Бюджетное учреждение высшего образования Ханты-Мансийского автономного округа - Югры

Ханты-Мансийская государственная медицинская академия

Факультет Среднего медицинского профессионального образования

**КУРСОВАЯ РАБОТА**

**"Клинические особенности, профилактика и лечение гриппа"**

Студент

Специальность: "Сестринское дело"

Курс: 3 Группа:305/1

Кубатбекова Алия Кубатбековна

Научный руководитель

Вотинцева Татьяна Владимировна

Ханты-Мансийск 2014

**Содержание**

Введение

. Общие сведения о гриппе

.1 Этиология

.2 Эпидемиология

.3 Патогенез

.4 Клиническая картина

.5 Осложнения

. Диагностика

.1 Диагностика гриппа - разные методы

.2 Диагностика гриппа: экспресс-методы

.3 Дифференциальный диагноз

.4 Диагноз

. Лечение

.1 Немедикаментозное лечение гриппа

.2 Неспецифическая лекарственная терапия при гриппе

.3 Противовирусная терапия

.4 Правила выписки

.5 Реабилитация

.6 Диспансерное наблюдение

. Профилактика

Список литературы

**Введение**

Инфекционные болезни на протяжении многих столетий были и остаются наиболее опасными болезнями человеческого организма из-за их способности вовлечь в процесс большое число здоровых людей в течение короткого периода времени.

Один из самых распространенных и быстрых способов передачи инфекционных болезней является воздушно-капельный (пылевой, ингаляционный) путь заражения. Таким путем могут передаваться заболевания, вызываемые как вирусами, так и бактериями. Сопутствующий воспалительный процесс слизистых оболочек верхних дыхательных путей способствует распространению возбудителей. Большое количество микробов выделяется с капельками слизи при кашле, чихании, разговоре, плаче, крике. Степень мощности этого пути передачи зависит от характеристик (наиболее важен размер частиц) аэрозолей. Крупные аэрозоли рассеиваются на расстояние 2-3м и быстро оседают, мелкие же преодолевают расстояние не более 1м при выдохе, но могут длительное время оставаться во взвешенном состоянии и перемещаться на значительные расстояния благодаря электрическому заряду и броуновскому движению. Инфицирование человека возникает в результате вдыхания воздуха с содержащимися в нем капельками слизи, в которых и находится возбудитель. При таком способе передачи максимальная концентрация возбудителей будет вблизи источника инфекции (больной или бактерионоситель). Воздушно-капельный путь передачи зависит от устойчивости возбудителей во внешней среде. Большое количество микроорганизмов быстро погибает при подсыхании аэрозолей (вирусы гриппа, ветряной оспы, кори), другие же достаточно стойкие и сохраняют свою жизнедеятельность и свойства длительное время в составе пыли (до нескольких суток). Поэтому заражение ребенка может иметь место при уборке помещения, игре запыленными игрушками и т.д., такой "пылевой" механизм передачи эффективен при дифтерии, сальмонеллезе, туберкулезе, скарлатине, и других заболеваниях.

В современных условиях, когда развита миграция населения, концентрация населения в мегаполисах, активные коммуникации, вирусы широко распространяются и вызывают различные заболевания.

Острая респираторная вирусная инфекция (ОРВИ) - группа клинически и морфологически подобных острых воспалительных заболеваний органов дыхания, возбудителями которых являются пневмотропные вирусы. ОРВИ - самая распространённая в мире группа заболеваний, объединяющая грипп, парагрипп, респираторно-синцитиальную инфекцию, риновирусную и аденовирусную инфекции и другие катаральные воспаления верхних дыхательных путей. В процессе развития вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией.

Классификация ОРВИ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Возбудители | Представители | Вызываемые ими заболевания |
| Вирусы (ОРВИ) | Вирусы гриппа Вирусы парагриппа Аденовирусы Риновирусы РС-вирусы Энтеровирусы Реовирусы Коронавирусы Бокавирусы человека Метапневмовирусы | Грипп, птичий грипп Парагрипп Аденовирусная инфекция Риновирусная инфекция РС-инфекция Энтеровирусная инфекция Реовирусная инфекция Коронавирусная инфекция, ТОРС Бокавирусная инфекция |
| Бактерии (ОРЗ) | Стафилококки Стрептококки Пневмококки Гемофильная палочка тип b | Стафилококковая инфекция Стрептококковая инфекция Пневмококковаяя инфекция Гемофильная инфекция (ХИБ-инфекция) |
| Грибы | Кандида | Кандидоз |

Одним из самых распространенных видов ОРВИ является грипп - он наблюдается у 90% больных респираторными вирусными инфекциями.

Грипп (фр. grippe, от нем. grippen - "схватить", "резко сжать") - это острая вирусная инфекция с воздушно-капельным путем передачи, характеризующаяся острым началом, лихорадкой, общей интоксикацией и поражением респираторного тракта.

Эпидемический подъем заболеваемости респираторными инфекциями в целом по ХМАО-Югре начался с 11 недели (10.03.-16.03.2014), когда показатель составил 1039,3 на 100 тыс. населения и превысил эпидемический порог на 24,8% и регистрировался в гг. Сургуте (1278,2 на 100 тыс.), Когалыме (1060,9 на 100 тыс.), Лангепасе (1276,8 на 100 тыс.), г. Нижневартовске (1475,3 на 100 тыс.), Пыть-Яхе (1304,48 на 100 тыс.), Ханты-Мансийске (1064,8 на 100 тыс.), г. Нефтеюганске (1019,5 на 100 тыс.), Нефтеюганском районе (1018,9 на 100 тыс.).

В эпидемию острых респираторных заболеваний в 2014 г. было зарегистрировано около 170 тысяч случаев ОРВИ (в 2013 году - более 210 тысяч) и 134 случаев гриппа (в 2013 - 663), что на 19% меньше, чем за аналогичный период прошлого года.

На долю вируса гриппа А (H3N2) пришлось наибольшее число случаев - 1,7% (49 случаев лабораторно подтвержденного гриппа), в 0,4% (11 лабораторно подтвержденного) случаев обнаруживался А (H1N1).

Таким образом, эпидемический подъем заболеваемости гриппом и ОРВИ был смешанной этиологии с преимущественной циркуляцией вируса гриппа подтипа А(H3N2) и РС-вируса.

Госпитализировано по причине гриппа и ОРВИ в лечебно-профилактические учреждения 2258 человек (1,3%).

В эпидсезон 2014 года в Югре зарегистрировано два летальных случая, данные лица не были привиты против гриппа.

Снижению активности эпидемического подъема заболеваемости ОРВИ и гриппом способствуют профилактические и противоэпидемические мероприятия.

**Актуальность** ОРВИ и гриппа определяется,

· Высокой заболеваемостью - в РФ ежегодно на ОРВИ и грипп приходится до 90% от всей регистрируемой инфекционной заболеваемости (до 30 млн человек, из них 45-60 % дети).

· После каждой эпидемии гриппа возрастает число летальных исходов от сердечно-сосудистых и легочных заболеваний.

· Экономический ущерб от ОРВИ и гриппа достигает 90% экономических потерь, наносимых всеми инфекционными болезнями.

Особенностями ОРВИ и гриппа является их убикватность - повсеместная распространённость, поражаются все слои населения (в том числе имущие и неимущие), все возрастные группы (в том числе дети и пожилые).

Второй особенностью ОРВИ и гриппа является их полиэтиологичность - причиной ОРВИ могут быть более 200 различных возбудителей, преимущественно вирусных. Этот факт, а также уникальная изменчивость вируса гриппа определяют глобальный характер эпидемий, малую эффективность вакцинопрофилактики и, соответственно, неконтролируемость ОРВИ.

