

Тактика ведения педиатрами пациентов с  
лор-заболеваниями. Показания для  
направления пациентов  
к врачу оториноларингологу

Бабаева А.М

Врач-оториноларинголог



С какими в основном жалобами обращаются к педиатру?

Постоянный плач ребенка в течение дня, а особенно ночью

Высокая температура тела

Беспокойство ребенка

Вялость и сонливость, не свойственная в обычных условиях

Насморк, гнойные или прозрачные выделения из носа, затрудненное дыхание;

Кашель, одышка, выделение мокроты с кашлем

# Осмотр педиатра

осмотреть зев (состояние миндалин, наличие налёта на слизистой оболочке ротовой полости, язв)

определить носовое дыхание, наличие выделений из носа, их характер, длительность


определить ЧДД в минуту, при необходимости - повторить подсчёт ЧДД

определить, есть ли у ребёнка стрidor или астмоидное дыхание

провести пальпацию, перкуссию, аускультацию лёгких

## Лабораторная диагностика

- Клинический анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.
- Повышение уровня маркеров бактериального воспаления является поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь, «немой» пневмонии, острого среднего отита, инфекции мочевыводящих путей. Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы только в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска. Если симптомы вирусной инфекции купировались, ребенок перестал лихорадить и имеет хорошее самочувствие, повторное исследование клинического анализа крови нецелесообразно. Особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ. Для РС-вирусной инфекции характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать  $15 \times 10^9$  /л. При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня  $15 - 20 \times 10^9$  /л и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более  $10 \times 10^9$  /л, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л.



# Инструментальная диагностика

Рекомендовано всем пациентам с  
симптомами ОРВИ  
проводить отоскопию.

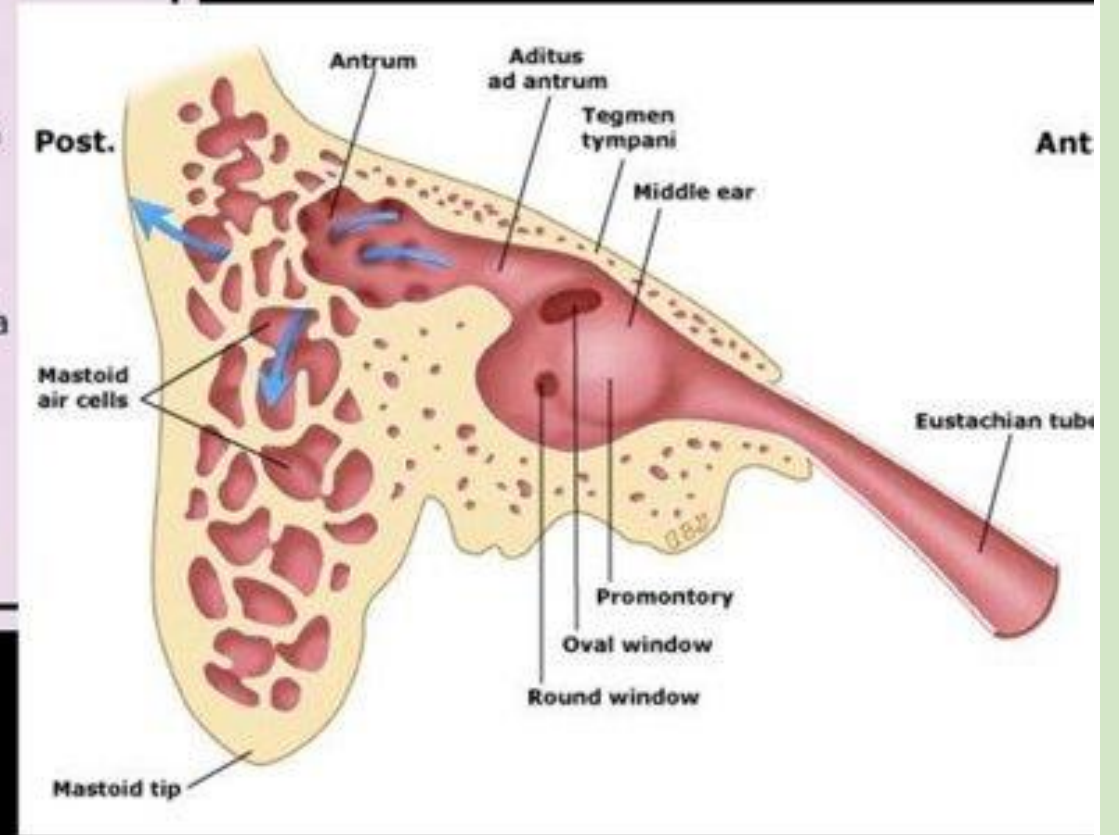


# Для чего педиатру отоскопия?

Наблюдение детей с отитом, при невозможности посещения ЛОР-врача.

