

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ У ДЕТЕЙ

К.И.Григорьев, профессор
Российский государственный медицинский университет

Представлены сведения о причинах развития острых респираторных заболеваний (ОРЗ) и острых респираторных вирусных инфекций. Дана клиническая классификация ОРЗ в зависимости от этиологии заболевания и локализации патологического процесса, а также схема лечения детей с ОРЗ. Приведены рекомендации для медсестер по уходу за больными.

Ключевые слова: острые респираторные заболевания, острые респираторные вирусные инфекции, лихорадка, кашель, сестринский уход.

Острые респираторные заболевания (ОРЗ), в том числе у детей – этиологически разнородная группа инфекций дыхательных путей, имеющих сходные механизмы развития и общие клинические признаки. В нее входят инфекции, вызываемые как вирусами, так и пневмотропными бактериями. Чаще ОРЗ протекают в легкой форме, однако у детей с хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей и ослабленным местным иммунитетом они могут принимать осложненное течение и вызвать синдром «обострения основного заболевания». Сложности понимания проблемы преявляют высокие требования к медицинскому работнику. Надо знать проблемы

гигиены больного ребенка, диагностические подходы, лекарственные средства, немедикаментозные методы воздействия, социальные аспекты заболеваемости.

Простудные инфекции, а ОРЗ часто называют именно так, прочно занимают 1-е место по распространенности у детей вне зависимости от сезона, хотя подъем заболеваемости отмечается в холодное время года. Респираторные вирусы вызывают эпидемические вспышки в детских организованных коллективах, внутрибольничные или интеркуррентные заболевания. Развитию респираторных заболеваний способствует загрязнение атмосферы и воздуха жилища (особенно табачным дымом).

Термином ОРЗ принято обозначать острые инфекции верхних дыхательных путей вне зависимости от их локализации – от ринита до бронхита. Как клинический диагноз ОРЗ требует расшифровки: должно быть указано либо органное поражение (ринит, фарингит, ларингит, отит и т.д.), либо возможная этиология заболевания (вирусная, бактериальная). Поскольку свыше 90% ОРЗ связано с респираторными вирусами и вирусами гриппа, то в отсутствие признаков бактериальной инфекции применяют термин «острая респираторная вирусная инфекция» (ОРВИ).



К наиболее распространенным инфекциям, вызывающих ОРЗ, относятся миксовирусы (вирусы гриппа, парагриппа, респираторно-синцитиальный, или РС-вирус), пикорнавирусы/риновирусы, аденовирусы, коронаровирусы, микоплазмы и др.

Путь распространения инфекции – в основном воздушно-капельный, меньшее значение имеет контактный (через грязные руки) путь. Источники инфекции – больные, вирус- и бактерионосители. Восприимчивость очень высока, однако дети первых 6 мес жизни, находящиеся на грудном вскармливании, болеют реже из-за наличия пассивного иммунитета. После перенесенного заболевания формируется типоспецифический непродолжительный иммунитет, что наряду с постоянной изменчивостью вирусов (сероконверсия) определяет высокий уровень заболеваемости ОРВИ в детском возрасте.

Болезнь развивается на фоне транзиторного снижения клеточного иммунитета, что, в свою очередь, способствует возникновению осложнений. Размножение и накопление вирусов и бактерий происходит не только в эпителии слизистой оболочки дыхательных путей, но и в регионарных лимфатических узлах. Проникновение вирусов в кровь (вирусемия) приводит к общему токсическому действию с поражением центральной нервной системы, эндокринной (надпочечники), сердечно-сосудистой и других систем.

В отечественной практике выделяется категория «часто болеющий ребенок». Надо понимать, что это не диагноз в нозологическом смысле слова, а принадлежность к группе риска по развитию не столько «простудных», сколько хронических заболеваний. Отмечено, что у так называемых часто болеющих детей доминируют рецидивирующие заболевания рото- и носоглотки, бронхов, чаще развиваются пневмонии, бронхиальная астма, аллергические и ревматические болезни, инфекции мочевых путей и гломерулонефрит. Да и каждый новый эпизод респираторной инфекции протекает более серьезно. Впоследствии, уже в подростковом возрасте, у таких детей выявляется склонность к вегетососудистой дистонии, неврозам, хроническим заболеваниям системы органов пищеварения. Страдает социальная адаптация: они хуже учатся, быстрее утомляются и т.д. К часто болеющим детям относят детей, болеющих ОРЗ со следующей частотой:

- дети до 1 года – 4 раза в год и более;
- дети от 1 до 3 лет – 6 раз в год и более;
- дети от 3 до 5 лет – 5 раз в год и более;
- дети старше 5 лет – 4 раза в год и более.

