

**Министерство здравоохранения Республики Казахстан
АО «Медицинский университет Астана»**

Одобен
Объединенной комиссией по качеству медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики Казахстан
от «10» ноября 2017 года
Протокол № 32

**Острые респираторные инфекции
верхних дыхательных путей у детей**

Баешева Динагуль Аяпбековна

Перед клиницистами стоят следующие проблемы:

1. Своевременная диагностика первых и последующих случаев ОРВИ, гриппа, COVID-19.
2. Эффективное и комплексное лечение
3. Прогнозирование клинических осложнений
4. Определение тактики ведения больного с целью снижения летальности

Основные задачи врача ПМСП

1. Ранняя диагностика и дифференциальная диагностика.
2. Установление показаний к госпитализации.
3. Организация лечения на дому.
4. Проведение необходимых профилактических мероприятий.

Только всесторонняя оценка первичной информации, всей совокупности клинических и эпидемиологических данных, позволяет прийти к обоснованному предварительному нозологическому диагнозу

При отсутствии этиологической расшифровки ОРВИ, для принятия решения тактики ведения пациентов следует различать (ВОЗ):

- Тяжелые острые респираторные инфекции (ТОРИ) – заболевания, возникшие в течение предшествующих **десяти** календарных дней, характеризующиеся высокой температурой в анамнезе или лихорадкой ≥ 38 градусов, кашлем, одышкой и **требующего немедленной госпитализации**
- Гриппоподобные заболевания (ГПЗ) – случаи острых респираторных вирусных заболеваний, возникшие в течение предшествующих **семи** календарных дней, характеризующегося лихорадкой ≥ 38 °С и кашлем

Дифференцированная тактика

ТОРИ

- Экстренная госпитализация в стационар (ОРИТ-по показаниям)
- Забор материала на ПЦР (ДЭН):
- Незамедлительное лечение ингибиторами нейраминидазы (осельтамивир, занамивир), **не дожидаясь результатов лабораторного исследования**
- Инфузионная дезинтоксикационная терапия
- Ранняя и адекватная респираторная поддержка (оксигенотерапия, ИВЛ по показаниям)
- Борьба с осложнениями

ГПЗ

- Лечение в амбулаторных условиях (постельный режим, обильное питье)
- **Предупреждаете больного «Если появляется одышка и затрудненное дыхание – ТОРИ! Грипп???) - скорая помощь и в стационар и далее по алгоритму ТОРИ.**

- Ожидаемая в этот осенний- зимний сезон одновременное распространение гриппа и КВИ19 **представляет большую угрозу** для здоровья населения и системы здравоохранения.
- Нагрузка на больницы будет наибольшей, если эпидемии COVID-19 и гриппа будут накладываться друг на друга и достигать пика примерно в одно и то же время.
- Карантинные и ограничительные меры в стране , проводимые против распространения КВИ19, **могут оказать сдерживающий эффект и при гриппе.**
- (проф. Шарапов М.Б)

Эпидемиология: особенности респираторных инфекций

- Респираторные инфекции – это более 300 видов возбудителей преимущественно вирусной природы, составляющие до 70-95% всей инфекционной патологии (у детей до 6-8 и более раз/год)

- **Разные механизмы передачи:** 1) воздушно-капельный, 2) контактно-бытовой (например, аденовирусы), 3) фекально-оральный с водным (энтеровирусы), пищевым (возбудители зоонозного гриппа, H5N1, H1N1, H7N9, H10N8 и др.) путями передачи

Большая восприимчивость детей и подростков от 2 до 10 лет

Пневмотропность патогенов

Гриппоподобный синдром

_____ Наиболее частая причина смертности в мире (7,5 – 23 на 100

0,01-0,2%)ВОЗ: гриппом заболевают ~1 млрд в год

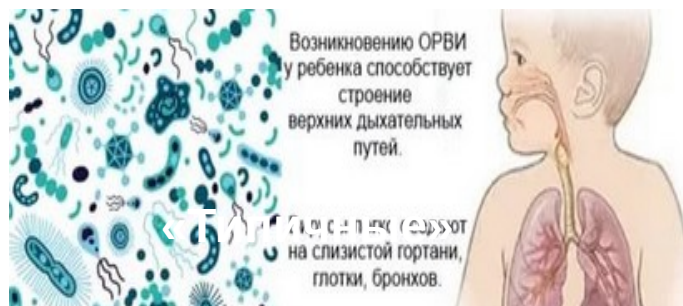
NB! Заболеваемость гриппом у школьников и дошкольников □ достигает 20-40% ,*****



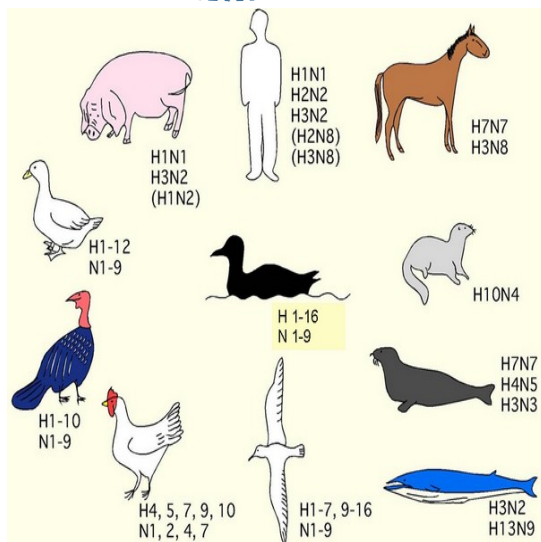
*R.Webster, A.Monto, 2013; Hayward A., 2014; Donaldson L.S., 2009;

** <http://www.who.int/immunization/sage/en>; *** Glezen W, 1990, Государственный доклад «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения РФ в 2016 году»

Этиологическая структура респираторных инфекций



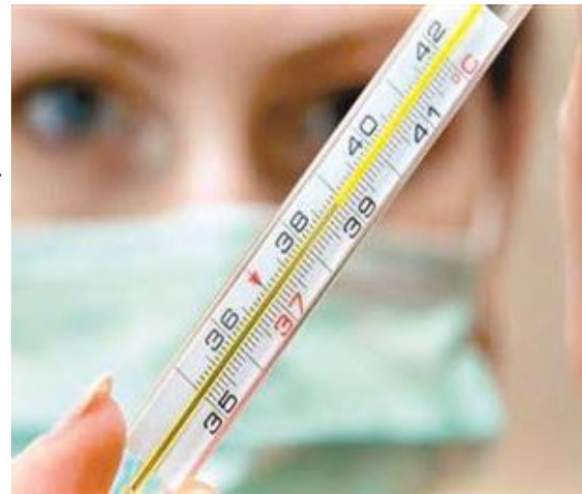
респираторные
и новые



- ГРИПП (А, В, С и D) (более 15 серотипов) – не более 30 %
- ПАРАГРИПП (1,2,3,4А,4В серотипы) – до 5% (у детей до 30 и >%)
- АДЕНОВИРУСЫ (более 90 серотипов, 1-7,14,21) - 5-10%
- РСВ (2 серовара – А и В) – до 5%
- РИНОВИРУСЫ (113 серотипов) – до 40-50% всех ОРИ
- КОРОНАВИРУСЫ (3 серотипа, 229Е, ОС43) – до 10-15%
- МЕТАПНЕВМОВИРУСЫ (А и В серотипы) – до 5%
- БОКАВИРУСЫ (2 серотипа)
- ЭНТЕРОВИРУСЫ (111 серотипов, вкл. Коксаки А1,2,21,23, Коксаки В1,3-5, ЕСНО2,4,6,8-14,20,22-25, парэховирусы А, В, С, D)
- ПИКОРНОВИРУСЫ (Коксаки А1-6,8,10,16,22,В3)
- РЕОВИРУСЫ (3 серотипа орторевовирусов, ротавирус)
- ПАРВОВИРУС В19
- ВИРУС КОРИ
- ГЕРПЕСВИРУСЫ ЧЕЛОВЕКА

Немного о статистике

- ✓ В Казахстане ежегодно болеют ОРВИ и гриппом от 600 тыс. до 1,0 млн человек
- ✓ Данные ВОЗ: грипп распространен 5–10% среди взрослого населения и **20–30% среди детей** (2017)
- ✓ **Основная доля заболевших приходится на детей до 14 лет и составляет 70% от общей заболеваемости**
- ✓ В эпидсезон заболевает ОРВИ и гриппом от 3,5% до 10% населения
- ✓ 10–15% случаев грипп осложняется развитием внебольничной пневмонии, в 8–12% – поражением ЛОР-органов, в 2–3% – миокардитами



Search "Bates"

Export PDF

Adobe Export PDF
Convert PDF Files to Word or Excel Online

Select PDF File

Презентаци... 2019 .pdf

Convert to

Microsoft Word (*.docx)

Document Language:
English (U.S.) Change

Convert

Create PDF

Edit PDF

Comment

Combine Files

Organize Pages

Redact

Protect

Convert and edit PDFs
with Acrobat Pro DC
Start Free Trial



Прогноз возможной активизации вирусов ОРВИ/гриппа на территории РК в эпидсезон в 2018- 2019г.г.

В эпидсезон 2018-2019 годов, среди населения прогнозируется:

- активизация вируса гриппа типа А, подтипа А(Н1N1), А(Н3N2)
- регистрация активной циркуляции вируса типа В.

