

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН**

**ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ЧИРЧИКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ

**«ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ
ИНФЕКЦИИ»**

Ташкент 2018

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ
УЗБЕКИСТАН
ЦЕНТР РАЗВИТИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ОБРАЗОВАНИЕ
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ
ЧИРЧИКСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ КОЛЛЕДЖ**

УТВЕРЖДАЮ

Директор Центра развития
медицинского образования
МЗ РУз

Н.Р.Янгиева
2018 год



ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

(учебно-методическое пособие для преподавателей
медицинских колледжей)

UZBEKISTON RESPUBLIKASI
SOG'LIQNI TA'BIQLASH VA TIBBILANISH
TARBIYALASH VA RIVOJLANTIRISH
KAT'IBALIGI
KUP'YATIDAGI ILMIY

30 сч 98 18

ТАШКЕНТ – 2018

Составители:

Имамова И.А. — кандидат медицинских наук, ассистент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней Ташкентской медицинской Академии

Назирова Ш.А. - ассистент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней Ташкентской медицинской Академии

Исматуллаева С.Н. — преподаватель Чирчикского медицинского колледжа

Рецензенты:

Касымов И.А. — д.м.н., профессор, заведующий кафедрой инфекционных болезней, эпидемиологии ТашГМИ

Ниязова Т.А. — к.м.н., доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней ТМА

Данное учебно-методическое пособие обсуждено на заседании ЦМК ТМА и рекомендовано для утверждения в Центр развития медицинского образования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан
7 февраля 2018 года Протокол №7

Учебно-методическое пособие рассмотрено и утверждено на заседании Координационного совета Центра развития медицинского образования Министерства Здравоохранения Республики Узбекистан

«_30_» апреля 2018 года Протокол № 4

ОГЛАВЛЕНИЕ

Острые респираторные вирусные инфекции.....	4
Введение	4
ГРИПП	4
ПАРАГРИППОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ.....	18
АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ	22
РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ.....	29
РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ	32
РЕОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ	34
Дифференциальная диагностика ОРВИ	36
СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ	38
КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ:.....	41
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА	45

Острые респираторные вирусные инфекции

Введение

Группа *острых респираторных заболеваний* (ОРЗ) характеризуется полиэтиологичностью и сходством клинических проявлений при широком диапазоне тяжести течения и локализации поражения респираторного тракта. Различают ОРЗ, вызываемые вирусами, хламидиями, микоплазмами, бактериями, и ассоциированные ОРЗ (вирусно-вирусные, вирусно-бактериальные, вирусно-микоплазменные). Значительное место принадлежит ОРЗ вирусной и микоплазменной природы, что обусловлено их повсеместным распространением и высоким удельным весом в патологии человека. Среди возбудителей острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ) наибольшее значение имеют грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальная инфекция, адено- и риновирусная инфекция. По данным официальной статистики, гриппом и другими ОРЗ ежегодно болеют около 40 млн. человек. Только в России в период эпидемических подъемов заболеваемости гриппом в последние годы регистрируется до 7 млн больных гриппом, а заболеваемость другими острыми респираторными инфекциями суммарно значительно превосходит эти цифры. С ОРЗ связаны большие экономические, социальные и медицинские проблемы. Даже в развитых странах ежегодно только от гриппа и его осложнений умирают 30-40 тыс. человек.

ГРИПП

Син.: инфлюэнца

Грипп (Grippus) — острая вирусная инфекция, характеризующаяся интоксикацией и поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей с преобладанием явлений трахеита.

Исторические сведения.

В России и в некоторых странах Европы это заболевание было известно под названием «инфлюэнца» (от лат. *influere* - вторгаться). В настоящее время общепринятым является название «грипп» (от франц. *gripper* - схватывать).

Впервые заболевание описано Э. Паскье (1403). С этого времени зарегистрировано 18 пандемий гриппа, преобладающая часть которых зарождалась на Азиатском континенте. С конца XIX в. человечество пережило четыре тяжелых пандемии гриппа:

- в 1889-1890;
- пандемия 1918-1920 гг. («испанка») унесла 20 млн жизней;
- в 1957-1959 гг. («азиатский грипп») умерло около 1 млн человек;
- в 1968-1969 гг.

В промежутках между пандемиями, в среднем каждые 2—3 года, отмечались эпидемии гриппа с меньшими показателями заболеваемости и смертности населения.

Вирусная этиология гриппа установлена в 1933г. У.Смитом, К.Эндрюсом и П.Лейдлоу. Открытый ими вирус впоследствии получил название вируса гриппа

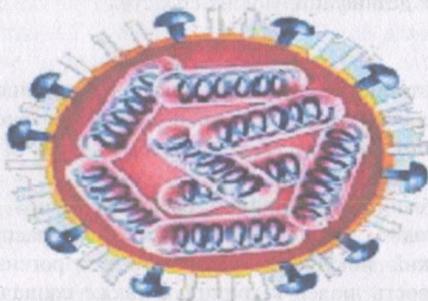
типа А. В 1940 г. Т.Френсис и Т. Меджилл выделили вирус гриппа типа В, а в 1947 г. Р.Тейлор – вирус типа С.

Этиология

Вирус гриппа относится к группе пневмотропных вирусов, семейству *Orthomyxoviridae* (от греческого "ортос" - правильный, "миксао" - слизь).

Вирионы округлой или овальной формы, диаметром 80-100 нм. Сердцевина вириона (нуклеокапсид) состоит из спирального тьяга рибонуклеопротеида, покрытого сверху липогликопротеидной оболочкой. В состав наружного слоя оболочки вириона входят гликопротеиды, обладающие гемагглютинирующей и нейраминидазной активностью.

Вирус содержит также фермент РНК-полимеразу. Антигенная характеристика внутреннего нуклеопротеида (S-антиген) положена в основу разделения вирусов гриппа на типы А, В и С.



Вирусы типа А в зависимости от антигенных свойств гликопротеидов наружной оболочки - гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N) подразделяются на подтипы. В последние годы доминирует вирус А подтип Н3N2.

В отличие от вирусов типа В и С, характеризующихся более стабильной антигенной структурой, вирус типа А обладает значительной изменчивостью поверхностных антигенов. Она проявляется либо в виде антигенного «дрейфа» (частичное обновление антигенных детерминант гемагглютинина (ГА) или нейраминидазы (НА) в пределах одного сероподтипа, что сопровождается возникновением новых штаммов вируса), либо в виде антигенного «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего синтез только ГА или ГА и НА), приводящего к образованию нового подтипа вирусов гриппа А. В основе антигенного «дрейфа», как предполагается, лежит образование мутантов с последующей их селекцией под влиянием иммунологических факторов населения.

Происхождение пандемических вирусов с шифтом поверхностных антигенов связывают не с мутационным процессом, а с генетической рекомбинацией.

Весь набор пандемических вирусов гриппа А и вирусов, вызвавших крупные эпидемии, подразделяют на 4 категории.

К пандемическим вирусам 1-й категории отнесены два вируса, в которых имеется шифт обоих поверхностных гликопротеидов. Один из них (родоначальник всех вирусов) ответствен за пандемию «испанки» 1918-1920 гг., другой пандемический вирус А/Сингапур/57 – родоначальник всех вирусов А2 и причина пандемии 1957 г.

Вторая категория вирусов характеризуется шифтом ГА при стабильной НА. Вирусы этой группы вызывали пандемии и эпидемии 1933, 1947 и 1968 гг.

В третью категорию входит вирус – А/Англия/64, ответственный за развитие пандемии 1964—1965 гг.; он характеризуется полушифтом ГА и НА.

Четвертая категория включает вирус, вызвавший эпидемию 1972 г. – А/Виктория/72, который характеризуется полушифтом НА в пределах одного ГА.

Вирусы гриппа малоустойчивы во внешней среде. Они лучше переносят низкие температуры и быстро погибают при нагревании и кипячении. Отмечается высокая чувствительность вирусов гриппа к ультрафиолетовым лучам и воздействию обычных дезинфицирующих средств.

Эпидемиология.

Грипп – типичный антропоноз, несмотря на то, что появились многочисленные данные о гриппе у перистых птиц и их роли в эпидемическом процессе. Особую опасность представляют лица с легким и стертым течением гриппа. Источником инфекции является больной человек.

Вирусы гриппа постоянно циркулируют среди населения и вызывают подъем заболеваемости ежегодно в зимнее время. Быстрому распространению гриппа способствуют короткий инкубационный период, аэрогенный путь передачи, высокая восприимчивость людей к гриппу, а также социальные условия жизни населения, в первую очередь характер современных транспортных средств, обеспечивающих быстрое передвижение населения и тесный контакт не только между соседними странами, но и между континентами.

Механизм передачи – аэрозольный, **путь передачи** – воздушно-капельный.

Максимальная контагиозность наблюдается в первые дни болезни, когда при кашле и чиханье с каплями слизи вирусы интенсивно выделяются во внешнюю среду на расстояние до 3 – 3,5 м. В инкубационном периоде заболевания рассевание вирусов не интенсивное. Начиная с 7-9 дня болезни выделить вирус от больного бывает трудно, в редких случаях он может выделяться и дольше.

Жизнеспособность и инфицирующие свойства возбудителя в жилых помещениях – 2-9 часов, в мокроте вирулентность сохраняется в течение 2-3 недель. Не исключена возможность инфицирования бытовым путём через инфицированные предметы обихода.

Естественная восприимчивость людей высокая, но имеет индивидуальные колебания; восприимчивость к новым серотипам возбудителя особенно выражена. Материнские противогриппозные антитела выявляют у детей, находящихся на естественном вскармливании до 9-10-го месяца; на искусственном – только до 2-3 мес. Однако, они не в состоянии предохранить от заболевания. При вспышках

гриппа в родильных домах новорождённые заболевают чаще и болеют тяжелее, чем их матери.

Эпидемии гриппа А имеют взрывной характер: в течение 1-1,5 мес переболевают 20-50% населения. Каждые 1-3 года отмечаются эпидемические вспышки, вызванные различными серологическими вариантами вируса гриппа типа А. Каждые 10-30 лет возникают пандемии гриппа, обусловленные появлением новых сероваров вируса А.

Эпидемии гриппа, вызываемые вирусом В длятся обычно 2,5-3 мес, охватывая не более 25 % населения.

Вирус гриппа типа С вызывает лишь спорадические заболевания.

В странах северного полушария с умеренным климатом эпидемии гриппа возникают в ноябре - марте, южного - в апреле - октябре.

Особенности современного эпидемического процесса при гриппе связаны прежде всего с тем, что в последние 30 лет отмечаются лишь «дрейфовые» изменения ГА вируса гриппа А, а последние «шифтовые» изменения обусловлены приходом в 1968 г. вируса гриппа А/Гонконг/68 с ГА НЗ. Такой длительный период дрейфа ГА НЗ не мог не отразиться на эпидемической ситуации, обусловленной циркуляцией этого сероподтипа.

Возврат в 1977 г. на эпидемиологическую арену вирусов гриппа (*H1N1*) привел к уникальной ситуации, когда одновременно циркулируют два подтипа вируса гриппа А – *H1N1* и *H3N2* и вирусы гриппа В.

Существовавшее ранее мнение о краткосрочности и слабости постгриппозного иммунитета подверглось пересмотру. Выяснилось, что штаммоспецифический постинфекционный иммунитет к гриппу у большинства людей сохраняется практически до конца жизни. Существенная роль в невосприимчивости к гриппу принадлежит иммунной памяти.

В число неспецифических гуморальных факторов невосприимчивости к вирусу гриппа входят термолabile β-ингибиторы, кофактор и интерферон. К ним же относят тепловое воздействие человеческого организма, значительно усиливающееся при гипертермии.