Именно у данной группы детей чаще всего реализуются следующие схемы формирования острой и хронической патологии: ринит → синусит → аденоидит; ринит → евстахиит → отит. Часто болеющие дети имеют низкие показатели секреторного иммуноглобулина А.

Дети переносят ОРЗ по-разному. Одни болеют относительно легко, быстро справляясь с острым периодом. У других, особенно при гриппе и наслоении бактериальных инфекций, сопровождающихся гнойным отитом, синуситом, пневмонией и др., заболевание протекает тяжело. Тем не менее проявления клинической картины ОРВИ во многом определяются свойствами и особенностями патогенного микроорганизма.

Клинические симптомы ОРЗ достаточно характерны, что позволяет поставить диагноз без дополнительных исследований. В типичных случаях как у маленьких, так и у детей старшего возраста отмечаются катаральные явления, лихорадка и симптомы интоксикации. Анализ этих признаков и наличие симптомов поражения других органов и систем позволяют уже при первичном осмотре сделать обоснованное предположение относительно этиологического диагноза и начать адекватное лечение, а также выделить детей, нуждающихся в дополнительных консультациях специалистов и дальнейшем наблюдении.

Опорные диагностические признаки по этиологическому принципу для отдельных нозологических форм ОРВИ у детей:

- *грипп* – эпидемический подъем заболеваемости; острое начало с высокой температурой тела и ознобом; интоксикация в сочетании с мало выраженными катаральными явлениями; присоединение их не с первых часов болезни; преимущественное поражение трахеи;
- *парагрипп* – зимний сезон; острое начало с одновременным повышением температуры тела и возникновением катаральных явлений с выраженным экссудативным компонентом; преобладание ларингита, часто – с синдромом крупа; признаки интоксикации выражены мало;
- *аденовирусная инфекция* – преобладание экссудативного компонента воспалительной реакции (обильное слизистое отделяемое из оболочки носо- и ротоглотки); катарально-фолликулярные и пленчатые конъюнктивиты; вовлечение в процесс лимфатической системы (фолликулы глотки, шейные лимфатические узлы), сопутствующие абдоминальный и кишечный синдромы;
- *респираторно-синцитиальная (РС) инфекция* – подострое начало; небольшая выраженность интоксикации и катаральных явлений, преобладание поражения нижних дыхательных путей (бронхиолит) с обструктивным синдромом (упорный приступообразный кашель, одышка разной степени выраженности);
- *риновирусная инфекция* – групповой характер заболевания (семья, детский коллектив); отсутствие значительной температурной реакции и общей интоксикации; ярко выраженные симптомы ринита;
- *респираторная микоплазменная инфекция* – характерно так называемое атипичное течение; протекает обычно легко в виде катаральных явлений и повышения температуры тела в течение 2–3 дней; течение микоплазменной пневмонии более длительное при относительно слабых симптомах интоксикации; у новорожденных (заражение происходит при прохождении через родовые пути) заболевание протекает тяжело, обычно волнообразно, особенно в случае двусторонней пневмонии и поражения паренхиматозных органов;
- *коронаровирусная инфекция* – характерно разнообразие симптомов от легких катаральных явлений до признаков тяжелого острого респираторного синдрома (ТОРС-SARS), когда

дыхательная инфекция протекает на фоне лихорадки, озноба, затрудненного дыхания, сухого непродуктивного кашля, мелкопузырчатых влажных хрипов, наличия экстрареспираторных симптомов – головной боли, миалгий, срыгиваний или рвоты, диареи и т.д.

По локализации процесса выделяют острые ринит, назофарингит, ларингит, средний отит, синусит.

Острый ринит, назофарингит – воспаление слизистой оболочки носа и носоглотки, вызываемое различными респираторными вирусами – парагриппа, адено-, риновирусами и др. Попадая в клетки дыхательного эпителия, размножаясь в них, они вызывают воспаление, стимулируют секрецию или насморк (ринорея, ринит). У ребенка начинается чихание, иногда повышается температура; отмечается кашель, связанный с раздражением слизью задней стенки глотки, особенно ночью. Кашель усиливается при дыхании через рот при повышении сухости слизистой оболочки глотки. Затруднение носового дыхания осложняет кормление детей первых месяцев жизни. Появление слизисто-гноя указывает на вторичное микробное инфицирование.

Острый ларингит – воспаление слизистой оболочки гортани; обычно сопровождается сужением (стенозом) ее просвета с развитием синдрома ложного крупа, часто наблюдаемого у детей от 6 мес до 3 лет. Острый ларингит возникает при парагриппе, гриппе, РС- и аденовирусной инфекциях. Повторные эпизоды ложного крупа обычно связаны с аллергией.

