

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. ПОПОВА

**ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:
ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Минск, БелМАПО

2022

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ БЕЛАРУСЬ

ГОСУДАРСТВЕННОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ОБРАЗОВАНИЯ
«БЕЛОРУССКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ПОСЛЕДИПЛОМНОГО ОБРАЗОВАНИЯ»

Кафедра общей врачебной практики

О.В. ПОПОВА

**ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:
ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

Минск, БелМАПО
2022

УДК 616.9-022-036.1-07-08-053.2(075.9)

ББК 55.142я73

П 58

Рекомендовано в качестве учебно-методического пособия
НМС Государственного учреждения образования
«Белорусская медицинская академия последипломного образования»
протокол № 9 от 29.12.2021

Автор:

Попова О.В., доцент кафедры общей врачебной практики БелМАПО, кандидат
медицинских наук, доцент

Рецензенты:

Лазарчик И.В., заместитель главного врача по медицинской части УЗ «Минская
областная детская клиническая больница», кандидат медицинских наук

1-я кафедра детских болезней УО «Белорусский государственный медицинский
университет»

Попова О.В.

П 58 Острые респираторные инфекции у детей: тактика врача общей
практики : учеб.-метод. пособие / О.В. Попова [и др.]. – Минск :
БелМАПО, 2022. - 27 с.

ISBN 978-985-584-726-8

Учебно-методическое пособие предназначено для слушателей,
осваивающих содержание образовательных программ: переподготовки
по специальности «Общая врачебная практика» (дисциплина «Детские
болезни»), а также повышения квалификации врачей общей практики.

УДК 616.9-022-036.1-07-08-053.2(075.9)

ББК 55.142я73

ISBN 978-985-584-726-8

© Попова О.В., 2022

© Оформление БелМАПО, 2022

ОГЛАВЛЕНИЕ

Острые респираторные инфекции у детей.....	4
Гипертермический синдром.....	16
Фебрильные судороги.....	19
Острый стенозирующий ларинготрахеит.....	20
Эпиглоттит.....	24
Литература.....	26

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ

Острые респираторные инфекции (ОРИ) – это этиологически разнородная группа инфекционных заболеваний, характеризующихся поражением слизистых оболочек респираторного тракта, имеющих сходные механизмы развития и клинику с острым началом, быстрым развитием и, нередко, симптомами интоксикации. Наибольшая распространенность ОРИ отмечается у детей в дошкольном возрасте.

Причины частой заболеваемости ОРИ у детей:

- ✓ широкая распространенность респираторных инфекций в популяции;
- ✓ высокая тропность вирусных возбудителей ОРИ к эпителию дыхательных путей;
- ✓ анатомо-физиологические особенности дыхательных путей в детском возрасте;
- ✓ отсутствие адекватной иммунологической памяти и иммунологическая несостоятельность у детей;
- ✓ начало посещения детских учреждений и многочисленность детей в организованных коллективах.

В **этиологическом спектре** ОРИ преобладают вирусы (до 70-75%), среди которых наиболее распространены риновирусы, аденовирусы, вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальные вирусы, коронавирусы, метапневмовирусы, бокавирусы. Тропностью к слизистым оболочкам дыхательных путей обладают также многие штаммы энтеровирусов. В 25–30% случаев имеет место одновременное этиологическое участие нескольких возбудителей. Существенную роль в развитии ОРИ у детей играют и вирусно-бактериальные ассоциации. Из бактериальных возбудителей респираторных инфекций наиболее часто регистрируются *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type B, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*, *Staphylococcus aureus*, *Mycoplasma pneumonia*, *Chlamidia pneumonia*, *Legionella*, *Listeria* и другие. Иммунокомпromетированные пациенты имеют риск развития пневмоцистного и грибкового поражения.

Общеклинические симптомы ОРИ у детей:

- катаральные явления;
- лихорадка – очень часто;
- интоксикация – часто, особенно у детей раннего возраста.

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела от субфебрильной до фебрильной и

гипертермической лихорадки, которая более свойственна гриппу, аденовирусной и энтеровирусной инфекциям. Повышенная температура у большинства больных детей имеет тенденцию к снижению на 2-й или 3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) лихорадка может держаться при гриппе и аденовирусной инфекции. Для клинической картины ОРИ характерны катаральные явления (кашель, насморк, гиперемия зева, конъюнктивит), возможна интоксикация (слабость, вялость, головная боль, снижение аппетита, тошнота, рвота, сухость и бледность слизистых оболочек).

Клинические особенности ОРИ в зависимости от этиологии

Грипп А, В, С характеризуется эпидемическим подъемом заболеваемости (январь, февраль) и специфической гриппозной интоксикацией (высокая температура, озноб, головокружение, головные и мышечные боли). Характерна достаточно выраженная лейкопения.

При *парагриппе* часто отмечается синдром крупа: грубый лающий кашель, шумное стридящее дыхание, изменение тембра голоса, лихорадка, выраженные катаральные явления.

Для *аденовирусной* инфекции характерно острое начало, многообразие клинических проявлений и последовательное вовлечение в патологический процесс слизистых оболочек респираторного тракта, глаз, кишечника и лимфоидной ткани. Преобладает катаральный синдром с выраженным экссудативным компонентом воспаления, выражена гиперплазия лимфоидных образований ротоглотки. Характерна также фебрильная лихорадка в течение 5-7 и более дней. Отмечается лейкоцитоз, который может достигать уровня $15-20 \times 10^9/\text{л}$ и даже выше, возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9/\text{л}$ и повышение уровня СРБ выше 30 мг/л. Заболеваемость данной инфекцией выявляется равномерно в течение всего года.

Для *РС-инфекции* клинически характерен бронхиолит с выраженным обструктивным синдромом, одышкой и гипоксемией. Наиболее тяжело РС-инфекция протекает у детей младшего возраста. Отличительно несоответствие тяжести поражения нижних отделов дыхательных путей (выраженная дыхательная недостаточность) субфебрильной температуре тела и слабой или умеренной интоксикации.

Типичная бактериальная респираторная инфекция чаще всего вызывается *Streptococcus pneumoniae*, *Haemophilus influenzae* type B, *Streptococcus pyogenes*, *Moraxella catarrhalis*. Данные возбудители в большинстве случаев вызывают средний отит, тонзиллофарингит, бактериальный синусит, лимфаденит, эпиглоттит, пневмонию. Для ОРИ, вызванной *атипичной бактериальной флорой* (*M. pneumoniae*, *C. pneumoniae*) характерен длительный

субфебрилитет и упорный, длительный кашель с возможным развитием малосимптомной атипичной пневмонии. Присоединение бактериальной инфекции возможно как в первые 1-2 дня болезни, так и в более поздние сроки чаще всего вследствие суперинфекции. Риск развития бактериальной инфекции увеличивается, если симптоматика ОРИ длится более 10 дней или состояние ухудшается на 5-7 сутки болезни. В отношении присоединения бактериальной инфекции должны настораживать:

- ✓ нарастание уровня лихорадки на фоне болезни;
- ✓ повторный подъем температуры ;
- ✓ длительность фебрильной лихорадки более трех дней;
- ✓ нарастание симптомов интоксикации и ухудшение общего состояния.

