

*Библиотечка спортивного врача и психолога*

Г.А. Макарова, М.Г. Авдеева, Е.Е. Ачкасов

# Инфекционные болезни в практике спортивного врача



*СПОРТ*

**М. Г. Авдеева**  
**Галина Александровна Макарова**  
**Евгений Евгеньевич Ачкасов**  
**Инфекционные болезни в**  
**практике спортивного врача**  
**Серия «Библиотечка**  
**спортивного врача и психолога»**

*[http://www.litres.ru/pages/biblio\\_book/?art=26542371](http://www.litres.ru/pages/biblio_book/?art=26542371)*

*Г. А. Макарова, М. Г. Авдеева, Е. Е. Ачкасов. Инфекционные болезни в  
практике спортивного врача: Спорт; Москва; 2017  
ISBN 978-5-906839-93-0*

### **Аннотация**

Как известно, некоторые особенности образа жизни спортсменов увеличивают риск заражения инфекционными заболеваниями. Это требует особого внимания со стороны врачей спортивных команд, а также тренеров и самих спортсменов. В книге дается описание наиболее распространенных инфекционных заболеваний, а также особенностей их профилактики в спорте. Для спортивных врачей, тренеров, студентов вузов физической культуры и спорта. Книга издана в авторской редакции.

# Содержание

Глава 1	5
Глава 2	8
2.1. Грипп	8
Профилактика	14
2.2. Острые респираторные вирусные инфекции	21
Профилактика	27
Конец ознакомительного фрагмента.	29

**Г. А. Макарова, М. Г.  
Авдеева, Е. Е. Ачкасов**

**Инфекционные  
болезни в практике  
спортивного врача**

© Макарова Г. А., Авдеева М. Г., Ачкасов Е. Е.,  
текст, 2017

© Оформление. Издательство «Спорт», 2017

# Глава 1

## Факторы риска инфекционных заболеваний в спортивной среде

Спортсмены страдают такими же инфекционными заболеваниями, как и остальные члены общества. Они так же могут быть вовлечены в эпидемии и пандемии, в зависимости от эпидемической ситуации.

В спортивной среде, как и в популяции в целом, нельзя исключать гетеросексуальную смену партнеров, наличие гомосексуальных контактов, прием наркотиков и алкоголя, увлечение модными направлениями в виде нанесения на тело татуировок или пирсинга и т. п. Все это значительно повышает вероятность возникновения заболеваний, передающихся половым путем и через кровь, в том числе и ВИЧ-инфицирования.

В то же время некоторые особенности образа жизни спортсменов увеличивают риск заражения инфекционными заболеваниями, вызываемыми определенными возбудителями, передающимися самыми различными путями. Дополнительные ***факторы риска заражения спортсменов инфекционными заболеваниями*** могут быть сгруппированы следующим образом:

1. Активный образ жизни, особое внимание лиц противо-

положного пола, длительное нахождение вдали от дома и семьи (спортсмены переезжают из города в город, выезжают в зарубежные страны для участия в соревнованиях в 5–6 раз чаще, чем обычные люди), частое проживание в гостиничных комплексах, где развита сеть услуг «интимного сервиса».

2. Тесные продолжительные контакты между спортсменами в командных видах спорта, приводящие к несоблюдению правил личной гигиены (члены команды во время игр и тренировок часто разделяют друг с другом предметы личной гигиены, а также еду и напитки, особенно со времени появления в продаже пластиковых бутылок).

3. Высокая вероятность контакта с кровью соперников в контактных видах спорта, связанная со всеобщим мелким травматизмом, наличием трещин, ссадин, повреждений кожных покровов и слизистых, типичных для 80–90 % спортсменов высокой квалификации (в боксе, если у спортсмена разбиты нос или губа, он вытирает их перчаткой и этой же перчаткой, испачканной кровью, наносит удар сопернику в рассеченную бровь или другое поврежденное место; в тяжелой атлетике и гимнастике нередко срывы кожи на ладонях, и кровь, оставленная на снаряде, попадает на рану или трещину на коже рук другого атлета).

4. Возможность инфицирования при различных микробных поражениях кожи в видах спорта, сопровождающихся телесным контактом атлетов (борьба и т. п.).

5. Высокая частота инъекционного введения препаратов различного профиля (один из профессиональных факторов риска заражения парентеральными гепатитами).

