

ФГБОУ ВО ДОННМУ ИМ. М. ГОРЬКОГО
Кафедра педиатрии №2

ОРВИ новые нюансы в рутинной практике



к.м.н., доцент Шапченко Т.И
к.м.н., доцент Зуева Г.В

Основные положения

- Большинство респираторных вирусов вызывают самоограничивающиеся заболевания и, за исключением гриппа и аденовируса, не вызывают стойких изменений в органах.
- Повторные ОРВИ у детей связаны с отсутствием иммунологического опыта, чаще манифестируют у детей с аллергией.
- ОРВИ, в т.ч. ринит, круп, бронхит, бронхиолит не должны лечиться антибиотиками.
- Применение при ОРВИ назальных иммуностропных противовирусных средств, иммуномодуляторов, интерферогенов, гомеопатических средств не рекомендуется из-за их низкой, сомнительной или недоказанной эффективности.

Основные положения

- Мнение о том, что вирусная инфекция активирует бактериальную флору («вирусно-бактериальная этиология») корректна только для гриппа.
- Бактериальные осложнения возникают у 1-5% преморбидно здоровых детей, как правило, они манифестируют в 1-3-й дни болезни; в более поздние сроки бактериальные осложнения – обычно следствие суперинфекции.
- Бактериальные инфекции дыхательных путей вызывают колонизирующие их условно-патогенные возбудители.
- По данным ВОЗ, дети в возрасте до 5 лет переносят: в мегаполисах до 12, в городах – 5-8 и в сельской местности – 2-5 ОРВИ в год. До начала посещения школы ребенок переносит 50 и более эпизодов ОРВИ, большей частью легких или субклинических форм.

Этиологическая структура ОРВИ



ОРВИ остаются **неконтролируемыми инфекциями** вследствие **широкого спектра возбудителей, высокой контагиозности, отсутствия для большинства из них вакцинопрофилактики**, а также формирующейся **невосприимчивости (устойчивости) к лекарственным препаратам.**

