



УДК 616.211/216.1-002-022.7-053.2+615.33]:614.253

ВОЛЯНСЬКА Л.А.

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

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

Резюме. Із метою визначення чітких діагностичних критеріїв бактеріального походження гострого ураження носа та навколоносових пазух у дітей та обґрунтування необхідності призначення антибіотиків для покращення ефективності лікування спеціалістами загальної практики та педіатрами на першому та другому етапах надання медичної допомоги авторами було проаналізовано ряд літературних джерел. Установлено, що згідно з рекомендаціями EPOS 2012 р. амоксицилін без додавання інгібіторів бета-лактамаз більше не розглядається як ефективний препарат для лікування гострих бактеріальних риносинуситів, терапію рекомендовано розпочинати з призначення амоксициліну/клавуланату в середньотерапевтичних дозах. Також зроблено висновок, що вітчизняний підхід до етіотропного лікування гострих бактеріальних риносинуситів у дітей наближений до світових рекомендацій, але все ж є необхідність оновлення вітчизняних рекомендацій.

Ключові слова: гострі бактеріальні риносинусити, лікування, рекомендації, амоксицилін/клавуланат.

Вступ

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) — найчастіша причина захворювання дітей від періоду раннього дитинства й до шкільного віку. За даними російських педіатрів, лише в Москві в період 2009—2010 рр. захворюваність на ці інфекції коливалася від 108 тис. серед дітей віком до 3 років до 118,5 тис. у віковому періоді 3—7 років та близько 63 тис. на 100 тис. населення серед школярів, що в економічному аспекті призвело до значних матеріальних втрат у розмірі 29,4 млн рублів [1]. Інфекції дихальних шляхів у дітей є найчастішою причиною візитів до лікаря та госпіталізації серед дітей дошкільного віку. ГРВІ в дитячому віці дуже часто набувають рецидивуючого характеру і стають суттєвою проблемою для лікарів. Багато дітей, у яких фіксуються повторні ГРВІ, зараховують до групи пацієнтів, які часто хворіють. І тоді встановлення діагнозу в цієї дитини для педіатра стає доволі складним (можна пропустити якусь складну патологію), проблемним є й лікування (уже застосовано значну кількість препаратів, проведено багато фізіопроцедур, а результат відсутній). У більшості дітей зазвичай мають місце повторні вірусні інфекції верхніх дихальних шляхів (ВДШ), що обумовлено віковими анатомо-фізіологічними особливостями дихальної, імунної систем, психоемоційним напруженням під час соціалізації [2] та

є наслідком посиленої експозиції до інфекційних чинників при супутньому впливі факторів довкілля в перші роки життя тощо [3, 4].

Рецидивуючі респіраторні інфекції (РРІ) виникають у здорових дітей частіше за все як чергове інфікування іншим збудником та як прояв нормального природного співіснування макро- і мікроорганізмів. Тобто діти з пролонгованим чи рецидивуючим перебігом респіраторних інфекцій найчастіше мають просту серію інфекцій, а не персистуючу інфекцію одним штамом вірусу [5]. При цьому деякі діти з РРІ отримують повторні курси антибіотиків, які є неефективними проти вірусних інфекцій, не запобігають новому вірусному інфікуванню і навіть можуть сприяти розвитку бактеріальної інфекції та поширенню резистентності до антибіотиків [6]. Більшість дітей із РРІ не мають серйозних імунологічних зрушень 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 в таких дітей.

© Волянська Л.А., 2013

© «Здоров'я дитини», 2013

© Заславський О.Ю., 2013

Нормальна частота респіраторних інфекцій — до 6 епізодів протягом осені-зими в дошкільнят (діти віком 1–6 років) та до 4 епізодів у старших дітей (віком 6–12 років) [7]. Така частота захворювань не повинна бути причиною занепокоєння батьків і лікарів, оскільки більшість дітей із РРІ практично хворіють нетяжко і потребують не стільки діагностичного пошуку в напрямку серйозних основних захворювань чи розладів імунної системи, скільки врахування високої ймовірності носійства і поширення резистентних бактерій. Така ймовірність обумовлена частим застосуванням антибіотиків у їх лікуванні та стає високою за умови утримання симптомів інфекції верхніх дихальних шляхів тривалістю 5–10 днів і довше. Приєднання бактерій при такій тривалості інфекції ВДШ доведено в 60 % пацієнтів [8, 9].

