

*Карманный
целитель*

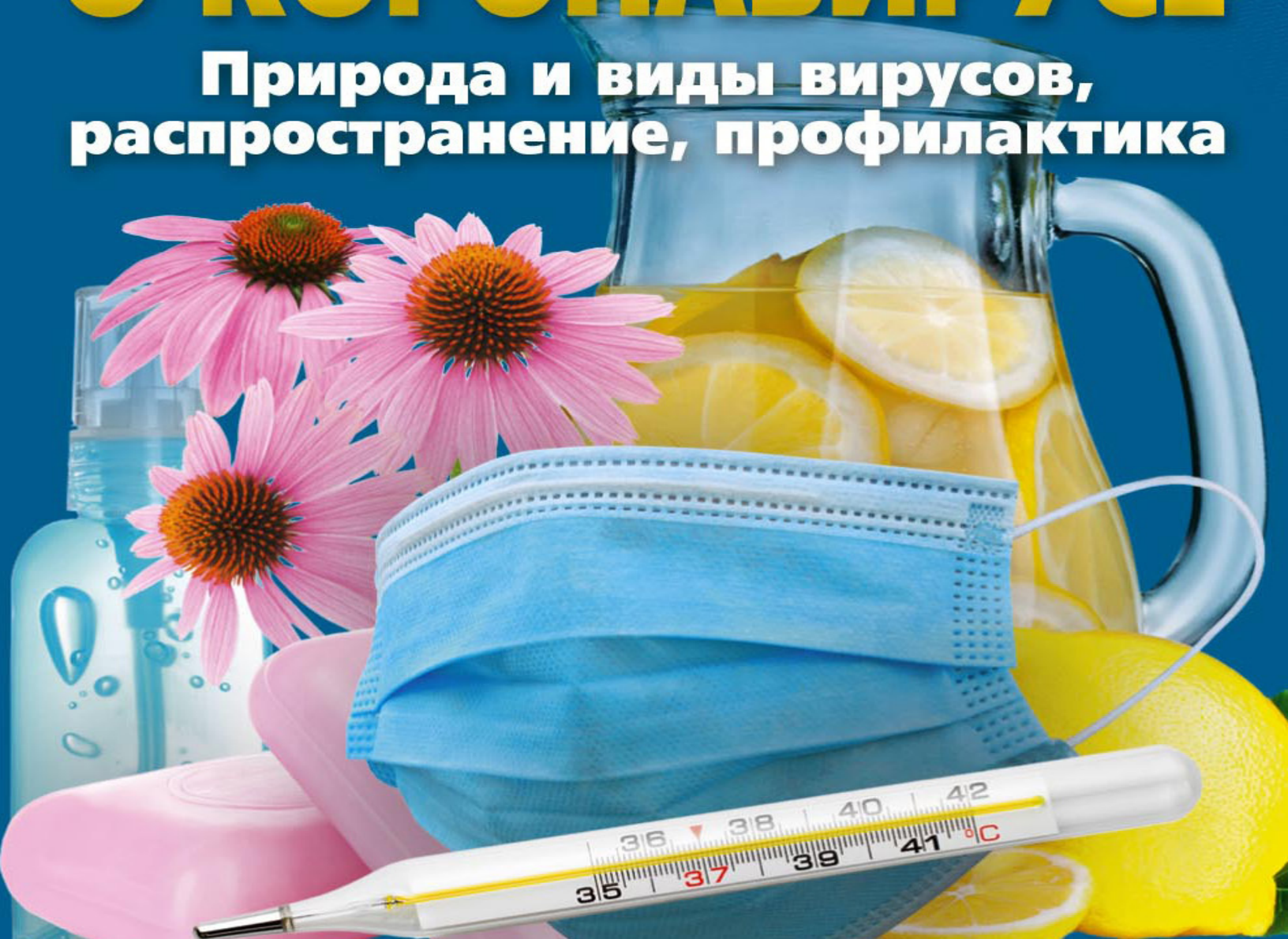


Юрий Константинов

ВСЁ

О КОРОНАВИРУСЕ

**Природа и виды вирусов,
распространение, профилактика**



Юрий Константинов
Всё о коронавирусе. Природа и виды
вирусов, распространение,
профилактика

Предисловие

В наши дни все знают, что есть вирусы, которые вызывают разные заболевания. Это очень опасные... А что опасные – существа, вещества? Что такое вирус? Он вообще живой? Научное определение гласит, что вирус – это неклеточный инфекционный агент, который может воспроизводиться только внутри живых клеток. То есть нельзя сказать «клетка вируса», это не клетка. Но он встраивается в живую клетку, чтобы размножиться, чтобы жить. Вирусы поражают все типы организмов, от растений и животных до бактерий. Да, у бактерий есть свои вирусы, и они называются бактериофагами. Они очень разнообразны и достигают большой численности в воде. Например, в океанах этих вирусов более чем в 10 раз больше, чем бактерий, их может быть до 250 млн на миллилитр морской воды. Эти вирусы поражают специфичные для каждой группы бактерии, связываясь с клеточными рецепторами на поверхности клетки и затем проникая внутрь нее. Реакция воспроизведения вируса внутри бактерии начинается в течение нескольких минут.

Обнаружены даже вирусы, способные воспроизводиться только в присутствии других вирусов (вирусы-сателлиты).

Первые упоминания о вирусных болезнях людей и животных встречаются еще в письменных источниках древних народов. Например, так современные исследователи узнали о полиомиелите в Древнем Египте (III–II тыс. до н. э.). О натуральной оспе было известно в Китае за тысячу лет до нашей эры. Давнюю историю имеет также желтая лихорадка, на протяжении столетий косившая белых первопроходцев в тропической Африке и моряков. Первые описания вирусных болезней у растений относятся к живописной пестролепестности тюльпанов, которые уже около 500 лет выращивают голландские цветоводы.

Изучение вирусов началось с конца XIX века, когда в 1892 году вышла статья Дмитрия Ивановского с описанием небактериального патогена растений табака, а в 1898 году Мартин Бейеринк открыл вирус табачной мозаики. За прошедшие более чем 100 лет были детально описаны более 6 тысяч видов вирусов, а предполагают, что

их существует более ста миллионов. Так что вирусы – это самая многочисленная биологическая форма на Земле. Изучением вирусов занимается наука вирусология, раздел микробиологии.

Что такое вирус

Слово «вирус» происходит от латинского *virus* – «яд». Впервые его применили в 1728 году для названия чего-то, способного вызывать инфекционную болезнь. То есть понятие появилось задолго до того, как это «что-то» было открыто.

Антони ван Левенгук в 1676 году в микроскоп увидел мельчайших существ, позже стало понятно, что он наблюдал бактерии. Но еще сто лет после него никто не мог их увидеть, не то что изучать – микроскопы были слишком несовершенны. Их начали по-настоящему изучать в начале XIX века, но постепенно у ученых складывалось мнение, что не все болезни вызываются бактериями, микроскопическими грибами или простейшими (их чаще называют протистами).

Д. Ивановский в своей статье 1892 года ввел термин «фильтрующийся вирус», чтобы описать, что это, нечто не открытое, может проходить сквозь фильтры с размерами отверстий меньшими, чем размеры бактерий, – фильтроваться. Такой фильтр изобрел в 1884 году французский микробиолог Шарль Шамберлан. При этом единичная такая частица, покинувшая клетку и способная заразить другие клетки, в 1959 году была названа «вирион».

Эксперименты Ивановского показали, что экстракт перетертых листьев зараженных растений табака сохраняет инфекционные свойства и после фильтрации. Ученый предположил, что инфекция может вызываться токсином, выделяемым бактериями.

В 1898 году голландский микробиолог Мартин Бейеринк повторил эксперименты Ивановского и пришел к выводу, что прошедший сквозь фильтр инфекционный материал – это новая форма инфекционных агентов. Он подметил, что это «нечто» размножается только в делящихся клетках, но не смог выделить эти частицы. Бейеринк назвал предполагаемые частицы *Contagium vivum fluidum* (в переводе с латыни «растворимый живой микроб») и вновь ввел в употребление слово «вирус». Он считал, что вирусы жидкие. Эту идею позже опроверг Уэнделл Стэнли, доказав, что вирусы – это частицы.

В 1897 году Фридрих Леффлер и Пауль Фрош обнаружили первый вирус животных – возбудитель ящура.

В начале XX века английский бактериолог Фредерик Туорт открыл группу вирусов, инфицирующих бактерии (сейчас их называют бактериофаги или просто фаги), а франко-канадский микробиолог Феликс Д'Эрелль описал вирусы, которые при добавлении к бактериям на агаре образуют вокруг себя пространство с мертвыми бактериями. Он провел эксперименты, чтобы определить наименьшую концентрацию вирусов, при котором не все бактерии погибают, но образуются отдельные области с мертвыми клетками. Фаги были объявлены потенциальным средством от болезней, таких как тиф и холера, однако это было забыто, когда открыли пенициллин. Но поскольку сейчас многие бактерии стали устойчивы к антибиотикам, ученые снова вспомнили о бактериофагах.

Изучение вирусов продолжалось весь XX век. Так, уже в 1939 году американский патолог Эрнест Уильям Гудпасчер вырастил вирус гриппа и несколько других вирусов в оплодотворенных куриных яйцах. Выращивали и другие вирусы в лабораторных условиях, пытаясь разобраться, как они воздействуют на живые клетки.

Первые изображения вирусов были получены после изобретения электронного микроскопа немецкими инженерами Эрнстом Руской и Максом Кноллем. В 1935 году американский биохимик и вирусолог Уэнделл Мередит Стэнли тщательно изучил вирус табачной мозаики и обнаружил, что он по большей части состоит из белка. Спустя короткое время этот вирус был разделен на белковую и РНК-составляющую. Первая рентгенограмма вируса была получена в конце 1930-х годов. Розалинд Франклин на основе полученных ею изображений в 1955 году определила полную структуру вируса.

Во второй половине XX века было открыто свыше 2000 видов вирусов животных, растений и бактерий. А в 2002 году в Нью-Йоркском университете был создан первый синтетический вирус (вирус полиомиелита).

Вирусы являются важным естественным средством переноса генов между различными видами, что вызывает генетическое разнообразие и направляет эволюцию. Считается, что вирусы сыграли центральную роль в ранней эволюции, еще до расхождения самых первых живых клеток: бактерий, архей и эукариот. Вирусы и по сей день остаются

одним из крупнейших живых хранилищ неисследованного генетического разнообразия на Земле.

При этом ученые до сих пор точно не знают, как появились вирусы. Возможно, некоторые из них могли образоваться из плазмид, небольших молекул ДНК, способных передаваться от одной клетки к другой, а другие вирусы могли произойти от бактерий.

Некоторые ученые считают вирусы особой формой жизни, так как они имеют генетический материал, способны создавать себе подобные вирусы и эволюционируют путем естественного отбора. Однако у вирусов нет клеточного строения и обмена веществ, поэтому их нельзя отнести к живому существу. Поскольку у них есть некоторые свойства живого, то их описывают как «организмы на краю жизни».

Есть три основные гипотезы происхождения вирусов: регрессивная, коэволюции и гипотеза клеточного происхождения.

По регрессивной гипотезе вирусы когда-то были мелкими клетками, паразитирующими в более крупных клетках. С течением времени эти клетки утратили гены, которые были «лишними» при паразитическом образе жизни. Этот вариант также называют гипотезой дегенерации или гипотезой редукции.

Гипотеза клеточного происхождения предполагает, что некоторые вирусы могли появиться из фрагментов ДНК или РНК, которые «высвободились» из генома более крупного организма. Такие фрагменты могут происходить от плазмид (молекул ДНК, способных передаваться от клетки к клетке) или от транспозонов (молекул ДНК, воспроизводящихся и перемещающихся с места на место внутри генома). Транспозоны раньше называли «прыгающими генами». Они были открыты Барбарой Мак-Клинтон в 1950 году в кукурузе. Эту гипотезу также называют гипотезой кочевания или гипотезой побега.

Гипотеза коэволюции предполагает, что вирусы возникли из сложных комплексов белков и нуклеиновых кислот в то же время, что и первые на Земле живые клетки, и зависят от клеточной жизни вот уже миллиарды лет.

Помимо вирусов, существуют и другие неклеточные формы жизни. Например, вироиды – это молекулы РНК, которые не рассматриваются как вирусы, потому что у них нет белковой оболочки. Но ряд характеристик сближает их с некоторыми вирусами, а потому их относят к субвирусным частицам. Вироиды являются важными

патогенами растений. Или, например, вирус гепатита D, который имеет РНК-геном, схожий с геномом вирионов. Для размножения ему нужно присутствие вируса гепатита В, то есть если у человека нет гепатита В, то и гепатитом D он не заболеет. Вирус гепатита В относится к вирусам-сателлитам.

У каждой из этих гипотез есть не объясненные места, есть свои сторонники и противники. Вообще же в настоящее время многие специалисты признают вирусы древними организмами, появившимися, предположительно, еще до разделения клеточной жизни на разные ветви.

Есть даже предположение, что в истории вирусы независимо возникали несколько раз по одному или нескольким механизмам, так как между различными группами вирусов имеются значительные различия в организации генетического материала.

В настоящее время в классификации вирусов насчитывается 9 порядков, 127 семейств, 44 подсемейства, 782 рода, 4686 видов и свыше 3000 еще не классифицированных вирусов.

Вирусы и клетки организма-хозяина

Пока вирус находится в окружающей среде или в процессе заражения клетки, он существует в виде независимой частицы. Вирион (отдельный вирус) состоит из двух или трех компонентов: генетического материала в виде ДНК или РНК (у некоторых вирусов есть и то, и другое); белковой оболочки (капсида), защищающей эти молекулы, и, в некоторых случаях, дополнительных липидных (жировых) оболочек. Наличие белковой оболочки отличает вирусы от вирионов.

В зависимости от того, каким типом нуклеиновой кислоты представлен генетический материал, выделяют ДНК-содержащие вирусы и РНК-содержащие вирусы. Ранее к вирусам относили и прионы, однако оказалось, что прионы представляют собой особые инфекционные белки и не содержат нуклеиновых кислот.

Размеры среднего вируса составляют около одной сотой размера средней бактерии. Большинство изученных вирусов имеют диаметр в пределах от 20 до 300 нанометров. Большинство вирусов слишком малы, чтобы быть отчетливо различимыми под световым микроскопом. Поэтому используют электронные микроскопы. Чтобы вирусы резко выделялись на окружающем фоне, применяют электронноплотные «красители». Они представляют собой растворы солей тяжелых металлов, таких как вольфрам, которые рассеивают электроны на покрытой ими поверхности. Однако обработка такими веществами ухудшает видимость мелких деталей. В случае негативного контрастирования «окрашивается» только фон.

Как уже говорилось, вирусы не способны размножаться вне клетки. Во внешней среде они не проявляют признаков живого.

По классификации белковых оболочек (капсидов) выделяют 4 типа вирусов: спиральный, икосаэдрический (20-гранник), продолговатый и комплексный. Большинство вирусов животных имеют икосаэдрическую или почти шарообразную форму с икосаэдрической симметрией.

Некоторые вирусы окружают себя дополнительной оболочкой из модифицированной клеточной мембраны. Этот дополнительный слой

называется суперкапсидом. Он состоит из жиров (липидов) клетки-хозяина. Так формируют свою оболочку вирус гриппа и ВИЧ.

Вирусы способны к мутациям, причем изменения генома происходят по разным механизмам. Это могут быть случайные замены отдельных оснований в РНК или ДНК. Чаще всего такие мутации не изменяют структуру белков, кодируемых мутантными генами, но иногда в результате таких изменений вирус может приобрести эволюционные преимущества, такие как устойчивость к противовирусным препаратам.

А могут быть и масштабные изменения. К ним относится, например, рекомбинация – перераспределение генетического материала (ДНК или РНК) путем разрыва и соединения разных молекул, приводящее к появлению новых комбинаций генов. Рекомбинация может происходить между геномами двух вирусов, когда они заражают клетку одновременно. Исследования эволюции вирусов показали, что у изученных видов рекомбинация широко распространена.

Или может быть реассортимент – смешение генетического материала вида, приводящее к появлению совершенно новых комбинаций у дочерних особей. Когда это случается с вирусом гриппа, результатом может стать пандемия. РНК-вирусы часто существуют как смесь вирусов одного вида, но с чуть различающимися нуклеотидными последовательностями генома.

Многие вирусы полностью или частично встроились в геном человека. Например, генетики из Университета Тафтса и медицинской школы при Мичиганском университете при изучении геномов 2500 людей нашли девятнадцать ранее незамеченных фрагментов ДНК, оставленных в людях ретровирусами. А в 50 из исследуемых геномов найден ретровирус целиком. Это второй вирус, найденный в геноме человека, сохранившийся там полностью.

«Ретровирусы» названы так по своему образу жизни. Исходно геном этих вирусов представляет собой РНК. Но, попав в клетку, вирус на своей РНК строит ДНК-копию. После этого ДНК-копия вируса встраивается в геном клетки.

Встраиваемую в геном клеток человека ДНК-копию вируса называют «провирусом». Затем на провирусе синтезируются вирусные РНК, на базе которых образуются новые вирусные частицы. Так ведет себя вирус иммунодефицита человека (ВИЧ), когда он инфицирует

клетки крови. Согласно оценкам ученых, провирусы появились в геноме человека от 10 до 50 млн лет назад.

Обычно вирусы и провирусы погибают вместе с теми клетками, в которые они проникли, но иногда, крайне редко, происходит инфицирование клеток зародышевого пути и тогда образуются провирусы, но организм выживает и внедренный провирус становится наследуемым элементом генома человека.

Когда расшифровывали геномы человека и животных, оказалось, что в их составе очень много повторяющихся элементов, имеющих сходство с инфекционными вирусами. У человека они составляют довольно существенную часть – около 8 % генома. Такие элементы называют эндогенными ретровирусами, в отличие от тех ретровирусов, что существуют в природе вне организмов (их называют экзогенными ретровирусами).

За миллионы лет эволюции встроенные в геном части вирусов также изменились, и сейчас остались в основном дефектные их части или очень короткие фрагменты. Мутации, накопившиеся в ходе эволюции в эндогенных ретровирусах, не позволяют им образовывать новые инфекционные вирусные частицы.

Жизненный цикл вируса

Сначала вирус прикрепляется к клетке будущего хозяина. Устанавливается специфичная связь между белками вирусного капсида (оболочки) и рецепторами на поверхности клетки-хозяина. Вирус может прикрепиться не к любой клетке. От того, к кому он может прикрепиться, и зависит, кто может заболеть. Например, ВИЧ поражает только определенный тип человеческих лейкоцитов – Т-лимфоциты.

Вирус пробирается только в те клетки, которые способны осуществить его копирование (репликацию).

Далее следует проникновение в клетку. Различные вирусы применяют для этого разные стратегии, что подробно было изучено. При этом часть вирусов размножается в цитоплазме клетки, а часть в ее ядре.

Репликация (воспроизведение) вируса включает синтез матричной РНК ранних генов вируса, синтез вирусных белков, возможно, сборку сложных белков и репликацию вирусного генома, которая запускается после активации ранних или регуляторных генов. Вслед за этим может последовать еще один или несколько кругов дополнительного синтеза матричной РНК.

Вслед за этим происходит сборка вирусных частиц, потом – определенные модификации белков. У некоторых вирусов модификация (иногда называемая созреванием) происходит после выхода вируса из клетки-хозяина.

Выход из клетки может происходить разными путями. Вирус может покинуть клетку после лизиса, когда клетка погибает из-за разрыва мембраны и клеточной стенки. Эта особенность есть у многих бактериальных и некоторых животных вирусов.

Однако активно размножающийся вирус не всегда убивает клетку-хозяина. Оболочечные вирусы обычно отделяются от клетки путем отпочковывания. В ходе этого процесса вирус обзаводится своей оболочкой, которая представляет собой модифицированный фрагмент клеточной мембраны хозяина или другой внутренней мембраны. Таким образом, клетка может продолжать жить и производить вирус дальше.

Воспроизведение генома у большинства ДНК-содержащих вирусов происходит в клеточном ядре. Воспроизведение РНК-содержащих вирусов обычно происходит в цитоплазме.

Эффекты, оказываемые вирусом на инфицированную клетку, называются цитопатическими эффектами. Большинство вирусных инфекций приводят к гибели клеток-хозяев. Часто причиной гибели клетки является подавление ее нормальной активности белками вируса.

Некоторые вирусы не вызывают никаких видимых изменений в пораженной клетке. Клетки, в которых вирус находится в неактивном состоянии, нормально функционируют. Вирус может никак себя не проявлять многие месяцы или годы. Но при ослаблении иммунитета хозяина он активизируется. Так часто бывает, например, с вирусом герпеса.

Вирусы поражают все формы клеточных организмов, включая животных, растения, бактерии и грибы. Вирусы грибов называются миковирусами. Однако различные типы вирусов могут поражать только ограниченный круг хозяев. Например, вирус оспы поражает только людей. Вирусы растений безвредны для животных, а большинство вирусов животных безопасны для человека.

Существует много типов вирусов растений. Часто они вызывают снижение урожайности, принося большие убытки сельскому хозяйству, поэтому контроль таких вирусов очень важен с экономической точки зрения. Вирусы растений часто распространяются от растения к растению переносчиками. Обычно ими выступают насекомые, но могут быть также грибы, черви-нематоды и одноклеточные организмы. Если контроль вируса растений признается экономически выгодным, то пытаются уничтожить переносчиков или альтернативных хозяев. Вирусы растений не могут поражать человека и других животных, так как они могут размножаться лишь в живых растительных клетках.