6. Высокая заболеваемость инфекциями (в основном, органов дыхания), а также отчетливое снижение иммунитета в соревновательном периоде.

# **Глава 2**

## **Инфекционные заболевания, вызываемые вирусами**

### **2.1. Грипп**

Грипп – острая высоко контагиозная респираторная вирусная инфекция с воздушно-капельным механизмом передачи, вызываемая вирусами гриппа типа А, В и С.

Грипп занимает особое место среди других инфекционных болезней человека из-за повсеместного распространения и высокой заболеваемости во всех странах, вне зависимости от социального уровня. По данным ВОЗ, ежегодно во время вспышек гриппа в мире заболевает до 15 % населения, 250–500 тыс. из них умирает. По статистике, в мире в среднем ежегодно гриппом заболевает каждый десятый взрослый и каждый третий ребенок. При этом наряду с легким и среднетяжелым течением, заканчивающимися быстрым выздоровлением, у части больных возникают тяжелые осложнения, в том числе ведущие к смерти. Тяжелое течение гриппа с развитием осложнений нередко наблюдается у молодых, до этого здоровых людей.

Одна из особенностей вируса гриппа – его постоянная из-



менчивость, ведущая к появлению абсолютно новых подтипов, ранее не встречавшихся среди людей. Источником таких могут быть вирусы гриппа животных. Так, в последние годы описаны «птичий» грипп и «свиной» грипп.

Ежегодные подъемы заболеваемости гриппом приходятся, как правило, на осенние и зимние месяцы («сезонный» грипп). Однако в период пандемии («пандемический» грипп) сезонность утрачивается, и заражение происходит в любое время года, в зависимости от распространения пандемии.

Вирус гриппа всегда проникает в организм человека через верхние дыхательные пути. Переохлаждение, вызывающее нарушение кровоснабжения слизистых и понижающее активность ресничек дыхательного эпителия, может способствовать внедрению вирусов в клетки. Однако при пандемии, из-за высокой контагиозности вирусов, фактор переохлаждения перестает быть решающим.

Вирусы сезонного гриппа поражают клетки верхнего отдела респираторного тракта, вызывая ринофаренгит, трахеит и бронхит. Возможное осложнение заболевания пневмонией связано с присоединением бактериальной инфекции, которое происходит не ранее конца первой недели болезни.

***Клиническая картина сезонного гриппа.*** Инкубационный период гриппа составляет от 2 до 7 суток, но может укорачиваться до нескольких часов.

Заболевание начинается остро. С первых же часов болез-

ни беспокоят головная боль, головокружение, нарастающая слабость, анорексия. Типична боль в лобных и височных областях, надбровных дугах и глазных яблоках (последняя усиливается при движении глазами). Высокая лихорадка (повышение температуры до 38,5–40 °С) с ознобом сопровождается ощущением разбитости, ноющими болями в мышцах, сухожилиях и крупных суставах.

Для клинической диагностики важно, что при типичном течении сезонного гриппа катаральный синдром появляется спустя несколько часов – сутки после дебюта болезни и уступает по выраженности синдрому интоксикации. В первые сутки болезни наблюдаются заложенность носа, чувство сухости и саднения (ощущение зуда, царапающей боли) в носоглотке. На вторые сутки у многих больных появляется насморк (не обильный) и мучительный сухой кашель, иногда сопровождающийся болями за грудиной. Лицо больных гиперемировано и одутловато, выражен склерит, конъюнктивит, возможен цианоз губ, аускультативно в легких выслушивается жесткое дыхание, рассеянный сухой хрипы (трахеит, бронхит).

Длительность лихорадки при неосложненном гриппе не превышает пяти дней.

**Клиническая картина свиного гриппа.** Совсем другая картина наблюдается при свином гриппе. Вирусы нового штамма A(H1N1) Калифорния/pdm09 приобрели способность к размножению в клетках нижних отделов дыхатель-

ной системы – бронхиол и альвеол. Это приводит к развитию первичной вирусной пневмонии, дыхательной недостаточности и возможной смерти уже в первые дни болезни.

Следует помнить о влиянии вируса на сердечно-сосудистую систему. Находясь в крови в течение 10–14 дней болезни, вирус поражает капилляры, нарушается свертываемость, страдает мышца сердца, снижается артериальное давление, может развиваться отек мозга и отек легких. Заболевание способствует развитию вторичного иммунодефицита, облегчающего присоединение бактериальных инфекций.

