**Лекция № 7**
 Тема: **«Грипп, ОРВИ, менингококковая инфекция и беременность».**

1. Грипп.
* Определение.
* Этиология.
* Эпидемиология.
* Клиника.
* Диагностика.
* Осложнения.
* Доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи.
* Лечение и сестринский уход.
* Профилактика.
* Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.
1. ОРВИ: клинико-эпидемиологический обзор.
2. Менингококковая инфекция.
* Определение.
* Этиология.
* Эпидемиология.
* Классификация.
* Клиника.
* Диагностика.
* Осложнения.
* Доврачебная помощь при неотложных состояниях в соответствии со стандартами медицинской помощи.
* Лечение и сестринский уход.
* Профилактика.
* Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.

**Грипп** – острая инфекционная болезнь с присущей ей особенностью к быстрому и глобальному разрастанию; клинически характеризуется кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением распираторного тракта.

Заболевание известно с глубокой древности. В 19 веке в Европе было четыре пандемии гриппа, в 20 веке – две пандемии, 1918-1920гг – «испанка», 1957-1958гг – «азиатинский грипп». Позже циркулировали гонконговский грипп, Порт Чалмерс.

**Этиология.** В 1933-1934 гг было доказано, что грипп вызывается специфическим вирусом. Вирусы гриппа относятся к группе пневмотропных РНК-содержащих вирусов. Выделяют типы А, В и С, вирусы типа А в зависимости от антигенных свойств подразделяются на подтипы А1 и А2.

Вирус А более контагиозный, очень изменчив. Во внешней среде малоустойчивы, быстро разрушаются от дезсредств, при подогревании до 60 град.

**Эпидемиология**. *Источник* – больной человек, особенно заразный в разгар заболевания. Заразный период продолжается 4-7 дней. Большую опасность для окружающих представляют так же больные с легкими стертыми формами гриппа.

*Передача инфекции* происходит воздушно-капельным путем, а так же через предметы обихода. Распространению инфекции способствуют плохие жилищные условия, скученность, плохие условия труда, миграция населения. Подъем заболеваемости с сентября по март. *Восприимчивость* людей к гриппу абсолютная. После перенесенного заболевания вырабатывается типоспецифический иммунитет, сохраняющийся при типе А до 2-х лет, а при гриппе В – до 3-4 лет.

**Клиника.** И.П. 1-2 дня (от 12 часов до 3 дней). Не осложненный грипп начинается остро и протекает с выраженной интоксикацией и коротким (2-3 дня) лихорадочным периодом. У больных появляется озноб, быстро, в течении 3-4 часов повышается температура до 38,5-40 град. При легком течении температура может держаться на субфебрильных цифрах.

Ухудшается самочувствие: они жалуются на головную боль, особенно в области лба, надбровных дуг, глазных яблок, на боли в мышцах, суставах, костях, бессонницу, чувство заложенности в носу.

На 2-4 день болезни присоединяются катаральные явления: насморк, чихание, явления конъюктивита. Больные отмечают слабость, потливость.

*При осмотре:* гиперемия лица и шеи, инъекция сосудов склер. Дыхание учащенно, АД снижено, тоны сердца приглушены, пульс часто отстает от температуры. Возможны кровотечения. Отмечается кашель, охриплость голоса, чихание. Зев гиперимирован, язык обложен. Иногда отмечается расстройство кишечника. Вирус гриппа может поражать периферическую нервную систему и головной мозг, что проявляется в различных невралгиях, невритах, симптомах энцефалита, острого менингита.

По тяжести различают легкую, средне-тяжелую и тяжелую формы. При тяжелых формах (токсических) резко выражена интоксикация, сильная головная боль, одышка, цианоз, гипотония, частый, слабый пульс, бред, минингеальные явления, возможны отек легких, и отек мозга. Со стороны крови: лейкопения, относительный лимфоцитоз, анэозинофилия, ускоренная СОЭ.