Растения имеют сложные и эффективные механизмы защиты от вирусов. Наиболее эффективно наличие так называемого гена устойчивости (R от англ. resistance – «устойчивость»). Каждый R-ген отвечает за устойчивость к отдельному вирусу и вызывает гибель клеток, соседних с пораженной, что невооруженным глазом видно как большое пятно. Это останавливает развитие болезни вследствие

остановки распространения вируса. Другой вариант, когда, будучи пораженными вирусом, растения начинают вырабатывать природные противовирусные вещества, такие как салициловая кислота, оксид азота и активные формы кислорода.

Диапазон хозяев некоторых бактериофагов ограничивается одним штаммом бактерий, и они могут использоваться для определения штаммов, вызывающих вспышки инфекционных заболеваний, методом фагового типирования.

Вирусы распространяются многими способами: вирусы растений часто передаются от растения к растению насекомыми, питающимися растительными соками, к примеру, тлями; вирусы животных могут распространяться кровососущими насекомыми-переносчиками. Вирус гриппа распространяется воздушно-капельным путем при кашле и чихании. Норовирус и ротавирус, обычно вызывающие вирусные гастроэнтериты, передаются фекально-оральным путем при контакте с зараженной пищей или водой. ВИЧ передается половым путем и при переливании зараженной крови.

Вирусы в морской воде необходимы для регуляции пресноводных и морских экосистем. Большая их часть является бактериофагами, безвредными для растений и животных. Они поражают и разрушают бактерии в мировом океане, участвуя в процессе круговорота углерода в морской среде. Органические молекулы, освобожденные из бактериальных клеток благодаря вирусам, стимулируют рост новых бактерий и водорослей.

Микроорганизмы составляют более 90 % биомассы в море. Каждый день вирусы убивают около 20 % этой биомассы. В основном они и вызывают быстрое прекращение цветения воды, а ведь такое цветение убивает другую жизнь в море. Численность вирусов убывает с удалением от берега и с увеличением глубины, поскольку там меньше организмов-хозяев.

Регулируя процесс фотосинтеза, морские вирусы играют определенную роль в сокращении количества углекислого газа в атмосфере приблизительно на 3 гигатонны углерода в год.

Но морские млекопитающие восприимчивы к вирусным инфекциям, и среди них бывают настоящие эпидемии.

Вирусные инфекции человека

Наиболее известные вирусные заболевания – это простуда (хотя ее могут вызывать и бактерии), грипп, ветряная оспа и простой герпес.

Относительная способность вируса вызывать заболевание называется вирулентностью.

Некоторые заболевания исследуются на наличие вирусов, поскольку заболевание может быть как вирусным, так и нет. Например, пневмония. Менее известно, что возможна связь между человеческим герпесвирусом 6 типа и неврологическими заболеваниями, такими как рассеянный склероз и синдром хронической усталости.

У вирусов есть разные механизмы, вызывающие болезнь у хозяина, и эти механизмы сильно зависят от вида. При этом некоторые вирусы могут долгие годы существовать в организме хозяина относительно безвредно. Это так называемые «условно патогенные» вирусы. Такое состояние называется латентностью. Оно характерно для вирусов герпеса, в том числе вируса Эпштейна – Барр, вызывающего инфекционный мононуклеоз и синдром хронической усталости, а также родственных ему вирусов, вызывающих ветрянку и опоясывающий лишай. Условно патогенны также вирусы гриппа или гепатитов А и Е.

Большинство людей за жизнь переболевают одним из этих заболеваний, и как ни странно, такие латентные вирусы могут и принести пользу, поскольку их присутствие может вызвать иммунный ответ против опасных бактерий, например чумной палочки.

Некоторые вирусы могут вызывать хронические инфекции, при которых вирус продолжает размножаться, несмотря на все защитные механизмы в организме. Так происходит, например, при инфекциях, вызванных вирусами гепатита В и С. Хронически больные люди становятся носителями вируса.

Передача вирусов может осуществляться вертикально, то есть от матери к ребенку, или горизонтально, то есть от человека к человеку. Горизонтальная передача наиболее распространена. Скорость передачи вирусной инфекции зависит от плотности популяции (количества людей, проживающих на определенной территории), количества

чувствительных людей (то есть не имеющих иммунитета), качества здравоохранения и погоды.

Если начинается эпидемия, то важно найти источник (или источники) вспышки и идентифицировать вирус. Когда вирус определен, можно остановить инфекцию при помощи вакцин. Если вакцины нет, могут быть эффективными санация и дезинфекция. Часто зараженных людей изолируют от остального общества, то есть вирус помещается в карантин. У большинства инфекций человека и животных есть инкубационный период, в течение которого не проявляется никаких симптомов инфекции. Инкубационный период вирусных заболеваний может длиться от нескольких дней до недель.

Если вспышка приводит к высокому числу случаев заболевания в популяции или регионе, то она называется эпидемией. Если вспышка распространилась на многие страны, то говорят о пандемии (всемирной эпидемии).

Вирусы могут вызывать злокачественные новообразования у человека и других видов, хотя они возникают лишь у небольшой части инфицированных. Эти вирусы относятся к различным семействам; они включают и РНК-, и ДНК-содержащие вирусы, поэтому единого типа «онковирус» не существует.

Первой защитной линией организма против вируса является врожденный иммунитет. Однако в отличие от приобретенного иммунитета врожденный иммунитет не дает продолжительной и надежной защиты.

Когда система приобретенного иммунитета человека сталкивается с вирусом, то образуются специфические антитела, присоединяющиеся к вирусу и часто делающие его неопасным. Это называется гуморальным иммунитетом. Наиболее важными являются два типа антител. Первый, называемый IgM, эффективно нейтрализует вирусы, но образуется клетками иммунной системы только несколько недель. Синтез второго – IgG – продолжается неопределенно долго. Если у человека в крови находят IgM, то у него была или продолжается острая инфекция, а если есть IgG, то он перенес инфекцию в прошлом. Именно количество IgG измеряется при анализах на иммунитет.

Второй защитный механизм против вирусов называется клеточным иммунитетом. Его носители – особые иммунные клетки, Т-лимфоциты. Клетки тела постоянно несут короткие фрагменты

собственных белков на своих поверхностях, и, если Т-лимфоциты распознают здесь подозрительные вирусные фрагменты, клетка-хозяин разрушается Т-киллерами и начинается образование специфичных к вирусу Т-лимфоцитов.

Важной защитной реакцией является производство интерферона. Интерферон – это гормон, образуемый организмом в ответ на присутствие вируса. Он останавливает вирус, прекращая образование новых вирусов пораженными клетками, убивая их и их близких соседей.

Не против всех вирусов работает такой иммунный ответ. Вирусу иммунодефицита человека удается избежать иммунного ответа, постоянно меняя последовательность аминокислот поверхностных белков вириона. Такие устойчивые вирусы уходят от иммунной системы. Другие вирусы, называемые нейротропными вирусами, распространяются среди нервных клеток, то есть там, где иммунная система не в состоянии добраться до них.

Так как вирусы используют для размножения клетки организма хозяина, то их сложно уничтожить без применения препаратов, токсичных для самих клеток-хозяев. Наиболее эффективными мерами против вирусных инфекций являются вакцинации, создающие иммунитет к инфекции, и противовирусные препараты, тормозящие воспроизводство вирусов.

Вакцины для предотвращения вирусных инфекций применялись еще задолго до открытия самих вирусов. С помощью вакцин можно предотвратить более 30 вирусных инфекций у человека, а еще больше вакцин используется для предотвращения вирусных заболеваний животных. Вакцины могут включать ослабленные и убитые вирусы, а также вирусные белки (антигены). Живые вакцины содержат ослабленные формы вирусов, которые не вызывают болезни, но тем не менее вызывают иммунный ответ. Такие вирусы называются аттенуированными. Живые вакцины могут быть опасны для людей со слабым иммунитетом (то есть имеющих иммунодефицит), так как даже ослабленный вирус у них может вызвать заболевание.

Для производства субъединичных вакцин используются только белки оболочек вирусов. Такова, например, вакцина против вируса гепатита В. Субъединичные вакцины безвредны для людей с иммунодефицитом, так как они не могут вызвать заболевание.

Противовирусные препараты часто представляют собой аналоги нуклеозидов. Они встраиваются в геном вируса в ходе репликации (то есть его воспроизведения в клетке), и на этом жизненный цикл вируса останавливается, поскольку новосинтезированная ДНК неактивна. Так действуют ацикловир, применяющийся против инфекций, вызванных простым вирусом герпеса, и ламивудин (против ВИЧ и вируса гепатита В). Другие противовирусные препараты воздействуют на другие стадии жизненного цикла вирусов.

Коронавирусы

Так называется семейство, включающее на январь 2020 года 40 видов РНК-содержащих вирусов, объединенных в два подсемейства, которые поражают человека и животных.

Эти вирусы похожи на шарик с шиповидными отростками, несколько напоминающий корону. Эти отростки помогают вирусу проникнуть через мембрану клетки путем имитации молекул, на которые реагируют рецепторы клеток. Когда клеточный рецептор захватывает поддельную молекулу с «короны», он продавливается вирусом в клетку и за ним РНК вируса входит в клетку.

Самые известные представители:

– вирус SARS-CoV, возбудитель атипичной пневмонии, которая всех напугала в 2002 году. Всего заболели 8273 человека, 775 умерло. То есть летальность составила 9,6 %. Считается, что источником инфекции были летучие мыши, которые переносили вирусы пальмовым цветкам, китайским барсукам и енотовидным собакам, продаваемым для еды на рынках в провинции Гуандун в Китае. Люди, которые разделывали или ели этих животных, заразились и распространяли вирус, передавая от человека человеку. После запрета продажи и употребления в пищу животных-переносчиков вспышка утасла, новые случаи SARS давно не регистрировались;

– вирус MERS-CoV, возбудитель ближневосточного респираторного синдрома. С 2012 по 2019 год ВОЗ получила уведомления в общей сложности о 2,5 тысячах подтвержденных случаев заражения, из которых 851 закончился смертельным исходом (летальность 34 %). Всего случаи ближневосточного синдрома были выявлены в 27 странах, но примерно 80 % случаев – в Саудовской Аравии. Вирус, вызывающий ближневосточный синдром, передается человеку преимущественно от инфицированных одногорбых верблюдов-дромадеров, однако возможна передача вируса и от человека человеку;

– вирус SARS-CoV-2, ответственный за пандемию 2020 года. Пока летальность при нем держится на уровне 3,4 %.

Вообще же коронавирусы вызывают заболевания млекопитающих (кошек, собак, свиней, крупного рогатого скота) и птиц. У людей до

последнего времени были известны четыре разновидности коронавируса (229E, NL63, OC43 и HKU1), заражение которыми протекает обычно в легкой или вовсе незаметной форме, и два более опасных: SARS и MERS.

Впервые коронавирус человека был выделен в 1965 году от больных ОРВИ. До 2002 года широкой общественности о них практически не было известно, и только когда началась вспышка атипичной пневмонии (другое название: тяжелый острый респираторный синдром), об этих вирусах узнал весь мир. Заболевание вызывалось вирусом SARS-CoV.

Второй раз о коронавирусах заговорили 10 лет спустя, когда вирус MERS-CoV стал возбудителем ближневосточного респираторного синдрома (MERS), первые случаи которого были зарегистрированы в 2012 году. Поскольку этот вирус не передается от человека к человеку, а передается только от верблюда к человеку, то отдельные случаи этого заболевания регистрируют время от времени.

И в третий раз о коронавирусах заговорили, когда в Китае началась вспышка пневмонии, вызванная вирусом SARS-CoV-2. Вскоре она распространилась на другие страны. ВОЗ присвоила этому вирусу официальное название SARS-CoV-2, а заболеванию COVID-2019. CO – это «коронавирус», VI – «вирус» и D означает «заболевание».

Источником коронавирусных инфекций могут быть больной человек или животные. Возможные механизмы передачи: воздушно-капельный, воздушно-пылевой, фекально-оральный, контактный. Заболеваемость растет зимой и ранней весной. В структуре госпитализированных с различными вирусными инфекциями больных коронавирусная инфекция составляет в среднем 12 %. Иммунитет после перенесенной болезни непродолжительный, как правило, не защищает от повторного инфицирования.

При этом надо знать, что специфические антитела к различным коронавирусам выявлены у 80 % людей. То есть эти люди болеют одной из подобных инфекций либо были ее носителем.

Коронавирусы поражают эпителиальные клетки дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта, соответственно выделение вирусов также производится дыхательной и пищеварительной системами и возможен воздушно-капельный, контактный и пищевой/водный пути передачи. Но, судя по тому, что в клинике нынешней эпидемии

преобладают пневмонии – здесь преобладают воздушно-капельный и контактный пути.

По поводу инкубационного периода нынешнего заболевания данные разнятся. В основном говорят про период от 2 до 14 дней. Кроме того, есть сведения, что иммунитет может оказаться не стойким, и выздоровевший человек, с отрицательными тестами, может заболеть повторно.

У людей заболевание может проявляться острыми респираторными симптомами, пневмонией и гастроэнтеритом. У детей возможны бронхиты и пневмония. Однако нынешний коронавирус детей почти не затрагивает, из всех заболевших дети и подростки составляют 1 %.

Показатель R_0 для нового вируса, то есть количество человек, которое может заразить один заболевший, если ни у кого нет иммунитета к инфекции, составляет 1,5–6,5. Примерно 25 % случаев заболевания протекают тяжело. При этом лишь треть заразившихся имеют клиническую симптоматику, то есть две трети зараженных вирусом никак этого не ощущают и чувствуют себя здоровыми. При этом они являются носителями и могут заражать других людей.

На начало марта 2020 года известно, что среди детей от 0 до 9 лет умерших нет. У людей в возрасте от 10 до 39 лет летальность 0,2 %. От 40 до 49 лет – 0,4 %. 50–59 лет – 1,3 %, 60–69 лет – 3,6 %, 70–79 лет – 8,0 %, старше 80 лет – 14,8 %. И считается, что этот процент растет, потому что с возрастом у человека появляется все больше хронических болезней, поэтому организму труднее справляться с инфекцией.

Откуда взялся вирус SARS-CoV-2

До сих пор это точно не выяснено. Наиболее вероятной считается гипотеза, что это вирус летучих мышей, который преодолел видовой барьер и смог передаваться человеку.

Другие гипотезы считают «виновными» змей или панголин (млекопитающие, родственные броненосцам). Как известно, в Китае едят практически любых диких животных. Но окончательного ответа пока нет.

Новые вирусные болезни человека появляются достаточно регулярно, когда вирус, благодаря мутации или обмену генетическим материалом с другим вирусом, получает способность заражать людей. Например, предок вируса SARS существовал в популяциях летучих мышей, затем из-за мутации научился заражать циветт, а от них заразились и люди, употреблявшие этих циветт в пищу. Сходная история произошла с вирусом MERS. Он тоже изначально принадлежал летучим мышам, потом получил способность заражать одногорбых верблюдов, а потом – людей.

Геном SARS-CoV-2 был расшифрован в рекордные сроки – всего за месяц. Последовательность была опубликована 10 января. Используя приблизительные показатели вирусной эволюции, рассчитали, что вирус, от которого произошли все остальные nCoV, впервые появился не ранее 30 октября и не позднее 29 ноября 2019 года.

Во второй половине января коллектив китайских ученых под руководством Сингуана Ли из Уханьского университета биоинженерии изучил пять геномов нового коронавируса, полученных от заболевших людей, и пришел к выводу, что изначальным предком вируса SARS-CoV-2 был один из видов коронавирусов летучих мышей. Некоторое время назад он научился жить в организме змей, наиболее вероятно – китайской кобры или южнокитайского многополосного крайта. Затем, около двух лет назад, в организме змеи этот вирус обменялся генетическим материалом со специфическим змеиным коронавирусом. И в 2019 году заразил людей, предположительно при употреблении змей в пищу.

Вскоре появилась работа другого коллектива исследователей, из Уханьского института вирусологии, который возглавляет Чжэнли Ши.

Они тоже изучили геном данного коронавируса и определили, что он близок к коронавирусу летучей мыши из рода подковоносов *Rhinolophus affinis*, живущей на юге Китая. Но они не нашли никаких данных, связывающих этот вирус со змеями.

7 февраля исследователи из Южно-Китайского сельскохозяйственного университета в Гуанчжоу на пресс-конференции объявили, что источником нового коронавируса могут быть панголины. Это небольшие животные, покрытые ромбическими чешуйками, как черепицей. Живут они в Африке, в Восточной и Южной Азии. По оценке специалистов, панголины в последние десятилетия вошли в число самых популярных видов животных для незаконной добычи и торговли. В традиционной медицине стран Восточной Азии их чешуйки считаются лекарством от многих болезней и средством, помогающим похудеть. Мясо панголинов употребляют в пищу. В Китае оно считается деликатесом, но купить его можно только нелегально. В Азии их осталось немного, и контрабандисты доставляют их из Африки.

В целом соответствие между геномами вируса SARS-CoV-2 и вируса панголинов составляет 90,3 %. Однако в генетике даже 99 %-ное сходство между генами рецептор-связывающего домена двух коронавирусов не обязательно достаточно для их близкого родства.

Так что исследования продолжаются.

Например, буквально недавно китайские ученые обнаружили, что с начала вспышки в декабре 2019 новый коронавирус успел эволюционировать и разделился на два основных подтипа.

Исследование, озаглавленное «О происхождении и дальнейшей эволюции SARS-CoV-2», было опубликовано 4 марта. Ученые из Пекинского и Шанхайского университетов и Академии наук Китая обнаружили, что тип L коронавируса более агрессивный и распространялся на ранних стадиях вспышки вируса в Ухане. Но в последнее время участились случаи типа S, который старше и менее агрессивен, что, возможно, объясняет замедление развития болезни в Китае.

Некоторые эксперты считают, что в дальнейшем в человеческой популяции как раз будет циркулировать менее агрессивный тип вируса просто потому, что если человек умрет, то и вирус в нем погибнет, а если человек выздоровеет, то у вируса есть возможность «спрятаться»

в клетках, переждать и потом либо найти нового хозяина, либо снова запустить реакцию воспроизведения. В общем, есть вероятность, что новый коронавирус может превратиться в такой же сезонный, как вирусы гриппа.

Вирус во внешней среде

Наличие «короны» обуславливает сравнительно низкую живучесть вируса вне клетки. Он может быть опасен в течение двух лет в лиофилизированном состоянии (то есть при температуре не выше при +4 °С) или в замороженном состоянии (при –70 °С). Ультрафиолетовое излучение убивает вирусы за 15 минут, органические жирорастворители и детергенты – за несколько минут. Во внешней среде вирус погибает при +33 °С за 16 часов, при +56 °С за 10 минут. Для коронавируса человека оптимальна зона кислотного-щелочного равновесия (рН) 7,0–7,5, то есть как в организме человека. Сохраняются вирусы в составе аэрозоля (при кашле и чихании) 8–10 часов, в воде – до 9 суток. Быстрее всего вирус погибает на металле, дольше всего сохраняется на пластике.

Ученые исследовали воздействие антисептиков на коронавирусы и выяснили, что разные варианты повреждают оболочку вируса в течение пары минут, а его геном уничтожается максимум в течение получаса. То есть при необходимости можно использовать средства для обеззараживания рук. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует использовать спиртосодержащие антисептики для рук против коронавирусов.

Против аэрозолей коронавируса эффективно ультрафиолетовое облучение «кварцевыми лампами». Для уничтожения вирусов необходима доза облучения 339–423 мкВт × с/см² ультрафиолета с длиной волны 254 нм, что дает 90 % дезинфекцию воздуха. То есть время уничтожения вируса УФ лампой зависит от ее мощности и обычно составляет от 2 до 15 минут.

Также ученые считают, что если носитель вируса во время кашля выделит вирус в качестве аэрозоля на предмет и он будет после этого герметично упакован в посылку, то проживет не более 48 часов. А поскольку посылки доставляются неделями, то они совершенно безопасны с точки зрения возможного заражения.

Диагностика и лечение

Иногда при обследовании людей появляются так называемые «ложно-отрицательные» результаты. То есть человек как бы здоров, а через несколько дней он заболевает, или следующий тест дает положительный результат. Как это может быть?

Лабораторная диагностика SARS-CoV-2 сейчас делается с помощью полимеразной цепной реакции (ПЦР). Это метод очень чувствительный. Иногда с его помощью удается обнаружить одну единственную молекулу ДНК (обычный ПЦР) или РНК (ОТ-ПЦР).

Но способность обнаружить одну вирусную частицу – это лишь теоретическая возможность. В реальности, при использовании серийных диагностических наборов и исследовании образцов чувствительность ОТ-ПЦР ниже. С ее помощью можно обнаружить вирус, когда в образце присутствуют сотни, в лучшем случае десятки копий вирусной РНК. Так что первая возможность для ложно-отрицательного результата – это когда вирус есть, но его меньше, чем может обнаружить диагностический тест.

