

НАРЕДБА № /

за приемане на фармако-терапевтично ръководство по ушно-носно-гърлени болести

Член единствен. С тази наредба се приема фармако-терапевтично ръководство по ушно-носно-гърлени болести, съгласно приложението.

Преходни и заключителни разпоредби

§1. Приложението се публикува като притурка на интернет страницата на Държавен вестник.

§2. Тази наредба се приема на основание чл. 259, ал. 1, т. 4 от Закона за лекарствените продукти в хуманната медицина.

§3. Указания по прилагането на тази наредба се дават от Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

§4. Наредбата е приета с Решение № на Националния съвет по цени и реимбурсиране на лекарствените продукти.

Фармако-терапевтично ръководство по ушно-носно-гърлени болести

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 малкото на брой у нас достъпна, с практическа насоченост специфична литература от друга страна (последните помагала са от 1976г. – В. Л. Павлов и 2010 г. – Ив. Ценев) 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 съвременен 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. Посочените в него терапевтични препоръки за лечение на най-често срещаните заболявания в оториноларингологията са базирани на приети международни и български консенсуси. Тези насоки имат препоръчителен характер, тъй като правилното лечение на всяко едно заболяване изисква да се съобразим с индивидуалностите на пациентите, неговата поносимост към различните терапевтични средства и отговор на тяхното действие.

I. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА УХОТО

1. 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 – *otapostasis 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, при изгаряния, малигнено протичащи възпаления на ВСП и други. Дотук

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 компресивна 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. според FDA е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа.

Трети избор:

-Cefpodoxime Proxetil-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 *възрастни* 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. Цефподоксим не се прилага при новородени на възраст под 15 дни.

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, но никога със 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:

1.Почистване на некротичните участъци

2.Мазеви превръзки с:

- 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:

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

2. ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

2.1 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 (*Aspergillois*), 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.

2.2. ПЕРИХОНДРИТ - PERICHONDritis AURICULAE

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

Лечение:

Локално антибиотично лечение:

-Gentamicin ungent, 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, Moxifloxacin 1x400 мг.перорално или венозно или Ciprofloxacin 2x500 мг. перорално или венозно. Перорално и парентерално могат да се прилагат еднакви дози, предвид биоеквивалентността на Levofloxacin, Moxifloxacin и Ciprofloxacin. Продължителността на терапията се определя, от хода на заболяването. Както при всяка антибиотична терапия, прилагането на Levofloxacin, Moxifloxacin и Ciprofloxacin продължава от 48 до 72 ч., след установяване унищожаването на бактериалната инфекция. Лечението с флуорхинолони не се препоръчва за деца до 18 годишна възраст.

-Противовъзпалително лечение:

Нестероидни противовъзпалителни лекарствени средства(НСПВС)

Производни на оцетна киселина и свързани с нея вещества:

-Diclofenac natrii-при възрастни 2 x 150 mg. в комбинация с инхибитор на протонната помпа Omeprazol, Esomeprazol в профилактична доза от 20 мг. 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.

- Acetaminophen syr./tabl. – При деца 15 мг/кг. 3 пъти дневно. При възрастни 250-500 мг. 3-4 пъти дневно.

Продължителност на лечението:

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

-при нужда - оперативно.

2.3. 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- Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg приемат доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарственият продукт със съотношение на съставките 14:1 се назначава на деца на възраст най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg. Препоръчителната доза Amoxicillin 45 mg/kg/12h.

При наличие на алергични реакции към пеницилини, подходяща алтернатива са:

Макролиди:

- Clarytromycin – tabl. 250 и 500 mg и 125 mg/5 ml или 250 mg/5 ml. ДД при възрастни е 500 mg на 12 часа, а за деца е 7.5 mg/kg 12 часа. Лечението продължава най-малко 5 дни.

-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 Цефалоспорино)- 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. според FDA е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа.

- Cefprozil - (Второ поколение Цефалоспорино)- гранули за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 250 mg/5 ml във флакони по 60 ml; филм-таблетки по 500 mg. Оралната ДД Cefprozil за деца от 3 месеца до 12 год. е от 15 mg/kg в прием на 12 часа, а за възрастни е по 500 mg. 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 *възрастни* 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.

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.

-Diclofenac natrii-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.

2.4. IMPETIGO НА УШНАТА МИДА IMPETIGO CONTAGIOSA AURICULAE

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

Лечение:

-Локално Антибиотично лечение:

Murigocin ung. локално в областта на засегнатата зона и стерилни превръзки.

Системно Антибиотично лечение:

Първа линия на лечение:

Цефалоспорини Второ поколение

-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. според FDA е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа.

- Cefprozil - (Второ поколение Цефалоспорини)- гранули за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 250 mg/5 ml във флакони по 60 ml; филм-таблетки по 500 mg. Оралната ДД Cefprozil за деца от 3 месеца до 12 год. е от 15 mg/kg в прием на 12 часа, а за възрастни е по 500 mg. на 12 часа.

Втора линия на лечение:

-Ceftriaxone-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

доза 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.

-Cefpodoxim 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 *възрастни* 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.

Трета линия на лечение:

Линкозамиди:

-Clindamycin-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.

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.

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

2.5. 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.

2.6. ЕКЗЕМА НА ВЪНШНОТО УХО- ECZEMA AURICULAE ET MEATHUS ACUSTICI EXTERNI

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

Лечение:

Локално:

Кортикостероидни мази:

-Clobetasol Propionat ung

-Betamethason ung.

-Methylprednisolone Acetonate ung.

Приложение върху подсушен, не голям участък за не повече от 10 дни.

Антихистамини:

-Dimetindene maleate gel- Приложение до три пъти на ден върху засегнатите участъци.

-Chloropyramine hydrochloride ung./cream 3 пъти на ден върху засегнатите участъци за период от 5-7 дни.

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.

2.7. УШНА КАЛ

Ушна кал-serumen е защитна реакция, която се произвежда от външната част на ушния канал. По принцип тя се самопочиства.

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 регионални лимфни възли.

Лечение :

Локално

-Чрез 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.

Цефалоспоринови втора генерация:

-Cefuroxime Ахетил- 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.

- Cefprozil - (Второ поколение Цефалоспоринови)- гранули за приготвяне на перорална суспензия с концентрация 250 mg/5 ml във флакони по 60 ml; филм-таблетки по 500 mg. Оралната ДД Cefprozil за деца от 3 месеца до 12 год. е от 15 mg/kg в прием на 12 часа, а за възрастни е по 500 mg. на 12 часа.

Втора линия на лечение:

-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 Clindamycin 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.

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.

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.

2.8. НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ВЪНШНОТО УХО

2.8.1. Доброкачествени новообразувания на външното ухо.

- келоиди
- атероми

- екзостози
- фиброми
- миксоми
- хондроми
- хемангиоми
- лимфангиоми

Лечение-оперативно

2.8.2. 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.

2.9. 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 и 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.

2.10. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ЕВСТАХИЕВАТА ТРЪБА

2.10.1. 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 серозен 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:

-Охуметазолин gutt./spray nasal

-Хилометазолин 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.

2.10.2. 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:

Антихистамините (H₁ блокери) и деконгестантите са неефективни за СО и не се препоръчват за лечението му. Антибиотиците (АБ) и кортикостероидите (КС) нямат дълготраен ефект и не се препоръчват в рутинната практика.

Терапията за СО е показана само тогава, когато има на лице клинично сигнификантни ползи от нея. Въпреки, че такива ползи са доказани за някои лекарства, те са краткотрайни и с неособено голяма значимост. Още повече – възможно е да се проявят сигнификантни странични реакции при всяка една лекарствена терапия.

Предишните насоки за лечението на СО не откриха данни в подкрепа на антихистамин – деконгестантните комбинации. От 1994г. до сега не са публикувани изследвания, които да променят тези препоръки. Страничните реакции на антихистамини и деконгестанти включват: безсъние, хиперреактивност, световъртеж, промени в поведението и нестабилност в кръвното налягане.

Антимикробната терапия при СО, не е убедително доказана, като се изключи умереното кратковременно повлияване за 2-8 седмици при рандомизираните проучвания. Положителният ефект може да се окаже несъществен: 2 седмици след спирането на лекарствения продукт. Доказано е, че приблизително 7 деца би трябвало да бъдат третирани с АБ, за да бъде постигнат поне един кратковременен отговор. Страничните

реакции са сигнификантни и включват: обриви, повръщане, диария, алергии, промени в назофарингеалната флора на детето, развитие на бактериална резистентност, икономическа неефективност. Социалните последици включват директно пренасяне на резистентни бактериални патогени по домовете и детските центрове.

Предишните препоръки за СО не включват орални стероиди за лечението му при деца. Мета-анализът не показал полза от оралните КС сравнени с плацебо за 2 седмици, но показал кратковременна полза от комбинацията на КС с АБ срещу монотерапията с АБ за едно от общо 3 третирани деца. Оралните КС могат да предизвикат промени в поведението, повишен апетит и наддаване на тегло. Страничните ефекти включват: адреналинова супресия, фатални инфекции от варицела и аваскуларна некроза на бедрената глава. Въпреки, че интраназалните КС са с малко странични ефекти, едно рандомизирано проучване показало статистически еднакви резултати след 1 годишно лечение с интраназален беклометазон + АБ срещу монотерапията с АБ за СО.

АБ терапия с или без КС не е ефективна по отношение на дълготрайните резултати от лечението на СО, но при някои случаи тези терапия може да бъде използвана заради кратковременната полза и особено при родители, които са отрицателно настроени към предстояща хирургична намеса. При тези обстоятелства, може да се приложи еднократен курс на лечение за 10-14 дни. Вероятността СО да бъде излекуван в дългосрочен план по този начин е малка и продължителните или повторни курсове на АБ или КС лечение са противопоказани.

В литературата се дискутират и други нехирургични терапии за СО като: автоинфляция на Евтахиевата тръба; орално приложение на муколитици; системна употреба на фармакологични агенти, различни от АБ препарати; КС и H₁/деконгестанти. За сега не съществуват убедителни доказателства в подкрепа на тези лечения по отношение на СО.

