



МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН
ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

Дадабаева Р. К., Абдурахимова Л. А., Абдуганиева Э. А.

ГРИПП! ОРВИ

Грипп – это острое инфекционное заболевание дыхательных путей, вызываемое вирусом гриппа.

СИМПТОМЫ

- Боль в глазах
- Кашель
- Высокая температура
- Ломота в костях
- Озноб

ПРОФИЛАКТИКА

- Ведите здоровый образ жизни
- Делайте прививку до начала эпидемии
- Используйте одноразовые салфетки
- Регулярно мойте руки с мылом
- Избегайте контактов с больными
- Улыбайтесь

ЕСЛИ ВЫ ЗАБОЛЕЛИ, НЕОБХОДИМО:

- Вызвать врача
- Соблюдать постельный режим
- Проветривать помещение
- Использовать средства защиты
- Пить много теплой жидкости

**«ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ.
ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»**
(Методическое пособие для студентов и врачей общей практики по переподготовке и
повышению квалификации ВОП)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РЕСПУБЛИКИ УЗБЕКИСТАН

ТАШКЕНТСКАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

«УТВЕРЖДАЮ»

Проректор по учебной работе ТМА,

Профессор Ш.А. Боймуратов

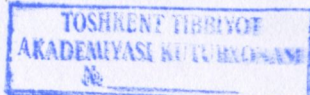


2021 год

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ.

Методическое пособие для студентов и врачей общей практики по переподготовке и повышению квалификации.



Ташкент 2021 год

Составители:

Р.К. Дадабаева доцент кафедры по подготовке ВОП Ташкентской медицинской Академии, к.м.н;

Л.А. Абдурахимова — доцент кафедры внутренних болезней №3 Ташкентской медицинской Академии;

— ассистент кафедры по подготовке ВОП Ташкентской медицинской Академии;

Э.А. Абдуганиева — научный сотрудник НИИ пульмонологии и фтизиатрии Респ. Узб.

«ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ. ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ»

В данном методическом пособии, разработанном для врачей общей практики и студентов старших курсов медицинских ВУЗов, приведены актуальность, распространенность, этиологические причины, клиническое течение, методы диагностики и лечение наиболее часто встречаемых острых респираторных инфекций.

А также отдельно указаны немедикаментозное и медикаментозное лечение, профилактические мероприятия ОРИ. Данное методическое пособие окажет эффективную помощь всем врачам первичного звена здравоохранения, в том числе, врачам общей практики, терапевтам, педиатрам в ведении больных с ОРИ, а также студентам старших курсов медицинских ВУЗов при подготовке к практическим занятиям.

Рецензенты:

Б.В. Шукуров - доцент кафедры инфекционных и детских инфекционных болезней Ташкентской медицинской Академии, к.м.н

М.А. Сабиров - заведующий кафедрой внутренних болезней Ташкентского государственного стоматологического института, к.м.н, доцент

Рассмотрено на ЦМК и передано для утверждения на Совете Ташкентской медицинской академии

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ:

ВОЗ - Всемирная организация здравоохранения

ИМП — инфекция мочевых путей

ИФ - иммунофлюоресценция

ИФА - иммуноферментный анализ

НПВС - нестероидные противовоспалительные средства

ОРВИ — Острые респираторные вирусные инфекции

ОРИ — острые респираторные инфекции

ЭКГ — электрокардиография

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ИНФЕКЦИИ.

ВЕДЕНИЕ БОЛЬНЫХ В ПЕРВИЧНОМ ЗВЕНЕ ЗДРАВООХРАНЕНИЯ

Актуальность

Ежегодно Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) публикует данные об основных причинах смертности во всем мире и в отдельных регионах. Представители ВОЗ считают, что благодаря такому исследованию правительства стран будут иметь возможность определить приоритетные направления в области оказания медицинской помощи и профилактики различных заболеваний, а также обеспечить оказание помощи населению.

В Узбекистане среди основных причин смертности на втором месте после сердечнососудистой патологии, находятся болезни дыхательной системы, в том числе и острая респираторная инфекция (Е.Воронцова. Основные причины смертности в Узбекистане, 2011)

Острые респираторные инфекции (ОРИ) относятся к числу самых распространенных болезней человека и составляют половину или более от общего числа острых заболеваний. Ежегодно в мире регистрируется более миллиарда случаев ОРИ, которые помимо собственного негативного влияния на организм человека, способствуют формированию хронической патологии. По литературным данным, наиболее высокие показатели заболеваемости отмечаются у детей 1-го года жизни (6,1-8,3 случая на 1 реб/год), остаются высокими у детей до 6-летнего возраста, а в более старших возрастных группах постепенно снижаются. По официальной статистике, в мире на взрослого человека приходится 3—4 случая заболевания в год. Так, доля ОРИ составляет 30—40% от потерь рабочего времени среди взрослого населения и 60—80% от потерь учебного времени среди детей школьного возраста.

