

ФАРМАКОТЕРАПЕВТИЧНО
РЪКОВОДСТВО
ПО
УШНО-НОСНО-ГЪРЛЕНИ БОЛЕСТИ

ПРЕДГОВОР

Една от най-честите патологии в ежедневната дейност на практикуващите лекари са заболяванията на ушите, носа и устната кухина. В повече УНГ органите принадлежат към три различни функционални системи – нервна, дихателна и храносмилателна, но са в морфологично единство. При това много често възникват проблеми налагащи адекватно и спешно реагиране. Недостатъчният брой часове за обучение по Оториноларингология в Медицинските университети от една страна и много важният момент за липсата на достъпна, с практическа насоченост специфична литература от друга страна (последното помагало е от 1976г.) са сериозна пречка за оказване на компетентна помощ на пациента.

В последните години се разгърнаха и възможностите за съвременна малка хирургична терапия и в амбулаторни условия. Появата на голямо разнообразие на антибиотици и нови други фармакологични средства поставят необходимостта от наличие на бързи справочници в ежедневието.

С цел да задоволи острата нужда от съвременно ръководство за диагностика и терапия на заболяванията на ушите, носа и гърлото нашият колектив се зае да подготви този справочник, който ще бъде в помощ на личните лекари, терапевти, педиатри, невролози и най-вече оториноларинголози в тяхната ежедневна дейност.

Забележка:

Лечението с неразрешени за употреба лекарствени продукти се извършва при условията и по ред, определени с Наредба № 10 от 17 ноември 2011 г. за условията и реда за лечение с неразрешени за употреба в Република България лекарствени продукти, както и за условията и реда за включване, промени, изключване и доставка на лекарствени продукти от списъка по чл. 266а, ал. 2 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина (обн. ДВ бр.95 от 2.12. 2011г., доп. ДВ бр.24 от 12.03. 2013г.) на министъра на здравеопазването.

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА УХОТО

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

Вродени аномалии на външното ухо

Вродените аномалии на външното ухо могат да бъдат изолирани, или по-често са част от комбинирани малформативни синдроми, дължащи се на изменения в онтогенетичното развитие.

✓ Липса и малка ушна мида – *anotia et microtia* - са предимно с наследствен характер. Диагнозата е лесна. Лечението е много труден проблем за пластично-възстановителната хирургия;

✓ Голяма ушна мида – *macrotia*. Лечението е само оперативно;

✓ Клепнали ушни миди – *otopostasis s. otoclysis* – оперативна корекция в подходяща възраст;

✓ Вродени околоушни фистули – *fistula auris congenita* – хирургично лечение;

✓ Атрезия на външния слухов проход – *atresia meatus acustici externi* – често се комбинира с недоразвитие на средното ухо. Хирургическа интервенция обикновено се прилага след 12 годишна възраст;

✓ Придобита атрезия и стеноза на външния слухов проход (ВСП). Обикновено са посттравматични, при екземи, изгаряния, малигнено протичащи възпаления на ВСП и други. Лечението на тези отклонения е изключително оперативно.

✓ Othematoma - състояние, при което се събира количество кръв в областта на ушната мида, между кожата и хрущяла, най- често при “тъпа” травма. Диагнозата се поставя при оглед на ушната мида. Лечението е оперативно, като се пунктира и инцизира хематома. Последвано от мазева превръзка.

Фармакологично лечение:

Първи избор	
Amoxicillin	Оралната ДД за деца с т.м. под 40 kg е от 40 до 90 mg/kg, разделена 2 до 3 приема. МДД е 3000 mg. Обичайната орална ДД Amoxicillin за деца над 40 kg и за възрастни варира от 1000 до 3000 mg, разделени в 2 до 3 приема.
Втори избор	
Cefuroxime Axetil (Второ поколение Цефалоспорини)	гранули за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 125 mg/5 ml във флакони по 50 ml и 250 mg/5 ml във флакони по 50 и 100 ml; филм-таблетки по 250 и 500 mg . Оралната ДД Cefuroxime за деца от 3 месеца до 12 год. е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа.

Трети избор	
Cefpodoxime Proxetil	<p>филм. таблетки 100 и 200 mg прах за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 40 mg/5 ml във флакони по 50 и 100 ml. На <i>възрастни</i> Cefpodoxime се прилага орално в доза 100 до 200 mg/12 h.</p> <p>При кърмачета под 6 мес. и деца до 11 г. ДД Cefpodoxime 8 mg/kg (1 ml/kg от приготвената суспензия), разделена на два приема.</p> <p>Деца с т.м. ≤ 25 kg могат да приемат 1 таблетка от 100 mg/12 h. Цефподоксим не се прилага при новородени на възраст под 15 дни.</p>

Продължителност на лечението:

Лечението с широкоспектърни антибиотици продължава между 7-10 дни.

✓ Чужди тела във външния слухов проход *Corpora Aliena meathi acustici externi*. Най-често се среща при малки деца.

Оперативно лечение:

Извършва се екстракция чрез специфичен подход при набъбващи и при живи чужди тела. Например при живи чужди тела е необходимо те да бъдат убити или обездвижени най-често с мазнина или спирт.

Изгаряне на ушната мида-Combustio Auricule.

Различават си три степени на изгаряне- 1ва степен -зачервяване на кожата, 2ра степен- мехурчета, 3та степен-некроза.

Лечение:

Почистване на некротичните участъци
<p>Мазеви превръзки с:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Rethinol Palmitat/Ergocaciferol -Тюл от ленени влакна, импрегниран с Parafinum Album с 0,5 % Chlorhexidine Acetat.
Антибактериална превръзка с нанокристално сребро.

Измръзване на ушната мида Congelacio Auricule .

Лечение:

Почистване на некротичните участъци
Мазеви превръзки с: - Rethinol Palmitat/Ergocaciferol -Тюл от ленени влакна, импрегниран с Parafinum Album с 0,5 % Chlorhexidine Acetat.
Антибактериална превръзка с нанокристално сребро.

ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

ОБЩИ ОСНОВНИ СИМПТОМИ ПРИ ВЪЗПАЛИТЕЛНИТЕ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

1. Силна болка в ухото
2. Сърбеж
3. Често гноен ексудат
4. Намаление на слуха, субективно “ заглъхване”
5. Общи симптоми на възпалителен процес
6. Оглед-еритема и едем на кожата на ушния канал

Обикновено се причинява от грам отрицателни бактерии (*Pseudomonas aeruginosa*, *Proteus*), или гъбички (*Aspergillo*sis),които се развиват при висока влажност.

Основното правило при лечение на външния отит е предпазване на ухото от допълнително овлажняване и от механично увреждане чрез разчесване. Тъй като се получават и тежки усложнения, особено при имунокомпрометирани пациенти (например пациенти със захарен диабет) се насочва за лечение от специалист.

ПЕРИХОНДРИТ-Perichondritis auriculae

Клинично се изявява с локални и общи симптоми на възпалителен процес.

Лечение:

Локално антибиотично лечение
Gentamicin unguent, Neomycin ung.-2-3 пъти на ден до възстановяване цвета и плътността на засегнатия участък.
Системно антибиотично лечение

Флуорохинолони-В зависимост от тежестта на инфекцията ДД се назначава орално или под форма на 30 до 60-минутна i.v. инфузия в 1 или 2 апликации на ден. -Levofloxacin 1 x 500 mg за 7-14 дни. Перорално и парентерално могат да се прилагат еднакви дози, предвид биоеквивалентността на Levofloxacin. Продължителността на терапията се определя, от хода на заболяването. Както при всяка антибиотична терапия, прилагането на Levofloxacin продължава от 48 до 72 ч., след установяване унищожаването на бактериалната инфекция.

Противовъзпалително лечение

Нестероидни противовъзпалителни лекарствени средства(НСПВС)

- Diclofenac -при възрастни 2 x 150 mg в комбинация с инхибитор на протонната помпа Omeprazol, Esomeprazol в профилактична доза от 20 mg. поради повишаване на киселинността в стомаха.
- Ibuprofen syr./tabl.- ДД при деца 0,5 mg/kg разпределен в 3 дози на ден. ДД при възрастни 5 mg/kg разпределена в 3 дози.

Продължителност на лечението: Комплексното антибиотично лечение в комбинация с НСПВС продължава 14-21 дни, поради наличие на гноен ексудат.

-при нужда - оперативно.

Червен вятър- Erysipelas auriculae.

Етиологията включва Бета Хемолитичен стрептокок от група А. Диагноза- хиперемизирана, втвърдена, с резки граници ограничена зона на ушната мида, с регионален изразен лимфаденит.

Лечение:

Антибиотичното лечение е препоръчително:

Първи избор	
Amoxicillin	Оралната ДД за деца с т.м. под 40 kg е от 40 до 90 mg/kg, разделена 2 до 3 приема. МДД е 3000 mg. Обичайната орална ДД Amoxicillin за деца над 40 kg и за възрастни варира от 1000 до 3000 mg, разделени в 2 до 3 приема.
Amoxicillin/Clavulanic Acid	Назначава се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 kg) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 kg. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.
Цефалоспорини първо поколение	На <i>възрастни</i> и деца с т.м. над 40 kg с НБФ се назначава <i>орално</i> от 500 до 1000 mg/12 h. При възрастни пациенти с УБФ

Cefadroxil	цефадроксил се прилага в ЕД 500 mg през различни интервали в зависимост от КК. При КК < 10 ml/min интервалът е 36 h, при КК 10–25 ml/min – 24 h и при 25–50 ml/min – 12 h. (2) На деца с т.м. под 40 kg се назначава в ДД от 30-50 mg/kg, разделена в два орални приема
При наличие на алергични реакции към пеницилини, подходяща алтернатива са	
Макролиди Azithromycin	ДД азитромицин на възрастни се предписва в един прием 1 h преди или 2 h след хранене. Лечението продължава 5 дни, като в повечето случаи при възрастни азитромицин се назначава 500 mg първия ден и по 250 до 500 mg/24 h от 2-ия до 5-ия ден
Втори избор	
Cefuroxime Axetil (Второ поколение Цефалоспорини)-	гранули за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 125 mg/5 ml във флакони по 50 ml и 250 mg/5 ml във флакони по 50 и 100 ml; филм-таблетки по 250 и 500 mg Оралната ДД Cefuroxime за деца от 3 месеца до 12 год. е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа
Трети избор	
Cefpodoxime Proxetil (Трето поколение Цефалоспорин)	таблетки 100 и 200 mg (оп. по 10 и 20 бр.); прах за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 40 mg/5 ml във флакони по 50 и 100 ml На <i>възрастни</i> Cefpodoxime се прилага орално в доза 100 до 200 mg/12 h. При кърмачета под 6 мес. и деца до 11 г. ДД Cefpodoxime 8 mg/kg (1 ml/kg от приготвената суспензия), разделена на два приема. Деца с т.м. ≤ 25 kg могат да приемат 1 таблетка от 100 mg/12 h. Cefpodoxime не се прилага при новородени на възраст под 15 дни

Продължителност на лечението: Антибиотичното лечение трябва да започне своевременно и продължава до 14 дни.

Приложението на антипиретици и аналгетици облекчава симптомите и дискомфорта на пациента по време на лечението:

Methamizol sodium	amp. 1000 mg 2x1 в интервал от 12 часа
Paracetamol	tabl. 500 mg syr. 120 mg./ 5ml 100 ml. прием в интервал от 4 часа в изчислена доза на кг. за деца

Impetigo на ушната мида Impetigo contagiosa auriculae

Среща се предимно у децата. Причинители са стафилококи или стрептококи.

