

Содержание:

1. Введение.....	3
2. Острая респираторная вирусная инфекция	4
3. Грипп.....	5
4. Парагрипп	6
5. Аденовирусная инфекция.....	6
6. Риновирусная инфекция.....	7
7. Респираторно-синцитиальная инфекция.....	7
8. Симптомы ОРВИ	8
9. Диагностика.....	10
10. Показания к госпитализации.....	10
11. Лечение ОРВИ.....	11
12. Профилактика.....	13
13. Заключение.....	15
14. Список литературы.....	16

Введение.

Более 25% больных ежедневно обращаются к врачу по поводу заболеваний дыхательных путей. Самыми распространенными заболеваниями респираторного тракта являются острые респираторные вирусные инфекции. Так, во время ежегодных эпидемий гриппом переболевают около 10% населения земного шара, во время пандемий число больных возрастает в 4–5 раз.

В России ежегодно регистрируется около 50 млн. случаев инфекционных заболеваний. До 90% случаев из регистрируемой инфекционной заболеваемости приходится на ОРВИ и грипп. По данным Федерального центра по гриппу, в России в эпидемию 2002–2003 гг. в среднем переболело гриппом и ОРЗ 28,9% детей в возрасте до 2 лет, 24,3% детей в возрасте 3–6 лет, 17,2% детей 7–14 лет, 3,5% взрослого населения (от 15 лет и старше). По данным МЧС России, в период эпидемии 2003 года общее количество переболевших ОРВИ и гриппом составило 30 миллионов человек. Экономические затраты на оплату лечения и листов нетрудоспособности составили 50 миллиардов рублей.

Острые респираторные вирусные инфекции опасны прежде всего развитием осложнений: бронхитов, пневмоний, синуситов и др. А учитывая тот факт, что грипп и ОРВИ в первую очередь поражают наиболее уязвимые группы населения (детей и пожилых), присоединение вторичной инфекции на фоне ослабленной иммунологической реактивности всегда опасно развитием летального исхода.

По данным ВОЗ, от ОРВИ и их осложнений ежегодно умирает 4 млн. детей в возрасте до 5 лет, причем доля детей до 1 года среди умерших составляет более 66%. В 75% случаев причиной детской смертности от ОРВИ является острая пневмония.

Таким образом, чрезвычайно широкая распространенность ОРВИ, их потенциальная опасность в плане развития вторичных острых и хронических бактериальных инфекций дыхательных путей, а также летальных исходов в определенных популяционных группах обуславливает поиск и создание лекарственных средств, эффективных для лечения ОРВИ и профилактики осложнений.

Острая респираторная вирусная инфекция.

ОРВИ - острая респираторная вирусная инфекция. Более известная как ОРЗ (острое респираторное заболевание) - группа вирусных заболеваний верхних дыхательных путей. Понятие острое респираторное заболевание объединяет в себе ОРВИ, простуду, обострение хронических инфекций носоглотки и бактериальные осложнения ОРВИ. Таким образом, ОРЗ это не болезнь и не диагноз, а специальный термин, который употребляется медицинскими работниками. ОРЗ представляют собой полиэтиологичную группу инфекций. Этим термином принято объединять все острые неспецифические инфекционные заболевания респираторного тракта вне зависимости от их локализации - от ринита до пневмонии. Этот термин удобен для эпидемиологических целей, поскольку входящие в него формы имеют много общего в патогенезе и путях передачи - речь идет, в основном, о воздушно-капельных инфекциях, хотя и контактный (через грязные руки) путь передачи играет не меньшую роль.

