



МІНІСТЕРСТВО ОСВІТИ І НАУКИ УКРАЇНИ

ПРИВАТНИЙ ВИЩИЙ НАВЧАЛЬНИЙ ЗАКЛАД

«МЕДИКО-ПРИРОДНИЧИЙ УНІВЕРСИТЕТ»

Кафедра медсестринства

НАВЧАЛЬНА ДИСЦИПЛІНА

«КЛІНІЧНЕ МЕДСЕСТРИНСТВО В ПЕДІАТРІЇ»

**Лекція №7 Гострі респіраторні вірусні інфекції. Грип. Парагрип.
Аденовірусна інфекція**

Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) – гострі захворювання респіраторного тракту, викликані вірусами, що характеризуються катаральним та інтоксикаційним синдромами.

Інфекції верхніх дихальних шляхів є серйозною проблемою охорони здоров'я у зв'язку з їх широкою розповсюдженістю серед дитячого населення і нанесенням величезних економічних збитків суспільству. Найчастіше хворіють на гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) діти у перші три роки життя. Це пов'язано зі втратою імунітету, отриманого від матері, а також із великою кількістю контактів між дітьми. Часті ГРВІ призводять до ослаблення захисних сил організму, сприяють формуванню хронічних осередків інфекції, спричиняють алергізацію організму, перешкоджають проведенню профілактичних щеплень, затримують фізичний і психомоторний розвиток дитини.

В Україні щорічно на гострі респіраторні інфекції (ГРІ) хворіють 10–14 млн людей, що складає 75–90 % інфекційної захворюваності.

Експерти ВОЗ відзначають, що ГРІ – найпоширеніша в людській популяції група захворювань, яка в останні роки має постійну тенденцію до зростання. Незважаючи на те, що ГРІ широко вивчаються, залишається безліч невирішених проблем, починаючи з термінології інфекційного процесу, розуміння патогенезу окремих форм захворювань та їх лабораторної діагностики. Серед ГРІ домінуючими є ГРВІ. ГРВІ – етіологічна різномісна група інфекційних хвороб дихальних шляхів, що мають подібні механізми розвитку та схожу клінічну картину. Враховуючи відсутність широкого запровадження експрес-методів етіологічної діагностики ГРВІ в практичну ланку охорони здоров'я, знання питань клініки та диференційної діагностики ГРВІ відіграють важливу роль у лікувально-профілактичній роботі лікаря. Розповсюдженість цих захворювань на земній кулі, залучення до

епідеміологічного процесу великої кількості людей, несприятливі наслідки, значні економічні втрати – всі ці чинники обумовлюють актуальність вивчення питань диференційної діагностики ГРВІ. Уже при першій зустрічі з пацієнтом лікар повинен зуміти за клінічними та епідеміологічними даними поставити клінічний діагноз ГРВІ і визначитися в профілактиці та терапії, а при необхідності – надати невідкладну медичну допомогу. ГРВІ – гострі захворювання респіраторного тракту, викликані вірусами, передаються повітряно-краплинним шляхом, характеризуються загальною інтоксикацією та переважним ураженням слизових оболонок респіраторного тракту.

Реєструються різні нозологічні форми ГРВІ (грип, парагрип, аденовірусна, респіраторно-синцитіальна, риновірусна, реовірусна інфекція та ін.). Вони мають поліморфні клінічні прояви, однак схожі за епідеміологією, патогенезом, морфологічними та імунологічними змінами

ГРИП

Грип – гостре інфекційне захворювання, що викликається різними серотипами вірусу грипу, передається повітряно-краплинним шляхом, характеризується ураженням респіраторного тракту (переважно трахеї) і симптомами інтоксикації.

Етіологія і епідеміологія. Вірус грипу належить до сімейства ортоміксовірусів, містить РНК.

На основі відмінності внутрішніх антигенів (нуклеопротеїду і матричного білка) віруси грипу діляться на три типи: А, В, С. Типи А і В утворюють один рід, тип С – інший.

Особливістю вірусу А є лабільність антигенних властивостей поверхневих білків: гемаглютиніну (Н) і нейрамінідази (N). Точкові мутації цих білків, що призводять до зміни одного антигену вірусу, називаються антигенним дрейфом. Мутації, які одночасно призводять до зміни двох антигенів і появи нової комбінації Н і N, називаються «шифт». Дрейф відбувається кожні 2–3 роки, а шифт – 1 раз у 20–30 років.

Дрейф при грипі зумовлює виникнення епідемій, а шифт – пандемій.

На сьогодні відомо 16 підтипів гемаглютиніну (Н1–Н16) і 9 підтипів нейрамінідази (N1–N9).

У людей захворювання викликають 3 підтипи гемаглютиніну (Н1, Н2, Н3) і 2 підтипи нейрамінідази (N1 і N2). Інші підтипи антигенів вірусу грипу А спричиняють захворювання у тварин і птахів. Однак у світі описані випадки ураження людей підтипами (Н5N1, Н7N2, Н9N2, Н7N3, Н7N7) вірусу грипу А птахів.

Вірус грипу В схильний до меншої мінливості, а вірус грипу С має постійну антигенну структуру. Вірус грипу стійкий до низьких температур, але швидко гине при нагріванні і дії дезінфікуючих засобів.

Джерелом інфекції є хвора людина з вираженими, стертими і субклінічними формами захворювання.

Шлях передачі – повітряно-краплинний, рідше – контактний.

Сприйнятливість до грипу загальна. Максимальне виділення вірусу спостерігається в перші дні хвороби і при неускладненому перебігу закінчується до 6-го дня від початку захворювання.

При пневмонії, яка ускладнює перебіг грипу, вірус зберігається в організмі до 2–3 тижнів від початку захворювання. Останнім часом провідною в епідеміологічному

процесі є роль вірусу грипу А (H1N1), пандемічного, інші два – А (H3N2) і В – його супроводжують.

Епідемії, викликані вірусом грипу А, повторюються кожні 2–3 роки і мають вибуховий характер.

Епідемії грипу В розвиваються повільніше.

Грип С не дає епідемічних спалахів і має лише спорадичний характер. Вірус грипу вражає всі вікові групи і має певну сезонність. Максимальна захворюваність припадає на зимову пору. Після перенесеного вірусу грипу формується стійкий типо- та штамоспецифічний імунітет, повторні захворювання зумовлюють нові сероваріанти вірусу грипу.

Патогенез. Провідне значення має епітеліотропна і загальнотоксична дія вірусу грипу, що проникає в епітеліальні клітини верхніх дихальних шляхів, де відбувається його реплікація, яка супроводжується ураженням клітин аж до дистрофії. При цьому утворюються аутоантигени, які «запускають» аутоімунні цитотоксичні реакції. Морфологічно це проявляється місцевим запаленням, а клінічно – катаром верхніх дихальних шляхів. З місця первинної локалізації віруси грипу потрапляють у кров (вірусемія), надаючи загальнотоксичну дію. Віруси мають тропізм до дрібних судин, переважно до капілярів і прекапілярів. Розвивається парез судин, що призводить до уповільнення кровотоку.

Внаслідок порушення мікроциркуляції і підвищення проникності стінки судин виникають гемодинамічні розлади в різних органах і системах, що є провідною ланкою в патогенезі важких форм грипу у дітей. Виражені порушення мікроциркуляції в ЦНС призводять до енцефалопатії, в легенях – до сегментарного або полісегментарного геморагічного набряку.

Загальнотоксична дія вірусу грипу пригнічує як клітинну, так і гуморальну ланку імунітету. Поряд з ослабленням захисної функції поверхневого епітелію і депресією місцевих факторів імунного захисту це сприяє активації сапрофітної бактеріальної інфекції, внаслідок чого розвиваються тяжкі пневмонії, а також багато інших ускладнень (отит, пієлонефрит, гайморит). У патогенезі грипу мають значення процеси алергізації вірусними антигенами, продуктами напіврозпаду епітеліальних клітин, бактеріальними агентами. Можуть виникнути алергічні та аутоалергічні реакції: грипозний енцефаліт, полірадикулоневрит, поліартрит, міокардит, гломерулонефрит та ін. Найбільші зміни при грипі спостерігаються в гортані, трахеї і великих бронхах. У легеневій тканині виявляють в основному порушення кровообігу, а також дрібні крововиливи і серозну рідину в окремих альвеолах. Дрібні крововиливи можуть бути також у плеврі, під епікардом і в інших органах.