Синдром ложного крупа появляется в первые 2 дня ОРЗ, реже – на 3–5-е сутки. Отмечаются осиплость голоса, «лающий» кашель, чуть позже – затруднение вдоха. Температура тела нередко достигает 38,5–39°C, на ее фоне появляются возбуждение, интоксикация. Тем не менее тяжесть состояния обусловлена нарушением проходимости дыхательных путей.

Круп классифицируют по степени тяжести: I степень – «лающий» кашель, шумный вдох, одышка с небольшим втяжением уступчивых мест грудной клетки; II степень – усиливается одышка, резко выражено втяжение уступчивых мест на вдохе, прежде всего – яремной ямки; появляются беспокойство, тахикардия; III–IV степени – резкое нарушение возможности дышать, дыхательная недостаточность, выраженный цианоз, помутнение сознания.

В большинстве случаев ложный круп ограничивается I–II степенью тяжести, особенно при адекватно принятых мерах. В течение 1–2 дней возможно и спонтанное улучшение. Исключения составляют дети раннего возраста; у них развитие крупа труднопрогнозируемо, поэтому при появлении первых признаков острого ларингита показана госпитализация в отделение, где есть палата интенсивной терапии, паракислородная палатка и др.

Острый средний отит – самостоятельное заболевание или бактериальное осложнение ОРВИ, сопровождающееся болями в ухе на фоне повышения температуры до 38°C и выше. Пик заболеваемости приходится на возраст от 6 мес до 1,5 года. Этиология острого среднего отита: вирусы, пневмококк, гемофильная палочка и др. Причина развития отита – отек слизистой оболочки слуховых труб (евстахеит), скопление слизи с

закрытием просвета слуховых труб. Воспаление барабанной перепонки (мирингит) при нагноении может сопровождаться ее перфорацией с гноеотечением (оторея). Реже возникают антрит, мастоидит, требующие оперативного вмешательства. У грудных детей эквивалентом более является отказ от еды, беспокойство во время еды, болезненность при надавливании на козелок, возможна также кишечная диспепсия.

Синусит – воспаление придаточных пазух носа: верхнечелюстной – гайморит, решетчатой – этмоидит, лобной – фронтит. Острый синусит вызывает чаще всего ОРВИ; рецидивирующие и хронические формы заболевания обусловлены бактериальными микроорганизмами. Ведущая причина воспаления пазух – закрытие выводного отверстия вследствие отека слизистой оболочки носа с нарушением воздухообмена.

Острый катаральный гайморит встречается у 70% детей с ОРВИ; затемнение пазух и уплотнение слизистой определяются на рентгенограмме или сонограмме. Для гнойного синусита характерны высокая лихорадка, интоксикация, отечность мягких тканей: щеки – при гайморите, клетчатки орбиты – при этмоидите, лба – при фронтите.

Острый бронхит (синдром бронхиальной обструкции) может возникнуть у детей грудного возраста на 2–4-й день ОРЗ. Характерные признаки обструктивного синдрома – экспираторная одышка (затруднение дыхания и удлинение выдоха), свистящие хрипы, слышимые на расстоянии. В половине случаев выслушиваются мелкопузырчатые влажные хрипы и крепитация. Однако при бронхиолите свистящие хрипы из-за ослабления работы дыхательных мышц могут отсутствовать. Причиной бронхиолита у детей раннего возраста чаще всего бывает РС-вирусная инфекция.

Обструктивный бронхит довольно трудно дифференцировать с бронхиолитом. Для обструктивного бронхита характерны редкий сухой кашель, субфебрильная температура, общее состояние нередко страдает мало. Частота дыхания – 50, реже – 60–70 в минуту. Уровень газов крови изменяется не резко. На рентгенограмме определяется вздутие легких; в общем анализе крови – показатели, характерные для вирусной инфекции.

При повторных эпизодах, имеющих чаще клиническую картину бронхита, обструкция бронхов развивается уже в 1–2-й дни болезни, что связано преимущественно с бронхоспазмом; но обструкция редко достигает высокой степени, особенно при применении симпатомиметиков.

Облитерирующий бронхиолит обычно имеет аденовирусную этиологию и отличается крайней тяжестью течения, высокой частотой хронизации. Симптоматика острого периода характеризуется резкими дыхательными расстройствами на фоне стойкой фебрильной температуры тела. При аускультации определяется масса мелкопузырчатых влажных хрипов, часто асимметричных, на фоне удлиненного и затрудненного выдоха (аденовирусная пневмония). В основе процесса лежат: поражение бронхиол и мелких бронхов, сопровождающееся экссудацией; развитие эндартериита ветвей легочной, а иногда и бронхиальной артерий и исход в склероз легочной ткани или облитерацию бронхиол и артериол на фоне

воздушности невентилируемой легочной ткани. Дыхательная недостаточность нарастает в течение 1–2 нед, хрипы держатся 3–4 нед. Рентгенологические признаки «сверхпрозрачного легкого»/«ватного легкого» появляются через 6–8 нед. Свистящий выдох на стороне поражения и обструкция аускультативно могут напоминать астматический приступ.