ОРВИ вызывается большим числом возбудителей, среди которых не менее 5 различных групп вирусов (вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы и др.) и более 300 их подтипов. Их всех объединяет то, что они очень заразны, так как передаются воздушно-капельным путем. Однако, в качестве клинического диагноза, ОРВИ требует расшифровки: указания на органы поражения, для которых известен спектр возбудителей, или, при отсутствии четко выраженного поражения органа - на возможную этиологию заболевания (вирусное, бактериальное ОРЗ). Большинство ОРВИ вызывают респираторные вирусы и грипп, что и оправдывает использование термина острая респираторно-вирусная инфекция, указывающего на небактериальную этиологию. ОРВИ - не только наиболее часто встречающаяся патология у детей, но и основной повод для проявления высокой, часто избыточной терапевтической активности. Высокая восприимчивость к возбудителям ОРВИ у детей в возрасте от 6 месяцев до 3 лет обусловлена, прежде всего, отсутствием предыдущего контакта с вирусами. С возрастом появляются антитела к большему числу вирусов, что сопровождается снижением заболеваемости. Поэтому частые ОРВИ нельзя считать признаком иммунодефицита - они отражают, чаще всего, высокий уровень контактов с источником инфекции. В условиях детского коллектива формируется групповой иммунитет к ряду возбудителей, на что указывает высокий процент носительства при отсутствии заболеваний. Активная иммунизация против гриппа снижает уровень заболеваемости, как гриппом, так и ОРЗ в целом. Носительство вирусов, микоплазм и условно-патогенной бактериальной флоры дыхательных путей является важным резервуаром инфекции, особенно в межэпидемическом периоде. Частой заболеваемости детей, способствует нестойкость иммунитета к ряду вирусов (РС - и парагриппозных), разнообразие серо - и биотипов пневмотропных бактерий (пневмококков, стафилококков, гемофильной палочки), рино - и аденовирусов, а также изменчивость вирусов гриппа. Высокая восприимчивость детей с аллергией, очевидно, связана с преобладанием у них Т-хелперов 2 типа. У ребенка, находящегося в организованном коллективе, ОРВИ возникают в среднем 8 раз на первом году посещения, 5-6 раз на втором, 3-4 раза на третьем году. У часто болеющих детей ОРВИ возникают, как правило, ежемесячно. Особенно часто ОРВИ болеют дети в возрасте 1-5 лет, что объясняется утратой материнского и отсутствием приобретенного иммунитета. ОРВИ чаще возникают в холодное время года - с октября по апрель с пиком в феврале, инфекции, вызванные микоплазмой, учащаются в начале осени, а пневмококковая и стрептококковая группы А инфекции иногда учащаются в весенние месяцы. ОРВИ чаще регистрируются в холодном и умеренном климате, но эпидемии и пандемии повсеместны.

В начальный период болезни вирус размножается в «воротах инфекции»: носу, носоглотке, гортани, что проявляется в виде рези, насморка, першения, сухого кашля. Температура обычно не повышается. Иногда в этот процесс вовлекаются слизистые глаз и желудочно-кишечного тракта. Затем вирус попадает в кровь и вызывает симптомы общей интоксикации: озноб, головная боль, ломота в спине и конечностях. Активация иммунного ответа приводит

к выработке организмом антител к вирусу, вследствие чего кровь постепенно очищается от него и симптомы интоксикации ослабевают. На финальном этапе неосложнённой ОРВИ происходит очищение дыхательных путей от поражённых вирусом слоёв эпителия, что проявляется как насморк и влажный кашель.

Из-за широкой распространенности и разнородности различных острых респираторных инфекций часто возникает необходимость проведения дифференциального диагноза для установления точной причины болезни. Знание принципов дифференциальной диагностики различных ОРВИ необходимо для предупреждения различных осложнений и коррекции лечения больного. Наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются: грипп (острое начало, высокая температура, возможность развития тяжелых форм болезни), парагрипп (более легкое, чем у гриппа течение, поражение гортани с риском удушья у детей), аденовирусная инфекция (менее выраженное, чем у гриппа начало, ангина и лимфаденопатия, поражение конъюнктивы глаз, сильный насморк, возможно поражение печени). Заражение респираторно-синцитиальным вирусом выражается в виде поражения бронхов и бронхиол, возможность развития бронхопневмонии, более легкое и длительное, чем у гриппа течение. Симптомы диспепсии проявляется при ротавирусной инфекции, и выражаются рвотой и разжижением стула. Сильно выраженная лихорадка может вызвать подозрения на корь, скарлатину и т. п.

Следует отметить, что в подавляющем большинстве случаев организм нормального ребенка вполне способен к тому, чтобы без всякой посторонней помощи справиться с острой респираторной вирусной инфекцией. И главная задача - организму не мешать! Почти все проявления болезни - повышение температуры, насморк, кашель, отказ от еды - представляют собой способы борьбы организма с возбудителем инфекции. А современные лекарства могут творить чудеса - мгновенно снизить температуру, отключить насморк и кашель и т.д. Многие такие лекарства есть в нашей домашней аптечке. Поэтому, если использовать их без консультации врача, вместо трех дней насморка можно получить три недели в больнице.

Грипп

Грипп - это острое высококонтагиозное эпидемическое заболевание, возникающее обычно в холодное время года и вызываемое РНК - вирусом, тропным к эпителию дыхательных путей (пневмотропным вирусом), относящимся к семейству Orthomyxoviridae. Другим названием заболевания является инфлюэнца.

Этиология. Выделяют 3 серотипа: А (представляет наибольшую эпидемическую опасность), В (вызывает локальные вспышки и эпидемии), С (приводит к спорадическим случаям). Источник заражения - инфицированный человек. Заболевший является заразным за 24 часа до появления выраженной симптоматики и в течение 2 суток после клинического выздоровления. Специфические липогликопротеидные рецепторы (капсиды) обеспечивают фиксацию вируса на поверхности эпителиальных клеток.