Клинические проявления ОРИ в зависимости от преимущественной локализации процесса

Ринит: обильное серозное отделяемое из носа, чихание, заложенность носа, затрудненное носовое дыхание.

Фарингит: першение, боль в горле, гиперемия, зернистость и отечность задней стенки глотки и небных дужек, сухой навязчивый кашель. Яркий, необычно пылающий цвет небных дужек и особенно задней стенки глотки, петехии на небе свидетельствуют о бактериальном (как правило, стрептококковом) фарингите.

Ринофарингит: заложенность носа, чихание, обильное серозно-слизистое носовое отделяемое с синдромом постназального затекания и продуктивным кашлем. Характерны также гиперемия и зернистость задней стенки глотки. Могут быть жалобы на головную боль. У детей раннего возраста отмечаются лихорадка, беспокойство, трудности при кормлении и засыпании.

Тонзиллофарингит: выраженная боль в горле при глотании, яркая гиперемия задней стенки глотки, отечность и гиперемия миндалин, налеты на миндалинах. Следует различать бактериальный (как правило, стрептококковый) и вирусный тонзиллофарингит (чаще аденовирусный). Бактериальный тонзиллофарингит характеризуется следующими симптомами:

- лихорадка $\geq 38,0^{\circ}\text{C}$;
- отсутствие кашля и других катаральных явлений;
- увеличение и болезненность шейных лимфатических узлов;
- отечность небных миндалин и наличие экссудата;
- возраст от 3 до 15 лет.

Наличие 3-х и более данных симптомов свидетельствует о вероятном бактериальном тонзиллофарингите; при 2-х и менее бактериальная этиология маловероятна.

Риносинусит: затруднение носового дыхания, заложенность носа, обильные слизисто-гнойные выделения из носа, синдром постназального затекания, кашель. У детей чаще развивается вирусный или поствирусный риносинусит (по данным КТ выявляется в 95% случаев ОРВИ). Если симптомы нарастают после 5-го дня болезни или сохраняются более 10-ти дней, то следует подозревать бактериальный гнойный синусит, для которого характерны также отек и гиперемия мягких тканей лица и/или орбиты, головная боль, чувство давления или распирания в области лица, болезненность при постукивании в области придаточных пазух носа, гипоосмия или anosmia.

Трахеит: очень частый, сухой, дерущий, болезненный кашель, который может сопровождаться рвотой и головной болью; чувство жжения и саднения в области грудины.

Ларингит: осиплость голоса, кашель. *Ларинготрахеит*: Грубый лающий кашель, осиплость голоса. *Стенозирующий ларинготрахеит*: стридор, грубый лающий кашель, осиплость голоса, признаки дыхательной недостаточности.

Отит: жалобы на боль в ухе, характерная отоскопическая картина; у детей раннего возраста - беспокойство, отказ от еды; возможна рвота. У детей младшего возраста отит часто возникает на фоне длительного ринита.

Аденоидит: затрудненное носовое дыхание, особенно в положении лежа, обильное слизистое отделяемое из носа, кашель, храп, отделяемое на задней стенке глотки, синдром постназального затекания. *Евстахеит*: шум, боль в ушах, снижение слуха.

Бронхит: сухой или влажный частый кашель с отхождением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. Характер кашля меняется. При аускультации выявляют усиленное жесткое дыхание, двусторонние сухие и влажные хрипы различной высоты и тембра: при поражении верхних отделов бронхиального дерева хрипы сухие и/или влажные крупнопузырчатые; при поражении нижних отделов - сухие и/или влажные мелкопузырчатые и среднепузырчатые.

Обструктивный бронхит: малопродуктивный влажный кашель, экспираторная одышка с ретракцией уступчивых мест грудной клетки, аускультативно - свистящие хрипы на выдохе.

Бронхиолит: возникает чаще у детей младшего возраста и характеризуется одышкой, которая усиливается при малейшей физической нагрузке и носит экспираторный характер; дыхание поверхностное, с ретракцией уступчивых мест грудной клетки/участием вспомогательных мышц. Дети беспокойны, кожные покровы бледные, наблюдается акроцианоз. Аускультативно в легких выслушиваются ослабленное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы, усиливающиеся на выдохе.

Пневмония: в большинстве случаев наблюдается лихорадка, чаще

фебрильная; кашель с трудноотделяемой мокротой, который может сопровождаться болью в грудной клетке; возможна одышка; аускультативно – ослабленное на стороне поражения дыхание, сухие крепитирующие и/или влажные мелкопузырчатые хрипы; перкуторно – укорочение легочного звука. Следует отметить, что не всегда при пневмонии имеется характерная классическая клиническая картина.

Клиническая диагностика ОРИ на амбулаторном этапе включает:

1. Уточнение эпидемиологического анамнеза и жалоб.
2. Оценку общего состояния и физического развития ребенка
3. Тщательное физикальное обследование: осмотр верхних дыхательных путей и зева; характеристика носового дыхания; пальпация болевых точек лица (при синуситах); осмотр, пальпация и перкуссия грудной клетки; подсчет частоты дыхания и сердечных сокращений; характер изменения температуры тела; аускультация легких; пальпация живота. Алгоритм осмотра детей с ОРИ врачом первичного звена должен включать также проведение *отоскопии* и *передней риноскопии*.

Всегда требуется обращать внимание на **симптомы тревоги**:

- явления дыхательной недостаточности - одышка в покое и при физической нагрузке (у детей до 3 месяцев частота дыхания ≥ 60 в минуту; до года ≥ 50 в минуту; 1-3 года ≥ 40 в минуту; 3 - 18 лет ≥ 30 в минуту), раздувание крыльев носа, ретракция уступчивых мест грудной клетки, снижение сатурации ниже 95%, стенотическое дыхание;
- цианоз, акроцианоз, выраженная бледность кожи, геморрагическая сыпь;
- ребенок не может пить; многократная рвота; олигоурия или анурия;
- некупируемая или плохо купируемая гипертермическая (выше $39,0^{\circ}\text{C}$) лихорадка или гипотермия ($35,5^{\circ}\text{C}$ и менее);
- фебрильные судороги;
- нарушение или отсутствие сознания, резкое снижение активности и выраженная сонливость; сильная головная боль, некупируемая жаропонижающими лекарственными средствами;
- боль в грудной клетке при дыхании и кашле; примесь крови в мокроте;
- артериальная гипотензия;
- появление неврологической симптоматики.

