

## ОСОБЕННОСТИ КЛИНИКИ И ЛЕЧЕНИЯ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ТЕРАПЕВТА

**Д. Трухан**<sup>1</sup>, доктор медицинских наук,  
**Л. Тарасова**<sup>2</sup>, доктор медицинских наук

<sup>1</sup>Омская государственная медицинская академия  
Минздрава России

<sup>2</sup>Чувашский государственный университет им. И.Н. Ульянова

**E-mail:** dmitry\_trukhan@mail.ru

*Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) и грипп занимают значительное место в практике врача-терапевта. Для профилактики и этиопатогенетической терапии ОРВИ и гриппа широко используются препараты интерферона. Интерферон человеческий рекомбинантный альфа-2b (Гриппферон®) показан для лечения и профилактики гриппа и ОРВИ у новорожденных, детей и взрослых пациентов, включая беременных женщин.*

**Ключевые слова:** грипп, острая респираторная вирусная инфекция, терапевт, интерферон, Гриппферон®.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) относятся к массовым заболеваниям; по данным ВОЗ, ими ежегодно болеет каждый 3-й житель планеты [1–4]. ОРВИ плохо контролируются и характеризуются умеренно выраженным постоянным ростом заболеваемости.

В России ежегодно болеют ОРВИ и гриппом >30 млн человек (10–15% трудоспособного населения, 45–60% больных – дети). Ежегодный суммарный экономический ущерб от ОРВИ оценивается в 40 млрд руб. – 80% ущерба от всех инфекционных болезней [4–8]. С ОРВИ связано 60–80% пропусков школьных занятий у детей и >30% случаев общей временной нетрудоспособности у взрослых.

Известно около 300 возбудителей респираторных инфекций и >200 из них – вирусы: представители 4 семейств РНК-содержащих вирусов (ортомиксовирусы, парамиксовирусы, коронавирусы и пикорнавирусы) и 2 семейств – ДНК-содержащих (аденовирусы и герпесвирусы) [4].

По данным эпидемиологических исследований, лидирующие позиции в этиологическом рейтинге занимают вирусы парагриппа, риновирусы и микст-инфекции, а частота инфицирования вирусами гриппа – около 5–15%.

Источником инфекции при заболеваниях дыхательных путей вирусной этиологии являются больные ОРВИ с явными, стертыми или бессимптомными формами заболевания.

Пути передачи инфекции зависят от вида возбудителя. Контактный путь передачи (через руки при контакте с секретами, содержащими вирусные частицы) наиболее характерен для риновирусной инфекции, в то время как для гриппа характерна воздушно-капельная форма передачи (мелкодисперсный аэрозоль во взвешенном состоянии, содержащий вирусы). «Входными воротами» для инфекции являет-

ся слизистая оболочка носоглотки, к которой практически все вирусы обладают тропностью. Далее вирус проникает в эпителиальные клетки, что обуславливает развитие местной воспалительной реакции, зависящей от уровня внедрения (ринорея, боль в горле, кашель и т.д.). Последующая вирусемия сопровождается интоксикационным синдромом (головная боль, слабость, потеря аппетита, миалгия, арталгия) и гипертермией [2, 4].

Локализация очага поражения во многом зависит от вида возбудителя. Однако клиническая дифференциация ОРВИ часто затруднена из-за схожей симптоматики, в связи с чем этиологический фактор без применения методов лабораторной диагностики часто остается неустановленным. Чаще всего практические врачи ставят диагноз гриппа и ОРВИ, исходя из совокупности клинико-эпидемиологических данных. Для клинической диагностики имеет большое значение эпидемиологическая ситуация в регионе. Подтверждение диагноза ОРВИ лабораторными методами проводится в эпидемических очагах и стационарах при лечении тяжелых форм течения болезни.