Патогенез. Выделяют 3 стадии заболевания: I стадия - внедрение и первичная репродукция вируса, происходящая при помощи РНК-полимеразы. Продолжительность этой стадии соответствует инкубационному периоду и составляет от нескольких часов до 2-4 дней. II стадия - вирусемия, сопровождающаяся продромальными явлениями. III стадия - вторичная репродукция вируса в тропных клетках, приводящая к генерализации инфекции и разгару болезни, проявляющаяся острым субфебрильным или фебрильным повышением температуры, головной болью, катаральным ринитом, кашлем и (реже конъюнктивитом), суставными, а также мышечными болями.

Клиническая картина.

Инкубационный период может колебаться от нескольких часов до 3-х дней, обычно 1—2 дня. Тяжесть заболевания варьирует от лёгких до тяжёлых гипертоксических форм. Типичная

гриппозная инфекция начинается обычно с резкого подъёма температуры тела (до 38°C — 40°C), которая сопровождается обычными симптомами интоксикации: ознобом, болями в мышцах, головной болью и чувством усталости. Выделений из носа, как правило, нет, напротив, есть выраженное чувство сухости в носу и глотке. Обычно появляется сухой, напряжённый кашель, сопровождающийся болью за грудиной. При гладком течении эти симптомы сохраняются 3—5 дней, и больной выздоравливает, но несколько дней сохраняется чувство выраженной усталости. При тяжёлых формах гриппа развивается сосудистый коллапс, отёк мозга, геморрагический синдром, присоединяются вторичные бактериальные осложнения. Клинические находки при объективном исследовании не выражены — только гиперемия и отёк слизистой зева, бледность кожи, инъектированные склеры. Следует сказать, что грипп представляет большую опасность из-за развития серьёзных осложнений, особенно у детей, пожилых и ослабленных больных.

Парагрипп

Парагрипп — это острое заболевание дыхательных путей, вызываемое вирусом. Характеризуется выраженным синдромом интоксикации и поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Этиология. Возбудитель — вирус парагриппа. Источником является заболевший человек. Эпидемически опасным больной становится в последний день инкубационного цикла, а также в течение всего острого периода болезни, продолжающегося около недели. Путь передачи — воздушно-капельный.

Чаше болеют дети младше 7 лет. Они высоко чувствительны к данному вирусу, в связи с чем, нередкие вспышки в детских коллективах.

Патогенез. При попадании с капельками слюны или частичками пыли вируса в верхние дыхательные пути, он осаждаётся на эпителиальном слое верхних носовых пазух и гортани, проникая внутрь клетки. При этом, вирус обладает способностью разрушать клетки эпителия. В результате развивается местный воспалительный процесс, отёчность, накапливается слизь. Проникая в кровоток, вирус вызывает общие токсические реакции организма (повышение температуры, утомляемость, головная боль, снижение аппетита).

Клинические проявления. Инкубационный период продолжается около недели. Заболевание начинается с резкого повышения температуры. Появляется ощущение заложенности носа, головная боль, общее недомогание. В течение последующих 2 дней температура достигает максимальных значений, порой до 40°C . На первый план выходят признаки эпителиального поражения верхних дыхательных путей. У детей это проявляется охриплостью голоса, сухим кашлем. Слизистая глотки красная, отёчная, миндалины увеличены, выступают за нёбные дуги. По степени протекания различают лёгкую, среднетяжёлую и тяжёлую формы парагриппа. При лёгкой степени температура повышается выше $37,5^{\circ}\text{C}$. При среднетяжёлом — до 39°C . Тяжёлые формы довольно редки.

Аденовирусная инфекция

Аденовирусная инфекция — это вид ОРВИ, причиной которой является аденовирус.

Этиология. Возбудители — аденовирусы, их более 30 видов. Вирусы содержат ДНК и не отличаются устойчивостью во внешней среде. Вирус очень заразен, легко передаётся воздушно-капельным и контактным путём.

Также распространено попадание вируса через пищу и воду.

Патогенез. Слизистая оболочка носоглотки — самое распространённое место поражения при аденовирусной инфекции. Вирус может проникнуть и с помощью слизистой оболочки глаз (конъюнктивы). Из-за попадания инфекции начинается воспалительный процесс лимфоузлов (лимфаденит). Самый большой процент приходится на возрастную категорию от 6 месяцев до 5 лет.

Клинические проявления.

Инкубационный период от 1 дня до 2 недель. Заболевание начинается остро, с подъёма температуры. Первым симптомом является неприятное ощущение в области ротоглотки. Ощущение напоминает жжение, также похожее на ощущение сухости. Глотание вызывает неприятную болезненную реакцию. Характерно возникновение гиперемии и отёчности на задних и передних дужках, на области задней стенки глотки и языке. Из носа появляется выделение слизисто-гнойного характера. Характерным является тетрада симптомов: ринит — фарингит — конъюнктивит — лихорадка. Также отмечаются симптомы общей интоксикации — слабость, вялость, головная боль, отсутствие аппетита, сонливость.

Риновирусная инфекция

Риновирусная инфекция – это острое инфекционное заболевание, вызванное вирусами, поражающими преимущественно слизистую носа, со слаботекущей интоксикацией.

