

ИНФЕКЦИЯ МОЧЕВЫХ ПУТЕЙ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ

Н.А. Казиминова, канд. мед. наук, **О.В. Ралетнева**, **К.И. Григорьев**, проф., **В.В. Невструева**, канд. мед. наук
Российский национальный исследовательский медицинский университет им. Н.И. Пирогова,
Детская городская клиническая больница №9 Департамента здравоохранения, Москва
E-mail: k-i-grigoryev@yandex.ru

Дается описание клинической формы инфекции мочевых путей у детей. Представлены комплекс исследований, диагностика, рекомендации по питанию, профилактика.

Ключевые слова: инфекции мочевых путей, пиелонефрит, лечение, осложнения, диета.



Инфекция мочевых путей (ИМП) – микробно-воспалительный процесс в слизистой оболочке любого участка мочевого тракта, начиная от уретры до чашечно-лоханочной системы почек, без вовлечения в патологический процесс почек. Точную локализацию воспалительного процесса в начале заболевания у детей установить трудно. Диагноз ИМП правомерен в раннем возрасте, а в старшем – только на период обследования, когда он должен быть заменен на более конкретный (уретрит, цистит, пиелит). Ряд авторов термином ИМП обозначают и пиелонефрит. Под пиелонефритом понимают неспецифическое инфекционно-воспалительное заболевание почек, протекающее преимущественно с поражением чашечно-лоханочной сис-

темы, канальцев и интерстиция. В любом случае при ИМП необходимо исключать развитие пиелонефрита.

Во многих странах предпочитают избегать топической диагностики, говоря о неосложненной, осложненной и рецидивирующей ИМП.

В качестве клинической формы ИМП у детей рассматривается уретрит. Его диагностика основана на изменениях дистальной части уретры, но в детском возрасте этот диагноз ставят нечасто.

Среди возбудителей ИМП, в том числе пиелонефрита, преобладают уропатогенные штаммы кишечной палочки (*E. coli*), особенно в тех случаях, когда просматривается явно гематогенный путь инфицирования (карбункул почки, острый кортико-медулярный пиелонефрит). Вызывают ИМП также клебсиелла, протей, синегнойная палочка, другие грамотрицательные и грамположительные микроорганизмы. В связи с широкой распространенностью возросла роль микоплазм, грибов, вирусов, причем последние способствуют обострению персистирующей бактериальной инфекции. В неонатальном периоде ИМП может быть обусловлена *Chlamidia trachomatis*. У детей других возрастных групп выявление хламидий обычно свидетельствует о сопутствующем урогенитальном хламидиозе.

Инфекция попадает в мочевыводящий тракт восходящим (уриногенным) путем с проникновением микроорганизмов через уретру, гематогенным или лимфогенным путем (последнее положение спорно). Развитию воспалительного процесса в мочевой системе способствуют обструкция мочевых путей, нарушения уродинамики в виде нейрогенной дисфункции мочевого пузыря, дисметаболическая нефропатия, недостаточность местного иммунитета, общей реактивности организма.

Нефрологи рассматривают острый и хронический пиелонефрит как разные заболевания. Первичным называют пиелонефрит, при котором в ходе обследования не удается выявить факторов, способствующих фиксации микроорганизмов в ткани почек. При вторичном пиелонефрите микробно-воспалительный процесс развивается на фоне органических (врожденных, наследственных, приобретенных) изменений. Вторичный пиело-

Исследование мочи с помощью быстрых тестов – dipstick tests (Европейское общество урологов, 2010)

Лейэстераза+, нитриты +	Диагноз ИМП наиболее вероятен; показаны антибиотики
Лейэстераза-, нитриты +	Показаны антибиотики при условии, что исследовались свежие образцы мочи; показаны микроскопическое исследование осадка и посев мочи
Лейэстераза+, нитриты-	Показаны антибиотики только при наличии характерных симптомов ИМП; показаны микроскопическое исследование осадка и посев мочи
Лейэстераза-, нитриты-	Диагноз ИМП маловероятен

Примечание. Нитриты: чувствительность – 45–60%; специфичность – 85–98%; лейкоцитарная эстераза: чувствительность – 48–86%, специфичность – 17–93%.