Наряду с гриппом **в Казахстане зарегистрирована циркуляция,** объединяющая **риновирусную, респираторно-синцитиальную, аденовирусную инфекции, парагрипп.**



*Обзор эпидемиологической ситуации по заболеваемости ОРВИ и гриппом, реализация принципов дозорного эпидемиологического надзора в Республике Казахстан, Мейрим Султанова – главный эксперт, УЭН КООЗ

Search 'Bates'

Export PDF

Adobe Export PDF
Convert PDF Files to Word or Excel Online

Select PDF File

Презентаци... 2019 .pdf X

Convert to

Microsoft Word (*.docx) v

Document Language:
English (U.S.) Change

Convert

Create PDF v

Edit PDF

Comment

Combine Files

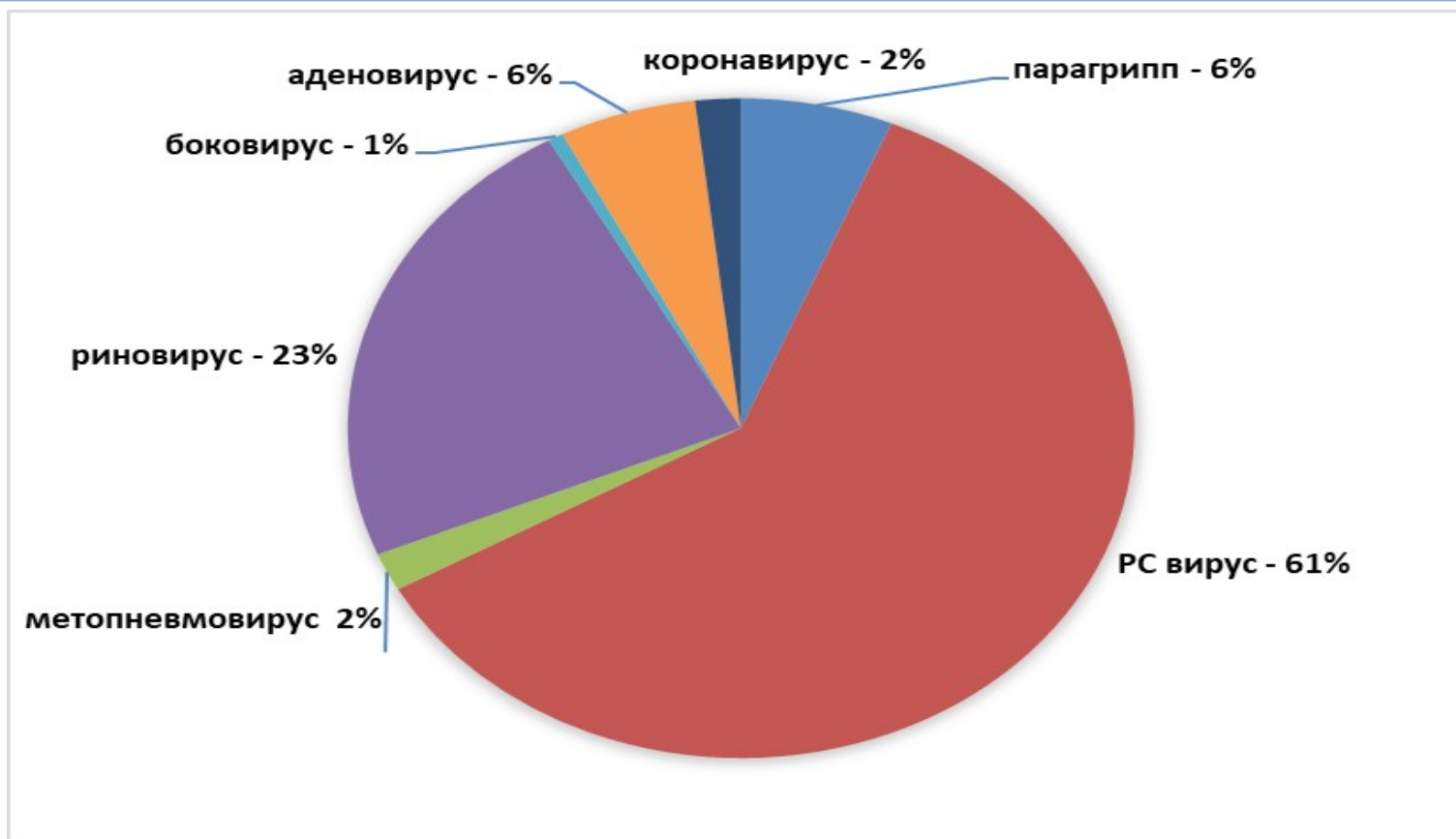
Organize Pages v

Redact

Protect

Convert and edit PDFs
with Acrobat Pro DC
Start Free Trial

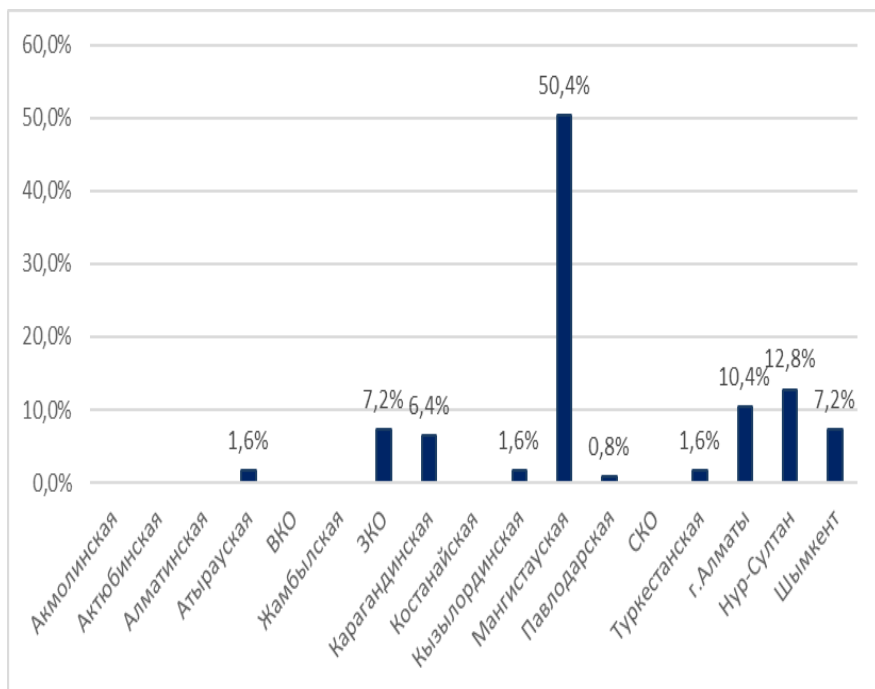
Циркуляция других не гриппозных вирусов в Казахстане с 1 октября по 22 ноября 2021г. (n=160)



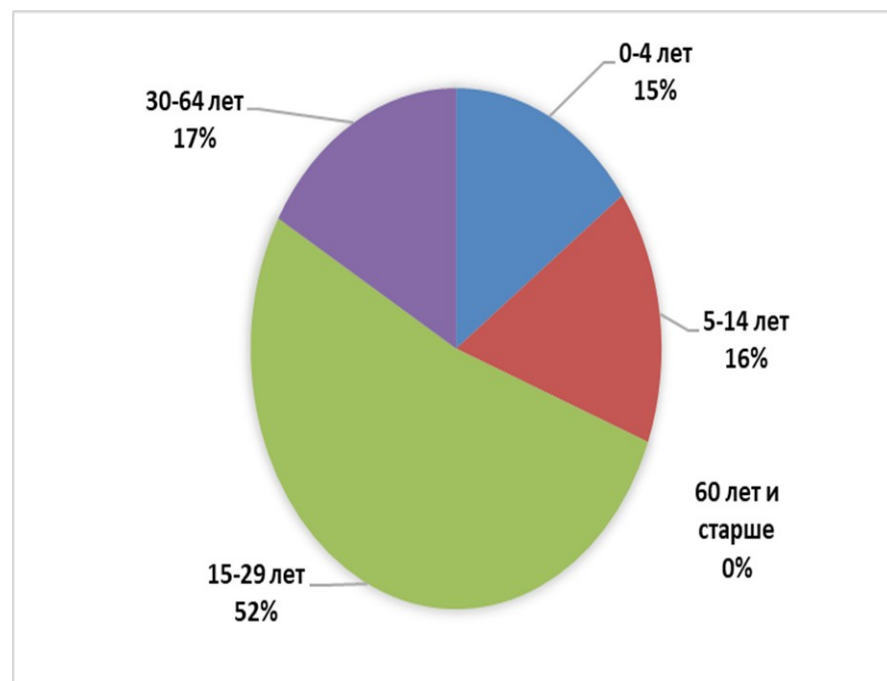
Филиал «Научно-практический центр санитарно-эпидемиологической экспертизы и мониторинга», 46 неделя 2021г.

Циркуляция вируса гриппа в Казахстане с 1 октября по 22 ноября 2021г.

Идентификация вируса гриппа А (H3N2) n=120



Идентификация вируса гриппа по возрастам А (H3N2) n=120



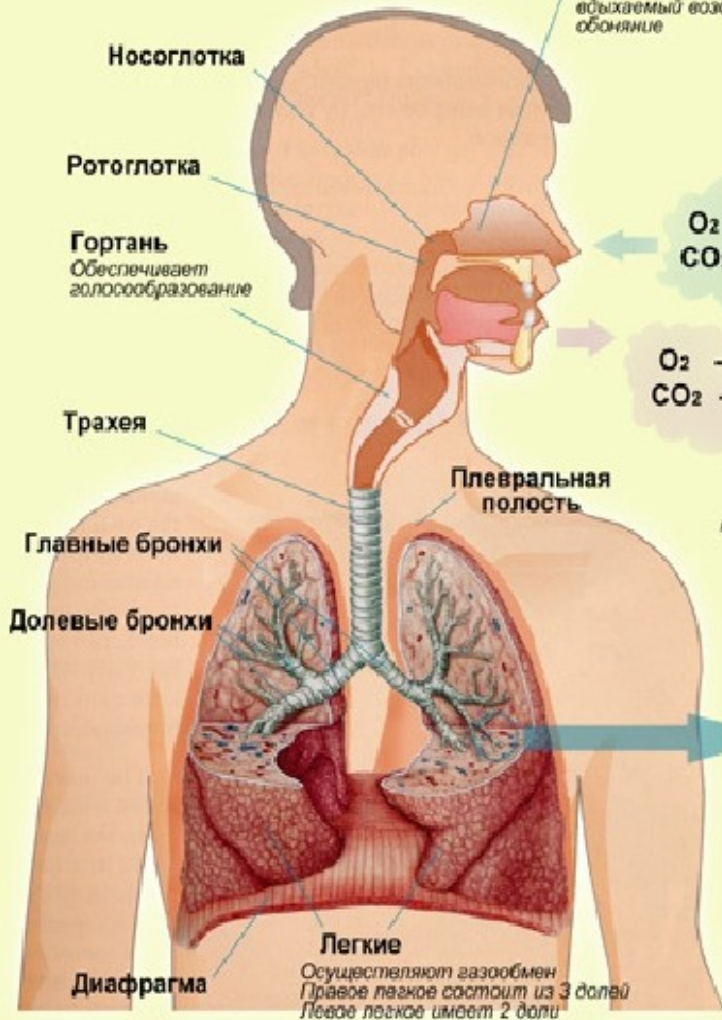
Грипп и острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей у детей

- Одобрен
Объединенной комиссией по качеству
медицинских услуг
Министерства здравоохранения Республики
Казахстан
от «10» ноября 2017 года
Протокол № 32

ДЫХАТЕЛЬНАЯ СИСТЕМА

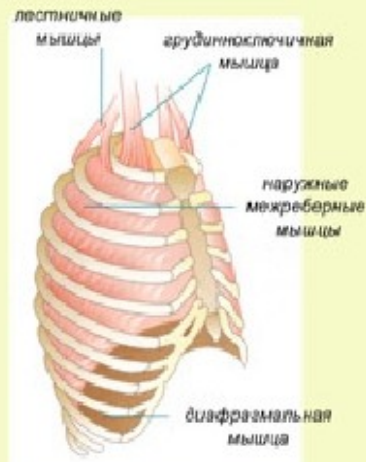
Диаметр **гортани** 4 мм и увеличивается медленно (с 5 мм в 7 лет, 1 см к 14 годам), расширение ее невозможно. Узкий просвет, обилие нервных рецепторов в подвязочном пространстве, легко возникающий отек подслизистого слоя могут вызвать тяжелые нарушения дыхания даже при небольших проявлениях респираторной инфекции (синдром крупа).