Лабораторное обследование. Вирусологическое и/или бактериологическое обследование всех пациентов нецелесообразно, т.к. это не влияет на выбор лечения. Исключение составляют экспресс-тест на грипп у высоко лихорадящих детей и экспресс-тест на стрептококк при подозрении на

острый стрептококковый тонзиллофарингит. *Общий анализ крови* необходим при выраженной интоксикации у детей с лихорадкой, при затяжном нетипичном течении ОРИ. *Общий анализ мочи* обязателен при наличии дизурических жалоб и/или сопутствующей патологии мочевыделительной системы. Общий анализ крови и общий анализ мочи необходимы для всех лихорадящих детей без катаральных явлений. Повторные клинические анализы крови и мочи обязательны при выявлении отклонений от нормы при первичном обследовании или появлении новых клинических симптомов.

Показания для рентгенографии органов грудной клетки:

1. Подозрение на пневмонию клинически.
2. Снижение сатурации менее 95% при дыхании комнатным воздухом.
3. Наличие выраженных симптомов бактериальной интоксикации: затяжная фебрильная лихорадка, вялость и сонливость или резко выраженное беспокойство, отказ от питья, гиперестезия и бледность кожи, выраженная слабость.
4. Высокий уровень маркеров бактериального воспаления: повышение в общем анализе крови лейкоцитов более $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилезом более $10 \times 10^9/\text{л}$, уровень СРБ выше 30 мг/л в отсутствие видимого очага бактериальной инфекции.

Показания для госпитализации детей с ОРИ:

1. Возраст детей младше 2-х лет.
2. Симптомы тревоги у детей любого возраста.
3. Подозрение на тяжелую бактериальную инфекцию (пневмонию, синусит и др).
4. Отсутствие положительной динамики, ухудшение состояния на фоне лечения.
5. Тяжелая фоновая патология (хронические заболевания легких, врожденные пороки сердца и др.).
6. Впервые выявленные фебрильные судороги.
7. Социальные показания.

Лечение ОРИ у детей на амбулаторном этапе

Основным принципом лечения пациентов с ОРИ является *раннее* начало с учетом предполагаемой этиологии, клинической формы заболевания, степени тяжести, сопутствующей патологии и преморбидного фона. Проводится симптоматическая терапия в различных объемах и комбинациях. Важно разъяснить родителям доброкачественный характер неосложненного течения болезни и убедить в достаточности минимальных вмешательств.

Режимные мероприятия и питание. Следует обеспечить щадящий режим: постельный в лихорадочный период, при уменьшении симптомов интоксикации – домашний. Оптимальная по возрасту температура воздуха в помещении, частое проветривание и влажная уборка; по возможности следует использовать увлажнитель воздуха. Назначается легкоусвояемая диета с учетом возраста и аппетита. Детям первого года жизни во время болезни необходимо сохранять грудное вскармливание, не следует вводить новые виды прикорма.

Рациональный питьевой режим. Адекватная *регидратация* является важным звеном в лечении ОРВИ. Она уменьшает интоксикацию, способствует разжижению секрета слизистых оболочек и облегчает его отхождение. Теплое питье маленькими глотками оказывает местный противовоспалительный эффект на зону фарингеального воспаления. Рекомендуются официальные растворы для оральной регидратации, кипяченая вода. Суточное количество жидкости состоит из: 1) физиологической потребности по возрасту; 2) объема на дезинтоксикацию составляет 20–50 мл/кг/сутки; 3) жидкости текущих патологических потерь – 10 мл/кг/сутки на каждый градус выше 37 °С.

Симптоматическое лечение ОРВИ включает: местную элиминационно-ирригационную, сосудосуживающую и противомикробную терапию, лечение кашля, жаропонижающую, противосудорожную (при необходимости) терапию.

Местная ирригационно-элиминационная терапия показана при остром рините, ринофарингите, риносинусите. Орошение (инстиляция) носа изотоническими солевыми растворами (физиологический раствор, Аквамарис, Риноплюкс, Физиомер, Салин и др.) несколько раз в день обеспечивает разжижение и удаление густой слизи; уменьшает раздражение слизистой оболочки дыхательных путей; оказывает увлажняющий эффект; стимулирует функциональную активность мерцательного эпителия. Следует учитывать, что промывание носа большим объемом раствора может приводить к развитию туботита вследствие рефлюкса в глоточное соустье слуховой трубы. Поэтому у детей раннего возраста ирригационная терапия должна быть щадящей. Маленьким детям с обильным отделяемым из носа целесообразно проводить аспирацию слизи специальным ручным отсосом с последующим применением спрея или закапыванием в нос нескольких капель изотонического солевого раствора, поочередно в каждую ноздрю при наклоне головы набок (в верхнюю ноздрю).

При сильной заложенности носа и обильном отделяемом, вызывающим беспокойство ребенка, нарушение сна, отказ от еды, дискомфорт и боль в ушах допустимо назначение сосудосуживающих (деконгестанты) капель в нос коротким курсом не более 3-5 дней. В педиатрической практике применяется Фенилэфрин (0,125% раствор), Оксиметазолин (до года - 0,01%, 1 - 6 лет -

0,025%, старше 6 лет - 0,05% растворы), Ксилометазолин (0,05% раствор с 2-х лет). Нафазолин и системные деконгестанты (Псевдоэфедрин) для детей **не применяются**. В отдельных случаях возможно назначение деконгестантов в виде комбинации их с антагонистами H1-гистаминовых рецепторов, муколитиками (Ринофлуимуцил), препаратами антимикробного действия (Изофра, Полидекса).

Не рекомендуется использовать для вдыхания и закапывания в нос народные (лук, чеснок, отвары трав) и сильнопахнущие средства (камфора, эфирные масла) в связи с высоким риском развития кожных аллергических реакций, обструкции дыхательных путей и ожога слизистой.

Местная противомикробная терапия оказывает saniрующий эффект. Требованиями к наносимым на слизистую оболочку полости носа и зева лекарственным средствам являются отсутствие раздражающего действия на слизистую, низкая скорость абсорбции со слизистой, противовирусная активность, отсутствие токсического эффекта, широкий спектр антимикробного действия, отсутствие или низкая аллергенность. Для детей используются следующие лекарственные средства:

- назальные капли, спреи (Фраминазин, Полидекса с Фенилэфрином) при риносинусите, аденоидите, затыжном ринофарингите;

- аэрозоли для орошения зева (Фарингоспрей, Гексаспрей, Оросептин, Тантум Верде, Септолете Тотал) используются крайне осторожно, строго по инструкции и не ранее 3-6 летнего возраста из-за риска аллергии и ларингоспазма;

- бактерицидные таблетки, леденцы или пастилки (Гексализ, Лорсепт, Грамидин, Септолете, Антиангин) назначаются детям старше 6 лет; полоскание зева антисептическими растворами (Хлоргексидин) – детям старше 4-5 лет;

- топические антимикробные средства в виде ушных капель (Отофа, Полидекса) – при наличии ОРИ, сопровождающейся отитом только после отоскопии.