нефрит подразделяется на обструктивный и необструктивный.

Клинические симптомы у детей раннего возраста неспецифичны. Заболевание у детей раннего возраста может напоминать сепсис. У детей с 1-го года начинают преобладать местные симптомы – диспепсические расстройства, мочевого синдром, болевой синдром (локализованная боль в боку или пояснице, положительный симптом Пастернацкого), энурез.

«Немотивированные» подъемы температуры всегда дают основание подозревать ИМП. Цистит, как правило, сопровождается пиелонефрит; как самостоятельное заболевание у детей его диагностируют редко. Основные признаки ИМП: бактериурия, нейтрофильная лейкоцитурия и микрогематурия.

Пиелонефрит в определенной мере является осложнением ИМП.

Критерии диагностически значимой бактериурии:

- $\geq 10^5$ КОЕ на 1 мл мочи, собранной в стерильную емкость при свободном мочеиспускании;
- $\geq 10^4$ КОЕ на 1 мл мочи, собранной с помощью катетера;
- любое число колоний в 1 мл мочи, полученной при надлобковой пункции мочевого пузыря.

Критерии лейкоцитурии:

- в общем анализе мочи – >5 лейкоцитов в поле зрения;
- в пробе по Нечипоренко – >2000 в 1 мл мочи ($>2 \cdot 10^6$ /л);
- в пробе по Аддис–Каковскому – $> 2\ 000\ 000$ /сут ($>2 \cdot 10^9$ /л);
- общий анализ крови: анемия, лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом, повышение СОЭ (в большей степени характерно для пиелонефрита). При лейкопении необходимо исключить септический процесс.

В последние годы при ИМП в порядке экспресс-диагностики широкое распространение получило исследование мочи с помощью быстрых тестов (dipstick tests), которые позволяют обнаружить присутствие лейкоцитарной эстеразы (пиурия) и оценить

активность нитратредуктазы (табл. 1). Присутствие нитратов высокоспецифично для метаболизма возбудителей из группы *Enterobacteriaceae*, но необходимо учесть, что возможно получение ложноотрицательных результатов, так как грамположительные бактерии и синегнойная палочка, не содержащие нитратредуктазы, не восстанавливают нитраты и потому дают отрицательную реакцию, а ложноположительные результаты появляются при употреблении пищевых продуктов, содержащих нитраты-нитриты.

Для пиелонефрита характерно нарушение функционального состояния почек тубулоинтерстициального типа: осмолярность мочи – <800 мосмоль/л при осмолярности крови <275 мосмоль/л; снижение относительной плотности мочи и показателей ацидо- и амониогенеза; уровень β_2 -микроглобулина в плазме крови – $>2,5$ мг/л, в моче – $>0,2$ мг/л.

При пиелонефрите определяют: ритм и объем мочеиспускания; проводят УЗИ органов мочевой системы, рентгеноконтрастные исследования (микционная цистография, экскреторная урография), применяют функциональные методы исследования мочевого пузыря (урофлоуметрия). Инвазивные исследования (цистометрия, профилометрия) не показаны в острый период болезни, в большинстве случаев – впоследствии. При дисфункции мочеиспускания обычно достаточно ведения дневника мочеиспускания и проведения урофлоуметрии.

Из дополнительных исследований возможны: ультразвуковая доплерография почечного кровотока; цистоуретероскопия; радионуклидные исследования (динамическая нефросцинтиграфия с тубулотропными ^{99m}Tc -MAG-3 и гломерулотропными ^{99m}Tc -Пентатех радиофармпрепаратами); компьютерная и магнитно-резонансная ангиография почек (по показаниям); исследование мочи на хламидии, микоплазмы, уреаплазмы (полимеразная цепная реакция, культуральный, цитологический, серологический методы), грибы, вирусы, микобактерии туберкулеза (посев мочи, экспресс-диагностика); оценка иммунологического статуса.