Затова се прибегва до хирургично лечение – поставяне на тимпаностомни тръби („макарички“, „шънтове“ и др. наименования). Паралелно с това се препоръчва и отстраняване на аденоидна вегетация – аденоидектомия.

Антибиотичен курс:

-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 Clindamycin 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.

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.

-Amoxicillin/Clavulanic acid - Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарственият продукт (*съотношение на съставките 14:1*) е показан за лечение на *остър отит на средното ухо, при деца най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg*. Препоръчителната доза Amoxicillin 45 mg/kg/12h.

NB! При пациенти алергични към пеницилини алтернатива е приложение на цефалоспорини:

Цефалоспорини първо поколение:

-Cefadroxil- На *възрастни* и деца с т.м. над 40 kg с НБФ се назначава *орално* от 500 до 1000 mg/12 h. При възрастни пациенти с УБФ 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 25 до 50 mg/kg, разделена в два орални 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. според FDA е от 20 до 30 mg/kg в прием на 12 часа.

Локално приложение на Кортикостероиди:

-Betamethason ungu.

-Methylprednisolone Acetonate ungu.

Приложение върху подсушен, не голям участък за не повече от 10 дни.

С локалното приложение на кортикостероиди се цели овладяване на възпалителния оток в средното ухо и овладяване на симптомите.

В допълнение към терапията се прилагат **витами** от група В и С, включително таблетки с храносмилателни ензими и бактерии, които предпазват от поява на диспептичен синдром вследствие на антибиотичната терапия и активността на основното заболяване.

Поставяне на вентилираща тръба.

3. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА СРЕДНОТО УХО

3.1. 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. Среща 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:

Консервативно лечение. То се провежда при неусложнено протичане на ОСО при деца на възраст от 2 месеца до 12 години. Това са здрави до момента деца, без съпътстващи заболявания, които могат да променят протичането на ОСО^{1,2,4}.

Превенция на ОСО:

- Influenza ваксини – ефикасността на този вид ваксина спрямо респираторните вирусни заболявания е неоспорима. Според P. Marchisio et al. използването на този вид ваксини намаляват епизодите на ОСО с 43.7% в сравнение с плацебо третирана група^{13, 14}.
- Пневмококова ваксина – има 7 (PCV-7) (4, 6B, 9V, C14.18, 19F, 23F), 10 (7 валентни серотипа+серотип1,5,7) и 13 (10 валентни серотипа+серотип 3, 6A, 19A) валентна ваксини. Анализът на научните данни за изследване от приложението на този вид ваксини в САЩ и Канада показва до 43% намаление на ОСО в детската възраст. Въвеждането на този вид ваксинация в България показва значително намаление на заболеваемостта от ОСО в нашата страна. Пневмококовата ваксина дава имунитет срещу около 85% от тези серотипове, отговорни за ОСО¹⁵.

Основни цели на консервативното лечение:

- Антибиотично лечение, което започва незабавно или до 72 часа от диагнозата.
- Повлияване на болката.
- Преоценка на диагнозата и назначеното начално лечение, при липса на ефект от него.

Днес има два подхода за лечение на ОСО¹. Първият от тях, наречен „наблюдение и изчакване”, цели да се ограничи свръхупотребата на антибиотици, като се насърчава рационалната им употреба в условията на увеличаваща се антибиотична резистентност. При вторият дори съмнението за ОСО изисква *незабавно започване на етиологична терапия*. Кой от двата подхода ще бъде приложен зависи от няколко фактора: *възраст на детето, сигурност на диагнозата, тежест на протичане и възможност за проследяване на детето*.

Изчаквателно поведение се препоръчва само във възрастта над 6 месеца при несигурна диагноза и/или леко протичане. В тези случаи е много важно детето да бъде проследено, за което е необходимо разбиране и съдействие от страна на родителите.

При вземане на решение за антибиотично лечение на ОСО една от съвременните препоръки е лечение с висока доза amoxicillin (80-90 mg/kg на 2 приема) или висока доза amoxicillin с клавулонова киселина (90/6,4 mg/kg също на 2 приема). Кой от двата варианта ще се приложи зависи от тежестта на протичане, от вероятния причинител и от вероятността той да е резистентен към амоксицилина.

Препоръки според световен и български консенсус за антибиотично лечение на ОСО

<i>Температура ≥ 39 °C и/или силна болка в ухото</i>	<i>Начална терапия</i>	<i>Терапия след 48-72 часа наблюдение</i>	<i>Терапия след 48-72 часа предшестваща АБ терапия</i>
Не	Amoxicillin 80-90 mg/kg	Amoxicillin 80-90 mg/kg	Amoxicillin/clav.acid 90mg/6.4mg/kg

Да	Amoxicillin/clav.acid 90mg/6.4mg/kg	Amoxicillin/clav.acid 90mg/6.4mg/kg	Ceftriaxone
----	--	--	-------------

Оптималната продължителност на АБ лечение при деца с ОСО на възраст до 5 години, както и деца с тежко протичане на заболяването независимо от възрастта им е 10 дни, а при по-големите и при леко протичащо заболяване – 5-7 дни.

1. Антибиотично лечение със широкоспектърни антибиотици:

-Amoxicillin/Clavulanic acid - Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарственият продукт (*съотношение на съставките 14:1*) е показан за лечение на *остър отит на средното ухо, при деца най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg*. Препоръчителната доза Amoxicillin 45 mg/kg/12h.

NB! При пациенти алергични към пеницилини алтернатива е приложение на цефалоспорини:

-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 доказана резистентност към пеницилиновия препарат, вариант за лечение са Хинолоните:

-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.

Флуорхинолоните не се препоръчват за лечение на пациенти до 18 години.

Втора и трета линия на лечение:

Линкозамиди

-Clindamicyn 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 приложения.

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 приложения

Макролиди

-Azitromycin- 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

2. Носни деконгестанти (α адренергични миметици):

-Xylometazoline Hydrochloride gutt.; spray nasal

3. Локални Аналгетици и анестетици

- Furotagin - ушни капки 5 ml-На възрастни и деца над 3 г. след почистване на ушния канал се накапват 6 до 10 к от препаратата 3 или 4 пъти на ден, като главата трябва да остане 3 до 5 min в странично положение, след което външният слухов проход се запушва с памук. Нужно е разторът да се загрее предварително до т.т. При деца до 3 г. се назначава в доза 3 до 4 к 2 пъти на ден. Лечението не трябва да е по-дълго от 10 дни.

- Phenazone/Lidocaine Hydrochloride-Препаратът съдържа 1% лидокаин, 3.6 g 95% етанол, 4% феназон (НСПВЛ), 71% глицерол и др. Има локален анестетичен, антисептичен и антиескудативен ефект. В ушния канал на болното ухо се накапват по 4 к от 2 до 3 пъти на ден. Лечебният курс продължава максимум до 10 дни.

-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.

4. Болкоуспокояващи лекарствени средства за системно приложение:

Аналгетици:

-Metamisole sodium 500 mg/ml 2ml

НСПВС:

-Diclofenac 150 mg. tb.

-Dexketoprofen 25 mg tb.

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

Антихистамини

-Desloratadine 10 mg. tb.- 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) Desloratadine се назначава еднократно орално в доза 5 mg.

- Rupatadine - перорален разтвор 0,1% 120 ml ; таблетки 10 mg. При *деца над 12 г. и възрастни* продуктът 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 лечение:

Фармакологичното лечение продължава 7-14.

Оперативно - Миринготомия

3.2. 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 оторрея с или без оталгия.
2. Отоскопия - перфорация на тъпанчевата мембрана с кондуктивна или комбинирана загуба на слуха.
3. Чести причинители са *Staphylococcus aureus*, *Proteus*, *Pseudomonas*

Лечение:

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

3.3. 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.

4.ЗАБОЛЯВАНИЯ НА ВЪТРЕШНОТО УХО

4.1 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 - аминокликозиди, 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

5. 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 връщателен 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 di hydrochloride 16 mg tb.- Дневната доза е 24 - 48 mg, разделена на три приема. Подобрието 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 подобриение 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.100mg/5ml |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.

-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/Суанособаламин /Pyridoxine (АТС код: А11ВВ03) се назначава 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 amp. 6,32;15,67;40 mg/ml 1 ml| tabl.4 mg./16 mg- Пригответият *ex tempore* разтвор се инжектира мускулно или бавно венозно (след допълнително разреждане с 5% глюкоза) в ДД 20–40 mg. . Инжектира се на *деца* в доза от 1 до 4 mg/kg i.m. (i.v.) Монотерапията с methylprednisolone е асоциирана със сигнификантно подобрене на периферната вестибуларна функция

Бензодиазепини:

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 според FDA 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.

II. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА И НОСНИТЕ КУХИНИ

1. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСА

1.1. 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 УНГ 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 – Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарствените продукти (съотношение на съставките 14:1) са показани за лечение на деца *най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg*. Препоръчителната доза амоксицилин е 45mg/kg/12h.

Цефалоспорино 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 nasi

Тежките случаи се лекуват по спешност в специализирано заведение.

Dermatitis solaris

Acrozyanosis Nasi

Eczema Seborrhoicum

Rinophyma

Granulosis rubra nasi

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

1.2. НОВООБРАЗУВАНИЯ НА ВЪНШНИЯ НОС

✓ Carcinoma basocelulare (basalioma). Развива се бавно с години у възрастни хора, има доброкачествен характер и не дава метастази.

✓ Carcinoma spinocellulare (spinalioma) е с по-бързо развитие от Carcinoma basocelulare, дава метастази и на върха на носа е по-високо рисков.

✓ Melanoma malignum има много бързо развитие. Всяка тъмно пигментирана бързо нарастваща лезия изисква незабавно изясняване в онкологичен център.

✓ Granuloma teleangiectaticum

✓ Granuloma malignum nasi et faciei

2. ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНИТЕ КУХИНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНАТА ПРЕГРАДА

- Deviatio Septi Nasi

- Haematoma Septi nasi

- Abscessus Septi nasi

- Кървящи полипи на носната преграда

- Perforatio Septi Nasi

- Синехи и атрезии на носната кухина

- Чуждо тяло в носните кухини и ринолит

- Epistaxis

2.1. ВЪЗПАЛИТЕЛНИ ЗАБОЛЯВАНИЯ НА НОСНИТЕ КУХИНИ

2.1.1. Инфекциозни заболявания на носа и носните кухини инфекции

2.1.1.1. Остър **Вирусен** риносинуит

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-малка 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:

Лечението е патогенетично и симптоматично.