Постинфекционный иммунитет при гриппе А сохраняется 1-3 года, при гриппе В - в течение 3-6 лет, поэтому вспышки гриппа А и В иногда наслаиваются и возникают длительные двухволновые эпидемии.

Патогенез

Патогенез и патологоанатомическая картина.

Вирусы гриппа обладают тропностью к эпителию дыхательных путей. В патогенезе гриппа различают пять основных фаз:

1. репродукция вируса в клетках дыхательных путей;
2. токсическое воздействие на различные органы и системы, в первую очередь на сердечно-сосудистую и нервную, связано с самим вирусом гриппа, а также проникновением в кровь продуктов распада;
3. поражение дыхательного тракта с преимущественной локализацией процесса в каком-либо его отделе;

4. бактериальные осложнения со стороны дыхательных путей и других систем; входными воротами служат некротизированные участки эпителия дыхательных путей;

5. обратное развитие патологического процесса.

Попадая в организм с вдыхаемым воздухом, с помощью нейраминидазы вирус, проникает в цилиндрический эпителий и реплицируется в эпителиальных клетках слизистой оболочки дыхательных путей. Пораженные вирусом гриппа клетки подвергаются некрозу и отторжению.

Проникновение вируса гриппа сопровождается воздействием на рецепторный аппарат клеток эпителия, что также облегчает развитие вторичных бактериальных осложнений. Поврежденная слизистая оболочка трахеи и бронхов только спустя 1 месяца после инфицирования вирусом гриппа приобретает нормальное морфологическое строение.

Возникшая уже в инкубационном периоде и продолжающаяся около двух недель вирусемия оказывает повреждающее (токсическое) воздействие на эндотелий сосудов (преимущественно зоны микроциркуляции) легких, сердца, нервной системы и других органов. Токсическое воздействие является сочетанным, так как оно оказывается как вирусом, так и продуктами распада клеток. Вследствие вирусемии и токсемии отмечаются выраженная лихорадка и симптомы общей интоксикации. В поражении различных органов и систем ведущую роль играют циркуляторные расстройства, причиной которых служат нарушение тонуса, эластичности и проницаемости сосудистой стенки, а также поражение диэнцефального отдела головного мозга. Для гриппа характерно фазовое поражение симпатической и парасимпатической нервной системы. Гипертензия сменяется гипотензией, тахикардия - брадикардией, белый дермографизм - розовым. Некоторое время после заболевания сохраняется с сосудистая дистония.

Поражения нервной системы укладываются в нейротоксический синдром с отеком мозговой ткани и нарушением церебральной гемодинамики. Особенно серьезные изменения происходят в гипоталамической области, что ведет к расстройствам вегетативной нервной системы. Вследствие массовой вирусемии и токсемии может развиваться инфекционно-токсический шок. Гриппозная инфекция обуславливает иммунодефицитное состояние, что способствует присоединению вторичных бактериальных инфекций, нередко стафилококковой этиологии.

Нарушение барьерной функции эпителия респираторного тракта, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, анергизирующее действие возбудителя гриппа способствуют активации условно-патогенной микрофлоры дыхательных путей, возникновению бактериальных осложнений и обострению сопутствующих хронических заболеваний.

Классификация

В диагнозе указывают тип вируса гриппа-А,В,С, вызвавшего заболевание, по возможности в виде соответствующей формуле - род вируса, тип его

гемагглютинаина и нейраминидазы, географическое происхождение, серийный номер и год выделения. Например: А(Н₃Н₂) Виктория 35/2018.

Если привести всю формулу нельзя, указывают, хотя бы тип вируса, например: А₂.

Различают *типичное и атипичное* течение гриппа.

Исходя из степени токсикоза, выраженности катарального синдрома и характера осложнений, различают *лёгкую, среднетяжелую и тяжёлую* формы.

Примерная формулировка диагноза: Грипп А(Н₁Н₁), тяжёлая форма. Осложнение: острый левосторонний гайморит.

Грипп средней степени тяжести (при отсутствии лабораторного подтверждения – такая формулировка допустима).

Нельзя ставить диагноз «токсический грипп», так как токсикоз – обязательный компонент гриппа. Некоторые авторы выделяют еще очень тяжелую – *молниеносную (гипертоксическую)* форму болезни, в тех случаях, когда токсикоз достигает критических величин, степени ИТШ.

Клиника

Грипп - острое заболевание, с внезапным началом и циклическим течением, характеризующееся выраженным токсикозом и поражением верхних дыхательных путей и лёгких.

Инкубационный период при гриппе составляет обычно 1-2 дня, но может укорачиваться до нескольких часов и удлиняться до 3 дней.

В клинической картине заболевания выделяют два основных синдрома - интоксикации поражения дыхательных путей (катаральный синдром).

Синдром интоксикации ведущий. В типичных случаях грипп начинается остро - с озноба или познабливания, головной боли. Уже через несколько часов температура тела достигает максимальных цифр (38,5-40 °С). В неосложненных случаях продолжительность лихорадки при гриппе А составляет 1-6 дней, чаще до 4 дней, при гриппе В – несколько больше. Снижение температуры происходит критически либо ускоренным лизисом, сопровождаясь потоотделением. Двухволновая лихорадка встречается редко; ее развитие зависит от появления осложнений.

Развиваются слабость, ощущение разбитости, ноющие боли в мышцах, костях и крупных суставах.

Головная боль - ведущий признак интоксикации и один из первых симптомов болезни. Головная боль усиливается и *локализуется в лобной или лобно-височной области, надбровных дугах и глазных яблоках*. Возможно развитие светобоязни.

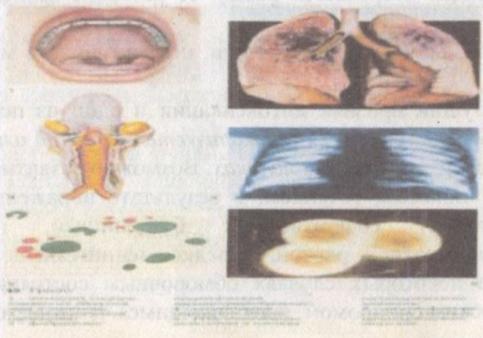
При гриппе с тяжёлым течением, в результате поражения ЦНС сильная головная боль может сочетаться с бессонницей, галлюцинациями, сопровождаться многократной рвотой, нередко менингеальными симптомами, головокружением, в некоторых случаях обморочным состоянием, анорексией, рвотой, геморрагическим синдромом, проявляющимся чаще всего в виде носового кровотечения.

Катаральный синдром, являясь одним из двух ведущих, часто отступает на второй план. Продолжительность его около 7-10 суток, наиболее длительно сохраняется кашель.

В первые сутки болезни отмечаются жалобы на сухость и саднение в носоглотке, «заложенность» носа. Набухание носовых раковин затрудняет свободное дыхание через нос. На 2-3 сутки появляются не обильные серозные, слизистые выделения, реже сукровичные, заложенность носа, першение и сухость в глотке, чихание.



При этом зев гиперемирован, цианотичен. Гиперемия носит разлитой характер, более яркой она бывает в области дужек, распространяется на мягкое небо и заднюю стенку глотки. У ряда больных отмечается мелкая зернистость мягкого неба, реже язычка и дужек. Задняя стенка глотки суховата на вид и имеет увеличенные лимфатические фолликулы. К 3-4-му дню гиперемия слизистых оболочек уменьшается и остается лишь инъекция сосудов. На этом фоне более заметной становится зернистость мягкого неба и нередко видны точечные кровоизлияния.



На 2-3-й день у большинства больных возникает сухой кашель, часто сопровождающийся саднением и болями за грудиной, а также грубым надсадным мучительным сухим кашлем (*явления трахеобронхита*).

Царапающие боли за грудиной патогномичны гриппу. Кашель спустя 3-4 дня становится влажным. Часто присоединяются осиплость голоса, чувство стеснения в грудной клетке.

В первые дни болезни отмечаются гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, умеренный конъюнктивит, иногда с 3-4 дня появляется герпетическая сыпь на губах, крыльях носа. При тяжелом течении болезни наблюдается бледность кожных покровов с цианотичным оттенком (как проявление гипоксии и гипоксемии).

В связи с диффузным токсическим поражением миокарда отмечаются тахикардия и некоторое повышение артериального давления, которые сменяются затем брадикардией, гипотонией, глухостью сердечных тонов. Стойкая тахикардия в разгаре болезни прогностически неблагоприятна, особенно у лиц пожилого и старческого возраста с хроническими заболеваниями сердца, сосудов и дыхательного аппарата. В основе этих нарушений лежит ухудшение кровотока по малому кругу кровообращения, повышение давления в легочной артерии в результате увеличения периферического сопротивления в сосудах легких, увеличение нагрузки на правый отдел сердца.

Поражение органов дыхания закономерно. В лихорадочном периоде может наблюдаться одышка. При перкуссии легких нередко выявляется коробочный звук, аускультативно — дыхание с жестким оттенком (иногда везикулярное), могут прослушиваться кратковременные сухие хрипы. При рентгенологическом исследовании в ранних сроках находят усиление сосудистого рисунка и расширение корней легких, что ошибочно может приниматься за пневмонию.

Пищеварительная система поражается в меньшей степени. При тяжелых формах гриппа аппетит снижен вплоть до полной анорексии, язык влажный, обложен белым налетом, у кончика ярко-красный с обнаженными сосочками, иногда болезненный. Отмечается склонность к запорам.

Поражение мочевыделительной системы проявляется умеренным снижением диуреза, сменяющимся повышением его после нормализации температуры. Нередко возникают протеинурия, микрогематурия и цилиндрурия.

При легкой форме гриппа интоксикация выражена слабо. Температура тела субфебрильная, длительность ее не превышает 2—3 дней. В некоторых случаях в клинической картине доминируют симптомы поражения верхних дыхательных путей.

Форма средней тяжести является наиболее частым вариантом течения инфекции. Заболевание сопровождается отчетливо выраженной интоксикацией организма и симптомами поражения верхних дыхательных путей. Длительность лихорадочного периода составляет в среднем 4—5 дней.

Тяжелая форма гриппа характеризуется острейшим началом, высокой и более длительной лихорадкой с резко выраженной интоксикацией. Больные адинамичные, жалуются на головокружение. Отмечаются сонливость или

бессонница, обморочные состояния, потеря сознания, менингеальные симптомы, энцефалитический синдром, сердечно-сосудистые нарушения. Чаще встречаются геморрагические проявления. Наблюдаются осложнения - наиболее часто вирусно-бактериальные пневмонии. Продолжительность заболевания во многом зависит от характера и течения осложнений.

Отдельно следует выделить клинику *молниеносной (гипертоксической) формы* гриппа, которая может довольно быстро закончиться летальным исходом. Она характеризуется тяжелейшим нейротоксикозом с развитием отека мозга, сердечно-сосудистой недостаточностью, дыхательной недостаточностью (в связи с развитием острого геморрагического отека легких, бронхопневмонии, стеноза гортани и т.д.). Характерно быстро прогрессирующее ухудшение состояния больного, тахипноэ, тахикардия, колющие боли в груди, "ржавая" мокрота, усиление одышки, синюшность кожи с серым оттенком, др. У детей младшего возраста заболевание протекает тяжелее, чем у взрослых. В общей картине доминирует тяжелый нейротоксикоз. Поражаются все отделы дыхательных путей, что в совокупности с несовершенством регуляторных механизмов создает условия для раннего появления дыхательной недостаточности и развития пневмонии.

Атипичные стертые формы гриппа встречаются сравнительно редко и характеризуются отсутствием одного из кардинальных синдромов. Заболевание может протекать без температурной реакции и других проявлений интоксикации или при отсутствии симптомов поражения дыхательных путей.

Существенных различий в течении гриппа, вызванного разными сероварами вируса гриппа А не отмечается. Однако пандемии, обусловленные появлением нового варианта вируса гриппа, характеризуются увеличением числа больных с тяжелыми формами болезни.

