

# ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

**Д.А. Лиознов**, канд. мед. наук, **В.А. Лапотников**, проф., **В.Н. Петров**, проф.  
Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова,  
Санкт-Петербургская медицинская академия последипломного образования  
**E-mail:** vlapotnikov@mail.ru

**Приведены причины, принципы диагностики и лечения, профилактики острых респираторных заболеваний, составляющие сестринской помощи при этих заболеваниях.**

**Ключевые слова:** острые респираторные вирусные инфекции, тактика лечения.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются заболеваниями, наиболее распространенными среди населения земного шара. Они поражают верхние отделы дыхательных путей и наблюдаются преимущественно во время эпидемических вспышек осенью и зимой (ноябрь – февраль). Группу ОРВИ составляют: грипп (вирусы А, В, реже – С), парагрипп, аденовирусные, респираторно-синцициальные, риновирусные и коронавирусные заболевания. На их долю приходится 80–90% всех инфекционных заболеваний.

Грипп поражает население преимущественно в период эпидемий, в то время как основной причиной заболеваний в межэпидемический период являются ОРВИ другой этиологии. Медико-социальное значение этих заболеваний определяется их частотой, неблагоприятным влиянием на состояние здоровья, возможностью развития тяжелых осложнений и хронических форм, существенными экономическими потерями в связи с временной нетрудоспособностью и смертью. В период эпидемии гриппа болеют от 5 до 20% населения. Ежегодно гриппом заболевают каждый 10-й взрослый и каждый 3-й ребенок. По данным ВОЗ, ежегодно во время вспышек гриппа число больных в мире достигает 3–5 млн. В России в 2005–2006 гг. официально было зарегистрировано соответственно более 27,7 и 27,6 млн случаев гриппа и ОРВИ, при этом дети до 14 лет составили около 60% переболевших.

Высокая восприимчивость к гриппу характерна для людей всех возрастных групп, но больше всего подвержены заболеванию дети в возрасте от 1 до 14 лет. Относительно редкими являются случаи гриппа у детей первых месяцев жизни, которые получили пассивный иммунитет матери, но с 6 мес дети могут инфицироваться гриппом.

Среди лиц, составляющих группы риска, смертность в период эпидемии гриппа в 50–100 раз выше, чем среди здоровых людей. Эксперты ВОЗ выделяют следующие группы лиц, которым рекомендуются ежегодные прививки против гриппа:

- дети от 6 мес до 3 лет (отсутствие иммунитета против вирусов гриппа, так как у них не было контакта с этим заболеванием);
- часто болеющие дети, а также дети, посещающие детские учреждения;
- пациенты, страдающие хроническими заболеваниями почек, сердца, легких, эндокринной системы, онкологическими заболеваниями, заболеваниями крови, а также лица, имеющие нарушения иммунитета (в том числе ВИЧ-инфицированные) или получающие препараты, подавляющие иммунитет, лучевую и химиотерапию;
- пациенты, перенесшие пересадку органов или тканей; лица, страдающие болезнями и(или) пороками развития центральной нервной системы;
- люди старше 65 лет, вне зависимости от наличия или отсутствия хронических заболеваний (в этой возрастной группе заболеваемость гриппом в 5–10 раз выше, чем среди людей моложе 65 лет; вакцинация не только предупреждает инфицирование, но и существенно уменьшает частоту развития, тяжесть течения инфарктов миокарда и инсультов);
- лица любого возраста, находящиеся в медицинских или иных учреждениях длительного и постоянного пребывания, а также те, кто ухаживает за ними;
- врачи, медсестры и другой персонал больниц, поликлиник и учреждений по уходу за больными и инвалидами;
- учителя и лица, работающие в детских учреждениях.

## Этиология и патогенез

Возбудители гриппа относятся к семейству ортомиксовирусов и являются пневмотропными вирусами.