Лечение:

<p>Локално Антибиотично лечение</p>	<p>Mupirocin ung. локално в областта на засегната зона и стерилни превръзки</p>
<p>Системно Антибиотично лечение</p>	
<p>Първа линия на лечение</p>	
<p>Цефалоспорици Второ поколение Cefalexin</p>	<p>в дози 1 g - 4 g за 24 часа, разпределена в три или четири приема. За деца дневна доза 25 - 50 mg на килограм телесна маса в четири приема на 6 часов интервал</p>
<p>Втора линия на лечение</p>	
<p>Ceftriaxone</p>	<p>прах за инжекционен разтвор във флакони по 1 и 2 g- За венозно инжектиране 500 mg субстанция се разтваря с 10 ml стерилна двойно дестилирана вода и се въвежда в продължение на 3–4 min. При необходимост от по-високи дози Ceftriaxone се въвежда венозно капково, като 2 g субстанция се разтваря в 40 ml разтворител. Инфузията продължава 10–15 min. ДД се прилага в 1 апликация. (1) На възрастни и деца над 12 г. Ceftriaxone се инжектира по 1 g/24 h мускулно. Дози по-големи от 1 g се въвеждат венозно. МДД Ceftriaxone за възрастни е 4 g. На деца под 12 г. антибиотикът се прилага мускулно от 20 до 80 mg/kg/24 h, а на новородени – до 50 mg/kg/24 h.</p>
<p>Cefpodoxim Proxetil (Трето поколение Цефалоспорин)</p>	<p>таблетки 100 и 200 mg (оп. по 10 и 20 бр.); прах за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 40 mg/5 ml във флакони по 50 и 100 ml На <i>възрастни</i> Cefpodoxime се прилага орално в доза 100 до 200 mg/12 h. При кърмачета под 6 мес. и деца до 11 г. ДД Cefpodoxime 8 mg/kg (1 ml/kg от приготвената суспензия), разделена на два приема. Деца с т.м. ≤ 25 kg могат да приемат 1 таблетка от 100 mg/12 h. Cefpodoxime не се прилага при новородени на възраст под 15 дни</p>
<p>Трета линия на лечение</p>	

<p>Линкозамиди Clindamycin</p>	<p>На възрастни се назначава орално от 150 до 450 mg/6h продължение на 10 до 14 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект на Clindamycin върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно на възрастни клиндамицин се прилага обикновено в ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации.</p> <p>Оралната ДД клиндамицин за деца варира от 10 до 20 mg/kg, разделена на три еднакви ЕД. Мускулно или венозно на новородени клиндамицин се назначава в ДД от 15 до 20 mg/kg, а на деца над >1 мес. от 20 до 40 mg/kg. ДД се разделя на 3 до 4 апликации.</p>
------------------------------------	--

Продължителност на лечението: Лечението е системно и продължително. Антибиотичното лечение продължава 7-10 дни.

Себороичен дерматит Dermatitis seborrhoica

Патогномоничен е силният сърбеж.

Лечение:

Антибиотици и кортикостероиди-локално :

-Gentamicin sulfate/Betamethasone dipropionate ung. три пъти дневно върху подсушен участък. Лечението продължава до 14 дни след отшумяване на симптомите.

Екзема на външното ухо- Eczema Auriculae et Meatus acustici externi

Инфекциозно алергично заболяване-клиника, силен сърбеж, кожни промени с десквамация .

Лечение:

<p>Локално</p>	<p>Кортикостероидни мази:</p> <p>Clobetasol Propionat ung</p> <p>Betamethason ung.</p> <p>Methylprednisolone Aceponate ung.</p> <p>Приложение върху подсушен, не голям участък за не повече от 10 дни.</p>
<p>Антихистамини</p>	<p>Dimetindene maleate gel- Приложение до три пъти на ден върху засегнатите участъци.</p> <p>Chloropyramine hydrochloride ung./cream 3 пъти на ден върху засегнатите участъци за период от 5-7 дни.</p>

Продължителност на лечението: Антибиотичното лечение продължава от 7-10 дни в зависимост от тежестта на екземата. Локалното лечение продължава 14 дни при наличие на резултат.

✓ Ушна кал-сегумен е защитна реакция, която се произвежда от външната част на ушния канал. По принцип тя се самопочива. Диагноза - клинична и отоскопична. Лечение-промивка само ако тъпанчевата мембрана не е засегната и при липса на патологична ексудация от ВСП. Да не се използват струйни иригатори, които водят до перфорация на мембраната, като се спазват правилата за извършване на последната. При високо рискови пациенти- имунокомпрометирани, деца, пациенти в напреднала възраст е уместна аспирация, при подготовка на пациента.

✓ Pruritus Auris Externa

Изявява се със сърбеж във външния слухов проход - местна проява на общо заболяване. Често е симптом на диабет, хепатопатия, паразити и други. Терапията е локална- кортикостероидни кремове. Да се избягва употребата на сапун и вода и разчесването.

✓ Цирей във външния слухов проход Otitis externa circumscripta.

Най-често се причинява от стафилококи. Клиника-много силни болки в ухото, увеличени регионарни лимфни възли.

Лечение:

Локално	Sol. Rivanoli и Ichtioli ung. 10 %.
Парентерално Антибиотично лечение	
Първа линия на лечение	
Беталактамни антибиотици от групата на пеницилините	
Ampicillin	гранули за приготвяне на суспензия с концентрация 250 mg/5 ml във флакони по 60 и 100 ml (оп. 1 бр.); капсули 500 mg .На възрастни се прилага в доза от 500 mg до 2 g/6 h p.o. (1–2 h преди хранене), i.m. или i.v. На новородени до седем дни се инжектира в ДД 50 mg/kg i.m. (i.v.), разделена в две апликации през 12 h. На кърмачета и по-големи деца Ampicillin се прилага венозно, мускулно или орално в ДД от 50 до 200 mg/kg, разделена на 4 до 6 апликации
Цефалоспорини втора генерация	
Cefuroxime Axetil	При възрастни и деца над 12 год. курса на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция препаратът трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15 mg/kg. ДД се разделя на 2 приема през 12 h. Максимална доза: 6 g дневно.

Втора линия на лечение

Clindamycin	<p>150 mg/ml solution for injection- На възрастни се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 10 до 14 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект на Clindamicyn върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно на възрастни Clindamycin се прилага в ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации.</p> <p>Оралната ДД Clindamycin за деца варира от 10 до 20 mg/kg, разделена на три еднакви ЕД. Мускулно или венозно на новородени Clindamycin се назначава в ДД от 15 до 20 mg/kg, а на деца над >1 мес. от 20 до 40 mg/kg. ДД се разделя на 3 до 4 апликации.</p>
-------------	--

Парентералното Антибиотичното лечение продължава 5-7 дни. При добър отговор продължава per os още 5 дни поради наличие на гноен ексудат. При нужда се извършва инцизия на фурункула при липса на терапевтичен отговор.

✓ Отомикоза –Otomycosis

Етиологията: Микоза причинена от *Aspergiosa* или *Candida*

Диагнозата е отоскопична.

Лечение:

Чести аспирации на ВСП с локално приложение на Антимикотични средства във ВСП :

- Clotrimazole 1 % cream
- Ketokonazol 2 % cream
- Naftitine Hydrochloride 2% gel

Тънък слой от антимикотичните препарати се нанася с леко втриване върху засегнатите участъци от кожата или лигавицата 2 до 3 пъти дневно, за период до 4 седмици.

НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

Доброкачествени новообразувания на външното ухо. Лечение-оперативно

- келоиди
- атероми
- екзостози
- фиброми
- миксоми
- хондроми
- хемангиоми
- лимфамгиоми

ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

Melanoma Auriculae

Sarcoma Auricule

Най-често срещаната неоплазия на ушния канал е плоско клетъчния карцином. Трудно се подава на лечение и има много висока честота на смъртност.

Лечението:

- оперативно
- лъчелечение
- химиотерапия.

ОТКЛОНЕНИЯ В СЛУХА

Оценяването на слуха – аудиология се извършва в тиха стая. Пациентът повтаря високо думи предавани с тих шепот, с нормален глас или с висок глас. Помощно средство е камертон с 512 Hz.

Загубата на слуха бива три основни типа:

- кондуктивна,
- сензорна
- неврална.

Най-честите етиологични фактори са: ушна кал, преходна дисфункция на евстахиевата тръба, дължаща се на инфекция на горните дихателни пътища, или загуба на слуха свързана с възрастта. Кондуктивната загуба е в резултат на дисфункцията на външното и средното ухо. Сензорните и неврологичните причини са трудно различими и изискват специфични изследвания за изясняването им.

Усилване на слуха - постига се чрез съвременни усъвършенствани апарати и кохлеарни импланти.

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЕВСТАХИЕВАТА ТРЪБА

1. Дисфункция на евстахиевата тръба.

Основни диагностични симптоми:

1. Чувство за запълненост в ухото
2. Колебания в слуха
3. Влияние на промяна на атмосферното налягане
4. Риск за сериозен среден отит.

Най-честите причини за дисфункция на евстахиевата тръба са вирусните инфекции на горните дихателни пътища, патология в носната кухина- изразяваща се в чести инфекции на околоносните кухини, девирана носна преграда, хроничен хипертрофичен ринит.

Лечение:

Декогенстанти	
Алфа адренергични миметици	Oxymethazoline gutt./spray nasal Xylomethazoline Hydrochloride gutt./spray nasal
Антихистамини	Desloratadine 10 mg. tb.- 1x1 tb за период от 7-10 дни. Rupatadine - перорален разтвор 0,1% 120 ml ; таблетки 10 mg. При деца над 12 г. и възрастни лекарственият продукт се прилага орално в доза 10 mg 1 път на ден. За лечение на алергичен (вкл. персистиращ) ринит при деца от 6 до 11 г. с т.м. ≥ 25 kg рупатадин се предписва в доза 5 ml 0,1% разтвор 1 път на ден (със или без храна).

Продължителност на лечението: Фармакологичното лечение е симптоматично и продължава 5-7 дни.

Оперативно поставяне вентилираща тръбички за намаляване налягането в тъпанчевата кухина.

Серозен среден отит

Клиничните симптоми са продължително време блокиране на евстахиевата тръба - трансудация на течност в средното ухо. Среща се много често в детската възраст, поради анатомо-физиологичните особености на детските евстахиеви тръби, които са по-тесни, по-хоризонтално разположени. При възрастен с упорит едностранен серозен отит да се изключи назофарингеален карцином.

Лечение:

- Кратък курс антибиотици:
- Кортикостероиди:
- Ако няма ефект се поставя вентилираща тръба.

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СРЕДНОТО УХО

Остър отит на средното ухо.

Патогномонични симптоми:

1. Оталгия, съчетана най-често с инфекция на горните респираторни пътища
2. Отоскопия - хиперемия и намалена подвижност на тъпанчевата мембрана, придружена най-често от заличени анатомични подробности и бомбац

Острият отит е бактериална инфекция, с най-чести причинители *Streptococcus pneumoniae*, *haemophilus influenza*, *moraxella cattarrhalis* и др. Среца се предимно при кърмачета и малки деца поради по-късата и по-широка евстахиева тръба. Уврежда се сериозно общото състояние с висок фебрилитет. При тежък емпием на средното ухо често се достига до руптура на тъпанчевата мембрана.

Отоанtritът е сериозно усложнение както при нормално родени новородени, при резистентни или латенти бактериални инфекции на средно ухо, както и при недоносени и хипотрофични кърмачета. Други усложнения са тромбоза на синус кавернозус, менингит, мозъчен абсцес.