Грипп типа В отличают более длительный инкубационный период и катаральные явления на фоне менее выраженной по сравнению с гриппом А интоксикации.

В период эпидемии регистрируются все формы заболевания, а в межэпидемический период («спорадический грипп») преобладают легкие и средней тяжести формы.

У *детей младшего возраста* заболевание протекает тяжелее. На первый план выступают симптомы поражения ЦНС. Значительно чаще, чем у взрослых, наблюдаются рвота, судороги и менингеальные явления. Поражаются все отделы дыхательных путей, что в совокупности с несовершенством регуляторных механизмов создает условия для раннего появления дыхательной недостаточности и развития пневмонии. Болезнь иногда осложняется развитием крупа.

Для *пожилых людей* грипп чрезвычайно опасен, так как нередко протекает на фоне атеросклеротических изменений сердечно-сосудистой системы, хронических заболеваний органов дыхания и др.

Грипп нередко сопровождается астматическим компонентом. В ряде случаев развивается ложный круп, протекающий весьма бурно, без существенного изменения голоса. Для пожилых и лиц старшего возраста грипп чрезвычайно

опасен, так как нередко провоцирует обострение и утяжеление течения сопутствующих заболеваний, в первую очередь сердечно-сосудистых. Грипп у этих пациентов отличается состоянием гипореактивности, невысокой лихорадкой, частым появлением тяжелых пневмоний.

При неосложненном гриппе имеется отчетливая склонность к лейкопении с эозино- и нейтропенией при небольшом палочкоядерном сдвиге влево, а также относительным лимфо-моноцитозом. Чем более выражен токсикоз, тем значительней лейкопения. СОЭ у большинства больных в пределах нормы или снижена.

Прогноз. При тяжелых и осложненных формах заболевания серьезный, а в остальных случаях благоприятный.

Сестринский процесс при Гриппе

Исследования больного	Сестринский диагноз	Планирование помощи сестры	Выполнение помощи планов сестры	Оценка результатов
Жалобы больного -головная боль -боли в костях -боли надбровных дугах -боли при давлении на глазное яблоко -повышение температуры тела -сухой кашель Объективный осмотр: -гипермия лица. -гипермия зева, дианотик -сухость и увеличение заднее стенки. -легкий конъюнктивит, инъекция	Существующие проблемы. 1. Слабость 2. Жжение гортани и в носу 3. Озноб 4. Боли в больших суставах 5. тахикардия и повышение АД. Ожидаемые проблемы: 1. Светобоязнь 2. галлюцинации 3. многочисленная рвота, 4. менингеальные симптомы, 5. обморочное состояние. 6. анорексия.	1. по показаниям лечения в клинике 2. постельный режим при повышении температуры тела 3. Молочно-растительная диета 4. Этиотропное витаминотерапия и гипосенсибилирующая лечение 6. при пневмонии противогриппозный донорский иммуноглоб	1. Изоляция больного или отделить больного от окружающих ширмой. 2. Рекомендуются использовать посуду путём кипячения 3. пить медово-молочная, молочная горячая, лимонная-горячий чай, соки фруктов. 4. био-и химико препараты 5. назначается по возрасту антигистаминные препараты. 6. противогриппозный иммуноглобулин (взрослым 3-6 мл в/м 1 раз, детям 1 мл(0,15-0,2 мг/кг в сутки)	1. Снижение риска заражения, для окружающих 2. Уменьшение срока болезни. 3. Предупреждения осложнений. 5. исчезновение интоксикации 6. восстановление дыхания.

сосудов склер	7.кровоточивость носа	улин 7.Антипиретик средства 8.симпатомиметические средства 9.Облегчение капля	7.обильное питьё, при неэффективности парацетамол и ибупрофен. 8.2-3 % раствор эфедрина (капли в нос),по возрасту капли галазолина,ририназолин 9.пектусин, глаувент, либексин, тусупрекс, щелочные ингаляции, позднее отхаркивающие средства	
---------------	-----------------------	--	---	--

Осложнения

Наиболее частые - пневмонии (15-30 %), которая может развиваться в любой период болезни в случае присоединения бактериальной флоры (пневмококки, стафилококки). Они имеют вирусно-бактериальную или бактериальную этиологию. Самый частый этиологический фактор - стафилококк. В первые дни пневмония может остаться нераспознанной в связи с тем, что доминируют общие проявления гриппозной инфекции. Поэтому необходимо с должным вниманием отнестись к возникновению даже маловыраженных признаков легочной недостаточности (одышка, акроцианоз), чувства стеснения в груди, локальных хрипов.

Второе место по частоте (2 - 8 %) занимают гнойные осложнения со стороны ЛОР-органов. Присоединение микробной флоры при гриппе способствует возникновению ринита, фарингита, ларингита, трахеобронхита, а также поражению миндалин (лакунарная и фолликулярная ангина), околоносовых пазух (гайморит, фронтит, этмоидит), слухового аппарата (отит, тубоотит) и т.д.

Реже наблюдаются пиелонефриты и пиелоститы, энцефалиты, менингоэнцефалиты, арахноидиты, полиневриты, радикулит. Менингоэнцефалиты, арахноидиты являются результатом токсикоза и, по-видимому, не связаны с возникновением воспалительных изменений. Для гриппа закономерны обострения любого хронического процесса, в первую очередь хронических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и нервной систем.

Диагностика

Диагностика основывается на данных эпиданамнеза, клиники и лабораторных исследований. Ведущими клиническими признаками гриппа являются острое начало с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка, головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок, ноющие боли в костях, мышцах, вялость, «разбитость», возникновение на 2—3-й сутки умеренно выраженных катаральных явлений (насморк, сухой кашель, разлитая гиперемия зева и задней стенки глотки).

В неэпидемический период диагноз гриппа должен подтверждаться лабораторно. С целью выявления вирусов, вызывающих ОРВИ, проводят вирусологические методы исследования. Материалом для вирусологических исследований служат отделяемое носа и глотки, а также кровь. Вирус можно выделить на разных этапах гриппозной инфекции, но чаще в начале болезни. Материал необходимо взять в первые дни заболевания (не позднее 5-го дня) и немедленно доставить в вирусологическую лабораторию в охлажденном виде. Культивируют вирус на куриных эмбрионах.

Для быстрой диагностики гриппа в ранние сроки применяется метод флюоресцирующих антител.

Наибольшее значение в подтверждении гриппа имеют серологические исследования. Применяют РТГА, РСК, реже реакцию нейтрализации. Исследуются парные сыворотки, взятые от больного с интервалом в 10-14 дней. Диагностическим является нарастание титра антител в 4 раза и более, для детей допускается нарастание в 2 раза.

В последние годы стали использовать высокочувствительные методы (экспрессные) иммуноферментного анализа и молекулярной гибридизации.

Дифференциальная диагностика. Интоксикация и поражение дыхательных путей встречаются при многих заболеваниях. Наибольшие затруднения возникают в дифференциальной диагностике гриппа и других острых респираторных заболеваний, пневмоний различного генеза, обострения хронических заболеваний дыхательных путей. Определенные сложности встречаются при разграничении гриппа с другими инфекциями (тифы, малярия, некоторые детские инфекции, орнитоз и др.)

Лечение

Лечение больных неосложненными ОРВИ проводят на дому.

В стационар направляют больных с тяжелыми формами инфекции при возникновении осложнений и наличии тяжелых сопутствующих органических заболеваний, лиц пожилого и старческого возраста со среднетяжелым и тяжелым течением, а также по эпидемическим показаниям. Больных помещают в отдельную комнату или изолируют от окружающих посредством ширмы. Для них выделяют отдельную посуду, которую обеззараживают кипятком. Лицам, ухаживающим за больным, необходимо носить марлевую маску (из четырех слоев марли).

Больному во время лихорадочного периода необходимо соблюдать постельный режим. Рекомендуется молочно-растительная диета. Показано тепло (теплая

постель, грелка к ногам), обильное горячее питье в виде теплого молока с медом, горячего чая с лимоном, клюквенный морс, прием большого количества подкисленной жидкости, фруктовые соки. Широко используются горячие напитки из плодов калины, малины, настоек цветков липы, бузины, листьев земляники, эвкалипта, чебреца, хвоща полевого, цветов ромашки, корня девясила. Назначают комплекс витаминов.

Из этиотропных средств применяют *био- и химиопрепараты*.

Биологические средства включают *иммуноглобулины и интерферон*.

Независимо от сроков поступления больных в стационар и наличия пневмонии из специфических средств вводят *противогриппозный донорский иммуноглобулин* в дозе для взрослых 3 - 6 мл внутримышечно однократно, детям 1 мл (из расчета 0,15 - 0,2 мг/кг в сутки). При выраженных симптомах интоксикации указанную дозу назначают повторно через 6 - 12 ч. При отсутствии противогриппозного иммуноглобулина применяют нормальный иммуноглобулин (он также содержит противогриппозные антитела). Специфическое действие этих препаратов отмечается лишь при введении их в первые 3 дня болезни.

Лейкоцитарный интерферон используют в начальный период гриппа. Препарат в виде раствора вводят в носовые ходы каждые 1-2 ч на протяжении первых 2-3 дней заболевания.

Из химиопрепаратов в настоящее время при гриппе А используют римантадин. Назначенный в ранние сроки болезни, особенно в 1-е сутки, он дает выраженный эффект; применяется в течение первых трех дней болезни. В 1-й день суточная доза составляет 300 мг (по 100 мг 3 раза в день), во 2-й и 3-й день — по 200 мг (по 100 мг 2 раза). Показан также оксолин, который выпускается в виде 0,25 % мази. Его назначают интраназально 3—4 раза в день. Оксолиновая мазь смягчает катаральные явления и сокращает их длительность; оказывает эффект лишь в первые дни болезни.

Широко используют *патогенетические и симптоматические средства*, обязательны гипосенсибилизирующая терапия и витаминотерапия.

Легкие и среднетяжелые формы неосложненного гриппа имеют, как правило, благоприятный прогноз, и при лечении больных можно ограничиться симптоматическими средствами.

Антипиретические средства используют лишь при гипертермических лихорадочных реакциях, угрожающих осложнениях. Показанием для их использования являются не столько абсолютные цифры термометрии, сколько состояние больного, показатели гемодинамики. При гипертермии целесообразно регулировать температуру физическими методами, в том числе обильным питьем, а при неэффективности - парацетамолом и ибупрофеном.

При сухом кашле и болях за грудиной можно рекомендовать противокашлевые средства, горчичники, теплое щелочное питье (молоко с "Боржоми").

При явлениях ринита закапывают в нос препараты, содержащие симпатомиметики.

Пожилым с повышенным артериальным давлением с целью профилактики геморрагических осложнений рекомендуют рутин в сочетании с аскорбиновой кислотой.

Для устранения сухости и першения в горле рекомендуют теплое молоко с боржомом, инжиром, гидрокарбонатом натрия. Для облегчения кашля используют пектусин, глаувент, либексин, тусупрекс, щелочные ингаляции, позже - отхаркивающие средства, горчичники. При остром рините показан 2-3 % раствор эфедрина (капли в нос).

В последние годы с успехом применяют следующий комплекс препаратов: ремантадин 3 дня и антигриппин (анальгина 0,5 г, аскорбиновой кислоты 0,3 г, димедрола 0,02 г, рутина 0,02 г, лактата кальция 0,1 г) в течение 5 дней.

При тяжелых, крайне тяжелых формах гриппа требуется проведение не только этиотропной, но и нередко комплексной терапии, входящей в понятие интенсивной терапии. В связи с выраженным токсикозом внутривенно вводят реополиглюкин, реосорбилакт, физиологические растворы хлорида натрия с глюкозой не более 500-800 мл (чтобы не допустить развития гипертензии в малом круге кровообращения и отек легких). Показаны стероиды, мочегонные, ингибиторы протеаз.

Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают при наличии бактериальных осложнений, с профилактической целью их следует давать больным туберкулезом и некоторыми хроническими заболеваниями дыхательной системы. Предпочтение следует отдавать комбинации пенициллинов с ингибиторами бета-лактамаз, макролидам, цефалоспорином, фторхинолонам.

Лечение поражений ЛОР-органов, нервной, мочевыделительной и других систем проводят под наблюдением соответствующих специалистов.

Профилактика

Борьба с гриппом и другими ОРЗ проводится комплексно. Для их профилактики перед эпидсезоном и во время него следует назначать индукторы эндогенного интерферона. В период эпидемии гриппа А для экстренной профилактики используют те же препараты, что и с лечебной целью. Римантадин с профилактической целью назначают по 50 мг в сутки в течение 10 - 15 дней. Превентивный прием его особо показан лицам с высоким риском заражения, продолжительность приема - до 15 - 20 дней. Интерферон-альфа вводят в носовые ходы по 5 капель 2 - 3 раза в день в течение всего периода вспышки гриппа. Противогриппозный гамма-глобулин, который обладает наибольшей эффективностью, с профилактической целью в первую очередь показан детям до 3 лет, беременным и резко ослабленным лицам. В период эпидемии достаточно введение 2 инъекций по 3 мл с интервалом в 2 - 3 недели.

Для специфической профилактики гриппа применяют живые, а также и инактивированные - цельновирионные (вирионные), расщепленные (сплитвирусные) вакцины, субъединичные препараты наивысшей степени очистки. Преимущество имеют инактивированные вакцины (из вирусов А и В), которые используют для профилактики гриппа в силу выраженных

иммуногенных свойств и очень низкой реактогенности. В настоящее время в Украине проводят прививки тремя современными инактивированными вакцинами: субъединичная вакцина "Инфлювак", расширенная сплит-вакцина "Ваксигрип", расширенная сплит-вакцина "Флюарикс".



Иммунизация живой аллантоисной вакциной небольших групп населения осуществляется интраназально двукратно с интервалом в 20-30 дней. Плановая неспецифическая профилактика проводится с помощью экстракта элеутерококка, лимонника и других адаптогенов, препаратов эхинацеи, гомеопатических средств. Неспецифическая профилактика - это преимущество, а не недостаток, ибо она ослабляет волну не только гриппа, но и других ОРЗ.

ПАРАГРИППОЗНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Парагриппозная инфекция (*infectio paragripposa*) или парагрипп - острое вирусное заболевание, характеризующееся умеренно выраженными симптомами интоксикации и поражением верхних дыхательных путей, преимущественно гортани.

Исторические сведения. Парагриппозный вирус впервые был выделен Р.Ченоком в 1954 г. из носоглоточных смывов ребенка, больного острым ларинготрахеитом. В 1957 г. тот же автор выделил от детей два новых типа вирусов. Позже в группу парагриппозных вирусов был включен открытый в 1952 г. в Японии так называемый вирус гриппа D (Сендай).

Актуальность. Парагрипп распространен повсеместно. По данным ВОЗ, они вызывают не менее 10% всех ОРЗ в мире.

Этиология. В настоящее время известны четыре типа вирусов парагриппа (ПГ-1, ПГ-2, ПГ-3, ПГ-4), которые имеют сходные признаки с возбудителями гриппа и относятся к парамиксовирусам. Размеры вирусных частиц 150—250 нм. Вирус содержит РНК спиральной формы, полисахариды, липиды и поверхностно расположенный гемагглютинин.

Вирусы парагриппа обладают стойкой антигенной структурой. Они хорошо размножаются в культуре тканей почек эмбриона человека, обезьяны, некоторые из них - в амниотической жидкости куриных эмбрионов. Вирусы трошны к клеткам респираторного тракта и вызывают феномен гемадсорбции. Они нестойки во внешней среде. Потеря инфекционных свойств наступает через 2-4 ч

пребывания при комнатной температуре, а полная инактивация – после 30-60 мин прогревания при 50 °С.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек. Вирус выделяется с носоглоточной слизью в острый период болезни. Продолжительность выделения вируса в окружающую среду - 3-10 дней. Путь передачи воздушно-капельный.

Парагриппозная инфекция проявляется в виде спорадических заболеваний круглый год с подъемами заболеваемости в осенне-зимние месяцы. Она является ведущей среди ОРЗ в межэпидемический по гриппу период. У детей дошкольного возраста парагрипп встречается чаще, чем ОРЗ другой этиологии, и нередко бывает причиной групповых вспышек. Парагриппом болеют дети в первые месяцы жизни и даже новорожденные. Считается, что антигенная стабильность вирусов парагриппа препятствует его эпидемическому распространению. Однако в небольших населенных пунктах описаны вспышки заболевания, которые длились около месяца и охватывали до 20 % населения. Эпидемическая кривая носила взрывной характер, как при эпидемиях гриппа.

Классификация

Клиническая форма:

Парагрипп:

- острый риноларингит;
- острый риноларинготрахеит;
- острый риноларинготрахеобронхит (бронхиолит).

При наличии пневмонии:

- острый риноларингит. Пневмония;
- острый риноларинготрахеит. Пневмония;
- острый риноларинготрахеобронхит (бронхиолит). Пневмония.

При любой клинической форме парагриппа может возникнуть такое осложнение, как ложный круп, что бывает причиной смерти. Поражение лёгких может быть обусловлено как самим вирусом парагриппа, так и вторичной бактериальной флорой (протекает по типу микст-инфекции).

Примерная формулировка диагноза:

1. Острый парагриппозный риноларингит, лёгкое течение.
2. Парагриппозная пневмония, тяжёлое течение.
3. Парагрипп, ложный круп, тяжёлое течение.

Клиника

Инкубационный период при парагриппе длится 3-4 дня (2-7 дней).

Заболевание в большинстве случаев *начинается постепенно*.

Больные жалуются на недомогание, умеренную головную боль, преимущественно в лобной области, реже в височных областях или глазных яблоках. Иногда отмечаются легкие познабливание, незначительные мышечные боли. При типичном течении парагриппа температура тела субфебрильная или нормальная, изредка с резкими кратковременными подъемами. Вирус парагриппа преимущественно поражает гортань. С 1-го дня болезни ведущим симптомом

является *грубый «лающий» кашель* с охрипlostью или осипlostью голоса. Отмечается заложенность носа, сменяющаяся ринореей.

При осмотре слизистая оболочка носа гиперемирована и отечна. Мягкое небо и задняя стенка глотки неярко гиперемированы. У некоторых больных наблюдаются мелкая зернистость мягкого неба и небольшая отечность слизистой оболочки глотки. Отмечается учащение пульса, соответствующее повышению температуры тела, при тяжелом течении заболевания - приглушение тонов сердца. У лиц с хроническими заболеваниями дыхательной системы при парагриппе процесс быстро распространяется на нижние отделы дыхательных путей. Уже в первые дни болезни часто наблюдаются явления бронхита.

При лёгком течении заболевание начинается постепенно, температура тела нормальная либо субфебрильная. Интоксикация практически отсутствует. Ведущими симптомами является кашель, нередко лающий, но не приносящий больному большого беспокойства, першение в горле, незначительное серозное отделяемое из носа. Эти больные чаще всего к врачам не обращаются, не лечатся, в связи с чем все симптомы могут затягиваться на 2 недели и более.

Среднетяжёлая форма - в процесс вовлекаются нижележащие отделы дыхательных путей. Добавляются явления трахеобронхита и даже бронхиолита. Температура тела 38°C и более. Отчётливее выражены явления токсикоза. Эта форма по клинике напоминает грипп среднетяжёлой формы, дифференциальная диагностика с которой бывает непростой. Но нет отёка и гиперемии лица. Кашель носит типичный лающий характер.

Тяжёлая форма - характеризуется выраженным токсикозом, признаками поражения дыхательной и нервной систем. Отмечается озноб, повышение температуры до 39-40°C до 7-8 дней. Кожные покровы бледные, ротоглотка умеренно гиперемированы. Могут появляться менингеальные знаки. Иногда у таких больных развивается типичная картина менингита. Критическое падение температуры может сопровождаться коллапсом. При развитии пневмонии могут появиться явления дыхательной недостаточности.

У детей первого года жизни парагриппозная инфекция, вызванная ПГВ-3, чаще всего протекает с тяжёлым бронхоолитом и пневмонией, что может привести к летальному исходу. ПГВ-1 и 2 часто вызывают у детей клинику острого ларингита с явлениями стеноза гортани. Течение ложного крупа обычно благоприятное и редко требует интубации или оперативного вмешательства. 30-40% всех случаев ложного крупа у детей приходится на долю парагриппа.

В крови выявляется нормоцитоз или умеренная лейкопения. В период реконвалесценции возможен моноцитоз; СОЭ в пределах нормы.

Продолжительность болезни 1-3 нед.

Сестринский процесс при Парагриппе

Исследования больного	Сестринский диагноз	Планирова ние помощи	Выполнения помощи планов сестры	Оценка результатов
--------------------------	------------------------	----------------------------	---------------------------------------	-----------------------

		сестры		
Жалобы больного - боли часто лобной, редко височной или глазных яблоках. -легкий озноб, боли в мышцах. -грубый лающий кашель. Объективный осморт: -отёчность и гипермия слизистой носа —бледная гипермия задней стенки гортани и мягкого неба -гипермия, цианотичность зева, -мелкая зернистость макгог неба	Проблемы. 1.Слабость 2.Трахеобронхит 3.повышение температуры 4.заложенность носа 5.учащение пульса Ожидаемые проблемы 1. могут быть менингеальны е признаки 2. признаки бронхоолита состояния коллапса холати, 3. развитие пневмонии и крупа	1.по показаниям лечения в клиники. 2.постельный режим при повышении температур ы тела 3.Диета 4.гипосенсибилизирующа я терапия. 5.при пневмонии назначается антибиотик и 6.Антипиретические средства 8.назначаетс я капли симпатомиметических средств 9.облегкчен ие кашля 10.Смазмотики	1.Изоляция больного или отделить больного от окружающих ширмой. 2.Рекомендуется использовать посуду путём кипячения 3.не рекомендуется острые, сладкие и соленные пищци. 4.назначается по возрасту антигистаминные препараты. 5.отвлекающая терапия (горчичниковые ванны для ног) 6.пектусин, глаувент, либексин, тусупрек, щелочные ингаляции , позднее отхарквающие средства 7.При осложнениях антибиотики	1.Снижение риска заражения, дл я окружающих 2.Уменьшение срока болезни.. 3.предупреждения осложнений 5.исчезновение интоксикаци й 6.востановление дыхания. 7.снижение температуры тела

Осложнения. К наиболее частым осложнениям парагриппа относится пневмония, обусловленная вторичной бактериальной флорой и имеющая, как правило, очаговый характер. У детей парагрипп осложняется крупом, вследствие отека и воспалительной инфильтрации слизистой оболочки гортани, скопления секрета в ее просвете и рефлекторного спазма мышц.. В этих случаях болезнь начинается остро с высокой температуры, грубого кашля, осиплости голоса. Стеноз гортани развивается внезапно, чаще ночью, и продолжается несколько часов. Другими осложнениями парагриппа являются вирусно-бактериальная пневмония, а также отит и поражение придаточных пазух носа.

Парагрипп приводит к обострению хронических заболеваний.

Прогноз при парагриппе благоприятный.

