе (стридор), в тяжелых случаях и на выдохе. При эпиглоттите: боль в горле, тризм, слюнотечение, поза «треножника», приоткрытый рот, инспираторный стридор, усиливающийся в положении на спине.</p> <p>Лабораторная диагностика</p> <p>Рекомендуется:</p> <ul style="list-style-type: none"> • общий анализ крови (развернутый) при подозрении на бактериальную инфекцию и длительную лихорадку у детей с ларингитом; • общий анализ крови при эпиглоттите в обязательном порядке; • для исключения бактериальной инфекции, при высокой лихорадке, при эпиглоттите — определение уровня С-реактивного белка (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5). <p>Инструментальная диагностика</p> <ul style="list-style-type: none"> • Для оценки степени дыхательной недостаточности всем детям с крупом и эпиглоттитом проводится пульсоксиметрия (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 4). • В сомнительных случаях при установлении диагноза эпиглоттита у детей при неярко выраженной симптоматике проводится рентгенография шеи (мягких тканей шеи) в боковой проекции (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 4)

ШАГ 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

Медикаментозная терапия	
Обструктивный ларингит	Острый эпиглоттит
<ul style="list-style-type: none"> • Этиотропных препаратов при крупе нет, за исключением ингибиторов нейраминидазы (осельтамивир, занамивир) в первые 72 ч от момента заболевания (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 3). 	<ul style="list-style-type: none"> • Не рекомендуется укладывать ребенка, пациент должен находиться в положении сидя, в том числе при транспортировке в стационар, с целью предотвращения ухудшения состояния (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5).

Медикаментозная терапия

- Препараты для лечения крупа — ингаляционные глюкокортикоиды (ИГК) и/или глюкокортикоиды системного действия (дексаметазон, преднизолон) (уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1):
 - ИГК (суспензия будесонида) вводится через компрессорный небулайзер или мэш-небулайзер. Доза 2 мг/сут, одновременно или разделить ее на две ингаляции по 1 мг с интервалом в 30 мин;
 - дексаметазон вводят внутримышечно или внутривенно при стенозе гортани 2-й степени в дозе 0,15–0,6 мг/кг **однократно**.
 - **При стенозе 1-й степени** при неэффективности ИГК, а также детям младшего возраста при невозможности адекватной ингаляции или если ребенок очень беспокоен. Нет необходимости начинать с максимальной дозы, доза 0,15 мг/кг также эффективна, что и доза 0,6 мг/кг.
 - **Комбинация ИГК и дексаметазона не имеет преимуществ** по сравнению с использованием каждого из этих препаратов по отдельности. Для детей до 2 лет удобнее использовать глюкокортикоиды системного действия, так как им сложно провести ингаляцию;
 - при отсутствии дексаметазона может быть назначен преднизолон в дозе 1 или 2 мг/кг однократно. После терапии преднизолоном выше риск повторного возникновения симптомов крупа, возможно повторное введение препарата;
 - дексаметазон может применяться перорально, эффект сопоставим с ИГК и может быть рекомендован детям при негативной реакции на ингаляции (уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 2), но прием ограничен отсутствием зарегистрированных детских лекарственных форм препарата на территории Российской Федерации;
 - **применение эпинефрина у детей в РФ относится к терапии off-label. Эффективность и безопасность выпускаемого в РФ эпинефрина при крупе у детей не изучалась.** При тяжелом крупе или отсутствии глюкокортикоидов применяется 5 мл раствора эпинефрина 1:1000 (уровень убедительности рекомендаций — А; уровень достоверности доказательств — 1), эффект не более 2 ч, в связи с чем его не следует применять в качестве монотерапии крупа
 - В обязательном порядке рекомендована антибактериальная терапия (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5):
 - внутривенно цефотаксим в дозе 100–200 мг/кг в сутки или цефтриаксон в дозе 75 мг/кг в сутки (дозировки в диапазоне 50–100 мг/кг в сутки) 7–10 дней;
 - если инфекция вызвана *S. aureus*, внутривенно клиндамицин в дозе 30 мг/кг в сутки или ванкомицин в дозе 40 мг/кг в сутки 7–10 дней;
 - пероральный прием.
 - Амоксициллин + клавулановая кислота:
 - *суспензии 125+31,25 мг/5 мл и 250+62,5 мг/5 мл: новорожденные и дети до 3 мес* — 30 мг/кг в сутки (по амоксициллину), разделенные на 2 приема (каждые 12 ч); *дети старше 3 мес* — от 20–40 мг/кг при инфекциях легкой и средней тяжести течения (по амоксициллину) в сутки, разделенные на 3 приема (каждые 8 ч);
 - *суспензия 400 мг+57 мг/5 мл: 45 мг/кг (в пересчете на амоксициллин) в сутки, разделенные на 2 приема для детей старше 3 мес;*
 - *диспергируемые таблетки препарата 500 мг/125 мг: взрослые и дети старше 12 лет с массой тела 40 кг* 1 таблетка (500 мг/125 мг) каждые 12 ч (2–3 раза в день).
- Цефалоспорины III поколения — цефиксим и др.
- Суспензия цефиксим: для детей в возрасте от 6 мес до 12 лет рекомендуемая дозировка составляет 8 мг/кг массы тела один раз в день или 4 мг/кг массы тела через каждые 12 ч.
- При эпиглоттите, вызванном *Haemophilus influenzae*, макролиды не применяются