Лечение кашля. По механизму действия лекарственные средства, влияющие на кашель, разделяют на три основные группы: противокашлевые; муколитические; отхаркивающие. Для правильного выбора лекарственных средств, влияющих на кашель, необходимо:

- ✓ определить причину кашля;
- ✓ оценить характер кашля (продуктивность, интенсивность, время его появления, продолжительность, степень влияния на состояние ребенка) и бронхиального секрета;
- ✓ выявить наличие или отсутствие бронхоспазма.

Противокашлевые лекарственные средства подавляют кашлевой рефлекс в результате угнетения кашлевого центра продолговатого мозга (центрального действия) или за счет снижения чувствительности рецепторов трахеобронхиального дерева (периферического действия). Они показаны при очень частом сухом, мучительном и болезненном кашле, приводящем к рвоте, нарушению сна и аппетита у ребенка. Применяются с осторожностью, коротким курсом, исключая комбинацию с муколитиками и отхаркивающими: бутамирата цитрат (Синекод), капли 5мг/мл: детям с 2-х месяцев до 1 года - 10 капель 4 раза в день, 1 - 3 лет - 15 капель 4 раза в день; от 3 лет и старше - 25 капель 4 раза в день. Детям до 2-х лет бутамирата цитрат следует назначать только в случае крайней необходимости.

Противопоказаниями для назначения противокашлевых средств в амбулаторной практике являются: гиперсекреция слизи при любых заболеваниях верхних и нижних дыхательных путей и бронхообструктивный синдром.

Муколитики разжижают мокроту путем расщепления сложных муцинов, что ведет к уменьшению ее вязкости и облегчению эвакуации. Традиционно муколитики применяются при продуктивном кашле с густой вязкой, трудно отделяющейся мокротой: Амброксол сироп 15мг/5 мл (2 - 5 лет - 7,5 мг 3 раза в день; 6 - 12 лет 15 мг 3 раза в день; старше 12 лет 30 мг 3 раза в день), карбоцистеин (Мукозол, Флюдитек) 100мг/ 5 мл (2 - 5 лет-5 мл 2 раза в день, 5 - 15 лет-5 мл 3 раза в день), Ацетилцистеин порошок 100 и 200 мг. Существуют ингаляционные формы этих лекарственных средств для небулайзеров. В настоящее время *показания* к применению муколитиков *пересматриваются* из-за побочных эффектов в виде парадоксальной бронхореи, бронхоспазма, “визинг”-эффекта. Из-за опасности «заболачивания» легких муколитические средства нельзя комбинировать с противокашлевыми.

Отхаркивающие лекарственные средства рефлекторного действия содержат алкалоиды или сапонины, возбуждающие рецепторы нервных окончаний в желудке с последующей активацией центра рвоты в продолговатом мозге и развитием гастропульмонального рефлекса. В результате этого усиливается перистальтика бронхиол, улучшается активность мерцательного эпителия и активизируется продвижение мокроты из нижних отделов дыхательных путей. Как правило, это лекарственные средства растительного происхождения (алтей, экстракт плюща, тимьян и др.) и в педиатрической практике применяются с осторожностью из-за риска развития аллергии и других побочных эффектов.

При бронхообструктивном синдроме в настоящее время предпочтение отдается селективным β_2 -адреномиметикам (Сальбутамол), М-холинолитикам

(ипратропия бромид) или их комбинациям: Беродуал, Пульмовент комби (ипратропия бромид + фенотерол), используемым в виде растворов для ингаляций через небулайзер.

Ингаляционная терапия в лечении ОРВИ у детей имеет важное значение. Применяются ингаляции с 0,9% NaCl через небулайзер, которые улучшают реологию секрета и работу мерцательного эпителия. Ингаляции с минеральной водой и раствором пищевой соды *не применяются*.

Народные методы, в частности, паровые ингаляции, тепловые компрессы, натирания разогревающими мазями (скипидар, камфорное масло), банки, горчичники в педиатрической практике не используются ввиду недоказанной эффективности и опасности аллергических реакций и бронхоспазма.

Этиотропное и патогенетическое лечение. Этиотропными средствами, воздействующими только на вирус гриппа, являются ингибиторы М-2 каналов (Ремантадин) и ингибиторы нейраминидазы (озельтамивир, занамивир). Озельтамивир (Тамифлю) капсулы 0,075 г назначают внутрь 2 раза в сутки в течение 5 дней: детям до 1 месяца – 2 мг/кг, 1 - 3 месяца – 2,5 мг/кг, 3 - 12 месяца – 3 мг/кг, старше 12 месяцев: до 15 кг массы – 30 мг, от 15 до 23 кг – 45 мг, от 23 до 40 кг – 60 мг; более 40 кг – 75 мг. Флустоп капсулы 0,075 г - назначается детям с 12 лет по 1 капсуле 2 раза в день. Занамивир (порошок для ингаляций) ингалируется с помощью специального устройства – дискхалера; назначается детям с 7 лет по 10 мг 2 раза в день до 5 дней.

К лекарственным средствам *патогенетического* звена терапии ОРВИ принято относить фармакологические иммунокорректоры из групп донаторов интерферона и индукторов выработки эндогенного интерферона. Донаторы интерферона представлены в различных лекарственных формах. Для детей выпускаются интраназальные (Лаферон, Назоферон, Гриппферон) и ректальные (Руферон, Виферон, Генферон) лекарственные средства. В настоящее время вопрос противовирусной эффективности донаторов интерферона и целесообразности их использования при ОРВИ дискуссионен. Применение этих лекарственных средств допустимо исходя из клинической целесообразности в каждом конкретном случае, не позднее 1-2-го дня заболевания. Индукторы интерферона (Арбидол, Циклоферон) являются высоко- и низкомолекулярными соединениями природного или синтетического происхождения, стимулирующими выработку эндогенного интерферона в организме. Вопрос их использования также дискуссионен.

Применение гомеопатических средств (Афлубин, Инфлюцид, Анаферон) в качестве индукторов интерферонов не показало своей эффективности с позиций доказательной медицины.

Использование фармакологических иммунокорректоров других групп (Ликопид, Имунорикс и др.) в педиатрической практике допустимо только после иммунологического обследования, строго по показаниям.

Назначение **системной антибактериальной терапии** при ОРИ у детей **строго ограничено**.

Таблица. Системная антибактериальная терапия ОРИ

Системная антибактериальная терапия ОРИ	
Не показана	Показана
Ринит	Острый средний отит
Фарингит	Лимфаденит
Вирусный фаринготонзиллит	Стрептококковый фаринготонзиллит
Вирусный риносинусит	Бактериальный риносинусит
Ларингит /трахеит	Хламидийная или микоплазменная инфекции
Бронхиолит	Пневмония
Бронхит, в т.ч. обструктивный (без признаков хламидийной или микоплазменной инфекции);	В отсутствие видимого бактериального очага при наличии: ✓ $t > 38,0 > 3$ дней; ✓ лейкоцитоза $> 15 \cdot 10^9 / л$; ✓ одышки без обструкции; ✓ асимметрии аускультативных данных.

Применение системной антибиотикотерапии для профилактики бактериальных осложнений ОРИ недопустимо.