Диагностика. Клиническая диагностика основывается на том, что при парагриппозной инфекции имеется поражение верхних дыхательных путей с преимущественным вовлечением в процесс гортани. Катаральные явления наблюдаются с первых дней болезни и нарастают постепенно, интоксикация выражена слабо или отсутствует. С целью экспресс-диагностики применяется метод иммунофлюоресценции. Вирусологический метод сложен и имеет ограниченное применение. Серодиагностика осуществляется при помощи РТГА и РСК.

Лечение. При парагриппе лечение в основном симптоматическое и общеукрепляющее. В последнее время появились данные о положительном терапевтическом действии ремантадина на ранних сроках заболевания парагриппом. В тяжелых случаях болезни применяется донорский иммуноглобулин. При возникновении крупа необходима госпитализация. Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают лишь при осложнениях, вызванных бактериальной флорой.

Профилактика. Основана на соблюдении правил противозидемического режима в условиях очага инфекции. Больной должен быть изолирован в отдельную комнату, где следует ежедневно проводить влажную уборку и проветривание.

В детских коллективах при возникновении парагриппа рекомендуют применять стимуляторы интерферона (1 раз в неделю) или лейкоцитарный интерферон 3—4 раза в день в течение всего периода вспышки. Можно назначать также оксолиновую мазь, смазывая ею носовые ходы 1—2 раза в день.

АДЕНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Аденовирусная инфекция (*infectio adenovirales*) — группа острых респираторных заболеваний, характеризующихся поражением лимфоидной ткани и слизистых оболочек дыхательных путей, глаз, кишечника и умеренно выраженными симптомами интоксикации.

Исторические сведения. Задолго до открытия аденовирусов было известно, что в более холодное время года появляется множество острых заболеваний дыхательных путей, протекающих иногда в виде отдельных вспышек.

В 1953 г. американские исследователи У.П.Роу, Р.Дж.Хьюбер, Л.Гилмор, Р.Паррот и Т.Е.Уорд из аденоидов и миндалин, удаленных у практически здоровых детей, выделили вирусы (аденовирусы). Вскоре были выделены другие типы аденовирусов от лиц с острыми респираторными заболеваниями, нередко сопровождающимися конъюнктивитами.

Актуальность. Клиническое значение аденовирусных заболеваний определяется их широким распространением (почти все взрослые имеют антитела к вирусам типов 1-7), значительным удельным весом в структуре ОРВИ (особенно в детском возрасте) вирусных диарей, поражений конъюнктив, лимфоидной ткани, возможностью возникновения эпидемических вспышек.

Этиология. Возбудители аденовирусной инфекции относятся к роду *Mammaliade*, семейству *Adenoviridae*. Семейство аденовирусов включает возбудителей инфекционных заболеваний человека и животных. Известно около 90 сероваров, из которых более 30 выделены у людей. Этиологическое значение имеют серовары 3, 4, 7, 8, 14, 21. В разных возрастных группах обнаруживаются различные типы аденовирусов.

Онкогенные свойства аденовируса человека впервые были выявлены у 7 серовара. Вирионы величиной 70-90 нм содержат двуничатую ДНК, которая покрыта капсидом. В составе всех аденовирусов обнаружены три антигена: А-антиген групповой, общий для всех сероваров, обладающий комплементсвязывающей активностью; В-антиген токсический, С-антиген токсический, С-антиген типоспецифический, способствующий адсорбции вирусов на эритроцитах. Вирусы высокоустойчивы к низким температурам, длительно (до 2 нед) сохраняются при комнатной температуре, но легко инактивируются при нагревании и воздействии дезинфицирующих средств.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек, выделяющий вирусы с носовой и носоглоточной слизью в острый период болезни, а в более поздние сроки – с фекалиями. Меньшее значение в распространении инфекции имеют вирусоносители. Заражение происходит воздушно-капельным путем. В некоторых случаях отмечен фекально-оральный механизм заражения. Наиболее восприимчивы к инфекции дети в возрасте от 6 мес до 5 лет. Значительная часть новорожденных и детей первого полугодия имеют естественный иммунитет (пассивный). У 95 % взрослого населения в сыворотке крови обнаруживаются антитела к наиболее распространенным сероварам вируса.

Патогенез и патологоанатомическая картина. В соответствии с входными воротами аденовирус локализуется первоначально в эпителиоцитах слизистых оболочек верхних дыхательных путей, глаз, кишечника. Его репродукция осуществляется только внутри пораженных клеток, преимущественно в ядрах. Во время инкубационного периода происходит накопление вируса в эпителиальных клетках и регионарных лимфатических узлах. При этом подавляется фагоцитарная активность клеток системы макрофагов, повышается проницаемость тканей, и вирус проникает в ток крови, а затем и другие органы. Возбудитель фиксируется клетками системы макрофагов печени и селезенки, вызывая в них изменения, нередко приводящие к увеличению этих органов. Вирусемия при аденовирусных болезнях длительная и может наблюдаться не только при клинически выраженных, но и при бессимптомных формах заболевания. Репликация вируса в лимфоидной ткани сопровождается увеличением подчелюстных, шейных, подмышечных, мезентериальных лимфатических узлов, воспалительными изменениями в миндалинах.

Поражение различных отделов дыхательного тракта и глаз происходит последовательно. В процесс вовлекаются слизистая оболочка носа, глотки, трахеи, бронхов, поражаются миндалины, конъюнктивы, роговица, а также слизистая оболочка кишечника. При летальном исходе на вскрытии

обнаруживаются явления перибронхиальной пневмонии с выраженным отеком и некрозами стенок бронхов и альвеол.

Аденовирус репродуцируется в клетках эпителия кишечника и его лимфатическом аппарате. Возникающий воспалительный процесс развивается, по-видимому, при участии бактериальной флоры кишечника и клинически проявляется диареей и мезаденитом.

Классификация

Различают следующие клинические формы:

- 1) острое респираторное заболевание (ринофарингит, ринофаринготонзиллит, ринофарингобронхит);
- 2) фарингоконъюнктивальную лихорадку;
- 3) конъюнктивит и кератоконъюнктивит;
- 4) аденовирусную атипичную пневмонию.

Суммируя все описанные к настоящему времени клинические синдромы при аденовирусных заболеваниях, клиническую классификацию их можно представить в виде следующих форм:

1. Аденовирусные ОРЗ (ринит, тонзиллит, ринофаринготонзиллит, трахеобронхит);
2. Аденовирусная пневмония;
3. Фарингоконъюнктивальная лихорадка;
4. Эпидемический кератоконъюнктивит;
5. Аденовирусный геморрагический цистит;
6. Аденовирусная диарея (гастроэнтерит);
7. Аденовирусные поражения нервной системы (энцефалит, менингоэнцефалит, полирадикулоневрит);
8. Аденовирусные заболевания при иммунодефицитах, в том числе при СПИДе.

По степени тяжести: лёгкая, среднетяжёлая и тяжёлая форма.

В большинстве случаев заболевание протекает без осложнений, с самоизлечением. Тяжёлое течение возможно у детей раннего возраста. Следует помнить, что аденовирусная инфекция может протекать не только в острой форме, но и в латентной и хронической (например: хронический тонзиллит).

Клиническая картина

Инкубационный период составляет 5-8 дней с колебаниями 1-13 дней. Клиническая картина аденовирусной инфекции полиморфна.

Заболевание начинается довольно остро; появляются озноб или познабливание, умеренная головная боль, нередко ноющие боли в костях, суставах, мышцах. Ко 2-3-му дню болезни температура тела достигает 38-39°C. Симптомы интоксикации выражены, как правило, умеренно. Бессонница, тошнота, рвота, головокружение наблюдаются редко. У некоторых больных в первые дни болезни отмечаются боли в эпигастральной области и диарея. С 1-го дня болезни определяются заложенность носа и небольшие серозные выделения, которые быстро становятся серозно-слизистыми, а позже могут приобрести слизистогнойный характер. Ринит обычно сочетается с поражением других отделов

дыхательных путей; при этом нередко отмечаются боли в горле, кашель, охриплость голоса.

Заболевание может рецидивировать, что обуславливается длительной задержкой возбудителя в организме больного.

При осмотре больного отмечаются гиперемия лица, инъекция сосудов склер и конъюнктив. В 1-3-й день болезни часто развивается конъюнктивит, сопровождающийся резью или болью в глазах, обильным слизистым отделяемым и гиперемией конъюнктивы. У взрослых развивается обычно катаральный процесс, нередко односторонний, у детей могут возникать фолликулярные и пленчатые формы конъюнктивита. В некоторых случаях присоединяется кератит.



Носовое дыхание затруднено в связи с отеком слизистой оболочки носа и ринореей. Зев умеренно гиперемирован, более яркая гиперемия в области задней стенки глотки, которая нередко отечна и бугриста. Как и при гриппе, типична зернистость мягкого неба. Миндалины гиперплазированы, часто с беловатыми рыхлыми налетами в виде точек и островков, которые могут быть односторонними или двусторонними. Явления тонзиллита сопровождаются увеличением подчелюстных и шейных лимфатических узлов, реже возникает генерализованное увеличение лимфатических узлов.

№ п/п	Имя	Фамилия	Год рождения	Дата поступления
1	Иванов	Иван	1990	10.10.2023
2	Петров	Петр	1995	12.10.2023
3	Сидоров	Сидор	1998	15.10.2023
4	Климов	Климов	2000	18.10.2023
5	Васильев	Васильев	2002	20.10.2023
6	Кузнецов	Кузнецов	2005	22.10.2023
7	Лебедев	Лебедев	2008	25.10.2023
8	Новиков	Новиков	2010	28.10.2023
9	Попов	Попов	2012	30.10.2023
10	Смирнов	Смирнов	2015	01.11.2023



Поражение сердечно-сосудистой системы наблюдается лишь при тяжелых формах заболевания. Отмечается приглушение сердечных тонов, изредка выслушивается нежный систолический шум на верхушке сердца. В легких на фоне жесткого дыхания определяются сухие хрипы. Рентгенологически выявляются расширение корней легких и усиление бронхососудистого рисунка, инфильтративные изменения — при мелкоочаговой аденовирусной пневмонии. Основные часто встречающиеся признаки поражения желудочно-кишечного тракта: дисфункция кишечника, боли в области живота, увеличение печени и селезенки.

В гемограмме существенных изменений не находят; иногда выявляются умеренная лейкопения, эозинопения; СОЭ в пределах нормы или несколько повышена.

Осложнения. К осложнениям относятся отиты, синуситы, ангины и пневмонии. Аденовирусные болезни, как и грипп, способствуют обострению хронических заболеваний.

Сестринский процесс при Аденовирусе

Исследования больного	Сестринский диагноз	Планирование помощи сестры	Выполнения помощи планов сестры	Оценка результатов
Жалобы больного -боли в глазах -боли в эпигастральной области. -понос	Проблемы. 1.рецидив болезни 2.плёнчатый или фолликулярный	1.по показаниям в лечении в клинику. 2.постельный режим при повышении	1.Изоляция больного или отделить больного от окружающих ширмой. 2.рекомендуется	1.Снижение риска заражения, для окружающих 2.

-заложенность носа Объективный осмотр: -признаки конъюнктивита -увелечение под язычного и шейного лимфатическог о узла -боли в животе -увелечение печени и селезенки -гиперплазия миндалин	конъюнктивит, кератит 3. субфебрильн ая температура тела 4. Диспептичес кие 5. признаки тонзиллита Ожидаемые проблемы : 1. пневмония 2. Отиты 3. Синуситы 4. Ангины 5. обострение хронических болезней	температуры тела 3. рекомендуетс я диета. 4. гипосенсибил зирующая терапия. 6. назначение антибиотка при пневмонии. 7. назначение антипиретическ их средств 8. капли симпатомимети ков . 9. Дезинтоксика ционные средства 10. локальная этиотропная лечение	я диета 4. назначение по возрасту антигистаминн ых средств 5 оксолиновый(0, 25%)мазь, теброфеный(0,2 5 %) мазь интраназално 6. местно назначается 0,05% дезоксирибону клеазного раствора 20- 30% раствор сульфацил- натрия, теброфен и флореналовые мази 7. при осложнениях используется антибиотики	Уменьшение срока болезни.. . 3. предупрежде ния осложнений 5. исчезновение интоксикаци й . . 6. снижение температуры тела
--	--	--	--	---

Прогноз. Обычно благоприятный, но может быть серьезным – при атипичной тяжелой аденовирусной пневмонии.