Диагностика

Помимо общепринятого клинического, необходимо дополнительное обследование: ультразвуковое сканирование с использованием датчика 7,5 МГц носоглотки и придаточных полостей носа в передней и боковой проекция; эндоскопическое исследование полости носа и носоглотки; отоскопия; анализы крови; мочи; бактериологическое исследование мазков из рото- и носоглотки для уточнения микробного пейзажа; рентгенография; по показаниям – исследование иммунограммы (состояние фагоцитоза, гуморального иммунитета, интерфероногенеза, реже – клеточного иммунитета); исключение микоплазмоза, хламидиоза.

Важную роль играют экспресс-методы, прежде всего – иммунофлюоресцентный метод обнаружения антигена респираторных вирусов в цилиндрическом эпителии носовых ходов. Ответ может быть получен через 3–4 ч после взятия слизи из носа. Постановке правильного диагноза помогает уточнение эпидемиологической ситуации.

Лечение

При отсутствии осложнений лечение детей с ОРВИ осуществляют в домашних условиях. Комплексное лечение ОРЗ включает в себя как медикаментозные, так и немедикаментозные средства.

Ребенка изолируют, ограничивают контакты со взрослыми и, особенно, детьми. Ежедневно 2–3 раза проводят влажную уборку помещений, проветривание. Температура в помещении, где находится больной, должна быть в пределах 20°C со снижением ее во время сна на 2–3°C. Необходимы гигиенический уход за больным, частая смена белья, одежды, носовых платков, полотенец, ежедневный и неоднократный туалет кожи и видимых слизистых оболочек (полость рта, глаза, уши). Исключаются психоэмоциональные и физические нагрузки. Строгий постельный режим назначают на весь лихорадочный период ОРЗ.

Все больные нуждаются в повышении потребления жидкости. Обильное питье в теплом виде обеспечивает не только восполнение потерь жидкости (при лихорадке, одышке и т.д.), но и способствует разжижению мокроты, что улучшает ее эвакуацию. Потребность в жидкости повышена в 1^{1/2} раза. Обычно назначают напитки: чай с лимоном, малиновым вареньем, с настоем малины, цветков липы, ромашки, шиповника, которые применяют за 15 мин до еды 4–6 раз в сутки.

Поскольку аппетит у детей обычно снижен, то в течение 1–3 дней не следует заставлять ребенка принимать пищу против его желания. Рекомендуются кисломолочные продукты, различные пюре, омлет, компоты, морсы, кисели. Следует исключить из рациона высококалорийные и деликатесные продукты. Режим кормления детей

грудного возраста на период заболевания по возможности сохраняют, в это время нельзя отлучать ребенка от груди, вводить новые виды прикорма.

Противовирусные средства показаны при ОРВИ. Их применение ограничено первыми часами болезни (24–36 ч). Эффективность их не всегда ярко выражена. Основным препаратом считается *римантадин*, действующий на вирусы гриппа типа А, РС-вирусы и вирусы парагриппа. Назначают 5-дневный курс римантадина из расчета: 1,5 мг/кг/сут в 2 приема – детям 3–7 лет; по 50 мг 2 раза – детям 7–10 лет и 3 раза в сутки – детям старше 10 лет. Для малышей используется 0,2% сироп в виде орвирема: по 10 мл – детям 1–3 лет, по 15 мл – 3–7 лет; в 1-й день – 3 раза, на 2–3-й дни – 2 раза, на 4-й день – 1 раз. Эффективность римантадина увеличивается при его комбинации с *дротаверином (но-шпа)*, особенно при нарушении теплоотдачи (холодные конечности, мраморный рисунок кожи) и *альгинатом натрия (рвирем)*. Детям старше 2 лет в первые дни болезни назначают также *арбидол*, оказывающий сходное противовирусное действие: по 50 мг на прием – детям 2–6 лет; по 100 мг – 6–12 лет; по 200 мг 4 раза в день в течение 1–3 дней – детям старше 12 лет. В полость носа вводят *флореналь 0,5%*, *оксолиновую мазь 1–2%*, *бонафтон* и др.

Универсальными противовирусными свойствами обладают *интерфероны* и их *индукторы*, применяемые у детей с 1 года. Нативный лейкоцитарный интерферон-α содержит 1000 МЕ/мл и вводится 4–6 раз в общей дозе 2 мл в 1–2-й день болезни (по 3–5 капель в каждый носовой ход). Препараты выбора: *гриппферон* в виде капель в нос; *виферон-1* (до 6 лет) и *виферон-2* (старше 7 лет) в виде ректальных свечей; *детский анаферон* в таблетках; *озельтамивир (тамифлю)* внутрь в дозе 10 мг/кг/сут детям старше 12 лет. Последний активен, помимо вирусов гриппа, парагриппа, также в отношении аденовируса, коронарвируса и др.