Назначение антибиотика ребенку с неосложненной ОРИ, т.е. при отсутствии признаков бактериального заболевания, может быть необходимым: при рецидивирующем отите в анамнезе; у детей в возрасте до 6 месяцев с неблагоприятным преморбидным фоном; при наличии тяжелой хронической патологии; при наличии клинических признаков иммунодефицита.

В амбулаторных условиях предпочтителен пероральный путь введения антибиотиков, парентеральное назначение оправдано только при невозможности приема лекарства внутрь, а также по социальным показаниям.

Эмпирический выбор стартовых препаратов для детей с проявлениями бактериальной инфекции при ОРИ должен быть основан на учете клинической картины, возраста ребенка, наличия или отсутствия предшествующей антибиотикотерапии, эпизодов лекарственной гиперчувствительности к ней.

При остром фарингите и остром тонзиллофарингите лекарственное средство основного выбора - Амоксициллин 30-60 мг/кг/сутки в 2-3 приема, альтернативно - цефалоспорины 2-го поколения (Цефутоксим аксетил); при непереносимости β -лактамов – макролиды: Кларитромицин 15 мг/кг/сутки, Азитромицин 5-10 мг/кг/сутки.

При остром синусите и остром среднем отите лекарственное средство основного выбора - Амоксициллин (Амоксициллина Клавуланат) 60 - 90 мг/кг/сутки в 2-3 приема; альтернативно - цефалоспорины 2-го поколения (Цефуроксим аксетил (Зиннат) 10-15 мг/кг на прием); при непереносимости β -лактамов –макролиды (см. выше).

Международным стандартом лечения респираторной хламидийной и микоплазменной инфекций у детей служат макролиды, которые являются практически единственной группой антибиотиков, активных в отношении внутриклеточных инфекционных агентов при респираторных инфекциях у детей. Это обусловлено их способностью накапливаться в клетках и очагах воспаления (наиболее интенсивно этот процесс происходит в миндалинах, лимфатических узлах, легких, плевральной жидкости, органах малого таза, суставах) и особенностью фармакодинамики некоторых макролидов (длительный антибиотический пост-эффект). Наиболее часто для лечения острой хламидийной и микоплазменной инфекции применяют 10-ти дневные курсы макролидов в следующих дозах: Азитромицин — 10 мг/кг в 1-е сутки, затем по 5 мг/кг в течение 4 дней или по 10 мг/кг в течение 5–10 дней 1 раз в сутки; Джозамицин — 30–50 мг/кг в сутки в 3 приема; Кларитромицин — 15 мг/кг в сутки в 2 приема; Мидекамицин — 30–50 мг/кг в сутки в 2–3 приема; Рокситромицин — 5–8 мг/кг в сутки в 2 приема; Спирамицин — 150 000 ЕД/кг в сутки в 2 приема.

Профилактика ОРИ

Неспецифическая профилактика ОРИ основана на принципах здорового образа жизни: рациональный режим дня, соблюдение температурного режима в помещении, закаливание ребенка с рождения, длительные прогулки на свежем воздухе, грудное вскармливание детей, сбалансированное и полноценное питание в соответствии с возрастом.

Для профилактики ОРИ у детей актуально своевременное выявление и лечение рахита, нарушений питания, анемии, рациональная витаминотерапия.

Особую значимость имеет соблюдение противоэпидемических мероприятий в неблагоприятные по ОРИ сезоны года: избегать посещения общественных многолюдных мест, соблюдение социальной дистанции, избегать рукопожатий, частое мытье рук, ношение масок, орошение полости носа изотоническими растворами.

Необходимы противоэпидемические мероприятия при заболевании одного или нескольких членов семьи: изоляция больного в отдельной комнате, использование им индивидуальной посуды и столовых приборов, частая влажная уборка и проветривание помещения.

Специфическая профилактика заключается в активной иммунизации гриппозной вакциной (Гриппол плюс, Инфлювак). К профилактическим средствам ОРИ в известной мере можно отнести фармакологические иммунокорректоры бактериального происхождения, которые влияют на систему фагоцитоза, стимулируя активность макрофагов, оказывают мягкий иммуномодулирующий эффект. Они не только повышают активность неспецифических факторов иммунной защиты, но и способствуют формированию специфического иммунного ответа к наиболее значимым респираторным бактериальным возбудителям. К таким лекарственным средствам относятся бактериальные лизаты (Бронхомунал, ИРС 19, Имудон), комбинированные иммунокорректоры, содержащие бактериальные антигены (Рибомунил).

ГИПЕРТЕРМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ У ДЕТЕЙ

Лихорадка – это защитно-приспособительная реакция организма, возникающая в ответ на действие патогенных раздражителей. Она характеризуется перестройкой процессов терморегуляции с повышением температуры тела, стимулирующей естественную реактивность организма. Повышение температуры тела является одним из самых распространенных симптомов при респираторных заболеваниях в детском возрасте. Оно способствует борьбе организма с инфекцией, усиливая такие иммунологические реакции организма, как образование антител и повышение фагоцитарной активности лейкоцитов. Лихорадка не требует терапии при умеренном повышении температуры у ребенка с неотягощенным анамнезом и нормальной переносимостью.

По степени повышения температуры (при измерении в подмышечной впадине) классифицируют как субфебрильную (37,2–38°C), фебрильную (38,1–39°C), гипертермическую (39,1–41°C) и гиперпиретическую (41–42°C) лихорадки.

Гипертермический синдром - это патологический вариант лихорадки, при котором отмечается быстрое и неадекватное повышение температуры тела до высоких цифр, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов. Клинически различают два типа гипертермии. Прогностически благоприятная *розовая* (розовый цвет кожи), когда теплопродукция соответствует теплоотдаче, и неблагоприятная *бледная* (бледная мраморная кожа), как результат нарушения микроциркуляции.

При *розовой* гипертермии аксиллярная температура тела повышается до 38,5–39,5°C, поведение ребенка обычное, кожа умеренно гиперемирована,

кисти и стопы теплые, учащение пульса и дыхания соответствуют повышению температуры тела: на каждый градус выше 37 °С частота дыхания учащается на 4 дыхания в 1 минуту, а ЧСС – на 10 ударов в 1 минуту.

При *бледной* гипертермии температура тела, как правило выше, чем при розовой (39,0 - 40,0°С). Характерны бледность, озноб, холодные цианотичные конечности, цианоз носогубного треугольника, повышенная возбудимость или вялость, возможно нарушение сознания.

Показания для начала медикаментозной терапии гипертермического синдрома (согласно Приказу МЗ РБ от 15.02.2007 года №90 Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи детскому населению):

1. Температура тела (аксиллярная) выше 38,5°С.
2. Температура тела (аксиллярная) выше 38,0°С у следующих категорий пациентов:
 - дети с фебрильными судорогами в анамнезе;
 - дети с врожденными пороками сердца;
 - дети с перинатальными поражениями ЦНС и их последствиями;
 - дети с эпилептическим синдромом;
 - дети с наследственными метаболическими заболеваниями;
 - дети, субъективно плохо переносящие лихорадку;
 - младенцы первых 6 месяцев жизни.