Второй вариант – когда образцы, которые исследуются в ОТ-ПЦР, могут быть «пустышками». В них просто может не быть вируса. И тест не ошибается, выдавая отрицательный результат. Но отсутствие вируса в исследуемом образце не всегда означает, что вируса нет в организме человека, от которого этот образец взят. Например, на начальных стадиях инфекции вируса много в носоглотке, а затем его там становится мало или он совсем исчезает и «перебирается» в нижние отделы легких. И если у такого больного образец взят из носа, то тест покажет, что вируса нет. В носоглотке! А в других местах вирус уже активно действует, что и проявляется симптомами болезни.

Симптомы нового коронавируса включают лихорадку, кашель и затрудненное дыхание. При этом может и не быть поражения верхних дыхательных путей, то есть насморка, чихания и боли в горле, а также кишечных симптомов, таких как диарея, которая поражала от 20 до 25 % больных атипичной пневмонией.

Критерии диагностики следующие:

1) Лихорадка и симптомы поражения нижних дыхательных путей, а также:

– за 14 дней до появления симптомов путешествие из города или страны, где объявлен карантин по вирусу), или

– за 14 дней до появления симптомов тесный контакт с человеком, который болен и обследуется на факт инфицирования данным вирусом.

2) Лихорадка или симптомы поражения нижних дыхательных путей плюс за 14 дней до появления симптомов тесный контакт с больным с лабораторно подтвержденным случаем заболевания.

У некоторых пациентов может отсутствовать лихорадка (у очень молодых или пожилых людей, людей с ослабленным иммунитетом или принимающих жаропонижающие препараты).

Тесный контакт определяется как:

– нахождение в пределах приблизительно 2 метров, или в пределах одной комнаты, или в зоне ухода за инфицированным больным в течение длительного периода времени без рекомендуемых средств индивидуальной защиты (например, халаты, перчатки, респиратор одноразовый, защита глаз). Также тесный контакт может включать посещение зоны ожидания или комнаты медицинского обслуживания, где находился больной;

– прямой контакт с выделениями от больного, инфицированного новым коронавирусом (например, при кашле), находясь без средств индивидуальной защиты.

Специального противовирусного лечения для инфекции не существует. В китайских больницах применяли ингибиторы нейраминидазы (озельтамивир), кортикостероидные гормоны, но все это особо не подействовало.

Пробовали лечить противовирусными препаратами, которые помогали при первых двух эпидемиях коронавируса, но официальных отчетов на данный момент нет.

Компания «Гилиад» еще со времен ближневосточного респираторного синдрома 2015 года разрабатывала противовирусный препарат «Ремдезивир». Эпидемия 2015 года кончилась быстрее, чем прошли все испытания, хотя и были положительные результаты. Предварительные данные говорят о том, что препарат будет активен в отношении других вирусов тоже. «Ремдезивир» уже применяется в Китае, предварительные результаты будут оглашены в апреле.

«Фавипиравир», он же Т-705, он же «авиган», разработан изначально для лечения гриппа. Применялся для лечения вирусных инфекций, содержащих РНК: лихорадки Эбола, лихорадки скалистых гор, птичьего гриппа и т. д. Хорошо показал себя в клеточной культуре, зараженной новым коронавирусом, поэтому был протестирован на 70 больных людях. Директор китайского национального центра биотехнологических разработок заявил, что лекарство показало «относительно очевидную эффективность», но точнее не сказал.

Обнадеживающие результаты также показал хлорохин фосфат.

Из неспецифической, но работающей поддерживающей терапии используется экстракорпоральная мембранная оксигенация – система, которая обогащает кровь пациента кислородом, даже если собственные легкие поражены пневмонией. Это дает организму больного время разобраться с вирусом.

Разрабатываемая вакцина от нового коронавируса должна будет представлять собой РНК вируса, причем РНК не целиком, а с несколькими вырезанными кусочками, чтобы из полученных белков не собрался вирус. РНК вводится в организм, ее распознают, как чужеродную, иммунные клетки (макрофаги) и съедают.

Чтобы у человека развился иммунный ответ, на основе которого потом выработается иммунитет, макрофаги должны непереваренные кусочки съеденного показать на своей поверхности. И тогда запустится механизм, благодаря которому вирус убьют лимфоциты. И запомнят его, чтобы в следующий раз убить без помощи макрофагов.

Обычно при разработке вакцин для вирусов используют куски от их оболочек, но это не всегда работает. Иногда получается так, что макрофаг этот кусок съедает, выдает на поверхность, но для лимфоцитов кусок кажется не убедительным, и они не реагируют. Иммунитет к данному вирусу не возникает.

В случае с SARS-CoV-2, по замыслу разработчиков, проглоченная макрофагом РНК должна начать производить белок. Белок будет распознан как чужой, макрофаг выкинет на свою поверхность все чужеродные куски, которые покажутся ему значимыми. И лимфоциты среагируют на какой-нибудь из вариантов. Не надо будет делать несколько попыток, несколько вариантов вакцины, и проверять, какой сработает.

Апробацию вакцины на людях начнут в апреле.

Меры профилактики

Часто мыть руки с мылом и водой не менее 20 секунд. Если мыло и вода недоступны, подойдет дезинфицирующее средство для рук на спиртовой основе.

Не касаться глаз, носа и рта неммытыми руками.

Избегать тесного контакта с больными людьми. А заодно и со здоровыми, вдруг они уже заражены.

Соблюдать правило прикрывать рот и нос одноразовым платком при кашле или чихании, затем выбросить его в мусорное ведро. Если салфетки нет, прикрывать рот и нос сгибом локтя, это уменьшит возможность передачи вируса с поверхности рук.

Маски в первую очередь нужны больным для уменьшения распространения вируса. Однако человек может уже быть зараженным и не знать об этом. Поэтому если есть подозрения, что был контакт, то маску можно носить на всякий случай.

Роспотребнадзор рекомендует:

- при планировании зарубежных поездок уточнять эпидемиологическую ситуацию;
- не посещать рынки, где продаются животные или морепродукты;
- употреблять только термически обработанную пищу, бутилированную воду;
- не посещать зоопарки, культурно-массовые мероприятия с привлечением животных;
- использовать средства защиты органов дыхания (маски);
- мыть руки после посещения мест массового скопления людей и перед приемом пищи;
- при первых признаках заболевания обращаться за медицинской помощью в лечебные учреждения, не допускать самолечения;
- при обращении за медицинской помощью на территории Российской Федерации информировать медицинский персонал о времени и месте пребывания в возможных очагах инфекции.

Чем различаются ОРВИ, грипп и COVID-2019

Простудой считают любое заболевание, которое возникло после переохлаждения. Это просторечное название, объединяющее самые разные симптомы: больное горло, герпес на губах, насморк, кашель и прочее.

ОРЗ – острое респираторное заболевание, то есть внезапно развившееся поражение дыхательных путей. ОРВИ – острая респираторная вирусная инфекция.

ОРВИ

Это самая распространенная в мире группа заболеваний. К ней относятся грипп, респираторно-синцитиальная, риновирусная, коронавирусная, аденовирусная и другие инфекции, вызывающие воспаления слизистых оболочек дыхательных путей. Респираторными вирусами вызывается более 500 миллионов простуд в год.

В названии ОРВИ «острая» указывает на то, что заболевание длится ограниченный период времени и началось не так давно. «Респираторная» означает, что проявления касаются дыхательной системы, которая включает в себя нос, горло, трахею и легкие, а «вирусная инфекция» указывает на то, что заболевание вызвано именно вирусами, а не другими микроорганизмами.

Возбудителями вирусной инфекции, как следует из названия, являются вирусы.

Это могут быть РНК-содержащие вирусы четырех семейств и одно семейство ДНК-содержащих вирусов.

РНК-содержащее семейство Парамиксо вирусы включает вирусы парагриппа человека (5 серотипов) и респираторно-синцитиальный вирус (РС). II семейство – Пикорнавирусы включает 7 серотипов энтеровирусов Коксаки и ЕСНО, поражающих дыхательные пути, и 120 серотипов риновирусов. III семейство – Реовирусы включает 3 серотипа, вызывающие заболевания респираторного и желудочно-кишечного трактов. IV семейство – Коронавирусы включает 3 серотипа, также поражающих дыхательный и желудочно-кишечный тракты.

ДНК-содержащее семейство Аденовирусы поражает глаза, кишечник, мочевой пузырь, 3 типа аденовирусов вызывают ОРВИ.

При этом разные возбудители ОРВИ могут вызывать более или менее схожую симптоматику: повышение температуры тела, озноб, общее недомогание, головная боль и т. д., а клиническая картина может выражаться в виде ринита, фарингита, тонзиллита, ларинготрахеита и бронхита. Иногда также может возникать конъюнктивит. Тяжелым проявлением ОРВИ является бронхиолит. При этом вирусное заболевание может осложняться бактериальной инфекцией.

Чаще всего респираторные вирусные инфекции протекают легко и проходят сами, поскольку иммунная система справляется с вирусами. Однако если вирус проникает в нижние дыхательные пути, то помимо бронхита может развиваться вирусная пневмония, которая лечится тяжелее, чем бактериальная.

Также вирусные респираторные инфекции могут приводить к обострению хронических заболеваний.

Диагноз обычно ставят на основе симптомов и осмотра, иногда делают флюорографию или рентген. Точный диагноз с обозначением возбудителя может быть поставлен только после специальных лабораторных тестов.

Дети первых месяцев жизни практически не болеют ОРВИ благодаря относительной изоляции и пассивному иммунитету, полученному от матери во время беременности. Но когда дети начинают выходить на улицу, контактировать с людьми, посещать садик, заболеваемость значительно вырастает. У ребенка может быть до 10 случаев за год. Педиатры даже выделяют группу «часто болеющие дети».

Более старшие дети обычно болеют реже, поскольку приобретают иммунитет ко многим инфекциям. В среднем на протяжении года каждый взрослый переносит ОРВИ не реже 2–3 раз. В настоящее время достоверно установлена вирусная природа практически всех так называемых простудных заболеваний.

Источником ОРВИ является больной человек или в некоторых случаях зверь или птица, которые представляют опасность с момента окончания инкубационного периода до окончания лихорадочного периода.

Респираторные инфекции передаются, главным образом, воздушно-капельным и контактным путями. Воздушно-капельный предполагает вдыхание распыленных в воздухе частиц слизи в результате чихания или кашля инфицированным в радиусе до 2 метров.

При контактном способе передачи вирус переносится через предметы обихода и одежду, а заражение происходит через руки при попадании вируса на слизистые оболочки дыхательных путей. Разные вирусы имеют разную длительность сохранения своей активности на предметах, она может составлять от нескольких часов до нескольких дней. Также на вероятность передачи могут повлиять различные

факторы окружающей среды, например влажность и температура воздуха.

Симптомы могут отличаться в зависимости от вируса, возраста, наличия хронических болезней и сделанных ранее прививок.

Это могут быть озноб, лихорадка, насморк, заложенность носа и пазух, боль в горле, охриплость, кашель, головная боль, боль в ушах, боль в мышцах, покраснение глаз.

В большинстве случаев у людей с нормальным иммунитетом ОРВИ проходят в легкой форме. Длительность болезни обычно составляет от 5 до 10 дней. Если же иммунитет ослаблен, то заболевание может тянуться 2 или даже 3 недели, могут начаться осложнения.

Клинически ОРВИ могут проявляться как синусит, фарингит, ларингит, конъюнктивит, отит, ларинготрахеобронхит, бронхит и вирусная пневмония. Также ОРВИ может протекать в форме гриппоподобного заболевания.

Тяжелые случаи заболевания обычно развиваются у детей, пожилых людей, людей с хроническими заболеваниями и у людей с ослабленным иммунитетом.

Не существует противовирусных средств, эффективных при простуде. Обычно лечение направлено на облегчение симптомов болезни. Применение противовирусных средств при легком течении ОРВИ не требуется.

Также нет лекарств, сокращающих продолжительность ОРВИ или снижающих риск осложнений. В современных международных руководствах для врачей ОРВИ названа «само-проходящей болезнью».

В тяжелых случаях инфекции лечение проходит в стационаре.

Грипп

Острое инфекционное заболевание дыхательных путей, вызываемое вирусом гриппа. Входит в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

В 412 году до н. э. Гиппократ описал вспышку респираторного заболевания «перинфский кашель», похожего на грипп. Также похоже на грипп заболевание «крестьянская лихорадка», вспышка которого отмечена в Англии в 1173 году. Пандемии гриппа определенно известны с XVI века.

По оценкам Всемирной Организации Здравоохранения, ежегодные эпидемии гриппа приводят к 3–5 миллионам случаев тяжелой болезни и к 290–650 тысячам смертей. После прекращения болезни период восстановления занимает 7–15 дней.

В настоящее время выявлено более 2000 вариантов вируса гриппа.

По статистике США, люди в возрасте 65 лет и старше умирают от гриппа намного чаще людей других возрастов: в этой возрастной группе случается до 89 % от всех смертей, связанных с гриппом.

Во многих европейских языках грипп называют «инфлюэнца» (итал. influenza «воздействие»). Это название, по одной версии, возникло в Риме в середине XVIII века, а по другой появилось в эпоху Возрождения – болезнь как следствие влияния неблагоприятного стечения астрологических переменных.

Вирус гриппа поражает не только людей, но и животных – свиней, лошадей, птиц.

Вирусы гриппа относятся к семейству Ортомиксовирусы, которое включает роды Инфлюэнца А, В, С, D, Изавирус, Тоготовирусы и Кваранфилвирусы. Эпидемическое значение для людей имеют вирусы, содержащие три подтипа НА (Н1, Н2, Н3) и два подтипа NA (N1, N2).

Вирус гриппа очень изменчив, именно поэтому каждый год приходится вакцинироваться заново от нескольких вариантов вируса.

Источником инфекции является больной человек с явной или стертой формой болезни, выделяющий вирус с кашлем, чиханьем и т. д. Больной заразен с первых часов заболевания и до 5–7 дня болезни. Передается вирус воздушно-капельным путем.

Эпидемии гриппа, вызванные серотипом А, возникают примерно каждые 2–3 года, а вызванные серотипом В – каждые 4–6 лет. Серотип С не вызывает эпидемий, только единичные вспышки у детей и ослабленных людей. Согласно исследованию финских специалистов, риск эпидемий является наиболее высоким при температуре на улице от +5 до –5, когда уменьшение влажности воздуха создает благоприятные условия для проникновения вирусов в человеческий организм из-за охлаждения и сухости дыхательных путей.

Группами высокого риска считаются дети, люди преклонного возраста, беременные женщины, люди с хроническими болезнями сердца или легких.

Инкубационный период развития гриппа составляет от 3 до 24 часов с момента заражения. Вирус гриппа чаще всего проникает в эпителий трахеи и верхней части бронхов, некоторые штаммы – в эпителий кишечника.

Симптомы гриппа не являются специфическими, то есть без лабораторных исследований невозможно отличить грипп от других ОРВИ. На практике часто диагноз «грипп» устанавливается на основании лишь эпидемических данных, когда наблюдается повышение заболеваемости ОРВИ среди населения данной местности, а лабораторная диагностика проводится только там, где есть подготовленные лаборатории.

Клинические признаки: сильный кашель, боли в мышцах и головная боль, повышение температуры, озноб.

Заболевание начинается с резкого подъема температуры и болей в мышцах, состояния общей разбитости. Выделений из носа, как правило, нет, а есть выраженное чувство сухости в носу и глотке. Обычно появляется сухой, напряженный кашель, сопровождающийся болью за грудиной. При гладком течении эти симптомы сохраняются 3–5 дней, и больной выздоравливает, но несколько дней сохраняется чувство выраженной усталости, особенно у пожилых больных. При тяжелых формах гриппа развивается сосудистый коллапс (падение давления и ухудшение снабжения кровью внутренних органов), отек мозга, присоединяются бактериальные осложнения.

Отличия гриппа от других ОРВИ:

– острое начало, резкий подъем температуры до 39–40 °С, выраженная головная боль и боли в мышцах, насморка нет, боли в

горле при глотании нет, сухой кашель с болью за грудиной.

Частота возникновения осложнений гриппа относительно невелика, но они могут быть реально опасны. Различают несколько основных видов осложнений при гриппе.

Легочные: бактериальная пневмония, геморрагическая пневмония, формирование абсцесса легкого, образование эмпиемы, острый респираторный дистресс-синдром.

Внелегочные: бактериальные риниты, синуситы, отиты, трахеиты, вирусный энцефалит, менингит, неврит, радикулоневрит, поражение печени синдром Рея, миокардит, токсико-аллергический шок.

Чаще всего летальные исходы при гриппе наблюдаются среди детей младше 2 лет и пожилых людей старше 65 лет.

Признаки осложнений при гриппе, при которых необходима срочная медицинская помощь:

- если на один или несколько дней температура тела снизилась до 37–37,5 °С и затем поднялась до 38 °С и выше (признак вторичной инфекции);

- высокая температура не снижается после трех приемов разных препаратов последовательно с учетом времени действия этих лекарств;

- затруднение дыхания (одышка), особенно у детей, критическое состояние – когда человек может дышать, только наклонившись вперед;

- при кашле боль в области боковых ребер (справа и слева);

- откашливаемая мокрота розового цвета (с растворенной кровью);

- потеря сознания;

- фебрильные судороги – обычно у детей до 5 лет, похожи на приступ эпилепсии, это побочный эффект высокой температуры.

Самое главное при лечении гриппа – не навредить себе и окружающим.

В случае заболевания необходим постельный режим: грипп, переносимый «на ногах», чреват осложнениями (пневмонией, вирусным миокардитом). Надо исключить контакты с людьми из-за риска их заразить, избегать самолечения препаратами с побочными эффектами.

Парагрипп

Еще одна из острых респираторных вирусных инфекций. Характеризуется умеренно выраженной общей интоксикацией и поражением верхних дыхательных путей.

Заболевание вызывается РНК-содержащими вирусами парагриппа. Известно 5 их разновидностей, первые три вызывают заболевание людей, парагрипп-4 и 5 для человека не опасны. Главный патоген – вирус парагриппа 3 типа.

Инкубационный период у парагриппа от 1 до 6 дней, хотя иногда бывает и менее суток. Болеют люди любого возраста, но чаще дети до 5 лет (среди всех ОРВИ среди взрослого населения доля парагриппа составляет около 20 %, среди детского – около 30 %). Источник заражения – инфицированный человек. Больной заразен приблизительно через 24 часа после инфицирования. Входными воротами инфекции являются слизистые оболочки глотки и гортани. Часть вирусов попадает в кровь, вызывая симптомы общей интоксикации.

При парагриппе в первую очередь поражается гортань (возникает ларингит и/или ларинготрахеит), а затем бронхи (бронхит и/или бронхиолит) и несколько реже – слизистая оболочка носа (ринит). Увеличение заболеваемости парагриппом обычно наблюдается весной и осенью, но случаи болезни наблюдаются круглогодично. У детей болезнь протекает, как правило, тяжелее, чем у взрослых, что связано с возможностью развития ложного крупа.

Начинается заболевание с поражения слизистой оболочки верхних дыхательных путей: появляется осиплость или охриплость голоса (у некоторых голос и вовсе пропадает), першение или боль в горле, кашель (вначале сухой, затем переходящий во влажный с выделением мокроты). Температура тела при парагриппе, как правило, невысокая (у взрослых не более 38 °С, у детей может быть выше) либо нормальная. Во время болезни развивается инфекционный, а после перенесенного заболевания – постинфекционный астенический синдром: слабость, утомляемость, головные и мышечные боли, головокружения, скачки давления.

Продолжительность болезни, если нет осложнений, в среднем 5–7 дней. Кашель может сохраняться до двух недель и больше.

Лечение парагриппа большей частью симптоматическое. Больным прописывают витаминные комплексы, постельный режим, теплые напитки и ингаляции. По мере необходимости (при выраженной лихорадке выше 38–38,5 °С) – жаропонижающие средства. При сильном сухом кашле применяют противокашлевые средства; когда кашель становится влажным, противокашлевые препараты заменяют на отхаркивающие средства. В случае присоединения бактериального бронхита или других осложнений прописывают антибиотики.

Осложнением парагриппа чаще всего бывают бактериальный бронхит или пневмония. У детей опасность парагриппа связана с возможностью возникновения ложного крупа (как помочь ребенку при нем, написано в Приложении).

Грипп, простуда, коронавирус: как различить

Симптомы гриппа проявляются быстро, с жаром и болью в мышцах; недомогание настолько сильное, что человек не способен заниматься обычными делами.

Симптомы простуды проявляются постепенно, поражают только нос и горло, довольно умеренны, позволяют вести обычную жизнь и даже ходить на работу.

Насморк и чиханье не характерны для гриппа или могут появиться только на 2–3-й день болезни.

Однако грипп может протекать и в легкой форме, без температуры или вообще без каких-либо болезненных признаков – субклинически. Такой человек сам не болеет, но активно заражает окружающих.

Вирусы гриппа типа А, наиболее опасные и заразные, циркулируют только в узкий промежуток времени – приблизительно с декабря по март.

И коронавирус, и вирус гриппа относятся к РНК-содержащим вирусам. Они умеют быстро и неожиданно мутировать, и именно так возникают эпидемии.

Инкубационный период заболевания, вызванного новым типом коронавируса, может составлять от 1 до 14 дней, в то время как у гриппа он колеблется от нескольких часов до 4 дней.

Симптомы коронавирусной инфекции напоминают ОРВИ и грипп: подъем температуры, головная боль, кашель, затрудненное дыхание.

