

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования "Красноярский государственный медицинский университет им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого" Министерства здравоохранения РФ

Кафедра педиатрии ИПО

Зав. Кафедрой: д.м.н., проф. Таранушенко Т. Е.

Проверил: д.м.н., доц. Матыскина Н.В.

Реферат

«Лечение ОРВИ в амбулаторно-поликлиническом звене.

Показания к назначению АБТ»

Выполнила:

Врач-ординатор 2 года

по специальности «Педиатрия»

Шайхутдинова А.Г.



Красноярск, 2023 г.

Содержание

1. Введение.....	3
2. Определение.....	4
3. Этиология и патогенез.....	4
4. Эпидемиология.....	5
5. Клиническая картина ОРВИ.....	6
6. Диагностика.....	7
7. Лечение.....	9
8. Профилактика и диспансерное наблюдение.....	12
9. Организация оказания медицинской помощи.....	12
10. Осложнения.....	13
11. Заключение.....	15
12. Список литературы.....	16

Введение

В клинической практике существует собирательное понятие «острые респираторные вирусные заболевания» (ОРВИ), которое включает ряд заболеваний преимущественно верхних дыхательных путей, вызываемых вирусами, среди которых вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы человека, в том числе коронавирус, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС).

Группа заболеваний, называемых ОРВИ хорошо известна и знакома практически каждому человеку. Это инфекционные заболевания, которые могут протекать в легкой степени, могут иметь среднетяжелое, а иногда и тяжелое течение, которое проявляется лихорадкой, в редких случаях - развитием таких осложнений, как воспаление оболочек головного мозга (менингит) и отёк головного мозга, а также дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, что может привести к смертельному исходу.

ОРВИ являются социально и экономически значимыми заболеваниями. Причина тому высокая частота заболеваемости в популяции людей по сравнению с другими заболеваниями.

Определение

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) - острое инфекционное заболевание респираторного тракта, проявляющееся воспалением верхних дыхательных путей, в большинстве случаев завершающееся спонтанным выздоровлением. ОРВИ, как правило, протекает с катаральными симптомами (насморком, кашлем, болью в горле и др.), признаками общей интоксикации, субфебрильной, реже фебрильной, лихорадкой.

Основными возбудителями ОРВИ являются вирусы гриппа типа А и В, респираторно-синцитиальный вирус (РСВ), вирусы парагриппа, риновирусы, аденовирусы, человеческие метапневмовирусы, бокавирусы, сезонные коронавирусы. Вирусы, способные вызывать тяжелые пневмонии, такие как MERS-CoV и SARS-CoV-2 (возбудитель новой коронавирусной инфекции COVID-19), могут клинически протекать как сезонные ОРВИ. Также необходимо помнить, что ОРВИ могут иметь сочетанную этиологию, когда в развитии инфекционного процесса участвует несколько возбудителей.

Этиология и патогенез ОРВИ

Возбудителями острых заболеваний респираторного тракта преимущественно являются вирусы. Сезонный комплекс возбудителей острых респираторных вирусных инфекций включает десятки одновременно циркулирующих вирусов (>200 генетических групп из 6 семейств и 10 родов), практически не различающихся по клинической картине. Спектр возбудителей ОРВИ, ежегодно вызывающих эпидемии в мире в осенне-зимний период, включает РНК-содержащие вирусы семейства Orthomyxoviridae родов Influenza virus (Influenza A virus - A(H1N1)pdm09, A(H3N2) и Influenza virus B (Influenza B virus)), семейства Coronaviridae (Coronavirinae) рода Alphacoronavirus: Duvinacovirus (HCoV), семейства Paramyxoviridae (Paramyxovirinae) рода Rubulavirus (HPIV-2, -4), рода Respirivirus (HPIV-1, -3 - вирусы парагриппа человека), рода Pneumovirus (HRSV - респираторно-синцитиальный вирус человека), рода Metapneumovirus (HMPV - метапневмовирус человека), семейства Picornaviridae рода Enterovirus (HEV-D - энтеровирус D человека, прежде HRV - риновирус человека, >152 серотипов) и ДНК-содержащие вирусы семейства Parvoviridae (Parvovirinae) рода Bocavirus (HBV -бокавирус человека) и семейства Adenoviridae рода Mastadenovirus, куда входит 54 серотипа 7 аденовирусов человека (HAdV): HAdV-A (12, 18, 31); HAdV-B (3, 7, 11, 14, 16, 21, 34, 35, 50); HAdV-C (1, 2, 5, 6); HAdV-D (8-10, 13, 15, 17, 19, 20, 22-30, 32, 33, 36-39, 42-49, 51, 53, 54); HAdV-E (4); HAdV-F (40, 41); HAdV-G (52).