Подсчитано, что 60—70% случаев ОРИ вызывается вирусами. В качестве возбудителей болезней зарегистрировано более 200 различных вирусов из 8 разных родов, и в будущем, вероятно, их число пополнится новыми видами. В подавляющем большинстве случаев поражаются верхние дыхательные пути; однако патологический процесс может распространяться также и на нижние отделы дыхательных путей, особенно у детей младшего возраста, а также при определенных эпидемиологических условиях.

ОРИ являются не только медицинской, но и социальной проблемой современного общества. Они требуют значительных материальных затрат, нанося серьезный

экономический ущерб, как государству, так и семейному бюджету. Этот ущерб связан с непосредственными затратами на лечение и потерей трудового времени пациентов.

Таким образом, ОРВИ являются проблемой, требующей комплексного подхода к ее решению, и определяют актуальность и необходимость объединения усилий медицинских работников, семьи и государства в реализации не ТОЛЬКО лечебных, но и профилактических мер в борьбе с ними. (Г.И.Смирнова, Москва, 2013)

Этиопатогенез

ОРВИ - группа инфекционных заболеваний верхних дыхательных путей. Вызываются разнообразными возбудителями, среди которых не менее 5 различных групп бактерий, вирусов и более 300 их подтипов. Все они весьма контагиозны, так как передаются воздушно-капельным путём. В процессе развития вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией. В начальный период болезни вирус размножается во входных «воротах инфекции»: в слизистой оболочке носа, носоглотки, гортани, что проявляется в виде рези, насморка, першения, сухого кашля. 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.

При неосложнённых ОРВИ происходит очищение дыхательных путей от поражённых вирусом слоёв эпителия, что проявляется насморком и влажным кашлем с отхождением слизистой или гнойной мокроты.

Клиника

В основном клиническая картина ОРВИ складывается из типичного симптомокомплекса различной степени выраженности; синдромов неотложных состояний, развивающихся при тяжелом и крайне тяжелом течении ОРВИ и проявлений осложненного течения ОРВИ.

Типичный симптомокомплекс заболеваний характеризуется:

лихорадкой;

проявлениями общей инфекционной интоксикации;

3) синдромом поражения респираторного тракта на различных его уровнях — местных воспалительных изменений в виде ринита, фарингита, ларингита, трахеита, бронхита и их сочетаний, а также пневмонии.

Лихорадка. Заболевание в большинстве случаев начинается с озноба или познабливания. Температура тела уже в первые сутки достигает максимального уровня (38—40 °С), что особенно является патогномичным для гриппа. Длительность лихорадки различная в зависимости от

возбудителя заболевания и степени тяжести, но при неосложненном течении она всегда носит одноволновой характер.

Синдром общей инфекционной интоксикации. Одновременно с лихорадкой появляются общая слабость, разбитость, адинамия, повышенная потливость, боли в мышцах, головная боль с характерной локализацией. При гриппе появляются болевые ощущения в глазных яблоках, усиливающиеся при движении глаз или при надавливании на них, светобоязнь, слезотечение. Головокружение и склонность к обморочным состояниям чаще встречаются у лиц юношеского и старческого возраста, рвота — преимущественно в младшей возрастной группе и при тяжелых формах ОРИ у взрослых. У всех больных тяжелой формой нарушается сон, возникает бессонница, иногда — бред.

Ринит субъективно ощущается больными в виде жжения в носу, насморка, заложенности носа, чихания. Объективно обнаруживаются гиперемия и отечность слизистой оболочки полости носа, наличие слизистого или слизисто-гнойного отделяемого в носовых ходах, нарушается носовое дыхание, возникает гипосмия (снижение обоняния).

Фарингит субъективно проявляется сухостью и саднением в глотке, усиливающимися при кашле, болью при глотании, покашливанием. Объективно отмечаются гиперемия слизистой оболочки задней и боковой стенок глотки, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое на задней стенке глотки, гиперемия, зернистость мягкого неба, увеличение лимфоидных фолликулов на задней стенке глотки, гиперемия и отечность боковых складок глотки. Иногда увеличиваются регионарные лимфатические узлы, реже они становятся болезненными.

Ларингит характеризуется субъективными жалобами на першение и саднение в гортани, которые усиливаются при кашле, охриплость или осиплость голоса, грубый кашель. При осмотре отмечаются разлитая гиперемия слизистой оболочки гортани, гиперемия и инфильтрация голосовых складок, недосмыкание голосовых складок при фонации, наличие вязкой слизи и корок в гортани. Объективно у этих больных изменен голос до гипо— или афонии, возможно увеличение регионарных лимфатических узлов.

Подсвязочный ларингит развивается преимущественно у детей первых трех лет жизни и проявляется картиной ложного крупа — отмечаются затруднение дыхания больного на вдохе (инспираторная одышка), беспокойство, изменение голоса до гипо— или афонии, «лающий» кашель, бледность кожных покровов, акроцианоз, холодный пот. Характерна воспалительная инфильтрация в виде валиков в подсвязочном пространстве,

сужение голосовой щели, слизистое или слизисто-гнойное отделяемое в гортани и трахее.