Лечение:

1. Антибиотично лечение със широкоспектърни антибиотици:

Първа линия на лечение	
Amoxicillin/Clavulanic acid	Назначава се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 кг) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 кг. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.
Cefuroxim Axetil	При възрастни и деца над 12 г. обичайният курс на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция лекарственият продукт трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15 mg/kg .ДД се разделя на 2 приема през 12 h.
Cefotaxim	На възрастни и деца над 12 г. се назначава мускулно, струйно венозно или венозно капково в ДД 1 g през 6 или 8 h. При тежки случаи МДД е 12 g, i.v. При ДД над 2 g се препоръчва венозно приложение на лекарствения продукт. При КК под 5 ml/min се използват два пъти по-ниски дози.
При резистентност към пеницилиновия препарат	
Moxifloxacin	В перорална дозировка 400 mg Moxifloxacin на ден в 1 прием. Филм-таблетките се поглъщат с достатъчно вода независимо от храненията. Лечението продължава 5 до

	10 дни. Моксифлоксацин се предписва най-малко 4h преди и 8 h след приемане на антиациди.
Втора и трета линия на лечение	
Линкозамиди Clindamicyn	<p>tb. 600 mg в доза 3x1 tb.- Clindamycin 150 mg/ml solution for injection- На възрастни се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 10 до 14 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект на Clindamicyn върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно на възрастни Clindamycin се прилага в ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации.</p> <p>Оралната ДД Clindamycin за деца варира от 10 до 20 mg/kg, разделена на три еднакви ЕД. Мускулно или венозно на новородени Clindamycin се назначава в ДД от 15 до 20 mg/kg, а на деца над >1 мес. от 20 до 40 mg/kg. ДД се разделя на 3 до 4 апликации</p>
Макролиди Azitromycin	<p>в зависимост от тежестта на инфекцията</p> <p>ДД азитромицин на възрастни се предписва в един прием 1 h преди или 2 h след хранене. Обикновено лечението продължава 5 дни, като в повечето случаи при възрастни азитромицин се назначава 500 mg първия ден и по 250 до 500 mg/24 h от 2-ия до 5-ия ден. За деца ДД азитромицин е 10 mg/kg т.м. Тя се приема в един орален прием</p>

2. Назални деконгестанти (алфа адренергични миметици):

-Xylometazoline Hydrochloride gutt.; spray nasal

-Oxymetazoline gutt.; spray. 0,05/ 0,1 %- Капките с концентрация 0,05% са предназначени за деца над 6 г. и за възрастни. Опаковките на продуктите са за *индивидуална употреба*. Лечението не трябва да превишава 3 до 5 дни. Във всяка ноздра се накапват от 2 до 3 к два пъти на ден през интервали от 10 до 12 h. *Аерозолите* се прилагат по 1 до 2 к през 12 h.

3. Болкоуспокояващи лекарствени средства за системно приложение:

Аналгетици	Metamisole sodium 500 mg/ml 2ml
НСПВС	Diclofenac Dexketoprofen
Локални аналгетици	Phenazone/Lidocaine hydrochloride 4 g / 100 g + 1 g / 100 g sol. Nitrofurantoin/tetracaine hydrochloride/phenazone)_2,5 mg/31,25 mg/87,5

	mg/ml ear drops, solution
--	---------------------------

:

4. Антихистамини

Desloratadine	10 mg. tb.- При деца >12 г. (както и при деца с т.м. ≥30 kg) и <i>възрастни</i> се прилага в ДД 10 mg (в 1 до 2 приема). При <i>деца от 2 до 12 г.</i> (респ. деца с т. м. < 30 kg) Desloratadine се назначава еднократно орално в доза 5 mg
Rupatadine	перорален разтвор 0,1% 120 ml ; таблетки 10 mg. При <i>деца над 12 г. и възрастни</i> продуктът се прилага орално в доза 10 mg 1 път на ден. За лечение на <i>алергичен (вкл. персистиращ) ринит при деца от 6 до 11 г. с т.м. ≥ 25 kg</i> рупатадин се предписва в доза 5 ml 0,1% разтвор 1 път на ден (със или без храна).

Продължителност на лечение: Фармакологичното лечение продължава 7-14.

Оперативно- Миринготомия

Хроничен отит на средното ухо – мезотимпанит и епитампанит

Хроничният отит на средното ухо се развива в резултат на рецидивиращ остър среден отит, а може и след травма. Патогномонични симптоми:

1. Хронична оторея с или без оталгия.
2. Отоскопия - перфорация на тъпанчевата мембрана с кондуктивна или комбинирана загуба на слуха.
3. Чести причинители са Staphilococcus aureus, Proteus, Pseudomonas

Лечение:

-хирургически корекции тимпаналния дефект с/без реконструкция на оскуларната верига, с много добър резултат.

БОЛКИ В УХОТО

Външният отит и острият среден отит са най-честите причинители на болки в ухото. Болките в ухото могат да се дължат на Herpes zoster, на остеомиелит, или на рак на основата на черепа. Поради това тези пациенти се насочват към УНГ специалист.

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪТРЕШНОТО УХО

СЕНЗОРНА ЗАГУБА НА СЛУХА

Дължи се на заболяванията на кохлеята и е обратима в срок до 14 дни от дебюта

✓ Презбиакузис - старческа загуба на слуха е най-честата причина за сензорна загуба на слуха, а шумовата травма е втората по честота увреждаща кохлеята причина. Установено е и генетично предразположение. Около 25 % от възрастните между 65 и 75 години и 50% над 75г. имат затруднения.

✓ Ототоксичност - аминогликозиди, бримкови диуретици, антинеопластични агенти са лекарства, които дори в терапевтични дози могат да причинят необратима загуба на слуха.

✓ Внезапна сензорна загуба на слуха - причина неизвестна, лечение кортикостероиди.

✓ Наследствена загуба на слуха - мутация на гена-КОНЕКСИН 26.

✓ Автоимунна загуба на слуха. Загубата е билатерална и прогресивна.

Често не може да се установи кое е автоимунното заболяване.

✓ Хиперакузис

ВЕРТИГО

Периферно вертиго - внезапно начало, има хоризонтално ротаторен нистагъм , типичен и също придружен от намаление на слуха, шум или загуба на слух.

Клиничната картина се проявява с изразен въртателен световъртеж, пациентите са неспокойни до пълна “паника”, с изразен позив за гадене и повръщане.

Лечение:

Вестибуларни супресанти	
Антихистамини	
Dimenhydrinate	50 mg tb.- Препоръчвана доза по 1 - 2 таблетки 2 до 3 пъти дневно. Максимална дневна доза 8 таблетки
Betahistine dihydrochloride	16 mg tb.- Дневната доза е 24 - 48 mg, разделена на три приема. Подобриенето при някои пациенти може да настъпи след 14-дневно лечение. Най-ефикасното лечение на Мениеровата болест е профилактичното продължително лечение с високи дози betahistine, който води до дозозависимо подобриенето на кръвотока във вътрешното ухо
Cinnarizine	Показан е за симптоматично лечение на световъртеж с различен произход. На възрастни и деца над 12 г. се прилага в доза 1 таблетка 3 пъти на ден. Таблетките се поглъщат цели с около 100 ml течност след хранене

Cinnarizine/Dimenhydrinate	комбинацията е подходяща и поради антиеметичния ефект на Dimenhydrinate. Дозата е аналогична на Cinnarizine
Периферни вазодилататори	
Pentoxifyllin	amp.100 mg/5 ml; tabl.400 mg - Орално се приема по 200 mg/8 h. ПД е 100 mg/8 h. Венозно се инжектира бавно (за 5 min), като съдържанието на 1 ампула се разрежда с 10 ml физиологичен разтвор. ДД е от 50 до 100 mg. Пентоксифилинът може да се въведе венозно капково в по-големи ДД – 300 до 400 mg. В този случай всеки 100 mg от препарата предварително се разреждат с 250–500 ml физиологичен разтвор, глюкоза или леулоза и се инфузират в продължение на 90–180 min
Naftidrofuryl	назначава се р.о. в доза 100 mg 3 пъти на ден
Ginko Folium	tabl. 40 ,60, 100 mg - Прием 2 до 3x1 tabl. в зависимост от концентарцията за период от 3 месеца
Ноотропни	
Vinprocetin	Винпроцетин се прилага орално след хранене в доза 5–10 mg/8 h. МДД за възрастни е 60 mg р.о. МДД Vinprocetin за възрастни i.v. инфузионно е 1 mg/kg
Витамини	
Vitamin B1(Tiamin)	Орално с профилактична цел се приема в ДД 5–10 mg, а с лечебна цел –10–100 mg. При бери-бери се използват високи орални ДД – 100 до 300 mg в продължение на 7–14 дни. Мускулно Tiamin се назначава в ДД 30–100 mg
Benfothiamine/Сyanocobalamine /Pyridoxine (АТС код: A11DB03)	назначава се в доза 1 капсула 3–4 пъти дневно, а в по-леки случаи – 1 до 2 капсули дневно.

Лечебните курсове продължават ≤ 6 мес.

Кортикостероидите подпомагат възстановяването на функцията на лабиринта на вътрешното ухо при остър вестибуларен невронит:

-Methylprednisolone

- Перорално – 4 mg tabl. дневно за период от 7-10 дни.

- Парентерално - според тежестта на състоянието се назначава в доза 10-500 mg дневно; дозата при деца е 10-30 mg/kg дневно.

Монотерапията с methylprednisolone е асоциирана със сигнификантно подобрене на периферната вестибуларна функция

Епизодите на световъртеж при наличие на вестибуларни пароксизми се потискат с Carbamazepine.

-Carbamazepine-Лечението при възрастни започва със 100 до 200 mg/12 h. При необходимост ДД се повишава до 1,2 g, като се разделя на 3–4 орални приема. МДД карбамазепин е 2,4 g. С *ретардните форми* на карбамазепин се поддържат ТПК през цялото денонощие, затова те се приемат един, максимум два пъти на ден. (2) ПД карбамазепин при деца варира от 10 до 20 mg/kg/24 h p.o.

Антиеметици:

-Metoclopramide hydrochloride 10 mg tb.- Максималната препоръчителна доза е 30 mg или 0,5 mg/kg телесно тегло дневно. Максимална препоръчителна продължителност на лечение е 5 дни.

-Ondansetron 8 mg/4 ml amp.- При *деца над 4 г.* се инфузира *венозно* в доза 5 mg/m²/15 min непосредствено преди ХТта. След това се продължава с доза 4 mg/8 h *орално* в продължение на 5 дни.

Ноотропни:

-Piracetam се приема орално в доза 800 mg/8 h в продължение на 8–12 седмици. ПД е 400 mg/8 h. В по-ниски дози може да се инжектира и мускулно. МДД Piracetam за възрастни е 12 g. При деца МДД пирацетам е 1,2 g.

Централно вертиго - постепенно начало. Няма отклонение в слуха. За диференциална диагноза.

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА И НОСНИТЕ КУХИНИ

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪНШНИЯ НОС

✓ Заболяванията на външния нос включват деформации на носната пирамида, които биват вродени и придобити. Коригират се чрез пластичната хирургия.

✓ НАРАНЯВАНИЯТА изискват спешна намеса за спиране на кървенето от носа (епистаксис) както и обработването на възможни разкъсно контузни рани и

хематоми в областта на носа и носната преграда. Поема се от специалист за по нататъшно наблюдение и лечение.

✓ Деформации на носната пирамида: вродени и придобити, провежда оперативно лечение.

✓ Наранявания на носната пирамида, те изискват спешна намеса за спиране на епистаксиса който е задължителен симптом и се спира с предна назална тампонада, следи се от специалист за по-нататъшно подобрене и лечение.

✓ Заболявания на кожата на носната пирамида:

-еризипел

-Foliculitis vibrissarium

-Furunculus Nasi

-Impetigo contagiosa (vulgaris)

-Herpes simplex

-Tuberculosis cutis luposa (lupus vulgaris)

Дерматозите в областта на външния нос налагат както консултация с дерматолог от дидактична гледна точка, така и ясното им разпознаване от УНГ специалист.

Терапевтират се локално най-често, като тук изключваме Фурункула на носа, поради високия риск от тромбоза на кавернозния синус.

Лечение :

1.С високи дози широкоспектърни антибиотици:

Пеницилини	
Amoxicillin/Clavulanic Acid	Назначават се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 кг) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 кг. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.
Цефалоспорици II-ро поколение	
Cefuroxim Axetil	При възрастни и деца над 12 г. обичайният курс на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция препаратът трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15 mg/kg. ДД се разделя на 2 приема през 12 h. При otitis media се препоръчва ДД 15 mg/kg/12 h. МДД е 1 g p.o.
Cefotaxim	На възрастни и деца над 12 г. се назначава мускулно, струйно венозно или венозно капково в ДД 1 g през 6 или 8 h. Преди i.m. инжектиране препаратът се разрежда с апиrogenна вода (1 g субстанция/4 ml). При тежки случаи МДД е 12 g, i.v. При ДД над 2 g се препоръчва венозно приложение на препарата. При КК под 5 ml/min се използват два пъти по-ниски дози.