Мета. Дане дослідження літературних джерел обумовлене потребою визначення чітких конкретних діагностичних критеріїв бактеріального походження гострого ураження носа та навколоносових пазух у дітей та обґрунтування необхідності призначення антибіотиків із метою покращення ефективності лікування спеціалістами загальної практики та педіатрами на першому та другому етапах надання медичної допомоги.

Обговорення результатів

РРІ в 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 в кожному конкретному випадку, а також призначити коректну терапію самостійно, оскільки не завжди є можливість 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 [10]. Особливостями вірусного риніту є максимальна вираженість клінічних ознак у вигляді ринореї протягом перших 3 днів із поступовим стиханням їх у наступні 5–7 діб. Згідно з дослідженнями останніх років, вірусні риніти в 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 % із яких ускладнюються бактеріальною інфекцією навколоносових синусів. За даними різних авторів, в Україні від синуситів страждають до 10 % населення, а серед хворих, які перебувають у лор-стаціонарах, до 42 % становлять пацієнти із синуситами [11, 12].

Визначення риносинуситу для лікарів загальної практики включає в себе поняття патологічного стану, який супроводжується наявністю ряду симптомів [13] (табл. 1).

Для встановлення діагнозу риносинуситу потрібно не менше 2 великих симптомів чи 1 великого в комбінації з 2 і більше малими симптомами.

Риносинусит у дітей зустрічається частіше, ніж його діагностують. Діагностика дещо ускладнена неспецифічністю симптомів, які маскуються під гостру вірусну інфекцію чи алергію. У певній частині таких дітей виявляють імунодефіцити (переважно IgG2 та IgA), але це буває рідко [14].

Для підтвердження клінічного діагнозу риносинуситу використовують комплекс діагностичних заходів за допомогою додаткових методів діагностики, що дає змогу не лише встановити діагноз, а 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 ж ситуація ще складніша. Основна проблема — відсутність вірогідних методів диференціальної діагностики вірусної й бактеріальної природи захворювання, бо цей момент є головним 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 [15]. Тому у відповідності до рекомендацій EPOS (European Position Paper on Rhinosinusitis and Nasal

Таблиця 1

| Великі симптоми | Малі симптоми |
|---|--|
| Гнійні виділення з носа | Головний біль |
| Стікання гнійного чи безколірного секрету по задній стінці глотки | Біль, відчуття тиску чи розпирання у вусі |
| Закладеність носа | Неприємний запах із рота (галітоз) завжди 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 аносія | Кашель |
| Гарячка (лише для гострого риносинуситу) | Підвищена втомлюваність |

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 показана лише при наявності підозри на формування орбітальних і/чи внутрішньочерепних ускладнень [15, 16]. Золотим стандартом діагностики гострого бактеріального риносинуситу (ГБРС) є позитивне культуральне дослідження вмісту навколоносових пазух із виділенням патогенів $\geq 10^4$ КОЕ/мл. Проте дане культуральне дослідження стосується лише дослідження вмісту навколоносових пазух, отриманого в результаті пункції. Тобто аналіз вмісту синуса, проведений шляхом дослідження виділень з носа чи мазків з носа/назофарингеальних мазків, не є достовірним, тому що не відображає істинної бактеріальної природи захворювання. Саме тому мікробіологічне дослідження в рутинній клінічній практиці не показано. Показання для пункції синуса визначаються ступенем тяжкості риносинуситу (у цьому випадку пункція є одночасно діагностичною й лікувальною маніпуляцією), неефективністю емпіричної антимікробної терапії та імуносупресивністю пацієнтів (через відмінний спектр причинно-значимих патогенів) [17]. Питання етіології даного захворювання можна з високою ймовірністю вирішити, проаналізувавши клінічну картину захворювання. На базі класичної праці Gwaltney et al. [18], у якій проаналізовано перебіг риновірусної інфекції, для встановлення діагнозу ГБРС запропоновано сурогатні критерії: збереження симптомів захворювання більше ніж 7–10 днів, або поява другої хвилі симптомів після 5-го дня захворювання [15, 16, 19, 20]. IDSA 2012 р. запропоновано включення ще одного критерію для діагностики ГБРС та призначення антибактеріальної терапії: початок захворювання з виражених симптомів гарячки $\geq 39^\circ\text{C}$ та гнійних виділень із носа, що утримуються протягом 3–4 днів від початку захворювання [15].