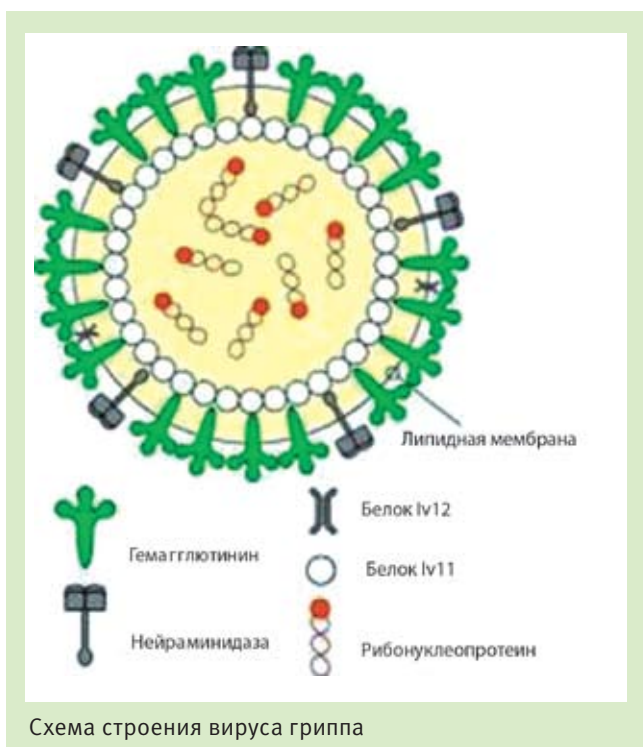


Схема строения вируса гриппа

Схематически строение вируса гриппа представлено на рисунке.

Геном вируса складывается из 8 фрагментов односторонней РНК, которые кодируют 10 вирусных белков. Фрагменты РНК имеют общую соединяющую их белковую оболочку и образуют антигенно-стабильный рибонуклеопротеид (S-антиген), который определяет принадлежность вируса к серотипу А, В или С. Снаружи вирус покрыт двойным липидным слоем, с внутренней стороны которого находится слой мембранного белка. Над оболочкой вируса поднимаются «шипы» 2 типов (гликопротеины) – гемагглютинин (Н) и нейраминидаза (N) – поверхностные антигены вируса гриппа. Гемагглютинин – полипептид, названный так благодаря способности гемолизировать (разрушать) эритроциты. Он имеет высокую изменчивость и иммуногенность, обеспечивая прикрепление вируса к клетке. Нейраминидаза – гликопротеидный комплекс, который определяет ферментативную активность и способность вирусной частицы проникать в клетку хозяина и выходить из нее после размножения. Гемагглютинин и нейраминидаза – факторы агрессии вируса гриппа, так как интенсивность интоксикации при гриппе определяется свойствами гемагглютинина, а иммунодепрессивное действие связано с нейраминидазой. Гемагглютинин и нейраминидаза характеризуются выраженной способностью к изменчивости, чем обусловлено появление новых антигенных вариантов вируса.

Вирусы гриппа А более вирулентны (лат. *virulentus* – болезнетворный) и контагиозны (лат.

*contagiosus* – заразный), чем вирусы гриппа В и С. Они поражают как человека, так и некоторых животных (лошадь, свинья, хорек, птицы), являются причиной ежегодных эпидемий и тяжелых пандемий и, как правило, вызывают заболевание средней или сильной тяжести. Вирусы гриппа В не вызывают пандемии, обычно являются причиной локальных вспышек заболевания и эпидемий, которые могут совпадать с эпидемиями гриппа типа А или предшествовать им. Вирусы гриппа В циркулируют только в человеческой популяции.

Вирусы гриппа С менее изучены, чем вирусы А и В. Они инфицируют только человека, не вызывают эпидемий, не приводят к серьезным последствиям и являются причиной спорадических заболеваний (чаще у детей). Заболеваемость, вызванная вирусом гриппа С, часто совпадает с эпидемией гриппа типа А. Клиническая картина при этом такая же, как при легких и умеренно тяжелых формах гриппа А. Вирусы гриппа А, В, С малоустойчивы во внешней среде и разрушаются в течение нескольких часов при комнатной температуре. Они быстро погибают под воздействием ультрафиолетового излучения и дезинфицирующих растворов (спирта, формалина, сулемы, кислот, щелочей). Нагревание до 50–60°C инактивирует вирусы в течение нескольких минут. Они устойчивы к низким температурам: в замороженном состоянии при температуре -70°C сохраняются годами, не теряя инфекционных свойств. Активное размножение вируса происходит при + 37°C в слабощелочной среде.