Педиатр с отоскопом круче, чем педиатр без отоскопа

# Анатомия уха





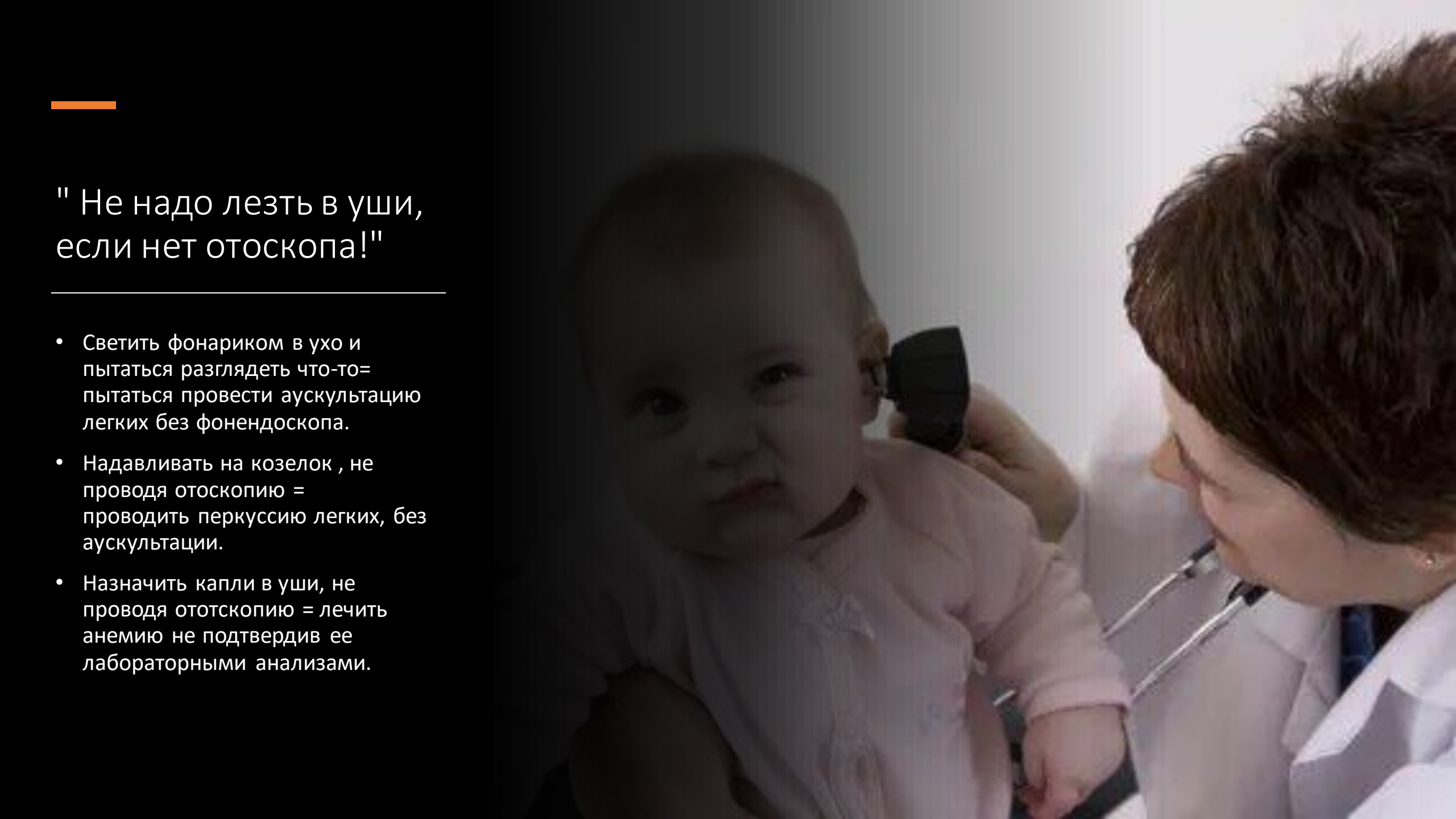
## Наружный слуховой проход



Внутренняя (костная) часть -  $\frac{2}{3}$  длины  
Наружная (хрящевой/перепончатая) часть -  $\frac{1}{3}$  длины.



У новорожденных и грудных детей наружный слуховой проход короткий и узкий. Внутренняя костная часть представлена барабанным кольцом в виде щели. До 1 года наружный слуховой проход почти лишен костного отдела. У более старших детей хрящевой и костный отделы имеют угол.

A photograph of a doctor in a white lab coat examining a baby's ear with an otoscope. The doctor is on the right, leaning in, and the baby is on the left, looking towards the camera. The background is a plain, light-colored wall.

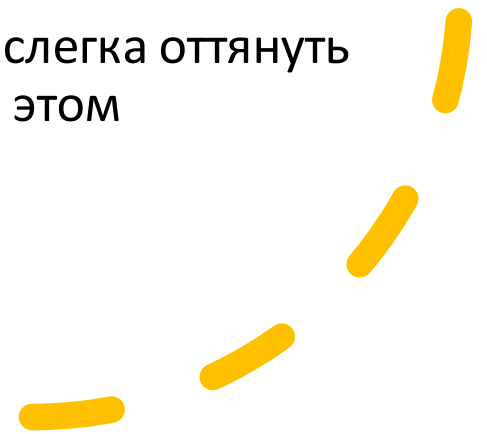
## " Не надо лезть в уши, если нет отоскопа!"

---

- Светить фонариком в ухо и пытаться разглядеть что-то= пытаться провести аускультацию легких без фонендоскопа.
- Надавливать на козелок , не проводя отоскопию = проводить перкуссию легких, без аускультации.
- Назначить капли в уши, не проводя ототскопию = лечить анемию не подтвердив ее лабораторными анализами.

Перед отоскопией  
нужно посмотреть  
область наружного  
уха и заушную  
область

- Обратите внимание на:
- На размер, форму, расположение, цвет и симметричность ушных раковин.
- Форму наружного слухового прохода
- Наличие в слуховом проходе какого-либо отделяемого (ушная сера, гной, слизь)
- Покраснение и отек ушной раковины и прилежащих областей
- Перед проведение отоскопии необходимо слегка оттянуть ушную раковину и определить, есть ли при этом болезненность



# Практические рекомендации

- Начинать отоскопию в максимально спокойном состоянии ребенка (лучше перед осмотром горла)
- Осмотр начинать с потенциально здорового уха или со стороны меньших жалоб
- Использовать максимально возможный диаметр ушной воронки, уменьшать диаметр в зависимости от слухового прохода, наличия волос или серы
- Не прилагать усилия при помещении воронки в ухо, при контакте воронки с костной частью, появляется болезненность и повышается вероятность травматизации кожи слухового прохода