Диагностика. В типичных случаях клиническая диагностика основывается на наличии катаральных явлений, относительно высокой и длительной лихорадки и умеренной интоксикации. Тонзиллит, конъюнктивит, гепатолиенальный синдром облегчают постановку диагноза.

Экспресс-диагностика основана на применении метода иммунофлюоресценции, вирусологическая – на выделении вируса из носоглоточных смывов, отделяемого глаз при конъюнктивитах и фекальных масс. Из серологических методов используют РСК, РТГА и реакцию нейтрализации.

Лечение. При легких формах болезни проводят патогенетическую терапию, включающую гипосенсибилизирующие средства, витамины и симптоматическую терапию. При средней тяжести и тяжелой формах заболевания наряду с названными средствами применяют донорский иммуноглобулин. С целью дезинтоксикации применяют полиионные растворы для внутривенного капельного вливания.

Из местных этиотропных средств показаны оксолин (0,25% мазь), теброфен (0,25 % мазь) интраназально. При лечении вирусного конъюнктивита и кератита применяют местно 0,05 % раствор дезоксирибонуклеазы, 20-30 % раствор сульфацил-натрия, теброфеновую и флореналевую мази. При осложнениях, вызванных бактериальной флорой, используют антибиотики и сульфаниламидные препараты.

Профилактика. В очаге инфекции проводят такие же противоэпидемические мероприятия, как и при гриппе. В детских коллективах при возникновении инфекции целесообразно использовать стимуляторы интерферона, у взрослых – интраназально применять оксолиновую мазь.

РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНАЯ ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Респираторно-синцициальная вирусная инфекция (РС-инфекция) – острое респираторное заболевание, характеризующееся умеренно выраженной интоксикацией и преимущественным поражением нижнего отдела дыхательных путей.

Исторические сведения. Респираторно-синцициальный вирус (РС-вирус) был выделен в 1956 г. Дж. Моррисом от шимпанзе во время эпизоотии ринита и назван ССА – *Chimpanzee coronavirus agent* – возбудитель насморка шимпанзе. При обследовании больного сотрудника, ухаживающего за обезьянами, обнаружено нарастание титра антител к этому вирусу. В 1957 г. Р.Ченок и соавт. выделили аналогичный вирус от больных детей и установили его роль как возбудителя бронхита и пневмонии у детей младшего возраста.

Этиология. РС-вирус относится, к роду *metamxovirus*, семейству *paramyxoviridae*, его размер 90-120 нм. Вирус содержит РНК и комплементсвязывающий антиген. На куриных эмбрионах не размножается. В культуре тканей дает особый цитопатический эффект – образование «синцития». Эта особенность вируса и послужила основанием для его названия. Вирус неустоек во внешней среде и легко инактивируется при нагревании и воздействии дезинфицирующих средств.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек и, возможно, вирусоноситель; путь передачи воздушно-капельный.

Болеют преимущественно дети младшего возраста и даже новорожденные. В детских дошкольных коллективах могут наблюдаться эпидемические вспышки, которые длятся от 2 нед до 3 мес. У взрослых заболевания имеют спорадический характер и протекают, как правило, легко. Заболевания возникают в любое время года, но чаще в холодный период.

Патогенез и патологоанатомическая картина. РС-вирус поражает преимущественно нижние отделы дыхательных путей, но нередко воспалительный процесс начинается со слизистой оболочки полости носа и глотки. У взрослых процесс может этим ограничиться, у детей наблюдается поражение трахеи, бронхов, бронхиол и легких. Развивающийся отек слизистой оболочки, спазм и скопление экссудата способствуют частичной или полной закупорке бронхов и бронхиол, это приводит к ателектазам и эмфиземе легких. При летальном исходе заболевания находят некротическую пневмонию, некроз трахеобронхиального эпителия, ателектазы, эмфизему, перибронхиальную инфильтрацию. В развитии пневмонии, помимо вируса, имеет значение наложение бактериальной инфекции.

Клиника

Продолжительность инкубационного периода 3-6 дней. Заболевание начинается постепенно. В первые дни больные отмечают познабливание, умеренную головную боль, небольшую слабость, сухость и першение в носоглотке, заложенность носа и кашель. Развивающийся ринит сопровождается незначительными серозно-слизистыми выделениями из носа. В дальнейшем при

присоединении бронхита и пневмонии состояние ухудшается, температура тела с субфебрильной повышается до 38-39 °С, нарастают головная боль, слабость, появляется одышка. Усиливается кашель, сначала сухой, затем влажный, продуктивный, иногда приступообразный. У детей может развиваться астматический синдром. При развитии пневмонии на фоне бледности кожных покровов выражены цианоз губ, носогубного треугольника, акроцианоз.

У некоторых больных РС-инфекцией отмечается инъекция сосудов склер, реже явления конъюнктивита. Мягкое небо умеренно гиперемировано, иногда с зернистостью. Задняя стенка глотки неярко гиперемирована, слегка набухшая, с увеличенными фолликулами. Слизистая оболочка носа гиперемирована и отечна. Пульс обычно соответствует температуре тела, реже наблюдается тахикардия. Тоны сердца слегка приглушены, на верхушке иногда выслушивается систолический шум. Дыхание учащено, в некоторых случаях наблюдается экспираторная одышка. При перкуссии легких отмечаются участки с коробочным оттенком звука, чередующиеся с участками притупления. Дыхание, как правило, жесткое, выслушивается большое количество сухих, а иногда и влажных хрипов. На рентгенограмме усилен легочный рисунок с участками эмфиземы.

В периферической крови иногда определяется незначительный лейкоцитоз или лейкопения, СОЭ нормальная или слегка повышена.

В зависимости от преобладания поражения тех или иных отделов дыхательных путей различают следующие клинические варианты РС-инфекции: назофарингит, бронхит, бронхиолит, пневмонию. Длительность заболевания при легких формах 5-7 дней, при тяжелых формах болезни до 3 нед и более.

Осложнения. Частыми осложнениями РС-инфекции являются отит и пневмония, вызванные вторичной бактериальной флорой.

Сестринский процесс при Респиратор-синцитиальной инфекции

Беморни текшириш	Сестринский диагноз	Планирование помощи сестры	Выполнения помощи планов сестры	Оценка результатов
Жалобы больного -легкие головные боли -повышение темпретатуры -заложенность носа -слабость Объективный осмотр : - акрацианоз и цианоз носа и	Проблемы. 1.развиваюши й ринит 2.жесткий дыхание в легких 3.одышка 4.приглушенно сть тонов сердца Ожидаемые проблемы: 1. пневмонии	1. по показаниям лечения в клиники 2.постельный режим при повышении температуры тела 3. рекомендуется диета. 4.гипосенсибил	1. Изоляция больного или отделить больного от окружающих пирмой. 2.рекомендуец я диета 4.по возрасту назначается антигистаминн ые средства. 5	1. .Снижение риска заражения,дл я окружающих 2. Уменьшение срока болезни . 3.предупреж деня осложнений

губа -гипермия мягкого неба -отёчность и гипермия слизистой носа	2. Отиты 3. Синуситы 4. Ангины 5. обострение хронических болезней	лзирующая терапия. 6.при пневмонии антибиотики 7.Антипиретич еские средства 8.капли симпатомимети ческих средств 9.Дезинтоксика ционные средства	оксолиновый(0, 25% мазь), теброфеновый(0,25 % мазь) интраназально 6.при осложнениях назначается антибиотики	5.исчезновен ие интоксикаци й 6.снижение температуры тела. 7.облегчение дыхания
---	--	--	--	---

Прогноз

Как правило, благоприятный, но может быть серьезным при развитии бронхолита и тяжелой пневмонии. У детей раннего возраста доказано участие РС-инфекции в возникновении таких заболеваний, как бронхиальная астма, миокардит, ревматоидный артрит, системная красная волчанка.

Диагностика

При клинической диагностике учитывают имеющиеся при РС-инфекции симптомы бронхита и бронхолита с наличием элементов дыхательной недостаточности, преобладающие над относительно слабыми симптомами интоксикации. Лабораторные исследования проводят вирусологическим, серологическим и экспрессным методами, используемыми и при других вирусных респираторных заболеваниях.

Лечение

Патогенетическое и симптоматическое. При бактериальных осложнениях применяют антибиотики и сульфаниламидные препараты. При тяжелых формах болезни используют донорский иммуноглобулин.

Профилактика

В детских коллективах при вспышках РС-инфекции целесообразно применять лейкоцитарный интерферон или стимуляторы интерферона. Взрослым в очаге инфекции рекомендуют ежедневное интраназальное введение оксолиновой мази.

РИНОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Риновирусная инфекция - острое респираторное заболевание, проявляющееся выраженным поражением слизистой оболочки носа и слабыми симптомами интоксикации.

Исторические сведения

Первые вирусная природа болезни была установлена в 1914 г. В.Крузе при интраназальном заражении добровольцев фильтратами носовой слизи больных так называемыми простудными заболеваниями. В 1960 г. Д.А.Тиррелл в лаборатории К.Эндрюса выделил группу вирусов, получивших наименование риновирусов.

Этиология

Возбудители инфекции относятся к роду rhinovirus, семейству picornaviridae, имеют размер 25-30 нм. Их геном представлен РНК. Известны две группы риновирусов - Н и М. Риновирусы не имеют группового антигена. Каждый из 113 выделенных серотипов обладает своим вируснейтрализующим и комплементсвязывающим антигеном. Риновирусы хорошо переносят низкие температуры, но быстро инактивируются при нагревании, высыхании и при воздействии дезинфицирующих средств.

Эпидемиология

Источник инфекции - больной человек, у которого вирус содержится в носовом секрете в конце инкубационного и в острый период. Путь передачи воздушно-капельный. Восприимчивость высокая, заболевают все возрастные группы. Повторные случаи обусловлены различными серотипами вируса.

Риновирусная инфекция встречается в странах с холодным и умеренным климатом, преимущественно в осенне-весеннее время года, в виде спорадических заболеваний и небольших вспышек в семьях и замкнутых коллективах.

Патогенез и патологоанатомическая картина. Попадая в верхние дыхательные пути, возбудитель размножается в эпителиоцитах слизистой оболочки носа, вызывая местную воспалительную реакцию с резким набуханием, отеком тканей и обильной секрецией. Гистологически определяется катаральное воспаление с полнокровием и расширением сосудов, десквамацией эпителия, умеренной инфильтрацией лимфоцитами и моноцитами. У детей воспалительный процесс может наблюдаться в гортани, трахее, бронхах.

Клиника

Инкубационный период 1-6 дней (в среднем 2-3 дня). Болезнь начинается внезапно, иногда после познабливания. Развиваются недомогание, тяжесть в голове, заложенность носа, ощущение сухости, саднение в носоглотке. Вскоре появляются обильные серозные, а затем слизистые выделения из носа, чиханье, реже сухой кашель. Температура нормальная или субфебрильная. Общее состояние мало нарушено.

Объективно определяются гиперемия и набухание слизистой оболочки носа, обильная ринорея. У носовых отверстий кожа мацерирована. Иногда

наблюдаются инъекция сосудов конъюнктив и склер, слезотечение. Позже развивается *herpes labialis et nasalis*.

В гемограмме – нормальное количество лейкоцитов или небольшой лейкоцитоз, СОЭ не повышена. Заболевание длится в среднем 6-7 дней.