Вирусы гриппа, как и другие вирусы, не растут на обычных питательных средах. Их можно выделить из материала, полученного от больного в первые дни болезни (смывы из носоглотки, мокроты), заражая культуру или клетки куриных эмбрионов; они нечувствительны к антибиотикам и сульфаниламидам.

Источником инфекции является больной человек. Заражение происходит воздушно-капельным, воздушно-пылевым, реже – бытовым путем.

Выраженность катарального синдрома и количество вируса в слизи верхних дыхательных путей человека во многом определяют его эпидемиологическую опасность для окружающих. Установлено, что в 0,0001 мл носоглоточного секрета содержится количество вируса, достаточное для инфицирования. При кашле, чихании, разговоре из носоглотки больного или вирусоносителя на расстояние 2–3 м распространяются частицы слюны, слизи, мокроты, образуя вокруг больного зону заражения с максимальной концентрацией аэрозольных частиц с вирусами гриппа. Крупные частицы оседают на предметах, окружающих человека. Жизнеспособность и инфекционные свойства ви-

руса гриппа сохраняются в воздухе помещений в течение 2–9 ч, на бумаге, картоне, тканях – 8–12 ч, на металлических предметах и пластмассе – 24–48 ч, на коже рук – 8–15 мин, на поверхности стекла – до 10 дней.

Мелкие аэрозольные частицы носоглоточного секрета с вирусом гриппа способны проникать в различные отделы дыхательных путей и вызывать инфицирование: частицы размером более 30 мкм оседают на слизистой оболочке носа, гортани и трахеи; размером 3–10 мкм — проникают в бронхиолы, размером 0,3–1 мкм могут достигать альвеол. Размножение вирусов происходит с исключительно высокой скоростью, чем объясняется короткий инкубационный период – от нескольких часов до 3 дней (чаще – 1–2 дня).

При отсутствии катарального синдрома, что наблюдается в инкубационном периоде, вирусы гриппа выделяются в единичных случаях, но в разгар заболевания отмечается интенсивное выделение вирусов. Необходимо помнить, что выделение вирусов может сохраняться и после нормализации температуры в период выздоровления, что обусловлено наличием остаточных катаральных явлений в дыхательных путях.

Общая продолжительность выделения вирусов гриппа А, В, С в зависимости от сохранения катарального синдрома достигает 26–30 дней. Известны случаи выявления вируса через 20–40 и даже через 150–180 дней после начала заболевания. Поэтому большую эпидемическую опасность представляют больные гриппом, которые при наличии катаральных симптомов не остаются дома, а продолжают ходить на работу, посещать общественные места, заражая большое количество людей.

Вирусы, попадая на слизистую оболочку верхних дыхательных путей, поражают (разрушают) её эпителиальные клетки и эндотелий сосудов. В результате страдают защитные свойства слизистой оболочки, нарушаются микроциркуляция и кровоснабжение в тканях, развивается их кислородное голодание, появляются клинические признаки заболевания. Биологические свойства вирусов определяют уровень поражения респираторного тракта (глотка, гортань, трахея, бронхи) и особенности клинической картины ОРВИ. Выраженность клинической симптоматики зависит и от состояния иммунной – защитной системы организма.

### **Диагностика**

Этиологически разные ОРВИ имеют сходную клиническую картину заболевания. Медсестра должна заподозрить или диагностировать ОРВИ, а не отдельную нозологическую форму (грипп, парагрипп и др.) на основании выявленных у боль-

ного в эпидемический период 2 клинических синдромов – *интоксикационного и катарально-респираторного*.