1. Няма ефективна антивирусна терапия - локално физиологичен разтвор

2. Локални деконгестанти:

-Xylomethasoline Hydrochloride 0,1%- Ксилометазолинът *не трябва да се прилага повече от 5 до 7 дни. (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

-Охуметасолин 0,05%

- Trimazoline hydrochloride 0.118%

3. Антибиотични капки локално:

-Ciprofloxacin collyr

-Levofloxacin collyr

4. Кремове за локално приложение:

-Clindamicin cream

-Levofloxacin cream

2.1.1.2. 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 риносинуити могат да се разграничат от вирусния ринит по персистирането на симптоматиката за повече от 10 дни след начално подобрение.

Острите синуити биват:

Остър максиларен синуит

Остър етмоидален синуит

Остър сфеноидален синуит

Остър фронтален синуит]

Остър пансинуит (при засягане на 2 или повече синуса)

Българско Ринологично Сдружение препоръчва следната антибактериална терапия при ОБРС: При млади пациенти без допълнителни рискови фактори (в това число и провеждано в рамките на 1 месец антибиотично лечение) и леко протичане на заболяването, като първи избор са бета-лактамните антибиотици: amoxicillin/clavulanate в дозировки от 45-90 mg/kg тегло за amoxicillin. При наличие на алергия към amoxicillin се препоръчва терапия с респираторни флуорхинолони над 12г. възраст - levofloxacin, moxifloxacin; цефалоспоринови втора и трета генерация - cefprozil, cefuroxim axetil, cefprozil, cefuroxim axetil, cefprozil, cefuroxim axetil; линкозамиди - clindamycin; азалиди и макролиди - azithromycin, clarithromycin, като в тези случаи трябва да се държи сметка за риска от терапевтичен неуспех, дължащ се на резистентността на микроорганизмите към изброените антибиотици.

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

Острият етмоидит често е съчетан при възрастни с максиларен синуит и симптомите са еднакви - максилоетмоидит. Етмоидитът у деца е най-честата форма на остър бактериален синуит и има своята специфична клинична изява: кашлица, гнойна секрция от носа, неприятен дъх. Характерни са периорбиталният едем и зачервената кожа на клепачите и носа. При тежките случаи се проявява екзофталам 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.

2.1.2. Лечение:



2.1.2.1. Насочено е към облекчаване на симптомите особено болката - нестероидни противовъзпалителни средства(НСПВС):

-Diclofenac natrii- 50,75,150 mg- за възрастни се назначава на 12 часа x 1табл. след храна.

-Ibuprofen-На възрастни Ibuprofen се предписва *орално* 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. (2) 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. (3)

2.1.2.2. Назални деконгестанти :

-Xylomethasoline Sol. Nasal. 0,05 %,0.1 %

Ксилометазолинът *не трябва да се прилага повече от 5 до 7 дни.* (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

2.1.2.3. Кортикостероиди:

Кортикостероиди за назална употреба – мометазон, флутиказон фуроат или флутиказон пропионат.

Локален антибиотик в чист вид

– тобрамицин.

- флуорхинолоните – Ciprofloxacin, Levofloxacin и Moxifloxacin.

2.1.2.4. 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 – Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарствените продукти (съотношение на съставките 14:1) са показани за лечение на *остър отит на средното ухо при деца най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg.* Препоръчителната доза амоксицилин е 45mg/kg/12h.

Цефалоспорини:

-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.

2.1.2.5. Макролиди:

- Clarytromycin – tabl. 250 и 500 mg и 125 mg/5 ml или 250 mg/5 ml. ДД при възрастни е 500 mg на 12 часа, а за деца е 7.5 mg/kg 12 часа. Лечението продължава най-малко 5 дни.

-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.

Терапевтичният подход при ХРС цели прекъсване на порочния кръг довел до дисфункция на остиомеаталния комплекс. Това включва подобряване дренажа на синусите, възстановяване реологичните свойства на мукуса, елиминиране на инфекцията, редуциране на възпалението.

През последните 20 години FESS се утвърди като основен метод за хирургично лечение на ХРС. Персистиращото заболяване на лигавицата на синусите, което се установява при около половината от оперираните пациенти обаче, илюстрира ограниченията на оперативното лечение само по себе си. Оптималното лечение на ХРС изисква в повечето случаи комбинирано хирургично и фармакологично лечение.

Възпалителен оток се атакува с противовъзпалителни средства – кортикостероиди, антибиотици, деконгестанти . С това се цели възстановяване на вентилацията и дренажа на синусите.

Възникналата мукоцилиарна дисфункция се третира с муколитици, секретолитици, секретомоторици, носни промивки.

Препоръчаното от Европейското дружество по ринология и Европейската асоциация по алергология и клинична имунология лечение на ХРС на базата на рандомизирани, плацебо контролирани изследвания е:

- Назални и системни кортикостероиди;
- Антибиотици при екзацербация;
- Промивки на носа с физиологичен разтвор.

Препоръки за ОПЛ:

- Интраназални кортикостероиди /ИНС/
- Носни промивки
- Антихистамини при алергични болни

Препоръки за оториноларинголози:

- При леки симптоми се използват ИНС
- При умерени симптоми - ИНС + кратки курсове със системни стероиди
- При тежко протичане - Оперативно лечение с допълнителен курс със системни и ИНС.

2.1.2.6. Лечение на риносинуита с кортикостероиди

Днес се приема от мнозинството експерти в ринологията, че хроничното възпаление е основният проблем при хроничния риносинуит с или без назална полипоза и в тази връзка използването на противовъзпалителни лекарствени продукти е от голямо значение. Кортикостероидите са най-често употребяваните противовъзпалителни лекарствени средства при хроничен риносинуит, особено за този с назална полипоза. И системните, и локалните кортикостероиди влияят на функцията на еозинофилите чрез подтискане на тяхната преживяемост и активация, и индиректно, чрез намаляване на секрецията на цитокини и хемокини от назалната мукоза и епителните клетки на полипите.

Системните кортикостероиди се прилагат при по-изявени симптоми и най-вече при ХРС с носна полипоза. Краткотрайни /1-2 седмични/ курсове при болни с назална полипоза или хиперреактивна лигавица често водят до рязко подобрене на симптомите. Използват се също и предоперативно, особено при инфектирана полипоза. Поради страничните ефекти на системните кортикостероиди, препоръчително е да се започне с най-малката ефективна доза, примерно 30 мг. Prednisone дневно, след което постепенно дозировката да се намалява.

2.1.2.7. Антибактериална терапия

Спред Европейското дружество по ринология и Европейската асоциация по алергология и клинична имунология, екзацербациите на ХРС се лекуват както епизодите на остър бактериален риносинуит /ОБРС/.

Българско Ринологично Сдружение и Българското Сдружение по Оториноларингология, хирургия на глава и шия препоръчват следната антибактериална терапия при ОБРС:

При млади пациенти без допълнителни рискови фактори (в това число и провеждано в рамките на 1 месец антибиотично лечение) и леко протичане на заболяването, като средство на първи избор са бета-лактамните антибиотици: amoxicillin/clavulanate в дозировки от 45-90 mg/kg тегло за amoxicillin.

При наличие на алергия към amoxicillin се препоръчва терапия с респираторни флуорхинолони – levofloxacin, moxifloxacin; цефалоспоринови втора и трета генерация – cefprozil, cefuroxim axetil, cefpodoxim proxetil, cefixim; линкозамиди – clindamycin; азалиди и макролиди – azithromycin, clarithromycin, като в тези случаи трябва да се държи сметка за риска от терапевтичен неуспех, дължащ се на резистентността на микроорганизмите към изброените антибиотици.

При неуспех на първоначалната терапия след 72 часа се включват респираторни флуорхинолони – levofloxacin, moxifloxacin или amoxicillin/clavulanate в дозировки от 90 mg/kg тегло за amoxicillin.

Напоследък се заговори и за дълготрайна /най-малко 3 месеца/ нискодозова терапия с макролиди. Основанията са не толкова антибактериалните свойства на макролидите, колкото тяхната противовъзпалителна функция – намаляват нивата на цитокините IL-5, IL-8, GM-CSF подобно на преднизона. Нейното приложение се препоръчва най-вече при пациенти противопоказани за КС терапия и следоперативно третиране след FESS. Дозировката е половината от обичайната антибактериална доза.

2.1.2.8. Лечение с муколитици

Основанията за това лечение са наличието на увредена мукоцилиарна функция, променени реологични свойства на мукуса /гъст, лепкав секрет/ при ХРС. Муколитиците се използват и в следоперативния период поради промените в лигавицата непозволяващи нормално оттичане на секрета. Това са наличие на ранева повърхност, тенденция към образуване на кори от гъстия секрет, невъзстановена мукоцилиарна функция на лигавицата. Те променят състава на секрета чрез промяна на съотношението мукус/серомукус, подобряване на мукоцилиарния клирънс като ускорява движенията на цилиите и променя свойствата на вече сформирания мукус.

2.1.2.9. Деконгестанти

За деконгестанти се използват алфа-адренергични агонисти. Те водят до вазоконстрикция на капацитивните съдове на лигавицата и намаляват нейния оток. Деконгестантите са локални и системни. При локалните има опасност от лекарствено индуциран ринит при продължителна употреба. Системните деконгестанти могат да се използват по дълго, но има опасност от екзацербация на хипертоничната болест и безсъние.

2.2.МАКСИМАЛНА ЛЕКАРСТВЕНА ТЕРАПИЯ НА ХРС

Дефиницията за максимална лекарствена терапия не е универсална. Използваните лекарствени продукти, времетраенето и начина на тяхното приемане, могат да се различават в зависимост от предпочитанията и опита на отделните специалисти. Поради липса на контролирани клинични проучвания, тя не е включена в консенсусните решения както в Европа, така и в Америка. Максималната лекарствена терапия представлява комбинация от лекарствени средства, с действие насочено към подтискане на изявите на ХРС.

