

Врз основа на член 27 став (1) од Законот за здравствената заштита („Службен весник на Република Македонија“ број 43/12 и 145/12), министерот за здравство донесе

У П А Т С Т В О
ЗА ПРАКТИКУВАЊЕ НА МЕДИЦИНА ЗАСНОВАНА НА ДОКАЗИ ПРИ
СИНУЗИТ КАЈ ДЕЦА

Член 1

Со ова упатство се пропишува медицинското згрижување преку практикување на медицина заснована на докази при постоење на синусит кај деца.

Член 2

Начинот на дијагностицирање и третман на синуситот кај деца е даден во прилог, кој е составен дел на ова упатство.

Член 3

Здравствените работници и здравствените соработници ја вршат здравствената дејност на медицинско згрижување на синуситот кај деца по правило согласно ова упатство.

По исклучок од став 1 на овој член, во поединечни случаи по оценка на докторот може да се отстапи од одредбите на ова упатство, со соодветно писмено образложение за причините и потребата за отстапување и со проценка за натамошниот тек на згрижувањето, при што истото од страна на докторот соодветно се документира во писмена форма во медицинското досие на пациентот.

Член 4

Ова упатство влегува во сила наредниот ден од денот на објавувањето во „Службен весник на Република Македонија“.

Бр. 07-6603/2

3 декември 2012 година

Скопје

МИНИСТЕР

Никола Тодоров

СИНУЗИТ КАЈ ДЕЦА

МЗД Упатство
04.09.2009

- Основни податоци
- Развој на максиларни синуси
- Синузитис
- Етиологија
- Симптоми и дијагноза
- Рендгенографија и ултрасонографија
- Третман
- Рекурентен и перзистентен синусит
- Компликации
- Референци

ОСНОВНИ ПОДАТОЦИ

- Сомневајте се на синусит ако детето има пролонгиран пурулентен ринит, главоболка или кашлица по 10 до 14 дена од (вирусна) респираторна инфекција.
- Симптомите на инфекција на носот и на синусите често се присутни истовремено кај децата, поради што се користи терминот риносинуситис.
- Риносинусит често поминува без третман.
- Синузитот предизвикува компликации почесто кај децата отколку кај возрасните. Знак за предупредување е отекување на очните капаци или јаболчниците (орбитите).

РАЗВОЈ НА МАКСИЛАРНИ СИНУСИ

- Максиларниот синус со раѓање на новороденчето има големина на грав, и долниот раб е паралелен со местото на спојување на долната конха. За време на првите 3 години од животот, синусите растат латерално и одзади. Откако ќе никнат трајните заби синусите растат во правец на мекото непце, и на возраст од 10 до 12 години долниот раб на максиларниот синус е паралелен со долниот раб на носниот отвор. Максиларниот синус ја достигнува крајната големина на возраст од 15 до 18 години.

СИНУЗИТ

- Кај децата, акутен синусит претставува инфекција на мукозата. Кај доенчињата, чии синуси се широко отворени кон назалните кавитети прогнозата е добра.
- Како расте детето, остиумот на максиларниот синус станува потесен во споредба со големината на синусот. Во исто време важноста на синуситисот се зголемува.

ЕТИОЛОГИЈА

- Инфекцијата на параназалната мукоза речиси секогаш е од вирусно потекло.
- *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* и *Moraxella catarrhalis* се најчестите бактериски предизвикувачи.
- Ако цилијарната активност на синусите е доволна за да го отстрани бактерискиот дебрис и другата секреција, инфекцијата ќе се излечи спонтано. Но, ако не се случитоа,

пролонгирана ретенција на секрет може да доведе до хронична инфекција и оштетување на ткивото на синусната мукоза.

СИМПТОМИ И ДИЈАГНОЗА

- Поради тоа што болеста, вообичаено, се развива во асоцијација со инфекции на горниот респираторен тракт, симптомите често потекнуваат надвор од синусите. Кај мали деца најчести симптоми се перзистентен ринит и кашлица. Кај постари деца чести се перзистентен ринит, чувство на притисок над образите и темпоралниот регион, главоболка и гадење. Некогаш симптомите се целосно отсутни.
- Ако постои сомнение за синусит, секогаш треба внимателно да се прегледаат назалните кавитети и фарингсот. Пурулентна секреција може да биде видлива во назалниот кавитет, а некогаш мал пурулентен ексудат се гледа под средната конха. Кај мало дете дијагнозата за синусит се базира на клиничкиот наод, на пример, симптоми (назална секреција, кашлица, треска) кои перзистираат и се влошуваат за повеќе од 10 до 14 дена. Назалните полипи кај деца бараат преглед од ОРЛ специјалист за да се исклучи цистична фиброза, хоанални полипи и менингокела.