Наиболее типичные проявления этих синдромов представлены признаками общей интоксикации (повышение температуры тела, головная боль, слабость, утомляемость, снижение работоспособности, ухудшение аппетита, тошнота, рвота и др.) в сочетании с катарально-респираторными проявлениями (насморк, чихание, першение и боль в горле, осиплость голоса, грубый «лающий», «надсадный» кашель, гиперемия конъюнктив глаза и век, гиперемия тканей зева и др.). Грипп характеризуется острым началом, интоксикацией, лихорадкой, поражением (воспалением) верхних дыхательных путей, преимущественно трахеи. Его инкубационный период варьирует от нескольких часов до 2 сут.

Типичной форме гриппа свойственны озноб, повышение температуры в 1-е сутки заболевания до 30–40°C, сильная головная боль преимущественно в области надбровных дуг, лба, висков, боли в глазных яблоках и мышцах, першение в горле, «саднение» за грудиной, сухой кашель, слезотечение, светобоязнь, насморк. Отмечается выраженная общая слабость, больные вялы, сонливы. Необходимо отметить, что сильная головная боль в сочетании с бессонницей, бредом, многократной рвотой характерна для тяжелого течения гриппа и у детей чаще, чем у взрослых, может сочетаться с судорожным синдромом. При неосложненных вариантах заболевания температура нормализуется, как правило, в течение 3–5 дней. Катаральный синдром сохраняется около 7–10 сут, дольше всего отмечается кашель. У 10–15% больных лихорадка имеет двухволновой характер и может сохраняться более 5 дней, что связано с осложнениями, вызванными бактериальной флорой (пневмония и др.) или обострением хронических заболеваний. Изменения со стороны желудочно-кишечного тракта для гриппа нехарактерны. При тяжелых формах гриппа аппетит может быть снижен вплоть до анорексии. Стул чаще задержан, редко возможно его послабление. Последнее трактуют как «грипп с кишечным синдромом», «кишечную форму гриппа». Такое суждение ошибочно, поскольку подобным образом протекают и другие ОРВИ, причиной которых могут быть аденовирусы, реовирусная инфекция, кишечные вирусы Коксаки и ЕСНО, шигеллез и сальмонеллез. Кратковременная диарея при гриппе связана с обострением хронических заболеваний желудочно-кишечного тракта, особенностями питания, иногда с действием лекарственных средств. В зависимости от степени выраженности интоксикационного и катарально-респираторного синдромов выделяют легкую, среднетя-

желую, тяжелую и гипертоксическую (молниеносную – фульминантную) формы гриппа. Последняя многими специалистами рассматривается как осложнение гриппа.

*Легкая форма гриппа.* Температура тела не превышает 38°C и нормализуется через 2–3 дня. Симптомы общей интоксикации и катарального синдрома выражены слабо. По клиническим проявлениям легкая форма гриппа схожа с другими ОРВИ.

*Среднетяжелая форма гриппа.* Температура тела повышается до 39°C, характерны выраженные проявления интоксикационного и катарально-респираторного синдромов. Лихорадка продолжается до 4–5 сут. Эта форма гриппа диагностируется наиболее часто.

*Тяжелая форма.* Характерны острое начало, высокая и более длительная лихорадка (39–40°C) с выраженными проявлениями интоксикационного и катарально-респираторного синдромов.

Признаки тяжелой формы гриппа:

- температура 39–40°C;
- резкая слабость (вплоть до адинамии);
- сильные мышечные боли и головная боль;
- сонливость или бессонница, головокружение;
- возможен бред, галлюцинации, потеря сознания, судороги;
- тошнота, повторная рвота;
- землистый оттенок кожных покровов;
- постоянная одышка, усиливающаяся при движениях.

Часто наблюдаются осложнения со стороны органов дыхания (пневмония).

*Молниеносная (фульминантная) – гипертоксическая форма гриппа* характеризуется выраженным ознобом, высокой лихорадкой – температура выше 40°C и прогрессирующим ухудшением состояния больного из-за развития тяжелого интоксикационного синдрома, с которым связано развитие сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточности, отека головного мозга. У больных могут отмечаться выраженная общая слабость, головные боли, головокружения, обморочные состояния, бессонница, нарушения сознания, судороги. Возможны жалобы на отсутствие аппетита, тошноту, рвоту, одышку, колющие боли в груди, кашель с «ржавой» мокротой».