Неотложная помощь при розовой гипертермии:

1. Раздеть ребенка, у детей младшего возраста снять памперс; проветрить помещение, при возможности воспользоваться увлажнителем воздуха или развесить влажные полотенца.

2. Обеспечить адекватный питьевой режим.

3. Парацетамол (лекарственное средство выбора) 10–15 мг/кг на прием или ибупрофен (детям старше 3 месяцев) 5–10 мг/кг на прием. Данные лекарственные средства могут применяться внутрь (суспензии, таблетки, диспергируемые таблетки) или в форме ректальных суппозиторий. Максимальная суточная доза ибупрофена - 30 мг\кг\сутки, парацетамола - 60 мг\кг\сутки. Регулярный курсовой прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры. Парацетамол и ибупрофен можно чередовать между собой и, в крайних случаях, комбинировать.

4. Физическое охлаждение: обтирание губкой, смоченной теплой водой (30–32°С) в течение 2–3 минут, обдувание вентилятором. Обтирание

проводить сразу после дачи жаропонижающих средств (эффект от одного обтирания длится не более 30 минут). **Не использовать** спиртовые и уксусные обтирания.

5. Через 30-45 минут от начала жаропонижающей терапии повторно оценить состояние ребенка. Ориентироваться следует не только на цифры термометра, но и на улучшение общего состояния ребенка. Не следует стремиться снизить температуру тела сразу до нормальных цифр.

6. При полном отсутствии эффекта в течение 30–45 минут от приема жаропонижающих лекарственных средств внутрь или при наличии обстоятельств, затрудняющих их первоначальный прием, ввести антипиретическую смесь (допустима комбинация лекарственных средств в одном шприце) 50% раствор метамизола натрия – 0,1 мл/год жизни (детям в возрасте до 12 месяцев жизни 0,01 мл/кг) и 1% раствор дифенгидрамина из расчета 0,1 мл/год жизни внутримышечно.

Неотложная помощь при бледной гипертермии:

1. Согреть ребенка (грелки к рукам и ногам, укрыть одеялом), дать внутрь теплое питье.

2. Ввести внутримышечно (допустимо введение в одном шприце) 50% раствор метамизола натрия 0,1 мл/год жизни; 1% раствор дифенгидрамина 0,1 мл/год жизни; 2% раствор дротаверина из расчета 0,1 мл/год жизни.

3. После перехода бледной гипертермии в розовую возможны физические методы охлаждения.

В настоящее время с антипиретической целью у детей **не применяются** аспирин и метамизол (анальгин), нимесулид. Ацетилсалициловая кислота при вирусных инфекциях у детей не назначается в связи с риском развития синдрома Reye – токсической энцефалопатии с жировой дегенерацией внутренних органов, в основе которой лежит мультиорганный митохондриальная дисфункция. Применение метамизола может вызвать анафилактический шок и коллаптоидное состояние у детей вследствие критического снижения температуры тела, агранулоцитоз. Однако, при злокачественной гипертермии и других клинических ситуациях, не поддающихся иной терапии, метамизол натрия используется парентерально в составе литической смеси (см. выше).

Показания для госпитализации при лихорадках у детей:

- ✓ возраст младше 2-х лет;
- ✓ дегидратация;
- ✓ судорожный синдром;
- ✓ геморрагическая сыпь;

- ✓ резкие изменения в уровне сознания;
- ✓ дыхательная недостаточность;
- ✓ сильная головная боль;
- ✓ непрекращающаяся рвота;
- ✓ резистентность лихорадки к проводимым мероприятиям;
- ✓ лихорадка неясного генеза;
- ✓ тяжесть основного заболевания.

ФЕБРИЛЬНЫЕ СУДОРОГИ

Фебрильные (гипертермические) судороги возникают на фоне респираторных инфекций с лихорадкой, как правило, выше 38⁰С. Отмечаются чаще у детей от 6 месяцев до 5 лет жизни с максимумом заболеваемости на втором году жизни. Однако, большинством педиатров не отмечено корреляции между выраженностью лихорадки и частотой возникновения судорог. У младенцев фебрильные судороги чаще наблюдаются на фоне перинатального поражения центральной нервной системы и дефицитных состояний (рахит, белково-энергетическая недостаточность). Чаще всего у детей отмечаются судороги генерализованные тонико-клонические, сопровождающиеся утратой сознания, продолжающиеся от нескольких секунд до нескольких минут. Очаговые неврологические нарушения отсутствуют.

Фебрильные судороги на фоне ОРИ необходимо дифференцировать с судорожным синдромом при менингите и менингоэнцефалите. При менингоэнцефалите пик судорожного синдрома, как правило, не связан с гипертермией, поэтому часто требуется повторное введение противосудорожных средств.

Неотложная помощь при фебрильных судорогах (согласно приказу МЗ РБ от 15.02.2007 г. № 90 Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи детскому населению):

1. Уложить ребенка на бок, несколько отвести голову назад для облегчения дыхания (насильно размыкать челюсти не следует из-за опасности повреждения зубов); предупредить травмы головы, конечностей.

2. Восстановить проходимость дыхательных путей: очистить ротовую полость и глотку от слизи, вставить роторасширитель или шпатель, обернутый мягкой тканью, чтобы предотвратить прикусывание языка.

3. Противосудорожная терапия: ввести 0,5% раствор диазепама 0,1 мл/год жизни (0,5 мг/кг массы тела) внутривенно (при затруднении внутривенного введения ввести внутримышечно в той же дозе), но не более 2 мл 0,5% раствора на введение.

4. При кратковременном эффекте или неполном купировании

судорожного синдрома ввести 0,5% раствор диазепама повторно через 15 минут (суммарная доза составляет не более 15 мг).

5. Обеспечить поступление свежего воздуха, оксигенотерапия.

6. Одновременно с противосудорожными средствами при выраженной гипертермии целесообразно введение внутримышечно антипиретической смеси: 50% раствор метамизола натрия – 0,1мл/год жизни (детям в возрасте до 12 месяцев жизни 0,01 мл/кг) вместе с 1% раствором дифенгидрамина из расчета 0,1 мл/год жизни (0,1 мг/кг).

7. При судорожном синдроме со стойким нарушением сознания ввести 1% раствор фуросемида в дозе 1–2 мг/кг и преднизолон в дозе 3–5 мг/кг внутримышечно или внутривенно.

Все дети с впервые выявленными судорогами подлежат обязательной госпитализации независимо от возраста.

Прогноз при однократных фебрильных судорогах достаточно благоприятный. Дети, у которых возникали фебрильные судороги наблюдаются неврологом. Медотвод от плановой вакцинации по Национальному календарю профилактических прививок в течение 6 месяцев. При последующих эпизодах ОРИ жаропонижающая терапия проводится при более низких цифрах повышения температуры тела.

