

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ
АМУРСКАЯ ГОСУДАРСТВЕННАЯ МЕДИЦИНСКАЯ АКАДЕМИЯ

**Современные подходы к профилактике, лечению
ОРВИ**

учебное пособие

Благовещенск 2016

УДК: 616-053.2

Авторы:

Заболотских Татьяна Владимировна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой педиатрии ФПДО ФГБОУ ВО Амурской ГМА

Бабцева Альбина Федоровна – д.м.н., зав. кафедрой детских болезней ФГБОУ ВО Амурской ГМА

Романцова Елена Борисовна – д.м.н., зав. кафедрой педиатрии ГБОУ ВПО Амурской ГМА

Шамраева Виктория Владимировна – к.м.н., доцент кафедры педиатрии ФГБОУ ВО Амурской ГМА

Марунич Наталья Анатольевна – к.м.н., заведующая кафедрой инфекционных болезней ФГБОУ ВО Амурской ГМА.

Серебrenникова Лариса Викторовна – к.м.н., доцент кафедры инфекционных болезней ФГБОУ ВО Амурской ГМА.

Рецензенты:

Рзянкина Марина Федоровна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой поликлинической педиатрии ГБОУ ВПО ДВГМУ

Бениова Светлана Николаевна – д.м.н., профессор, зав. кафедрой госпитальной педиатрии ГБОУ ВПО ТГМУ

Учебное пособие для студентов, интернов, педиатров (для аудиторной и внеаудиторной работы). Благовещенск: 2016. – 95 с.

В учебном пособии дана общая характеристика острых респираторных вирусных инфекций, современные подходы к назначению терапии, рассмотрены вопросы неспецифической и специфической профилактики ОРВИ.

ОГЛАВЛЕНИЕ

	Стр.
1. Введение	5
2. Определение	6
3. Общая характеристика	6
4. Общая классификация	8
5. Наиболее часто встречающиеся осложнения ОРВИ	9
6. Показания для госпитализации детей с ОРВИ	9
7. Обследование больного с ОРВИ	10
8. Базисная терапия при ОРВИ	11
9. Противовирусная (этиотропная) терапия при ОРВИ	11
9.1 Противовирусные препараты	13
9.2 Интерфероны	17
9.3 Интерфероногены	19
9.4 Гомеопатические препараты	22
9.5 Иммуноглобулины	26
9.6 особенности лечения свиного гриппа	27
10. Показания к назначению антибактериальной терапии при ОРВИ	29
11. Патогенетическая и симптоматическая терапия при ОРВИ	30
11.1 Лечение ринита	36
11.2 Лечение отита	44
11.3 Лечение фарингита	45
11.4 Лечение кашля у детей	46
11.5 Лечение конъюнктивитов и кератоконъюнктивитов	56
12. Применение массажа и гимнастики при ОРВИ	56
13. Эпидемиологический надзор за ОРВИ	58
14. Иммунопрофилактика ОРВИ (гриппа)	59
15. Специфическая профилактика ОРВИ (гриппа)	61
16. Профилактика РСВ инфекции	65

17. Тесты	67
18. Задачи	83
19. Рекомендуемая литература	91

ВВЕДЕНИЕ

«Инфекционные заболевания респираторного тракта являются самой распространенной инфекционной патологией у детей. У ребёнка, находящегося в организованном коллективе, ОРВИ возникают в среднем 8 раз на первом году посещения, 5-6 раз - на втором, 3-4 раза – на третьем году. У часто болеющих детей острые респираторные заболевания возникают, как правило, ежемесячно. Особенно часто ОРЗ болеют дети в возрасте 1-5 лет, что объясняется утратой материнского и отсутствием приобретённого иммунитета.

Частые ОРВИ способствуют формированию хронической бронхолегочной патологии, гайморита, тонзиллита, отита, благоприятствуют формированию аллергической патологии и задержке психомоторного и физического развития».

Ф.В. Учайкин

В учебном пособии представлены современные представления о противовирусных и симптоматических препаратах, о специфической и неспецифической профилактике ОРВИ.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ)– группа инфекционных болезней, вызываемых вирусами, передающимися воздушно-капельным путем и характеризующимися поражением различных отделов верхних дыхательных путей.

ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА

- ОРВИ – самые распространенные на земном шаре заболевания. Ежегодно переболевает до 80% населения. Практически каждый человек раз в году болеет ОРВИ, особенно часто – дети. Дети первых месяцев жизни болеют редко, сказывается относительная изоляция ребенка и пассивный иммунитет, полученный от матери (болеют, если иммунитет ненапряженный или полностью отсутствует).
- Дети, часто болеющие ОРВИ – группа риска по развитию различных хронических заболеваний носоглотки, дыхательной системы, аллергических заболеваний, патологии мочевыделительной системы, по задержке физического и нервно-психического развития и т.п.
- Летальность у детей раннего возраста от ОРВИ и, особенно, гриппа – на 1 месте в структуре инфекционной патологии.
- Регистрируются в виде спорадических случаев и эпидемических вспышек. Характерна осенне-зимняя сезонность.
- Клинически все ОРВИ проявляются различной степенью интоксикации, лихорадкой и катаром дыхательных путей (так как вирусы обладают тропизмом к цилиндрическому эпителию дыхательных путей и приводят к дегенерации клеток, отмиранию, десквамации).
- В каждом конкретном случае истинная природа ОРВИ остается чаще неизвестной, поскольку серологические и вирусологические исследования

проводятся только в особых случаях, когда тяжесть течения заболевания (или сложная эпидобстановка) требует идентификации возбудителя.

- При всех ОРВИ одинаковы принципы лечения и подход к организации профилактических мероприятий.
- Вместе с тем у каждого возбудителя ОРВИ есть свои особенности.

Грипп А, В, С и др.- эпидемический подъём заболеваемости. Острое начало болезни. Специфическая гриппозная интоксикация (высокая температура, озноб, головокружение, выраженная слабость, отсутствие аппетита, головные и мышечные боли и другое). Возможны в первые дни заболевания развитие грозных осложнений: нейротоксикоза, сегментарного отёка лёгких, синдрома крупа и др.

Аденовирусная инфекция - выраженные катаральные явления. Гиперплазия лимфоидных образований носо- и ротоглотки. Слабовыраженная лимфаденопатия. Может быть умеренное увеличение печени и селезенки. Катарально-фолликулярный, особенно плёнчатый конъюнктивит.

Парагрипп, РС-инфекция - подострое начало болезни, нерезкая интоксикация, субфебрильная температура. Синдром крупа, грубый лающий кашель, шумное стенотическое дыхание, осипший голос у ребёнка с остро лихорадочным состоянием. Клиническая картина бронхита, бронхиолита и обструктивного синдрома.

Риновирусная инфекция - неудержимая ринорея при слабом катаре дыхательных путей; интоксикация и температура тела часто отсутствуют.

Хламидийная и микоплазменная инфекции – не относятся напрямую к вирусным инфекциям, так как вызываются внутриклеточными паразитами, но часто протекают под маской ОРВИ. Характерен продолжительный субфебрилитет, упорный кашель, последовательное поражение бронхиальной системы вплоть до малосимптомных (атипичных) пневмоний.

ОБЩАЯ КЛАССИФИКАЦИЯ ОРВИ

1. По этиологии: грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция, респираторно-синцитиальная инфекция, риновирусная инфекция, реовирусная инфекция, парвовирусная инфекция и др.
2. По типу: типичные, атипичные (стертая или бессимптомная форма)
3. По тяжести: легкая (включая стертые и субклинические формы), среднетяжелая, тяжелая, гипертоксическая (только при гриппе).

Критерии тяжести: выраженность синдрома интоксикации, выраженность местных проявлений.

Форма тяжести	Критерии оценки тяжести
Лёгкая (включая стёртые и субклинические формы)	Температура тела нормальная или в пределах 38,5 ⁰ С. Симптомы инфекционного токсикоза слабо выражены или отсутствуют.
Среднетяжёлая	Температура тела в пределах 38,5-39,5 ⁰ С. Инфекционный токсикоз выражен: слабость, головная боль, адинамия.
Тяжёлая	Температура тела 40-40,5 ⁰ С. Головокружение, кратковременное затемнение сознания, бред, судороги, галлюцинации, рвота.
Гипертоксическая (только при гриппе)	Менингоэнцефалитический синдром. Геморрагический синдром. Гипертермический синдром.

4. По течению: гладкое (без осложнений), негладкое (с возникновением вирус ассоциированных осложнений: энцефалит, серозный менингит, невриты, полирадикулоневриты и др.; с возникновением бактериальных осложнений: пневмония, гнойно-некротический трахеобронхит, отит и др.).

НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВСТРЕЧАЮЩИЕСЯ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ

Грипп. Пневмония (чаще стафилококковая, склонная к тяжёлому течению, абсцедированию, развитию плевритов, медиастенитов), бронхит, отит, ангина, синуситы. Пиелонефрит, пиелостит. Миокардит. Наиболее грозные осложнения – отёк лёгкого и отёк мозга. Осложнения отягощают прогноз болезни и нередко служат причиной смерти больных.

Парагрипп. Стенозирующие ларинготрахеиты (у детей раннего возраста), обструктивные бронхиты. Бронхит, бронхиолит, пневмония, отит.

Респираторно-синцитиальная инфекция. Облитерирующий бронхиолит. Пневмонии. Ангина, синусит, отит, евстахиит.

Аденовирусная инфекция. Пневмонии, отиты, синуситы. Обострение хронических заболеваний.

Риновирусная инфекция. Синуситы, отит, бронхиты, пневмония. Обуславливает возникновение хронической патологии ЛОР-органов.

Реовирусная инфекция (у детей раннего возраста) – серозный менингит, миокардит, отит, пневмония, лимфаденит и др.

ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ ГОСПИТАЛИЗАЦИИ ДЕТЕЙ С ОРВИ

Клинические

- Тяжелые формы ОРВИ
- С негладким течением ОРВИ, т.е. при развитии осложнений
- Ранний возраст ребенка при среднетяжелой форме при гриппе, РС-инфекции

Социальные

- Дети раннего возраста из социально неблагополучных семей
- Дети раннего возраста из закрытых дошкольных учреждений (Дом ребенка), из соматических отделений детских больниц, санаториев и т.п.

Лечение проводится в специализированном боксированном отделении или специально оборудованной палате.

Продолжительность изоляции детей с ОРВИ: 5-7 дней от начала болезни при неосложненном течении.

Посещение организованного коллектива – после клинического выздоровления.

ОБСЛЕДОВАНИЕ БОЛЬНОГО С ОРВИ

- Клинический анализ крови. В крови в первый день заболевания чаще умеренный лейкоцитоз, далее умеренная лейкопения и лимфоцитоз.
- Экспресс диагностика - обнаружение специфических антигенов в цилиндрическом эпителии из полости носа и ротоглотки методом иммунофлюоресценции с помощью иммунных сывороток к наиболее часто встречающимся серотипам вируса.
- Иммуноферментный анализ.
- Серологические исследования: РНГА, РН, РСК и др. Диагностическим признаком является нарастание титров специфических антител при исследовании парных сывороток, взятых с интервалом в 10-14 дней в 4 раза и более.
- Вирусологический метод – выделение вируса на культуре клеток. Материал – смыв из носа в первые 5 суток от начала заболевания.
- По показаниям: биохимический анализ крови, коагулограмма, рентгенологическое исследование органов грудной клетки, УЗИ органов брюшной полости, бактериологическое исследование слизи из ротоглотки, крови, мочи, ликвора и др.

БАЗИСНАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ

1. Постельный режим до нормализации температуры тела.

2. Частые проветривания помещения, где находится больной, кварцевание, влажная уборка.
3. Молочно-растительная, обогащенная витаминами диета, механически, химически и термически щадящая. Ограничение поваренной соли.
4. Обильное питьё (в 1,5-2 раза больше, чем по возрастным нормам) в виде клюквенного или брусничного морса, настоя шиповника, компотов из фруктов, сухофруктов, щелочных минеральных вод, молока с мёдом, чая с лимоном, малиной, липовым цветом, мятой, ромашкой. Соки, желательны разведенные водой, неконцентрированные, без мякоти, без экзотических фруктов. Жидкость дается дробно, небольшими порциями, с минимальным содержанием сахара.

ПРОТИВОВИРУСНАЯ (ЭТИОТРОПНАЯ) ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ

Противовирусная терапия обычно эффективна в течение первых 2-5 дней после начала заболевания.

Можно применять собственно противовирусные препараты, интерфероны и интерфероногены.

Противовирусные препараты имеют ограниченное применение в педиатрической практике (токсичны), чаще применяют при тяжелых состояниях, обусловленных вирусных поражением. Делят на противогриппозные, противогерпетические, противоцитомегаловирусные, влияющие на вирус иммунодефицита человека и широкого спектра действия с иммуномодулирующей активностью.

Интерфероны (далее ИФН) биологически активные белки, которые синтезируются клеткой в процессе защитной реакции. Они секретируются во внеклеточную жидкость и через рецепторы действуют на другие клетки, повышая устойчивость к внутриклеточным микроорганизмам, в первую очередь - вирусам. По структуре и биологическим свойствам ИФН

подразделяются на три вида: α -ИФН, β -ИФН и γ -ИФН. По способу получения выделяют лейкоцитарные, лимфобластоидные и рекомбинантные ИФН.

В качестве противовирусных препаратов наиболее широко используются рекомбинантные α -ИФН. Все они представляют собой рекомбинантную форму человеческого $\alpha 2$ -ИФН, поэтому их фармакологическое действие сходно, оно заключается в подавлении синтеза вирусных белков. В последние годы разработаны пегилированные ИФН, получаемые путем присоединения к молекуле ИФН полиэтиленгликоля. Пегилированные ИФН обладают более длительным периодом полувыведения и лучшей клинической эффективностью.

α -ИФН не обладают специфичностью и подавляют репликацию различных вирусов. Основное клиническое значение имеет активность в отношении вирусов гепатита В, С и D, гриппа.

Существует мнение, что ИФН разрушаются в желудочно-кишечном тракте, поскольку являются белками, поэтому должны применяться только парентерально. При в/м и п/к введении биодоступность составляет 80%, максимальная концентрация в крови достигается в среднем через 3,8 ч. Отмечены низкие концентрации ИФН в секретах дыхательных путей, тканях глаза, ЦНС. Также некоторые исследователи считают неоправданным интраназальное и ректальное применение лейкоцитарных ИФН в связи с отсутствием доказательств их эффективности при ОРВИ и гриппе.

Интерфероногены – вещества, способствующие синтезу эндогенного интерферона, нашли в педиатрической практике более широкое применение.

Необходимо иметь в виду, что некоторые вирусы (гриппа) быстро меняют антигенную структуру и могут стать малочувствительными к противовирусным препаратам. Резистентности к интерферонам у вирусов не возникает!

ПРОТИВОВИРУСНЫЕ ПРЕПАРАТЫ

Ремантадин, рибамидил, мидантан, арбидол. Оксолиновая мазь.

Относятся к противогриппозным препаратам. Они защищают клетки человека от проникновения в них вируса гриппа, преимущественно типа А₂, так как блокируют места связывания вируса с поверхностью клеточной мембраны. На проникшие внутрь клетки вирусы эти препараты не влияют, поэтому их применяют в первые 2 дня болезни ОРВИ и для профилактики детям, находящимся в контакте с больными.

Из желудочно-кишечного тракта препараты неплохо всасываются, проникая во все ткани, в том числе в ЦНС. Элиминация препаратов происходит путём почечной экскреции и биотрансформации в печени. Поэтому у больных с нарушением их функции повторные приёмы препаратов могут привести к кумуляции и сопровождаться возникновением нежелательных эффектов. Они противопоказаны детям до 7 лет, детям с эпилепсией, острыми заболеваниями печени и почек, с гиперфункцией щитовидной железы.

Ремантадин – в таблетках по 0,05 г (синонимы - Римантадин, марадан).
Детям от 7 до 10 лет по 50 мг 2 раза в день. Детям старше 10 лет – по 50 мг 3 раза в день. В особо тяжелых случаях можно назначать детям от 3 до 7 лет по 4,5 мг/кг массы в день в 2 приема.

Рибамидил – в таблетках по 0,2 г (синонимы - Виразол, Рибаварин). По механизму действия близок к ремантадину. Доза для детей 10 мг/кг/сутки 3-4 раза в день в течение 3-х дней.

Мидантан – в таблетках по 0,1 г. Назначают детям старше 7 лет в суточной дозе 0,01 г на 1 год жизни в 2 приёма.

Оксолиновая мазь – 0,25% - для смазывания слизистой оболочки носа 2 раза в день в течение 3-4 дней.

Арбидол. Арбидол является противовирусным препаратом, оказывающим ингибирующее действие на вирусы гриппа А и В. Обладает иммуномодулирующим и антиоксидантным свойствами. Препарат имеет особый механизм действия, оказывает специфическое влияние на вирусы,

обладает интерферон индуцирующей активностью и стимулирует гуморальные и клеточные реакции иммунитета, чем повышает устойчивость организма к вирусным инфекциям.

Разовая доза от 2 до 6 лет – 50 мг, 6-12 лет -100 мг, старше 12 лет- 200 мг 4 раза в сутки в течение 5 дней.

Арбидол не следует назначать больным с сопутствующими заболеваниями сердечно-сосудистой системы, печени и почек.

Гроприносин - Инозин пранобекс, таблетки 500 мг №50. – *Двойной механизм действия заключается как в прямом ингибировании вирусов, так и в усилении противовирусного иммунитета.*

Блокирует репродукцию вирусов:

- подавляет репликацию ДНК и РНК вирусов посредством связывания и изменения ее стереохимического строения

Активирует противовирусный иммунитет

- моделирует клеточный иммунитет
- усиливает секрецию интерферонов.

Гроприносин усиливает пролиферацию Т-лимфоцитов, естественных клеток-киллеров, стимулирует активность моноцитов, макрофагов и полиморфно-ядерных клеток, увеличивает продукцию интерферонов, повышает синтез антител . Вероятность развития резистентных штаммов к Гроприносину очень мала. Механизм действия отличен от ацикловирув, поэтому возможна комбинированная терапия. Доказана клиническая эффективность гроприносина в терапии хронической рецидивирующей герпетической инфекции – в 4 раза снижает частоту рецидивов. Гроприносин уменьшает выраженность клинических проявлений (А.М. Лукьянов, А.В. Станкевич), быстро снимает симптомы герпеса (Н.Ф. Акулич, Н.А. Кривенко). Устраняет иммунные нарушения, вызванные вирусной инфекцией и «скрытые» иммунодефицитные состояния. Гроприносин предупреждает образование

новых элементов сыпи, предотвращает кожную диссеминацию и распространение инфекции.

Применение Гроприносина значительно снижает частоту новых эпизодов ОРВИ у индивидов после лечебно-профилактического курса, особенно у детей, относящихся к группе часто болеющих, с иммунодефицитом и имеющих отягощенный преморбидный фон. На фоне лечения гроприносином облегчается тяжесть течения ОРВИ (М.Ю. Елисеева, В.Н. Царев и др).

Показания к применению гроприносина - иммунодефицитные состояния, вызванные вирусными инфекциями у пациентов с нормальной или ослабленной иммунной системой, в том числе, заболевания, вызванные вирусом Herpes simplex (тип I и тип II, генитальный герпес и герпес прочей локализации), подострый склерозирующий панэнцефалит. **Не назначается** детям до 3 лет, пациентам с МКБ, подагрой, хронической почечной недостаточностью, аритмиями, повышенной чувствительностью к инозину пранобексу.

Способ применения:

Внутри принимают после еды, запивая небольшим количеством воды.

Дети от 3 до 12 лет : 50 мг/кг массы тела в сутки на 3-4 приема. Взрослые и подростки 6-8 таблеток в 3-4 приема. При хроническом рецидивирующем течении лечение курсами 5-10 дней с интервалом 8 дней. Длительность лечения до 30 дней, до может быть снижена до 500-1000мг/сут. Лечение инфекций, вызванных вирусом герпеса у взрослых и детей: несколько курсов по 5-10 дней до исчезновения симптомов. Поддерживающее лечение – по 1 таблетке 2 раза в день на протяжении 30 дней.

Для эффективного применения гроприносина рекомендовано придерживаться следующих правил:

1. назначение в продромальной фазе (в первые 24 часа)
2. Принимать 3-4 раза (через равные промежутки времени)
3. Дозу препарата не снижать на всем протяжении лечения

Суточное количество таблеток гроприносина в зависимости от возраста пациента:

возраст	Суточное количество таблеток гроприносина по 500 мг
3 года	1,5
4 года	2,0
5 лет	2,0
6 лет	2,5
7 лет	2,5
8 лет	3,0
9 лет	3,0
10 лет	3,5
11 лет	3,5
12 лет	4,0
13 лет	4,5
14 лет	5,0
15 лет	5,5
16 лет	6,0
17 лет	6,0

Гроприносин можно включать в схему лечения, основываясь на клинической симптоматике без предварительного иммунологического обследования, так как характер иммуномодуляции соответствует специфике нарушений иммунитета при герпетической инфекции, гроприносин соответствует европейскому качеству иммуномодуляции, отсутствие антигенности, риска передозировки интерферонами, отсутствие риска гиперстимуляции иммунитета.