Не существует идеального протокола для наблюдения за детьми после первого эпизода ИМП.

Уросептики, назначаемые при ИМП (пиелонефрите) у детей

Фармакологическая группа	Препарат	Доза	Способ и режим введения
Производные 5-нитрофурана	Фурамаг	5 мг/кг/сут, не более 200 мг/сут	2–3 р/с, per os
	Фурагин	5–8 мг/кг/сут, не более 400 мг/сут	3–4 р/с, per os
	Нитрофурантоин	5–7 мг/кг/сут	3–4 р/с, per os
Производные налидиксовой кислоты	Неграм Невиграмон	Дети старше 3 мес 55 мг/кг/сут – начальная доза, 30 мг/кг/сут – поддерживающая	3–4 р/с, per os
Производные пипемидиновой кислоты	Палин	Дети старше 1 года – 15 мг/кг/сут	2 р/с, per os
Производные оксалиновой кислоты	5-НОК, нитроксолин	Дети старше 2 лет – 5 – 8 мг/кг/сут	2–3 р/с, per os
Комбинированные сульфаниамиды*	Бисептол	Дети старше 2 мес – 6–8 мг/сут**	1 р/с, per os

Примечание. * – применение крайне ограничено из-за высокой резистентности уропатогенов; ** – расчет дозы по триметоприму; здесь и далее р/с: разы в сутки.

Обсуждается необходимость применения «агрессивного» протокола, имеющего высокую чувствительность в обнаружении пузырно-мочеточникового рефлюкса и сморщивания почки, но его применение затруднено у детей раннего возраста и связано с высокой дозой облучения при проблематичных преимуществах (La Scola C. et al., 2013, и др.).

Лечение

Вопрос о госпитализации решается в зависимости от тяжести течения заболевания и необходимости проведения обследования. Режим в период выраженной активности микробно-воспалительного процесса (лихорадка, явления интоксикации) – постельный, полупостельный. Соблюдают режим «принудительных» мочеиспусканий – через 2–3 ч в зависимости от возраста. Предпринимаются гигиенические меры, аналогичные таковым при энурезе (Григорьев К.И., 2009).

Диета. Ограничивают продукты с высоким содержанием белка, экстрактивных веществ, избытком натрия, для метаболизма которых требуются большие энергетические затраты. Обеспечивают достаточное питье – в объеме на 50% больше возрастной нормы в виде некрепкого чая, компота, морса, соков.

Рекомендуется прием слабощелочных минеральных вод (типа смирновской, славяновской, Эссентуки № 17, Варзи-Атчи) из расчета 3–5 мл на 1 кг массы тела на прием; не более 200 мл на прием 3 раза в день, курс – 10–20 дней.

Антибактериальная терапия. Своевременное ее проведение позволяет достичь полной ремиссии в 100% случаев. Правила проведения:

- желательна после определения чувствительности микрофлоры;
- начинают ее как можно раньше;

- следует соблюдать возрастные дозы;
- продолжительность антибактериальной терапии должна быть достаточной.

Антибиотикотерапия должна обеспечивать полное подавление активности возбудителя, обычно ее длительность 2–4 нед со сменой антибиотика каждые 7–10 дней /заменой на уросептик (Длин В.В. и др., 2011).

При инфекции нижних мочевых путей, цистите, уретрите (так называемая афебрильная инфекция мочевых путей) показано назначение уросептиков (табл. 2); в случаях подозрения на инфекцию верхних мочевых путей (пиелонефрит) лечение начинают с антибиотиков (Захарова И.Н. и др., 2013; Шатохина О.В., Османов И.М., 2011, и др.).