При тяжелом и особенно гипертоксическом гриппе вводят внутримышечно *противогриппозный иммуноглобулин*: 1 дозу – в возрасте до 3 лет и 2 дозы – детям старше 3 лет.

Антибиотики назначают при наличии осложнений (круп, отит, синусит, пневмония), а также в тяжелых случаях детям раннего возраста, когда предполагается бактериальное инфицирование: гайморит и др. Используют *амоксциллин*, *аугментин*, *цефалоспорины (цефалоридин, цефамандол, цефтазидим и др.)*, *макролиды (азитромицин, кларитромицин)* и другие антибактериальные средства.

Гипертермический синдром. Особого внимания требуют больные с лихорадкой, так как у некоторых детей (при температуре 39°C и выше) возможны судороги. Назначение жаропонижающих средств носит сугубо симптоматический характер. В соответствии с критериями ВОЗ и отечественной педиатрической практики, не рекомендуется вводить жаропонижающие средства при температуре тела ниже 38,5°C. Очередную дозу жаропонижающего следует дать лишь после того, как температура тела ребенка вновь подошла к прежнему уровню. Лечебные мероприятия прекращаются после понижения температуры тела до 37,5°C, так как исчезает опасность для организма, и в дальнейшем температура тела может понижаться без дополнительных вмешательств.

Не следует пренебрегать методами физического охлаждения (раздевание; обтирание водой комнатной температуры; свободная, легкая одежда; температура в комнате – не более 20°C; прикладывание пузыря со льдом и др.).

Выделяют 2 группы антипиретических препаратов: 1) нестероидные противовоспалительные средства (НПВС); 2) стероидные препараты.

Из анальгетиков-антипиретиков безрецептурного применения у детей разрешены только 2 препарата – ненаркотический анальгетик *парацетамол* и НПВС *ибупрофен*, оказывающие выраженное жаропонижающее действие. Парацетамол и ибупрофен распространяются через аптечную сеть как безрецептурные формы – over the counter.

Ибупрофен также выпускается для детей (*ибуфен*, *нурофен* для детей – сироп 100 мг в 5 мл); таблетированная форма препарата (200–600 мг) в данном случае не совсем подходит для борьбы с лихорадкой.

Парацетамол оказывает более селективное жаропонижающее действие, чем ибупрофен. Оба препарата обладают одновременно жаропонижающим и анальгетическим свойствами, а ибупрофен – противовоспалительным.

Разовый пероральный прием парацетамола или ибупрофена приводит к снижению температуры тела на 1–1,5°C через 30 мин после приема практически у всех детей с ОРЗ. Темп снижения температуры тела сохраняется равномерным в течение 1,5 ч, что обеспечивает к этому времени снижение температуры тела до 37,0–37,2°C. Длительность действия препаратов – 4–6 ч. При новом подъеме температуры тела требуется повторное введение препарата.

Существуют клинические ситуации, когда предпочтителен ректальный способ введения парацетамола (в частности, у грудных детей при синдроме срыгивания и рвоте). В таких случаях для купирования лихорадки у детей целесообразно применение *Цефекона® D* в ректальных суппозиториях.

В связи со все еще бытующим представлением о крайней опасности для организма высокой температуры тела массовое потребление жаропонижающих обуславливает особые требования к безопасности их применения у детей. Парацетамол и ибупрофен в целом отвечают требованиям безопасности, осложнения возникают только при передозировке. Их можно назначать даже при бронхиолите у детей первых месяцев жизни, у больных с бронхиальной астмой – они не оказывают бронхоспастического действия. Редкие побочные явления при приеме парацетамола и ибупрофена – желудочно-кишечные кровотечения, аллергические реакции, тромбоцитопения, анемия, метгемоглобинемия.

При невозможности приема парацетамола внутрь показана литическая смесь внутримышечно: по 0,5–1,0 мл 2,5% растворов *аминазина* и *дипразина* (или *метамизола – баралгин*, 50% раствор из расчета по 0,1 мл на каждый год жизни).

При «белой» гипертермии, когда изначально нельзя рассчитывать на эффект только от действия жаропонижающих средств, антипиретики сочетают с сосудорасширяющими и антигистаминными средствами (или нейролептиками). Парентерально дополнитель-

но вводят 2% раствора *папаверина*, 1% раствора *дибазола* или 0,25% раствора *дроперидола*. По показаниям добавляют *никотиновую кислоту* – 5–30 мг/сут.

План неотложной медицинской помощи при «красной» гипертермии заключается в обязательном использовании физического охлаждения и обильного питья на фоне назначения парацетамола или ибупрофена.