Измръзване на носа congelacio nasi

Има три степени на тежест. Лечението се провежда в помещение с температура 17 градуса. При нужда пациента се реанимира. Прилагат се антибиотици, съдоразширяващи, разтриване. Бързото загряване е забранено.

Изгаряне на носа - combustio nazi

Тежките случаи се лекуват по спешност в специализирано заведение.

- Dermatitis solaris
- Acrozyanosis Nazi
- Eczema Seborrhoicum
- Rinophyma
- Granulosis rubra nasi

Заболяванията на кожата на носната пирамида се причиняват от бактерии с добре изяснена симптоматика, насочваща към диагнозата и подлежащи на консервативно лечение.

НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ВЪНШНИЯ НОС

- Carcinoma basucelulare (basalioma). Развива се бавно с години у възрастни хора и има доброкачествен характер.
- Carcinoma spinocellulare (spinalioma) е с по-бързо развитие от Carcinoma basucelulare.
- Melanoma malignum има много бързо развитие. Всяка тъмно пигментирана бързо нарастваща лезия изисква незабавно изясняване в онкологичен център.
- Granuloma teleangiectaticum
- Granuloma malignum nazi et faciei

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНИТЕ КУХИНИ

ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНАТА ПРЕГРАДА

- Deviatio Septi nazi
- Haematoma Septi nazi
- Abscessus Septi nazi

- Кървящи полипи на носната преграда
- Ulucosperforanse septi nazi
- Синехи и атрезии на носната кухина
- Чуждо тяло в носните кухини и ринолит
- Epistaxis

ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНИТЕ КУХИНИ

Rhinitis Acuta
Rhinitis Diphtherica
Rhinitis Gonorrhoeica

ИНФЕКЦИОЗНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА И НОСНИТЕ КУХИНИ

Остър **Вирусен** риносинусит

Основни диагностични симптоми:

1. Бистра ринорея, хипосмия и назална конгестия
2. Общо неразположение, главоболие и кашлица
3. Риноскопия – еритематозна, оточна носна лигавица
4. Продължителност на заболяването по-малко от 4 седмици и по-малко от

10 дни

Неспецифичните общи симптоми са характерни за много заболявания, което затруднява точната етиологична диагноза в началните фази. Тези инфекции макар и доста леки и самоограничаващи се могат да причинят по-сериозни състояния, като остър бактериален синусит, остър среден отит, бронхит, астма и други.

Лечение:

Няма ефективна антивирусна терапия - локално физиологичен разтвор

Локални деконгестанти	
Хулометасолин	Ксилометазолинът <i>не трябва да се прилага повече от 5 до 7 дни.</i> (1) Дозиращ назален спрей 0,1%. При възрастни и деца над 7 г. във всяка ноздра се правят от 2 до 3 впръсквания през 8 до 10 h. (2) Дозиращ назален спрей 0,05%. При деца от 2 до 6 г. във всяка ноздра се прави по 1 впръскване през 8 до 10 h; дозата за деца от 6 до 12 г. е 2 впръсквания 0.05% разтвор 2 до 3 пъти на ден. (3) Дозиращ назален 0,1% гел. При деца над 12 г. и възрастни се прави по 1 впръскване във всяка ноздра през 8 до 10 h. (4) Дозиращ назален 0,05% гел. При деца от 3 до 12 г. се прави по 1 впръскване във всяка ноздра през 8 ч.
Охуметасолин	
Антибиотични капки локално	Ciprofloxacin collyr Levofloxacin collyr
Кремове за локално приложение	Clyndamicin cream Levofloxacin cream

Остър бактериален синусит

Основни диагностични симптоми

1. Гноен жълтозелен назален секрет
2. Лицева болка или напрежение в засегнатите синуси
3. Назална обструкция
4. Остро начало
5. Общо неразположение кашлица, висока температура и главоболие

Острите бактериални риносинусити са по-редки по честота в сравнение с вирусните и все пак засягат милиони хора и повишават здравните разходи на всяка страна. Те обикновено са в резултат на нарушен мукоцилиален клирънс и обструкция на остеомеаталния комплекс или синусния отвор. Оточната лигавица причинява обструкция натрупване на лигавичен секрет в синусната кухина и вторично инфектиране от бактерии. Най-честите бактерии са: *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae*, *Staphylococcus Aureus*, *Moraxella Katarrhalis*. Около 25 % от здравите хора могат да бъдат носители на тези бактерии. Бактериалните риносинусити могат да се разграничат от вирусния ринит по персистирането на симптоматиката за повече от 10 дни след начално подобрение.

Острите синусити биват:

- Остър максиларен синусит
- Остър етмоидален синусит
- Остър сфеноидален синусит
- Остър фронтален синусит
- Остър пансинусит (при засягане на 2 или повече синуса)

Максиларният синусит е най-често срещания от бактериалните синусити у възрастни и протича с характерните синуситни симптоми: лицева болка, гноен назален секрет, носна обструкция.

Острият етмоидит често е съчетан при възрастни с максиларен синусит и симптомите са еднакви - максилоетмоидит. Етмоидитът у деца е най-честата форма на остър бактериален синусит и има своята специфична клинична изява: кашлица, гнойна секреция от носа, неприятен дъх. Характерни са периорбиталният едем и зачервената кожа на клепачите и носа. При тежките случаи се проявява екзофталм и хемозиз. Усложненията са ретроорбитален флегмон и периостит на орбитата, тромбоза на кавернозния синус, гноен менингит, абсцес на клепачите.

Диагнозата на острия бактериален синусит е най-често на клинична, но подкрепена от образна диагностика. Рутинните рентгенографии са със скринингова стойност. Извършването на компютърна томография на околоносните кухини е средство на първи избор при диагностициране остри и хронични заболявания на околоносните кухини с висока информативна стойност.

Лечение:

Насочено е към облекчаване на симптомите особено болката.

1 Нестероидни противовъзпалителни средства (НСПВС):

Diclofenac	50, 75, 150 mg - за възрастни се назначава на 12 часа x 1 табл. след храна.
Ibuprofen	На възрастни Ibuprofen се предписва <i>орално</i> по 200 mg/8 h след хранене. Терапевтичният му ефект се проявява след 5–10 дни. ЕД е 10 mg/kg p.o., а ДД – 40 mg/kg p.o. МДД ибупрофен за възрастни е 1200 mg. Оралната ЕД ибупрофен за деца над 3 мес. е 10 mg/kg т.м. Тя може да се приложи 1 до 3 пъти на ден през 6 до 8 h.

2.Назални деконгестанти:

Xylomethasoline	Ксилометазолинът <i>не трябва да се прилага повече от 5 до 7 дни.</i> (1) Дозиращ назален спрей 0,1%. При възрастни и деца над 7 г. във всяка ноздра се правят от 2 до 3 впръсквания през 8 до 10 h. (2) Дозиращ назален спрей 0,05%. При деца от 2 до 6 г. във всяка ноздра се прави по 1 впръскване през 8 до 10 h; дозата за деца от 6 до 12 г. е 2 впръсквания 0.05% разтвор 2 до 3 пъти на ден. (3) Дозиращ назален 0,1% гел. При деца над 12 г. и възрастни се прави по 1 впръскване във всяка ноздра през 8 до 10 h. (4) Дозиращ назален 0,05% гел. При деца от 3 до 12 г. се прави по 1 впръскване във всяка ноздра през 8
-----------------	--

3.Кортикостероиди:

Dexamethasone collyr	При остри (негноини) и тежки възпалителни процеси се започва с накапване на колира през интервали от 30 до 60 min, като интервалът постепенно се увеличава на 2 до 4 h. След овладяване на възпалението <i>колирът</i> се назначава по 1 к 3 или 4 пъти дневно. Това количество е достатъчно за контрол на възпалението. Ако през първите 3-4 дни не се постигне подобрене е необходимо да се включи обща или локална терапия. При хронично възпаление колирът се предписва в доза 1 к през 3 до 6 h. При алергични заболявания той се прилага в същата доза през 3 или 4 h до получаване на желания резултат.
Dexamethasone/ Tobramycin collyr	Назначава се в доза 1 к 4 до 5 пъти дневно. При остри случаи дозата се увеличава до 1 к/h. Унгвентът се прилага 3 до 4 пъти на ден.

4. Антибиотици може да се приложат при протрахирано протичане на заболяването при наличие на усложнения. Използва се следните групи при остър синусит:

Пеницилини	
Amoxicillin/ Clavulanic Acid	Назначава се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 кг) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 кг. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.
Цефалоспорици	
Cefuroxim Axetil	
Ceftriaxone	За венозно инжектиране 500 mg субстанция се разтваря с 10 ml стерилна двойно дестилирана вода и се въвежда в продължение на 3–4 min. ДД се прилага в 1 апликация. На възрастни и деца над 12 г. Ceftriaxone се инжектира по 1 g/24 h мускулно. Дози по-големи от 1 g се въвеждат венозно. МДД цефтриаксон за възрастни е 4 g. На деца под 12 г. антибиотикът се прилага мускулно от 20 до 80 mg/kg/24 h, а на новородени – до 50 mg/kg/24 h.
Макролиди	
Azithromycin	500 mg tb.; fl. в зависимост от тежестта на инфекцията ДД азитромицин на възрастни се предписва в един прием 1 h преди или 2 h след хранене. Обикновено лечението продължава 5 дни, като в повечето случаи при възрастни азитромицин се назначава 500 mg първия ден и по 250 до 500 mg/24 h от 2-ия до 5-ия ден. За деца ДД азитромицин е 10 mg/kg т.м. Тя се приема в един орален прием
Линкозамиди	
Clindamycin	150 mg /ml 4 ml amp.- На възрастни (се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 7 до 10 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно за възрастни Clindamycin ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации.

Хроничният пансинусит е терапевтично предизвикателство и освен оперативното лечение, което е функционалната ендоназална хирургия, в екзацербирал стадий е уместно както локално КС приложение на спрей, така и системно лечение с

Moxifloxacin 400mg x 24ч до 2 седмици, Amoxicillin (Clavulanic Acid) 1g 3x10 дни, Цефалоспорици II-ро и III-то поколение, Doxycycline.

Локалните усложнения на острия бактериален синусит включват орбитален целулит, абсцес, остеомиелит, тромбоза на кавернозния синус. Те налагат незабавна хоспитализация и болнично лечение.

Дифтерия на носа

Актуална нозологична единица при съвременните условия на живот-миграция на хора, пропуснати ваксинации при децата. Започва незабелязано с протрахирана хрема и засегнато общо състояние, бледост на лицето, уморяемост, умерен фебрилитет, промени в назофаринкса - слузесто гноен ексудат по задна фарингеална стена. В кърмаческа възраст заболяването често протича фатално, поради което при съмнение за това заболяване следва незабавна консултация с инфекционист и хоспитализация.

Лечение: Antidifteria serum sol. inj. amp. 5 000 IU

Гонороеична хрема

Причинител е гонокок. Обикновено майка болна от гонорея заразява детето по време на родовия акт. Симптоми-тежко общо състояние и висока температура, гъст гноен или кървенист ексудат, изтича от носната кухина. Лечение - с високи дози антибиотици.

Алергичен риносинусит

Алергичните синусити се развиват много рядко изолирано. Съчетават се много често с прояви от страна на носната лигавица и се оформят като алергични риносинусити. Имат висока честота на разпространение и представляват 20-40% от заболяванията на синусите.