**Осложнения.** Гайморит, отит, фронтит, трахеит, бронхит, пневмония, менингит, менингоэнцефалит. Пневмонии, вызванные самими вирусами и возникающие с первых дней болезни, протекают тяжело по типу геморрагических.

Хронические заболевания (туберкулез, ревматизм) под влиянием гриппа обостряются.

**Диагноз.** Во время эпидемических вспышек диагноз поставить несложно. Дифференцировать следует с аденовирусными инфекциями, сыпным тифом

В ранние сроки микроскопически обнаруживают внутриклеточные включения или антигены вируса гриппа (экспресс-диагностика). На исследование также берутся смывы из зева и носа на вирусы, а также проводится серологическое исследование крови (РТГА, РСК, ИФА).

**Лечение.** Госпитализация по клиническим и эпидемиологическим показателям. Постельный режим на лихорадочный период. С целью дезинтоксикации – теплое питье (чай с малиной, отвар липового цвета, отвар шиповника, соки, молоко).

Этиотропное лечение:

1) ремантодин – эффективен только в первые 2 суток: в 1-й день 300 мг. одномоментно, во 2-й день - 200мг после еды, запивая водой; он противопоказан при болезнях печени и почек, при беременности.

2) арбидол – препарат выбора – по 200мг 3 раза в день в течение 3 дней.

3) лейкоцитарный интерферон в 1-2 день в нос.

4) целесообразно назначать реаферон или гаммаферон в виде ингаляций в дозе 100000 ед.

5) оксолиновая мазь в нос.

6) противогриппозный гаммаглобулин.

При тяжелых формах и резко выраженной интоксикации вводят растворы глюкозы в/в, гемодез, реаполиглюкин, нативную или сухую плазму.

При начинающемся отеке мозга – диуретики.

При присоединении вторичной инфекции подключают антибиотики.

При развитии инфекционно-токсического шока применяют гормоны.

Оксигенотерапия. Витамины, особенно аскорбиновая кислота.

Сердечно-сосудистые препараты.

Симтоматические средства.

**Профилактика**. Изоляция больных. Расширение врачебной помощи на дому при проявлении эпидемических вспышек. Ограничение посещений заболевшими поликлиник и аптек. На период эпидемии накладывают карантины на лечебные учреждения. Ограничение посещений детьми зрелищных мероприятий. Ухаживающий персонал должен носить 4-х слойные маски. Влажная уборка, проветривание помещений, где находятся больные, кварцевание палат. Здоровым лицам в очаге с целью профилактики заболеваний гриппом А рекомендуется принимать ремантадин по 100мг в сутки в течение 10 дней или арбидол 100мг однократно в течение 5 дней. Можно применять дибазол. Рекомендуется принимать витамины, особенно витамин С, овощи, фрукты, лук, чеснок. Необходимо соблюдать здоровый образ жизни, заниматься физкультурой, спортом, закаляться.

Для специфической профилактики гриппа применяют живые вакцины, инактивированную тривалентную вакцину для подкожного и интраназального введения.

**Влияние на течение беременности и ведение беременности, родов, послеродового периода.**

Сочетание болезни с беременностью неблагоприятно для течения и исхода беременности и внутриутробного развития плода. Возможен переход вируса через плаценту к плоду, что ведет к внутриутробному заболеванию его. Грипп опасен во все сроки беременности (уродства плода, выкидыш, внутриутробная смерть плода, преждевременные роды). Не всегда легко строго дифференцировать гриппозную инфекцию как таковую от сочетания ее с вторичной инфекцией — пневмонией. Перенесенный во время беременности грипп вызывает повышенное предрасположение к пуэрперальным заболеваниям.

Беременная женщина, заболевшая гриппом, даже с нормальной температурой нуждается в особо тщательном врачебном (акушер и терапевт) наблюдении (освобождение от работы, покой, рациональное питание и лечение). Роженица и родильница, больные гриппом или подозрительные по этому заболеванию, должны быть изолированы.

