Міністерство охорони здоров'я України

Лубенське медичне училище

Реферат

З педіатрії

На тему: Гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) та бронхіти у дітей

Виконала: студентка групи Ф-31

Титова Людмила

Лубни 2009

1 Основні клінічні синдроми ГРВІ у дітей залежно від етіології

Збудники грипу (А1, А2, В) частіше спричинюють ринофарингіт, Круп з лихоманкою, бронхіт, синдром Рея, пневмонію. Епідемії виникають взимку кожні 1—2 (грип А) або 3—5 (грип В) років.

Збудники парагрипу (серотипи 1—4) зумовлюють ринофарингіт, Пневмонію, круп, трахеобронхіт, у немовлят — бронхіоліт. Епідемії іиникають восени кожні 2 роки.

Респіраторно-синцитіальні віруси (серотип 1) спричинюють у немовлят ринофарингіт з лихоманкою, бронхіоліт, а в більш старших — іфебрильний риніт. У немовлят спостерігають щорічні епідемії восени або навесні.

Аденовіруси (серотипи 1 — 7, 14, 21) зумовлюють ринофарингіт, фярингіт з нальотами та без нальотів, фарингокон'юнктивіт, лихоман-Ху( бронхіт, бронхіоліт, пневмонію, облітеруючий бронхіоліт, меза-ДІНІти, ентероколіти. Можуть виникати у всі сезони року захворю-інііімя, зумовлені аденовірусною інфекцією, можливі й епідемії кожні |—б років.

Риновіруси (серотипи 1 —113) спричинюють ринофарингіт з лихоманкою або без неї, бронхіоліт у немовлят. Епідемії виникають щорічно з підвищенням захворюваності взимку та восени.

2 Сучасні принципи госпіталізації хворих на ГРВІ та бронхіти

Показаннями до госпіталізації дітей у лікарню є вік дитини, ускладнені та тяжкі форми ГРВІ та бронхіти, що перебігають з проявами дихальної недостатності І—II ступеня. Госпіталізують новонароджених дітей з обтяженим преморбідним фоном, дітей раннього віку, що живуть у незадовільних побутових умовах, у віддалених районах, де неможливий постійний лікарський нагляд.

З метою запобігання суперінфікуванню термін перебування в стаціонарі повинен бути мінімальним. Дітей з ГРВІ та бронхітами середнього ступеня тяжкості, швидкою нормалізацією загального стану доцільно виписувати до 5-го дня госпіталізації.

На сьогодні розширені показання до лікування дітей у домашніх умовах. Вирішуючи це питання, враховують вік дитини, тяжкість і тривалість захворювання, а також можливість забезпечення необхідного догляду за дитиною в домашніх умовах.

Лікування вдома може бути проведене в таких ситуаціях:

ГРВІ з ураженням верхніх дихальних шляхів з помірними симптомами інтоксикації, субфебрильною або короткочасною (до 3 днів) фебрильною температурою тіла;

гострі ларингіти та ларинготрахеїти без ознак стенозу гортані;

гострі бронхіти, включаючи обструктивні форми, з субфебрильною або короткочасною (до 3 днів) фебрильною температурою тіла за відсут ності симптомів вираженої інтоксикації і дихальної недостатності.

3 Принципи терапії невідкладних станів при ГРВІ в дітей

У перебігу ГРВІ в дітей можливий розвиток таких станів: токсич ної енцефалопатії з проявами гіпертермічного, судомного синдромів, синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові, го строї дихальної, серцево-судинної, надниркової недостатності та аб домінального синдрому.

Ці стани можуть розвиватися при ураженні будь-яких відділів дії хальної системи й потребують швидких невідкладних лікувальних зп ходів.

Токсична енцефалопатія (синдром нейротоксикозу) — так званий первинний інфекційний токсикоз, який проявляється лихоманкою (гіпертермічний синдром), неврологічною симптоматикою (судомний синдром), недостатністю кровообігу, що пов'язана з порушенням мікроциркуляції (синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові), метаболічними зсувами (насамперед водно-електролітного обміну та кислотно-основного стану). Генералізована реакцій може відбуватися з ураженням будь-якої системи органів і проявлятись у вигляді дихальної, серцево-судинної, надниркової недостатності, абдомінального синдрому.

Гіпертермічний синдром характеризується підвищенням темпери тури тіла понад 38,5 °С. Підвищення температури тіла до 38,5 °С є захисною реакцією організму на інфікування вірусами, яке забезпечу» адекватний інтерфероногенез в організмі, а тому не потребує провв дення жарознижувальних заходів (окрім новонароджених та дітей раннього віку з фебрильними судомами в анамнезі).