Антибиотики выбирают с учетом эффективности в отношении наиболее частых возбудителей пиелонефрита, результатов посева, тяжести заболевания (табл. 3). Предпочтительный путь введения – парентеральный в течение 3–7 дней с переходом на ступенчатую терапию. Для эмпирической терапии тяжелых форм пиелонефрита и ИМП используют комбинации антибиотиков:

- «защищенные» пенициллины + аминогликозиды;
- цефалоспорины III–IV поколения + аминогликозиды;
- карбопенемы;
- пиперациллин/тазобактам;
- тикарциллин/клавулановая кислота;
- при подтверждении энтерококковой или стафилококковой этиологии: ванкомицин + амикацин или цефалоспорины III–IV поколения.

Цефиксим (супракс, панцеф) проявляет высокую активность в отношении большинства уропатогенов: *E. coli*, *Klebsiella pneumoniae*, *Proteus mirabilis*, *Citrobacter diversus*, *Providencia rettgeri*,

Антибиотики, применяемые при лечении пиелонефрита ИМП у детей

Фармакологическая группа	Препарат	Доза	Способ и режим введения
Защищенные аминопенициллины	Амоксициллина клавуланат (флемоклав солютаб, аугментин, амоксиклав)	40–60 мг/кг/сут*	2–3 р/с, per os
Цефалоспорины III поколения	Цефтриаксон (роцефин, лендацин)	Дети до 3 мес – 50 мг/кг/сут Дети старше 3 мес – 20–75 мг/кг/сут	1–2 р/с, в/в, в/м
	Цефтибутен (цедекс)	Дети старше 12 мес: при массе тела <45 кг – 9 мг/кг/сут; при массе тела >45 кг – 400 мг/сут	1–2 р/с, per os
	Цефиксим (супракс)	Дети старше 6 мес и с массой тела до 50 кг – 8 мг/кг/сут; старше 12 лет – 400 мг/сут	1–2 р/с, per os
	Цефотаксим (клафоран) Цефтазидим (фортум)	Дети до 3 мес жизни** – 50 мг/кг/8 ч Дети старше 3 мес – 50–100 мг/кг/сут Дети до 3 мес – 30–50 мг/кг/8 ч Дети старше 3 мес – 30–100 мг/кг/сут	2–3 р/с, в/в, в/м 2–3 р/с, в/в, в/м
Цефалоспорины IV поколения	Цефепим (максипим)	Дети старше 2 мес – 50 мг/кг/сут	3 р/с, в/в
Аминогликозиды II поколения	Гентамицин	Дети до 3 мес – 2,5 мг/кг/8 ч Дети старше 3 мес – 3–5 мг/кг/сут Дети до 3 мес – 2,5 мг/кг/8 ч	1–2 р/с, в/в, в/м
	Нетилмицин (нетромицин)	Дети старше 3 мес – 4–7,5 мг/кг/сут	1–2 р/с, в/в, в/м
Аминогликозиды III поколения	Амикацин	Дети до 3 мес – 10 мг/кг/8 ч Дети старше 3 мес – 15–20 мг/кг/сут	1–2 р/с, в/в, в/м
Карбапенымы	Имипенем	Дети до 3 мес – 25 мг/кг/8 ч Дети старше 3 мес при массе тела: <40 кг – 15–25 мг/кг/6 ч; >40 кг – 0,5–1,0 г/6–8 ч, не более 2,0 г/сут	3–4 р/с, в/в
	Меропенем	Дети старше 3 мес: 10–20 мг/кг/8 ч (максимум 40 мг/кг/8 ч), не более 6 г/сут	3 р/с, в/в

Примечание. В/в – внутривенно; в/м – внутримышечно; * – расчет дозы по амоксициллину; ** – дозы (до 3 мес) указаны для детей с нормальной массой тела старше 7 дней.

Neisseria gonorrhoeae и не действует на *Staphylococcus aureus*, *Pseudomonas aeruginosa*. Препарат обладает высокой биодоступностью, прием пищи не оказывает существенного влияния на его биодоступность и фармакокинетику. В моче цефиксим создает концентрации, во много раз превышающие минимальную подавляющую концентрацию большинства микроорганизмов, вызывающих ИМП. Формы выпуска панцефа: гранулы для приготовления суспензии для приема внутрь: в 5 мл готовой суспензии 100 мг цефиксима; таблетки по 400 мг цефиксима. Режим дозирования: внутрь, для детей старше 12 лет с массой тела >50 кг суточная доза – 400 мг (1 р/с или по 200 мг 2 р/с). Курс лечения – 7–10 дней.