У разі нашарування бактеріальної флори може виникнути вірусно-бактеріальна пневмонія. Порушення мікроциркуляції спостерігається в головному мозку.

Набряк і опухання головного мозку обумовлюють розвиток енцефалопатії, а в більш важких випадках можливе вклинення мозочку у великий потиличний отвір, що нерідко призводить до летального результату.

У гострий період грипу можна спостерігати дві фази імунних реакцій.

У перші 3–4 дні організм захищається за допомогою неспецифічних факторів – інтерферону, тканинних інгібіторів, рибонуклеази, загальної запальної реакції. Починаючи з 5-го дня з'являються протигрипозні антитіла. Відповідно до цих змін розрізняють неспецифічну і специфічну фази імунітету.

Шифр МКХ –10:

J 10 – J 18 Грип.

- J 10 – Грип, спричинений ідентифікованим вірусом грипу.
- J 10.0 – Грип з пневмонією, вірус грипу ідентифікований.
- J 10.1 – Грип з іншими респіраторними проявами, вірус грипу ідентифікований.
- J 10.8 – Грип з іншими проявами, вірус грипу ідентифікований.
- J 11 – Грип, вірус не ідентифікований.
- J 11.0 – Грип з пневмонією, вірус не ідентифікований.
- J 11.1 – Грип з іншими респіраторними проявами, вірус не ідентифікований.
- J 11.8 – Грип з іншими проявами, вірус не ідентифікований.

Класифікація грипу

Форми грипу

1. Типова.
2. Атипова:
 - стерта (афебрильна, акатаральна);
 - гіпертоксична.

За тяжкістю

1. Легка форма.
2. Середньотяжка форма.
3. Тяжка форма.

За перебігом

1. Гострий.
2. Блискавичний.
3. Інапарантний.
4. Гладкий.
5. Негладкий:
 - з ускладненнями;
 - з нашаруванням вторинної інфекції;
 - із загостренням хронічних захворювань.

Клінічна картина захворювання може мати різні варіанти залежно від віку хворих, преморбідного фону і стану імунної системи – з одного боку, особливостей вірусу і інфекційної дози – з іншого.

Клініка.

Інкубаційний період триває 12–48 год.

Виділяють два основні синдроми – інтоксикаційний і катаральний (респіраторний). Хвороба починається гостро. При інтоксикаційному синдромі характерна висока лихоманка, озноб, різкий головний біль із переважною локалізацією в лобній ділянці і скронях, ломота в тілі, м'язах, іноді артралгії, біль при русі очних яблук або натисканні на них, світлобоязнь, сльозотеча, різка загальна слабкість, стомлюваність, млявість, початкова тахікардія змінюється брадикардією.

Аускультативно – ослаблення першого тону, іноді функціональний систолічний шум на верхівці.

Ці прояви в перший день хвороби домінують над катаральним синдромом.

У випадках середньотяжких і тяжких форм хвороби відзначаються запаморочення, нудота, блювання, носові кровотечі, безсоння або сонливість, порушення свідомості, судоми.

У перші два дні хвороби катаральні явища відсутні або слабо виражені і виявляються закладенням носа майже без ринореї, невеликим покахиккуванням.

У наступні дні посилюється кон'юнктивіт, склерит, гіперемія і зернистість слизової ротоглотки. Виражений трахеїт із сухим, болісним кашлем, болями за

грудниною по ходу трахеї. З'являється нежить. У легенях вислуховується жорстке дихання, непостійні сухі хрипи.

Виділяють типові та атипові форми хвороби.

У перших випадках хвороба починається гостро, до других відносяться стерта, афебрильна, акатаральна і гіпертоксична.

За перебігом розрізняють гострий, блискавичний та інанарантний грип.

За тяжкістю розрізняють легку, середньотяжку, тяжку або токсичну і гіпертоксичну форми грипу.

Тяжкість визначається за ступенем проявів загальної інтоксикації, а також за гіпертермією, неврологічними симптомами (головний біль, запаморочення, втрата свідомості, судоми), наявністю менінгеальних симптомів, виразністю геморагічного синдрому, порушенням серцево-судинної діяльності, що супроводжується циркуляторними розладами і ураженням м'язів серця.

Легка форма грипу: температура тіла не більше 38,0° С (може взагалі не підвищуватися), симптоми нездужання і інтоксикації виражені слабо.

Середньотяжка форма грипу: температура підвищується до 38,5–39,5 °С, є класичні симптоми захворювання: інтоксикація – слабкість, пітливість, суглобові і м'язові болі, головний біль; катаральні симптоми – сухий або вологий болючий кашель, болі в горлі та за грудниною, нежить.

Тяжка форма грипу: симптоми середньої тяжкості плюс підвищення температури тіла до 40–40,5 °С. Можливі порушення свідомості (загальмованість або збудження, судоми, неадекватна поведінка), судинні розлади (кровотечі, дрібнокраплинні крововиливи, кровохаркання), блювання і пронос.

Для гіпертоксичної форми характерні менінгоенцефалічний, геморагічний і гіпертермічний синдроми, порушення серцево-судинної діяльності, блискавичний перебіг і летальний кінець. Розвиток геморагічного набряку легень є найбільш частою причиною блискавичного перебігу та летального кінця.

Грип у дітей може протікати в інанарантній формі. При цьому дитина залишається практично здоровою, але у неї відзначається наростання титру антитіл до вірусу грипу. Такі форми виявляються лише при лабораторному обстеженні. Перебіг грипу завжди гострий, якщо не виникає ускладнень, то через 3–6 днів хворий починає одужувати: температура знижується, кашель стає більш продуктивним, зникають головний біль і міалгії. Загальна слабкість і розбитість можуть зберігатися ще кілька днів, особливо у дітей раннього віку

Особливості грипу у дітей першого року життя

1. Поступовий початок з незначного підвищення температури.
2. Слабко виражена інтоксикація.
3. Відмова від грудей, втрата маси тіла.
4. Слабкі катаральні явища.
5. Блювання.
6. Синдром крупу – рідко.
7. Часто приєднується бактеріальна інфекція.
8. Висока летальність.

Грип у дітей віком від 1 до 3 років протікає особливо тяжко, зі значною інтоксикацією, частим розвитком менінгеального, енцефалічного синдрому, сегментарного ураження легень, синдрому крупу і астматичного синдрому.

Таким чином, основними клініко-діагностичними ознаками грипу є наступні.

1. Контакт із хворим на грип, наявність епідемій у певній місцевості.

2. Гострий початок.

3. Лихоманка 38,5–40 °С.

4. Виражені симптоми порушення загального стану. Максимальний прояв хвороби в першу добу захворювання (сильний головний біль, біль у м'язах, суглобах, очних яблуках, гіперестезія, млявість, адинамія, блювання).

5. Можливий геморагічний синдром: носові та інші кровотечі, петехіальний висип на обличчі, шиї та верхній частині тулуба.

6. Помірні ознаки ринофарингіту (закладеність і невеликі серозні виділення з носа, відчуття подразнення, дряпання та болю у горлі, гіперемія задньої стінки глотки, м'якого піднебіння з ін'єкцією судин та петехіальними крововиливами на його слизовій оболонці).

7. Ін'єкція судин склери.

8. Ознаки трахеїту (сухий, болісний кашель з печінням та болем за грудниною). Ускладнення можуть виникати в будь-які терміни від початку хвороби.

Найчастіше це отити (катаральні або гнійні), запалення придаткових пазух, гнійний ларинготрахеобронхіт, вогнищева або сегментарна пневмонія.

З неврологічних ускладнень можуть бути менінгіт, менінгоенцефаліт, енцефаліт, рідше – невралгії, неврити, полірадикулоневрити.

З боку серцево-судинної системи в гострому періоді грипу можуть бути функціональні порушення, які зникають у міру одужання, рідше – міокардит.

Тобто в клініці розрізняють респіраторні і нереспіраторні ускладнення грипу.

Респіраторні ускладнення: гострий бронхіт, первинна вірусна пневмонія, вторинна бактеріальна пневмонія, загострення хронічних захворювань дихальної системи, абсцес легенів, синусит.

Нереспіраторні ускладнення: фебрильні судоми, гострий середній отит, сепсис, міозит, міокардит, синдром Рея, енцефаліт, мієліт.

Діагностика.