Индикации: Тежки форми на ХРС – предоперативно, следоперативно.

Целта на ММТ е: да осигури дренаж на запушените синусни отвори и задържана секречия, да намали отока на лигавицата, да елиминира бактериалните причинители или фунги. Тя включва:

- 1/ Антибактериална терапия – 3 седмици – след антибиограма;
- 2/ Деконгестанти – 3-5 дни;
- 3/ Кортикостероиди –
 - ИНС – двойна дозировка,
 - системни КС – при полипоза – започва се от 60 мг преднизон с намаляване на дозата – до 3 седмици.
- 4/ Муколитици – 3 седмици;
- 5/ Антихистамини – само при алергия /влошават мукоцилиарния транспорт/
- 6/ Промивки на носа
- 7/ Антилевкотриени?
- 8/ Антифунгиална терапия?
- 9/ Имунотерапия – алергия, триада на Widal – Samter /13, 18 /.

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 Мохифлохацин 400мг х 24ч до 2 седмици, Амоксицилин (Clavulanic Acid) 1g 3x 10дни, Цефалоспорино II-ро и III-то поколение, Дохусуцилин.

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

2.3. 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

Гоноройна 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.

2.4. АЛЕРГИЧЕН РИНОСИНУИТ

Като риносинуит се означава хетерогенна група заболявания, с неясна етиология и патогенеза. Клиничният смисъл на терминът „риносинуит” е „възпаление на носа и синусите”; но от дидактически съображения, за клинични или научни цели е целесъобразно диференцирането на отделни нозологични единици.

Риносинуитът представлява: възпаление на носа и околоносните кухини, характеризиращо се с два или повече от следните симптоми: назална обструкция/конгестия; секреция: към вестибулума или епифаринкса; лицева болка/тежест; намаление или загуба на обонянието.

Алергичните синусити се развиват много рядко изолирано. Съчетават се много често с прояви от страна на носната лигавица и се оформят като алергични риносинуити. 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 фамилната 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.

Лечението на алергичния ринит, може да бъде разделено в 3 категории: избягване на алергени или екологичен контрол, антиалергични лекарствени продукти и алерген-специфична имунотерапия.

3. ЛЕКАРСТВЕНА ТЕРАПИЯ НА АЛЕРГИЧНИЯ РИНИТ

Подходът за лечение и справяне с алергичния ринит включва:

- Ограничаване на досега с алергени-основен принцип на терапията е да се идентифицира алергена и са се прекъсне контакта с него
- фармакологично лечение-фармакотерапия.
- Специфична имунотерапия
- Обучение
- Хирургичен подход-може да бъде използван като допълнителна интервенция при някои строго подбрани пациенти

Подбор на лекарствени продукти за лечение на алергичния ринит

- Ефектът от приложението на лекарствени продукти не трае продължително след прекъсването им. Затова при персистиращо заболяване е необходимо поддържащо лечение.

3.1. ЛЕКАРСТВЕНА ТЕРАПИЯ НА АЛЕРГИЧНИЯ РИНИТ

Фармакологично лечение е симптоматично, но с него се постига най-добър резултат в острата фаза на АР. С него се цели:

- Да се блокира действието на хистамин, който е основния медиатор на алергичната реакция в носа (отговорен за сърбежът, кихането, по-малко за ринореята и най малко за запушването).
- Да се намали отокът на носната лигавица(назалната обструкция).
- Да се подтисне алергичното възпаление.
- Да се намалят рецидивите и да се попречи на хронифициране на усложненията).

В лечението на Алергичният ринит се прилагат следните групи медекаменти:

1. Антихистаминови лекарствени продукти.

2. Алфа адренергични агонисти (деконгестанти); локални и перорални.
3. Кромолени (натриев кромогликат и натриев недокромил)
4. Антихолинергични средства.
5. Глюкокортикостероиди; локални и системни(през устата и инжекционни)

Ефектът на различните групи фармакологични средства върху отделните симптоми(прояви) на АР не е еднакъв:.

Втора генерация орални или интраназални H1 – антихистамини са препоръчани за лечение на алергични ринити и конюнктивити при деца и възрастни.

Първа генерация орални H1 – антихистамини не са препоръчани когато препарати от втора генерация са налични поради по – голямата им безопасност.

Локални H1 – антихистамини са препоръчани за лечение на алергични ринити и конюнктивити.

Интраназални глюкокортикостероиди са препоръчани за лечение на алергични ринити при деца и възрастни. Те са най – ефективните лекарства за лечение на алергичен ринит.

Интрамускулните глюкокортикостероиди и тези за продължително перорално приложение не се препоръчват поради нежеланите им ефекти.

Локални кромони се препоръчват при лечението на алергичните ринити и конюнктивити, но те са само умерено ефективни.

Montelukast се използва за лечение на сезонен алергичен ринит при пациенти над 6 годишна възраст.

Назалният ipratropium се прилага при асоциирана с алергичен ринит ринорея.

Назалните деконгестанти могат да се прилагат за кратък период от време при пациенти с тежка назална обструкция.

Оралните деконгестанти (и комбинациите им с орални H1 – антихистамини) могат да се използват за лечение на алергични ринити при възрастни, но нежеланите ефекти са чести.

При лечението на алергичния ринит трябва да се имат предвид тежестта и продължителността на заболяването, както и ефикасността, наличието и цената на лекарствата.

Подходящ е постепенен подход в зависимост от тежестта и продължителността на ринита.

При всеки пациент е необходим индивидуален подход.

Заболяването при някои пациенти със средно тежък/тежък ринит не може да се контролира въпреки оптималната фармакотерапия.

Таблица 1. Лекарства, използвани при алергичен ринит (адаптирана от Bousquet J, VanCauwenberge P, Khaltaev N. Allergic rhinitis and its impact on asthma (ARIA) – executive summary. Allergy 2002;57:841–855.

Име	Генерично име	Механизъм на действие	Странични ефекти	Забележки
Орални H1-антихистамини	Втора генерация Acrivastine Azelastine Cetirizine Desloratadine Ebastine Fexofenadine	Блокиране на H1 рецептори Известна антиалергична активност Лекарствата от	Нова генерация Без седация за повечето лекарства Нямат	Новата генерация орални H1-антихистамини е за предпочитане поради техното съотношение ефикасност /безопасност и

	<p>Levocetirizine Loratadine Mequitazine Mizolastine Rupatadine</p> <p>Първа генерация</p> <p>Chlorphenyramin е Clemastine Dimethindene maleate Hydroxyzine Ketotifen Oxatomine</p> <p>Кардиотоксични*</p> <p>Astemizole Terfenadine</p>	<p>новата генерация могат да се предозират</p> <p>Не водят до развитие на тахифилаксия</p>	<p>антихолинергичен ефект</p> <p>Нямат кардиотоксичност – за продуктите, които са все още на пазара</p> <p>Аcrivastine има седативен ефект</p> <p>Mequitazin има антихолинергичен ефект</p> <p>Azelastine за перорално приложение може да предизвика седация и горчив вкус</p> <p>Стара генерация Седацията е честа И/или антихолинергичен ефект</p>	<p>фармакокинетиката им</p> <p>Бързо действие (<1 час) върху назалните и очни симптоми</p> <p>Средно повлияване на назалната конгестия</p> <p>Кардиотоксичните лекарства вече не са на пазара в повечето страни*</p>
<p>Локални H1-антихистамини (назални, очни)</p>	<p>Azelastin Levocabastine Olopatadine</p>	<p>Блокиране на H1 рецептори</p> <p>Известна антиалергична активност за Azelastine</p>	<p>Незначителни странични ефекти</p> <p>Azelastine: горчив вкус</p>	<p>Бързо действие (<30 мин) върху назалните и очни симптоми</p>

Назални глюкокортикостероиди	Beclomethasone dipropionate Budesonide Ciclesonide Flunisolide Fluticasone propionate Fluticasone furoate Mometasone furoate Triamcinolone acetonide	Ефективно намаляват назалното възпаление Намаляват назалната хиперреактивност	Минимално локално нежелано действие Голяма разлика от страничните ефекти при системно приложение Влияние върху растежа – само от Beclomethasone dipropionate При малки деца да се обмисли комбинацията от назални и инхалаторни лекарствени продукти	Най ефективната лекарствена терапия на алергичните ринити Ефективни при назална конгестия Повлияват обонянieto Ефектът се проявява след 12 часа, но максималният ефект е след няколко дни
Антагонисти на левкотриените	Montelukast Pranlukast Zafirlukast	Блокират CystLT рецепторите	Отлична поносимост	Ефективни при ринит и астма Ефектът се проявява при всички симптоми на ринита и при очните симптоми
Локални кромони (назални, очни)	Cromoglycate Nedocromil NAAGA	Механизмът на действие е слабо известен	Минимални локални странични ефекти	Очните кромони са много ефективни Назалните кромони са по – малко ефективни и са с по – краткотраен ефект Като цяло – отлична безопасност
Орални деконгестанти	Ephedrine Phenylephrine	Симпатомиметици	Хипертония, палпитации,	При пациенти със сърдечни

	<p>Phenyl propranolamine Pseudoephedrine</p> <p>Орални H1- антихистамин– деконгестант комбинации</p>	<p>Повлияват назалната конгестия</p>	<p>безспокойство, възбуда, тремор, безсъние, главоболие, сухота на лигавиците, ретенция на урина, обостряне на глаукома или тиреотоксикоз а</p>	<p>заболявания да се използват с повишено внимание</p> <p>Оралните H1- антихистамин– деконгестант комбинирани средства са по – ефективни от отделните съставки, но страничните им ефекти се наслагват</p>
<p>Назални деконгестанти</p>	<p>Oxymethazoline Xylomethazoline Други</p>	<p>Симпатомимет ици</p> <p>Повлияват назалната конгестия</p>	<p>Същите странични ефекти като оралните деконгестанти, но по – слабо интензивни</p> <p>Rhinitis medicamentosa е феномен, който се проявява след продължителн а употреба (над 10 дни)</p>	<p>Действат по – бързо и по – ефективно от оралните деконгестанти</p> <p>Лечение с продължителност не повече от 10 дни за избягване на лекарствено индуциран ринит</p>
<p>Перорални/мускул ни глюкокортикостер оиди</p>	<p>Dexamethasone Hydrocortisone Methylpredisolon е Prednisolone Prednisone Triamcinolone</p>	<p>Силно редуцират назалното възпаление</p> <p>Намаляват назалната хиперреактивн ост</p>	<p>Системните странични ефекти са чести особено при мускулно приложение</p> <p>Депо преператите могат да предизвикат локална тъканна атрофия</p>	<p>Когато е възможно назалните глюкокортикосте роиди трябва да заменят пероралните или мускулните препарати</p> <p>Кратък курс с перорални глюкокортикосте роиди може да е необходим при средно тежки/тежки симптоми</p>

Назални антихолинергици	Ipratropium	Антихолинергичните блокират почти единствено ринореята	Минимални локални странични ефекти Почти без системна антихолинергична активност	Ефективни при алергични и неалергични пациенти с ринорея
-------------------------	-------------	--	---	--

* Не се продават в повечето страни, поради страничните им ефекти.

