

С.С. ЯКИМОВА, к.м.н., Центральная госпиталь МВД

КОМПЛЕКСНЫЙ ПОДХОД

К ЛЕЧЕНИЮ ГРИППА И ПРОСТУДНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – это группа острых инфекционных поражений органов дыхания, различающихся по этиологии, но имеющих сходные эпидемиологические, патогенетические и клинические характеристики. Проблема лечения ОРВИ и гриппа не теряет актуальности для здравоохранения любой страны. Рациональная фармакотерапия ОРВИ помогает не только быстро купировать основную симптоматику, но и избежать развития серьезных осложнений.

Применение комбинированных препаратов для симптоматического лечения ОРВИ и гриппа позволяет эффективно облегчить состояние больного, сократить сроки выздоровления.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, грипп, терапия, комбинированные препараты

Актуальной проблемой клинической медицины остается лечение и профилактика респираторных инфекций. ОРВИ являются самыми массовыми заболеваниями. Они ежегодно поражают до 25% населения земного шара и остаются одной из наиболее значимых медицинских и социально-экономических проблем. Особую опасность ОРВИ и грипп представляют для детей, пожилых людей, лиц, страдающих хронической патологией верхних дыхательных путей и бронхолегочной системы, иммунокомпрометированных пациентов. Статистические данные по частоте осложнений ОРВИ и смертности в масштабах нашей страны и мира (по зарегистрированным случаям) выглядят впечатляюще. По статистике, на каждые 2 000 случаев гриппа регистрируется один летальный исход. Однако как непосредственная причина смерти грипп регистрируется лишь в 25% случаев, и это вызывает серьезную недооценку инфекции. Смерть при гриппе может наступить от самой инфекции, от присоединившихся осложнений и от обострения имевшейся у человека хронической патологии. Три четверти случаев смертельных исходов регистрируются под другими причинами, среди которых наиболее частыми являются заболевания легких и сердца.

К возбудителям ОРВИ относят более 200 видов респираторных вирусов, среди них вирусы гриппа (типы А, В, С), парагриппа (4 типа), аденовирусы

(около 60 серотипов), риновирусы (более 100 серотипов), коронавирусы (4 серотипа), респираторно-синцитиальные вирусы (2 серотипа) и др. В настоящее время отмечается тенденция к снижению частоты инфицирования вирусом гриппа (тип А – 12%, тип В – 3%) и росту активности других респираторных вирусов, в т. ч. парагриппа – до 50%, аденовирусов – до 5%, респираторно-синцитиальных вирусов – 4%, а также энтеровирусов – 1,2%, смешанных инфекций – около 23% случаев. В последнее время отмечается снижение общего иммунитета среди населения, что способствует росту заболеваемости ОРВИ, а иммунодепрессивное действие респираторных вирусов является причиной повторных ОРВИ и бактериальных осложнений. Опасность простудных заболеваний заключается также в том, что рецидивирующая инфекция при длительной персистенции может приводить к развитию сенсibilизации и способствовать формированию аллергических заболеваний (бронхиальной астмы, аллергического ринита, атопического дерматита).

ГРИПП

Ведущая роль в структуре ОРВИ принадлежит гриппу, т. к. именно это заболевание вызывает эпидемии и пандемии. Наибольшее эпидемическое значение имеют вирусы гриппа А и В. Грипп (от франц. *grippe*) – острое инфекционное заболевание дыхательных путей, вызываемое вирусом гриппа, входит в группу ОРВИ. Это заболевание с коротким инкубационным периодом, внезапным нача-

лом и циклическим течением, которое характеризуется выраженным токсикозом и поражением верхних дыхательных путей и легких. В настоящее время выявлено более 2 000 вариантов вируса гриппа, различающихся между собой антигенным спектром. К гриппу восприимчивы все возрастные категории людей. Заболевание характеризуется аэрозольным механизмом передачи и чрезвычайно быстрым распространением в виде эпидемий и пандемий. 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).

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА ОРВИ

Клинические проявления ОРВИ, вызванных различными возбудителями, бывают настолько сходными, что поставить диагноз заболевания чрезвычайно трудно, особенно в спорадических случаях. В большинстве случаев клиническая картина ОРВИ складывается из:

- типичного симптомокомплекса острого респираторного заболевания различной степени выраженности;

- синдромов неотложных состояний, развивающихся при тяжелом и крайне тяжелом течении ОРВИ;
- проявлений осложненного течения ОРВИ.