При осмотре больного медсестру должны насторожить (кроме перечисленных признаков) синюшность (цианоз) кожи с серым оттенком, нарушения ритма дыхания, тахикардия или брадикардия, снижение артериального давления. Нередко имеет место геморрагический синдром, проявляющийся носовыми кровотечениями, кровоточивостью десен, петехиальными высыпаниями (мельчайшие кровоизлияния) на коже и слизистых оболочках,

кровохарканьем, положительный симптом «щипка» (на месте щипка под ключицей появляются петехии – мельчайшие кровоизлияния).

### **Особенности проявлений гриппа в разных возрастных группах**

У детей раннего возраста на первый план может выступать нейротоксикоз с симптомами менингизма: многократной рвотой, заторможенностью при субфебрильной или нормальной температуре. Могут развиваться бронхолит, ларингит, круп. Кашель при крупе грубый, лающий, дыхание шумное, наблюдается напряжение со стороны вспомогательных дыхательных мышц. У лиц пожилого и старческого возраста грипп может проявляться невысокой температурой, но с выраженными признаками интоксикации, которая усугубляется активацией имеющейся у пациента хронической инфекции или развитием (присоединением) новых воспалительных заболеваний (пневмония, пиелонефрит и др.), что и определяет тяжесть состояния больного и прогноз.

В связи с отсутствием четких различий между среднетяжелой и тяжелой формами гриппа, нередко его быстрым прогрессированием необходимо активное наблюдение за больным на следующий день после первичного осмотра и в дальнейшем. Больной подлежит обязательной госпитализации в инфекционный стационар при сохранении высокой температуры и интоксикации, отсутствии улучшения состояния и выявлении осложнений.

Основные клинические особенности ОРВИ (помимо гриппа):

- Парагрипп: возникает остро лишь у половины больных, у других начинается постепенно на фоне невысокой температуры (37,5–38°C), без выраженных симптомов общей интоксикации. В клинической картине преобладают поражения верхних дыхательных путей: боль в горле, грубый «лающий» и болезненный кашель с чувством жжения по ходу трахеи, охриплость или осиплость голоса, заложенность носа, которая сменяется ринореей.
- Аденовирусная инфекция: начинается достаточно остро, с озноба, умеренной головной боли, иногда наблюдаются боли в суставах и мышцах, температура тела достигает 38–39°C. Интоксикационный синдром умеренно выражен; преобладают катаральные явления (ринит, фарингит, конъюнктивит, тонзиллит), боль в горле, охриплость голоса, заложенность носа, кашель. При осмотре больного отмечают гиперемия и одутловатость лица, конъюнктивит; миндалины часто покрыты белым налетом в виде точек или островков.

Возможно поражение желудочно-кишечного тракта, проявляющееся диспепсическими явлениями и кратковременной диарей.

- **Респираторно-синцитиальная инфекция:** в большинстве случаев протекает в виде легкого респираторного заболевания с признаками слабовыраженной интоксикации. Температура тела обычно субфебрильная, иногда достигает 38°C. Постоянный и основной симптом поражения верхних дыхательных путей – сухой приступообразный, навязчивый кашель; катаральные изменения – умеренная гиперемия неба и дужек (ринит).
- **Риновирусная инфекция:** встречается в течение всего года, но подъем ее отмечается весной и осенью. Характеризуется поражением верхних дыхательных путей. Основным симптомом заболевания – выраженный насморк с интенсивными серозными выделениями, которые сначала имеют водянистый характер, потом становятся слизистыми. Наряду с ринореей часто наблюдаются сухой кашель, гиперемия век, слезотечение. Обращает на себя внимание несоответствие выраженного ринита слабым общетоксическим проявлениям (субфебрильная или нормальная температура тела, удовлетворительное общее состояние).
- **Коронавирусная инфекция:** преимущественное поражение верхних дыхательных путей (чаще в виде ринита) или желудочно-кишечного тракта (по типу гастроэнтерита), болеют преимущественно дети и подростки. У взрослых часто протекает в легкой форме или стерто. Легкой форме заболевания свойственен острый ринит при малой выраженности интоксикационного синдрома. Тяжелая форма протекает с выраженным интоксикационным синдромом, волнообразной лихорадкой, поражением нижних дыхательных путей (бронхит, пневмония).
- **Реовирусная инфекция** чаще возникает в осенне-зимний период, болеет городское население, в первую очередь – дети раннего возраста. Путь заражения – чаще воздушно-капельный, реже – фекально-оральный. Начало заболевания характеризуется появлением насморка, кашля, их сочетания (чаще – у детей) с рвотой, болями в животе и жидким стулом без примесей. Интоксикационный синдром выражен умеренно и больше у детей с подъемом температуры до 37°C. Обращает на себя внимание преимущественное поражение верхних дыхательных путей и желудочно-кишечного тракта.