ИНТЕРФЕРОНЫ

Интерферон человеческий лейкоцитарный – это препарат широкого спектра действия. Применяется для профилактики и лечения гриппа, ОРВИ, вирусных заболеваний глаз, опоясывающего лишая и др. Эффект возникает только на месте нанесения и распространения по оболочке! Нежелательных эффектов от местного применения интерферона нет. Перед применением сухой порошок (1000 ЕД), содержащийся в ампуле растворяют в 2 мл тёплой кипячёной или дистиллированной воды. С профилактической целью его вводят интраназально по 2 капли в каждую ноздрю 2-3 раза в день, с лечебной целью – по 5 капель через каждые 2-3 часа. Или интратрахеально в виде аэрозоля (2-3 ампулы, разведенного в 3-5 мл кипяченой или дистиллированной воды) через паракислородную палатку или ингалятор типа ИН-2; ингаляции проводят 2 раза в сутки с интервалом в 12 часов. Противопоказан детям с аллергической реакцией на белок куриного яйца!

Виферон – суппозитории ректальные, содержащие 150 000 МЕ (Виферон-1) человеческого рекомбинантного ИНФ- α -2 β , токоферол, аскорбиновую кислоту, масло какао или твердый жир. Обладает выраженным противовирусным, пролиферативным и иммуномодулирующим действием. Доказано, что действие интерферона усиливается при совместном применении с витаминами Е и С.

Спектр применения ИФН не ограничивается респираторными вирусными инфекциями. Их применяют в составе комплексной терапии инфекционно-воспалительных заболеваний у новорожденных (в т.ч. недоношенных) детей: пневмония (бактериальная, вирусная, хламидийная), менингит, сепсис, специфическая внутриутробная инфекция (хламидиоз, герпетические инфекции, цитомегаловирусная инфекция, энтеровирусные инфекции, висцеральный кандидоз, микоплазмоз). В составе комплексной терапии хронических вирусных гепатитов В, С, D у детей и взрослых, а также в терапии

хронических вирусных гепатитов выраженной степени активности и цирроза печени с применением плазмафереза и гемосорбции.

Применяется для лечения инфекционно-воспалительных заболеваний органов дыхания у детей до 7 лет, у новорожденных и недоношенных с гестационным возрастом более 34 недель: по 1 свече 2 раза в день; курс - 5 дней. У недоношенных с гестационным сроком менее 34 недель - по 1 свече 3 раза в день, 5 дней. Рекомендуемое количество курсов - при ОРВИ - 1; при пневмонии - 1-2, перерыв между курсами - 5 дней. У детей с затяжной вирусно-бактериальной инфекцией, с обструктивным бронхитом, аллергическими проявлениями: по 2 свечи 2 раза в день 10 дней. Далее 3 раза в неделю по 2 свечи 2 раза в день, продолжительность курса - 2,5 месяца.

Суппозитории ректальные по 500 000 МЕ (Виферон-2) применяются для детей в возрасте старше 7 лет. Выпускается также в форме суппозитория по 1 млн. и 3 млн. МЕ.

Генферон – выпускается в форме суппозитория ректальных, содержащих 250 тыс. МЕ, 500 тыс. МЕ или 1 млн. МЕ ИФН человеческого рекомбинантного α -2; вспомогательные вещества - таурин и бензокаин. Таурин обладает мембрано- и гепатопротекторными, антиоксидантными и противовоспалительными свойствами, усиливает регенерацию тканей.

Бензокаин является местным анестетиком. Уменьшает проницаемость клеточных мембран для ионов натрия, вытесняет ионы кальция из рецепторов, расположенных на внутренней поверхности мембраны, блокирует проведение нервных импульсов. Препятствует возникновению болевых импульсов в окончаниях чувствительных нервов и их проведению по нервным волокнам.

Режим дозирования такой же, как у Виферона. Однако этот препарат чаще применяют при лечении инфекционно-воспалительных заболеваний урогенитального тракта.

Гриппферон – флакон-капельница, содержащая 10 мл раствора (в 1 мл не менее 10000 МЕ человеческого рекомбинантного ИНФ- α). Для профилактики гриппа и других ОРВИ у детей – по 2 капли 2 раза в сутки.

Для лечения гриппа и других ОРВИ у детей - детям до 3-х лет - 2 капли 3 раза в сутки; до 14 лет - 2 капли 4 раза в сутки в течение 5 дней.

Препарат безопасен для грудных младенцев, беременных женщин и кормящих матерей.

Лейкинферон – ампулы с порошком для приготовления раствора для инъекций (10000 МЕ ИНФ- α). Применяется в случаях необходимости повышения концентраций интерферона и других цитокинов в сыворотке крови у детей с тяжёлыми бактериальными и вирусно-бактериальными инфекционно-воспалительными заболеваниями на фоне депрессии клеточных реакций иммунитета.

Суточная доза детям в возрасте до 1 года – 5000 МЕ, старше года – 10000 МЕ. Курс 3-5 дней. Для лечения гриппа и других ОРВИ возможно сочетанное применение внутримышечных инъекций утром и ингаляций вечером – ежедневно.

ИНТЕРФЕРОНОГЕНЫ

Циклоферон – обладает противовирусной, иммуномодулирующей, противовоспалительной, антипролиферативной, противоопухолевой активностью. Основными клетками-продуцентами интерферона после введения циклоферона являются макрофаги, Т- и В-лимфоциты. Препарат индуцирует высокие титры интерферона в органах и тканях, содержащих лимфоидные элементы (слизистая тонкого отдела кишечника, селезенка, печень, легкие), активирует стволовые клетки костного мозга, стимулируя образование гранулоцитов, преодолевает гематоэнцефалический барьер. Кроме того, препарат обладает прямым противовирусным действием, подавляя

репродукцию вируса на ранних сроках (1-5 сутки) инфекционного процесса, снижая инфекционность вирусного потомства, приводя к образованию дефектных вирусных частиц.

Препарат обладает антиканцерогенным и антиметастатическим действием, препятствуя образованию опухолей путем активации иммунной защиты организма; подавляет аутоиммунные реакции при системных и ревматических заболеваниях соединительной ткани.

При приеме циклоферона в рекомендуемых дозах отсутствуют условия для его кумуляции в организме. Применяют в комплексном лечении различных инфекций у детей с 4-х лет в форме таблеток: при ОРВИ, гепатитах, СПИДе, герпетической инфекции, хламидиозах и т.п.

Выпускается в таблетках по 150 мг. Существует и в виде раствора для инъекций 12,5% по 2 мл (250 мг) в ампуле.

Детям назначается от 1 до 4-х таблеток в сутки перорально за 30 минут до еды, не разжевывая, по схемам, указанным в инструкции. Курсы лечения варьируют в зависимости от заболевания и тяжести инфекции. В возрасте 4-6 лет – 1 таблетка в сутки (150 мг), 7-11 лет – 2 таблетки в сутки (300 мг), старше 12 лет – 3 таблетки (450 мг) на 1 прием 1 раз в сутки.

При ОРВИ препарат назначают с интервалом в 24 часа 1 раз в сутки. Курс лечения 5-9 приемов.

Для экстренной профилактики ОРВИ циклоферон дают в возрастной дозировке на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14, 17, 20, 23 сутки и далее (при необходимости) 1 раз в 3 дня.

Повторный курс базисной терапии можно проводить через 2-3 недели по окончании первого курса.

При парентеральном применении циклоферон назначают 1 раз в сутки в/м или в/в. Суточная терапевтическая доза составляет 6- 10 мг/кг.

Из побочных действий возможны аллергические реакции, сведения о передозировке препарата отсутствуют.

Цитовир-3 - иммуномодулирующий препарат, оказывающий влияние на реакции клеточного, гуморального иммунитета и неспецифическую резистентность организма. В составе – тимоген, бендазол, аскорбиновая кислота. Входящий в состав препарата бендазол индуцирует выработку эндогенного интерферона. Тимоген действует на Т-клеточное звено иммунитета. Аскорбиновая кислота активирует гуморальное звено иммунитета, нормализует проницаемость капилляров, тем самым, подавляя воспалительный процесс.

Выпускается в форме капсул и сиропа для детей. Препарат принимают внутрь за 30 мин до еды. С целью профилактики и лечения детям старше 6 лет назначают по 1 капсуле 3 раза/сутки в течение 4 дней.

Детям в возрасте от 1 года до 3 лет назначают по 2 мл сиропа 3 раза/сутки в течение 4 дней; детям в возрасте от 3 до 6 лет - по 4 мл 3 раза/сутки в течение 4 дней; детям в возрасте от 6 до 10 лет - по 8 мл 3 раза/сутки в течение 4 дней; детям в возрасте старше 10 лет - по 12 мл 3 раза/сутки в течение 4 дней.

С профилактической целью повторный курс лечения можно проводить через 3-4 недели.

Побочные действия: со стороны сердечно-сосудистой системы кратковременное снижение АД (у пациентов с нейроциркуляторной дистонией). Аллергические реакции.

Тилорон (тилаксин) – торговое название **Амиксин** в таблетках по 60 мг и 125 мг - противовирусное иммуностимулирующее средство - индуктор образования интерферонов. Основными продуцентами интерферона в ответ на введение тилорона являются клетки эпителия кишечника, гепатоциты, Т-лимфоциты, нейтрофилы и гранулоциты. Механизм действия сходен с циклофероном.

Применяется у детей старше 7 лет внутрь, после еды. При неосложненных формах гриппа и других ОРВИ - по 60 мг 1 раз в день на 1-й, 2-й и 4-й день от начала лечения. Курсовая доза - 180 мг (3 таблетки). При

возникновении осложнений гриппа или других ОРВИ - по 60 мг 1 раз в день на 1-й, 2-й, 4-й и 6-й день от начала лечения. Курсовая доза - 0,24 г (4 таблетки).

Кагоцел – таблетки по 0,012 г (активное вещество кагоцел). Вызывает образование в организме человека т.н. позднего интерферона, являющегося смесью α - и β -ИФН, обладающих высокой противовирусной активностью. Стимулирует продукцию физиологических количеств γ -ИФН. При назначении в терапевтических дозах нетоксичен, не накапливается в организме. При приеме внутрь одной дозы Кагоцела титр ИФН в сыворотке крови достигает максимальных значений через 48 часов, а в кишечнике максимум продукции отмечается уже через 4 часа. Препарат не обладает мутагенными и тератогенными свойствами, не канцерогенен и не обладает эмбриотоксическим действием.

Для лечения гриппа и ОРВИ детям в возрасте от 6 лет назначают в первые 2 дня по 1-2 таблетке 3 раза в день, в последующие 2 дня – по 1 таблетке 2-3 раза в день. Всего на курс -10 таблеток, длительность лечения 4 дня.

Для профилактики назначается 1-2 таблетки 1 раз в день 5 дней, через 5 дней перерыва цикл можно повторить. Длительность профилактического курса - от одной недели до нескольких месяцев.

Из побочных действий возможны аллергические реакции.

Спектр противовирусных препаратов на фармакологическом рынке России ежегодно расширяется.

ГОМЕОПАТИЧЕСКИЕ ПРЕПАРАТЫ

Отдельно следует отметить противовирусные **препараты комплексного гомеопатического действия.**

Анаферон – иммуномодулирующее, противовирусное средство. Активные компоненты в составе препарата – смесь гомеопатических разведений аффинно-очищенных антител к γ -интерферону человека.

Стимулирует гуморальный и клеточный иммунный ответ. Повышает продукцию антител (включая секреторный IgA), активизирует функции Т-эффекторов, Т-хелперов. Повышает функциональный резерв Т-хелперов и других клеток, участвующих в иммунном ответе. Индуцирует образование эндогенных «ранних» ИФН (α , β) и γ -интерферона. Повышает функциональную активность фагоцитов. Снижает концентрацию вируса в пораженных тканях. Обладает антимуtagenными свойствами. Применять внутрь до или после приема пищи. Побочных действий и случаев передозировки у препарата не описано.

Особенностью для всех гомеопатических препаратов является невозможность проведения кинетических исследований, т.к. действующее вещество не может быть прослежено с помощью маркеров или биоисследований.

Анаферон детский применяется в лечении и профилактике ОРВИ у детей с 1 месяца. При назначении препарата детям младшего возраста (от 1 месяца до 3 лет) рекомендуется растворять таблетку в небольшом количестве (1 столовая ложка) кипяченой воды комнатной температуры.

ОРВИ, грипп, кишечные инфекции, герпесвирусные инфекции, нейроинфекции.

Лечение следует начинать как можно раньше - при появлении первых признаков острой вирусной инфекции по следующей схеме: в первые 2 ч препарат принимают каждые 30 минут, затем в течение первых суток осуществляют еще 3 приема через равные промежутки времени. Со вторых суток и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в сутки до полного выздоровления. Таблетки следует держать во рту до полного растворения, вне приема пищи.

Более эффективен этот препарат для профилактики: 1 таблетка в сутки в течение 1 - 3-х месяцев.

Эргоферон - таблетки для рассасывания, содержат: антитела человека аффинно очищенные к гамма интерферону человека, к гистамину и к CD4.

Спектр фармакологической активности Эргоферона включает в себя противовирусную, иммуномодулирующую, антигистаминную, противовоспалительную.

Экспериментально и клинически доказана эффективность применения компонентов эргоферона при вирусных инфекционных заболеваниях: грипп А и грипп В, острые респираторные вирусные инфекции (вызванные вирусами парагриппа, аденовирусами, респираторно-синцитиальными вирусами, коронавирусами), герпесвирусные инфекции (лабиальный герпес, офтальмогерпес, генитальный герпес, опоясывающий герпес, ветряная оспа, инфекционный мононуклеоз), острые кишечные инфекции вирусной этиологии (вызванные калицивирусами, коронавирусами, ротавирусами, энтеровирусами), энтеровирусный и менингококковый менингиты, геморрагическая лихорадка с почечным синдромом, клещевой энцефалит.

Препарат применяется в комплексной терапии бактериальных инфекций (псевдотуберкулез, коклюш, иерсиниоз, пневмония различной этиологии, включая атипичных возбудителей (*M.pneumoniae*, *S.Pneumoniae*, *Legionella spp.*)), используется для профилактики бактериальных осложнений вирусных инфекций, предупреждает развитие суперинфекций. Применение препарата в пре- и поствакцинальном периоде увеличивает эффективность вакцинации, обеспечивает неспецифическую профилактику ОРВИ и гриппа в момент становления поствакцинального иммунитета. Эргоферон обладает профилактической эффективностью в отношении ОРВИ негриппозной этиологии, предупреждает развитие интеркуррентных заболеваний в поствакцинальном периоде.

Способ применения и дозы Внутрь. На один прием – 1 таблетка (не во время приема пищи). Таблетку следует держать во рту, не проглатывая, до полного растворения.

Детям с 6 месяцев. При назначении препарата детям младшего возраста (от 6 месяцев до 3 лет) рекомендуется растворять таблетку в небольшом количестве (1 столовая ложка) кипяченой воды комнатной температуры.

Лечение необходимо начинать как можно раньше, при появлении первых признаков острой инфекции по следующей схеме: в первые 2 часа препарат принимают каждые 30 минут, затем в течение первых суток осуществляют еще три приема через равные промежутки времени. Со вторых суток и далее принимают по 1 таблетке 3 раза в день до полного выздоровления.

Для профилактики вирусных инфекционных заболеваний – по 1-2 таблетки в день.

Рекомендуемая продолжительность профилактического курса определяется индивидуально и может составлять 1 - 6 месяцев.

При необходимости препарат можно сочетать с другими противовирусными и симптоматическими средствами.

Афлубин – капли по 50 мл или таблетки для рассасывания. Оказывает противовоспалительное, иммуномодулирующее, жаропонижающее, дезинтоксикационное действие. Обладает противовирусной активностью. Способствует повышению активности неспецифических факторов местного иммунитета. Уменьшает интенсивность и длительность интоксикационного и катарального синдромов, нормализует функции слизистой оболочки дыхательных путей.

Действие препарата Афлубин является результатом совокупного действия его компонентов, поэтому проведение кинетических наблюдений не представляется возможным; все вместе компоненты не могут быть прослежены с помощью маркеров или биоисследований. По этой же причине невозможно обнаружить и метаболиты препарата.

При гриппе и ОРЗ **детям до 1 года** назначают по 1/2 таб. или 1 капле, **детям 1-12 лет** - 1/2 таб. или 5 капель, **взрослым и подросткам** - 1 таб. или 10 капель. Кратность приема - не более 3-8 раз/сутки в течение 5-10 дней.

Для *плановой профилактики гриппа* в начале холодного времени года или за 1 месяц до ежегодно ожидаемого пика заболеваемости, а также для *экстренной профилактики* гриппа и ОРЗ сразу же после контакта с заболевшим **детям до 1 года** назначают по 1/2 таб. или 1 капле, **детям 1-12 лет** - 1/2 таб. или 5 капель, **взрослым и подросткам** - 1 таб. или 10 капель. Кратность приема - 2 раза/сутки. Продолжительность курса - 3 недели.

Препарат принимают за 30 мин до или через 1 ч после приема пищи. Капли принимают в чистом виде или разводят в 1 столовой ложке воды. Детям до 1 года капли разводят в 1 чайной ложке воды или материнского молока. 1/2 таблетки также следует растворить в 1 чайной ложке воды или материнского молока и давать по 1 капле. Перед проглатыванием рекомендуется задержать препарат во рту на некоторое время. Таблетку следует держать под языком до полного рассасывания.

Из редких побочных эффектов может быть повышенное слюноотделение.

Малавит – это продукт синтеза достижений информационной (вибрационной) медицины, классической фармакологии и гомеопатии с дарами природы Алтая (мумие, ладан, камедь лиственницы, смола кедра, почки березы и сосны и т.д. – всего 37 компонентов). Из аннотации к препарату следует, что это информационно-активный препарат, регулирует восстановление информации клеток организма через кожу, слизистые. Перед употреблением препарат необходимо хорошо встряхнуть и разбавить водой (10 капель на 100 мл воды), закапывать в нос, полоскать горло, смазывать шею и грудь, при гриппе дополнительно делать аппликации на поясницу (проекцию почек).

ИММУНОГЛОБУЛИНЫ

«Иммуноглобулин человека нормальный для в/в введения жидкий».

Представляет собой иммунологически активную белковую фракцию, выделенную из плазмы крови здоровых доноров. Назначают при гриппе

тяжелом и гипертоксическом ввиду высокого содержания противогриппозных антител; вводят однократно в дозе 0,15-0,2 мл/кг в первые сутки заболевания.

Детям до 2-х лет – 1,5 мл, от 2-х до 7 лет – 3 мл, старше 7 лет и взрослым – 4,5 – 6 мл.

При гипертоксических формах возрастную дозу иммуноглобулина можно повторить через 12 часов.

Противопоказан детям, имеющих в анамнезе аллергические реакции на препараты крови.

ОСОБЕННОСТИ ЛЕЧЕНИЯ СВИНОГО ГРИППА

Свиной грипп или грипп А (H1N1) – это респираторное заболевание свиней, вызываемое вирусом гриппа А, чаще всего подтипом H1N1. За последние два года произошло значительное увеличение случаев этой инфекции у людей во всем мире. В связи с чем ВОЗ разработала рекомендации по лечению этого заболевания.

Особое значение придается применению осельтамивира и занамивира с целью предотвращения развития тяжелой болезни и наступления смерти, уменьшения потребности в госпитализации и сокращения длительности пребывания в больницах. В настоящее время пандемический вирус чувствителен к обоим этим препаратам (известным как ингибиторы нейраминидазы).

Если болезнь протекает в легкой форме, то больные не нуждаются в лечении указанными противовирусными препаратами, говорится в сообщении ВОЗ.

Для пациентов, у которых с самого начала развивается тяжелая болезнь или их состояние начинает ухудшаться, ВОЗ рекомендует начинать лечение

осельтамивиром как можно раньше, не позднее 48 часов со времени появления симптомов. При отсутствии осельтамивира или невозможности его применения по какой-либо причине можно давать занамивир.

Эта рекомендация применима ко всем группам пациентов, включая беременных женщин, и ко всем возрастным группам, включая детей раннего и грудного возраста.

Осельтамивир (озельтамивир), торговое название – **Тамифлю** (форма выпуска - капсулы по 0,075 г).

Предназначен для приёма внутрь для лечения и профилактики гриппа А и В, птичьего гриппа, свиного гриппа. После всасывания в ЖКТ в печени превращается в активный метаболит, биодоступность которого составляет 75-80% и не зависит от пищи. Создает высокие концентрации в основных очагах гриппозной инфекции (нос, среднее ухо, трахея, бронхи, легкие). Выводится почками. Период полувыведения 7-8 ч, возрастает при почечной недостаточности. Нежелательные реакции: со стороны ЖКТ - диспепсические расстройства. Нейротоксичность - головные боли, головокружение, общая слабость, бессонница. Катаральные явления - заложенность носа, боли в горле, кашель.

- Данные постмаркетинговых исследований препарата 2006 года (преимущественно полученные в Японии) свидетельствуют о высоком риске, в особенности у детей, развития нарушений сознания (психотические реакции, делирий). В связи с этим Управление по контролю за пищевыми продуктами и лекарственными препаратами США (FDA) и компания-производитель препарата проинформировали работников здравоохранения о внесении изменений в аннотацию к препарату.