ОРВИ и грипп занимают значительное место в практике врача-терапевта. Клинические проявления и тяжесть течения гриппа определяются выраженностью и продолжительностью интоксикации. Характерно острое начало с повышением температуры тела, которая в течение нескольких часов может достигать высоких цифр. Лихорадка при неосложненном гриппе продолжается от 2 до 5 дней, затем температура тела снижается ускоренным лизисом. Основной ведущий признак интоксикации – головная боль, преимущественно в лобной части. Кроме того, пациенты ощущают недомогание, общую слабость, разбитость, а также мышечные и суставные боли. В тяжелых случаях отмечаются адинамия, головокружение, обморочные состояния, нарушения сознания, у детей возможны судорожный синдром и явления менингизма. Катар верхних дыхательных путей может отсутствовать или проявляется на 2–4-й день заболевания, характерен трахеобронхит, проявляющийся саднением и болью за грудиной, мучительным сухим кашлем. Частота пульса соответствует повышенной температуре тела, но возможны как относительная брадикардия, так и тахикардия. АД чаще снижено. Тоны сердца приглушены. В периферической крови при неосложненном гриппе отмечаются лейкопения с нейтропенией и умеренный палочкоядерный сдвиг.

К ведущим клинико-дифференциальным признакам при гриппе относятся: токсикоз; дисциркуляторные расстройства; умеренные катаральные явления с преимущественным поражением трахеи и крупных бронхов; характерный внешний вид больных (гиперемия и одутловатость лица, выраженная инъекция сосудов склер и конъюнктив); повышенная потливость; поражение мелких сосудов; цианоз губ и слизистых оболочек; геморрагические проявления; «запаздывание» катаральных симптомов на несколько часов или на 1–2 дня; умеренный ринит (в среднем – от 3 до 6 дней) без ринореи; сухость слизистой оболочки носа и глотки.

Для вирусов парагриппа типичны осенне-весенняя цикличность и поражение нижних дыхательных путей (бронхиолиты, бронхопневмонии). Вирусемия при парагриппозной инфекции малоинтенсивна, поэтому интоксикация выражена слабо и непродолжительна. Взрослые переносят болезнь легко, лихорадка выражена незначительно. Постоянный ранний симптом – ринит, нередко наблюдается фарингит. У детей часто развивается ларингит; при этом в результате отека слизистой оболочки гортани может раз-

виться синдром ложного крупа; кроме стеноза гортани, частым осложнением у детей является пневмония. Основные клинико-дифференциальные признаки парагриппа: поражение дыхательных путей; насморк с набуханием слизистой оболочки носа; затруднение носового дыхания; развитие ларингита; умеренные признаки поражения гортани с болью в горле, упорным кашлем, чаще – сухим, иногда – грубым и напоминающим лай (при крупе у детей). Нередко меняется тембр голоса, появляется охриплость вплоть до афонии.

Наиболее интенсивная циркуляция респираторно-синцитиального вируса наблюдается в осенне-зимний период. Респираторно-синцитиальный вирус может вызывать как спорадические заболевания, так и вспышки респираторных инфекций, наиболее ярко выраженные среди пожилых людей и детей младшего возраста. Заболевание характеризуется постепенным развитием и в начале клинически напоминает другие ОРВИ. На фоне умеренно выраженных симптомов интоксикации возникают признаки ринита, бронхита. Кашель сухой, приступообразный, продолжительный. В неосложненных случаях у детей старшего возраста и взрослых лихорадка продолжается 3–7 дней, и болезнь заканчивается полным выздоровлением. У детей младшего возраста часто наблюдается второй период заболевания, для которого характерно вовлечение в патологический процесс нижних дыхательных путей с проявлениями дыхательной недостаточности и астматического синдрома. К ведущим клинико-дифференциальным симптомам относятся раннее развитие и обнаружение клинических признаков бронхита и бронхолита. Чувство затрудненного дыхания (иногда даже удушья), обычно продолжительностью от нескольких часов до 1–2 дней, является своеобразным эквивалентом астматического синдрома, весьма характерного для инфекции, вызываемой у детей респираторно-синцитиальным вирусом.

Риновирусы поражают лиц всех возрастных групп и имеют двухволновой характер распространения с максимальной интенсивностью в осенний и весенний периоды. В клинической картине ведущим симптомом является ринорея. Наблюдаются также сухость, першение и боль в горле, кашель.