Лікарям першої ланки варто пам'ятати, що в дітей дошкільного та молодшого шкільного віку при ринітах та риносинуситах анатомо-фізіологічно обумовлене паралельне виникнення реактивних запальних змін глоткового мигдалика, тобто виникнення аденоїдиту. Це супроводжується закладеністю носа, носовим характером промовляння слів, а також спричиняє пролонгацію задньої ринореї на триваліший термін захворювання порівняно з пацієнтами більш старшого віку, є фактором, що сприяє активації бактеріальної флори з подальшим розвитком вторинно-го інфікування [21].

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 позалікарняних респіраторних захворювань [22]. Основним збудником є пневмокок, тому що частота його спонтанної ерадикації при

ГБРС становить лише близько 30 %, тоді як для *Haemophilus influenzae* і *Moraxella catarrhalis* — 60 і 80 % відповідно [22]. Разом із тим у Російській Федерації в пацієнтів із ГБРС достатньо часто (> 10 % випадків) виділяються стрептококи різних серогруп, у тому числі *S.pyogenes* [23, 24]. Названі збудники, згідно з результатами сучасних досліджень, залишаються чутливими до певних груп антибіотиків, але дані різняться залежно від країни, де проводились дослідження, навіть для окремих областей однієї країни. Масштабні дані з вивчення антибіотикорезистентності пневмококів у Росії отримані в багатоцентровому проспективному мікробіологічному дослідженні ПЕГАС, проведеному у 2007–2009 рр.; було зібрано 715 штамів цих мікроорганізмів. Дані про чутливість пневмококів до пеніциліну й 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* [25, 26].

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* [16]. У рекомендаціях IDSA 2012 р. амоксицилін без додавання інгібіторів бета-лактамаз не розглядається більше як ефективний препарат для лікування ГБРС [15]. 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 у 2 прийоми) (в Україні представлений у формі суспензії Аугментину ES, компанії «ГлаксоСмітКляйн»), рекомендоване лише в регіонах з високою поширеністю (> 10 %) пеніцилінорезистентних пневмококів, а також для лікування пацієнтів із тяжким перебігом ГБРС, при загрозі розвитку ускладнень чи у хворих із високим ризиком виділення резистентних штамів *S.pneumoniae* (із тяжкою супутньою патологією, імунодефіцитними станами, пацієнти, які отримували антибіотики протягом попереднього місяця чи після нещодавньої госпіталізації, діти, які відвідують організовані колективи, а також діти до 2 років) [13]. Для інших категорій хворих лікування варто розпочинати з призначення звичних лікар-

ських форм захищеного амоксициліну, наприклад препарату Аугментин™ (45 мг/кг 2 рази на добу). Рекомендації IDSA 2012 р. із вибору емпіричної антибіотикотерапії ГБРС цілком узгоджуються з рекомендаціями російських лікарів-оториноларингологів [27]. Амоксицилін/клавуланат визнається як препарат вибору практично в усіх опублікованих російських рекомендаціях із лікування ГБРС [28–30].

Через ріст резистентності *S.pneumoniae* і *H.influenzae* до макролідів у США ця група препаратів повністю виключена з рекомендацій IDSA 2012 р. як для використання у дорослих пацієнтів, так і в педіатричній популяції [15]. Український протокол лікування риносинуситів також визнає за доцільне як етіотропне лікування «призначити антибіотики пеніцилінового ряду, захищені клавулановою кислотою, при неефективності лікування — цефалоспорины третьої і четвертої генерації. Макроліди використовуються для лікування захворювань, викликаних мікоплазмою, хламідіями» [31]. Рекомендована тривалість лікування антибіотиком у дітей із ГБРС — 10–14 днів [13]. Профілактичне використання антибіотиків при ГРВІ для запобігання розвитку ГБРС недопустиме [17].