# Барабанная перепонка может быть необозрима



Серная пробка



Серные массы



Инородное тело



Полипы/грануляции



Гной



Инфильтрации стенки НСП



Травма стенки НСП

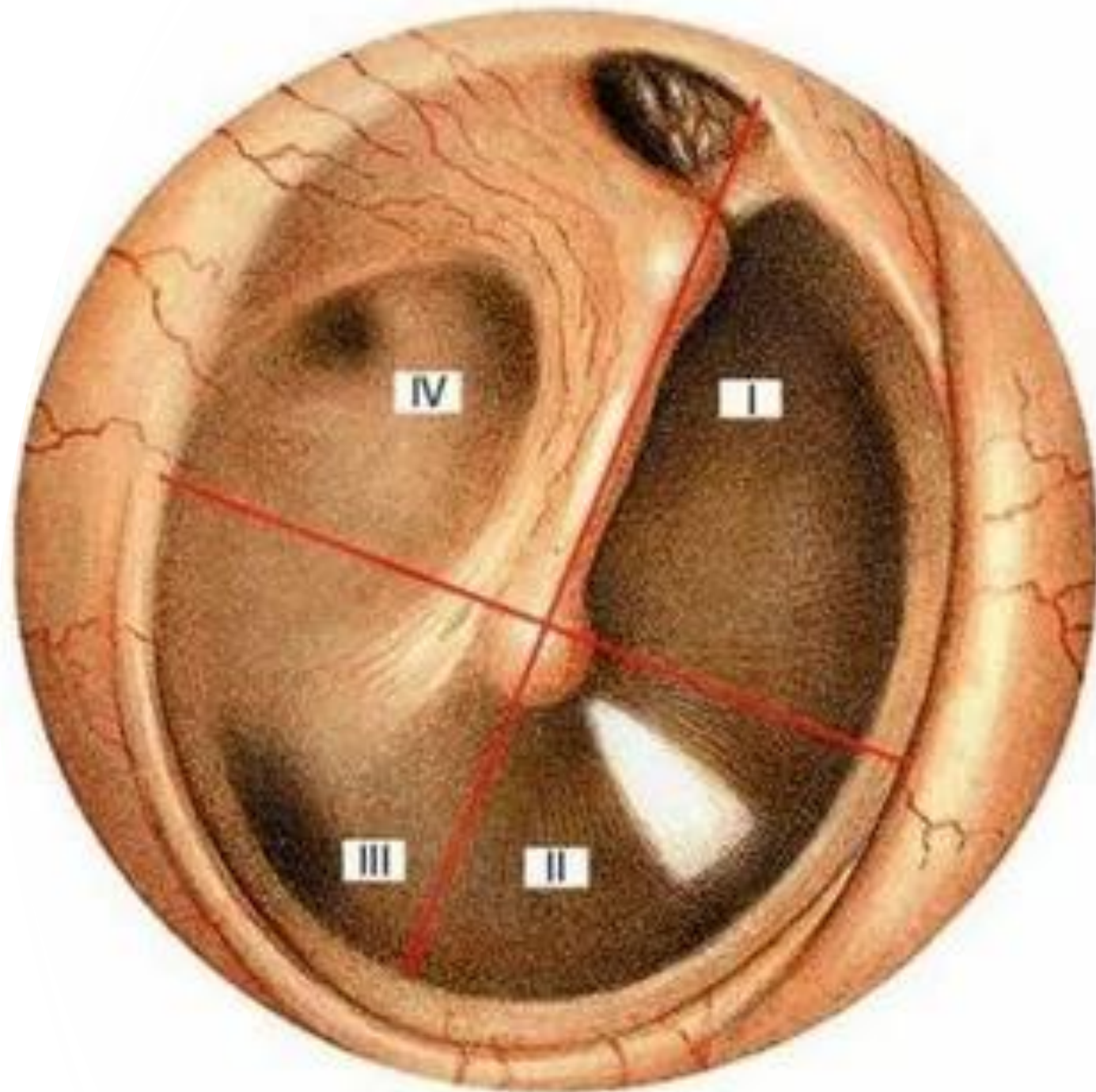


Грибковые отложения

# Барабанная перепонка

---

- Опознавательные контуры:
- Световой конус
- Рукоятка молоточка
- Короткий отросток молоточка



# Состояние барабанной перепонки: цвет



Серая



Белая



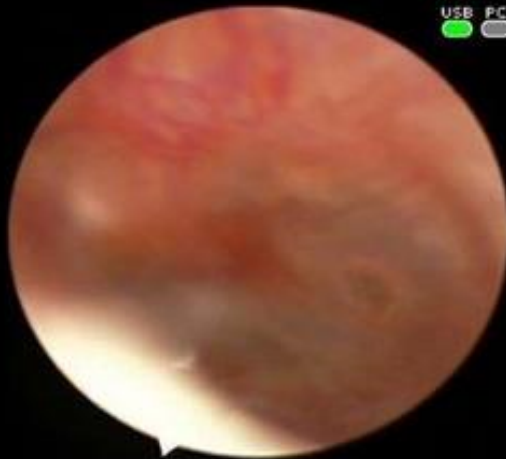
Бледно-желтая



Янтарная



Розовая, инъекция сосудов



Красная (гиперемированная)



Синюшная (цианотичная)

Состояние барабанной перепонки: положение, прозрачность (содержимое за БП)



Ателектаз среднего уха  
Адгезивный средний отит



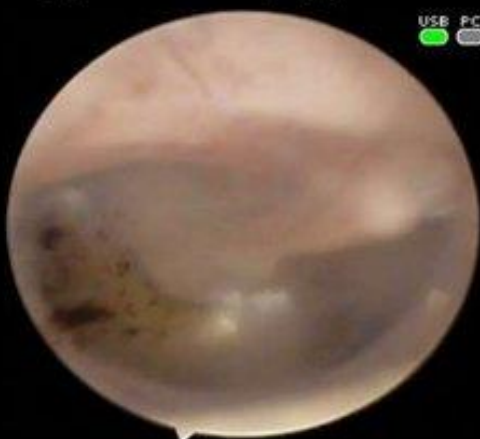
Втянутая



Нейтральное  
(физиологическое) положение



Выбухает



Уровень жидкости



Жидкость с пузырьками воздуха



Пузырьки воздуха,  
прозрачная жидкость



Жидкость без пузырьков



## Состояние барабанной перепонки: перфорация, дополнительные включения



Перфорация



Тотальная перфорация



Шунт (тимпаностома)



Рубец после перфорации



Кальцинаты  
(мирингосклероз)



Серозные буллы



Геморрагические буллы



Ретракционный карман,  
формирование холестеатомы

# Острый средний ОТИТ

- Воспалительный процесс, охватывающий все три отдела среднего уха: барабанную полость, клетки сосцевидного отростка, слуховую трубу. В патологический процесс вовлекается только слизистая оболочка указанных полостей. Основной теорией патогенеза является дисфункция слуховой трубы, скопление жидкости в среднем ухе, присоединение условно-патогенной микрофлоры, и формирование воспаления слизистой оболочки. ОСО является одним из наиболее частых диагнозов у детей, обращающихся за неотложной медицинской помощью. На его долю приходится большая часть назначения антибиотиков в детской практике.



# Классификация

- Традиционно в России выделяют 5 стадий развития острого среднего отита :
- Стадия острого евстахиита ( тубоотита/сальпингоотита) БП втянутая , розовая
- Стадия катарального воспаления : БП нейтральная , гиперемизированная , возможно наличие пузырьков воздуха за БП.
- Доперфоративная стадия острого гнойного среднего отита: БП выбухает , может быть резко деформированная , белая, гиперемизированная или синюшная, опознавательные знаки не определяются.
- Постперфоративная стадия острого гнойного среднего отита: гной в НСП, если удалось разглядеть БП, то она : деформированная , опознавательные знаки слабо заметны, перфорация видна или прикрыта гноем.
- Репаративная стадия острого гнойного отита: БП серая , закрытие перфорации.

# Острый средний отит Отоскопические признаки



Основные отоскопические признаки ОСО: гиперемия и/или инфильтрация и/или выбухание барабанной перепонки, снижение податливости БП при пневматической отоскопии



# Острый гнойный средний отит Отоскопические признаки



Основные отоскопические признаки острого гнойного среднего отита: наличие гноя в наружном слуховом проходе, наличие перфорации барабанной перепонки (далеко не всегда ее можно разглядеть)



# Критерии установления диагноза

- Единовременное наличие у пациента трех признаков ОСО:
- Внезапное возникновение симптомов
- Признаки воспаления барабанной перепонки
- Признаки наличия выпота в барабанной полости (выбухание барабанной перепонки, снижение податливости барабанной перепонки при пневматической отоскопии/тимпанометрии)
- Или внезапное появление отореи ( при исключении наружного отита) как следствие формирования спонтанной перфорации барабанной перепонки.



## Критерии степени тяжести ОСО

Легкое течение	Тяжёлое течение
Отсутствие осложнений	Инtratемпоральные или внутричерепные (интракраниальные) осложнения ОСО
Отсутствие выбухания барабанной перепонки	Выраженное выбухание барабанной перепонки
Непродолжительный эпизод на боль в ухе, эффективно купирующийся медикаментозными средствами	Выраженная боль в ухе (или изменения в поведении ребёнка, свидетельствующие о наличии боли у детей раннего возраста) плохо или не контролирующаяся медикаментозными средствами
Общее состояние не изменено: не нарушен сон, приём пищи, повседневная активность	Общее состояние изменено
Нормальная температура тела или субфебрилитет не более 3 дней	Субфебрилитет более 3 дней или температура более 38,0°C.