Отличительная особенность коронавирусной инфекции – высокий удельный вес смешанных форм. Наиболее часто в ассоциацию с коронавирусами вступают вирусы гриппа А, респираторно-синцитиальный вирус, аденовирусы, иногда – вирусы гриппа В, что приводит к утяжелению заболевания. Коронавирусная инфекция может протекать по типу гастроэнтерита.

При аденовирусной инфекции воспалительный процесс наиболее часто локализуется во «входных воротах» – на слизистых оболочках верхних дыхательных путей и конъюнктиве. В дальнейшем вирус может проникать в ткани кишечника, лимфатические узлы, что обуславливает широкий диапазон клинических проявлений, в том числе – нехарактерных для большинства ОРВИ (лимфоаденопатия, диарея, гепатоспленомегалия). Основные клинические формы аденовирусной инфекции – острое респираторное заболевание; ринофарингит; ринофаринготонзиллит; наблюдаются также фарингоконъюнктивальная лихорадка, конъюнктивит, кератоконъюнктивит. Аденовирусная инфекция более тяжело протекает у детей младшего возраста со сравнительно частым присоединением пневмонии; у них же нередко наблюдается диарея.

К основным клинико-дифференциальным признакам аденовирусной инфекции относится: экссудативный характер поражения дыхательных путей, что проявляется набуханием,

отечностью слизистой оболочки полости глотки и носа. Ринит протекает с обильным серозно-слизистым отделяемым, выраженной заложенностью носовых ходов. В процесс постоянно вовлекаются задняя стенка глотки и миндалины. Фарингит характеризуется гиперплазией лимфоидных образований. Миндалины увеличены, отечны; возможно обострение хронического тонзиллита в виде лакунарной и фолликулярной ангины. Конъюнктивит – катаральный, фолликулярный, пленчатый, чаще – односторонний.

Клинику респираторных заболеваний могут вызывать вирусы Коксаки В, реовирусы, цитомегаловирусы, микоплазмы и большое число бактериальных агентов. В связи с этим у больных ОРВИ нередко наблюдаются смешанные инфекции: вирус-вирус, вирус-микоплазма, вирус-бактерии и другие ассоциации возбудителей.

Среди осложнений выделяют ларингит, тонзиллит, фарингит и трахеит бактериальной природы, разные формы синуситов (гайморит, этмоидит, фронтит), а также отит, евстахиит; возможно развитие бронхита и пневмонии. Основные причины осложнений – нарушения иммунной защиты, приводящие к длительно протекающим иммунодефицитам, которые, в свою очередь, сочетаются с резким снижением антибактериальной резистентности организма.

Для профилактики и лечения гриппа в настоящее время используются специфические вакцины и противогриппозные химиопрепараты, однако для борьбы с другими многочисленными видами респираторных вирусов средств специфической защиты и этиотропной терапии не существует. Поэтому заболеваемость ОРВИ среди лиц, вакцинированных против гриппа, в осенне-зимний период остается высокой.

Многообразие возбудителей ОРВИ делает практически невозможным проведение столь масштабных профилактических мероприятий, как это делается в отношении вируса гриппа [9–11]. Поэтому вполне понятен и обоснован интерес медиков разных стран к неспецифическим средствам профилактики гриппа и ОРВИ. Эксперты ВОЗ подчеркивают важность выполнения простых и доступных общегигиенических рекомендаций: проветривание помещений; полноценное питание; прием витаминно-минеральных комплексов; закаливание; мытье рук; ношение масок при общении с больными; ограничение посещения мест большого скопления людей в периоды эпидемии и др. [9–12].

В предэпидемический период [2, 12–14] на первый план выходит весь комплекс санитарно-оздоровительных мероприятий (особенно для групп повышенного риска): использование (по выбору) наряду со средствами специфической профилактики (вакцинация против гриппа) многочисленных средств, повышающих естественную резистентность организма (иммуномодуляторы, адаптогены, поливитамины и др.).