Типичный симптомокомплекс заболеваний характеризуется:

- 1) проявлениями общей инфекционной интоксикации;
- 2) синдромом поражения респираторного тракта на различных уровнях – риниты, фарингиты, ларингиты, трахеиты, бронхиты и их сочетания. Пневмония также рассматривается как осложнение гриппа и других ОРВИ;
- 3) проявлениями со стороны других органов и систем.

ИНТОКСИКАЦИОННЫЙ СИНДРОМ

Озноб или зябкость, резкая головная боль с локализацией в лобной области и висках, ломота в

мышцах, в суставах, боль при движении глазными яблоками или при надавливании на них, светобоязнь, слезотечение, резкая слабость и утомляемость, вялость – в первые дни заболевания эти симптомы доминируют над катаральными проявлениями. Слабость в тяжелых случаях может достигать до адинамии. Нередко она сопровождается головокружением и обморочными состояниями. Головокружение и склонность к обморочным состояниям чаще встречаются у лиц юношеского и старческого возраста, рвота – преимущественно в младшей возрастной группе и при тяжелых формах ОРВИ у взрослых. У всех больных тяжелой формой нарушается сон, возникает бессонница, иногда – бред.

■ При гриппе возникает специфическое вирусное поражение легких, обусловленное повреждающим действием на клетки свободных радикалов кислорода, нарушениями микроциркуляции, гемостаза, сурфактантной системы, в результате чего развивается локальный либо распространенный отек легочной ткани, иногда респираторно-токсический дистресс-синдром

Уже в первые часы заболевания температура тела может достигать, особенно при гриппе, максимальных показателей – 39–40 °С. Уровень лихорадки отображает степень интоксикации, но в целом отождествлять эти понятия нельзя. Так, температурная реакция при гриппе отличается остротой и относительной непродолжительностью. Снижается температура критически или ускоренным лизисом, продолжительность лихорадки более 5 сут. может свидетельствовать о наличии осложнений. У 10–15% больных лихорадка имеет двухволновой характер, что связано с осложнениями, вызванными бактериальной флорой или обострением хронических заболеваний. Легкие формы ОРВИ иногда могут протекать без лихорадки (афебрильная форма заболевания).

Основной признак интоксикации и один из первых симптомов заболевания – головная боль разной степени интенсивности. Сильная головная

боль в сочетании с бессонницей, бредом, многократной рвотой наблюдается у больных с тяжелым течением болезни, может сопровождаться менингеальным синдромом.

■ СИНДРОМ ПОРАЖЕНИЯ РЕСПИРАТОРНОГО ТРАКТА

Катаральный синдром проявляется сухостью и ощущением першения в горле, заложенностью носа. Но наиболее типичным признаком катарального синдрома является трахеобронхит. При объективном обследовании больных в первые дни заболевания отмечаются гиперемия и отечность лица, гиперемия шеи, инъекция сосудов склер, влажность глаз, слезотечение, умеренный конъюнктивит. Эти симптомы в совокупности напоминают лицо заплаканного ребенка. С 3–4-го дня болезни на губах, крыльях носа могут появиться герпетические высыпания. Как результат нарушения проницаемости сосудов возможны носовые кровотечения и геморрагии на коже и слизистых оболочках.

При поражении ротоглотки отмечается яркая гиперемия слизистой оболочки неба, дужек, задней стенки глотки. У некоторых больных выявляется зернистость мягкого неба, реже – язычка и дужек. Поражение органов дыхания при ОРВИ и гриппе является закономерным. В лихорадочном периоде может быть одышка. При перкуссии легких выявляется коробочный звук. При аускультации (при отсутствии осложнений) дыхание везикулярное с жестким оттенком, иногда выслушиваются единичные сухие хрипы. На рентгенограммах визуализируется усиление сосудистого рисунка, расширение корней легких, что ошибочно может диагностироваться как пневмония.

■ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТАЯ СИСТЕМА

Изменения со стороны сердечно-сосудистой системы проявляются снижением артериального давления, приглушенностью сердечных тонов с нежным систолическим шумом на верхушке. Как правило, имеет место корреляция этих изменений с выраженностью токсикоза; после снижения температуры тоны сердца становятся более звучными,

исчезает систолический шум. Частота сердечных сокращений может соответствовать температуре, однако наиболее характерна относительная брадикардия, которая встречается примерно у 40% больных гриппом. Могут быть отмечены изменения на электрокардиограмме: удлинение интервала PQ, снижение или изоэлектричность зубца Т имеют транзиторный характер. Развитие миокардита для гриппа не характерно (он встречается редко, чаще в сочетании с аденовирусной, микоплазменной инфекцией и при бактериальных осложнениях).