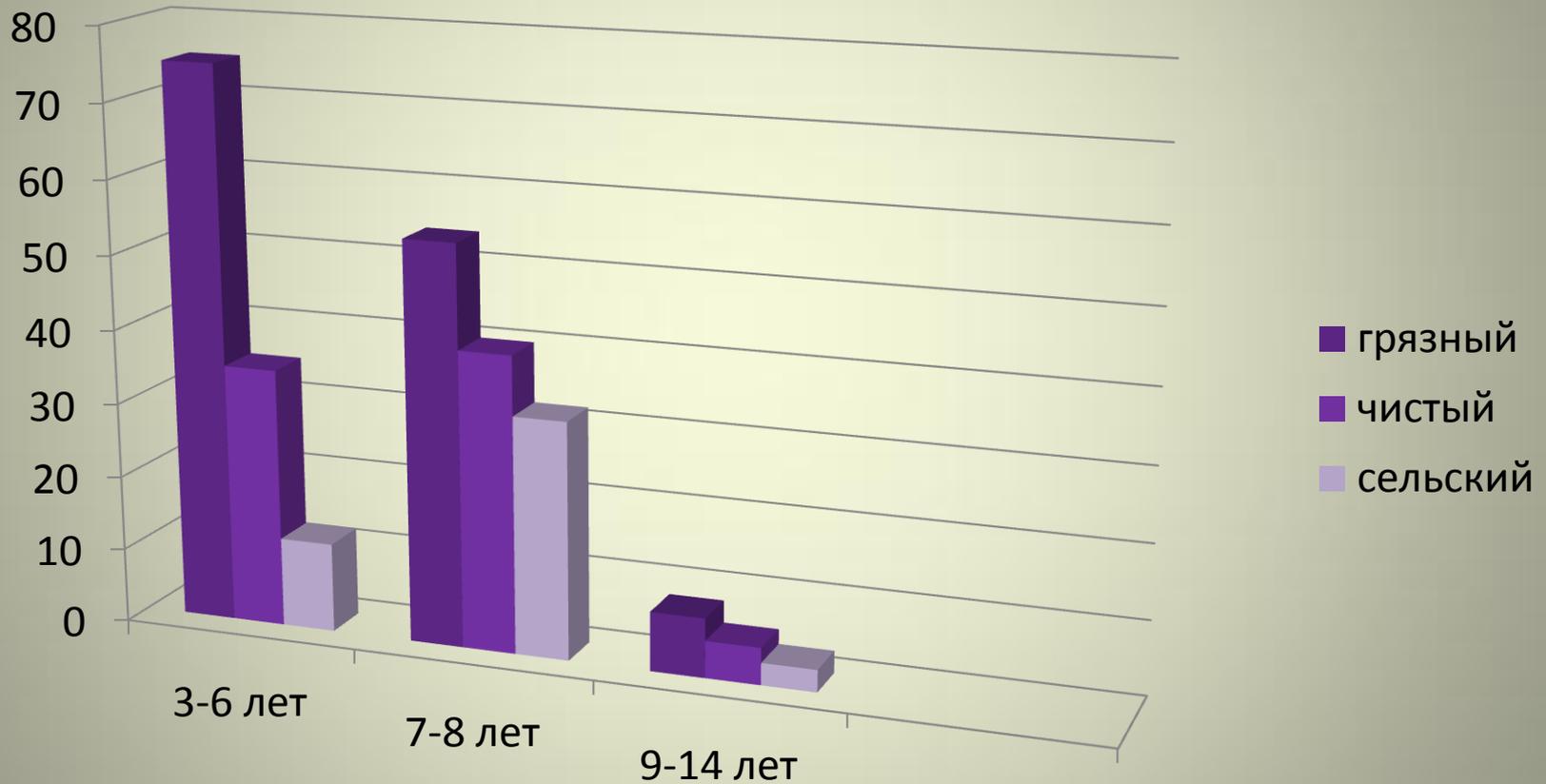
Особенности этиологии ОРВИ у детей

- Возникновению ОРВИ у ребенка способствует строение верхних дыхательных путей.
- Вирусы легко оседают на слизистой гортани, глотки, бронхов.
- Респираторные патогены многообразны и специфичны – воздействуют на незрелые формирующиеся системы организма.
- Общее число вирусов (причин ОРВИ) и их серотипов – 300 (95% всех случаев).

Вирусы, вызывающие респираторные инфекции

Возбудитель	Серотипы	Верх. дых. пути	Ниж .дых. пути	Др. виды патологии
Грипп	A1, A2, B, C	Ринит, круп	Пневмония	Лихорадка, с-м Рея
Парагрипп	1,2	Ринит, круп	Бронхит	Интерстиц. пневмония при иммунодефиците
	3, 4	Ринит	Бронхиолит (3)	Интерстиц. пневмония при иммунодефиците
РС-вирус	A, B	Ринит	Бронхиолит	
Аденовирус 57 серотипов группы A-G	Гр B, C Гр B, D	Тонзиллит с налетами Фар.-конъюнкт.	Бронхит, пневмония, облит. Бр-олит	Гастроэнтерит (с/т. 40, 41, 56)
Риновирусы 139 с/т	Гр.А,В Гр.С	Назофарингит Назофарингит	Бронхиолит Бронхиолит тяж	Обострение астмы
Метапневмовирус			Бронхиолит, пневмония	Миалгия
Коронавирусы	OC43,229EN13	Назофарингит	Бронхиолит, пневмония	Диарея
	HKU1,SARS-CoV,ME-CoV,SARS-CoV-2	Фарингит		Мультист. восп.с-м
Энтеровирусы		Герпангина, назофарингит (грудные дети) Тонзиллит б\налетов	Тяжелый респ.с-м Пневмонит	Менингит ЕCHO-экзантема, миозит
Вирус Э.-Барр		Назофарингит, тонзиллит	Пневмония (новорожден.)	Инф. мононуклеоз

Распространенность частой респираторной заболеваемости (6 и более ОРЗ в год на 1000 детей в разных по экологии городских и сельских районах)



Респираторные симптомы ОРВИ – проявления иммунной защиты

- Цитопатический эффект – гибель клеток – вызывают только аденовирусы и вирусы гриппа А.слизистой дыхательных путей ответ системы врожденного иммунитета (TLR)
- Большинство респираторных вирусов вызывает в эпителии слизистой дыхательных путей ответ системы врожденного иммунитета (TLR), с чем и связаны клинические проявления.
- Инфицированные клетки эпителия выделяют Ил8, вызывающий выход полинуклеаров крови – их число в секрете возрастает в 100 раз.
- Другие симптомы связаны с:
 - Повышением проницаемости капилляров и отеком слизистой
 - Увеличением секреции слизи
 - Замедлением мукоцилиарного клиренса вследствие выхода брадикинина (не гистамина!)