Основни симптоми:

1. Кихане – многократно
2. Назален сърбеж и сърбеж в очите
3. Назална обструкция
4. Водниста при сезонния и слузна секреция при целогодишния синусит с фарингеално стичане-ринорея
5. Общи симптоми-дискомфорт-кашлица, екзематозен дерматит (у децата-ектопичен дерматит)

Важна предпоставка е експозиция на алерген специфичен IGE от околната среда. Значителен дял в появата им има и фамилен обремененост с алергични заболявания. Алергичния ринит е IGE медирано алергично възпаление на носната лигавица. В зависимост от продължителността на алергичната експозиция се дели на сезонен, (сенна хрема) и целогодишен. (Околоносните кухини са въввлечени почти задължително в процеса.) В много случаи се развиват необратими патологоанатомични изменения - ПОЛИПИ. Освен това промените в лигавицата я правят податлива към развитието на вторични инфекции - зачестяват и вирусните респираторни инфекции, особено характерно за децата.

Полипите са бледи, оточни, покрити с лигавица, обикновено при пациенти. Те може да са резултат от хронична назална обструкция и хипосмия. При наличието на полипи на деца трябва да се мисли за муковисцидоза.

Следва да се отбележат често срещаните в детската възраст диагностични трудности при някои ларвирано протичащи форми на алергични риносинусити, с оскъдна локална симптоматика, а само с кашлица. При тях рядко се търси локалния процес. Приемат се като остри възпалителни заболявания и се провежда неадекватно лечение. В тези случаи диагнозата се изяснява посредством КТ на синусите.

В диференциална диагноза алергични риносинусити следва да се ограничи от ВАЗОМОТОРНАТА ХРЕМА - честа причина за бистра ринорея при по-възрастни. При това състояние липсва антиген-антитяло-реакцията. При физикалния преглед лигавицата е бледа обикновено или виолетова от венозен застой.

Лечение:

Избягване контакт с алергени.

Интраназални кортикостероиди:

Dexamethasone collyr	приложение 5-7 дни
Mometasone Furoate spray nasal	за симптоматично лечение на сезонен и целогодишен алергичен ринит. При деца над 12 г. и възрастни препоръчваната начална ДД е 200 mcg (респ. 2 впръсквания във всяка ноздра 1 път на ден). След овладяване на симптомите се минава на ПД – 1 впръскване на ден във всяка ноздра. При деца от 6 до 11 г. лечението започва с 1 впръскване в ноздрите 1 път на ден.
Fluticasone Propionate 50 mcg spray nasal	приложението е аналогично с Mometasone Furoate

3. Антихистамини:

Rupatidine	За лечение на алергичен ринит и уртикария при деца над 12 г. и възрастни продуктът се прилага орално в доза 10 mg 1 път на ден. при деца от 6 до 11 г. с т.м. ≥ 25 kg рупатадин се предписва в доза 5 ml 0,1% разтвор 1 път на ден (със или без храна).
Loratadine	При деца >12 г. (както и при деца с т.м. ≥ 30 kg) и възрастни се прилага в ДД 10 mg (в 1 до 2 приема). При деца от 2 до 12 г. (респ. деца с т. м. < 30 kg) лоратадин се назначава еднократно орално в доза 5 mg
Desloratadine tabl.	Дози за деца и възрастни аналогични на Loratadine
Azelastine Hydrochloride spray/ gutt. 0,05%	
Desloratadine sol. 0,5	за деца над 1-5 години 1 x 2,5 ml за 5-7 дни за деца от 6-11

mg/ml	години 1 x 5 ml за 7-10 дни
-------	-----------------------------

4.Алфа адренергични агонисти (деконгестанти) не повече от 7 дни:

Oxymethasoline
Xylomethasoline

Интраназалните кортикостероиди са изключително ефикасни върху всички симптоми на алергичните риносинусити. Те революционизираха лечението на алергичния ринит. Те са по-ефективни от неседращите антихистамини. Антихистамините предлагат временен, но незабавен контрол на много от най-утежняващите симптоми на алергичния ринит.

Използват се и антилевкотриенови препарати, както и интраназални холинергични агенти.

При протрахирани трудноподдаващи се на лечение случай се препарчва имунотерапия.

Епистаксис

Основни симптоми:

- 1.Най-често едностранно кървене в предната част на носната кухина
- 2.В преобладаващите случаи се овладява с 15 минутен натиск върху кървящата страна.
- 3.При заден двустранен или обемен епистаксис, пациентите се изпращат незабавно при специалист.
- 4.Епистаксисът е симптом на местни, общи или системни заболявания. Бързината и количеството на изгичащата кръв определят тежестта на състоянието. Откриването на причината на епистаксиса и най-бързото спиране на кръвотечението определят поведението на лекаря.

Епистаксисът е изключително чест проблем изискващ първична медицинска помощ. Причинители могат да бъдат назална травма, ринит, артериална хипертония, атеросклероза и инхалиран назален кокаин или друго вещество, употреба на алкохол. След острия период следва да се изключи неопроцес и наследствена хеморагична телеангиектазия.

При преден епистаксис лечението е чрез директен натиск върху ноздрата за 15 минути. От полза са кратко действащи локални назални деконгестанти, които действат като вазоконстриктори.

Пациенти с рецидивиращ епистаксис, обемен епистаксис и епизодичен епистаксис се насочват към оториноларинголог.

Пациенти с кървене повече от 15 минути се обслужват в спешно отделение.

Назална Травма

Назалната пирамида е най-често счупваната кост в тялото. Патогномонични за фрактура са костните крипитация, видимия деформитет на външния нос като се палпират подвижни костни фрагменти.

Лечението е оперативно.

Тумори и грануломатозна болест

Доброкачествени назални тумори

Най- често срещан е инвертният папилом.

Доброкачествени тумори, причинени от човешки папиломен вирус (HPV), които се появяват на латералната назална стена и понякога причиняват кръвоизлив. Развива се едностранно най- често като има локален инвазивен растеж.

Лечение - пълна ексцизия и внимателно хистопатологично изследване за отдиференциране на карцином.

Злокачествени назофарингеални и параназални синусни тумори

Те са много рядко срещани, но са много проблемни с тенденцията им да остават до късно асимптоматични в развитието си. Назофарингиалният карцином се среща най- често. ЯМР е най-доброто образно изследване за определяне степента на заболяването и планиране на подходяща хирургия и лъчелечение.

ЗАБОЛЯВАНЕ НА УСТНАТА КУХИНА

Заболяванията на устната кухина са многобройни и многообразни поради това че тя осъществява най-непосредствен контакт с външната среда. Факторите водещи до заболяване се разделят на ендогенни и екзогенни.

- Екзогенни-термични, механични травми, химични фактори, бактерии, паразити. Те попадат в устата директно, по хематогенен, лимфогенен път, по съседство и по дихателните пътища.

- Ендогенни-смущения в обмяната на веществата, ендокринни заболявания, заболявания на кръвта, на кръвообръщението, А-витаминози, психични смущения и др.

Заболяванията на лигавицата на устната кухина имат своя специфична симптоматология.

Симптомите се разделят на субективни и обективни симптоми:

- Субективни - болка
 - Парестезии в устата
 - сърбеж
 - чувство на сухота и повишена влажност и др.
- Обективни - смущения в слюноотделянето
 - смущения в двигателните функции
 - лош дъх
 - морфологични промени по лигавицата на устата

Най-често срещаните заболявания на устната кухина стоматити , гингивити и глосити. Промените в устната лигавица са в зависимост от вирулентността на причинителите бактерии, вируси от една страна и имунологичната реактивност на организма от друга страна.

Възпалителните промени могат да се развият като катарално, гнойно, псевдомембранозно, улцерозно и гангренозно възпаление.

Стоматити

Катарално гноен стоматит се характеризира с хиперемия и еритем, а в по-късна фаза повърхностно разположен, нежен, фибринозно-левоцитарен налеп. Протичането и изхода са благоприятни.

Лечението е локална терапия с цел дезинфекция на устната кухина.

Язвено некротичен стоматит

Най-често тук се включва фузоспирохетната симбиоза на Плаут-Венсант. Върху венечно букалната лигавица се откриват най-често язви с гнойно некротични маси. Характерни са субективна болка, лош дъх, увеличено слюноотделяне, често и увеличени регионарни лимфни възли, висока температура.

Лечение:

Включва локални средства подобряващи оралната хигиена :

Chlorhexidine 0,15%	Възрастни и деца над 12 г. – от 3 до 5 впръсквания през 1.5–3
---------------------	---

Оромукузален спрей	h, 6 до 10 пъти на ден; деца над 6 г. – от 2 до 3 оромукозални впръсквания 3 до 5 пъти на ден.
--------------------	--

При изразена бактериална инвазия – антибиотично лечение с:

Линкозамиди	
Clindamicyn	На възрастни (се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 7 до 10 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно за възрастни Clindamycin ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации
Цефалоспорици	
Cefaclor	80-100 мг/кг x12-На възрастни се прилага орално от 250 до 500 mg/8 h. МДД за възрастни е 4 g. (2) ДД за деца е от 20 до 40 mg/kg, разделена на 3 приема. МДД за деца е 1 g.

Продължителност на лечението от 7-10 дни в зависимост от тежестта на инфекцията.

Афтозни стоматити

Много чести и лесни за диагностициране. Биват симптоматични-при непонасяне на храна, кариозни зъби, тютюнопушене и др. Преминават за няколко дни. По-чести са проявите на инфекциозно заболяване. Предполага се че причинителят е вируса на херпес-симплекс, но това не е потвърдено.

Главни симптоми:

- 1.повишена температура
- 2.лош дъх от устата
- 3.повишено слюноотделяне
- 4.силна болка в засегнатите участъци
- 5.обективно серофибринозни петънца при общо хиперемия на и оточна лигавица на венците, бузите и езика.
- 6.увеличени и болезнени регионарни лимфни възли

Терапията е локална и общо-укрепваща. Прогнозата е добра - малките язви обикновено заздравяват за 10-14 дни.

Херпес гингивиостомати

Етиология: Herpes simplex virus type 1. Протича с изразена болезненост в областта на гингивите, висока температура, улцерозни промени във фаринкса.

Лечение:

Противовирусна терапия :

Aciclovir	приема се с достатъчно количество течности и когато е възможно след хранене. При малки деца и възрастни пациенти, които не могат да
-----------	---

	поглъщат таблетките, е необходимо предварителното им суспендиране с минимум 50 ml вода, която трябва да се разбърка преди пиене. При ПНВ и пациенти с УБФ се използват по-малки дози и е необходимо съобразяване с КК. За лечение на <i>herpes simplex</i> инфекции на възрастни и деца над 2 г. Aciclovir се приема в доза 200 mg 5 пъти дневно през 4-часови интервали (като нощната доза се пропуска).
--	---

Лечението трябва да продължи 5 дни, но при тежки случаи може да бъде по-дълго.

Лезии причинени от Коксаки вирус засягат устната лигавица, дланите и ходилата при деца под 6 години - уста, ръка, крак, синдром.

Орални кандидози-soor

Главни симптоми:

1.Предимно при новородени хипотрофични деца с намалена слюнчена секреция, Имунокомпрометирани болни, Продължително антибиотично приложение, непълноценно хранене

2.Дискомфорт в гърлото и устата

3.Системна или локална имunosупресия от скорошна употреба на кортикостероиди, антибиотици или химиотерапия при възрастни

4.Еритема на устната кухина или орофарингса с пухкави бели петна.

5.Бързо разсейване на симптомите с подходящо лечение.

Диагнозата се поставя при оглед и микробиологично изследване.

Лечение:

Локално:

-Fluconazole-първият ден се приема в ДД 200 mg, а следващите 13–14 дни – по 100 mg/24 h.

Системно:

-Voriconazole x 200mg per os.

Таблица 1

Дозов режим на вориконазол при деца над 12 г. и възрастни	Венозна инфузия	Орално приложение при болни ≥ 40 kg	Орално приложение при болни < 40 kg
В първите 24 h	6 mg/kg/12 h	400 mg/12 h	200 mg/12 h
След 24-ия час	4 mg/kg/12 h	200 mg/kg	100 mg/12 h

Глосит, глосодиния и синдром на парещата уста

Възпаление на езика със загуба на филиформени папили оформя зачервен език с гладка повърхност - глосит.