3.1.1. Антихистаминови средства

Антихистаминовите средства (H₁-блокери) са основното средство при лечение на алергичния ринит. Те блокират вазодилатацията (конгестията), хиперсекрецията, кихането, като рефлекторен акт и сърбежа. Най-добър ефект имат върху сърбежа, кихането и хиперсекрецията, а най-малък върху възпалителния оток (обструкцията), където ролята на хистамина е по-ограничена (в патофизиологията на обструкцията участват освен хистамина и простагландини, левкотриени, кинити и възпалителните клетки-Eo, Ba и техните медиатори). Прилаганите за лечението на АР антихистаминови препарати са разделени в две генерации според времето им на създаване и техните свойства.

1. **H₁-блокери от I-во поколение:** Azatadine, Azelastin, Callergin, Chlorpheniramine, Chlorpyramine, Clemastine, Cyproheptadine, Dimenhydrinate, Dithiaden, Synpramin Mequitazine, Promethazine.
2. **H₁-блокери от II-ро поколение:** Astemizole, Cetirizine, Ebastine, Levocabastine, Loratadine, Mezolastine, Terfenadine. Desloratadine, Levocetirizine, Bilastin, Rupafin.

Първо поколение са най-евтини, но с най-изразен подтискащ ефект върху ЦНС, имат антихолинергична активност (M-холинолитичен ефект), дозират се няколко пъти дневно и при тях се наблюдава тахифилаксия, която се преодолява с периодична смяна на препаратите.

Като предимство **на H₂-блокери от II-ро поколение** се отбелязва слабата им атропиноподобна активност и липсата на седативен ефект (поради незначителното им проникване в ЦНС). В клинични условия обаче само малък брой препарати (например пиперидиновите производни лоратадин и терфенадин) показват такива предимства.

Липса на седативен ефект на този етап е установена само при Levocetirizine и Desloratadine. Desloratadine е разрешен за употреба и при пилоти в САЩ. Проучванията показват, че и двата препарата имат частично действие и върху назалната конгестия. Освен това тяхната антихистаминова активност е съчетана и с противовъзпалителен ефект, както и оптималната поносимост от страна на болните.

Според становището на Schunemann, Vozek, Bousquet в последната адаптация на ARIA от 2009 г., с най-голяма сила на рекомендация по GRADE са антихистамините от втора генерация, които не предизвикват седация и не взаимодействат с цитохром P 450. Препоръчват се също, но с по-малка сила на рекомендация и антихистаминови препарати с лека седация и взаимодействие с цитохром P 450. Не се препоръчват антихистаминови препарати от първа генерация. Не се препоръчват кардиотоксични антихистаминови препарати

Препоръчителни антихистаминови препарати за перорална употреба, отговарящи на горните условия:

Loratadine 10 mg /Claritin/ 1 път дн., Cetrizine 10 mg/Zyrtec/ 1 път дневно

Desloratadine 5 mg/Aerius/ 1 път дневно, Levocetirizine 5 mg /Xyzal/.1 път дневно

Bilastin 20 mg 1 път дневно

Fexofenadin 120 mg 1 път дневно

Антихистаминови препарати за локална употреба:

Azelastin (Allergodil)-10ml-2пъти по 1 впръскване във всяка ноздра,

Opatanol –очни капки - 10 ml – 3 пъти по 3 капки дневно в носа.

3.1.2. Алфа-адренергични агонисти – деконгестанти

Изразеният им вазоконстриктивен ефект води до бързо отпушване на носа и нормализиране на носното дишане като премахва обструкцията. Те обаче са токсични в детската възраст а продължителната им употреба при възрастни води да явления на привикване и развитие на лекарствено индуциран ринит. По тази причина те не трябва да се прилагат повече от 5-7 дни локално и повече от 3 дни перорално.

Въпреки че са широко използвани, локалните деконгестанти имат съществен недостатък - ефектът им върху отока на носната лигавица не е продължителен, което води до свръхухотребя на препаратите и последваща парадоксална вазодилатация, при която носът се запушва отнова-т.нар лекарствено индуциран ринит. затова те не трябва да се използват повече от 5-7 дни при възрастни и 3-5 дни при деца. Поради тази причина употребата им трябва да се ограничи в случаите на остър инфекциен ринит и при целогодишния АР с умерено тежки и тежки симптоми, когато приложеното вече лечение се е оказало малко ефективно върху запушването на носа. Най-често прилаганите представители на тази група са:

- **Naphazoline-0,1%**
- **Xylometazoline (Olynth, Xylorhin, Otrivin)-0,05%,-0,1%**
- **Oxymetazoline (Afrin, Resoxim)-0,05%**
- **Tetrahydrozolin (Tizine) 0,1%**
- **Комбинирани деконгестант/антихистамин: Diabencil Rhinex (Naphazoline+антихистамин); Vibrocil (Phenylephrine+антихистамина Dimethindene); Spersallerg othph.gtt.; Muconasal Plus.**
- **Rhinolex ung.**

Деконгестантите за перорална употреба са алфа адренергични агонисти с основен ефект вазоконстрикция и намаляване на отока на носната лигавица (носната обструкция). За разлика от локалните деконгестанти не предизвикват лекарствено индуциран ринит, но притежават странични ефекти, като главоболие, повръщане, тахикардия, повишават кръвното налягане, могат да доведат до ритъмни нарушения и са противопоказани при пациенти с ИБС, АХ, при пациенти с ритъмни нарушения, тиреотоксикоза, феохромоцитом и тесноъгълна глаукома. Използват се самостоятелно (Ephedrine, Pseudoephedrine, Phenylephrine) и комбинирано с антихистаминов препарат (Clarinase, Aerinase):

1. **Ephedrine-tab.-0,050-3 x 1 tabl.**
2. **Clarinase (Pseudoephedrine-120mg +Loratadine-5mg)-2 x 1 tabl.**
3. **Aerinase (Pseudoephedrine – 120 mg + Desloratidine 2.5 mg)-2x1 tabl.**
4. **Phenylephrine-guttae-3 x 10-20gut. p.o.**

Кромолини

Имат противовъзпалителен ефект, който е по-слаб от този на кортикостероидите. Те са група лекарствени продукти с профилактичен ефект, като действието им се основава на стабилизацията на мастоцитните мембрани-пречат на нахлуването на калциеви йони и на дегранулацията им при което се овобожава хистамин. Ефектът им е сравнително късин след 10-14 дни и затова често се комбинират с антихистаминови лекарствени продукти. Неудобство на тази група лекарствени продукти за лечение на АР е по-честата им употреба - 4 пъти дневно. По спектър на действие наподобяват **H₁-блокери**, но ефектът им е по слаб. Голямо предимство е, че нямат старинчни ефекти и са подходящи за продължително лечение на целогодишния алергичен ринит особено в детската възраст. Употребата им почти винаги е съпътствана с употребата на и на очната форма не лекарствения продукт за подтискане и на конюнктивалните реакции.

- **Disodium (Na) cromoglycate (Cusicrome-4%)**-4 x 2 **впръсквания в носа.**
- **Nedocromil sodium (Tilarin-1%)**-4 x 1 **впръскване в носа.**

3.1.3. Антихоленергични средства

Тяхната роля се свежда до блокиране на мускариновите холинорецептори, като блокират парасимпатиковия импулс до мукозните жлези, поради което влияят главно върху носната секреция-ринореята, но нямат ефект върху обструкцията, сърбежа и кихането. Тъй като намаляват изобилната водниста секреция, те са особено подходящи за лечение на идиопатичния (вазомоторен) ринит, както и симптоматична терапия на острия вирусин ринит.

- **Ipratropium bromide (Atrovent-0,03%;-0,06%)**-3 x 2 **впръсквания във всяка ноздра.**
- **Oxytropium bromide (Ventilat, Tersigat)**-2 x 1-2 **впръсквания във всяка ноздра.**

3.1.4. Кортикостероиди

3.1.4.1. Локални кортикостероиди

Назалните глюкокортикостероиди са най – ефективните съществуващи лекарства за лечение на алергични и неалергични ринити. Причината за използването на назалните глюкокортикостероиди при лечение на алергичен ринит е, че високодозова концентрация се достига на мястото на рецепторите в назалната мукоза с минимален риск от системни нежелани реакции. Лекарствените продукти повлияват всички симптоми на алергичния ринит, включително очните. Ако съществува назална конгестия или симптомите са чести назалните глюкокортикостероиди са лекарствен продукт на първи избор, тъй като са по – ефективни от всички други .

Поради механизма им на действие ефектът се проявява след 7-8 часа от прилагането, а максималният ефект се достига към 2-рата седмица. Въпреки това, началото на действие може да бъде по – кратко при някои пациенти и ефектът да настъпи в първите 2 часа.

Най-прилаганите лекарствени продукти от тази група са: Беклометазон дипропионат, будезонид, Триамцинолон пропионат, Флутиказон пропионат, Мометазон фууроат, Футиказон фууроат. Флутиказон и Мометазон се разгрлраждат почти напълно в черния дроб при попадане в циркулацията, което ги прави практически без странични ефекти.