Діагноз грипу досить легко поставити під час епідемічних спалахів за наявності типових клінічних ознак, перерахованих раніше. У неепідемічний період грипу, а також для діагностики атипичних форм захворювання використовують параклінічні дослідження.

До експрес-методів належать реакція імунофлюоресценції (РІФ), ІФА, ПЛР, які засновані на виявленні антигену або нуклеїнової кислоти вірусу в клітинах циліндричного епітелію верхніх дихальних шляхів.

Вірусологічні методи – виділення вірусу на клітинних культурах, у курячих ембріонах і у лабораторних тварин – внаслідок тривалості і трудомісткості дослідження в даний час використовуються тільки в наукових цілях, як і метод електронної мікроскопії.

Серологічна діагностика включає РН, РЗК, РТГА і РНГА. Ці реакції використовують для визначення титру антитіл у крові в динаміці захворювання. Діагностично значущим є наростання титру антитіл у парних сироватках у 4 рази і більше. Використовують також виявлення антитіл класу IgM, IgG методом ІФА. При першій імунній відповіді (4-й день) визначають антитіла класу IgM, через 2 тиж з'являються антитіла класу IgG, які тривало зберігаються в крові.

Диференційна діагностика грипу проводиться в першу чергу з іншими ГРВІ, черевним тифом, менінгококовою інфекцією, кором у періоді продрому, гепатитом А, кашлюком, геморагічними лихоманками.

Черевний тиф відрізняється від грипу більш поступовим початком хвороби, відсутністю катаральних явищ, тривалою лихоманкою, розеольозним висипом, збільшенням печінки і особливо селезінки.

Для менінгококової інфекції характерний бурхливий початок, але на відміну від грипу при ній не буває виражених катаральних явищ, окрім гіперемії зівя і зернистості задньої стінки глотки. Типовими є зірчастий геморагічний висип, різко виражені менінгеальні симптоми, гіперлейкоцитоз зі зсувом формули вліво.

Для кору в продромальному періоді характерні різко виражені катаральні явища з боку верхніх дихальних шляхів, наявність склериту, кон'юнктивіту, симптому Філатова–Коплика на слизових оболонках порожнини рота.

При гепатиті А на відміну від грипу відсутні різко виражена інтоксикація і катаральні явища, хворі скаржаться на болі в животі, печінка при пальпації болюча, розміри її збільшені, сеча темна, кал знебарвлений. Геморагічні лихоманки відрізняють виражений геморагічний синдром, болі в попереку, гіперлейкоцитоз, зміни сечі.

Профілактика.

Важливим заходом профілактики поширення грипу є раннє виявлення хворого, його ізоляція в домашніх умовах чи ізоляторі або госпіталізація.

Для дезінфекції приміщення, де знаходиться хворий, слід застосовувати хлорні препарати, ультрафіолетове опромінювання (УФО). Особи, які доглядають за хворим, повинні користуватися марлевими масками в 4–6 шарів. Рекомендують змащувати носові ходи 0,25 % оксоліновою маззю.

Зниження рівня захворюваності можна досягти шляхом проведення сезонних курсів стимуляції неспецифічної й імунологічної реактивності організму. Призначають аскорбінову кислоту, індуктори інтерферону (по 2–5 крапель у кожен ніздрю 4 рази на добу протягом 2–3 тиж), екстракт елеутерококу.

Для екстреної профілактики грипу застосовують ті самі протівірусні препарати, що і з лікувальною метою. Ремантадин дають контактним особам (старшим 7 років) в осередках грипу А протягом 5 днів. Протигрипозний імуноглобулін, який є найбільш ефективним, в першу чергу вводять дітям у віці до 3 років, ослабленим дітям, вагітним.

Для специфічної профілактики використовують вакцини зі штамів вірусів А і В. Застосовують спліт-вакцини (розщеплені) і ад'ювантні (субодиничні) вакцини. Вакцинація в першу чергу показана дітям зі хронічними захворюваннями, дітям, які постійно проживають у закритих колективах, і особам, які їх оточують. Вакцинацію слід проводити щорічно, краще у вересні-листопаді, щоб у дитини встиг сформуватися імунітет до сезонного підйому захворюваності або епідемії.

Парагрип – гостре захворювання респіраторного тракту, яке викликається вірусами парагрипу, характеризується помірною інтоксикацією і симптомами ураження верхніх дихальних шляхів, переважно носа, гортані і трахеї.

Етіологія і епідеміологія.

Віруси парагрипу людини належать до сімейства параміксовірусів. Відомо 5 типів вірусів, у тому числі найбільше значення в патології мають 1–3 типи. Віруси парагрипу містять РНК, мають розміри від 150 до 200 нм, нестійкі в навколишньому середовищі, добре розмножуються в культурі нирок ембріона. Від вірусів грипу їх відрізняє стабільність антигенної структури і відсутність мінливості генома віріона. Питома вага парагрипу залежить від пори року, рівня захворюваності на грип та інші ГРВІ, віку дітей і повноти діагностики. Найбільша захворюваність реєструється

серед дітей перших 2 років життя. Діти старше 7 років хворіють відносно рідко. Джерело інфекції – тільки хвора людина, яка небезпечна протягом усього гострого періоду хвороби – до 7–10 днів.

Після перенесеного захворювання формується нестійкий імунітет.

Парагрип має спорадичний або груповий характер захворюваності, відзначається осінньозимова сезонність.

У дитячих колективах часто спостерігаються спалахи парагрипу. Практично всі діти хворіють на парагрип кілька разів за життя.

Патогенез.

Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, де відбувається репродукція вірусу, розвиток запальної реакції, гіперемії і набряклості. З місця первинної локалізації віруси проникають у кров і надають помірно виражену загальнотоксичну дію. Запальний процес може поширюватися вниз на трахею і нижні дихальні шляхи. Внаслідок набухання слизової оболонки гортані, скупчення в'язкого секрету в її просвіті і ларингоспазму виникає стеноз гортані (круп), часто він спостерігається у дітей раннього віку, чому сприяють анатомо-фізіологічні особливості дихальних шляхів. Гортань має лійкоподібну форму, її хрящі м'які, еластичні. Надгортанник вузький, голосові складки непропорційно короткі. Стінки дихальних шляхів містять багато пухкої сполучної тканини, численні лімфатичні й кровоносні судини, слизові залози. Все це сприяє розвитку швидкого набряку всієї слизової оболонки, особливо голосових складок. Стеноз гортані і трахеї обумовлений трьома компонентами: набряком і інфільтрацією слизової оболонки гортані і трахеї, спазмом м'язів гортані, трахеї і бронхів, гіперсекрецією залоз слизової оболонки трахеї і бронхів із накопиченням густого слизу. Ці чинники ведуть до звуження просвіту дихальної трубки. Віруси 3-го типу парагрипу у дітей раннього віку часто вражають нижні відділи дихальної системи (бронхіоли і альвеоли), внаслідок чого розвиваються первинні парагрипозні пневмонії. У патогенезі парагрипу має місце сенсibiliзація вірусними антигенами і продуктами напіврозпаду епітеліальних клітин, а також приєднанням бактеріальної інфекції, яка обумовлює можливість виникнення інфекційно-алергічних і бактеріальних ускладнень.

На відміну від грипу при парагрипі місцеві запальні прояви переважають над загальнотоксичними.

Клініка. Інкубаційний період триває від 2 до 7 днів, у середньому 3–4 дні. Захворювання у більшості хворих починається гостро з підвищення температури тіла, появи слабо виражених симптомів інтоксикації і катаральних ознак. Температура тіла досягає максимуму на 3-й день хвороби. Загальний стан дитини в розпал захворювання мало порушений. Діти можуть скаржитися на слабкість, погіршення апетиту і порушення сну. Рідко з'являється головний біль, температура тіла може сягати 40 °С, але виражених симптомів інтоксикації не спостерігається. Катаральні прояви при парагрипі виражені вже з 1-го дня хвороби. Діти скаржаться на сухий кашель, біль у горлі, нежить, закладеність носа. Виділення з носа спочатку слизові, потім можуть бути слизово-гнійними. Під час огляду ротоглотки відзначаються набряклість, помірна гіперемія слизової оболонки м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки.

Нерідко першою ознакою парагрипозної інфекції є синдром гострого стенозуючого ларинготрахеїту (круп).

Круп (стенозуючий ларинготрахеїт) – своєрідний симптомокомплекс, що виникає у хворих із запальними змінами в гортані, клінічно проявляється тріадою симптомів: грубим «гавкаючим» кашлем, гучним стенотичним диханням, сиплим голосом.