# Лечение

Адекватное  
обезболивание

- Парацетамол 10-15 мг/кг/прием до 60 мг/кг/сутки (до 5-ти раз в сутки)
- Ибупрофен 8-10 мг/кг/прием до 30 мг/кг/сутки (3 раза в сутки)
- Лидокаин+феназон (Отипакс)- при сохранении целостности БП



## Аминопенициллины

### Амоксициллин

При высоком риске наличия у пациента штамма пневмококка с повышенной устойчивостью к антибиотикам- 45-60 мг/кг/с до 1500-3000 мг/сутки

- Амоксициллин+клавулановая кислота
- 45-60 мг/кг/с в 2-3 приема
- 90 мг/кг/с в 3 приема

При отсутствии  
эффективности  
амоксициллина в  
течение 3 суток.

При сочетании  
симптомов  
конъюнктивита и  
отита.

Рецидивирующий  
острый средний  
отит.

# Цефалоспорины

- Цефуроксим  
30 мг/кг/с в 2 приема до 1 г/с
- Цефиксим  
8мг/кг/с в 1 прием до 400 мг/с  
в\м 50-80 мг/кг/с в 1 введение до 4000 мг/с



# Макролиды

- Джозамицин
- 40-50 мг/кг/с в 2 приема до 2000 мг/с
- Кларитромицин
- 15 мг/кг/с в 2 приема до 1000 мг/с



Местные антибиотики только при перфорации в комплексе с системными

- Офлоксацин ( Данцил, унифлокс)
- Ципрофлоксацин (Ципромед)
- Рифамицин (Отофа)



# Экссудативный средний отит

Экссудативный отит — патология среднего уха, при которой в барабанной полости постепенно накапливается выпот (экссудативная жидкость). Поскольку экссудат содержит в своем составе белки, его вязкость со временем значительно увеличивается, что приводит к тугоухости. Заболевание нередко протекает без выраженного болевого синдрома, а нарушения слуха развиваются медленно, что не позволяет своевременно заподозрить проблему.



# Основные причины обструкции слуховой трубы:

- Аллергические реакции;
- Воспаление слизистой ЛОР-органов (риниты, фарингиты, тонзиллиты, синуситы);
- Гипертрофированные аденоиды;
- Опухоли, лимфоидные скопления;
- Пороки развития (искривление носовой перегородки, расщепление верхнего неба, крупные носовые раковины);
- Слабый иммунитет;
- Генетическая предрасположенность.

# Симптомы

- Протекает преимущественно бессимптомно. При длительном течении пациенты отмечают снижение слуха. Боль в ушах встречается в основном при острой форме, носит эпизодический характер.
- Симптомы:
  1. Ощущение щелканья в ушах при глотании;
  2. Давление и чувство заложенности;
  3. Дискомфорт при разговоре от собственного голоса;
  4. Ощущение, что внутри уха переливается жидкость.

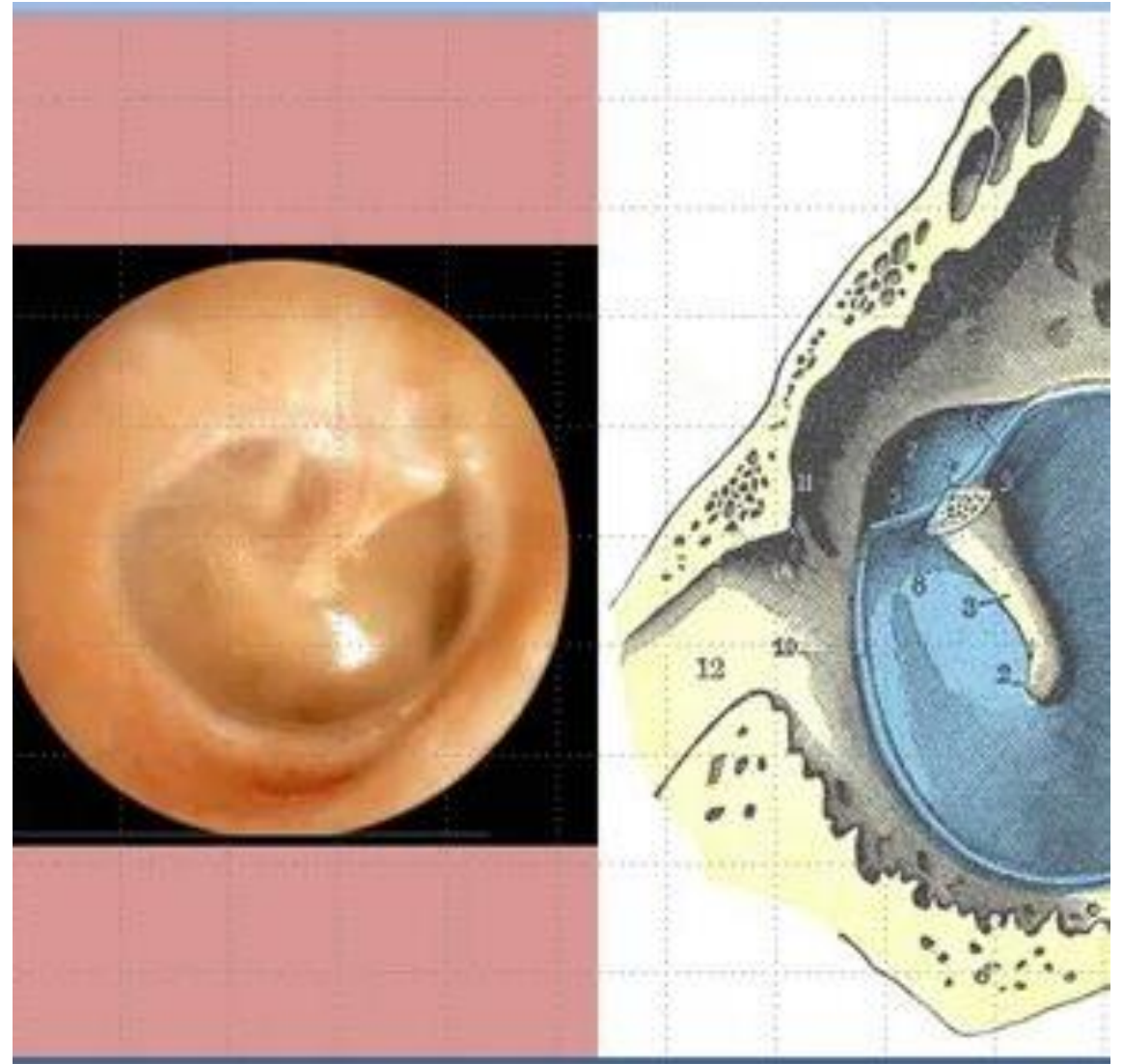


- Внешне экссудативный отит у взрослых проявляется изменением цвета барабанной перепонки на сероватый или желтоватый. На осмотре у лор-врача обнаруживаются усиленные опознавательные знаки, смещение светового рефлекса, ретракция легкой или умеренной степени выраженности. Через перепонку могут быть видны воздушные пузырьки или газо-жидкостной уровень.