Локалната кортикостероидна терапия е показана при неефикасност на предходните групи лекарствени продукти за лечение на АР. Продължителността на терапията е от 1-2 месеца за Беклометазон дипропионат и до година с Флутиказон и Мометазон. Локалните странични ефекти се проявяват в дразнене, парене, кихане и сухота в носа, формирането на корусти и възможност за кървене. Препаратите ;mometason furoat и fluticason furoat са водни разтвори с най-малко дразнещо действие. При продължителната употреба рядко усложнение е перфорацията на носната преграда.

Maxidex othph.creme, othph.gtt.

Beclometasone /Beconase/;

Budesonide /Neorinactive, Rhinocort/;

Fluticasone Propionat /Flixonase/;

Mometasone Furoat /Nasonex/;

Fluticasone Furoat /Avamys/

Последните два препарата са с най-ниска бионаличност, най-мощно действие и най-малко странични ефекти, което позволява дълготрайното им приложение.

3.1.4.2. Системни кортикостероиди

Използват се само при съчетание на алергичен ринит с назална полипоза и то от трета и четвърта степен. Предпочитат се препаратите с депо ефект като:

Betametason amp 7 mg /Diprophos; Celestone; Flosterone/. Бифазен продукт

3.1.4.3. Антилевкотриени

Представяват нов клас лекарствени продукти, които блокират рецептора за цистеиноловите левкотриени (CysLT1). Засега се прилагат с успех при пациенти страдащи едновременно от БА и АР, което много често се наблюдава, почти 80%. За самостоятелното им приложение при АР все още е необходим допълнителен опит. Основният им ефект при АР е върху назалната обструкция(което прави комбинацията им с Н₁-блокери много съблазнителна), но също и върху алергичния ринит и конюнктивит. Понасят се добре.

- **Монтелукаст Singular-tabl.10mg** възрастни, **5mg-деца x 1 tabl. вечер.**

3.1.4.4.Имунопрофилактика – Всички алергични пациенти имат намален имунитет. За тази цел трябва да получават имуномодулатори и имуностимулатори. Най-добър резултат дава имуномодулаторът: **Isoprinosine 0.500 x 50 tabl.** Той нормализира потиснатия или увреден клетъчен имунитет чрез узряване и диференциране на Т лимфоцитите, модулира цитотоксичността на Т лимфоцитите и естествените клетки-убийци, функциите на Т₈ супресорите и на Т₄ хелперните клетки, увеличава производството на Интерлевкин -1 и улеснява продукцията на Интерлевкин – 2. Дневната доза е 50mg/kg дневно, 3 пъти дневно. Продължителността на курса за лечение е индивидуално, т.е. според тежестта на алергичната симптоматика, препоръчително е два пъти годишно.

Други: Imunostim (Sopharma) 3 x 2t.; Ехинацея капки, Broncho-vaxom и др.

3.1.4.5.Билкови – Ринитал, Назалезе, Морска Вода и Алергол;

3.2. АЛЕРГЕННА ИМУНОТЕРАПИЯ НА АЛЕРГИЧНИЯ РИНИТ

Алергенната имунотерапия представлява прилагане специфичен алергенен екстракт в покачващи се дози. Целта на терапията е алерген-специфично модулиране на имунния

отговор. В следствие на алергенната имунотерапия се постига клинична и имунологична толерантност на пациентна (атописка) при последваща експозиция на алергена [1].

Алергенната имунотерапия има своите привържаници и противници. Широко се прилага в Европа и САЩ и рядко в Англия [1].

Индикации [1,3,4,5]:

Големи индикации за приложението на АИТ са алергия към полени, животински протеини и микрокърлежи.

Типични индикации са:

1. Анамнеза за алергичен ринит за поне два сезона (интермитиращ) или шест месеца (персистиращ);

2. Доказано IgE- медирано заболяване (положителни КАП и/или сеумен специфичен IgE);

3. Невъзможност за отстраняване на алергена;

4. Неефективна лекарствена терапия;

5. Тежки нежелани лекарствени реакции;

6. Алергичен ринит с бронхиална астма.

Контраиндикации [1,3,4,5]:

1. Лечение с β -блокери;

2. Контраиндикации за приложение на адреналин;

3. Други сериозни имунологични заболявания;

4. Не съгласие на пациента;

5. Бременност;

6. Възраст на пациентите: деца под 4-5 год. и възрастни над 60 години.

В заключение от направения обзор може да се каже, че:

АИТ променя естествения ход на алергичното заболяване, като редуцира алергичните епизоди. В следствие на това тя предотвратява прогресията на алергичната болест подобрява качеството на живот и намалява риска от бронхиална астма (вторична профилактика).

3.2.1. Лечение:

3.2.1.1. Избягване контакт с алергени.

3.2.1.2. Медикаментозно лечение:

Интраназални кортикостероиди:

-Dexamethasone Natrii Phosphate collyr-приложение 5-7 дни

- Fluticasone- Флуориран преднизолонов ГКС от III група с мощно противовъзпалително и антиалергично действие, свързани с непряко блокиране на фосфолипаза А2. При възрастни и деца над 12 г. се назначават по две впръсквания във всяка ноздра веднъж дневно (обикновено сутрин). В някои случаи може да са необходими две впръсквания във всяка ноздра два пъти дневно. МДД е четири впръсквания във всяка ноздра. При деца на възраст от 4 до 11 г. се назначава по едно впръскване във всяка ноздра веднъж дневно (сутрин). В някои случаи може да се наложи едно впръскване във всяка ноздра два пъти дневно. МДД за деца е две впръсквания във всяка ноздра. Редовната употреба е съществена за пълния терапевтичен успех от лечението. Отсъствието на незабавен ефект трябва да се обясни на пациента, тъй като максимално облекчение може да се получи след 3 до 4 дни лечение.

-Budesonide -Нехалогенирано преднизолоново производно със силна антиалергична и противовъзпалителна активност, свързани с непряко блокиране на фосфолипаза А2.

Приложение. От 50 до 100 mcg *per nasi* сутрин и вечер. МДД Budesonide *per nasi* 400 mcg

- Fluticonasone/Azelastine -При *възрастни и деца над 12 г.* се препоръчва редовно по 1 впръскване във всяка ноздра два пъти дневно (респ. сутрин и вечер). Преди първата употреба (а също и в случай, че използването на спрея е било прекъснато за 7 дни) продуктът трябва да бъде подготвен чрез натискане надолу и отпускане на помпичката 6 пъти

- Mometasone Furoate 50 mcg 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.

3.2.1.3. Антихистамини:

- Rupatidine-перорален разтвор 0,1% 120 ml ; таблетки 10 mg . 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 tabl. 10 mg.

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.

-Desloratadine sol. 0,5 mg/ml-за деца над 1-5 години 1 x 2,5 ml за 5-7 дни.

-за деца от 6-11 години 1 x 5 ml за 7-10 дни

-Levocetirizine-филм-таблетки 5 mg , съдържащи левоцетиризин дихлорид; перорални капки 0,5% 20 ml в тъмен стъклен флакон с полиетиленов капкомер. В 20 к (= 1 ml) се съдържат 5 mg левоцетиризин. За деца над 6 г. и възрастни ДД левоцетиризин е 1 таблетка (= 5 mg, респ. 20 к) в 1 прием. На деца от 2 до 6 г. се предписват по 5 к два пъти на ден.

-Curoheptadine-сироп 40 mg/100 ml и таблетки 4 mg. В 5 ml сироп има 2 mg субстанция, респ. 0.4 mg/ml. Притежава Н1- и 5-НТ2-блокиращо действие. Има антиалергичен, противосърбежен и антиексудативен ефект. Освен това проявява известна М-холинолитична и седативна активност. На възрастни се назначава по 4 mg 3–4 пъти на ден. МДД е 32 mg p.o. На деца между 2 и 6 г. препоръчваната ДД е 0,25 mg/kg, разделена в 2 или 3 приема (МДД – 12 mg). При деца от 7 до 14 г. препоръчваната ДД е 8–12 mg, разделена в 2 или 3 приема (МДД – 16 mg).

-Cetirizine/Pseudoephedrine- таблетки с удължено освобождаване, съдържащи по 5 mg цетиризин и 120 mg псевдоефедрин . Цетиризин е Н1-блокатор от II поколение, а псевдоефедрин е алфа-адреномиметик. На възрастни и деца над 12 г. се назначава по 1 таблетка сутрин и вечер, със или без храна, в продължение на 2 до 3 седмици. При БН ДД се намалява с 50%.

- Bilastin 20 mg, 1 дневно. Най-новият антихистамин от трето поколение

- Fexofenadine- принадлежи към Н1-блокаторите от III-то поколение. Блокира селективно Н1-рецепторите в СЧТ, кръвоносните съдове и дихателната система. Антихистаминовият ефект се проявява след 1 h и продължава най-малко 12 h. Предимство на препарата е, че практически няма седативно действие.

Предписва се орално. Дозата за деца над 12 г. и възрастни варира от 120 до 180 mg/24 h.

-Ketotifen-сироп 0,2 mg/ml във флакони по 125 ml; таблетки 1mg. Кетотифен стабилизира мастоцитните мембрани и потиска освобождаването на хистамин и други автакоиди. Освен това блокира H1-рецепторите и повишава вътреклетъчната концентрация на цикличен АМФ. При локално приложение има антиалергичен и антипруригинозен ефект.

На възрастни се прилага сутрин и вечер в доза по 1 mg орално. МДД кетотифен за възрастни е 4 mg. При деца >3 г. се използват сиропите, които имат концентрация 0,02% (респ. 1 mg/5 ml). Те се прилагат два пъти на ден в следните ЕД: от 12 до 18 kg – по 2 ml сироп; от 19 до 25 kg – по 3 ml; от 26 до 35 kg – по 4 ml и >36 kg – по 5 ml.