Этиология. Возбудитель – группа пикорнавирусов (вирусы, содержащие РНК и имеющие крайне малые размеры). Вирусы очень неустойчивы во внешней среде, быстро инактивируются солнечным светом, высушиванием, дез. средствами, температурой. Каждый из типов вирусов обладает своими особыми наборами антигенов – это затрудняет поиск вакцины и эффективной терапии.

Патогенез. Вирусы проникают в организм человека через нос. Их репродукция реализуется в эпителиоцитах слизистой оболочки носа, что сопровождается дегенерацией клеток, развитием местной воспалительной реакции катарального характера с полнокровием и расширением сосудов, умеренной лимфомоноцитарной инфильтрацией, резким набуханием, отёчностью слизистой оболочки и обильной секрецией. У детей воспалительный процесс может захватывать другие отделы дыхательных путей – гортань, трахею, бронхи. Установлено, что риновирусная инфекция может быть причиной развития хронических отоларингологических заболеваний.

В ходе инфекционного процесса образуются вируснейтрализующие антитела, сохраняющиеся в течение нескольких лет.

Клиническая картина. Инкубационный период не превышает 7 дней, в среднем продолжаясь 1-3 дня. Острое начало заболевания проявляется заложенностью носа, сухостью в носоглотке, небольшим общим недомоганием. Развивается катаральный ринит с обильным серозным, а затем слизистым отделяемым. Может присоединиться сухой кашель. Выраженный насморк – ведущий и постоянный синдром. Обращает внимание несоответствие выраженного ринита и слабых общетоксических явлений (субфебрильная или нормальная температура тела, удовлетворительное общее состояние). При осмотре больных отмечают обильную ринорею, гиперемию и небольшой отёк слизистой оболочки ротоглотки, мелкую зернистость мягкого нёба. Иногда наблюдают слезотечение, гиперемию конъюнктив, инъекцию сосудов склер. Длительность клинических проявлений обычно не превышает 1 неделю, иногда может затягиваться до 10-14 дней.

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РСВ)

РСВ инфекция – это острое респираторное заболевание, характеризующееся умеренно выраженной интоксикацией и преимущественным поражением нижнего отдела дыхательных путей.

Этиология. РС-вирус относится к роду *Metamuxovirus*, семейство *Paramyxoviridae*. Его размер 90-120 нм. Вирус содержит РНК и комплементсвязывающий антиген. В культуре ткани даёт особый цитопатический эффект – образование «синцития». Эта особенность послужила основанием для его названия. Вирус нестойк во внешней среде и легко инактивируется при нагревании и воздействии дез. средств. Источник инфекции – больной человек, вирусоноситель. Путь передачи – воздушно-капельный. Болеют преимущественно

дети младшего возраста и новорождённые. В детских дошкольных коллективах могут наблюдаться эпидемические вспышки, которые длятся от 2 недель до 3 месяцев.

Клиника и патогенез

Инкубационный период длится не менее 3 дней, чаще 4-5 дней. Начинается заболевание как остро, так и подостро. У детей грудного возраста чаще наблюдается вовлечение в процесс НДП, в то время как у старших детей и у взрослых изменения обычно ограничиваются областью ВДП и протекают в виде ринита, фарингита, ларингита. Ринит отмечается у большинства пациентов, выделения из носа необильные серозно-слизистые. В ротоглотке может наблюдаться умеренная гиперемия слизистой. Наиболее частый симптом РСВИ - кашель, вначале непродуктивный, затем на 3-4 день болезни появляется мокрота.

Через 2-3 дня от начала болезни, а иногда и в более поздние сроки, обнаруживаются признаки поражения НДП с развитием бронхита, бронхиолита или бронхо-бронхиолита, обуславливающие возникновение БОС. Появляется одышка с втяжением уступчивых мест грудной клетки, обычно экспираторного типа. Дыхание шумное, свистящее.

При бронхите у большинства пациентов на фоне жесткого дыхания выслушивается большее или меньшее количество сухих свистящих хрипов, у части больных - средне- и крупнопузырчатые влажные хрипы. Выдох удлинен. Для бронхиолита характерно обилие мелкопузырчатых влажных и крепитирующих хрипов, выслушиваемых по всей поверхности обоих легких, обычно в конце вдоха. Из-за вздутия легких при перкуссии грудной клетки определяется коробочный звук.

Одним из важных признаков, характеризующих БОС, является цианоз. У детей первых месяцев жизни с бронхиолитом отмечается общий цианоз, дети становятся "чугунного" цвета. Поражение органов дыхания происходит на фоне лихорадки, которая в отдельных случаях может и отсутствовать.

Общая продолжительность РСВИ составляет от 5-7 дней до 3-х недель.

У новорожденных и детей второго месяца жизни, особенно недоношенных, при РСВИ могут возникать приступы апноэ. Такие приступы, хотя часто повторяются во время острой инфекции, обычно купируются самостоятельно и, как правило, не сопровождаются неврологическими или системными повреждениями, но требуют наблюдения.