При остром гнойном среднем отите воспалительные изменения возникают не только в слизистой оболочке, но и в прилежащей к ней надкостнице. Выделяется воспалительная жидкость сначала серозного, а затем и гнойного характера.



- Диагноз выставляется на основе клиники со слов больного, отоскопии, осмотра носоглотки. При необходимости оториноларинголог выполняет тимпанометрию (исследование эластичности перепонки и давления внутри полости среднего уха) для подтверждения наличия экссудата. При подозрении на опухоль рекомендовано КТ пораженной зоны.



# Лечение

- Суть терапии заключается в воздействии на причину. Врач убирает очаг инфекции или устраняет порок, провоцирующий отек.
- **Консервативная терапия**
- Если патология вызвана сторонним воспалением (обычно в носоглотке), назначаются противовоспалительные и антибактериальные средства. Необходимо также проводить терапию основного респираторного заболевания: сосудосуживающие капли, назальные спреи с кортикостероидами наподобие мометазона. При остром аллергическом экссудативном среднем отите нос промывают солевыми растворами, закапывают гидрохлорид азеластина. Внутрь при всех состояниях рекомендуют антигистаминные, для снятия отека (особенно при сопутствующей аллергии).

## Капли в уши

- Анауран (Лидокаин + Неомицин + Полимиксин В) – с 1 года.  
Донцил (офлоксацин) – с 1 года  
Кантибиотик (хлорамфеникол+ Клотримазол + беклометазон + лидокаин) – с 6 лет  
Комбинил (Ципрофлоксацин + дексаметазон) – с 1 года  
Нормакс (норфлоксацин) - с 18 лет  
Отофа (рифамицин) – с 0  
Полидекса для уха (Дексаметазон + Неомицин + Полимиксин В) – с 0  
Сафрадекс (Фрамицетин + Грамицидин + Дексаметазон) – с 1 года

# Выводы

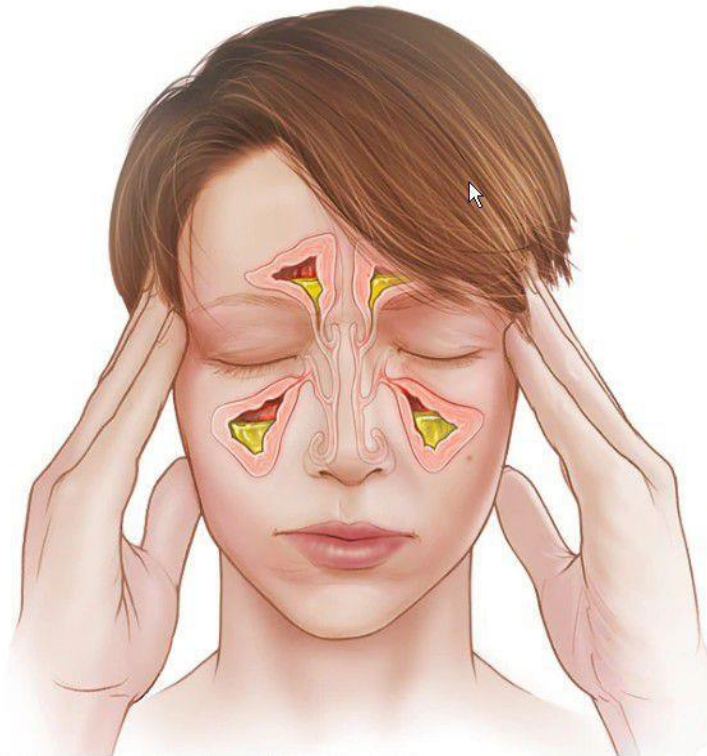
- Отоскопия в педиатрии важна, она позволяет провести дифференциальную диагностику состояний у маленьких детей. Также помогает вести динамическое наблюдение детей с заболеваниями уха при невозможности посещения ЛОР-врача. Цель отоскопии – осмотр наружного слухового прохода и барабанной перепонки. Главное в отоскопии – свет и максимальная широта обзора. Отоскоп, это доступно. Первостепенное, что необходимо при боли в ухе – общее обезболивание. Острый средний отит – в большинстве случаев требует системной антибактериальной терапии, важно знать показания к наблюдению. Не рекомендуется использование местных АБ при сохранении целостности БП при ОСО. Не рекомендуется использовать местное обезболивание при НЕ уверенности в целостности БП.

- При установлении диагноза «Острый средний отит», необходима консультация ЛОРа. При решении о начале антибиотикотерапии, рекомендуется использовать ступенчатое назначения АБ по клиническим рекомендациям. При подозрении на острый мастоидит, рекомендуется экстренное направление в стационар, минуя посещение амбулаторного ЛОРа.
- Экссудативный средний отит требует наблюдение ЛОРа/сурдолога. При подозрении на наружный отит, рекомендована консультация ЛОР-врача. Не рекомендуется использование местных препаратов, содержащих аминогликозиды, не будучи уверенным в целостности БП.



# Острые заболевания Околоносовых пазух

- **Синусит**– воспалительное заболевание слизистой оболочки околоносовых пазух носа инфекционного происхождения



# СИМПТОМЫ:

- Иногда синусит у детей увидеть сложнее, чем синусит у взрослых. Заболевание развивается обычно после перенесенных инфекций: гриппа или ангины, часто сопровождается отитом. Симптомы носят как бы «смазанный» характер и проявляются слабее, чем у взрослых. Вот основные из них:
- гнойные или слизистые выделения из носа;
- общая слабость, недомогание;
- резкий запах изо рта.
- При синусите у детей чаще воспаляется одна сторона лица. Если синусит у взрослых часто сопровождается головной болью, то у детей головная боль встречается крайне редко.
-