РЕНДГЕНОГРАФИЈА И УЛТРАСОНОГРАФИЈА

- Имицинг техники не се препорачуваат за дијагноза на акутен синусит кај деца.
- Рендгенскиот преглед на синусите кај мали деца е тежок за интерпретација. Мукозен едем од различен степен е вообичаен дури и кај здрави деца.
- Кај постари деца ултрасонографијата може да биде од корист. Обична А имицинг техника дава малку информации за типот и видот на мукозниот едем. Наодите мора секогаш да бидат поврзани со симптомите, кои на крајот ја одредуваат потребата за третман.

ТРЕТМАН

- Ако настане инфламација на синусите за време на акутна респираторна инфекција, тие обично закрепнуваат кога ќе се повлече ринитот и ќе се обнови цилијарната функција. Не е потребен посебен третман. Индикација за преглед на синусите се пролонгирање на симптомите, перзистентна кашлица, ринит и гавоболка. Дијагностициран синусит се третира со антибиотици (ннд-В) (вообичаено amoxicillin 40-50mg/kg/24h во две поделени дози). Ако пациентот има вистинска алергија на penicillin, препорачлив е макролид од широк спектар како што е clarithromycin или azithromycin.
- Бактериската култура земена од назалната слузница под средната конха може да помогне во селекција на антибиотиките. Ако одговорот на првиот антибиотик не задоволува, може да се препише amoxicillin + клавуланска киселина. Ако пациентот има вистинска алергија на пеницилин, може да се препише комбинација на сулфонамид и триметоприм како втора линија на тераписки избор.

РЕКУРЕНТЕН И ПЕРЗИСТЕНТЕН СИНУЗИТ

- Третманот на рекурентниот и перзистентниот синусит треба да се води од ОРЛ специјалист или од лекар специјализиран за педијатриски инфективни заболувања. Етиолошките фактори треба да се идентификуваат и да се лекуваат. Лимфатичното ткиво во фарингсот кај дете реагира бурно на инфламаторни иританти. Како додаток на зголемените аденоиди и тонзили, ќе се зголеми и лимфатичното ткиво во постериорниот ѕид на фарингсот. Зголемените аденоиди самите може да предизвикаат потешкотии во дишењето и да го опструираат патот на мукусот. Circulus vitiosus се развива лесно и единствено може да се прекине со аденоидектомија.

- Алергиите треба да се идентификуваат и да се елиминираат доколку е можно. Во додаток на алергиите, сите фактори кои ја иритираат назалната мукоза како прашина, загадувачи, контакт со рекурентни инфекции итн. може да придонесат до развој на синусит. Прогнозата на синуситот е добра ако етиолошките фактори може да се елиминираат. КТ скен може да се користи за евалуација на структурната анатомија (абнормалности) на параназалните синуси.
- ФЕХС (функционална ендоскопска хирургија на синусите) е ефективна кај случаи кои се резистентни на фармакотерапија и процентот на компликации е низок (ннд-С).

КОМПЛИКАЦИИ

- Гнојниот материјал во затворен простор има тенденција да се шири во околината. Првиот симптом на комплициран максиларен или етмоидален синусит може да биде целулит на образите или на очните капаци. За време на првите години од животот местото на инфекција обично е етмоидалниот синус, кој некогаш доведува до периорбитален едем. Едем на очните капаци асоциран со ринит треба да се смета за комплициран синусит и детето треба да се испрати во болница.

РЕФЕРЕНЦИ

1. Leo G, Mori F, Incorvaia C, Barni S, Novembre E. Diagnosis and management of acute rhinosinusitis in children. *Curr Allergy Asthma Rep* 2009 May;9(3):232-7. **PubMed**
2. Kristo A, Uhari M, Kontiokari T et al. Nasal middle meatal specimen bacteriology as a predictor of the course of acute respiratory infection in children. *Infect Dis J* 2006;25(2):108-12

Authors: Anne Pitkäranta and Jouko Suonpää

Article ID: ebm00611 (029.031)

© 2012 Duodecim Medical Publications Ltd

1. **EBM Guidelines, www.ebm-guidelines.com, 4.9.2009.**
2. **Упатството треба да се ажурира еднаш на 6 години.**
3. **Предвидено е следно ажурирање 2015 година.**