

*Международный казахско-турецкий университет
им Х.А.Ясави*

**Аденовирусная, риновирусная
инфекция, парагрипп**

Приготовил: Баймурадова Л
Базартаев М
Принял: Усманов Н.А
ом-437рх

Туркестан 2017

План

- 1. Введение*
- 2. Аденовирусное инфекция*
- 3. Риновирусное инфекция*
- 4. Парагрипп*
- 5. Этиология, патогенез, диагностика, лечение, профилактика*
- 6. Список литературы*

- *Острые респираторные вирусные инфекции*
- (ОРВИ) группа заболеваний, в которую входят грипп, парагрипп, аденовирусная, респираторно-синцитиальная, риновирусная, а также реовирусная инфекции, характеризующиеся коротким инкубационным периодом, непродолжительной лихорадкой и интоксикацией, поражением различных отделов респираторного тракта.

Аденовирусная инфекция - это

灌 Острое антропонозное вирусное заболевание, протекающие с преимущественным поражением органов дыхания, глаз и лимфатических узлов.



Эпидемиология

灌

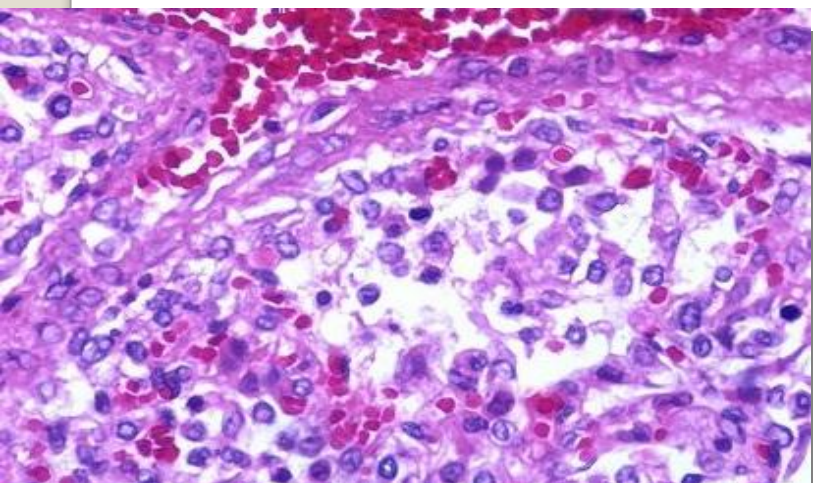
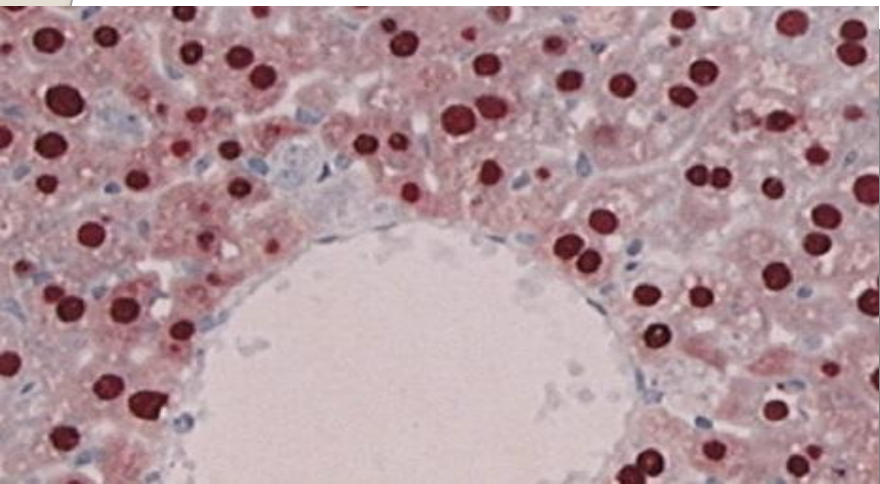
Источник – больной человек до 25-го дня болезни. Может быть вирусоносительство.



灌 Механизм передачи аэрогенный и фекально-оральный.

Восприимчивость высокая, особенно у детей. Перенесённое заболевание оставляет типоспецифический иммунитет, возможны повторные заболевания.

- Источником гриппозной инфекции является только больной человек с явными и стертыми формами заболевания.
- Путь передачи инфекции — воздушно-капельный.
- Максимальная заразительность наблюдается в первые дни болезни, когда при кашле и чихании с капельками слизи вирус выделяется во внешнюю среду. Выделение вируса при неосложненном течении гриппа заканчивается к 5—6-му дню от начала заболевания. В то же время при пневмонии, осложняющей течение гриппа, вирус обнаруживается в организме до 2—3 нед. от начала заболевания.
- Повышение заболеваемости и вспышки гриппа наблюдаются в холодное время года.
- Эпидемии, вызываемые вирусом гриппа типа А, повторяются каждые 2—3 года и имеют взрывной характер (в течение 1 — 1,5 мес. заболевает 20—50% населения).



