

Л.А. Волянська

ГОСТРИЙ РИНОСИНУСИТ У ДІТЕЙ В ПРАКТИЦІ ЛІКАРЯ ЗАГАЛЬНОЇ ПРАКТИКИ ТА РАЦІОНАЛЬНА АНТИБІОТИКОТЕРАПІЯ ПРИ БАКТЕРІАЛЬНІЙ ЙОГО ПРИРОДІ

ДВНЗ «Тернопільський державний медичний університет імені І.Я. Горбачевського», Україна

Першочерговими завданнями при лікуванні гострих риносинуситів у педіатричній практиці є зважений підхід до діагностики, встановлення етіології захворювання та раціональний вибір антибіотика і його дозування. Наведено огляд досліджень та сучасних рекомендацій з даної проблеми.

Ключові слова: риносинусит, етіологія, діагностика, антибіотикотерапія.

Вступ

Гостра респіраторна вірусна інфекція (ГРВІ) — найчастіша причина захворювання дітей від періоду раннього дитинства і до шкільного віку. За даними російських педіатрів, лише у Москві в період 2009–2010 рр. захворюваність на ці інфекції коливалась від 108 тис. серед дітей до 3 років і до 118,5 тис. у віковому періоді 3–7 років та близько 63 тис. на 100 тис. населення серед школярів, що в економічному аспекті виразилось у значних матеріальних витратах у розмірі 29,4 млн рублів [9]. Інфекції дихальних шляхів є найчастішою причиною візитів до лікаря та госпіталізації серед дітей дошкільного віку. ГРВІ у дитячому віці дуже часто набувають рецидивного характеру і стають суттєвою проблемою для лікарів. Багато дітей, у яких фіксуються повторні ГРВІ, зараховуються до групи пацієнтів, які часто хворіють. І тоді ця дитина для педіатра стає складною у діагностичному плані (чи не пропускається якась складна патологія) та проблемною у лікуванні (уже застосовано значну кількість препаратів, проведено багато фізіопроцедур, а результат відсутній). У більшості дітей, зазвичай, мають місце повторні вірусних інфекцій верхніх дихальних шляхів, обумовлені віковими АФО дихальної, імунної систем, психоемоційною напругою в ході соціалізації [18] та є наслідком посиленої експозиції до інфекційних чинників при супутньому впливі факторів довкілля у перші роки життя тощо [21,24].

Рецидивні респіраторні інфекції (РРІ) виникають у здорових дітей найчастіше як чергове інфікування іншим збудником та як прояв нормального природного співіснування макро- і мікроорганізмів. Тобто діти з пролонгованим чи рецидивним перебігом респіраторних інфекцій найчастіше мають просту серію інфекцій, а не персистуючу інфекцію одним штамом вірусу [30]. При цьому деякі діти з РРІ отримують повторні курси антибіотиків, які є неефективними проти вірусних інфекцій, ніяк не попереджають можливість нового вірусного інфікування і навіть можуть сприяти розвитку бактеріальної інфекції та розповсюдженню резистентності до антибіотиків [19]. Більшість дітей з РРІ не мають серйозних імунологічних порушень чи будь-яких інших захворювань, що можуть провокувати останні, тому можна говорити про «фізіологічну» захворюваність у цієї категорії пацієнтів. Це означає, що певну кількість респіраторних інфекцій можна розглядати як фізіологічну, внаслідок становлення та формування імунної системи у таких дітей. Нормальна частота респіраторних інфекцій — до 6 епізодів протягом осені-зими у дошкільнят (діти віком 1–6 років) та до 4

епізодів у старших дітей (віком 6–12 років) [15]. Така частота захворювань не повинна бути причиною занепокоєння батьків і лікарів, оскільки більшість дітей з РРІ практично хворіють нетяжко і потребують не стільки діагностичного пошуку в напрямку серйозних основних захворювань чи розладів імунної системи, скільки урахування високої ймовірності носійства і розповсюдження резистентних бактерій. Така ймовірність обумовлена частим застосуванням антибіотиків у їх лікуванні та стає високою за умови утримування симптомів інфекції верхніх дихальних шляхів (ВДШ) тривалістю 5–10 днів і довше. Приєднання бактерій при такій тривалості інфекції ВДШ доведено у 60% пацієнтів [22,31].