Лечение:

1.Диета.

2.НСПВС:

Dexketoprofen	По 12,5 mg след хранене през 4 до 6 h, респ. 25 mg/8 h. МДД за възрастни е 75 mg, а за ПНВ – 50 mg. <i>Dexketoprofen inject</i> се предписва за не повече от 48 h. Той се прилага мускулно или i.v. bolus. Препоръчителната ЕД е 50 mg през интервали от 8 или 12 h
Diclofenac	Обичайната ДД за възрастни е 1 капсула сутрин в 1 прием, след хранене. Капсулите се поглъщат цели с много течност. За намаляване на НЛР се използва възможно най-ниската ефективна ДД за възможно най-кратко време.

3. Антибиотично лечение при суспектиране на бактериална етиология

Линкозамиди	
Clindamycin amp. 150 mg/ml 4 ml	На възрастни се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 7 до 10 дни. МДД Clindamycin орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно за възрастни Clindamycin ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 приложения
Цефалоспорици Второ поколение	
Cefuroxime Axetil	При възрастни и деца над 12 год. курса на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция препаратът трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15 mg/kg. ДД се разделя на 2 приема през 12 h.
Цефалоспорици Трето поколение	
Ceftriaxone fl.	За венозно инжектиране 500 mg субстанция се въвежда в продължение на 3–4 min. На възрастни и деца над 12 г. Ceftriaxone се инжектира по 1 g/24 h мускулно. МДД за възрастни е 4 g. На деца под 12 г. антибиотикът се прилага мускулно от 20 до 80 mg/kg/24 h, а на новородени – до 50 mg/kg/24 h.

Глосодиния е парене и болка по езика, която може да протича с или без глосит. При липса на клинична находка тя се определя като „синдром на парещата уста“. Тези състояния са доброкачествени, но трябва да се изключи инфекция или тумор.

Левкоплакия. Еритроплакия, плосък лишей и рак на устата

Общи симптоми:

1. Левкоплакия - бяла лезия плътна свързана с лигавицата
2. Еритроплакия - както левкоплакията, но има еритематозни участъци
3. Плосък лишей в устата – диагнозата изисква биопсия

4. Рак на устата - ранните лезии са като на левко и еритроплакията.

Да се постави точна диагноза посредством пункционна биопсия и цитологичен преглед поради много близките симптоми с карцином. При ранно откриване на плоско клетъчния карцином се постига пълно излекуване.

5. Косместа левкоплакия е честа ранна находка на HIV инфекцията.

Заболявания на слюнчените жлези

Слюнчените жлези са представени основно от трите големи чифтни жлези:

Гландоле паротис, glandоле субмандибуларис и glandуле лингвалис, изливащи директно своя секрет в устната кухина. Налице са голям брой малки жлези, които изливат своя секрет директно върху лигавицата на небцето и вътрешната страна на устните и бузите.

Диагнозата на заболяванията на слюнчените жлези понякога е доста трудна, поради това че много често те са последица на други общи заболявания - колагенози, саркоидози, вирусни инфекции и др.

Остри възпалителни нарушения на слюнчените жлези

Острите възпалителни нарушения на слюнчените жлези биват с вирусна и бактериална етиология. Засягат най-често паротидните жлези.

Вирусен паротит (епидемичен паротит)

Най-важни симптоми:

1. Двустранно подуване на паротидните жлези
2. Силна локална болка
3. Общи физикални промени, характерни за вирусни заболявания
4. Специфична терапия няма

Засяга най-често детската възраст. Необходимо е наблюдение в продължение на около 10 дни, за ранно диагностициране и лекуване на евентуални усложнения.

Остър бактериален сиалоаденит

Най-често засяга или паротидната или субмандибуларната жлеза

Най-важни симптоми:

1. Остро подуване на жлезата
2. Силна болка
3. При отваряне на канала силна болка, еритем и гной.
4. Общо неразположение с високи температури

Етиологично най-често се установява Стафилококус ауреус.

Лечение:

1. Антибиотично лечение:

Меропенем fl.	първо средство на избор при супуративен сиалоаденит. Меропенем се
---------------	---

	въвежда венозно – струйно за 5 min или под форма на инфузия с продължителност 20–30 min. на възрастни и деца с т.м. над 50 kg Meropenem се прилага в доза 500 mg/8 h. При кърмачета и деца от 4 до мес. до 12 г. препоръчаната ЕД меропенем е от 10 до 20 mg/kg/8 h. При деца с т.м. над 50 kg се прилага дозировката при възрастни.
Трето поколение Цефалоспори	
Ceftriaxone	За венозно инжектиране 500 mg субстанция се разтваря с 10 ml стерилна двойно дестилирана вода и се въвежда в продължение на 3–4 min. На възрастни и деца над 12 г. Ceftriaxone се инжектира по 1 g/24 h мускулно. МДД цефтриаксон за възрастни е 4 g. На деца под 12 г. антибиотикът се прилага мускулно от 20 до 80 mg/kg/24 h, а на новородени – до 50 mg/kg/24 h.
Хинолони	
Levofloxacin	Инфузиите трябва да продължат най-малко 48 до 72 ч. след като пациентът стане афебрилен. Необходимо е да се спазва препоръчителното време за i.v. инфузия – 30 min за 250 mg Levofloxacin и 60 min за 500 mg. Приема се 500 мг на ден в продължава на две седмици.

2. Аналгетици и антипиретици:

-Paracetamol tabl 500 mg; amp.-На възрастни орално се назначава от 500 до 1000 mg 3–4 пъти на ден. МДД Paracetamol е 3 g p.o. Оралната ЕД парацетамол за деца под 12 г. варира от 10 до 15 mg/kg. При необходимост тя може да се прилага през интервали не по-кратки от 4 h, като максималният брой приеми за едно денонощие е пет. Парацетамол не трябва да се прилага на деца по-дълго от 3 дни.

При неуспех до 2 - 3 седмици се подозират други причини за обструкцията. В тези случаи се ползва ултразвук и КТ за изясняване на диагнозата.

Тумори на слюнчените жлези

70-80% от туморите се локализируют в паротидната жлеза, 10-15 % в субмандибуларната жлеза, 2 % в сублингвалната жлеза и 3-4 % в малките слюнчени жлези в устната кухина. Най-голямата група са смесените-60% от всички тумори и 90% от доброкачествените.

Диагнозата обикновено се забавя понякога с години, поради присъствието на асимптоматична формация в повърхностната част на съответната жлеза. Ангажирането на нервус фациалис от съответната страна при процес в glandула паротис е патогномонично за злокачествен процес. При определяне степента на тумора се ползва ЯМР и КТ. Лечението е оперативно.

Фарингит и Тонзилит

Фарингитът и тонзилитът са много чести заболявания най-вече в детската възраст. Над 10 % от посещенията в лекарските кабинети и над 50 % от използваните антибиотици се дължат на тези заболявания.

Основни симптоми:

1. Висока температура
2. Възпалителни изменения в гърлото
3. Тонзиларен ексудат
4. Цервикална аденопатия
5. Влошаване на общото състояние

Най-честия причинител е бета хемолитичния стрептокок, поради което лечението е с такава насоченост.

Острият фарингит обикновено съпътства острите катарии на горните дихателни пътища. Заболяването е най-често в кърмаческата и ранната детска възраст, в периода на най-голяма активност на лимфоидната тъкан. Заболяването протича с описаните основни симптоми, трае 3 до 5 дни, ако не се развият усложнения.

Лечението е симптоматично:

1. Много често антибиотичното лечение е емперично:

Пеницилини	
Amoxicillin/Clavulanic Acid	Назначава се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 kg) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 kg. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.
Цефалоспорици	
Cefuroxime Axetil	При възрастни и деца над 12 год. курса на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция препаратът трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15 mg/kg. ДД се разделя на 2 приема през 12 h.
Линкозамиди	
Clindamicyn tabl./amp.	На възрастни се назначава орално от 300 mg/8 h в продължение на 10 дни. При деца, дозата е 21 mg/kg дневно, разделено в 3 приема за 10 дни. МДД Clindamicyn орално за възрастни е 1,8 g. За да се намали местният дразнещ ефект на клиндамицин върху езофагеалната и стомашната лигавица, се препоръчва капсулите да се поглъщат със 150 до 200 ml вода. Мускулно или венозно на възрастни клиндамицин се прилага обикновено в ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 приложения.

При алергия към бета-лактами, се използват clindamycin, clarithromycin, или azithromycin.

2.НСПВС:

Diclofenac	Приема се <i>орално след хранене</i> в доза за възрастни от 25 до 50 mg/8 h. Лекарствените форми Diclofenac с удължено освобождаване се предписват от 75 mg до 100 mg 1–2 пъти на ден. МДД за възрастни е 150 mg
Ibuprofen	На възрастни ибупрофен се предписва <i>орално</i> по 200 mg/8 h <i>след хранене</i> . Терапевтичният му ефект се проявява след 5–10 дни. ЕД е 10 mg/kg p.o., а ДД – 40 mg/kg p.o. МДД ибупрофен за възрастни е 1200 mg. Оралната ЕД Ibuprofen за деца над 3 мес. е 10 mg/kg т.м. Тя може да се приложи 1 до 3 пъти на ден през 6 до 8 h
Paracetamol suppr.	е подходяща форма за приложение на лекарственият продукт, поради етиологията на заболяването и факта, че е възможен дискомфорт при преглъщане. На възрастни орално се назначава от 500 до 1000 mg 3–4 пъти на ден. МДД Paracetamol е 3 g p.o. Оралната ЕД парацетамол за деца под 12 г. варира от 10 до 15 mg/kg. При необходимост тя може да се прилага през интервали не по-кратки от 4 h, като максималният брой приеми за едно денонощие е пет. Парацетамол не трябва да се прилага на деца по-дълго от 3 дни

Общо прието е мнението, че острите тонзилити представляват инфекциозно заболяване. Главна етиологична роля играе бета хемолитичния стрептокок, от група А. За активността на бетахемолитичния стрептокок говорят антистрептолизиновия, антифибринолизиновият и антитоксиновия титър. Етиологична роля може да имат и други микроорганизми - стафилокок, пневмокок, менингокок, коли бактерии и бацила на Фридлендер, найсерия гонорея, микоплазма и хламидия трахоматис. Вирусните инфекции с коринебактериум дифтерия, анаеробни стрептококи и коринебактериум хемолитикум също може да наподобят фарингит или тонзилит, подобни на тези причинени от бетахемолитичния стрептокок.

В последните години за диагностика се използва култура от гърлото, взета с тампон и теста за бързо откриване на антиген (чувствителен 90 до 99 %). Все повече се апелира за разумна антибиотична стратегия при лечението на тези състояния и за драматично намаляване на прекомерното използване на антибиотици. Антибиотичният избор цели да намали вече ниската (10-29%) честота на неуспешни лечения и рецидивите (Hayurard 6 et al Kociolek et al)

Перитонзиларен абсцес

При проникване на инфекцията в тонзиларната капсула и включване на околните тъкани, с кумулиране на гноен ексудат в перитонзиларното пространство, се нарича перитонзиларен абсцес.

Характерни симптоми

1. Силна едностранна болка в гърлото
2. Тризмус
3. Говор гъгнив
4. Медиално отклонение на мекото небце
5. Подути и болезнени регионарни лимфни възли.
6. Фебрилитет и тежко общо състояние

Лечение:

1. На първо място е оперативно, като се извършва инцизия и дренаж на перитонзиларната област с местна анестези с локално приложение на Lidocain 1%.