Для проведення патогенетичної терапії розрізняють «червону\* гіпертермію (висока лихоманка з гіпертермією, сухість шкіри та слизових оболонок, збудження, гіперрефлексія, теплопродукція відии відає тепловіддачі) та «білу» злоякісну гіпертермію (висока лихомпнКа з блідо-ціанотичним мармуровим кольором шкіри, млявість, 'теплопродукція більша за тепловіддачу).

Метою комплексного лікування є створення умов, що сприяють вменшенню теплопродукції та посиленню тепловіддачі з одночасним покращенням метаболізму в тканинах. Проводять такі заходи:

Кисневу терапію.

Фізичні методи охолодження: дитину роздягають, обтирають Тіло холодною водою або роблять холодні компреси, прикладають міхур із льодом чи холодною водою до голови (краніоцеребральна гіпотермія) та ділянок магістральних судин, ставлять клізми з прохолодною водою (температурою 26—28 °С). При «червоній» гіпертермії проводять обдування вентилятором, обтирання розчином оцту (1 столова ложка на 1 стакан води); при «білій» гіпертермії зігрівають кінцівки Шляхом їх розтирання з метою покращення периферичного кровопостачання.

Медикаментозне лікування:

при «червоній» гіпертермії для зменшення теплопродукції при-иначають антипіретики всередину (парацетамол, ефералган, панадол, Тайленол-колд, анальгін); внутрішньом'язово вводять 50 % розчин анальгіну по 0,1—0,15 мл на 1 рік життя дитини, свічки з цефіконом, Парацетамолом;

при «білій» гіпертермії призначають препарати нейроблокуючої дії ізольовано або у вигляді літичних сумішей (піпольфен, дроперидол, аміназин, дибазол, регітин, папаверин), препарати, що покращують Периферичне кровопостачання (компламін, но-шпа, нікошпан), мемб-|іаностабілізуючі засоби з протизапальними та антиоксидантними властивостями (препарати кальцію, глюкокортикоїди, вітаміни А, Е, С);

інфузійну терапію проводять відповідно до принципів лікування ІИНДрому нейротоксикозу з обов'язковим призначенням діуретиків (діакарб, лазикс, 10—20 % розчин манітолу), глюкокортикоїдних Препаратів (преднізолон, дексаметазон, гідрокортизон), а за необхідності — протисудомних, серцевих засобів.

Судомний синдром, що супроводжує перебіг нейротоксикозу при ГРВІ, є результатом провокуючого впливу інфекції на нервову систему дитини й найчастіше спостерігається за наявності в неї обтяжено-fe преморбідного фону (гіпоксично-ішемічне ураження нервової системи в анте- та перинатальний період).

Фебрильні судоми зазвичай короткочасні, не супроводжуються втійким порушенням периферичного кровообігу і залишковими симптомами (млявість, сонливість, психічна за-гальмованість); вони спостерігаються перевалено при «червоній» гіпертермії. Допомога насам-Иіред полягає в лікуванні гіпертермічного синдрому:

1. Дитину роздягають, обов'язково знімають тісний одяг, забезпечують доступ свіжого повітря (у стаціонарі проводять оксигенотерапію зволоженим киснем).

2.При «червоній» гіпертермії використовують фізичні способи охо лодження:

обтирання 3 % розчином оцту або спирту;

прикладання міхура з льодом до голови та магістральних судин;

постановка клізми з прохолодною водою (температурою 10— 20 °С, об'ємом 20—200 мл залежно від віку дитини);

за можливості дитину обдувають вентилятором.

3.Медикаментозне лікування на догоспітальному етапі проводять з урахуванням особливостей патогенезу різних видів гіпертермії, пре парати вводять внутрішньом'язово або внутрішньовенно:

за рекомендаціями ВООЗ при «червоній» гіпертермії препаратами вибору є нестероїдні протизапальні препарати — німесулід («Найз») (із розрахунку 1—3 мгнаї кг маси тіла), парацетамол (10— 15 мг на 1 кг маси тіла) та його аналоги. За потреби ліки можна вводити повторно кожні 4—5 год;

при «білій» гіпертермії призначають спазмолітичні препарати, що покращують периферичний кровообіг: 2 % розчин папаверину (0,4 мг на 1 кг маси тіла або 0,02 мл на 1 кг маси тіла), 1 % розчин дибазолу (0,1 мг на 1 кг маси тіла або 0,01 мл на 1 кг маси тіла); 15 % розчин компламіну або 0,1 % розчин нікотинової кислоти (0,1 мл на 1 рік життя, внутрішньовенно, дуже повільно);