Начало пандемического гриппа А(H1N1) не всегда острое. Возможно повышение температуры как до фебрильных (свыше 38 °C), так и до субфебрильных цифр (37–38 °C). Боли в мышцах, ломота в суставах и головная боль присутствуют менее чем у половины больных. Выражена слабость.

С первых дней болезни на передний план выступает клиника тяжелого катарально-респираторного синдрома: кашель, одышка, цианоз. На боль в горле жалуется половина всех больных, при этом признаки фарингита отмечаются далеко не у всех, предъявляющих подобные жалобы. В одной трети случаев присутствует умеренный насморк. Типична лихорадка в сочетании с кашлем и трахеитом. Может развиться несвойственный сезонному гриппу диспепсический синдром (тошнота, рвота, диарея).

**Осложнения гриппа** развиваются как в результате воз-

действия самого вируса, так и вследствие присоединения бактериальной флоры.

Для сезонного гриппа характерны осложнения, связанные с присоединением бактериальной инфекции, которое происходит не ранее конца первой недели болезни (пневмония, гаймориты, отиты, фронтиты, синуситы, тубоотиты, лакунарная и фолликулярная ангина).

Подобные осложнения возможны и при пандемическом гриппе.

Однако для пандемического гриппа A(H1N1) более характерны осложнения, связанные с воздействием самого вируса. Как правило, они появляются уже в первые дни болезни и могут становиться причиной летального исхода. Развитие этих состояний происходит в результате прямого действия вируса на:

- легкие (вирусное поражение легких: гриппозная пневмония, острая дыхательная недостаточность);
- сосуды дыхательной системы (острый респираторный дистресс-синдром, геморрагический отек легких);
- общее сосудистое русло (острая циркуляторная недостаточность, инфекционно-токсический шок);
- сосуды головного мозга (инфекционно-токсическая энцефалопатия, отек головного мозга);
- голосовые связки (ложный круп);
- центральную и периферическую нервную систему (менингит, энцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, энцефа-

ломиелополирадикулоневрит, моно- и полиневриты, синдром Гийена-Барре, радикулиты, невриты);  
– миокард (миокардит).

***Опорно-диагностические критерии гриппа при первичном обследовании:***

1. Регистрация заболевания в эпидемический сезон.
2. Наличие в анамнезе контакта с больным гриппом.
3. Острейшее начало с синдромом интоксикации.
4. Наличие лихорадки (острая, фебрильная, постоянного типа).
5. Ведущий синдром поражения респираторного тракта – трахеит (кашель, саднение и боли за грудиной), а также наличие одышки или затруднения дыхания.
6. В динамике заболевания симптомы интоксикации, как правило, опережают развитие синдромов поражения респираторного тракта.
7. Наличие дополнительного синдрома – геморрагического (носовые кровотечения, мокрота с прожилками крови).

***Показания для госпитализации больного гриппом:***

1. Тяжелое состояние больного, обусловленное интоксикацией (гипертермия, геморрагический синдром, спутанность сознания, менингизм, бред, гипоксия, нарушение ритма сердечных сокращений, бледность кожи, уменьшение диуреза, тошнота, рвота).
2. Осложненные формы гриппа (наличие симптомов дыхательной недостаточности и/или отека легких, кровохарка-

ные, бронхообструктивный синдром, острый отечный ларингит, пневмония, острое воспаление придаточных пазух носа).

3. Больные из группы риска неблагоприятного развития болезни (беременные, лица с хроническими заболеваниями легких, сердечно-сосудистой системы, нарушением обмена веществ – сахарный диабет, ожирение).

## Профилактика

Выделяют следующие виды профилактики гриппа:

- специфическую;
- неспецифическую;
- экстренную;
- сезонную.

***Специфическим методом*** профилактики гриппа является вакцинация, которая предотвращает заболеваемость гриппом, уменьшает количество тяжелых осложнений и летальных исходов (см. раздел «Вакцинация»).

***Неспецифическая профилактика.*** Важными профилактическими мероприятиями являются своевременная диагностика и лечение больных гриппом. При этом следует помнить, что больной человек наиболее заразен для окружающих первые 3–4 дня болезни, хотя выделение вируса возможно на протяжении всего заболевания и даже в период выздоровления. Дети потенциально «опасны» более длитель-

ный период – 7–10 дней. В случае выявления больного с симптомами гриппа и принятия решения о его амбулаторном лечении необходимо проведение следующих мероприятий:

1. Изолировать больного в отдельном помещении, а если это невозможно, обеспечить, чтобы его кровать, отгороженная ширмой, находилась на расстоянии более одного метра от места расположения других людей.