Він відзначається переважно у дітей у віці від 1 до 3 років. У цьому випадку, серед повного здоров'я, як правило, вночі дитина раптово прокидається від гучного кашлю. Швидко приєднуються охриплість голосу, гучне дихання і розвивається стеноз гортані. До основних клінічних ознак гострого стенозуючого ларинготрахеїту відносяться грубий, «гавкаючий» кашель, осиплість голосу, гучне дихання з утрудненим вдихом, а у важких випадках – участь в акті дихання допоміжних м'язів зі втягуванням міжреберних проміжків, надключичних і підключичних ямок.

Розрізняють чотири ступені стенозу гортані:

I (компенсований) – утруднення дихання при фізичних навантаженнях. У спокої задишки немає.

II (субкомпенсований) – виражена інспіраторна задишка в спокої, в акті дихання беруть участь допоміжні м'язи, відзначається нерізке западання м'яких місць грудної клітки й епігастрія. З'являються періоральний ціаноз, блідість, тахікардія, осиплість голосу, психомоторне збудження дитини.

III (декомпенсований) – стан важкий. Дитина загальмована, спостерігається різка блідість шкіри, ціаноз губ, кінчиків носа і пальців, холодний піт, наростають симптоми дихальної недостатності у вигляді вираженого втягування всіх піддатливих місць грудної клітки й епігастрія. Дихання часте, парадоксальне.

IV (асфіктичний) – стан дитини вкрай важкий, свідомість відсутня. Спостерігаються блідість, загальний ціаноз, ниткоподібний пульс, аритмія дихання, глухість тонів серця, брадикардія; можливі судоми, зупинка серця і дихання. Під час ларингоскопічного дослідження виявляють дифузну гіперемію слизової оболонки гортані і голосових складок, а також набряк підв'язкового простору. За відсутності бактеріальної флори при крупі сприятливо і зазвичай короткочасно симптоми зникають через 3 дні.

У разі приєднання бактеріальної інфекції тяжкість клінічних проявів крупу посилюється, а захворювання може набувати тривалого хвилеподібного перебігу. Відзначається гнійно-некротичне і навіть фібринозне запалення в гортані, трахеї, іноді в бронхах.

При неускладненому парагрипі підвищення температури тіла і симптоми інтоксикації зберігаються не більше 2–5 днів. Кашель, нежить, гіперемія зів зникають через 7–10 днів. Ускладнення зумовлені бактеріальною флорою. До ускладнень парагрипу можна віднести і синдром крупу, якщо він виникає в пізні терміни – після 5-го дня від початку захворювання.

Діагностика. Підозра на наявність парагрипозної інфекції може виникнути при розвитку у дитини, особливо раннього віку, гострого захворювання, яке супроводжується лихоманкою, катаральними проявами і синдромом крупу.

У периферичній крові виявляють помірний лейкоцитоз, який змінюється лейкопенією, і незначне підвищення ШОЕ. Виділення парагрипозного вірусу з носоглоткових змивів не має практичного значення в зв'язку з труднощами і недостатньою чутливістю методів культивування вірусу.

Для експрес-діагностики використовують ПЛР, РІФ, ІФА, електронну мікроскопію, для серологічної діагностики – РЗК, РТГА.

Диференційну діагностику парагрипу проводять із такими ГРВІ іншої етіології, як грип, аденовірусна, респіраторно-синцитіальна, риновірусна, реовірусна інфекція (табл.).

Наявність синдрому крупу на початку захворювання і підвищення температури тіла при не різко виражених симптомах інтоксикації дають підставу припускати парагрип. Однак остаточно встановити етіологію хвороби можна після лабораторного обстеження, оскільки такі ж симптоми можуть бути і при грипі, і при гострих респіраторних захворюваннях іншої вірусної етіології.

Диференційна діагностика крупу. Особливо необхідно диференціювати круп від гострого епіглотиту, який небезпечний швидкою обтурацією входу в гортань ураженим надгортанником з летальним результатом. У практичній роботі особливо важливо диференціювати круп при ГРВІ від дифтерійного. Головними відмінними особливостями дифтерійного крупу є поступовий початок і стадійність перебігу. Патологічний процес при цьому проходить послідовно 3 стадії: крупозного кашлю (близько 2–3-ї доби), стенотичну (близько 1–3-ї доби), асфіксічну (кілька годин), тоді як при ГРВІ круп завжди починається зі стенозу гортані. Голос при цьому хоча й часто буває хриплим, але повної афонії не відзначається. При дифтерійному крупі голос стійко сиплий, а потім і беззвучний, дзвінкі нотки не прориваються.

Дифтерія гортані часто поєднується з дифтерією зівя або носа.

Круп при кору зустрічається рідко і, як правило, поєднується з іншими, більш маніфестними ознаками хвороби: плямами Філатова–Коплика на слизовій оболонці порожнини рота, плямисто-папульозними висипаннями на шкірі та ін.

Круп при герпетичній інфекції може виникати лише в тих випадках, коли везикульозні висипання з'являються в ділянці голосових зв'язок або у підзв'язковому просторі. Діагностика в цих випадках істотно полегшується при виявленні афтозних елементів на язичці, яснах, губах та ін. Труднощі при диханні можуть виникати і при ураженні носоглотки, формуванні заглоткового абсцесу, папіломатозі гортані, бронхіальній астмі. При ураженні носоглотки, як це, наприклад, буває у хворих на інфекційний мононуклеоз, дихання не стенотичне зі втягненням поступливих місць грудної клітки, а «хрипливе», через відкритий рот, голос дзвінкий і немає «гавкаючого» кашлю. Те ж можна сказати і щодо заглоткового абсцесу, для якого характерно фіксоване положення голови, болі при ковтанні, випинання на задній стінці глотки, яке визначається при огляді ротоглотки.

Папіломатоз гортані може нагадувати синдром крупу в тому випадку, якщо дитина з папіломатозом захворіє на ГРВІ, але при уважно зібраному анамнезі завжди можна встановити, що аналогічні напади стенотичного дихання і осиплості голосу відзначалися у такої дитини і раніше. Крім того, у дитини з папіломатозом гортані осиплості голосу тримається досить довго і після зникнення явищ стенозу. *Напад бронхіальної астми і бронхообструктивний синдром* при ГРВІ відрізняється від крупу утрудненим видихом, а не вдихом, відсутністю зміни голосу, нав'язливим, але не «гавкаючим» кашлем, здуттям легень, великою кількістю різнокаліберних хрипів над поверхнею легень.

При чужорідному тілі дихальних шляхів, на відміну від крупу, немає ознак інфекційного процесу. Напад задухи виникає у дитини несподівано, на тлі видимого здоров'я, зазвичай протягом дня під час гри або їжі. Аспірація стороннього тіла призводить до нападів задухи і кашлю, після чого настає час повного благополуччя. Допомагають у діагностиці пряма ларингоскопія і рентгенологічне дослідження. Також вірусний круп необхідно диференціювати з вірусно-бактеріальним

ларинготрахеїтом, алергічним ларинготрахеїтом, вродженим стридором.

Профілактика Специфічної профілактики парагрипу не розроблено.

АДЕНОВІРУСНА ІНФЕКЦІЯ

Аденовірусна інфекція – гостре респіраторне захворювання, що характеризується лихоманкою, помірною інтоксикацією, ураженням слизових оболонок дихальних шляхів, нерідко – кон'юнктиви очей, а також лімфоїдної тканини.

Захворювання займає важливе місце в патології дітей раннього віку.

До 5-річного віку практично всі діти хворіють на аденовірусну інфекцію.

Етіологія і епідеміологія.

Збудники захворювання – аденовіруси, стійкі в зовнішньому середовищі, інактивуються при нагріванні і дії дезінфікуючих засобів.

Джерелом інфекції є хворі особи та здорові вірусоносії.

Шляхи передачі – аерогенний, контактний і аліментарний.

Патогенез. Вхідними воротами інфекції є слизові оболонки верхніх дихальних шляхів, рідше – кон'юнктиви очей і кишечника, потім вірус проникає в кров, викликаючи ураження внутрішніх органів – нирок, печінки, селезінки. У розвитку ускладнень велику роль відіграє приєднання бактеріальної флори.

Клініка. Інкубаційний період складає від 2 до 12 днів, у середньому 4–5.