В настоящее время для профилактики и этиопатогенетической терапии ОРВИ и гриппа широко используются препараты интерферона (ИФН) и его индукторы [15–17]. Широкий спектр действия лекарственных средств данной группы обусловлен универсальным противовирусным эффектом ИФН [15, 16]. Интерферон (от англ. *interfere* – препятствовать) активирует синтез специфических внутриклеточных ферментов, нарушающих размножение вирусов. Кроме того, ИФН стимулирует экспрессию антигенов I и II классов главного комплекса гистосовместимости. В результате изменяется топография цитомембран, что препятствует прикреплению вирусов к клеточной оболочке и нарушает их проникновение внутрь клеток. Активизируя цитотоксическую активность Т-лимфоцитов, ИФН стиму-

лируют также лизис клеток, инфицированных вирусами, и таким образом не только препятствуют инфицированию вирусами, но и подавляют их репродукцию на стадии синтеза специфических белков.

Среди препаратов ИФН выделяют природные ИФН (ИФН человеческого лейкоцитарный) и рекомбинантные (Гриппферон®). Изначально, с конца 1950-х годов, в клинической практике применялся человеческий лейкоцитарный ИФН (I поколения). Однако использование ИФН, полученного в культуре клеток человека, даже при использовании самых совершенных систем контроля не может со 100% вероятностью гарантировать, что полученный препарат не содержит вирусы иммунодефицита человека, гепатитов и др. В настоящее время, согласно рекомендациям ВОЗ, подобные лекарственные средства применяются только по жизненным показаниям.

Отечественный препарат Гриппферон® – ИФН человеческого рекомбинантный альфа-2b – выпускается в 2 формах: назальные капли – 10 000 МЕ/мл (флаконы по 5 и 10 мл), спрей назальный дозированный – 500 МЕ/доза (флаконы по 10 мл – 200 доз).

Гриппферон® обладает выраженной профилактической активностью в отношении большинства респираторных вирусов и может быть использован как средство профилактики (в том числе – экстренной) гриппа и ОРВИ в детских и других организованных коллективах [18–23], а также в группах риска (медицинские работники и провизоры, обслуживающий персонал общественных учреждений, транспорта) [16, 24–27].

С целью экстренной профилактики ОРВИ и гриппа препарат Гриппферон® используется следующим образом: при контакте с больным и (или) при переохлаждении препарат закапывают (капли) или впрыскивают (спрей) в разовой возрастной дозировке 2 раза в день; при сезонном повышении заболеваемости препарат закапывают/впрыскивают в возрастной дозировке однократно утром с интервалом 24–48 ч. При необходимости профилактические курсы повторяют.

После каждого закапывания рекомендуется помассировать пальцами крылья носа в течение нескольких минут для равномерного распределения препарата в носовой полости. При использовании спрея для введения препарата следует снять защитный колпачок, ввести распылительное устройство в носовой ход и сильно нажать на распылительный механизм (1 доза – 1 нажатие). Перед 1-м применением следует несколько раз нажать на распылительный механизм до появления облачка спрея.

В период сезонного повышения уровня заболеваемости гриппом и ОРВИ Гриппферон® дает выраженный профилактический эффект в организованных коллективах, что обеспечивает снижение заболеваемости в 2,4–3,5 раза [15, 16, 25].

Гриппферон® – эффективное средство терапии гриппа и ОРВИ [25–28], он может использоваться у пациентов любого возраста независимо от иммунного статуса, в том числе у детей 1-го года жизни [21], а также у лиц с наличием любых сопутствующих фоновых заболеваний, у страдающих хроническими инфекциями, а также теми или иными вариантами аллергозов [15, 16, 24–27].

Гриппферон® является приоритетным препаратом для лечения и профилактики гриппа и других ОРВИ у беременных женщин в любом гестационном периоде, поскольку он не дает побочных эффектов, в том числе эмбриотоксических и тератогенных [25, 26, 29, 30]. В суточной дозе 15 000–18 000 МЕ Гриппферон® в течение 2 нед существен-

но снижает частоту заболеваемости беременных в очаге пандемии и обуславливает более благоприятное течение инфекционного процесса [29], значительно снижает у этой группы пациентов вероятность развития тяжелых осложнений форм гриппа [30].