Лечение гриппа у детей старше 12 лет:

Внутрь - по 0,075-0,15 г каждые 12 ч в течение 5 дней.

Профилактика гриппа

Внутрь - по 0,075 г один раз в день в течение 4-6 недель.

Занамивир (торговое название **Реленза**). Механизм действия предположительно обусловлен ингибированием нейраминидазы вирусов гриппа А и В и нарушением их агрегации и выхода из клеток.

Применяют только для ингаляций через рот, с использованием устройства дискхалер.

В продаже имеется «Реленза порошок для ингаляций»: 1 доза содержит 5 мг занамивира, а также лактозу в качестве наполнителя; в ротадиске из фольги 4 дозы, в коробке 5 ротадисков в комплекте с «Реленза Дискхалер».

Рекомендуемая доза (для детей старше 5 лет) – 1 ингаляция по 1 дозе (по 5мг/сутки) через каждые 2 часа в первые сутки; в последующие дни ингаляции проводят с интервалом 12 ч, обычно в одно и то же время. Продолжительность лечения - 5 дней. Не установлена эффективность терапии, если занамивир (релензу) начинают применять позднее чем через 2 дня после появления симптомов гриппа.

После ингаляции через рот от 4 до 17% занамивира подвергается системной абсорбции. Период полувыведения после ингаляции составляет 2,5 - 5,1 ч. Полностью экскретируется с мочой в неизмененном виде в течение 24 ч; метаболитов занамивира не выявлено. Проглоченный при проведении ингаляции занамивир выделяется с калом.

Побочные действия: очень редко - бронхоспазм, одышка, аллергические реакции (в т.ч. сыпь, крапивница, отек лица и слизистой оболочки ротоглотки). В случае развития бронхоспазма следует немедленно прекратить ингаляцию и обратиться к врачу. При наличии в анамнезе заболеваний дыхательных путей, сопровождавшихся бронхоспазмом, в течение всего периода лечения следует иметь при себе бронходилататоры (например, сальбутамол).

ПОКАЗАНИЯ К НАЗНАЧЕНИЮ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ

ТЕРАПИИ ПРИ ОРВИ

- Выраженная интоксикация при субфебрильной или фебрильной температуре интермиттирующего типа.
- Наличие рвоты и подозрения на менингит.
- Детям первых месяцев жизни, находящимся в стационаре, с отягощённым преморбидным фоном (родовая травма, глубокая недоношенность, гипотрофия и др.) при подозрении на наложение бактериальной инфекции (лихорадка с температурой более 39⁰ С, вялость, отказ от еды и питья, другие признаки интоксикации; «бактериальные» изменения в периферическом анализе крови – нейтрофильный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, значительное ускорение СОЭ).
- Детям раннего возраста с хроническими очагами инфекции (хр. пиелонефрит, отит и пр.).

Во всех остальных случаях антибиотикотерапия назначается только при присоединении бактериальной инфекции!

В случае установления микоплазменной (*M. pneumoniae*) и хламидийной (*Chl. pneumoniae*) этиологии ОРИ назначаются внутрь макролиды: кларитромицин, рокситромицин (рулид), азитромицин (сумамед).

ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ И СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ОРВИ

Строится на основе современных данных о патогенезе инфекционного заболевания. Чаще инфузионная интенсивная терапия показана больным при развитии осложнений ОРВИ, особенно при гриппе, и у маленьких детей.

- При признаках острой сердечной недостаточности типичным является применение сердечных гликозидов (чаще строфантин или коргликон), мочегонных средств (обычно лазикс) для разгрузки малого круга, применение кардиотрофных препаратов (кокарбоксилаза,

рибофлавин, аскорбиновая кислота, аспаркам, панангин, поляризирующая смесь). При первой стадии острой сердечной недостаточности, прежде всего, улучшают микроциркуляцию, назначают кардиотрофики: **10% раствор глюкозы в сочетании с инсулином** (1 ед. на 5 г сахара; или 2 ед. на 100 мл 10% глюкозы) и **калием хлоридом** 4% , **аспаркам, панангин, кокарбоксилаза.** Кокарбоксилазу (0,05 г в ампуле) вводят 1 раз в день в дозе 0,025-0,05 г внутривенно.

При второй стадии острой сердечной недостаточности лечение начинается с **кислородотерапии** (ингаляции в концентрации 30-40% через лицевую маску или носовой катетер), мочегонных средств: **лазикс** – по 2-3 мг/кг в/м или в/в и **верошпирон (альдактон)** 2,5 – 5,0 мг/кг внутрь в 2-3 приема под контролем диуреза; затем назначаются гликозиды: **строфантин** 0,05% раствор 0,007-0,01 мг/кг или 0,06% раствор **коргликона.**

При третьей стадии острой сердечной недостаточности лечение начинается с назначения сердечных гликозидов.

При правожелудочковой острой сердечной недостаточности показано также введение **эуфиллина** 2,4% раствора в/в капельно 2-3 мг/кг (0,1 мл на год жизни, но не более 10 мл).

- **При признаках сосудистой недостаточности** (коллапс) вводят 1% раствор **мезатона** (в ампулах по 1 мл) 0,1 мл/год жизни, но не более 1,0 мл или 0,1% раствор **адреналина** 0,01 -0,1 мг/кг (0,01 мл/кг, но не более 1,0 мл) п/к.
- **Противосудорожные средства.** По мнению большинства невропатологов, назначать длительную противосудорожную терапию после первого судорожного пароксизма не рекомендуется. Фебрильные судороги могут быть достаточно эффективно купированы при лечении основного заболевания (ОРВИ). При назначении противосудорожных средств препаратом выбора является **Седуксен (диазепам, реланиум,**

сибазон) 0,5% 0,2-0,5 мг/кг в/м: до года – 0,3-0,5 мл, 1-7 лет - 0,5-1 мл, 8-14 лет - 1-2 мл 1 раз в день.

- При появлении признаков **отека мозга** (судороги, стойкая гипертермия, потеря сознания) в/в или в/м вводят **гидрокортизон** по 5-10 мг/кг в сутки, **лазикс (фуроземид)** 1% раствор – по 0,5-1 мг/кг, **маннитол** (маннит) 10-15-20% раствор в/в – по 1- 1,5 г/кг в сутки.
- **Проведение нейровегетативной блокады** препаратами:
0,5% раствор **седуксена** в дозе 0,05 мл/кг (0,3 мг/кг) в/м;
2,5% раствор **пипольфена** в дозе 0,1-0,15 мл/год жизни в/м;
0,25% раствор **дроперидола** в дозе 0,05-0,1 мл/кг в/м.
- С целью **улучшения реологических свойств крови** вводят **трентал** – 0,25 мл/кг 2% раствора.
- **Коррекция ацидоза.**

Натрия гидрокарбонат вводят исходя из формулы:

$$\text{BE} \times \text{массу тела} \times 0,3 = \text{количество (мл) 4\% раствора соды.}$$

При отсутствии лабораторного контроля безусловными показателями к введению натрия гидрокарбоната являются лишь терминальные состояния, глубокая гипоксия, прекращение сердцебиений или приступ апноэ более 20 секунд, при которых можно вводить 1-2 мл/кг 4% раствора натрия гидрокарбоната в/в.

- При возникновении **обструктивного синдрома** назначают **беротек**, **беродуал** и другие бронхолитики (предпочтительно через небулайзер); **эуфиллин** (2,4% раствор из расчета 2-3 мг/кг или 1 мл на год жизни, но не более 10 мл на физиологическом растворе хлорида натрия в/в капельно медленно!).
- **В качестве инфузионной терапии** на фоне гиповолемии, шока в/в капельно вводят **реополиглюкин** (полиглюкин) 5-10 мл/кг, **альбумин** 5-10% раствор 5 мл/кг, **гидроксиэтилированный крахмал (ГЭК)**

(стабизол) 6 % раствор 10 мл/кг под контролем диуреза, КОС, уровня электролитов, ЭКГ.

При возникновении олигурии или анурии введение жидкости противопоказано до восстановления диуреза. Улучшению почечного кровотока способствуют растворы эуфиллина, препараты кальция, глюкозо-инсулиновая смесь.

- **Антигистаминные средства** назначаются только при признаках аллергии и отягощенном аллергологическом анамнезе (в данном случае ОРВИ может явиться триггером в развитии бронхиальной астмы, применение медикаментозной терапии может усилить кожные проявления аллергодерматозов и т.п.). Предпочтение отдается препаратам второго поколения: **лоратадин, цетиризин, эбастин, дезлоратадин** (5 мг при массе тела ребенка до 30 кг и 10 мг при массе тела ребенка более 30 кг 1 раз в сутки) и препарату третьего поколения – **фексофенадин** 30 или 120 мг 1 раз в сутки. Препарат первого поколения (фенистил, супрастин и пр.) может быть назначен только в случае целесообразности применения его побочного действия, такого как развитие сонливости, седативного эффекта и «подсушивания» слизистых оболочек. Как правило, это касается детей грудного и раннего возраста, в случае развития у них выраженного беспокойства, нарушения сна, обильных катаральных явлений. Препарат выбора – **фенистил**: до 1 года – 3-10 капель на прием 3 раза в день, с 1 года до 3-х лет – 10-15 капель.
- **Купирование гипертермического синдрома.** При развитии лихорадки у ребенка следует соблюдать принципы базисной терапии при ОРВИ (указаны выше), применить физические методы охлаждения, жаропонижающие и (по показаниям) спазмолитические средства.

Средства физического охлаждения: необходимо раскрыть ребенка, снять с него одежду на 15-30 минут при температуре в помещении не ниже 20⁰С, направить на него струю воздуха от вентилятора, поместить пузыри

со льдом в проекции крупных сосудов, обернуть ребенка влажной пленкой (вода не ниже 25⁰С) на 30 минут, обтереть всю поверхность тела 50% раствором спирта или разведенным в два раза раствором столового уксуса.

Жаропонижающие средства назначают по общепринятым в педиатрии показаниям, базисный препарат – парацетамол и ибупрофен (бруфен, ибуфен). Доза – 10 мг/кг внутрь или 15-20 мг/кг ректально не более 4-х раз в сутки.

Парацетамол - анальгетик-антипиретик. Обладает анальгезирующим, жаропонижающим и слабым противовоспалительным действием. Механизм действия связан с ингибированием синтеза простагландинов, преимущественным влиянием на центр терморегуляции в гипоталамусе. Препарат полностью метаболизируется в печени и не образует токсических метаболитов при оптимальной дозировке.

Парацетамол входит в состав многих препаратов, имеющих в аптечной сети России. Вот перечень некоторых из них:

- Антифлу кидс (порошок для приготовления раствора для приема внутрь). В 1 пакетике 160 мг парацетамола, 50 мг аскорбиновой кислоты, 1 мг хлорфенамина малеата.
- Детский Панадол (суспензия). В 5 мл суспензии – 120 мг парацетамола.
- Калпол (суспензия). В 5 мл суспензии – 120 мг парацетамола.
- Парацетамол-акос (сироп 2,4%). В 5 мл сиропа – 120 мг парацетамола.
- Цефекон-Д, Эффералган (ректальные суппозитории). В 1 свече – 50 мг парацетамола, 100 мг или 250 мг и другие.

К сведению, большинство указанных препаратов содержат ароматизаторы (клубничный, апельсиновый и пр.), лимонную кислоту (Панадол, Антифлу, Парацетамол-акос), сорбитол (Панадол, Калпол,

Парацетамол-акокс), красители (Антифлу), кукурузный крахмал (Антифлу), сахарный сироп (Калпол, Панадол, Парацетамол-акокс).

Указанные препараты обладают рядом побочных эффектов и противопоказаний. *Со стороны пищеварительной системы:* возможны тошнота, боли в животе; редко при длительном применении - нарушения функции печени. *Аллергические реакции:* возможны кожная сыпь, крапивница, ангионевротический отек. *Со стороны мочевыделительной системы:* редко при длительном применении - нарушения функции почек. *Со стороны системы кроветворения:* редко при длительном применении - анемия, агранулоцитоз, тромбоцитопения.

Противопоказания к применению препаратов парацетамола: тяжелые нарушения функции печени; тяжелые нарушения функции почек; заболевания крови; дефицит фермента глюкозо-6-фосфатдегидрогеназы; сахарный диабет; повышенная чувствительность к парацетамолу и другим компонентам препарата. С осторожностью применяют у детей с заболеваниями печени, почек, при синдроме Жильбера.

Ибупрофен – нестероидное противовоспалительное средство, производное фенилпропионовой кислоты. Оказывает противовоспалительное, анальгезирующее и жаропонижающее действие. Механизм действия связан с угнетением активности циклооксигеназы - основного фермента метаболизма арахидоновой кислоты, являющейся предшественником простагландинов, которые играют главную роль в патогенезе воспаления, боли и лихорадки. Анальгезирующее действие обусловлено как периферическим (опосредованно, через подавление синтеза простагландинов), так и центральным механизмом (обусловленным ингибированием синтеза простагландинов в центральной и периферической нервной системе). Подавляет агрегацию тромбоцитов. В отличие от парацетамола жаропонижающий эффект развивается медленнее, но его эффективность высокая.

Побочные действия – аналогичны действию парацетамола, но, кроме того, возможны эрозивно-язвенные поражения ЖКТ, редко - кровотечения из ЖКТ.

Противопоказан при эрозивно-язвенных поражениях ЖКТ в фазе обострения, заболеваниях зрительного нерва, «аспириновой триаде», нарушениях кроветворения, выраженных нарушениях функции почек и/или печени; при повышенной чувствительности к ибупрофену.

Ниже представлен не полный перечень препаратов для детей, в состав которых входит ибупрофен.

- Ибуфен (суспензия). В 5 мл суспензии содержится 100 мг ибупрофена.
- Нурофен для детей (суспензия). В 5 мл суспензии содержится 100 мг ибупрофена.

Аналогично препаратам с парацетамолом большинство указанных средств содержат в своем составе ароматизаторы, красители, сахарозу, лимонную кислоту и прочие добавки, что обязательно надо учитывать при назначении препаратов детям с сопутствующей патологией (например, атопическими дерматитами, сахарным диабетом, непереносимостью фруктозы и т.д.).

- При необходимости в качестве неотложной помощи бригадой СМП или в стационаре детям вводится литическая смесь в/м: **анальгин** 50% из расчета разовой дозы 0,1 мл на год жизни (5-10 мг/кг) + **димедрол** 1% от 0,5 до 1,5 мл + **папаверин** 2% (**но-шпа** 2%) из расчета 0,05 мл/кг, но не более 2 мл. Данная пропись является хоть и эффективной, но устаревшей, так как из-за своих токсических свойств (прежде всего связанных с поражением печени) аналгин практически не применяется в развитых странах. Постановлением Президиума Фармакологического государственного комитета РФ от 26 октября 2000 года препараты, содержащие метамезол (анальгин) отпускаются

детям только по рецепту и применяются на срок не более трех дней. Кроме того, при «белой» гипертермии применение но-шпы и папаверина, по мнению ряда исследователей, не эффективно. Улучшить микроциркуляцию в большей степени помогают **эуфиллин** в дозе 2-3 мг/кг, **никотиновая кислота** – 0,02 – 0,05 мг/кг, **копламин** 5-10 мг/кг, **трентал** 2-5 мг/кг в сутки и др. Некоторые исследователи предлагают такой вариант литической смеси: **аминазин** 2,5% 0,5-1,0 мл + **пипольфен** 2,5% до 1 года 0,1-0,2 мл, старше 1 года - 0,2 мл/год жизни.

- **Средства борьбы с кашлем:** отхаркивающие средства, муколитики, редко – противокашлевые препараты и пр. (подробное описание дано ниже).
- **Обезболивающие средства** (на основе нестероидных противовоспалительных препаратов и парацетамола) – при сильных головных, мышечных, суставных, костных болях.

ЛЕЧЕНИЕ РИНИТА

1. Применение сосудосуживающих капель не более 3-5 дней, так как развивается тахифилаксия. Кроме того, длительное применение данных препаратов приводит к ослаблению их действия, развитию атрофии слизистой оболочки носа и реактивной гиперемии с медикаментозным ринитом.

Концентрация раствора колеблется от 0,01%, 0,025%, 0,05% до 0,1% - подбор концентрации, дозы и формы введения определяется возрастом. Обычное назначение - по 1-2 капли 2-3 раза в день.

Ксилометазолина гидрохлорид - α -адреномиметик из группы производных имидазолина. В низких концентрациях действует на α_2 -адренорецепторы, в высоких концентрациях оказывает действие на α_1 -адренорецепторы. При местном применении вызывает сужение кровеносных сосудов, что приводит к

уменьшению отека и гиперемии слизистых оболочек носоглотки и уменьшению количества отделяемого.

Данный препарат может вызывать *местные побочные реакции* (иногда - жжение, сухость слизистой оболочки носа, чиханье; редко - реактивная гиперемия) и *общие* (тахикардия, повышение АД; очень редко - беспокойство, бессонница, усталость, головная боль, тошнота).

Ксилометазолина гидрохлорид *противопоказан* при повышенном внутриглазном давлении; закрытоугольной глаукоме; атрофическом рините; артериальной гипертензии; тахикардии; гипертиреозе; сахарном диабете; повышенной чувствительности к препарату.

При случайном проглатывании препарата (чаще у детей) отмечается мидриаз, тошнота, рвота, цианоз, лихорадка, спазмы, тахикардия, сердечная аритмия, коллапс, остановка сердца, гипертензия, отек легких, нарушения дыхания, психические нарушения, подавление функции ЦНС, сопровождающееся сонливостью, снижением температуры тела, брадикардией, гипотензией, апноэ, комой. Лечение симптоматическое.

Из препаратов, содержащих ксилометазолина гидрохлорид, можно отметить «**Ксилен**», «**Ксимелин**» капли и спрей, «**Галазолин**», «**Тизин ксило спрей**», «**Тизин**», «**Длянос**» капли и «**Длянос**» спрей, «**Ринонорм**» спрей для детей и для взрослых, «**Отривин**» капли и спрей назальный, «**Ринорус**» и др.

В других каплях, обладающих сосудосуживающим действием могут быть другие активные компоненты, что следует учитывать при подборе или замене препарата.

Например, **Нафазолина нитрат** – α_2 -адреномиметик, который входит в состав препарата «**Санорин**», «**Нафтизин**». Санорин может выпускаться в форме эмульсии (белого цвета) 0,1%, которая оказывает более продолжительный сосудосуживающий эффект, по сравнению с водным раствором.

Оксиметазолина гидрохлорид — α_2 -адреномиметик, который входит в состав препарата «Називин», «Назол», «Назол адванс», «Несопин» спрей детям от 6 лет, «Саноринчик». В отличие от предыдущих препаратов продолжительность его действия до 12 часов, кратность применения 2-3 раза в сутки. В терапевтических дозах не вызывает выраженного раздражения слизистой оболочки носа. «Назол» 0,05% имеет форму спрея, которая показана детям с 6-летнего возраста, спрей более равномерно и полноценно распределяется по слизистой оболочке полости носа, удобен в применении. «Назол адванс» дополнительно в своем составе имеет ментол, эвкалипitol, камфору, которые оказывают местное противоотечное, противовоспалительное и антисептическое действие, разжижают густую слизь и улучшают ее отток из околоносовых пазух, а также способствуют увеличению длительности действия препарата.

Фенилэфрина гидрохлорид — α -адреномиметик, входит в состав спрея для детей «Назол кидс» 0,25%, капель 0,125% «Назол бэби» и др.

Выбор каплей в нос в аптечной сети ежегодно расширяется.

2. Капли, спреи, крема с лечебным эффектом. Такие капли, крема, мази, спреи следует применять через 10-15 минут после использования сосудосуживающих капель (если такой компонент не входит в состав препарата).

Пиносол: в составе данного препарата масло сосны обыкновенной, мяты перечной, эвкалипта, а также тимол, гвайязулен, α -токоферола ацетат. Препарат оказывает противовоспалительное, антимикробное действие, усиливает грануляцию. Пиносол облегчает носовое дыхание за счет снижения секреции и повышения проходимости носовых ходов. Но он противопоказан при аллергическом рините и детям до 2-х лет. Закапывают по 1-2 капле 3-4 раза в сутки или используют ватный тампон.

Крем назальный «Пиносол» и **мазь «Пиносол»** (масло сосны обыкновенной, эвкалипта, а также тимол, ментол, α -токоферола ацетат).

Взрослым и детям старше 2 лет столбик крема длиной приблизительно 0,5 см наносят в каждую ноздрю на поверхность слизистой оболочки передних отделов носовой полости. Для введения можно использовать ватный тампон. Затем умеренным надавливанием на крылья носа растирают крем по слизистой оболочке. Процедуру повторяют 3-4 раза/сутки. Длительность лечения составляет 5-7 дней.

