

ОРВИ у детей

- острая, наиболее часто встречающаяся и в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной выраженности.

Понятие «острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» - суммирует следующие нозологические формы: острый назофарингит, острый фарингит, острый ларингит, острый трахеит, острый ларингофарингит, острая инфекция верхних дыхательных путей неуточненная.

К ОРВИ ОТНОСИТСЯ:

Грипп

Парагрипп

Аденовирусная инфекция

Респираторно-синцитиальная инфекция

Риновирусная инфекция

Реовирусная инфекция

Энтеровирусная инфекция

Герпетические инфекции (ВПГ, ЦМВ, ЭБВ)

Другие

Этиология:

Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются ← **вирусы**. Механизм заражения: аэрогенный.

Пути заражения:

Основной - воздушно-капельный (вирус со слизистых дыхательных путей при дыхании, чихании, кашле, разговоре выделяется в огромном количестве и может находиться в воздухе несколько минут)

Дополнительный – контактно-бытовой (через предметы быта: соски, игрушки, белье, посуду и др)

Патогенез: возбудители ОРВИ проникают в эпителиальные клетки слизистых оболочек верхних отделов → дыхательного тракта → размножаются → дистрофические и воспалительные изменения.

Разные виды респираторных вирусов обладают преимущественной тропностью к эпителию определенных участков дыхательного тракта. Для вируса парагриппа наиболее характерно поражение слизистой оболочки гортани; для аденовируса - слизистой носоглотки с вовлечением конъюнктивы глаз и лимфоидных образований; для РС-вируса – воспаление слизистой мелких и средних бронхов; для гриппа – поражение трахеи, а риновирусной – носовой полости.

Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на беложелтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно

Инкубационный период – от 2-х до 7 дней. Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2-х недель

Эпидемиология.

ОРВИ – самая частая инфекция человека. Дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год. Реже болеют дети, неорганизованные (не посещают детский сад), а чаще дошкольники и школьники.

Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз.

Клиническая картина:

- Повышением температуры тела до субфебрильных цифр (37,5°C—38,0°C);
- Заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость;
- Кашель;
- При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух.

Клиника отдельных и часто встречающихся форм проявления ОРВИ:

Назофарингит: жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке (жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель).

При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит) появляются пощелкивание, шум и боль в ушах, может снизиться слух.

У грудных детей на фоне выраженного затруднения носового дыхания могут отмечаться беспокойство, трудности при кормлении и засыпании. У старших детей типичными проявлениями являются симптомы ринита (пик на 3-й день, длительность до 6-7 дней), чихание и/или кашель (пик в 1-й день, средняя длительность – 6-8 дней), реже - головная боль (20% в 1-й и 15% – до 4-го дня)

Ларингит: является осиплость голоса, грубый сухой кашель. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет, однако может отмечаться.

Ларинготрахеит: кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента.

Фарингит: гиперемия и отёчность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит), фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами, муколитиками, ингаляционными глюкокортикостероидами (и они не нужны)

Диагностика (физикальное обследование, лабораторные и инструментальные исследования)

Физикальное обследование - оценка общего состояния, физического развития ребенка, подсчет ЧДД, ЧСС, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

***На практике:** все так, но как за 12 мин оценить физ развитие? Правильно, никак. Поэтому если вы видите отставание в росте, в массе или наоборот излишний вес у ребенка, рекомендуйте очную консультацию в поликлинике.

Лабораторная диагностика:

- экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на острый стрептококковый тонзиллит. Не рекомендуется рутинное вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов, т.к. это не влияет на выбор лечения.

***На практике:** экспресс-тесты всегда должны быть под рукой и проводить их только по показаниям. Если провести во время тест на грипп, можно обойтись без антибиотикотерапии, а также ненужных диагностических исследований, в т.ч. рентгенографии грудной клетки.

Помните про РАЦИОНАЛЬНУЮ АНТИБИОТИКОТЕРАПИЮ – это ваша татуировка в голове на всю жизнь!

- Клинический анализ мочи. Рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений. 5-10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную ко-инфекцию с клиническими признаками ОРВИ.

- Клинический анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой.

***На практике:** лихорадка больше 3-х суток может говорить о присоединении бактериальной флоры и развитии осложнений, поэтому я всегда стараюсь назначать ОАК с целью исключения осложнений и назначения рациональной терапии.

Определение уровня С-реактивного белка рекомендовано проводить для исключения тяжелой бактериальной инфекции у детей с фебрильной лихорадкой (повышение температуры выше 38°C), особенно при отсутствии видимого очага инфекции. Повышение его выше 30-40 мг/л более характерно для бактериальных инфекций (вероятность выше 85%)

- Рентгенография органов грудной клетки не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ.

Но когда она нужна? ↓↓↓

Особенности лабораторных показателей при некоторых вирусных инфекциях.

- лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ;
- для РС-вирусной инфекции характерен лимфоцитарный лейкоцитоз, который может превышать $15 \times 10^9 /л$;
- при аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15 - 20 \times 10^9 /л$ и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9 /л$, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л

Инструментальная диагностика

- проведение отоскопии.

***На практике:** знаю, что в большинстве случаев в поликлиниках не дают отоскоп. Нет? Так нет. Одно из самых частых осложнений у детей до 3-4х лет при ОРВИ - отит. Если есть возможность, приобретите личный отоскоп. Главное – научиться смотреть. Подойдите к лор-врачу, уважительно попросите его хотя бы обозначить основные моменты осмотра или спросите у более опытных коллег. Почему так надо делать? Потому что многие из нас спали на лекциях по лор патологиям и не знают, как выглядит отит.

- признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, тяжеие уступчивых мест грудной клетки при дыхании, кряхтящее/стонущее дыхание)
- появление физикальных симптомов пневмонии (см. клинические рекомендации «Пневмонии у детей»);
- снижение SpO2 менее 95% при дыхании комнатным воздухом;
- наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: ребенок вялый и сонливый, недоступен главному контакту, резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия;
- высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более $15 \times 10^9 /л$ в сочетании с нейтрофилезом $10 \times 10^9 /л$ и более, уровень С-реактивного белка выше 30 мг/л в отсутствие очага бактериальной инфекции.

Следует помнить, что выявление на рентгенограмме легких усиления бронхососудистого рисунка, расширение тени корней легких, повышения воздушности недостаточно для установления диагноза «пневмония» и не являются показанием для антибактериальной терапии.

Рентгенография околоносовых пазух не рекомендована пациентам с острым назофарингитом в первые 10-12 дней болезни.
***На практике:** если у ребенка в анамнезе ранее встречались синуситы, риниты и др. лор-патологии, рекомендуем консультацию отоларинголога.

Предупреждайте родителей, если слизистые выделения густые, гнойные зеленого цвета и длятся более 10 дней – необходима консультация отоларинголога.
 Но! В Американских клинических рекомендациях и кашель и насморк могут быть нормой до 3-4 недель (остаточные проявления ОРВИ)

ЛЕЧЕНИЕ

ГРИПП:

Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни .
 Ингибиторы нейраминидазы: **Осельтамивир** с возраста 1 года по 4 мг/кг/сут, 5 дней или **Занамивир** детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней. Данные препараты предназначены ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ ГРИППА. Не нужно назначать его всем или для подстраховки (экспресс-тест на грипп вам в помощь)

Сила в симптоматической терапии!

Элиминационная терапия: Введение в нос физиологического раствора несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Ограничений по количеству тут нет.

***На практике:** я советую промывать по мере необходимости. ОТ 3 ДО 10 РАЗ В СУТКИ.
 Детям до 3х лет, которые не умеют сморкаться, эффективна аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением физиологического раствора. Возможное использование турунд для носа с ограничителями.

Список препаратов:

Осельтамивир с возраста 1 года по 4 мг/кг/сут, 5 дней или **Занамивир** детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней. Данные препараты предназначены ТОЛЬКО ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ОРВИ, ВЫЗВАННЫХ ВИРУСАМИ ГРИППА.

Жаропонижающее. Действующее в-во ибупрофен:

- в суппозиториях детям 3-9 мес. По 1 супп. (60 мг) 3 раза в сут, ч/з 6-8 час, не более 180 мг. 9 мес - 2 года по 1 супп. (60 мг) 4 раза в сут, ч/з 6-8 час, не более 240 мг/сут

- в суспензии: **ЗАПОМНИТЕ!** Чтобы рассчитать дозировку суспензии, нужно поделить массу тела ребенка на 2 и столько мл будет его разовая дозировка.

Пример: Ваня весит 10 кг. Делим вес Вани на 2, получается 5 мл – это его разовая дозировка.

Ваня такую дозировку может получить 3 раза в сут, с разницей 6-8 часов, не более 15 мл.

Суспензии ибупрофена бывают со вкусом клубники, банана, апельсина и даже со вкусом колы, вообще фармкомпания позаботилась о малышах.

-в таблетках: детям с 6 -12 лет по 1 таб 200 мг не более 4 раз/сут, детям старше 12 лет 1 таб 200 мг 3-4 раза в сут. Везде интервал 6-8 часов.

Свечи: брудол, ибупрофен, ибупрофен-Акрихин

Суспензии: нурофен, ибупрофен, МИГ для детей и малышей, брустан, бумидол.

Средства для промывания носа:

Капли(с 0 лет): Аквалор Беби, Аква Марис Беби, ЛинАква Беби:детям с рождения по 2 кап в каждый носовой ход 4 раза в сут, при необходимости чаще.

Спей(с 1 года): Аквалор, Аква Марис, ЛинАква, Маример.

Сосудосуживающие (деконгестанты):

•действующее в-во оксиметазолин: називин, назол, отривин, риностоп и др.

•действующее в-во фенилэфрин: бебифрин, виброцил (тут еще противоаллергический компонент – диметинден), назол БЕБИ, назол КИДС и др.

•действующее в-во ксилометазолин: ксилен, назик (тут еще дексапантенол, который способствует регенерации слизистой оболочки). В каплях с 0 лет – по 1-2 кап. в каждый носовой ход. В виде спреев с 1 года – по 1-2 впрыску в каждый носовой ход не более 3х раз в сутки, не более 5 дн.

Жаропонижающие. Действующее в-во парацетамол:

- в суппозиториях: от 6 до 12 месяцев – 0.5-1 суп. (50-100 мг); от 1 года до 3 лет - 1-1.5 суп. (100-150 мг); от 3 до 5 лет – 1.5-2 по (150-200 мг); от 5 до 10 лет – 2.5-3.5 суп. (250-350 мг); от 10 до 12 лет – 3.5-5 суп. (350-500 мг) до 3 раз в сутки с перерывом 4-6 часов

- в суспензиях: 3 -12 месяцев 2,5-5 мл, 1 год - 5 лет – 5-10 мл, 5-12 лет – 10-20 мл.

-в таблетках: 6-9 лет (вес до 30 кг): разовая доза - 250 мг (1/2 таблетки); максимальная суточная доза – 1 г; 9-12 лет (вес от 30 до 40 кг): разовая доза – 250-500 мг (1/2 таблетки - 1 таблетка), максимальная суточная доза - 2 г (4 таблетки)

Свечи: «Детский панадол», «Цефекон», парацетамол детский.

Суспензии: Эффералган, Панадол, Парацетамол детский*

Таблетки: парацетамол, панадол.