Аденовирусы
устойчивы во внешней
среде, сохраняются до
2 недель при
комнатной
температуре, но
погибают от
воздействия
ультрафиолетовых
лучей и
хлорсодержащих
препаратов. Хорошо
переносят
замораживание. В воде
при 4 °С сохраняют
жизнедеятельность 2
года.

Аденовирус

Риновирусы разделяют на две группы по способности к репродукции в клетках.

- Риновирусы группы Н размножаются и вызывают цитопатические изменения в ограниченной группе диплоидных клеток человеческого эмбриона и специальной линии (R) клеток HeLa.


- Риновирусы группы М размножаются и вызывают цитопатические изменения в клетках почек эмбриона человека и различных перевиваемых клеточных линиях человеческих клеток.

Возбудители - РНК-геномные вирусы рода *Rhinovirus* семейства *Picomaviridae*. В настоящее время известно более 110 серотипов риновирусов, объединённых в группы Н и М. Во внешней среде вирионы нестойки, инактивируются при 50 °С в течение 10 мин, при высушивании на воздухе большая часть теряет инфекционность через несколько минут.

Патогенез

灌 Воротами инфекции являются преимущественно слизистые оболочки верхних дыхательных путей, реже - конъюнктивы. Аденовирусы размножаются в слизистой оболочке с постепенным вовлечением в патологический процесс нисходящих отделов дыхательного тракта.





Парагрипп – острое заболевание респираторного тракта, характеризующееся умеренной интоксикацией и преимущественным поражением слизистых оболочек носа и гортани.

Этиология. РНК – содержащие вирусы, относятся к семейству парамиксовирусов. Известно 5 типов вирусов парагриппа человека. Имеют большие размеры – 150-200 нм, нестойки в окружающей среде. От вирусов гриппа их отличают стабильность антигенной структуры и отсутствие видимой изменчивости генома вириона.

Грипп

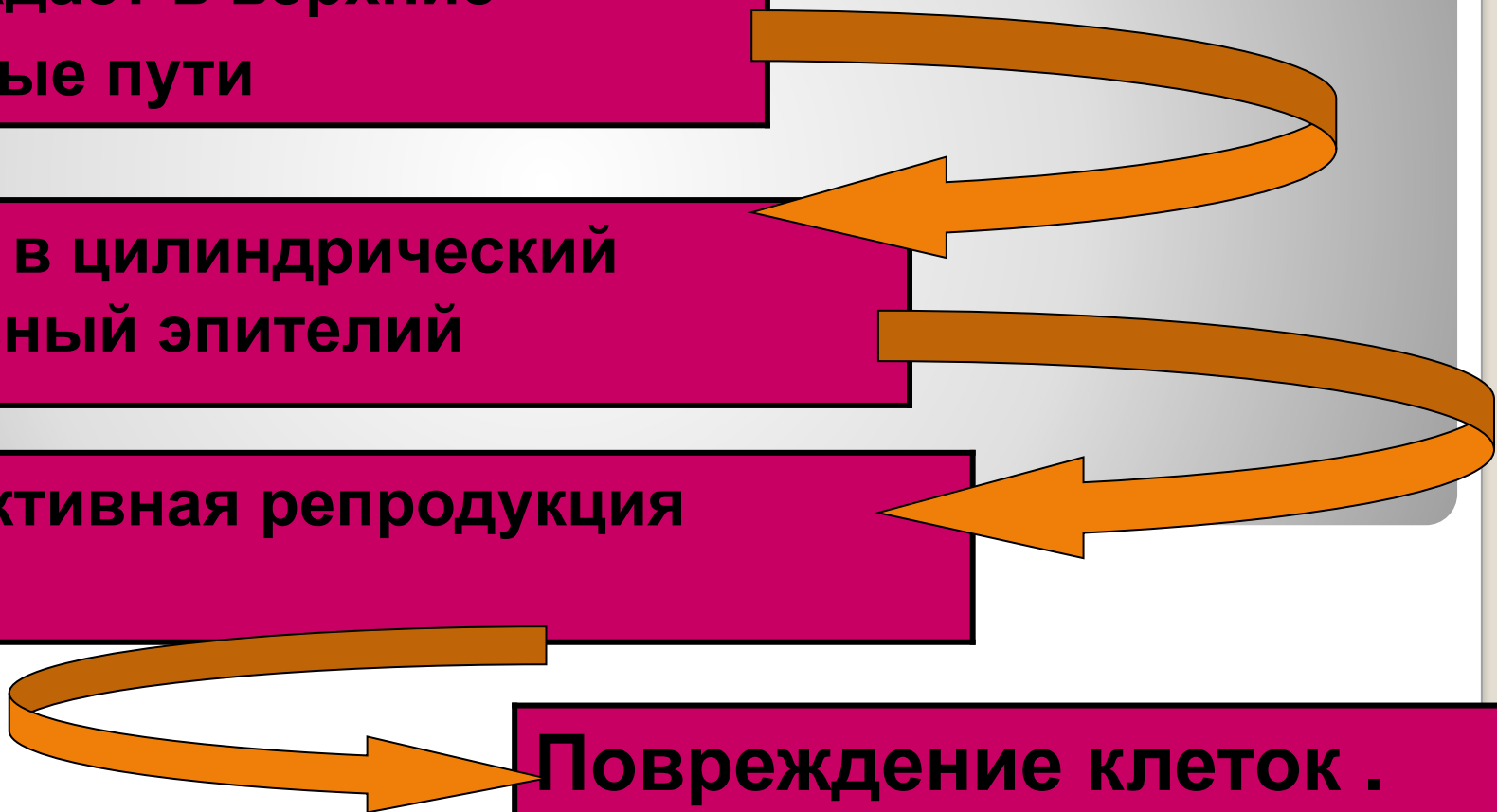
Вирус попадает в верхние дыхательные пути