В качестве средства эмпирической терапии не следует назначать ампициллин, амоксициллин, цефалексин, ко-тримоксазол в связи с высокой резистентностью к ним основных возбудителей мочевой инфекции!

Курс антибиотикотерапии длится от 2–4 до 7–14 дней. Короткий курс показан детям школь-

ного возраста с локальной симптоматикой ИМП, низкой степенью вероятности пузырно-мочеточникового рефлюкса. В ряде случаев после полноценного курса антибиотиков и уросептиков необходима противорецидивная уросептическая терапия для предотвращения повторных эпизодов ИМП – как цистита, так и пиелонефрита. Показания к антимикробной противорецидивной терапии:

- наличие 3 и более эпизодов ИМП в течение года; пузырно-мочеточниковый рефлюкс, аномалии органов мочевой системы; тяжелая нейрогенная дисфункция мочевого пузыря;
- возраст ребенка до 3 лет при наличии эпизода пиелонефрита в анамнезе; рубцы в почке, мочекаменная болезнь; дизурические явления; инфекция мочевой системы у девочек (в анамнезе);
- рецидивы инфекции нижних мочевых путей у сексуально активных девочек-подростков.

Длительность противорецидивной терапии – от 2–6 нед до 3 мес и более.

Для лечения неосложненного цистита применяют монурал (фосфомицин трометамол). Монурал рекомендуют детям с 1 года внутрь по 2 г, взрослым – по 3 г; предварительно растворяют в воде; принимают 1 р/с через 3 ч после еды (лучше – перед сном после опорожнения мочевого пузыря) в течение 1–2 дней.

Для устранения болевого синдрома применяют спазмолитики: дротаверин (но-шпа), свечи с беладонной, папаверин, троспия хлорид (спазмекс в табл.):

- метамизол натрия (баралгин), дозы – 5–10 мг/кг/сут на 2–3 приема в таблетках; детям до 1 года – только внутримышечно и в свечах.

Фитотерапию назначают на заключительном этапе лечения или в качестве средства профилактики. Используют сборы трав, обладающих противовоспалительными, антисептическими, регенерирующими и мочегонными свойствами: листья брусники, листья и почки березы, траву золотарника обыкновенного, ягоды клюквы, можжевельника и др.; так, полезен чай «Урофлюкс», состоящий из коры ивы, листьев березы, листьев толокнянки, трав хвоща и золотника, корней рудбекии, лакричника, стальника, корневищ злаков, который употребляют по 3–5 чашек в день, или препарат «Канефрон», содержащий золототысячник, кожуру шиповника, любисток, розмарин. Канефрон для детей выпускается в каплях в виде сиропа, который удобно дозировать: детям от рождения до 3 лет – по 10 капель, от 3 до 6 лет – по 15, от 6 до 16 лет – по 25, хотя можно давать и взрослым – по 50 капель 3 раза в день. Капли Канефрон Н разрешены к применению даже у грудных детей, их смешивают с любой жидкостью (молоко, смесь, чай или вода). Канефрон Н в драже дают детям от 6 до 16 лет по 1 драже, пациентам старше 16 лет – по 2 драже 3 р/с.

Комбинированные растительные препараты принимают в комбинации с антибиотиками или в режиме монотерапии с 5 лет. Растение ортосифон тычинковый больше известно как почечный чай (*Orthosiphon stamineus*). Стандартизированным препаратом клюквы является Монурель, он может рассматриваться как альтернатива антибактериальным лекарственным средствам в случае их плохой переносимости или нежелания применять их длительно.

