

УДК: 616.98:578.831 -036.22

Грипп и другие острые респираторные заболевания

М.Г. Шкадова, В.В. Килесса, Н.В. Жукова

*Крымский государственный медицинский университет имени С.И. Георгиевского, Симферополь***Ключевые слова:** грипп, клиника, диагностика, лечение

Определение

Грипп (Grippus, Influenza) - острая инфекционная болезнь с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся коротким инкубационным периодом (от 10-12 часов до 7 суток), массовым распространением, лихорадкой, симптомами интоксикации и поражением воздухоносных путей, а также большой частотой возникновения осложнений.

Классификация гриппа и острых респираторных заболеваний в соответствии с МКБ-10

J00 - J06. Острые респираторные инфекции верхних дыхательных путей

J10. Грипп, вызванный идентифицированным вирусом гриппа.

J10.0. Грипп с пневмонией, вирус гриппа идентифицирован.

J10.1. Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус гриппа идентифицирован.

J10.8. Грипп с другими проявлениями, вирус гриппа идентифицирован.

J11. Грипп, вирус не идентифицирован.

J11.0. Грипп с пневмонией, вирус не идентифицирован.

J11.1. Грипп с другими респираторными проявлениями, вирус не идентифицирован.

J11.8. Грипп с другими проявлениями, вирус не идентифицирован.

J20 - J22 Другие острые респираторные инфекции

нижних дыхательных путей

Эпидемиология, этиология

Грипп и другие острые респираторные заболевания являются наиболее распространённой патологией в структуре не только инфекционных болезней, но и общей заболеваемости. По данным ВОЗ на долю ОРВИ, включая грипп, приходится около 90% случаев всех инфекционных заболеваний.

В настоящее время насчитывают около 300 возбудителей острых респираторных заболеваний (ОРЗ), более 200 из них — вирусы, что позволяет их выделять в группу острых респираторных вирусных инфекций (ОРВИ).

Удельный вес вирусов, вызывающих ОРВИ, распределяется следующим образом: вирусы гриппа А и В – 35-50%, парагриппозные вирусы (4 типа) – 10-12%, респираторно-синцитиальная инфекция – 8-10%, аденовирусы (более 30 типов) – 10-12%, коронавирусы – 3-5%, риновирусы – 5-10%, энтеровирусы – 5-10% и реовирусы – 1-3%. Все они РНК-содержащие, за исключением ДНК-содержащих аденовирусов.

Вирус гриппа относится к семейству ортомиксовирусов (Orthomyxoviridae) и включает серотипы А, В и С. Первый также разделяется на подтипы, классификация которых основана на вариантах гемагглютинаина (Н) и нейраминидазы (N) — белков оболочки вируса, отвечающих за связывание с клетками дыхательного эпителия и внедрением в них (гемагглютинин) и, наоборот, «извлечение» вируса из клеток хозяина (нейраминидаза). Вирусы гриппа А были выделены не только от человека, но и от

животных и птиц, вирусы гриппа В и С – только от человека.

Впервые появившись в XVI веке, грипп вызывает регулярные эпидемии и пандемии, причём с серотипом А связывают эпидемии с промежутками 2–3 года, а с серотипом В — каждые 4–6 лет. Серотип С эпидемий не вызывает; исключения составляют единичные вспышки у детей и ослабленных людей.

Международная система кодировки вирусов гриппа

За многие годы появилось множество вариантов вирусов как типа А, так и типа В. В связи с этим возникла необходимость их систематизации с тем, чтобы можно было отличать друг от друга. Была разработана международная система кодировки, благодаря которой каждый вариант получил свой код, например А/Бангкок/1/79(Н3N2):

1. обозначение типа вируса (А, В или С) = А;
2. географическое место выделения вируса = Бангкок
3. порядковый номер выделенного в данном году и в данной лаборатории вируса = 1
4. год выделения = 1979
5. обозначение антигенного подтипа = Н3N2

Если вирус был выделен у животного (а не у человека), то после указания типа вируса указывается сокращенное название животного.

Механизм передачи вируса – аэрозольный. Путь передачи – воздушно-капельный. Возможно заражение через предметы, инфицированные выделениями больного (посуду, игрушки, полотенца и др.).

Патогенез

Главное звено патогенеза – поражение вирусом кровеносной системы. Изменениям в большей степени подвержены сосуды микроциркуляторного русла. Вследствие токсического действия вируса гриппа и его компонентов на сосудистую стенку повышается ее проницаемость, что обуславливает появление у больных геморрагического синдрома. Повышение сосудистой проницаемости и повышенная «ломкость» сосудов приводят к отеку слизистой оболочки дыхательных путей и легочной ткани, множественным кровоизлияниям в альвеолы и интерстиций легких, а также практически во все внутренние органы.

Клиническая картина гриппа

Клиническая картина гриппа может существенно варьировать в зависимости от возраста больных и состояния их иммунной системы; серотипа вируса, его вирулентности и т.д.

Инкубационный период, как правило, длится 1-2 дня, но может продолжаться до 5-7 дней.

