***Cодержание***

Введение

1. Клинические проявления орви у детей

1.1 Этиопатогенез

2. Лечение ОРВИ

2.1 Лечение и профилактика ОРВИ

3. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме

3.1 Гипертермический синдром - клинические проявления

3.2 Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на догоспитальном и госпитальном этапах

3.3 Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на госпитальном этапе

Заключение

Приложения

Список использованной литературы

***Введение***

Наступление осени вновь делает актуальной изучение проблемы простудных заболеваний, которые специалисты еще называют острыми респираторными вирусными инфекциями, поскольку в большинстве случаев они вызваны респираторными (имеющими воздушно-капельный и контактный пути передачи) вирусами.

Сезон подъёма заболеваемости респираторно-вирусными инфекциями приходится на период смены теплой погоды на холодную, то есть на сентябрь и октябрь. Летние стереотипы к этому времени у людей еще сохраняются, они по-прежнему продолжают одеваться не по погоде легко. При этом организм человека не успевает адаптироваться к резким климатическим переменам. Снижение же температуры воздуха приводит к разладу терморегуляции в конечностях и слизистых оболочках дыхательных путей, особенно у детей незакаленных и мало бывающих на воздухе. Это приводит к переохлаждению и развитию простудных заболеваний. Актуальность темы связана и с тем, что ОРВИ у детей дает тяжелые осложнения, даже может привезти к летальному исходу.

Симптомы острых респираторных вирусных инфекций известны каждому - это заложенность носа или насморк, боль в горле, чихание, слезотечение, сухой кашель, умеренное повышение температуры, головная и мышечные боли, чувство разбитости, повышенная утомляемость. Влияние холодной погоды, прием острой или чрезмерно горячей пищи мало влияет на тяжесть процесса. Обычно все жалобы исчезают в течение недели, но период заболевания может удлиняться, особенно у детей.

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

Для подавляющего большинства больных опасность для жизни представляют лишь тяжелые формы заболевания и осложнения, легко возникающие у детей (пневмонии). Самым тяжелым среди всех ОРВИ является грипп. ОРВИ и обычно грипп заканчиваются выздоровлением.

Цель: изучить основные клинические проявления ОРВИ у детей и особенности оказания неотложной медицинской помощи при гипертермическом синдроме.

Для достижения данной цели нам нужно поставить задачи:

рассмотреть этиопатогенез и клинические проявления ОРВИ у детей;

изучить клинические проявления гипертермического синдрома;

изучить особенности оказания фельдшером неотложной медицинской помощи.

Объект исследования:

проявление ОРВИ у детей с гипертермическим синдромом.

Предмет исследования:

ОРВИ. Гипертермический синдром.

# ***1. Клинические проявления орви у детей***

# ***1.1 Этиопатогенез***

Острые респираторные вирусные заболевания представляют собой этиологически разнородную группу. Причиной клинических проявлений могут стать различные вирусы - гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, респираторно-синтициальный вирус (РСВ), метапневмовирус, реовирусы, коронавирусы и др. Приложение 1.

Дети младше 5 лет и особенно дети первого года жизни часто госпитализируются в связи с инфекцией РСВ, вирусом гриппа и парагриппа. Риновирусы А и С нередко приводят к тяжелому течению ОРВИ у детей младше 5 лет, особенно при развитии обструктивного бронхита, бронхиолита или наличии бронхиальной астмы. Возбудители ОРВИ передаются от человека к человеку воздушно-капельным путем, а также при прямом контакте. Важное значение контактного пути передачи отмечено для риновирусов и РСВ. Понятие "простуда", под которым в просторечье подразумевается нетяжелое заболевание верхних дыхательных путей, как правило, вызвано вирусной инфекцией (чаще риновирусами). Входными воротами для возбудителей ОРВИ является слизистая оболочка верхних дыхательных путей, где и локализуется воспаление при большинстве ОРВИ. Однако некоторые вирусы (РСВ, вирусы парагриппа, риновирусы, коронавирусы) поражают не только верхние, но и нижние дыхательные пути, вызывая бронхит, бронхиолит и пневмонию, приводя к тяжелому течению ОРВИ, особенно у детей младшего возраста.