Полидекса с фенилэфрином: спрей назальный с антибактериальным, противовоспалительным и сосудосуживающим действием (за счет фенилэфрина), содержит в составе также неомицина сульфат, полимиксина В сульфат, дексаметазон натрия. При сочетании указанных антибиотиков расширяется спектр антибактериального действия на большинство грамположительных и грамотрицательных микроорганизмов, вызывающих инфекционно-воспалительные заболевания носовой полости и придаточных пазух. Детям от 2,5 до 15 лет назначают 1 впрыскивание 3 раза в день до 5-10 дней. Подросткам старше 15 лет – до 5 раз в сутки. *Противопоказан* для больных с почечной недостаточностью *Побочные эффекты* – редко – аллергические реакции.

Виброцил: капли (для детей от 1 года), спрей и гель для носа (для детей старше 6 лет) с сосудосуживающим эффектом (за счет фенилэфрина) и противоаллергическим эффектом (за счет диментиндена – блокатора гистаминовых H₁-рецепторов).

Санорин-аналергин – это назальные и одновременно глазные капли, обладающие сосудосуживающим эффектом (за счет нафазолина нитрата), противоаллергическим и противоотечным действием (за счет антазолина мезилата – блокатора гистаминовых H₁-рецепторов). Показан детям с 2-х летнего возраста.

Ринофлуимуцил - назальный спрей, содержащий ацетилцистеин и туаминогептана сульфат, обладающий муколитическим и противоотечным действием. Ацетилцистеин оказывает разжижающее действие на слизистые и

слизисто-гнойные выделения путем разрыва дисульфидных связей гликопротеидов слизи, оказывает также противовоспалительное действие и обладает свойствами антиоксиданта. Туаминогептана сульфат – симпатомиметический амин – при местном применении оказывает сосудосуживающее действие. С осторожностью назначается детям до 2-х лет, при бронхиальной астме, артериальной гипертензии. Детям назначается 1 доза аэрозоля 3-4 раза в день. Курс лечения не более 7 дней.

Сульфацил натрия 20% (альбуцид) – применяют преимущественно при лечении конъюнктивитов и блефаритов, но, учитывая, что этот препарат относится к сульфаниламидам, его применение возможно в виде назальных капель, так как он эффективен при бактериальных инфекциях, нередко осложняющих течение ринита при ОРВИ.

Протаргол (Колларгол) – препараты на основе серебра. Применяют как вяжущее, антисептическое и противовоспалительное средство по 1-2 капли 3 раза в день.

Диоксидин 0,5 -1% раствор в ампулах – является антибактериальным препаратом широкого спектра действия. Назначают по 1-2 капли 3 раза в день.

Изофра – антибактериальный препарат для местного применения в ЛОР практике. Содержит фрамицетина сульфат, который действует бактерицидно в отношении грамположительных и грамотрицательных бактерий. Детям назначается по 1 дозе 3 раз в день в течение 7 дней. Из побочных эффектов возможны аллергические реакции.

Правила введения капель в нос.

- Перед тем, как вводить капли в нос, следует очистить его от слизи и корочек, с помощью солевых растворов, сморкания (у старших детей), отсасывания слизи детям до 3-х лет с помощью специального аспиратора для носа.

- При ринитах капли в нос вводят поочередно в каждую ноздрю, в положении ребенка сидя, голова немного запрокинута назад и наклонена в сторону; при аденоидитах - в положении лежа на спине с запрокинутой головой.
- Спреи вводят без наклона головы.

3. **Промывание носа.** Эффективнее всего проводить в условиях ЛОР-отделения. В домашних условиях можно использовать физиологический раствор в нос (или на 1 стакан воды добавить ¼ ч.л. соли) для промывания носовых ходов особенно при затяжном рините.

Аква марис – капли назальные для детей и спрей назальный. Это препарат, который способствует разжижению слизи и нормализации ее выработки в бокаловидных клетках слизистой оболочки. В его составе – морская вода стерилизованная и приведенная к изотоническому состоянию, что способствует поддержанию нормального физиологического состояния слизистой носа.

Для лечения Аква Марис капли назальные для детей могут назначаться детям с 1-го дня жизни по 2 капли в каждый носовой ход 4 раза в сутки. Аква Марис спрей назальный дозированный назначают детям в возрасте с 1 года до 7 лет по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 4 раза в сутки; детям в возрасте от 7 до 16 лет - по 2 впрыскивания в каждый носовой ход 4-6 раз в сутки, от 18 лет - по 2-3 впрыскивания в каждый носовой ход 4-8 раз в сутки. Продолжительность курса терапии может составлять 2-4 недели. На препарат возможны аллергические реакции.

Аналогичные препараты: **Маример**, **Долфин**, **Салин** и другие.

Правила промывания носа.

- Проводиться специальным устройством или резиновой грушей.
- Ребенок наклоняет голову вперед (но не в сторону!). Емкость с раствором подводится к носовому ходу, производится нажатие на баллон и ребенок высмаркивается. Затем процедура повторяется с другой стороны.

4. Применение фитотерапии при лечении ринита и риносинусита.

Возможно применение для лечения ринита и риносинусита перорального препарата Синупрет, который выпускается в форме капель (для детей от грудного возраста) и драже (для детей старше 6 лет).

Синупрет - комбинированный препарат, оказывает отхаркивающее (секретолитическое и муколитическое) и противовоспалительное действие. Уменьшает отек слизистой оболочки полости носа, способствует оттоку экссудата из придаточных пазух носа. Повышает устойчивость слизистых оболочек дыхательных путей к эндо- и экзогенным патогенным факторам. Обладает противовирусным эффектом.

В состав данного препарата входят такие растения как горечавка (корень), первоцвет (цветки), щавель (трава), бузина (цветки), вербена (трава).

Используют его при лечении острых и хронических синуситов и трахеобронхитов и как вспомогательное лекарственное средство при специфическом лечении инфекционных заболеваний дыхательных путей.

Противопоказан при повышенной чувствительности к компонентам препарата и при непереносимости лактозы.

Учитывая, что в состав препарата входит пять растений возможно развитие аллергических реакций и диспепсических расстройств.

Способ применения и дозы: внутри грудным детям - по 10 капель 3 раза в сутки; детям от 1 года до 5 лет - 15 капель 3 раза в сутки; детям школьного возраста - 25 капель или 1 драже 3 раза в сутки. Капли применяют обычно в неразведенном виде, детям можно добавлять в сок или чай. Драже принимают, не раскусывая, с небольшим количеством жидкости. Курс лечения составляет 7-14 дней.

5. Народные средства лечения насморка. Следует помнить, что народные средства нельзя применять необдуманно, бесконтрольно, без консультации с врачом. Рекомендуется в пищу лимон, крыжовник, чеснок с мёдом, апельсиновый, клюквенный, гранатовый сок, травяные чаи. Полезно

дышать паром свежесваренного картофеля, вдыхать носом свеженатёртый лук, можно на ночь насыпать горчицу в носки.

- Закапывать в нос **сок алоэ** по 5 капель через 3-4-часа; отвар **зелёных шишек ели** (40 г. – 200 мл, кипятить 30 минут) по 4-5 капель 3 раза в день; **сок свеклы** в разведении водой (1:1) по 3 капли 3 раза в день; детям от 3-х лет, а также взрослым размять 1 дольку **чеснока**, залить 2 ст. л. теплой кипячёной воды. Настоять 40 минут в плотно закрытой баночке, затем процедить и закапывать в нос. **Гречишный мед** растворить в 2 ст.л. теплой кипяченой воды. Закапывать смесь при насморке по 4-5 капель в каждую ноздрю 3-4 раза в день. 50-100 г **веточек багульника** измельчите, заварите и залейте таким же количеством растительного масла. Настаивайте 20 дней, периодически встряхивая. Процедите и поставьте храниться в темное место. Когда заболите – закапывайте в каждую ноздрю по 3-5 капель. Повторяйте 3-4 раза в сутки. Это отличное средство и от насморка, от инфекции и от головной боли.

Промывать нос: настоем **листьев винограда** (10 г – 200 мл кипятка, настоять 15 минут); настоем **манжетки** (3 ст. л. настоять 4 часа в 400 мл кипятка); **мяты перечной** (2 ст.л. – 200 мл кипятка, настоять 20 минут); отваром **хвоща** (2 ст. л. – 200 мл кипятка, кипятить 15 минут); заваренным **зелёным чаем**.

Использовать *в виде тампонов*: свежемельчённые листья **вишни**; отвар **коры калины** (50 г на 1 л., кипятить 30 минут); растёртые в порошок плоды **липы** (при кровотечении); **мёд** в разведении водой 1:2, намотать на спичку ватку, намочить её этим составом и поместить в нос на 20 минут, сначала в одну ноздрю, затем в другую. 50 мл **растительного масла** прокипятить на водяной бане в течение 30-40 минут, после чего добавить заранее измельченные **лук** (пол-луковицы) и **чеснок** (4 зубчика). Настаивать 1,5 – 2 часа, затем процедить. Смазывать слизистую оболочку полости носа при насморке 2 раза в день.

ЛЕЧЕНИЕ ОТИТА

При постановке диагноза отит лечение назначает ЛОР-врач. Однако для облегчения боли ребёнку можно закапать в ухо раствор борного спирта, фурацилинового спирта (тёплый), ушные капли «Отипакс» по 1-2 капли и др. и наложить полуспиртовой компресс. Народная медицина советует в ухо вложить листок герани, предварительно вымытый и просушенный; через 10-15 минут боль утихнет.

Правила введения капель в уши.

- Перед введением капель их нужно подогреть до $36,6^{\circ}\text{C}$, холодные капли раздражают внутреннее ухо и могут вызвать головокружение.
- При наличии гноя - слуховой проход очищают ватным тампоном.
- Ребенка укладывают на спину, поворачивают голову на бок, больным ухом вверх. У ребенка до 3-х летнего возраста надо оттянуть ушную раковину немного книзу, у старших детей – вверх и назад (для того чтобы выпрямить канал наружного слухового прохода).
- Если известно, что произошла перфорация барабанной перепонки в результате отита, то следует нажать пальцем на козелок, чтобы лекарство проникло в полость среднего уха.
- После закапывания капель надо полежать 5-10 минут, а не вставать с закрытым ватой ухом.

Техника наложения компресса на уши.

- Взять 6-8 слоев марли. Разрезать в виде «штанишек», смочить теплым раствором. Надеть вокруг ушной раковины. Сверху положить разрезанный аналогично полиэтилен, затем – слой ваты. Зафиксировать повязкой.

ЛЕЧЕНИЕ ФАРИНГИТА

Главным условием является увлажнение слизистой оболочки глотки. Поэтому широко применяются увлажняющие препараты и обволакивающие средства. Увлажняющие препараты - аэрозоли и паровые ингаляции, которые уменьшают раздражение слизистой и снижают вязкость бронхиального секрета. Ингаляции с дистиллированной водой, минеральной водой, с добавлением хлорида натрия, гидрокарбоната натрия, с эвкалиптом, с эвкалиптом бальзамом, с бронхикумом ингалятом и пр. Ингаляции лучше всего проводить через ультразвуковой ингалятор, небулайзер, можно через паровой ингалятор. Наряду с этим может быть использовано обильное питьё (включая лечебные чаи и сборы, в которых сочетается эфферентный и афферентный механизмы действия). Полоскание рта и глотки теплым раствором пищевой соды (1 ч.л. на 1 ст. воды), поваренной соли, калия перманганата, отваром ромашки, шалфея, настойкой эвкалипта и пр.

Обволакивающие средства - Действие их основано на создании защитного слоя для слизистой оболочки носо- и ротоглотки. Обычно они представляют собой таблетки для рассасывания во рту или сиропы и чаи, содержащие растительные экстракты (эвкалипта, акации, дикой вишни, лакрицы и др.), глицерин, мёд и другие компоненты.

Анти-ангин – препарат с бактерицидным и местно-анестезирующим действием (хлоргексидин, тетракаин, витамин С и другие вспомогательные вещества). Для детей старше 3-х лет – по 1 таблетке 2 раза в день, детям старше 6 лет - по 1 таблетке 3 раза в день. Таблетку следует держать во рту до полного рассасывания.

Экстракт шалфея с витамином С - антисептическое, местное противовоспалительное и отхаркивающее средство. Рассасывать по 1 таблетке каждые 3 часа.

Фарингопилс - антисептическое, местное противовоспалительное средство (со вкусом апельсина или лимона). Рассасывать по 1 леденцу каждые 3 часа.

Бронхикум-пастилки от кашля: экстракт тимьяна обыкновенного. При сухом поражении слизистых оболочек верхних дыхательных путей, сухом кашле, мучительных позывах к кашлю, осиплости голоса. Рассасывать по 1-2 пастилки несколько раз в день детям старшего возраста.

ДокторМом – пастилки от кашля. Фарингосепт, септолете и др.

Широко применяются аэрозоли, с противовоспалительным, местно-анестезирующим действием, антибактериальным и антигрибковым. *Гексорал, Каметон, Ингалипт, Тантум верде, Пропосол* и пр.

Народные средства: полоскание зева свекольным соком в разведении с водой 1:2.

КАШЕЛЬ У ДЕТЕЙ

Кашель – это рефлекс, направленный на восстановление проходимости дыхательных путей. Бездумное применение принятых во взрослой практике препаратов, особенно комбинированных противокашлевых, может привести к ухудшению состояния ребёнка!!!

Причины кашля у детей:

1. Инфекционно-воспалительный процесс в верхних и нижних дыхательных путях.
2. Бронхоспазм (при бронхиальной астме, обструктивном бронхите).
3. Обструкция дыхательных путей (вязкий секрет, инородное тело, жидкости, экзо– и эндогенные образования и пр.).
4. Отёк легочной паренхимы различного генеза.
5. Некоторые другие факторы (раздражение плевры, психогенный кашель, тимомегалия, увеличение щитовидной железы и пр.).

Причины нарушения мукоцилиарного клиренса в детском возрасте:

1. Гиперплазия слизистой бронхов под влиянием воспаления различного генеза.

2. Отёк слизистой бронхиального дерева.
3. Повышение секреции слизи.
4. Увеличение вязкости секрета.
5. Снижение образования сурфактанта.
6. Бронхоспазм.
7. Дискинезия бронхов, т.е. уменьшение их калибра на выдохе более чем на 25% по сравнению с калибром на вдохе.

Лечение кашля показано только в тех случаях, когда кашель нарушает самочувствие и состояние больного! При этом всегда следует начинать с устранения его причины!

Применение противокашлевых препаратов

1. Противокашлевые препараты центрального действия – призваны подавить функцию кашлевого центра продолговатого мозга или связанных с ним других нервных центров мозга.

А) препараты с наркотическим эффектом – кодеин, дионин, морфин, декстрометорфан.

Применяются в педиатрии крайне редко! Только в условиях стационара и по особым показаниям: в основном при онкологических заболеваниях дыхательного тракта.

Б) препараты ненаркотического действия – в сочетании с обезболивающим, успокаивающим, слабым спазмолитическим эффектом. Это Либексин, синекод, тусупрекс и другие.

Либексин – в таблетках по 0,1 г. Детям с 3-х лет – от ¼ до 1 таблетки 3 раза в день.

Тусупрекс – в таблетках по 10 или 20 мг. Детям с 1 года от 5 до 10 мг 3 раза в день.

Синекод – в виде капель и сиропа. Капли детям от 2 месяцев до 1 года назначают по 10 кап. 4 раза в день per os, от 1 года до 3-х лет – по 15 капель 4 раза в день; от 3-х лет и старше – по 25 капель 4 раза в сутки.

Сироп показан детям от 3-х до 6 лет в дозе 5 мл 3 раза в сутки; от 6 до 12 лет – 10 мл 3 раза в сутки; от 12 лет и старше – по 15 мл 3 раза в сутки. По возможности капли и сироп следует принимать перед едой.

Бронхолитин – комбинированный препарат, включающий глауцина гидрохлорид, эфедрин, эфирное масло шалфея, лимонную кислоту. Следует учитывать, что входящий в него эфедрин «подсушивает» слизистую бронхов, повышает вязкость бронхиального секрета, замедляет мукоцилиарный транспорт. Назначается детям старше 3-х лет – по 1 ч.л. 3 раза в день; для детей старше 10 лет – по 2 ч.л. 3 раза в день.

Коделак – комбинированный препарат, содержащий корень солодки, кодеин, термопсис, натрия гидрокарбонат. Применяется у детей старше 2-х лет по 1 таблетке 1-2 раза в день.

Коделак фито – содержит вместо натрия гидрокарбоната экстракт чабреца. Выпускается в форме сиропа. Назначается детям старше 2 лет от 5 до 15-20 мл сиропа.

Коделак бронхо – содержит муколитик амброксол, выпускается в таблетках, режим дозирования аналогичен коделаку.

Медицинскими показаниями к их назначению является настоятельная необходимость в подавлении кашля. Если кашель очень интенсивный, мучительный, сопровождается рвотой, беспокойством или болевым синдромом, нарушающим сон и самочувствие ребёнка; или когда возникает высокая степень развития риска аспирации (например, у детей с тяжёлой патологией ЦНС).

2. Увлажняющие препараты - это противокашлевые средства периферического действия. Для этого используются аэрозоли и паровые ингаляции, которые уменьшают раздражение слизистой и снижают вязкость бронхиального секрета. Ингаляции с дистиллированной водой, минеральной водой, с добавлением хлорида натрия, гидрокарбоната натрия, с эвкалиптом, с эвкалиптом бальзамом, с бронхикумом ингалятом и пр. Наряду с этим может

быть использовано обильное питьё (включая лечебные чаи и сборы, в которых сочетается эфферентный и афферентный механизмы действия), а в тяжёлых случаях (в условиях стационара) – внутривенные инфузии жидкостей.

Противопоказания: сухой плеврит, инородные тела дыхательных путей, аспирация жидкостей, отёк лёгких.

3. Обволакивающие средства - относятся к периферическим противокашлевым средствам афферентного действия. Эти препараты в основном применяются при кашле, возникающем вследствие раздражения слизистой верхних надгортанных отделов респираторного тракта. Действие их основано на создании защитного слоя для слизистой оболочки носо- и ротоглотки (описание смотри в разделе «Лечение фарингитов»).

4. Местно-анестезирующие средства – противокашлевые средства афферентного (периферического) действия. Используются только в условиях стационара, по показаниям, в частности для афферентного торможения кашлевого рефлекса при проведении бронхоскопии.

Бензокаин, циклаин, тетракаин.

5. Отхаркивающие средства – препараты эфферентного действия. Механизм действия этих средств основан на удалении бронхиального секрета из дыхательных путей за счёт снижения его вязкости при увеличении (!) объёма.

А) прямого (резорбтивного) действия – усиление секреции слизи за счёт рефлекторного раздражения желез слизистой бронхов; они отчасти активируют моторную функцию бронхиол и реснитчатого эпителия слизистой бронхов. *Натрия йодид, калия йодид, йодированный глицерол, аммония хлорид, анисовое масло и др.* Применение йодидов должно быть ограничено в педиатрической практике, так как их отхаркивающий эффект наблюдается лишь при назначении в дозах близких к непереносимым, что всегда опасно в детской практике. Кроме того, они имеют неприятный вкус и вызывают значительное увеличение объёма мокроты.

Нашатырно-анисовые капли – содержат масло анисовое, раствор аммиака и спирт. Назначают столько капель, сколько лет ребёнку 3-5 раз в день.

Грудной эликсир - состав тот же с добавлением экстракта солодкового корня. Назначают столько капель, сколько лет ребёнку 3-5 раз в день.

Б) рефлекторного действия – при приёме внутрь раздражают слизистую оболочку желудка и рефлекторно стимулируют секрецию желез, особенно бронхиальных, что ведёт к некоторому разжижению мокроты.

Большинство препаратов имеют растительное происхождение: корни ипекакуаны, экстракты алтея, аниса, девясила, багульника, душицы, мать-и-мачехи, подорожника, росянки, солодки, сосновых почек, фиалки, синюхи, чабреца, тимьяна, термопсиса и др. Однако препараты ипекуаны способствуют значительному увеличению объёма бронхиального секрета, усиливают рвотный рефлекс; трава термопсиса также усиливает рвотный и кашлевой рефлекс. Поэтому у детей первых месяцев жизни, у детей с поражением ЦНС их не следует использовать: они могут стать причиной аспирации, асфиксии, образования ателектазов или усилить рвоту, связанную с кашлем. Анис, солодка и душица обладают слабительным эффектом и не рекомендуются при наличии у ребёнка диареи.

Использование отхаркивающих средств наиболее эффективно при острых воспалительных процессах в дыхательных путях, когда ещё нет выраженных структурных изменений в бокаловидных клетках и мерцательном эпителии. Весьма эффективно их сочетание с секретолитиками и мукорегуляторами. Их следует с осторожностью применять у больных с аллергической гиперчувствительностью к пыльце растений.

Мукалтин – содержит алтей, натрия гидрокарбонат, винную кислоту; по ½-2 таблетки на приём 3-4 раза в день, растворяя в воде.

Корень солодки – в виде настоя, сиропа (по 0,5 ч.л. – 2 ст. л. сиропа на 1 стакан воды). Препаратам с солодкой присуще противовоспалительное,

спазмолитическое, иммуномодулирующее и стимулирующее функцию коры надпочечников действие.

Геделикс – жидкий экстракт листьев плюща. Принимают от 10 до 30 капель 3 раза в день; или от ½ ч.л. до 1 ст. л. сиропа 3 раза в день.