Полиморфизм клинических проявлений, с одной стороны, и сходство клинической симптоматики, с другой, определяют сложность клинической диагностики отдельных нозологических форм ОРВИ (грипп, парагрипп и т.д.) и, следовательно частые ошибки в лечении, главным образом этиотропном.

Каждый взрослый человек в среднем в год болеет 2 раза ОРВИ, школьник -3 раза, ребенок дошкольного возраста -6 раз.

**Объект исследования -** Профилактика гриппа

**Предмет исследования -** Эффективные методы профилактики гриппа

**Цель работы:** Выяснить роль медицинской сестры в лечебно - диагностических и профилактических мероприятиях при гриппе

**Задачи исследования:**

1. Изучить нормативные документы, регламентирующие лечебно-диагностические и профилактические мероприятия при гриппе.

2. Раскрыть основную деятельность медсестры в профилактике гриппа

. Оказание доврачебной помощи при неотложных состояниях

**Методы исследования -** анализ, статистика

**1. Общие сведения о гриппе**

**.1 Этиология**

До 1933 года возбудителем гриппа считалась палочка Афанасьева -Пфейффера. Достоверно вирусная природа гриппа установлена в 1933 году в Англии Смитом, Эндрюсом и Лейдлоу, выделившими специфический пне вмотропный вирус из легких хомячков, зараженных смывами из носоглотки больных гриппом, и обозначенный ими как вирус гриппа типа А. В 1940 году Френсис и Мэджил открыли вирус гриппа типа В, а в 1947 году Тейлор выделил еще один новый вариант вируса гриппа - типа С.

Описано пять пандемий гриппа А: "испанка" в 1918гю (вызвана вирусом гриппа А (H1N1), погибло более 40 млн человек), пандемия "азиатского гриппа" в 1957г. (вызвана вирусом гриппа А (H2N2), погибло около 1 млн человек), пандемия " гонконгского гриппа" в 1968 г.(вызвана вирусом гриппа А(H3N2), погибло более 0,75 млн человек, "русский грипп" в 1977 г.(вызвана вирусом гриппа А (H1N1), "свиной грипп" в 2009-2011гг (вызвана вирусом гриппа А (H1N1).

Возбудители гриппа относятся к семейству ортомиксовиру-сов (Orthomyxoviridae) и являются пневмотропными вирусами. Схематическое строение вируса гриппа представлено на рис. 1. Геном вируса складывается из 8 фрагментов однонитчатой РНК, которые кодируют 10 вирусных белков. Фрагменты РНК имеют общую белковую оболочку, соединяющую 1их, образуя антигенно-стабильный рибонуклеопротеид (S-антиген), который определяет принадлежность вируса к серотипу А, В или С. Снаружи вирус покрыт двойным липидным слоем, с внутренней стороны которого находится слой мембранного белка.



Рис. 1. Схематическое строение вируса гриппа

Над оболочкой вируса поднимаются два типа "шипов" (гликопротеины) - гемагглютинин (Н) и нейраминидаза (N) - поверхностные антигены вируса гриппа. Гемагглютинин - полипептид, назван так благодаря способности гемолизировать эритроциты. Он имеет высокую изменчивость и иммуногенность, обеспечивая прикрепление вируса к клетке. Нейраминидаза - это гликопротеидный комплекс, который определяет ферментативную активность, отвечает за способность вирусной частицы проникать в клетку хозяина и выходить из нее после размножения.

Гемагглютинин и нейраминидаза являются факторами агрессии вируса гриппа. Интенсивность интоксикации при гриппе определяется свойствами гемагглютинина, а нейраминидаза обладает выраженным иммунодепресивным действием. Оба поверхностных антигена характеризуются выраженной способностью к изменчивости, в результате чего появляются новые антигенные варианты вируса. Гемагглютинины 1, 2, 3-го типов и нейраминидазы 1, 2-го типов содержат вирусы, которые поражают человека. Другие антигены характерны для вирусов гриппа животных (свиней, собак, лошадей, многих видов птиц и др.).

Вирусы гриппа А. Эти возбудители более вирулентны и контагиозны, чем вирусы гриппа В и С. Это обусловлено тем, что вирус А содержит 2 типа нейраминидазы (N1, N2) и 4 - гемагглютинина (НО, HI, H2, НЗ); вирус В - 1 и 1 соответственно, поэтому он имеет лишь антигенные варианты внутри одного серотипа; вирус С содержит только гемагглютинин и не содержит нейраминидазу, но он имеет рецептор, который разрушает энзим. Вирусу С несвойственна изменчивость.

Одновременно циркулируют и имеют эпидемическое распространение 2 подтипа вируса гриппа А - H3N2 и H1N1. На сегодняшний день во всем мире доминирует вариант А/Сидней/05/97, А/Берн/07/95 и А/Пекин/262/95. Характерной чертой современных вирусов гриппа A (H3N2) является изменение ряда их биологических свойств: тяжело размножаются в куриных эмбрионах, не агглютинируют эритроциты кур, взаимодействуют только с эритроцитами человека или морской свинки, имеют низкую иммуногенную активность.

Вирусы гриппа В выделяются только от людей. По вирулентности и эпидемиологической значимости они уступают вирусам гриппа А. По антигенным свойствам гемагглютинин и нейраминидазу вируса В можно разделить на 5 подтипов. Их изменчивость носит более постепенный и медленный характер, что объясняет эпидемиологические особенности вируса гриппа В (эпидемии возникали 1 раз в 3-4 года до 1988 г.). В мире сейчас циркулируют 2 варианта вируса гриппа В: В/ Пекин/184/93 (Европа, Америка, Африка, Австралия) и В/Виктория/2/87 (Юго-Восточная Азия). Характерной чертой современных вирусов гриппа А и В является их высокая чувствительность к ингибиторам гемагглютинирующей и инфекционной активности, которые содержатся в сыворотке крови нормальных животных.

Вирусы гриппа С. Вирусы гриппа С, в отличие от вирусов А и В, не вызывают эпидемий, но они могут быть причиной вспышек в организованных детских коллективах. Подъемы заболеваемости гриппом С нередко предшествуют или сопровождают эпидемии гриппа А и В. У детей раннего возраста и более старших возрастных групп он приводит к заболеваниям в легкой и бессимптомной форме.

Для вирусов гриппа С характерна значительно большая стабильность антигенных и биологических свойств. По ряду биологических характеристик эти возбудители отличаются от других представителей семейства ортомиксовирусов. Им присуща низкая репродуктивная активность в разных клеточных системах и наличие других, чем у вирусов гриппа А и В, рецепторов на поверхности эритроцитов. Рецептор-деструктирующая активность связана не с нейраминидазой, как у вирусов гриппа А и В, а с ферментом нейраминат-О-ацетилестеразой.

Сложность этиологии усиливают факты выделения от людей вирусов, которые не свойственны человеку. Гены вируса гриппа (H5N1), выделенные в 1997 г. от человека в Гонконге, оказались подобными генам птичьего вируса, который преодолел межвидовой барьер. Оказалось, что человеческие и птичьи вирусы гриппа были реасортантами (рекомбинантные штаммы), которые получили внутренние гены РВ 1 и РВ 2 от перепелиного вируса гриппа A (H9N2) - штаммы А/перепел/ Гонконг/61/97.

Вирусы гриппа малоустойчивы во внешней среде, в течение нескольких часов при комнатной температуре разрушаются. Под действием дезинфицирующих растворов (спирта, формалина, сулемы, кислот, щелочей) они быстро погибают. Нагревание до 50-60°С инактивирует вирусы в течение нескольких минут, в замороженном состоянии при температуре -70° С они сохраняются годами, не теряя инфекционных свойств, быстро погибают под воздействием ультрафиолетового излучения. Оптимум размножения вируса происходит при +37°С в слабощелочной среде. Как и другие вирусы, возбудитель гриппа отнюдь не чувствителен к антибиотикам и сульфаниламидам.