Острый воспалительный процесс вызывает морфологические изменения слизистой оболочки. Отмечаются разрушение и слущивание эпителиальных клеток, ультраструктурные изменения реснитчатых клеток и самих ресничек, нарушение двигательной активности мерцательного эпителия, что приводит к нарушению функции мукоцилиарной системы. Уже через несколько часов после начала острого вирусного ринита отмечается резкое угнетение или прекращение двигательной активности ресничек мерцательного эпителия. В этих условиях микроорганизмы, оседающие на слизистой оболочке, задерживаются на ее поверхности, инфицируют клетки и способствуют усугублению воспаления. Активация эндогенной микрофлоры, или экзогенное бактериальное инфицирование, является причиной осложнений, отягощающих течение ОРВИ (синусит, отит, пневмония). Восстановление мукоцилиарного клиренса происходит в среднем через 3-6 недель после перенесенной ОРВИ.

Особенно выраженное деструктивное действие на цилиарный эпителий оказывают вирусы гриппа и аденовирусы. В случае инфицирования риновирусами и РСВ явного гистологического повреждения цилиарного эпителия не происходит, однако независимо от гистопатологических изменений инфицирование назального эпителия приводит к острому воспалительному ответу, в ходе которого выделяются различные воспалительные цитокины и происходит инфильтрация слизистой оболочки воспалительными клетками (схема). Именно острый воспалительный ответ является причиной многих симптомов, связанных с ОРВИ. В ходе воспаления и отека слизистой оболочки может произойти обструкция соустьев околоносовых пазух или евстахиевой трубы, что предрасполагает к развитию бактериального синусита или среднего отита. Патогенез можно рассмотреть в виде схемы:



**Симптомы ОРВИ у детей**

Проявления ОРЗ у детей первого года жизни, независимо от вида вируса, имеют общие черты. Как правило, ухудшается самочувствие: появляется беспокойство, ребенок чаще плачет, у него пропадает интерес к окружающему, нарушается сон, пропадает аппетит - все это обусловлено развитием вирусной интоксикации, отеком слизистой и заложенностью носа, "закладыванием" ушей и болезненными ощущениями в них. У ребенка повышается температура, часто весьма значительно (выше 38-38.5). На этом фоне может развиться вялость, адинамия, возможно появление судорог. Частыми признаками ОРЗ являются учащенное дыхание (одышка), насморк, боли в горле и грудной клетке, першение, кашель. Все эти проявления простудных заболеваний обусловлены тем, что вирусы проникают в клетки, выстилающие дыхательные пути, вызывают раздражение слизистой оболочки и развитие воспаления в разных отделах дыхательных путей.

У детей раннего возраста острые респираторные вирусные инфекции, особенно грипп, протекают более тяжело и чаще дают тяжелые осложнения. Очень высока опасность развития воспаления уха (отит), гайморовых пазух (гайморит), воспаления бронхов и легких (бронхит, пневмония). Эти заболевания, в свою очередь, обусловливают формирование контингента так называемых часто болеющих детей. В развитии клиники ОРВИ имеются особенности. Например:

При вирусе гриппа - первые симптомы - першение в горле, чихание, затем развивается выраженная лихорадка (температура поднимается до 40 градусов), недомогание, сильные боли в голове и мышцах. На следующий день к непроходящей лихорадке добавляется звонкий сухой кашель, который сопровождается болью за грудиной. С течением времени сухой кашель плавно становится влажным. Если поражены трахея и гортань, кашель может быть лающим, возникать на фоне затрудненного дыхания и осиплого голоса.

При аденовирусе - инкубационный период от 1 дня до 2 недель. Заболевание начинается остро, с подъёма температуры. Характерным является тетрада симптомов: ринит <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A0%D0%B8%D0%BD%D0%B8%D1%82> - фарингит <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%A4%D0%B0%D1%80%D0%B8%D0%BD%D0%B3%D0%B8%D1%82> - конъюнктивит <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9A%D0%BE%D0%BD%D1%8A%D1%8E%D0%BD%D0%BA%D1%82%D0%B8%D0%B2%D0%B8%D1%82> - лихорадка <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D1%85%D0%BE%D1%80%D0%B0%D0%B4%D0%BA%D0%B0>. Также отмечаются симптомы общей интоксикации - слабость, вялость, головная боль, отсутствие аппетита, сонливость. Лабораторная диагностика малоэффективна. В общих анализах крови неспецифические изменения (лимфоцитоз <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B8%D0%BC%D1%84%D0%BE%D1%86%D0%B8%D1%82%D0%BE%D0%B7>, лейкопения <https://ru.wikipedia.org/wiki/%D0%9B%D0%B5%D0%B9%D0%BA%D0%BE%D0%BF%D0%B5%D0%BD%D0%B8%D1%8F>).