Стоптуссин-фито – сироп содержит экстракт тимьяна, чабреца, подорожника; от 2,5 до 15 мл 3 раза в день.

Пертуссин – содержит экстракт чабреца, калия бромид, сахарный сироп, этиловый спирт. От ½ ч.л. до 1 десертной ложки 3 раза в день.

Грудные сборы: №1 – включает алтей, душицу, мать-и-мачеху; №2 – подорожник, мать-и-мачеху, солодку; №3 – шалфей, анис, почки сосны, алтей, солодку, фенхель.

Бронхикум – капли для приёма внутрь – тимьян, мыльнянка, квебрахо, эфирные масла. Детям от 3 до 6 лет – по 15 капель 3-5 раз в день, от 6 до 14 лет – по 20 капель 3-5 раз в день на кусочке сахара или с тёплым чаем. Применяется при трудно отделяемой мокроте, с першением в горле, болями в грудной клетке.

Бронхикум – сироп от кашля – мёд, тимьян, шиповник, первоцвет, пимпинелла, гринделия. Особенно хорошо применять у детей с ослабленным иммунитетом. Грудным детям (старше 3-х месяцев)– по ½ ч.л. 2-3 раза в день; детям младшего возраста – по 1 ч.л. 3 раза в день; детям старшего возраста – по 2 ч.л. 3 раза в день. При назначении учитывать содержание мёда в препарате.

Бронхикум – чай - медуница, писцидэ, ива, анис, фенхель, плющ, клопогон, солодка, хлористый аммоний, сапонин, масло фенхеля и аниса. Применяется при острых простудных заболеваниях, сопровождающихся ринитом, ларингитом и трахеобронхитом с непродуктивным кашлем. 1 ч.л. чая на 1 стакан горячей воды. Принимать по ¼ - 1 чашке 3 раза в день в зависимости от возраста.

Бронхикум - эликсир – гинделия, полевой цвет, квебрахо, первоцвет, тимьян; эфирные масла: эвкалиптовое и ментоловое. По ½-1 ч.л. 2-3 раза в день детям старше 3-х лет.

Эвкабал – сироп от кашля – экстракты тимьяна, подорожника.

Эвкабал – капли и многие другие препараты.

К отрицательным качествам отхаркивающих средств относится необходимость их частого приёма (каждые 3-4 часа)!

Важно помнить, что при недостаточном питье отхаркивающие средства могут быть неэффективны! При использовании большинства отхаркивающих средств лечебный эффект обычно наступает не сразу, а на 2-4-й день лечения. Комбинация отхаркивающих средств с седативными и противокашлевыми препаратами у детей часто нерациональна! *Иногда при назначении отхаркивающих препаратов происходит непредсказуемо резкое снижение вязкости и значительное увеличение количества отделяемой мокроты, что приводит к ухудшению бронхиальной проходимости. Клинически это проявляется усилением кашля, ухудшением общего состояния ребёнка. В этих случаях необходима отмена или снижение дозы отхаркивающих средств.

б. Муколитики – препараты с эфферентным периферическим действием.

А) Прямого действия: тиолитики и протеолитические ферменты.

Б) Непрямого действия: секретолитики и мукорегуляторы.

Тиолики – это производные цистеина: ацетилцистеин, карбоцистеин, N-ацетилцистеин. Механизм действия препаратов основан на разрыве дисульфидных связей белков мокроты. В то же время, действие их не зависит от первоначального состояния секрета, т.е. они могут сделать секрет излишне жидким → возникает опасность бронхорреи. Таким образом муколитики могут быть применены только при значительно повышенных показателях вязкости и эластичности мокроты и противопоказаны при снижении этих параметров.

АЦЦ – также повышает синтез секрета мукозных клеток, что способствует лизису фибрина. Кроме того, в иммунокомпетентных клетках под

воздействием длительного приёма АЦЦ наблюдается усиление процессов созревания Т-лимфоцитов и повышение антиоксидантной активности. Следует начинать лечение с небольших доз. Не забывать о возможности АЦЦ вызывать бронхоспазм.

Выпускается в форме гранулята, таблеток шипучих и раствора для инъекций. 1 пакетик АЦЦ содержит 100 мг ацетилцистеина (или 200 мг). Детям в возрасте от 2 до 5 лет рекомендуется по 1 пакетик АЦЦ-100 2 раза в день. От 6 до 14 лет – по 1 пакетик АЦЦ-200 2-3 раза в день. Детям до 2- лет назначается только в стационаре по жизненным показаниям. Внутримышечно- 150 мг 1 раз в сутки. Грудным детям – 1-15 мг/кг 2 раза в сутки.

Флуимуцил - это препарат ацетилцистеина для ингаляций или инъекций. В 1 мл препарата содержится 100 мг ацетилцистеина. 10% раствор применяют для 10-15 минутных ингаляций в объеме от 3 до 9 мл.

Экзомюк-200, в 1 пакетике содержится 200 мг ацетилцистеина. Показания такие же, как препарата АЦЦ.

Протеолитические ферменты: химотрипсин, химопсин, фибринолизин – в ингаляциях сейчас не применяются, так как они могут способствовать развитию фибринозных изменений в лёгких. Дорназе (пульмозим)– имеет преимущества при лечении муковисцидоза, хронических бронхитов, бронхоэктазах и других ферментопатиях, так как более эффективно разжижает мокроту.

Секретолитики: снижают адгезию секрета, обладают муколитическим эффектом, связанным с деполимеризацией мукопротеиновых и мукополисахаридовых волокон. Кроме того, обладают способностью стимулировать выработку сурфактанта, а амброксол замедляет его распад.

Бромгексин (0,004 – 0,008 г)– кроме муколитического, оказывает отхаркивающее и слабое противокашлевое действие. При применении в течение недели бромгексин снижает вязкость мокроты в 50 раз по сравнению с исходной. Детям до 2- лет – 2 мг (1/2 таб.) 3 раза в день, от

2 до 6 лет – 4 мг 3 раза в сутки; от 6 до 10 лет – 6-8 мг 3 раза в сутки; старше 10 лет – по 8 мг 3-4 раза в сутки.

Комбинированные с бромгексином препараты: бизолвон, паксипазол, солвин, флегамин, бронхосан, сольвин плюс, аскорил экспекторал.

Амброксол (лазолван)– это биологически активный метаболит бромгексина, в связи с чем более эффективен, даёт более быстрый и выраженный отхаркивающий эффект. Выпускается в таблетках, растворе для внутреннего или ингаляционного применения, в сиропе, в ампулах. Применяют 2-3 раза в день. Особенно эффективно сочетанное применение (прием внутрь и ингаляции). Внутри детям до 2-х лет – по 7,5 мг 2 раза в сутки; от 2 до 5 лет – 7,5 мг 2-3 раза в сутки; от 5 до 12 лет – 15 мг 2-3 раза в сутки; старше 12 лет – 30 мг 2-3 раза в сутки. В виде ингаляций назначают 1-2 раз в сутки.

Препараты амброксола: амбробене, амброгексал, амбролан, дефлегмин, амбросан, медовент, халиксол.

Мукорегуляторы – регулируют выработку секрета железистыми клетками, нормализуют её секреторную функцию, независимо от исходного патологического состояния.

Препараты на основе Карбоцистеина, который снижает синтез нейтральных и повышает продукцию кислых муцинов. Он также способствует повышению синтеза Ig A эпителиальными клетками и, существенно уменьшая количество бокаловидных клеток, особенно в терминальных отделах бронхиол, снижает продукцию слизи. Однако карбоцистеин малоэффективен при аэрозольном применении, может негативно воздействовать на слизистую оболочку желудка вследствие его высокой кислотности.

В форме сиропа, жевательных таблеток, капсул. Детям от 1 месяца до 2,5 лет – по 50 мг 2 раза в сутки; детям 2,5-5 лет – по 100 мг 2 раза в сутки; старше 5 лет – 200-250 мг 2 раза в сутки. Курс лечения при острых заболеваниях 8-10 дней.

Препараты карбоцистеина: бронкатар, дринл отхаркивающий, мукодин, мукопронт, мукосол, флювик, флюдитек, флуифорт.

Флуифорт – соединение карбоцистеина с лизином (обеспечивает лучшее всасывание действующего вещества и не раздражает слизистую желудка). Нормализация вязкости и эластичности секрета и мукоцилиарного транспорта сохраняется в течение 8-13 дней после окончания 4-х дневного курса лечения.

Выпуск в виде сиропа и гранулята. Детям до 2-х лет – по 2,5 мл сиропа 2-3 раза в день; детям от 5 до 12 лет – по ½ пакетика 1 раз в день, детям старше 12 лет – по 1 пакетик в день.

Применение муколитиков в педиатрии должно быть широко использовано при лечении кашля, вызванного заболеваниями нижних дыхательных путей, особенно у детей первых 5 лет жизни, у которых повышенная вязкость бронхиального секрета является основным патогенетическим фактором формирования кашля. Одним из недостатков АЦЦ, карбоцистеина и отчасти бромгексина является их способность усиливать бронхоспазм.

7. Препараты на основе гвайфенезина: колдрекс-бронхо, туссин, роботуссин-микстура от кашля, стоптуссин, аскорил экспекторант.

Гвайфенизин – промежуточный препарат между отхаркивающими и муколитическими препаратами: он снижает вязкость слизи, но в то же время увеличивает её количество. То есть, он противопоказан при влажном кашле с обильно отделяемой мокротой. Гвайфенизин входит в состав целого ряда комбинированных средств. Разовая доза – 100-200 мг каждые 4 часа. Побочных действий у гвайфенизина не отмечено, но и нет убедительных доказательств его эффективности.

8. Препараты с опосредованным противокашлевым действием – антигистаминные и противоотёчные средства. Имеют в педиатрии ограниченные показания. Антигистаминные препараты первого поколения и противоотёчные средства (деконгестанты), используемые при остром рините и кашле у взрослых не следует применять у детей, так как они обладают «подсушивающим» эффектом и усиливают непродуктивный кашель.

Показания к применению: аллергический отёк слизистой носо- и ротоглотки, бронхорея.

9. Комбинированные препараты – группа лекарств, содержащих 2 и более компонента.

Бронхолитин, стоптуссин, синекод, гексапневмин, солутан, бронхикум, трисолвин, лорейн и др. – противокашлевой препарат центрального действия, антигистаминный, отхаркивающий препарат и дегонгестант.

Солутан, трисолвин – включают бронхолитик.

Назначать их следует по соответствующим показаниям! А в некоторых препаратах сочетания лекарственных средств не всегда рационально.

Если основная жалоба – кашель, всегда лучше использовать один препарат и в полной дозе и действующий на специфический для данного больного компонент кашлевого рефлекса.

ЛЕЧЕНИЕ КОНЪЮНКТИВИТОВ И КЕРАТОКОНЪЮНКТИВИТОВ

Должно осуществляться под контролем окулиста. Рекомендуется промывание глаз альбуцидом, закапывание в глаза 0,2% раствора дезоксирибонуклеазы, закладывание за веко 1% гидрокортизоновой или 1% преднизолоновой мази и пр. Для закапывания глаз надо положить ребенка на спину, слегка оттянуть нижнее веко вниз, капнуть 1 каплю раствора, не прикасаясь к веку.

ПРИМЕНЕНИЕ МАССАЖА И ГИМНАСТИКИ ПРИ ОРВИ

Точечный массаж применяется при любых клинических проявлениях ОРВИ, можно применять самостоятельно, но лучше с помощью специалиста.

Например, при рините: в течение одной минуты 3 раза в день слегка нажимайте подушечкой большого пальца точку «таиэн» (на больших поперечных морщинах запястья, которые появляются при сгибе кисти под большим пальцем, на выступе кости). Массируйте второй палец ноги. В

течение 5 минут легко нажимайте и массируйте парные точки, которые китайцы называют «хозяин аромата» (они расположены по бокам крыльев носа и внизу) и «хлебный амбар» (прямо под ноздрями над губой).

Массаж грудной клетки, в том числе вибрационный (аппаратный) назначается врачом ЛФК, сразу после нормализации температуры и выхода ребёнка из токсикоза, проводится массажистами. Но некоторым приемам, облегчающим отхождение мокроты, можно обучить родителей и применять самостоятельно.

Под влиянием массажа устраняется спазм дыхательной мускулатуры, восстанавливается подвижность грудной клетки и диафрагмы, повышается эластичность легочной ткани, улучшается крово- и лимфообращение. Приемы массажа – классические, но особое внимание следует уделить вибрации, так как она помогает более легкому отхождению мокроты и способствует дренажу легких, что является хорошей профилактикой развития пневмонии при ОРВИ.

ЛФК, дыхательная гимнастика. Назначается сразу после нормализации температуры и выхода ребёнка из токсикоза. Комплекс используемых упражнений зависит от возраста ребенка. Например, детям примерно с 2-х летнего возраста можно советовать дуть на вертушку (игра в ветерок), дуть через соломинку в воду (игра в пузырьки), надувать щеки, надувать воздушные шарики; вместе с родителями выполнять до завтрака или после ужина ряд специальных упражнений в игровой форме. Примеры некоторых из них:

Упражнение «говорилка»

Взрослый задает вопросы, малыш отвечает. Как разговаривает паровозик? Ту-ту-ту-ту. Как машинка гудит? Би-би-би-би. Как «дышит» тесто? Пых-пых-пых. Можно еще попеть гласные звуки: о-о-о-о-ооо, у-у-у-у-уууу.

Упражнение «косим траву»

Предложите малышу «покосить траву»: ноги на ширине плеч, руки опущены. Взрослый читает стишок, а ребёнок, произнося «зу-зу» машет руками влево – выдох, вправо – вдох.

Зу-зу, зу-зу, Косим мы траву

Зу-зу, зу-зу, И налево взмахну.

Зу-зу, зу-зу, Вместе быстро, очень быстро

Мы покосим всю траву. Зу-зу, зу-зу.

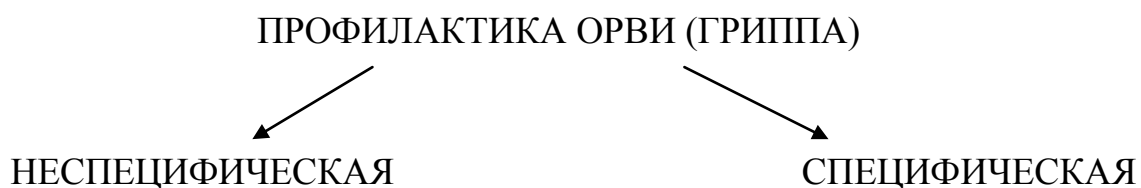
Пусть ребенок встряхнет расслабленными руками, повторить с начала 3 раза.

ЭПИДЕМИОЛОГИЧЕСКИЙ НАДЗОР ЗА ОРВИ

Эпидемиологический надзор, прежде всего, осуществляется за гриппом на национальном и международном уровнях.

Решающие моменты, необходимые для своевременного проведения противоэпидемических мероприятий:

- Систематическое слежение за антигенной структурой циркулирующих возбудителей с применением современных методов молекулярной биологии позволяет корректировать состав вакцин против гриппа и модифицировать диагностические тестовые системы;
- Быстрое обнаружение новых вариантов вируса;
- Оперативная оценка эпидемиологической ситуации; о начале эпидемии гриппа и других ОРВИ судят по превышению регистрируемых показателей расчетного эпидемического порога;
- Краткосрочное и долгосрочное прогнозирование ее развития.



НЕСПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ОРВИ

Неспецифическая профилактика предусматривает применение как общих, так и специальных средств и методов.

Базисные (общие) оздоровительные и санитарно-гигиенические мероприятия:

- Ранняя диагностика и изоляция больного сроком до 7 дней.
- Регулярное проветривание помещения.
- Текущая дезинфекция.
- Обслуживание ребенка только в марлевой повязке.
- Во время эпидемического подъема заболеваемости гриппом дети в детский дошкольный коллектив не принимаются.
- В ДОУ – ежедневные утренние осмотры детей. При малейших признаках заболевания (насморк, кашель, недомогание) в организованный коллектив дети не принимаются.
- Облучение помещений бактерицидными ультрафиолетовыми лампами.
- Закаливающие процедуры относят к мероприятиям, повышающим сопротивляемость организма к гриппу и ОРВИ. Выбор метода обусловлен местными условиями, а эффективность связана с соблюдением основных принципов закаливания.

ИММУНОПРОФИЛАКТИКА ОРВИ

В арсенале иммунопрофилактики имеются вакцины против ряда возбудителей ОРВИ (ХИБ, пневмококковая, коклюшная, гриппозные), однако, против основных возбудителей ОРВИ специфических вакцин пока нет (В.К. Таточенко, 2014). В этих условиях объяснимо создание большого числа средств для снижения респираторной заболеваемости. В аннотациях этих средств обычно подчеркивается их иммуномодулирующее действие, обычно без четкой расшифровки. Это и препараты тимуса (Т-активин, Тималин и др.) и

растительные средства (дибазол, элеутерококк, эхинацея и др.) и витамины, и микроэлементы и гомеопатические средства (афлубин, анаферон и др.) и стимуляторы (пентоксил, диуцифон, полиоксидоний) и многие другие. Большинство этих средств не имеют высокого уровня доказательности их эффективности. Более того, применение иммуномодуляторов без особых на то показаний просто недопустимо. Более рационально в этом случае назначение бактериальных лизатов, имеющих высокий уровень доказанной эффективности. (В.К. Таточенко, 2014)

Бактериальные лизаты имеют доказанную в Европе в 80-90 гг годах и, несколько позже, в России достоверно высокую эффективность. Лизаты близки к вакцинам, но механизм их влияния отличается. Вводя эти бактериальные препараты, ориентируются не на выработку иммунитета к бактериям, а на профилактику вирусных инфекций. Введение лизатов стимулирует иммунный ответ Th 1 типа, сменяющего менее зрелый ответ Th 2 типа, с которым дети рождаются. Бактериальные лизаты стимулируют так же продукцию IgA, sIgA, лизоцима в слизистых оболочках, стимулируют активность естественных киллеров, нормализуют число CD 4+ клеток, при их снижении, а так же подавляют продукцию IgE и антител этого класса. **Именно это действие лизатов основное, способствующее снижению респираторной заболеваемости. Лизаты включены в Программу по ОРВИ Союза педиатров России.**

Иммуновак (Микроген, Россия) – антигены и ассоциированные с ними липополисахариды (*S. aureus*, *K. pneumoniae*, *P. Vulgaris*, *E. coli*) с 2,5 лет, назальные капли % 1 д. – 1 капля, 2д – 2 капли, 3-й д. – 4 капли, далее р.о. – 6 – й д. – 1 мл. 9 –й д. – 2 мл, далее каждые 3-5 дн. По 4 мл – всего 6-10 приемов.

Рибомунил (Франция) содержит бактериальные рибосомы (*Klebsiella pneumoniae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus pyogenes*, *Haemophilus influenzae*) и протеогликаны мембранной части (*Klebsiella pneumoniae*). Разовая доза состоит из 3 таблеток. Принимают утром натощак: в первые 3 недели

ежедневно в первые 4 дня, в последующие 2—5 месяцев в первые 4 дня каждого месяца. Рибомунил показан часто болеющим простудными заболеваниями или при хроническом бронхите с частыми обострениями инфекционно-воспалительного генеза.

Бронхомунал (Словения) — лиофилизированный бактериальный лизат (*Haemophilus pneumoniae*, *Diplococcus pneumoniae*, *Klebsiella pneumoniae*, *K. ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Streptococcus pyogenes viridans*, *Neisseria catarrhalis*). Принимают по 1 капсуле (7 мг) 1 раз в день в течение первых 10 дней месяца (до 3 месяцев). Препарат назначают в составе комплексной терапии с первого дня обострения.

Бронхомунал II – препарат для детей до 7-летнего возраста в 1 капсуле – 3,5 мг лизата.

Бронховаксом – (Швейцария) Лиофилизированный лизат 8 бактерий. Капс. по 3,5 мг (дети 6 мес. 12 лет) и по 7 мг (подростки и взрослые). Утром, натощак по 1 капсуле 10-30 дней. Профилактика по 1 капс. 10 дн. Каждый месяц, курс – 3 месяца.

ИРС-19 (Франция) — дозированный аэрозоль для интраназального применения, используется для профилактики и лечения воспалительных заболеваний ЛОР-органов и органов дыхания. Профилактически назначают по два впрыскивания в сутки в каждую ноздрю до 1—2 недели, в лечебных целях до исчезновения симптомов инфекции. ИРС-19 — это лизат *Diplococcus pneumoniae*, *Streptococcus*, *Staphylococcus aureus*, *Gafkya tetragena*, *Neisseria*, *Klebsiella pneumoniae*, *Moraxella*, *Haemophilus influenzae*.

Имудон (Франция) – смесь 13 лизатов : дети 3-14 лет - 6 табл. в день, старше 14 лет – 8 таблеток в день. Профилактика – 6 табл. в день. Таблетки рассасывают с интервалом 1-2 часа, курс лечения 10 дней, профилактики – 20 дней.

Метаанализ эффективности лизатов показывает, что они снижают частоту ОРВИ в среднем на 42%.