Осложнения. Встречаются редко и связаны с обострением хронической или присоединением вторичной бактериальной инфекции (гайморит, фронтит, этмоидит, отит, ангина, реже пневмония). У детей младшего возраста болезнь протекает тяжелее с выраженной интоксикацией, более частыми осложнениями.

Сестринский процесс при Риновирусной инфекции

Исследования больного	Сестринский диагноз	Планирование помощи сестры	Выполнения помощи планов сестры	Оценка результатов
Жалобы больного -легкая головная боль -жжение гортани -заложенность носа -слабость Объективный осморт: -обильная ринорея -отёчность и гиперемия слизистого носа -раздражение в носоглотке	Проблемы. 1.развивающийся ринит 2.сухой кашель 3.чиханье Ожидаемые проблемы: 1. гаймориты 2. Отиты 3. фронтиты	1.по показаниям в клиник 2.постельный режим при повышении температуры тела 3.рекомендуется диета 4.гипосенсибилизирующая терапия. 6.при пневмонии назначение антибиотиков 7.назначение антипиретических средств 8.назначение содержащих симпатомиметических средств. 9.Дезинтоксикационные средств	1.Изоляция больного или отделение от окружающих ширмой. 2.рекомендуется диета 4.назначение по возрасту антигистаминных средств. 5.оксолиновый(0,25% мазь), теброфеновый(0,25 % мази) интраназально 6.при осложнениях назначается антибиотики	1.Снижение риска заражения окружающих 2.Уменьшение срока болезни. 3.предупреждения осложнений. 5.исчезновение интоксикации. 6.снижение температуры тела. 7.облегчение дыхания

Прогноз. Благоприятный.

Диагностика. Клинический диагноз устанавливается при выраженном рините и умеренной интоксикации. Материалом для вирусологических исследований служат смывы из носа, собранные в течение 1-го и не позднее 5-го дня болезни. Из серологических методов применяется реакция нейтрализации.

Лечение. В основном симптоматическое.

Профилактика. Изоляция больного в домашних условиях. Контактным назначают интраназально оксолиновую мазь.

РЕОВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ

Реовирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, сопровождающееся поражением верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

Исторические сведения. Изучение реовирусной инфекции (приставка «рео» происходит от слов «respiratory entericorphans») началось сравнительно недавно. В самостоятельную группу вирусы были выделены в 1959 г.

Этиология. Реовирусы относятся к семейству *reoviridae*. Они имеют цилиндрическую форму, размер 70-80 нм, содержат РНК. Выделенные у людей реовирусы подразделяются на 3 серотипа.

Эпидемиология. Источниками инфекции являются больной человек и вирусоноситель. Путь распространения воздушно-капельный. Иногда наблюдается фекально-оральный механизм заражения. Восприимчивость к заболеванию более выражена у детей. Обычно реовирусная инфекция встречается sporadически или в виде локальных вспышек в детских коллективах.

Клиника

Инкубационный период составляет 2-5 дней. Заболевание сопровождается умеренной интоксикацией, сильнее проявляющейся у детей.

Больные отмечают слабость, познабливание, умеренную головную боль, насморк и кашель. У некоторых из них (чаще у детей) появляются рвота и диарея, боли в области живота. Температура субфебрильная, реже достигает 38-39 °С.

При осмотре определяются инъекция сосудов склер и конъюнктив, диффузная гиперемия зева. У части больных наблюдается полиморфная экзантема. В легких выслушиваются жесткое дыхание, сухие хрипы. При пальпации живота отмечаются урчание, иногда болезненность в правой подвздошной области, нередко увеличение печени.

В гемограмме иногда умеренная лейкопения и лейкоцитоз, СОЭ не повышена.

Сестринский процесс при Реовирусной инфекции

Исследования больного	Сестринский диагноз	Планирование помощи сестры	Выполнения помощи планов сестры	Оценка результатов
Жалобы больного	Проблемы. 1. тошнота	1. по показаниям	1. Изоляция больного или	1. Снижение риска

-легкая головная боль -понос -рвота -слабость -боли в юбласти живота Объективный осмотр: -инъекция сосудов склеры и конъюктивы, -гипермия зева -увелечение печени -боли в области живота	2.признаки диареи 3.субфебрильная температура 3.признаки ринита Ожидаемые проблемы: 1. гаймориты 2. Отиты 3. фронтиты	лечения в клиники 2..постельный режим при повышении температуры тела 3. рекомендуется диета . 4.гипосенсибилизирующая терапия. 6.при пневмонии назначение антибиотиков 7.назначение антипиретических средств 8.капли содержащих симпатомиметических средств 9.Дезинтоксикационные средства	отделить больного от окружающих ширмой. 2. рекомендуетя диета 4..назначение по возрасту антигистаминных средств. 5 оксолиновый(0,25%мазь), теброфеновый(0,25%мазь) интраназально 6.при осложнениях назначается антибиотики	заражения, дл я окружающих 2. Уменьшение срока болезни 3.предупреждения осложнений.. 5.исчезновение интоксикации. 6. снижение температуры тела. 7.облегчение дыхания
---	--	---	--	---

Прогноз. Благоприятный.

Диагностика. При постановке клинического диагноза обращают внимание на сочетание симптомов поражения верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта. Вирусологическая диагностика основана на выделении вируса из носовой слизи и испражнений. При серологическом исследовании используют РСК, РТГА и реакцию нейтрализации.

Лечение. В основном симптоматическое.

Профилактика. Общие меры профилактики аналогичны проводимым при других острых респираторных заболеваниях.

Дифференциальная диагностика ОРВИ

Признаки интоксикации, лихорадка, поражение респираторного тракта встречаются при многих заболеваниях, поэтому дифференциальная диагностика гриппа и других ОРЗ может быть весьма затруднительна. Так, например, парагрипп вызывает небольшие эпидемические вспышки, первыми чаще болеют дети. Начало болезни постепенное, интоксикация умеренная или отсутствует, лихорадка менее выражена, чем при гриппе, но ее продолжительность дольше. Преобладают катаральные явления в гортани, реже имеют место явления фарингита. Но необходимо учитывать, что парагрипп вируса 3 типа может протекать и очень тяжело в виде пневмонии и бронхоолита с явлениями крупа. **Респираторно-синтициальная** вирусная инфекция распространяется, главным образом, среди детей первых лет жизни. Протекает с умеренной лихорадкой и поражением преимущественно нижних отделов дыхательных путей с развитием бронхита и бронхоолита с частыми признаками обструктивного синдрома и, как следствие, дыхательной недостаточности. В последующем у более чем 15 % больных развивается астматический бронхит, у 10 % заболевание трансформируется в бронхиальную астму. Возможно хроническое течение болезни.

Аденовирусная инфекция, вызываемая большой группой аденовирусов, характеризуется медленным подъемом заболеваемости. Начало болезни острое, с появлением различных клинических форм с сочетанным поражением слизистой оболочки дыхательных путей, глаз, кишечника, с выраженным экссудативным компонентом, а также вовлечением в патологический процесс лимфоидной ткани с лимфаденопатией, увеличением печени и селезенки. Экссудативный характер поражения дыхательных путей проявляется набухлостью и отечностью слизистой полости носа, глотки. Фарингит характеризуется гиперплазией лимфоидных образований, иногда может быть пленчатый. Миндалины, как правило, увеличены и отечны. У некоторых больных видны нежные, белые, легко снимающиеся шпательем наложения. Часто наблюдается дисфункция кишечника, боли в животе (эпигастральной области). Течение волнообразное, иногда длительное, возможны рецидивы.

Риновирусная инфекция тесно связана с простудой. Начало внезапное, с насморка, который имеет отличительные особенности. Вначале появляются заложенность носа или скудные выделения. Через несколько часов развивается ринит с обильной ринореей за счет серозных выделений, а с присоединением бактериальной инфекции - выделения становятся гнойными. Общая интоксикация выражена слабо или отсутствует. Реовирусная инфекция - острое инфекционное заболевание, сопровождающееся поражением дыхательных путей и пищеварительного тракта. Источник инфекции - больной человек и вирусососитель. Путь распространения воздушно-капельный, иногда фекально-оральный. Заболевание проявляется катаральными явлениями, реже (чаще у детей) наблюдаются рвота, боль в животе, диарея. Температура чаще субфебрильная, у части больных - полиморфная экзантема.

Энтеровирусная инфекция наряду с поражением дыхательных путей проявляется и в других клинических вариантах - в виде серозного менингита, герпангины, эпидемической миалгии, энцефаломиокардита новорожденных, гастроэнтерита, паралитического синдрома (при полиомиелите), миокардита, перикардита. Темпы развития энтеровирусной инфекции более медленны и максимальных цифр лихорадка чаще достигает на 2 - 3 день болезни. В части случаев она носит волнообразный характер.

Острая респираторная инфекция микоплазменной этиологии протекает с поражением слизистой носоглотки, гортани, трахей, бронхов, альвеолярной ткани при нормальной или субфебрильной температуре и удовлетворительным общим состоянии, без выраженной интоксикации. Заболевание, по-видимому, носит генерализованный характер, иногда у больных наблюдается поражение печени и суставов. Возбудитель может обнаруживаться в лимфоузлах, костном мозге. Нередко приходится проводить дифференциальную диагностику гриппа и других ОРЗ с ангиной, корью, брюшным тифом, паратифами А и В, хламидийной респираторной инфекцией.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача №1.

Больная Г., 24 год, заболевание началось внезапно. Появилась рвота, сильная головная боль, мышечные боли, адинамия. Через несколько часов от начала болезни потеряла сознание. При поступлении в клинику на следующее утро температура 39,5°C, сознание затемнено, выражен бред, двигательное беспокойство. При осмотре выявлена гиперемия лица, выраженный конъюнктивит. Герпетические высыпания на слизистой губ, в легких сухие хрипы, перкуторно – легочной звук. Пульс ритмичный, 76 ударов в мин. Тоны сердца приглушены. АД 90/60 мм.рт.ст. Выражена ригидность мышц затылка. Произведена спинномозговая пункция. Ликвор бесцветный, прозрачный, цитоз - 5 в 1 ммЗ, белок - 330 ммоль/л, сахар - 1,8 ммоль/л. Реакция Панди (-).

Вопросы:

1. Ваш сестринский диагноз?
2. Методы лабораторной диагностики?
3. Какие препараты можно назначать для дегидратации?

Ответы:

1. Грипп, гипертоксическая форма. Осложнения – менингоэнцефалит.
2. РСК и РНГА в парных сыворотках с антигенами гриппа, парагриппа, аденовирусной инфекции, респираторно-синцитиальной инфекции.
3. Осмотические диуретики (маннит, маннитол, мочевины и др.).

Задача №2.

У больного находящего в стационаре 7-день с диагнозом грипп, отмечается повышенная температура, выделения из носа слизисто-гнойный характер, беспокоит головная боль в лобной области.

Кожные покровы и видимые слизистые обычные, бледные. Пульс 72 ударов в минуту, среднего наполнения и напряжения. Температура 38,9°C, живот мягкий, печень и селезенка не увеличены. Стул оформленный, состояние средней тяжести.

Вопросы:

1. Ваш сестринский диагноз?
2. Методы лабораторной диагностики?
3. Лечение?

Ответы:

1. Грипп, тяжёлая форма. Осложнение – гайморит.
2. Общий анализ крови, рентгенологическое исследование гайморовых пазух, консультация ЛОР-врача.
3. Антибиотики, противовоспалительные препараты, общеукрепляющие препараты.

Задача №3.

Больной Р., 27 лет. Обратился на 4-й день болезни. Заболевание началось остро с повышения температуры 38,4°C, головной боли, боли в суставах, боли при глотании, слезотечения, боли в глазных яблоках, заложенности носа.