Полость носа
Увлажняет, согревает и очищает, входящий воздух, обеспечивает обоняние

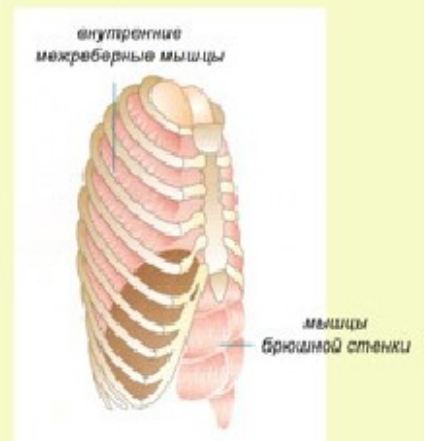


Вдох
 $O_2 - 21\%$
 $CO_2 - 0,04\%$

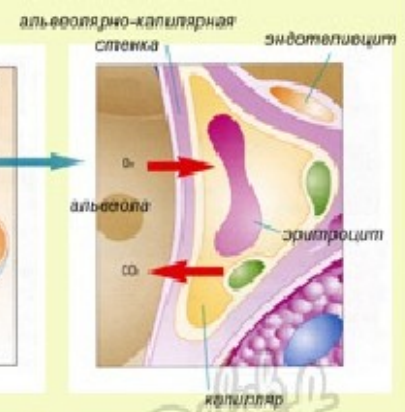
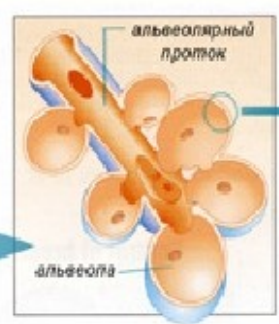
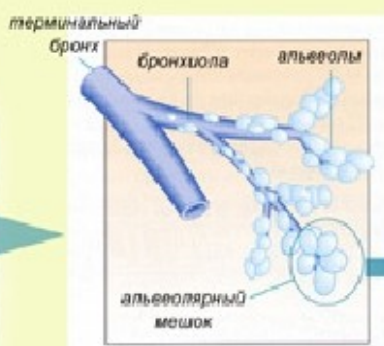
Выдох
 $O_2 - 16\%$
 $CO_2 - 4\%$



Вдох
Купол диафрагмы опускается, Ребра поднимаются



Выдох
Мышцы живота поднимают диафрагму, ребра опускаются



Частота дыхания в покое составляет 16 раз в минуту
 За один вдох в легкие попадает около 500 мл воздуха (дыхательный объем)
 Максимальное количество воздуха, которое можно вдохнуть называют жизненной емкостью легких. Она составляет от 3,5 до 5 литров

Легкие
Осуществляют газообмен
Правое легкое состоит из 3 долей
Левое легкое имеет 2 доли

Ларингит у детей

Одобрено

Объединенной комиссией по качеству

медицинских услуг

Министерства

здравоохранения Республики Казахстан

от «29» июня 2017 года

Протокол № 24

Острый ларинготрахеит

Ложный круп

Croup (шотл.) – «каркать»

- Неотложное состояние, клинически быстро развивающееся (в течение часов или дней) затруднение дыхания, связанное с сужением просвета гортани.
- Характерны три ведущих симптома:
- изменение тембра голоса,
- грубый «лающий кашель»,
- звучный затрудненный вдох (стенотическое дыхание).

!!
•• Встречается в возрасте от 4 мес до 7-8 лет

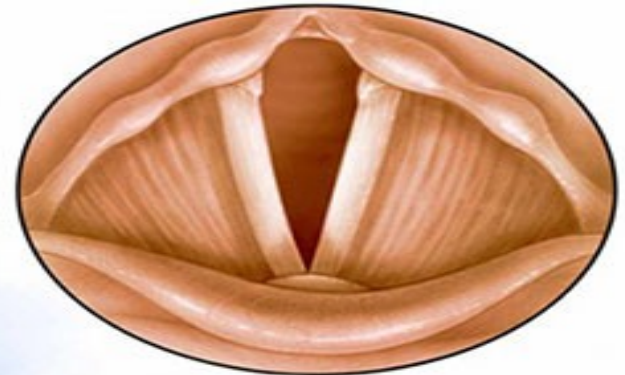
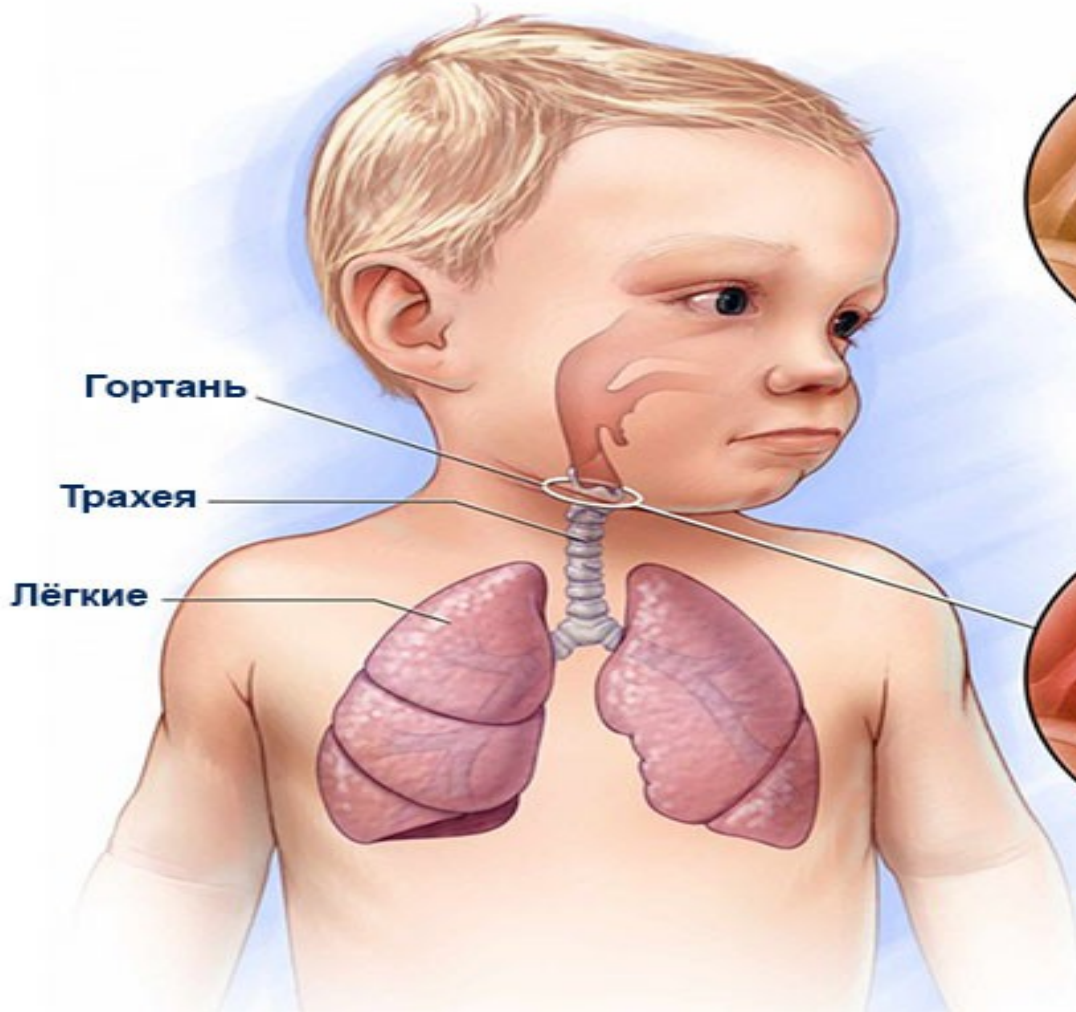
- При стенозе реализуются три морфологических звена:
- отек и инфильтрация слизистой оболочки гортани и трахеи, особенно подскладочного пространства;
- обтурация дыхательных путей вследствие гиперсекреции желез слизистой гортани, трахеи и скопления слизисто- гнойного отделяемого;
- рефлекторный спазм гладкой мускулатуры гортани и трахеи.

- Развитие специфического осложнения стенозирующего ларинготрахеита связано с анатомо-физиологическими особенностями детей в возрасте от 1 года до 3 лет :

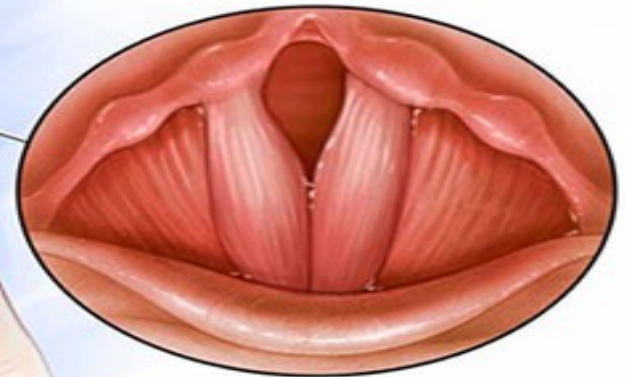
- узкий просвет гортани,
- короткие голосовые связки,
- мягкие и податливые хрящи,
- узкий и изогнутый надгортанник

- обильная васкуляризация слизистой оболочки гортани, трахеи и бронхов,
- повышенная нервно-рефлекторная возбудимость ребенка).
- Кроме того, большое значение имеет преморбидный фон – перинатальная патология, аллергодерматит, паратрофия, рахит, частые ОРВИ.