у разі відсутності ефекту від лікування вводять антипіретики центральної дії (50 % розчин анальгіну із розрахунку 10 мг на 1 кг маси тіла або 0,02 мл на 1 кг маси тіла дитини), нейролептичні препв-рати(0,25 % розчин дроперидолу в дозі 0,1 мгна 1 кг маси тіла, 2,5 % розчин дипразину (піпольфену) із розрахунку 25 мг на 1 кг маси тіла), повторюючи за необхідності через 8 год; можливе використання літич-ної суміші: аміназин, дипразин і 0,25 % розчину новокаїну у співвідношенні 1 : 1 : 10, із розрахунку 0,1 мг на 1 кг маси тіла дитини, 4

6 разів на добу, але треба пам'ятати, що швидке зниження температу ри тіла недопустиме і може призвести до розвитку колапсу;

антигістамінні препарати (1 % розчин димедролу, 0,5—2,5 % розчин дипразину, 2 % розчин супрастину — із розрахунку 1 мг ми 1 кг маси тіла 2—3 рази на добу);

глюкокортикоїди (преднізолон у дозі 1—3 мг на 1 кг маси тіля, гідрокортизон) та мембранстабілізуючі засоби (препарати кальцію, вітаміни А, Е, С).

Судоми при нейротоксикозі, нейроінфекціях тривають довше, мо жуть призвести до розвитку гіпоксичної енцефалопатії, яка супровод жується набряком мозку. У клініці судомного епізоду посилюється тонічний компонент, спостерігається порушення свідомості різно!'» ступеня тяжкості (ступор, сопор, кома).

Лікування проводять комплексно з урахуванням терапії гіпертщі мічного синдрому, препарати вводять внутрішньом'язово або внутрі шньовенно:

Як першу, але короткочасну допомогу можна ввести 25 % розчин магнію сульфату: дітям у віці до 1 року призначають із розрахунку 0,2 мл на 1 кг маси тіла, після 1 року — 1 мл на 1 рік життя, але не більше ніж 10 мл; уводять внутрішньом'язово на 0,5 % розчині новокаїну.

Протисудомні препарати (1 % розчини сибазону, седуксену, ре-Ланіуму в дозі 0,3—0,5 мг на 1 кг маси тіла).

Патогенетичним є введення сечогінних засобів (1 % розчин фу-росеміду або лазиксу із розрахунку 1—4 мг на 1 кг маси тіла).

При рецидиві судом призначають натрію оксибутират (100—150 мг На 1 кг маси тіла), барбітурати короткочасної дії (гексенал ректально — 10 % розчин по 0,5 мл на 1 кг маси тіла; внутрішньом'язово — 5 % розчин по 0,5 мл на 1 кг маси тіла; внутрішньовенно — 1 % розчин до отримання ефекту, але не більше як 15 мг на 1 кг маси тіла). Для запобігання паготонічній дії барбітуратів призначають 0,1 % розчин атропіну сульфату в дозі 0,05 мл на 1 рік життя. Треба пам'ятати, що миттєва проти-пудомна дія виникає тільки після внутрішньовенного введення препаратів, а в інших випадках через 5—25 хв після введення ліків.

Після припинення судом дитину необхідно госпіталізувати в лікарню залежно від характеру основного захворювання.

Синдром дисемінованого внутрішньосудинного згортання умовно Поділяють на 4 стадії (гіперкоагуляція, коагулопатія споживання, Патологічний фібриноліз, відновлення). Лікування проводять відповідно до стадії патологічного стану.

При І—II стадіях показане застосування гепарину (внутрішньовенно по 100 ОД на 1 кг маси тіла кожні 4—6 год), препаратів, що покращують реологію крові (курантил, реополіглюкін), знімають спазм су-ДИИ (дибазол, папаверин, компламін, трентал).

При II—III стадіях на фоні антикоагулянтної терапії переливають (іДНОгрупну нативну або свіжозаморожену плазму з метою поповнення антитромбіну-3. Для усунення патологічного фібринолізу вводять ІН'ГИпротеази (контрикал, трасилол, гордокс).