Захворювання може починатися гостро або поступово, коли послідовно виникають симптоми ураження окремих органів і систем. Спостерігається чітке переважання місцевих симптомів хвороби над загальними. Інтоксикаційний синдром характеризується лихоманкою, млявістю, адинамією, зниженням апетиту. Іноді можуть бути нудота, головний біль і блювання.

У дітей раннього віку нерідко спостерігається збільшення печінки і селезінки. Лихоманка в межах 37,2–37,8 °С зберігається протягом 5–7 днів, рідше – до 2 тиж, можуть спостерігатися хвилеподібний перебіг та підвищення температури до високих цифр.

Клінічні форми аденовірусної інфекції

Фарингокон'юнктивальна лихоманка – найбільш типовий варіант аденовірусної інфекції. Характеризується лихоманкою, фарингітом із місцевою реакцією лімфатичних вузлів, негнійним фолікулярним кон'юнктивітом. Інтоксикація зазвичай помірна. Спостерігається частий сухий, а з 3–4-го дня – вологий кашель, який характеризується завзятістю і нерідко нагадує коклюшний. Ураження очей розвивається з 1-го або, частіше, з 2–3-го дня хвороби, з'являються симптоми катарального, фолікулярного або плівчастого кон'юнктивіту. Зазвичай уражається одне око, але можливий і двосторонній розвиток процесу. З'являється відчуття чужорідного тіла в оці, печіння. Кон'юнктива ока різко гіперемована, набрякла, має зернистий вигляд через гіперплазію фолікулів. Повіки стають набряклими, потовщеними. Відзначається ін'єкція судин склер, можуть бути крововиливи під кон'юнктиву або під шкіру повік. На кон'юнктиві або перехідній складці ока утворюється білувата плівка, спочатку у вигляді легкої павутинки, яка потім перетворюється на щільну плівку білого або жовтого кольору, відділяється насилу і повільно розсмоктується (через 10–14 днів). У цих випадках посилюється набряк повік, у куточках очей з'являється гнійне виділення біло-жовтого кольору. Характерна неможливість відкрити очі вранці, коли повіки і вії буквально «заклеєні» виділенням за ніч гноєм. Через 2–3 дні хвороби в патологічний процес втягується друге око, іноді з самого початку розвивається двосторонній кон'юнктивіт, але і тоді є відмінності у вираженості запального процесу з обох

сторін. Для плівчастого кон'юнктивіту характерний гострий початок, висока температура (до 38,5–39° С), тривала лихоманка (3–6 днів, іноді до 9–10).

Епідемічний кератокон'юнктивіт починається з катарального або фолікулярного кон'юнктивіту. Діти скаржаться на відчуття печіння в оці, рясну сльозотечу, вже з 2–4-го дня можна виявити дрібнокраписті або круглі за формою помутніння рогівки, розташовані субепітеліально. Можливі ерозії рогівки аж до втрати зору.

Досить часто виникає гастроентерит, який проявляється прискореними (до 3–5 разів) випороженнями диспептичного або ентероколітного характеру.

Мезаденит проявляється нападами гострого болю в животі з локалізацією в ділянці пупка або в правій клубовій ділянці, можливий розвиток інвагінації та інших форм кишкової непрохідності.

Ускладнення, як і при інших ГРВІ, обумовлені приєднанням бактеріальної флори. Діагноз аденовірусної інфекції ставлять на підставі лихоманки і симптомів катару дихальних шляхів, гіперплазії лімфоїдної тканини ротоглотки, поліаденопатії, характерного ураження слизових оболонок очей. Для діагнозу має значення послідовний розвиток клінічних симптомів, у результаті чого гарячковий період може тривати до 7–14 днів.

Параклінічні дослідження. Для периферичної крові в перші дні хвороби характерний незначний лейкоцитоз із нейтрофіліозом, з 3-го дня спостерігається лейкопенія, лімфоцитоз, можлива поява атипових мононуклеарів до 5 %, прискорена ШОЕ. Аденовіруси виділяють із носоглоткових змивів, калу і крові хворого.

Експрес-діагностику проводять за допомогою РІФ, що дозволяє виявити специфічні аденовірусні антигени в епітеліальних клітинах дихальних шляхів хворої дитини.

Для серологічної діагностики використовують РСК, РПГА з наростанням титру антитіл до аденовірусу в 4 рази і більше в парних сироватках.

Диференційна діагностика.

Аденовірусну інфекцію від респіраторної інфекції іншої вірусної етіології відрізняє ураження слизових оболонок очей, неоднчасне виникнення основних клінічних симптомів, чітко виражена реакція лімфоїдної тканини, виражений ексудативний характер запальних змін з боку дихальних шляхів і ротоглотки (табл. 1).

Інфекційний мононуклеоз відрізняється від аденовірусної інфекції різким збільшенням шийних лімфатичних вузлів, відсутністю виражених катаральних явищ, різким утрудненням носового дихання в зв'язку з ураженням носоглоткового мигдалика, частим виникненням ангіни, значним збільшенням печінки і особливо селезінки, наявністю в крові лімфоцитарного лейкоцитозу і великої кількості атипових мононуклеарів.

Для мікоплазмової інфекції характерні стійкі катаральні явища без ознак ексудативного запалення, раннє ураження легень, збільшення ШОЕ.

Профілактика.

Специфічна профілактика не проводиться через неефективність атенуйованої вакцини.

Неспецифічна профілактика. Ізоляція хворого, провітрювання та дезінфекція приміщень, хлорування води басейнів. При безпосередній загрозі зараження використовують людський лейкоцитарний інтерферон або нормальний імуноглобулін для внутрішньом'язового введення.

ЛІКУВАННЯ ГРВІ

Лікувально-охоронний режим включає наступне:

- ізоляцію хворої дитини з обмеженням контактів із дітьми і дорослими;
- дотримання санітарно-гігієнічного режиму (вологе прибирання 2–3 рази на день, провітрювання в присутності хворого 6–8 разів на день, підтримання температури повітря в межах комфортної, 20–22 °С, зі зниженням під час сну на 2–3 °С);
- гігієнічний догляд (часта зміна білизни, одягу, носових хусток, щоденний туалет шкіри і слизових оболонок);
- створення обстановки, що виключає підвищені психоемоційні і фізичні навантаження.

Проводять базисну і етіотропну терапію

1. Базисна терапія, незалежно від тяжкості хвороби, включає наступне. Ліжковий режим призначається на весь гарячковий період, щадний – до стихання інтоксикації, далі – домашній на 7 днів. Прогулянки на свіжому повітрі – не раніше 7-го дня домашнього режиму і при температурі повітря не нижче –10°С. Молочно-рослинна дієта, збагачена вітамінами – стіл 13; кисломолочні вироби, пюре, омлети, запіканки, муси, киселі. Висококалорійні продукти і делікатеси з раціону виключаються.

Годування дітей раннього віку дуже важливо не змінювати!

Не можна відлучати від грудей, вводити нові види їжі і прикорм. Часте, дрібне пиття, включаючи чай з лимоном, малиною, лужні мінеральні води, соки, морси. Потреби в рідині при ГРВІ збільшуються в 1,5 рази. Рясне пиття в теплому вигляді забезпечує не тільки поповнення рідини, втраченої внаслідок лихоманки і задишки, але і сприяє розрідженню мокротиння, покращуючи його евакуацію.

Медикаментозне лікування

При закладеності носа у дітей у віці до 6 міс слизову оболонку носа зволожують 0,9 % розчином натрію хлориду.

Судинозвужуючі препарати призначають дітям старше 6 міс, але не більше, ніж на 3 дні.

При риніті (ринореї) – Галазолін, Санарин, борно-адреналінові краплі, морські сольові краплі.

Дітям старше 6 років при наявності густого слизу застосовують промивання носа (Фурацилін, розчин натрію бікарбонату, сік буряка або сік буряка і моркви разом, алое, коланхое).

При гнійному риніті – Протаргол або Коларгол.

При сухості змащують слизові розчином вітаміну А, маззю календули, вазеліном.

У ранньому дитинстві небажано використання масляних крапель (Назол, Піносол та ін.).

Препарати від кашлю рекомендуються при сухому, болісному кашлі.

При вологому кашлі з важким відділенням мокротиння застосовують муколітичні та відхаркувальні препарати.