Проникает в цилиндрический мерцательный эпителий

Активная репродукция

Повреждение клеток .
Клетки мерцательного эпителия подвергаются деструкции, нередко слущиваются, заполняя просветы бронхов.

Наиболее типичным является поражение слизистой оболочки трахеи



Риновирусные заболевания



Вирус попадает в верхние дыхательные пути

Размножается в клетках эпителия
НОСОВЫХ ХОДОВ

Местная воспалительная реакция с резким набуханием, отечностью и обильной секрецией

- **Репродукция может происходить в ткани кишечника, лимфатических узлах. Оказывают общее токсическое воздействие на организм в виде лихорадки и симптомов общей интоксикации. Может быть генерализованная лимфоаденопатия и распространенная экзантема.**



Клиника

Инкубационный период колеблется от 4 до 14 дней (чаще 5-7 дней).

Начинаются остро с гипертермии, симптомов интоксикации, ринита. Лихорадка длится до 6-14 дней. Состояние пациента удовлетворительное. Возникают признаки ринофарингит или ринофаринготонзиллит.



- · Внезапный подъем температуры тела более 38 °С, иногда заболевание может протекать без повышения температуры тела;
- · Боль в горле, головная боль;
- · Фарингит;
- · Кашель;
- · Затрудненное дыхание;
- · Боль в мышцах;
- · Иногда может быть рвота, диарея.



4
I
E



灌 Поражение дыхательных путей может сочетаться с воспалением конъюнктив. При тяжелом течении температура тела $39-40^{\circ}\text{C}$ и сохраняется 5-10 дней. Умеренно увеличены периферические лимфатические узлы, особенно передне- и заднешейные. В целом характерна небольшая интоксикацией, невысокой лихорадкой и резко выраженном катаральным синдромом. инфекцией редко.

Диагностика

灌 Трудна из-за полиморфизма клинической картины и сходства ее с другими ОРЗ. В расшифровке заболевания очень помогают характерные поражения глаз. Лабораторно: ИФА, РСК (нарастание титра антител в парных сыворотках в 4 раза и больше).



灌 Дифференциальную диагностику надо проводить с гриппом, парагриппом и другими ОРЗ.

Лечение

- 1. Базисная терапия.
- Всем больным ОРВИ, независимо от тяжести болезни, назначают:
 - - Постельный режим до нормализации температуры;
 - - Молочно-растительную, обогащенную витаминами диету;
 - - Употребление большого количества жидкости, включая чай с лимоном, малиной, щелочные минеральные воды, соки, морсы и т.д.;
 - - При заложенности носа у детей до 6 месяцев увлажняют слизистую носа физиологическим раствором натрия хлорида. Детям старше 6 месяцев можно назначать сосудосуживающие детские капли для носа, но применять их не дольше 3 дней;
 - - При сухом, мучительном кашле назначают противокашлевые средства (декстрометорфан и др.);

- - При влажном кашле с тяжелым выделением мокроты - муколитические препараты (амброксол, ацетилцистеин, гвайфенезин т.п.);
- - При длительном кашле - грудные сборы (корень алтея, лист мать-и-мачехи, сосновые почки и др.);
- - Температуру тела необходимо снижать, когда она превышает 38,5-39 град.С. Но детям в возрасте до 2 месяцев, а также с перинатальной энцефалопатией, судорогами в анамнезе и тяжелым заболеванием сердца надо постоянно проводить контроль горячки, не допускать повышение температуры тела выше 38 град.С. Назначают антипиретики в возрастных дозах (парацетамол, ибупрофен и т.п.). Детям до 12 лет противопоказано применение ацетилсалициловой кислоты с целью снижения температуры.