Гостра дихальна недостатність характеризується порушенням функції апарату зовнішнього дихання. Для забезпечення повноцінного газообміну відновлюють прохідність дихальних шляхів, звільнюючи їх від секрету або ексудату; якщо виникає парез кишечнику, що Призводить до високого стояння діафрагми, відновлюють механіку дихання, проводять оксигенотерапію. У разі пригнічення дихального Центру внутрішньом'язово вводять етимізол, бемегрид на фоні дезінтоксикаційної терапії.

При розвитку обструктивного синдрому призначають інгаляційні ••ТЯ-адреноміметики(сальбутамол, бекотид, беротек, астмопент), бронхоспазмолітичні препарати (еуфілін, теофілін, бронхолітин, но-шпа, галідор, папаверин), муколітичні (амброксол, лазолван, солутан, краплі І ІИроп евкабалу, бронхікум, препарати з алтеєю, термопсисом, солодкою, подорожником), антигістамінні (супрастин, перитол, фенкарол, кларитин), мембраностабілізуючі засоби (тайлед, недокроміл, інтал), а в разі тяжкого перебігу процесу — інгаляційні кортикостероїди (бек-ламетазон, будезонід, флунісолід, флексотид), адреналіну гідрохлорид — з урахуванням чутливості до них.

При стенозуючому ларинготрахеобронхіті, що виникає через набряк підзв'язкового простору (несправжній круп — набрякова або інфільтративна форми), призначають відволікальну терапію (гарячі сидячі ванни та ванни для ніг, гірчичники на грудну клітку), оксигенотерапію, спазмолітичні, муколітичні, десенсибілізуючі, протизапальні (глюкокортикоїди), антиоксидантні препарати. При інфільтративній формі обов'язкова антибактеріальна терапія. При дихальній недостатності II—III ступеня дітей госпіталізують у спеціалізовані ЛОР- або реанімаційні відділення.

Серцево-судинна недостатність — це різке зменшення об'ємного кровоточу, пов'язане зі зниженням серцевого викиду внаслідок порушення скоротливої функції міокарда, судинного тонусу або їх поєднання. Гостра серцева недостатність може проявлятися у вигляді ліво-шлуночкової, правошлуночкової або тотальної серцевої недостатності! гостра судинна недостатність може бути за типом симпатикотонічного, паралітичного та ваготонічного колапсу.

Поряд з етіотропним лікуванням захворювання, що спричинило гостру серцеву недостатність, проводять терапію, яка покращує скоротливу властивість міокарда, енергозабезпечення та метаболізм сер цевого м'яза (оксигенотерапія, введення поляризуючої суміші Лаборі, інозиту, рибоксину, L-карнітину, кокарбоксилази, калію оротату, панангіну, вітамінів А, Е, С, РР, групи В).

При гострій лівошлуночковій недостатності (серцева астма — набряк легень) необхідно знизити серцеве навантаження: ввести швид кодіючі діуретики (лазикс із розрахунку 1—2 мг на 1 кг маси тіла 2 З рази на добу), провести респіраторну терапію методами дихання 8 підвищеним тиском наприкінці видиху. Для поліпшення ізотропної властивості міокарда використовують адреноміметики швидкої дії (дофамін у середній дозі 5—10 мкг за 1 хв). При відсутності ефекту добутамін (2—10 мкг за 1 хв). Зниження післянавантаження досягається призначенням препаратів, що покращують периферичний опір судин (нітросорбіт, натрію нітропрусид, каптоприл або інші інгібітори ангіотензинперетворюючого ферменту).

Симпатикотонічний колапс є результатом токсемії, гіперсимпати котонії, гіперкатехоламінемії, що призводить до подразнення альфи1 адренорецепторів, сприяє спазму артеріол, шунтуванню крові черев артеріоло-венозні анастомози. В даному випадку призначають препи рати нейроблокуючої дії (2,5 % розчин аміназину— 0,5 мг на 1 кг мапи тіла), гемокоректри (реополіглюкін у дозі 10—20 мл на 1 кгмаситілй), антиагреганти (курантил, компламін), гепарин, еуфілін, гангліобдикатори (при нормальних показниках об'єму циркулюючої крові), сим-патоміметики (орнід, фентоламін), глюкокортикостероїди.

Паралітичний колапс є продовженням ішемії, що розвинулася Внаслідок симпатикотонічного колапсу. Спостерігається втрата чутливості судин до катехоламінів. Ваготонічний колапс є результатом гіперваготонії, що призводить до розширення артеріоло-венозних ана-стомозів. При паралітичному та ваготонічному колапсі призначають кардіотонічні препарати (кордіамін, коразол, кофеїн-бензоат натрію), пресорні аміни (мезатон, норадреналіну гідротартрат), препарати, що відновлюють об'єм циркулюючої крові (внутрішньовенно реополі-глюкін, розчин альбуміну), мікроциркуляцію, метаболізм міокарда.