В зависимости от уровня интоксикации и выраженности катарального синдрома грипп и другие ОРВИ могут протекать в легкой (60–65%), среднетяжелой (30–35%), тяжелой и очень тяжелой формах (3–5%) (табл. 1).

■ ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ И ГРИППА

Наиболее часто осложнения развиваются на фоне гриппозной инфекции. Лидирующее положение занимает пневмония. Клинические проявления поражений легочной системы имеют патогенетическое обоснование. Именно при гриппе возникает специфическое вирусное поражение легких, обусловленное повреждающим действием на клетки свободных радикалов кислорода, нарушениями микроциркуляции, гемостаза, сурфактантной системы, в результате чего развивается локальный либо распространенный отек легочной ткани, иногда респираторно-токсический дистресс-синдром.

Особую опасность пневмонии представляют для больных с отягощенным преморбидным фоном. Нарушенные вирусом защитные барьеры легких являются входными воротами для различной бактериальной флоры с образованием первичных очагов в ацинусах. Рентгенологическая картина характеризуется очаговыми крупнофокусными затемнениями неоднородной структуры, полисегментарными или долевыми, нередко с вовлечением плевры. При появлении у больного на фоне картины выраженной интоксикации локальной боли в груди, одышки, цианоза необходима немедленная госпитализация больного. При начинающемся отеке легких больные жалуются на затрудненное дыхание,

принимают вынужденное положение. Грозный прогностический признак – пенистая мокрота с прожилками крови. У таких больных аускультативно определяются крупнопузырчатые хрипы в нижних отделах легких, укорочение перкуторного звука. При появлении на 7–10-е сутки болезни повторной волны гипертермии, озноба, болей в грудной клетке и при изменении характера кашля с выделением слизистой или слизисто-гнойной мокроты следует думать о развитии вторичной (вирусно-бактериальной) пневмонии. При рентгенографии грудной клетки выявляют очаговые тени или ограниченные затемнения легочных полей. При вирусно-бактериальной пневмонии поражение легких обычно менее обширное, чем при первичной вирусной пневмонии. Из других осложнений, встречающихся достаточно часто (2–8%), следует отметить мастоидит бактериальной природы, синуситы, отит.

После перенесенной ОРВИ в результате снижения иммунологической реактивности могут обостриться хронические заболевания – бронхит, тонзиллит, пиелит, туберкулез, ревматизм. Кроме того, вследствие поражения эндотелия сосудов ухудшается течение всех сердечно-сосудистых заболеваний, осо-

бенно у людей пожилого и старческого возраста.

При тяжелом течении заболевания поражение центральной нервной системы может сопровождаться явлениями менингизма. При поражении периферической нервной системы возможно развитие невралгии тройничного нерва, межреберных и других нервов. Функциональные нарушения в виде симптомов вегетативной дистонии и общей астении (слабость, потливость, плохой сон, сниженный аппетит, бессонница, повышенная утомляемость, рассеянное внимание), обычно исчезающие после нормализации температуры, у некоторых больных сохраняются (синдром поствирусной астении) после угасания клинических проявлений инфекции – иногда до 1 мес., – приобретая характер осложнения.

ЛЕЧЕНИЕ ОРВИ

Особенностью ОРВИ является этиологический полиморфизм возбудителей, среди которых значительную часть составляют вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы и др., что усложняет проведение целенаправленной этиотропной фармакотерапии. В связи с этим в повседневной клини-