Медикаментозная терапия

При снижении сатурации ниже 92% рекомендована оксигенотерапия (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5). При стенозе гортани 3-й степени рекомендована неотложная интубация (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5)

Не рекомендуются

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Противовирусные препараты (кроме противогриппозных). Паровые ингаляции. Антибиотики (уровень убедительности рекомендаций — В; уровень достоверности доказательств — 2) | <ul style="list-style-type: none"> Паровые ингаляции, с бронхолитиками, муколитиками. Снотворные и седативные средства. Провоцировать беспокойство (угроза рефлекторного ларингоспазма) (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5) |
|--|---|

Хирургическое лечение

В неосложненных случаях **не требуется**

В неосложненных случаях **не требуется**

При асфиксии и невозможности проведения интубации у детей с крупом и пациентов с эпиглоттитом рекомендованы проведение трахеотомии и постановка временной трахеостомы или коникотомии (кониотомия) (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5)

ШАГ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

При крупе: купирование стеноза, нормализация температуры тела и сатурации.

При эпиглоттите: купирование стеноза, нормализация температуры тела и сатурации, возможность самостоятельного приема пищи и жидкости, восстановление аппетита.

ШАГ 5. ПОКАЗАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧАМ-СПЕЦИАЛИСТАМ

Специалист	Критерии
Врач-оториноларинголог	Подозрение на эпиглоттит
Врач — анестезиолог-реаниматолог	Оказание экстренной медицинской помощи
Врач-инфекционист	Подозрение на эпиглоттит

ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА К ДРУГИМ СПЕЦИАЛИСТАМ

Развернутый общий анализ крови, кровь на С-реактивный белок.

НАПРАВЛЕНИЕ НА ГОСПИТАЛИЗАЦИЮ, ОБСЛЕДОВАНИЕ, КОНСУЛЬТАЦИЮ



ШАГ 6. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Лечение обструктивного ларингита и эпиглоттита не предполагает госпитализацию в дневной стационар.

ШАГ 7. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАР

Профиль отделения	Критерии	Лечение
<ul style="list-style-type: none">• Инфекционное/боксированное отделение (круп).• Отделение интенсивной терапии/реанимационное отделение (эпиглоттит)	<ul style="list-style-type: none">• Стеноз гортани 2–3-й степени.• Невозможность проведения адекватной терапии в домашних условиях.• Прогрессирующее ухудшение состояния	Медикаментозная терапия

ШАГ 8. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА РЕАБИЛИТАЦИЮ

Реабилитация не проводится.

ШАГ 9. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

- Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, препятствующих распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с больным, ношение масок, мытье поверхностей в окружении больного, в медицинских организациях — соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец, в детских учреждениях — быстрая изоляция

- заболевших детей, соблюдение режима проветривания (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 2).
- Всем детям (за исключением имеющих медицинские противопоказания) вакцинация от сезонного гриппа (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5).
 - Всем детям (за исключением имеющих медицинские противопоказания) вакцинация против гемофильной инфекции для профилактики эпиглоттита с целью предотвращения развития данного заболевания или профилактики его тяжелого течения (уровень убедительности рекомендаций — С; уровень достоверности доказательств — 5).

ГЛАВА 3. ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ

Острый риносинусит (ОРС) — заболевание, которое представляет собой воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух (ОНП) и полости носа с внезапным развитием симптомов продолжительностью не более 12 нед, а также полным исчезновением симптомов после выздоровления. Если отмечаются 4 эпизода (и более) ОРС в год без сохранения симптоматики между ними, то такое состояние называется острым рецидивирующим синуситом.