Лечение гриппа во время беременности должно проводиться с соблюдением строгого постельного режима. Применяют сульфаниламидные препараты (стрептоцид, сульфодимезин), противогриппозную сыворотку, антибиотики, симптоматическое и общеукрепляющее лечение.

**Острые респираторно-вирусные инфекции (ОРВИ)** представ­ляют полиэтиологическую группу вирусных заболеваний челове­ка, характеризующихся преимущественным поражением слизи­стых оболочек дыхательных путей.

В настоящее время известно более 100 различных вирусов, спо­собных вызывать ОРВИ, среди которых наиболее распространен­ными являются вирусы парагриппа, аденовирусы, риновирусы, респираторно-синцитиальные вирусы и некоторые другие.

Несмотря на схожесть эпидемического процесса и клиниче­ских проявлений заболеваний, вызываемых различными вируса­ми, каждый из них поражает определенные участки слизистых оболочек дыхательных путей, от чего и зависит клиническая картина:

* вирусы парагриппа – гортань и трахею,проявляется ларингитом и трахеитом;
* аденовирусы – глотку и коньюнктиву - фарин­гитом и конъюнктивитом;
* риновирусы – нос – ринитом;
* респираторно-синцитиальные вирусы- носоглотку, трахею и бронхи - назофарингитом, трахеобронхитом.

ОРВИ имеют повсеместное распространение, вызывая как спо­радические случаи заболевания, так и вспышки, однако в отли­чие от гриппа они, как правило, не вызывают эпидемии и панде­мии. Заболеваемость ОРВИ может регистрироваться в любое вре­мя года, но их число существенно возрастает в осенне-зимний период, что связано с активацией воздушно-капельного пути пе­редачи инфекции. Преимущественно заболеваемость ОРВИ реги­стрируется в детских организованных коллективах.

**Менингококковая инфекция.**

**Менингококковая инфекция (МИ**) – это группа инфекционных заболеваний, вызываемых менингококком Вексельбаума, характеризующаяся поражением оболочки мозга, кожных покровов.

**Этиология.** Возбудитель – менингококк, относится к роду нейссерий, является диплококком, бобовидной формы, чато имеет каплулу. Выделяют серогруппы А, B,C,X,Y,Z и т.д. наиболее часто встречаются А, В, С. Во внешней среде малоустойчивы.

**Эпидемиология.** *Источником инфекции* является человек, больной явной или стертой формой, носители – реконвалесценты или здоровые носители. Больные продолжают выделять возбудителей в течение 3-4 недель с момента заболевания. Особенно заразны больные в начале болезни, когда у них отмечаются катаральные явления в носоглотке (острый назофарингит). Основную роль в эпидемиологии играют носители, т.к. они очень часто встречаются, но их трудно выявить. Продолжительность носительства 2-3 недели; более длительное носительство встречается редко.

*Передача инфекции* осуществляется воздушно-капельным путем. Восприимчивость к МИ довольно высокая. Большинство людей переносят МИ в детском возрасте чаще в форме носительства менингококкового назофарингита (МНФ) и лишь в единичных случаях наблюдаются генерализованные формы менингококковой инфекции (ГФМИ). Наиболее *восприимчивы* дети до 5 лет, но во время эпидемиологического подъема заболеваемость охватывает и старшие возрастные группы, в основном за счет организованных коллективов. После перенесенной болезни сохраняется прочный иммунитет. Заболеваемость менингитом наблюдается чаще всего в виде спорадических случаев, наибольшее число больных регистрируется в зимние и первые весенние месяцы. Периодические подъемы заболеваемости наблюдаются через 6-15 лет и длятся 2-3 года. Распространению МИ способствует скученность, низкая санитарная культура, плохие бытовые условия.