Таблица 1. Определение тяжести состояния

Тяжесть состояния	Критерии оценки состояния
Легкая форма	Повышение температуры тела не более 38,5 °C Умеренные головные боли и катаральные явления Пульс менее 90 уд/мин Систолическое артериальное давление 115–120 мм рт. ст. Частота дыхания менее 24 в минуту
Среднетяжелая форма	Температура тела в пределах 38,1–40,0 °C Умеренно выраженный синдром общей интоксикации Пульс 90–120 уд/мин Систолическое артериальное давление менее 110 мм рт. ст. Частота дыхания более 24 в минуту Сухой мучительный кашель с болями за грудиной
Тяжелая форма	Острейшее начало, длительная гипертермия (более 40,0 °C) Резко выраженные симптомы интоксикации – сильная головная боль. Ломота во всем теле, бессонница, бред, анорексия, тошнота, рвота. Признаки поражения головного мозга и его оболочек. Пульс более 120 уд/мин, нередко аритмичный Систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие Частота дыхания более 28 в минуту Болезненный, мучительный кашель, боли за грудиной
Очень тяжелые формы	Встречаются редко, характеризуются молниеносным течением с бурно развивающимися симптомами интоксикации без катаральных явлений и заканчиваются в большинстве случаев летально. Вариантом молниеносной формы может быть стремительное развитие геморрагического токсического отека легких и смертельного исхода от дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности в случае несвоевременного оказания неотложной и специализированной медицинской помощи

ческой практике, особенно вне эпидемии гриппа, основной акцент в лечении делается на симптоматические средства, направленные на ликвидацию основных проявлений болезни и наиболее тягостных в субъективном отношении симптомов.

Использование в терапии ОРВИ многокомпонентных (комбинированных) препаратов обеспечивает одномоментность и комплексность фармакологического эффекта при их приеме. Этот эффект обусловлен одновременным применением нескольких различных по механизму действия, но взаимодополняющих и потенцирующих эффекты друг друга ингредиентов в оптимальных дозовых соотношениях. При этом подбор компонентов комбинации должен осуществляться с учетом их совместимости и синергичности действия. Необходимым условием для включения ЛС в состав комбинированного препарата, помимо эффективности, является его низкая токсичность и хорошая переносимость.

В комбинированных средствах для симптоматической терапии в качестве основного ингредиента наиболее целесообразно использование нестероидного противовоспалительного препарата (НПВП) – парацетамола. Парацетамол и комбинированные препараты, его содержащие, применяются несколько десятилетий. Он не обладает противовоспалительным эффектом и относится к группе «анальгетиков–антипиретиков», т. е. к препаратам, способным эффективно бороться с болью и лихорадкой любого происхождения. Отсутствие эффекта в отношении ЦОГ-1 определяет незначительные риски при приеме парацетамола для органов ЖКТ, практическое отсутствие проульцерогенного действия и диспепсии, что было показано в исследовании PAIN у пациентов с ОРВИ. В отличие от ацетилсалициловой кислоты и НПВП, парацетамол не оказывает значимого повреждающего действия на СО желудка и может применяться даже пациентами с язвенной болезнью. А в отличие от метамизола парацетамол не вызывает агранулоцитоз, апластическую анемию, бронхоспастическую реакцию и не повышает риск развития желудочно-кишечного кровотечения. В отличие от НПВП безопасен препарат и при сопутствующей сердечно-сосудистой патологии. Показано, что прием ацетилсалициловой кислоты и

других НПВП увеличивает частоту госпитализаций больных с сердечной недостаточностью. Парацетамол признан препаратом выбора в педиатрической практике. Его безопасность для беременных женщин подтверждена результатами исследования ALSPAC, включившего 12 104 пациентки.

В состав комбинированных препаратов часто входят деконгестанты. В настоящее время чаще применяются фенилпропаноламин, псевдоэфедрин и фенилэфрин, имеющие меньшую по сравнению с используемым ранее эфедрином частоту нежелательных эффектов. Механизм действия у всех этих препаратов близкий – прямая или косвенная (через усиление выделения медиатора) стимуляция α_1 -адренорецепторов, приводящая к сужению сосудов, снижению их проницаемости, уменьшению отека слизистой оболочки носа, количества отделяемого из носа и, как следствие, облегчению носового дыхания.

Общезвестно также влияние рутозида на проницаемость капилляров, способствующее снятию отека и воспаления.

В состав комбинированных препаратов входит также аскорбиновая кислота. Она стимулирует выработку эндогенного интерферона, нормализует процессы перекисного окисления липидов, укрепляет сосудистую стенку, уменьшая ее проницаемость, и восполняет повышенную во время болезни потребность организма в аскорбиновой кислоте.

Сегодня один из наиболее удачных, на наш взгляд, составов содержит препарат Инфлюнет[®], обладающий жаропонижающим, обезболивающим, ангиопротекторным, антиконгестивным (противоотечным) действием. Инфлюнет[®] – это современный комбинированный противогриппозный препарат. В его состав входят: парацетамол 350 мг; аскорбиновая кислота 300 мг; янтарная кислота 120 мг; рутозид 20 мг; фенилэфрина гидрохлорид 5 мг. Форма выпуска – капсулы №20 и саше №10 эксклюзивных вкусов (лайм, клюква, лесные ягоды).