Трахеит субъективно ощущается больными как саднение и жжение за грудиной, усиливающееся при кашле, который вначале сухой, непродуктивный и от того мучительный, не приносящий облегчения больному. Со временем появляется мокрота. Аускультативно трахеит проявляется жестким дыханием, единичными жужжащими хрипами, которые быстро исчезают при откашливании мокроты.

Бронхит характеризуется наличием сухого или влажного кашля с отхождением слизистой или слизисто-гнойной мокроты. При аускультации выявляют усиленное (жесткое) дыхание, сухие и влажные хрипы различной высоты и тембра в зависимости от уровня поражения: при поражении верхних отделов бронхиального дерева хрипы сухие басовые и (или) влажные крупнопузырчатые; при поражении нижних отделов — сухие и мелкопузырчатые влажные. Когда начинает выделяться достаточное количество влажной мокроты, выслушивают небольшое количество влажных незвучных хрипов.

Бронхиолит возникает чаще у детей младшего возраста и у взрослых при присоединении бронхообструктивного компонента. Этот синдром характерен для респираторно-синцитиальной инфекции. Клинически характеризуется одышкой — увеличением частоты дыхания, которая усиливается при малейшей физической нагрузке и носит экспираторный характер (затруднение дыхания на выдохе). Кашель мучительный, с трудноотделяемой слизистой или слизисто-гнойной мокротой, сопровождается болью в грудной клетке. Дыхание становится поверхностным с участием вспомогательных мышц.

Больные беспокойны, кожные покровы бледные, акроцианоз. При аускультации в легких выслушиваются ослабленное дыхание и мелкопузырчатые влажные хрипы, усиливающиеся на выдохе.

Запомните:

При подозрении на ларингит или бронхиолит у детей в возрасте до 1 года, ВОП должен немедленно отправить ребенка в стационар.

Определение тяжести состояния ОРИ/гриппа

В зависимости от уровня интоксикации и выраженности катарального синдрома, ОРИ/гриппа могут протекать в легкой (60—65 %), среднетяжелой (30—35%), тяжелой и очень тяжелой формах (3—5 %).

Легкая форма характеризуется повышением температуры тела не более 38,5 °C, умеренными головной болью и катаральными явлениями. Пульс

менее 90 уд/мин. Систолическое артериальное давление 115—120 мм РТ. ст. Частота дыхания менее 24 в минуту.

Среднетяжелая форма— температура тела в пределах 38,1—40,0°С. Умеренно выраженный синдром общей интоксикации. Пульс 90—120 уд/мин. Систолическое артериальное давление менее 110 мм РТ. ст. Частота дыхания более 24 в минуту. Сухой мучительный кашель с болями за грудиной.

Тяжелая форма характеризуется острейшим началом, высокой (более 40,0 °С) и более длительной лихорадкой с резко выраженными симптомами интоксикации — сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, анорексией, тошнотой, рвотой, признаками поражения головного мозга и его оболочек. Пульс более 120 уд/мин, нередко аритмичен. Систолическое артериальное давление менее 90 мм РТ. ст. Тоны сердца глухие. Частота дыхания более 28 в минуту. Болезненный, мучительный кашель, боли за грудиной.

Очень тяжелые формы встречаются редко, характеризуются молниеносным течением с бурно развивающимися симптомами интоксикации без катаральных явлений и заканчиваются в большинстве случаев летально. Вариантом молниеносной формы может быть стремительное развитие геморрагического токсического отека легких и смертельного исхода от дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в случае несвоевременного

оказания неотложной и специализированной медицинской помощи. При очень тяжелом течении у больных могут развиваться неотложные (критические) состояния, как острая дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность и инфекционно-токсический шок.

Врачу у постели больного с ОРИ необходимо знать критерии диагностики гриппа и минимум лабораторных исследований при этом заболевании, которые приведены ниже.

Критерии диагностики гриппа:

Эпидемический подъем заболеваемости;

Выраженные симптомы интоксикации: острое начало, озноб, головная боль, мышечные боли при слабовыраженных катаральных явлениях, нейротоксикоз, судорожный синдром, энцефалитические реакции;

3. Характерные изменения со стороны бронхолегочной системы (бронхит, сегментарный отек легких, синдром крупа, геморрагический отек легких).

4. Положительные результаты иммунофлюоресценции (ИФ) и иммуноферментного анализа (ИФА)

Лабораторно-инструментальные исследования, необходимые для диагностики гриппа

В острый период заболевания лабораторная диагностика основана на выделении вируса из материала мазка из глотки, смывов из носоглотки или из мокроты. Больному также необходимо провести:

о Общий анализ крови и мочи;

ИФА или экспресс- тестирование

• При необходимости — рентгенологическое исследование органов грудной клетки, придаточных пазух носа

Учитывая опасность ОРИ/гриппа для детского организма, мы привели данные из «Российских протоколов диагностики и лечения ОРИ у детей. ОРВИ и грипп» (2012).