При вирусе парагриппа - инкубационный период составляет 2-7 дней, в среднем 3-4 дня. Заболевание парагрипп у большинства больных начинается остро с подъема температуры тела, появления слабовыраженных симптомов интоксикации и катаральных явлений. Обычно температура достигает максимума на 2-3-й день болезни, реже в 1-й день. Общее состояние ребенка в разгар заболевания нарушается умеренно. Дети жалуются на слабость, снижение аппетита; нарушается сон. Бывает головная боль, однократная рвота. У отдельных больных температура тела может достигать 40°С, но резко выраженных симптомов интоксикации при этом не наблюдается.

Часто первым проявлением парагриппозной инфекции является синдром крупа, преимущественно у детей в возрасте от 2 до 5 лет. В этих случаях среди полного здоровья ребенок неожиданно просыпается ночью от грубого, лающего кашля. Быстро присоединяются охриплость голоса <http://ilive.com.ua/health/okhriplost-golosa\_2207i647.html>, шумное дыхание и развивается стеноз гортани. Однако при парагриппе стеноз редко достигает II и еще реже - III степени.

Парагриппозный круп быстро исчезает по мере ликвидации острых симптомов парагриппа. Если присоединяется вторичная микробная флора, течение крупа более длительное.

При респираторно-синтициальном (РСВ) вирусе симптомы появляются через 2-8 дней после инфицирования. Сначала возникают насморк и боль в горле, через несколько дней - затруднение дыхания, хрипы <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/hripy/> и кашель <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/kashel/>. У детей первого года жизни может быть повышена температура тела. У детей старшего возраста симптомы более умеренные - у них инфекция иногда напоминает грипп <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/gripp/>, ОРЗ <http://www.zdorovieinfo.ru/bolezni/ostrye\_respiratornye\_zabolevaniya/>; заболевание может вообще протекать бессимптомно. Более умеренные проявления болезни наблюдаются у людей, ранее контактировавших с вирусом. Как правило, у маленьких детей и людей с тяжелыми хроническими заболеваниями, особенно дыхательных органов, заболевание протекает тяжело.

неотложная помощь гипертермический синдром

# ***2. Лечение ОРВИ***

# ***.1 Лечение и профилактика ОРВИ***

В домашних условиях лечатся больные с легкими и среднетяжелыми формами ОРВИ. Показаниями для госпитализации являются:

. Тяжелые формы ОРВИ, наличие осложнений (пневмония, круп - независимо от степени стеноза и др.).

. Дети до 1 года жизни и от 1 до, 3 лет.

. Эпидемиологические и материально-бытовые: из закрытых детских коллективов, неблагоприятных жилищных условий, не обеспеченные уходом и др.

В принципе, дети должны болеть в раннем возрасте, таким образом они обучают свою иммунную систему бороться с вредными воздействиями окружающей среды. А вот беспокоиться о снижении иммунитета стоит тогда, когда врач отнес вашего ребенка в группу "часто и длительно болеющие дети". Термин "часто болеющие дети" используется для описания детей часто болеющих острыми респираторными заболеваниями (ОРЗ). В настоящее время к этой категории относят детей, переносящих ОРЗ:

в возрасте до 1 года более 4 раз в году, - в возрасте от 1 года до 5 лет - 5-6 в году, - в более старшем возрасте - более 4 заболеваний в году

Термин "длительно болеющие дети" используется у детей, протекание простуды у которых затягивается более 2-3 недель при каждом эпизоде заболеваний.

В целях профилактики таких осложнений важно как можно раньше, при появлении первых признаков простуды, начать правильное лечение. Однако самостоятельный выбор родителями безрецептурных препаратов - большая тактическая ошибка. Только врач может правильно оценить состояние ребенка, поставить диагноз и назначить необходимое лечение, учитывая особенности младенческого возраста, течения болезни и действия рекомендуемых лечебных средств. Каждой маме необходимо помнить, что повышение температуры, изменение поведения ребенка, отказ от еды, появление признаков простуды является поводом для консультации с врачом. Вызвать врача на дом можно позвонив по телефону в регистратуру, в выходные дни можно всегда вызвать дежурного доктора. Если температура у ребенка выше 38.5-39.0, не сбивается обычными детскими жаропонижающими средствами, или присоединяется одышка, шумное, затрудненное дыхание, ребенок не реагирует на раздражители, ил появляются судороги - не медлите, срочно вызывайте "скорую помощь".