2. Включват се Широкоспектърни антибиотици от групата на Цефалоспорините:

Cefpodoxime tabl. 200 mg; susp. 40 mg/5ml 50 ml; 100 ml	На <i>възрастни</i> с НБФ цефподоксим се прилага орално в доза 100 до 200 mg/12 h. При кърмачета под 6 мес. и деца до 11 г. ДД цефподоксим е 8 mg/kg (1 ml/kg от приготвената суспензия), разделена на два приема. Деца с т.м. ≤ 25 kg могат да приемат 1 таблетка от 100 mg/12 h. Цефподоксим не се прилага при новородени на възраст под 15 дни
Ceftibuten tabl. 400 mg; susp. 36 mg/ml 30; 60 ml	На <i>възрастни</i> и деца над 12 г с т.м. >45 kg цефтибутен се прилага орално в ДД 400 mg в 1 прием. ДД за деца под 12 г. е от 5 до 9 mg/kg (но не повече от 400 mg/24 h), разделена в 2 приема. Лечението продължава 10 дни

Аминогликозиди:

Clindamicyn amp. 150 mg/ml 4 ml- На *възрастни* (вкл. при орофациални инфекции) се назначава орално от 150 до 450 mg/6 h в продължение на 10 до 14 дни. МДД Clindamycin орално за *възрастни* е 1,8 g. Мускулно или венозно на *възрастни* Clindamycin се прилага обикновено в ДД от 1,2 до 1,8 g, разделена в 3 до 4 апликации. Вътреклетъчното разпределение на Clindamycin е по-добро от това на Lincomycin.

3. НСПВС:

Dexketoprofen tabl. 25 mg.; amp. 50 mg/2 ml - По 12,5 mg след хранене през 4 до 6 h, респ. 25 mg/8 h. МДД за *възрастни* е 75 mg, а за ПНВ – 50 mg. *Dexketoprofen inject* се предписва за не повече от 48 h. Той се прилага мускулно или i.v. bolus. Препоръчителната ЕД е 50 mg през интервали от 8 или 12 h.

4. Високи дози Vit. C amp. 500 mg/ml - *С лечебна цел* при възрастни той се прилага орално, мускулно или венозно в ДД 200–600 mg (разделена в 3–4 ЕД), но при грип ДД аскорбинова киселина е висока (1–1,2 g p.o.). Лечебната ДД за деца е 20–50 mg.

При нужда КС (данни за регионален оток на ГДП от възпалителен характер)

ИНФЕКЦИОЗНА МОНОНУКЛЕОЗА

Касае се за първична EBV инфекция, обикновено с доброкачествено протичане. EBV е херпес вирус широко разпространен в човешката популация и често засягащ и детската възраст. Известни са EBV1 EBV2 - двойна инфекция при имунокомпрометирани хора. Входна врата е Валдаеровият пръстен. По лимфохематогенен път прониква в лимфните възли, черен дроб и слеска.

Основни симптоми:

1. Общо неразположение
2. Ангина с тежка назофарингеална обструкция
3. Мръсно сиви налепи по повърхността на тонзилите
4. Петехиален енантем по мекото небце
5. Шийна лимфаденомегалия.

Тежката назофарингеална обструкция може да бъде животозастрашаващо усложнение със случаи на внезапна смърт предимно нощем. Най-характерна е шийната лимфаденомегалия по задния ръб по мускули стерноклейдомастоидеи. Често има хепатоспленомегалия. Обрив се наблюдава в 3-15 %-макулопапулозен, морбилоподобен и уртикариален (провокира се от ампицилин)

Диагнозата се потвърждава чрез серологични реакции Paul Bunel (има и бързи тестове)

- Eliza-IgM и IgG антитела
- IFA – златен стандарт в серодиагностиката на първичната Epstein Barr Virus инфекция.

Лечение:

1. Кортикостероиди (системно интравенозно приложение):

Dexamethasone	Инжекционният разтвор на дексаметазон може да прилага венозно. <i>Орално</i> се предписва след хранене в ДД при остри заболявания като вирусна мононуклеоза от 5 до 8 mg разделени в 3 до 4 приема. ПД Dexamethasone е от 1 до 1,5 mg/24 h
Methylprednisolone	<ul style="list-style-type: none">• Перорално – 4 mg tabl. дневно за период от 7-10 дни.• Парентерално - според тежестта на състоянието се назначава в доза 10-500 mg дневно; дозата при деца е 10-30 mg/kg дневно.

2.НСПВС:

Dexketoprofen tabl 25 mg Dexketoprofen amp. 50 mg/2ml	По 12,5 mg след хранене през 4 до 6 h, респ. 25 mg/8 h. МДД за възрастни е 75 mg, а за ПНВ – 50 mg. <i>Dexketoprofen inject</i> се предписва за не повече от 48 h. Той се прилага мускулно или i.v. bolus. Препоръчителната ЕД е 50 mg през интервали от 8 или 12 h
Diklofenac	Приема се <i>орално след хранене</i> в доза за възрастни от 25 до 50 mg/8 h. Лекарствените форми диклофенак с удължено освобождаване се предписват от 50 mg до 100 mg 1–2 пъти на ден. МДД за възрастни е 150 mg. <i>Ректално</i> препаратът се назначава по 1 свещичка на ден. Diclofenac се инжектира <i>мускулно</i> в доза 75 mg 1 до 2 пъти на ден не повече от <i>два дни</i>
Ibuprofen	400 mg tabl. 2 до 3 пъти на ден. За период от 7-14 дни. На възрастни продуктът се инфузира венозно в продължение на 30 min в доза 400 до 600 mg през 6 или 8 h. МДД е 2400 mg

Продължителността на терапията не трябва да превишава 3 дни.

3. Антибиотичното лечение с цефалоспорино II-ро и III-то поколение е препоръчително предвид усложненията, които могат да настъпят.

Скарлатинозна Ангина

Главни симптоми:

1. Локални промени - оточни тонзили, огненочервено меко небце с рязко очертана граница от твърдо небце, “малинов” цвят език

2. Гъгнив глас

3. Налепи по сливиците

4. Увеличени и болезнени регионални лимфни възли.

5. Общи симптоми

Лечение:

1. Консервативно- Антибиотици от пеницилиновата група:

Amoxicillin/Clavulanic Acid - Назначава се перорално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 25-50 mg/kg/24 h (при деца под 40 kg) разделена на 2 приема и 500 g 2 пъти дневно при възрастни и деца над 40 kg. Максимална дневна доза е 1 g. Продължителност на лечение е 10 дни.

2. Аналгетик/Антипиретик:

Paracetamol tabl 500 mg.; amp. 500 mg/ml 2ml; fl. 10 mg/ml 100 ml- На възрастни орално се назначава от 500 до 1000 mg 3–4 пъти на ден. МДД Paracetamol е 3 g p.o. Оралната ЕД парацетамол за *деца под 12 г.* варира от 10 до 15 mg/kg. При необходимост тя може да се прилага през интервали не по-кратки от 4 h, като максималният брой приема за едно денонощие е пет. Парацетамол не трябва да се прилага на деца по-дълго от 3 дни.

3.НСПВС:

За намаляване на НЛР се използва възможно най-ниската ефективна терапевтична доза за възможно най-кратко време.

4.Кортикостероиди:

Methylprednisolone

- Перорално – 4 mg tabl. дневно за период от 7-10 дни.
- Парентерално - според тежестта на състоянието се назначава в доза 10-500 mg дневно; дозата при деца е 10-30 mg/kg дневно.

6.Инфузионна терапия

Дифтерийна ангина

Причинител е бацилът на Löffler.

Главни симптоми:

Дифтерийната ангина има 2 форми:

А. Локализирана форма:

- 1.Субфебрилна температура
- 2.Леко увеличени лимфни възли
- 3.Тонзили подути с неголеми налепи, които трудно се отделят от подлежащите тъкани.
- 4.Често остава неразпозната диагнозата, което е епидемиологично много опасно.

Б. Разпространена форма

- 1.Много тежко протичане
- 2.Сърдечно съдова система-тахикардичен пулс
- 3.Масивни налепи по тонзилите трудно отделящи се от подлежащите тъкани
- 4.Лечението се провежда в инфекциозно отделение- дифтериен анатоксин!

Заболявания на ларинкса

Основни симптоми:

- 1.Афония
- 2.Дисфония
- 3.Дрезгав глас
- 4.Хрипове

Афонията е симптом говорещ за увреждане в областта на гласните връзки. Дисфонията се проявява при острите и хронични възпаления на гръкляна при болки. Дрезгавия глас се причинява от аномална вибрация на гласовите струни. Гласът е придишане (придишане), когато голямо количество въздух премине през недобре затворените гласни струни, както става при едностранна парализа на гласните струни или при

някаква формация по гласната струна. Гласът е груб когато гласните струни са неподвижни и вибрират неправилно, както е при ларингит или злокачествено заболяване. При едем на гласните струни се произвежда груб нисък глас. Хриповете са резултат от турболентен приток на въздух от стеснен горен въздушен път. Те са инспираторни при стеснение на или под гласните струни. Въздушен път стеснен под нивото на гласните струни е причина за експираторни или бифазни хрипове. Всички случаи на хрипове трябва да се оценяват от специалист, а внезапното и бързо начало на хриповете се оценяват спешно.

Всеки пациент с дрезгав глас персистиращ повече от 2 седмици се оценява от оториноларинголог.

Остро катарално възпаление на ларинкса

Laryngitis catarrhalis acuta

Най-важни симптоми:

- 1.Предшества хрема, гърлобол и суха кашлица
- 2.Дрезгав глас, персистира повече от една седмица

Острото катарално възпаление на ларинкса е една от най-честите причини за дрезгав глас. Причинителите са най-често вируси. Може да се изолира. М. Катаралис и Х. Инфлуенце от назофаринкса. Започва с хрема и кашлица. Скоро гласът и кашлицата стават дрезгави, рядко афонични. У кърмачета може да се наблюдава инспираторна диспнея или стридор. Възможен е фебрилитет. Диагнозата е клинична и се потвърждава с ларингоскопия.

Лечение:

- 1.Уместно е в лечението да се включат инхалации със студен влажен въздух
2. Приложение на Кортикостероиди:

Prednisolone	предписва се <i>орално след хранене</i> при остри заболявания в началото по 30–60 mg/24 h. Във фармакологично отношение той е около 5 пъти по-активен от хидрокортизона и предизвиква по-леки минералкортикоидни НЛР
Methylprednisolone	Перорално – 4 mg tabl. дневно за период от 7-10 дни. Парентерално - според тежестта на състоянието се назначава в доза 10-500 mg дневно; дозата при деца е 10-30 mg/kg дневно

- 3.При доказан бактериален агент е препоръчително приема на Цефалоспорини:

Cefuroxim Axetil	възрастни и деца над 12 г. обичайният курс на лечение варира от 5 до 10 дни. За оптимална резорбция препаратът трябва да се приема след хранене. Оралната ДД за деца от 3 мес. до 12 г. е от 10 до 15
------------------	---

	mg/kg. ДД се разделя на 2 приема през 12 h. При otitis media се препоръчва ДД 15 mg/kg/12 h. МДД е 1 g p.o.
Cefaclor	(1) На възрастни се прилага орално от 250 до 500 mg/8 h. МДД за възрастни е 4 g. (2) ДД за деца е от 20 до 40 mg/kg, разделена на 3 приема. МДД цефаклор за деца е 1 g

Лечението продължава 5-7 дни.

Субхордален ларингит Pseudocroup

Етиологията е вирусна. В 2/3 ти от случаите се намира парагрипен вирус, RCV, грип и др. Среща се във възрастта от 1 до 3 години. Имат отношение алергични и психологични фактори.

Основни симптоми:

- 1.Обхваща възрастта от 1 до 3 години.
- 2.Начало със ринит и суха кашлица
- 3.Пристиъп през нощта с инспираторна диспнея лаеща кашлица, учестен пулс и забавено дишане
- 4.Пристиъпът отминава след няколко часа

Диагнозата е клинична и се потвърждава с директна ларингоскопия.

Лечение :

1.В острия стадий на заболяването е уместно инхалаторно приложение на Betamethasone, както и системно приложение на кортикостероид;

2.Назални деконгестанти:

-Oxymethazoline Hydrochloride spray 0,05 %- Капките с концентрация 0,05% са предназначени за деца над 6 г. и за възрастни. Опаковките на продуктите са за *индивидуална употреба*. Лечението не трябва да превишава 3 до 5 дни. Във всяка ноздра се накапват от 2 до 3 к два пъти на ден през интервали от 10 до 12 h. *Аерозолите* се прилагат по 1 до 2 к през 12 h.