г,

Клиническая оценка. Для диагностики бактериальной инфекции, особенно тяжелой, оценка внешнего вида и поведения ребенка значительно важнее, чем показания термометра. Признаки, которые позволяющие оценить тяжесть интоксикации, обычной при бактериальной инфекции, включают:

Резкое нарушение общего состояния, снижение активности ребенка;

Раздражительность (крик при прикосновении);

Вялость, сонливость (сон более длительный);

Отсутствие глазного контакта ребенка при осмотре;

Ребенок отказывается от еды и питья;

Яркий свет вызывает боль.

При оценке тяжести следует также учитывать:

Степень тахикардии, приглушения сердечных тонов;

Гипо- или гипервентиляцию;

Нарушение микроциркуляции, периферический цианоз, замедление наполнения капилляров ногтевого ложа; • Непрекращающуюся рвоту;

Признаки дегидратации.

Используя эти признаки, удается у 75-80% больных диагностировать тяжелую бактериальную инфекцию до проведения лабораторных анализов. В то же время, критерии («Рочестерские») низкого риска бактериальной инфекции, позволяющие у детей (в т. ч. в возрасте 0-3 месяцев) при температуре $>38^{\circ}\text{C}$ воздержаться от назначения антибиотика:

доношенный ребенок, не получавший антибиотики до настоящего заболевания, • отсутствие физикальных симптомов бактериальной инфекции (отита, пневмонии, менингита).

лейкоцитоз $5-15 \times 10^9$ /л, число палочкоядерных лейкоцитов, 5×10^9 /л, •
менее 10 лейкоцитов в поле зрения в осадке мочи.

Вероятность бактериальной инфекции высока, если:

Лейкоцитоз > 15 тысяч/мкл

Нейтрофилез > 10 тысяч/мкл

C-реактивный белок > 30 мг/л

Прокальцитонин > 2 нг/мл

ОРИ/Грипп у детей

Синдром катара верхних дыхательных путей (ОРИ - ринит, ринофарингит, фарингит) диагностируется при остро возникших насморке и/или кашле при исключении поражений конкретных органов:

средний отит (отоскопия и — не всегда - соответствующие жалобы);

острый тонзиллит (преимущественное вовлечение миндалин, налеты); •

гнойный синусит (отек, гиперемия мягких тканей лица, орбиты);

поражение нижних дыхательных путей (учащение или затруднение дыхания, втяжения податливых мест грудной клетки, укорочение перкуторного звука; асимметрия физикальных изменений в легких);

Запомните:

о , Наличие при этом конъюнктивита является весьма надежным признаком вирусной инфекции, не уступая по диагностической ценности лабораторным маркерам воспаления.

У лихорадящего ребенка с катаральным синдромом вероятность бактериальной инфекции минимальна, если исключен отит, пневмония и инфекция мочевых путей.

Наличие катарального конъюнктивита — дополнительное доказательство вирусной этиологии болезни.

• Далеко не каждая вирусная инфекция активирует бактериальную флору

Грипп отличает высокая температура, интоксикация, мышечные и головные боли, боль при взгляде вверх; катаральные явления усиливаются в течение 2-3 дней. При резком затруднении носового дыхания без отделяемого из носовых ходов, особенно в сочетании с тонзиллитом, увеличением шейных лимфоузлов, следует подумать об инфекционном мононуклеозе (вирус Эпштейна-Барр) или мононуклеозоподобном синдроме на фоне другой вирусной инфекции (обычно, герпес 6 типа). Установка на то, что при всякой вирусной инфекции активируется бактериальная флора (на основании, например, наличия у больного лейкоцитоза) не подтверждается практикой: у большинства таких больных ОРИ течет гладко без применения антибиотиков.

Бактериальные осложнения ОРВИ возникают редко, не более чем у 3-894 заболевших. Как правило, они уже имеются в 1-2-й дни болезни; в более поздние сроки они возникают чаще всего вследствие суперинфекции.

Обследование имеет целью выявление бактериальных очагов, не определяемых клиническими методами. Анализ мочи у 5-1094 госпитализируемых детей грудного и раннего возраста выявляет ИМП.

Анализ крови оправдан при более выраженных симптомах. Лейкопения, характерная для гриппа и энтеровирусных инфекций, обычно отсутствует при других ОРВИ, при которых в 1/3 случаев лейкоцитоз достигает уровня $10-15 \cdot 10^9$ [л, что не должно вызывать беспокойства. При повышении указанных выше уровней маркеров следует подумать о «немой» пневмонии - показание для рентгенографии грудной клетки. У детей первых 2-3 месяцев жизни и при ОРВИ лейкоцитоз часто достигает $20 \cdot 10^9$ [л и более.

Рентгенография придаточных пазух носа больным ОРВИ в остром периоде (первые 10-12 дней) не показана. В стационаре, при возможности, целесообразны экспресс-тесты на стрептококковую инфекцию, а в сезоны - на грипп.