Вирус гриппа не растет на обычных питательных средах. Его можно выделить из материала, который получен от больного в первые дни болезни (смывы из носоглотки, мокроты), путем заражения культур или клеток куриных эмбрионов.

Традиционно считалось, что человеческий организм освобождается от возбудителя в ближайшие дни после выздоровления. Однако постепенно накапливались косвенные свидетельства, которые опровергают эту точку зрения. И в 1985 г. были получены прямые доказательства формирования длительной персистенции вируса гриппа. У одного человека удалось многократно выделять вирус гриппа в течение 9 месяцев и дольше. Возможность пожизненной персистенции вируса в организме человека продолжает изучаться.

**.2 Эпидемиология**

грипп эпидемия инфекция вакцинация

Резервуаром вируса и источником инфекции, как правило, является больной человек, возможно, вирусоноситель. Условия формирования вирусоносительства мало изучены. Известно, что фактором, который способствует персистенции вируса, является иммунодефицитное состояние хозяина. В последние годы не исключается также возможность развития хронической гриппозной инфекции. Последние вспышки гриппа (например, в Гонконге) дают основания предполагать, что возможна передача вируса типа А от животного к человеку.

Эпидемиологическую опасность человека, который инфицирован вирусом гриппа, определяют два фактора: количество вируса в слизи верхних дыхательных путей и выраженность катарального синдрома. Доза вируса, который инфицирует, для человека составляет около 0,0001 мл носоглоточного секрета. В инкубационном периоде вирусы гриппа выделяются в единичных случаях из-за отсутствия катарального синдрома. В разгар заболевания вирусы выделяются достаточно интенсивно. Частое выделение вируса сохраняется и в периоде реконвалесценции после нормализации температуры, что обеспечивается наличием остаточных катаральных явлений в дыхательных путях. Для определения сроков изоляции больных необходимо знать о сроках выделения возбудителя. Так, срок выделения вируса A (H1N1) составляет 21-26 дней, вируса A (H2N2) - 25 дней, A (H3N2) - 22 дня, вируса В - до 30 дней. Описаны случаи выявления вируса через 20-40 и даже 150-180 дней после начала заболевания. Большую эпидемическую опасность представляют больные, которые при заболевании гриппом не остаются дома, а продолжают посещать общественные места. Продолжая вести активный образ жизни, они успевают заразить большое количество людей.

Механизм передачи возбудителя при гриппе - аэрогенный, который реализуется воздушно-капельным, воздушно-пылевым и, реже, бытовым путем передачи, например заражением через предметы быта.

При кашле, чихании, разговоре из носоглотки больного или вирусоносителя распространяются частицы слюны, слизи, мокроты с болезнеобразующей микрофлорой, в том числе с вирусами гриппа (рис. 2). На короткий период вокруг больного образуется зараженная зона с максимальной концентрацией аэрозольных частиц. Частицы размером более 100 мкм (крупнокапельная фаза) быстро оседают. Дальность их рассеивания обычно не превышает 2-3 м. Если учесть, что 80% частиц, которые выбрасываются при этом, размером свыше 100 мкм, выходит, что они будут быстро оседать и иметь эпидемиологическое значение главным образом для лиц, которые находятся в непосредственной близости от больного. Экспериментально подтверждено, что жизнеспособность, вирулентность и инфекционные свойства вируса гриппа сохраняются в воздухе помещений в течение 2-9 часов, на бумаге, картоне, тканях - 8-12 часов, на металлических предметах и пластмассе - 24-48 часов. После контакта с инфицированной поверхностью вирусы гриппа остаются жизнеспособными и вирулентными на коже рук в течение 8-15 минут, на поверхности стекла - до 10 дней. С падением относительной влажности воздуха срок выживания вируса увеличивается, а при повышении температуры воздуха до 32°С он сокращается до одного часа.



Рис. 2. Рассеивание аэрозольных частиц при чихании

Более мелкие частицы аэрозоля способны проникать в отделы дыхательных путей и вызывать инфицирование. Частицы размером более 30 мкм оседают на слизистой оболочке носа, гортани и трахеи; размером 3-10 мкм - проникают в бронхиолы; 0,3-1 мкм - могут достигать альвеол. Репродукция вирусов происходит с исключительно высокой скоростью: при попадании в верхние дыхательные пути одной вирусной частицы уже через 8 часов количество инфекционного потомства достигает 103, а до конца первых суток - 1023. Высокая скорость размножения вируса гриппа объясняет такой короткий инкубационный период - 1-2 суток. Скорости репродукции вируса способствует распространение многих сотен вирионов, которые подготовлены лишь одной инфицированной клеткой.

Для гриппа свойственным является то, что первая встреча с вирусом гриппа остается в иммунной памяти человека на всю жизнь. Каким бы новым подтипом он и заразился, через много лет первыми в крови появляются антитела не к этому новому вирусу, который вызвал болезнь сегодня, а к тому, который вызывал еще первое заболевание много лет тому назад. Иммунологическая память В-лимфоцитов фиксирует пожизненно все встречи с вирусами гриппа. Но достаточно наименьших изменений в структуре нейраминидазы и (или) гемагглютинина, чтобы вспыхнула болезнь. Против таких новых вирусов анамнестические антитела не срабатывают. Именно этой способностью к изменчивости определяется время эпидемий и пандемий. Об эпидемии говорят тогда, когда одновременно заболевает гриппом большое количество людей в одной стране. Длительность эпидемии гриппа обычно составляет 3-6 недель. За последние годы большинство эпидемий в Украине было не завозного, а эндогенного характера. В случае пандемии грипп будет поражать одновременно большое количество людей в разных странах мира. В этом случае заболевание вызывается новыми серотипами вируса гриппа, к которым восприимчива большая часть населения. Поэтому вирус распространяется с очень высокой скоростью и вызывает заболевание в очень тяжелой форме.

Повышение заболеваемости и вспышки гриппа наблюдаются в холодное время года. Эпидемии, вызываемые вирусом гриппа типа А, повторяются каждые 2 -3 года и имеют взрывной характер (в течение 1 -1,5 мес. заболевает 20 -50% населения). Эпидемии гриппа В распространяются медленнее, длятся 2 -3 мес. и поражают не более 25% населения.

Восприимчивость к гриппу очень высокая у людей всех возрастных групп, но наибольшее количество заболеваний наблюдается у детей в возрасте от 1 до 14 лет (37%), что в четыре раза выше, чем у пожилых (10%). Относительно редкими являются случаи гриппа только среди детей первых месяцев жизни, которые получили пассивный иммунитет от матери, с 6 месяцев дети могут легко инфицироваться гриппом.

Для наблюдения за гриппом в масштабе всей планеты еще в 1947 г. на международной конференции в Копенгагене Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) приняла решение о создании сети лабораторий для изучения гриппа во всех областях земного шара. Учреждениями, которые координируют проведение исследовательских работ, стали Всемирный центр гриппа в Лондоне и соответствующая лаборатория в США. В России функции национального центра по гриппу выполняет Научно-исследовательский институт гриппа Российской академии медицинских наук, руководимый академиком РАМН, профессором О.И. Киселевым.