У детей старшего возраста и взрослых РСВИ обычно протекает в стертой форме или проявляется только как афебрильное заболевание ВДП, но может иметь и клиническую симптоматику гриппа. Полагают, что РСВ служит причиной 15% обострений хронического бронхита.

Особого внимания заслуживают тяжелые формы РСВИ у детей раннего возраста, проявляющиеся бронхиолитом или бронхо-бронхиолитом с бронхообструктивным синдромом (БОС), требующие неотложной помощи и могущие привести к летальному исходу. Половина больных этой группы приходится на детей первых 3 месяцев жизни, начиная с раннего неонатального периода. Бронхиолиты в изолированном виде обычно наблюдаются у детей первых месяцев жизни, однако в большинстве случаев, наряду с бронхиолитом, имеются клинические признаки поражения и крупных бронхов. Клинически эту группу больных характеризует выраженная дыхательная недостаточность, определяющая тяжесть болезни, в то время как явления интоксикации выражены слабо или в умеренной степени.

Симптомы ОРВИ:

- Озноб
- Слабость
- Светобоязнь
- Суставные и мышечные боли
- Головная боль
- Обильное потоотделение
- Тошнота, рвота
- Насморк
- Боли в горле
- Хрипота, осиплость
- Кашель
- Лимфаденит (может быть при аденовирусной и РС-вирусной инфекции)
- Увеличение печени (может быть при аденовирусной и РС-вирусной инфекции)

Дополнительные симптомы при тяжелых формах:

- Психотические состояния
- судорожные припадки
- галлюцинации
- сосудистые расстройства (носовые кровотечения, точечные геморрагии на мягком небе)
- рвота
- гипертермический синдром
- менингизм
- энцефалопатия в сочетании с гемодинамическими расстройствами у детей
- отечный геморрагический синдром
- развитие в различной степени выраженности дыхательной недостаточности
- отек мозга у отдельных больных

Самые частые осложнения:

- отит
- вторичная бактериальная, реже вирусная пневмония
- дыхательная недостаточность
- бактериальные синуситы
- синдром поствирусной астении (усталость, эмоциональные и психические расстройства, развивающиеся в течение месяца от начала заболевания)

К смертельному исходу может привести пневмония или обострение хронических заболеваний. Более 90% случаев смертей на фоне гриппа имеет место у пожилых. У детей

смерть от гриппа – явление редкое. В настоящий момент недостаточно данных, чтобы определить факторы риска неблагоприятного прогноза при гриппе у детей.

Диагностика.

Диагноз обычно ставится на основании клинической картины.

В легких случаях симптомы гриппа и ОРЗ, вызванных другими вирусами, практически идентичны. Считается, что грипп отличается высокой температурой и более тяжелой общей симптоматикой. На практике в диагностике гриппа учитывается время года и наличие эпидемии.

С точки зрения выбора тактики лечения важно не столько провести дифференциальную диагностику различных ОРЗ и гриппа, сколько оценить тяжесть состояния, определить, когда необходимо использовать антибактериальную терапию (присоединение бактериальной инфекции) и госпитализировать больного (тяжелое состояние, чаще вследствие осложнений).

Обследование больного в типичном случае должно включать общетерапевтический осмотр. Использование лабораторных (в том числе общего анализа крови и мочи) и инструментальных методов обследования в неосложненных случаях нецелесообразно.

Показания к госпитализации.

При решении вопроса о госпитализации следует учитывать тяжесть состояния, вероятность развития осложнений, а также возможность организации адекватного ухода за больным на дому. Вопрос о госпитализации в первую очередь следует рассматривать у пациентов в возрасте 65 лет и старше, маленьких детей и лиц с тяжелыми хроническими заболеваниями. Возраст сам по себе не является показанием к госпитализации.

Признаками тяжелого течения заболевания, являющимися показаниями к госпитализации служат:

- дыхательная недостаточность;
- судороги (впервые выявленные) или неврологические симптомы;
- геморрагический синдром;
- обезвоживание, требующее парентеральной регидратации или другой внутривенной терапии;
- бронхиолит у детей младше трех месяцев;
- декомпенсация хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы.

Госпитализация может быть целесообразной при невозможности организации адекватного ухода на дому за больным в состоянии средней тяжести и тяжелом с факторами риска развития осложнений (например, одинокие пожилые и престарелые)

Лечение ОРВИ

Первое и главное правило - лечение должно быть строго индивидуальным и зависит от формы болезни, ее тяжести и сопутствующих заболеваний.