СПЕЦИФИЧЕСКАЯ ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

Массовая иммунопрофилактика существенно снижает заболеваемость гриппом, особенно при совпадении антигенной структуры вакцинного и «дикого» вирусов гриппа. Для этих целей применяют живые инактивированные цельновирионные, субъединичные и Сплит-вакцины и инактивированные вакцины. В Национальный Календарь прививки от сезонного гриппа включены лишь с 2006 года и их эффективность в России не вызывает сомнений.

Информация для родителей должна содержать четкий посыл: из 3-6 ОРЗ, которыми переболевает Ваш ребенок этой осенью-зимой, вакцинация против гриппа предотвратит самые опасные заболевания – грипп и скорее всего, еще 1-2 ОРЗ. Плацебо-контролируемых исследованиях показано снижение на 13 % всех фебрильных респираторных эпизодов у привитых против гриппа детей, а у привитых против гриппа и пневмококковой инфекции – на 24%. Вакцинировать детей следует со 2-го полугодия жизни. Ежегодная вакцинация снижает госпитализацию по поводу гриппа детей в возрасте 6-23 месяцев на 75%, а смертность на 41%. Вакцинация снижает так же заболеваемость детей острым средним отитом на 2,3-5,2% и экссудативным отитом на 22,8-31,1%. Вакцинация школьников сопровождается резким снижением заболеваемости гриппом всего населения, смертность привитых взрослых от внебольничной пневмонии во время гриппозного сезона снижается в 2,5-3 раза. (В.К. Таточенко, Н.А. Озерцовский, А.М. Федоров «Иммунопрофилактика, 2014». М. 2014)

Живые гриппозные вакцины воспроизводят в организме ослабленную естественную инфекцию, стимулируют гуморальную и клеточную системы организма, создают более широкий спектр невосприимчивости, более экономичны по стоимости. Препараты слабо реактогенны. Вводят интраназально. У части привитых могут развиваться незначительные катаральные

явления. Повышение температуры тела выше 37,5⁰С в первые 3-е суток допустимо не более, чем у 2% привитых. Иммунитет кратковременный, что требует ежегодного проведения прививок.

Инактивированные гриппозные вакцины формируют преимущественно гуморальный иммунитет, обеспечивающий защиту от гриппа, и имеют меньшее число противопоказаний, что делает возможным их применение не только для практически здоровых лиц, но и для людей, страдающих различными хроническими заболеваниями. Вакцину вводят парентерально однократно.

Применение вакцины. Вакцинацию против гриппа можно проводить в любое время года, однако лучше – осенью. Вакцина против гриппа может быть введена одновременно с вакциной против кори, эпидемического паротита, краснухи и с оральной поливирусной вакциной, в различные места и различными шприцами.

Вакцинация против гриппа **противопоказана** лицам с гиперчувствительностью к белкам куриного яйца и аминогликозидовым антибиотикам. Вопрос о вакцинации беременной с целью предупреждения инфекции у плода должен решаться строго индивидуально. В этих случаях лучше применять инактивированную высокоочищенную расщепленную вакцину и вводить ее после истечения 1-й четверти беременности и в случае реальной опасности заражения гриппом.

Первостепенным показанием к вакцинации являются дети из групп риска:

- Дети с хроническими легочными заболеваниями
- Дети с болезнями сердца
- Дети, получающие иммунодепрессивную терапию
- Дети с гемоглобинопатиями
- Больные сахарным диабетом, хроническими почечными и метаболическими заболеваниями
- Дети с иммунопатологией, включая ВИЧ-инфекцию

- Дети, длительно получающие аспирин (риск возникновения синдрома Рея после гриппа).

Кроме того, обязательную вакцинацию следует проводить в домах ребенка, школах-интернатах, дошкольных учреждениях. Вакцинацию в других группах проводят по желанию родителей.

Для предупреждения возникновения заболевания гриппом у новорожденных и детей в возрасте до 6 месяцев особенно важно иммунизировать взрослых, находящихся в тесном контакте с этими детьми.

Субъединичные и сплит-вакцины, зарегистрированные в России

вакцина	Дозы и методика вакцинации
Гриппол полимер-субъединичная – Микроген, Россия	Детям 6 мес. – 3 лет 2-кратно по 0,25 мл с интервалом в 4 нед. старше 3 лет – по 0,5 мл 1 раз
Гриппол Плюс полимер-субъединичная – ФК Петровакс, Россия	
Ультриикс – виросомальная, Микроген, Россия	Дети с 6 лет и взрослые по 0,5 мл
Ваксигрипп Сплит, Санофи Пастер, Франция	Детям до 9 лет – 2-кратно, по 0,25 мл (до 3 лет) или 0,5 мл (3-8 лет), более 9 лет – 0,5 мл
Инфлексал V, Субъединичная Берна Биотекс, Швейцария	Детям старше 3 лет и взрослым по 0,5 мл в/м или глубоко п/к, детям с 6 мес. До 3 лет по 0,25 мл (ранее не привитым – 2 дозы)
Инфлювак субъединичная, Эбботт-Биолоджикалс Б.В., Нидерланды	Лицам старше 14 лет- 0,5 мл однократно. Дети 3-14 лет – 0,5 мл, 6 мес. – 3 года -0,25 мл однократно, но ранее не вакцинированным – 2-

	кратно с интервалом 4 недели
Флюарикс Сплит, ОООСмитКляйн Бичем-Биомед, Россия	Лицам старше 6 лет 0,5 мл однократно, 6 мес. – 6 лет по 0,25 мл 2-кратно
Флюварикс Сплит Чангчун Чангшенг Лайф Сайенсиз КНР	Взрослым и детям старше 3 лет – 0,5 мл, с 6 мес. До 3 лет 0,25 мл однократно

Субъединичные и Сплит-вакцины используют у детей старше 6 месяцев, совместимы со всеми другими вакцинами Введение с вакцинами Пневмо-23, Превенар, Синфлорикс, ХИБ, а так же с бактериальными лизатами сокращает респираторную заболеваемость. Готовиться к регистрации Ваксигрипп QIV (4-х валентная вакцина против вирусов А и В).

РС- ВИРУСНАЯ ИНФЕКЦИЯ (ПРОФИЛАКТИКА)

Респираторная синцитиальная вирусная инфекция (РС-вирусная) инфекция занимает особое место среди респираторных инфекций ввиду высокой частоты и тяжести. Вероятность инфицирования на 1-м году жизни – около 50%, в первые 2 года – почти 100%, половина заболевших переносит РС инфекцию в виде бронхоолита или пневмонии. В РФ в 2009-2010 гг выявлен РСВ у детей 0-2 лет, госпитализированных с инфекцией нижних дыхательных путей, в 38% случаев. Число случаев детей с РСВ инфекцией растет, как и доля тех, кому необходима интенсивная терапия. Особенно опасна инфекция для детей до 12 недель, недоношенных, больных с ВПС, с перегрузкой малого круга, с бронхолегочной дисплазией и первичными иммунодефицитными состояниями. Смертность в этих группах составляет 3-5%.

Создан принципиально новый класс препаратов - паливизумаб (Синагис

фирмы Эббот) – гуманизированные моноклональные антитела к белку РС вируса. В 2010 г. Синагис зарегистрирован в России для профилактики РС вирусной инфекции, представляет собой лиофилизат для приготовления раствора для внутримышечного введения во флаконах по 50 и 100 мл.

Паливизумаб (Синагис) рекомендуется следующим группам детей:

- в возрасте до 6 месяцев, рожденных на 35 неделе беременности и ранее
- в возрасте до 2 лет, которым требовалось лечение по поводу бронхолегочной дисплазии в течение последних 6 месяцев
- в возрасте до 2 лет с гемодинамически значимыми врожденными пороками сердца.

Препарат вводят в/м в дозе 15 мг/кг 1 раз в месяц перед началом эпидемического подъема РС-вирусной заболеваемости, который начинается в ноябре и продолжается до апреля (4-5 введений за эпидемсезон). Для лечения РСВ инфекции не используется.

Клинические испытания паливизумаба (Синагис) показали снижение (по сравнению с группой плацебо) частоты госпитализации недоношенных детей и детей с БЛД на 55%, детей с ВПС на 45%.

Паливизумаб с успехом применяется уже более 12 лет в 50 странах мира, в том числе и в России. Препарат малореактогенен, легкие местные реакции возникают у 3-4 % детей. (В.К. Таточенко, Н.А. Озерцовский, А.М. Федоров «Иммунопрофилактика, 2014». М. 2014)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ

- 1) пищевые продукты
- 2) больные люди (животные – как резервуар инфекции), вирусоносители
- 3) вода
- 4) консервированные продукты

2. ПРИ ТЯЖЕЛЫХ ФОРМАХ НАЗНАЧАЮТ

- 1) всё перечисленное
- 2) витамины
- 3) противовирусные препараты
- 4) десенсибилизирующие
- 5) дезинтоксикационные

3. АНТИГЕННО СТРОЕНИЕ ВИРУСА ИЗМЕНЯЕТСЯ У

- 1) не изменяется
- 2) вирус гриппа В
- 3) вирус гриппа С
- 4) вирус гриппа А, В, С
- 5) вирус гриппа А

4. ВИРУС ГРИППА УСТОЙЧИВ

- 1) к высоким температурам
- 2) к низким температурам
- 3) к небольшой концентрации хлора
- 4) к ультрафиолетовым лучам

5. К ОСЛОЖНЕНИЯМ ГРИППА ОТНОСИТСЯ, ВСЕ КРОМЕ

- 1) бронхита, пневмонии
- 2) гайморита
- 3) пиелонефрита
- 4) миокардита
- 5) полирадикулоневрита

6. ВИРУС ГРИППА ИМЕЕТ ТРОПНОСТЬ К

- 1) цилиндрическому эпителию верхних дыхательных путей
- 2) плоскому эпителию
- 3) лимфоидной ткани
- 4) альвеолоцитам

7. ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) вакцинацией

- 2) стимуляторами синтеза эндогенного интерферона
- 3) противовирусными препаратами
- 4) антибиотиками

8. ОСЛОЖНЕНИЯ ГРИППА У ДЕТЕЙ РАННЕГО ВОЗРАСТА

- 1) менингоэнцефалит
- 2) стенозирующий ларинготрахеит
- 3) вирусная пневмония
- 4) миокардит

9. СПЕЦИФИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ ПРИ ГРИППЕ

- 1) витамин С
- 2) противокашлевые средства
- 3) интерферон, ремантадин
- 4) транквилизаторы

10. К КАКОМУ РОДУ ОТНОСИТСЯ ВИРУС ПАРОГРИППА

- 1) Paramyxoviridae
- 2) Adenoviridae
- 3) Pneumovirus
- 4) Picornaviridae

11. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) воздушно – капельный
- 2) вертикальный
- 3) трансмиссивный
- 4) фекально – оральный
- 5) половой

12. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) больной или бактерионоситель
- 2) домашние животные
- 3) дикие животные
- 4) грызуны
- 5) птицы

13. АДЕНОВИРУС ПЕРВИЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) эпителии верхних дыхательных путей, конъюнктив
- 2) крови
- 3) мозговой ткани
- 4) половой системе
- 5) выделительной системе

14. ФОРМЫ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) стёртая
- 2) фарингоконъюнктивальная лихорадка
- 3) плёнчатый конъюнктивит
- 4) острая респираторная болезнь
- 5) аденовирусная диарея

15. ПОКАЗАНИЯ ДЛЯ АНТИБАКТЕРИАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) наличие осложнений
- 2) конъюнктивит
- 3) фарингит
- 4) тонзиллит

16. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ДИАРЕИ ХАРАКТЕРНО

- 1) понос с примесью слизи в кале
- 2) кровь в кале
- 3) гной в кале
- 4) кал в виде «малинового желе»

17. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ПНЕВМОНИИ ХАРАКТЕРНО ТЕЧЕНИЕ

- 1) очаговой ползучей пневмонии
- 2) абсцедирующей
- 3) интерстициальной
- 4) плевропневмонии

18. МЕРЫ ПРОФИЛАКТИКИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) интраназальное введение лейкоцитарного интерферона
- 2) активная иммунизация
- 3) дезинсекция и дератизация
- 4) дезинфекция

19. С КАКИМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ДИФФЕРЕНЦИРУЮТ АДЕНОВИРУСНУЮ ИНФЕКЦИЮ

- 1) холерой
- 2) чумой
- 3) бруцеллёзом
- 4) инфекционным мононуклеозом, дифтерией

20. ПРИ ЛЕЧЕНИИ ОРВИ ИСПОЛЬЗУЮТ

- 1) орошение зева раствором фурацилина
- 2) УВЧ и УФО
- 3) закапывания глаз 15 -30 % раствором альбуцида
- 4) антибиотиков

21. ГОСПИТАЛИЗАЦИЯ БОЛЬНОГО ПРОВОДИТСЯ

- 1) дети до 5 лет
- 2) пожилой возраст
- 3) тяжёлое течение
- 4) тяжёлое течение, осложнения, эпидемиологические показания

22. ПОКАЗАТЕЛИ КРОВИ ПРИ РС ИНФЕКЦИИ

- 1) не изменены
- 2) лейкопения, увеличение СОЭ
- 3) тромбоцитопения
- 4) умеренный лейкоцитоз, СОЭ в пределах нормы

23. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 – 6 дней
- 2) 10 дней
- 3) 6 месяцев
- 4) 2 дня

24. КАКАЯ СЕЗОННОСТЬ ПРИ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) летняя
- 2) зимне – весенняя
- 3) осенняя
- 4) весенне – летняя

25. КТО ЧАЩЕ БОЛЕЕТ ОРВИ

- 1) пожилые люди
- 2) дети
- 3) люди 30 – 40 лет
- 4) все ответы верны

26. СПОСОБ ВВЕДЕНИЯ И ДОЗЫ ИНТЕРФЕРОНА

- 1) в/в 2 -3 мл 2 раза в день
- 2) внутрь по 1 таб. 2 раза в день
- 3) 2-3 капли в нос 4-5 раз в день
- 4) подкожно 1 мл 1 раз в день

27. ДИСПАНСЕРНОЕ НАБЛЮДЕНИЕ ПРОВОДЯТ ПРИ

- 1) тяжёлом течении
- 2) у детей до 3 лет
- 3) осложненных формах
- 4) все ответы верны

28. КТО ЯВЛЯЕТСЯ ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ РС-ИНФЕКЦИИ

- 1) животные
- 2) больные люди и вирусоносители
- 3) птицы
- 4) грызуны

29. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ ПРИ ЛАРИНГИТАХ

- 1) эуфиллин, димедрол
- 2) витаминотерапия
- 3) седуксен
- 4) преднизолон

30. В ТЕЧЕНИЕ КАКОГО ВРЕМЕНИ ИСЧЕЗАЮТ РЕНТГЕН ПРИЗНАКИ РС- ПНЕВМОНИИ

- 1) в течении 2 месяцев
- 2) в течении 7 – 10 дней
- 3) в течении 1 месяца
- 4) в течении 6 месяцев

31. К КАКОМУ СЕМЕЙСТВУ ОТНОСЯТСЯ РОТОВИРУСЫ

- 1) Picornaviridae
- 2) Reoviridae
- 3) Herpesviridae
- 4) нет правильного ответа

32. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) 1 месяц
- 2) 1 – 6 дней
- 3) 14 дней
- 4) 2 месяца

33. КЛИНИЧЕСКИЕ ПРИЗНАКИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) ринорея
- 2) кашель
- 3) головная боль
- 4) все ответы правильные

34. ОСЛОЖНЕНИЯ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) синусит
- 2) отит
- 3) гайморит
- 4) все ответы верны

35. КРИТЕРИИ ДИАГНОСТИКИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) эпидемиологических данных

- 2) наличие ринореи
- 3) отсутствия интоксикации
- 4) выраженной интоксикации

36. ИСТОЧНИК ИНФЕКЦИИ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) больной
- 2) животные
- 3) все ответы верны
- 4) грызуны

37. МЕХАНИЗМ ПЕРЕДАЧИ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) воздушно – капельный
- 2) вертикальный
- 3) алиментарный
- 4) все ответы правильные

38. СЕЗОННОСТЬ ПРИ РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) зимняя
- 2) летняя
- 3) осенне – весенняя

39. ОПТИМАЛЬНЫЕ УСЛОВИЯ ДЛЯ РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА

- 1) температура + 27 – 30 *С
- 2) температура + 33- 35*С
- 3) температура 0 *С
- 4) все ответы верны

40. МЕСТО ВНЕДРЕНИЯ И РЕПЛИКАЦИИ ВИРУСА

- 1) плоский эпителий
- 2) переходный эпителий
- 3) призматический мерцательный эпителий
- 4) ороговевающий эпителий

41. СИНДРОМ КРУПА КЛИНИЧЕСКИ ПРОЯВЛЯЕТСЯ

- 1) влажным кашлем, смешанной одышкой, звонким голосом
- 2) грубым «лающим кашлем», осиплостью голоса, стридильным дыханием
- 3) приступообразным кашлем с репризами при нормальной температуре тела
- 4) беззвучным кашлем, афонией, стридильным дыханием
- 5) обычным кашлем, экспираторной одышкой, неизменным голосом

42. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВИРУСНОГО КРУПА ВЕДУЩИМИ ЗВЕНЬЯМИ ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) токсемия
- 2) вирусемия
- 3) спазм, отек, гиперсекреция
- 4) инфекционные токсико-аллергические факторы
- 5) специфическая аллергия

43. В ПАТОГЕНЕЗЕ ВТОРИЧНОГО КРУПА ПРИ ОРВИ ВЕДУЩУЮ РОЛЬ ИГРАЕТ

- 1) поверхностные десквамативные поражения эпителия слизистой гортани, трахеи
- 2) циркуляторные нарушения в слизистой, приведшие к отеку слизистой
- 3) активация барьерной микрофлоры с развитием язвенно-некротического гнойного воспаления слизистой гортани и трахеи
- 4) аллергическое воспаление гортани и трахеи
- 5) фибринозное воспаление гортани и трахеи

44. В ПРЕДАСФИКСИЧЕСКОЙ СТАДИИ КРУПА ПУЛЬС ИМЕЕТ ТЕНДЕНЦИЮ К

- 1) брадикардии
- 2) умеренной тахикардии
- 3) выраженной тахикардии
- 4) парадоксальный пульс с выпадением пульсовой волны на вдохе
- 5) нормализации

45. СИНДРОМ ВИРУСНОГО КРУПА НАИБОЛЕЕ ЧАСТО ВОЗНИКАЕТ У ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1) новорожденных
- 2) раннем
- 3) дошкольном
- 4) школьном
- 5) в подростковом

46. ПОКАЗАТЕЛЕМ СТЕПЕНИ ТЯЖЕСТИ КРУПА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) интоксикация
- 2) лихорадка
- 3) катаральные проявления
- 4) судорожный синдром
- 5) дыхательная недостаточность

47. НАИБОЛЕЕ ЧАСТО СИНДРОМ КРУПА ВСТРЕЧАЕТСЯ ПРИ

- 1) парагриппе
- 2) ветряной оспе
- 3) РС-инфекции
- 4) герпетической инфекции
- 5) аденовирусной инфекции

48. ПРИ ВИРУСНОМ КРУПЕ 2- СТЕПЕНИ ОБЯЗАТЕЛЬНО НАЗНАЧАЮТСЯ

- 1) антибиотики
- 2) горчичники, теплое питье
- 3) инфузионная терапия
- 4) ингаляция с адреналином
- 5) лобелин, цититон

49. ПОКАЗАТЕЛЕМ ДЛЯ ОБЯЗАТЕЛЬНОЙ ИНТУБАЦИИ ТРАХЕИ ПРИ ВИРУСНОМ КРУПЕ У ДЕТЕЙ ВЛЯЕТСЯ

- 1) грубый кашель
- 2) сиплый голос
- 3) инспираторная одышка
- 4) интоксикация
- 5) асфиксия

50. ТИПИЧНЫМ ВАРИАНТОМ ОДЫШКИ ПРИ ВИРУСНОМ КРУПЕ У ДЕТЕЙ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) инспираторная
- 2) экспираторная
- 3) смешанная
- 4) одышка отсутствует

51. ПОДСКЛАДОЧНЫМ ПРОСТРАНСТВОМ НАЗЫВАЮТ ЗОНУ

- 1) истинные голосовые связки
- 2) расстояние от истинных голосовых связок до трахеи
- 3) расстояние от истинных голосовых связок до ложных
- 4) область гортани и трахеи
- 5) область носоглотки гортани

52. ПРИЗНАКОМ НАСТУПАЮЩЕЙ АСФИКСИИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) беспокойство ребенка
- 2) втяжение уступчивых мест грудной клетки
- 3) участие вспомогательной мускулатуры
- 4) цианоз
- 5) потливость головы и парадоксальный пульс

53. ВИРУСНЫЕ КРУПЫ ЧАЩЕ ВОЗНИКАЮТ

- 1) зимой
- 2) весной
- 3) летом
- 4) осенью
- 5) весной-осенью

54. ДЛЯ ВИРУСНОГО КРУПА ТИПИЧНЫМ КАШЛЕМ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) битональный
- 2) пароксизмальный

