**Актуальные вопросы современной педиатрии: ОРВИ**

Буквально каждый из нас время от времени страдает от нарушения носового дыхания, кашля, боли в горле, повышения температуры тела, иными словами, от ОРВИ. Дети более подвержены ОРВИ, чем взрослые, поскольку их иммунитет еще не сформировался до конца и организм еще не может противостоять огромному количеству вирусных инфекций окружающей среды. Дети старшей возрастной группы заболевают в среднем от 2 до 5 раз в год, в то время как в дошкольном возрасте (3-6 лет) - до 10 случаев заболеваний за аналогичный календарный период. Ежегодно, по данным ВОЗ, ОРВИ заболевают 20-30% детского населения России. Заболеваемость дошкольников и школьников может доходить и до 30-40% в зависимости от интенсивности вирусных эпидемий, что в 3-4 раза превышает заболеваемость взрослых.

Ежегодно в России болеют ОРВИ от 27,3 до 41,2 млн человек, а заболеваемость во всем мире составляет до 1 млрд случаев. По данным информационных источников, ежегодно в разных странах тратится более 8 млн долларов США на закупку лекарств, при этом более половины из этой суммы идет на приобретение антибактериальных средств вследствие осложненного течения инфекций верхних дыхательных путей.

Что происходит со слизистои оболочкой верхних дыхательных путей при ОРВИ?

Наиболее частыми возбудителями заболевания являются: *респираторно-синцитиальный вирус, вирус парагриппа, аденовирусы, риновирус, коронавирус*. Они очень изменчивы, поэтому не всегда организм способен своевременно им противостоять, и концентрация специфических антител в слизистой оболочке верхних дыхательных путей оказывается низкой. Чаще всего входными воротами для вирусной инфекции служит слизистая полости носа, на втором месте - слизистая полости рта, реже - слизистая глаз. Вирус проникает внутрь клетки, инфицирует ее и начинает размножаться. Это ведет к запуску противовирусного иммунного ответа. Выделяются противовоспалительные химические вещества и формируется отек слизистой оболочки, способствующий привлечению новых клеток воспаления. Воспалительный процесс также нарушает работу так называемого мукоцилиарного клиренса (МЦК) - важнейшего защитного механизма дыхательных путей. Благодаря данному механизму происходит непрерывная постоянная эвакуация различных патогенных агентов с поверхности слизистой. При ОРВИ работа мукоциллиарного клиренса парализуется, нарушается эвакуация различных инфекционных агентов и повышается время их контакта с клетками эпителия верхних дыхательных путей.

В большинстве случаев острые респираторные заболевания протекают в легкой форме или средней степени тяжести, и все симптомы самостоятельно купируются уже на 7-10-е сутки течения болезни. Однако в более 50% случаев при ОРВИ диагностируют такое осложнение, как острый *риносинусит* (ОРС) -воспаление слизистой оболочки околоносовых пазух и полости носа с внезапным развитием двух или всех трех перечисленных симптомов:

* затруднение носового дыхания (заложенность носа),
* непрозрачные окрашенные выделения из носа,
* кашель, который чаще отмечается в ночные часы.

Во всем мире этот термин стали применять сравнительно недавно, взамен более привычному «синуситу». Это связано с тем, что при любом воспалении (вирусном или бактериальном) воспаляется не только слизистая полости носа, но и слизистая окружающих ее околоносовых пазух (синусов). Вследствие чего большинство авторов сходится во мнении, что ранее привычный термин «синусит» не полностью отражает картину всех вовлеченных в воспалительных процесс структур носа.

В отсутствие официальных статистических данных, по очень приблизительным расчетам, до 10 млн человек в России ежегодно переносят ОРС. Однако реальное число больных, видимо, значительно выше, особенно среди детского населения. Для ОРС, как и для ОРВИ, характерна сезонность заболеваемости - нарастание числа заболевших в осенне-зимний период, ранней весной и относительное затишье в теплое время года.

Как развивается ОРС?

Вирусная инфекция, запуская воспалительный процесс, создает условия для развития данного осложнения, а также происходит активация микробной флоры, и тогда возбудителями инфекционного ОРС могут стать различные микроорганизмы (*пневмококки, гемофильная палочка, стрептококки, стафилококки, моракселла и др.*) (рисунок). В ответ на инфекцию в слизистой оболочке начинает накапливаться большое количество различных защитных веществ, а также происходит расширение сосудов. Все это приводит к формированию отека и повышенной выработке отделяемого из носа, в то время как работа МЦК нарушена. В свою очередь, это препятствует нормальному дренированию околоносовых пазух (ОНП), а также поступлению в них кислорода. Таким образом, развитие ОРС всегда связывают с тремя факторами: отеком, застоем отделяемого из носа и нарушением дренирования ОНП.