Лечение детей не только при ОРВИ, но и при гриппе имеет ряд общих принципов:

- 1) Постельный режим. Вне зависимости от того, каким вирусом вызвано заболевание, необходимо резко снизить физическую нагрузку на детский организм. Это поможет избежать многих опасных осложнений ОРВИ - в том числе, отдаленных.
- 2) Свободный доступ свежего воздуха. Организм больного ребенка остро нуждается в кислороде – его недостаточно в перегретом и чрезмерно высушенном радиаторами отопления воздухе комнаты. Регулярное проветривание существенно уменьшает риск воспаления легких - одного из самых частых и опасных осложнений ОРВИ
- 3) Адекватная диета. Витаминизированная, умеренно калорийная пища дается ребенку в «дробном» режиме - меньше по объему, но чаще. Частым и обильным должно быть и питье - лихорадящий ребенок теряет много жидкости из-за учащенного дыхания и повышенного потоотделения. Правильная диета ускоряет выздоровление и опять-таки, минимизирует риск развития осложнений.
- 4) «Симптоматический подход» - т.е. борьба с отдельными проявлениями заболевания. Наиболее частыми из таковых являются повышение температуры тела (гипертермия) и резко затрудненное из-за насморка носовое дыхание. «Работу» с этими симптомами родители заболевшего малыша, как правило, начинают еще до первого визита врача - и потому именно здесь крайне важно подчеркнуть ряд сугубо педиатрических нюансов лечения: В отличие от взрослых, дети (особенно до трех лет) склонны более тяжело переносить гипертермию - вплоть до развития судорог и других признаков поражения нервной системы. Поэтому назначать жаропонижающие средства при ОРВИ у детей нужно уже при лихорадке в 38 градусов и выше. Однако если жаропонижающее лекарство дается родителями ребенка самостоятельно (т.е. без консультации с врачом), мамам и папам следует предварительно с предельным вниманием изучить инструкцию по применению медикамента. Некоторые из препаратов этой группы имеют строгие возрастные ограничения к применению (аспирин, анальгин и т.д.), для некоторых чрезвычайно важно не превышать разовую и/или суточную дозу - не стоит к проявлениям ОРВИ добавлять еще и побочные лекарственные эффекты. Для быстрого ориентирования в спектре предлагаемых аптекой жаропонижающих средств имеет смысл спрашивать специально ориентированные на детей лекарственные формы жаропонижающих средств - в том числе, и ректальные свечи. Применение последних, весьма эффективно у детей раннего возраста. В случае, когда ребенок уже получил максимальную дозу жаропонижающего лекарства, но температура по-прежнему высока, а с врачебной помощью имеются временные затруднения (глубокая ночь) - следует применить физические методы борьбы с гипертермией. Такие, в частности, как обтирание тела ребенка салфеткой, смоченной смесью равных частей воды, столового уксуса и водки - при этом ребенок, разумеется, не должен быть укрыт одеялом. Процедура по ощущениям малоприятная, но весьма действенно снижающая температуру тела.

При насморке важно не увлекаться применением сосудосуживающих капель, спреев и гелей. Многие из этих препаратов обладают весьма нежелательными эффектами - повышением артериального давления, развитием нарушений сердечного ритма и т.д. К тому же, неоправданно частое использование этих средств существенно снижает их эффективность - насморк становится «устойчивым» к действию лекарства. Избежать нежелательных последствий применения сосудосуживающих средств для носа можно в случае, когда их закапыванию предшествует промывание носовых ходов физиологическим раствором - тогда препарат действует дольше, и применять его можно реже.

Более тяжелые симптомы гриппа и ОРВИ не «терпят» самолечения – следует незамедлительно обращаться к врачу.

Кроме режима, диеты, и симптоматической терапии детей, обязательно использование противовирусных средств. Такие средства, как арбидол, препараты интерферона (виферон, интерферон гамма, альфа 2б и др.) с успехом применяются у детей для лечения острых респираторных инфекций, так и гриппа, чего не скажешь о препаратах Тамифлю (Осельтамивир), Реленза (Занамивир) и Ремантадин, ориентированных на борьбу только с вирусом гриппа. Учитывая высокую эффективность и отнюдь не малую стоимость курсовой дозы Тамифлю и Релензы, вопрос точной диагностики гриппа (его дифференцирования от других ОРВИ) приобретает дополнительную актуальность - фактически становится еще одним аргументом против самолечения.

Нередко, чтобы справиться с болезнью может потребоваться госпитализация в педиатрический стационар. Также от своевременности обращения за медицинской помощью во многом зависит успех лечения.

Следует отметить, что все специфические средства, применяемые для лечения ОРВИ, можно разделить на три группы:

- 1) Средства, направленные против самого вируса.
- 2) Средства, ослабляющие болезненные симптомы и помогающие организму преодолеть заболевание.
- 3) Средства, препятствующие возникновению осложнений.

В заключение следует добавить, что лечение гриппа и ОРВИ у детей без участия врача абсолютно недопустимо в случаях:

- 1) Когда возраст ребенка составляет менее 3 лет
- 2) Когда имеет место тяжелое и осложненное (воспаление легких, воспаление среднего уха и т.д.) течение вирусной инфекции
- 3) В случаях, когда ОРВИ развивается у ребенка имеющего хронические заболевания.

