Острые респираторно-вирусные инфекции у детей. Диагностика и терапия.

Лектор:

к.мед.н., доцент

Ирина Васильевна Солодова

г.

План лекции

1. Актуальность
2. Этиология
3. Патогенез
4. Принципы диагностики
5. Принципы лечения и профилактики
6. Заключение

Острые респираторные заболевания (ОРЗ) – этиологически разнородная группа инфекционных болезней, имеющих сходные эпидемиологические и клинические характеристики

- Типичная клиническая картина ОРЗ характеризуется воспалением слизистых оболочек респираторного тракта с гиперпродукцией секрета и активацией защитных реакций дыхательного эпителия с последующим удалением избытка секрета.
- Выделяют острые заболевания верхних дыхательных путей (ОРЗ/ВДП) – воспаление слизистых оболочек, расположенных выше голосовых связок (ринит, синусит, фарингит, тонзиллит, отит), и острые заболевания нижних дыхательных путей (ОРЗ/НДП) – поражение дыхательного тракта ниже голосовых связок (ларингит, трахеит, бронхит, пневмония).
- Наиболее высокая заболеваемость острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ) наблюдается среди детей первых 3-х лет жизни.
- Заболеваемость ОРЗ выше в городах по сравнению с сельской местностью, а также в зонах с высоким уровнем промышленного загрязнения атмосферного воздуха и у детей, начавших посещать детские дошкольные учреждения.

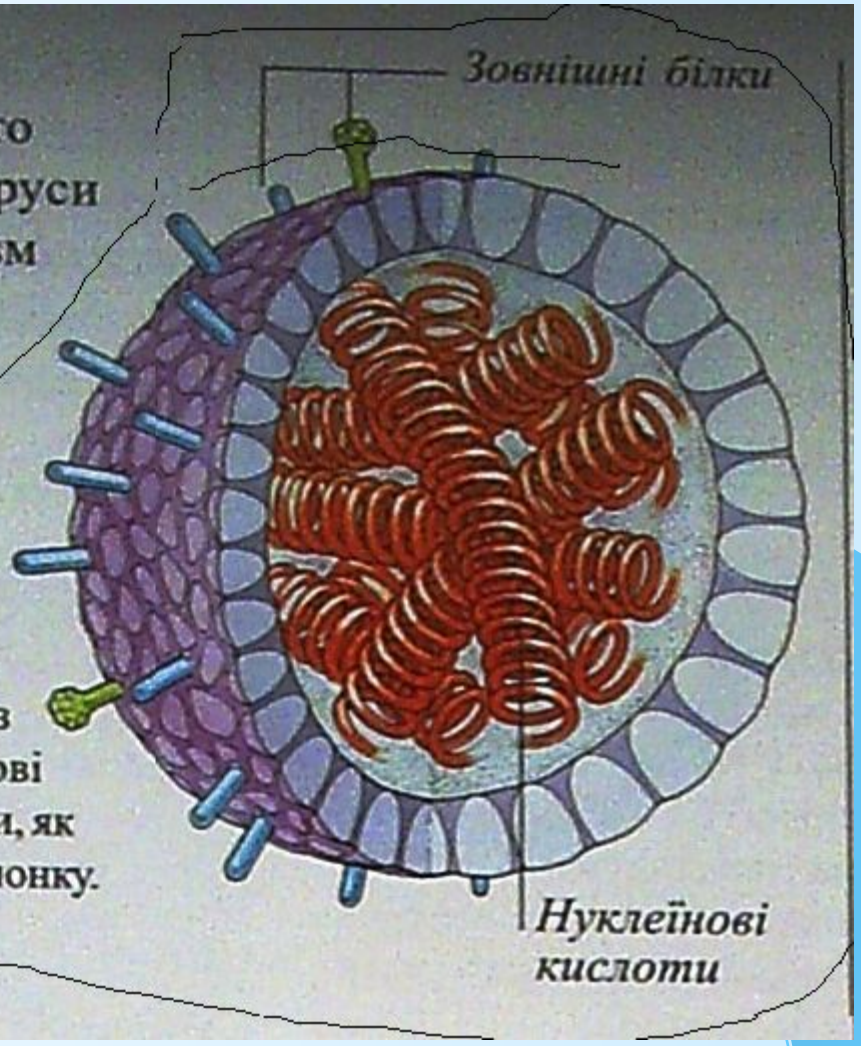
Этиология ОРЗ

Возбудителями могут быть:

- респираторные вирусы (риновирус, грипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа 3 типа)
- энтеровирусы,
- коронавирусы,
- бактерии
- атипичные микроорганизмы – хламидии, микоплазмы, пневмоцисты
- грибы.

ВІРУСИ

нфікування вірусами спричинює багато вороб (грип, гепатит, СНІД тощо). Віруси е знищуються антибіотиками; організм овинен продукувати антитіла для оротьби з кожним вірусом.



Типова структура

Вірус має серцевину з нуклеїновими кислотами, що складається з ДНК та РНК, та одну-дві білкові оболонки. Поверхневі антигени, як цвяхи, усівають зовнішню оболонку.

- **Парацетамол** – наиболее безопасное жаропонижающее. Его дают в разовой дозе 10–15 мг/кг (3-4 раза в сутки), суточная доза не должна превышать 60 мг/кг. Парацетамол в растворе (в т.ч. детские формы: сироп, гранулят для приготовления раствора, шипучие таблетки) действует уже через 30–60 минут, в свечах его действие наступает позже – через 2–3 часа, их удобно вводить на ночь.
- **Ибупрофен** используют внутрь в дозе 5–10 мг/кг на прием 3 раза в сутки.