-Cromoglycic acid- назален спрей 4% 15 ml във флакони (оп. 1 бр.). Има СПП 63–76% и t1/2 0,83 h. Не се метаболизира. Излъчва се с урината и жлъчката в продължение на 24 h. Предотвратява дегранулацията на мастоцитите. Назалният аерозол се назначава по 1 впръскване в ноздрите от 3 до 4 пъти на ден. МДД 6 впръсквания. Терапевтичен ефект при алергичен ринит се наблюдава след 2 до 4 седмици.

-Azelastine-колир 0,05% 10 ml във флакон.Ефикасен при риносинуит.

По 1 к. в носа 2 до 4 пъти на ден до отзвучаване на симптомите.

Алергенни продукти за системно приложение:

-Allergen extract- суспензия 5 ml за дълбоко подкожно инжектиране в бели стъклени флакони. Показан за специфична имунотерапия (SIT) на деца над 5 г. и възрастни при алергии от тип I по класификацията на Gell и Coombs, проявяващи се сезонно или целогодишно с ринит, конюнктивит, риноконюнктивит и бронхиална астма. SIT трябва да бъде приложена възможно по-рано след поставяне на диагнозата.

- Стандартизиран поленен екстракт от Phleum Pratense 75000 SQ-T Препоръчителната ДД за деца и възрастни е един перорален лиофилизат (= 75 000 SQ-T). Липсва клиничен опит с използване на продукта при деца под 5 г. и ПНВ. Първият перорален лиофилизат се приема под лекарско наблюдение в продължение на 30 min. Терапията продължава 3 г. Ако обаче по време на лечението през първия поленов сезон не се наблюдава подобрене, приемането на препарата се прекратява. Пероралният лиофилизат се изважда със сухи пръсти от блистера и незабавно се поставя сублингвално, където се разтваря и резорбира. В първата минута трябва да се избегне неговото поглъщане.

-Алергенен екстракт- Продуктът съдържа стандартизирани алергенни екстракти с индекс на реактивност (IR) 10, 100 или 300/ml и нестандартизирани алергенни екстракти с индекс на концентрация (IC) 10 или 100/ml. Показан е за специфична имунотерапия на деца над 5 г. и възрастни със сезонни или целогодишни алергии от тип I по класификацията на Gell и Coombs, които се проявяват с ринит, конюнктивит, риноконюнктивит или бронхиална астма. Прилага се сублингвално по определена схема.

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

-Oxymethasoline Hydrochloride spray 0,05 %

-Xylomethasoline Hydrochloride spray/ gutt. 0,05%; 0,1 %

-Tramazoline hydrochloride spray 0.118%

- Xylometazoline/Ipratropium- назален спрей 10 ml, съдържащ 0,05% ксилометазолин и 0.06% ипратропиум в многодозов полиетиленов флакон, който осигурява около 70 ЕД (оп. 1 бр. с дозираща помпа).

Показания: За симптоматична терапия на възрастни с назална конгестия и ринорея при простудни заболявания.

Приложение: По 1 впръскване през 6 h 2–3 пъти на ден в продължение на не повече от 6–7 дни.

3.2.1.5. Симпатомиметици:

- Phenylephrin/Dimetindene- носни капки 15 ml във флакони, назален гел 12 g и назален спрей 10 ml-Капките за нос се предписват на деца от 1 до 6 г. по 1 до 2 к във всяка ноздра 3 до 4 пъти на ден; деца над 6 г. и възрастни – по 3–4 к. във всяка ноздра 3–4 пъти дневно. Назалният аерозол се прилага при деца над 6 г. и възрастни в доза по 1–2 впръсквания във всяка ноздра 3–4 пъти дневно. (2) С назалния гел се намазва носната лигавица 3–4 пъти дневно при деца над 6 г. и възрастни. Гелът..Не трябва да се използва по продължително от 10 дни.

- Eucalyptol 10 mg, Gomenol 10 mg, Ephedrine 30 mg, Sulfathiazole 50 mg и Natrii hydrogencarbonas 75 mg.

Показания: Ринити и риносинозити.

Приложение: С унгвента се намазват носните ходове 3 до 4 пъти дневно.

Интраназалните кортикостероиди са изключително ефикасни върху всички симптоми на алергичните риносинуити. Те революционизираха лечението на алергичния ринит. Те са по-ефективни от неседиращите 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. Bernstein DI et al

4. ЕПИКСТАКСИС

Етиология:

След като кървенето е овладяно, лекарят трябва да снесе щателна анамнеза, за да разбере в диференциално-диагностичен план какъв е епистаксисът (Табл.1).

Простуда

Възпаление

Инфекции на ГДП

Вирусни

Бактериални

Екзантема

Ревматична треска

Травма

Сух въздух

Външно нараняване с/без фрактура

Индуциране от самия пациент (носно чоплене)

Чуждо тяло
 Алергичен ринит с/без придружаващо възпаление
 Непростудни причини
 Алтерация на интраваскуларните фактори на хемостазата
 Тромбоцитни аномалии
 Идиопатична тромбоцитопенична пурпура (количествени промени на тромбоцитите)
 Тромбоцитопенични пурпури (количествени промени на тромбоцитите, които се срещат при Вилебранд или Гланцман тромбоцитопения)
 Коагулационни дефекти
 Хемофилия А и Б
 Кървене, дължащо се на антикоагулантни лекарства
 Хипертензия
 Идиопатични
 Полиморфични ретикулози
 Пиогенен гранулом
 Неоплазми
 Бенигнени
 Ювенилен назофарингеален ангионевром
 Полипи
 Менингоцеле или менингоенцефалоцеле
 Малигнени левкемии
 Паразити в нос и околоносни кухини
 Структурни
 Изкривяване на носната преграда
 Адхезии между септум и латерална носна стена
 Травма
 След хирургична интервенция
 Химични изгарящи агенти
 Влияние на околната среда – при височина над морското равнище, при намалено въздушно налягане или сух въздух, дължащ се на климатици и др.
 Други – запек в детската възраст, психо-емоционално напрежение и др.

Табл. Етиология на 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 изтичащата 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 кръвене повече от 15 минути се обслужват в спешно отделение.

5. 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.

6. ТУМОРИ И ГРАНУЛОМАТОЗНА БОЛЕСТ

6.1. 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.

6.2. 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.

III. 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.

1. СТОМАТИТИ

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

Лечението е локална терапия с цел дезинфекция на устната кухина.

1.1. 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 %- Оромукузален спрей. *Възрастни и деца над 12 г.* – от 3 до 5 впръсквания през 1.5–3 h, 6 до 10 пъти на ден; *деца над 6 г.* – от 2 до 3 оромукузални впръсквания 3 до 5 пъти на ден.

При изразена бактериална инвазия – антибиотично лечение с :

Линкозамиди:

-Clindamicyn 600mg- 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.

Цефалоспорици :

-Cefaclor- 80-100mg/kg 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.

1.2. 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 хиперемирана 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.

1.3. ХЕРПЕС ГИНГИВО-СТОМАТИТИ

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

Лечение:

Противовирусна терапия :

- Aciclovir - се приема 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 *herpes simplex* 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.

2. 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.

6. Диагнозата се поставя при оглед и микробиологично изследване.

7. Лечение:

7.1. Локално:

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

-Voriconazole x 200mg per os.

Таблица 2.

Дозов режим на Вориконазол при деца над 12 г. и възрастни	Венозна инфузия	Орално приложение при болни \geq 40 kg	Орално приложение при болни $<$ 40 kg
Дозиране			
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

3. 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 tabl.25 mg.| 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. *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.

-Diclofenac/Омеграсоле-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. 150mg/ml 4 ml- 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.

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.

4. ЛЕВКОПЛАКИЯ. ЕРИТРОПЛАКИЯ, ПЛОСЪК ЛИШЕЙ И РАК НА УСТАТА

Общи симптоми:

1. Левкоплакия - бяла лезия плътно 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.

5. 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.

5.1. 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 Меропенем 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 Цефалоспориини:

- 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.

Респираторни 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 mg на ден в продължава на две седмици.

- Moxifloxacin и Ciprofloxacin в описаните по-горе дозировки

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. (по FDA – 4 g). 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.

5.2. 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.

6. 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- Лекарствени продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарствените продукти (*съотношение на съставките 14:1*) са показани при лечение на деца най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg. Препоръчителната доза Amoxicillin е 45mg/kg/12h.

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 150 до 450 mg/6 h в продължение на 10 до 14 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 апликации.

НСПВС:

-Diclofenac natrii tabl. 50,75,150 mg.- Приема се *орално след хранене* 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 syr./tabl.- На възрастни ибупрофен се предписва *орално* 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 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 supp. 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. (по FDA – 4 g). 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.

Антихистамини:

-Desloratadine- сироп с концентрация 0,5 mg/ml във флакони по 60, 100 и 120 ml в бутилки; филм-таблетки 5 mg; ородисперсibilни таблетки по 2.5 и 5 mg. ДД дезлоратадин за *възрастни* и деца над 12 г. е 5 mg деслоратадин (респ. 1 филмирана или 1 ородисперсibilна таблетка от 5 mg) в един прием. (2) ДД за деца от 1 до 5 г е 1.25 mg/2.5 ml сироп или перорален разтвор в един прием; за деца от 6 до 11 г. – 2.5 mg/5 ml сироп или 2.5 mg (= 1 ородисперсibilна таблетка) на ден

-Levocetirizine-филм-таблетки 5 mg, съдържащи левоцетиризин дихлорид; перорални капки 0,5% 20 ml в тъмен стъклен флакон с полиетиленов капкомер. В 20 к (= 1 ml) се съдържат 5 mg левоцетиризин. За деца над 6 г. и възрастни ДД левоцетиризин е 1 таблетка (= 5 mg, респ. 20 к) в 1 прием. На деца от 2 до 6 г. се предписват по 5 к два пъти на ден.

-Bilastine 20 mg 1 т. дневно;

-Fexofenadine 12 mg 1 т. дневно

Антиастматични лекарства за системно приложение:

-Fenspiride-таблетки 80 mg (оп. 30 бр.); сироп 0,2% 150 ml в бутилка. Фенспирид притежава *антиалергичен и бронходилатиращ ефект*, които се дължат съответно на *H1-блокиращо и мускулотропно (папавериноподобно) действие*. Освен това той проявява и *противовъзпалителен ефект*, свързан с намаляване продукцията на различни проинфламаторни автакоиди (простагландини, TNF α) и с известна антиоксидантна активност.