Посоветовавшись с врачом, можно начать лечение ребенка с безопасных и в то же время достаточно эффективных мер. К ним относится и применение растительных веществ (фитопрепаратов). В аптеках представлен широкий выбор простых растительных препаратов, изготовленных на основе травы термопсиса, чабреца; корней ипекакуаны, солодки, алтея; почек сосны, липы; листьев эвкалипта, мать-и-мачехи, подорожника и проч. Большой популярностью пользуются современные комбинированные растительные препараты: бронхикум (сироп от кашля, бальзам, ингалят, экстракт для ванны), "Доктор Тайсс" (сироп от кашля, бальзам), "Доктор МОМ" (сироп от кашля, мазь), туссамаг (бальзам, сироп от кашля) и другие. Комбинированные препараты, в состав которых входят простые растительные вещества, обладают большей эффективностью, оптимальными лечебными свойствами и хорошей переносимостью. Их можно применять в виде растираний (втираний), ванн, ингаляций, а также принимать внутрь в виде сиропа от кашля. Такие лекарственные формы, как отвары, капли, эликсиры, леденцы, пастилки, капсулы, детям раннего возраста не назначаются.

Хорошо зарекомендовали себя в сфере лечения и профилактики простудных заболеваний у детей современные препараты-иммуномодуляторы. Они заметно активизируют иммунный ответ организма ребенка на инфекцию, за счет чего длительность заболевания сокращается в среднем вдвое, сама простуда протекает заметно легче, а риск развития осложнений сводится к нулю.

А в домашних условиях, ипомимо применения лекарств, существует ряд мер, способных облегчить состояние больного ребенка. Каждая мама должна уметь провести ту или иную процедуру в домашних условиях. Прежде всего, при ОРЗ необходимо приподнять головной конец кровати или подложить под голову ребенка подушку, так как может появиться срыгивание, повышенное слюноотделение, а при кашле и насморке - отделение мокроты и слизи из дыхательных путей. При низком положении головы есть риск аспирирования (вдыхания) отделяемого и развития удушья. Кроме того, возвышенное положение головы облегчает затрудненное при простуде дыхание. Воздух в комнате должен быть в меру влажным и теплым.

Постельный режим назначается до нормализации температуры и стихания острых явлений (на 6-7 дней). Ребенку необходимо давать дополнительное количество жидкости, так как при лихорадке происходит ее повышенная потеря с потом, дыханием и физиологическими выделениями. Пища должна соответствовать возрасту по калорийности и пищевым ингредиентам, но механически и химически щадящий, умеренно теплой с ограничением поваренной соли, с достаточным содержанием витаминов. Чаще используется молочно-растительная диета с включением фруктов и овощей. Детей надо чаще поить, давая чай с 5% сахара, фруктовые соки, клюквенный морс. В периоде реконвалесценции пища не должна отличаться от физиологической, но быть обогащенной витаминами. Многие дети в период болезни и несколько дней после нее отказываются есть в прежнем режиме, настаивать в таком случае нельзя, дополнительная нагрузка на органы пищеварения может затормозить процесс выздоровления. Пусть малыш ест то, что хочет и сколько хочет. После полного выздоровления аппетит восстановится.

При появлении у детей раннего возраста первых признаков простуды можно начать лечение с растираний, лечебных ванн и компрессов. Необходимо помнить, что эти процедуры можно проводить лишь при температуре ниже 38° С и при отсутствии повреждений и заболеваний кожи. Не достигающая этого предела температура специального лечения не требует: она свидетельствует о том, что организм своими силами борется с инфекцией. При температуре выше 38° С можно применять нелекарственные методы лечения. Нужно на 5-10 минут раздеть ребенка и растереть его раствором уксуса (не эссенции 70% -ной) или разведенным пополам с водой спиртом. Эффективны также маленькие клизмочки с прохладной водой (20-30 мл).

Растирания кожи груди, спины, шеи, голеней и стоп можно проводить с помощью бронхикум-бальзама, эвкалиптового бальзама "Доктор Тайсс", мази "Доктор МОМ", туссамаг-бальзама и других. Втирания в кожу осуществляются в течение 5-7 минут 2-3 раза в день и обязательно на ночь, по окончании процедуры ребенка нужно обернуть фланелью или мягкой шерстью. Растирания рекомендуются детям любого возраста, начиная с рождения.

Компрессы на грудную клетку делают с применением любого растительного масла: ребенка обертывают мягкой тканью, смоченной подогретым на водяной бане маслом, после чего накладывают тонкий полиэтилен, затем ватную или шерстяную прокладку, и все это закрепляется на груди бинтом или косынкой. Компрессы делают на срок не менее 2-х часов, их можно повторять до 2-3 раз в сутки.

Лечебное действие растираний и компрессов обусловлено содержанием в растительных препаратах ароматических (эфирных) масел. Во время процедуры они свободно проникают через кожу в кровь и лимфу и оказывают целебное и успокаивающее воздействие: улучшается общее самочувствие ребенка, работа сердца.