2. Часто проветривать помещение и проводить влажную уборку с помощью имеющихся бытовых моющих и дезинфицирующих средств не реже двух раз в сутки.

3. Кипятить или обрабатывать посуду, используемую больным, дезинфицирующими средствами (хлорсодержащие препараты) в специальной емкости.

4. Часто заменять и стирать с кипячением полотенца, носовые платки, остальное белье больного.

5. Тщательно мыть руки с мылом после каждого контакта с больным.

6. Носить маски, имеющиеся в продаже или сделанные из подручных материалов (ватно-марлевые), при условии их смены через каждые 1–2 часа с последующей утилизацией или надлежащей стиркой и двухсторонним проглаживанием.

Главным механизмом передачи гриппа является воздушно-капельный (при кашле и чихании, с капельками слюны). Однако в условиях большой скученности населения мегаполисов, возможна реализация контактного механизма пере-

дачи гриппа, когда вирусные частицы доставляются с зараженных поверхностей общественного пользования к слизистой верхних дыхательных путей через руки.

Во внешней среде вирус гриппа способен сохраняться недолго – от 2 до 8 часов. Он погибает под воздействием высоких температур (75–100 °С), а также некоторых бактерицидных агентов, таких как спирт, перекись водорода, щелочь (мыло). Антисептики на основе йода также эффективны против вирусов гриппа при использовании в соответствующих концентрациях на протяжении достаточного количества времени. Активным биологическим действием обладают ультрафиолетовые лучи. Обеззараживание помещения ультрафиолетовыми лампами проводится как прямым, так и рассеянным облучением.

Для предупреждения заболевания гриппом, помимо исключения контакта с больными, что не всегда возможно, необходимо соблюдение ряда условий человеком, подвергающимся риску инфицирования. Задача заключается в повышении невосприимчивости к гриппу. Этого можно достигнуть несколькими путями. Среди них:

1. Ведение здорового образа жизни (полноценный сон, свежий воздух, активный отдых, сбалансированная пища, богатая витаминами).
2. Профилактика и лечение сопутствующих заболеваний и состояний, обуславливающие повышение невосприимчивости организма к вирусу гриппа.



3. Проведение химиопрофилактики (при наличии в анамнезе непосредственного контакта с больным гриппом или ОРВИ иной этиологии).

В зависимости от риска заражения (контакта с больным) неспецифическая защита подразделяется на две группы: экстренная профилактика и сезонная профилактика.

Для неспецифической профилактики гриппа рекомендуется назначение одного из противовирусных препаратов:

1. Противовирусные препараты прямого действия:

- Осельтамивир (тамифлю) – по 75 мг 1 раз в сутки в течение не менее 10 дней после контакта с инфицированным. Прием препарата нужно начинать не позднее, чем в первые 2 дня после контакта. Во время сезонной эпидемии гриппа – по 75 мг 1 раз в сутки в течение 6 недель.

- Занамивир (реленза) – 2 ингаляции 1 раз в сутки в течение 10 дней. Общая суточная доза – 10 мг. Длительность приема может быть увеличена до 1 месяца, если риск инфицирования сохраняется более 10 дней.

- Умифеновир (арбидол) – 200 мг в сутки в течение 10–14 дней.

- Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты (ингавирин) – по 90 мг 1 раз в день, в течение 7 дней после контакта с больным.

2. Препараты интерферона:

- Интерферон альфа (лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения) – содержимое раство-

ряют в 5 мл воды для инъекций, применяют интраназально по 3 капли в каждый носовой ход 2 раза в сутки (разовая доза – 3 тыс. МЕ, суточная – 15–18 тыс. МЕ), в течение 5–7 дней. При однократном контакте достаточно одного закапывания. При необходимости профилактические курсы повторяют. При сезонном повышении заболеваемости используют в указанной дозе, утром, через 1–2 дня.

- Интерферон гамма (лиофилизат для приготовления раствора для интраназального введения) – содержимое растворяют в 5 мл воды для инъекций, применяют интраназально по 2–3 капли в каждый носовой ход за 30 минут до завтрака в течение 10 дней. При необходимости профилактические курсы повторяют.