Типичный симптомокомплекс заболеваний характеризуется:

- 1) лихорадкой;
- 2) проявлениями общей инфекционной интоксикации;
- 3) синдром поражения респираторного тракта, нервной и сердечно-сосудистой систем.

Лихорадка в большинстве случаев начинается с озноба или познабливания. Температура тела уже в первые сутки достигает максимального уровня (38–40 °С). Длительность лихорадочного периода от 2 до 5 сут., редко до 6-7 сут., а затем температура литически снижается

Синдром общей инфекционной интоксикации.

Одновременно с повышением температуры больной начинает ощущать общую слабость, разбитость, вялость, повышается потливость, появляются боли в мышцах, сильная головная боль, головокружение и склонность к обморочным состояниям. У всех больных тяжелой формой нарушается сон, возникает бессонница, иногда – бред.

В первые сутки болезни появляется ощущение боли в глазах яблоках, которая усиливается при движении глаз или при надавливании на них. Отмечаются выраженная светобоязнь, слезотечение.

Характерен внешний вид больного – гиперемия и одутловатость лица, сосуды склер инъекцированы, гиперемия конъюнктив, могут быть кровоизлияния, цианоз губ, в тяжелых случаях цианоз кожных покровов.

Геморрагический синдром проявляется лишь в 5-10% случаев. Как результат нарушения проницаемости сосудов, возникают носовые кровотечения, геморагии на коже и слизистых оболочках, гематурия. Возможны тяжелые проявления этого синдрома при развитии острого геморрагического отека лёгких.

Синдромы поражения респираторного тракта

Катаральные явления в виде ринита или заложенности носа, сухого кашля являются постоянными симптомами гриппа, но бывают, как правило, умеренными и возникают к концу 1- 2-х суток болезни. Характерна диффузная гиперемия слизистой оболочки мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, у трети больных отмечается выраженный цианотичный оттенок. В первые дни болезни на фоне резкой гиперемии мягкого неба имеется зернистость, в ряде случаев – мелкие геморагии. Трахеит – один из типичных симптомов гриппа, клинически выражается сухим болезненным кашлем. Ларингит встречается обычно в сочетании с трахеобронхитом. В легких нередко выслушиваются сухие кратковременные хрипы. При рентгенологическом исследовании легких в ранние сроки выявляется усиление сосудистого рисунка. Наиболее опасным осложнением гриппа является пневмония.

Симптомы со стороны сердечно-сосудистой системы

Границы сердца при неосложненном гриппе не изменены. Тоны сердца в лихорадочном периоде приглушены, характерным является нежный переходящий систолический шум на верхушке. Как правило, после снижения температуры тоны сердца становятся более звучными, исчезает систолический шум. Частота сердечных сокращений у больных гриппом может соответствовать температуре, однако наиболее характерна относительная брадикардия, которая в ряде случаев еще более выражена в период снижения температуры. Значительное снижение артериального давления отмечается при тяжелом течении болезни, а также в периоде реконвалесценции.

Симптомы поражения нервной системы

Диапазон клинических проявлений со стороны ЦНС достаточно широк: от легких функциональных расстройств с первых дней болезни до серьезных менингитов и тяжелых менингоэнцефалитов. Последние чаще всего проявляются на 3–7-й день болезни, когда на фоне общемозговых симптомов (головная боль, рвота) возникают клонико-тонические судороги и изменение сознания от заторможенности до глубокой комы. Тяжелое состояние с появлением признаков отека ствола мозга, расстройства дыхания может наблюдаться в течение первых 2–5 сут., после чего на фоне выхода из коматозного или сопорозного состояния выявляется очаговая симптоматика: ствольные симптомы с парезами черепных нервов, двигательными нарушениями по проводниковому типу. Кроме того, возможны миелитические симптомы и полирадикулонейропатия. Характерна быстрая обратная динамика: как правило, в пределах месяца неврологический статус нормализуется, и заболевание заканчивается полным выздоровлением.

Клинические проявления со стороны органов брюшной полости и мочеполовой системы не свойственны гриппу или носят рефлекторный характер. Развитие гепатолиенального синдрома при гриппе не наблюдаются.

Со стороны периферической крови при неосложненном гриппе наблюдается лейкопения, которая наиболее выражена на 3–4-й день болезни. Показатели других форменных элементов крови, как правило, соответствуют нормальным значениям, отмечается лишь небольшой моноцитоз, эозинопения. При присоединении осложнений появляются лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом.

Клинические формы гриппа

В зависимости от тяжести клинического течения выделяют грипп:

- лёгкий;
- средней степени тяжести;
- тяжёлый;

- молниеносный (гипертоксической формы).

При наличии осложнений:

- неосложнённый грипп;
- осложнённый.

Определение тяжести состояния

Легкая форма характеризуется повышением температуры тела не более 38,5 °С и нормализацией её через 2–3 дня, умеренными головной болью и катаральными явлениями. 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 °С длительностью до 4–5 суток. 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 характеризуется острым началом, высокой (более 40,0 °С) и более длительной лихорадкой с резко выраженными симптомами интоксикации – сильной головной болью, ломотой во всем теле, бессонницей, бредом, отсутствием аппетита, тошнотой, рвотой, признаками поражения головного мозга и его оболочек. Пульс более 120 уд/мин, нередко аритмичен. Систолическое артериальное давление менее 90 мм рт. ст. Тоны сердца глухие. Частота дыхания более 28 в минуту. Болезненный, мучительный кашель, боли за грудиной.