Затруднение носового дыхания при ОРВИ и гриппе вызывает беспокойство ребенка, у младенцев мешает сосанию, нарушает сон. У маленьких детей, не умеющих сморкаться, проще всего удалять слизь из носовых ходов с помощью резинового баллона, однако это требует осторожности и умения, можно прочищать нос мягкими ватными тампонами, смоченными грудным молоком, стерильным растительным маслом или кипяченой водой. Если ребенок умеет сморкаться, то очищать надо по очереди каждую ноздрю, зажимая другую, иначе инфекция может попасть в глаза и уши. Слабый эффект медикаментозных средств от насморка связан чаще всего, с одной стороны, с тем, что используется неподходящее лекарство, а с другой - что ожидание результата сразу после первого введения преждевременно. Капли в нос по механизму местного действия относятся к сосудосуживающим средствам, которые снимают отек воспаленной слизистой и тем самым улучшают прохождение воздуха через нос, поэтому такие капли следует использовать только при заложенном носовом дыхании. Нафтизин или галазолин, наиболее часто применяемые с этой целью, имеют детские формы, но требуют осторожности и строго контролируемого дозирования, так как частое закапывание этих лекарств приводит к раздражению эпителия верхних дыхательных путей и даже атрофии слизистой оболочки.

Другая группа местных средств, применяемых для лечения ринита, оказывает губительное воздействие на возбудителя заболевания - вирусы и микробы. Это различные спреи, раствор протаргола, большое количество сложных капель и мазей, обладающих комбинированным - сосудорасширяющим, противоотечным и дезинфицирующим действием.

Для уменьшения насморка и кашля целесообразно применять ингаляции - вдыхание паров растительных веществ, содержащих ароматические масла; они попадают непосредственно в дыхательные пути, обволакивают и увлажняют их, снимают раздражение, кашель. Для проведения ингаляций используются: бронхикум-ингалят, содержащий ароматические масла эвкалипта, хвои, тимьяна; мазь "Доктор МОМ", эвкалиптовый бальзам "Доктор Тайсс", туссамаг-бальзам и другие средства. Новорожденным и грудным детям ингаляции проводятся особым способом: с помощью испарения из открытой емкости (кастрюли) горячей воды с растворенным в ней растительным веществом. При этом окна и двери кухни (или иного помещения, где находится бодрствующий или спящий ребенок) необходимо плотно закрыть. Пропорции раствора для ингаляции: на 2-2,5 л горячей воды 2-3 чайных ложки бальзама, ингалята или мази. Ребенок должен находиться в данном помещении и вдыхать пары в течение 1-1,5 часов.

Растительные сиропы от кашля назначают грудным детям с 6 месяцев. Это такие сиропы как Бронхикум, Доктор Тайсс, Доктор МОМ, Туссмаг. Перед употреблением сиропы необходимо взбалтывать. Хранить их следует в темном, прохладном месте.

Все растительные вещества в домашних условиях применяются по назначению врача и только для лечения легких простудных заболеваний детей раннего возраста. Тяжелое течение ОРВИ, подозрение на осложнения требуют стационарного лечения.

Профилактика гриппа <http://click01.begun.ru/click.jsp?url=5KGey9TZ2Nkud5oh\*RwRbdlGcUE9zjnX-JxTDW9QuvUMu6QlrSQ2IYOMbxFx9K8BPyvwF5fbadRqb2hodzgDA0AwnHJqiphRuBhBx-DgK1ZpDYv\*i7Jji3umTYxzGeK8Ldmj1wuWN0247y7Nh\*DX19NFLURFElQajZqdVC-O00QqmhrCd-0IL\*O7p4\*MVff7NqIHr1kGa4-7B89NW8g9LuOxR6vr2fwUUQr0Xj7nnPerZuPX2zRlgi7jkgoHTkyUsroD6phqGyrzkmQCmpNP7Ualr1r2aLOXwV2jP\*yVuLQv\*J1YWvIpf2gTTaip78QEMjuIoO4OVsAZi0KrdJmC0-cNKBO-lHY6RtCxhcO\*\*BpxlehJpHemDPIfqoBUTP5CFMu--H5sW1zgNDVMWshdghTr4rmz722vPqruChV\*5T68r4nfLk3bQ8v1fNjJWN9leOT1yzM2\*bK-U3mipDz-0cDpfu4TBOqoZ27L05gZfC4j0GlBPxpdJPgpj6Bdkgb9VXYWBcWd-N63GfArnN4A4NWJmbY&eurl%5B%5D=5KGeywwNDA2OQjhVqqra8jpnxPiKesXW2ItOZY1Kv1w9DYvBPQI6GzejxPY> проводится с помощью специфической вакцинопрофилактики. Время прививки должно предшествовать началу эпидемии гриппа, поскольку вакцины создаются с учетом циркулирующих вирусов гриппа в данный сезон. Применяются специальные вакцины для детей раннего возраста, для школьников, взрослых и пожилых людей. Редко возникает реакция на вакцину в виде кратковременного недомогания, повышения температуры. Она протекает значительно легче болезни, и бояться ее не следует. Иммунитет формируется только против гриппа, поэтому вакцинированный ребенок вполне может заболеть другим вирусным заболеванием.