Распространение обоих видов вирусов происходит преимущественно воздушно-капельным путем и при непосредственном контакте с больным. Несмотря на одни и те же пути передачи, заразность COVID-2019 сильно ниже, чем у гриппа.

Оба вируса локализуются преимущественно в верхних дыхательных путях, и у обоих симптоматическое лечение: обильное питье, отдых и противовоспалительные жаропонижающие средства.

Проявления вирусных инфекций

Если вирус больше размножается в слизистых дыхательных путей, то начинаются проявления от ринита до ларингита. Если вирус больше проникает в желудок и кишечник, то развивается гастрит, энтерит, а иногда гастроэнтерит.

Когда говорят о COVID-2019, то чаще всего упоминают пневмонию. Но ведь это самый тяжелый вариант развития заболевания, а 80 % заразившихся переносят его в средней или легкой форме. И у них развиваются более легкие варианты инфекции.

Ринит

Воспаление слизистой оболочки носа, вызываемое различными причинами.

Чаще всего этой причиной является вирусная инфекция, на втором месте стоит аллергия. Также ринит может развиваться как следствие травмы носа, а она может быть вызвана даже попаданием инородного тела в нос или хирургическими манипуляциями в нем. Насморк могут вызывать и профессиональные вредности: частицы минеральной пыли, угля, металла, которые могут повредить слизистую оболочку носа; воздействие дыма, газа, аэрозолей.

Способствует развитию ринита переохлаждение, ослабление иммунитета, наличие в организме очагов воспаления в других органах, особенно расположенных рядом (глаза, горло).

Независимо от причины возникновения, любой насморк проходит три стадии: сухую стадию (раздражения); стадию серозных выделений; стадию слизисто-гнойных выделений (разрешения).

Первая стадия обычно продолжается несколько часов, максимум пару суток. В это время человек начинает ощущать сухость, напряжение, жжение, царапание, щекотание в носу, часто в глотке и гортани, начинается чихание. Слизистая носа сухая, покрасневшая. Если это вирусная инфекция, то появляются и общие симптомы: недомогание, небольшой озноб, тяжесть и боль в голове, чаще в области лба, может слегка повыситься температура.

На второй стадии (серозных выделений) воспаление нарастает и из капилляров, находящихся в носу, начинает выделяться прозрачная водянистая жидкость. Ее количество нарастает, и постепенно она становится непрозрачной. Кроме того, может присоединиться слезотечение (поскольку слезные каналы открываются в полость носа, то в них тоже начинается воспаление) и даже воспаление в слизистой глаза (конъюнктивит). Дыхание через нос становится затрудненным, поскольку слизистая отекает, часто просто носом дышать невозможно (спасают только сосудосуживающие препараты, и то не всегда), продолжается чиханье, беспокоит шум и покалывание в ушах. Отделяемое полости носа оказывает раздражающее действие на кожу и

слизистые, поэтому появляются краснота и припухлость кожи вокруг крыльев носа и на верхней губе.

Третья стадия (слизисто-гнойных выделений) наступает на 4–5-й день. Выделения из носа становятся непрозрачными, сначала сероватые, потом желтоватые и даже зеленоватые. Постепенно припухлость слизистой оболочки исчезает, дыхание через нос и обоняние восстанавливаются. Полностью насморк проходит через 8–14 дней.

Если при остром рините раздражение слизистой переходит на околоносовые пазухи, то человек начинает ощущать боли в области лба и переносицы. Иногда в качестве осложнения может развиваться воспаление этих пазух. Также воспаление может переходить на слезовыводящие пути (дакриоцистит), слуховую трубу (евстахиит), нижележащие дыхательные пути (фарингит, тонзиллит, ларингит и т. п.).

Если у человека иммунитет сильный, то острый ринит может протекать по «упрощенной» схеме и занимать всего 2–3 дня, а при ослабленном иммунитете он затянется на 3–4 недели, причем с тенденцией перехода в хроническую форму.

У детей, особенно в раннем возрасте, ринит может захватывать окружающие ткани, тогда развивается ринофарингит, ринотрахеит и т. п. Инфекция может даже спуститься в бронхи. Часто у маленьких детей воспаление переходит и на уши и возникает острый средний отит. У новорожденных, кроме всего прочего, носовые ходы узкие и при воспалении носовое дыхание быстро прекращается, а это значит, что ребенок с заложенным носом не может нормально сосать грудь.

Может показаться странным, что насморк надо диагностировать – и так же понятно, что это он. Но на самом деле врач определяет причину насморка, поскольку от этого будет зависеть, как его лечить. Вирусный ринит требует одних препаратов, аллергический – других, а профессиональный – третьих. Также ринит может быть осложнением других заболеваний, например кори или коклюша, или может оказаться, что это не ринит как таковой, а воспаление пазух носа (синусит, гайморит и т. п.).

Для диагностики острого ринита проводят переднюю риноскопию и эндоскопическое исследование полости носа. Если есть подозрение, что вовлечены пазухи, то делают их рентген.

Между прочим, при рините, вызванном вирусами гриппа, кори, коклюша, аденовирусами и другими видами вирусов, насморк никогда не заканчивается третьей стадией с мутным отделяемым. Всегда будут обильные прозрачные выделения. Однако если присоединяется вторичная инфекция, то человек пройдет через все три стадии насморка.

На ранних стадиях развития ринита помогут тепловые, отвлекающие и потогонные процедуры. Это могут быть ножные ванны с горячим чаем после них и лежанием под теплым одеялом, чтобы пропотеть. К чаю подойдет малиновое варенье или таблетка аспирина (ведь малина содержит ту же самую ацетилсалициловую кислоту). Помогут горчичники на икры, но только в первой стадии острого ринита.

У грудных детей при остром ринофарингите важнейшей задачей считается восстановление носового дыхания, чтобы он мог взять грудь, также нужно стараться, чтобы воспаление не перешло на евстахиевы трубы и среднее ухо и вниз по дыхательным путям. Для этого перед каждым кормлением специальным баллончиком отсасывают слизь из обеих половин носа ребенка. Если в преддверии носа есть корки, их осторожно размягчают оливковым маслом и удаляют ватным шариком. За 5 минут до кормления в обе ноздри вливают по 2 капли сосудосуживающего вещества. Врач назначит и другие препараты, которые имеют противомикробное действие и уменьшат воспаление.

У взрослых основным средством считаются сосудосуживающие средства, которые помогут пережить заложенность носа во второй стадии. При этом следует иметь в виду, что применять их более 10 дней нежелательно, поскольку может развиться привыкание, и потом отвыкнуть будет очень сложно – без этих препаратов слизистая носа все время будет отекает и дышать носом будет трудно. Разовьется медикаментозный ринит. Кроме того, сосудосуживающие препараты повышают давление. Если у человека гипертония, он это может ощутить.

В III периоде острого ринита могут помочь местные антибактериальные препараты (назальные мази или спреи). Но это достаточно серьезные вещества и применять их можно только по назначению врача, если в этом есть смысл. Ведь третья стадия ринита

свидетельствует о том, что он скоро закончится. Опасения могут вызывать только люди с пониженным иммунитетом, в этом случае организму нужно помочь справиться с болезнью.

Фарингит

Воспаление лимфоидной ткани и слизистой оболочки глотки.

Поскольку это воспаление, то причиной чаще всего бывают возбудители: вирусы (они дают примерно 70 % фарингитов), бактерии, грибки. Также воспаление может возникнуть под воздействием других причин: из-за травмы, аллергии, из-за воздействия кислот, щелочей, облучения и т. д.

При воспалении слизистая глотки отекает, на ней становятся заметны капилляры, может начать отслаиваться эпителий. Воспаление наиболее выражено на боковой и задней стенке глотки, непосредственно рядом с устьями слуховых труб и в своде носоглотки.

Человек сразу чувствует начало фарингита. У него появляются сухость, жжение и першение в горле. Достаточно часто образуется вязкая слизь. Иногда становится больно сглатывать, но не так сильно и постоянно, как при ангине. Если присоединяется воспаление слизистой слуховых труб, то возникает боль и заложенность в ушах, головные боли, появляется затруднение при дыхании через нос и гнусавость голоса. Температура при фарингите если и есть, то невысокая (до +38 °С), бывают явления общей интоксикации: слабость, вялость, разбитость.

Диагноз ставится на основании расспроса больного и осмотра горла.

Лечение обычно симптоматическое, чтобы снять неприятные ощущения и отек слизистой, и по конкретному возбудителю, если он известен. Если же воспаление аллергическое, то применяют противоаллергические препараты; если воспаление имеет другие известные причины, то устраняют их.

Из медикаментов назначают антисептики, болеутоляющие и противовоспалительные препараты. Рекомендуется полоскание настоями лекарственных трав: ромашка, шалфей, зверобой, липа, ежевика, календула и др. В случае необходимости (при сильном воспалении, вызванном бактериями, поскольку на вирусы антибиотики не действуют) назначаются антибиотики: местно или в таблетках.

Также по назначению врача может применяться физиолечение: ультразвуковые орошения задней стенки глотки, сеансы

лазеротерапии, сеансы ультрафиолетового облучения задней стенки глотки, сеансы виброакустической терапии.

Человек, болеющий фарингитом, должен соблюдать щадящую диету: исключить из питания раздражающую пищу и газированные напитки, прием алкоголя и курение.

Тонзиллит (ангина, воспаление небных миндалин)

Слово «тонзиллит» мало кто знает, а слово «ангина» знают все. Однако научное название этого воспаления именно «тонзиллит» и означает оно воспаление небных миндалин.

Чаще ангиной называют острый тонзиллит, который возникает в основном в холодное время года и при повышенной влажности воздуха. Заражение происходит воздушно-капельным путем. Возбудителями ангины могут быть вирусы, бактерии, грибки и спирохеты. Но без ослабления иммунитета человек не заболевает.

Выделяют несколько форм ангины: катаральную, лакунарную, фолликулярную и язвенно-пленчатую. Кроме того, ангина может сопровождать различные серьезные заболевания от дифтерии до лейкоза.

При катаральной ангине воспаление располагается в поверхностных слоях миндалин. У человека возникает ощущение сухости, першения в глотке, которое постепенно перерастает в боль, развивается общее недомогание, начинаются головные боли. Иногда эта боль может при глотании отдавать в ухо. Температура тела может оставаться нормальной, а может немного повышаться, это индивидуально. Несколько увеличиваются и болят лимфоузлы около угла нижней челюсти. Небные миндалины становятся увеличенными и красными. У детей все симптомы выражены сильнее, в том числе и температура. Длится такая ангина 3–5 дней, после этого либо симптомы проходят, либо ангина переходит в другую форму.

Лакунарная ангина начинается с резкого подъема температуры тела до +39–40 °С, озноба, явлений общей интоксикации (слабость, разбитость), сильной боли в горле, голове, суставах, мышцах и даже в сердце. Начинает течь слюна, а у детей может быть рвота. Миндалины сильно увеличиваются и краснеют, на их поверхности появляются желтовато-белые островки или пленки налетов, не выходящие за пределы миндалин. Шейные лимфатические узлы увеличиваются и болят. Такая ангина обычно длится 5–7 дней. Невысокая температура

может остаться на несколько дней и после стихания основных симптомов заболевания.

Фолликулярная ангина начинается остро, с внезапного озноба и повышения температуры тела до +40 °С и сильной боли в горле. При глотательных движениях боль может ощущаться в ухе. Общая интоксикация достаточно сильная: слабость, головная боль, боли в сердце, суставах и мышцах. Также сильно болят и увеличиваются лимфоузлы под челюстью. Миндалины красные и сильно увеличенные, на них видны беловато-желтоватые образования величиной с булавочную головку.

Язвенно-пленчатая ангина протекает практически без явлений общей интоксикации: температура невысокая, общее самочувствие почти нормальное, глотать практически не больно. На миндалинах (очень часто только на одной) можно увидеть грязно-серый налет с язвенными участками.

Диагноз ставится на основании осмотра больного. Чтобы исключить дифтерию, которая начинается практически так же, берут соскоб с миндалин. Также врач определяет, является ли ангина самостоятельным заболеванием, или она может быть осложнением какого-либо другого заболевания.

Чаще всего ангину лечат дома и только при тяжелом течении человека отправляют в инфекционное отделение больницы.

Ангину лечат еще и для того, чтобы не допустить развития ее осложнений, которые могут быть очень серьезными, вплоть до ревматизма, который «лижет суставы, но гложет сердце». Кроме того, ангина может дать такое «местное» осложнение, как паратонзиллярный абсцесс (гнойник, расположенный около миндалины).

Больной должен соблюдать строгий постельный режим, причем не только в период высокой температуры, но и еще 2–3 дня после ее нормализации, чтобы другие органы сумели прийти в норму (особенно сердце).

Показано обильное теплое питье: чай с лимоном, морсы, фруктовые кисели, соки, минеральная вода типа «Боржоми» и др. до 1–1,5 л в день. Диета должна быть преимущественно молочно-растительной, богатой витаминами, особенно витаминами С и группы В.

Лекарственное лечение назначает врач. При лакунарной и фолликулярной ангины обычно прописывают антибиотики, в тяжелых случаях – в уколах. Сульфаниламидные препараты при катаральной ангине применяются самостоятельно, при лакунарной и фолликулярной ангины – как дополнение к антибиотикам. Также при высокой температуре (выше 39 °С) или если человек плохо переносит температуру (например, сильно болит голова или у ребенка начинаются судороги) назначают препараты, снижающие ее.

Часто прописывают противоаллергические препараты, чтобы снять отек слизистой и если есть аллергическая предрасположенность.

Препараты могут быть общего действия (таблетки или инъекции) и местного (полоскания, ингаляции, спреи).

Очень помогают полоскания горла и лекарственные травы, но лучше посоветоваться с врачом на всякий случай. При аллергической предрасположенности не все травы одинаково полезны.

Воспаление язычной миндалины

Еще его называют «ангиной язычной миндалины». Это воспаление встречается значительно реже собственно ангины (тонзиллита), но все-таки бывает. Это очень неприятное воспаление, хотя приятных-то и не бывает. Но это – еще неприятнее.

При воспалении язычной миндалины у человека появляются боли при глотании, язычная миндалина распухает и краснеет, иногда покрывается желтоватым налетом. Из-за того, что миндалина находится у корня языка, человеку не только больно глотать, но и больно говорить, речь становится невнятной.

Бывает, что воспаление становится гнойным и гной растекается между волокнами мышц корня языка и соседними. В таком случае сразу поднимается высокая температура, начинается упорная головная боль, при глотании и разговоре боли становятся резкими. При осмотре на корне языка видны краснота и отечность, которые могут распространяться на вход в гортань и надгортанник. Это очень опасно, потому что при отеке этих тканей может развиваться удушье. Лимфатические узлы шеи в подъязычной области обычно увеличены.

Язык может распухнуть, стать отечным по бокам, будет с трудом помещаться в полости рта, а снаружи в середине подчелюстной области появляется плотное припухание (абсцесс корня языка). Абсцесс может также распространяться в сторону наружных покровов шеи, вызывая болезненную припухлость и красноту под дном рта или у угла нижней челюсти.

Диагноз ставят на основании расспроса больного и его осмотра.

Лечат воспаление язычной миндалины так же, как и воспаление небных миндалин. Это антисептики или антибиотики (в зависимости от причины воспаления и тяжести заболевания), обезболивающие и противоаллергические препараты (они нужны, чтобы снять отек слизистой). Препараты могут быть общего действия (таблетки или инъекции) и местного (полоскания, ингаляции, спреи). Дополнительным лечением могут быть полоскания горла лекарственными травами.

Если развивается абсцесс, то его вскрывает ЛОР-врач в стерильных условиях под местной анестезией.

Аденоидит

Воспаление глоточной миндалины. Следует отличать аденоидит – воспаление и аденоиды – разрастание ткани миндалины без воспаления. Воспаление имеет инфекционно-аллергический характер и опасно тем, что при длительном течении может спровоцировать развитие пороков сердца, заболеваний почек, органов пищеварения и иные патологии.

Чаще всего аденоидит возникает у детей с аденоидами (с тем самым разрастанием тканей миндалины), однако может случиться и у взрослого человека без аденоидов.

Воспаление миндалины кроме инфекции могут спровоцировать некоторые факторы, казалось бы, не имеющие отношения к болезни.

Это:

- искусственное вскармливание,
- однообразное и преимущественно углеводистое питание,
- рахит (дефицит витамина D),
- диатезы,
- переохлаждение,
- аллергии,
- неблагоприятная экология (например, длительное пребывание в месте с загрязненным и сухим воздухом).

Как и все воспаления, аденоидит бывает острый, подострый и хронический. Острый аденоидит еще называется «ретроназальная ангина».

Способствовать развитию острого аденоидита могут острые респираторные заболевания, особенно стрептококковые.

Начинается он с подъема температуры до +39 и более градусов. Возникает ощущение саднения и умеренной боли в горле, возникающей при глотании, в глубине носа. Нос заложен, развивается насморк, по ночам проявляется приступообразный кашель. Задняя стенка горла умеренно красная, могут также отекать и краснеть задние небные дужки. Воспаленная миндалина будет видна при осмотре ЛОР-врачом (без риноскопии – осмотре через носовые ходы – эту миндалину не увидишь).

У человека начинаются головные боли и боли, возникающие за мягким небом, отдающие к задним отделам носовой полости и к ушам. Подчелюстные и шейные задние лимфоузлы увеличены и болезненны.

Воспаление миндалин обычно длится 5 дней. Однако оно может давать осложнения в виде среднего острого отита и синусита (воспаления околоносовых пазух), дакриоаденита (воспаления слезной железы), а также различных воспалений нижних дыхательных путей. Может развиваться ларинготрахеобронхит, бронхопневмония. У детей в возрасте до четырех лет также может развиваться заглоточный абсцесс.

Еще аденит может быть подострым. Начинается он остро, обычно как осложнение лакунарной ангины, и длится 15–20 дней. Вроде бы ангина уже прошла, но остаются колебания температуры, вечерами она может подниматься до $+38^{\circ}\text{C}$, подчелюстные и шейные лимфоузлы остаются припухшими. Общее состояние удовлетворительное. Остаются затяжной гнойный насморк, кашель, развивается острый средний отит. Если иммунитет ослаблен, то продолжаться заболевание в этой форме может до нескольких месяцев с колебанием состояния то в сторону выздоровления, то опять с появлением симптомов.

Лечат аденоидит сосудосуживающими, противовоспалительными, противоаллергическими препаратами. Обязательно нужно промывать носовые ходы антисептическими растворами, морской водой, физраствором.

Воспаление слюнных желез (сиалоаденит)

У человека выделяют три пары крупных слюнных желез: околоушные, подчелюстные и подъязычные и несколько помельче. За сутки они выделяют от 1 до 2 литров слюны.

Чаще всего воспаляются околоушные железы, подъязычные и подчелюстные воспаляются гораздо реже.

Почти все проходили через воспаление околоушных слюнных желез, если болели свинкой, но при свинке (медицинское название «эпидемический паротит») поражаются все железы организма, не только слюнные, просто слюнные сильнее всего. А вообще слюнные железы могут поражаться самыми разными вирусами и бактериями. Кстати, может быть и неинфекционное воспаление: при поражении солями тяжелых металлов они из организма выделяются в том числе и со слюной, раздражают железы и вызывают их воспаление.

Сиалоаденит может развиваться самостоятельно или как осложнение другого заболевания (например, гриппа), а может быть осложнением после хирургической операции, поскольку наркоз угнетает деятельность слюнных желез и провоцирует воспаление в них.

В первую очередь воспаление дает о себе знать увеличением самой железы: она становится более крупной, ее можно прощупать. На ощупь железа твердая, в месте увеличения может быть покраснение, кожа горячая. Второй симптом: боль в ротовой полости, в области шеи. Если поражены околоушные железы, то боль отдает в ухо, висок, голову. Именно поэтому поначалу человек может думать, что у него мигрень или начинается отит. Кроме того, в области железы человек ощущает некую напряженность, давление. Возможно, это в железе накапливается гной и формируется абсцесс. Сформировавшийся абсцесс может прорваться или в ротовую полость, или через кожу.

У человека поднимается температура, может до +39 °С, ему больно открывать рот, трудно глотать. Из-за резкого понижения слюноотделения постоянная сухость во рту.

Больных обычно лечат в стационаре, в инфекционном отделении. Если воспаление протекает тяжело, становится гнойным, то применяют антибиотики. Чтобы слюна и продукты воспаления не

застаивались в железе, чтобы происходил отток, больному рекомендуют есть citrusовые, жевать жвачку. Применяют пенициллиново-новокаиновую блокаду подкожной клетчатки околоушной жевательной области. Если формируется абсцесс, то его вскрывают под местной анестезией.

Если воспаление слюнных желез происходит слишком часто, перетекает в хроническую стадию, то больному назначают введение антибиотиков прямо в слюнную железу. Если лечение не помогает и воспаление повторяется часто, слюнная железа перестает работать, то удаляют часть железы или всю ее.

Евстахиит (тубоотит, сальпингоотит)

Воспаление слуховой трубы.

Самыми частыми, причинами этого бывают ОРЗ или грипп, хронические заболевания полости носа и его пазух, аденоидиты и искривления носовой перегородки. Особенно легко это происходит в детском возрасте, поскольку у ребенка слуховая труба короче, чем у взрослого. Длительное сдавление слухового прохода из-за отека слизистой нарушает проникновение воздуха в барабанную полость, из-за этого давление в барабанной полости понижается, барабанная перепонка втягивается внутрь, частично нарушается слух, возникают застойные явления, при которых накапливается жидкость. Со временем может начаться воспалительный процесс.