Циркуляция эпидемического вируса SARS-CoV-2 определяет сложность выявления реальных этиологических факторов любой сезонной эпидемической вспышки с респираторным заражением.

Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинокуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с заболевшим (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток).

Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с заболевшим.

Инкубационный период большинства вирусных болезней – 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.

Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета. Пораженные клетки эпителия выделяют цитокины, в т.ч. интерлейкин 8 (ИЛ 8), количество которого коррелирует как со степенью привлечения фагоцитов в подслизистый слой и эпителий, так и выраженностью симптомов. Увеличение назальной секреции связано с повышением проницаемости сосудов, количество лейкоцитов в нем может повышаться многократно, меняя его цвет с прозрачного на бело-желтый или зеленоватый, т.е. считать изменение цвета назальной слизи признаком бактериальной инфекции безосновательно.

Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (так называемая «вирусно-бактериальная этиология ОРВИ» на основании, например, наличия у пациента с лейкоцитозом) не подтверждается практикой. Бактериальные осложнения ОРВИ возникают относительно редко.

Эпидемиология

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят, в среднем, 6-8 эпизодов ОРВИ в год [3, 4], в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1-2 году посещения – на 10-15% выше, чем у неорганизованных детей, однако, в школе последние болеют чаще [5]. Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль-март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3-5 раз [6]. Согласно данным Минздрава России и Роспотребнадзора в 2018 г. заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей у детей в возрасте 0 – 17 лет составила 75,4 тыс. случаев заболеваний на 100 тысяч человек (против 81,1 тыс. на 100 тысяч населения в 2017 г.). Абсолютное число заболеваний острыми инфекциями верхних дыхательных путей в РФ составило в 2018 году 30,9 миллиона случаев.

Клиническая картина ОРВИ

Заболевание обычно начинается остро, часто сопровождается повышением температуры тела до субфебрильных цифр ($37,5^{\circ}\text{C}$ — $38,0^{\circ}\text{C}$). Фебрильная лихорадка более свойственна гриппу, аденовирусной инфекции, энтеровирусным инфекциям. Повышенная температура у 82% пациентов снижается на 2-3-й день болезни; более длительно (до 5-7 дней) фебрилитет держится при гриппе и аденовирусной инфекции. Нарастание уровня лихорадки в течение болезни, симптомы бактериальной интоксикации у ребенка должны настораживать в отношении присоединения бактериальной инфекции. Повторный подъем температуры после кратковременного улучшения нередко бывает при развитии острого среднего отита на фоне продолжительного насморка.

Назофарингит

Для назофарингита характерны 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), у 1/3-1/2 заболевших – 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 и ларинготрахеит

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.

Фарингит

При фарингите отмечаются гиперемия и отечность 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. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению бронходилататорами (препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей), муколитическими препаратами, ингаляционными глюкокортикоидами.

В среднем симптомы ОРВИ могут продолжаться до 10-14 дней.

Диагностика

Общепринятых критериев ОРВИ верхних дыхательных путей нет.

Наблюдаются катаральное воспаление верхних дыхательных путей, возможна лихорадка, ринит, чихание, кашель, боль в горле, нарушение общего состояния разной выраженности.

Жалобы и анамнез

Пациент или родители (законные представители) могут пожаловаться на остро возникший ринит и/или кашель и/или гиперемию конъюнктив (катаральный конъюнктивит) в сочетании с явлениями ринита, фарингита.

Физикальное обследование

Общий осмотр подразумевает оценку общего состояния, физического развития ребенка, подсчет частоты дыхания, сердечных сокращений, осмотр верхних дыхательных путей и зева, осмотр, пальпацию и перкуссию грудной клетки, аускультацию легких, пальпацию живота.

Лабораторные исследования

Обследование пациента с ОРВИ имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами.

1. Рекомендовано проведение этиологической диагностики при подозрении на грипп: **методом ПЦР-диагностики** (Определение РНК вируса гриппа А (Influenza virus A)/ вируса гриппа В (Influenza virus B) в мазках со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР, Определение РНК вируса гриппа А/вируса гриппа В в бронхоальвеолярной лаважной жидкости методом ПЦР, Определение РНК вируса гриппа А/вируса гриппа В в мокроте (индуцированной мокроте, фаринго-трахеальных аспиратах) методом

ПЦР) или при помощи **иммунохроматографического экспресс-теста** (Иммунохроматографическое экспресс-исследование носоглоточного мазка, эндотрахеального аспирата, бронхоальвеолярной лаважной жидкости на вирус гриппа А/ вирус гриппа В), поскольку при этой инфекции может быть начато этиотропное противовирусное лечение.