Тяжелые и осложнённые формы могут возникать у всех людей, но особенно характерны для детей, а также пожилых лиц, страдающих хроническими заболеваниями лёгких и сердечно-сосудистой системы.

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. При очень тяжелом течении у больных могут развиваться неотложные (критические) состояния.

Осложнения сезонного и пандемического гриппа:

- пневмония вирусная или вирусно-бактериальная (часто с геморрагическим компонентом);
- острая дыхательная недостаточность;
- острый респираторный дистресс-синдром;
- инфекционно-токсический шок;
- нефрит (часто некротический) с почечной недостаточностью;

- инфекционно-токсический миокардит;
- острая сердечно-сосудистая недостаточность;
- поражения нервной системы (менингиты, энцефалиты)
- отёк головного мозга;
- активация гнойной инфекции в других органах и тканях (отиты, синуситы, гаймориты, фронтиты, ларинготрахеобронхит с клиникой синдрома крупа).

Примеры формулировки диагноза:

Грипп средней степени тяжести, неосложненный
Грипп А (H1N1), тяжелое течение, осложнённый вирусно-бактериальной двусторонней нижнедолевой пневмонией.

Диагностика

Лабораторная диагностика гриппа включает применение неспецифических и специфических методов исследования.

К неспецифическим методам лабораторной диагностики относятся: клинический анализ крови, мочи, биохимический анализ крови, определение газового состава крови, бактериологические исследования мазков из носоглотки, мокроты, а также рентгенологические и функциональные методы исследования. Однако следует отметить, что все эти методы для диагностики гриппа ценности не представляют, но позволяют оценить степень тяжести заболевания, развитие осложнений и определить тактику лечения пациентов.

Специфическая диагностика гриппа направлена на выделение вируса гриппа.

Вирусологические методы диагностики:

1. Экспресс-метод иммунофлуоресценции (с помощью специфических

флуоресцирующих антител выделяют антигены вирусов гриппа А и В, парагриппа, РС- и аденовирусной инфекций в мазках и смывах из носа);

2. Иммунохроматографический экспресс-метод (позволяет при помощи

индикаторных полосок, палочек, панелей или тест-кассет, установить тип и серотип вирусов гриппа А и В в мазках из носа и зева через 15-20 мин.)

Примечание: быстрые тесты не являются абсолютно точными и трактуются с осторожностью.

3. Серологические методы (диагностическими критериями данного исследования являются наличие IgM антител к вирусам гриппа, и 4-х кратный прирост титров антител в парных сыворотках, взятых у пациентов в острый период (первые 5 дней от начала заболевания) и в период реконвалесценции (на 12-14-й день после начала инфекционного заболевания).

4. Культуральный метод – выделение вируса от больного и заражение клеточных культур или куриных эмбрионов с последующей идентификацией выделенного вируса.

5. Метод полимеразной цепной реакции, предна-

значен для выявления

РНК-вируса и является наиболее чувствительным, достоверным и окончательным методом диагностики, позволяет очень быстро и точно установить диагноз.

Дифференциальная диагностика

Дифференциальная диагностика гриппа проводится, прежде всего, с другими ОРВИ, протекающими с признаками поражения верхних дыхательных путей: парагриппом, аденовирусной, респираторно-синцитиальной, риновирусной, коронавирусной, энтеровирусными инфекциями.

Парагрипп

Инкубационный период длится от 2 до 7 дней, чаще 3-4 дня.

Парагрипп характеризуется невысокой температурой, слабо выраженными симптомами токсикоза, поражением дыхательных путей с развитием ларингита. Начало постепенное, с появления кашля и насморка. Температура чаще субфебрильная длительностью от 1 до 8 дней, но может оставаться нормальной или быть фебрильной. Такие признаки, как недомогание, головная боль, ломота в отличие от гриппа выражены слабо или отсутствуют.

Одним из основных симптомов является ларингит, выражающийся болью в горле, сухим грубым (лающим) кашлем, осиплостью голоса вплоть до афонии. Частым симптомом является насморк, как правило, умеренный, с затруднением дыхания из-за набухания слизистой оболочки носа. Отмечается гиперемия слизистой оболочки ротоглотки, но в отличие от гриппа менее яркая и без цианотичного оттенка.

Симптомы трахеита встречаются редко, при этом появляется кашель, который может продолжаться до 2 нед. Затянувшиеся бронхиты связаны с присоединением вторичной бактериальной флоры и являются осложнением парагриппа. Лихорадочный период более продолжительный, чем при гриппе. Тяжелые формы болезни связаны с присоединением стенозирующего ларингита (крупа) у детей, пневмоний.

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция (РС-инфекция)

Респираторно-синцитиальная вирусная инфекция характеризуется умеренной лихорадкой, слабым токсикозом и преимущественным поражением нижних отделов дыхательных путей. Наиболее часто болеют дети раннего возраста, что не исключает высокой восприимчивости к ней и взрослых. Если эта инфекция попадает в детские сады, интернаты, то болеют почти все дети первого года жизни.