Мета. Дане дослідження літературних джерел обумовлене потребою у визначенні чітких конкретних діагностичних критеріїв бактеріального походження гострого ураження носа та навколоносових пазух у дітей та обґрунтування необхідності призначення антибіотиків з метою покращення ефективності лікування спеціалістами загальної практики та педіатрами на первинному та вторинному рівнях надання медичної допомоги.

Результати дослідження та їх обговорення

РРІ у клінічній практиці дуже часто є поєднанням інфекції ВДШ та ЛОР-патології. Тому важливо в амбулаторній практиці сімейного лікаря чи дільничного педіатра вчасно зорієнтуватись у виникненні проявів ураження ЛОР-органів у кожному конкретному випадку. А також призначити коректну терапію самостійно, оскільки не завжди є змога отримати допомогу дитячого ЛОР-спеціаліста на першому чи другому етапах надання медичної допомоги.

Найбільш частим ураженням ЛОР-органів у дітей є риніт. У половині випадків причиною останнього є риновірус [16]. Особливостями вірусного риніту є максимальна виразність клінічних ознак у вигляді ринореї протягом перших 3-х днів з поступовим стиханням їх в наступні 5–7 днів. За даними досліджень останніх років, вірусні риніти у дітей у 90% випадків супроводжуються ураженням слизової оболонки навколоносових пазух. Саме тому наказом МОЗ України №449 від 25.06.2009 «Про внесення змін до наказу МОЗ від 21.04.05 № 181» введено поняття «риносинусит». Гострий риносинусит посідає одне з перших місць серед захворювань ЛОР-органів. У світі щорічно реєструють близько 1 млрд випадків вірусних інфекцій дихальних шляхів, близько 5% з яких ускладнюються бактеріальною інфекцією навколоносо-

Симптоми риносинуситу

Великі симптоми	Малі симптоми
Гнійні виділення з носа	Головний біль
Стікання гнійного чи безколірного секрету по задній стінці глотки	Біль, відчуття тиску чи розпирання в носі
Закладеність носа	Неприємний запах з рота (галітоз) завше за умови бактеріальної природи
Гіперемія та набряк обличчя	Зубний біль
Біль чи відчуття розпирання в ділянці обличчя	Гарячка (для підгострого чи хронічного синуситу)
Гіпосмія чи аносмія	Кашель
Гарячка (лише для гострого риносинуситу)	Підвищена втомлюваність

вих синусів. За даними різних авторів, в Україні на синусити страждають до 10% населення, а серед хворих, які перебувають у ЛОР-стаціонарах, до 42% становлять пацієнти із синуситами [5,13].

Визначення риносинуситу для лікарів загальної практики включає в себе поняття патологічного стану, який супроводжується наявністю наступних симптомів (табл.) [27].

Для постановки діагнозу риносинуситу потрібно не менше двох великих симптомів чи одного великого у комбинації з двома і більше малими симптомами.

Риносинусит у дітей частіший, ніж його діагностують. Діагностика дещо ускладнена неспецифічністю симптомів, які маскуються під гостру вірусну інфекцію чи алергію. У певної частини таких дітей виявляють імунодефіцити (переважно IgG2 та IgA), але це буває рідко [25].

Для підтвердження клінічного діагнозу риносинуситу використовують комплекс діагностичних заходів, у тому числі додаткові методи діагностики, що дає змогу не лише встановити діагноз, але й визначити форму захворювання. У рекомендаціях IDSA (Infectious Diseases Society of America – Американське товариство інфекційних хвороб) 2012 р. відображені основні проблеми, які виникають у лікаря при зверненні дорослого пацієнта з риносинуситом. У педіатрії ситуація іще складніша. Основна складність полягає у відсутності достовірних методів диференційної діагностики вірусної і бактеріальної природи захворювання, оскільки цей момент основний для вирішення питання етіотропного лікування. Рентгенологічні дослідження, що проводяться хворим з клінічними ознаками риносинуситу, виявляють зміни придаткових пазух носа, що не є специфічними залежно від етіології захворювання [28]. Тому, відповідно до рекомендацій EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal Polyps – Європейські рекомендації з риносинуситів і поліпозів) і IDSA 2012 р., при неускладненому перебігу хвороби рентгенографія не показана. За цими ж джерелами комп'ютерна томографія (КТ) показана лише за підозри на формування орбітальних чи/або внутрішньочерепних ускладнень [23,28]. «Золотим стандартом» діагностики гострого бактеріального риносинуситу (ГБРС) є позитивне культуральне дослідження вмісту навколоносових пазух з виділенням патогенів $\geq 10^4$ КОЕ/мл. Проте дане культуральне дослідження стосується лише дослідження вмісту навколоносових пазух, отриманого в результаті пункції. Тобто дослідження вмісту синуса, проведене шляхом дослідження виділень з носа чи мазків з носа/назофарингеальних мазків, не є достовірним. Саме тому мікробіологічне дослідження в рутинній клінічній практиці не показане. Показання для пункції синуса визначаються ступенем тяжкості риносинуситу (у цьому випадку пункція є одночасно діагностичною і лікувальною маніпуляцією), неефективністю емпіричної антимікробної терапії; також пункція показана імунокомпromетованим пацієнтам (через відмінний спектр причинно-значущих патогенів) [10]. Питання етіології можна з високою ймовірністю вирішити, виходячи з клінічної картини захворюван-