2. Общий (клинический) анализ крови рекомендован к проведению при выраженных общих симптомах у детей с лихорадкой. Повышение уровня маркеров бактериального воспаления является поводом для поиска бактериального очага, в первую очередь, «немой» пневмонии, острого среднего отита, инфекции мочевыводящих путей.

Повторные клинические анализы крови и мочи необходимы только в случае выявления отклонений от нормы при первичном обследовании или появления новых симптомов, требующих диагностического поиска. Если симптомы вирусной инфекции

купировались, ребенок перестал лихорадить и имеет хорошее самочувствие, повторное исследование Общего (клинического) анализа крови нецелесообразно.

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 $15 \times 10^9/\text{л}$;
- При аденовирусной инфекции лейкоцитоз может достигать уровня $15 - 20 \times 10^9/\text{л}$ и даже выше, при этом возможны нейтрофилез более $10 \times 10^9/\text{л}$, повышение уровня С-реактивного белка выше 30 мг/л;

3. Исследование уровня С-реактивного белка в сыворотке крови 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%).

4. Общий (клинический) анализ мочи (в т.ч. с использованием тест-полосок в амбулаторных условиях и приемных отделениях стационаров) рекомендуется проводить у всех лихорадящих детей без катаральных явлений с целью своевременной диагностики инфекции мочевыводящих путей. 5-10% детей грудного и раннего возраста с инфекцией мочевых путей также имеют вирусную ко-инфекцию с клиническими признаками ОРВИ. Вместе с тем исследование мочи у детей с назофарингитом или ларингитом без лихорадки проводится только при наличии жалоб или особых рекомендаций в связи с сопутствующей патологией мочевыделительной системы.

Инструментальная диагностика

1. Учитывая высокую частоту острого среднего отита у детей с ринитом, рекомендовано рассмотреть проведение осмотра органа слуха (отоскопии) пациентам с ринитом, особенно при наличии лихорадки. В сложных или сомнительных случаях показан прием (осмотр, консультация) врача-оториноларинголога первичный. Отоскопия должна являться частью рутинного педиатрического осмотра каждого пациента, наряду с аускультацией, перкуссией и т.д.

2. Рентгенография органов грудной клетки не рекомендована для проведения каждому ребенку с симптомами ОРВИ с целью избежания излишней лучевой нагрузки.

Показаниями для рентгенографии легких являются:

- признаки респираторного дистресса (одышка, тахипноэ, втяжение уступчивых мест грудной клетки при дыхании, хрипящее/стонущее дыхание);

- появление физикальных симптомов пневмонии (см. клинические рекомендации «Пневмонии у детей»);
- снижение SpO_2 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 $15 \times 10^9/\text{л}$ в сочетании с нейтрофилизом $10 \times 10^9/\text{л}$ 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.

Лечение

ОРВИ - наиболее частая причина применения различных лекарственных средств и процедур, чаще всего ненужных, с недоказанным действием, нередко вызывающих побочные эффекты. Поэтому очень важно разъяснить родителям доброкачественный характер болезни и сообщить, какова предполагаемая длительность имеющихся симптомов, а также убедить их в достаточности минимальных вмешательств.

Этиотропная терапия рекомендована при гриппе А (в т.ч. H1N1) и В в первые 24-48 часов болезни. Могут быть назначены ингибиторы нейраминидазы:

- Осельтамивир с возраста 1 года при весе ≤ 15 кг - 30 мг (2 мл) 2 раза в день, при весе $>15-23$ кг - 45 мг (3 мл) 2 раза в день, при весе $>23-40$ кг - 60 мг (4 мл) 2 раза в день, >40 кг - 75 мг (5 мл), в течение 5 дней;
- Занамивир детям с 5 лет по 2 ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день, 5 дней.

для достижения оптимального эффекта лечение должно быть начато при появлении первых симптомов заболевания. На другие вирусы, не содержащие нейраминидазы, данные препараты не действуют.