**Диагностика гриппа** в период эпидемий не представляет, как правило, существенных трудностей. В этот период грипп диагностируют на основании клинико-эпидемиологических данных; возникновение массовых заболеваний в окружении больного, которые начались однотипно и внезапно с повышения температуры тела до высоких цифр, значительной интоксикации в виде лихорадки, адинамии, головной боли, миалгий, сухого кашля с болью за грудиной при слабовыраженных катаральных явлениях со стороны ротоглотки. В межэпидемическое время грипп встречается редко, часто протекает в легких и стертых формах, поэтому его трудно отличить от ОРВИ другой этиологии (в межэпидемический период диагноз гриппа должен быть подтвержден и лабораторно-диагностическими тестами).

*Специфические лабораторные методы диагностики гриппа.* По скорости получения результатов приоритетны:

- иммунофлюоресцентный метод, с помощью которого в мазках-отпечатках слизи из носа и зева больного выявляют вирусные антигены после их взаимодействия со специфическими антителами, мечеными флюорохромом; образование специфического комплекса антиген–антитело проявляется ярким красным свечением в поле зрения люминесцентного микроскопа;
- выявление адсорбции груженных антителами эритроцитов поверхности клеток, пораженных вирусом (реакция торможения гемадсорбции);
- выявление агглютинации обработанных противовирусными антителами эритроцитов под действием вируса гриппа (реакция непрямо́й гемагглютинации);
- реакция связывания комплемента и др.

Эти методики позволяют получить результат анализа через 3–5 ч с момента доставки материала в лабораторию.

К наиболее точным методам диагностики относится вирусологический метод – выделение вируса гриппа из секретов верхних дыхательных путей или из крови. Для повышения достоверности результатов исследования необходимо материал от больного брать в ранние сроки от начала болезни и доставлять его в вирусологическую лабораторию в охлажденном состоянии (в термосе, заполненном льдом, или портативном холодильнике). Для выделения вируса гриппа чаще всего используют куриные эмбрионы, реже – культуру клеток и лабораторных животных. Вирусологический метод является дорогостоящим, поэтому в практическом здравоохранении применяется редко.

Методы ретроспективной диагностики (подтверждения диагноза). Наибольшее распространение получили серологические методы. Результат считается информативным, если определяется нарастание титра специфических антител в 4 и больше раз при исследовании парных сывороток крови, взятых в разгар заболевания с интервалом не менее 7–14 дней. Серологическая диагностика гриппа обеспечивает точное определение вируса, особенно при атипичном или бессимптомном течении гриппозной инфекции.

### Тактика ведения больных

Пациентов с легкими, среднетяжелыми и неосложненными формами гриппа лечат на дому. Стационарное лечение показано при тяжелом (гипертоксическом) течении заболевания, его осложнениях, а также при наличии эпидемических показаний (проживание в общежитиях, интернатах и других коллективах).

При нахождении больных в домашних условиях медсестра должна информировать их о том, что в острый период заболевания недопустимы посещения поликлиники, общественных мест с целью исключения распространения заболевания. Пациента изолируют в отдельной комнате или за ширмой, помещение регулярно и хорошо проветривают, проводят в нем влажную уборку с использованием дезинфицирующих средств. Больной должен пользоваться отдельной посудой, которая обеззараживается крутым кипятком. Лицам, ухаживающим за больным или посещающим его, следует носить четырехслойную маску из марли.