Заболевание возникает через 3—6 дней после заражения.

Начало болезни чаще постепенное. Общеинтоксикационный синдром выражен слабо или отсутствует. Температура обычно невысокая, длится от 2 до 7 дней. Катаральные симптомы также имеют свои особенности: насморк либо незначительный, либо отсутствует, гиперемия мягкого неба зачастую имеет цианотичный оттенок, ларингит наблюдается очень редко, трахеит не свойствен.

Типичным для респираторно-синцитиальной инфекции является раннее развитие клинических признаков бронхита и бронхиолита: больных беспокоят сухой или влажный кашель, выраженная одышка с затрудненным выдохом. Выявляется цианоз слизистых оболочек и губ, в легких выслушиваются сухие и влажные хрипы. При рентгенологическом исследовании органов дыхания определяются интерстициальные изменения в виде ячеистых структур и буллезных вздутий за счет бронхиальной эмфиземы. Респираторно-синцитиальная инфекция у взрослых протекает зачастую в виде обострения хронического бронхита. Из осложнений наиболее часты пневмонии.

Аденовирусная инфекция

Отличительной особенностью аденовирусной инфекции является сочетанное поражение дыхательных путей, конъюнктивы глаз с резким экссудативным компонентом и вовлечением в патологический процесс лимфоидной ткани. У взрослых аденовирусная инфекция встречается чаще в латентной форме, в виде клинически очерченного заболевания – у лиц молодого возраста.

Инкубационный период колеблется от 5 до 14 дней, но чаще составляет 5-7 дней. Заболевание начинается с катаральных явлений. Общетоксические симптомы выражены в основном умеренно даже при высокой лихорадке, более продолжительной, чем при гриппе. Чаще же отмечается субфебрильная температура.

Экссудативный характер поражения дыхательных путей проявляется набуханием, отеком слизистой оболочки носа с выраженной заложенностью носовых ходов и обильным серозно-слизистым отделяемым. В патологический процесс всегда вовлекается задняя стенка глотки и миндалина. Фарингит характеризуется гиперплазией лимфоидных образований на фоне отека и бледной слизистой оболочки задней стенки глотки. Миндалины увеличены, отечны, в ряде случаев в лакунах видны белые наложения в виде точек и нитей. Очень часто при аденовирусном заболевании наблюдается обострение хронического тонзиллита в виде лакунарной или фолликулярной ангины. Слизистая оболочка гортани и трахеи редко вовлекается в патологический процесс.

Кашель умеренный, непродолжительный, признаки бронхита у взрослых встречаются достаточно редко. При рентгенологическом исследовании органов грудной клетки отмечается грубое усиление

легочного рисунка за счет теней уплотненных стенок мелких бронхов в продольном и поперечном их сечении с явлениями перибронхита и интерстициальными изменениями.

Конъюнктивит (катаральный, фолликулярный, пленчатый, чаще односторонний) – один из важных симптомов, позволяющих дифференцировать аденовирусное заболевание от других респираторных инфекций. Фарингоконъюнктивальная лихорадка выделена в самостоятельную нозологическую форму и характеризуется высокой, достаточно продолжительной температурой, общетоксическими симптомами, ринофарингитом и конъюнктивитом.

В отличие от других ОРВИ аденовирусное заболевание сопровождается лимфаденопатией: увеличением шейных, подчелюстных, иногда медиастинальных и мезентериальных лимфоузлов. В ряде случаев отмечается незначительное увеличение печени и селезенки. При поражении слизистой кишечника возможна кратковременная диарея. Кроме того, аденовирусную инфекцию выделяет из группы других ОРВИ развитие миокардита, очень редко – геморрагического цистита. Аденовирусной инфекции свойствен “ползучий” характер поражения слизистых оболочек с появлением в ходе заболевания новых очагов инфекции по мере стихания ранее возникших. Это определяет длительное, волнообразное течение болезни.

Риновирусная инфекция

Риновирусная инфекция характеризуется преимущественным поражением слизистой оболочки носоглотки и легким течением. Инкубационный период 2–3 дня. С первых часов болезни основным симптомом является ринит с обильным серозным отделяемым, который длится от 7 до 14 дней. Слизистая оболочка умеренно гиперемирована и отекает, сосуды склер инъецированы, гиперемия конъюнктив. Кожа у входа в нос часто мацерируется. Симптомы интоксикации, как правило, отсутствуют, температура остается нормальной или повышается до субфебрильной, высокая лихорадка имеет место при развитии осложнений (синуситы, отиты, бронхиты).

Коронавирусная инфекция

Период инкубации инфекции составляет обычно от 2 до 5 дней.

Тяжесть течения коронавирусной инфекции зависит от возраста больного. У детей до 3-х лет заболевание характеризуется острым началом с выраженным токсикозом, тяжелым поражением верхних дыхательных путей в виде назофарингита, с возможным распространением воспалительного процесса на гортань и трахею (ларинготрахеита). У 80% детей младшего возраста болезнь осложняется развитием стенозирующего ларингита (крупа).