План заключался в том, чтобы лаборатории разных стран выделяли вирусы и пересылали их в Лондонский центр или другие центральные лаборатории для сравнительного изучения. В свою очередь, центры должны поставлять региональным лабораториям информацию и образцы новых выделенных вирусов гриппа. В данное время по программе ВОЗ в наблюдении за гриппом принимают участие ПО национальных лабораторий в 79 странах, задачей которых является выделение вируса гриппа от больных, предварительная характеристика изолятов и их передача в один из центров, что сотрудничает с ВОЗ, для более детального исследования. Такая система наблюдения за гриппом обеспечивает центральные лаборатории ВОЗ штаммами вируса гриппа для изучения эволюции этого возбудителя в масштабах всей планеты, а также позволяет осуществлять выбор штаммов для современных вакцин.

**.3 Патогенез**

Вирус гриппа избирательно поражает эпителий респираторного тракта (преимущественно трахеи). Размножаясь в клетках цилиндрического эпителия, вызывает их дегенеративные изменения, используя содержимое эпителиальных клеток для построения новых вирусных частиц. Массированный выход зрелых вирусных частиц нередко сопровождается гибелью эпителиальных клеток, а некроз эпителия и связанное с этим разрушение естественного защитногобарьера приводит к вирусемии. Токсины вируса гриппа вместе с продуктами распада эпителиальных клеток оказывают токсическое действие на сердечнососудистую, нервную (центральную и вегетативную) и другие системы организма. Гриппозная инфекция приводит к подавлению иммунитета, а при внедрении вторичной бактериальной флоры через некротизированную поверхность слизистой оболочки дыхательных путей могут возникнуть различные осложнения.

В патогенезе гриппа выделяют пять основных фаз патологического процесса:- репродукция вируса в клетках дыхательных путей;- вирусемия, токсические и токсико-аллергические реакции;- поражение дыхательных путей с преимущественной локализацией процесса в каком-либо отделе дыхательного тракта;- возможные бактериальные осложнения со стороны дыхательных путей и других систем организма;- обратное развитие патологического процесса.

В основе поражения различных органов и систем при гриппе ведущую роль играют циркуляторные расстройства, причиной которых являются нарушения тонуса, эластичности и проницаемости сосудистой стенки, прежде всего капилляров. Повышение проницаемости сосудистой стенки приводит к нарушению микроциркуляции и возникновению геморрагического синдрома (носовые кровотечения, кровохарканья, а при тяжелом течении - кровоизлияния в вещество и оболочки головного мозга, в альвеолы, что проявляется синдромом инфекционно-токсической энцефалопатии или геморрагическим токсическим отеком легких).

Грипп обусловливает снижение иммунологической реактивности. Это приводит к обострению различных хронических заболеваний, а так же к возникновению вторичных бактериальных осложнений. Наиболее частое и серьезное осложнение гриппа - острая пневмония. В настоящее время общепризнано, что пневмония при гриппе носит смешанный вирусно -бактериальный характер вне зависимости от сроков ее возникновения.

Воспалительный процесс в легких может быть обусловлен присоединением различной бактериальной флоры (чаще пневмококками), но в последние годы все большее значение приобретает золотистый стафилококк.

**1.4 Клиническая картина**

Инкубационный период короткий - от нескольких часов до 3 дней. Грипп обычно начинается остро, на фоне полного здоровья. Основные его проявления: лихорадка (до 40°С), резкое ухудшение общего состояния, головокружение, сильная головная боль. Следует отметить, что грипп - единственный вирус в семействе ОРВИ, который, попадая в организм, распространяется стремительно по всем органам, включая нервную систему, вызывая сильнейшую интоксикацию. Клинические проявления заболевания обусловлены как свойствами самого вируса и массивностью инвазии, так и степенью защитной активности организма.

В клинической картине неосложненного гриппа выделяют три ведущих синдрома: интоксикационный, катаральный и геморрагический.

Интоксикационный синдром:

Выраженная общая слабость, озноб, разбитость, недомогание

Головная боль, преимущественно в области лба с ощущением давления на глаза, иногда ощущение головокружения

Нередко отмечают боли мышцах и суставах

У детей возможны обмороки и судорожный синдром на фоне повышенной температуры

Покраснение лица и конъюнктивы глаз

Возможно "обветривание губ" в результате активации герпетической инфекции

Катаральный синдром (может быть выражен слабо или отсутствовать) - возникают чаще к концу первых - началу вторых суток болезни:

Сухость, першение, боли в горле

Заложенность носа при отсутствие насморка в первые дни болезни, затем могут появиться прозрачные или с прожилками крови выделения из носа

Бронхит, проявляющийся болью за грудиной, учащением дыхания, сухим кашлем

Во время кашля возможны рвота и сильные мышечные боли в верхних отделах живота и подреберьях

Геморрагический синдром (проявляется в 5-10% случаев):

На фоне ярко алой с синеватым оттенком слизистой оболочки ротоглотки появляются точечные кровоизлияния

В некоторых случаях отмечают носовые кровотечения

Геморрагический отек легких

При эпидемиях, вызванных появлением новых разновидностей вирусов, нередко регистрируют так называемые гипертоксические, "молниеносные" формы гриппа. В клинической картине можно выделить несколько симптомов, определяющих тяжесть и исход заболевания:

Интоксикация, крайним проявлением которой является отек мозга - сильнейшая головная боль, рвота, оглушенность или потеря сознания, головокружение, повышение артериального давления, брадикардия, миненгиальные симптомы.

Острая дыхательная недостаточность вследствие выраженного токсикоза и циркуляторных нарушений, уменьшения дыхательной поверхности в связи с обширным поражением легких. Основными клиническими проявлениями дыхательной недостаточности являются: одышка, акроцианоз, потливость, тахикардия, нарушение ритма дыхания и нервно-психического статуса

Острая сосудистая недостаточность, спазм сосудов печени и почек, кишечника, скелетной мускулатуры, кожи. При недостаточности компенсаторных механизмов спазм сосудов ведет к длительной ишемии и развитию необратимых нарушений в тканях и системах организма. Грипп не вызывает сердечной недостаточности, но у больных с ишемической болезнью и другими заболеваниями сердца может возникнуть тяжелая кардиогенная недостаточность кровообращения.

Клинические симптомы гриппа у детей проявляются, как и у взрослых. Однако, у детей в возрасте до двух лет грипп протекает тяжелее и значительно выше частота развития тяжелых форм, осложнений вплоть до летального исхода.

Так, у малышей раннего возраста помимо основных, перечисленных выше симптомов, заболевание может протекать с энцефалическойилил даже менингоэнцефалической реакцией (гипертермия, судороги, потеря сознания) в сочетании с геморрагическим синдромом. При гипертоксических формах возможны обширные кровоизлияния в различные органы, развитие токсической энцефалопатии, нарушение терморегуляции, токсическое поражение надпочечников, желудочно-кишечного тракта, печени, дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность.

Именно поэтому по рекомендации ВОЗ вакцинация против гриппа, как наиболее эффективная и безопасная профилактическая мера, была включена в национальные календари прививок правительствами стран Европы и США, а в 2006 году - и России.

Кроме детей младшего возраста к группам высокого риска развития тяжелой формы заболевания и развитию осложнений также отнесены пожилые люди в возрасте старше 65 лет и люди, страдающие хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями, хроническими метаболическими заболеваниями (включая сахарный диабет), заболеваниями печени, почек, иммунодефицитами.

**.5 Осложнения**

Попадая в кровь, вирус гриппа в первую очередь, поражает сосудистую систему и клетки крови, резко ослабляя защитные механизмы и открывая ворота для бактериальной инфекции.

Следует отметить, что тяжелые клинические осложнения, такие как пневмония, бронхиты, вторичные бактериальные инфекции верхних дыхательных путей (отиты, синуситы), осложнения со стороны нервной и сердечно-сосудистой систем или обострения хронических заболеваний (сахарный диабет, сердечная недостаточность, хронические обструктивные бронхопневмонии и т. п.) весьма часто встречаются среди пожилых и ослабленных людей и представляют для них серьезную опасность, являясь зачастую причиной отсроченной смерти (Семенов Б.Ф.).