Вспомогательная терапия. Применяют антиоксиданты и стабилизаторы клеточных мембран (бетакаротин/витамин Е, селен, аскорбиновая кислота, при отсутствии – оксалурии), средства кор-

рекции вторичной митохондриальной дисфункции (коэнзим Q, левокарнитин, димефосфон), иммуномодуляторы (интерферон- α_2 , эхинацея), средства неспецифической стимуляции (лизоцим, пентоксил), аппаратной физиотерапии (дециметровые волны, токи надтональной частоты), у детей с метаболическими нарушениями проводят по показаниям коррекцию гипероксалурии, уратурии и др., при нейрогенной дисфункции мочевого пузыря применяют лекарственные препараты, улучшающие метаболические и биоэнергетические процессы в нервных клетках и влияющие на нейромедиаторные системы мозга; коррекции подлежат и явления, связанные с дисбиозом кишечника. В период ремиссии больному ребенку показаны фитотерапия, лечение на курортах (Железноводск, Ессентуки) и в местных детских санаториях.

В последние годы значительно возросло число детей с пиелонефритом, инфицированных герпесвирусами. При их лечении требуется особая тактика (Орехова С.Б., Ботвиньев О.К., 2011). Таким детям, по-существу – с микст-инфекцией, помимо антибиотикотерапии, с 4 лет назначают циклоферон (низкомолекулярный индуктор интерферона) в дозе 10 мг/кг (в возрасте 4–6 лет – по 150 мг: 1 таблетка), детям 7–11 лет – по 300–450 мг, старше 12 лет – по 450–600 мг или 3–4 таблетки); лекарство принимают 1 р/с за 30 мин до еды, не разжевывая, запивают 1/2 стакана воды; используют специальную схему приема: на 1, 2, 4, 6, 8, 11, 14-е сутки лечения.

Профилактика

Медсестра обучает родителей и больного ребенка соблюдать правила личной гигиены, контролирует восстановительный период; проводит санацию очагов хронической инфекции, предупреждает и лечит глистные инвазии и т.д.

В целях профилактики предлагают фурановые препараты (фурамаг, фурагин), лиофилизированный лизат бактерий *E. coli* (уро-ваксом) или фитопрепарат канефрон Н. Для профилактики ИМП при острой респираторной инфекции детям группы риска по ИМП канефрон Н назначается на 10–14 дней (Эрман М.В., 2014).

Многонаправленный механизм действия нитрофуранов обеспечивает отсутствие резистентности к ним основных уропатогенов на протяжении многих лет. Благодаря двухкомпонентному составу фурамага (фуразидина калиевая соль и карбонат магния основной) он дает выраженный терапевтический эффект и хорошо переносится. Противорецидивная терапия продолжается не менее 6 нед.

Рекомендуемая литература

Григорьев К.И. Энурез: ответы на актуальные вопросы медицинской практики // Медицинская сестра. – 2009; 8: 16–19.

Ермоленко В.М., Филатова Н.Н., Малкоч А.В. Инфекция мочевых путей и ее лечение в возрастном аспекте // Лечащий врач. – 2012; 8: 8–11.

Захарова И.Н., Мумладзе Э.Б., Мозжухина М.В. Инфекция мочевой системы у детей: современные подходы к лечению // Consilium medicum. Педиатрия. – 2013; 2: 54–57.

Инфекция мочевой системы у детей. Под ред. В.В.Длина, И.М.Османова, О.Л.Чугуновой, А.А.Корсунского. – М.: М-Арт, 2011. – 384 с.

Кириллов В.И., Богданова Н.А. Инфекция мочевой системы у детей: патогенетические сдвиги и их коррекция с целью профилактики обострений // Вопр. совр. педиатрии. – 2011; 4: 81–90.

Орехова С.Б., Ботвиньев О.К. Тактика ведения больных пиелонефритом детей, инфицированных герпес-вирусами. – СПб-М., 2011. – 32 с.

Цыгин А.Н. Инфекция мочевыводящих путей у детей // Педиатрическая фармакология. – 2010; 6: 39–43.

Чащина И.Л. Современные представления о терапии мочевых инфекций у детей // Фарматека. – 2013; 1: 88–90.