У детей старшего возраста болезнь начинается

постепенно и протекает с выраженным ринитом, легким недомоганием, нормальной температурой. У части больных возможен сухой кашель, развитие ларингита. Коронавирусная инфекция иногда характеризуется синдромом острого гастроэнтерита без катаральных симптомов. Продолжительность болезни 5–7 дней.

ТОРС (атипичная пневмония) – тяжело протекающая форма коронавирусной инфекции, характеризующаяся циклическим течением, выраженной интоксикацией, преимущественным поражением альвеолярного эпителия и развитием ОДН. Предполагают, что возникновение вируса ТОРС стал результат мутаций известных ранее видов коронавируса.

Первый случай «атипичной пневмонии» или SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome) возник 2002 году в Китае (провинция Гуандун) и распространился на территории 29 государств мира. Официально было зарегистрировано 8422 случая заболевания, из них 900 умерло. После 2004 года информации про SARS не было.

Инкубационный период ТОРС инфекции от 2 до 10 дней. Начало острое, с повышения температуры тела более 38,0 С. Выделяют 3 фазы течения заболевания:

1. период продромы длится 3-7 дней и характеризуется лихорадкой, миалгиями, головной болью, слабо выраженным сухим кашлем. При исследовании в крови - нормоцитоз или лейкопения, абсолютная лимфопения, высокая активность КФК, умеренное повышение АЛТ, АСТ;

2. через 3-7 дней кашель усиливается, появляется одышка; в лёгких, преимущественно в базальных отделах, выслушивается крепитация; нарастает гипоксемия. Часть больных (около 15%) на этом этапе выздоравливают;

3. у 85% больных со второй недели болезни наблюдается нарастание клинической симптоматики – состояние прогрессивно ухудшается, отмечается новый пик лихорадки, появляется водянистая диарея, рентгенологическая картина характеризуется негативной динамикой – прогрессированием респираторных симптомов сопровождается появлением новых очагов другой локализации. Развивается острый респираторный дистресс-синдром, что требует проведения интенсивной терапии (10-20% больных).

Рентгенологические изменения варьируют от нормального рисунка до распространенной многофокусной инфильтрации легочной ткани с одно- или двусторонним поражением лёгких.

Энтеровирусная инфекция

Энтеровирусная инфекция - большая группа антропонозных инфекционных болезней с фекально-оральным механизмом передачи возбудителя, вызываемых энтеровирусами группы Коксаки и ЕСНО,

которые характеризуются полиморфизмом клинической картины (с поражением ЦНС, мышц, слизистых оболочек и кожи). Инкубационный период от 1 до 10 дней.

Клинические признаки энтеровирусных острых респираторных заболеваний, которые получили название «летний грипп», отличаются в зависимости от вида и серотипа вируса. В случае инфицирования вирусами Коксаки клиника заболевания характеризуется поражением верхних дыхательных путей в виде ринофарингита на фоне умеренной интоксикации. Если болезнь обусловлена ЕСНО-вирусами, тогда развивается трахеит или трахеобронхит с выраженной интоксикацией.

Свиной грипп:

Появление вируса свиного гриппа А (H1/N1) с новыми антигенными свойствами в неиммунной популяции, массовом заражении людей в разных регионах мира явились основанием для объявления ВОЗ в июне 2009 года о начале новой пандемии гриппа. В период с марта 2009 г по январь 2010 г. вирус А (H1/N1) распространился во многих странах, заболеваемость была зарегистрирована более чем 210 странах мира, заболели более 1,5 млн. человек, умерли – около 18,5 тыс. Сезон 2010-2011 гг. был менее тяжелым чем сезон пандемии 2009-2010 гг. В течение сезона гриппа 2010-2011 наиболее часто обнаруживали вирус гриппа А (H3N2), но также выявляли вирусы типа А (H1N1) сезона 2009 г. и типа В. По прогнозам ВОЗ на сезон 2011-2012 гг. ожидается циркуляция трёх вирусов гриппа:

- А /California/7/2009 (H1N1);
- А /Pert/16/2009 (H3N2);
- В /Brisbane/60/2008.

Особенности клинического течения тяжелых форм гриппа А (H1/N1):

- Инкубационный период составляет от 1 до 7 суток.
- Острое внезапное начало болезни с гипертермией (повышением температуры тела до 38-40,0 С) и общеинтоксикационными проявлениями (выраженная слабость, головная боль, иногда артралгии, миалгии, тошнота, рвота).
- Озноб, лихорадка, цианоз или бледность кожных покровов.
- Кашель сначала умеренный непродуктивный (сухой) с быстрой отрицательной динамикой с присоединением одышки и респираторной или дыхательной недостаточности (чаще всего с 3-5 дня заболевания).
- Частое присоединение геморрагического компонента, особенно кровохарканье.
- Молниеносное течение с быстрым прогрессированием физикально- рентгенологической картины и стремительным развитием пневмонии с явлениями геморрагического альвеолита.
- Катаральные явления весьма умеренные и могут

«опаздывать» с начала болезни.