До засобів, які розріджують мокротиння і підсилюють відділення слизу, відносяться препарати рослинного походження (корінь алтея, солодки, термопсису та ін.) – їх потрібно застосовувати кожні 2 год, муколітики (АЦЦ, Мукалтин, Бромгексин, Пакселадин, Гексапневмін, Пертусин) – при вологому непродуктивному кашлі. Препарати, які пригнічують кашльовий рефлекс – центральної дії (Кодеїн, Тусупрекс, Лібексин, Глауцин, Глаувент, Синекод)

призначаються при сухому непродуктивному, болісному кашлі, але мають вікові обмеження.

Добре себе проявив препарат Пектолван, складові якого сприяють індивідуальному підходу до кожного виду кашлю. Пектолван Фіто – фітопрепарат з унікальним складом і вираженою антибактеріальною дією. Пектолван Плющ – муколітичний засіб з додатковим бронхоспазмолітичним компонентом. Пектолван Ц – збалансована комбінація муколітиків і мукорегуляторів. Пектолван Стоп – комплексний препарат, який сприяє швидкому вирішенню сухого, нав'язливого кашлю (переходу непродуктивного кашлю у продуктивний).

Більше застосовуються теплові і відволікаючі процедури, інгаляції, змазування і зрошення зіву антисептиками (з урахуванням віку).

Антигістамінні препарати раніше призначалися як обов'язкові в комплексному лікуванні ГРВІ.

В даний час призначаються лише за індивідуальними показаннями – хворим із несприятливим алергічним фоном, алергічними захворюваннями, а також при вираженому ексудативному синдромі. Зокрема, рекомендується препарат пролонгованої дії – Едем.

Підвищення температури тіла при ГРВІ є природною захисною реакцією організму. Її механізм – стимуляція ендогенного інтерфероноутворення. Жарознижуючі препарати слід застосовувати, коли температура тіла перевищує 38,5–39 °С.

Однак дітям у віці до 2 міс, а також дітям із перинатальною енцефалопатією, судомами в анамнезі та важким захворюванням серця треба постійно проводити контроль гарячки, температура повинна бути не вище 38 °С. Призначають антипіретики у вікових дозах. Перевагу при виборі препарату зараз надають парацетамолу і його аналогам (Панадол, Понтано, Понстел), комбінованим препаратам (Колдрекс та ін. при наявності дитячих форм). Категорично протипоказано застосування ацетилсаліцилової кислоти з метою зниження температури тіла дітям до 12 років через можливі гематологічні побічні ефекти.

У лікуванні ГРВІ важлива роль відводиться фітопрепаратам, які мають вельми різноспрямований ефект. Протизапальним ефектом володіють календула, липа, березові бруньки, оман, мати-й-мачуха, деревій, шавлія, хвощ.

Противірусні: цибуля, часник.

Антисептики: звіробій, подорожник, ромашка, чистотіл, ялівець, сосна. жарознижуючі і потогінні: листя берези, малина, волошка, бузина, цикорій, ромашка, мати-й-мачуха.

Антиалергічні: ромашка, солодка, фіалка триколірна, череда.

Спазмолітики: багно, валеріана, беладонна, м'ята, чебрець, елеутерокок.

Імуномодулятори: лимонник, аїр, аралія, женьшень, заманиха, золотий корінь, елеутерокок.

Вітамінні комплекси і біостимулятори: брусниця, ожина, шипшина.

Причому більшість лікарських рослин має кілька поєднаних властивостей.

2. Етіотропна терапія призначається при тяжкій і середньотяжкій формі захворювання.

Розрізняють наступні препарати за механізмом дії.

- Засоби, що перешкоджають проникненню вірусу в клітину (Ремантадин, Амантадин, Теоброфен, Оксолін, Арбідол, Бонафтон, Рибамідил, Хелепір,

Зовіракс та ін.). Застосування цих препаратів у дітей обмежено через токсичність, призначення можливе не раніше 7 років.

- Засоби, що порушують біосинтез нуклеїнових кислот (рибо- і дезоксирибонуклеаза).
- Інтерферон і його стимулятори, інтерферогени. Застосовуються інтерферони L (Альфаферон, Інтерферон людський, Локферон) для лікування і профілактики ГРВІ. Інтерферони В (Ребіф, Фрон) рекомендують при аденовірусній та герпетичній інфекції. Назоферон застосовується для лікування і профілактики грипу та ГРВІ. Діє на причину розвитку грипу та ГРВІ, захищає неінфіковані клітини від вірусів, діє вже через 5–10 хв після застосування. Вікових обмежень немає.

Амізон – протівірусний препарат для лікування і профілактики грипу та ГРВІ. Має протівірусну, імуномодулюючу, жарознижувальну і аналгетичну дію. Підвищує рівень ендogenousного інтерферону в 3–4 рази. Амізон у сиропі застосовується для лікування дітей з трьох років. Зменшує прояви симптомів інтоксикації і підвищує резистентність організму до вірусних інфекцій.

Одночасне застосування нестероїдних протизапальних засобів знижує біологічну активність інтерферонів.

До стимуляторів ендogenousного інтерферону відносяться Циклоферон, Аміксин (Тилоран), Ридостин, Мегосин, Полудан. Однак їх застосування у дітей обмежене, призначають після 14 років. Аналогічно діють препарати аралії, лимонника, елеутерококу, женьшеню, заманихи.

- Специфічні імуноглобуліни. Протигрипозний людський імуноглобулін – замісна терапія при тяжких і токсичних формах ГРВІ. До цієї ж групи належать препарати для вакцинації: Грипол – Поліоксидоній як стимулятор інтерфероноутворення + серотипи живих ослаблених вірусів, внутрішньом'язово; Інфлувак – гемаглютиніни + нейрамінідази, у дітей старше 6 міс, внутрішньом'язово; жива суха алантоїсна грипозна вакцина – з трьох років, інтраназально, але у неї багато протипоказань і гірший ефект, ніж у вакцин, які призначають внутрішньом'язово.

Як етіотропний препарат для грипу раніше призначався ремантадин. Він захищає клітини людини від проникнення вірусу грипу А завдяки блокуванню ділянок із поверхнею клітинної мембрани. Використовують його в перші 5 днів хвороби для обмеження поширення вірусу в організмі, а також для профілактики грипу. В останні роки вірус грипу набув стійкості до ремантадину, тому для емпіричної терапії грипу препарат не рекомендується.

При грипі показані інгібітори нейрамінідази (Озельтамівір, Занамівір). Озельтамівір призначається дітям у віці старше 12 років в капсулах по 75 мг 2 рази на добу протягом 5 днів. Діти у віці від 1 до 12 років приймають препарат у вигляді розчину для пиття протягом 5 днів. Якщо маса тіла дитини 15 кг або менше, препарат призначають у дозі 30 мг 2 рази на добу; при масі тіла 15 – 23 кг доза становить 45 мг 2 рази на добу, 23–40 кг – 60 мг 2 рази на добу, понад 40 кг – 75 мг 2 рази на добу. Занамівір призначається у вигляді порошку, дозованого для ін'єкцій. Для дітей старше 5 років проводять по 2 ін'єкції (5мг) 2 рази на добу протягом 5 днів.

При грипі та ГРВІ застосовують препарати рекомбінантного інтерферону і індуктори ендogenousного інтерферону.

При тяжких формах грипу використовують донорський імуноглобулін із високим титром протигрипозних антитіл. Застосовують його внутрішньом'язово: від 0 до 2 років – по 0,5–1,5 мл, від 2 до 7 років – по 3 мл, старше 7 років – 4,5–6,0 мл. В особливо важких випадках введення імуноглобулінів можна повторювати через 12 год. Внутрішньовенне введення нормального імуноглобуліну людини і інгаляційне введення рибавіріну показано при важких формах РС-інфекції.

Показанням для призначення антибіотиків при ГРВІ є приєднання бактеріальних ускладнень. Також антибіотики призначають, коли температура тіла вище 38 °С зберігається більше 3 днів або коли вона спостерігається на 5-й день після нормалізації, при наявності задишки, асиметрії хрипів у легенях, лейкоцитозі в периферичній крові більш 15×10^9 /л. Зазвичай використовують амінопеніциліни, особливо захищені від дії беталактамаз мікробів клавулоновою кислотою або сульбактамом, а також цефалоспорини, макроліди. Одночасне призначення антигістамінних препаратів нераціональне, їх використовують тільки при наявності алергологічного несприятливого фону або при вираженому набряковому і ексудативному синдромі.