Шатохина О.В., Османов И.М. Современные методы лечения инфекции мочевой системы у детей // Рос. вестн. перинатол. и педиатр. – 2011; 1: 54–57.

Эрман М.В. Фитотерапия в лечении инфекции мочевой системы у детей // Эффективная фармакотерапия. Педиатрия. – 2014; 2: 18–21.

CHILDHOOD URINARY TRACT INFECTION

N.A. Kazimirova, Cand. Med. Sci.; O.V. Raletneva; Prof. K.I. Grigoryev, MD

N.I. Pirogov Russian National Research Medical University, Moscow

G.N. Speransky City Children's Clinical Hospital Nine, Moscow Healthcare Department

The paper describes the clinical form of urinary tract infection in children and gives a set of studies, diagnosis, dietary recommendations, and prevention.

Key words: urinary tract infection, pyelonephritis, treatment, complications, diet.

ИНФОРМАЦИЯ**Как правильно позаботиться о себе в случае заболевания ОРВИ****Только «неправильные» взрослые не берут больничный лист**

Причин этого множество: от невозможности оставить важные дела на работе до нежелания посещать врача, а также потерять в зарплате. Действительно, чтобы получить больничный, нужно так или иначе показаться врачу или вызвать его на дом, или пойти в поликлинику. Первичный больничный лист выдается на 3 дня, а в случае продолжения болезни продлевается – опять на приеме у специалиста. При этом оплата бюллетеня государством не может превышать максимальный размер пособия по временной нетрудоспособности, установленный законом. В 2014 г. он составляет 1 479,45 руб. в день.

Чем Вы рискуете, если не лечитесь?

Главная опасность – не сама вирусная инфекция, а ее осложнения. Известно, что сразу после начала эпидемии ОРВИ резко возрастает посещаемость оториноларингологов, инфекционистов и других специалистов в связи с пневмониями, ангинами, бронхитами, менингитами, отитами, синуситами и другими видами патологии. Напоминаем:

- продолжительность лечения ОРВИ – 5–7 дней;
- продолжительность лечения ангины – 7–14 дней;
- продолжительность лечения синусита – 10–14 дней;
- отита – 8–10 дней.

Теперь о детях

В период подъема заболеваемости, особенно, если в окружении ребенка уже зафиксированы случаи ОРВИ, при любом подозрении на болезнь, в том числе – при повышении температуры, его показывают педиатру. Если в детском учреждении 25% детей заболевают ОРВИ, объявляется карантин. Такие меры не случайны: у детей раннего

возраста эти заболевания протекают длительнее, чем у взрослых, с риском развития осложнений.

«Правильное» отношение к инфекции

Желательно остаться дома при первых проявлениях болезни: это не только предотвратит распространение инфекции (в транспорте или на работе), но и позволит организму более эффективно бороться с вирусами. Доводите лечение до конца. В любом случае лечить ОРВИ 5–7 дней гораздо выгоднее, чем провести еще 7–14 дней за лечением осложнений.

«Неправильные» взрослые ограничиваются 1–2 лекарствами на выбор или не лечатся вообще

При первых признаках ОРВИ люди чаще всего начинают принимать симптоматические лекарства – от жара, озноба или головной боли. К врачу обращаются только 20% заболевших, остальные предпочитают заниматься самолечением. На первый взгляд, такой подход облегчает жизнь врачам, провизорам и пациентам. Однако впоследствии это может привести к осложнениям, негативно сказаться на защитных силах организма и состоянии внутренних органов.

А как обстоит дело с детьми?

По статистике, дети болеют ОРВИ чаще в 4–6 раз, чем взрослые. Чтобы предотвратить осложнения или переход заболевания в хроническую форму, лечение ОРВИ должно быть комплексным. У детей рекомендуется использовать средства с высоким профилем безопасности: при насморке можно использовать препарат для промывания носа, например Аквамарис; при сухом и влажном кашле подойдет сироп. Пригодятся в домашней аптечке ингаляторы, например небулайзер.

(Окончание – см. с. 13)