Висновок

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

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

Список літератури

1. Лыткина И.Н., Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения // *Лечащий врач*. — 2010. — № 10. — С. 66-69.
2. Dellepiane R.M., Pavesi P., Patria M.F., Laicini E., Di Landro G. & Pietrogrande M.C. Atopy in preschool Italian children with recurrent respiratory infections // *La Pediatria Medica e Chirurgica*. — 2009. — Vol. 31, № 4. — P. 161-164.
3. Arden K.E., McErlean P., Nissen M.D., Sloots T.P. & Mackay I.M. Frequent detection of human rhinoviruses, parainfluenzaviruses, coronaviruses and bocavirus during acute respiratory tract infections // *Journal of Medical Virology*. — 2006. — Vol. 78, № 9. — P. 1232-1240.
4. Couriel J. Assessment of the child with recurrent chest infections // *British Medical Bulletin*. — 2002. — Vol. 61, № 1. — P. 115-132.
5. Serial viral infections in infants with recurrent respiratory illnesses / Jartti T., Lee W.M., Pappas T., Evans M., Lemanske R.F., Gern J.E. // *European Respiratory Journal*. — 2008. — Vol. 32, № 2. — P. 314-320.
6. Bousquet J., Fiocchi A. Prevention of recurrent respiratory tract infections in children using a ribosomal immunotherapeutic agent // *A clinical review. Pediatric Drugs*. — 2006. — Vol. 8, № 4. — P. 235-243.
7. Юрочко Ф. Рецидивующие респираторные инфекции у детей // *Здоровье ребенка*. — № 2(37). — 2012. — С. 79-83.
8. Dysfunction of peripheral blood granulocyte oxidative metabolism in children with recurrent upper respiratory tract infections / Kowalska M., Kowalska H., Zawadzka-Glos L., Debska M., Szerszen E., Chmielik M., Wasik M. // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. — 2003. — Vol. 67, № 4. — P. 365-371.
9. Sulphurous water inhalations in the prophylaxis of recurrent upper respiratory tract infections / Salami A., Dellepiane M., Crippa B., Mora F., Guastini L., Jankowska B., Mora R. // *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*. — 2008. — Vol. 72, № 11. — P. 1717-1722.
10. Kahbazi N., Fahmizad A., Armin S. et al. Aetiology of upper respiratory tract infections in children in Arak city: a community based study // *Acta Microbiol. Immunol. Hung.* — 2011. — 58(4). — P. 289-296.
11. Дранник Г.Н. Клиническая иммунология и аллергология. — Одесса: АстроПринт, 1999. — 604 с.
12. Пухлик С.М., Варешкина М.А., Лапина Ю.С. Методы лучевой диагностики синуситов // *Журнал вушних, носових і горлових хвороб*. — 2007. — № 3. — С. 229.
13. Chow A.W. et al. IDSA Guideline for ABRS // *CID*. — 2012 March 20. — P. 1-41.
14. Goldsmith A.J., Rosenfeld R.M. Treatment of pediatric sinusitis // *Pediatr. Clin. North Am.* — 2003. — 50. — P. 413-426.
15. Chow A.W., Benninger M.S., Brook I. et al. IDSA clinical practice guideline for acute bacterial rhinosinusitis in children and adults // *Clin. Infect. Dis.* — 2012. — 54(8). — P. 72-112.
16. Fokkens W.J., Lund V.J., Mullol J. et al. EPOS 2012: European position paper on rhinosinusitis and nasal polyps 2012 // *Rhinology*. — 2012. — 50(1). — P. 1-12.
17. Свистушкин В.М. и соавт. Обзор рекомендаций по острому риносинуситу в педиатрической практике // *Клини. микробиол., антимикроб. химиотер.* — 2012. — Том 14, № 3. — С. 176-190.
18. Gwaltney J.M. Jr., Hendley J.O., Simon G., Jordan W.S. Jr. Rhinovirus infections in an industrial population. II. Characteristics of illness and antibody response // *JAMA*. — 1967. — 202. — P. 494-500.
19. Anon J.B., Jacobs M.R., Poole M.D. et al. Antimicrobial treatment guidelines for acute bacterial rhinosinusitis // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2004. — 130(1 Suppl.). — P. 1-45.
20. Rosenfeld R.M., Andes D., Bhattacharyya N. et al. Clinical practice guideline: adult sinusitis // *Otolaryngol. Head Neck Surg.* — 2007. — 137. — P. S1-S31.
21. Тулупов Д.А., Карпова Е.П. Гипертрофия аденоидных вегетаций и аденоидиты у детей. Учебное пособие для врачей. — М.: Петрополис, 2012.
22. Hadley J.A., Pfaller M.A. Oral beta-lactams in the treatment of acute bacterial rhinosinusitis // *Diagn. Microbiol. Infect. Dis.* — 2007. — 57(3 Suppl.). — P. 47-54.
23. Страчунский Л.С., Тарасов А.А., Крюков А.И. с соавт. Возбудители острого бактериального риносинусита. Результаты многоцентрового микробиологического исследования SSSR // *Клини. микробиол. антимикроб. химиотер.* — 2005. — 7(4). — P. 337-349.
24. Колосов А.В., Гучев И.А., Кречикова О.И. Острый бактериальный риносинусит у военнослужащих: этиология, чувствительность к антибиотикам и эффективность антимикробной терапии // *Клини. микробиол., антимикроб. химиотер.* — 2009. — 11(1). — P. 14-21.
25. Козлов Р.С. Пневмококки: уроки прошлого — взгляд в будущее. — Смоленск: МАКМАХ, 2010. — 128 с.
26. Козлов Р.С., Сивая О.В., Кречикова О.И. и др. Динамика резистентности *Streptococcus pneumoniae* к антибиотикам в