Наряду с инфекциями (инфекционный евстахиит) причиной воспаления может быть аллергическая реакция (аллергический евстахиит) или резкое изменение атмосферного давления.

Симптомы евстахиита:

- чувство заложенности в ухе, шум в ушах, снижение слуха,
- больной слышит, как собственный голос отдается в ушах (это называется «аутофония»),
- ощущение переливания жидкости в ухе при поворотах и наклонах головы,
- иногда бывают боли в ухе.

Диагноз ставится на основании расспроса больного и инструментальных исследований (отоскопия, аудиометрия, исследование слуха камертоном, определение проходимости евстахиевой трубы, акустическая импедансометрия, ушная манометрия).

Лечение направлено на снижение отека слизистой (применяют сосудосуживающие капли), излечение заболеваний носа и пазух, ротоглотки и других очагов инфекции. Если евстахиит аллергический, то применяют противоаллергические средства и стараются избегать контакта с аллергеном. Применяют и медицинские манипуляции, когда лекарства вводятся через катетер непосредственно в слуховую трубу.

Хорошо помогает физиотерапия: УВЧ, микроволновая терапия, лазеротерапия, УФО, электростимуляция мышц, сокращение которых

расширяет просвет слуховой трубы.

Если у человека ослаблен иммунитет и евстахиит переходит в хроническую форму, то со временем развивается слипание стенок слуховой трубы, а это приводит к атрофическим изменениям барабанной перепонки и стойкому снижению слуха вплоть до полной глухоты.

Ларингит

Ларингитом называют острое или хроническое воспаление гортани. В патологический процесс может вовлекаться как вся слизистая оболочка гортани (разлитая форма ларингита), так и отдельные ее части – слизистая надгортанника, голосовых складок или стенок подголосовой полости.

Попадая на слизистую оболочку гортани, возбудитель заболевания повреждает ее, вследствие чего в месте повреждения возникают отек и боль, появляется гиперемия (покраснение) и кровоизлияния, усиленно выделяется слизь.

В большинстве случаев острый ларингит развивается не как самостоятельное заболевание, а параллельно с воспалением других отделов дыхательных путей (носа, горла, трахеи, бронхов и легких) – причиной этому являются острые респираторные вирусные инфекции (грипп, парагрипп, аденовирусная инфекция). Гортань вовлекается в патологический процесс также при кори, дифтерии и коклюше, ларингит может быть осложнением сифилиса и туберкулеза.

Реже острый ларингит вызывается бактериальной инфекцией, в частности, стрептококками или стафилококками – обычно это происходит вследствие вторичного инфицирования слизистой глотки при ослаблении иммунной системы организма на фоне ОРВИ или хронических инфекций.

Помимо инфекции причинами острого ларингита являются:

- частички пара, газов и пыли, содержащиеся в воздухе;
- внешние аллергены (растительные, пищевые, химические);
- термическое воздействие на слизистую гортани (горячая или холодная пища и питье);
- повышенная нагрузка на голосовой аппарат;
- курение.

Реже острый ларингит может проявиться на фоне гастроэзофагеальной рефлюксной болезни (ГЭРБ), когда кислое содержимое желудка попадает на слизистые верхних дыхательных путей, в частности гортани, и раздражает их.

Развитию хронической формы ларингита способствуют:

- частые острые ларингиты, особенно без адекватного лечения;

- хронические воспалительные процессы в дыхательных путях;
- переохлаждение;
- регулярные повышенные нагрузки на голосовой аппарат (чаще встречается у педагогов – так называемый лекторский ларингит);
- курение активное (встречается практически у 100 % курящих – «ларингит курильщика») и пассивное;
- употребление алкоголя;
- вдыхание загрязненного химическими веществами и пылью воздуха.

В течение 7–10 дней после начала заболевания ларингит принято считать острым, если же симптоматика сохраняется более длительный период, его считают уже хроническим.

Основными симптомами ларингита являются:

- сухость, першение, щекотание, жжение, чувство инородного тела в горле;
- болезненность при глотании;
- частый поверхностный сначала сухой, позже – с мокротой кашель;
- быстрая утомляемость, осиплость, охриплость голоса вплоть до афонии (отсутствия голоса);
- повышение температуры до субфебрильных (до 38 °С) значений;
- головная боль, общая слабость, утомляемость.

У детей раннего возраста существует опасность развития острого стенозирующего ларинготрахеита, или ложного крупа, – состояния, обусловленного отеком слизистой оболочки и спазмом гладкой мускулатуры гортани, при котором возникает удушье и кислородное голодание жизненно важных органов, в частности, головного мозга.

В зависимости от причин и изменений слизистой оболочки глотки разделяют несколько форм ларингита:

- катаральный (наиболее часто встречающаяся и самая легкая форма; проявляется першением в горле, охриплостью и периодическим сухим, затем влажным кашлем);
- гипертрофический (на голосовых связках возникают разрастания в виде узелков размером с булавочную головку; симптомы заболевания выражены ярко: сильная охриплость голоса, интенсивный кашель);
- атрофический (слизистая оболочка гортани истончена; больных беспокоит сухость во рту, сухой мучительный кашель с отхождением

корок с прожилками крови, практически постоянная осиплость голоса);

- геморрагический (имеются кровоизлияния в слизистую глотки; симптоматика без особенностей);

- профессиональный (на связках имеются утолщения – так называемые узелки певца; голос с течением времени становится хриплым);

- дифтерийный (слизистая оболочка гортани покрывается белой пленкой, которая может перекрыть просвет дыхательных путей и вызвать удушье);

- туберкулезный (возникает при распространении туберкулезного процесса из легких в верхние дыхательные пути; в области гортани формируются туберкулезные бугорки, в тяжелых случаях разрушается надгортанник и гортанный хрящ);

- сифилитический (является осложнением сифилиса; на слизистой гортани образуются язвы и специфические бляшки, позже – рубцы, деформирующие гортань).

Чтобы справиться с острым ларингитом, организму требуется отдых – рекомендован домашний режим. Важнейшим фактором, влияющим на темп выздоровления, является соблюдение голосового покоя – в течение всего острого периода болезни пациенту не рекомендуется говорить даже шепотом, а для общения с окружающими использовать записки.

Чтобы ускорить процесс восстановления слизистой оболочки дыхательных путей, рекомендуется соблюдать диету: употреблять только щадящую пищу – она не должна быть слишком горячей или холодной; газированные и спиртные напитки полностью исключаются из рациона. Рекомендуется обильное питье, особенно следует отдавать предпочтение употреблению теплого молока с медом (конечно, при отсутствии аллергии на последний) и щелочных минеральных вод (боржоми, «Поляна Квасова»).

Щелочные минеральные воды можно пить как отдельно, так и пополам с теплым молоком, это помогает для разжижения слизи и ликвидации сухости горла.

При густых вязких выделениях применяют отхаркивающие средства и разжижающие вязкую мокроту, как медикаментозные, так и из лекарственных трав.

Хороший противовоспалительный эффект дают паровые ингаляции и согревающие полуспиртовые компрессы на область шеи.

В лечении острого ларингита также используются отвлекающие процедуры: горячие ножные ванны, горчичники на икроножные мышцы и грудную клетку.

При необходимости применяются антибиотики в аэрозолях по назначению врача.

Могут быть назначены противокашлевые средства, а также физиотерапевтическое лечение (УВЧ, электрофорез новокаина на область гортани).

Иногда врач производит вливания в гортань лекарственных веществ (инстилляций) с помощью гортанного шприца. Для вливаний используют растворы антибиотиков, суспензию гидрокортизона.

Трахеит

Это воспаление слизистой оболочки трахеи. Трахеит нехорош тем, что болезнь может спуститься на бронхи, а далее и на легкие. Заболевание редко является самостоятельным и чаще становится следствием какого-либо нелеченого вируса.

В большинстве случаев трахеит имеет исключительно инфекционное происхождение, он развивается на фоне бронхита, ринита, фарингита, ларингита, зачастую он присоединяется к обычной простуде. То есть причинами являются те же возбудители, что и в основном заболевании.

Другие причины трахеита:

- переохлаждение, когда при низкой температуре происходит спазм сосудов слизистой оболочки дыхательных путей и в результате нарушаются защитные механизмы,

- ослабление иммунитета, которое может быть вызвано частыми и длительными инфекциями, тяжелыми заболеваниями, голоданием, авитаминозами и другими причинами,

- аллергические реакции способны приводить к воспалительным процессам в слизистой оболочке трахеи,

- инородные тела трахеи, когда на слизистой оболочке развивается локальное воспаление, организм старается вывести инородное тело наружу,

- курение,

- употребление алкоголя,

- загрязнение воздуха: пары, пыль, аэрозоли различных химических веществ оказывают повреждающее воздействие на дыхательные пути, они вызывают раздражение слизистой оболочки трахеи и бронхов, становятся причиной воспаления и аллергических реакций.

Первоначально трахеит проявляется першением в горле, дискомфортом в области грудины и сухим кашлем, обостряющимся в предраассветное время суток и изматывающим заболевшего. Типичными особенностями можно назвать:

- приступы кашля периодического характера, возникающие под утро. В другое время суток спазм трахеи и гортани вызывается только

глубоким вдохом. Однако такие приступы могут вызываться и выходом на улицу в холодное время года;

- при кашле наблюдается обильное отхождение мокроты;
- сильные болевые ощущения в области гортани и грудины, которые не исчезают по окончании приступа;
- сильный отек гортани.

Общее состояние у взрослых, как правило, страдает не сильно, температура тела повышается незначительно (37–37,5 °С).

Больным трахеитом необходимо:

- избегать переохлаждения;
- не разговаривать долго и громко, не оказывать чрезмерные нагрузки на голосовые связки, особенно при подсвязочном трахеите;
- отказаться от курения или хотя бы минимизировать количество выкуренных сигарет;
- избегать интенсивных физических нагрузок;
- при повышенной температуре тела показан постельный режим.

При трахеите очень важна сопротивляемость организма. Ее можно поднять при помощи горячего чая с брусникой, малиной, смородиной. Иммуитет быстро и активно реагирует на эти ягоды, которые незаменимы в качестве природных иммунных стимуляторов.

При лечении трахеита необходимо пить много жидкости, особенно травяных чаев, соков, морсов, обычного чая с малиной или калиной, чтобы быстрее победить недуг.

Вирусная форма болезни лечится без применения антибиотиков, а если заболевание вызвано бактериями, прописывают антибиотики, чаще всего в форме аэрозолей.

Помещение, где находится больной, следует часто проветривать и проводить в нем влажную уборку. Влажность воздуха имеет большое значение, особенно при кашле сухого характера.

Сухой кашель лечат с помощью противокашлевых средств. Если больной не может откашляться, то прописывают отхаркивающие и разжижающие мокроту препараты.

В течение всего процесса лечения необходимо проводить щелочные ингаляции.

Проводить ингаляцию следует правильно – не раньше чем через полтора часа после еды или какого-то напряжения. Человек не должен быть возбужден, не отвлекаться разговорами. Шея должна быть

освобождена от одежды. После ингаляции надо отдохнуть полежать полчасика. В течение часа нельзя пить, есть, петь и курить.

Гастрит

Гастрит – это общее название состояний, когда воспалена слизистая желудка. Что касается видов и причин гастрита, то их насчитывается множество. Каждая причина или вид дает свое название заболеванию.

Больше всего известно деление на острый и хронический гастрит.

Иногда люди знают, что он бывает с повышенной кислотностью желудочного сока (гиперацидный), с нормальной кислотностью (нормоцидный), с пониженной кислотностью (гипоцидный) и даже с нулевой кислотностью (анацидный).

Еще гастрит делят на катаральный (когда в воспаление вовлечена только внутренняя, слизистая оболочка желудка), эрозивный (когда воспаление и язвочки доходят до мышечного слоя желудка) и флегмонозный, когда воспалены все слои желудка (бывает только у людей с выраженным ослаблением иммунитета).

При вирусных инфекциях гастрит всегда острый. Его причинами могут быть:

- неправильное питание: пристрастие к острой, горячей и грубой пище, избыточное употребление алкоголя, нерегулярное питание, еда всухомятку;

- стрессы;

- бактерия хеликобактер пилори (*Helicobacter pylori*);

- длительный прием некоторых лекарств (аспирин, некоторые антибиотики);

- курение;

- кишечные инфекции;

- хронические инфекции в полости рта и глотке (кариозные зубы, воспаление миндалин);

- заболевания желчного пузыря, печени, поджелудочной железы;

- наследственный фактор (по статистике, у половины болеющих гастритом родственники тоже им страдают).

Первые две причины сейчас можно считать актуальными практически для каждого первого человека. От этого и распространенность гастрита стремится к 100 %.

Кроме того, острый гастрит может возникнуть из-за какой-нибудь травмы, воздействия химических веществ, в том числе лекарств, а

бывают и аллергические гастриты.

Симптомы острого гастрита таковы, что человек не может его не заметить. В какой-то момент начинаются боли в левом подреберье. Они бывают слабые, больше похожие на «тяжесть», или сильные, «как ножом режет». Если кислотность повышенная и желудочный сок попадает в пищевод, то будет изжога. Время от времени появляется тошнота – либо от голода, либо после еды, «объелся», «как кирпичей наглотался». Иногда даже бывает рвота.

Раньше диагноз ставили на основании опроса, по совокупности симптомов. Для определения кислотности делали процедуру зондирования желудка. Сейчас перешли на фиброгастро(дуодено)скопию – ФГДС. По показаниям делали раньше и делают сейчас рентген желудка. В последние годы разработана методика обследования желудка с помощью УЗИ. Инструментальные процедуры очень помогают в постановке точного диагноза. А еще они позволяют заметить язву на ранних стадиях.

Наличие в желудочно-кишечном тракте хеликобактер пилори определяется несколькими исследованиями. Это может быть анализ кала, респираторный тест (улавливает повышенное содержание в выдыхаемом воздухе продуктов жизнедеятельности хеликобактер) или анализ крови.

Если острый гастрит начался внезапно, характеризуется сильными болями и прочими неприятными ощущениями, то в первый день больному рекомендуется воздерживаться от приема пищи, разрешается только пить чай, кипяченую воду или минералку без газа. Честно сказать, при такой боли и тошноте человек и сам есть не захочет. А вот пить надо – это поможет очистить желудок. На второй-третий день можно есть нежирный бульон, слизистый суп, манную и протертую рисовую кашу, кисели. Затем диета устанавливается такая же, как при хроническом гастрите и язве. Примерно через неделю можно переходить на обычное питание.

Медикаментозное лечение зависит от причины гастрита. При аллергическом гастрите назначают противоаллергические средства (тавегил, супрастин, зиртек), при болях – обезболивающие, при инфекции – антибактериальные средства и сорбенты и т. п. Если гастрит протекает с повышенной кислотностью, то прописывают препараты из группы антацидов (фосфалюгель, альмагель и др.) или

медикаменты, блокирующие секрецию слизистой желудка (ранитидин, омепразол и др.).

Антациды бывают в виде гелей, сиропов, таблеток и содержат соли висмута, алюминия, магния, кальция. После попадания в желудок они нейтрализуют кислоту и снижают кислотность желудочного сока. Это улучшает состояние слизистой желудка и снижает активность хеликобактер пилори, если она есть.

Препараты, снижающие секрецию желез желудка, воздействуют на клетки слизистой, блокируя выделение в просвет желудка соляной кислоты. Кислотность желудка при их приеме снижается на длительное время.

При нахождении в организме хеликобактер пилори назначают лечение антибиотиками по определенным схемам, которые включают в себя 3 или 4 препарата. Одна группа препаратов обязательно должна способствовать снижению кислотности желудочного сока, другая группа – антибактериальные препараты.

При гастрите важное значение имеет немедикаментозное лечение. Поскольку одной из причин его развития являются стрессы, то очень важна нормализация эмоционального фона. Если вегетативная нервная система возбуждена, то никакое лечение не будет эффективным.

Кстати, хеликобактер пилори относится к условно патогенным микроорганизмам и при хорошей работе иммунной системы она не сможет нанести особого вреда организму. Весь вопрос в том, что хороший иммунитет в наше время есть далеко не у всех...

Очень большое значение, если не определяющее, при гастрите имеет диета.

Поскольку желудок воспален, то еду надо употреблять такую, которая бы напрягала его как можно меньше. То есть при обострениях пища должна быть легкая, на которую не надо тратить много сил и времени на ее переваривание. Абсолютно исключен алкоголь, специи, жирная и жареная пища, насыщенные бульоны. Есть надо часто (5–6 раз в день) и понемногу. Полезны будут свежие фрукты и овощи, каши (первоначально на воде), картофельное пюре, отварной рис. Пища должна быть теплой (то есть не сильно холодной и не сильно горячей). По мере стихания симптомов гастрита питание можно дополнить мясными продуктами.

При гастрите с пониженной кислотностью после стихания острых симптомов (их может и не быть, будет только тяжесть в желудке, ноющие боли после еды) нужно стимулировать желудок на выделение желудочного сока и соляной кислоты. Для этого нужно есть продукты, которые будут раздражать стенки желудка. К ним относятся:

- мясные бульоны (отдельно или супы на них варить),
- свежие овощи,
- хлеб из муки грубого помола (с отрубями, ржаной),
- различные соленья, которые стимулируют желудочную секрецию.

Энтерит

Так называется воспаление слизистой оболочки всей тонкой кишки.

Как и всякие воспаления, он бывает острый и хронический. При остром энтерите часто страдает и желудок (тогда это будет гастроэнтерит), и толстый кишечник (энтероколит).

Причины воспаления тонкой кишки могут быть самые разные. Возбудителем может стать инфекция (энтеритом сопровождаются самые разные заболевания, от гриппа до брюшного тифа). Причиной воспаления может явиться неправильное питание (переедание, употребление слишком острой или слишком грубой пищи, прием большого количества алкоголя). Энтериты бывают при различных отравлениях (как пищевых, так и химическими веществами), а также при употреблении продуктов, на которых у человека есть аллергия (это могут быть и продукты питания, и лекарства).

Симптомы острого энтерита обычные для желудочно-кишечного тракта: тошнота, рвота, диарея, урчание в животе, иногда боли от спазмов. Затем присоединяются слабость, общее недомогание, холодный пот, поднимается температура, иногда даже до +39 °С. Иногда бывает и наоборот, что сначала общая слабость с температурой, через пару часов начинаются кишечные симптомы. При простукивании живота будет боль в области желудка и урчание.

Поскольку энтериты могут быть признаком очень опасных заболеваний, то обязательно проводят диагностику на брюшной тиф, холеру и прочие инфекции. Большое значение имеет расспрос больного, выяснение, чего он ел и где побывал, как мог заразиться.

В легких и среднетяжелых случаях заболевание заканчивается выздоровлением через несколько дней. Тяжелые формы могут давать осложнения в виде кишечных кровотечений или разрыва стенки тонкой кишки.

Больных с тяжелым энтеритом, а также любым токсическим энтеритом обязательно госпитализируют. Если выясняется, что энтерит инфекционный, то увозят в инфекционную больницу.

Начало лечения острого энтерита заключается в очищении желудка и кишечника от токсинов, для этого желудок промывают, потом дают слабительное. В первые сутки больной голодает, чтобы не раздражать

воспаленную слизистую, но при этом много пьет (можно только кипяченую воду или несладкий некрепкий чай). Остальное лечение зависит от тяжести общего состояния и от симптомов. Со 2-го дня заболевания разрешают нежирный бульон, протертые каши на воде, сухари; в последующие дни диету расширяют.

В период обострения питание состоит из слизистых отваров, супов, протертых каш, пюре, паровых котлет, суфле и т. д. При поносах дают несладкие соки и кисели из фруктов и ягод, содержащих дубильные вещества (черника, черная смородина, гранаты, груши и др.). При явлениях авитаминоза назначают витамины (в первую очередь витамины А и группы В, при необходимости – другие витамины) и вводят в диету продукты, содержащие эти витамины.

Антибиотики при энтерите применять нежелательно из-за опасности дисбактериоза, который усугубит положение. Чаще назначают препараты, восстанавливающие микрофлору кишечника (колибактерин, бифидумбактерин, бификол, энтеросептол). Если нарушено всасывание и выработка кишечного сока, то назначают пищеварительные ферменты (панкреатин, фестал, холензим, абомин и др.).

Помогают в лечении народные рецепты, особенно травы с вяжущим и обволакивающим действием.

Осложнения вирусных инфекций

Сюда можно отнести воспаления пазух носа, отит и очень серьезные варианты: бронхит, бронхиолит, пневмонию, плеврит.

Гайморит (верхнечелюстной синусит)

Это воспаление носовых пазух, которые находятся внутри верхней челюсти по обеим ее сторонам. Как и любое воспаление, он бывает острым и хроническим.

Воспаление гаймаровых пазух – самое частое из всех воспалений пазух. Чем больше по величине пазуха носа, тем легче туда проникает инфекция, а гаймаровы пазухи самые большие из всех. Причиной воспаления могут быть разные факторы:

- инфекции верхних дыхательных путей,
- аллергический ринит,
- особенности внутреннего строения полости носа или его дефекты (смещение носовой перегородки, полипы в носу, травмы носа),
- бронхиальная астма,
- переохлаждение организма,
- сниженный иммунитет,
- кариес (особенно кариес верхних резцов, поскольку нижняя стенка пазух верхних челюстей очень близко расположена от резцов).