Профилактика.

Главный эпидемиологический принцип профилактики ОРВИ: вирусные частицы часами и сутками сохраняют свою активность в пыльном, сухом, теплом и неподвижном воздухе и практически мгновенно погибают в воздухе чистом, прохладном, влажном и движущемся. Основной, прикладной, практический вывод из этого положения состоит в том, что вероятность инфицирования теснейшим образом связана с интенсивностью воздухообмена в помещении. Чем интенсивнее воздухообмен, тем меньше концентрация вирусов в воздухе, тем меньше вероятность инфицирования. Именно с этим во многом связан тот факт, что сезон ОРВИ заканчивается тогда, когда во всех домах открываются окна и форточки.

Высокую концентрацию вируса в воздухе можно создать исключительно в помещениях. На свежем воздухе это практически нереально, поэтому заразиться во время прогулки можно, лишь целуясь-обнимаясь с больным.

Почему в плохую погоду больше детей заболевают ОРВИ? Совсем не потому, что ветер, дождь и холодно. Просто в плохую погоду дети меньше гуляют и больше общаются со своими сверстниками именно в помещениях. Отсюда следует 5 обязательных правил:

1. Часто и регулярно проветривать помещение. Такой способ профилактики - эффективнее всех масок и всех лекарств вместе взятых.
2. Проветривать желательно тогда, когда все здоровы, и обязательно - когда хоть кто-нибудь болен.
3. Чем больше детей в помещении - тем чаще и интенсивнее его надо проветривать.
4. Элементарные и очевидные действия в детских учреждениях: вышли на прогулку - проветриваем помещения.
5. Обработка воздуха посредством воздействия на него губительными для вирусов ультрафиолетовыми лучами (кварцевание и т. п.).

К сожалению, эффективность этих процедур невысока. Можно убить вирус в воздухе, но источником и резервуаром инфекции остается больной человек. Стоит ему зайти в помещение - и через совсем непродолжительное время воздух вновь наполняется вирусами. Поэтому больным детям следует оставаться дома.

Поскольку вирус распространяется контактным путем, в разгар эпидемии, следует выполнять 4 обязательных правила:

1. Частая влажная уборка помещений: все, что можно помыть и влажной тряпкой протереть.
2. Регулярное протирание с использованием дезинфицирующих растворов предметов общего контактного использования - дверных ручек и т. д.
3. Мытье рук - частое и тщательное. В том числе регулярная обработка рук влажными гигиеническими и дезинфицирующими салфетками.
4. Всячески стремиться к тому, чтобы предметы совместного детского использования были подвергнуты влажной гигиенической обработке.

Концентрацию вируса можно уменьшить не только во вдыхаемом воздухе, но и

непосредственно в дыхательных путях. Один из самых безопасных, эффективных и недорогих способов профилактики ОРВИ - регулярное капанье (пшиканье) в нос солевых растворов.

Солевые растворы уменьшают концентрацию вируса в носовых ходах. Совершенно аналогично регулярные полоскания горла (чем угодно, здесь важен сам факт полоскания) уменьшают концентрацию вируса в носоглотке. И все это имеет смысл тогда, когда угроза инфицирования реальна, когда избежать контакта с больным не удастся. Концентрацию вируса можно не только уменьшить: попавшие в дыхательные пути вирусы можно уничтожить с помощью лекарств, способных избирательно действовать на вирус гриппа. Следует отметить, что профилактический прием лекарств целесообразен лишь тогда, когда есть явная угроза инфицирования вирусом гриппа.

Повышение устойчивости организма к вирусам:

1) Поддержание работоспособности и активизация системы местного иммунитета: В его основе - обеспечение нормального функционирования слизистых оболочек дыхательных путей, контроль за состоянием реологии мокроты, жидкая слизь (слюна, сопلي, мокрота) - главное оружие местного иммунитета. Пересохло во рту или в носу - местный иммунитет «отключился»: значит, созданы все условия для того, чтобы заболеть. Состояние слизистых оболочек и реология слизи зависит от:

а) Параметров воздуха, которым дышит ребенок.

б) От «системы» одевания и режима питья - пропотел, вовремя не выпил - вот и пересохло во рту.

в) Режим питания - трудно «работать» местному иммунитету, если во рту постоянно какая-нибудь еда.

г) Попадание в дыхательные пути пылевых и химических вредностей, увеличивающих нагрузку на местный иммунитет.