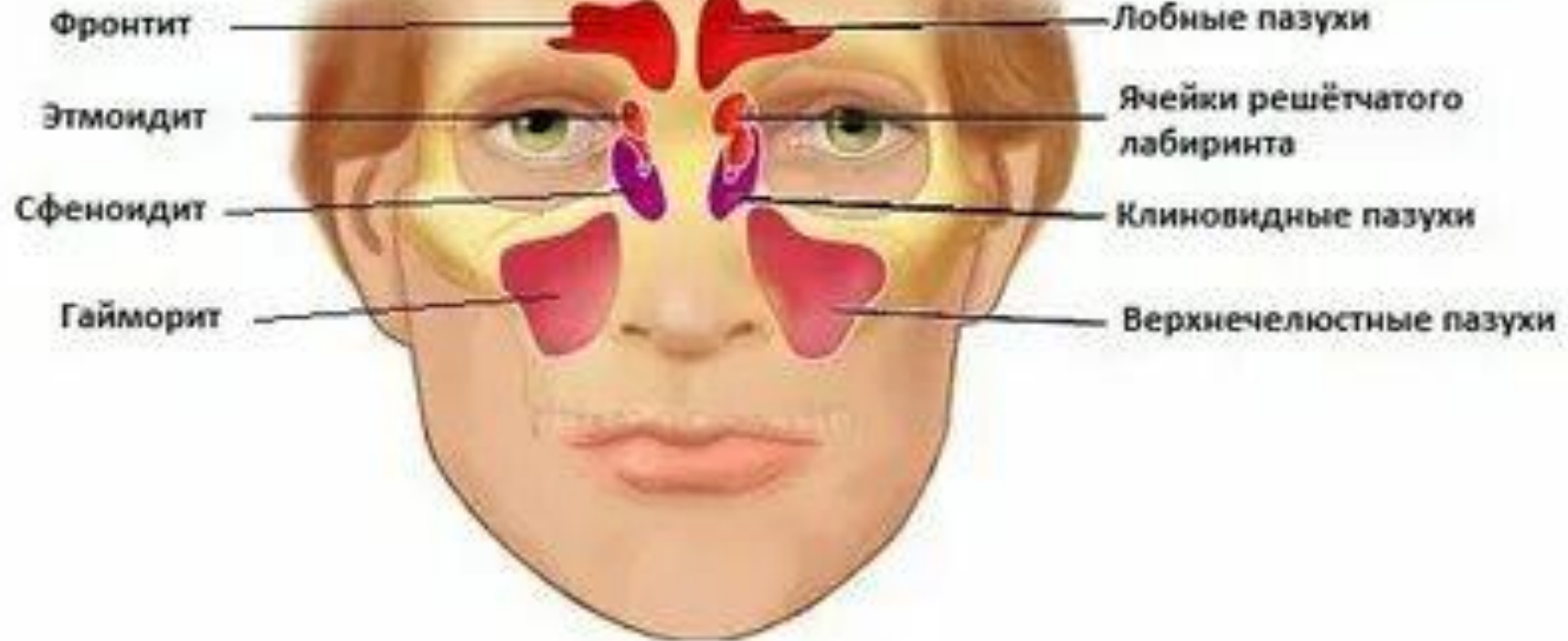
# Виды СИНУСИТОВ

- Различают несколько видов синуситов:
- *гайморит*;
- *фронтит*;
- *этмоидит*;
- *сфеноидит*, но последний вид синусита встречается крайне редко и почти всегда вместе с этмоидитом.

# Виды синусита

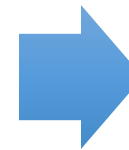
Вид синусита

Название пазухи, слизистая которой воспаляется:



# Гайморит

**Гайморит** – один из самых распространенных видов синусита. Это заболевание сопровождается воспалением в верхнечелюстной и гайморовых пазухах. Во время воспаления происходит отек слизистой, который перекрывает отверстие из пазухи в полость носа. В пространстве пазухи начинает скапливаться слизь, размножаются болезнетворные бактерии, появляется гной. Внутри полости происходит давление на сосуды, и человек начинает чувствовать давящую боль в месте скопления гноя.



Хронический гайморит – результат долгого воспалительного процесса, когда человек болел гайморитом уже более 2-х месяцев. У больного появляется общая слабость, выделения из носа отличаются неприятным запахом, нарушается обоняние, появляется ночной кашель. Для хронического гайморита характерно воспаление только одной пазухи, правой или левой. Давление в пазухе может вызвать искривление носовой перегородки.



# Инструментальные диагностические исследования

- Не рекомендовано проведение эндоскопической эндоназальной ревизия полости носа, носоглотки при ОС.
- Комментарии: Современные типы эндоскопов, как жестких, так и гибких, позволяют осуществить более детальный осмотр полости носа, соустьей околоносовых пазух и носоглотки. Однако, в большинстве случаев ОС эндоскопическое исследование не имеет более высокого уровня информативности по сравнению с передней риноскопией.

лобная  
пазуха

решетчатый  
лабиринт

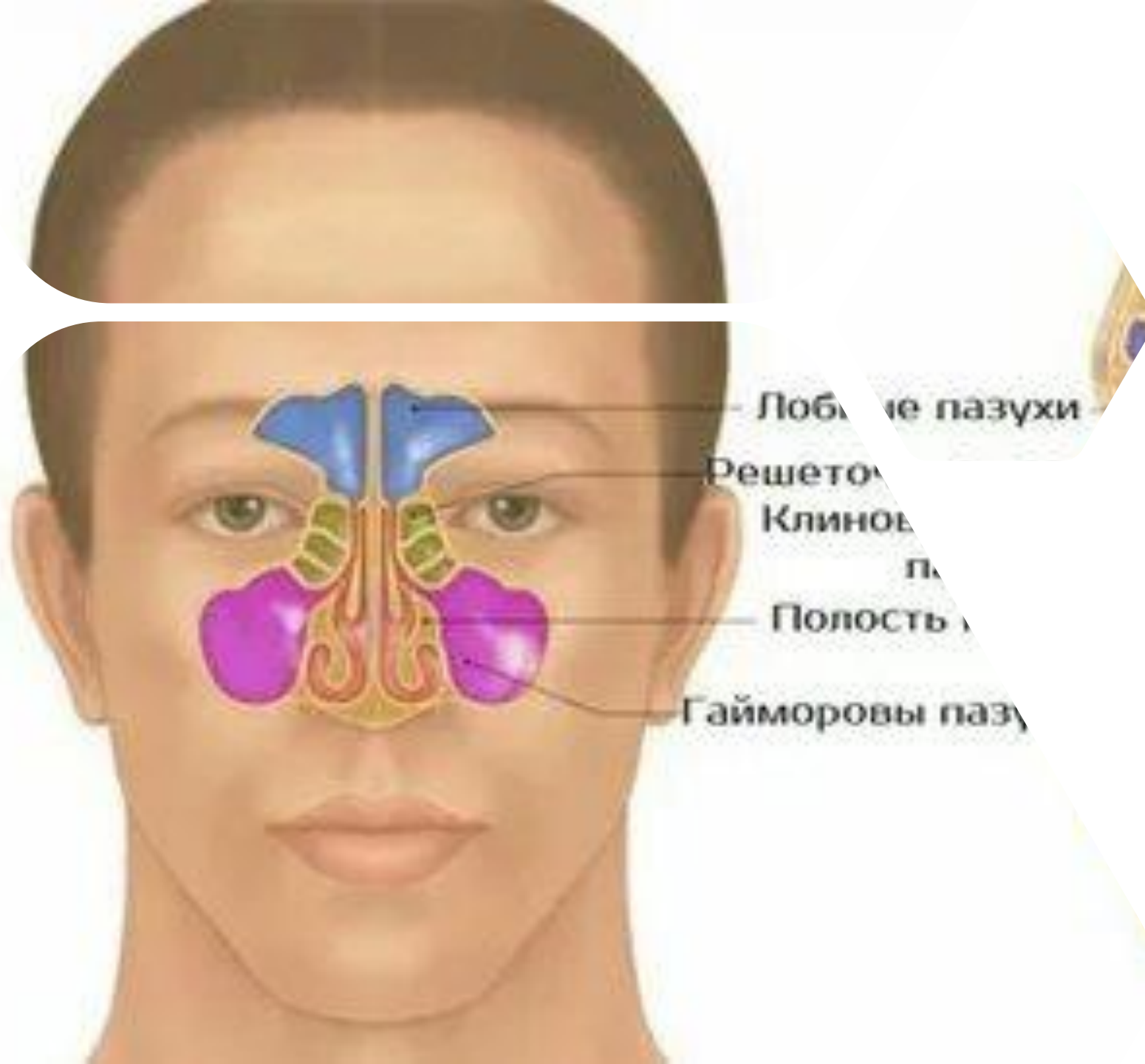
гайморова  
пазуха

- Рекомендовано проведение рентгенографии придаточных пазух носа пациентам со среднетяжелым и тяжелым течением ОС, а также в сложных диагностических ситуациях при невозможности проведения КТ