Осложнения ОРВИ/гриппа отличаются разнообразием. Их можно разделить на специфические (обусловленные специфическим действием вируса), неспецифические (вторичные, бактериальные) и связанные с активацией хронической инфекции.

Пневмонии могут развиваться в любом периоде заболевания, однако при гриппе у молодых лиц в 60 % случаев преобладают пневмонии, возникающие на 1—5-й день от начала заболевания, обычно при выраженном катаральном синдроме и еще не закончившейся общей интоксикации. Нередко (у 40⁰/0) пневмонии возникают и в более поздние сроки (после 5-го дня болезни). В типичных случаях течение осложненной пневмонией ОРВИ характеризуется: 1) отсутствием положительной динамики в течение заболевания, лихорадкой более 5 дней или наличием двухволновой температурной кривой; 2) нарастанием симптомов интоксикации усиление головной боли, появление (возобновление) озноба, миалгии, адинамии, выраженной общей, слабости, повышенной потливости при минимальной нагрузке; 3) появлением признаков поражения легочной ткани — прогрессирующая в динамике одышка свыше 24 дыханий в минуту, изменение характера кашля (влажный, с мокротой).

Синусит (гайморит, фронтит) характеризуется появлением жалоб у больных на усиление головной боли или ощущение тяжести в области надбровий, лба и носа, повышение температуры тела до 38—39 ° C, заложенность носа, гнойный насморк. При наружном осмотре отмечаются

припухлость мягких тканей щеки и (или) надбровья на стороне поражения, болезненность при пальпации и поколачивании в местах проекции околоносовых пазух на кости лицевого черепа, затрудненное носовое дыхание. При осмотре полости носа — гиперемия и отечность слизистой оболочки ее, наличие гнойного отделяемого в носовых ходах на стороне поражения. Отмечается снижение обонятельных ощущений (гипосмия).

Острый катаральный евстахеит, отит. Субъективно больные испытывают ощущение заложенности и шум в одном или обоих ушах, понижение слуха, ощущение переливающейся жидкости в ухе при перемене положения головы. При осмотре отмечается втяжение барабанной перепонки, барабанная перепонка имеет бледно-серый или синеватый оттенок, возможно наблюдение уровня жидкости и пузырьков за барабанной перепонкой.

Менингизм (симптомы поражения оболочек мозга). Помимо общетоксических симптомов, на высоте болезни могут появиться нерезко выраженные менингеальные симптомы, которые исчезают через 1—2 дня.

Инфекционно-аллергический миокардит может осложнить течение ОРИ. Для своевременного выявления инфекционно-аллергического миокардита важное значение имеет электрокардиографическое исследование. Показаниями к нему является появление хотя бы одного из следующих симптомов: 1) боли в области сердца, иногда иррадиирующие в левую руку, сердцебиение, «перебои» в работе сердца; 2) одышка при незначительных физических нагрузках; 3) тахикардия (увеличение частоты сердечных сокращений), не соответствующая температуре тела; 4) аритмии (экстрасистолы, мерцательная, реж пароксизмальная аритмия); 5) приглушение тонов сердца, увеличение его размера} появление шума над верхушкой, цианоза, отеков. Выявление ЭКГ-признаков миокардита требует консультации терапевта-кардиолога для коррекции лечения.

Лечение острых респираторных инфекций

Основной проблемой, которую решает врач у температуращего больного с ОРИ вероятность у него бактериальной инфекции, тогда как борьба с лихорадкой, если она оправдана — задача второстепенная. У 70-8094 пациентов с ОРИ, симптоматика позволяет постели больного поставить предварительный диагноз.

Непременным условием является соблюдение постельного режима. Постельный режим при ОРИ, особенно гриппе, соблюдается в течение всего лихорадочного периода интоксикации, а также до ликвидации осложнений. Старинная заповедь «грипп нужен вылежать в постели» остается актуальной и

для других ОРИ тоже. Несоблюдение режим покоя, особенно в первые дни болезни, повышает вероятность осложнений.

Огромное значение при лечении острых респираторных инфекций имеет правильный уход за больными: просторное помещение, вентиляция, свежий воздух помещения, что улучшает сон, стимулирует нормальную функцию бронхиального дерева:

Необходим тщательный уход за полостью рта. Курение запрещается.

Для уменьшения интоксикации показано обильное питье достаточного количества жидкости (1500—1700 мл) и витаминов (особенно аскорбиновой кислоты). Положительно влияние оказывает одновременное насыщение диеты продуктами, богатыми витаминами (черноплодная рябина, шиповник, черная смородина, лимоны и др.). Рекомендуются фруктовые и овощные соки, клюквенный морс, отвар черной смородины, шиповник, фрукты, ягоды, чай с лимоном, молоком, кисели, желе, мясные бульоны, включены продукты, богатых витаминами группы В (мясо, рыба, дрожжи, отвар из пшеничных отрубей и др.)