**Клиника.** И.П. от 1 до 10 дней, чаще 2-4 дня.

Различают :

I. Локализованные формы:
• менингококконосительство;
• острый назофарингит.

II. Генерализованные формы:
• менингококцемия;
• гнойный менингит;
• менингоэнцефалит.

III. Смешанная форма — менингит в сочетании с менингококцемией.

IV. Редкие формы:
• менингококковый эндокардит;
• пневмония;
• иридоциклит;
• артрит и др.

**Острый назофарингит** - наиболее распространенная форма может протекать самостоятельно или предшествовать генерализованой форме. Больные жалуются на заложенность носа, боль в горле, кашель, головную боль, температура чаще субфебрильная. У детей часто наблюдается насморк. При осмотре: геперемия зева, небных дужек, иногда миндалин. Заболевание длится 1 -2 нед, чаще имеет доброкачественное течение.

**Менингококцемия** начитается остро среди полного здоровья или на фоне МНФ. Первые симптомы: озноб, боль в мышцах, суставах, головная боль, ино­гда рвота, боли в животе, иногда понос. Температура в нескольких часов достигает 39-40 град, и более. Появляется бледность кожи, тахикардия.

Наиболее важным диагностическим признаком является геморра­гическая сыпь в виде неправильных звездочек с некрозом в центре, лока­лизуется на бедрах, ягодицах, туловище, появляется через 4-36 часов от начала болезни. В первые часы сыпь может быть розеолезной или папу­лезной, а затем они превращаются в геморрагии. Крупные геморрагичес­кие некрозы покрываются коркой, под которой может накапливаться гнойный экссудат. Рубцевание язв происходит в течение 2-3 нед.

Чем раньше появляется сыпь, чем обильнее и крупнее ее элементы, чем больше некрозов, тем тяжелее протекает болезнь.

Часто обнаруживаются геморрагии на конъюнктивах.

Часто поражаются суставы, причем в раннее сроки болезни - в начале | мелкие, затем крупные.

В тяжелых случаях с первых дней болезни обнаруживается пневмония, по-видимому, специфическая.

Токсическое поражение сердечно-сосудистой системы проявляется: тахикардией, понижением АД, приглушенностью тонов.

Отмечается токсическое поражение почек.

При отсутствии менингита при неосложненной МКЦ больные в сознании, но выражены явления нейротоксикоза в виде головной боли, заторможенности, иногда менингеальных симптомов.

В крови резко выражен нейтрофильный лейкоцитоз, ускорение СОЭ до 30-50 мм/ч.

Тяжесть МКЦ варьирует от легких форм, которые могут заканчи­ваться спонтанным выздоровлением до тяжелейших, молниеносных форм, приводящих к смерти в течение нескольких часов в результате развития инфекционно-токсического шока (ИТШ).

Молниеносная форма МКЦ характеризуется острейшим, внезапным началом и бурным течением. Температура тела с ознобом быстро повы­шается до 40-41град, обильная геморрагическая сыпь с тенденцией к слиянию. На коже появляются багрово-цианотичные пятна, перемещающиеся при перемене положения тела (они получили название "трупных пятен”). Кожа бледная с цианотичным оттенком, влажная, черты лица заострены. Больные беспокойны, возбуждены, нередко судороги, особенно у детей.

В первые часы сознание сохранено, больные жалуются на сильные мышечные боли, артралгии, боли в животе, гиперестезии, нередко рвота "кофейной гущей", кровавый понос. Постепенно наступает прострация, наступает потеря сознания.

Катастрофически падает сердечная деятельность.

Развивается анурия ("шоковая почка").

Менингеальный синдром непостоянен.

При отсутствии рациональной терапии больные погибают

**Гнойный менингит** - начинается внезапно: с озноба, температура быстро достигает 39-40 град, появляется мучительная головная боль, головокружение, рвота. У маленьких детей часто присоединяются судороги, может быть комотозное состояние.

Может появиться кожная гиперестезия, повышена чувствительноть к световым, звуковым раздражителям, стойкий дермографизм, herpes на губах.