### 3. Препараты индукторов интерферона:

- Тилорон (амиксин) – 125 мг 1 раз в неделю в течение 6 недель, курсовая доза – 750 мг.

- Кагоцел – 7-дневные циклы: два дня по 24 мг, однократно в сутки, 5 дней перерыв; затем цикл повторить. Длительность курса от одной недели до нескольких месяцев.

Беременным, входящим в ближайшее окружение лиц, заболевших гриппом или гриппоподобным заболеванием, проводят противовирусную химиопрофилактику в течение 10 дней осельтамивиром, занамивиром, умифеновиром.

**Экстренная профилактика** проводится в случаях прямой угрозы заражения и рассчитана на немедленное противовирусное действие химиопрепаратов, интерферонов и ин-

дукторов интерферона. Экстренную профилактику проводят среди людей, находящихся в непосредственном контакте с больными, в семьях, квартирах, больничных палатах (эпидемических очагах). Продолжительность профилактики колеблется от 2 дней при прекращении контакта с больным, до 5–7 дней, если контакт сохраняется. Внеочаговую профилактику проводят среди непривитых, а также среди контингентов с повышенным риском заражения гриппом и высоким риском неблагоприятных исходов заболевания.

**Сезонная профилактика** проводится в предэпидемический период для повышения резистентности организма человека к респираторным вирусам. При этом у лиц, относящихся к группе риска (проживающих на экологически неблагополучных территориях, часто и длительно болеющих, имеющих хронические заболевания, вторичные иммунодефициты и др.), используют иммунокорригирующие препараты, которые назначают курсами разной продолжительности. В основном это препараты интерферона, индукторов интерферона (указаны выше), а также лизаты бактерий:

- Стандартизированный лиофилизат бактериальных лизатов *Haemophilus influenzae*, *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus viridans*, *Streptococcus pyogenes*, *Klebsiella pneumoniae*, *Klebsiella ozaenae*, *Staphylococcus aureus*, *Moraxella catarrhalis* (Бронхо-Ваксом) – по 1 капсуле ежедневно утром натощак; курс включает 3 цикла, каждый из которых состоит из ежедневного приема 1 капсулы в течение

10 дней, интервал между циклами – 20 дней.

- Лизаты бактерий смеси *Streptococcus pneumoniae*, type I + *Streptococcus pneumoniae*, type II + *Streptococcus pneumoniae*, type III + *Streptococcus pneumoniae*, type V + *Streptococcus pneumoniae*, type VIII + *Streptococcus pneumoniae*, type XII + *Haemophilus* – по 1 дозе препарата в каждый носовой ход 2 раза в день в течение 2-х недель.

## **2.2. Острые респираторные вирусные инфекции**

Собирательное понятие «острые респираторные вирусные заболевания» (ОРВИ) объединяет большой перечень вирусных инфекций с преимущественным поражением верхних дыхательных путей. Источником инфекции для всех ОРВИ являются больные с клинически выраженными, стертыми формами болезни или же здоровые вирусоносители. Основной механизм заражения – аэрозольный, в ряде случаев вероятен фекально-оральный механизм с контактно-бытовым и водным путями передачи.

Острые респираторные вирусные инфекции занимают значительную долю в структуре заболеваемости человечества и лидирующее место среди инфекционных заболеваний. По данным ВОЗ, на долю ОРВИ (включая грипп) приходится около 90–95 % случаев всех инфекционных заболеваний. При этом в России число ежегодно болеющих ОРВИ и гриппом достигает более 30 млн. человек, а ежегодный суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд. рублей, составляя около 80 % ущерба от всех инфекционных болезней. В среднем взрослый человек переносит от 2 до 4 «простуд» в течение года, ребенок болеет от 6 до 9 раз. Пик заболеваемости респираторными инфекциями наблюдается в период с сентября по май.

Основными возбудителями острых респираторных вирусных инфекций являются вирусы парагриппа, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, риновирусы, коронавирусы человека (в том числе коронавирус, вызывающий тяжелый острый респираторный синдром).

Наиболее частыми возбудителями респираторных заболеваний являются риновирусы (25–40 % всех случаев заболевания), коронавирусы и вирусы парагриппа. Реже встречаются респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы и реовирусы. Возможно сочетание различных возбудителей, в том числе вирусно-бактериальные ассоциации.