Всех заболевших гриппом следует изолировать от здоровых. Вы скажете, что ребенка изолировать сложно. И будете правы. Ведь ему постоянно что-то нужно. Для того чтобы риск заражения свести к минимуму, наденьте на заболевшего 6-слойную марлевую повязку, если это ОРВИ или грипп. Хорошо проветрить помещение, где находился больной, регулярно проводить влажную уборку <http://click01.begun.ru/click.jsp?url=5KGey8PNzM0BpKyIULW4xHDv2OiUZ5B\*VTX6pC1fHgAa3Q9DPeI42mspXUScUk4yOIOGOBkgaQVKj-E0IkxJFGLe6PhRiz6FEJg2b7vKRbKQWhfnzOE82jN5k071Al\*KKnbWrI70sTVfW43BvITbW2VzV2UYCq0BGZIjgsSR2ioWsfkxEUsfuXmdzXyv2d0OaGGCzT\*bvzO07oKBQJeRPW1HX7mfoR43aNoJhG49W-xeFyXzkdwmzxiQegdkWMRATnUfedTuuqNcwlmICsPl8-c7UTYHqadOG1alVaadQmUZYRH0UVPgGFOCquMWExvq4Rjj4MdW7sDjLfQmTk2gox\*PhYziCcfVvMcgGIGCIVGJfhTA-ydmyv-Ml2QoiVDNQjXM0aOGiu0f4TrEXbM77vgQvSZ7erV-EIcfnuLuiwBBkehmgDJ\*JwbPnaRsqeIVTp9RvrB1TtlubTqCqjPOTeRBopoGBbNOBEmVDUAspf5sTgGY6H70jfYpN70zDY6xriBrfucWwUQ3-Z8kWtMstVu5dIjFf9pVT\*ohSU82yi551wDWkUQHYzbsXI0PVuMk1\*8BtDGKfy2R0bxnZ2Sp8u37IJy\*twh\*mGWTyC9l49mge2graCm64\*9ixmVw7dCKYuUFQI9jaheQkM-oilNuB3rdCxE&eurl%5B%5D=5KGeyw0MDQyD9yLXKChYcLjlRnoI\*EdUWgnM50RsetvzlQPIZUNvLqMNZc4>. Всем, кто контактирует с больным гриппом, в течение недели рекомендуется закапывать в нос интерферон, можно давать афлубин, арбидол, аскорбиновую кислоту или дибазол. Взрослым рекомендуется принимать ремантадин в профилактической дозе, арбидол. Детям старше 1 года полезно назначать альгирем.

К разряду профилактических мер относятся также закаливание, общеукрепляющие процедуры, полноценный летний отдых, здоровый образ жизни: соблюдение режима дня, регулярные прогулки, соответствующий возрасту сон, употребление свежих фруктов, чеснока и лука.

Следует обратить внимание, что курение родителей вредит ребенку, так как табачный дым, который ребенок вдыхает, оказывает вредное воздействие на слизистую оболочку дыхательных путей и способствует воспалению.

Очень интересным (главное, новым и необычным) является применение ароматерапии для защиты от инфекций. Установите посреди комнаты лампадку, на блюдце капните пихтового или эвкалиптового масла и зажгите свечу.

Постепенно испаряясь, молекулы пахучего антимикробного вещества сделают свое дело. Еще лучше ко всему этому, на ночь, каждому члену семьи съесть по зубчику чеснока.

# ***3. Неотложная помощь при гипертермическом синдроме***

# ***3.1 Гипертермический синдром - клинические проявления***

Одним из самых опасных для жизни ребенка синдромов, является гипертермический.