Ларингит

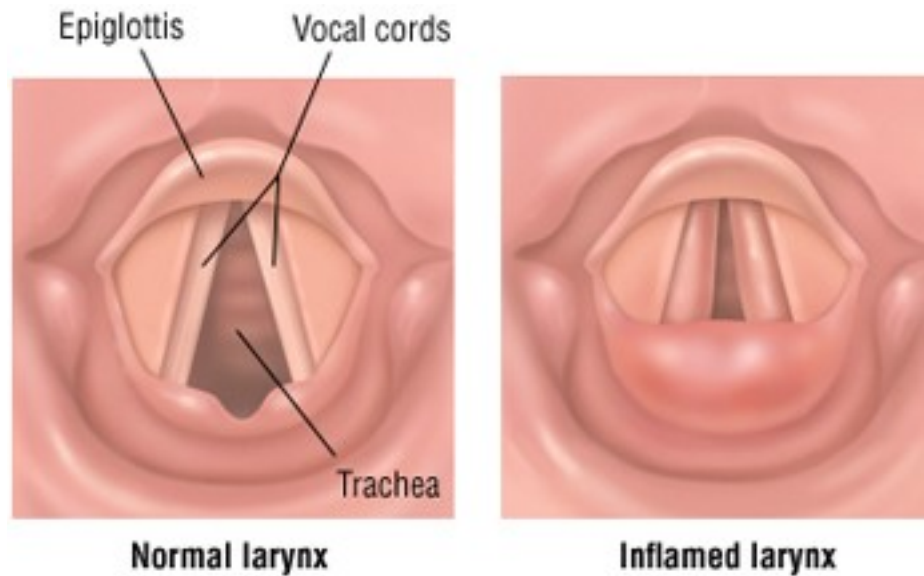


Нормальные голосовые
связки



Воспаленные голосовые
связки

1 мм отека гортани = сужение просвета на 50%



- В Международной медицинской практике для оценки тяжести крупа используется шкала Уэстли. Элементы оценочной шкалы Уэстли учитывают основные характеристики физических параметров. Каждому элементу присваивается оценка в баллах.

Критерий (Уэстли)	Выраженность	Баллы
Инспираторная одышка	Отсутствует	0
	В покое (с помощью стетоскопа)	1
	В покое (на расстоянии)	2
Участие вспомогательной мускулатуры грудной клетки	Отсутствует	0
	Умеренно в покое	1
	Выражено в покое	2
Цианоз	Отсутствует	0
	Во время плача	1
	В покое	3
Сознание	Нормальное	0
	Возбуждение	2
	Сопор	5
Тип дыхания	Регулярное	0
	Тахипноэ	2
	Апноэ	5

- Суммарная балльная оценка основных параметров от 0 до 17 баллов позволяет оценить тяжесть крупы:
- легкий круп определяется при сумме баллов Уэстли ≤ 2 .
- Средняя тяжесть крупы определяется при сумме баллов Уэстли от 3 до 7, при этом учитываются следующие признаки:
 - одышка в покое;
 - умеренное западение уступчивых мест грудной клетки (ретракция);
 - слабо или умеренно выраженное возбуждение;
- Тяжелый круп определяется при сумме баллов Уэстли ≥ 7 до 17, при этом учитываются следующие признаки:
 - выраженная одышка в покое;
 - одышка может уменьшаться при прогрессировании обструкции верхних дыхательных путей и снижении интенсивности проведения воздуха;
 - отчетливое западение всех уступчивых мест грудной клетки (в том числе втяжение грудины);
 - резкое возбуждение или угнетение сознания.

Алгоритм действий при неотложных ситуациях:

I степень ≤2 баллов	II степень 3-7 баллов	III степень ≥ 8 баллов
<ul style="list-style-type: none"> эмоциональный и психический покой; доступ свежего воздуха; комфортное положение для ребенка; отвлекающие процедуры: увлажненный воздух; по показаниям – жаропонижающая терапия; контроль ЧД, ЧСС, пульсоксиметрия. 		<ul style="list-style-type: none"> госпитализация в ПИТ или ОРИТ при пульсоксиметрии <92% увлажненный кислород дексаметазон 0,6 мг/ кг или преднизолон 2–5 мг/кг в/м будесонид 2 мг одно-кратно или 1 мг через 30 мин до купирования стеноза гортани
<ul style="list-style-type: none"> будесонид 0,5 мг ингаляционно через небулайзер с 2 мл физ. р-ра; при улучшении состояния каждые 12 ч до купирования стеноза гортани; переоценка симптомов через 15-20 мин 	<ul style="list-style-type: none"> вызов СМП, экстренная госпитализация; будесонид стартовая доза 2 мг ингаляционно через небулайзер или 1мг дважды через 30 мин до купирования стеноза гортани. 	<ul style="list-style-type: none"> при стабилизации состояния 0,5 мг каждые 12 ч переоценка симптомов через 20 мин по показаниям интубация/трахеостомия
<p>При отсутствии эффекта госпитализация</p>		

Карта наблюдения пациента:

Критерии оценки: общее состояние, состояние голоса, характер кашля, частота дыхания (инспираторная одышка), бледность и другие признаки гипоксии.

Мониторинг по признакам	Время и мероприятия				
	Первичный осмотр	Через 30 минут	Через 1 час	Через 2 часа	Через 4 часа
общее состояние; состояние голоса; характер кашля; частота дыхания ЧСС, пульсоксиметрия.	введение будосонида 0,5 мг ингаляционно через небулайзер с 2 мл физиологического раствора	введение будосонида 0,5 мг ингаляционно через небулайзер с 2 мл физ. раствора	дексаметазон 0,6 мг/кг; или преднизолон 2-5мг/кг в/м при отсутствии эффекта ингаляции.	повторная оценка	оценка и передача по дежурству

При обструктивном синдроме:

- ингаляционный бронхолитик сальбутамол кратковременного действия по 2 ингаляции через каждые 20 минут в течение часа ингаляционно через небулайзер, в последующем по 2 ингаляции 3 раза в день (3-5 дней);
- После каждой ингаляции мониторинг состояния: ЧДД, астмоидное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки.

Клиническая картина РСВИ

- Инкубационный период – 2-7 дней;
- Начало острое и подострое;
- Лихорадка субфебрильная;
- Интоксикация не выражена.

Тяжесть РСВИ определяется выраженностью гипоксии и зависит от возраста больных, исходной иммунной реактивности к моменту заражения, первичной или повторной встречи с вирусом, а также от ассоциации РСВ с другими вирусами или бактериями.

Клинические формы

- ❖ ринит,
- ❖ ринофарингит,
- ❖ отит,
- ❖ ларингит (ОСЛТБ),
- ❖ бронхит,
- ❖ бронхиолит,
- ❖ пневмония,
- ❖ сегментарный отек легких

Осложнения РСВИ

Специфические

- асфиксия, апноэ (18-20%),
- пневмония,
- дыхательная недостаточность,
- ателектаз,
- эмфизема,
- стенозирующий ларинготрахеит,
- катаральный средний отит,
- кардиоваскулярные осложнения и др.

Неспецифические

- пневмония,
- острый гнойный отит

Диагностика РСВ-бронхиолита

Клинические симптомы

1. Температура субфебрильная или фебрильная,
2. интоксикация умеренная,
3. ринит без выраженного экссудативного компонента,
4. кашель влажный или приступообразный,
5. Одышка экспираторного характера,
6. Свистящее дыхание,
7. участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, втяжение уступчивых мест грудной клетки,

Рентгенографические признаки бронхиолита

- Повышение воздушности легких,
- Низкое стояние купола диафрагмы,
- Участки гиповентиляции,
- Усиление прикорневого легочного рисунка,
- Широкие корни,
- Неоднородные инфильтративные затемнения («снежная буря»).

Тактика ведения детей с бронхиолитом /обструктивным бронхитом

Признак тяжести бронхиолита – снижение SaO₂ ниже 90%

Обследование:

- Пульсоксиметрия – сатурация крови кислородом (SaO₂),
- Клинический анализ крови,
- Рентгенография грудной клетки при лейкоцитозе >15-20·10⁹/л (а у детей до 3 мес. >25·10⁹/л), выраженном повышении уровня СРБ и ПКТ (прокальцитонина),
- СРБ,
- ПКТ при подозрении на пневмонию.

Показания к ИВЛ:

- 1.снижение SaO₂ ниже 90%,
- 2.ослабление дыхательного шума на вдохе;
- 3.гипоксемия, сохранение цианоза при дыхании 40% O₂;
- 4.снижение болевой реакции;
- 5.падение PaO₂ <60 мм рт. ст.;
- 6.увеличение PaCO₂ >55мм рт. ст.

При повторных эпизодах исключать бронхиальную астму и хроническую патологию легких

Лечение детей с бронхиолитом /обструктивным бронхитом

Первый эпизод

- Туалет дыхательных путей,
- гидратация,
- Кислород
- Беродуал (на прием 2 капли/кг, макс. 10 капель (0,5 мл) детям до 6 лет и 1,0 мл - старше)+/- амброксол.
- Оценка: через 30-60 мин - уменьшение частоты дыхания на 10-15 в 1 мин., снижение интенсивности свистящих хрипов, при отсутствии эффекта - повторная ингаляция.

Повторный эпизод

- Беродуал (на прием 2 капли/кг, макс. 10 капель (0,5 мл) детям до 6 лет и 1,0 мл - старше) + амброксол.
- При наличии атопии ингаляции в течение 7-10 дней после очередного ОРВИ будесонида (Пульмикорта) 0,25-0,5 мг - на прием 2 раза в день.

Международные рекомендации для предотвращения нозокомиальной РСВ-инфекции

- **использование экспресс-методов диагностики РСВ,**
- **изоляцию инфицированных пациентов,**
- **частое мытье рук с мылом,**
- **ношение перчаток, халатов и масок,**
- **ограничение потока посетителей, особенно с симптомами респираторных инфекций,**
- **применение Паливизумаба для профилактики РСВ-инфекции у детей из групп риска: гуманизированные специфические антитела к эпитопу F-протеина – 15 мг/кг в/м № 3-5 (1 раз в месяц в период до сезонного подъема РСВИ).**

Частота среди мед.персонала – до 60% ;

Частота у пациентов – 14-29%

Hall CB. N Engl J Med 1975; 293: 1343–1346

Hall CB. Pediatrics 1978; 62: 728–731

Клинические проявления типичной аденовирусной инфекции

Фарингоконъюнктивальная лихорадка (B30.0 – вирусный фарингоконъюнктивит)

- Синдром интоксикации.
- Лихорадка.
- Выражены катаральные явления со стороны рото и носоглотки.
- Катарально-фолликулярный, особенно пленчатый, конъюнктивит.
- Гиперплазия лимфоидных образований ротоглотки.
Слабовыраженная лимфоаденопатия, возможен гепатолиенальный синдром, мезаденит.
- Диарейный синдром – жидкий стул без примесей слизи и крови

Другие нозологические формы

- J12.0 – аденовирусная пневмония,
- A08.2 – аденовирусный энтерит,
- A85.1 – аденовирусный энцефалит,
- A85.1 – аденовирусный менингит,
- B30.0 – кератоконъюнктивит, вызванный аденовирусом

Характерно затяжное и волнообразное течение заболевания

Модифицирующие факторы при инфекциях респираторного тракта у детей раннего возраста

1. Недоношенность;
2. Первые три месяца жизни;
3. Тяжелое поражение ЦНС любого генеза;
4. Внутриутробная инфекция;
5. Гипотрофия 2-3 степени;
6. Врожденные пороки развития;
7. Хронические соматические и онкогематологические заболевания;
8. Длительное применение иммуносупрессантов (глюкокортикоидов и цитостатиков);
9. Хронические заболевания носо- и ротоглотки;
10. Часто болеющие дети