**Клиническая картина.** Инкубационный период при острых респираторных вирусных инфекциях составляет от 1 до 14 суток, в зависимости от вида возбудителя.

Заболевание, как правило, начинается остро, с появления синдрома интоксикации (повышение температуры тела до субфебрильных или фебрильных цифр, общая слабость, головная боль, боли в мышцах и суставах), а также катарально-респираторного синдрома (кашель, насморк, в некоторых случаях конъюнктивит). Возможно увеличение различных групп лимфо-узлов, реже – увеличение печени (аденовирусная инфекция).

### ***Особенности клинических форм при ОРВИ:***

1. Острый ринит – воспаление слизистой оболочки носовой полости. Характерные симптомы: чихание, отделение слизи из носа (ринорея), нарушение носового дыхания. От-

ток слизи по задней стенке глотки вызывает кашель.

2. Фарингит – воспаление слизистой оболочки глотки. Характерны внезапно возникающие ощущения першения и сухости в горле, а также болезненность при глотании.

3. Тонзиллит – местные изменения в небных миндалинах бактериальной (чаще стрептококковой) и вирусной этиологии. Характерны интоксикация, гиперемия и отечность миндалин, небных дужек, язычка, задней стенки глотки, рыхлые наложения в лакунах.

4. Ларингит – воспаление гортани с вовлечением голосовых связок и подсвязочного пространства. Первые симптомы – сухой лающий кашель, осиплость голоса.

5. Трахеит – воспалительный процесс в слизистой оболочке трахеи. Симптомы: саднение за грудиной, сухой кашель.

6. Бронхит – поражение бронхов любого калибра. Основной симптом – кашель (в начале заболевания сухой, через несколько дней – влажный с увеличивающимся количеством мокроты). Мокрота чаще имеет слизистый характер, но на второй неделе может приобретать зеленоватый оттенок за счет примеси фибрина. Кашель сохраняется в течение двух недель и дольше (до месяца) при заболеваниях аденовирусной, респираторно-синцитиально-вирусной, микоплазменной и хламидийной природы.

**Осложнения ОРВИ** подразделяются на специфические, связанные с непосредственным воздействием вирусов, и вторичные, вызванные активизацией вторичной бактериальной

микрофлоры.

Среди специфических осложнений:

1. Менингизм – повышение давления ликвора без выраженных изменений его состава. Характеризуется появлением общемозговой симптоматики (сильная головная боль, тошнота, рвота), общей гиперестезии и характерных менингеальных синдромов.

2. Острая дыхательная недостаточность (чаще развивается при парагриппе при формировании ложного крупа). Клинически проявляется в виде тяжелой одышки, цианоза, тахикардии, беспокойства больных.

3. Отек и набухание головного мозга (встречается редко). Проявления: сильная головная боль, тошнота, рвота, возможно психомоторное возбуждение, брадикардия, повышение артериального давления, судороги, расстройство дыхания, нарастающие менингеальная и очаговая симптоматика, расстройство сознания от оглушения до развития комы.

4. Инфекционно-токсический шок (встречается редко). Клинические проявления: на ранних стадиях – лихорадка, затем снижение температуры тела, бледность кожи, появление мраморной окраски кожи, цианотичных пятен, быстрое снижение артериального давления, тахикардия, одышка, возможны тошнота и рвота, геморрагический синдром (как проявление синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания), резкое снижение диуреза (мочевыделения), прогрессирующее расстройство сознания.



5. Респираторный дистресс-синдром взрослых. Характеризуется стремительным нарастанием признаков острой дыхательной недостаточности на высоте клинических проявлений инфекции. Клинические симптомы: быстро нарастающая одышка свыше 30 дыхательных движений в минуту с присоединением шумного дыхания, диффузный цианоз, тахикардия, беспокойство больного, быстро сменяющееся апатией, возможна потеря сознания, падение систолического АД ниже 90 мм рт. ст. Кашель со скудной кровянистой мокротой (в мокроте – мононуклеарный цитоз). При аускультации в начальном периоде – сухие свистящие хрипы над всей поверхностью легких, далее крепитирующие хрипы, влажные мелкопузырчатые хрипы, гипоксемия. В ряде случаев развивается синдром диссеминированного внутрисосудистого свертывания (геморрагический отек легких).