- При рентгенологическом исследовании: обширная (тотальная) односторонняя или двусторонняя пневмония (чаще с 5 дня заболевания).
- В общем анализе крови: тенденция к умеренной анемии, в первых анализах - лейкопения, лимфоцитоз, в последующих анализах через несколько дней лейкоцитоз, палочкоядерный сдвиг, повышение СОЭ, особенно при присоединении бактериальной инфекции.
- Позднее обращение - после 4-5 дней болезни приводит к необратимым изменениям в легких с потребностью в оксигенации, искусственной вентиляции легких (ИВЛ), проведении бронхоскопии и повышают риск к необратимым летальным последствиям.
- Мониторинг больных, показал, что пациенты с наличием предварительной сопутствующей патологии: сердечно-сосудистой системы в стадии декомпенсации, органов дыхания (особенно бронхиальной астмы), эндокринной системы (сахарный диабет, ожирение), признаки иммунной дисфункции или иммунодефицитного состояния любой этиологии, онкогематологической патологии, склонны к более тяжелым осложнениям гриппа.

Грипп следует дифференцировать также от других инфекционных заболеваний, характеризующихся лихорадкой и синдромом интоксикации (ангина, хламидийная и микоплазменная респираторная инфекция, корь, брюшной тиф, паратиф А и В).

Лечение

Лечение больных с лёгким неосложнённым течением гриппа и других ОРВИ проводится в домашних условиях под наблюдением участкового (или семейного) врача.

1. Постельный режим в острый период (спать не менее 7-8 час в сут.)
2. Достаточное количество питья тёплой жидкостью – 1-1,5 л в сутки.
3. Обще-гигиенические мероприятия.
4. Частое проветривание помещения.
5. Патогенетическая и симптоматическая терапия:
 - Жаропонижающие при повышении температуры тела выше 39,0
 - Ибупрофен по 200 мг 2-3 р/сут. или парацетамол 0,5 мг (ацетаминофен)
 - АСПИРИН не рекомендуется при всех формах гриппа
 - антигистаминные препараты 2-3 поколения по показаниям (аллергические реакции в т.ч. в анамнезе) Цетиризин 10 мг 1 р/сут, дезлоратадин (эриус) 5 мг 1 р/сут. При острых проявлениях аллергии - клемастин (тавегил) по 50-100 мг 2-3 р/сут. или хлоропирамин (супрастин, субрестин) по 25 мг 2-3 р/сут на протяжении 3-7 дней.
 - отхаркивающие и муколитические средства используют при кашле: ацетилцистеин (АЦЦ, флуимуцил), амброксол, бромгексин или отхаркива-

ющие средства растительного происхождения. Не следует применять препараты, которые угнетают кашлевой рефлекс (кодеин и др.), из-за возможности возникновения синдрома «затопления лёгких».

- от боли в горле используют местные антисептики, настои и отвары трав (исландский мох, ромашка, шалфей, эвкалипт, чабрец) для полоскания горла, таблетки, леденцы и пастилки для рассасывания.
- от насморка – деконгестанты: ксилометазолин (отривин, ксимелин, олинт) 0,05%-0,1%; оксиметазолин (назол, називин, африн) 0,05%-0,1%; нафазолин (нафтизин, санорин) 0,05%-0,1%, тетризолин (тизин) 0,05%-0,1% и др.

6. Этиотропная противовирусная терапия:

- Для пациентов из группы риска, у которых нет показаний к госпитализации – обязательно назначение озельтамивира (тамифлю, тамивир) по 75 мг 2 р/сут. в первые 1-2 дней, когда он наиболее эффективный.

К группе риска по гриппу относят больных при наличии следующей сопутствующей патологии:

- ✓ хронические заболевания лёгких, в т.ч. ХОЗЛ, БА;
- ✓ беременность;
- ✓ эндокринная патология, в т.ч. ожирение, тяжелое течение сахарного диабета;
- ✓ пациенты с иммунодефицитными состояниями, в т.ч. ВИЧ-инфекция, длительная иммуносупрессивная терапия;
- ✓ онко- и онкогематологические заболевания;
- ✓ сердечно-сосудистая патология в стадии декомпенсации;
- ✓ почечная недостаточность;
- ✓ гемолитическая анемия, гемоглобинопатия;
- ✓ больные, которые находятся на постоянном лечении препаратами аспирина.

Показания к госпитализации

1. Гриппоподобное заболевание, которое сопровождается:

- цианозом;
- одышкой;
- физикальными изменениями в лёгких (аускультативными, перкуторными, рентгенологическими);
- геморрагическими проявлениями: геморрагические высыпания, кровохарканье;
- многократной рвотой и диареей (более 3 раз в сутки);
- брадикардией; аритмией другого характера;
- гипотензией на 30% ниже артериального давления, в сравнении с возрастной нормой;
- нарушением сознания, судорогами, чрезмерным возбуждением или выраженной вялостью.

2. Беременность с проявлениями респираторной инфекции.