При первых признаках заболевания Гриппферон® применяют в течение 5 дней:

- в возрасте до 1 года – по 1 капле/дозе (500 МЕ) в каждый носовой ход 5 раз в день или впрыскивают по 1 дозе (500 МЕ); разовая доза – 1000 МЕ, суточная доза – 5000 МЕ;
- в возрасте от 1 до 3 лет – по 2 капли/дозы в каждый носовой ход 3–4 раза в день или впрыскивают по 2 дозы в каждый носовой ход 3–4 раза (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 6000–8000 МЕ);
- в возрасте от 3 до 14 лет – по 2 капли/дозы в каждый носовой ход 4–5 раз в день или впрыскивают по 2 дозы в каждый носовой ход 4–5 раз (разовая доза – 2000 МЕ, суточная – 8000–10 000 МЕ);
- с 15 лет и взрослым – по 3 капли/дозы в каждый носовой ход или впрыскивают по 3 дозы в каждый носовой ход 5–6 раз в день (разовая доза – 3000 МЕ, суточная – 15 000–18 000 МЕ).

15-летний опыт применения препарата Гриппферон® в России и ряде других стран свидетельствует о его эффективности и безопасности у новорожденных, детей и взрослых пациентов, включая беременных женщин, при лечении и профилактике гриппа и ОРВИ.

## Литература

1. Электронный ресурс: URL: <http://www.who.int/mediacentre/events/ru>
2. Малый В.П., Романцов М.Г., Сологуб Т.В. Грипп. Пособие для врачей / СПб. – Харьков, 2007. Электронный ресурс: URL: <http://medi.ru/doc/a210207.htm>
3. Сологуб Т.В., Осинцев О.Ю. Иммуномодуляторы в комплексной терапии ОРВИ: возможности применения препарата галавит // Рус. мед. журн. 2013; 3. Электронный ресурс: URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_8613.htm](http://www.rmj.ru/articles_8613.htm)
4. Инфекционные болезни: национальное руководство. Под общ. ред. Н.Д. Ющука, Ю.Я. Венгерова / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2009; 1056 с.
5. Ершов Ф.И., Касьянова Н.В. Современные принципы профилактики и лечения гриппа и ОРВИ // Consilium Medicum. – 2004; 1: 1–13.
6. Афанасьева И.А. Гипорамин в лечении ОРВИ у детей // Рус. мед. журн. – 2005; 21: 1404–5.
7. Ершова А.К. Комплексный подход к лечению острых респираторных вирусных заболеваний // Рус. мед. журн. – 2011; 18. Электронный ресурс: URL: [http://rmj.ru/articles\\_7807.htm](http://rmj.ru/articles_7807.htm)
8. Романцов М.Г., Киселев О.И., Сологуб Т.В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа // Лечащий врач. – 2011; 2: 92–6.
9. Малышев Н.А., Колобухина Л.В., Меркулова Л.Н. и др. Современные подходы к повышению эффективности терапии и профилактики гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций // Consilium Medicum. – 2005; 10: 831–5.
10. Лыткина И.Н., Малышев Н.А. Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций среди эпидемиологически значимых групп населения // Лечащий врач. – 2010; 10: 66–9.
11. Садовникова И.И. Сезонные неприятности и пути их преодоления // Рус. мед. журн. – 2011; 31. Электронный ресурс: URL: [http://www.rmj.ru/articles\\_8059.htm](http://www.rmj.ru/articles_8059.htm)
12. Коровина Н.А., Захарова И.Н., Заплатников А.Л. и др. Дефицит витаминов и микроэлементов у детей: современные подходы к коррекции. Рук-во для врача-педиатра / М.: Медпрактика-М, 2004.
13. Острые респираторные заболевания у детей: лечение и профилактика. Научно-практическая программа Союза педиатров России/М.: Международный фонд охраны здоровья матери и ребенка, 2002; 69 с.
14. Острые респираторные вирусные инфекции в амбулаторной практике врача-педиатра. Пособие для врачей. Под ред. Н.А. Коровиной / М., 2004; 48 с.

