

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) у детей



Краткая информация

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) – острая, в большинстве случаев самоограничивающаяся инфекция респираторного тракта, проявляющаяся катаральным воспалением верхних дыхательных путей и протекающая с лихорадкой, насморком, чиханием, кашлем, болью в горле, нарушением общего состояния разной степени выраженности.

Этиология и патогенез.

Возбудителями заболеваний респираторного тракта являются вирусы. Сезонный комплекс возбудителей острых респираторных вирусных инфекций включает десятки одновременно циркулирующих вирусов (>200 генетических групп из 6 семейств и 10 родов), практически не различающихся по клинической картине. Распространение вирусов происходит чаще всего путем самоинкуляции на слизистую оболочку носа или конъюнктиву с рук, загрязненных при контакте с больным (например, через рукопожатие) или с зараженными вирусом поверхностями (риновирус сохраняется на них до суток). Другой путь – воздушно-капельный – при вдыхании частичек аэрозоля, содержащего вирус, или при попадании более крупных капель на слизистые оболочки при тесном контакте с больным.

Инкубационный период большинства вирусных болезней – от 2 до 7 дней.

Выделение вирусов больным максимально на 3-и сутки после заражения, резко снижается к 5-му дню; неинтенсивное выделение вируса может сохраняться до 2 недель. Симптомы ОРВИ являются результатом не столько повреждающего влияния вируса, сколько реакции системы врожденного иммунитета.



Эпидемиология

ОРВИ – самая частая инфекция человека: дети в возрасте до 5 лет переносят в среднем 6–8 эпизодов ОРВИ в год, в детских дошкольных учреждениях особенно высока заболеваемость на 1–2-м году посещения – на 10–15 процентов выше, чем у неорганизованных детей, однако в школе дети болеют чаще.

Почему так происходит? Опасно ли это? Какое количество заболеваний является нормой?

Заболеваемость острыми инфекциями верхних дыхательных путей может значительно различаться в разные годы. Заболеваемость наиболее высока в период с сентября по апрель, пик заболеваемости приходится на февраль–март. Спад заболеваемости острыми инфекциями верхних дыхательных путей неизменно регистрируется в летние месяцы, когда она снижается в 3–5 раз.

Иммунитет ребенка еще не знаком с большинством вирусов, а их более двухсот! И каждый из них способен вызвать инфекцию верхних дыхательных путей! Особенно много вирусов в детских коллективах, то есть там, где одновременно находится большое количество детей. Естественно, каждая встреча иммунной системы ребенка с новым вирусом может приводить к заболеванию. Нет ничего необычного в том, что ребенок часто болеет в детском коллективе. Со временем, по мере знакомства ребенка с возбудителями инфекций, частота заболеваний уменьшится.

Чтобы дети болели реже, важно следить за их иммунитетом!

По современным данным здоровые дети с нормальным иммунитетом могут болеть:

1-ый год посещения детского сада до 12-14 раз;

2-ой год посещения: 6 - 10 раз;

3-ий год посещения: 4 - 8 раз.

Далее по мере формирования иммунитета ребенка количество заболеваний значительно снижается.



Клиническая картина

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

Назофарингит: для назофарингита характерны жалобы на заложенность носа, выделения из носовых ходов, неприятные ощущения в носоглотке: жжение, покалывание, сухость, нередко скопление слизистого отделяемого, которое у детей, стекая по задней стенке глотки, может вызывать продуктивный кашель.

Ларингит и ларинготрахеит: симптомом, позволяющим диагностировать ларингит, является осиплость голоса. В отличие от синдрома крупа (обструктивного ларинготрахеита), явлений стеноза гортани не отмечается, дыхательной недостаточности нет, однако может отмечаться грубый сухой кашель. При трахеите кашель может быть навязчивым, частым, изнуряющим пациента.

Фарингит: при фарингите отмечаются гиперемия и отёчность задней стенки глотки, её зернистость, вызванная гиперплазией лимфоидных фолликулов. На задней стенке глотки может быть заметно небольшое количество слизи (катаральный фарингит), фарингит также характеризуется непродуктивным, часто навязчивым кашлем. Этот симптом вызывает крайнее беспокойство родителей, доставляет неприятные ощущения ребенку, поскольку кашель может быть очень частым. Такой кашель не поддается лечению препаратами для лечения обструктивных заболеваний дыхательных путей, муколитическими препаратами, ингаляционными глюкокортикоидами (и не требует их назначения).

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



Какая же профилактика? Можно ли хотя бы снизить шансы здоровых детей заразиться во время эпидемии ОРВИ?

Теоретически — да. Поскольку изоляция распространителей инфекции практически невозможна (с учетом «скрытого» периода распространения вирусов), следует сосредоточиться на мерах санитарии и гигиены:

Неспецифические методы профилактики:

Первостепенное значение имеют профилактические мероприятия, препятствующие распространению вирусов:

- тщательное мытье рук после контакта с больным
- ношение масок
- мытье поверхностей в окружении больного
- в лечебных учреждениях – соблюдение санитарно-эпидемического режима, соответствующая обработка фонендоскопов, отоскопов
- в детских учреждениях – быстрая изоляция заболевших детей, соблюдение режима проветривания.

Обеспечив выполнение этих основных правил, можно считать задачу по борьбе с распространением вирусной инфекции выполненной.

Подчеркнем — не успешной, а именно выполненной. Потому, что достигнуть в этом деле успеха удастся далеко не всегда, и это — тоже совершенно нормально. Так как респираторные вирусы живучи и очень заразны, также следует учитывать факт мутации вирусов.

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



ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

БЫТЬ
ЗДОРОВЫМ

ЖИТЬ
СЧАСТЛИВО



СДЕЛАЙТЕ
ПРИВИВКУ



ЧАЩЕ
МОЙТЕ РУКИ



ПОЛЬЗУЙТЕСЬ
МАРЛЕВОЙ
ПОВЯЗКОЙ



ИЗБЕГАЙТЕ
ЛЮДНЫХ МЕСТ



ПРОМЫВАЙТЕ НОС
СОЛЕНОЙ ВОДОЙ



ЧАЩЕ МОЙТЕ
И ПРОВЕТРИВАЙТЕ
ПОМЕЩЕНИЕ



ВЕДИТЕ
ЗДОРОВЫЙ
ОБРАЗ ЖИЗНИ



ЧАЩЕ ГУЛЯЙТЕ



ПИТАЙТЕСЬ
ПРАВИЛЬНО

Единственный доказанный и эффективный способ себя защитить от респираторной инфекции - это вакцинация!!!

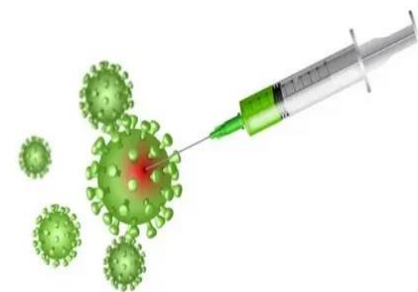
СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА (ВАКЦИНАЦИЯ) ГРИППА.

Основной задачей вакцинации против гриппа является создание коллективного иммунитета (не менее 70% вакцинированных в коллективе)



Вакцинация может предотвратить заболевание гриппом у 80-90% детей и взрослых. Если болезнь все-таки развивается, то у привитых она протекает значительно легче и со значительно меньшим числом осложнений.

Специфическая профилактика гриппа приводит к существенному сокращению заболеваемости и снижению смертности, сопровождающих эпидемии гриппа.



Спасибо за внимание.
Будьте здоровы. 😊