Медикаментозное лечение

В нашем 21 веке постоянно увеличивается арсенал лекарственных средств используемых при ОРИ, который охватывает практически все возможные способы влияния на инфекционный процесс. Он включает разнообразные этиотропные химиопрепараты, а также средства иммунокорректирующей, патогенетической и симптоматической терапии.

Фармакотерапия больных ОРИ/гриппе предусматривает 3 периода (Ершов Ф.И. и др., 2003). Так, в предэпидемический период показаны средства специфической профилактики и повышения неспецифической резистентности организма. С развитием эпидемии (особенно вирусных инфекций) рекомендуются препараты с прямым специфическим действием. При наличии в первые 24-48 часов характерных симптомов респираторной инфекции или гриппа используют этиотропные средства с патогенетической терапией.

Этиотропная терапия

Этиотропная терапия ОРИ в зависимости от возбудителей их вызывающих может быть:

- 1) противовирусной (при ОРИ вирусной этиологии);
- 2) антибактериальной (при ОРИ бактериальной, микоплазменной или хламидийной этиологии);
- 3) комплексной (при вирусно-бактериальных инфекциях, вирусных инфекциях с бактериальными осложнениями).

Противовирусная терапия включает в себя применение биологических (интерфероны и иммуноглобулины) и химиотерапевтических средств.

Специфические противовирусные препараты применяют в соответствии с предполагаемой этиологией ОРИ. Противовирусная химиотерапия абсолютно оправдана при гриппе в первые 24-48 часов от начала болезни — длительность курса — 5 дней.

При гриппе А применяют следующие препараты:

Ремантадин (0,05 г) назначают в ранние сроки болезни особенно в первые сутки, когда он дает выраженный эффект, по схеме: 1-й день болезни по 100 мг 3 раза в день после еды (в 1-е сутки возможен однократный прием до 300 мг); 2-й и 3-й дни болезни по 100 мг 2 раза в день после еды; 4-й день болезни 100 мг 1 раз в день после еды. Он эффективен при гриппе, вызванном вирусом типа А и лишь при раннем его использовании — в первые часы и сутки от начала заболевания.

Авирол С современный высокоэффективный комбинированный препарат, который имеет в своем составе весь комплекс лекарственных средств, необходимых для лечения и профилактики ОРИ - ремантадина, парацетамола, аскорбиновой кислоты, лоратадина, рутина и кальция. Более подробная информация об Авирол С приведена ниже в разделе «Комбинированные препараты». Назначается Авирол С по следующей схеме:

внутри после еды (через 30-60 минут после приема пищи), запивая 100 мл воды, по 2 капсулы 3 раза в день в первый день, затем по 2 капсулы 2 раза в день в течение 4-6 дней.

Инозин пранобекс (гроприносин) является эффективным в любые сроки заболевания. Рекомендуются взрослым по 2 таблетки 3-4 раза в сутки, детям - суточная доза из расчета 50 мг/кг массы тела 3-4 раза, в течение 5-7 дней.

При ОРИ иногда рекомендуются интерфероны: есть наблюдения, что они сокращают длительность лихорадки на 1 день, однако надежных доказательств эффективности этих средств нет.

Интерферон ос-2Б - свечи Виферон — 150000 МЕ 2 раза в сутки 5 дней.

Интерферон с-2 - мазь Виферон — г/сут (40 000 Ед/сут) на 3 аппликации на слизистую носа 5 дней.

Осолиновая мазь (0,25—0,5 94-ная в тубах) применяется (смазывают носовые ходы 3—4 раза в день в течение первых 3—5 дней заболевания). Она смягчает катаральные явления и сокращает их длительность. Терапевтический эффект оказывает лишь в первые дни болезни.

При герпес-вирусных ОРИ назначают ацикловир внутривенно 5—2,5 мг/кг каждые 8 ч (15—37,5 мг/кг в день) в течение 5 дней.

Патогенетическое лечение всех ОРВИ направлено на дезинтоксикацию, восстановление нарушенных функций организма, профилактику осложнений.

С целью дезинтоксикационной терапии, больному во время лихорадочного периода при легких и среднетяжелых формах течения показано обильное питье (до 1—1,5 л/сутки) жидкости, содержащей витамины С и Р 5 %-ный раствор глюкозы с аскорбиновой кислотой, чай (лучше зеленый), клюквенный морс, настой или отвар шиповника, компоты, фруктовые соки, минеральные воды.

Бронхолитики показаны при развитии синдрома спазма бронхов при бронхитах и бронхолитах,

Десенсибилизирующие средства используют в комплексной терапии ОРВИ в качестве противоаллергического компонента, а побочный снотворный эффект некоторых из них помогает бороться с нарушениями сна при выраженной интоксикации.

