

СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К ТЕРАПИИ ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ ВЕРХНИХ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) являются самыми распространенными заболеваниями в мире. К ОРВИ, включая грипп, относят группу инфекционных заболеваний респираторного тракта, имеющих вирусную этиологию и преимущественно воздушно-капельный путь передачи. ОРВИ и грипп проявляются многообразием респираторных симптомов. Одним из правил медицины является получение желаемого эффекта при минимальном количестве назначаемых средств. Однако пациент вынужден принимать целый ряд средств, направленных на купирование кашля, насморка, головной боли, снижение температуры, а также противовирусные, антигистаминные и другие препараты. На фоне такой полипрагмазии рационально использование комбинированных лекарственных средств.

Ключевые слова: острые респираторные вирусные инфекции, фармакотерапия, комбинированные лекарственные средства, ТераФлю.

ORLOVA N.V., MD, Prof., CHUKAEVA I.I., MD, Prof.

Pirogov Russian National Research Medical University

MODERN APPROACHES TO THERAPY OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTIONS OF THE UPPER RESPIRATORY TRACT

Acute respiratory viral infection (ARVI) are the most common diseases in the world. Acute respiratory viral infections (ARI), including influenza, include a group of infectious diseases of the respiratory tract with a viral etiology and are predominantly airborne transmission. SARS and flu are manifested in the diversity of respiratory symptoms. One of the rules of the medicine is the desired effect with a minimum number of indicated drugs. However, the patient is forced to administer a number of drugs aimed at the relief of coughing, running nose, headache, decrease in temperature, as well as antiviral, antihistamine and other medications. On the background of such polypharmacy use of combined drugs is reasonable.

Keywords: acute respiratory viral infections, pharmacotherapy, combination medications, Theraflu.

Ежегодно в России ОРВИ заболевают до 40 млн человек – это около 90% всех регистрируемых инфекционных патологий. В среднем за год на одного взрослого приходится 3–4 случая заболевания ОРВИ. К сожалению, разнообразие вирусов таково, что, переболев заболеванием, вызванным одним из вирусов ОРВИ, человек остается подверженным инфицированию другими вирусами.

К ОРВИ, включая грипп, относят группу инфекционных заболеваний респираторного тракта, имеющих вирусную этиологию и преимущественно воздушно-капельный путь передачи.

Наиболее распространенными возбудителями ОРВИ являются вирусы гриппа, парагриппа, риновирусы, аденовирусы, энтеровирусы, респираторно-синцитиальный вирус, коронавирусы, пикорнавирусы и др. Несмотря на такое разнообразие вирусов, их обобщает тропность к тканям респираторного тракта, цикличность заболевания и сходная клиническая картина.

Источником инфекции служит человек с манифестной или стертой формой ОРВИ, которые наиболее опасны в первые дни заболевания. Распространение инфекции происходит воздушно-капельным путем и часто через предметы обихода. При аденовирусной инфекции возможен также водный путь передачи. Вирусы способны

сохранять жизнеспособность в окружающей среде достаточно длительное время. Так, инфекционные свойства вируса 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.

Входными воротами инфекции является респираторный тракт (место первичной локализации инфекции и развития патологического процесса). Внутриклеточное размножение вирусов приводит к гибели и отторжению клеток, что клинически проявляется катаральным воспалением дыхательных путей. Патологический процесс развивается быстро. Вирус из мест первичной локализации попадает в кровь (стадия вирусемии), появляются признаки интоксикации. Вирусы подавляют двигательную активность мерцательного эпителия, угнетают клеточный и гуморальный иммунитет, тем самым нарушая неспецифическую резистентность организма. Это может привести к присоединению вторичной бактериальной инфекции с последующим развитием осложнений.

Клиническая картина различных ОРВИ имеет свои особенности. Аденовирусная инфекция проявляется ринофаринготонзиллитом, фарингоконъюнктивальной лихорадкой, вирусной пневмонией, эпидемическим кератоконъюнктивитом, лимфаденопатией шейных и подчелюстных л/у. Инкубационный период составляет в

среднем 6 дней, при фарингоконъюнктивальной лихорадке – 2–3 дня, при эпидемическом кератоконъюнктивите – от 3 до 22 дней. Начало болезни постепенное с последовательным появлением клинических симптомов. Интоксикация умеренно выражена, температура, как правило, субфебрильная, однако при фарингоконъюнктивальной лихорадке температура может достигать 39–40 °С, принимая затяжное течение. При фекально-оральном пути инфицирования происходит поражение слизистой кишечника с клиническими проявлениями диспепсии. Среди осложнений аденовирусной инфекции выделяют стенозирующий ларинготрахеит, бронхит, пневмонию. Аденовирусы могут длительное время персистировать в клетках миндалин, обуславливая хроническую форму тонзиллита.