Есть и другие, более редкие причины, вызывающие гайморит.

Гайморит у детей в возрасте до двух лет встречается крайне редко, а вот с трех лет и старше – очень часто, преимущественно как последствие запущенного ринита.

Симптомы гайморита:

- боль со стороны пораженной пазухи. Если гайморит двусторонний, то и болеть будет с обеих сторон под глазами. Боли постоянные ноющие, усиливаются к вечеру. Иногда могут болеть виски, голова или поверхность лица. Боли усиливаются, если человек наклоняет голову вниз;
- гнойные выделения из носа. Если инфекция вирусная, то выделения будут слизистые, а если гайморит начинается из-за больных зубов, то выделения желто-зеленые с неприятным запахом;
- нарушенное обоняние, запахи кажутся слабее;
- явления общей интоксикации: температура до +38–39 °С, слабость, утомляемость, головные боли.

Диагностируют гайморит после расспроса больного и инструментальных исследований. ЛОР-врач осматривает носовую

полость, ощупывает болевые точки в области проекции гайморовых пазух. Для постановки точного диагноза делают рентгеновские снимки в различных проекциях, сейчас также используют компьютерную томографию.

Лечение гайморита проводят комплексно, применяют медикаменты, местные и общие, физиолечение.

К местным средствам относятся сосудосуживающие препараты, снимающие отек слизистой (нафтизин, галазолин, оксиметазолин). Их используют неделю, потом прекращают применять, чтобы не было привыкания. При хроническом гайморите, когда без них трудно дышать носом, нужно сделать перерыв не менее недели, иначе потом придется лечиться от побочных действий этих капель (сухость, чувство жжения в полости носа).

Также местно применяют антисептики, например полидекс с фенилэфрином или биопарокс.

Общее лечение направлено на повышение иммунитета и предотвращение распространения инфекции на соседние органы (глаза, уши, дыхательные пути). Для этого применяют антибиотики широкого спектра действия, обезболивающие и противоаллергические препараты, комплексы поливитаминов.

Если воспаление сильное и в пазухах накапливается гной, то приходится делать пункцию, чтобы его откачать и промыть пазухи антисептиками. Пункцию проводят в больнице под местной анестезией.

Фронтит (фронтальный синусит)

Это воспаление лобной пазухи носа. Оно может быть острым и хроническим. Фронтит у маленьких детей не встречается, поскольку у них этой пазухи просто нет, она начинает формироваться на 3–4-м году жизни.

Причинами фронтита могут быть: инфекции; аллергия; бронхиальная астма или длительный насморк, когда при отеке слизистой перекрывается отверстие, которое обеспечивает выход жидкости из лобной пазухи; полипы в носу, травмы носа и пазух; искривление носовой перегородки; гипертрофия носовых раковин; инородные тела носа.

Симптомы острого фронтита:

- резкие боли в области лба, усиливающиеся при постукивании или надавливании на область лба над переносицей,
- неприятные ощущения в районе внутреннего угла глаза,
- боль в глазах, слезотечение, светобоязнь,
- заложенность носа и затрудненное носовое дыхание,
- обильные выделения из носа, похожие на обычный насморк, при правостороннем или левостороннем фронтите выделения будут из соответствующей половины носа,
- отечность лица, особенно у внутреннего угла глаза,
- явления общей интоксикации: повышение температуры, иногда даже до 39 °С, ощущение слабости, разбитости.

Боль при остром фронтите то усиливается (когда отток слизи из лобной пазухи нарушается), то уменьшается (после оттока, когда она не давит на стенки пазухи). Обычно боль усиливается после сна. Она отдает в глаз, висок и соответствующую половину головы. После освобождения пазухи от содержимого боль стихает.

Если острый фронтит не лечить (или если лечить неправильно), то через месяц или два он переходит в хроническую форму. В этом случае его симптомы будут более слабые, но постоянные.

Диагноз фронтита ставят на основании расспроса больного и инструментальных обследований. К ним относятся риноскопия (осмотр полости носа), УЗИ околоносовых пазух, эндоскопия носа, тепловидение, рентген пазух носа, компьютерная томография,

бактериологическое и цитологическое исследование секрета из полости носа.

Легкий фронтит лечат дома; если болезнь проявляется серьезно, то в больнице.

Если фронтит вызван вирусной инфекцией или имеет аллергическую природу, то антибиотики не применяют – они просто не помогут. Если фронтит бактериальный (с гнойными выделениями), то врач назначит антибиотики. Оптимальный вариант, когда предварительно произведен посев на чувствительность микрофлоры к антибиотикам, чтобы было точно понятно, что они подействуют. Показаниями к применению антибиотиков являются тяжелое общее состояние и сильная головная боль, а также если более щадящее лечение не принесло результата. Курс лечения антибиотиками должен составлять 7–10 дней.

Кроме того назначают противоаллергические препараты (кроме прочего они снимают отечность слизистой носа, улучшают отток жидкости из пазухи).

Врач по показаниям может назначить и другие препараты: пробиотики, сульфаниламидные препараты, противобольные при головных болях.

При фронтите ни в коем случае нельзя греть лоб, это может вызвать распространение инфекции!

Активно в лечении используется физиотерапия: электрофорез с 2 %-ным йодистым калием, лазеротерапия, соллюкс, УВЧ-терапия.

Если это лечение действует недостаточно, то для промывания пазухи делают ее прокол через полость носа или через лоб. Процедура проводится под местной анестезией.

Фронтит ни в коем случае нельзя запускать, поскольку воспаление может перекинуться на соседние органы, а это очень серьезно. Могут возникнуть воспаления других пазух носа, воспаления глаз и даже внутричерепные осложнения (менингит).

Этмоидит

Воспаление слизистой решетчатой кости, которая отделяет носовую полость от полости черепа.

Причины этмоидита практически те же самые, что и ринита или воспаления других пазух:

- инфекции,
- врожденные и приобретенные аномалии развития носоглотки,
- аллергический ринит или другие хронические заболевания, связанные с полостью носа,
- травмы лица,
- сниженный иммунитет.

Часто этмоидит возникает как осложнение ОРЗ, гриппа или других инфекций. Может он развиться и как осложнение воспаления других пазух носа.

Признаки острого этмоидита достаточно яркие, так что диагноз поставить несложно. Это:

- сильная головная боль с локализацией в области носа, переносицы, лба, уголков глаз,
- затрудненное носовое дыхание,
- ухудшение обоняния вплоть до полной его потери,
- сильный насморк,
- явления общей интоксикации: температура до +38 °С, утомляемость, раздражительность, слабость.

Если этмоидит вовремя не вылечить, то он перейдет в хроническую стадию.

Этмоидит обязательно нужно лечить, потому что он опасен осложнениями. Это могут быть разрушение решетчатого лабиринта, осложнения на глаза, переход процесса воспаления на мозг (менингит, абсцесс).

Диагноз этмоидита ставится на основании осмотра больного, рентгеновских снимков, компьютерной томографии.

Лечение примерно такое же, как и в случае воспаления других пазух. Нужно уменьшить отек слизистой, чтобы жидкость могла свободно оттекать из решетчатого лабиринта, для этого применяют сосудосуживающие капли в нос (ксилометазолин, оксиметазолин и

др.), комбинированные препараты (полимиксин с фенилэфрином, ринофлуимуцил), турунды в нос с адреналином. Также для уменьшения отека применяют противоаллергические препараты.

Если причиной заболевания является бактериальная инфекция, то прописывают антибиотики либо на основании чувствительности к нему возбудителя, либо широкого спектра действия.

Если болит голова, то используют препараты на основе парацетамола или ибупрофена. Они не только снимают боль, но и нормализуют повышенную температуру тела и уменьшают воспаление.

Обязательно применяют мультивитаминные комплексы и препараты, поднимающие иммунитет.

По мере стихания острого воспаления врач может прописать физиолечение: электрофорез с антибиотиком, фонофорез с гидрокортизоном, УВЧ на область пазухи, гелий-неоновый лазер на слизистую полости носа.

В случае отсутствия эффекта от консервативного лечения проводят эндоскопическое хирургическое вмешательство. Гибким эндоскопом проникают в полость решетчатой кости через носовой ход и прodelывают все необходимые манипуляции.

Сфеноидит

Воспаление слизистой оболочки клиновидной пазухи. Это заболевание бывает гораздо реже гайморита или этмоидита, но зато большая часть воспалений клиновидной пазухи становится хроническими, что существенно осложняет жизнь человеку. У детей до трех лет клиновидной пазухи еще нет.

Причина воспаления – инфекции (бактериальные, вирусные или даже грибковая).

Иногда воспаление протекает бессимптомно, но все же чаще у человека есть определенные жалобы, с которыми он и идет к ЛОР-врачу. Чаще всего это:

- головная боль, при этом может болеть не вся голова, а затылок. Боль ноющая и постоянная и практически не проходит после приема обезболивающих препаратов,
- постоянные гнойные или слизистые выделения по задней стенке глотки,
- нарушение обоняния, человек начинает чувствовать различные запахи, причину которых не может найти,
- нарушения зрения в виде небольшого двоения в глазах или снижения зрения.

Иногда из-за этих симптомов человек сначала идет к невропатологу (по поводу упорных головных болей) или к офтальмологу (из-за ухудшения зрения), и те уже направляют больного к оториноларингологу.

Диагноз сфеноидита может быть поставлен не сразу, иногда человек годами лечится именно от непонятных головных болей или нарушений зрения. Но сейчас появились возможности поставить точный диагноз сразу. Этому способствует компьютерная томография, а точнее компьютерная томография околоносовых пазух. Магнитно-резонансная томография (МРТ) и рентген пазух менее информативны.

При остром сфеноидите в лечении применяются антибиотики, сосудосуживающие спреи для носа, возможны физиопроцедуры.

При хроническом воспалении или если острое воспаление повторяется несколько раз, требуется хирургическое лечение, которое устранил причину воспаления. В наши дни такая операция проводится

эндоскопическими методами (через носовые ходы тонкими инструментами), чаще всего под местной анестезией. После операции человек остается в стационаре 1–2 дня под наблюдением, потом уходит домой.

Наружный отит

Так называют воспаление наружного уха. Под наружным ухом подразумеваются ушная раковина, наружный слуховой проход и барабанная перепонка.

Наружный отит распространен среди жителей всех стран, причем в теплом влажном климате заболеваемость выше. Болеют одинаково и мужчины, и женщины, а пик заболеваемости бывает в 7–12 лет у детей. И случается это не только из-за того, что дети ходят без шапки (в теплом климате это и неактуально), а из-за особенностей строения слухового аппарата у растущих детей. Кроме того, наружный отит является профессиональной болезнью для дайверов, пловцов и других людей, у которых вода часто попадает в наружный слуховой проход.

По причине воспаления наружный отит делится на инфекционный (вызывается болезнетворными микроорганизмами) и неинфекционный (например, аллергический или вызванный какими-либо раздражителями). Кстати, отит, вызванный грибкаами, называется «отомикоз».

Способствует развитию отита снижение иммунитета, а этому могут быть причиной различные факторы: переохлаждение, хронические заболевания, инфекционные заболевания соседних органов, когда инфекция может проникнуть и в ухо. Неправильный прием антибиотиков в течение длительного времени и высоких дозах способен приводить к грибковому наружному отиту. Это касается как таблеток и инъекций, так и антибактериальных кремов или мазей, наносимых в области уха.

Наружный отит чисто теоретически, как и все другие воспалительные заболевания, может быть острым и хроническим, но хронический встречается достаточно редко.

При остром отите появляются характерные симптомы, которые заставляют человека не откладывать поход ко врачу. Если же он терпит, то воспаление может стать гнойным и лечение будет гораздо сложнее. Могут начаться и осложнения.

Признаки острого отита:

– непрекращающаяся боль в ухе, которая отдает в висок, шею, челюсть, затылок,

- усиление боли при попытке оттянуть ушную раковину назад или нажать на хрящик возле слухового прохода (на козелок),
- боли усиливаются при жевании и в ночное время, из-за чего человек может отказываться от еды и не может нормально спать,
- увеличение лимфатических узлов возле уха,
- отек слухового прохода,
- нарушение слуха бывает не всегда, а только если в слуховом проходе развивается фурункул,
- зуд в слуховом проходе чаще всего наблюдается при отите грибкового происхождения или если развилась экзема.

Диагноз отита ставит терапевт, педиатр или ЛОР-врач, лечение обычно проводит ЛОР-врач. Диагноз ставится на основании расспроса больного (или родителей ребенка), осмотра и ощупывания больного уха и инструментальных обследований, к которым относятся отоскопия (осмотр наружного слухового прохода), исследование слуха (обычно при наружном отите он сохраняется, а при среднем отите нарушен), бактериологическое исследование выделений из уха (помогает выявить возбудителя заболевания).

Лечение отита зависит от причины его возникновения. При необходимости применяют антибиотики или противогрибковые препараты, если отит аллергический – противоаллергические лекарства. В основном все препараты применяются местно, если только нет симптомов общей интоксикации или опасения, что заболевание распространится дальше. Если боль выражена сильно, то назначают обезболивающие препараты.

Средний отит

Это достаточно частое заболевание и в большинстве случаев оно бывает осложнением каких-либо других воспалений в соседних отделах. При среднем отите затронута слизистая оболочка среднего уха, которая покрывает слуховые трубы, барабанную полость и воздухоносные ячейки сосцевидного отростка.

Чаще всего такой отит начинается при ослабленном иммунитете. Преимущественное значение имеют:

- общее переохлаждение,
- плохое питание с малым количеством овощей и фруктов,
- хронические инфекции носа, носовых пазух или области носоглотки,
- другие общие заболевания (сахарный диабет, какая-либо аллергия, рахит, туберкулез и т. п.).

В среднее ухо инфекция чаще всего проникает через слуховую трубу. Другие пути встречаются гораздо реже (через травмированную барабанную перепонку или через кровь).

В течении острого среднего отита выделяют три периода.

I период. Слизистая оболочка барабанной перепонки краснеет, затем в полости среднего уха накапливается жидкость, вначале серозная, потом может стать гнойной. Увеличивается отек слизистой, при сильном воспалении на ней возникают язвочки. В итоге барабанная полость оказывается заполненной серозным либо гнойным экссудатом. Жидкость (экссудат) давит на барабанную перепонку, вызывая ухудшение слуха и резкую боль.

В первом периоде самым ярким проявлением можно считать боль, которая может быть очень мучительной, ноющей, колющей, стреляющей. Нередко она отдает в зубы, висок, затылок, а иногда и во всю голову и усиливается при кашле, чихании, глотании. Температура тела может подняться до +39 °С, от температуры учащается и пульс. От отека слизистой в ухе и образования экссудата ухудшается слух, возникает шум в ушах (это следствие нарушения кровообращения в слизистой оболочке, которое развивается из-за ее сдавливания и раздражения нервных окончаний в барабанной полости).

II период. За счет сильного давления и контакта с гноем барабанная перепонка немного размягчается, в результате чего возникает ее разрыв и гной вытекает из уха. После этого боли заметно уменьшаются, понижается температура. Болевые ощущения стихают, общее состояние улучшается.

III период. Воспаление постепенно затухает, из уха перестает течь. Барабанная перепонка постепенно зарастает с образованием нежного рубца, но если отверстие было большое, то могут образоваться спайки и рубцы в барабанной полости, что может стать причиной значительного нарушения слуха. Если же отверстие было маленькое, то слух полностью восстанавливается.

Диагноз ставится на основании расспроса больного. Клиническая картина такая характерная, что сложности не возникает.

Лечение обычно проводится дома (если только пациент не ослаблен и у него не развились осложнения). Больной должен соблюдать постельный режим. Чтобы снять отек слизистой и улучшить вентиляцию «изнутри», назначают сосудосуживающие капли в нос. Их надо закапывать, лежа на боку, тогда жидкость проникнет в слуховую трубу и далее в ухо. Для снижения боли и температуры назначают обезболивающие (парацетамол, нурофен и др.), при необходимости прописывают антибиотики, иногда местно (в каплях), иногда общим курсом (таблетки или инъекции). Прописывают противоаллергические средства или гормональные препараты для снижения отека слизистой. Местно применяют согревающие компрессы.

Если сохраняется боль и высокая температура, отсутствует эффект от назначенного лечения и гной не вытекает сам, врач может сделать парацентез – разрез барабанной перепонки в специальном месте.

Если человек с острым отитом долго не идет ко врачу, или если у него ослаблен иммунитет, или если лечение было неправильное или он не соблюдал назначения врача, то острый отит может перейти в хронический.

Внутренний отит (лабиринтит)

Протекает это воспаление во внутреннем ухе, в лабиринте, потому так и называется. Причиной его могут быть бактерии или вирусы, которых приносит с током крови или от близлежащих инфекционных очагов. Также лабиринтит может быть токсический или травматический.

Различают несколько видов лабиринтита, от этого будет зависеть клиническая картина и симптомы. Есть разные варианты классификации, но они важны для врачей.

При воспалении нарушается обмен веществ в клетках эпителия внутреннего уха и стенки лабиринта отекают. Если воспаление становится гнойным, то происходит некроз его тканей и клеток кости.

Основные симптомы лабиринтита:

- шум в ухе,
- значительное ухудшение слуха,
- головокружение,
- нарушение равновесия;
- при любом движении и повороте головы возникает тошнота;
- изменение цвета лица.

Эти симптомы могут сохраняться от двух до трех недель, а при неблагоприятном исходе заболевание перейдет в хроническую форму.

Диагноз ставится после расспроса пациента и инструментальных обследований: отоскопии (осмотр наружного уха), вестибулометрии (исследования состояния вестибулярного аппарата), аудиометрии (измерения остроты слуха), рентгенографии.

Лечение проводится только в больнице. Применяют антисептические и противовоспалительные препараты. Кроме этого назначаются средства, способствующие улучшению кровообращения, которые помогают восстановить функцию слуха и наладить работу вестибулярного аппарата.

Выздоровление после лабиринтита происходит медленно, и слух, а также функции вестибулярного аппарата могут восстанавливаться несколько месяцев.

Бронхит

Так называется воспаление бронхов. Бронхи имеют строение дерева: от больших, главных, отходят маленькие, которые затем также ветвятся. При воспалении страдает не только «ствол» дерева, но и «ветки». Чем более мелкие бронхи вовлекаются в процесс, тем тяжелее протекает болезнь. Самая тяжелая форма бронхита – это бронхиолит: он проявляется одышкой, сильной лихорадкой, мучительным кашлем. При бронхиолите в процесс вовлекаются бронхиолы – самые маленькие из всех бронхов, которые идут непосредственно в легкие.

Развитию бронхита способствует курение, задымленность помещений, профессиональный контакт с химическими реагентами (окислами азота, сернистым газом), хроническая инфекция носоглотки, частые ангины, искривление носовой перегородки, нарушение осанки и строения грудной клетки.

Возбудителями острого бронхита являются вирусы гриппа, парагриппа, аденовирус; микопlasма, стрептококк, патогенные стафилококки, пневмококк и другие бактерии или ассоциации вируса и бактерий. Бронхит также может быть симптомом кори, коклюша и других детских инфекций.

Предрасполагающими факторами являются переохлаждение, отсутствие закаливания, загрязнение воздуха, курение (в том числе пассивное).

Начало острое, с температурой до +38–39 °С. Появляется кашель, усиливающийся ночью. Он вначале сухой, приступообразный, доходящий до рвоты. Через 3–4 дня кашель увлажняется, появляется мокрота, вначале слизи стая, затем гнойная, иногда с прожилками крови (при гриппе). Больной жалуется на боли в груди, головную боль. Выслушиваются рассеянные сухие хрипы в первые дни заболевания, через четверо суток становящиеся влажными, в отличие от пневмонии – различного характера, чаще двусторонние. Бывает одностороннее поражение, но тогда необходимо исключить пневмонию. К 6–8 дню кашель уменьшается, температура тела нормализуется, хрипы в легких исчезают.

Иногда бронхит возникает не сразу вместе с острым респираторным заболеванием, а в более поздние сроки, как осложнение. В этом случае

происходит ухудшение состояния, повышается температура тела, усиливается кашель, в легких выслушиваются влажные крупно- и среднепузырчатые хрипы.

При остром бронхите дыхательной недостаточности не бывает даже у новорожденных и грудных детей, хотя одышка может достигать 60 дыханий в 1 минуту.

Отдельной разновидностью острого бронхита является спастический (обструктивный) бронхит. Отличие его от вышеописанного заключается в том, что под влиянием вирусов отмечается еще и спазм гладких мышц бронхов. Это подтверждается тем, что у 5–30 % больных, перенесших спастический бронхит, впоследствии развивается бронхиальная астма. При этом бронхите чаще всего отмечается затруднение выдоха (экспираторная одышка). Это вызвано тремя группами причин: выделение большого количества вязкой слизи (назначают отхаркивающие); воспалительная реакция, в результате которой стенка бронха отекает, сужая его просвет (назначают противовоспалительные, противовирусные и антимикробные препараты); спазм мышц, которые входят в состав стенки бронха (назначают бронхолитики и противоаллергические препараты).