Показания: *Симптоматично лечение на кашлица и експекторация при заболявания на горните и ДДП.*

Приложение: (1) Обикновено на възрастни фенспирид се предписва в доза по 1 таблетка (= 80 mg) сутрин и вечер *преди хранене* с малко вода, а при остри възпалителни заболявания – по 1 таблетка 3 пъти на ден. (2) При деца се използва 0,2% сироп, който съдържа 2 mg/ml субстанция. Обичайната препоръчителна ДД фенспирид е 4 mg/kg. На деца \geq 2 г. с т.м. под 10 kg се предписва ДД 2–4 чаени лъжички (респ. 10–20 ml) дневно, а на деца с т.м. над 10 kg – от 2 до 4 супени лъжици (респ. 30–60 ml) дневно. ДД сироп се разделя на 3 ЕД.

Протишокашлечни средства:

Butamirate - потиска пряко центъра на кашлицата, но за разлика от кодеина не влияят върху дихателния център и не предизвикват зависимост. Бутамират проявява умерен бронходилатиращ, отхрачващ и противовъзпалителен ефект.

Приложение: На *възрастни* таблетките се предписва от 50 до 100 mg 2 до 3 пъти на ден. При *деца* над 12 г. се назначава в доза 50 mg (1 таблетка) 1 – 2 пъти на ден. Капките за орално приложение (4 mg/5 ml) се дозират на бебета от 2 до 12 месеца – по 10 к 4 пъти на ден; деца от 2 до 3 г. – 15 к/6 h; над 3 г. – по 25 к 4 пъти дневно. Сиропът (1,5 mg/ml) е предназначен за деца над 3 г. и се дозира по следния начин: от 3 до 6 г. – по 1 чаена лъжичка/8 h; от 7 до 12 г. – по 2 чаени лъжички/8 h и над 12 г. – 1 супена лъжица/8 h; възрастни – по 1 супена лъжица 4 пъти на ден.

Benzidamine - Аерозолът за външно приложение на възрастни и деца >12 г. се назначава в доза от 6 до 8 впръсквания (средно през 3 h) в устата и/или гърлото. При деца от 6 до 12 г. ДД е 4 впръсквания, а от 2,5 до 6 г. – по 1 впръскване/4 kg (МДД за тази възрастова група 4 впръсквания).

Общоприето е мнението, че острите тонзилити представляват инфекциозно заболяване. Главна етиологична роля играе бета хемолитичния стрептокок, от група А. За активността на бетахемолитичния стрептокок говорят антистрептолизиния, антифибринолизиния и антитоксиния 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)

7. 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.40mg/5ml 50 ml; 100 ml-На *възрастни* 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 *възрастни* 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.

Линкозамиди:

-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.

НСПВС:

-Dexketoprofen tabl.25 mg.| 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. *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.

3. 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)

Тонзилити при остри инфекциозни заболявания

8.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 наледи 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.Кортикостериди(системно интравенозно приложение):

-Dexamethasone amp. 4 mg/ml 1ml - Инжекционният разтвор на дексаметазон може да прилага венозно. *Орално* 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 amp .6,31 mg; 15,78 mg ;40 mg. /ml 1 ml-

2.НСПВС:

-Dexketoprofen tabl 25 mg/amp.50 mg / 2ml --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. *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.

-Diklofenac natrii-Приема се *орално след хранене* в доза за възрастни от 25 до 50 mg/8 h. Лекарствените форми диклофенак с удължено освобождаване се предписват от 75 mg до 100 mg 1–2 пъти на ден. МДД за възрастни е 150 mg. *Ректално* препаратът се назначава по 1 свещичка на ден. Diclofenac се инжектира *мускулно* в доза 75 mg 1 до 2 пъти на ден не повече от *два дни*.

-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 цефалоспорици II-ро и III-то поколение е препоръчително предвид усложненията, които могат да настъпят.

9. 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 - Лекарствените продукти със съотношение на съставките 4:1 на деца под 40 kg се назначават орално в зависимост от тежестта на инфекцията в доза, изчислена по отношение на амоксицилина, от 20 до 60 mg/kg/24 h, разделена на три приема. Лекарствените продукти (*съотношение на съставките 14:1*) са показани за лечение на деца *най-малко на 3-мес., а също при по-големи деца, но с т. м. под 40 kg.* Препоръчителната доза амоксицилин е 45mg/kg/12h.

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. (по FDA – 4 g). 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.

3. НСПВС:

- Diclofenac natrii/Omeprazole 150mg/20 mg - 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.

- Ibuprofen , Acetaminofen в посочени по-горе дозировки.

4. Кортикостероиди:

-Methylprednisolone tabl. 4mg. в прием 1 x 1tabl. за период от 7 дни-10 дни. Приготвеният *ex tempore* разтвор се инжектира мускулно или бавно венозно след допълнително разреждане с 5% глюкоза в ДД 20–40 mg. При много тежки случаи метилпреднизолон се въвежда венозно капково фракционирано в ДД 80 mg

5. Инфузионна терапия

10. 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 подуты с неголеми налепи, които трудно се отделят от подлежащите тъкани.
4. Често остава неразпознатата 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!

IV. 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 (придишание), 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 турбулентен 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. (Johns Mm3rd et al Shortfolis of the American)

1. ОСТРО КАТАРАЛНО ВЪЗПАЛЕНИЕ НА ЛАРИНКСА

Laringitis 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 tabl.- предписва се *орално след хранене* 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 tabl. 4mg.- оралната ДД е 12–40 mg, а ПД е 4–16 mg. Прием 7-10 дни.

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

- Cefuroxim Ахетил-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 tabl. 500 mg|syr.250mg/ml. 60 ml- Приложение: (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.

2. 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.Пристъп през нощта с инспираторна диспнея

лаеща кашлица, учестен пулс и забавено дишане

4.Пристъпът отминава след няколко часа

Диагнозата е клинична и се потвърждава с директна ларингоскопия.

2.1. ЛЕЧЕНИЕ :

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

2.1.2. 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.

2.1.3. Антихистамини:

-Desloratadine- ДД за *възрастни* и деца над 12 г.е 5 mg (респ. 1 филмирана или 1 ородисперсibilна таблетка от 5 mg) в един прием. (2) ДД за *деца от 1 до 5 г* е 1.25 mg/2.5 ml сироп или перорален разтвор в един прием; за *деца от 6 до 11 г.* – 2.5 mg/5 ml сироп или 2.5 mg (= 1 ородисперсibilна таблетка) на ден.

- Rupatidine-перорален разтвор 0,1% 120 ml ; таблетки 10 mg . 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).

- Citerizin, Levociterizin;
- Bilastine;
- Fexofenadine.

2.1.4. 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

Локалният 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.

3. ЛАРИНГО-ФАРИНГЕАЛЕН РЕФЛУКС

Ларинго-фарингеалният рефлукс (невинаги съвпада с гастро-езофагиален рефлукс) се счита за причина за хроничен дрезгав глас, когато другите причини за анормална 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 40мг 2 пъти дневно) най-малко за 3 месеца.

(Altman KW et al-The challenge of)

4.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 (Gardasil) за профилактика (Blumiin JH et al).

5. 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.

и Metronidasole fl. 500 mg 100ml

при нужда и кортикостероиди

-Dexamethasone amp. 4 mg/ml 1 ml

6. 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 мат 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)

7. 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.

8. ЗЛОКАЧЕСТВЕНИ НОВОБРАЗУВАНИЯ 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 новообразуването - рак на вестибулума, рак на гласните връзки и рак на субглотисното пространство, които се извяват 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 връзка. Извява 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 застойни 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-имисионна 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 стadiите на ларингеалните карциноми у нас се използва общоприетата система TNM. Описва се степента на туморите и обикновено се очертава прогнозата. Ранните стadiи – T1 и T2 включват локални процеси без метастази. Лезиите T3 и T4 са по-напредналите стadiи, 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.

9. ПАРАЛИЗА НА ГЛАСНИТЕ ВРЪЗКИ

Парализата на гласните връзки 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. (Gardner G Metah.The Cost of vocal Felt)

10. НАСЛЕДСТВЕН АНГИОЕДЕМ

Наследствен ангиоедем- автозомно-доминантно унаследяема форма на ангиоедем.Неговите варианти – тип I и II са в резултат на мутации в SERPING1 гена. Това води до дефицит на комплементната съставка – C1 инхибитор. Тази форма на ангиоедем се нарича още “наследствен ангионевротичен едем”.НАЕ се проявява клинично с рецидивиращи, самоограничаващи се отоци по кожата на тялото, лигавиците на горните дихателни пътища, храносмилателната и урогениталната системи, като отоците са бледи, твърди, несърбящи и болезнени, с тенденция за проксимално разпространение и спонтанно преминаване за 24-48 часа, които могат да бъдат обезобразяващи, инвалидизиращи и животозастрашаващи.

ЛЕЧЕНИЕ:

Факторите, индуциращи атаки, следва да се избягват.

-Лечение при остри атаки:

Целта на лечението е да ограничи по-бързо прогресирането на отока, което може да се окаже животоспасяващо, особено при едем на ларинкса. При спешни случаи свежата замразена плазма, която съдържа C1-INH, може да се използва като алтернатива на C1-INH концентрат.

Berinerit – прах за приготвяне на инжекционен и инфузионен разтвор 500 IU, съдържащ човешки C1-естеразен инхибитор в стъклен флакон (оп. 1 бр. с 10 ml вода за инжекции в стъклен флакон със стерилен набор за разтваряне и приложение, включващ 1 филтърно прехвърлящо изделие 20/20, 1 спринцовка за еднократна употреба от 10 ml, 1 набор за венепункция, 2 напоени с етанол тампона и 1 лепенка).

Показания: Профилактика и терапия на *наследствен ангиоедем* от първи и втори тип.

Приложение: 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.

Противопоказания: Свръхчувствителност към Беринерт или някое от помощните вещества.

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.