Эпидемиологическая характеристика

(DA Solomon et al, JAMA insight, 2020, Aug 14)

	Сезонный грипп	COVID-19
Путь передачи	От человека к человеку воздушно-капельный при тесном контакте; через инфицированные руки вирус может проникать через рот, глаза, нос	От человека к человеку воздушно-капельный при тесном контакте; через инфицированные руки вирус может проникать через рот, глаза, нос
Заразность	Менее контагиозный	Более контагиозный, быстро распространяется
Ь	Контагиозность начинается с началом клинических проявлений. Вирус выделяется 5-10 дн. Возможна заразность бессимптомной формы	Контагиозность начинается с 48 часов до начало клинических проявлений. Длится дольше -2-5 нед. Возможна заразность бессимптомной формы
Инкуб. период	1-4 дня (в сред 2 дн)	2-14 дня (в сред 5 дн)

Факторы риска для развития тяжелой формы болезни

	Сезонный грипп	COVID-19
Риски	<ul style="list-style-type: none">• Дети младшего возраста• Беременность (и 2 нед после родов)• Иммуносупрессия• Патологическое ожирение• Хроническое заболевание легких, ССС, печени, почек• Содержание в доме престарелых	<ul style="list-style-type: none">• Пожилой возраст (чем больше возраст тем выше риск)• Мужской пол• Ожирение• Гипертония• Хр. заболевание легких, печени, почек, диабет 2го типа, онкологич заболевание• Операционное вмешательство в инкубац период Ковид-19• Содержание в доме престарелых• Бедность

Клинические особенности

Сезонный грипп

Наиболее характерные клинические проявления

Лихорадка, озноб, головная боль, миалгия, кашель, заложенность носа, боли в горле, слабость

В большинстве случаев протекает бессимптомно или в легкой форме.

Особенности течения у детей

Часто болеют, высокий риск тяжелого течения у детей < 2 лет
Дети играют ведущую роль в поддержании эпидемии

COVID-19

Лихорадка, озноб, головная боль, миалгия, кашель, одышка, слабость, потеря обоняния

В большинстве случаев протекает бессимптомно или в легкой форме

Болеют реже, в основном протекает у них легко. Редко развитие мультисистемного воспалительного синдрома (MWS) у детей школьного возраста. Мало доказательств, что дети являются источником инфекции

Эпидемиология гриппа

Грипп А – антропозооноз (А(Н1N1) (природный резервуар).

Источник – больной человек, для гриппа А – птицы и некоторые млекопитающие.

Механизм передачи – **капельный** (путь – воздушно-капельный), от животных – человеку – **фекально-оральный** (пути – контактно-бытовой, реже – алиментарный).

Факторы передачи:

1. выделения из носоглотки, контаминированные предметы быта;
2. Термически необработанные продукты питания из зараженной птицы и свинины.

Больной заразен с конца инкубационного периода до 7 дня болезни.

Вирусовыделение – до 21-30 дней.

Длительность постинфекционного иммунитета при инфицировании тем же типом вируса – от 1,5-3 лет (при гриппе А) до 3-6 лет (при гриппе В).

Грипп В – антропоноз

Вирусы отличаются по гемагглютинину (5 подтипов),

Эпидемии – 1 раз в 3-4 года.

Грипп С – антропоноз,

стабильные антигенные характеристики и биологические свойства;

не вызывает эпидемий;

преимущество легкие формы, часто у лиц старших возрастных групп и детей раннего возраста.

Вирусы слабо устойчивы во внешней среде. Погибают при нагревании более 56°C, высушивании, воздействии слабых концентраций хлора, озона, УФ-облучении.

Длительно сохраняются при низких температурах (от -25 °C до -70 °C)

Классификация гриппа

По типу:

1. Типичные
2. Атипичные - стертые

По тяжести:

3. Легкая форма;
4. Среднетяжелая;
5. Тяжелая форма
(токсическая)
6. Гипертоксическая

По течению:

1. Гладкое;
2. Негладкое:
 - С осложнениями;
 - С наложением вторичной инфекции;
 - С обострением хронических заболеваний

Критерии тяжести: выраженность интоксикации и лихорадки; выраженность местных проявлений

Особенности гриппа у детей раннего возраста

- Болеют с рождения, но чаще после 3-4 мес
- Не характерны гипертермия и геморрагический синдром
- Катаральный синдром выражен слабо (сопение носом, покашливание)
- Начало постепенное на фоне N или субфебрильной температуры
- Беспокойство, вялость, отказ от груди
- Возможна повторная рвота, энцефалическая реакция с кратковременной потерей сознания
- Часты бактериальные осложнения (пневмония)
- Возможны летальные исходы

Классификация типичных форм гриппа по тяжести

- Легкая – температура не более 38°C
- Среднетяжелая – температура 38,5-39,5°C, интоксикация выражена. Респираторный синдром (трахеит, ларинготрахеит). Возможно сегментарное поражение легких с сегментарной тенью в одном легком и разрешением в течение 2-3 дней, а также сердечно-легочной недостаточностью
- Тяжелая (токсическая)- температура 40 -40,5°C, токсическая энцефалопатия, сосудистые расстройства (кровотечения, геморрагии), рвота, менингизм. Отечно-геморрагический синдром – (геморрагическая пневмония, отек мозга)
- Молниеносная (гипертоксическая) форма – неотложные состояния и осложнения опережают развитие катаральных явлений

Факторы риска тяжелой степени тяжести и неблагоприятных исходов гриппа

- Пневмотропный вирус гриппа А(Н1N1)рdm09
- Отсутствие вакцинации в данный эпид.сезон.
- Позднее обращение за медицинской помощью и отсутствие противовирусной терапии в первые 3 суток болезни.
- Возраст младше 2 лет или старше 65 лет.
- **Беременность.**
- Прием препаратов ацетилсалициловой кислоты (аспирина).
- **Неблагоприятный преморбидный фон:**
 - ✓ метаболический синдром (ожирение, сахарный диабет);
 - ✓ заболевания сердца и сосудов – воспалительная кардиомиопатия или миокардит в анамнезе, пороки сердца, ишемическая болезнь сердца, гипертоническая болезнь;
 - ✓ Заболевания бронхолегочной системы – пороки развития, бронхолегочная дисплазия, ХОБЛ, бронхиальная астма;
 - ✓ Иммунодефицитные состояния, включая ВИЧ-инфекцию

Причины летальных исходов от гриппа у детей

- Двусторонняя пневмония, осложненная острым респираторным дистресс-синдромом взрослого типа (ОРДСв)
- Отек головного мозга (ОГМ) с дислокацией ствола
- Менингоэнцефалит с ОГМ
- Кардит с развитием недостаточности кровообращения (НК)
- Инфекционно-токсический шок (ИТШ)

**У большинства больных с гриппом А(Н1N1)рdm09
имелся комплекс жизнеугрожающих состояний**

- У пациентов с гриппом В и гриппом А(Н3N2) – причиной смерти явились внезапно развившиеся жизнеугрожающие нарушения ритма сердца
- У одного ребенка с гриппом В на фоне неverifiedированного иммунодефицитного состояния развился некротический ларинготрахеит

Опорные диагностические признаки гриппа:

- Указание на контакт с лихорадящим больным
- Острое начало симптомов интоксикации-повышение температуры тела, головной боли, анемии, рвоты, менингеальных явлений
- Максимальное развитие интоксикации в первые двое суток от начала заболевания
- Появление скудных катаральных явлений со стороны верхних дыхательных путей на 1-2 дня позже симптомов интоксикации
- Геморрагический синдром

ГРУППЫ РИСКА ТЯЖЕЛОГО И ОСЛОЖНЕННОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА

- Пациенты с хронической сердечно-сосудистой патологией (за исключением изолированной артериальной гипертензии).
- Пациенты с иммунодефицитными состояниями (врожденные иммунодефициты, ВИЧ-инфекция в стадии СПИД).
- Дети в возрасте до двух лет, первые проявления зачастую неспецифичны, а ранняя диагностика крайне затруднительна
- Наибольшая летальность характерна для пациентов любого возраста, относящихся к группе риска.

Критерии тяжести при гриппе

- **Интоксикация** (гипертермия более 39С), судороги, менингеальный синдром, потеря сознания, рвота или обильные срыгивания (у детей раннего возраста);
- **Геморрагический синдром**: носовые кровотечения, примесь крови в мокроте, рвотных массах и стуле, геморрагическая сыпь;
- **Централизация периферического кровообращения**: холодные конечности, мраморность кожных покровов на фоне общей бледности;
- **Выраженная дыхательная недостаточность**: диффузный цианоз, глухость сердечных тонов, одышка, снижение АД, притупление легочного звука, влажные хрипы, крепитация, сатурация <90%, на фоне скудных катаральных симптомов

Пантропизм при гриппе=СПОН

- Генерализация процесса с поражением :
- Легких=ОРДС
- Почек=ОПН
- Печени=токсический гепатит
- Мозга=нейротоксикоз, энцефалит
- Миокарда и коронарных сосудов=синдром Кишша
- Надпочечников=синдром Уотерхауса Фридерексена

Осложнения гриппа

Легочные:

1. Вирусные и бактериальные пневмонии
2. Геморрагический отек легких
3. ОРДСв
4. Абсцесс легкого
5. Эмпиема

Внелегочные:

1. Бактериальные ринит, синусит
2. Бактериальный или геморрагический отит
3. Гриппозные энцефалит, менингит, неврит
4. Радикулоневрит
5. Поражение печени (синдром Рейе)
6. Поражение почек (с-м Гассера)
7. Острая надпочечниковая недостаточность (с-м Уотерхауза-Фридериксена)
8. Миокардит, острая коронарная недостаточность
9. Инфекционно-токсический шок

Пневмония при гриппе

- 1. Первичная гриппозная (вирусная) пневмония** у детей редко, чаще развиваясь в первые 3-4 суток заболевания. У больного не снижается лихорадка и прогрессирует нарушение дыхания с кашлем, скудной мокротой, развитием одышки, цианозом. На рентгенограмме грудной клетки диффузная интерстициальная инфильтрация. *Больные с заболеванием сердца, особенно с митральным стенозом, предрасположены к развитию гриппозной пневмонии.*
- 2. Вторичная бактериальная пневмония**, развивается на 2 неделе. Характерно повторное появление лихорадки с продуктивным кашлем и физикальными признаками уплотнения в легких у больных, чье состояние улучшалось через 2-3 дня после острого эпизода гриппа. Наиболее частые возбудители: *Str. pneumoniae*, *Staph. aureus* и *H. influenzae*.