ня. На базі класичної праці Gwaltney et al. [29], де проаналізовано перебіг риновірусної інфекції, для постановки діагнозу ГБРС запропоновано сурогатні критерії: збереження симптомів захворювання понад 7–10 днів або поява «другої хвилі» симптомів після 5-го дня захворювання [17,20,23,28]. IDSA 2012 р. запропоновано включення ще одного критерію для діагностики ГБРС та призначення антибактеріальної терапії: початок захворювання з виразних симптомів гарячки $\geq 39^\circ\text{C}$ та гнійних виділень з носа, що утримуються протягом 3–4 днів від початку захворювання [28].

Лікарям первинної ланки варто пам'ятати, що у дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при ринітах та риносинуситах анатомо-фізіологічно обумовлено паралельне виникнення реактивних запальних змін глоткового мигдалика, тобто виникнення аденоїдиту. Це супроводжується «закладеністю» носа, носовим характером промовляння слів, а також сприяє пролонгації задньої ринореї на триваліший термін порівняно з пацієнтами більш старшого віку та є фактором, що сприяє активації бактеріальної флори з наступним розвитком вторинного інфікування [14].

Численні дослідження етіології ГБРС визнають основними етіологічними чинниками *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* і *Moraxella catarrhalis*, які є одночасно головними причинними бактеріальними факторами й інших гострих позаликарняних респіраторних захворювань [26]. Основним збудником є пневмокок, тому що частота його спонтанної ерадикації при ГБРС складає лише близько 30%, тоді як для *Haemophilus influenzae* і *Moraxella catarrhalis* – 60% і 80% відповідно [26]. Водночас у Російській Федерації у пацієнтів з ГБРС достатньо часто (>10% випадків) виділяються стрептококи різних серогруп, у тому числі *S. pyogenes* [3,7]. Перелічені збудники, згідно із сучасними дослідженнями, залишаються чутливими до певних груп антибіотиків, але дані різняться залежно від країни, де проводились дослідження, і, навіть, для окремих областей всередині однієї країни. Масштабні дані з вивчення антибіотикорезистентності пневмококів у Росії отримані в багатоцентровому проспективному мікробіологічному дослідженні ПеГАС (2007–2009 рр.) і нараховують 715 штамів цих мікроорганізмів. Дані про чутливість пневмококів до пеніциліну та амоксициліну в цій роботі свідчать про те, що в більшості регіонів Росії пневмококи зберігають високу чутливість до цих антибіотиків. Зокрема висока чутливість пневмокока до амоксициліну/клавуланату в більшості регіонів країни свідчить на користь утримання високої активності середньотерапевтичних доз цього препарату, тому використання високих доз, на думку дослідників, потребує подальших досліджень з визначення поширеності резистентних штамів *S. pneumoniae* [4,6].