3. Наличие сопутствующей патологии у взрослых больных с гриппоподобным синдромом:

Варианты «альтернативной» противовирусной терапии при гриппе

Препарат	Спектр противовирусной и биологической активности	Способ применения и дозы
Занамивир (реленза) ингаляции 5 мг	Противовирусное действие к вирусу гриппа А и В	По 5 мг ингаляторно 2 р/сут на протяжении 5 дней
Арбидол 0,1 г	Эффективен при вирусах А и В и др., ОРВИ. Имеет интерферонпродуктивное и иммуномодулирующее действие	Табл. по 0,2 г (2 табл.) до еды 3 р/сут на протяжении 3-5 дней
Кагоцел 0,012 г	Действует на вирусы А и В и др. ОРВИ. Вызывает накопление «поздних» ИФН ($\alpha 1$ -, β -, γ - ИФН с высокой противовирусной активностью)	По 2 табл. 3 р/сут – 2 дня; далее по 1 табл. 3 р/сут. еще 2 дня (на курс 18 табл.). Курс первые 4 дня.
Амизон 0,25 г	Имеет интерферонпродуктивную активность. Стимулирует гуморальный и клеточный иммунитет.	По 1-2 табл. 2-3 р/сут после еды на протяжении 5-7 дней
Рибавирин (рибамидил, виразол, ребетол и др.) 0,2 г	Синтетический нуклеозид, ингибирует синтез РНК и ДНК вирусов. Эффективный при гриппе А и В.	Табл. 0,2 г 3-4 р/сут. на протяжении 3-5 дней.
Амиксин (тилорон) 125 мг	Эффективный при гриппе А, В и С.	По 125-250 мг после еды первые 2 дня, дальше по 125 мг через каждые 48 часов - до 1 недели.
Интерферон- γ (ингарон) 100.000 МЕ	Противовирусное действие при гриппе (в том числе и птичьим), ОРВИ. Обладает иммуномодулирующим д-ем	Препарат с высокой противовирусной активностью. Содержание флакона (100тыс. МЕ) развести в 5 мл воды для инъекций. При первых признаках гриппа, ОРВИ- по 2 капли в каждый носовой ход 5 раз в день на протяжении 5-7 дней

- хронические заболевания лёгких, в т.ч. бронхиальная астма
- лишний вес более 30% от массы тела
- тяжелые формы сахарного диабета
- пациенты с иммунодефицитами (первичный иммунодефицит, аспления, ВИЧ-инфекция, длительная иммуносупрессивная терапия)
- онко- и онкогематологические заболевания
- сердечно-сосудистая патология в стадии декомпенсации связанная с постоянным приемом аспирина
- почечная недостаточность
- гемолитическая анемия, гемоглобинопатия.

4. Дети первых двух лет жизни с среднетяжелой и тяжелой формой гриппа.

5. Дети до 5 лет жизни при температуре более 38°C.

6. Дети от 5 до 17 лет при температуре более 39°C

7. При заболеваниях в общежитиях, школах-интернатах, детских домах.

Лечение в условиях стационара

1. Озельтамивир – 75 мг 2 р/сут пациентам из группы риска и с тяжелыми осложненными формами заболевания. Препарат наиболее эффективный в первые 2-е суток болезни, но при осложненном течении назначается в любой период болезни сразу после госпитализации. По показаниям доза озельтамивира может быть увеличена до 150 мг 2 р/сут при условиях мониторинга состояния почек. При отсутствии или непереносимости озельтамивира, в соответствии с рекомендациями ВОЗ, возможно назначение занамивира.

2. Симптоматическая терапия: - рестриктивный режим инфузионной терапии; - полноценный ре-

жим энтерального питания; - муколитики и бронхолитики (по показаниям); - противогрибковые препараты (по показаниям).

3. При наличии симптомов хронических заболеваний (бронхиальная астма, сахарный диабет, ИБС и др.) лечение проводится в соответствии с клиническими протоколами МОЗ Украины

Оксигенотерапия с поддержкой сатурации не меньше 90%, в группе риска – не меньше 94% с помощью кислородных масок с резервуаром в объёме не меньше 8-10 л/мин.

Показания для назначения антибиотиков – при подозрении на присоединение бактериальной инфекции. Антибиотики назначаются сразу после сбора материала для бактериологического исследования, парентерально. Рекомендуется использование антибиотиков из следующих групп: респираторные фторхинолоны; макролиды; цефалоспорины III-IV поколения; защищенные аминопенициллины; гликопептиды: карбапенемы. После получения результатов бактериологического исследования проводится коррекция антибактериальной терапии с учетом чувствительности возбудителя.

Методы профилактики

Меры профилактики делятся на специфические и неспецифические.

Специфические:

Вакцинация снижает уровень заболеваемости и способствует более легкому неосложненному течению заболевания. Вакцинацию проводят в осенне-зимний период. Защитный эффект сохраняется не менее года. Для специфической профилактики гриппа используют живые или инактивированные

вакцины.

В настоящее время применяют инактивированные гриппозные вакцины, обладающие низкой резистентностью, высокой степенью безопасности и достаточной иммуногенностью. В последние годы появились новые вакцины: Ваксигрипп (Франция), Бегривак (Германия), Флюарикс (Бельгия), Инфлювак (Голландия), Гриппол (Россия). Вакцинные штаммы вируса гриппа ежегодно обновляются на основании информации о том, какие типы вирусов выделялись, насколько они были распространены и насколько эффективными могут быть вакцинные штаммы вируса гриппа предыдущего сезона против вновь идентифицированных типов.