Особое место среди осложнений занимает так называемый синдром послевирусной астении (СПА), который может развиваться у 65% больных в течение 1 мес. от начала инфекции. СПА отличается пестрой клинической картиной, ведущими симптомами которой являются усталость, эмоциональные нарушения и различные психические расстройства. Человек, перенесший грипп, уязвим к бактериальным инфекциям, аллергическим и другим заболеваниям, способствующим развитию хронической бронхолегочной патологии и других заболеваний.

По наблюдениям специалистов, длительность СПА может составлять годы и зависит, по-видимому, от персистенции вируса, состояния организма, его иммунной системы. СПА может сопровождаться психическими расстройствами - от легких депрессий до выраженных нарушений поведения.

Осложнения гриппа многочисленны и могут быть разделены на 2 категории (таблица 1).

Таблица 1

|  |  |
| --- | --- |
| Обусловленные вирусом и его механизмом поражения | Обусловленные присоединением бактериальной инфекции |
| Геморрагический отек легких - быстрое нарастание одышки, цианоза, появление кровянистой иногда пенистой мокроты. Одновременно могут развиться дыхательная недостаточность, кома, резкое падение артериального давления, что приводит к летальному исходу | Пневмония - воспаление легких, проявляется лихорадкой, выраженным кашлем с отделением мокроты, болью в грудной клетке, отдышкой. У пожилых больных возможны расстройства сознания и бред |
| Инфекционно-токсический шок - может развиться на 1-2 сутки заболевания, проявляется ознобами, обильным потоотделением, резко учащенным сердцебиением. Одновременно усиливается головная боль, появляются спутанность сознания, рвота, судороги, гиперестезия, двигательное возбуждение, снижается количество или отсутствует моча. Нередко появляются кровоизлияния на коже и слизистых оболочках | Синусит - воспаление придаточных пазух носа (гайморовой, лобной, клиновидной или решетчатого лабиринта). Клиническая картина зависит от того, в какой именно пазухе локализован воспалительный процесс. Общие признаки: головная боль, боль в области пазухи, отделяемое из носа может отсутствовать (сфеноидит) или быть желтовато-зеленого цвета с неприятным запахом (гайморит) |
| Серозный менингит - воспаление мягких оболочек головного мозга, проявляется лихорадкой, сильными головными болями, рвотой. После заболевания у детей могут наблюдаться повышенная утомляемость, головные боли и т.п., что требует диспансерного наблюдения невропатолога |  Отит - воспаление уха, состоящего из барабанной полости, сосцевидного отростка и слуховой трубы. Главная особенность гриппозного отита заключается в образовании наполненных кровянистой жидкостью пузырьков, которые обнаруживаются при специальном методе исследования - отоскопии. Эти пузырьки могут спонтанно лопаться и быть причиной появления кровянистых выделений в слуховом проходе еще до того, как образуется разрыв в барабанной перепонке. Снижение слуха при гриппозном отите нередко носит смешанный характер, что связано с токсическим воздействием вируса на слуховой нерв. |
| Менингоэнцефалит - воспаление вещества и оболочек мозга. К симптомам менингита присоединяются неврологические признаки, быстро развивается кома, признаки поражения ствола мозга, центры регуляции дыхания, сердечно-сосудистой деятельности. | Бронхит - воспалительное заболевание слизистой оболочки бронхов. При легком течении заболевания возникают саднение за грудиной, сухой, реже влажный кашель, чувство разбитости, слабость. Температура тела незначительно повышена или нормальная. При среднетяжелом течении характерны сильный сухой кашель с затруднением дыхания и одышкой, боль в нижних отделах грудной клетки и брюшной стенки, связанная с перенапряжением мышц при кашле. Кашель постепенно становится влажным, мокрота приобретает слизисто-гнойный или гнойный характер. |
| Отек головного мозга - накопление жидкости в ткани головного мозга, которое проявляется выраженной головной болью, неукротимой рвотой. Может привести к смерти больного | Миозит - воспалительное заболевание скелетных мышц. Клинически характеризуется локальными болями, интенсивность которых нарастает. Боли резко усиливаются при движениях, вызывающих сокращение пораженных мышц, а также при их ощупывании. |
| Обострение имеющихся хронических заболеваний, возникновение инсульта, инфаркта, у беременных может возникнуть угроза прерывания беременности. |  Пиелоцистит (или пиелонефрит) - воспаление выделительной системы почки, к которому присоединяется воспаление мочевого пузыря (при пиелонефрите воспаление переходит еще и на лохань почки). |

**. Диагностика**

Диагностика гриппа направлена на выделение вируса гриппа из биологического материала больного человека - мокроты, мазков, отпечатков и смывов со слизистой оболочки зева, носоглотки, иногда крови и даже спинномозговой жидкости. Сегодня возможности диагностики гриппа распространяются также на индикацию и определение вирусного генетического материала (рибонуклеиновой кислоты).

Все современные методы диагностики гриппа обладают высокой чувствительностью и специфичностью. Важно и то, что результаты диагностики можно получить за короткий срок. Следует помнить, что для повышения достоверности результатов диагностики гриппа забор биологического материала (мазки, смывы и т.п.) должен быть произведен в первые 2-3 суток от начала заболевания.

**2.1 Диагностика гриппа - разные методы**

В начале болезни (острый период) вирус гриппа выделяют в лаборатории из куриных эмбрионов или культуры клеток (т.н. культуральное исследование). Сроки его исполнения (до 7 дней) не позволяют подтвердить или опровергнуть диагноз моментально. Однако такие методы диагностики гриппа, как посев на куриных эмбрионах или культуральное исследование, оправдывают себя точностью и доступностью.

Диагностика гриппа также проводится при помощи серологических методов: индикацию вирусных антигенов, полученных из лабораторных образцов, осуществляют при помощи иммунофлюоресцентного (ИФЛ) или иммуноферментного анализов (ИФА). В диагностике гриппа чаще применяют иммуноферментный метод (ИФА или ELISA), который позволяет выявить в биологическом материале свободный родоспецифический антиген вируса с помощью антител, "сцепленных" (конъюгированных) с маркером-ферментом. Разработаны отдельные тест-системы ИФА для диагностики разных типов гриппа (А и В), что позволяет одновременно исследовать биологический материал с помощью двух тест-систем. Однако этот метод лабораторной диагностики гриппа не позволяет получить информацию о штамме вируса.

Для таких подробных данных необходима информация о генетическом материале возбудителя. Ее получают при помощи полимеразной цепной реакции (ПЦР), которая помогает опознать РНК вируса гриппа и соотнести его с тем или иным штаммом. ПЦР-диагностика - сравнительно дорогостоящий метод, однако он позволяет получить результаты в считанные часы. Метод ПЦР в диагностике гриппа скорее важен при проведении масштабных эпидемиологических исследований, нежели в отдельно взятом случае. А для экспресс-диагностики гриппа успешно применяют другие, менее затратные, методы.

**2.2 Диагностика гриппа: экспресс-методы**

Одним из методов быстрой диагностики гриппа является такой серологический метод, как прямая реакция иммунофлюоресценции (метод флюоресцирующих антител, МФА, метод Кунса). Этот способ диагностики гриппа позволяет обнаружить антигены вируса в биологическом материале уже непосредственно через 2-3 часа после забора.