З урахуванням значного географічного різноманіття в антибіотикорезистентності респіраторних збудників у різних країнах Європи, в рекомендаціях EPOS 2012 р. не вказані конкретні препарати вибору для емпіричної терапії ГБРС у дорослих пацієнтів. Але зазначено, що залежно від

епідеміологічної ситуації варто вибирати препарат з оптимальним спектром, але з високою активністю проти двох основних збудників ГБРС — *S. pneumoniae* і *H. influenzae* [23]. У рекомендаціях IDSA 2012 р. амоксицилін без додавання інгібіторів бета-лактамаз не розглядається більше як ефективний препарат для лікування ГБРС [28]. Терапію рекомендовано розпочинати з призначення амоксициліну/клавуланату в середньотерапевтичних дозах. Використання високодозних лікарських форм амоксициліну (у формі тригідрату), захищеного клавулановою кислотою (у формі клавуланату калію), — 90/6,4 мг/кг/добу в два прийоми (в Україні представлений у формі суспензії Аугментину ES, компанії «ГлаксоСмітКляйн») — рекомендовано лише в регіонах з високою поширеністю (>10%) пеніцилінорезистентних пневмококів, а також для лікування пацієнтів з тяжким перебігом ГБРС, при загрозі розвитку ускладнень чи у хворих з високим ризиком виділення резистентних штамів *S. pneumoniae* (з тяжкою супутньою патологією, імунодефіцитними станами, пацієнти, що отримували антибіотики протягом попереднього місяця чи після нещодавньої госпіталізації, діти, що відвідують організовані колективи, а також діти до двох років) [27]. Для решти категорій хворих лікування варто розпочинати з призначення звичних лікарських форм захищеного амоксициліну, наприклад препарату «Аугментин™» (45 мг/кг два рази на добу). Рекомендації IDSA 2012 р. з вибору емпіричної антибіотикотерапії ГБРС цілком узгоджуються з рекомендаціями російських лікарів-оториноларингологів [1]. Амоксицилін/клавуланат визнається в якості препарату вибору практично в усіх опублікованих російських рекомендаціях з лікування ГБРС [2,8,11].

Через ріст резистентності *S. pneumoniae* і *H. influenzae* до макролідів в США, ця група препаратів повністю виключена з рекомендацій IDSA 2012 р., як для використання у дорослих пацієнтів, так і в педіатричній популяції [28]. Український протокол лікування риносинуситів також визнає за доцільне в якості етіотропного лікування «призначати антибіотики пеніцилінового ряду, захищені клавулановою кислотою, при неефективності лікування — цефалоспорини третьої і четвертої генерації. Макроліди використовуються для лікування захворювань, викликаних мікоплазмою, хламідіями» [12]. Рекомендована тривалість лікування антибіотиком у дітей з ГБРС — 10–14 днів [27]. Профілактичне використання антибіотиків при ГРВІ для попередження розвитку ГБРС неприпустиме [10].

Висновки

Попри те, що вітчизняний підхід до етіотропного лікування ГБРС у дітей наближений до світових рекомендацій, все ж вкрай необхідно оновлення наших рекомендацій, оскільки не завжди можна безоглядно переносити зарубіжні дані на рутинну клінічну практику в умовах України.

Ретельний підхід до діагностики гострого риносинуситу у дітей, чітке розмежування вірусної і бактеріальної природи захворювання, раціональний вибір антибіотика, режимів його дозування — все це є першочерговим завданням при лікуванні пацієнтів з гострим риносинуситом у педіатричній практиці, про що повинні знати і вміти застосовувати лікарі загальної практики на первинному етапі надання медичної допомоги.