У детей с atopическими заболеваниями высока вероятность развития лихорадки лекарственного генеза (так называемая «аллергическая лихорадка»), что требует наряду с жаропонижающими включать в лечение антигистаминные препараты и даже стероидные гормоны. Необходим постоянный медицинский контроль.

При ОРЗ у детей не применяют внутрь ацетилсалициловую кислоту (аспирин), метамизол натрия (анальгин), нимесулид и ряд других препаратов, запрещенных к применению в детской практике.

При *бронхообструкции* в связи с отсутствием этиотропных средств лечение – симптоматическое. Воздействующий на РС-вирус рибавирин не лишен побочных действий, его применяют лишь для лечения больных, находящихся на искусственной вентиляции легких.

Для снятия обструкции применяют бронхолитики, однако если она выражена незначительно, их введение необязательно. *Эуфиллин* (4–5 мг/кг на прием, 15–20 мг/кг/сут) менее эффективен и вызывает в 50% случаев побочные эффекты. При неэффективности симпатомиметиков показано введение кортикостероидов.

При обилии вязкой слизи используют муколитики. Вибрационный массаж и постуральный дренаж уже со 2-го дня позволяют улучшить эвакуацию мокроты и снизить выраженность бронхоспазма.

Антигистаминные препараты применяют лишь при кожной аллергии, поскольку на бронхоспазм они не оказывают влияния и могут лишь усилить сгущение слизи.

При *облитерирующем бронхиолите* требуются неотложные меры помощи. Необходимы постоянная подача кислорода через носовую катетер или носовые канюли, введение агонистов β-адренорецепторов в аэрозоль; парентерально внутримышечно или внутрь вводят 1 из кортикостероидных препаратов – *преднизолон* (из расчета 10–12 мг/кг/сут) или, что предпочтительнее, *дексаметазон* (из расчета 1–1,2 мг/кг/сут). Антибиотики не предотвращают облитерации бронхиол.

Лишь при отсутствии эффекта от введения β-агонистов применяют эуфиллин, лучше – внутривенно капельно (после нагрузочной дозы 4–6 мг/кг; постоянная инфузия – 1 мг/кг/ч). При приеме внутрь и внутримышечном введении эуфиллин менее эффективен.

Внутривенное вливание жидкости (растворы 10% глюкозы, Рингера и др.) назначают только при наличии признаков обезвоживания.

Об эффективности лечебных мероприятий судят по снижению частоты дыхания (на 15 и более в минуту), одышки и интенсивности экспираторных шумов.

При *рините*, легком сухом кашле в начале болезни активно используют отвлекающие процедуры, например ножные горячие ванны (температура воды – 40°C, ее постепенно повышают до тех пор, пока ребенок может терпеть; продолжительность – 10–12 мин), лучше – перед сном или прикладывание горчичников к икроножным мышцам.

Обильные выделения из носа отсасывают с помощью маленькой резиновой груши. При наличии густой слизи в носовых ходах и носоглотке рекомендуется вначале механическое ее удаление с помощью турунды или промывание носа теплым изотоническим раствором натрия хлорида; последнее способствует разжижению и дальнейшему удалению слизи. Важно правильно выполнять методику процедуры. При положении ребенка лежа с запрокинутой головой закапывают полную пипетку в каждую половину носа. Затем при положении сидя освобождают нос и носоглотку от слизи. Эта процедура безболезненна и дает хороший эффект. Изотонический раствор натрия хлорида можно готовить в домашних условиях: в стакан воды (200 мл) добавляют поваренную соль на кончике столового ножа. По показаниям в дополнение можно использовать протаргол/колларгол, оказывающий слабое вяжущее и антисептическое действие.

Для гигиены полости носа применяют назальный аэрозоль или капли «Маример», содержащие сбалансированный состав морской воды.

Детям сосудосуживающие капли назначают с 1 года до 5 лет в виде 0,01–0,025% растворов (*галазолин, санорин, нафтизин* и др.), с 6 лет – в виде назальных спреев (для *нос, виброцил*). Один и тот же лекарственный препарат дают обычно в течение 1–3 дней и не более 1 нед. При сухости в носу смазывают слизистую оболочку масляным раствором витамина А, вазелином, мазью календулы и др. Закапывание жидких масел (вазелиновое, шиповника и т.д.) не рекомендуется из-за опасности образования липоидных гранулем в легких и развития липоидной пневмонии.

При *назофарингите* рекомендуют полоскание горла настоем листьев шалфея, малины, мать-и-мачехи или цветков ромашки (1 столовая ложка на стакан крутого кипятка). Другие варианты: полоскание горла 1–2% раствором *натрия гидрокарбоната* и(или) *хлорида*, смазывание зева раствором Люголя, орошение зева препаратом «*Ингалипт*», употребление драже «*Фалиминт*», леденцов «*ХОЛС*», «*ВИКС*» приносят субъективное улучшение.