3.Антихистамини:

Desloratadine	ДД за <i>възрастни</i> и деца над 12 г. е 5 mg (респ. 1 филмирана или 1 ородисперсибилна таблетка от 5 mg) в един прием. ДД за <i>деца от 1 до 5 г</i> е 1.25 mg/2.5 ml сироп или перорален разтвор в един прием; за <i>деца от 6 до 11 г.</i> – 2.5 mg/5 ml сироп или 2.5 mg (= 1 ородисперсибилна таблетка) на ден
Rupatidine	перорален разтвор 0,1% 120 ml; таблетки 10 mg. За лечение на <i>алергичен ринит и уртикария при деца над 12 г. и възрастни</i> продуктът се прилага орално в доза 10 mg 1 път на ден. <i>при деца от 6 до 11 г. с т.м. ≥ 25 kg</i> рупатадин се предписва в доза 5 ml 0,1% разтвор 1 път на

ден (със или без храна).

4. Антибиотиците са приложими в случай на бактериална суперинфекция.

Дифтерия на ларинкса

Макар и рядко срещана дифтерията на ларинкса в последните години поради пропуските в имунизациите на децата, отново става актуална.

Основни симптоми:

1. Постепенно начало
2. Прогресивно нарастващи интоксикация и диспнея
3. Глас - пресипнал до афоничен
4. Кашлица-сипкава
5. Специфичен лош дъх от устата
6. Регионален лимфаденит

Локалния статус при ларингоскопия установява фибринозни налепи с седефенобял цвят обхващащи гласните връзки. Лечението се провежда в болнични условия и задължително се прилага антидифтериен анатоксин.

Допълнение към етиологичната причина е лечението с антибиотик от тетрациклиновата група – Doxycyclin tabl. 100 mg.

Ларингофарингеален рефлукс

Ларингофарингеалният рефлукс (невинаги съвпада с гастроезофагиален рефлукс) се счита за причина за хроничен дрезгав глас, когато другите причини за аномална вибрация на гласните струни (тумор, нодули) се изключат чрез ларингоскопия.

Основни симптоми:

1. Дрезгав глас, дразнене в гърлото, хронична кашлица в изправено положение.
2. Диагноза категорична чрез ларингоскопия.

Окончателната диагноза се поставя след няколко месечно лечение с инхибитор на протонната помпа както и диета. Американската академия по оториноларингология, хирургия на глава и шия препоръчва 2 пъти дневно терапия с инхибитор на протонната помпа в пълна концентрация (омепразол 40mg 2 пъти дневно) най-малко за 3 месеца.

Рецидивираща респираторна папиломатоза

Папиломите са чести лезии на ларинкса. Рецидивиращите респираторни папиломи са с основна изява дрезгав глас, който прогресира седмици до месеци. Дължат се на HPV типове 6 и 11.

Срещат се по-често при децата - дрезгав глас и хрипове. Лечението е оперативно. Създадена е надеждна четири валентна рекомбинантна ваксина за човешки HPV профилактика.

Епиглотит

Основни симптоми:

1. Остро начало при пълно здраве
2. Висока температура
3. Дисфония, слюнотечение
4. Инспираторна диспнея с тридор

Това е тежко протичащо и заплашващо живота възпаление на епиглотиса и околните му тъкани. Основен причинител е хемофилус инфлуенце тип В, понякога стрептокок от група А, пневмококи или стафилококи. Вирусният епиглотит е рядкост. Боледуват деца от 2 до 6 години, но може да засегне и кърмачета. От възрастните по-често се среща при диабетно болни пациенти. Клиничната картина е тежка и може да прогресира бързо до шок. Диагнозата се поставя клинично и чрез индиректна ларингоскопия.

Лечение:

С високи дози антибиотици:

1. Цефалоспорини: Ceftriaxon fl. 1g, Cefotaxime fl. 1g
2. Линкозамиди: Clindamycin amp. 150 mg/ml 4 ml.
3. Metronidasole fl. 500 mg 100ml

при нужда и кортикостероиди: Dexamethasone amp. 4 mg/ml 1 ml

Травматични лезии на гласните струни

- **Нодули** на гласните струни са гладки, резки, разположени по гласните връзки и са резултат от злоупотреба с гласа у възрастните се наричат певчески възли, а у децата възли на крещенето. С промяна на гласовото поведение обикновено изчезват.

- **Полипи** на гласните струни - обикновено са едностранни, формирани в ламинапроприя на гласната струна. Свързват се с локална травма. Големите полипи налагат оперативно премахване.

- **Кисти** на гласните струни - травматични лезии образувани в жлезната тъкан на гръкляна. Причиняват дрезгав глас. Лечението е оперативно. Рецидивират често.

- **Контактни язви** – често са неразпознаваема причина за дрезгав глас и одинофония. Лезиите се формират по аритеноидните хрущяли. Пациентите имат точен усет за локализацията на процеса и уведомяват точно лекаря. Етиологично обикновено след интубация изчезват бързо. Често се свързват с гастроезофагеален рефлукс. В тези случаи се провежда адекватно лечение. (Gokean et al)

Левкоплакия на ларинкса

Често явление при пушачи с дрезгав глас. Задължително е извършването на ларингоскопия с биопсия при което се установява разностепенна дисплазия. Пациентите по-късно развиват плоскоклетъчен карцином, което налага стриктно наблюдение на тези болни.

Злокачествени новообразувания на ларинкса

Плоскоклетъчен карцином на ларинкса

Основни симптоми:

1. Дрезгав глас повече от 2 седмици при пушач
2. Персистираща болка в гърлото или ухото особено при преглъщане
3. Туморна формация в съответната област
4. Хемоптиза
5. Симптоми от засягане на дихателния път - хрипове, хъркане и др.

Плоскоклетъчният карцином на ларинкса е най-честото злокачествено заболяване на този орган. Среща се обикновено в зрялата възраст почти изключително при мъже м/у 50 и 70 г. пристрастени пушачи. Допуска се връзка между ларингеалния карцином и инфекцията с HPV тип 16 или 18 като при плоскоклетъчния карцином. Доказано е обаче, че тя е по-слаба отколкото при орофарингеалния карцином.

Различават се главно три локализации на новообразуванието - рак на вестибулума, рак на гласните връзки и рак на субглотисното пространство, които се изявяват с подобна но задълбочаваща се и прогресираща симптоматика. При ранна диагноза ларингеалният карцином се поддава много добре на лечение и има благоприятна прогноза за максимално възстановяване на гласа, гълтането и дихателната функция.

Ракът на вестибулума е най-често локализиран върху епиглотиса и протича най-безсимптомно дълго време. Успехът на лечението е много висок при ранно откриване.

Ракът на гласните връзки се проявява с локализация върху гласната струна. Изявява се най-рано с дрезгавия глас на болния в резултат на нарушена подвижност а по-късно и пълна неподвижност на гласната връзка. Появява се и възпалителна инфилтрация на околната тъкан което може да доведе до диспнея. Ракът на субглотисното пространство засяга предимно дихателната вместо гласовата функция. Затруднени са дишането и гълтането. Може да се достигне до застошни явления, оток в целия ларинкс с увеличение на регионарните лимфни възли. Чести са малките и големите кръвотечения. Пациентите при тази локализация загиват най-често от белодробни усложнения, задушаване или внезапни обилни кръвотечения. Диагнозата на рака на ларинкса се поставя клинично и с помощта на образни и хистологични изследвания.

За определяне степента на тумора (възли на шията, обем на тумора и склероза или унищожаване на хрущяла) се използва радиологичното изследване с КТ или ЯМР.

Изследва се пълна кръвна картина, чернодробно функционални тестове. Извършва се кардиопулмонално изследване. Предоперативно всички пациенти следва да имат добра белодробна функция и поносимост. Позитронно-емисионна томография (ПЕТ) или КТ-ПЕТ се прави при търсене на далечни метастази при напреднал процес. Биопсия се извършва по време на ларингоскопията. ТАБ се прилага при уголемени шийни възли (над 1-1,5см). За определяне стадията на ларингеалните карциноми у нас се използва общоприетата система TNM. Описва се степента на туморите и обикновено се очертава прогнозата. Ранните стадии – T1 и T2 включват локални процеси без метастази. Лезиите T3 и T4 са по-напредналите стадии, които включват множество ларингеални локализации с ограничение на подвижността на ларинкса обикновено са с регионални метастази. Това вече са карциноми в стадий T3 и T4. Туморите от първите два стадия се лекуват обикновено с ендонадална терапия (операция или лъчелечение), а в T3 и T4 с многомодална терапия-химиотерапия с лъчелечение.

Лечение

Основни цели на лечението:

- 1.Излекуване
- 2.Запазване на ефективно преглъщане
- 3.Запазване на нормален глас
- 4.Избягване на постоянна трахеостома

Честотата на излекуване при ранно откритите глотисни и супраглотисни тумори с лъчетерапия е 95 и 80%. Лъчетерапия може да се приложи и при някои тумори в стадий T3 и T4 след определена преценка на състоянието. При тези тумори се прилага най-често оперативно лечение, съчетано с химиотерапия. Лечението на тези тумори представлява голям и тежък проблем, който постоянно се променя и подлага на преоценка. Стремешът е съхраняващата органите хирургия да се обсъжда като алтернатива на химиорадиацията, но следва да бъде извършена във високо специализиран център. След пълна оценка на възможностите на лечение изборът на пациента има решаваща роля да се използва хирургия или химиорадиация като окончателен подход.

Тотална ларингектомия остава при напреднали тумори в специални случаи. Персистиращи тумори след химиотерапия или рецидив на тумора след лъчетерапия, ангажиране на хрущяла. Въпреки всичко около 65 % от пациентите с рак на ларинкса оживяват.

Парализа на гласните струни

Парализата на гласните струни може да бъде едностранна и двустранна.

Едностранната парализа се дължи най-често на лезия на нервус вагус. Обичайните причини са тиреоидната и др хирургия (вкл. Рак на щитовидната жлеза). Втората най-честа причина е идиопатична преди поставяне на диагнозата е необходимо да се изключи злокачествено новообразувание чрез проследяване с контрол на КТ, хода на

ларингеалния нерв. При отклонение се извършва ЯМР изследване на мозъка и мозъчния ствол.

Двустранната парализа на гласните струни причинява дихателни нарушения - хрипове при дълбоко дишане. Дълго време може да протече асимптомно и пациентът да има нормален глас. При остро начало - незабавно настаняване в специализирано отделение. Причините за двустранна парализа са тиреоидна хирургия, езофагеален рак, напреднал ревматоиден артрит, интубационни увреждания, ларингиален рак. Лечението е с цел овладяване на парализата към което се стреми съвременната медицина - прилагане на ларингопластики с тефлон, гел, пяна, мазнина и колаген. Тези прийоми възстановяват отлично временно гласа. Подменят се периодично с местна или обща анестезия.

При перманентна парализа се прилагат съвременни методи-поставяне на импланти в определените най-подходящи места за осигуряване двустранна симетрична вибрация на гласните струни.

C1 Esterase Inhibitor (Human) – прах за приготвяне на инжекционен и инфузионен разтвор 500 IU, съдържащ човешки C1-естеразен инхибитор. Използва се за терапия на остри абдоминални, фациелни и ларингеални атаки при наследствен ангиоедем при възрастни и педиатрични пациенти. За лечение на остри пристъпи на ангиоедем – 20 IU/kg. Готовият разтвор трябва да бъде безцветен, бистър и приготвен при спазване изискванията на производителя. Той се прилага бавно венозно или чрез инфузия (4 ml/min). За *профилактика на пристъпи* на ангиоедем преди медицински манипулации се инфузира венозно в доза 1000 IU, по-малко от 6 h преди съответната манипулация или интервенция.