Гостра надниркова недостатність (синдром Уотерхауса—Фрідерік-сена) потребує замісної кортикостероїдної терапії (гідрокортизон, преднізолон, дезоксикортикостерону ацетат) із введенням ангіотонічних засобів (норадреналіну гідротартрат, мезатон, ангіотензин), проводять корекцію дегідратації та пов'язаної з нею гіповолемії. Обов'язкове введення гепарину (70—100 ОД на 1 кг маси тіла дитини кожні 6 год).

Шлунково-кишковий (абдомінальний) синдром має перебіг, подібний до парезу кишечнику, гастроентероколіту або їх поєднання. Лікування спрямоване на відновлення функції кишечнику.

Клінічно розрізняють три ступеня парезу кишечнику:

Здуття живота помірне, гази не відходять, немає випорожнень. Може бути блювання шлунковим вмістом. Під час аускультації живота вислуховується перистальтика.

Значна інтоксикація, блювання дуоденальним вмістом, різке ідуття живота. Під час аускультації живота вислуховується перистальтикa млявими хвилями. Випорожнень немає, гази не відходять.

3. Виражена інтоксикація, обличчя Гіппократа, блювання кишковим вмістом. Метеоризм з утрудненням екскурсії діафрагми. Перистальтика не вислуховується. Випорожнень немає, гази не відходять.

При появі ознак парезу кишечнику призначають водно-чайну пау-іу (9—12 год), проводять масаж живота, роблять зігріваючий компрес на живіт, ставлять очисну (гіпертонічну з 1—2 столовими ложками 3 % розчину водню пероксиду на 1 стакан води), лікувальну (з відпаром ромашки, валеріани) клізму. При блюванні промивають шлунок 2 % розчином натрію гідрокарбонату, а потім ізотонічним розчином натрію хлориду. Обов'язкова корекція водно-сольового обміну, кислотно-основного стану. Добовий об'єм інфузійної терапії збільшують (при II стадії та при блюванні — на 20 мл на 1 кг маси тіла, При III стадії — на 40 мл на 1 кг маси тіла).

На фоні базисної терапії проводять пасивну евакуацію застійного ІМІпту травного тракту (постійний або змінний зонд у шлунок, високі ІЧионі клізми), призначають препарати, що покращують моторику ІМНіечнику(прозерин, пітуїтрин, нібуфін, ацеклідин).

При диспепсичному варіанті проводять дієтотерапію без водно-чайної паузи. Призначають так звану «омолоджену» дієту, виключають соки, фруктові пюре, подразнюючі підгодовування. У грудному віці найкраще використовувати грудне молоко, а за його відсутності — адаптовані та кисломолочні суміші з біологічно активними добавками (« Біфівіт », « Сим-бітер», «Наріне», ацидофільно-дріжджове молоко з лізоцимом тощо), у дітей другого півріччя життя — рисову кашу (1—2 рази на день).

Призначають замісну ферментотерапію (мексаза, ораза, панзинорм, фестал, ензистал, креон), біопрепарати (лактобактерії, біфідобактерії, канадський йогурт, лінекс та ін.), ентеросорбенти (смекта, білігнін, ентеросгель, мультисорб, активоване вугілля, біла глина). При вира жених проявах ентероколіту з ознаками токсикозу та ексикозу проводять інфузійну терапію в режимі дезінтоксикації та регідратації під контролем артеріального тиску, ЦВТ, діурезу з обов'язковим контролем і корекцією цих показників кожні 4—б год.

4 Сучасна класифікація гострих бронхітів у дітей

Бронхіт — запальне захворювання бронхів вірусної або вірусно-бактеріальної етіології.

Розрізняють первинні та вторинні бронхіти. При первинному бронхіті патологічний процес локалізується в бронхіальному дереві, при вторинному є ускладненням іншого захворювання.

За характером запалення бронхіти поділяють на катаральний, ка тарально-гнійний, гнійний, атрофічний. Патологічний процес одночас но може уражати слизову оболонку бронхів, глотки, гортані та трахеї.

Гострі бронхіти поділяють на 4 клінічні форми: гострий (простий) і гострий обструктивний бронхіти, гострий бронхіоліт і рецидивую-чий бронхіт.