Поэтому всегда следует поддерживать оптимальные параметры температуры и влажности воздуха в помещении. Постоянно предпринимаются попытки улучшить, активизировать местный иммунитет с помощью определенных лекарств - стимуляторы местного иммунитета. Современные стимуляторы местного иммунитета представляют собой фрагменты бактериальных клеток, которые после проглатывания или нанесения на слизистые оболочки значительно увеличивают концентрацию защитных веществ (иммуноглобулинов, лизоцима и т. д.) в слизи и мокроте. Препараты этой группы проявляют свою профилактическую эффективность как в отношении ОРВИ, так и в отношении бактериальных ОРЗ. Еще один немаловажный плюс - профилактика бактериальных осложнений ОРВИ. Бактериальные стимуляторы местного иммунитета вполне заслуженно пользуются популярностью среди врачей и пациентов. Они безопасны, достаточно эффективны. В то же время никогда нельзя забывать о том, что концентрация защитных веществ в слизи и мокроте имеет значение лишь тогда, когда эта слизь и эта мокрота жидкие. Никакие даже самые дорогие и самые лучшие стимуляторы местного иммунитета не смогут проявить свои лечебные свойства, если предварительно не будут оптимизированы параметры воздуха, и не будут защищены от пересыхания слизистые оболочки.

2) Создание специфического иммунитета посредством вакцинации.

Поскольку ОРВИ - несколько сотен самых разнообразных вирусов, вакцинация невозможна. Нельзя защититься от всех, но можно создать вакцину от какого-то одного, конкретного вируса. Типичным примером такой защиты является вакцинопрофилактика гриппа. Однако вирус изменчив, поэтому, даже получив иммунитет в этом году, ребенок окажется беззащитным в следующем, поскольку вирус будет с совсем другим антигенным составом, вакцинация должна быть ежегодной.

Следует отметить, что иммунитет может быть не только активным (созданным вакцинацией), но и пассивным - формироваться в результате введения в организм уже готовых специфических антител. На практике это реализуется посредством применения иммуноглобулинов - препаратов, которые получают из крови доноров.

3) Применение иммуностимулирующих средств.

Идя навстречу пожеланиям родителей, фармакологическая промышленность выпускает огромное количество препаратов, специально ориентированных на профилактическое применение - препаратов, способных влиять на иммунитет: осуществлять его коррекцию, стимуляцию, нормализацию, улучшение и т. д. Существует множество классификаций иммуностимулирующих препаратов, но даже специалисты-иммунологи еще не договорились окончательно - кого и как называть. Тем не менее, реклама лекарств пестрит умными названиями «иммуномодулятор», «иммуностимулятор», «иммунокорректор» Однако четкого научного разграничения и конкретного общепринятого разъяснения смысла всех этих слов до настоящего времени не существует.

Система иммунитета удивительно сложна, но удивительно целесообразна. Уже исследованы сотни иммунных процессов и сотни самых разнообразных веществ, принимающих участие в иммунных реакциях. Механизмы множества процессов не ясны до сих пор. Предназначение множества иммунных факторов непонятно до сих пор. Надо быть очень самонадеянным, чтобы считать себя вправе вмешиваться в иммунную систему тогда, когда без этого вмешательства можно обойтись. Состояние иммунитета на 99% определяется образом жизни и только на 1% может быть связано с приемом лекарств. Совершенно невозможно организовать научное исследование, посвященное профилактической эффективности, какого либо препарата. Невозможно потому, что никак не получится создать одинаковые 99%, чтобы оценить влияние 1%. Неудивительно, что лекарств с доказанной при ОРВИ профилактической эффективностью не существует. Но лекарств, которые рекомендуются для профилактики ОРВИ - очень много.

Заключение.

Таким образом, арсенал средств, применяемых для профилактики и лечения ОРВИ, достаточно разнообразен, и главная задача врача — не ограничиваться только теми препаратами, которые в аптеке помещены на полку с лекарствами от простуды, а использовать всю палитру средств, необходимых конкретному пациенту. Необходимо отметить, что учитывая как медицинскую, так и экономическую значимость проблемы ОРВИ и гриппа, мультисимптомные препараты для симптоматического и патогенетического лечения этих заболеваний приобретают все большую значимость и популярность как во всем мире, так и в России.

Список используемой литературы

- 1.Коровина Н.А., Заплатников А.Л. (ред.). Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: Пособие для врачей. М., 2004. 45 с.
- 2.Лыткина И.Н., Волкова Н.А. Профилактика гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения // Лечащий врач. 2006. № 9. С. 83-85.
- 3.Смирнов В.С. Современные средства профилактики и лечения гриппа и ОРВИ. – С.-Пб.: Фарминдекс, 2008, с. 4.
- 4.Каверин Н.В., Львов Д.К. Ортомиксовирусы // Медицинская вирусология / Под ред. академика РАМН Д.К. Львова. – Медицинское информационное агентство, 2008, с. 176–182.
- 5.Колобухина Л.В., Львов Д.К., Бурцева Е.И. Грипп // Медицинская вирусология / Под ред. академика РАМН Д.К. Львова. – Медицинское информационное агентство, 2008, с. 382–393.
6. Научно-практическая программа «Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика». М., 2002г.
- 7..Учайкин В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей. М., 2001г.