По рекомендации ВОЗ, в противогриппозную вакцину на сезон 2011-2012 гг. следует включать три разновидности вируса гриппа:

- ✓ A /California/7/2009 (H1N1);
- ✓ A /Pert/16/2009 (H3N2);
- ✓ B /Brisbane/60/2008.

Неспецифические:

Профилактику гриппа сводят к изоляции пациентов, оказанию врачебной помощи на дому при появлении эпидемических вспышек. На время эпидемии в стационарах отменяют визиты к больным, ограничивают посещение детьми зрелищных мероприятий. Лица, находящиеся в постоянном контакте с больным, должны носить 4-слойные марлевые повязки (маски) как в больницах, так и в домашних условиях, мыть руки. Для неспецифической профилактики применяют:

- Химиопрепараты (занамивир, арбидол, тилорон, бендазол, амизон, кагоцел, виферон) в профилактических дозах.
- Иммунопрепараты (препараты интерферона и индукторы интерферона).

Применяют методы и средства, предупреждающие заражение (адаптогены, витамины, закаливание). Необходимо проветривать помещение, где находятся больные. Рекомендовано УФО и влажная обработка помещений 0,2-0,3% раствором хлорамина Б или другими дезинфицирующими средствами. Белье, полотенца и носовые платки больных необходимо кипятить.

Диспансеризация

За лицами, перенесшими неосложненные формы гриппа, диспансерное наблюдение не устанавливается. Перенесшие осложненные формы ОРВИ (пневмонии, синуситы, отиты, мастоидиты, миокардиты, поражение нервной системы: менингит, менингоэнцефалит, токсические невриты и др.) подлежат диспансеризации не менее 3-6 месяцев. В отношении лиц, перенесших такое осложнение гриппа, как пневмония, осуществляются реабилитационные мероприятия (в амбулаторно-поликлинических или санаторных условиях), и они подлежат обязательной диспансеризации в течение 1 года (с контрольными клинико-лабораторными и рентгенологическими обследованиями через 1, 3, 6 и 12 месяцев после болезни).

Литература

1. Ершов Ф. Рациональная фармакотерапия гриппа и ОРВИ // Фармацевтический вестник. — 2003. — № 39. — С. 39-43.
2. Коровина А. А., Заплатникова А. Л. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра: Пособие для врачей. — М., 2004. — 237 с.
3. Чучалин А.Г. Исторические аспекты эпидемий гриппа XX век // Пульмонология 2009.-№ 6.-С.5-8
4. Киселев О.И., Ершов Ф.И., Сологуб Т.В. Романцов М.Г. Грипп А (H1N1) как типичная эмерджентная инфекция (вирусологические, клинико-эпидемиологические особенности, вопросы терапии и профилактики). Пособие для врачей. Спб; Харьков; Ужгород; 2009.
5. Хаитов Р. М., Некрасов А. В., Лыткина П. Н. и др. Влияние вакцинопрофилактики на уровень заболеваемости гриппом и ОРВИ // Вакцинация. — 2001. — № 5 (17). — С. 7.
6. Антонова Т.В., Антонов М.М., Барановская В.Б., Лиознов А.А. Инфекционные болезни: Учебник для медицинских училищ и колледжей / Под ред. Г.В. Беляевой. — СПб.: СпецЛит, 2000 — 509 с.
7. Инфекционные болезни: национальное руководство / Под ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова. — М.: Гэотар-Медиа, 2009. — 1056 с — (Серия «Национальные руководства»).
8. Шувалова Е.П. «Инфекционные болезни»: Учебник. — 4-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1999. — 656 с.
9. Покровский В.И., Пак С.Г., Брико Н.И., Данилкин Б.К. Инфекционные болезни и эпидемиология: Учебник. — 2-е изд., — М.: Медицина, 2009. — 813 с.
10. CDC. Pregnant Women and Novel Influenza A (H1N1) Virus: Considerations for Clinicians. - June 30, 2009.
11. CDC Updated Interim Recommendations for Obstetric Health Care Providers Related to Use of Antiviral Medications in the Treatment and Prevention of Influenza for the 2009-2010 Season. - October 23, 2009.
12. Center for infectious disease research and policy. Novel H1N1 influenza. <http://www.cidrap.umn.edu/cidrapcontent/influenza/biofacts/swinefluoverview.html>. (accessed December 6, 2009)

Грип та інші гострі респіраторні захворювання

М.Г. Шкадова, В.В. Кілесса, Н.В. Жукова

Оглядова стаття присвячена актуальним питанням клініки, діагностики, лікування і профілактики грипу та гострих респіраторних інфекцій.

Ключові слова: грип, клініка, діагностика, лікування

Influenza and other acute respiratory infections

MG Shkadova, V. Kilessa, NV Zhukova

Review article is devoted to topical issues of the clinic, diagnosis, treatment and prevention of influenza and acute respiratory infections.

Keywords: flu, clinic, diagnosis, treatment.