Течение вирусных инфекций и возможности терапии

Схематическое изображение течения респираторно-вирусной инфекции



Симптомы ОРВИ возникают на максимуме репликации вируса

Лечить ОРВИ обычно начинают, когда репликация вируса идет на убыль

Это снижает эффект противовирусной терапии, начатой после 2-го дня

Симптомы ОРВИ – реакция клеток на вирусы, этиотропные средства их укоротить не могут

Симптоматика ОРВИ: $T^{\circ} \geq 38^{\circ} < 3$ дней – у 38% (> 3 дней при гриппе и аденовирусе), обильный насморк, боль в горле, головная боль, миалгия.

Через 2-3 дня: субфебрилитет, заложенность носа, кашель (гиперсекреция слизи, ее затекание в гортань)

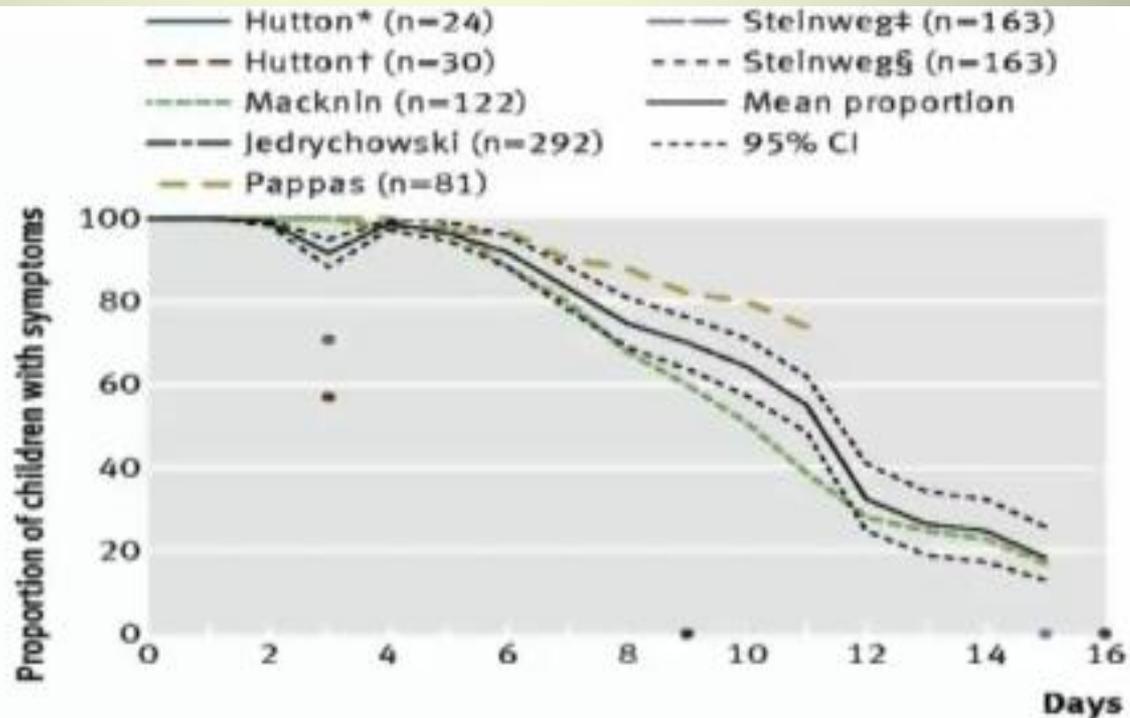
Длительность симптомов вирусного ринита

50% детей имеют ринорею на 11-12 день, 20% - на 15-й день – при прозрачном, мутном (или зеленоватом отделяемом)

При насморке $\geq 5-7$ дней и изменении цвета выделений педиатры нередко назначают антибиотики – необоснованно.

Скопление полинуклеаров в секрете окрашивают его в белый цвет, их пероксидаза – в зеленоватый, при этом нет нарастания бактериальных титров.

Кумулятивная
длительность
ринореи (по
данным ряда
авторов)



Деление ОРВИ (назофарингита, фарингита, ларинготрахеита без стеноза гортани) по степени тяжести нецелесообразно

- При назофарингите отмечается заложенность носа, выделения;
- В носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого – вызывает продуктивный кашель.
- При распространении воспаления на слизистую оболочку слуховых труб (евстахеит)
- У грудных детей на фоне выраженного затруднения носового дыхания могут отмечаться беспокойство, трудности при кормлении и засыпании.