Коррекция защитных функций макроорганизма складывается из мероприятий улучшения функции системы местной бронхолегочной защиты и, по показаниям, иммуномодулирующей терапии. Например, для профилактики бактериальных осложнений рекомендуется назначение иммуномодуляторов лиофилизированных бактериальных лизатов в следующей дозировке. Детям с 3-х до 12 лет и взрослым рекомендует принимать по 1 таблетке утром натощак с момента заболевания — до 30 дней.

Симптоматическое лечение

В качестве симптоматических средств, для местного интраназального использования при насморке рекомендуют сосудосуживающие капли в нос: санорин в виде 0,1 %-ного раствора или эмульсии, галазолин, нафтизин.

Противокашлевые средства назначают больным в первые дни заболевания, когда кашель непродуктивный, сухой, болезненный, мучительный, приносящий страдания больному, нередко лишающий его сна. Чрезвычайно сильный кашель опасен развитием спонтанного пневмоторакса.

Антипиретики (жаропонижающие) и анальгетики представлены нестероидными противовоспалительными средствами (НПВС), которые в зависимости от их химического строения оказывают преимущественно жаропонижающее и (или) болеутоляющее действие, что должно учитываться при определении показаний к их назначению.

Комбинированные препараты

Разработка комбинированных лекарственных средств, которые оказывают адекватное влияние на причину, основные звенья патогенеза и клиническую симптоматику заболевания, является одной из актуальных задач современной медицины. По данным научной литературы последних лет, комбинированные

препараты наряду с основным СВ01 действием, значительно улучшают качество жизни пациентов и являются экономическим выгодным как для государства, так и для общества в целом.

Одним из таких комбинированных этиопатогенетических средств лечения ОРВИ является Авирол С. Фармакологическая активность препарата Авирол С обусловлена комплексным действием его составляющих — ремантадина, парацетамола, аскорбиновой кислоты, лоратадина, рутина и кальция.

В одной капсуле данного лекарственного средства удачно соединены преимущества этиотропного воздействия всех компонентов ремантадина на процесс проникновения респираторных вирусов в эпителий дыхательных путей, парацетамола с жаропонижающим, лоратадина с антигистаминным, аскорбиновой кислоты с капилляроукрепляющим эффектами.

Как указывалось выше, в составе препарата Авирол С, также имеется рутин (витамин Р) и кальций. Рутин нормализует стенки капилляров, повышает их прочность и эластичность, замедляет сердечный ритм при тахикардии. Он сдерживает выработку гистамина и серотонина, оказывает противоотечный и обезболивающий эффекты. А кальций обладает антиаллергическим, противовоспалительным и антиацидотическим эффектами. Необходимо сделать акцент на еще одно важное влияние кальция на организм больного ОРВИ: при попадании инфекции в организм, первым сигналом тревоги подаются ионы кальция и «приказывают клеткам иммунной системы атаковать инородные клетки».

Авирол С назначается по следующей схеме: внутрь после еды (через 30-60 минут после приема пищи), запивая 100 мл воды, по 2 капсулы 3 раза в день в первый день, затем по 2 капсулы 2 раза в день в течение 4-6 дней.

Антибактериальная терапия

Антибактериальные средства не оказывают никакого влияния на вирусвозбудители ОРВИ, они не уменьшают частоты осложнений. При их назначении с профилактической целью пневмонии у больных гриппом возникают чаще, чем у больных, не получавших этих препаратов. Эти препараты, необоснованно применяемые при вирусных ОРВИ, оказывают негативное влияние на состояние иммунной системы организма и на неспецифические защитные механизмы.

Антибиотики для лечения неосложненных ОРВИ и гриппа не используют, в т.ч., если заболевание сопровождается в первые 10-14 дней болезни ринитом, конъюнктивитом, затемнением синусов, ларингитом, крупом, бронхитом, бронхообструктивным синдромом

Антибактериальная терапия не только не предотвращает бактериальную суперинфекцию, но способствуют ее развитию из-за подавления нормальной флоры, «сдерживающей агрессию» стафилококков и кишечной флоры. Существуют строгие показания к назначению антибактериальных химиопрепаратов только при крайне тяжелых и осложненных формах гриппа и только в условиях инфекционного стационара.

Антибиотики могут быть показаны при ОРИ и гриппе пациентам с хронической патологией легких, иммунодефицитами, у которых есть риск обострения бактериального процесса: ОРИ микоплазменной, ХЛЮМИДИЙНОЙ и бактериальной этиологии, вторичных (бактериальных) осложнениях вирусных ОРИ, активации хронической бактериальной инфекции на фоне течения вирусного ОРИ. Выбор антибиотика зависит от предполагаемой этиологии ОРИ, бактериальной инфекции, результатов бактериологического исследования мокроты и определения чувствительности выделенных микроорганизмов к антибиотикам.

Госпитализация

Госпитализацию осуществляют выборочно по клиническим показаниям с учетом конкретных возможностей организации лечения больных на дому.