При парагриппе инкубационный период составляет от 2 до 7 дней. Начало болезни постепенное. Отмечается слабо выраженная интоксикация, субфебрильная температура в течение 2–3 дней. На первое место выступают катаральные симптомы: затрудненное носовое дыхание, выделения из носа серозного или серозно-слизистого характера, умеренно выражен фарингит. Одним из типичных симптомов парагриппа является ларингит, сопровождающийся болью в горле, сухим грубым кашлем, охриплостью голоса. Среди осложнений возможны бронхит, пневмония, гипоксия, асфиксия, развитие отека мозга. У детей вирус парагриппа может вызывать стенозирующий ларинготрахеит (ложный круп).

Респираторно-синцитиальный вирус: инкубационный период продолжается 4–5 дней. Начало заболевания острое или постепенное. Интоксикация умеренно выражена. Преобладают катаральные симптомы: назофарингит, ларингит, наиболее частый симптом в первые дни болезни – непродуктивный приступообразный мучительный кашель. Возможные осложнения РС-вируса: бронхиты, бронхиолиты, пневмония, апноэ, круп, гепатоспленомегалия, отит. Респираторно-синцитиальные вирусы могут являться пусковым моментом для развития аллергической реакции с последующим развитием бронхиальной астмы.

Инкубационный период риновирусной инфекции продолжается 1–2 дня. Длительность заболевания от 4 до 9 дней. Интоксикация умеренная или отсутствует. Температура повышается редко и не превышает субфебрильных значений. Заболевание начинается с легкого недомогания и познабливания, затем присоединяются инъекция сосудов склер, боль в горле, возможно кратковременное снижение слуха, увеличение подчелюстных лимфатических узлов. Типичные симптомы риновирусной инфекции: заложенность носа, нарушение обоняния и вкуса, чихание, обильная ринорея. Осложнения: обострение хронических легочных заболеваний, отиты, синуситы.

Заболевания, обусловленные коронавирусами, могут быть ограничены внутрисемейными или внутрибольничными вспышками. Температура редко повышается до субфебрильных значений. Интоксикация слабо выражена. Продолжительность заболевания – 7 дней. Основные

клинические проявления: обильная ринорея, головная боль, кашель, фарингит. Осложнения коронавирусной инфекции чаще развиваются у детей: бронхиты, пневмонии, лимфаденит шейных узлов.

Грипп является наиболее тяжелым заболеванием, относящимся к респираторным вирусным инфекциям. Инкубационный период короткий – от нескольких часов до 1–1,5 сут.

Начало болезни острое. Ведущим клиническим симптомом является интоксикация: сильная головная боль, головокружение, боль в глазных яблоках, миалгии, артралгии. При гриппе А (H1N1) первым симптомом может быть кашель, который появляется до подъема температуры. Отмечаются озноб, быстрое развитие клинических симптомов лихорадки, которая достигает своего максимума (39–40 °С) уже в 1-е сут. Средняя длительность лихорадочного периода составляет около 4 сут. Снижается температура тела критически или ускоренным лизисом. Характерен внешний вид больного – цианоз, гиперемия и одутловатость лица, сосуды склер инъекцированы, гиперемия конъюнктив. Катаральные явления в виде ринита, заложенности носа, сухого кашля являются постоянными симптомами гриппа, но бывают умеренными и возникают к концу первых суток. Характерна диффузная гиперемия слизистой оболочки мягкого неба, дужек, задней стенки глотки, у трети больных отмечается выраженный цианотичный оттенок. Один из важных симптомов гриппа – трахеит.

В среднем за год на одного взрослого приходится 3–4 случая заболевания ОРВИ. К сожалению, разнообразие вирусов таково, что, переболев заболеванием, вызванным одним из вирусов ОРВИ, человек остается подверженным инфицированию другими вирусами

При выраженной интоксикации может развиваться геморрагический синдром, который проявляется в виде носовых кровотечений, точечных кровоизлияний на коже и слизистых оболочках, микрогематурии.

При гриппе возможно появление симптомов со стороны желудочно-кишечного тракта: тошноты, рвоты, жидкого учащенного стула.

Диапазон клинических проявлений со стороны нервной системы достаточно широк: от легких функциональных расстройств до серозных менингитов и тяжелых менингоэнцефалитов. Функциональные расстройства имеются даже при легких формах болезни и проявляются вегетативно-сосудистыми расстройствами, лабильностью сосудистого тонуса, внутричерепной гипертензией.

В периферической крови при неосложненном гриппе отмечается лейкопения, которая наиболее выражена на 3–4-й день болезни. Другие показатели, как правило, соответствуют нормальным значениям, отмечаются лишь небольшие моноцитоз и эозинопения. При присоединении осложнений появляется лейкоцитоз, нейтрофилез с палочкоядерным сдвигом.