Гострий бронхіт (простий)— гостре запалення слизової оболонки бронхів найчастіше вірусної або вірусно-бактеріальної природи бео ознак бронхообструкції.

Гострий обструктивний бронхіт — гострий запальний процес у слизовій оболонці найчастіше дрібних бронхів, якому притаманні ознаки обструкції дихальних шляхів як наслідок набряку, гіперсекреції слизу та бронхоспазму.

Гострий бронхіоліт — гострий запальний процес у слизовій оболонці дрібних бронхів і бронхіол, найчастіше в дітей раннього віку, якому властиві явища обструкції дихальних шляхів.

Рецидивуючий бронхіт — захворювання з повторенням епізодів гострого бронхіту 2 рази на рік і більше протягом 1 — 2 років, для яко« го характерна більша тривалість перебігу (2 тиж та довше) бий клінічних проявів обструкції дихальних шляхів.

При встановленні діагнозу визначають тяжкість перебігу бронхіту (легкий, середньої тяжкості, тяжкий) та фазу патологічного процесу (загострення, ремісія).

5 Препарати для етіопатогенетичної терапії ГРВІ

Специфічні етіотропні противірусні препарати ефективні при використанні у перші 3 дні захворювання. З цією метою широко використовують оксолінову мазь, лейкоцитарний інтерферон, лаферон, нуклеази (ДНК-азу, РНК-азу), гропринозин.

З метою профілактики та лікування ГРВІ використовують 0,25 % оксолінову мазь для змащування слизової оболонки носа 2—3 рази на день.

Лейкоцитарний інтерферон (32 ОД в 1 мл) використовують інтра-назально по 5 крапель в обидва носові ходи кожні 1,5—3 год, а також у вигляді аерозолю (у стаціонарних умовах) 3—4 рази на день (для інгаляції 3 ампули препарату розчиняють у 5—10 мл води).

Лаферон — високоочищений препарат лейкоцитарного інтерферону. Його розчиняють у теплій дистильованій воді або ізотонічному розчині натрію хлориду, використовують інтраназально. Препарат також Можна використовувати інтракон'юнктивально, у мікроклізмах, внут-рішньом'язово та внутрішньовенно. У даний час використовують також віферон у свічках для лікування тяжких форм вірусних інфекцій.

ДНК-аза (ефективна при аденовірусній інфекції) та РНК-аза (ефективна при інших ГРВІ) інактивують вірусні частинки; використовують 0,1—0,2 % розчин (10 мг порошку у флаконі розвести в 5—10 мл Ізотонічного розчину натрію хлориду або дистильованої води) у вигляді крапель у ніс (по 5 крапель) та в очі (по 2 краплі) кожні 1,5— 2 год; в аерозолі 2—3 рази на день. Внутрішньом'язово препарати використовують при тяжких ускладнених формах ГРВІ.

Донорський протигрипозний імуноглобулін призначають дітям раннього віку при тяжкому перебігу грипу: вводять внутрішньом'язово ДІТЯМ 2—3 років життя по 1 мл, старшим — по 2 мл залежно від динаміки інтоксикації 1—2 рази з інтервалом 12—24 год. Препарат не використовують за наявності бронхообструкції, а також при низькому рівні IgA у крові.

Для етіотропної та патогенетичної терапії використовують амінокапронову кислоту, амбен, які пригнічують протеолітичні властивості віру-It, знижуючи його цитопатогенність. Амінокапронову кислоту призна-Чйіоть з перших днів хвороби (разову дозу розчиняють у підсолодженій Иіревареній воді або використовують офіцинальний 5 % розчин аміно-Ивпронової кислоти в ізотонічному розчині натрію хлориду) інтраназаль-Й0! б % розчин вводять по 2—3 краплі на добу протягом 5—7 днів або відкладають у носові ходи на 5—10 хв ватні турунди, змочені 5 % розчином амінокапронової кислоти. Препарат протипоказаний при схильності Д§ тромбозу та при захворюванні нирок з порушенням їх функції.

Гропринозин — це індуктор інтерфероногенезу, має прямі проти-ІІрусні властивості, імуномодулятор. Дітям призначають із розрахунку 60 мг на 1 кг маси тіла на добу в 3—4 приймання; при тяжкому перебігу дозу збільшують до 100 мг на 1 кг маси тіла в 4—6 приймань протягом 5 днів.

Використана література

1. Педіатрія: Навч. посібник / О.В. Тяжка, О.П. Вінницька, Т.І. Лутай та ін.; За ред. проф. О.В. Тяжкої. — К.: Медицина, 2005. — 552 с.