На готовые препараты исследуемых клеток наносятся специфические люминесцентные сыворотки к вирусам гриппа разных типов, в том числе и Н 1N1. Затем их исследуют в люминесцентном микроскопе. Локализация и характер свечения антигена вируса гриппа указывают не только на наличие и тип возбудителя, но и на стадию развития инфекции, а также срок ее возникновения.

Еще быстрее позволяет получить результат метод иммунохроматографического анализа (ИХА, "быстрые тесты"). Принцип этого вида диагностики гриппа, как и у других серологических методов, основан на свойстве антител связываться с антигеном гриппа избирательным образом (специфически). Результат через 10 минут.

Одним из лучших экспресс - тестов на украинском рынке является CITO TEST INFLUENZA A+B производства СerTestBiotec. S.L. Использование этого теста не требует специального оборудования и квалификации. CITO TEST INFLUENZA A+B позволяет предварительно диагностировать грипп и дифференцировать его тип в амбулаторных и домашних условиях.

Кроме того, CITO TEST INFLUENZA A+B позволяет выявить вирус в первые 48 часов от начала заболевания. Это дает возможность вовремя начать специфическое лечение и снизить риск опасных осложнений.

**.3 Дифференциальный диагноз**

Дифференциальную диагностику гриппа необходимо проводить как с острыми респираторными заболеваниями, так и с рядом других инфекций, так как начало многих из них ввиду интоксикации и катаральных явлений напоминает грипп.

Грипп и другие ОРВИ различаются по локализации поражения дыхательных путей и ряду клинических проявлений. При гриппе страдают все отделы респираторного тракта, но преобладает трахеит, проявляющийся сухим кашлем и болями по ходу трахеи.

При парагриппе поражается преимущественно гортань и возникает ларингит в виде осиплости голоса и грубого сильного кашля. Аденовирусная инфекция проявляется поражением слизистых оболочек глаз, носа, глотки, миндалин с наиболее выраженными изменениями со стороны глотки. При риновирусной инфекции ведущие симптомы заболевания - ринит и ринорея.

При дифференциальной диагностике с другими часто встречающимися инфекционными болезнями необходимо помнить, что в их начальном периоде может быть и синдром общей интоксикации, и катаральный синдром, не имеющие однако никакого отношения к гриппу. Так, при кори на фоне выраженной интоксикации всегда поражается респираторный тракт (ринит, фарингит, ларингит, трахеит, иногда и бронхит). Однако ряд признаков (конъюнктивит и особенно пятна Филатова -Бельского-Коплика на слизистой оболочке щек) позволяет диагностировать корь до появления характерной коревой экзантемы.

Воспалительные изменения со стороны верхних дыхательных путей, наряду с лихорадкой и общей интоксикацией, являются характерным проявлением катарального (гриппоподобного) варианта начального (преджелтушного) периода вирусного гепатита.

Из группы тифопаратифозных заболеваний дифференциальную диагностику надо проводить с паратифом А. В начальном периоде этой болезни нередко возникает катаральный синдром (ринофарингит, трахеобронхит, конъюнктивит). Но в отличие от гриппа паратиф А начинается постепенно, с каждым днем нарастает высота лихорадки, причем выраженные явления синдрома общей интоксикации не соответствуют относительно легким воспалительным изменениям дыхательных путей. Лихорадка постоянного типа, а появление на 4 -7-й день болезни полиморфной сыпи исключают вероятность гриппа.

Для менингококковой инфекции, ее локализованной формы - назофарингита свойственны умеренные проявления общей интоксикации, першение, боли в горле, насморк, затруднение носового дыхания. При осмотре - яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки задней стенки глотки, слизистой оболочки носа. В крови - лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево, увеличенная СОЭ.

Возможны признаки менингизма. Постоянное наблюдение такого рода больных, повторное исследование крови и цереброспинальной жидкости в динамике позволяют исключить грипп, либо диагностировать переход в генерализованную форму менингококковой инфекции.

**2.4 Диагноз**

Распознавание гриппа в период эпидемической вспышки не представляет трудности, когда клинические проявления его типичны, а удельный вес гриппа среди всех ОРВИ достигает 90%. В межэпидемическое время, когда преобладают атипичные формы гриппа, клинически его трудно отдифференцировать от других острых респираторных инфекций, так как на долю гриппа в этот период приходится 3 -5% от всего числа ОРВИ.

В это время диагноз гриппа можно поставить только после лабораторного подтверждения.

**3. Лечение**

**3.1 Немедикаментозное лечение гриппа**

Спокойный, лучше постельный режим в течение 5 дней. Не стоит во время острого периода болезни (как бы того не хотелось) читать, смотреть телевизор, работать за компьютером. Это истощает и без того ослабленный организм, продлевает время болезни и риск развития осложнений.

Обильное теплое питье не менее 2л в день. Лучше богатое витамином С - чай с лимоном, настой шиповника, морс. Выпивая ежедневно большое количество жидкости, больной человек проводит дезинтоксикацию - т.е. ускоренное выведение из организма токсинов, которые образуются в результате жизнедеятельности вирусов.

**3.2 Неспецифическая лекарственная терапия при гриппе**

Нестероидные противовоспалительные средства: парацетамол, ибупрофен, диклофенак. Эти препараты обладают противовоспалительным действием, снижают температуру тела, уменьшают боль. Возможен прием этих препаратов в составе лекарственных порошков типа Coldrex, Tera - flu и др. Следует помнить, что снижать температуру ниже 38ºС не стоит, поскольку именно при этой температуре тела в организме активизируются защитные механизмы против инфекции. Исключения составляют больные, склонные к судорогам, и маленькие дети.

Детям противопоказан прием аспирина. Аспирин при вирусной инфекции может вызвать тяжелое осложнение - синдром Рейе - токсическая энцефалопатия, которая проявляется эпилептическими припадками и комой.

Антигистаминные препараты - это лекарственные средства, которые применяются для лечения аллергии. Они обладают мощным противовоспалительным эффектом, поэтому уменьшают все признаки воспаления: заложенность носа, отек слизистых. Препараты первого поколения этой группы - димедрол, супрастин, тавегил - обладают побочным эффектом: вызывают сонливость. Препараты второго поколения - лоратадин (кларитин), фенистил, семпрекс, зиртек - этим эффектом не обладают.

Капли для носа. Сосудосуживающие капли для носа уменьшают отек, снимают заложенность. Однако это не столь безопасный препарат, как может показаться. С одной стороны, во время ОРВИ необходимо применять капли, чтобы уменьшить отек и улучшить отток жидкости из носовых пазух для предотвращения развития гайморита. Однако частое и длительное применение сосудосуживающих капель опасно в отношении развития хронического ринита. Бесконтрольный прием препаратов вызывает значительное утолщение слизистой носовых ходов, что приводит к зависимости от капель, а затем и к постоянной заложенности носа. Лечение этого осложнения - только хирургическое. Поэтому нужно строго соблюдать режим употребления капель: не дольше 5-7 дней, не более 2-3 раз в сутки.

Лечение боли в горле. Самое эффективное средство - это полоскание горла дезинфецирующими растворами. Можно использовать настои шалфея, ромашки, а также готовые растворы, такие как фурацилин. Полоскание должно быть частым - раз в 2 часа. Кроме того, можно применять дезинфицирующие спреи: гексорал, биопарокс и др.

Препараты от кашля. Цель лечения кашля - снизать вязкость мокроты, сделать ее жидкой и легкой для откашливания. Немаловажен для этого питьевой режим - теплое питье разжижает мокроту. При трудностях с откашливанием можно принимать отхаркивающие препараты, такие как АЦЦ, мукалтин, бронхолитин и др. Не стоит самостоятельно (без консультации врача) принимать препараты, подавляющие кашлевой рефлекс - это может быть опасно.