- Лечение симптоматическое.
 1. В первый день эффективно использование лейкоцитарного интерферона, который закапывается в носовые ходы.
 2. Показаны теплое обильное питье, горячие ванны для ног.
 3. Для улучшения носового дыхания применяют сосудосуживающие препараты: закапывают в нос 0,1 %-ный (для детей 0,05 %-ный) раствор галазолина или нафтизина (по 1 — 2 капли в каждый носовой ход 3 раза в день), бор-но-адреналиновые капли, 1 %-ный или 2 %-ный раствор гидрохлорида эфедрина.
 4. Из физиотерапевтических методов лечения применяют электрофорез, УФО, УВЧ на крылья носа.

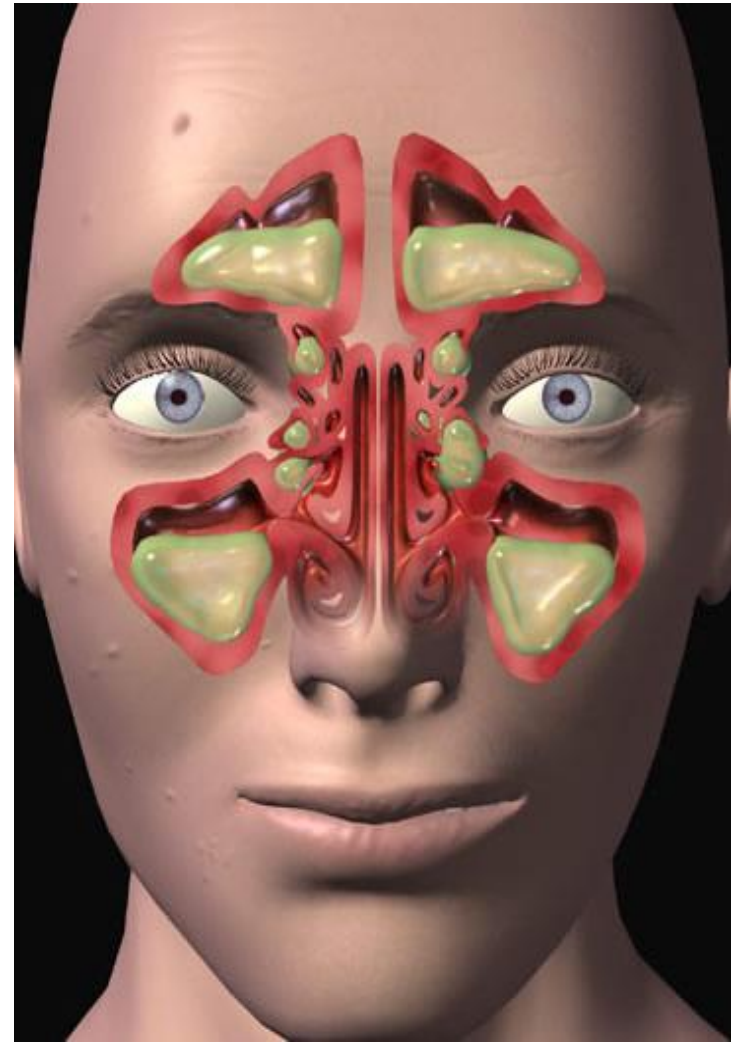
Профилактика



灌 Рекомендованы общие санитарно-гигиенические мероприятия. В предэпидемический период рекомендовано ограничить общение, ослабленным детям ясельного возраста, подвергшимся риску заражения, показано введение специфического иммуноглобулина и лейкоцитарного интерферона.

Осложнения

Чаще всего
встречаются
синуситы, отиты,
редко пневмонии.
Нередко бывает
ларингоспазм у
детей раннего
возраста.



Список Литературы

- *Костинов М. П., Чучалин А. Г., Чебыкина А. В.* Особенности формирования поствакцинального иммунитета к гриппу у пациентов с хронической бронхолегочной патологией // *Инфекционные болезни.* 2011. № 3. С. 35–40.
- *Коровина Н. А., Заплатников А. Л., Леписева И. В. и др.* Современные возможности иммунопрофилактики острых респираторных инфекций у часто болеющих детей // *Педиатрическая фармакология.* 2008. Т. 5. № 1. С. 21–25.
- *Носик Н. Н., Стаханова В. М.* Лабораторная диагностика вирусных инфекций // *Клин. микробиол.* 2000. № 2 (2). С. 70–78.
- *В.Ф.Учайкин* Руководство по детским инфекционным болезням, СП-Б, ГЕОТАР, 2001. - С. 163-193.

Спасибо за внимание !!!

Кафедра инфекционных болезней Витебского
государственного медицинского университета