При принятии решения об использовании ингибиторов нейраминидазы следует соблюдать осторожность и учитывать баланс между пользой и вредом. Однозначные данные, подтверждающие противовирусную эффективность и безопасность применения у детей других лекарственных препаратов, в том числе иммуномодуляторов со стимулирующим действием, получивших широкое распространение в РФ, в настоящее время отсутствуют, сокращение времени до улучшения самочувствия, по данным большинства публикаций, в пределах одного дня, в связи с чем не следует их рутинно

применять всем пациентам с ОРВИ.

Рекомендовано рассмотреть назначение не позднее 1-2-го дня болезни топических форм интерферона-альфа с терапевтической целью, однако, надежных доказательств противовирусной эффективности и безопасности для детей у этих препаратов нет. При ОРВИ иногда рекомендуются интерферогены, но следует помнить, что при их применении лихорадочный период сокращается менее чем на 1 сутки, т.е. их применение при большинстве ОРВИ с коротким фебрильным периодом не оправдано. Результаты исследований эффективности использования иммуномодуляторов при респираторных инфекциях, как правило, показывают малодостоверный эффект. Препараты интерферонов, рекомендованные для лечения более тяжелых инфекций, например, вирусных гепатитов, при ОРВИ не используются и не рекомендованы. Эффективность гомеопатических средств для лечения ОРВИ у детей не доказана.

Антибактериальная терапия в случае неосложненной вирусной инфекции не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствует ее развитию из-за подавления нормальной пневмотропной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. *Антибиотики могут быть показаны детям с хронической патологией, затрагивающей бронхолегочную систему (например, муковисцидоз), иммунодефицитом, у которых есть риск обострения бактериального процесса; выбор антибиотика у них обычно предопределен заранее характером флоры.*

Рекомендуется проводить элиминационную терапию, т.к. данная терапия эффективна и безопасна. Введение в нос натрия хлорида (0,9%) или стерильного раствора морской воды несколько раз в день обеспечивает удаление слизи и восстановление работы мерцательного эпителия. Вводить натрия хлорид (0,9%) лучше в положении лежа на спине с запрокинутой назад головой для орошения свода носоглотки и аденоидов. У маленьких детей с обильным отделяемым эффективно аспирация слизи из носа специальным ручным отсосом с последующим введением натрия хлорида (0,9%). Положение в кроватке с поднятым головным концом способствует отхождению слизи из носа. У старших детей оправданы спреи с солевым изотоническим раствором натрия хлорида.

Рекомендуется назначение местных препаратов, обладающих сосудосуживающим действием интраназально коротким курсом не более 5 дней. Данные препараты не укорачивают длительность насморка, но могут облегчить симптомы заложенности носа, а также восстановить функцию слуховой трубы. У детей 0-6 лет применяют фенилэфрин 0,125%, оксиметазолин 0,01-0,025%, ксилометазолин 0,05% (с 2 лет), у старших – более концентрированные растворы. Могут применяться и другие препараты АТХ группы

«деконгестанты и другие препараты для местного применения» в соответствии с инструкциями. Использование системных препаратов, содержащих деконгестанты (например, псевдоэфедрин, фенилэфрин) крайне нежелательно, лекарственные средства данной группы не должны применяться у детей до достижения возраста 12 лет.

С целью снижения температуры тела у детей рекомендуются к применению только два препарата – парацетамол до 60 мг/кг/сут или ибупрофен до 30 мг/кг/сут вследствие доказанной безопасности. Для снижения температуры тела лихорадящего ребенка рекомендуется раскрыть, обтереть водой $T^{\circ} 25-30^{\circ}\text{C}$. Жаропонижающие препараты у здоровых детей ≥ 3 месяцев оправданы при температуре выше $39 - 39,5^{\circ}\text{C}$. При менее выраженной лихорадке ($38-38,5^{\circ}\text{C}$) средства, снижающие температуру, показаны детям до 3 месяцев, пациентам с хронической патологией, а также при связанном с температурой дискомфорте. Регулярный (курсовой) прием жаропонижающих нежелателен, повторную дозу вводят только после нового повышения температуры.

Парацетамол и ибупрофен могут применяться внутрь или в форме ректальных суппозиторий, существует также парацетамол для внутривенного введения. Если с лихорадкой справиться не удастся, рассмотрите постепенный переход с одного жаропонижающего лекарственного препарата на другой, продолжив монотерапию. Чередование этих двух антипиретиков или применение комбинированных препаратов не имеет существенных преимуществ перед монотерапией одним из этих лекарственных средств. Необходимо помнить, что самая главная проблема при лихорадке – вовремя распознать бактериальную инфекцию. Таким образом, диагностика тяжелой бактериальной инфекции гораздо важнее борьбы с лихорадкой. Применение жаропонижающих вместе с антибиотиками чревато маскировкой неэффективности последних.