6. Острая сердечно-сосудистая недостаточность (встречается редко). Может протекать по типу преимущественно острой сердечной либо острой сосудистой недостаточности. Острая сердечная недостаточность развивается чаще у больных гипертонической болезнью и заболеваниями сердца. Она протекает по типу левожелудочковой недостаточности и проявляется отеком легких. Острая сосудистая недостаточность является следствием падения сосудистого тонуса, а сосудистый коллапс – проявлением инфекционно-токсического шока.

Среди неспецифических осложнений:

1. Острый бактериальный синусит – воспаление околоносовых пазух (гайморит, фронтит, сфеноидит). Является частым осложнением ОРВИ. Заподозрить наличие синусита можно в том случае, если симптомы заболевания не прекратились в течение 7–10 дней: остается заложенность носа, тяжесть в голове, головная боль, усиливающаяся при опускании головы, повышенная температура. При отсутствии лечения острый синусит легко переходит в хроническую форму заболевания.

2. Острый отит. Проявляется постоянными или пульсирующими («стреляющими») болями в ухе, может наблюдаться болезненность в области сосцевидного отростка.

3. Острый бронхит. Может быть как проявлением ОРВИ, так и осложнением, обусловленным присоединением вторичной микрофлоры на фоне или после перенесенной ОРВИ (в последнем случае характерен кашель с отделением мокроты желтого или зеленого цвета). К данному осложнению имеют предрасположенность люди, страдающие хроническими заболеваниями верхних дыхательных путей (хроническим бронхитом, хронической обструктивной болезнью легких, гайморитом и др.), а также курильщики.

4. Пневмония. Это одно из самых грозных осложнений ОРВИ. Развитие ее следует подозревать при сохранении высокой температуры тела и кашля более 7–10 дней. Характерными аускультативными признаками пневмонии являются ослабление дыхания, наличие разнокалиберных влажных

ных хрипов, крепитации. Диагноз подтверждается данными рентгенологического исследования легких.

### ***Критерии выздоровления при ОРВИ:***

- стойкая нормализация температуры тела в течение 3 дней и более;
- отсутствие признаков интоксикации;
- отсутствие воспалительного процесса в рото- и носоглотке;
- уменьшение размеров лимфатических узлов (при аденовирусной инфекции);
- нормализация или значительное уменьшение размеров печени и селезенки (при аденовирусной инфекции).

## **Профилактика**

Выделяют следующие виды профилактики острых респираторных вирусных инфекций:

- неспецифическую профилактику общего плана;
- неспецифическую фармакологическую профилактику.

***Специфические методы*** профилактики ОРВИ не разработаны.

***Неспецифическая профилактика общего плана*** включает следующие мероприятия:

1. Постараться избегать контактов с больными людьми.
2. Часто мыть руки с мылом теплой водой, и делать это тщательно.

3. Не менее двух раз в день полоскать ротовую полость и горло (например, раствором эвкалипта) и промывать нос солевыми растворами.

4. Остерегаться переохлаждения.

5. Скорректировать диету в пользу повышенного потребления витаминов, кальция и цинка (цитрусовые, сладкий перец, кисломолочные продукты, твердые сыры, отварная рыба, говядина, морковь со сметаной, изюмом или курагой).

Больного изолируют в домашних условиях, а при необходимости – в условиях стационара в отдельном боксе до полного клинического выздоровления (в среднем на 1–2 недели). Необходимо обеспечение больного отдельной посудой, предметами ухода. Мероприятия в очаге не проводятся. Карантинно-изоляционные мероприятия в отношении контактных лиц не организуются.

*Для неспецифической фармакологической профилактики* острых респираторных вирусных инфекций используют:

1. Противовирусные препараты:

- Умифеновир (арбидол) – 200 мг в сутки, в течение 10–14 дней.
- Имидазолилэтанамида пентандиовой кислоты (ингавирин) – по 90 мг один раз в день, в течение 7 дней после контакта с больным.

2. Препараты интерферона:

# Конец ознакомительного фрагмента.

Текст предоставлен ООО «ЛитРес».

Прочитайте эту книгу целиком, [купив полную легальную версию](#) на ЛитРес.

Безопасно оплатить книгу можно банковской картой Visa, MasterCard, Maestro, со счета мобильного телефона, с платежного терминала, в салоне МТС или Связной, через PayPal, WebMoney, Яндекс.Деньги, QIWI Кошелек, бонусными картами или другим удобным Вам способом.