- **Литическая смесь** применяется при гипертермическом синдроме и «бледной» лихорадке внутримышечно в одном шприце:
  - **анальгина 50% р-р 0,1–0,2 мл/10 кг, до 1 года – 0,01 мл/кг.**
  - **2,5% растворов дипразина (пипольфена) до 1 года – 0,01 мл/кг, старше 1г – 0,1-0,15 мл на 1 год жизни.**
  - **2% раствор папаверина гидрохлорида – до1 года – 0,1-0,2 мл (разовая доза), старше года – 0,2 мл на год жизни (р.д.)**

Етіологічна терапія призначається з урахуванням, що в 90-92% випадків причиною гострого бронхіту є вірусна інфекція, тому сучасне етіотропне лікування повинне використовувати специфічну противірусну терапію та мінімізувати використання антибіотиків

Противірусні препарати ефективні в перші дві-три доби захворювання. Застосовують: ремантадін, арбидол-ленс, аміксін, ребетол, інтерферони, ДНК-ази та ін.

Згідно рекомендацій В.К.Таточенко та співавторів (2000), показаннями до призначення антибіотиків при гострому бронхіті може бути:

1. Діти перших 6-ти місяців життя
2. Важкий перебіг бронхіту (нейротоксикоз та ін.);
3. Наявність обтяжливого преморбідного фону (пологова травма, недоношеність, гіпотрофія та ін.);
4. Наявність активних хронічних вогнищ інфекцій (тонзиліт, отит та ін.);
5. Підозра на нашарування бактеріальної інфекції:

- Лихоманка з температурою тіла вище 39 С;
- В`ялість, відмова від їжі;
- Виражені симптоми інтоксикації;
- Наявність задишки;
- Асиметрія хрипів;
- Лейкоцитоз, прискорена ШЗЕ

Оскільки при гострому захворюванні відсутні дані про збудника у конкретного хворого, вибір препарату базується на рекомендаціях емпіричниої стартовоїтерапії з урахуванням вірогідної етіології хвороби та чутливості вірогідного збудника в даному регіоні.

Про правильний вибір антибіотика вказує швидке настання ефекту лікування.

Застосовують препарати:

- цефалоспоринового ряду (цефалексін; цефадріксіл; цефазолін; цефаклор; цефотаксім; цефтріаксон);
- захищені пеніциліни (аугментін; амоксіклав)
- макроліди (азітроміцин)

На етапі реабілітаційних заходів показані дихальна гімнастика, масаж, фітотерапія (мати-й-мачуха, подорожник, солодка, алтей лікарський, аір, термлпсіс, чабрець та ін.).

J21 Гострий бронхіоліт
J21.0 Гострий бронхіоліт, спричинений респіраторно-сентиціальним вірусом
J21.8 Гострий бронхіоліт, спричинений іншими уточненими агентами
J21.9 Гострий бронхіаліт, неутолчнений

Діагностичні критерії:

1. При спостереженні значне порушення загального стану, наявні симптоми риніту, назофарингіту, катаральні симптоми.
2. Температура тіла частіше нормальна, іноді субфебрильна, дуже рідко гіпертермія.
3. Виражена дихальна недостатність: задишка експіраторного характеру, участь в акті дихання допоміжної мускулатури, роздування крил носа, втяжіння межреберних проміжків, ціаноз носогубного трикутника.
4. Ознаки порушення бронхіальної прохідності (розширений передньо-задній розмір грудної клітки, горизонтальне розташування ребер, опущення діафрагми).
5. При перкусії відмічається коробковий перкуторний звук.
6. При аускультації вислуховується жорстке дихання, видох подовжений, вологі малозвучні дрібнопупухірцеві хрипи, на видосі сухі, свистячі хрипи.
7. Відмічається виражена тахікардія, тони серця послаблені.
8. На рентгенограмі грудної клітки спостерігається посилення судинного малюнку, підвищення прозорості легень за рахунок обтураційної емфіземи, посилення малюнка бронхів.

Невідкладна допомога має бути при обструкції, що супроводжується:

- - Збільшенням дихання до 70 за хв. та вище.
- - Неспокоєм дитини, змінами положення тіла в пошуку найбільш на видосі напруженням межреберних м`язів.
- - Поява утрудненого видоха із втяжінням м`язів грудної клітки.
- - Центральний ціаноз.
- - Зниження PO_2.
- - Підвищення PCO_2.

При цьому необхідне постачання кисню через носові катетери, введення бета-агоністів в аерозолі. Можна ввести глюкокортикоіди (дексаметазон 0,6 мг/ кг із розрахунку 1-1,2 мг/кг/добу або преднізолон 6 мг /кг із розрахунку 10-12 мг/кг/добу).

- Про ефективність лікування свідчить зменшення частоти дихання на 15 та більше за хвилину, зменшення експіраторних шумів.
- **Показанням до переводу на ШВЛ є:**
- - Послаблення дихальних шумів на вдосі;
- - Збереження ціанозу при вдиханні 40% кисні;
- - Зниженні больової реакції на подразнення;
- - Зниження PaO_2 нижче 60 мм рт. ст.;
- - Підвищення $PaCO_2$ вище 55 мм рт. ст.