Рекомендуется рассмотреть назначение теплого питья или, после 4 лет, использование леденцов или пастилок, содержащих антисептические препараты для устранения кашля при фарингите, который связан с «першением в горле» из-за воспаления слизистой оболочки глотки или ее пересыхания при дыхании ртом.

Профилактика и диспансерное наблюдение

Рекомендуется проведение профилактических мероприятий, препятствующих распространению вирусов: тщательное мытье рук после контакта с заболевшим, ношение масок, мытье поверхностей в окружении заболевшего, в медицинских организациях – соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов, использование одноразовых полотенец, в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания.

Профилактика большинства вирусных инфекций остается сегодня неспецифической, поскольку вакцин против всех респираторных вирусов пока нет. Вместе с тем рекомендуется ежегодная вакцинация против гриппа с возраста 6 мес, которая снижает заболеваемость. Доказано, что вакцинация детей от гриппа и пневмококковой инфекции снижает риск развития острого среднего отита у детей, т.е. уменьшает вероятность осложненного течения ОРВИ.

У детей первого года жизни из групп риска (недоношенность, бронхолегочная дисплазия для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне - зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация паливизумабом, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март.

У детей до 2-х лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца для профилактики РС-вирусной инфекции в осенне-зимний сезон рекомендована пассивная иммунизация паливизумабом, препарат вводится внутримышечно в дозе 15 мг/кг ежемесячно 1 раз в месяц с ноября по март.

Организация оказания медицинской помощи

Ребенок при ОРВИ обычно наблюдается в амбулаторно-поликлинических условиях врачом педиатром.

Пациенту назначается режим общий или полупостельный с быстрым переходом на общий после снижения температуры. Повторный осмотр необходим при сохранении температуры более 3 дней или ухудшении состояния.

Стационарное лечение (госпитализация) может потребоваться при развитии осложнений и длительной фебрильной лихорадке.

Должны быть госпитализированы в стационар:

- дети до 3-х месяцев с фебрильной лихорадкой в связи с высоким риском развития у них тяжелой бактериальной инфекции;
- дети любого возраста при наличии любого из следующих симптомов (основные опасные признаки): неспособность пить / сосать грудь; сонливость или отсутствие сознания; частота дыхания менее 30 в минуту или апноэ; симптомы респираторного дистресса; центральный цианоз; явления сердечной недостаточности;

- тяжелое обезвоживание;
- дети со сложными фебрильными судорогами (продолжительностью более 15 минут и/или повторяющиеся более одного раза в течение 24 часов) госпитализируются на весь период лихорадки.
- дети с фебрильной лихорадкой и подозрением на тяжелую бактериальную инфекцию (НО может быть и гипотермия!), имеющие следующие сопутствующие симптомы: вялость, сонливость; отказ от еды и питья; геморрагическая сыпь на коже; рвота;
- дети с явлениями дыхательной недостаточности, имеющие какие-либо из следующих симптомов: кряхтящее дыхание, раздувание крыльев носа при дыхании, кивательные движения (движения головы, синхронизированные со вдохом); частота дыхательных движений у ребенка до 2-х месяцев > 60 в минуту, у ребенка в возрасте 2-11 месяцев > 50 в минуту, у ребенка старше 1 года > 40 в минуту; втяжение нижней части грудной клетки при дыхании; насыщение крови кислородом $< 92\%$ при дыхании комнатным воздухом;

Средняя длительность нахождения в стационаре может составить 3-7 дней в зависимости от нозологической формы осложнения и тяжести состояния.

Госпитализация детей с назофарингитом, ларингитом, трахеобронхитом без сопутствующих опасных признаков нецелесообразна.

Фебрильная лихорадка при отсутствии других патологических симптомов у детей старше 3-х мес не является показанием для госпитализации в стационар.

Дети с простыми фебрильными судорогами (продолжительностью до 15 минут, однократно в течение суток), завершившимися к моменту обращения в стационар, обычно не нуждаются в госпитализации, но ребенок должен быть осмотрен врачом для исключения нейроинфекции и других причин судорог.

Осложнения

Осложнения ОРВИ наблюдаются нечасто и связаны присоединением бактериальной инфекции.