Критерии и клинические показания для госпитализации:

1) тяжесть состояния больных (тяжелое состояние, развитие неотложных состояний); 2) наличие осложнений (сохранение высокой лихорадки и интоксикации);

3) отягощение фона заболевания (наличие некомпенсированных хронических заболеваний легких, сердечно-сосудистой системы требует госпитализации даже при среднетяжелых формах болезни);

4) учет возраста больных (дети до 1-го года, престарелые).

Диспансеризация

За лицами, перенесшими неосложненные формы ОРИ/гриппа, диспансерное наблюдение не устанавливается. Перенесшие осложненные формы ОРИ (пневмонии, синуситы, отиты, мастоидиты, миокардиты, поражение нервной системы: менингит, менингоэнцефалит, токсические невриты и др.) подлежат диспансеризации не менее 3—6 месяцев (до 1 года). В отношении лиц, перенесших такое осложнение гриппа, как пневмония, осуществляются реабилитационные мероприятия (в амбулаторнополиклинических или санаторных условиях), и они подлежат обязательной диспансеризации в течение 1 года (с контрольными клинико-лабораторными обследованиями через 1, 3, 6 и 12 месяцев после болезни).

Профилактика острых респираторных инфекций/гриппа

Основой профилактики острых респираторных заболеваний остаются изоляционные, режимно-ограничительные и санитарно-гигиенические мероприятия.

Общественная профилактика сводится к изоляции больных гриппом и другими ОРИ в домашних условиях или в стационаре и ограничению посещений заболевшими поликлиник, аптек, общественных мест. Лица, обслуживающие больных, должны носить 4-х слойные марлевые маски и использовать интраназально 0,25—0,5 %-ную оксолиновую мазь.

Кроме всего вышеуказанного, необходимо помнить, что эффективной профилактикой гриппа является специфическая вакцинация населения.

Известный американский химик Лайнус Полинг рекомендует для профилактики простудных заболеваний широко использовать аскорбиновую кислоту ежедневно от 250 мг до 1 г в зависимости от индивидуальных особенностей организма. Концентрация аскорбиновой кислоты в крови достигает максимума через 2—3 ч после приема умеренной дозы, затем уменьшается — препарат активно выводится с мочой.

Исследования специалистов и многочисленные публикации по закаливанию и комплексам физических упражнений свидетельствуют о том, что арсенал этих процедур обширен и настоятельно рекомендуется для применения в организованных коллективах детей и подростков. Существуют следующие группы закаливающих процедур, используемых для профилактики ОРИ/гриппа: Закаливание воздухом (н-р: прогулки на открытом воздухе 2 раза в день 2 ч или не менее 4 ч в день); закаливание водой (ежедневные влажные обтирания тела, контрастный душ, контрастные ножные ванны или обливание стоп); закаливание солнечными лучами.

ЛИТЕРАТУРА

Гендерное равенство в Узбекистане: факты и цифры. 2000-2004. Статистический сборник. Подготовлен рабочей группой ПРООН Узбекистан, Узстат.

2. Государственный комитет Республики Узбекистан по статистике, 2006. "Здравоохранение в Узбекистане: факты и цифры", 2006, Ташкент, Узбекистан

3. Ички касалликлар. Под ред. А.Г. Гадаева. Ташкент, 2014. С. -30-37

4. Краткое руководство по охране здоровья матери и ребенка, 08 июня 2009, Минздрав РУз.

5. Клинические рекомендации для практикующих врачей. Под ред. И. Денисова и

ю. шевченко. Москва, ГЭОТАР-МЕД, 2002. С. 18-31.

6. Прогресс на пути достижения Целей тысячелетия в области развития, связанных со здоровьем. Информационный бюллетень ВОЗ № 290, Май 2010г.

7. Протоколы лечения детских инфекций. Т.О. Даминов, Л.Н. Туйчиев, ГК Худайкулова. Ташкент, 2013, с.42-45.

8. Протоколы диагностики и лечения острых респираторных заболеваний (ОРЗ) у детей. ОРВИ и грипп. Россия, Москва, 2012

9. Приказ МЗ РУз № 242 от 14.07.2014 г. «Организация и проведение эпиднадзора за ОРИ»

10. Справочник врача общей практики. Под ред. А. Икрамова. Ташкент, 2010, с.211-216.

11. Стандарты диагностики и лечения внутренних болезней. Б.И. Шулуток, С.В. Макаренко. Санкт-Петербург, 2009. с. 127-139.

12. Стандарты диагностики и лечения инфекционных болезней для районного уровня.

Э.И. Мусабаев и соавт. Ташкент, 2011. С. 7-8.

„у 13 Стандарты диагностики и лечения инфекционных болезней для областного уровня.

Э.И. Мусабаев и соавт. Ташкент, 2011. С. 7-8.

14. Стандарты диагностики и лечения инфекционных болезней для республиканского уровня. Э.И. Мусабаев и соавт. Ташкент, 2011. С. 7-8.

15. Юсупова А.Н., Ан А.В. Качество акушерской помощи при материнской смерти и критических состояниях 13.09.201. От. (vestnik.mednet.ru)