Антибиотики совершенно бессильны в отношении вирусов, их используют только при возникновении бактериальных осложнений. Поэтому не следует применять антибиотики без назначения врача, как бы того не хотелось. Это небезопасные для организма препараты. Кроме того, бесконтрольный прием антибиотиков приводит к возникновению устойчивых к ним форм бактерий.

**3.3 Противовирусная терапия**

Интраназальный интерферон: лейкоцитарный по 5 капель в нос 5 раз в день, гриппферон по 2 - 3 капли 3 - 4 раза в день в течение первых 3 - 4 дней.

Противогриппозный γ-иммуноглобулин вводится больным, страдающим иммунодефицитом

Римантадин - противовирусное средство. Лечение римантадином лучше начинать в первый день заболевания, и по крайней мере, не позже 3 дня! Не рекомендуется прием препарата детям до 12 лет, беременным, лицам, страдающих хроническими заболеваниями печени и почек. Лечение продолжается 3 дня.

Озельтамивир (тамифлю). Лечение необходимо начинать в первый день заболевания. Преимуществом озельтамивира является возможность назначения детям младше 12 лет. Курс лечения - 3-5 дней.

При очень тяжелых формах гриппа с выраженными токсическими проявлениями назначают кортикостероидные препараты - преднизолон 90 -120 мг/сут или эквивалентные дозы других глюкокортикоидов, 10 000-20000 ЕДконтрикала, а также сердечные средства (0,06% раствор коргликона 1 мл или 0,05% раствор строфантина К 1 мл внутривенно, в капельнице). Проводят оксигенотерапию увлажненным кислородом через носовые катетеры. При учащении дыханиясвыше 40 в 1 мин при нарушениях ритма дыхания больных переводят на искусственную вентиляцию легких.

При крайне тяжелых формах гриппа показано назначение антибиотиков противостафилококкового действия (оксациллин, метициллин, цефалоспорины в инъекциях по 1,0 четырежды в сутки).

**.4 Правила выписки**

Переболевшие гриппом выписываются после полного клинического выздоровления (отсутствие жалоб, нормализация температуры тела, отсутствие объективных признаков заболевания и осложнений), при нормальных контрольных результатах общих клинических анализов крови и мочи, ЭКГ, но не ранее чем через 3 дня после установления нормальной температуры тела. Средние сроки временной нетрудоспособности перенесших грипп легкой степени тяжести составляют не менее 6, средней тяжести - не менее 9, тяжелые степени- не менее 12 дней. Больные гриппом, осложненным острой пневмонией, должны выписываться на работу при полном клиническом выздоровлении, рассасывании воспалительной инфильтрации легких, нормализации лабораторных показателей крови, мочи,

Соответствующих возрасту нормальных спирографических данных.

**.5 Реабилитация**

Больных гриппом начинается в период ранней реконвалесценции после купирования периодов разгара. Проводят мероприятия, направленные на восстановление нарушенных функций организма, повышения неспецифической резистентности организма, профилактику поздних осложнений гриппа, восстановление работоспособности пациента, повышение адаптации организма к физическим нагрузкам.

При постгриппозном астении (слабость, утомляемость, нарушение сна, потливость, невозможность сосредоточиться, вегетативные расстройства) в качестве общеукрепляющих средств назначают растительные адаптогены (экстракт элеутерококка, настойка лимонника, настойка женьшеня), в терапевтических дозировках, комплексы витаминов(группы B,C, A), кальция глюконат по 0,5 г 3 раза в сутки, ЛФК, дыхательную гимнастику, массаж, фитотерапию. настои или отвары сборов (корень солодки 10, 0, одуванчика 15, 0, марены красильной 30,0 или кора крушины 10,0 и трава фиалки трехцветной 40,0), которые принимают по 1 стакану 2 раза в день. С целью ускорения восстановления умственной (операторской) работоспособности при гриппе назначают пирроксан в дозе 30 мг внутрь(перед сном) ежедневно в течение 7-10 дне. Для стимуляции клеточного звена иммунитета показаны общее УФО 3-5 сеансов, метилурацил внутрь по 0,5 г в 3 раза в сутки.

После гриппа, осложненного пневмонией, реабилитация проводится а условиях пульмонологического кабинета поликлиники (при его отсутствии - участковым терапевтом) или в пульмонологическом реабилитационном отделении. Показаниями для направления в отделение являются: тяжелое течение заболевания с проявлениями дыхательной недостаточности; распространенное поражение легких;наличие осложнений пневмонии (абсцедирование, плеврит, выраженный астенический синдром; обострение сопутствующих заболеваний.

Вместе с тем успешность реабилитации зависит от правильной организации лечения больных на более ранних стадиях болезни. Правильный выбор лечебных препаратов, своевременное и комплексное их применение под тщательным врачебным наблюдением и клинико- лабораторным контролем с учетом характера нарушений функций организма являются залогом благоприятного исхода болезни. В связи с этим особое значение в реабилитации больных гриппом имеют физиотерапевтические методы, применяемые параллельно с медикаментозной терапией. Оправданным является применение простых, общедоступных и безопасных методов нефармакологического воздействия, таких как рефлексотерапия, точечный массаж (самомассаж) биологически активных точек, ЛФК, дыхательная гимнастика, правильная организация лечебного питания и режима.

**3.6 Диспансерное наблюдение**

Лица, перенесшие грипп легкой или средней степени тяжести без осложнений, диспансерному наблюдению не подлежат. Перенесшие грипп с осложнениями подлежат диспансеризации не менее 3-6 месяцев у врачей соответствующего профиля (пульмонологи, кардиологи, оториноларингологи, невропатологи). В отношении лиц, перенесших пневмонию, осуществляется реабилитационные мероприятия (в амбулаторно-поликлинических или санаторных условиях), и они подлежат обязательной диспансеризации в течение 6 мес., а при наличии остаточных явлений - до 1 года. Обязательные контрольные врачебные обследования проводятся ежемесячно в течение первых трех месяцев и к исходу 6 мес. после заболевания. Контрольную термометрия проводят при каждом посещении врача, спирометрию - через 2 мес., клинический анализ крови, пневмотахометрию и анализ мокроты (при наличии) - 1 раз в 3 мес., рентгенографическое исследование органов грудной клетки - через 3 мес. после выписки из стационара. По показаниям проводят общий анализ мочи, спирографию, консультации врачей-специалистов.

Во время диспансеризации проводят лечебно-профилактические мероприятия: исключают факторы, способствующие переохлаждению, возникновению простудных заболеваний(особенно в течение первых двух месяцев после выписки); полноценное питание; устраняют профессиональные вредности; закаливание организма; рациональное лечение ОРВИ, аллергических ринитов; санируют хронические очаги инфекций; лечебная дыхательная гимнастика; исключают курение; по показаниям - санаторно- курортное лечение.

Критериями полного выздоровления являются отсутствие жалоб, стойкая нормализация температуры тела, нормальные показатели физикальных, лабораторных, рентгенологических и функциональных исследований.**4. Профилактика**

Профилактика гриппа включает мероприятия специфической (вакцинопрофилактика) и неспецифической профилактики, а в зависимости от эпидемической ситуации может быть сезонной (внеочаговой) и экстренной (внутриочаговой).

Специфическая профилактика гриппа проводится посредством массовой вакцинации населения в предэпидемический период по эпидемическим и клиническим показаниям. По эпидемическим показаниям вакцинопрофилактику проводят лицам из групп населения " высокого риска" заражения гриппом: дошкольники и школьники, дети в закрытых организованных коллективах (дом ребенка, детдом, школа-интернат), медицинский персонал, работники сферы бытового обслуживания, транспорта, учебных заведений, военнослужащие.