Под гипертермическим синдромом понимают патологический вариант лихорадки, при котором отмечается быстрое и неадекватное повышение температуры тела, сопровождающееся нарушением микроциркуляции, метаболическими расстройствами и прогрессивно нарастающей дисфункцией жизненно важных органов и систем, в частности поражением центральной нервной системы. Решающую роль в патогенезе гипертермического синдрома играет раздражение гипоталамической области как центра терморегуляции. Происходит декомпенсация терморегуляции с резким нарастанием теплопродукции, неадекватно сниженной теплоотдачей и отсутствием эффекта от жаропонижающих препаратов. Легкость возникновения гипертермии у детей объясняется несколькими причинами: относительно большим, чем у взрослых, уровнем теплопродукции на 1 кг массы тела, так как поверхность тела у детей больше объема тканей, обеспечивающих теплопродукцию, большей зависимостью температуры тела от температуры окружающей среды, неразвитостью потоотделения у недоношенных детей, что ограничивает потери тепла с испарением. Развитие лихорадки на фоне острых микроциркуляторных и обменных нарушений, лежащих в основе токсикоза (спазм с последующей дилатацией капилляров, артериовенозное шунтирование, сладжирование тромбоцитов и эритроцитов, нарастающие метаболический ацидоз, гипоксия и гиперкапния, трансминерализация и др.), приводит к усугублению патологического процесса.

При развитии гипертермического синдрома у ребенка наблюдаются нарастающие вялость, адинамия, бледность кожных покровов с акроцианозом, озноб, отказ от еды и питья. При неоказании адекватной помощи появляется двигательное и речевое возбуждение, возможны галлюцинации, клонико-тонические судороги. Ребенок теряет сознание, дыхание становится частым, поверхностным, возможны его патологические варианты. В момент судорог может наступить асфиксия, ведущая к смертельному исходу. Часто у детей с гипертермическим синдромом развиваются нарушения кровообращения: падение артериального давления, тахикардия, спазм периферических сосудов и т.п. Наиболее опасным вариантом гипертермического синдрома является злокачественная гипертермия, которая может привести к летальному исходу.

Злокачественная гипертермия встречается редко, но характеризуется быстрым повышением температуры до 42°С и выше, нарастающей тахикардией, нарушениями ритма сердца, мышечной ригидностью, артериальной гипертензией, коагулопатией; развивающаяся гипокальциемия с гиперкалиемией и гиперфосфатемией приводит к метаболическому ацидозу. Для клинической оценки гипертермического синдрома необходимо учитывать не только величину температуры, но и продолжительность гипертермии и эффективность антипиретической терапии. Неблагоприятным прогностическим признаком является лихорадка выше 40°С и ее продолжительность.

# ***3.2 Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на догоспитальном и госпитальном этапах***

## *Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на догоспитальном этапе*

1. Согласно рекомендациям Всемирной организации здравоохранения, препаратами выбора для неотложной помощи при гипертермическом синдроме являются парацетамол, разовая доза 10-15 мг/кг массы (суточная - 60 мг/кг/сут) или ибупрофен - 5-10 мг/кг. В настоящее время создана форма парацетамола для внутривенного использования - Инфулган, что стало безопасной альтернативой раствору анальгина, используемого при оказании неотложной помощи как детям, так и взрослым. Инфулган выпускается в стеклянных емкостях по 20, 50 и 100 мл, содержащих 10 мг парацетамола в 1 мл раствора. Детям с массой тела от 10 до 50 кг Инфулган вводится внутривенно в дозе 15 мг/кг парацетамола на введение, то есть 1,5 мл/кг. Максимальная суточная доза не должна превышать 60 мг/кг массы тела. Для взрослых и детей с массой тела 50 кг разовая доза составляет 1000 мг парацетамола, максимальная суточная - 4 г. Интервал между повторным введением препарата должен составлять не менее 4 часов.

. Если кожные покровы гиперемированы ("красная лихорадка"), необходимо развернуть, раздеть ребенка, протереть кожные покровы 40° спиртовым раствором или завернуть ребенка во влажную пеленку, возможно использование обдувания вентилятором; применение очистительной клизмы с прохладной водой (приблизительно комнатной температуры, т.е.18-20°С).

. Если кожные покровы бледные ("бледная лихорадка"), перед применением физических методов охлаждения необходимо назначить никотинамид в дозировке 0,005-0,01 г, с периодичностью приема до 2-3 раз в течение 24 часов.

# ***3.3 Неотложная помощь при гипертермическом синдроме на госпитальном этапе***

. Если антипиретики уже были использованы (парацетамол, ибупрофен), перорально или ректально (в свечах), показано внутривенное введение парацетамола (Инфулган) в дозе 15 мг/кг парацетамола на введение - 1,5 мл/кг. Интервал между повторным введением препарата должен составлять не менее 4 часов. Следует подчеркнуть, что Инфулган является единственным рекомендуемым в детском возрасте жаропонижающим средством для внутривенного введения. Его преимущества: быстрое начало действия (15 мин), плавное снижение температуры, 100% биодоступность, предсказуемость плазменной концентрации, удобство дозирования и разнообразные формы выпуска создают условия для его широкого использования, особенно в условиях оказания неотложной помощи.