Объективно: Температура 37,4°C, кожные покровы бледные, слизистая зева гиперемирована. Задняя стенка зева отечно, гиперемирована, покрыта слизистогнойным налетом, конъюнктивы глаз покрыта белым налетом, инъекция сосудов склер. Подчелюстные, передне- и заднешейные л/у увеличены с размером боба, болезненно при пальпации, уплотнен. Пульс 82 ударов в мин. Тоны сердца чистые. В легких везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5см, эластичная, безболезненная. Селезенка не увеличена.

Вопросы:

1. Ваш сестринский диагноз?
2. Лечение?

Ответы:

1. Аденовирусная инфекция, средней степени тяжести.
2. Постельный режим, обильное питьё, антибиотикотерапия, витаминотерапия, полоскания горло и обработка конъюнктивы глаза раствором фурациллина 1:5000.

Задача №4.

Больной К., 27 лет. Обратился на 2-день болезни. Заболевание началось остро, с озноба, повышения температуры до 39°C. Жалобы на заложенность носа, головную боль в области лба и височной области, боли в глазных яблоках, светобоязнь, слезотечение, ломоту во всем теле, тошноту, рвоту 1 раз. Объективно: общее состояние тяжелое. Температура тела 39°C. Слизистая зева синюшная, отечна, зернистая. В легких дыхание жесткое, рассеянные сухие хрипы. Пульс 120 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/60 мм.рт.ст. Печень и селезенка не увеличены. Менингеальные симптомы отрицательные.

Вопросы:

1. Ваш сестринский диагноз.
2. Ваша тактика МСОП.
3. Какие профилактические мероприятия необходимо провести в очаге инфекции?

Ответы:

1. Грипп, тяжелое течение.
2. Изолировать больного от окружающих. Дать направление. Вызвать эпид. перевозку для госпитализации больного профильный инфекционный стационар. Дать экстренное извещение в ЦГСЭН.
3. Ношение маски. Закапывание в нос интерферона (ЧЛИ). Ультрафиолетовое облучение помещения и проветривание комнаты. Влажная уборка дезинфицирующими средствами.

Задача №5.

Больной Л., 21 лет. Обратился на 4-день болезни. Заболевание началось остро с повышения температуры 38,4°C, головной боли, боли в суставах, боли при глотании, слезотечения, боли в глазных яблоках, заложенности носа.

Объективно: температура 37,4°C, кожные покровы бледные, слизистая зева гиперемирована. Задняя стенка зева отечна, гиперемирована, покрыта слизистогнойным налетом. Конъюнктивы глаз покрыты белым налетом, инъекция сосудов склер. Подчелюстные, передне- и заднешейные лимфатические узлы увеличены с размером боба, болезненные при пальпации, уплотнены. Пульс 82 в мин. Тоны сердца чистые. В легких – везикулярное дыхание. Язык обложен белым налетом. Печень выступает из-под края реберной дуги на 0,5 см, эластичная, безболезненная. Селезенка не увеличена.

Вопросы:

1. Поставьте сестринский диагноз больному.
2. С какими заболеваниями необходимо провести дифференциальную диагностику?
3. Тактика МСОП.

Ответы:

1. Аденовирусная инфекция, средней степени тяжести.
2. Дифтерия, инфекционный мононуклеоз, корь, краснуха, другие ОРВИ.
3. Постельный режим, обильное питье, антибиотикотерапия, витаминотерапия, полоскание горла и обработка слизистой глаза раствором фурацилина 1:5000.

КОНТРОЛЬНЫЕ ТЕСТЫ:

1. Длительность лихорадки при гриппе составляет:
 - A. 2-4 дня*
 - B. 5-6 дней
 - C. 7 дней
 - D. 12 дней
 - E. 30 минут

2. Специфическое лечение гриппа заключается во введении:
 - A. антибиотиков
 - B. ацетилсалициловой кислоты
 - C. противогриппозного гамма - глобулина*
 - D. сульфаниламидных препаратов
 - E. гормонов

3. Укажите фазы патогенеза при гриппе:
 - A. репродукция вируса в клетках дыхательных путей, вирусемия, токсические и токсико-аллергические реакции, поражение дыхательного тракта*
 - B. бактериальные осложнения, обратное развитие патологического процесса, адаптация вируса в эпителиоцитах
 - C. паренхиматозная диффузия вируса, поражение эндотелия сосудов (в основном капиллярной сети), развитие ДВС
 - D. развитие аутоиммунных процессов, выведение вируса из организма
 - E. вирусемия, диссеминация вируса в паренхиматозные органы, развитие пожизненного иммунитета

4. С чем связано бурное начало болезни при гриппе:
 - A. присоединением бактериальной флоры, наличием в организме нескольких типов вирусов
 - B. дальнейшим переходом в хроническую форму, отёком головного мозга
 - C. пониженным питанием, возрастом, сезонностью
 - D. вирусемией, токсемией*
 - E. развитием ДВС синдрома

5. Какой симптом отмечается при гриппе:
 - A. температура 38,0-39,0°С*
 - B. головная боль в затылочной области
 - C. боль в животе
 - D. влажный кашель
 - E. крепитация в легких

6. В возникновении бактериальных осложнений при гриппе лежат следующие причины:
 - A. лимфостаз

- В. развитие ДВС-синдрома
 - С. снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, активация условно-патогенной микрофлоры дыхательных путей*
 - Д. снижение гуморального иммунитета
 - Е. ОПН
7. По тяжести клинических проявлений различают следующие формы гриппа:
- А. легкая, среднетяжелая, тяжелая, молниеносная (гипертоксическая)*
 - В. стертая, осложнённая
 - С. подострая, abortивная
 - Д. фульминантная, осложнённая
 - Е. затяжная, abortивная
8. Перечислите основные клинические признаки гриппа:
- А. постепенное начало, геморрагии
 - В. выраженность болевой синдром
 - острое начало, лихорадка, интоксикация, отсутствие и слабо выраженные катаральные явления*
 - С. выраженность нарушения микроциркуляции
 - Д. выраженность катаральных явлений, геморрагий
9. Укажите особенности лихорадки при гриппе:
- А. острый подъем до максимальных цифр, подъем температуры с ознобом, снижение температуры происходит критически либо ускоренным лизисом с потоотделением*
 - В. отсутствие второй волны
 - С. постепенный подъем до максимальных цифр
 - Д. наличие нескольких волн, постоянное познابلвание
 - Е. постепенное снижение температуры
10. Головная боль при гриппе имеет характерные особенности локализации:
- А. теменная область
 - В. затылочная область
 - С. разлитая
 - Д. лобно-височная область, надбровные дуги, глазные яблоки*
 - Е. пульсирующая, односторонняя
11. Интоксикация при гриппе определяется следующими клиническими признаками:
- А. слабость, разбитость, миалгии, артралгии, головокружение*
 - В. абдоминальные боли
 - С. геморрагическая сыпь на теле
 - Д. задержка стула, потемнение мочи
 - Е. тахикардия

12. Для внешнего вида больного гриппом характерно следующее:

- A. гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, herpes labialis (иногда с 3-4 дня)*
- B. бледность лица, пастозность, птоз
- C. гематомы под глазами, конъюнктивит
- D. конъюнктивит, пастозность
- E. одутловатость лица, отеки

13. Назовите характерные изменения в зеве больного гриппом:

- A. разлитая гиперемия, зернистость задней стенки глотки и мягкого неба, инъекция сосудов мягкого неба, язычка и дужек*
- B. локальная гиперемия, гнойный налёт
- C. бледность задней стенки глотки и мягкого неба
- D. легко снимающиеся налеты с миндалин
- E. синюшность зева и миндалин

14. В периферической крови при гриппе наблюдаются основные изменения:

- A. лейкоцитоз, лимфоцитоз
- B. эозинофилия, снижение СОЭ
- C. нейтрофилез
- D. лейкопения, нейтропения, эозинопения, умеренный моноцитоз*
- E. ретикулоцитоз

15. Перечислите этиотропные препараты, наиболее широко применяющиеся при гриппе:

- A. противогриппозный g-глобулин, лейкоцитарный интерферон, ремантадин, оксолиновая мазь 0,25%*
- B. антибиотики
- C. антиоксидантная сыворотка
- D. противогриппозная вакцина
- E. метронидазол

16. Для парагриппа характерны клинические следующие особенности:

- A. острое начало, гипертермия, озноб
- B. быстрый подъем температуры до высоких цифр, миалгия
- C. ангина, пневмония, отит
- D. постепенное начало, отсутствие или умеренная лихорадка интоксикация, выраженный ларингит*
- E. пневмония, плеврит

17. Назовите наиболее распространенные методы лабораторной диагностики парагриппа:

- A. иммунофлюоресценция, РТГА, РСК*

- В. Бактериоскопический
- С. Райта
- Д. Видаля
- Е. Хеддельсона

18. Входными воротами аденовируса являются:

- А. кожные покровы
- В. печень
- С. кровь
- Д. носоглотка, глаза, кишечник*
- Е. глаза

19. Назовите основные места репродукции аденовируса в организме зараженного человека:

- А. эпителиальные клетки слизистых, регионарные лимфатические узлы*
- В. головной и спинной мозг
- С. моноциты, лейкоциты
- Д. лимфоциты
- Е. гепатоциты

20. Слизистая, каких органов вовлекается в патологический процесс при аденовирусной инфекции:

- А. желчный пузырь
- В. поджелудочная железа
- С. матка, сосуды
- Д. глаза, селезенка
- Е. носоглотка, трахея, бронхи, миндалины, кишечник*

21. Укажите основные клинические проявления аденовирусной инфекции:

- А. максимальное повышение температуры к 3-у дню болезни, конъюнктивит, тонзиллит, умеренная интоксикация, гепатоспленомегалия, увеличение лимфатических узлов*
- В. острое повышение температуры, судороги, тошнота, рвота, слабость, птоз
- С. выраженная интоксикация, судороги
- Д. гемморагическая сыпь, рвота
- Е. гломерулонефрит

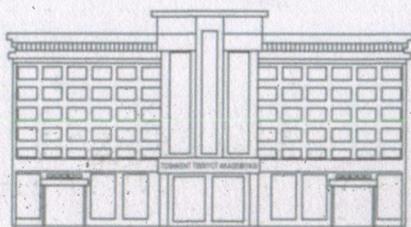
ИСПОЛЬЗОВАННАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная

1. Ахмедова М.Д. ва хаммуаллифлар. Юкумли касалликлар ва беморлар парвариши. Тошкент, 2002.
2. Ахмедова М.Д. ва хаммуаллифлар. Юкумли касалликларда хамширалик иши. Бухоро, 2008.
3. Маджидов В.М. Юкумли касалликлар. Тошкент, 1995.
4. Учайкин В. Ф., Нисевич Н. И., Шамшева О. В. Инфекционные болезни у детей: учебник. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. — 688 с. — ISBN 978-5-9704-1401-9
5. Шувалова Е.П. Инфекционные болезни. Москва, 2005.
6. Менингококковый менингит. // Информационный бюллетень ВОЗ № 141, февраль 2010 г., URL: http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs_141/ru/index.html.
7. Возианова Ж.И. Инфекционные и паразитарные болезни. Киев, 2000.

Дополнительная

1. Под редакции Ю.П.Никитина «Все по уходу за больными в больнице и дома». Москва, 1999.
2. Назиров Ф.Г. Беморларни уйда вашифохонада парвариш қилиш. Тошкент, 2003.
3. Грипп: Руководство для врачей / Под ред. Г.И. Карпухина. — СПб.: Гиппократ, 2001. — 360с.
4. Интернет-ресурсы (www.medlinks.ru, www.cdc.gov).



MUHARRIRIYAT VA NASHRIYOT BO'LIMI