- 3) грубый «лающий»
- 4) спазматический
- 5) беззвучный

55. БОЛЬНОМУ С ВИРУСНЫМ КРУПОМ 1 СТЕПЕНИ ЦЕЛЕСООБРАЗНО НАЗНАЧИТЬ

- 1) преднизолон
- 2) антибиотики
- 3) паровую ингаляцию
- 4) интубацию трахеи
- 5) трахеостомию

56. СИМПТОМОМ ВЫЗДОРОВЛЕНИЯ ПРИ ВИРУСНОМ КРУПЕ МОЖНО СЧИТАТЬ

- 1) 5 дней нормальной температуры тела
- 2) две «спокойных ночи»
- 3) отсутствие катаральных симптомов
- 4) нормализацию гемограммы
- 5) отсутствие интоксикации

57. ПРИ ВИРУСНОМ КРУПЕ 1 СТЕПЕНИ ОДЫШКА

- 1) отсутствует в покое
- 2) умеренно выражена в покое
- 3) отмечается только во сне
- 4) нарастает к утру
- 5) резко выражена

58. РАЗВИТИЮ ВИРУСНОГО КРУПА У ДЕТЕЙ СПОСОБСТВУЕТ

- 1) частые ОРВИ
- 2) неблагоприятный преморбидный фон
- 3) анатомо-физиологические особенности
- 4) наличие пороков легких
- 5) экологическое неблагополучие

59. ОПРЕДЕЛИТЕ ВОЗРАСТНОЙ РАЗМЕР ИНТУБАЦИОННОЙ ТРУБКИ ДЛЯ РЕБЕНКА В ВОЗРАСТЕ 1 ГОДА

- 1) 1,5
- 2) 2,0
- 3) 2,5
- 4) 3,5
- 5) 4,0

60. ЗАГЛОТОЧНЫЙ АБСЦЕСС ОБЫЧНО РАЗВИВАЕТСЯ В ДЕТЕЙ В ВОЗРАСТЕ

- 1) неонатальном
- 2) грудном
- 3) от 1 до 3 лет
- 4) от 3 до 10 лет
- 5) от 10 до 17 лет

61. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1) пневмония - частое проявление микоплазменной инфекции
- 2) для парагриппозной инфекции характерна резко выраженная интоксикация
- 3) аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом
- 4) аденовирусная инфекция характеризуется кратковременным субфебрилитетом
- 5) риновирусная инфекция отличается от других ОРВИ интенсивным приступообразным кашлем
- 6) катаральные симптомы при гриппе выступают на первый план

62. КЛИНИКА ЛАРИНГОТРАХЕИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) гриппа
- 2) риновирусной инфекции
- 3) краснухи
- 4) парагриппа
- 5) коклюша

63. ВЕДУЩИЙ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ ПРИ ПАРАГРИППЕ

- 1) фарингит
- 2) ринит
- 3) ларингит
- 4) трахеобронхит
- 5) пневмония
- 6) конъюнктивит

64. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАРАГРИППЕ

- 1) пневмония
- 2) отиты
- 3) синуситы
- 4) менингоэнцефалит
- 5) ложный круп
- 6) инфекционно-токсический шок

65. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) фарингит
- 2) бронхит

- 3) склерит
- 4) ларингит
- 5) трахеит
- 6) ринит

66. ИСТОЧНИКОМ ИНФЕКЦИИ ПРИ ГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) человек, находящийся в инкубационном периоде
- 2) больной в периоде разгара
- 3) реконвалесцент
- 4) вирусоноситель

67. ПРИ ГРИППЕ НАБЛЮДАЕТСЯ

- 1) 1) сыпь
- 2) гиперемия и зернистость мягкого неба
- 3) 3) лимфаденопатия
- 4) 4) увеличение печени и селезенки
- 5) 5) диспепсические расстройства

68. КЛИНИЧЕСКИМИ СИМПТОМАМИ ГРИППА ЯВЛЯЮТСЯ

- 1) лихорадка до 5 дней
- 2) острый тонзиллит
- 3) выраженный интоксикационный синдром
- 4) гиперемия лица
- 5) гиперемия слизистых зева с синюшным оттенком зернистость на небе
- 6) инъекция сосудов склер

69. ПРОДОЛЖИТЕЛЬНОСТЬ ЛИХОРАДКИ ПРИ ГРИППЕ

- 1) 2-4 дней
- 2) 3-5 дней
- 3) 4-7 дней
- 4) до 10 дней
- 5) больше 2-х недель

70. ВАКЦИНАЦИЯ ПРОТИВ ГРИППА ВХОДИТ

- 1) 1) в перечень обязательных прививок
- 2) 2) в перечень прививок, проводимых по эпидемиологическим показаниям

71. АКТИВНЫЙ ЕСТЕСТВЕННЫЙ ИММУНИТЕТ МОЖНО ПРИОБРЕСТИ

- 1) с молоком матери
- 2) после иммунизации инактивированной вакциной
- 3) после иммунизации анатоксином
- 4) после введения иммуноглобулина

5) путем дробной бытовой иммунизации

72. К КАКОЙ ГРУППЕ ОТНОСИТСЯ ГРИПП

- 1) инфекций наружных покровов
- 2) инфекций дыхательных путей
- 3) кишечных инфекций
- 4) трансмиссивных инфекций

73. КАКИЕ ЛИМФОУЗЛЫ УВЕЛИЧИВАЮТСЯ ПРИ ОРВИ АДЕНОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

- 1) поднижнечелюстные
- 2) подмышечные
- 3) заднешейные

74. КАКОЙ ОТДЕЛ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ РЕЖЕ ПОРАЖАЕТСЯ ПРИ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- 1) слизистая носа
- 2) слизистая глотки
- 3) слизистая гортани
- 4) слизистая бронхов

75. ДЛЯ КАКОЙ ФОРМЫ ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ КОНЬЮНКТИВИТ ЯВЛЯЕТСЯ ОДНИМ ИЗ СИНДРОМОВ

- 1) грипп
- 2) парагрипп
- 3) аденовирусная инфекция
- 4) РС-инфекция
- 5) риновирусная инфекция

76. ПРЕОБЛАДАНИЕМ КАКАКОГО СИНДРОМА В КЛИНИЧЕСКОЙ КАРТИНЕ ГРИППА ОБУСЛОВЛЕНА ТЯЖЕСТЬ СОСТОЯНИЯ

- 1) катарального
- 2) интоксикационного

77. КАКИМ ПУТЕМ АДЕНОВИРУС ПОПАДАЕТ В КИШЕЧНИК

- 1) пищевым путем
- 2) водным путем
- 3) при контактно-бытовом пути
- 4) из верхних дыхательных путей

78. КАКИЕ ВИДЫ ЛИХАРАДОК ВЫДЕЛЯЮТ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ ТЕМПЕРАТУРЫ

- 1) субфебрильная (37-37,9°)

- 2) умеренная (38-39,9°)
- 3) высокая (40-40,9°)
- 4) гиперпирексия (41 ° и выше)
- 5) все перечисленные виды

79. ЧТО НЕ ХАРАКТЕРНО ДЛЯ ПОСТОЯННОЙ ЛИХОРАДКИ

- 1) постоянный характер повышения температуры.
- 2) уровень температуры выше 39°
- 3) суточных колебаний температуры менее 1 °
- 4) суточных колебаний температуры более 1°
- 5) гипотермия

80. КАКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ ХАРАКТЕРНА ПРИ КАТАРАЛЬНОМ ИЗМЕНЕНИИ ГРИППА

- 1) ринит
- 2) назофарингит
- 3) ларингит
- 4) трахеобронхит
- 5) пневмония

81. КАКАЯ ГРУППА ЛИМФОУЗЛОВ УВЕЛИЧИВАЕТСЯ ПРИ ОРВИ АДЕНОВИРУСНОЙ ЭТИОЛОГИИ

- 1) шейные
- 2) затылочные
- 3) ключичные
- 4) подмышечные
- 5) паховые

82. ТЕМПЕРАТУРНАЯ АКТИВАЦИЯ ВНУТРИКЛЕТОЧНЫХ ФЕРМЕНТОВ ИМЕЕТ ОТНОШЕНИЕ К УСИЛЕНИЮ ПРОДУКЦИИ

- 1) лейкоцитов
- 2) эритроцитов
- 3) антител и интерферона
- 4) антител и протромбина
- 5) интерферона и гемоглобина

83. АДЕНОВИРУС ПЕРВИЧНО ЛОКАЛИЗУЕТСЯ В

- 1) эпителии верхних дыхательных путей, конъюнктив
- 2) крови
- 3) мозговой ткани
- 4) половой системе
- 5) выделительной системе

84. ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА ВО ВРЕМЯ ЭПИДЕМИИ

ОБЕСПЕЧИВАЕТСЯ

- 1) вакцинацией
- 2) стимуляторами синтеза эндогенного интерферона
- 3) противовирусными препаратами
- 4) антибиотиками

85. ИНКУБАЦИОННЫЙ ПЕРИОД ГРИППА СОСТАВЛЯЕТ

- 1) 3 – 6 дней
- 2) 10 дней
- 3) 6 месяцев
- 4) 2 дня

86. ДЛЯ ГРИППА ХАРАКТЕРНО

- 1) миалгия и артралгия
- 2) гипертермия
- 3) полиаденопатия
- 4) сильные головные боли с локализацией в лобной части
- 5) выраженные боли в глазных яблоках при движении
- 6) саднение за грудиной

87. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1) в отличие от сыпного тифа, сыпь при гриппе появляется на 1 –й день
- 2) в отличие от гриппа при других ОРВИ интоксикация выражена слабо
- 3) в отличие от брюшного тифа при гриппе наблюдаются боли в животе и жидкий стул
- 4) при гриппе, как и при бруцеллезе наблюдается полилимфаденопатия
- 5) дифференциальная диагностика между гриппом и парагриппом возможна только на основании вирусологических исследований

88. СООТВЕТСТВИЕ ПРЕИМУЩЕСТВЕННОГО ПОРАЖЕНИЯ ОТДЕЛА РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА ВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

- | | |
|---------------------------|---------------------|
| 1) Грипп | 1) Ларингит |
| 2) Парагрипп | 2) Трахеит |
| 3) Аденовирусная инфекция | 3) Ринит |
| 4) Риновирусная инфекция | 4) Фаринготонзиллит |
| 5) РС-инфекция | 5) Бронхит |

89. ПРИ ГРИППЕ ХАРАКТЕРНО

- 1) лечение предпочтительней проводить в условиях стационара
- 2) в тяжелых случаях следует назначать антибиотики широкого спектра действия

- 3) во всех случаях показано снижение температуры
- 4) антимикробная терапия показана только в осложненных случаях
- 5) с целью профилактики бактериальных осложнений показано применение ремантадина

90. ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА А ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) ремантадин
- 2) интерферон
- 3) ваксигрипп
- 4) ацикловир
- 5) аскорбиновая кислота

91. ЭТИОТРОПНЫМ ПРЕПАРАТАМ ДЛЯ ЛЕЧЕНИЯ ГРИППА В ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) антигриппин
- 2) противогриппозная вакцина
- 3) ремантадин
- 4) пенициллин
- 5) интерферон

92. ПРАВИЛЬНОЕ УТВЕРЖДЕНИЕ

- 1) пневмония - частое проявление микоплазменной инфекции
- 2) для парагриппозной инфекции характерна резко выраженная интоксикация
- 3) аденовирусная инфекция характеризуется выраженным ларинготрахеитом
- 5) аденовирусная инфекция характеризуется кратковременным субфебрилитетом
- 6) риновирусная инфекция отличается от других ОРВИ интенсивным приступообразным кашлем
- 6) катаральные симптомы при гриппе выступают на первый план

93. КЛИНИКА ЛАРИНГИТА ХАРАКТЕРНА ДЛЯ

- 1) аденовирусной инфекции
- 2) гриппа
- 3) риновирусной инфекции
- 4) краснухи
- 5) парагриппа
- 6) коклюша

94. ВЕДУЩИМ ПОРАЖЕНИЕМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) фарингит
- 2) ринит

- 3) ларингит
- 4) трахеобронхит
- 5) пневмония
- 6) конъюнктивит

95. ОСЛОЖНЕНИЯ ПРИ ПАРАГРИППЕ

- 1) пневмония
- 2) отиты
- 3) синуситы
- 4) менингоэнцефалит
- 5) ложный круп
- 6) инфекционно-токсический шок

96. ВЕДУЩИМ СИНДРОМОМ ПРИ ПАРАГРИППЕ ЯВЛЯЕТСЯ является:

- 1) фарингит
- 2) бронхит
- 3) склерит
- 4) ларингит
- 5) трахеит
- 6) ринит

97. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) нейротоксикоз
- 2) полиаденопатия
- 3) ринофаринготонзиллит
- 4) конъюнктивит
- 5) лихорадка
- 6) диспепсические явления

98. ПАТОГЕНЕТИЧЕСКИМ ОТЛИЧИЕМ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ОТ ДРУГИХ ОРВИ ЯВЛЯЕТСЯ

- 1) поражение конъюнктив
- 2) поражение слизистых оболочек верхних дыхательных путей (фарингит)
- 3) поражение слизистой оболочки кишечника
- 4) поражение лимфоидной ткани
- 5) поражение легких

99. ДЛЯ АДЕНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ ХАРАКТЕРНО

- 1) увеличение селезенки и печени
- 2) увеличение лимфоузлов
- 3) фарингит
- 4) волнообразный тип лихорадки
- 5) головные боли в области лба, надбровных дуг

б) диспепсические явления

100. БРОНХИ И ЛЕГКИЕ ПОРАЖАЮТСЯ ЧАЩЕ ПРИ

- 1) гриппе
- 2) парагриппе
- 3) аденовирусной инфекции
- 4) респираторно-синтициальной инфекции
- 5) риновирусной инфекции

Эталон ответов

1 - 2	11- 1	21-4	31-1	41-2	51-2	61-1	71-5	81-1	91-1
2 - 1	12- 1	22-4	32-2	42-3	52-5	62-6	72-3	82-1	92-6
3 - 5	13-1	23-1	33-1	43-3	53-5	63-6	73-1,3	83-1	93-3
4 - 3	14- 1	24-2	34-4	44-4	54-3	64-5	74-3	84-2	94-5
5 - 5	15-1	25-2	35-4	45-2	55-3	65-1,7	75-3	85-1	95- 2,3,4
6 - 1	16-1	26-3	36-1	46-5	56-2	66-2	76-2	86-3	96-1
7 - 2	17- 1	27-3	37-1	47-1	57-1	67-2	77-4	87-3	97- 1,2,3,4
8 - 2	18- 1	28-2	38-3	48-4	58-3	68-2	78-5	88	98- 1,2,3,4
9 - 3	19-4	29-1	39-2	49-5	59-5	69-3	79-4	89-4	99-3
10 - 1	20-4	30-2	40-3	50-1	60-2	70-2	80-4	90-1	100-4

ЗАДАЧИ

Задача № 1

Девочка 8 месяцев наблюдается у педиатра с врожденным стридором. Заболела остро, с подъема температуры тела до $38,8^{\circ}\text{C}$, «лающего» кашля, осиплости голоса, слизистого отделяемого из полости носа. На вторые сутки состояние ухудшилось, высокая температура сохранялась, появилось затрудненное дыхание, беспокойство. Ребенок был направлен в больницу.

При поступлении: температура $38,2^{\circ}\text{C}$, состояние тяжелое, выражена одышка (ЧД - 60 в минуту) инспираторного характера с раздуванием крыльев носа и участием вспомогательной мускулатуры грудной клетки, западение яремной ямки и эпигастрия. Отмечается цианоз носогубного треугольника и кончиков пальцев, «мраморный» оттенок кожи. Голос осиплый. Зев гиперемирован. Из полости носа незначительное слизистое отделяемое. Беспокоит частый непродуктивный кашель. Тоны сердца приглушены, аритмичны (ЧСС - 100-130 ударов в минуту). В легких дыхание жесткое, выслушиваются проводные сухие хрипы.

Проведена ларингоскопия: вход в гортань 1-2 мм, во входе в гортань — большое количество слизистой мокроты прозрачного цвета, яркая гиперемия черпаловидных хрящей, подсвязочного пространства, отек голосовых связок.

На рентгенограмме грудной клетки: увеличена правая доля вилочковой железы, в легких усиление сосудистого рисунка, у корня правого легкого треугольная тень (ателектаз?).

Вирусологическое исследование мазка из носоглотки в реакции иммунофлюоресценции: парагрипп (+), грипп (-), РС (-), Адено (—).

Клинический анализ крови: НЬ - 130 г/л, Эр - $3,5 \times 10^{12}/\text{л}$, Ц.п. - 0,89, Лейк.- $8,3 \times 10^9/\text{л}$; п/я - 3%, с/я - 40%, э - 2%, л - 47%, м - 8%, СОЭ - 10 мм/час.

Вопросы:

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Объясните патогенез развившегося синдрома.
3. Возможная динамика процесса.
4. Проведите дифференциальный диагноз.
5. Где следует лечить больную.
6. О каких осложнениях можно думать в данном случае.
7. Назначьте лечение.
8. Когда ребенок может быть выписан домой.

Задача 1 (эталон ответа)

1. ОРВИ (парагрипп). Острый стенозирующий ларинготрахеит стеноз гортани 2-3 ст. Осл.: сегментарный ателектаз в правом легком. Сопут.: Тимомегалия.
2. Деструкция эпителия гортани→присоединение бактериальной инфекции→отек и инфильтрация слизистой оболочки гортани и трахеи, гиперсекреция слизистой оболочки, рефлекторный спазм мускулатуры гортани и трахеи→стеноз.
3. Возможно прогрессирование в 4 ст. стеноза с развитием асфиксии. Наслоение бактериальной инфекции с поражением нижних отделов дыхательного тракта. При вовремя оказанной медицинской помощи – выздоровление.
4. Дифференцировать с ОРВИ другой этиологии: риновирусы (не характерно поражение гортани, глотки, трахеи, чаще поражается слизистая носовых ходов), аденовирусы (фарингоконъюнктивальная лихорадка), грипп (классический трахеит, скудные катаральные явления при выраженной интоксикации), риносинцитиальный вирус (бронхиты и бронхиолиты). Бронхиальная астма (связь заболевания с аллергенами). Инородное тело (внезапное начало без катаральных явлений). Заглочный абсцесс (опухолевидное образование на задней стенке глотки).
5. Лечение в отделении реанимации.
6. Ателектаз правого легкого.
7. Этиотропная терапия (противовирусная). Неотложная терапия в РАО – кислородная поддержка, глюкокортикоиды, нейролептики, антибиотики широкого спектра действия. Симптоматическое лечение: противоотечные и отхаркивающие препараты, антипиретики. При отсутствии эффекта – прямая ларингоскопия и санация трахеобронхиального дерева.
8. Выписка - после исчезновения всех симптомов заболевания и расправления ателектаза по данным рентгенограммы легких.

Задача № 2

Девочка 2,5 лет, заболела остро: температура тела повысилась до 39,5°C, появился сухой резкий кашель, жалобы на боли в животе, отсутствие аппетита, боли в мышцах, неприятные ощущения и болезненность при прикосновении к коже. Из анамнеза известно, что в группе детского сада, который посещает ребенок в настоящее время, отмечается повышенная заболеваемость ОРВИ, за день до начала заболевания имело место переохлаждение ног. По городу эпидемический порог по заболеваемости гриппом превышен в 2,5 раза. Ребенок часто болеет простудными заболеваниями, привита по индивидуальному графику, от плановой прививки против гриппа отказались. Участковым педиатром направлена в стационар.

При поступлении: состояние средней степени тяжести, вялая, температура тела 39,4°C. Кожа на конечностях холодная на ощупь,

«мраморность» рисунка, озноб, кожа туловища горячая, лицо гиперемировано, цианоз носогубного треугольника. На коже лица и шеи - петехии, склеры инъекцированы. Необильные слизистые выделения из носа, сухой кашель. Зев гиперемирован, миндалины не увеличены, налетов нет. В легких дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, ЧД - 40 в минуту. Тоны сердца немного приглушены, ЧСС - 146 ударов в минуту, шум не выслушивается.

Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под реберной дуги на 1 см, стул без патологических отклонений, анус сомкнут. Мочеиспускание безболезненное. Стул за прошедшие сутки оформленный, однократно. Менингеальных симптомов нет.

Клинический анализ крови: НЬ - 120 г/л, Эр - $3,6 \times 10^{12}$ /л, Ц.п. - 0,89, Тромб - 302×10^9 /л, Лейк. - $4,0 \times 10^9$ /л; п/я - 2%, с/я - 35%, л - 55%, м - 8%; СОЭ - 10 мм/час.

Вопросы

1. Поставьте клинический диагноз.
2. Какие лабораторные исследования необходимы для уточнения этиологии заболевания.
3. Перечислите типичные симптомы, характерные для данного заболевания.
4. Каков патогенез болей в животе при данном заболевании.
5. В консультации каких специалистов нуждается ребенок.
6. Назначьте лечение.
7. Назовите возможные осложнения при этом заболевании.
8. Существует ли специфическая профилактика заболевания.