воспаление  
и слизь  
во всех пазухах

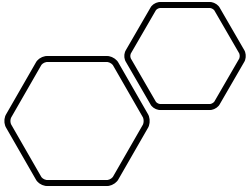
канал, по  
которому  
воздух поступает  
в гайморову  
пазуху

при синусите



## Дифференциальная диагностика ОС у детей с аденоидитом

- Общие признаки
- Схожие назальные симптомы (заложенность носа, кашель, обусловленный пост-назальным затеком, реже при аденоидите отмечаются выделения из носа). У детей младше 10-12 воспалительные изменения в полости носа и ОНП всегда сопровождаются реактивным воспалением глоточной миндалины (аденоидитом)



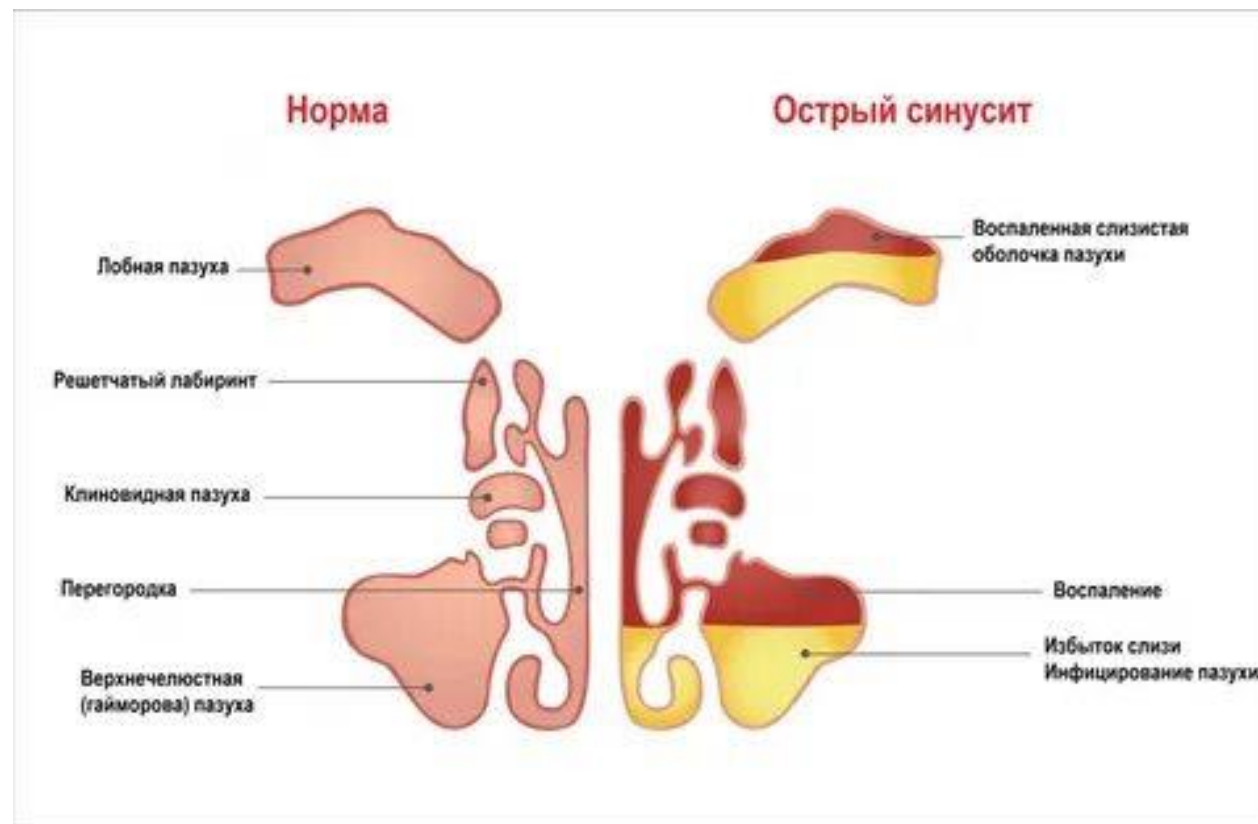
## Различие/дифференциально-диагностические критерии

- У детей в возрасте младше 10-12 лет, которым не проводили аденотомию, при жалобах на «острый насморк» грань между ОС и аденоидитом очень условна. В отдельных случаях дифференциальная диагностика проводится на основании данных эндоскопического исследования полости носа и носоглотки на основании выявления скопления секрета в среднем носовом ходе при незначительном его количестве в носоглотке, что больше характерно для ОС. У детей дошкольного возраста при отсутствии признаков внутричерепных и орбитальных осложнений, а также при отсутствии критериев для постановки диагноза острый бактериальный синусит, целесообразнее в качестве основного диагноза выставлять «аденоидит» или «острый назофарингит».



## Основные направления терапии острых синуситов

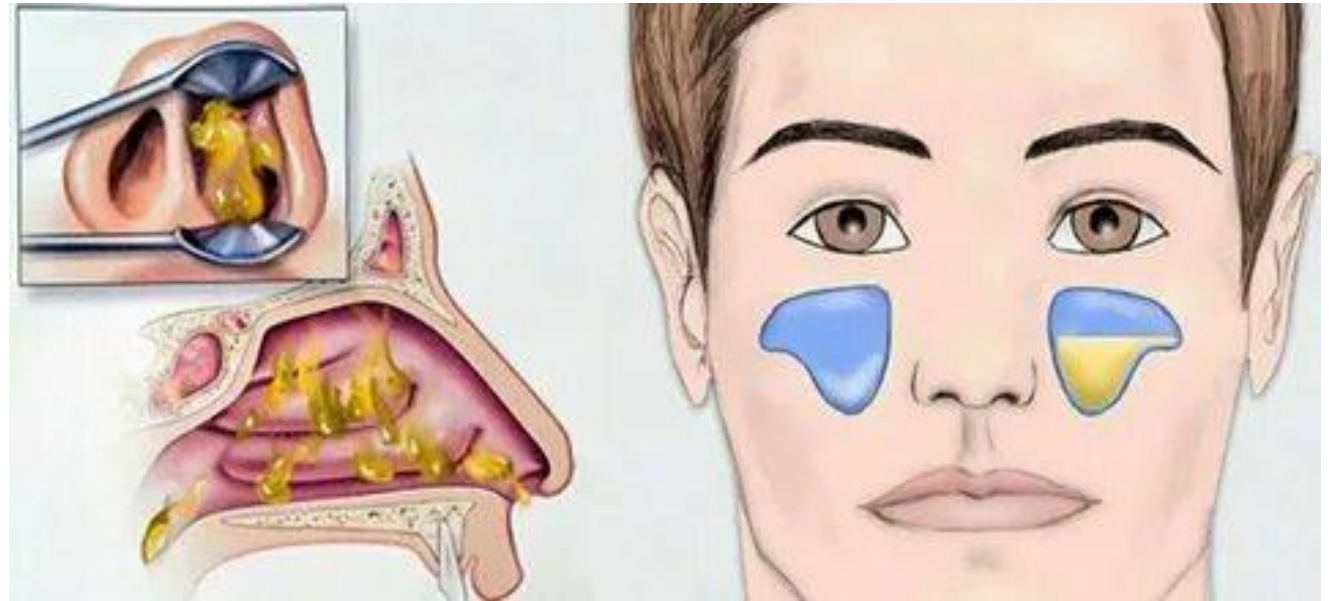
- Ликвидация очага инфекции
- Устранение явлений воспаления
- Восстановление проходимости соустьев
- Эвакуация отделяемого из пазух