По клиническим показаниям вакцинопрофилактику проводят лицам из групп "высокого риска" неблагоприятных последствий заболевания гриппом: дети дошкольного возраста; лица старше 65 лет; часто болеющие ОРВИ; люди, страдающие хроническими соматическими заболеваниями.

Противогриппозные вакцины снижают уровень заболеваемости гриппом, а среди заболевших смягчают клиническую картину, уменьшают длительность течения болезни, предупреждают развитие осложнений, неотложных состояний и летальных исходов.

В текущем году как обычно, запланировано привить 30,4% населения округа или около 484 919 человек. В том числе будет привито 159 897 детей (43,5% от общей численности детей), а также 325 040 взрослых (26,8% от численности взрослых).

В лечебно-профилактические учреждения округа поступил весь необходимый объем вакцины для детей и беременных женщин ("Гриппол плюс"), а также 290 730 доз вакцины "Гриппол" для взрослых по федеральным поставкам.

Предприятиям и муниципальным образованиям необходимо закупить вакцину для иммунизации 33 370 человек из числа работающего населения, не отнесенного к контингентам национального календаря прививок (2% от численности жителей округа).

По состоянию на 6 октября 2014 г. в округе привито 123 886 человек, что составляет 25,5% от плана. В том числе привито 1 623 малыша от 6 мес. до 2 лет (22,5% от плана), 13 749 детей детских садов (30,9%), 33 638 школьников (31,1%).

Взрослых привито 73 509 человек (25,3%). Наиболее активно прививаются медицинские работники (18 006 человек или 54,0% от плана), работники сферы обслуживания (81 057 человек или 33,9%).

Недостаточная активность наблюдается в таких группах риска, как работники образования, где привито всего 6 362 или 12,5%, среди студентов и призывников привито 1 011 человек или 6,3%. Не спешит защитить себя население из групп риска по развитию тяжелых осложнений гриппа, пожилых людей привито всего 9 847 человека или 18,0% от плана, больных с хроническими болезнями - 10 811 (19,8% от плана). Совершенно напрасно игнорируют защиту от гриппа беременные женщины. На текущий момент согласились привиться всего 3 будущие мамы из Сургутского района

Иммунизация вакцинами из собственных средств начата всего в 5 муниципальных образованиях. Это г.г. Югорск (привито 750 человек), Когалым (319 человек), Нягань (180 человек), а также Октябрьский и Советский районы.

Хорошими темпами проводится вакцинация в г. Нягани (59,0%), Урае (52,1%), Советском районе (51,4%).

Отстают Октябрьский (18,5%), Ханты-Мансийский (17,1%), Сургутский (11,2%), Нижневартовский (7,5%) районы, г.г. Нефтеюганск (19,9%), Мегион (10,3%), Радужный (16,6%), Лангепас (16,9%), Покачи (10,9%)

В таких муниципальных образованиях как Сургутский, Белоярский, Кондинский районы, г. Урай, Когалым, Радужный, Лагепас, Покачи еще не началась работа по вакцинации работников учреждений образования.

В гриппозной вакцине для текущего эпидсезона произведена замена одного штамма в соответствии с рекомендациями ВОЗ и учетом циркулирующих вирусов. На предстоящий сезон прогнозируется эпидемия умеренной интенсивности, если население ответственно подойдет к своему здоровью, нам удастся избежать значительного подъема заболеваемости, как и в прошедшем эпидсезоне.

Неспецифическая профилактика гриппа предусматривает использование общих (базисны) оздоровительных и санитарно-гигиенических мероприятий, а также специальных (иммунокорригирующих и химиотерапевтических) препаратов.

Базисные оздоровительные мероприятия включают в себя физическое воспитание, закаливающие процедуры, ультрафиолетовое облучение (УФО), витаминизацию, отказ от вредных привычек, и избегать стрессовые ситуации.

Физическое воспитание осуществляется в соответствии с требованиями учебных программ дошкольного, школьного и вузовского образования. Закаливающие процедуры местные (полоскание горла прохладной водой, хождение босиком по полу, сон с открытыми фрамугами) и общие (прогулки, воздушные и солнечные ванны, обтирание, обливание, душ, бассейн) должны отвечать принципам: систематичность, постепенное увеличение закаливающих воздействий, учет индивидуальных особенностей организма, проведение на фоне положительных эмоций, многофакторность (использование нескольких физических факторов), полиградиентность (использование слабых и сильных, кратковременных и длительных раздражителей).

Витаминизация осуществляется с использованием поливитаминов в возрастных дозировках в виде 20-30-дневных курсов поздней осенью и весной.

Сезонная иммунокорригирующая профилактика направлена на повышение неспецифической резистентности у лиц и ИДС (хронические заболевания, часто болеющие ОРВИ), проживающих в экологически неблагоприятных регионах, а также реабилитацию переболевших ОРВИ и других явлениями астенического синдрома, осложнениями.

Растительные адаптогены (экстракт элеутерококка, настойка аралии маньчжурской) применяют по 1 капле на год жизни (не более 30 капель) один (аралия) или два-три (элеутерококк) раза в день за 30 мин до еды в течение 2-3 нед.

Экстренная химиопрофилактика проводится лицам, не привитым против гриппа, находящимся в непосредственном контакте с больными в семьях, квартирах, комнатах общежитий и других эпидемических очагах (внутриочаговая химиопрофилактика), а также непривитым лицам с "высоким риском" неблагоприятных исходов (внеочаговая химиопрофилактика).

Для экстренной химиопрофилактики у взрослых рекомендованы:

Ремантадин по 1-2 таблетке в сутки (с учетом противопоказаний) в течение 2 дней (при немедленном прекращении контакта с больным, при внеочаговой профилактике- 20 дней;

Оксолиновая мазь 0,25% интраназально ежедневно в течение всего эпидемического периода;

Интерферон, грипферон, ЧЛИ интраназально с помощью распылителей по 0,25 мл или по 1-2 капли в каждый носовой проход 2 раза в день с интервалом не менее 6 ч в первые 7-10 дней при контакте с больным.

В связи с риском развития резистентности вирусов гриппа к химиотерапевтическим препаратам при массовом их применении с целью химиопрофилактики, а также с их дефицитом, ВОЗ рекомендовала создавать стратегические запасы противогриппозных препаратов и использовать их только для лечения.

Общественная профилактика гриппа включает изоляционные (изоляции больных гриппом в домашних условиях или в стационаре), режимно-ограничительные (ограничение посещений поликлиник, аптек, общественных мест, запрет на проведение массовых мероприятий) и санитарно-гигиенические мероприятия (частое мытье рук). Все лица, в том числе обслуживающие больных, в местах скопления людей должны носить одноразовые или марлевые маски со сменой их каждые 2 ч и использовать интраназально 0,25- 0,5% оксолиновую мазь.

**Список литературы**

1. ЛобзинЮ. В., ЖдановаК.В. "Руководство по инфекционным болезням"2 часть 2011год

2. ЮщукН. Д., ВенгеровЮ. Я. "Лекции по инфекционным болезням"

. ТимченкоВ.Н. " Воздушно- капельные инфекции в практике педиатра и семейного врача"

. п/ред. Киселева О.И., Маринича И.Г., Сомининой А.А., НИИ гриппа РАМН, Спб, 2003 "Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия"

. Феклисова Л.В., Шебекова В.М. Клинические особенности, профилактика и лечение гриппа у детей. /Вопр. Современной педиатрии, 2003 г, т.2, №5.

. БектимировТ.А. "Вакцинопрофилактика гриппа" Лечащий Врач"2005 год, №09.

. КолобухинаЛ.В. "Клиника и лечение гриппа"РМЖ, том 9, № 16-17 (135-136), 2001