России за период 1999–2009 гг. (Результаты многоцентрового проспективного исследования ПеГАС) // *Клин. микробиол., антимикроб. химиотер.* — 2010. — 12(4). — 329-341.

27. Анготова И.Б. Острые риносинуситы. Как мы следуем стандартам // *Мат-лы VII конгресса Российского общества ринологов «Актуальные вопросы ринологии на современном этапе».* — Таганрог, 30 мая — 1 июня 2007.

28. Страчунский Л.С., Каманин Е.И., Тарасов А.А. и др. Антибактериальная терапия синусита // *Клин. микробиол., антимикроб. химиотер.* — 1999. — 1(1). — 83-88.

29. Янов Ю.К., Рязанцев С.В., Страчунский Л.С. и др. *Практические рекомендации по антибактериальной терапии синусита.* Пособие для врачей // *Клин. микробиол., антимикроб. химиотер.* — 2003. — 5(2). — 167-174.

30. Лопатин А.С., Свистушкин В.М. *Острый риносинусит: этиология, патогенез, диагностика и принципы лечения. Клинические рекомендации.* — М., 2009.

31. Наказ № 181 МОЗ від 21.04.2005 «Про затвердження Протоколів надання медичної допомоги дітям за спеціальністю "дитяча отоларингологія"».

AGMT/10/UA/24.04.2013/7492

Друкується за сприяння ТОВ «ГлаксоСмітКляйн Фармасьютикалс Україна»

Отримано 02.09.13 □

Волянская Л.А.

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

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

Резюме. С целью определения четких диагностических критериев бактериального происхождения острого поражения носа и околоносовых пазух у детей и обоснования необходимости назначения антибиотиков для улучшения эффективности лечения специалистами общей практики и педиатрами на первом и втором этапах оказания медицинской помощи авторами был проанализирован ряд литературных источников. Установлено, что в соответствии с рекомендациями EPOS 2012 г. амоксициллин без добавления ингибиторов бета-лактамаз больше не рассматривается как эффективный препарат для лечения острых бактериальных риносинуситов, терапию рекомендовано начинать с назначения амоксициллина/клавуланата в среднетерапевтических дозах. Также сделан вывод, что отечественный подход к этиотропному лечению острых бактериальных риносинуситов у детей приближен к мировым рекомендациям, но все же есть необходимость обновления отечественных рекомендаций.

Ключевые слова: острые бактериальные риносинуситы, лечение, рекомендации, амоксициллин/клавуланат.

Volyanska L.A.

State Higher Educational Institution «Ternopil State Medical University named after I.Ya. Gorbachevsky», Ternopil, Ukraine

ACUTE RHINOSINUSITIS IN CHILDREN IN THE PRACTICE OF GENERAL PRACTITIONERS AND RATIONAL ANTIBIOTIC TREATMENT IN ITS BACTERIAL ORIGIN

Summary. In order to determine the precise diagnostic criteria of bacterial origin for acute lesions of the nose and paranasal sinuses in children and the rationale for prescribing antibiotics to improve the effectiveness of treatment by general practitioners and pediatricians on the first and second stages of medical care the authors have analyzed a number of literary sources. It is found that, in accordance with the 2012 EPOS guidelines amoxicillin without the addition of beta-lactamase inhibitors is no longer considered as an effective drug for the treatment of acute bacterial rhinosinusitis, treatment is recommended to start with administration of amoxicillin/clavulanate in mean therapeutic doses. We also concluded that the domestic approach to etiotropic treatment of acute bacterial rhinosinusitis in children is close to the international guidelines, but there is still the need to update national guidelines.

Key words: acute bacterial rhinosinusitis, treatment, guidelines, amoxicillin/clavulanate.