Синдромы гриппа и неотложные состояния

Интоксикационный



Энцефалическая реакция - судороги, нарушение сознания от сомнолентности до комы

Менингеальная – головная боль, рвота, возбуждение, выбухание большого родничка, ригидность затылочных мышц

Злокачественная гипертермия) – 39-40°C, не снижается НПВО.
Инфекционно-токсический шок

Катаральный



ОРДСВ

Геморрагический



ДВС

С-м Уотерхауза-Фридериксена

Острый респираторный дистресс-синдром взрослых (ОРДСв) – жизнеугрожающее воспалительное поражение легких, характеризующееся диффузной инфильтрацией и тяжелой гипоксемией

- ОРДС чаще возникает в первые 12-48 часов от начала основного заболевания (в некоторых случаях через 5-7 дней)

Жалобы: _

- **одышка**
- дискомфорт в грудной клетке
- сухой кашель

Физикальные данные:

- **тахикардия**
- **тахипноэ**
- **участие** вспомогательных мышц в дыхании
- цианоз кожи
- **повышение А/Д**
- двусторонние хрипы (сухие или влажные в конце вдоха)

Токсикоз Кишша – острая коронарная недостаточность

- Пароксизмальная тахикардия, резкое сокращение венозного оттока из-за сокращения диастолы при тахикардии.
- Поражение ЦНС: возбуждение, гиперкинезы, двигательное беспокойство, затем вялость, сонливость
- Гемадинамические нарушения: бледность, мрамрность кожи, цианоз губ, ногтевых лож, периорбитальные отеки
- Сердечно-сосудистые нарушения: пароксизмальная тахикардия, признаки застойной сердечной недостаточности, снижение АД. Одышка, дыхание «загнанного зверя», соотношение ЧСС/ЧД=4:1

Острая надпочечниковая недостаточность – с-м Уотерхауза-Фридериксена

- Недостаточность кровообращения – бледность, мраморность, гипотермия, холодные конечности, тахикардия, нитевидный пульс, олигоанурия
- Геморрагический с-м: геморрагическая сыпь, гипостазы на коже типа «трупных пятен», «рвота кофейной гущей», кровоизлияния в органы и ткани
- Неврологические с-мы – сомнолентность, сопор, кома

С-м Гассера – гемолитико-уремический (ГУС)

- На фоне гриппа и ОРВИ (Коксаки, ЭКХО)
- Гемолитическая анемия – резкая бледность кожи, иктеричность, падение эритроцитов, гемоглобина, увеличение общего билирубина за счет непрямой фракции
- Тромбоцитопения, геморрагический синдром
- Острая почечная недостаточность
- Нарастает пастозность до анасарки,
- Гиперкалиемия, повышение уровня креатинина

Синдром Рейе

- у детей 2-16 лет как осложнение гриппа В или гриппа А
- начало с 1-2-дневной тошноты и рвоты
- симптомы поражения ЦНС: изменение сознания (от летаргии до комы), делирий и судороги
- гепатомегалия, повышение аминотрансфераз, содержания в сыворотке аммиака
- показатели билирубинового обмена, как правило, не изменены

Установлена связь между синдромом Рейе и употреблением аспирина

Особенности гриппа у детей раннего возраста

- Болеют с рождения, но чаще после 3-4 мес
- Не характерны гипертермия и геморрагический синдром
- Катаральный синдром выражен слабо (сопение носом, покашливание)
- Начало постепенное на фоне N или субфебрильной температуры
- Беспокойство, вялость, отказ от груди
- Возможна повторная рвота, энцефалическая реакция с кратковременной потерей сознания
- Часты бактериальные осложнения (пневмония)
- Возможны летальные исходы

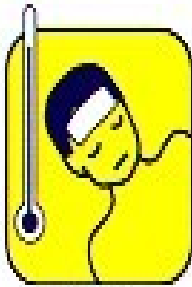
Осложнения со стороны нервной системы

- Широкий спектр неврологических осложнений при гриппе (*от простых фебрильных судорог до транзиторной энцефалопатии и быстрой смерти*)
- Тяжелые осложнения
- –Энцефалопатия
- –Острый некротический энцефалит (воспалительная реакция, цитокиновая дисрегуляция)
- –Острое нарушение мозгового кровообращения
- –Субарахноидальное кровоизлияние
- –Острый рассеянный энцефаломиелит(ОРЭМ)
- –Синдром Гийена Барре

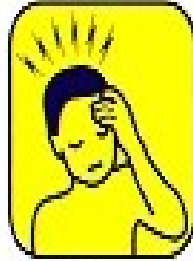
Основные симптомы



рвота



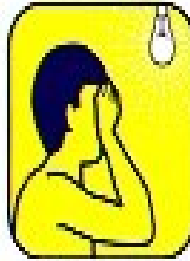
лихорадка



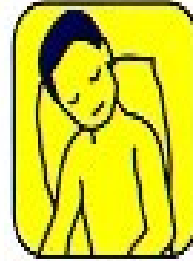
головная
боль



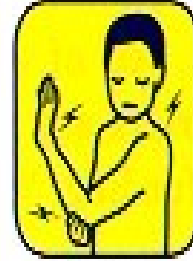
боль
в шее



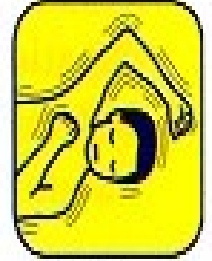
свето-
боязнь



сонли-
вость



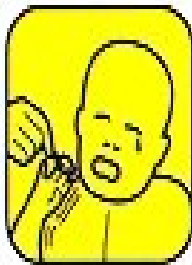
боль в
суставах



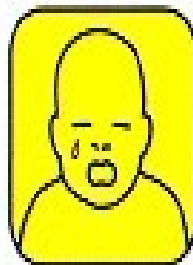
THE SYMPTOMS MAY NOT ALL APPEAR AT THE SAME TIME



Лихорадка
в сочетании
с холодными
конечностями



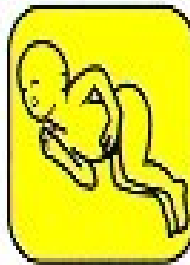
Срыгивание
рвота



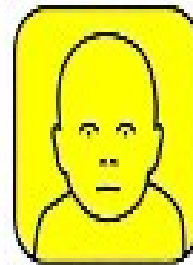
Капризность
плаксивость



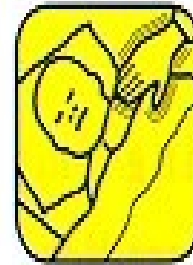
Плач при
взятии
на руки



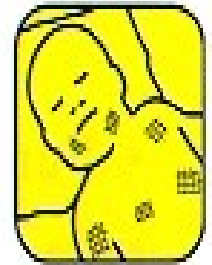
Характерна
поза



Заторможен-
ность



Сонливость



Появление
пятен стаза

Степени нарушения сознания

- **Оглушение** – частичное выключение сознания с сохранением словесного контакта на фоне увеличения порога восприятия всех внешних раздражителей и снижения активности (непостоянная неглубокая сонливость)
- **Сопор** – выключение сознания и отсутствие словесного контакта при сохранении координации защитных реакций на болевые раздражители (состояние, сходное с очень глубоким сном), имеется реакция на боль.
- **Кома** – глубокое угнетение ЦНС, характеризуется полной потерей сознания и отсутствием реакций на внешние раздражители.

Ясное сознание:

- Способность к активному вниманию
- Полный речевой контакт
- Полная ориентация
- Быстрое выполнение команд

Педиатрическая шкала комы Глазго для детей 1-х месяцев жизни

Действие	Ответ	Баллы
Открывание глаз	отсутствует в ответ на боль в ответ на голос спонтанное	1 2 3 4
Двигательная активность	Вялый ответ на болевое раздражения Сгибает/разгибает конечности в ответ на болевое раздражения Отдергивает конечность в ответ на болевое раздражение Локализует болевое раздражение	1 2 3 4

Соответствие шкалы Глазго для детей 1-х месяцев жизни традиционным терминам по оценке сознания

Традиционные термины	Баллы по шкале Глазго
Ясное сознание	8
Оглушённость	6
Сопор	4
Кома	2

Шкала ком Глазго

Признаки	Реакция	Оценка
Движения глазных яблок	Никакой реакции	1
	На боль	2
	На слово	3
	Осознанная	4
Словесная реакция	Никакой реакции	1
	Непонятные звуки	2
	Неосознанные слова	3
	Дезориентированная речь	4
	Ориентация в пространстве	5
Двигательные реакции и положения	Никакой реакции	1
	Децеребральная ригидность	2
	Декортикационная ригидность	3
	Чрезмерное разгибание	4
	Локализация боли	5
	Ответ на команды	6

**Соответствие шкалы Глазго
традиционным терминам по
оценке сознания**

Традиционные термины	Баллы по шкале Глазго
Ясное сознание	15
Лёгкая оглушённость	14
Тяжёлая оглушённость	13
Сопор	9-12
Кома поверхностная	8-5
Кома глубокая	4
Кома запредельная	3

Шкала комы Глазго педиатрическая

Признаки	Реакция	Оценка
Открывание глаз	отсутствует	1
	в ответ на боль	2
	по команде	3
	спонтанное	4
Речевая активность	Отсутствие звуковых реакций	1
	Неразборчивые звуки	2
	Отдельные бессвязные слова	3
	Спутанная речь	4
	Осмысленные ответы при сохраненной ориентировки	5
Двигательная активность	Отсутствие двиг.реакций	1
	Рзгибательные движения	2
	Сгибательные движения	3
	Отдергивание конечности	4
	Локализация боли	5
	Выполнение команд	6

ИВБДВ

- Медицинский работник должен обучить мать или ухаживающего за ребенком в возрасте до 5 лет признакам немедленного визита в медицинское учреждение:
 - не может пить или сосать грудь;
 - состояние ребенка ухудшается;
 - лихорадка не снижается;
 - учащенное дыхание;
 - затрудненное дыхание.

РЕКОМЕНДАЦИЯ УРОВЕНЬ ДОКАЗАТЕЛЬНОСТИ

Пульсоксиметрия рекомендована для диагностики гипоксемии и принятия решения о проведении оксигенотерапии у детей и младенцев

- **Сильная рекомендация**
- *(низкое качество доказательной базы)*

В ряде случаев и в зависимости от общего клинического состояния дети со следующими менее специфическими признаками также могут нуждаться в оксигенотерапии:

- Сильное втяжение уступчивых мест грудной клетки.

Частота дыхания за минуту ≥ 70

- кивательные движения (движения головы, синхронные с вдохом, указывающие на тяжелую дыхательную недостаточность)

Сильная рекомендация
(очень низкое качество доказательной базы)

2. Использование оценки клинических симптомов для диагностики гипоксемии у детей:
- По возможности используйте пульсоксиметрию для диагностики гипоксемии у детей с тяжелыми инфекциями нижних дыхательных путей.