При ОРС как осложнении ОРВИ в 70-80% случаев возникающие трудности при постановке диагноза связаны с тем, что на начальных этапах клиническая симптоматика этих двух состояний схожа.

Особенности начала ОРС на фоне ОРВИ у детей (DeMuri GP, Wald ER., N Engl J Med, 2012)

|  |  |
| --- | --- |
| Симптомы | Описание |
| Наличие симптоматики клинически схожей с ОРВИ | Длительность течения заболевания более 10 дней без видимой положительной динамики |
| Развитие более тяжелой клинической симптоматики на фоне ОРВИ | Повышение температуры тела выше 38,5°C в течение 3-4 дней при условии наличия гнойного отделяемого из носа |
| Ухудшение течения заболевания после видимой положительной динамики | Появление симптомов приблизительно через неделю от начала ОРВИ (включают в себя повышение температуры тела, увеличение количества отделяемого из носа и/или кашель в дневное время) |

Лечение ОРС

Как же лечить ОРВИ, чтобы предотвратить развитие ОРС, а если это и произошло, то как максимально быстро и эффективно купировать инфекционный процесс?

По данным некоторых авторов, при ОРВИ примерно в половине случаев назначаются системные антибактериальные препараты. Проведенные опросы выяснили, что часть больных (или их родителей) самостоятельно начинают прием антибактериальных средств. Причины разнообразны: кто-то желает уменьшить выраженность болевого симптома (особенно при назофарингите), кто-то делает это с «профилактической» целью («чтобы не было осложнений»).

С точки зрения врачей, в ряде случаев ранний прием антибактериальных препаратов объясняется сложностью диагностики вирусных и бактериальных форм, кроме того, этиология заболевания может быть смешанной.

По данным исследований, «профилактическое» применение системных антибактериальных препаратов нецелесообразно. Частое и необоснованное применение системных антибактериальных средств способствует росту резистентности патогенных микроорганизмов!

Следует отметить, что у детей старшего возраста и взрослых достоверно значимой разницы между назначением немедленной антибактериальной терапии и отсроченной (на 3-4-й день) выявлено не было.

В случае риска осложнения течения ОРС (наличие хронических форм синусита, частые отиты в анамнезе), а также в раннем детском возрасте антибактериальную терапию следует назначать немедленно. Что же касается других групп препаратов, также широко применяемых при ОРС, то топические стероиды в комбинации с антибиотиками на второй неделе лечения ОРС значительно уменьшали кашель и отделяемое из носа. По результатам рандомизированного плацебо контролируемого исследования, у детей старше 12 лет при применении топических стероидов в качестве монотерапии достигался более хороший клинический эффект, нежели чем при назначении препаратов ряда пенициллинов

Тем не менее, остается открытым вопрос: «Почему в одних случаях течение ОРВИ осложняется развитием ОРС, а в других - нет?»

Необходимо учитывать, что, с одной стороны, сопротивляемость детского организма заметно ниже, чем у взрослых, с другой - при отеке слизистой полости носа на фоне снижения работы МКЦ формируются все предпосылки для развития ОРС. Соответственно, при рекомендации препарата для лечения ринита врач должен учитывать патогенез развития ОРС, связанный с застоем отделяемого в полости носа и ОНП. Лекарственное средство должно также отвечать таким важным параметрам, как безопасность и высокая эффективность применения у детей.

Абсолютно для всех практикующих педиатров и детских оториноларингологов при назначении терапии на первом плане стоит задача: не только достигнуть нужного клинического эффекта, но при этом и избежать нежелательных побочных эффектов.

Таким образом, подводя итог, хочется еще раз подчеркнуть, что ОРВИ в педиатрической практике - одно из самых распространенных заболеваний. В 50% случаев возможно развитие такого осложнения, как ОРС. Особенно это необходимо учитывать, когда речь идет о детях младших возрастных групп. Периодически возникающие трудности в дифференциальной диагностике между изолированными ОРВИ и уже присоединяющимся ОРС заставляют задумываться врачей и родителей о своевременном назначении лекарственных препаратов для местного применения с целью профилактики и лечения осложнений, а также для облегчения течения инфекционного воспалительного процесса.