ЛІТЕРАТУРА

1. Анготоева И. Б. Острые риносинуситы. Как мы следуем стандартам / И. Б. Анготоева // Материалы VII Конгресса Российского общества ринологов [«Актуальные вопросы ринологии на современном этапе»], (Таганрог, 30 мая — 1 июня 2007). — Таганрог, 2007.
2. Антибактериальная терапия синусита / Страчунский Л. С., Каманин Е. И., Тарасов А. А. [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 1999. — № 1 (1). — С. 83—88.
3. Возбудители острого бактериального риносинусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR / Страчунский Л. С., Тарасов А. А., Крюков А. И. [с соавт.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2005. — № 7 (4). — С. 337—349.
4. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в России за период 1999—2009 гг. (Результаты многоцентрового проспективного исследования ПегАС) / Козлов Р. С., Сивая О. В., Кречикова О. И. [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2010. — № 12 (4). — С. 329—341.
5. Дранник Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Н. Дранник. — Одесса : АстроПринт, 1999. — 604 с.
6. Козлов Р. С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее / Р. С. Козлов. — Смоленск : МАКМАХ, 2010. — 128 с.
7. Колосов А. В. Острый бактериальный риносинусит у военнослужащих: этиология, чувствительность к антибиотикам и эффективность антимикробной терапии / А. В. Колосов, И. А. Гучев, О. И. Кречикова // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2009. — № 11 (1). — С. 14—21.
8. Лопатин А. С. Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации / А. С. Лопатин, В. М. Свистушкин. — М., 2009.
9. Лыткина И. Н. Профилактика и лечение грипп и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения / И. Н. Лыткина, Н. А. Малышев // Лечащий врач. — 2010. — № 10. — С. 66—69.
10. Обзор рекомендаций по острому риносинуситу в педиатрической практике / Свистушкин В. М. [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2012. — Т. 14, № 3. — С. 176—190.
11. Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита. Пособие для врачей / Янов Ю. К., Рязанцев С. В., Страчунский Л. С. [и др.] // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2003. — № 5 (2). — С. 167—174.
12. Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю «дитяча отоларингологія»: наказ МОЗ України № 181 від 21.04.2005 [Електронний ресурс]. — Режим доступу : <http://www.moz.gov.ua>. — Назва з екрану.
13. Пухлик С. М. Методы лучевой диагностики синуситов / С. М. Пухлик, М. А. Варешкина, Ю. С. Лапина // Журн. вушних, носових і горлових хвороб. — 2007. — № 3. — С. 229.
14. Тулунов Д. А. Гипертрофия аденоидных вегетаций и аденоидиты у детей : учебн. пособ. для врачей / Д. А. Тулунов, Е. П. Карпова. — М. : Петропуш, 2012.
15. Юрочко Ф. Рецидивуючі респіраторні інфекції у дітей / Ф. Юрочко // Здоровье ребенка. — 2012. — № 2 (37). — С. 79—83.
16. Aetiology of upper respiratory tract infections in children in Arak city: a community based study / Kahbazi N., Fahmizad A., Armin S. [et al.] // Acta Microbiol. Immunol. Hung. — 2011. — Vol. 58 (4). — P. 289—296.
17. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis / Anon J. B., Jacobs M. R., Poole M. D. [et al.] // Otolaryngol Head Neck Surg. — 2004. — Vol. 130 (Suppl. 1). — P. 1—45.
18. Atopy in preschool Italian children with recurrent respiratory infections / Dellepiane R. M., Pavesi P., Patria M. F. [et al.] // La Pediatrica Medica e Chirurgica. 2009. — Vol. 31, № 4. — P. 161—164.
19. Bousquet J. Prevention of recurrent respiratory tract infections in children using a ribosomal immunotherapeutic agent / J. Bousquet, A. Fiocchi // A clinical review. Pediatric Drugs. — 2006. — Vol. 8, № 4. — P. 235—243.

АУГМЕНТИН™

Оригінальний амоксицилін/клавуланат

- **Аугментин™** ефективний щодо широкого спектру збудників інфекцій дихальних шляхів, в т.ч. до основних респіраторних патогенів¹:

S.pneumoniae	H.influenzae	M.catarrhalis	S.aureus	Анаероби

- При бактеріальних інфекціях дихальних шляхів **Аугментин™** має високу клінічну ефективність:

Негоспітальна пневмонія ²	Інфекційні загострення ХОЗЛ ³	Рецидивуючий тонзиліт ⁴	Гострий бактеріальний середній отит ⁵	Гострий бактеріальний риносинусит ⁶
93,1%	98,6%	95,7%	90,5%	90–92%

- **Аугментин™** рекомендований як препарат вибору при бактеріальних інфекціях дихальних шляхів^{7,8}

Схеми застосування та дози:

дорослим

таблетки 1000 мг по 1 таблетці 2 рази на добу на початку прийому їжі



дітям

суспензія 228,5 мг/5 мл 45 мг/кг/добу у 2 прийоми на початку прийому їжі



Скорочена інструкція для медичного застосування препарату Аугментин™:

Форми випуску: порошок для приготування суспензії 228,5 мг/5 мл; порошок для приготування суспензії 642,9 мг/5 мл; таблетки 625 мг, таблетки 1000 мг, порошок для приготування розчину для ін'єкції 500/1000 мг, 1000/200 мг. **Активні речовини:** амоксициліну тригідрат, каляя клавуланат. **Показання:** лікування бактеріальних інфекцій, які викликані чутливими до Аугментину мікроорганізмами. **Спосіб застосування та дози:** дорослі та діти старше 12 років таблетки 1000 мг 2 рази на добу. **Застосування в дитячому віці:** у формі суспензії 228,5 мг дітям від 2 міс до 12 років 45 мг/кг/добу в 2 прийоми, у формі суспензії 642,9 мг дітям від 3 міс до 12 років 90 мг/кг/добу в 2 прийоми. **Протипоказання:** підвищена чутливість до бета-лактамів, наявність в анамнезі жовтяниці або дисфункції печінки, пов'язаних із застосуванням амоксициліну/клавуланату. **Вагітність та лактація:** можна застосовувати, якщо на думку лікаря користь від застосування переважає ризик. Можливі побічні реакції: діарея,

нудота, блювання, кандидоз шкіри та слизових оболонок шкіри висипання, свербіж, кропив'янка, поліморфна еритема, оборотна лейкопенія та тромбоцитопенія, оборотний агранулоцитоз та гемолітична анемія, збільшення часу кровотечі та протромбінового індексу, ангіоневротичний набряк, анафілаксія, сироваткоподібний синдром, алергічний васкуліт, запаморочення, головний біль, оборотна гіперактивність і конвульсії, антибіотикасоційований коліт, чорний «волосатий» язик, помірне підвищення рівня АСТ та/або АЛТ, гепатити та холестатична жовтяниця, синдром Стивена-Джонсона, токсичний епідермальний некроліз, пухирчастий екзофоліативний дерматит, гострий генералізований екзантематозний пустульоз, інтерстиціальний нефрит, кристалурія. **Взаємодія з іншими лікарськими засобами:** можлива взаємодія з пробенецидом, алопуринолом, естрогенами. **Передозування:** лікування симптоматичне. **Особливості застосування:** не слід призначати при підозрі на інфекційний мононуклеоз. При супутньому

прийомі антикоагулянтів необхідний відповідний моніторинг. Слід з обережністю призначати пацієнтам з дисфункцією печінки. Необхідна корекція дози у пацієнтів з порушенням функції нирок. Застосовувати з обережністю у пацієнтів з фенілкетонуриєю. Зберігати в недоступному для дітей місці. **Перед призначенням слід ознайомитись з повною інструкцією для медичного застосування.**
Р.П. №UA/0987/05/01, №UA/0987/04/01, №UA/0987/01/01, №UA/0987/01/02, №UA/0987/02/02, №UA/0987/02/0.
Повідомити про небажане явище або скаргу на якість препарату та отримати додаткову інформацію про препарат Ви можете в ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютикалс Україна»: 02152, Київ, пр. Павла Тичини, 1-В. Тел.: (044) 585-51-85/-86. www.gsk.ua
Інформація для лікарів для використання у професійній діяльності.

Література: 1. Інструкція з медичного застосування препарату Аугментин™. 2. Paris R, et al. Efficacy and safety of azithromycin 1 g once daily for 3 days in the treatment of community-acquired pneumonia: an open-label randomised comparison with amoxicillin-clavulanate 875/125 mg twice daily for 7 days. J Chemother. 2008 Feb;20(1):77-86. 3. Beghi G, et al. Efficacy and treatability of azithromycin versus amoxicillin-clavulanic acid in acute purulent exacerbation of chronic bronchitis. Journal of chemotherapy 1995;7 146-152. 4. Mahakir P, et al. Oral clindamycin 300 mg BID compared with oral amoxicillin/clavulanic acid 1 g BID in the outpatient treatment of acute recurrent pharyngotonsillitis caused by group A β-hemolytic streptococci: An international, multicenter, randomized, investigator-blinded, prospective trial in patients between the ages of 12 and 60 years. Clinical therapeutics. 2006 Jan; 28(1):99-109. 5. Hoberman A, et al. Large dosage amoxicillin/clavulanate, compared with azithromycin, for the treatment of bacterial acute otitis media in children. Pediatr Infect Dis J. 2005 Jun;24(6):525-32. 6. Sinus and allergy health partnership (SAHP). Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis. Otolaryngology-Head and neck surgery (2004), 130(1): 1-45. 7. Наказ МОЗ України №128 від 19.03.2007. 8. Наказ МОЗ України №181 від 24.03.2009.