К препаратам местного действия относятся: антибактериальные средства – *биопарокс, гексорал, эреспал*; топические муколитические препараты – *флуимуцил, ринофлуимуцил*; фитопрепараты – *тонзилнал, фарингал, хлорофиллипт, ингалипт* и др. Их использование у детей с повторными ОРЗ может предупредить обострение хронической ЛОР-патологии.

При *ларингите* целесообразны укутывание; согревание компрессы шеи; теплое питье (молоко с добавлением щелочной воды, натрия гидрокарбоната); ножные и ручные горячие ванны; горчичники на икроножные мышцы; паровые ингаляции с 2% раствором натрия гидрокарбоната, цветков ромашки, настоем эвкалипта.

Лечение больных с крупом II степени и выше проводят в специализированном боксированном отделении, где имеется необходимая аппаратура: небулайзеры, паракислородные палатки и др. При прогрессировании стеноза, выраженной дыхательной недостаточности назначают ингаляционные стероиды (*пульмикорт, бекотид* и др.) через небулайзер в

комбинации со спазмолитиками (*сальбутамол, беродуал, беротек*) в ингаляциях. При необходимости применяют назотрахеальную интубацию или трахеостомию.

При кашле назначают отхаркивающие средства: отвары и настои корня алтея и корня солодки, термопсиса и др. Отхаркивающие препараты растительного происхождения следует принимать каждые 2 ч. Применяют средства, подавляющие кашель (*глауцин, либексин, тусупрекс*), стимулирующие секрецию мокроты (*амброксол, мукалтин, пертуссин*) или комбинацию этих средств (*Коделак ФИТО, бронхолитин*). В симптоматическом лечении детей с кашлем разной этиологии используют пакселадин (*окселадина цитрат*): назначают 1 мерную ложку (5 мл соответствуют дозе 10 мг на 10 кг массы тела в сутки). В капсуле содержится 40 мг, кратность приема – 2–3 раза в день.

При *остром среднем отите* больному ребенку необходимо придать возвышенное положение (поднять головной конец кровати) для улучшения оттока секрета через слуховые трубы; обеспечить тепло на уши; закапать сосудосуживающие и обезболивающие капли (отипакс). Главное в лечении отитов бактериальной природы — антибиотики, обычно группы пенициллина (*амоксциллин*) и др. При повторных отитах необходимо сделать посев содержимого из уха для подбора антибиотика из группы резерва.

При *синусите* сосудосуживающие капли от насморка способствуют оттоку секрета. Эффективно использование местных антибактериальных средств (*биопарокс, гексорал, эреспал*), топических муколитиков (*флуимуцил, ринофлуимуцил*), фитопрепаратов комплексного действия (*фарингал, хлорофиллипт, тонзилнал, ингалипт*), антисептиков местного действия и др.

При наличии *риносинуситов, гнойных пробок в миндалинах* или *аденоидита* объем местного лечения может колебаться от орошения солевыми растворами типа *Аква марис, салина, физиомера*, рассасывания бактерицидных пастилок, физиотерапевтических методов, применения местных антибактериальных препаратов, например *фюзафунжина (биопарокса), гексорала* и т.д. до аденотомии и тонзиллэктомии. Поскольку антибиотики местного действия высокоэффективны при лечении хронических процессов в носоглотке – тонзиллитов, аденоидитов, у часто болеющих детей такая терапия иногда используется для предупреждения терапии бактериальных осложнений. Тактику хирургического вмешательства определяет отоларинголог.

Обосновано назначение поливитаминных препаратов, в том числе в комбинации с макро- и микроэлементами (*Мульти tabs, Олиговит, Центрум детский* и др.). Детям с аллергическими проявлениями рекомендуются *Интал, Задитен, Кларитин*.

В случае отсутствия лихорадки при ОРВИ целесообразны массаж рефлекторных (воротниковая и др.) зон, точечный массаж биологически активных точек. При наличии отита, пневмонии показаны физиотерапевтические процедуры: УВЧ, электрофорез с кальцием и др. В периоде выздоровления по показаниям применяют лечебную физкультуру, массаж, гигиенические ванны.

Профилактика

Наиболее эффективными способами профилактики ОРЗ у детей признаны:

- отсутствие контактов с возбудителем;
- здоровый образ жизни;
- закаливание;
- вакцинация;
- назначение бактериальных вакцин на основе фракций бактерий и иммуномодуляторов;
- интерферонпрофилактика и др.