Коды по МКБ-10

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.

ШАГ 1. ВЫЯВЛЕНИЕ ПРЕДРАСПОЛОЖЕННОСТИ К ЗАБОЛЕВАНИЮ И ДИАГНОСТИКА ФАКТОРОВ РИСКА

№	Чек-лист	Да	Нет
1	Вирусная инфекция		
2	Застой секрета и нарушение воздухообмена в ОНП, когда страдает механизм мукоцилиарного клиренса и удлиняется время контакта патогенных бактерий с клетками слизистой оболочки		
3	Привычка к частому высмаркиванию		
4	Искривление перегородки носа (ИПН)		
5	Буллезной перегородки средней носовой раковины и инфраорбитальных клеток размером более 3 мм у больных ОРС		
6	Аллергический ринит		
7	ОРС и хронический РС		
8	Вазомоторный ринит, вдыхание холодного воздуха		
9	Хронический аденоидит		

ШАГ 2. ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
<ul style="list-style-type: none"> • Заложенность носа может быть с одной или двух сторон, присутствовать постоянно или возникать периодически. • Гнойные выделения из носа (76%). • Гнойные выделения по задней стенке глотки. • Чувство распирания, давления или боль в проекции ОНП 30%. • Гипосмия или anosmia. • Лихорадка 63%. • Головная боль. • Боль, давление или чувство распирания в области уха. • Галитоз (неприятный запах изо рта). • Кашель (80%). • Утомляемость. • Боль в зубах 	<p>Основными задачами обследования больного с подозрением на ОРС являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> • подтверждение диагноза; • уточнение формы (вирусный, бактериальный, затянувшийся/поствирусный); • установление распространенности и степени тяжести заболевания. <p>Диагностика ОРС базируется в основном на его клинических проявлениях и анамнестических данных. Визуально-аналоговая шкала (ВАШ) для оценки степени тяжести риносинусита (у детей младше 8–10 лет проводится с помощью родителей) следующая.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Легкая форма: ВАШ 0–3. • Среднетяжелая: ВАШ 3–7. • Тяжелая: ВАШ 7–10. <p>Обычно легкой и среднетяжелой формам заболевания (ВАШ 0–7) соответствует вирусный и поствирусный ОРС, тогда как тяжелой (ВАШ 8–10) — острый бактериальный риносинусит (ОБРС).</p> <p>Риноскопия, при которой на фоне диффузной застойной гиперемии и отека слизистой оболочки полости носа может выявляться типичный признак гнойного/бактериального ОРС — патологическое (гнойное или слизисто-гнойное) отделяемое в области выводных отверстий пораженных ОНП.</p> <p>Рентгенография может быть выполнена при:</p> <ul style="list-style-type: none"> • тяжелом и осложненном течении ОРС; • угрозе осложнений; • в сложных диагностических ситуациях. <p>В типичной ситуации признаками РС считают утолщение слизистой оболочки, наличие горизонтального уровня жидкости или тотального снижения пневматизации пазухи.</p> <p>КТ ОНП показана при тяжелых и осложненных формах ОБРС.</p> <p>Ультразвуковое исследование (УЗИ) ОНП может проводиться как в линейном, так и в двухмерном режиме. УЗИ можно использовать в скрининговых целях и только для выявления выпота в просвете верхнечелюстных и лобных пазух, а также у особой категории пациентов (часто болеющие дети).</p> <p>Лабораторные обследования в диагностике вирусного и затянувшегося/поствирусного ОРС нецелесообразны. Общий анализ крови необходим пациентам с подозрением на бактериальный процесс, с тяжелым и осложненным течением ОБРС, а также в случаях потенциального риска развития гнойных осложнений. В диагностических целях могут быть использованы такие лабораторные параметры, как лейкоцитоз, СОЭ, уровень С-реактивного белка (СРБ): лейкоцитоз в анализе крови $>15 \times 10^9/\text{л}$; СОЭ >20 мм/ч; уровень СРБ >5 мг/л.</p>

Донозологическая диагностика	Нозологическая диагностика
	<p>Микробиологическое исследование отделяемого полости носа либо пунктата пораженной пазухи имеет весьма ограниченные показания: при затяжных формах ОРС, неэффективности эмпирических курсов АБТ целесообразен забор отделяемого из конкретной области. Оценка состояния полости рта (наличие кариозных коренных зубов в проекции дна верхнечелюстной пазухи — для исключения одонтогенного синусита)</p>

Критериями диагностики бактериального ОРС у детей является наличие 3 и более симптомов из перечисленных:

- слизистые или слизисто-гнойные выделения из носа (преимущественно односторонние);
- гнойный секрет в полости носа;
- сильная лицевая боль (преимущественно односторонняя);
- подъем температуры тела (выше 38 °С);
- повышение СОЭ;
- «вторая волна» болезни (клиническое ухудшение на фоне относительно не-тяжелого течения болезни).