Существует риск развития острого среднего отита на фоне течения назофарингита, особенно у детей раннего возраста, обычно на 2-5-е сутки болезни. Его частота может достигать 20 – 40%, однако далеко не у всех возникает гнойный отит, требующий назначения антибактериальной терапии.

Сохранение заложенности носа дольше 10-14 дней, ухудшение состояния после первой недели болезни, появление болей в области лица может указывать на развитие бактериального синусита.

На фоне гриппа частота вирусной и бактериальной (чаще всего обусловленной

Streptococcus pneumoniae) пневмонии может достигать 12% заболевших вирусной инфекцией детей.

Бактериemia осложняет течение ОРВИ в среднем в 1% случаев при РС-вирусной инфекции и в 6,5% случаев при энтеровирусных инфекциях.

Кроме того, респираторная инфекция может явиться триггером обострения хронических заболеваний, чаще всего бронхиальной астмы и инфекции мочевыводящих путей.

Заключение

Острые респираторные инфекции относятся к инфекциям верхних дыхательных путей или нижних дыхательных путей. Верхние дыхательные пути включают в себя пазухи, носовые ходы, глотку и гортань, включают среднее ухо и служат шлюзами к трахеальному, бронхиальному и легочному альвеолярному пространствам. Нижние дыхательные пути - продолжение дыхательных путей от трахеи и бронхов до бронхиол и альвеол. ОРВИ не ограничиваются дыхательными путями и оказывают системное действие из-за возможного распространения инфекции или микробных токсинов, воспаления и снижения функции легких либо других органов.

За исключением неонатального периода, ОРЗ являются как наиболее распространенными острыми заболеваниями в амбулаторных условиях, так и причинами смертности среди детей в возрасте до пяти лет, которые в среднем составляют от трех до шести эпизодов ОРЗ в год независимо от того, где они проживают или каково их экономическое положение. Вместе с тем в странах с разным уровнем дохода доля заболеваний тяжелых форм заболеваний варьируется из-за различий в преобладании конкретных возбудителей и факторах риска. Тяжесть ОРЗ у детей в возрасте до пяти лет в развивающихся странах хуже, что приводит к более высоким показателям смертности.

Медицинская помощь может лишь в некоторой степени уменьшить как тяжесть, так и летальность, поскольку тяжелые респираторные заболевания не реагируют на терапию, во многом из-за отсутствия высокоэффективных противовирусных препаратов.

Список используемой литературы

1. Клинические рекомендации МЗ РФ «Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ)» 2022г.
2. Львов Д.К., Бурцева Е.И., Колобухина Л.В. и др Особенности циркуляции вирусов гриппа и ОРВИ в эпидемическом сезоне 2019–2020 гг. в отдельных регионах России. Вопросы вирусологии. 2020;65(6):335-349.
3. Таточенко В.К. Болезни органов дыхания у детей. М. Боргес. 2019. 300 с.
4. S Esposito et al. Multiplex Platforms for the Identification of Respiratory Pathogens: Are They Useful in Pediatric Clinical Practice? Front Cell Infect Microbiol 9, 196. 2019. PMID 31275863.
5. Заплатников А.Л., Блохин Б.М., Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Сукало А.В., Войтович Т.Н. Результаты международного многоцентрового исследования релиз-активных антител к интерферону гамма в лечении гриппа и острых респираторных вирусных инфекций у детей. РМЖ. Медицинское обозрение. 2019; 8:18-24.
6. Никифоров В.В., Руженцова Т.А. Клиническая эффективность и безопасность Эргоферона при гриппе и других острых респираторных вирусных инфекциях: критическая оценка с позиции доказательной медицины. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019;8(4):84-97.
7. Геппе Н.А., Кондюрина Е.Г., Мельникова И.М., Сабитов А.У., Перминова О.А., Галустян А.Н. и др. Релиз-активный противовирусный препарат Эргоферон в лечении острых респираторных инфекций у детей. Эффективность жидкой лекарственной формы Эргоферона: результаты рандомизированного двойного слепого плацебо-контролируемого клинического исследования. Педиатрия. Журнал им. Г.Н. Сперанского. 2019; 1: 87-94.
8. Vorilhon P, et al. Efficacy of vitamin C for the prevention and treatment of upper respiratory tract infection. A meta-analysis in children. Eur J Clin Pharmacol 2019
9. Panchin AY, Khromov-Borisov NN, Dueva EV. Drug discovery today: no molecules required. BMJ Evid Based Med. 2019 Apr;24(2):48-52.