20. Clinical practice guideline: adult sinusitis / Rosenfeld R. M., Andes D., Bhattacharyya N. [et al.] // Otolaryngol. Head Neck Surg. — 2007. — Vol. 137. — P. 1—31.
21. Couriel J. Assessment of the child with recurrent chest infections / Couriel J. // British Medical Bulletin. — 2002. — Vol. 61, № 1. — P. 115—132.
22. Dysfunction of peripheral blood granulocyte oxidative metabolism in children with recurrent upper respiratory tract infections / Kowalska M., Kowalska H., Zawadzka-Glos L. [et al.] // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2003. — Vol. 67, № 4. — P. 365—371.
23. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 / Fokkens W. J., Lund V. J., Mullol J. [et al.] // Rhinology. — 2012. — Vol. 50 (1). — P. 1—12.
24. Frequent detection of human rhinoviruses, paramyxoviruses, coronaviruses and bocavirus during acute respiratory tract infections / Arden K. E., McErlean P., Nissen M. D. [et al.] // Journal of Medical Virology — 2006. — Vol. 78, № 9. — P. 1232—1240.
25. Goldsmith A. J. Treatment of pediatric sinusitis / A. J. Goldsmith, R. M. Rosenfeld // Pediatr Clin North Am. — 2003. — Vol. 50. — P. 413—426.
26. Hadley J. A. Oral beta-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis / J. A. Hadley, M. A. Pfaller // Diagn Microbiol Infect Dis. — 2007. — Vol. 57 (Suppl. 3). — P. 47—54.
27. IDSA Guideline for ABRS / Chow A.W. [et al.] // CID March 20. — 2012. — P. 1—41.
28. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults / Chow A. W., Benninger M. S., Brook I. [et al.] // Clin. Infect. Dis. — 2012. — Vol. 54 (8). — P. 72—112.
29. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response / Gwaltney J. M. Jr., Hendley J. O., Simon G., Jordan W. S. Jr. // JAMA. — 1967. — Vol. 202. — P. 494—500.
30. Serial viral infections in infants with recurrent respiratory illnesses / Jartti T., Lee W. M., Pappas T. [et al.] // European Respiratory Journal. — 2008. — Vol. 32, № 2. — P. 314—320.
31. Sulphurous water inhalations in the prophylaxis of recurrent upper respiratory tract infections / Salami A., Dellepiane M., Crippa B. [et al.] // International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology. — 2008. — Vol. 72, № 11. — P. 1717—1722.

Друкується за підтримки **ГлаксоСмітКляйн**

AGMT/10/UA/24.04.2013/7492

ОСТРЫЙ РИНОСИНУСИТ У ДЕТЕЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ И РАЦИОНАЛЬНАЯ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЯ ПРИ БАКТЕРИАЛЬНОЙ ЕГО ПРИРОДЕ

Л.А. Волянская

ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет имени И.Я. Горбачевского», Украина

Первоочередными заданиями в лечении острых риносинуситов в педиатрической практике являются взвешенный подход к диагностике, определение этиологии заболевания и рациональный выбор антибиотика и его дозировки. Приведен обзор исследований и современных рекомендаций по данной проблеме.

Ключевые слова: риносинусит, этиология, диагностика, антибиотикотерапия.

ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONER AND RATIONAL ANTIBIOTIC THERAPY AT PRESENCE OF ITS BACTERIAL NATURE

L.A. Volanska

SEI «I. Ya. Gorbachevskiy Ternopil State Medical University», Ukraine

The primary objectives during the treatment of acute rhinosinusitis in pediatric practice are a balanced approach to the diagnosis, determination of disease etiology and the rational choice of antibiotic and its dosage. The review of researches and current recommendations on this issue are given out.

Key words: rhinosinusitis, etiology, diagnosis, antibiotic therapy.

Сведения об авторах:

Волянская Любовь Августиновна — д-р мед. н., проф., зав. каф. педиатрии ГВУЗ «Тернопольский государственный медицинский университет им. И.Я. Горбачевского МЗ Украины». Адрес: г. Тернополь, площадь Воли, 1; тел. (0352) 26-90-61.

Статья поступила в редакцию 20.11.2013 г.