Соблюдение постельного режима обязательно в течение всего лихорадочного периода, особенно важны общегигиенические мероприятия, правильный уход за кожей и полостью рта.

В целях дезинтоксикации как в домашних, так и в стационарных условиях назначается обильное теплое питье – чай с медом, липовым цветом, ягодой калины, малиновым, моршковым и брусничным вареньем, молоко, морсы, соки, компоты.

Диета в первые дни заболевания должна быть достаточно щадящей и состоящей из молочных продуктов, овощей и фруктов. Целесообразно использовать фрукты и фруктовые соки, богатые аскорбиновой кислотой (цитрусовые и др.). По мере выздоровления и уменьшения проявлений интоксикационного синдрома рацион постепенно расширяется, приближаясь к рациональному питанию здорового человека.

Следует отметить важную роль медсестры в обучающей деятельности, направленной на ознакомление пациента и членов его семьи с принципами организации противоэпидемических меро-

приятий, профилактики и лечения при гриппе и других ОРВИ.

Медсестра следит за динамикой клинических проявлений заболевания, контролирует выполнение пациентом назначений врача, выявляет побочные (отрицательные) проявления действия лекарственных средств и информирует об этом врача. Длительное сохранение повышенной температуры – более 7 дней от начала заболевания – может быть косвенным свидетельством развития осложнений гриппа (бронхит, пневмония, синусит, пиелонефрит и др.).

### Лечение

Лечение больных ОРВИ относится к компетенции врача. При легком течении и субфебрильной температуре используют немедикаментозные средства: горчичные или горчично-масляные обертывания, горячие ножные и ручные ванны, теплые ингаляции 2% щелочными растворами и настоями трав.

Комплексная терапия ОРВИ предусматривает применение этиологических, патогенетических и симптоматических средств. Ведущая роль принадлежит этиологическому – противовирусному – лечению с использованием интерферонов и их индукторов. Последние обладают противовирусной активностью вследствие стимуляции образования собственных интерферонов в различных органах и тканях человека.

В связи с выраженными отрицательными (побочными) реакциями рекомбинантных  $\alpha$ - и  $\beta$ -интерферонов в клинической практике в настоящее время чаще используют менее токсичные и достаточно эффективные индукторы интерферона: циклоферон, арбидол, лавомакс и др. Доказали свою эффективность в отношении вируса гриппа А относительно старый препарат ремантадин и недавно используемая – занамивир. Тамифлю (озельтамивир) применяют при лечении больных, инфицированных вирусом гриппа А и В. Широким спектром противовирусного действия обладает рибавирин при лечении тяжелых форм гриппа. Распространено местное (интраназальное) использование оксацилиновой мази, лейкоцитарного и рекомбинантного (реаферон, гриппферон) интерферонов.

Применение противогриппозного или противокорревого  $\gamma$ -глобулина, гемодеза, полиглобукина, реополиглобукина, мафусола показано при тяжелом (гипертоксическом) течении гриппа.

Перечень патогенетических и симптоматических средств представлен жаропонижающими, болеутоляющими препаратами (парацетамол – панadol, ибупрофен – бруфен, нурофен) и др., противовоспалительными – фенспирид и др., антиокси-

дантными – цитохром, олифен и др., отхаркивающими – либексин, тусупрекс и др., витаминами – С, группы В, Р. Широко используют комбинированный препарат антигриппин (парацетамол, хлорфенамин, аскорбиновая кислота).

Жаропонижающие препараты, учитывая защитную реакцию лихорадки, показаны при температуре тела 39°C и выше, сильной головной боли и других проявлениях токсического синдрома.