Если оксиметрия недоступна, то для определения необходимости оксигенотерапии используйте следующие симптомы:

- Центральный цианоз
- Раздувание крыльев носа при дыхании
- Невозможность пить или есть (из-за дыхательной недостаточности)
- Кряхтящее дыхание
- Нарушение сознания (например, сонливость, летаргия)

Сильная рекомендация
(низкое качество доказательной базы)

Перечень основных диагностических мероприятий

- **Общий анализ крови:** изменения в общем анализе крови коррелируют со степенью тяжести заболевания. При активации вторичной бактериальной флоры отмечается нарастание лейкоцитоза, «сдвиг формулы влево», ускорение СОЭ.
- **Общий анализ мочи.**
- **Биохимический анализ крови:** обязательный контроль электролитов (калий, натрий, хлор, кальций, магний) при тяжелых формах ОРВИ и гриппа с наличием у ребенка хронической сопутствующей патологии и диареи. Повышение печеночных проб - АЛТ, АСТ, билирубин при ССВО, приеме ГКС и другой массивной лекарственной терапии. Контроль глюкозы при сопутствующем СД и проведении инфузионной терапии. При тяжелом течении заболевания обязательный контроль ЛДГ, общего белка, альбумина, мочевины, креатинина. **СРБ в сыворотке крови – маркер активности воспаления, повышение его коррелирует с тяжестью воспалительного процесса.**

Лабораторное обследование на вирусы гриппа и ОРВИ необходимо при:

- госпитализации больного по поводу острой респираторной инфекции верхних и нижних дыхательных путей (тяжелые и необычные формы заболевания);
- в период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом окончательный диагноз «грипп» может быть установлен как на основании лабораторного подтверждения, так и на основании клинических и эпидемиологических данных

Лабораторная диагностика

- Экспресс-диагностика реакция иммунофлуоресценции (РИФ)
- ИФА – обнаружение возбудителя с помощью антител, меченных ферментом (пероксидазой хрена или щелочной фосфатазой)
- ПЦР – определение в материале НК респираторных вирусов
ОРВИ-скрин

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА АМБУЛАТОРНОМ УРОВНЕ [1-4,6,8,11-17]:

- На амбулаторном уровне лечение получают дети с легкой степенью тяжести и со среднетяжелыми формами ОРВИ (старше 5 лет).

Дети должны находиться в теплом, хорошо проветриваемом помещении.

Для смягчения боли в горле и облегчения кашля рекомендуется теплое питье.

Прочищать нос нужно чаще, особенно перед кормлением и сном. Медицинский работник должен обучить мать или ухаживающего за ребенком в возрасте до 5 лет признакам немедленного визита в медицинское учреждение:

.

Немедикаментозное лечение: [1,2,6]:

Режим:

- режим полупостельный (в течение всего периода лихорадки).
- диета: Стол №13, дробное теплое питье (молочно-растительная диета).
- гигиена больного – уход за слизистыми оболочками полости рта, глаз, туалет носа. Закапывать в нос 0,9 % раствор NaCl по 1-3 капли; очищать отделяемое из носа нужно с помощью турунды или отсасывать грушей.

Медикаментозное лечение [1-4,6,8,11-17]:

- - Для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C:
 - парацетамол 10- 15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов, не более трех дней через рот или per rectum или ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот.
 - При развитии бактериальных осложнений антибактериальные препараты назначаются в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя.
 - При легком крупе (стеноз гортани 1 степени):
 - будесонид ингаляционно через небулайзер с 2 мл физиологического раствора: дети старше 1 месяца – 0,25-0,5мг, после года – 1,0 мг в виде разовой дозы; повторить ингаляцию через 30 минут; доза может повторяться каждые 12 часов до улучшения состояния.
 - При обструктивном синдроме:
 - ингаляции сальбутамола из дозированного аэрозольного ингалятора через спейсер.

- **NB!** Направить распылительную головку ингалятора в спейсер и нажать 2 раза (200 мкг). Затем приложить отверстие спейсера ко рту ребенка и подождать, пока он сделает 3–5 нормальных вдохов. Эту процедуру можно быстро повторить несколько раз до тех пор, пока ребенок в возрасте до 5 лет не получит через спейсер 600 мкг сальбутамола (6 нажатий на головку ингалятора), а ребенок старше 5 лет – 1200 мкг (12 нажатий). После этого оценить лечебный эффект и повторять ингаляции до тех пор, пока состояние ребенка не улучшится. В тяжелых случаях можно делать по 6 или 12 нажатий на головку ингалятора несколько раз в час в течение короткого промежутка времени. При отсутствии эффекта направить в стационар. Спейсер можно сделать из пластиковой бутылки из-под минеральной воды емкостью 750 мл. Ингаляции сальбутамола через небулайзер - 0,5 мл 0,5% раствора сальбутамола и 2 мл стерильного физиологического раствора в емкость небулайзера и проводите ингаляцию до тех пор, пока почти вся жидкость не будет израсходована, три цикла с интервалом 20 минут. После каждой ингаляции мониторинг состояния: ЧДД, астмоидное дыхание, втяжение нижней части грудной клетки. В дальнейшем ингаляция сальбутамола три раза в день в течение 5 дней.

ТАКТИКА ЛЕЧЕНИЯ НА СТАЦИОНАРНОМ УРОВНЕ [1-6,9,10,11-17]

- - Не следует назначать антибиотики детям с ОРВИ и острым бронхитом, ларинготрахеитом они эффективны лишь при лечении бактериальной инфекции. Не следует назначать средства, подавляющие кашель. Не назначать лекарственные препараты, содержащие атропин, кодеин и его производные или спирт (могут быть опасны для здоровья ребенка). Не использовать аспирин содержащие препараты.
 - Инфузионная терапия показана только больным с тяжелой формой ОРВИ (объем инфузии – до 30 – 50 мл/кг массы тела в сутки).
 - Гормональная терапия применяется при осложнениях ОРВИ – энцефалите и тромбоцитопенической пурпуре.

При тяжелой степени тяжести гриппа и ОРВИ:

- для купирования гипертермического синдрома свыше 38,5°C назначается:
 - парацетамол 10-15 мг/кг с интервалом не менее 4 часов;или
 - ибупрофен в дозе 5-10 мг/кг не более 3-х раз в сутки через рот;
- с целью дезинтоксикационной терапии внутривенная инфузия из расчета 30 – 50 мл /кг с включением растворов:
 - 5% или 10% декстрозы (10-15 мл/кг);
 - 0,9% натрия хлорида (10-15 мл/кг);
- при стенозе гортани 2 степени:
 - будесонид стартовая доза 2 мг ингаляционно через небулайзер или 1мг дважды через 30 мин до купирования стеноза гортани. Доза может повторяться каждые 12 часов до улучшения состояния.
 - дексаметазон 0,6мг/кг или преднизолон 2-5мг/кг в/м.
- При стенозе гортани 3 степени госпитализация в ОРИТ.
 - увлажненный кислород (при пульсоксиметрии <92%);
 - дексаметазон 0,7 мг/кгили
 - преднизолон 2-5 мг/кг в/м;
 - будесонид 2 мг однократно, или по 1мг дважды через 30 мин. Доза может повторяться каждые 12 часов до улучшения состояния. По показаниям интубация трахеи.
- При обструктивном синдроме:
 - ингаляционный бронхолитик сальбутамол кратковременного действия по 2 ингаляции через каждые 20 минут в течение часа ингаляционно через небулайзер, в последующем по 2 ингаляции 3 раза в день (3-5 дней).

С целью этиотропной терапии тяжелого гриппа:

- - – занамивир, порошок для ингаляций дозированный 5 мг/доза (не установлена эффективность терапии, если начинают применять позднее чем через 2 дня после появления симптомов гриппа). При лечении гриппа А и В детям старше 5 лет рекомендуется назначать по 2 ингаляции (2×5 мг) 2 раза/сут в течение 5 дней. Суточная доза - 20 мг (NB *- зарегистрирован в РК, не входит в КНФ) или
 - осельтамивир (не установлена эффективность терапии, если начинают применять позднее чем через 2 дня после появления симптомов гриппа.) - детям старше 12 лет и более 40 кг назначают по 75 мг 2 раза в сутки внутрь в течение 5 дней; детям старше 1 года рекомендуется суспензия для приёма внутрь в течение 5 дней: детям весом менее 15 кг назначают по 30 мг 2 раза в сутки; детям весом 15-23 кг - по 45 мг 2 раза в сутки; детям весом 23-40 кг - по 60 мг 2 раза.

Сроки назначения этиотропной терапии ингибиторами нейраминидазы

- Наиболее эффективно – в первые 36-48 час
- **В любые сроки** пациентам с прогрессирующим, тяжелым, осложненным течением гриппа, с признаками пневмонии и ОРДСв
- **В любые сроки** пациентам из групп риска по осложненному течению гриппа
- Беременным, больным гриппом, **в любые сроки и в любом триместре беременности показано назначение озельтамивира**

- • При осложнениях со стороны центральной нервной системы с отеком головного мозга (менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, нейротоксикоз)
 - дегидратационная терапия:
маннит 15% детям от 1 месяца до 12 лет 0,25-1,5 г / кг, если необходимо, повторное введение 1-2 раза с интервалом 4-8 часов; от 12 до 18 лет 0,25-2 г / кг.
 - с противоотечной, противовоспалительной и десенсибилизирующей целью:
дексаметазон детям до двух лет – первая доза 1мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч., старше двух лет – первая доза 0,5 мг/кг, затем 0,2 мг/кг каждые 6 ч. Курс лечения 5–7 дней.

- При судорогах:
 - диазепам – 0,5%, по 0,2-0,5 мг/кг в/м; или в/в; или ректально;

- При ДВС-синдроме – переливание СЗП.
- антибактериальные препараты назначаются в зависимости от предполагаемого и/или выделенного возбудителя при развитии бактериальных осложнений.

Индикаторы эффективности лечения [1-4]:

- - купирование лихорадки и интоксикации;
 - нормализация лабораторных показателей;
 - купирование астмоидного дыхания;
 - исчезновение кашля;
 - нормализация показателей СМЖ при энцефалите, менингоэнцефалите;
 - отсутствие и купирование осложнений.

Показания для экстренной госпитализации:

- возраст до 5 лет с наличием общих признаков опасности (не может пить или сосать грудь, рвота после каждого приема пищи и питья, судороги в анамнезе данного заболевания и летаргичен или без сознания);
- дети со стенозом гортани II-IV степени;
- дети со стенозом гортани 1-ой степени в возрасте до 1-го года;
- среднетяжелые (дети до 5 лет) и тяжелые формы гриппа и ОРВИ;
- дети из закрытых учреждений и из семей с неблагоприятными социально-бытовыми условиями.