. С целью улучшения сосудистой микроциркуляции и периферического кровообращения, увеличения теплоотдачи показаны раствор папаверина гидрохлорида 2%: до одного года - 0,1-0,2 мл, старше 1 года - 0,2 мл/год жизни; но-шпа (дротаверин) - 0,1-0,2 мл/год жизни, дибазол 1% раствор в объеме 1-2 мг/кг в/м или в/в, эуфиллина раствор 2,4% - 3-4 мг/кг в/в, 2,5% раствор пипольфена - 1-2 мг/кг, 15% раствор ксантинола никотината или раствор никотиновой кислоты 1% - 0,1-0,15 мл/год жизни.

. Мощное антигипертермическое действие оказывают глюкокортикоидные гормоны: гидрокортизон 3-5 мг/кг или преднизолон 1-2 мг/кг массы тела. Их следует применять при тяжелых инфекционных заболеваниях, подозрении на недостаточность надпочечников и неэффективности проводимой антипиретической терапии.

. Продолжать применение физических методов охлаждения:

холод на область печени, крупных магистральных сосудов;

пузырь со льдом подвесить над головой;

клизма с водой, по температуре приближающейся к комнатной;

промывание желудка водой комнатной температуры;

заворачивание ребенка во влажную пеленку.

. Если эффект отсутствует, применяют литическую смесь (раствор аминазина 2,5% 1 мл в сочетании с 4 мл 0,25% раствора новокаина и 1 мл 2,5% раствора пипольфена) из расчета 0,1 мл/кг смеси, или 1 мл 2,5% раствора аминазина в сочетании с 1 мл 2,5% раствора пипольфена, 1 мл 1% раствора дибазола и 0,25% раствора новокаина (добавить до 10 мл) из расчета 0,1-0,15 мл/кг, повторно вводить не ранее чем спустя 4-5 часов после первой инъекции. Можно также использовать 0,25% раствор дроперидола 0,1-0,15 мл/кг.

. При выраженном беспокойстве, возбуждении, судорогах - седуксен в 0,5% растворе и объеме 0,5 мг/кг парентерально (в/м или в/в), раствор натрия оксибутирата 20% концентрации в количестве 100-150 мг/кг в/в.

. При снижении температуры тела до субфебрильных цифр (в идеале - до 37,5°С) необходимо прекратить мероприятия по снижению температуры тела, продолжать лечение основного заболевания.

В заключение хотелось бы обратить внимание на то, что прежде чем принять решение у постели ребенка о тактике по отношению к повышенной температуре, следует попытаться ответить на ряд вопросов, позволяющих определить целесообразность, безопасность, необходимость и метод терапевтических вмешательств. Каждому врачу следует учитывать, что основу терапии у детей всегда составляет лечение основного заболевания, которое привело к повышению температуры, а жаропонижающая терапия носит лишь симптоматический характер.

# ***Заключение***

ОРВИ у детей - заболевание полиэтиологичное и является актуальной проблемой у детей, т.к. протекает более тяжело и чаще дает тяжелое осложнение, например гипертермический синдром (который опасен появлением судорог и может привезти к асфиксии). Правильно собранный анамнез morbi (длительность заболевания, длительность лихорадки) ранее проводимая терапия, состояние ребенка и знания медицинского работника позволят предпринять правильные мероприятия по оказанию неотложной помощи или проконсультировать родителей о дальнейшей терапии в домашних условиях.

# ***Приложения***

***Приложение 1.***



# ***Список использованной литературы***

1. Научно-практическая программа "Острые респираторные заболевания у детей. Лечение и профилактика". М., 2002г.

2. Таточенко В.К. (ред. ) Острые пневмонии у детей. Изд. Чувашского университета, Чебоксары, 1994г.

. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. Острая лихорадка у детей // Рус. мед. журн. - 2005. - 13 (17). - 1165-70.

. Брязгунов И., Кизева А. Гипертермии у детей // Врач. - 2011. - № 8. - С.23-28.

. http://medpro.ru

. http://www.7gy.ru

7. <http://medkarta.com>

. <http://www.mif-ua.com>

. <http://refoteka.ru>

. <http://www.5rik.ru>

. https: // ru. wikipedia.org <https://ru.wikipedia.org>

. <http://zalogzdorovya.ru>

. <http://www.zdorovieinfo.ru>