- При фарингите отмечаются гиперемия и отечность задней стенки глотки, зернистость. На задней стенке глотки слизь (катаральный фарингит). Характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем.
- Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами, муколитическими препаратами, ингаляционными глюкокортикоидами (и не требует их назначения). В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней

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

При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента.

За первые 7 лет жизни ребенок переносит ≥ 50 ОРВИ – и каждый раз ему вводят по несколько препаратов

До 15-24 назначений

Частота полипрогмазии 73-86%

Основа лечения ОРВИ:

- Адекватная гидратация
- Элиминационная терапия назофарингита
- Смягчающие, полоскания, мед при кашле(если нет аллергии)
- Жаропонижающие при $T^{\circ} > 39,5^{\circ}$
- **Никаких антибиотиков!**



Избежать полипрагмазии – воздействовать только на ведущий механизм болезни – свидетельство высокой квалификации педиатра

- Не назначайте препараты посимптомно
- Не назначайте лекарства, не будучи уверенными в их необходимости
- Не стесняйтесь незнания! Перепроверяйте, преспрашивайте!

- Цефиксим: в показаниях нет пневмонии – а его назначают!
- Будесонид (Пульмикорт): в показаниях только базисное лечение астмы и круп – и никаких бронхитов, бронхиолитов и пневмоний – а его назначают очень широко.
- Клинические рекомендации Союза педиатров России однозначно указывают на низкую, сомнительную или недоказанную эффективность широко рекламируемых иммуномодуляторов, интерфероногенов, гомеопатических средств при ОРВИ и не рекомендует их использование.

Клинические рекомендации по этиотропной терапии ОРВИ

Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А и В в первые 24-48 часов: только осельтамивир (с 1г. 4 мг/сут, 5 дней или Занамивир детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в д, 5 дней

Назначение противовирусных препаратов с иммулотропным действием нецелесообразно, т.к. они не оказывают значимого клинического эффекта

При ОРВИ, с коротким фебрильным периодом применение интерферонов не оправдано – сокращение на 1-2 дня температуры, в т.ч. субфебрильной. Этот эффект малозначим

Интерферон α (**Виферон, Гриппферон**) – введение не позже 1-2 го дня болезни интерферона α в нос (капли гриппферон, мазь, гель) может смягчить течение назофарингита

Для лечения ОРВИ у детей не рекомендованы гомеопатические средства, в т.ч. Анаферон, Эргоферон так как их эффективность не доказана

Элиминационная терапия – самый эффективный метод

- снижения экссудации
- улучшение работы цилиарного аппарата
- уменьшение заложенности носа
- снижение концентрации брадикинина и полинуклеаров
- восстановление носового дыхания - физ.раствор снижает общее число лекарств и визитов к врачу; салин, аква марис и т.д. – варианты физ. раствора

Сосудосуживающие капли в нос рекомендованы коротким курсом (3-5 дней)

В раннем возрасте используют 0,05% растворы, частота – 4 р/день для фенилэфрина. 2-3 – для ксило- и 2 – оксиметазолина.

«Слишком часто и много» капель – причина вазомоторного ринита и отравлений.

Экспозиционная профилактика ОРВИ и гриппа

Контактный путь инфицирования – через загрязненные выделениями больного руки, не менее важен, чем воздушно-капельный.

Все мы около 300 раз в день трогаем своими пальцами глаза. Вход носа и внося вирус.

Эффективны: маски, мытье рук, уменьшение контактов ребенка, прекращение курения, больше прогулок, летний отдых за городом



Диспозиционная профилактика

Многие вирусы снижают эффект иммунной защиты. Попытки повысить неспецифическую защиту оправданы, но результаты не слишком обнадеживают:

- Закаливание может снизить частоту манифестных форм ОРВИ, но о снижении частоты инфекции данных нет
- Интерфероны могут предотвратить очередное ОРВИ, но все время их применять нельзя
- Из иммуномодуляторов эффект показывают лишь бактериальные лизаты – ускорение созревания Th системы
- **Вакцинация** гриппа не только снижает заболеваемость гриппом (эффективность 45-85%), но и заболеваемость ОРВИ



Спасибо за внимание!