У грудных детей бронхит чаще встречается во втором полугодии жизни. Поражаются бронхи более крупного калибра (в отличие от бронхоолита). Дыхание учащается. Появляется одышка, кашель, свистящее дыхание. В легких – сухие свистящие хрипы. Обычно выздоровление наступает, как и от ОРВИ, через 5–10 дней, но возможно удлинение до 2 недель или осложнение в виде бронхоолита.

В нетяжелых случаях можно лечиться амбулаторно. Нужно тщательно проветривать помещение, где находится больной. Из медикаментов необходимы антибиотики (даже если бронхит вирусный, так как они будут предупреждать присоединение бактериальной флоры). Также в комплексном лечении бронхита применяют симптоматические средства: а) препараты, разжижающие мокроту и способствующие ее удалению (ингаляции соды, мукалтин, отвар корня алтея или сироп алтейный, настой травы термопсиса, бромгексин); б) увлажнение помещения (ультразвуковые аппараты или просто развешивая мокрые простыни и полотенца); в) горчичники, горячие горчичные ножные ванны, банки; г) обильное щелочное питье.

При наличии аллергического компонента применяют антигистаминные препараты: димедрол, супрастин, тавегил, фенкарол и другие (кроме того, они обладают подсушивающим эффектом).

Бронхиолит

Как правило, возбудителями являются вирусы, чаще – респираторно-синцитиальный, аденовирус, вирус гриппа, микопlasма пневмонии. Кроме того, аллергия является одним из основных факторов развития бронхиолита (более чем у 50 % перенесших бронхиолит в дальнейшем наблюдались явления бронхоспазма или бронхиальная астма).

Как правило, заболевание возникает внезапно. Повышается температура до субфебрильной или фебрильной (выше 37 °С). Ухудшаются аппетит, сон. Появляется кашель (приступообразный), заканчивающийся рвотой. Возникает цианоз (посинение) носогубного треугольника, раздувание крыльев носа, втяжение межреберных промежутков при вдохе. Удлиняется выдох с нарастающей одышкой до 60–80 дыханий в 1 минуту. Отмечается тахикардия. На фоне ослабленного дыхания на вдохе и выдохе определяются мелко-, средне- и крупно пузырьчатые хрипы. Иногда влажные хрипы исчезают и появляются сухие, свистящие. Нарастает интоксикация и потеря воды вследствие рвоты.

Лечение: антибиотики; учитывая вирусную причину, применяют противовирусные препараты; обильное питье или даже капельницы у маленьких детей; ингаляции соды; антигистаминные препараты.

Пневмония (воспаление легких)

Легкие расположены в грудной полости. Их основная функция – обеспечить обмен кислородом и углекислым газом между организмом и окружающей средой.

Легкие расположены по сторонам от средостения, в котором лежит сердце и сосуды. Каждое легкое покрыто плотной оболочкой – плеврой. Между ее листками в норме есть немного жидкости, которая обеспечивает скольжение легких относительно грудной стенки в процессе дыхания. Правое легкое больше левого (с левой стороны место занимает еще и сердце). Через корень, расположенный с внутренней стороны органа, в него попадают главный бронх, крупные сосудистые стволы, нервы. Легкие состоят из долей: правое из трех, левое из двух.

Концевые бронхиолы в легких переходят в альвеолярные бронхиолы, которые разделяются и превращаются в альвеолярные ходы. Они также разветвляются. На их концах находятся альвеолярные мешочки. На стенках всех структур, начиная с дыхательных бронхиол, открываются альвеолы (дыхательные пузырьки). Из этих образований состоит альвеолярное дерево.

Устье альвеолы имеет диаметр 0,1–0,2 мм. Изнутри альвеолярный пузырек покрыт тонким слоем клеток, лежащих на тонкой стенке – мембране. Снаружи к этой же стенке прилежит кровеносный капилляр. Барьер между воздухом и кровью называется аэрогематическим. Его толщина очень мала – 0,5 мкм. Важной его частью является сурфактант. Он состоит из протеинов и фосфолипидов, выстилает эпителий и сохраняет округлую форму альвеол при выдохе, препятствует попаданию микробов из воздуха в кровь и жидкости из капилляров в просвет альвеолы.

В легких есть сосуды обоих кругов кровообращения. Артерии большого круга несут богатую кислородом кровь от левого желудочка сердца и питают непосредственно бронхи и легочную ткань, как все остальные органы человека. Артерии малого круга кровообращения приносят в легкие венозную кровь из правого желудочка. Она течет по легочным артериям, затем попадает в легочные капилляры, где и происходит газообмен.

Иногда в легочной ткани развивается воспалительный процесс. Обычно заболевание начинается с резкого повышения температуры и ухудшения общего состояния. Начинается сильный кашель, который приводит к выделению большого количества гноя. Одышка при пневмонии отмечается с самого начала заболевания, носит смешанный характер, то есть у человека отмечается затруднение и вдоха, и выдоха. Характерны бледность, иногда синевато-серый оттенок кожи. Будут боли в грудной клетке, особенно в том месте, где расположен очаг воспаления. При тяжелом течении пневмония нередко осложняется сердечной недостаточностью, которая приводит к усилению одышки и появлению других характерных симптомов. Больные пневмонией почти весь день лежат, мало едят, любая нагрузка вызывает одышку, кашель. Иногда кашель возникает и просто так, без видимых причин.

Это заболевание требует немедленной врачебной помощи и назначения лечения. Тянуть нельзя! Если лечение не начато в первые 8 часов, то прогноз для пациента сильно ухудшается.

Основной метод диагностики при одышке, вызванной пневмонией – рентгенография грудной клетки.

Пневмония может быть нескольких видов.

Крупозная пневмония развивается при поражении доли легкого. Протекает она обычно тяжело. Болезнь начинается с высокой температуры и озноба; затем возникают кашель, боль в груди, появляются мокрота, одышка. Нередко отмечается краснота лица и щек на больной стороне и боль при дыхании. Раньше, до применения антибиотиков, высокая температура у больных удерживалась в среднем в течение недели, а затем резко снижалась. Сегодня у большинства больных отмечается более легкое течение болезни, более короткий период лихорадки и плавное снижение температуры.

Очаговая пневмония развивается обычно не так тяжело и быстро. При этом в легких образуются своеобразные очаги, в которых возникает воспаление. Лихорадка, озноб, одышка и ухудшение состояния выражены меньше, чем при крупозной пневмонии. В целом болезнь протекает легче. Однако в случае, если очаги воспаления сливаются, может быть ухудшение состояния: подъем температуры, усиление одышки и кашля.

Лечат воспаление легких в первую очередь антибиотиками. Кроме них применяют симптоматическую терапию. То есть при очень

высокой температуре ее снижают. Применяют разжижающие мокроту и облегчающие ее отхаркивание лекарства (алтей, солодка, амброксол, лазолван, солвин, флуимуцил, флюдитек, халиксол, АЦЦ, мукалтин и бромгексин). Иногда ставят капельницы для снижения интоксикации организма (например, гемодез). Также могут быть назначены антигистаминные препараты, средства, укрепляющие местный и общий иммунитет, аскорбиновая кислота и витамины группы В. В тяжелых случаях применяют сердечные гликозиды, аналептики и другие препараты по необходимости.

Плеврит

Это воспаление плевры («выстилки», которая находится внутри грудной клетки и окружает легкие). Он часто бывает осложнением пневмонии, но может быть осложнением и других заболеваний: туберкулеза, грибка, опухолей, ревматизма и других поражений соединительной ткани и даже сифилиса. Плеврит может быть с выпотом (тогда легкое поджимается к корню и возникает одышка) или без выпота. Основные признаки плеврита: одышка, боль в боку, которая усиливается при дыхании и кашле, нарушение дыхания (с больной стороны грудной клетки). Многих больных мучает навязчивый кашель и нарушение общего состояния.

Лечение плевритов проводится только в больнице. Обязательно лечится заболевание, которое привело к плевриту. При плевритах, связанных с воспалениями, назначаются антибиотики, при плевритах туберкулезной природы – противотуберкулезные препараты, и т. д. При выпотном плеврите нередко проводится пункция плевральной полости. При этом жидкость из плевральной полости удаляется и полость промывается антисептическими растворами. Эта мера проводится в срочном порядке в тех случаях, когда состояние пациента резко ухудшается и он начинает жаловаться на тяжелую одышку; кожа больного при этом синееет, частота дыхания увеличивается, артериальное давление падает. Кроме того, больным назначаются противоаллергические и противовоспалительные средства.

Большую роль играют меры, направленные на повышение иммунитета. Обязательно назначаются витамины. Режим в первое время предписывается постельный. В диете должно быть повышено содержание белков, витаминов, ограничиваются вода и соль. Пища должна быть калорийной и легко усваиваться организмом. При благоприятном течении болезнь заканчивается за 2–4 недели. Но возможно развитие спаечного процесса, изменение строения плевры и, как следствие этого, – хроническая дыхательная недостаточность.

Что такое иммунитет и почему он бывает пониженным

Иммунитет – это защитная система организма, которая позволяет уничтожать вредные микроорганизмы, токсические вещества и чужеродные предметы (они объединяются словом «антигены»), вырабатывая против них антитела. Еще одно определение иммунитета: естественная сопротивляемость организма по отношению к какой-либо инфекции.

Иммунная система состоит из неспецифического (врожденного, переданного генетическим путем) и специфического иммунитета (сформированного в период жизни). На врожденный иммунитет приходится 60–65 % от всего иммунного статуса организма, а на приобретенный, соответственно, – 35–40 %.

Неспецифический (врожденный) иммунитет формируется в организме человека еще во внутри утробном периоде. Уже на 2-м месяце беременности можно обнаружить первые фагоциты – гранулоциты, а моноциты появляются на 4-м месяце. Основная функция фагоцитов – захватывать и переваривать проникающие извне в организм микроорганизмы. Фагоциты формируются из стволовых клеток, которые синтезируются в костном мозге, а затем попадают в селезенку, где к ним добавляется углеводный блок системы распознавания «свой-чужой». После рождения ребенка он поддерживается за счет работы клеток селезенки, где формируются растворимые компоненты неспецифического иммунитета. Каждый из компонентов неспецифического иммунитета имеет белковую структуру, но основными соединениями, ответственными за систему распознавания «свой-чужой», являются углеводы. К фагоцитам относятся нейтрофилы и моноциты (это подвиды лейкоцитов, они определяются в общем анализе крови в составе лейкоцитарной формулы), а также макрофаги, которые содержатся в тканях организма.

Специфический иммунитет формируется также из стволовых клеток, но они попадают не в селезенку, а в тимус, где активизируются к тем или иным определенным микроорганизмам. Тимус начинает формироваться на 2-м месяце беременности, он располагается за

грудиной, около горла, а на 4-м месяце начинает принимать участие в иммунном ответе. Антитела, вырабатываемые в тимусе, затем разносятся по всему организму. Эти клетки и неклеточные (растворимые) компоненты уничтожают только те микроорганизмы, против которых они сформированы. Чем больше различных микроорганизмов попадает в тимус, тем против большего количества вырабатываются соответствующие специфические антитела. Иммунитет вырабатывается либо после болезни, либо после прививки.

Специфический иммунитет вырабатывается в течение достаточно длительного времени с самого момента рождения человека. При этом размеры тимуса в детские годы увеличены, а после 12 лет начинают постепенно уменьшаться. Таким образом, тимус в детстве является тем органом, где осуществляется постоянная вакцинация организма против все новых и новых микроорганизмов, попадающих в организм ребенка.

Причинами ослабления иммунитета могут быть неправильное питание, стресс, гиповитаминоз, хронические заболевания внутренних органов, бесконтрольный прием антибиотиков (и некоторых других лекарств), нарушение микрофлоры кишечника (дисбактериоз).

Неправильное питание – это нерегулярное и с набором продуктов, которые не дают никакой пользы организму, а только истощают его возможности. Именно поэтому часто болеют студенты, школьники, взрослые люди, любящие перекусить чипсами и шоколадными батончиками. Конечно же, ослабляют защитные силы организма алкоголь и курение. Полноценное и здоровое питание, разнообразное и в меру калорийное, насыщенное витаминами – первое средство для укрепления ослабленного иммунитета.

Стресс – бич цивилизации. Сейчас никому не надо объяснять, что такое стресс и от чего он возникает. Именно он, изматывая организм, понижает иммунитет.

Гиповитаминозы тоже знакомы современному человеку не понаслышке. Весенний гиповитаминоз характерен для нашего климата, и именно на конец зимы и весну приходится пик простудных заболеваний и обострения хронических болезней. Одно тянет за собой другое, а все вместе очень подрывает иммунитет. При лечении заболеваний человек принимает лекарства, часто – самостоятельно, не советуясь с врачом, пьет антибиотики, нарушает баланс микрофлоры в

организме, а потом мучается от заболеваний желудочно-кишечного тракта и подорванного иммунитета. Возникает порочный круг.

Как проявляется ослабленный иммунитет? Первый и главный признак – разнообразные простудные заболевания. Если человек слишком часто простужается (чаще 4 раз в год), если слабость в теле и регулярный насморк постоянно напоминают о себе, то следует задуматься о поднятии иммунитета.

Аллергия – еще один признак. Когда аллергия проявляется на самые обыденные вещи, на нее также следует обратить особое внимание.

К другим признакам слабого иммунитета относятся синдром хронической усталости, инфекции и регулярные грибковые заболевания.

Как же поддерживать иммунитет на высоком уровне?

Пища должна быть полноценной по количеству и составу питательных веществ, витаминов и микроэлементов – иммунная система очень чувствительна к их недостатку или несбалансированности.

Нормальный сон совершенно необходим, ведь даже единичный недосып временно ослабляет иммунные реакции.

Полноценное расслабление, самозащита от психологических нагрузок и стрессов поможет повысить сопротивляемость организма. При необходимости для этого можно освоить какую-либо методику релаксации (йога, дыхательная гимнастика и т. п.).

Прогулки на свежем воздухе, по возможности выезды за город для отдыха необходимы жителю мегаполиса.

Своевременно лечиться от любых инфекционных заболеваний, не ходить на работу простуженным – это должен запомнить даже трудоголик.

Время от времени можно проводить курсы приема иммуностимулирующих препаратов: женьшеня, лимонника, элеутерококка. Они способны стимулировать неспецифический иммунитет без непредсказуемых последствий (опыт их применения насчитывает не одну сотню лет).

Дисбактериоз и иммунитет

В обыденном сознании распространено мнение, что все бактерии – вредные. О том же нам говорит и реклама мыла и прочих чистящих средств.

И конечно же, это преувеличение, если не сказать больше, потому что бактерии бывают как вредные, так и полезные. Часть бактерий истощает организм, вызывает различные заболевания, подрывает иммунитет. Другая часть мирно и взаимовыгодно сосуществует с нашим организмом, то есть находится с ним в симбиозе.

Проживающие в кишечнике бактерии растут и размножаются за счет непереваренных остатков пищи; а сами делают несколько очень полезных дел. Они помогают утилизировать холестерин, вырабатывают витамины В₁, В₂, В₆, В₇, В₉, В₁₂, В₁₅, К. Полезные бактерии помогают расщеплять крахмал, растительную клетчатку, остатки пищевых белков. А еще они участвуют в синтезе иммуноглобулинов, фагоцитозе и других вещах, связанных с иммунитетом.

Кишечник новорожденного ребенка стерилен. В первые же часы жизни в него проникают первые микроорганизмы. Считается, что микрофлора кишечника и кожных покровов новорожденного заимствуется у матери. Поэтому важным условием формирования нормальной микрофлоры ребенка является наличие нормальной микрофлоры у матери. Именно поэтому у беременных женщин сейчас активно лечат дисбактериоз, если он обнаруживается.

Заселение кишечника ребенка полезными бифидо- и лактобактериями происходит под влиянием материнского молока, а точнее, благодаря содержащимся в нем веществам, стимулирующим развитие полезных микробов. Созревание иммунной системы происходит параллельно с формированием микрофлоры кишечника. Пищеварительный тракт (как и кожа) является местом контакта между микробами и иммунной системой организма. В первое время организм ребенка учится бороться с неагрессивными микробами, населяющими кишечник, которые имеют много общего со многими опасными микробами.

Формирование микрофлоры кишечника заканчивается к 3–5 годам жизни, когда ребенок переходит на взрослую пищу. А к 7–10 годам созревает и его иммунная система. В результате формируется стойкий иммунитет, способный справиться с возбудителями многих болезней.

В результате недавних исследований был обнаружен удивительный факт: в процессе сосуществования ткани кишечника (в особенности слизистая оболочка) и контактирующие с ними бактерии обмениваются генетическим материалом и становятся «похожими» друг на друга. Поэтому иммунная система организма перестает распознавать бактерии кишечника как «чужеродные структуры».

Кишечная микрофлора является одним из основных факторов защиты кишечника от заселения его болезнетворными микробами. Происходит это благодаря трем основным механизмам: во-первых, нормальная микрофлора кишечника конкурирует с патогенными микробами за пищу и при этом выделяет ряд веществ, разрушающих болезнетворные микробы. Во-вторых, микрофлора кишечника стимулирует местный иммунитет и делает оболочку кишечника непроницаемой для множества патогенных микробов. В-третьих, микрофлора кишечника стимулирует общий иммунитет.

Сейчас уже понятно, что развитие многих аллергических заболеваний (особенно у детей) протекает на фоне изменения состава нормальной микрофлоры кишечника (то есть на фоне дисбактериоза). Такие заболевания, как атопический дерматит, экзема, крапивница, бронхиальная астма, пищевая аллергия начинаются параллельно с дисбактериозом кишечника.

Основным местом проникновения аллергенов в организм является слизистая кишечника. Поэтому нарушения пищеварения и защиты слизистой кишечника при дисбактериозе способствуют сильному проникновению аллергенов в организм и формированию длительной и стойкой аллергизации, что со временем приводит к аллергическому заболеванию. Вот почему комплексное лечение аллергических заболеваний обязательно включает и восстановление баланса нормальной микрофлоры кишечника.

Дисбактериоз у практически здоровых людей бывает возрастной, сезонный (обычно весной и осенью), возникающий от неправильного питания (когда рацион беден растительной клетчаткой и кисломолочными продуктами) и профессиональный (например, работа

на фармацевтической фабрике на производстве антибиотиков). При заболеваниях желудочно-кишечного тракта он возникает практически всегда. Также нарушается состав микрофлоры при инфекционных заболеваниях, паразитах (лямблиоз, трихомоноз), гельминтах (острицы, аскариды и другие), аллергии, иммунодефиците, гиповитаминозе, интоксикациях, гипоксии, воздействии радионуклидов. Лекарственный дисбактериоз начинается при длительном приеме антибиотиков, сульфаниламидов, гистаминоблокаторов, туберкулостатиков, иммунодепрессантов, антацидов, слабительных средств. И даже при стрессе, как выяснили недавно, нарушается состав микрофлоры.

Таким образом, чтобы избавиться от дисбактериоза, нужно понять его причину, что, в общем-то, не особо сложно. Заболевание, стресс, прием лекарств – все это лежит на поверхности.

Лечение дисбактериоза состоит из двух этапов. На первом этапе удаляют из кишечника вредную (патогенную) микрофлору и выводят токсины, которые они производили. На втором этапе создают условия для подселения нормальной, полезной микрофлоры и заселяют ею кишечник.

Удалить вредную микрофлору, очистить кишечник от токсинов и подготовить условия для заселения нормальной микрофлорой можно с помощью лекарственных трав. Уничтожить патогенные микробы можно с помощью растений, обладающих антибактериальной активностью. Это аир болотный, анис обыкновенный, вероника лекарственная, ежевика сизая, кровохлебка лекарственная, мать – и – мачеха, зверобой продырявленный и другие с подобными свойствами. И они не просто должны уничтожать вредных микробов, но еще и оставлять в живых полезных.

Токсины и другие загрязняющие вещества хорошо удаляют растения, способные образовывать слизи. Это алтей лекарственный, дягиль лекарственный, дудник лесной, просвирняк лесной, семена льна, девясил высокий, мыльнянка лекарственная. Для получения слизи такие травы обычно настаивают в холодной или теплой воде.

Далее нужно нормализовать работу кишечника и состояние его слизистой. С этой целью обычно назначаются растительные горечи, содержащиеся в вахте трехлистной, аире болотном, тысячелистнике обыкновенном, горечавке желтой и во многих других растениях.

Нормальная микрофлора содержится в бифидобактерине, лактобактерине, колибактерине, хилаке и линексе. Применяются такие средства только после предварительного 2–3-недельного лечения травами. В противном случае эффект будет кратковременным и нестойким.

Сейчас появился термин «пребиотики» – это препараты, которые подготавливают кишечник к заселению нормальной микрофлорой, создают для нее комфортные условия. Как правило, они содержат растительную клетчатку. Из продуктов питания к пребиотикам относятся кукурузная и овсяная каши, ржаной хлеб, бобовые, соки с мякотью, отруби, молочные продукты и др.

«Пробиотики» – это препараты, содержащие нормальную микрофлору кишечника. Свойства ми пробиотиков обладают кисломолочные продукты, обогащенные лакто- и бифидобактериями.