Антигрибкові препарати показані при тривалому (більше 2 тиж) лікуванні антибіотиками. Ністатин неефективний, доцільно призначати амфотерицин.

3. *Синдромальна терапія* проводиться згідно з відповідними протоколами лікування: гіпертермічний, судомний, геморагічний, астматичний синдром, синдром крупу.

4. *Невідкладна терапія при ГРВІ на догоспітальному етапі*

Гіпертермічний синдром лікується залежно від виду гіпертермії.

При «червоній» застосовують жарознижуючі та фізичні методи охолодження, при «білій» – спазмолітики, а потім жарознижуючі засоби. Літичні суміші (поєднання жарознижуючих, спазмолітиків, що поліпшують мікроциркуляцію, і седативних засобів у різних комбінаціях) можна застосовувати і всередину, і внутрішньом'язово.

Судомний синдром (частіше на тлі нейротоксикозу, тобто терапія стартова перед госпіталізацією) – препаратом вибору на догоспітальному етапі є Сибазон з обов'язковим зниженням температури тіла. Стартова доза 0,5 % розчину 0,5 мг/кг (0,1 мл/кг) внутрішньом'язово. При відсутності ефекту можливе введення ГОМК 20 % розчину внутрішньом'язово, 100 мг/кг (новонародженим – обережно!). Амбулаторно внутрішньовенне введення небажано. Магnezію (25 % розчину магнезію сульфату) краще не застосовувати – проникаючи через гематоенцефалічний бар'єр (особливо на тлі судом), вона пригнічує життєво важливі центри.

Особливої уваги при лікуванні ГРЗ вимагають діти з фебрильними судомами в анамнезі. Їм призначають з першого дня лікування (якщо не застосовується постійно) Фенобарбітал 2–3 мг/ кг/добу всередину, добову дозу в 3 прийоми. Тривалість прийому не менше 3–4 тиж, а наступну тактику визначає невропатолог, тобто обов'язково потрібна консультація невропатолога при першому після хвороби відвідуванні поліклініки.

Синдром крупу зі стенозом. При мінімальних явищах стенозування – симптоматична терапія (Нафтизин дитячий, краплі в ніс, лужне пиття невеликими ковтками, гаряча ванна з подальшим укутуванням). За умов стрімкого наростання стенозування показано екстрене введення кортикостероїдів із підключенням інфузійної терапії та оксигенотерапії.

Широко в інгаляційній терапії використовують Пульмикорт.

Синдром бронхіальної обструкції – стартово Сальбутамол, потім Еуфілін, потім кортикостероїди і госпіталізація. Можливо стартове застосування інших В-агоністів короткої дії (Беротек, Вентолін, Сальбутерол), антихолінергічних препаратів (Атровент), інгаляційних стероїдів (Бекотид).

РЕАБІЛІТАЦІЙНІ ЗАХОДИ

Розбіжність термінів клінічного та біологічного одужання після перенесеного ГРВІ обумовлює необхідність організації щадного диференційованого режиму для тих дітей, які зазнають значних навчально-трудова навантажень, тобто школярів. Основні контингенти дітей, які потребують організації лікувально-оздоровчого режиму після ГРВІ:

- діти, які перенесли ГРВІ в середньотяжкій і тяжкій формах;
- діти, які перехворіли за рік 2–3 рази;
- діти, які часто хворіють.

Профілактика Вакцинація є надійним методом профілактики грипу.

Оптимальні терміни її проведення – вересень–листопад. У першу чергу введення вакцини проти грипу показано дітям із груп ризику, що мають хронічні захворювання з боку бронхолегеневої та серцево-судинної систем, зі хронічними захворюваннями нирок, печінки, хворим із гемолітичними анеміями, гемоглобінопатіями, цукровим діабетом, ожирінням, ВІЛ-інфекцією, аспленією та хворим, які знаходяться на імуносупресивній терапії, отримують хіміотерапію, рентгенотерапію, тривало застосовували препарати ацетилсаліцилової кислоти. Також до груп ризику при грипі входить персонал медичних установ та інші люди, які тісно контактують з представниками інших груп ризику, батьки дітей у віці до 6 міс, що знаходяться в контакті з вагітними.

Вакцинація перерахованим контингентам осіб проводиться з метою попередження можливості передачі інфекції оточуючим.

Вакцинація проти грипу протипоказана, якщо підтверджені анафілактичні реакції на попередню дозу вакцини, на яйця і продукти з яєць, на деякі лікарські препарати. Постекспозиційна (постконтактна) хіміопротифілактика грипу.

Дітям рекомендується прийом озельтамівіру після контакту з хворим на грип – 1 раз на добу протягом 10 днів.

Доза розраховується відповідно до маси тіла дитини:

- якщо вона менше 15 кг – рекомендована доза становить 30 мг 1 раз на добу;
- від 15 до 23 кг – 45 мг, 1 раз на добу;
- від 23 до 40 кг – 60 мг, 1 раз на добу;
- більше 40 кг – 75 мг на добу.

Занамівір з метою профілактики грипу призначається дітям старше 5 років по 2 інгаляції (5 мг *2) 1 раз на добу протягом 10 днів.

Хіміопротифілактика грипу повинна починатися не пізніше 48-ї години після контакту з хворим. У першу чергу хіміопротифілактика грипу рекомендована таким особам:

- 1) не щеплені проти грипу;
- 2) щеплені не менше ніж за 2 тиж до моменту контакту;
- 3) щеплені, але вакцина не відповідає штаму вірусу, циркулюючого в країні;
- 4) належать до групи ризику при грипі.

Хіміопротифілактика грипу повинна починатися не пізніше 48-ї години після контакту з хворим.

Неспецифічна профілактика грипу та ГРВІ В період епідемії необхідно:

- уникати контакту з особами, що мають прояви респіраторної інфекції;
- обмежити відвідування місць великого скупчення людей;
- часто провітрювати приміщення;
- часто мити руки з милом, прагнути не торкатися очей, носа або рота немитими руками;
- уникати обіймів, поцілунків і рукоштовань;
- прикривати рот і ніс при чханні або кашлі одноразовою носовою серветкою;
- якщо у людини є симптоми респіраторної інфекції, то необхідно триматися на відстані від неї не менше двох метрів.

Диференційно-діагностичні критерії гострих респіраторних вірусних інфекцій

Ознака	Грип	Парагрип	Аденовірусна інфекція	РС-інфекція	Риновірусна інфекція	Реовірусна інфекція
Збудник	Віруси грипу: 3 серотипи (А, В, С)	Віруси парагрипу: 5 серотипів (1–5)	Аденовіруси: 49 серотипів (1–49)	РС-вірус: 1 серотип	Риновіруси: 114 серотипів (1–114)	Реовіруси: 3 серотипи (1–3)
Вік	Різноманітний	Частіше 6 міс – 5 років	Частіше 6 міс – 5 років	Частіше 1–2 років	Різноманітний	Частіше 6 міс – 3 років
Початок захворювання	Найгостріший	Гострий	Гострий	Поступовий	Гострий	Гострий
Провідний клінічний синдром	Інтоксикація	Катаральний	Катаральний	Дихальна недостатність	Катаральний	Катаральний
Синдром інтоксикації	Сильно виражений, триває 2–5 днів	Помірно або слабо виражений, триває 3–5 днів	Помірно виражений, триває 5–14 днів	Слабко виражений, триває 3–7 днів	Слабко виражений, триває 1–2 дні	Слабко або помірно виражений, триває 1–3 дні
Температура тіла	39 °С і більше	37–38 °С	38–39 °С	Субфебрильна, іноді нормальна	Нормальна або підвищена	Субфебрильна або нормальна
Катаральний синдром	Помірний, із 2–3-го дня хвороби; ексудативний компонент виражений слабо	Виражений, із першого дня хвороби; ексудат. компонент помірний	Сильно виражений, із першого дня хвороби	Виражений, поступово наростає	Виражений, з першого дня хвороби	Помірно виражений, з першого дня хвороби
Риніт	Закладеність носа, утруднення носового дихання	Легка закладеність носа, помірне серозне відокремлюване	Рясне слизово-серозне відокремлюване; носове дихання різко утруднене	Незначне серозне відокремлюване	Рясне серозне відокремлюване; носове дихання утруднене або відсутнє	Помірне серозне відокремлюване
Кашель	Сухий, болісний, болючий	Грубий «гавкаючий»	Вологий	Спастичний	Покашлювання	Рідке покашлювання
Зміни в ротоглотці	Помірна, синюшна гіперемія, зернистість задньої стінки глотки; ін'єкція судин слизової оболонки зів	Слабка або помірна гіперемія, зернистість задньої стінки глотки	Помірна гіперемія, набряк слизової оболонки глотки і піднебінних мигдалин з нижнім білястим нальотом; гіперплазія фолікулів задньої стінки	Слабка гіперемія слизових оболонок	Слабка гіперемія слизових оболонок	Слабка або помірна гіперемія слизових оболонок
Провідний синдром ураження респіраторного тракту	Трахеїт	Ларингіт	Назофарингіт ізольований або в поєднанні з тонзилітом, кон'юнктивітом	Бронхіоліт	Риніт	Назофарингіт
Збільшення лімфатичних вузлів	Відсутнє	Відсутнє	Збільшені шийні, підщелепні і мезентеріальні лімфовузли	Відсутнє	Відсутнє	Збільшені шийні лімфатичні вузли
Збільшення печінки і селезінки	Відсутнє (може бути при токсикозі)	Відсутнє	Відмічається	Відсутнє	Відсутнє	Відмічається
Ураження очей	Ін'єкція судин склер	Відсутнє	Кон'юнктивіт різної форми, кератокон'юнктивіт	Відсутнє	Ін'єкція судин кон'юнктив і склер; рясна сльозотеча	Ін'єкція судин склер; іноді катаральний