К концу первых или началу 2-х суток с момента заболевания появляются признаки поражения мозговых оболочек: ригидность затылочных мышц, симптомы Кернига и Брудзинского. Больной принимает характерное положение: на боку с запрокинутой головой и согнутыми, притянутыми к животу ногами.

В процессе могут вовлекаться черепно-мозговые нервы, в связи с чем появляется косоглазие (стробизм), неравномерность ширины зрачков (анизокория), позже парез лицевого нерва, поражение слухового и отво­дящего нерва.

На 2-4 день на губах, носу часто появляется герпес.

Со стороны крови: значительный лейкоцитоз, нейтрофилез, СОЭ резко ускорена.

При спинномозговой пункции ликвор вытекает под давлением. В первые сутки болезни он прозрачный, а затем становится мутным, гнойным. В ликворе - цитоз до 6-10 тыс. и более за счет нейтрофилов, повышено содержание белка (0,6-2 промилли).

Бактериологически в ликворе обнаруживаются расположенные внутриклеточно менингококки.

При своевременно начатом лечении в большинстве случаев заболе­вание заканчивается выздоровлением в течение 10-14 дней.

По тяжести ЭГМ может быть в легкой, средне-тяжелой и тяжелой форме.

Менингит без менингококцемии (МКЦ) наблюдается при совре­менном течении у 20-40% больных.

**Осложнения.** У части больных развивается молниеносное течение менингита с синдромом набухания и отека головного мозга.

Могут быть восполение среднего и внутреннего уха с последующей глухотой, парезы и параличи черепно-мозговых нервов, водянка головно­го мозга и др.

**Диагноз.** Ставится на основании эпиданамнеза, клинических симптомов и лабораторных данных. Исследуют ликвор (см. выше). Бактериологически исследуют мазки из носоглотки, ликвор и кровь на менингококк.

**Лечение.** Больных необходимо как можно раньше госпитализировать. Постельный режим. Легкоусваемая, калорийная, витаминизированная пища. Тщательный уход.

В качестве антибактериальной терапии применяют антибиотики, в первую очередь соли бензилпенициллина в суточной дозе 200 000 - 500 000 БД на 1 кг массы больного. Отменить пенициллин можно только после контрольной пункции при цитозе менее 100 клеток в I мм с преобладанием лимфоцитов.

Вместо пенициллина можно использовать ампициллин, оксациллин, левомецитина сукцинат, тетрациклин, а при легких формах сульфанилами­ды пролонгированного действия (бисептол парентерально).

Дезинтоксикационная терапия. Обычно вводят 50-40 мл жидкости на 1 кг массы тела в сутки под контролем диуреза.

Дегидратация (лазинс, маннитол и др.)

Витаминотерапия.

Кокарбоксилаза, АТФ.

В тяжетых случаях - глюкокортикостероиды.

Оксигенотерапия, УФО крови.

Выписку проводят после исчезновения клинических симптомов, нормализации ликвора, но не ранее 30 дней от начала болезни и при наличии двух отрицательных бакисследований слизи из зева и носа на менингококк.

Переболевшие менингококковым менингитом должен находиться в течение года под наблюдением КИЗа и невропотолога.

**Профилактика.** Все больные и подозрительные изолируются.

Больные острым назофарингитом госпитализируются по клиничес­ким и эпидемиологическим показателям.

Носителей санируют левомицетином или эритромицином в течение 4х дней. Через 3 дня после окончания санации проводится З-х кратное бак обследование через день.

Лица декретированных профессий отстраняются на время санации от работы, дети не допускаются в детские учреждения.

За контактными - медицинское наблюдение в течение 10 дней, дважды обследуются на носительство с интервалом 3 дня и осматриваются ЛОР-врачом.

В детских учреждениях - карантин на 10 дней.

В течение всего карантина проводится влажная уборка, кварцевание помещений, проветривание. В настоящее время есть вакцина против менингококков серогрупп А и С однако в целом МИ остается эпидемиологически неуправляемой.