ШАГ 3. ФАРМАКОТЕРАПИЯ

БАЗОВЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

Принципы лечения больного вирусным синуситом

- Этиотропное лечение (противовирусные препараты).
- НПВС — при необходимости.
- Интраназальные глюкокортикоиды (мометазона фуруат).
- Деконгестанты (не более 7–8 дней).
- Мукоактивная терапия — при вязком отделяемом (местно, системно).
- Назальный душ (водно-солевые растворы).

Принципы лечения больного бактериальным синуситом

- Этиотропное лечение (системные антибиотики).
- НПВС — при необходимости.
- Интраназальные глюкокортикоиды (мометазона фуруат).
- Деконгестанты (не более 7–8 дней).
- Мукоактивная терапия — при вязком отделяемом (местно, системно).
- Назальный душ (водно-солевые растворы).
- Дренирование пазух.

РЕКОМЕНДУЕМЫЕ АНТИБАКТЕРИАЛЬНЫЕ ПРЕПАРАТЫ И РЕЖИМ ЛЕЧЕНИЯ ОСТРОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО РИНОСИНУСИТА У ДЕТЕЙ

Показание	Препараты 1-й линии	Препараты 2-й линии
Стартовая эмпирическая терапия	Амоксициллин внутрь 40–60 мг/кг в сутки	Амоксициллин/клавуланат внутрь 40–90 мг/кг в сутки в 2–3 приема или амоксициллин/сульбактам: <ul style="list-style-type: none"> • детям 2–6 лет — 250 мг 3 раза в сутки, • детям 6–12 лет — 250–500 мг 3 раза в сутки. Цефиксим 8 мг/кг в сутки в 1–2 приема
Риск АБ-резистентности или неэффективность стартовой терапии	Амоксициллин внутрь 90 мг/кг в сутки в 2 приема. Амоксициллин/клавуланат внутрь 90 мг/кг в сутки в 2 приема	
Тяжелое течение, требующее госпитализации	Ампициллин/сульбактам внутривенно 200–400 мг/кг в сутки в 4 приема, или цефтриаксон внутривенно 50 мг/кг в сутки в 2 введения, или цефотаксим внутривенно 100–200 мг/кг в сутки в 4 введения	
Препараты 3-й линии		
Анафилаксия, IgE-опосредованная на бета-лактамы	Джозамицин 40–50 мг в сутки в 2–3 приема	

Показания к системной антибиотикотерапии при ОРС у детей

- Наличие сопутствующей патологии/состояний, повышающих риск неблагоприятного течения заболевания: клинически подтвержденные иммунодефициты, сахарный диабет I типа.
- Рецидивирующий бактериальный ОРС в соответствии с критериями EPOS 2020 (3 эпизода в год).
- Длительность заболевания более 10 дней без улучшения с постоянными выделениями из носа и кашлем.
- Изначально тяжелое начало: лихорадка $\geq 39^\circ\text{C}$ и гнойные выделения из носа.
- Клинические и/или рентгенологические признаки орбитальных и внутричерепных осложнений (в таких случаях необходима срочная госпитализация), мучительные лицевые боли, не купирующиеся анальгетиками.
- Среднетяжелое течение заболевания и/или субфебрильная лихорадка при наличии убедительных данных в пользу ОБРС без положительной динамики в течение 72 ч на фоне адекватной противовоспалительной терапии (ИГК, фитопрепараты, топические деконгестанты).
- Сопутствующий острый средний отит.

ПРОДВИНУТЫЙ УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ

Рекомендации и уровень доказательности по терапии острого риносинусита у детей (EPOS, 2012)

Терапия	Класс рекомендаций	Степень доказательности	Показания
Антибиотики	Ia	A	При ОБРС
Топические стероиды	Ia	A	В основном при поствирусном ОРС
Добавление топических стероидов к антибиотикам	Ia	A	При ОБРС
Муколитики	Ib (-)**	A (-)*	Не доказана эффективность
Промывание носа изотоническим солевым раствором	IV	D	Все формы ОРС
Пероральные антигистаминные препараты	IV	D	Не доказана эффективность
Деконгестанты	IV	D	Не доказана эффективность

* A (-) — степень A (-) доказанности — не использовать!