ОСТРЫЙ СТЕНОЗИРУЮЩИЙ ЛАРИНГОТРАХЕИТ

Острый стенозирующий ларинготрахеит или обструктивный ларингит, ложный круп (сгоур - каркать) - это клинический вариант острой респираторной инфекции у детей. Характеризуется воспалением голосовой щели, а в последующем (особенно у младенцев и маленьких детей) и воспалением гортани, трахеи, бронхов с преволированием клиники крупа. Круп - генерический термин, объединяющий группу гетерогенных инфекционных заболеваний (ларингит, ларинготрахеит, ларинготрахеобронхит). С клинической точки зрения круп характеризуется инспираторной одышкой, охрипелостью голоса, респираторным дистрессом (выраженной дыхательной работой) с межреберной супра- и субстернальной ретракцией той или иной степени выраженности, дисфагией. При пролонгировании процесса развиваются цианоз и депрессия сознания.

Этиология и эпидемиология

В развитии острого стенозирующего ларинготрахеита этиологически значимы вирусы (вирус парагриппа, аденовирус, вирус гриппа, респираторно-синтициальный вирус) и бактериальные агенты, особенно у детей, посещающих

детские коллективы (*Hemophilus influenzae* type B, *Streptococcus pneumoniae*, *Moraxella catarrhalis*).

Анатомо-физиологические особенности, способствующие возникновению стеноза гортани у детей:

✓ относительно меньшие размеры и воронкообразная форма гортани вызывают более выраженное сужение просвета верхних дыхательных путей при воспалении;

✓ минимальные размеры диаметра верхних дыхательных путей у детей в возрасте младше 8-10 лет в подсвязочном пространстве; этот участок гортани окружен плотным кольцом перстневидного хряща, отек слизистой оболочки которого усугубляет стеноз;

✓ непропорционально короткие голосовые связки, которые быстро отекают при воспалении;

✓ нежная, богатая клеточными элементами слизистая оболочка, большое количество тучных клеток способствует повышению сосудисто-тканевой проницаемости и отеку рыхлой соединительной ткани подсвязочной области;

✓ мягкость хрящевого скелета, узкий и вытянутый надгортанник, создающий затруднения дыхания при присасывающем действии струи воздуха, высокое расположение голосовых складок;

✓ облигатное носовое дыхание у младенцев и быстрое развитие респираторного дистресса при нарушении носового дыхания.

Пик заболеваемости ларинготрахеитом приходится на холодное время года. Наиболее часто болеют дети дошкольного возраста, причем мальчики чаще, чем девочки. Критический возраст в отношении развития крупа – от 5 месяцев до 3-х лет.

Стенозирующий ларинготрахеит относится к неотложным состояниям, так как в течение короткого времени может привести к тяжелой дыхательной недостаточности и в связи с этим требует проведения специальной неотложной терапии.

Клиническая картина

Заболевание очень часто начинается постепенно, с типичных катаральных явлений со стороны носоглотки в виде заложенности носа и слизистого отделяемого, осиплости голоса, покашливания и повышения температуры. Возможно внезапное начало заболевания, преимущественно ночью или вечером (царство вагуса); ребенок просыпается от приступа грубого лающего кашля и шумного дыхания. При вовлечении в процесс слизистой оболочки гортани и трахеи появляется грубый лающий кашель средней

интенсивности с периодическим стридором. Стридор нарастает и становится постоянным по мере прогрессирования стеноза. На фоне усугубления стридора кашель начинает носить более интенсивный характер, отмечается раздувание крыльев носа, инспираторная одышка с ретракцией, тахипное; ребенок беспокоен и занимает вынужденное положение сидя. Лихорадка обычно субфебрильная; интоксикация, как правило, невыраженная. Выраженность клинических симптомов усугубляется при крике и беспокойстве ребенка, а также в ночное время. У других членов семьи в большинстве случаев имеется симптоматика острой вирусной инфекции.

Таким образом, для дебюта клинической картины острого стенозирующего ларинготрахеита характерна триада симптомов:

- изменение тембра голоса от незначительной осиплости до афонии;
- характерный лающий, короткий отрывистый кашель;
- шумное стенотическое дыхание (стридор), вдох удлинен и затруднен (инспираторная одышка), выпадает пауза между вдохом и выдохом.

Если в дальнейшем воспалительный процесс распространяется на нижележащие отделы респираторного тракта (bronхи и бронхиолы) одышка начинает приобретать смешанный, инспираторно-экспираторный характер. Аускультативно отмечается билатеральное ослабление дыхания, влажные хрипы. При прогрессировании стеноза отмечается бледность, постепенно сменяющаяся цианозом, усиление возбуждения, дезориентация и депрессия сознания, нарастание тахикардии. На фоне истощения кардиореспираторных резервов симптомы ретракция уступчивых мест грудной клетки становится менее выраженной и постепенно сменяется частым прерывистым дыханием, что может ошибочно расцениваться как улучшение состояния с уменьшением степени стеноза.

При осмотре ребенка со стенозом гортани необходимо помнить, что попытки осмотра ротоглотки с помощью шпателя и надавливанием на корень языка могут привести к рефлекторному вторичному ларингоспазму и остановке дыхания.

Степени тяжести стеноза гортани:

1 степень (компенсация): лающий кашель, осиплость голоса, шумное дыхание при плаче и беспокойстве без признаков дыхательной недостаточности.

2 степень (субкомпенсация): бледность кожи, признаки дыхательной недостаточности при беспокойстве ребенка (участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, ретракция податливых мест грудной клетки,

цианоз носогубного треугольника, шумное дыхание, инспираторная одышка, тахикардия); беспокойство ребенка усиливается.

3 степень (декомпенсация): резкое беспокойство, потливость, бледность, стойкий цианоз губ и конечностей, признаки дыхательной недостаточности в покое с ретракцией податливых мест грудной клетки и нижнего края грудины; пульс частый слабого наполнения, тоны сердца приглушены.

4 степень (асфиксия): крайне тяжелое состояние, кожа бледно-серая, цианотичная, конечности холодные; дыхание поверхностное прерывистое, в легких дыхание едва прослушивается, нарушение ритма дыхания; тахикардия сменяется брадикардией.

В настоящее время широко используется классификация тяжести стеноза гортани на *легкую* (1 степень), *среднюю* (2 степень) и *тяжелую* (3 и 4 степень).

Неотложная помощь при стенозе гортани

Алгоритм неотложной помощи утвержден приказом МЗ РБ от 15.02.2007 № 90 “Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи детскому населению”.

При стенозе 1-2 степени:

1. Придать правильное положение: полусидя, полулежа (можно на руках у мамы) на боку, расстегнуть стесняющую одежду.

2. Обеспечить доступ прохладного свежего воздуха (открыть окно, поднести к открытому холодильнику); оксигенотерапия при возможности.

3. Внутримышечно ввести преднизолон в дозе 2-3 мг/кг или дексаметазон – 0,5 мг/кг.