При проведении лечения травами нужно понимать, что весь эффект от трав можно свести насмарку одним лишь неправильным питанием. Именно поэтому нужно обязательно соблюдать следующие правила:

- исключить острую и жирную пищу;
- меньше употреблять продукты с высоким содержанием углеводов (торты, конфеты, пирожные и т. д.), поскольку они усиливают бродильные процессы в кишечнике,
- не запивать пищу водой, так как вода разбавляет желудочный сок и пища переваривается хуже;
- не пить чай или кофе сразу после еды;
- не употреблять алкоголь. Если же по каким-либо причинам выпивать придется, то лучше отдавать предпочтение крепким напиткам – водке, виски, коньяку, так как пиво, вино, шампанское могут усилить брожение в кишечнике и ухудшить самочувствие;
- нельзя в это время употреблять квашеную капусту, домашние соленья, лучше меньше есть салаты, содержащие овощи с грубой клетчаткой, так как она раздражает слизистую толстой кишки и у больных дисбактериозом может вызвать понос. Растительная клетчатка содержится в таких продуктах, как капуста, свекла, зеленый салат, шпинат и т. п.;
- в питании должны превалировать белки, то есть разного рода нежирное мясо, но только в вареном или тушеном виде;

– хлеб лучше употреблять черствый или получерствый, поскольку свежий хлеб усиливает процессы брожения в кишечнике;

– не надо придерживаться строгого распорядка в питании, выжидать определенного часа. Нужно есть тогда, когда вы почувствуете голод, не нужно переедать, но и сидеть на голодной диете тоже не имеет смысла;

– если какие-то продукты вызывают у вас неприятные ощущения и обострения, то лучше исключить их из рациона, чем каждый раз мучиться после еды;

– если врач назначает лечение антибиотиками, то нужно обязательно предупредить его, что у вас есть дисбактериоз. В последнее время появились антибиотики, которые в малой степени влияют на микрофлору кишечника. Это макролидные и азалидные антибиотики (рокситромицин, кларитромицин, азитромицин), также новые фторхинолоновые антибиотики (ципрофлоксацин, пемфлоксацин). Все остальные антибиотики применять нежелательно, особенно группу тетрациклина.

Релаксация (расслабление)

Многие люди недооценивают значение расслабления. Даже когда они засыпают вечером, они напряжены, и сны им снятся изматывающие, а утром они встают, «как будто и не спали», совершенно не отдохнувшие. Конечно, такой отдых не может быть полноценным.

Короткий отдых, во время которого происходит полное расслабление, называют релаксацией.

Сеанс расслабления лучше всего устраивать лежа. Прежде чем прилечь, нужно совершенно успокоиться и устранить все потенциальные раздражители. Дома лучше закрыть дверь в свою комнату, выключить телефон, открыть окно. Под голову положить плоскую подушку, а под колени – свернутое валиком покрывало, руки свободно лежат вдоль тела. Дышать надо глубоко, ровно и медленно. Нужно следить за собой, чтобы мысли о «неотложных делах и проблемах» не захватили все внимание, иначе никакого расслабления не получится. После получаса такого полного отключения от внешнего мира можно возвращаться к своим повседневным делам и обязанностям.

Все оздоровительные школы рекомендуют перед ночным сном направить свои мысли и поведение в спокойное русло, иными словами, не возбуждать нервную систему. Очень полезно перед сном принять позицию полного расслабления на 5–10 минут.

Лучше всего ложиться спать в интервале от 22 до 24 часов. Йоги считают, что в это время активизируются все восстановительные процессы в организме. Считается, что каждый час сна до 24 часов равен двум часам сна после 24 часов. Человек, соблюдающий это правило, то есть спящий с 22 часов до 5–6 часов утра, чувствует себя хорошо и выглядит молодо. Минимальный период сна, как говорят йоги, должен составлять 6 часов 30 минут при условии, что человек ложится не позднее 21 часа 30 минут.

По мнению ряда ученых, если человек спит нечетное число часов, то он высыпается значительно лучше, чем за четное.

Таким образом, режим бодрствования и сна имеет важное значение. С ним связаны здоровье человека, его работоспособность и его

психическое состояние.

Приложение

Простуда и грипп – острое начало

Самая частая болезнь, с которой сталкивается человек, имеет общее название «простуда». Под это определение попадают и разные виды гриппа, и разные виды респираторных заболеваний. Если начинается грипп, то буквально за 2–4 часа развиваются слабость, разбитость, сухость слизистой носа, глотки, резь в глазах, головная боль, боль в суставах и мышцах, температура тела до +40 °С.

Следует запомнить, что не бывает гриппа без температуры. Если появились какие-то из перечисленных симптомов, но температуры нет либо она невысокая (иначе называется субфебрильная, +37–37,2 °С), то это не грипп. Это либо парагрипп, либо та самая «простуда». При гриппе же подъем температуры происходит очень быстро и резко и сопровождается сильным ознобом. Температура тела сохраняется на высоких цифрах долгое время, иногда до 7 дней и более. Через 1–2 дня после начала могут отмечаться насморк, боль в горле. Под действием токсина вируса гриппа происходит поражение капилляров, стенки которых становятся ломкими, проницаемыми, что приводит к мелким кровоизлияниям.

При гриппе степень интоксикации очень сильна, вплоть до нарушений в нервной деятельности. Осложнениями могут быть пневмония, миокардит (воспаление сердечной мышцы), внутренние кровоизлияния, кровотечения из носовой полости, нарушения сознания и деятельности центральной нервной системы.

Для парагриппа характерно острое начало заболевания и кашель, однако температура чаще всего субфебрильная и держится всего 1–2 дня, интоксикации практически нет.

Для респираторно-синцитиальной инфекции характерно острое начало заболевания, температура, достигающая +37,5–38 °С и держащаяся 3–4 дня. Однако интоксикация будет слабая и сочетается с выраженной одышкой и признаками бронхита. Наиболее опасными осложнениями могут быть бронхопневмония и бронхиальная астма, закупорка бронхов вязким секретом.

Аденовирусная инфекция отличается высокой температурой тела (до +39 °С), которая держится до 8–10 дней на фоне средней степени интоксикации, признаков насморка, пневмонии, тонзиллита. При этом

возможны развитие тонзиллита и резкого увеличения лимфатических узлов.

Что делать, если остро началась инфекция и проявились признаки интоксикации?

– Самое разумное – быстро уложить больного в постель, так как излишняя активность может привести к осложнениям на опорно-двигательный аппарат и сердце. **Не позволяйте взрослому ходить на работу и совершать трудовые подвиги! Не отправляйте ребенка в школу, даже если там намечена важная контрольная.**

– Начать прием противовирусных препаратов.

– Обязательно давать обильное питье.

Повышение температуры тела на 1 °С активизирует процессы испарения жидкости. За час с температурой +38 °С с поверхности кожи и органов дыхания сверх нормы испаряется 200–300 мл жидкости. При этом резко возрастает вязкость крови и слизи, выделяемой легкими. Дефицит жидкости приводит также к перегреванию – организму элементарно не хватает воды на самоохладение. Кроме того, нарушается удаление токсинов через почки. Чтобы избежать всех этих неприятных последствий, необходимо увеличить употребление жидкости: на каждые 10 кг массы тела должно приходиться не менее 0,5 л воды (чай, травяные отвары, морс и пр.).

– Остальные лекарственные и витаминные препараты больному пропишет врач. Самолечение может быть опасно либо своей неэффективностью, либо тем, что можно пропустить начало какого-либо осложнения.

Основные симптомы заболеваний органов дыхания

Это могут быть кашель и выделение мокроты, боли в грудной клетке, особенно при дыхании, одышка и приступы удушья. Эти симптомы поддаются наблюдению и учету, часто являются причиной обращения к врачу. Они считаются основными в пульмонологии, и их необходимо знать.

Кашель. Для получения правильного представления о кашле необходимо уточнить: 1) время его появления (утром, днем, вечером, ночью); 2) характер кашля (постоянный или приступообразный); 3) интенсивность (сильный – «лающий», легкий – покашливание); 4) продуктивность кашля (сухой или влажный – с мокротой), количество мокроты и ее характер (слизистая, гнойная и др.), цвет, запах, другие особенности, например отделение мокроты «полным ртом» при определенном положении тела и т. д.; 5) причины, вызывающие или усиливающие кашель (неприятный запах, перемена положения тела, физическая нагрузка и т. д.); 6) чем сопровождается кашель (головная боль, тошнота, рвота, удушье и пр.);

7) отчего уменьшается или проходит кашель (изменение положения тела, чистый воздух, прием лекарства – какого).

Кашель является частым и ранним симптомом при поражении органов дыхания. Но он может быть связан с поражением и других органов: постоянный или приступообразный сухой кашель рефлекторного характера, например, бывает при раздражении веточек блуждающего нерва – при опухоли средостения, аневризме аорты, увеличенном левом предсердии. В то же время кашель может отсутствовать даже при явном поражении органов дыхания, например поражении мелких бронхов, при поверхностном дыхании у пожилых, ослабленных больных.

Различают две основные разновидности кашля – сухой и влажный. Сухой кашель характерен для ранней стадии бронхита, туберкулеза легких и др. В последующем он может смениться влажным (при бронхите и пневмонии). При влажном кашле диагностическое значение имеет характеристика отделяемой мокроты. Так, слизистая

мокрота свойственна начальному периоду бронхита; слизисто-гнойная наблюдается при большинстве бронхо-легочных заболеваний (бронхит, пневмония и др.); гнойная мокрота характерна для абсцесса легкого, нагноившихся бронхоэктазах; серозная мокрота может отделяться при венозном полнокровии легких. Симптомом крупозной пневмонии является «ржавая мокрота».

Боли в грудной клетке могут быть поверхностного и глубокого характера. Поверхностные боли обычно связаны с поражением ребер, мышц, межреберных нервов, сухожилий. Такие боли распознаются при тщательном осмотре и пальпации грудной клетки, при которых выявляются локальная болезненность и напряжение мышц. Боли, связанные с поражением легких, имеют глубокий характер, усиливаются при глубоком дыхании, кашле, точно локализируются больным. Эти боли являются следствием раздражения плевры. При накоплении жидкости в плевральной полости они стихают.

Боли в груди могут быть следствием поражения других органов грудной полости, наиболее часто – сердца и крупных сосудов (при миокардите, стенокардии, аортите), или быть следствием распространения боли при поражении органов брюшной полости (при холецистите, язве желудка и др.).

Одышка – частый симптом болезней органов дыхания. Она может быть лишь субъективным ощущением или регистрироваться объективно по учащению дыхания. Следует различать одышку при физической нагрузке или в покое, так как это характеризует различную степень дыхательной недостаточности. Появление у длительно кашляющего больного одышки при физической нагрузке или переходе из теплого помещения в холодное свидетельствует о нарушении бронхиальной проходимости.

Удушье (астма) представляет собой крайнюю степень одышки, граничащую с удушением. Удушье часто возникает внезапно. Бывает как при бронхиальной, так и при сердечной астме. У некоторых больных с выраженной легочной и сердечной патологией астма имеет смешанный характер: явления сердечной недостаточности сочетаются с бронхоспазмом. Для бронхиальной астмы в отличие от сердечной характерны: своеобразное вынужденное положение в постели (сидя дышать проще), хриплое, свистящее дыхание, разлитые сухие хрипы в

грудной клетке различной тональности («музыка в груди»),
эффективно применение бронхолитических средств.

Первая помощь при высокой температуре (лихорадке)

Лихорадка часто сопровождает разные болезни у взрослых и у детей. Но для детей она более опасна. Особенно для маленьких, которые и сказать-то ничего не могут о своем состоянии, только беспокоятся и плачут. Иногда лихорадящие дети, наоборот, спят. У маленьких детей при высокой температуре чаще возникают судороги, быстрее развивается обезвоживание. Лихорадка может быть опасна и для пожилых людей, а также для людей, страдающих хроническими сердечно-сосудистыми заболеваниями: при высокой температуре возрастает частота сердечбиений, а значит, и нагрузка на сердце.

– Самой частой ошибкой многих родителей является стремление как можно теплее закутать лихорадящего ребенка. **Кутать детей, особенно маленьких, нельзя!** У них от этого может наступить еще больший перегрев, а значит, повысится вероятность судорог и прочих неприятностей, которые возникают из-за высокой температуры.

– У взрослых перегревание наступает не так быстро, поэтому можно накинуть на человека по его просьбе пару одеял. **Но в случае, если у человека очень высокая температура, лучше все-таки его не перекутывать.**

– **Снижать температуру при незначительном ее повышении (меньше 37,5 градусов) не надо.**

Повышенная температура способствует борьбе с бактериями и вирусами, поэтому сразу хвататься за жаропонижающие не стоит (исключение составляют дети, у которых раньше имели место судороги, но об этом – ниже).

– **Неправильно отказываться от жаропонижающих в любом случае. Это еще хуже, чем без разбора браться за них. Слишком высокая лихорадка опасна для организма!**

Что же надо делать?

– Если заболел маленький ребенок, то надо раскутать его и охлаждать кожу физическими способами. То есть можно протирать кожу ребенка кипяченой водой комнатной температуры, спиртом, пополам разведенным с водой, а также водкой. Вылейте жидкость на

вату и обтирайте ею ребенка с головы до пяток. Когда ватка подсыхает, смачивайте ее снова. Ребенок при этом должен быть раздет. Особое внимание уделите лбу, подмышечным, паховым, подколенным областям: здесь проходят так называемые «магистральные», то есть большие, сосуды, и их охлаждение позволит быстрее охладить весь организм. Протирайте ребенка до тех пор, пока не почувствуете, что температура потихоньку начала снижаться. После этого по очереди можете надевать на него детали одежды (но не все сразу!).

Не одевайте человека в плотные кофты, оставьте в легкой маечке или блузке.

– На лоб больному можно положить смоченный прохладной водой платок или приложить к голове пузырь со льдом.

Снижения требует температура выше 38,5-39 градусов независимо от возраста человека и его состояния здоровья. Если у больного раньше были судороги или он страдает каким-либо хроническим заболеванием (нервной системы, сердца, легких, и т. д.), то снижать температуру следует начиная с 38 градусов. Если заболел малыш, судороги у которого были неоднократно, в том числе при невысокой лихорадке, то снижайте температуру начиная с 37,5 градусов.

Для снижения температуры можно использовать свечи, сиропы или таблетки. Широко распространенный аспирин – не лучший выбор. Лучше снижать температуру парацетамолом (или его аналогами), ибупрофеном, нурофеном. **У детей аспирин нельзя применять ни в коем случае! Это может привести к опасным осложнениям!**

– Если заболел маленький ребенок, то в борьбе с лихорадкой вам может помочь небольшая клизма с прохладной кипяченой водой. **Ни в коем случае не ставьте клизму с горячей водой! У старших детей и у взрослых клизмы могут оказаться неэффективными.**

– Срочно обращайтесь к врачу, если лихорадящий человек потерял сознание, у него появились судороги или если он начал жаловаться на резкую головную боль.

– Если лихорадка выше 40,0 градусов – «Скорую помощь» вызывайте в любом случае, независимо от вида лихорадки, возраста и состояния больного. Вызвав «Скорую», начинайте до приезда врачей бороться с лихорадкой теми методами, о которых написано выше.

– Если лихорадка выше 39,5 градусов – вызывайте «Скорую» в том случае, если заболел ребенок (любого возраста!), человек, имеющий

хронические заболевания, или пожилой человек.

– Если наряду с лихорадкой у больного появилась рвота, головная боль, сыпь (особенно опасной является сыпь по типу «звездочек») или же вы видите, что больной не может согнуть голову – срочно набирайте «03». И, не дожидаясь медиков, начинайте меры по борьбе с лихорадкой!

Что такое «бледная лихорадка»

Опасной для организма, особенно для детского, является так называемая «бледная лихорадка» – повышение температуры, которое сопровождается резким ознобом, бледностью кожи и похолоданием конечностей; сосудистый рисунок на коже может усиливаться, и она становится «мраморной»; может отмечаться посинение губ и носогубного треугольника – участка, расположенного между губами и носом.

– При «бледной» лихорадке меры по снижению температуры надо принимать начиная с 38 градусов; если же лихорадит малыш, страдающий хроническим заболеванием или судорогами, бороться с лихорадкой надо начиная с 37,5 градусов.

– При «бледной» лихорадке происходит спазм сосудов, поэтому, кроме жаропонижающих, больному нужно дать средства, снимающие спазм – папаверин, дротаверин или но-шпу.

– Если, несмотря на все ваши меры, температура при «бледной лихорадке» не снижается, лучше всего вызвать «Скорую помощь».

Первая помощь при ложном крупе (остром стенозирующем ларинготрахеите)

Ложный круп достаточно часто встречается у детей, у взрослых – гораздо реже. Но для ребенка он может быть по-настоящему опасен, поскольку легко начинается отек слизистой и перекрывается просвет гортани. Ложный круп, или острый стенозирующий ларинготрахеит, – это состояние, при котором происходит отек гортани, в результате чего просвет гортани сужается и ребенку становится трудно дышать. Без медицинской помощи он может погибнуть. Ложный круп может возникать как при различных инфекциях (сильная простуда, грипп и т. д.), так и у малышей, склонных к аллергии. В этом случае ложный круп возникает без подъема температуры. Круп чаще возникает у маленьких детей, для них же он является наиболее опасным.

Внезапно (чаще всего – среди ночи) ребенок начинает задыхаться. Круп обычно развивается быстро, буквально за несколько часов, иногда – за 2–3 часа или меньше. Голос у малыша становится осиплым, кашель – лающим, дыхание шумным, при этом отмечается усиление вдоха. Если сужение гортани сильное, то можно видеть, как внизу шеи на вдохе западает так называемая «яремная ямка» – впадинка, которая находится над грудиной. Если сужение очень сильное, то в дыхании будут принимать участие и остальные мышцы грудной клетки, при этом на вдохе промежутки между ребрами будут западать. Синяя окраска кожи носогубного треугольника или лица – признак очень тяжелого состояния. Возникновению крупа способствуют влажная погода, перепады температуры к теплу, воздействие вирусов, употребление детьми-аллергиками «опасных» продуктов. От истинного крупа, возникающего при дифтерии, ложный круп отличается грубым, лающим кашлем.

– Если круп возник у ребенка ночью, не ждите до утра! Немедленно вызывайте «Скорую помощь»: место такого ребенка – не дома, а в больнице! До «Скорой» попробуйте облегчить состояние ребенка домашними средствами.

– Как можно больше поите ребенка теплым щелочным питьем (лучше всего для этих целей подходит минеральная вода «Боржоми»,

но если ее нет, то можно взять любую другую щелочную минеральную воду, а если нет и ее – то развести в 1 л кипяченой воды 1 чайную ложку соды; в крайнем случае, обойтись просто кипяченой водой или некрепким раствором чая). При этом не стоит давать ребенку пить сразу много; лучше давать понемногу и чаще, буквально каждые 10–15 минут по 1–2 чайные или столовые ложки (смотря по возрасту).

Нельзя давать пить: компоты из сухофруктов, кофе, фабричные соки, особенно соки цитрусовых, абрикосов, персиков или экзотических фруктов. Давать все это вдвойне опасно, если вы подозреваете аллергическое происхождение крупа или же у ребенка раньше отмечались проявления аллергии.

– Если есть возможность, до приезда медиков постарайтесь как можно чаще посещать с ребенком душ! Только мыться в нем не надо. Достаточно просто включить теплую воду, заткнув отверстие слива в ванной, чтобы в ванной комнате образовалось много пара. Посидите там 5 или 10 минут, через полчаса или час снова отправляйтесь в ванную и повторяйте все сначала. Уже с первого или второго раза вы почувствуете, что у малыша кашель из лающего становится влажным (то есть ребенок начинает откашливать мокроту). Это – верный признак того, что сужение гортани уменьшилось, а значит, уменьшилась и опасность.

– Сделайте ребенку теплую ножную ванну. После этого укутайте ноги и дайте малышу попить.

– Не давайте ребенку нервничать. Крик и беспокойство усиливают стеноз (сужение) гортани, и ребенку становится тяжелее дышать.

Помните, что круп возникает от влажности, но влажностью же и лечится. Если воздух в квартире очень сухой, то это дополнительно способствует болезни.

– Для того чтобы увлажнить воздух, вымойте в комнате пол; желательно развесить по всей комнате влажные полотенца, пеленки и простыни: вода, испаряющаяся с них, также увлажнит воздух. Если такой возможности нет, то можно поставить просто тазы с водой: чем больше будет поверхность, с которой испаряется вода, тем лучше.

– До приезда медиков можно дать ребенку антигистаминное (противоаллергическое) средство (тавегил, супрастин, фенистил, зиртек) и средство, снимающее спазм (папаверин, дротаверин, но-шпу) в возрастных дозировках. Помните, что антигистаминные средства

оказывают подсушивающее действие, поэтому не превышайте дозы, написанной в аннотации.

– Если у вас есть ультразвуковой ингалятор («Муссон», «Ореол») или небулайзер, то смело заряжайте его физиологическим раствором (тем самым, который используется для хранения контактных линз и продается в каждой аптеке) и давайте ребенку дышать каждый час по 10 минут. В физраствор можно добавить раствор (не сироп!) амбробене или лазолвана. Если вы делаете ингаляции каждый час, то каждый раз добавлять эти лекарства не следует, достаточно двух-трех раз в день.

– Если ингалятора дома нет, то можете устроить ингаляции над кастрюлей, вскипятив воду и добавив в нее немного соды.

*Карманный
целитель*



Юрий Константинов

ВСЁ О КОРОНАВИРУСЕ

**Природа и виды вирусов,
распространение, профилактика**