Перебіг	Гострий	Гострий	Затяжний, хвилеподібний; латентний з персистенцією вірусів	Гострий	Гострий	кон'юнктивіт Гострий
Тривалість хвороби	До 7–10 днів	7–14 днів	2–4 тиж і більше	7–10 днів	5–7 днів	2–4 тиж і більше

Парагрип – гостре вірусне захворювання респіраторного тракту, що характеризується помірною інтоксикацією, переважним ураженням слизових оболонок гортані і носа.

Діагностичні критерії:

- • клінічні:
 - – спорадична захворюваність, зростає взимку;
 - – інкубаційний період – 2-7 діб;
 - – гострий початок;
 - – слабовиражений інтоксикаційний синдром;
 - – слабовиражені катаральні явища;
 - – часто першим проявом є синдром крупу, що переважно виникає у дітей раннього віку;
 - – основна клінічна ознака – катар верхніх дихальних шляхів у вигляді стенозуючого ларингіту;
- • параклінічні:
 - – загальний аналіз крові: без змін або в першу добу невеликий лейкоцитоз, що швидко змінюється на лейкопенію, помірне збільшення ШОЕ;
 - – лабораторне підтвердження: змиви з носоглотки на вірусні включення, імуноферментний аналіз (ІФА) епітелію слизової ротоглотки дозволяє виявити антиген вірусу, реакція зв'язування комплекменту
 - (РЗК) та реакція гемаглютинації (РГГА) в парних сироватках з парагрипозними антигенами виявляють антитіла та наростання їх титру в процесі захворювання в 4 і більше разів.

Аденовірусна інфекція – гостре респіраторне вірусне захворювання, що характеризується гарячкою, помірною інтоксикацією, ураженням слизових оболонок дихальних шляхів, нерідко – кон'юнктиви очей, а також лімфоїдної тканини.

Діагностичні критерії:

- • клінічні:
 - – спорадична захворюваність та епідемічні спалахи;
 - – зимова сезонність, ймовірні спалахи влітку;
 - – інкубаційний період – 2-12 діб;
 - – гострий початок;
 - – перший прояв – катар верхніх дихальних шляхів, помірно виражений інтоксикаційний синдром;
 - – кон'юнктивіт;
 - – ураження лімфоїдних органів та органів ретикулоєндотеліальної системи;
 - – інтестинальний синдром;
- • параклінічні:

- – загальний аналіз крові: незначний лейкоцитоз, що швидко змінюється нормоцитозом чи лейкопенією, лімфоцитоз зі зсувом вліво, нормальна чи дещо збільшена ШОЕ;
- – виділення вірусу із вмісту носоглотки, кон'юнктив, харкотиння, фекалій, крові в культурі тканин;
- – серологічні реакції: РЗК чи РН у парних сироватках на 1-5-й та 8-13-й день захворювання для виявлення наростання титру антитіл до аденовірусу;
- – імунофлюоресцентний метод: виявляються антигени вірусу в мазках-відбитках зі слизової нижньої носової раковини.

Респіраторно-синцитіальна інфекція – гостре респіраторне захворювання, що перебігає із переважним ураженням нижніх дихальних шляхів та дуже частим розвитком бронхітів, бронхіолітів та інтерстиціальної пневмонії у дітей віком до 1 року.

Діагностичні критерії:

- • клінічні:
 - – інкубаційний період – 3-7 днів;
 - – зимова сезонність, гострий початок;
 - – легкий перебіг у дітей старшого віку (за типом гострого бронхіту);
 - – розвиток бронхіоліту в немовлят;
 - – розвиток синдрому крупу;
- • параклінічні:
 - – загальний аналіз крові: кількість лейкоцитів нормальна чи дещо підвищена, моноцитоз, нейтрофільний зсув вліво, можливе збільшення атипових мононуклеарів до 5 %, незначне збільшення ШОБ;
 - – виділення вірусу зі змивів з носоглотки на культурі тканин має історичне значення;
 - – досліджують парні сироватки в РЗК, РНГА з інтервалом 10-12 днів для виявлення комплементзв'язуючих та віруснейтралізуючих антитіл та наростання їх титру в 4 і більше разів;
 - – експрес-метод: з перших днів захворювання досліджують відбитки зі слизової нижніх носових ходів для виявлення антигену РС-вірусу.

Риновірусна інфекція (заразний нежить) – гостре вірусне захворювання дихальних шляхів, що перебігає з переважним ураженням слизової оболонки порожнини носа.

Діагностичні критерії:

- • клінічні:
 - – епідемічні спалахи (взимку, восени);
 - – інкубаційний період -1-5 діб;
 - – слабо або помірно виражений інтоксикаційний синдром;
 - – катар верхніх дихальних шляхів;
 - – з першої доби – розвиток риніту зі значними виділеннями;
 - – часто – приєднання бактерійної інфекції;
- • параклінічні:
 - – загальний аналіз крові: нормальна кількість лейкоцитів або рідше лейкопенія, відносний лімфоцитоз;
 - – виділення вірусу зі змивів з носоглотки, ІФА для виявлення антигену в епітеліальних клітинах слизової носа.

Грип – заразна гостра інфекційна хвороба, що викликається РНК- вмісними вірусами і характеризується специфічними симптомами інтоксикації та катаром верхніх дихальних шляхів.

Діагностичні критерії:

- • клінічні:
- – епідемічні спалахи (взимку, восени);
- – інкубаційний період – від кількох годин до 1 -2 діб;

*

- – домінує в клінічній картині виражений інтоксикаційний синдром аж до проявів нейротоксикозу;
- – катар верхніх дихальних шляхів за типом трахеїту;
- – часто – приєднання бактерійної інфекції;
- • параклінічні:
- – загальний аналіз крові: в першу добу захворювання невеликий нейтрофільний лейкоцитоз, що змінюється лейкопенією, зсув формули вліво (ступінь зсуву відповідає тяжкості токсикозу), відносний лімфоцитоз, еозинофілія, ШОЕ практично не змінюється;
- – вірусологічне обстеження: виділення антигенів вірусів грипу із носоглоткових змивів на курячих ембріонах чи тканинних культурах проводять в перші 2-6 днів захворювання;
- – ІФА: проводять шляхом виявлення антигенів вірусу грипу в мазках-відбитках зі слизової оболонки нижніх носових ходів;
- – серологічні реакції: РГГА, РЗК виявляють наростання титру антитіл у парних сироватках.

Особливості ГРВІ у новонароджених та немовлят:

- • відмова від грудей, втрата маси;
- • розлади сну, неспокій;
- • поступовий початок, слабовиражений інтоксикаційний синдром;
- • риновірусна інфекція частіше супроводжується розвитком трахеобронхіту;
- • при РС-інфекції – частіше бронхіоліт, інтерстиціальна пневмонія;
- • при аденовірусній інфекції-часто інтестинальний синдром, рідко-збільшення лімфовузлів, кон'юнктивіт, частіше бронхіт, інтерстиціальна пневмонія;
- • часті бактерійні ускладнення;
- • висока летальність.