** Ib (-) — исследование с негативным результатом.

ШАГ 4. ОЦЕНКА ЭФФЕКТИВНОСТИ ЛЕЧЕНИЯ

Критерием эффективности проводимого лечения является динамика основных симптомов синусита (головной боли, выделений, заложенности носа) и общего состояния больного. Оценка эффективности лечения проводится через 48–72 ч от начала лечения. При отсутствии заметного клинического эффекта следует пересмотреть диагноз или сменить антибиотик на препарат второй линии (макролид, дыхательный фторхинолон).

ШАГ 5. ПОКАЗАНИЯ И ЛАБОРАТОРНЫЕ И ФУНКЦИОНАЛЬНЫЕ ИССЛЕДОВАНИЯ ДЛЯ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА КОНСУЛЬТАЦИЮ К ВРАЧАМ-СПЕЦИАЛИСТАМ

Специалист	Критерии
Оториноларинголог	ОРС тяжелого течения. ОРС у лиц с иммунодефицитом: <ul style="list-style-type: none">• подозрение на грибковый или одонтогенный синусит;• нозокомиальная инфекция;

Специалист	Критерии
	<ul style="list-style-type: none"> • анатомические дефекты строения полости носа, вызывающие обструкцию, требующие хирургической коррекции; • пациенты с клиническим ухудшением, несмотря на расширенный курс антимикробной терапии; • пациенты с рецидивирующим течением
Стоматолог	При наличии зубной боли
Онколог	Подозрение на новообразование ЛОР-органов
Иммунолог	При подозрении на иммунодефицит
Клинический фармаколог	При наличии АБ-резистентности
Офтальмолог	Флегмона орбиты, неврит зрительного нерва, периостит глазницы, паноптальмит
Невролог	Менингит, арахноидит, экстра-, субдуральные абсцессы, абсцессы вещества головного

ШАГ 6. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В ДНЕВНОЙ СТАЦИОНАР

Лечение ОРС не предполагает госпитализацию в дневной стационар.

ШАГ 7. КРИТЕРИИ НАПРАВЛЕНИЯ ПАЦИЕНТА НА ЛЕЧЕНИЕ В СТАЦИОНАР

Профиль отделения	Критерии	Лечение
ЛОР-отделение	Тяжелое клиническое течение ОРС. Подозрения на осложнения. ОРС на фоне тяжелой сопутствующей патологии или иммунодефицита. Невозможность проведения в амбулаторных условиях специальных инвазивных манипуляций. Социальные показания	Эндоскопические внутриносовые вмешательства. Пункции/трепанопункции верхнечелюстной пазухи
Немедленная госпитализация	Симптомами «тревоги» при ОРС являются: <ul style="list-style-type: none"> • периорбитальный отек/эритема; • смещение глазного яблока; • двоение в глазах; • офтальмоплегия; • снижение остроты зрения; • интенсивная одно- или двусторонняя головная боль в лобной области; • припухлость (отек) в лобной области; • неврологические симптомы; • нарушение сознания 	Показания к хирургическому лечению
Учреждения 3-го уровня	—	—

Острый вирусный и поствирусный РС не является показанием для направления больного в стационар, так как эти формы заболевания протекают, как правило, легко, не требуют назначения антибиотиков и проведения инвазивных вмешательств.

ШАГ 8. ПРОФИЛАКТИЧЕСКИЕ МЕРОПРИЯТИЯ

Профилактика ОРС

1. Устранение разнообразных анатомических дефектов в полости носа, препятствующих нормальному носовому дыханию, приводящих к нарушению мукоцилиарного транспорта и дренирования околоносовых пазух через естественные соустья.
2. Своевременная санация полости рта с целью предупреждения развития периодонтита в области корней зубов, прилежащих к дну верхнечелюстной пазухи.

Обучение пациентов, как правильно проводить туалет полости носа. Необходимо научить больного правильно проводить закапывание: по боковой стенке носа с одновременным наклоном головы в сторону закапывания.

Следует рекомендовать пациенту воздержаться от применения сосудосуживающих средств на масляной основе (содержащих масло эвкалипта, пихтовое и др.), поскольку это отрицательно влияет на самоочищение (мукоцилиарный клиренс) слизистой оболочки полости носа.