Задача № 2 (эталон ответа)

1. ОРВИ - грипп, типичный, среднетяжелая форма.
2. Экспресс-диагностика – ИФА, серологические методы – РТГА, РРТ – 4 кратное нарастание титра, вирусологический метод.
3. Выраженный интоксикационный синдром, нерезкие катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей, геморрагии, миалгии, гиперестезии кожи. Лейкопения, лимфоцитоз, нормальное СОЭ.
4. Болевой синдром в животе возник вследствие развития респираторного инфекционного токсикоза с поражением вегетативной нервной системы токсическими продуктами.
5. Педиатр, инфекционист, ЛОР, реаниматолог.
6. Постельный режим, диета щадящая, обогащенная витаминами, противовирусные препараты (рекомбинантные интерфероны или интерферогены), жаропонижающие, спазмолитики, отхаркивающие

препараты, регидратационная инфузионная терапия; местное лечение: сосудосуживающие капли, капли в нос с лечебным эффектом, обработка зева, глаз. Физиолечение при нормализации температуры.

7. Менингит, энцефалит, менингоэнцефалит, бронхит, синусит, пневмония, пиелонефрит, ИТШ.
8. Существуют следующие препараты: Вакцина гриппозная живая аллантоисная интраназальная для детей с 7 лет, подростков и взрослых, для детей с 3 до 14 лет; Очищенная живая гриппозная вакцина для подростков и взрослых; Вакцина гриппозная инактивированная для взрослых с 18 лет. Вакцина гриппозная три валентная полимер-субъединичная «Гриппол». Ваксигрипп – очищенная инактивированная гриппозная вакцина. Кроме того, существуют вакцины Бегривак (Германия), Флюорикс (Бельгия), Инфлювак (Голландия).

Задача № 3

В 2 часа ночи к мальчику 3-х лет был вызван врач скорой помощи. Жалобы на повышение температуры до 38,5°C, возбуждение, отсутствие аппетита, насморк, грубый «лающий» кашель, осиплость голоса, затрудненное, шумное дыхание.

Из анамнеза известно, что ребенок заболел остро, накануне. Связывают с контактом с больной ОРВИ мамой. Заболевание началось с лихорадки, сухого кашля, насморка, ухудшения самочувствия. До настоящего времени ребенок рос и развивался соответственно возрасту. Острыми заболеваниями болел не более 2-3 раз в год. В 1,5 года перенес обструктивный бронхит. На первом году жизни наблюдался аллергологом с диагнозом «Атопический дерматит». Организованный коллектив не посещает.

При осмотре: ребенок возбужден. Кожа чистая, сухая, горячая на ощупь, на лице румянец. Периодически появляется цианоз носогубного треугольника. Слизистые оболочки чистые, зев гиперемированный. Гипертрофия небных миндалин II степени, налетов нет. Из носовых ходов - серозное отделяемое. Дыхание затруднено, шумное, вдох слышен на расстоянии, отмечается грубый «лающий» кашель, осиплость голоса. Отмечено участие вспомогательной мускулатуры в акте дыхания, западение уступчивых мест грудной клетки. ЧД - 35 в минуту. Тоны сердца громкие, ритмичные, шумов нет. ЧСС - 136 ударов в мин. АД - 90/45 мм рт. ст. Живот мягкий, безболезненный при пальпации. Печень выступает из-под края реберной дуги на +1 см, край эластичный, безболезненный. Стул однократно, без патологии. Мочеиспускание не нарушено. Нервно-психическое развитие соответствует возрасту, менингеальных знаков, очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Ребенок госпитализирован.

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие возбудители вызывают данное заболевание.
3. Тактика врача скорой помощи.
4. Какие дополнительные исследования необходимо провести ребенку.
5. Назначьте лечение данному больному в стационаре.
6. Какие противоэпидемические мероприятия необходимо провести дома и в стационаре.
7. Возможные осложнения.
8. Дайте рекомендации ребенку после выписки из стационара.

Задача № 3 (эталон ответа)

1. ОРВИ, острый стенозирующий ларинготрахеит II степени, тяжелое течение
2. Грипп, парагрипп, аденовирусы, респираторно-синцитиальная, риновирусная, реовирусная инфекция.
3. Обеспечить доступ свежего влажного воздуха ребенку. Введение преднизолона из расчета 5 мг/кг, бронхолитик (сальбутамол, атровент) через небулайзер
4. Клинический минимум (анализы крови, мочи, биохимическое исследование, ЭКГ, анализы кала, соскоб), рентгенография органов грудной клетки. ИФА – обнаружение вирусных антигенов. Серологические методы – РНГА, нарастание титра в 4 раза с интервалом в 10 дней. Вирусологический – выделение вируса (используется редко). Мазок-отпечаток из носа на вирусы, РНГА и ИФА на выявление антител к вирусам ОРВИ, ПЦР.
5. Постельный режим. Диета, обогащенная витаминами. Ингаляции увлажненным кислородом. Противовирусные препараты, преднизолон 5 мг/кг 3-5 дней. Инфузионная терапия – регидратационная и дезинтоксикационная, бронхолитики через небулайзер, ингаляции с адреналином (разведенным нафтизином), отхаркивающие, спазмолитические, жаропонижающие, антигистаминный препарат, местные сосудосуживающие капли, противовоспалительные препараты в зев.
6. Больного ребенка изолируют. Регулярно проводятся влажные уборки, проветривание помещения, воздух облучают ультрафиолетовыми лучами. С целью экстренной профилактики назначают противовирусные препараты контактным.
7. Асфиксия, инфекционно-токсический шок, пневмония, отит, пиелонефрит, отек легкого, ателектаз легкого.
8. Охранительный режим, диета, обогащенная витаминами. Ежедневно массаж грудной клетки №10-15, дыхательная гимнастика. Комплексные

поливитамины с микроэлементами 1 месяц, адаптогены курсом 1 месяц. Закаливание после нормализации состояния.

Задача № 4

Девочка 7 лет, осмотрена участковым педиатром на дому. Жалобы на боль в горле, резкая боль в правом глазу, слезотечение, насморк, головную боль, небольшой кашель, повышение температуры тела до $38,5^{\circ}\text{C}$, слабость.

Из анамнеза известно, что заболела 3 дня назад, после утренника в детском саду, который посещает ребенок. Привита по возрасту, в том числе и против гриппа вакциной «Ваксигрипп». Сначала появились катаральные явления, вялость, повышение температуры тела до 38°C . Пытались лечиться самостоятельно симптоматически, без выраженного эффекта. Обратилась к врачу в связи с ухудшением самочувствия и появлением рези в глазу.

Объективно: состояние средней тяжести, ребенок неактивный, периодически сухой кашель. Лицо пастозное, веки отечные. Во внутреннем углу правого глаза гнойное отделяемое. Конъюнктивы обоих глаз гиперемированы, склеры инъецированы, на переходной складке конъюнктивы правого глаза пленчатый налет. На ресницах следы засохшего гнойного налета. Носовое дыхание затруднено, слизисто-гнойные выделения из носа. Миндалины отечны, гиперемированы, на слизистой оболочке задней стенки глотки гиперемированные фолликулы. Шейные лимфоузлы увеличены, безболезненные. В легких дыхание с жестким оттенком, хрипов нет. ЧД 30 в мин. Тоны сердца громкие, ритмичные. Пульс 108 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный. Стул и диурез в норме.

Ребенок госпитализирован с диагнозом: «ОРВИ, среднетяжелое течение. Дифтерия глаза?».

Клинический анализ крови: Нв – 126 г/л, Эр – $3,01 \times 10^{12}/\text{л}$, цп – 0,9, Лейк. – $7,2 \times 10^9/\text{л}$; п/я – 6%, с/я – 34%, э – 2%, м – 4%, л – 54%; СОЭ – 18 мм/час.

Мазок из зева (ИФ) на антигены: гриппа (-), парагриппа (-), аденовируса (+), РС (-).

Вопросы

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Дайте характеристику возбудителя.
3. Особенности патогенеза заболевания.
4. Перечислите клинические формы данного заболевания согласно классификации.
5. Проведите дифференциальный диагноз между ОРВИ и дифтерией глаза.
6. Какие исследования необходимо провести для подтверждения диагноза?

7. План лечения данного заболевания.
8. Назовите основные осложнения заболевания.

Задача № 4 (эталон ответа)

1. ОРВИ, аденовирусная инфекция, средней степени тяжести.
2. Возбудитель аденовирусной инфекции – вирус семейства аденовирусов. Известен 41 серовар от человека. Один и тот же серовар может вызывать разные клинические формы.
3. Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки верхних дыхательных путей, реже конъюнктивы и кишечник. Репродукция аденовирусов может происходить в ткани кишечника, лимфатических узлах, слизистой оболочке бронхов и альвеол. Током крови аденовирусы заносятся в печень, почки, селезенку, ЖКТ, вызывая их поражение.
4. Аденовирусная инфекция классифицируется по основному синдрому: катар дыхательных путей; ринофарингоконъюнктивальная лихорадка; конъюнктивит; кератоконъюнктивит; бронхообструкция; тонзиллофарингит; пневмония; диарея; гепатит.
5. Дифтерия глаза обычно сочетается с другими локализациями дифтерийного процесса – дифтерией ротоглотки, носа. Как самостоятельная форма дифтерия не сопровождается катаральным синдромом. Для исключения дифтерии целесообразно исследовать мазки из носа, ротоглотки, конъюнктивы на VL. Провести риноскопию и ларингоскопию.
6. Экспресс диагностика – метод иммунофлюоресценции. Вирусологическая диагностика – на выделение вируса из носоглоточных смывов, отделяемого из глаз и фекальных масс. Серологические – РСК, РТГА, РН.
7. Местные антисептики и антибиотики – 0,05% р-р дезоксирибонуклеаза, 20-30% р-р сульфацила натрия, теброфиновая мазь. Системные антибиотики (цефалоспорины I-II поколения). Патогенетическая терапия: дезинтоксикационная, десенсибилизирующая; симптоматическая терапия, витамины, донорский иммуноглобулин.
8. К осложнениям относят отиты, синуситы, ангины и пневмонии.

РЕКОМЕНДУЕМАЯ ЛИТЕРАТУРА

Основная литература:

1. Иммунопрофилактика 2014 . /Справочник //В.К. Таточенко, Н.А. Озерецковский, А.М. Федоров, Москва, 2014.- 198 с.
2. Неотложная педиатрия /Учебное пособие // Ю.С. Александрович, В.И. Гордеев, К.В. Пшениснов, СПб, 2010. – 267 с.
3. Инфекционные болезни у детей // Учебник под редакцией Тимченко В.Н. – Санкт-Петербург – 2010.
4. Учайкин В.Ф. Руководство по инфекционным болезням у детей // М. – 2004.

Дополнительная литература:

1. Зверева Н.Н. и соавторы. Эффективность топического бактериального лизата для профилактики респираторных инфекций. //Детские инфекции. 2010, № 4, с.51
2. Харламов Ф.С. и соавторы. Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей.//Лечащий врач 2011 №1, с.13
3. Романцов М.Г. и соавторы. Эффективность циклоферонов у детей в период повышенной заболеваемости ОРВИ и гриппом. //Российский вестник перинатологии и педиатрии, 2010, № 6 с.109
4. Терентьева А.А., Кондратьева Е.И. Оценка эффективности применения Анаферона детского для профилактики острых респираторных инфекций у детей с хроническим пиелонефритом. //Педиатрия 2011, № 1, с.107
5. Заплотников А.Л. и соавторы. Индукторы интерферонов. Противовирусные и иммуномодулирующие эффекты в клинике детских инфекций. //Поликлиника 2010 № 5 с.100
6. Романцов М.Г. и соавторы. Противовирусные препараты при респираторных заболеваниях у детей. // Российский педиатрический журнал 2010, №6, с.32.
7. Бабушка. Энциклопедия народной медицины. // Кировоград. – 2004-2009.
8. Поликлиническая педиатрия // Учебник под редакцией Калмыковой Л.С. // М. – 2007.
9. Туришев С.Н. Фитотерапия (учебное пособие) // М. – 2004.
10. Физиотерапия // Национальное руководство под редакцией Пономаренко Г.Н. – М. – 2009.
11. Царегородцев А.Д., Таболин В.Т. Руководство по фармакотерапии в педиатрии и детской хирургии. (Детская пульмонология) // М. - 2002.
12. Молочный В.П., Рзянкина М.Ф., Жила Н.Г. Педиатрия: неотложные состояния у детей. Справочник. // Ростов-на-Дону. – 2008 .
13. А.Н. Маянский - Риновирусы: новое о старой инфекции //Вопросы диагностики в педиатрии – 2012; №6, с.11-15;
14. Т.А.Ковтун – Современная педиатрия острых респираторных

- заболеваний у детей // Инфекционные болезни – 2012; №1, том 10, с.74-79;
13. Н.И. Вознесенская, Т.В. Маргиева – Острые респираторные инфекции у детей – выбор тактики ведения // Педиатрическая фармакология – 2011; №2, с.130-133;
 14. Р.Ш. Якупова, М.А. Скачкова - Оценка эффективности комбинированного препарата от кашля в лечении острых респираторных заболеваний у детей // Вопросы современной педиатрии – 2011; №2, с.111- 114;
 15. Э.Э. Локшина, С.В. Зайцева - Новые возможности муколитической терапии у детей с острыми респираторными заболеваниями // Вопросы педиатрической терапии – 2011; №1, с.67-71;
 16. О.В. Зайцева - Острые респираторные инфекции у детей с аллергией // Врач – 2011; №1, с.18- 20;
 17. Ф.С. Харламова, В.Ф. Учайкин – Лечение и профилактика острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // Лечащий врач – 2011; №1, с.13-20;
 18. Г.А. Самсыгина - Противовирусная терапия острых респираторных инфекций у детей // Педиатрия – 2011; №1, с.102-106;
 19. В.И. Лучшев - Гриппы: Сезонный, птичий, свиной // Российский медицинский журнал – 2011; №1, с.42;
 20. А.А. Романовская, Т.Н. Ильичева - Пандемический вирус гриппа А (H1N1) в Амурской области осенью 2009 года // ЖМЭИ – 2011; №1, с.35-39;
 21. Т.В. Гребенникова, А.Д. Забережный - Молекулярная диагностика гриппа // Вестник РАМН – 2011; №5, с.28-34;
 22. И.В. Шубин, А.Г. Чучалин - Диагностика и лечение ОРВИ, гриппа и гриппозной пневмонии // Поликлиника – 2011; №2; с.78-81;
 23. Н.Д. Юшук, Ю.Я. Венгеров // Инфекционные болезни – 2011; изд. 2, 704с;
 24. В.В. Черников – Коррекция иммунного статуса у детей с частыми рецидивирующими респираторными инфекциями с помощью комплексной пероральной вакцины // Вопросы современной педиатрии – 2011; т.10, №3, с.92-96;
 25. Р.Ш. Якупова, М.А. Скачкова – Оценка эффективности комбинированного препарата от кашля в лечении острых респираторных заболеваний у детей // Вопросы современной педиатрии – 2011; т.10, №3, с. 111-114;
 26. Л.М. Житникова – ОРВИ у детей и современные возможности противовирусной терапии // Вестник семейной медицины – 2010; №5-6, с.20-26;
 27. В.А. Булгакова – Современные возможности этиотропной и симптоматической терапии ОРВИ у детей // Медицинский совет – 2010; №9-10, с.63-67;

28. И.Г. Ситников, Н.В. Морякова - Эффективность гомеопатического метода терапии ОРВИ у детей // Медицинский альманах -2010; №2, с.134-136;
29. М.Г. Романцев, Ф.И. Ершов - Противовирусные препараты при респираторных заболеваниях у детей // Российский педиатрический журнал – 2010; №6, с.32-38;
30. Г.Г. Онищенко, Е.Б. Ежлова - Пандемия гриппа А (H1N1) в мире и РФ 2009-2010 – 2010 г. и прогноз на 2010 – 2011 г. // ЖМЭИ – 2010; №6, с.12-17;
31. Г.М. Кожевникова - Грипп. Опасен по-прежнему // Медицинский вестник – 2010; №29, с.9-11;
32. Л.М. Камалова, Т.В. Лисовская - Грипп. Новые штрихи к портрету // Уральский медицинский журнал – 2010; №6, с.5-9;
33. Н.В. Юргель, К.С. Давыдова - Сезонный грипп 2009 – 2010 г. // Ремедиум – 2010; №1, с.14-18;
34. Ю.З. Гендон - Свиной грипп А (H1N1) // ЖМЭИ – 2010; №4, с.105-114;
35. М.Ю. Щелканов, Н.Д. Львов - Динамика распространения пандемического гриппа А (H1N1) на Дальнем Востоке в 2009 г. // Вопросы вирусологии – 2010; №3, с. 10-15;
36. Д.К. Львов, Е.И. Бурцева - Распространение нового пандемического вируса гриппа А (H1N1) в России // Вопросы вирусологии – 2010; №3, с.4-9;
37. В.И. Лучшев - Грипп у людей, птиц и животных // Российский медицинский журнал – 2010; №1, с.37-42;
38. Г.А. Самсыгина – Противовоспалительная терапия острых респираторных инфекций у детей // Педиатрия – 2011, т.90, №1, с.102-106;
39. М.Г. Романцов, Ф.И. Ершов – Противовирусные препараты при респираторных заболеваниях у детей // Российский педиатрический журнал – 2010; №6; с. 32-38;
40. Ю.В. Румянцева, А.И. Карачунский - Лечение рецидивирующих инфекций респираторного тракта у детей // Педиатрия – 2009; №4, с.19-27;
41. Н.А. Геппе, Н.А. Селиверстова - Особенности комбинированной терапии острых респираторных заболеваний у детей с контролем функции легких методом бронхографии // Вопросы практической педиатрии – 2009; №4, с.71-75;
42. Н.А. Коровина, Л.В. Заплатникова - Принципы профилактики ОРВИ у детей // РМЖ – 2009; №1, с.31- 35;
43. О.И. Афанасьева – Клиническая характеристика гриппа у детей в современном мегаполисе // Детские инфекционные болезни – 2009; т.87, №1, с.10-13;

44. Д.К. Львов - Грипп, вызванный новым пандемическим вирусом А (H1N1). Клиника, диагностика, лечение. // Медицинская газета – 2009; №81, с.10-11;
45. А.Л.Заплатников - Современные подходы к терапии ОРВИ и гриппа у детей // Медицинский совет -2009; с.37-43;
46. Ю.Б.Белан, М.В.Старикович - Грипп А /California/2009 (H1N1) у детей // ж-л « Лечащий врач» - 2009; №10, с.50-53
47. Н.И.Кузнецов – Грипп. Что должен знать врач общей практики // Лекции -2009; с.5-12;
48. Э.Г.Деева – Грипп. На пороге пандемии // Руководство для врачей – 2008; с.208- 211;
49. Ю.А.Мизерницкий - Бронхообструктивный синдром при острых респираторных инфекциях у детей // Медицинская газета – 2008; №33, с.8-9;
50. Ю.А.Мизерницкий – Восстановительное лечение детей с частыми респираторными заболеваниями // Медицинская газета – 2008; №58, с.8-10;
51. С.Л.Бевза, Ф.С.Харламова – Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция: современный взгляд на проблему // Детские инфекции -2008; №1, с.43-46;
52. Н.Б.Беляева, В.Т.Тетова – Грипп //Медицинская газета – 2008; №13, с.7-9;
53. Г.А.Самсыгина, Т.В.Казюкова – Новые технологии в профилактике острых респираторных инфекций и гриппа у детей младшего возраста // Детские инфекции – 2008; №3, с.102-104;
54. Ф.С.Харламова – Грипп у детей: лечение и профилактика осложнений // Лечащий врач»- 2007; №1, с.34-40;
- 55.Н.А.Коровина, А.Л.Заплатников – Топическая противовирусная терапия гриппа и ОРВИ у детей //Педиатрия, 2008, т.87 с.120-124
56. Н.Д. Ющук – Лекции по инфекционным болезням – 2007; 1032 с.;
57. В.П.Тимченко – Воздушно-капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача // ЭЛБИ-СПб – 2007; 644 с.;
58. М.С. Савенкова – Современные аспекты этиопатогенеза и тактики ведения детей с острым стенозирующим ларингитом // Педиатрия, 2008, Т.87, №1, с.134-138
59. О.В. Шамшева, В.Ф.У чайкин – Лечение и профилактика рецидивирующих инфекций респираторного тракта у детей // Детские инфекции, 2008, №3, с.49-52
60. Современные принципы этиопатогенетической терапии гриппа и других ОРВИ у детей – Информационное письмо//Санкт-Петербург, 2007, 8с.
61. С.Ю. Артемова, Т.Е. Таранушенко – Эффективность бактериальных лизатов в лечении острых респираторных инфекций у детей младшего школьного возраста// Педиатрия, 2007, т.87, №1, с.125-128

62.Н.Д. Ющук, Д.Р. Ахмедов – Грипп птиц у человека: угроза пандемии//
Москва, 2007, 72 с.

Информация по острым респираторным вирусным инфекциям доступна на
следующих сайтах

1. <http://www.old.consilium-medicum.com>
2. <http://www.medkrug.ru/medicament>
3. <http://www.pediatrii.mifua.com>
4. <http://www.rmj.ru>
5. <http://www.vidal@ru.cmpmedica.com>
6. Minzdrav.gov.ru
7. www.Doctor.ru