Показания для экстренной госпитализации

- Стойкая лихорадка ($\geq 38,5^{\circ}$ C) с нарушением микроциркуляции или гипотермия ($< 36^{\circ}$, C)
- Пациенты с субкомпенсированным и декомпенсированным сахарным диабетом.
Изменение цвета кожи (цианоз или сероватый оттенок);
- стридор (явления крупа) в покое;
- устойчивость к жаропонижающим средствам в течение 48 часов.
- Показания для госпитализации расширяются по мере уменьшения возраста заболевшего.

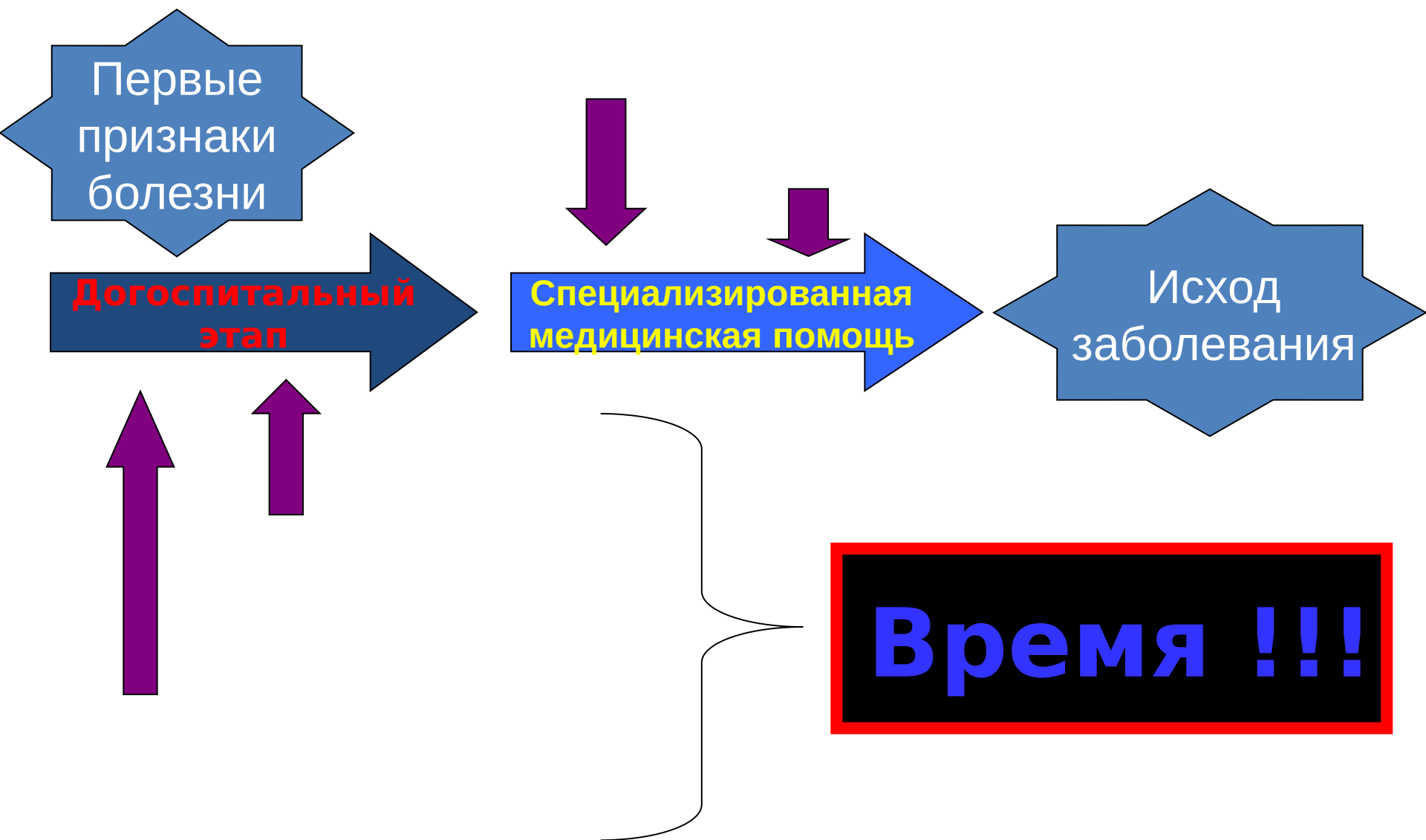
ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ПЕРЕВОДУ ДЕТЕЙ В ОИТР

- резкая отрицательная динамика общего состояния на фоне проводимой терапии;
- любые формы нарушения сознания – сонливость/возбуждение, сопор, кома;
- нарушение функции внешнего дыхания – стридорозное дыхание, тахипноэ (ЧД > 15–20 дых./мин выше возрастной нормы), втяжение податливых участков грудной клетки;
- наличие судорожной активности или судорог;
- цианоз, мраморность, серая окраска кожных покровов;
- гипертермия (t° тела $\geq 38,5^{\circ}\text{C}$ с нарушением микроциркуляции) или гипотермия (t° тела $\leq 36,4^{\circ}\text{C}$);

ПОКАЗАНИЯ К ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ИЛИ ПЕРЕВОДУ ДЕТЕЙ В ОИТР

- Артериальная гипотензия (АД менее 15–20% от возрастной нормы или для детей старше двух лет: АД систолическое равно или менее $70 \text{ мм рт.ст.} + 2 \times \text{возраст в годах}$);
- Признаки ДВС-синдрома.
- При появлении признаков тяжелой дыхательной недостаточности показан перевод на ИВЛ.

Грипп у детей раннего возраста



Цель медицинской сортировки

1. Обеспечить оказание наиболее качественной помощи максимальному числу пациентов в условиях ограниченных ресурсов
2. Быстро выявить критических пациентов и состояния, угрожающие жизни
3. Обеспечить лечение пациентов в порядке имеющихся у них неотложных состояний
4. Инициировать соответствующие вмешательства, например оказания первой помощи, назначение лекарств / обезболивания и других неотложных вмешательств
5. Улучшить результаты лечения и безопасность для пациентов в отделении
6. Планировать соответствующую переоценку и тактику у пациентов, которые остаются в зоне ожидания, в зависимости от их состояния и определенных временных рамок

Цель медицинской сортировки

6. Уменьшить нагрузку на отделения
7. Определить, нужна ли помощь пациенту другими специалистами/консультантами
8. Способствовать обучению пациентов и общественности, по вопросам предотвращения травм и других острых заболеваний
9. Предоставление корректной информации пациентам и членам их семей, по запланированной помощи и необходимого времени ожидания

Практические замечания

В большинстве стран мира медицинская сортировка проводится опытными медсестрами или опытными врачами, у которых есть авторитет в команде

Сортировочные решения не обсуждаются во время эпизода массового поступления. Обсуждения на потом, после окончания эпизода.

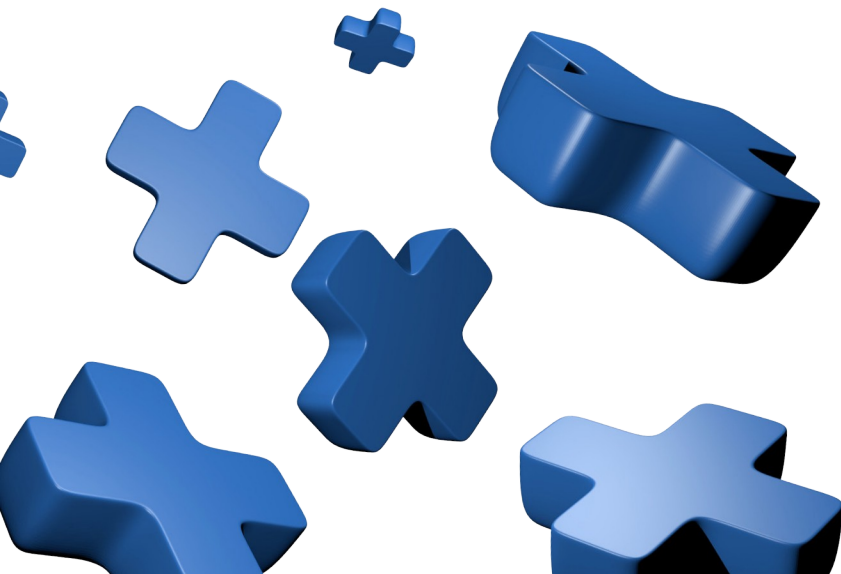
Помните о ПИИК! (вентиляция, гигиена рук, контроль источника инфекции, правильные СИЗ, стандартные меры предосторожности + направленные на мех. передачи)

- КОГДА? Как можно быстрее при поступлении пациента
- ГДЕ? В приемном отделении, учитывайте приватность пациента.
- Хорошо доступный вход и выход из помещения сортировки.
- ЧТО? Определите ЦВЕТ для указания очередности помощи пациенту

Вакцины против гриппа

Вид вакцины	Название /страна/возраст начала вакцинации	Способ введения
Живые ослабленные	Аллантоисная интраназальная живая сухая (Россия)	интраназально
Инактивированные цельновирионные	Грипповак (инактивированная жидкая) (Россия)	Интраназально или подкожно
	Вакцина гриппозная инактивированная элюатно-центрифужная жидкая (Россия)	Подкожно (П/К)
Расщепленные (сплит-вакцины)	Бегривак (Германия)	п/к или в/м
	Ваксигрипп (Франция)	п/к или в/м
	Флюарикс (Россия)	п/к или в/м
	Ультрикс® (Россия)	в/м
Субъединичные	Агриппал (Италия)	п/к или в/м
	Гриппол (Россия)	п/к или в/м
	Инфлексал (Швейцария)	п/к или в/м
	Инфлювак (Нидерланды)	п/к или в/м
	Гриппол плюс (Россия)	п/к или в/м

Гриппол® *плюс*



Гриппол плюс® - современная вакцина для профилактики гриппа среди разных категорий населения

Задачи для ПМСП

Во всех ЛПУ города ответственные лица по борьбе с гриппом, зам. гл врача по лечебной работе.

- Срочно составить до 05.12.2021 г «План мероприятий ЛПУ по борьбе с гриппом».
- Распределить обязанности среди ведущих специалистов и зав. отделений по выполнению определенного объема работ.
- Обязательный компонент- профилактические мероприятия: «Социальная мобилизация населения по борьбе с гриппом».
- Какие мероприятия будут проводиться в подведомственных ДДУ (фильтры, влажная уборка, проветривание, ежедневная термометрия)
- Выступление в СМИ, кто конкретно и количество планируемых.
- Ответственные лица за публикации в журналах и газетах, с предоставлением в управление.
- Ответственные лица по проведению семинаров с целевой аудиторией с предоставлением списка в управление.
- Выпуск видеороликов, листовок, брошюр.
- Работа в социальных сетях.

Образование



Activities

Изменить поведение через сознание



Спасибо за внимание