Необходимо отметить, что доступное, эффективное жаропонижающее и болеутоляющее средство аспирин (ацетилсалициловая кислота) и аспиринсодержащие препараты не рекомендуется назначать при гриппе (риск развития кровотечений, бронхиальной астмы). Категорически не рекомендуется их назначение в детском и подростковом возрасте, так как на фоне вирусного поражения эти препараты могут привести к возникновению синдрома Рея – тяжелого заболевания с уровнем летальности до 50–80%. Синдром Рея – острая энцефалопатия с отеком мозга и жировой инфильтрацией органов, преимущественно – печени, возникает у новорожденных, детей и подростков через 4–6 дней после начала лечения аспирином. Характерно внезапное и стремительное ухудшение состояния ребенка, что проявляется тошнотой, неукротимой рвотой, в 40–50% случаев – увеличением печени, судорогами, прогрессирующим изменением психического статуса ребенка от легкой заторможенности, эпизодов дезориентации и психомоторного возбуждения до глубокой комы, остановки дыхания.

При ОРВИ для снижения температуры обосновано (особенно у детей) применение парацетамола (одного из самых безопасных анальгетиков) или нестероидных противовоспалительных препаратов (ибупрофен и др.).

Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают при осложнениях ОРВИ (пневмония, синусит, пиелонефрит и др.), а при наличии показаний – при гипертоксической форме гриппа.

### Профилактика

Профилактика ОРВИ имеет важное социальное значение, что обусловлено их большой распространенностью, неблагоприятным влиянием на состояние здоровья населения и значительными экономическими затратами. Специфическая профилактика затруднена ввиду широкого распространения, высокой контагиозности и биологической (генетической) изменчивости большинства вирусов, нестойкости формирующегося иммунитета и невозможности создания универсальной противовирусной вакцины. Для плановой специфической профилактики используют живую (интраназально) или инактивированную (внутри-

кожно, подкожно) противогриппозные вакцины. В России с 2006 г. для иммунизации 22 млн. человек из групп риска было предусмотрено приобретение отечественной трехвалентной полимерсубъединичной вакцины «Гриппол», и в рамках Национального проекта в сфере здравоохранения в течение сентября 2006 – января 2007 г. иммунопрофилактика осуществлена у 21,95 млн человек. Массовая вакцинация населения целесообразна только при возникновении пандемии гриппа.

В период эпидемических вспышек ОРВИ, особенно при наличии контакта с больным, целесообразно применять с профилактической целью противовирусные и иммуностимулирующие препараты: ремантадин, арбидол, иммунал, полиоксидоний, лейкоцитарные и рекомбинантные интерфероны. Существенную роль в предупреждении ОРВИ играют общегигиенические, оздоровительные (прогулки на свежем воздухе, закаливание, полноценное питание с достаточным содержанием витаминов), противоэпидемические мероприятия, в том числе раннее и активное выявление больных, их изоляция, проведение текущей и заключительной дезинфекции в очаге заболевания.

### Рекомендуемая литература

Галкин В.А. Грипп и острые респираторные вирусные инфекции. Роль терапевта поликлиники в своевременной диагностике и лечении // Тер. архив. – 2010; 1: 5–11.

Грипп и другие респираторные вирусные инфекции: эпидемиология, профилактика, диагностика и терапия / Под ред. О.И.Киселева, И.Г. Маринича, А.А. Сомининой. – СПб.: Боргес, 2003. – 245 с.

Жукова Л. Дифференциальный диагноз, лечение и профилактика острых респираторных вирусных инфекций // Врач. – 2010; 10: 2–6.

Колотухина Л.В. Новые стандарты лекарственной терапии гриппа // РМЖ. – 2005; 13 (21): 1429–1432.

Малый В. П., Романцов М. Г., Сологуб Т. В. Грипп: пособие для врачей. – С.-Петербург – Харьков, 2007. – 108 с.

Руководство для средних медицинских работников / Под ред. Ю.П. Никитина, В.М. Чернышева. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 992 с.

Руководство по первичной медико-санитарной помощи. – М.: ГЭОТАР-Медиа, 2006. – 1684 с.

### ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS

D.A. Lioznoy, Cand. Med. Sci.; Prof. V.A. Lapotnikov;  
Prof. V.N. Petrov

Acad. I.P. Pavlov Saint Petersburg State Medical University;  
Saint Petersburg Medical Academy of Postgraduate Education

**The paper gives the causes, principles in the diagnosis and treatment of acute respiratory diseases, and the components of nursing care in these diseases.**

*Key words:* acute respiratory viral infections, nursing care.