Инновация, используемая в препарате Инфлюнет[®] – антиоксидантный комплекс. В состав препарата входит янтарная кислота, которая повышает иммунитет и снижает вредное воздействие заболевания на организм. Янтарная кислота вместе с

аскорбиновой кислотой образует антиоксидантный комплекс – мощный регулятор защитных сил организма и иммунитета. Он снижает риск развития осложнений и побочных эффектов и позволяет снизить дозу финилэфрина без потери эффективности.

Отдельной строкой стоит вопрос о применении антибиотиков. В обычной ситуации антибактериальные препараты не назначают. Исключение составляют лица с сопутствующими хроническими заболеваниями органов дыхания, сахарным диабетом, которым рекомендуются антибиотики широкого спектра действия в средних терапевтических дозах в течение 5–7 дней.

При выраженной заложенности носа дополнительно возникает необходимость назначения сосудосуживающих капель в течение 5–6 дней. Более длительный прием не рекомендуется из-за опасности развития медикаментозного ринита.

Показаниями к госпитализации являются:

- наличие тяжелых сопутствующих заболеваний,

- дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность,
- гипертермия,
- нарушение сознания, рвота,
- судорожный и менингеальный синдром,
- геморрагический синдром.

В заключение хотелось бы отметить, что в распоряжении клиницистов имеется достаточное количество комплексных препаратов. Задачей врача является грамотный выбор наиболее эффективного ЛС на основании данных о его эффективности и безопасности, тщательного анализа клинической картины заболевания. Включение препарата Инфлюнет® в терапию ОРВИ позволяет повысить ее эффективность, существенно снизить необходимость назначения антибактериальных и противовирусных средств, сократить продолжительность лечения.



ЛИТЕРАТУРА

1. Зайцев А.А., Синопальников А.И. Грипп: диагностика и лечение // РМЖ. 2008. Т. 16. №22. С. 1494–1502.
2. Нестеров И.В. Препараты интерферона альфа в клинической практике // Российский аллергологический журнал. 2010. №2. С. 43–52.
3. О санитарно-эпидемиологической обстановке в Российской Федерации в 2002 г. Государственный доклад. М.: Федеральный центр Госсанэпиднадзора Минздрава России, 2003. <http://www.fcgsen.ru>
4. Киселев О.И., Сологуб Т.В., Малый В.П., Романцов М.Г. Лекарственные препараты для лечения и проведения экстренной неспецифической профилактики и патогенетической терапии гриппа типа А/Н1N1 и ОРВИ. Лекция для врачей. СПб.: ООО «Семакс»; Харьков, 2009.
5. Дриневский В.П. [и др.] Химиопрепараты в терапии гриппа и других респираторных вирусных инфекций у детей // Антибиотики и химиотерапия. 1998. №9. С. 29–34.
6. Белоусов Ю.Б., Гуревич К., Зырянов С.К. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых при ОРВИ и гриппе // Русский медицинский журнал. 2004. №2. С. 80.
7. Жаркова Н.Е. Симптоматическое лечение ОРВИ: будущее за комбинированными препаратами // Русский медицинский журнал. 2007. №22. С.1636.
8. Зайцев А.А. Острые респираторные вирусные инфекции: преимущества комбинированных препаратов // Лечащий врач. 2008. №2.
9. Крюков А.И., Туровский А.Б. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях // Справочник поликлинического врача. Т. 4. 2005. №4.
10. Морозова С.В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей // РМЖ. 2005. Т. 13. №26. С. 1748–1751.
11. Белоусов Ю.Б., Зырянов С.К., Гуревич К.Г. Эффективность и безопасность лекарственных средств, применяемых при ОРВИ и гриппе // РМЖ. 2004. Т. 12. №2. С. 80.
12. Якимова С.С. Рациональная фармакотерапия и профилактика гриппа.
13. Ершов Ф. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ // Фармацевтический вестник. 2003. №39.
14. Методический материал по острым респираторным вирусным инфекциям <http://prostudainfo.ru/for-doctors/articles/546-manuals-sars.html>, <http://www.newizv.ru/lenta/2010-12-29/138862-rosпотреbnadzor-prodolzhetsja-rost-zabolevaemosti-grippom-i-orvi-statistika.html>.