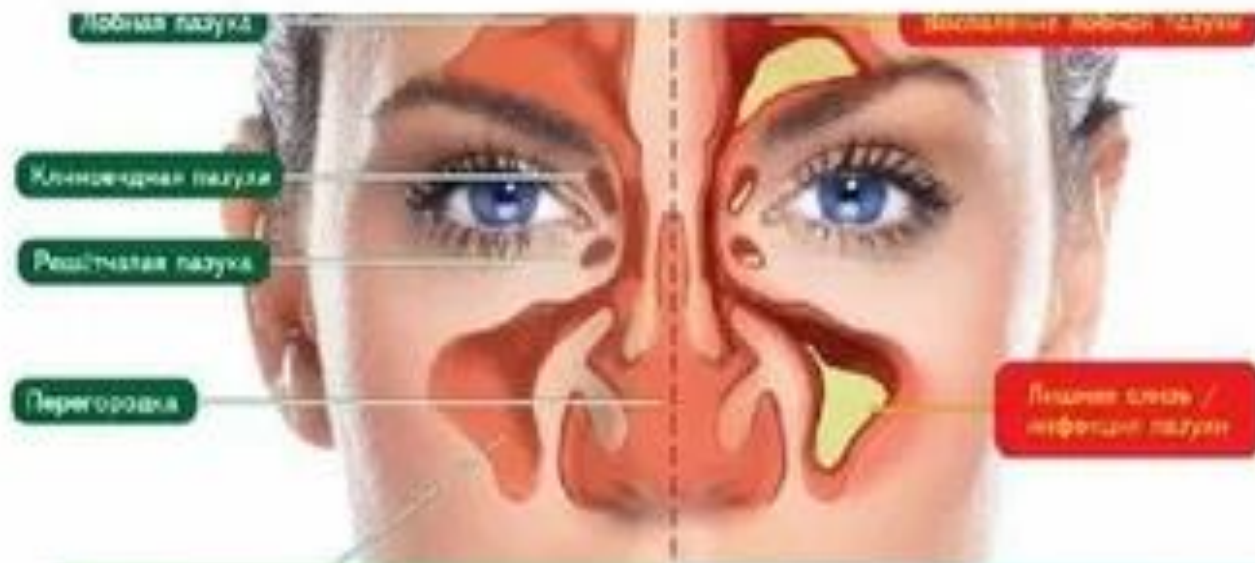


# Консервативное лечение

- Рекомендовано назначение системной антибактериальной терапии пациентам с острым синуситом при наличии показаний.



# Лечение синуситов



- Антибактериальная терапия показана при среднетяжелой, тяжелой форме острого синусита. При легкой форме антибиотики рекомендуются только в случаях рецидивирующей инфекции верхних дыхательных путей и клинической симптоматики  $\geq 5-7$  дней. А также антибактериальная терапия проводится пациентам с тяжелой сопутствующей соматической патологией (сахарный диабет и др.) и у иммунокомпрометированных пациентов.

- Стартовая эмпирическая терапия
- Амоксициллин внутрь в дозе 50-60 мг/кг.
- Амоксициллин+ Клавулановая кислота внутрь 500/125 мг 3 раза в сутки или 875/125 мг 2 раза в сутки или
- Цефуроксим 250-500 мг 2 раза в сутки
- Цефиксим по 8 мг/кг/сутки 1-2 раза в день,
- Цефдиторен внутрь 200 мг 2 раза в сутки

- При непереносимости бета-лактамов для амбулаторных пациентов – джозамицин по 50 мг/кг/сутки 2 раза в день, кларитромицин\* по 15 мг/кг/сутки 2 раза в день.





Рекомендовано назначение  
местной антибактериальной  
терапии пациентам с ОС  
при наличии показаний и  
отсутствии противопоказаний

- Антибактериальные препараты для местного применения (на слизистые оболочки) могут назначаться в комплексе с системным применением антибиотиков, а также в качестве монотерапии или в комбинации с противовоспалительными препаратами и отхаркивающими муколитическими препаратами в лечении пациентов с лёгким течением ОС, имеющих признаки бактериального воспаления, в частности, выделения из носа гнойного характера. Клинический эффект применения антибактериальных препаратов для местного применения должен оцениваться врачом через 3-4 дня от начала терапии, при отсутствии положительного эффекта рассмотрен вопрос о необходимости использования антибактериальных препаратов системного действия.

- Рекомендовано назначение элиминационно-ирригационной терапии пациентам с ОС с целью оптимизации туалета полости носа.
- Промывание полости носа изотонической стерильной морской водой и гигиеническими средствами на основе стерильных изотонических солевых растворов для элиминации вирусов и бактерий включено в лечение острых Риносинуситов У взрослых и детей как отечественными, так и зарубежными рекомендательными документами.





- Рекомендовано назначение назальных форм противоконгестивных средств - альфа-адреномиметиков пациентам с ОС с целью разгрузочной терапии.
- У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин с 2х лет.



- 
- Рекомендовано назначение мукоактивной терапии пациентам с ОС с целью нормализации работы мукоцилиарного эпителия, разжижения и облегчения эвакуации патологического отделяемого
  - Вещества, содержащие свободные SH-группы, например, ацетилцистеин, способны оказывать прямое муколитическое действие и быстрый муколитический эффект на любой вид секрета. Ацетилцистеин\* применяют в комплексной терапии синуситов в виде ингаляций, введения в полости при наложении синус-катетера или пункции. Муколитическим действием обладают также препараты, снижающие поверхностное натяжение, разжижающие как мокроту, так и носоглоточный секрет. К этой группе относится карбоцистеин. Карбоцистеин нормализует количественное соотношение кислых и нейтральных сиаломуцинов носового секрета, восстанавливает вязкость и эластичность слизи.



- Рекомендовано назначение средств растительного происхождения всем пациентам с ОС с доказанным противовоспалительным и муколитическим действием при отсутствии противопоказаний с целью ускорения разрешения симптомов заболевания
- Эффективными препаратами с выраженным секретолитическим, секретомоторным и противовоспалительным действием для лечения ОС является Синупрет в состав которого входят компоненты нескольких лекарственных растений, миртол и Умкалор.