15. Ершов Ф.И. Интерфероны и их индукторы (от молекул до лекарств) / Ф.И. Ершов, О.И. Киселев / М.: ГЭОТАР-Медиа, 2005; 368 с.
16. Гапонюк П.Я., Коровкин С.А. Гриппферон® капли в нос: Профилактика и лечение гриппа и острых респираторных вирусных инфекций / М., 2004; 38 с.
17. Ерофеева М.К., Максакова В.Л., Позднякова М.Г. Неспецифическая профилактика гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний // Рус. мед. журн. – 2011; 2. Электронный ресурс: URL: [http://rmj.ru/articles\\_7495.htm](http://rmj.ru/articles_7495.htm)
18. Феклисова Л.В., Шебекова В.М., Целипанова Е.Е. и др. Гриппферон у детей, больных ОРВИ // Врач. – 2001; 3: 40–1.
19. Крамарев С.А., Буц А.Р., Чемеркина Н.В. Оценка эффективности Гриппферона, капель в нос в профилактике и лечении гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций у детей // Аптека. – 2002; 5: 4.
20. Лыткина И.Н., Ежлова Е.Б., Филатов Н.Н. и др. Опыт применения препарата «Гриппферон» для профилактики острых респираторных инфекций в детских дошкольных учреждениях. Материалы VIII съезда Всерос. общества эпидемиологов, микробиологов и паразитологов. М., 2002; с. 64–6.
21. Болотова Н.В., Елисеев Ю.Ю., Гроздова Т.Ю. Опыт использования препарата «Гриппферон – капли в нос» для лечения ОРВИ у детей первого года жизни. Вопросы современной педиатрии. Материалы научно-практ. конф. педиатров России «Фармакотерапия в педиатрии». М., 2003; 2: 32.
22. Заплатников А.Л. Иммунопрофилактика и иммунотерапия острых респираторных инфекций у детей // Рус. мед. журн. – 2006; 9: 50–6.
23. Ермилова Н.В., Радциг Е.Ю., Богомильский М.Р. и др. Профилактика ОРВИ в организованных детских коллективах: способы и эффективность // Вопр. современной педиатрии. – 2012; 1: 98–102.
24. Шумилов В.И. Грипп и ОРВИ: неспецифическая профилактика с использованием генноинженерного  $\alpha$ -2-интерферона и его новых форм // Лечащий врач. – 2000; 9:20–1.
25. Осидак Л.В., Дринецкий В.П., Гапонюк П.Я. Гриппферон. Методическое пособие для врачей / СПб: ГУ НИИ гриппа РАМН, 2008; 60 с.
26. Дорошенко Е.М., Гапонюк П.Я. Роль российского препарата Гриппферон® в лечении и профилактике гриппа и других ОРВИ // Поликлиника. – 2008; 5: 22–6.
27. Осидак Л.В., Дринецкий В.П., Образцова Е.В. Гриппферон как средство лечения и профилактики гриппа // Terra Medica Nova. – 2009; 1: 12–6.
28. Логинова С.Я., Борисевич С.В., Щукина В.Н. и др. Экспериментальное изучение противовирусной активности препарата «Гриппферон» в отношении «мексиканского» пандемического вируса гриппа A/H1N1/2009 *in vitro* // Антибиотики и химиотер. – 2011; 5: 7–10.
29. Белокриницкая Т.Е., Лига В.Ф., Трубицына А.Ю. и др. Медикаментозная профилактика гриппа у беременных // Вопр. гинекол., акушерства и перинатол. – 2012; 4: 31–6.
30. Белокриницкая Т.Е., Трубицына А.Ю., Кошмелева Е.А. Акушерские и перинатальные исходы при осложненных формах гриппа А (H1N1) у беременных // Журн. акушерства и женских болезней. – 2011; 5: 94–8.

## CLINICAL FEATURES AND TREATMENT OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS IN THERAPIST PRACTICE

**D. Trukhan<sup>1</sup> MD, L. Tarasova<sup>2</sup>, MD**

<sup>1</sup>Omsk State Medical University

<sup>2</sup>I.N. Ulyanov Chuvash State University, Cheboksary

*Acute respiratory viral infections and grippе occupy a significant place in the practice of general practitioner. Currently, for the prevention and etiopathogenetic treatment of acute respiratory viral infections and grippе widely used interferon preparations. Recombinant human interferon alpha-2 beta (Grippferon®) is indicated for the treatment and prevention of influenza and acute respiratory viral infections in infants, children and adults, including pregnant women.*

**Key words:** grippе, acute respiratory viral infection, therapist, interferon, Grippferon®.