Отсутствие контакта с возбудителем – стопроцентная и единственная гарантия того, что ребенок не заболеет данной инфекцией. Нужно ограничить контакты ребенка в сезоны повышенной заболеваемости респираторными инфекциями (отказ от посещений общественных мест, уменьшение числа поездок на общественном транспорте и т.д.); члены семьи с симптомами простуды должны носить маски; после контакта с больным надо тщательно мыть руки с мылом; детей с симптомами ОРЗ не следует допускать в детские коллективы; обязательны ежедневные прогулки с ребенком, проветривание помещений и т.д.

Здоровый образ жизни. Здоровье ребенка закладывается еще во время беременности матери. В этот период для нее актуальны соблюдение режима дня, полноценное питание, физические упражнения, закаливание, прием витаминов. Те же составляющие, но в адаптированном виде, должны стать основой здорового образа жизни и для ребенка.

Закаливание. Для более 80% часто болеющих детей характерна повышенная метеочувствительность, поэтому закаливание и метеопрофилактика остаются самыми действенными средствами повышения резистентности к ОРЗ. Ребенок должен ежедневно находиться на открытом воздухе несколько часов. Актуальны соответствие одежды сезону года, специальные закаливающие процедуры – воздушные, солнечные ванны, водные процедуры. Для закаливания необязательны низкие температуры; более важна контрастность температур воздуха (воды) и систематичность проведения занятий.

Вакцинация. На сегодня альтернативы прививкам как мере защиты от вакциноконтролируемых инфекций не существует. Доказано, что ослабленных детей не только можно, но и нужно прививать, причем не только теми вакцинами, которые входят в Национальный календарь вакцинации, но и помимо Календаря: например, вакциной от гриппа или пневмококковой инфекции.

Рекомендуемая литература

Альбицкий В.Ю., Баранов А.А., Камаев И.А., Огнева М.А. Часто болеющие дети. – Н. Новгород: изд-во НГМА, 2003. – 180 с.

Беляев А.Л., Бурцева Е.И. Грипп вчера, сегодня, завтра // Медицинская сестра. – 2009; 1: 20–25.

Богомилский М.Р., Гаращенко Т.И., Яблонева В.Н. Противовоспалительная терапия риносинуситов у детей. – М.: Межд. фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2001. – 29 с.

Бондарь Т.Н. Проблемы лечения кашля в педиатрической практике // Вопр. совр. педиатрии. – 2008; 2: 124–127.

Геппе Н.А., Колосова Н.Г. Бронхообструктивный синдром у детей: современные аспекты бронхолитической терапии. – М.: IVAX, 2006. – 8 с. (оттиск).

Григорьев К.И. Педиатрия. – М.: МЕДпресс-информ, 2008. – 640 с.

Григорьев К.И. Ингаляционная терапия в детском возрасте // Медицинская сестра. – 2008; 4: 13–18.

Дарманян А.С. Эффективность и безопасность ингибитора нейраминидазы осельтамивира у детей // Педиатрическая фармакология. – 2007; 5: 54–59.

Зелинская Д.И., Сарычева С.Я., Терлецкая Р.Н. Сестринская помощь при насморке у детей // Медицинская сестра. – 2008; 7: 28–30.

Ильенко Л.И., Гаращенко Т.И., Сырьева Т.Н. и др. Противокашлевая терапия у детей. Традиционные и нетрадиционные подходы к лечению. Учебное пособие. – М.: РГМУ, 2004. – 94 с.

Котлуков В.К. Амбулаторная практика лечения острой лихорадки у детей // Педиатрия. – 2005; 2: 51–54.

Неотложная педиатрия /Под ред. Б.М. Блохина. – М.: Медпрактика, 2005. – 600 с.

Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика /Под ред. А.А.Баранова и др. – М.: Династия, 2004. – 128 с.

Романцов М.Г. Респираторные заболевания у детей. – М.: Русский врач, 2003. – 138 с.

Самсыгина Г.А., Коваль Г.С. Часто болеющие дети: проблемы диагностики, патогенеза и терапии // Лечащий врач. – 2009; 1: 10–14.

Снегова Н.Ф. Защита детей от респираторных инфекций // Популярная медицина. – 2004; 1: 23–25.

Таточенко В.К. Лечение острых респираторных заболеваний // Лечащий врач. – 2005; 7: 50–54.

Учайкин В.Ф. Решенные и нерешенные проблемы инфекционной патологии у детей // Детские инфекции. – 2003; 4: 3–7.

ACUTE RESPIRATORY DISEASES IN CHILDREN

Professor K.I. Grigoryev

Russian State Medical University

The paper gives information on the causes of acute respiratory diseases (ARD) and acute respiratory viral infections. It provides a clinical classification of ARDs depending on the etiology of a disease and the site of a pathological process, as well as a treatment regimen for children with ARD. Recommendations are given for nurses how to provide care to the patients.

Keywords: acute respiratory diseases, acute respiratory viral infections, children, fever, cough, nursing.