4. Контроль за температурой тела, жаропонижающая терапия при необходимости: парацетамол, ибупрофен в возрастных дозировках.

5. Госпитализация обязательна независимо от возраста, после оказания первой помощи. Транспортировка осуществляется медиками на медицинском транспорте. Отказ родителей или других юридических представителей интересов ребенка от его госпитализации необходимо оформлять документально.

При нарастании стеноза до 2-3 степени: оксигенотерапия через маску; введение преднизолона 5-7 мг/кг или дексаметазона 0,5-0,6 мг/кг внутримышечно или внутривенно; немедленная госпитализация.

При стенозе 4 степени: интубация трахеи, коникотомия или трахеостомия, проведение реанимационных мероприятий; введение преднизолона 5-7 мг/кг или дексаметазона 0,5-0,6 мг/кг внутримышечно или внутривенно имеет второстепенное значение.

В международные протоколы оказания неотложной помощи при остром стенозирующем ларинготрахеите 1, 1-2 степени тяжести включены рекомендации по использованию ингаляций с раствором адреналина. Наибольшее распространение получило использование 0,01% раствора через небулайзер. Возможно применение ингаляционных кортикостероидов в форме дозированных аэрозолей с использованием спейсера.

При стенозирующем ларинготрахеите **не применяются:**

- противокашлевые и антигистаминные лекарственные средства (усугубляют респираторный дистресс терминальных веточек бронхиального дерева);

- седативные лекарственные средства (нивелируют беспокойство ребенка при усугублении стеноза);

- спазмолитические и диуретические лекарственные средства.

ЭПИГЛОТТИТ

Эпиглоттит – это острое воспаление надгортанника, приводящее к тяжелой обструкции верхних дыхательных путей и быстро нарастающей дыхательной недостаточности. Заболевание характеризуется тяжелым, фульминантным течением и потенциальным риском летального исхода. От момента возникновения первых симптомов до полного нарушения проходимости дыхательных путей и смерти проходит несколько часов.

Основной этиологический агент в генезе эпиглоттита – *Neisseria meningitidis* (тип В). В настоящее время, в связи с широким внедрением Hib вакцинации, количество эпиглоттитов, вызванных этим патогеном, снижается и в качестве основных выступают такие возбудители, как *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus*.

Возрастной пик заболеваемости эпиглоттитом приходится на 2 - 6 лет. Наиболее часто заболевание развивается в холодное время года.

Клиническая картина

Для эпиглоттита характерна быстро развивающаяся симптоматика с внезапным началом (состояние полного здоровья ребенка перед отходом ко сну вечером и последующим тревожным пробуждением через несколько часов); высокая лихорадка, слабо реагирующая на жаропонижающие средства; стридор, охриплость на фоне выраженного беспокойства; сильная боль в горле. Другие члены семьи, как правило, не имеют признаков респираторной инфекции. Быстро нарастает обструкция и респираторный дистресс; бледность сменяется цианозом; отмечается выраженная интоксикация и угнетение сознания. Патогномичным симптомом является гиперсаливация вследствие неспособности сглатывать слюну. Дети старшего возраста занимают

вынужденное положение - позу “треножника”, с высунутым вперед языком, позволяющую увеличить просвет дыхательных путей.

Отличительные клинические особенности эпиглоттита:

- внезапное начало с высокой лихорадкой;
- выраженное беспокойство;
- выражена интоксикация, вид тяжело больного ребенка;
- дисфагия, сильная боль в горле;
- гиперсаливация;
- гнусавый сдавленный, но без изменения звучности голос;
- бурное течение с быстро прогрессирующей дыхательной недостаточностью;
- быстрое нарастание обструкции и респираторного дистресса;
- бледность, сменяющаяся цианозом;
- быстрое угнетение сознания.

Попытка осмотра ребенка провоцирует усиление дистресса и ларингоспазм с остановкой дыхания. ***Ребенка при осмотре не укладывают на спину!***

Как только врач, оказывающий помощь, устанавливает диагноз эпиглоттит, его следующим действием должна быть подготовка к интубации трахеи, выполнению коникотомии или трахеостомии. Интубация выполняется после орошения ротоглотки местным анестетиком. Допускается не более двух попыток интубации трахеи, на каждую из которых затрачивается не более 30 секунд. При безуспешности попыток – выполнение коникотомии. Если выполнение коникотомии невозможно или неудачно – необходимо наложение трахеостомы.

Неотложные мероприятия при эпиглоттите:

1. Интубация трахеи, коникотомия или трахеостомия.
2. Введение преднизолона 5-7 мг/кг или дексаметазона 0,5-0,6 мг/кг внутримышечно или внутривенно.
3. Проведение реанимационных мероприятий, вызов реанимационной бригады и немедленная транспортировка машиной скорой помощи в интубированном состоянии. При невозможности интубации транспортировка в положении сидя на фоне оксигенотерапии.
4. Раннее начало антибиотикотерапии (цефалоспорины).
5. Возможно внезапное начало заболевания, преимущественно ночью или вечером (царство вагуса); ребенок просыпается от приступа грубого лающего кашля и шумного дыхания.

ЛИТЕРАТУРА

1. Об утверждении клинических протоколов оказания скорой медицинской помощи детскому населению [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 15.02.2007, № 90 // ЭТАЛОН. Законодательство Респ. Беларусь / Нац. центр правовой информ. Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
2. Об утверждении клинического протокола «Диагностика и лечение пациентов (детское население) с болезнями уха, горла и носа» [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 25.05.2018, № 46 // Гос. ком. по стандартизации Респ. Беларусь / Национальный фонд технических нормативных правовых актов Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
3. Клинические протоколы диагностики и лечения детей с заболеваниями органов дыхания [Электронный ресурс] : приказ Министерства здравоохранения Респ. Беларусь, 27.12.2012, № 1536 // Гос. ком. по стандартизации Респ. Беларусь / Национальный фонд технических нормативных правовых актов Респ. Беларусь. – Минск, 2022.
4. Рубан, А.П. Тактика ведения детей с ОРВИ на амбулаторном этапе : учеб.-метод. пособие / А.П. Рубан. – Минск : БелМАПО, 2020. – 33 с.

Учебное издание

Попова Ольга Васильевна

**ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ У ДЕТЕЙ:
ТАКТИКА ВРАЧА ОБЩЕЙ ПРАКТИКИ**

Учебно-методическое пособие

В авторской редакции

Подписано в печать 29.12.2021. Формат 60x84/16. Бумага «Discovery».

Печать ризография. Гарнитура «Times New Roman».

Печ. л. 1,69. Уч.- изд. л. 1,29. Тираж 120 экз. Заказ 104.

Издатель и полиграфическое исполнение –

государственное учреждение образования «Белорусская медицинская академия
последипломного образования».

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 1/136 от 08.01.2014.

Свидетельство о государственной регистрации издателя, изготовителя,
распространителя печатных изданий № 3/1275 от 23.05.2016.

220013, г. Минск, ул. П. Бровки, 3, кор.3.