При гриппе возможно развитие осложнений со стороны различных органов и систем. От вирус-ассоциированных осложнений ежегодно в мире умирают от 250 000 до 500 000 человек. Наибольшее число осложнений обусловлено вирусом гриппа:

- Респираторные: острый бронхит (20–30%), круп (5–15% среди госпитализированных), острый средний отит (35% среди госпитализированных детей).
- Пневмонии: первичная (2–5%), вторичная бактериальная (4% среди госпитализированных пожилых людей).
- Сердечно-сосудистые: сердечная недостаточность, миокардит и перикардит, кровоизлияние в сердечную мышцу и другие органы.
- Неврологические: вирусный энцефалит, энцефаломиелит.
- Синдром Рейе: энцефалопатия + жировая дистрофия печени (чаще у детей 5–14 лет; данное осложнение связывают с приемом салицилатов, частота – от 0,2 до 4,0 на 100 тыс. инфекционных больных).
- Почечные (нефрит).
- Гастроинтестинальные.
- Офтальмологические.
- Инфекционно-токсический шок.
- Геморрагический шок.
- Рабдомиолиз.

Кроме того, грипп способен обострять течение других сопутствующих заболеваний, что чрезвычайно опасно для людей с хронической патологией сердечно-сосудистой системы, органов дыхания, поджелудочной железы, центральной нервной системы и др. Особенно опасен грипп для людей пожилого возраста, новорожденных и беременных. У многих пациентов, переболевших ОРВИ, сохраняется синдром послевirusной астении, который может развиваться у 65% больных и продолжаться в течение одного-двух месяцев после выздоровления.

Группы высокого риска осложнений и смертности от гриппа (рекомендации ВОЗ)

1. Лица, находящиеся в домах престарелых.
2. Пожилые лица с хроническими заболеваниями.
3. Лица старше 65 лет независимо от наличия хронических заболеваний.
4. Дети от 6 мес. и взрослые с хроническими заболеваниями.
5. Лица, часто контактирующие с вышеуказанными категориями лиц, в том числе медицинский персонал и члены их семей.

Особенности течения и клинических проявлений респираторных вирусных инфекций, характерный эпидемиологический сезон для каждого вируса, позволяют провести дифференциальную диагностику (табл. 1).

В осеннее-зимний период отмечается подъем заболеваемости ротавирусной инфекции, что совпадает с эпидемическим сезоном ОРВИ, в т. ч. гриппа. Ротавирусная инфекция не относится к ОРВИ, однако имеет много общих клинических признаков, что вызывает необходимость проведения дифференциальной диагностики. Наряду с поражением ЖКТ, при ротавирусной инфекции у 70% больных наблюдаются симптомы, схожие с ОРВИ: лихорадка, ринорея, боль в горле, кашель. У детей возможны явления фаринготрахеита. При осмотре могут выявляться: гиперемия зева и миндалин, зернистость и отечность задней стенки глотки, увеличение миндалин и шейных лимфоузлов, конъюнктивит. В то же время при гриппе А(Н1N1), аденовирусной инфекции и коронавирусной инфекции возможна диарея. Диагноз ротавирусной инфекции подтверждается вирусологическими и иммунологическими исследованиями.

Лечение. Первой задачей врача является решение вопроса: нуждается ли больной в госпитализации или может быть оставлен для лечения в домашних условиях?

Таблица 1. Дифференциальная диагностика ОРВИ

Показатель	Грипп	Парагрипп	Аденовирус	РС-вирус	Риновирус
Подъем заболеваемости	зима	осень, зима	осень-зима-весна	зима, весна	осень, весна
Начало заболевания	внезапное, интоксикация, лихорадка	постепенное	острое	чаще острое	острое
Температура	более 38,0 °С	более 38,0 °С	более 38,0 °С	менее 37,5 °С	менее 37,5 °С
Интоксикация	выраженная	умеренная	умеренная или выраженная	умеренная	слабая
Поражение респираторного тракта	трахеит	ларингит	фаринготрахеит	бронхит, бронхиолит, пневмония	ринит
Кашель	сухой надсадный	сухой, лающий, хриплый	влажный	сухой с приступами удушья	редко
Гиперемия глотки	яркая	слабая	яркая, увеличение миндалин	слабая	слабая
Лимфаденит	отсутствует	отсутствует	полиаденит	редко, шейный, подчелюстной	отсутствует
Особенности клиники	сильная головная боль, миалгии, артралгия	возможна осиплость голоса	возможен конъюнктивит, может быть диарея, увеличение печени	возможен астматический синдром	резко выраженная ринорея

Критерии госпитализации

1. Тяжелое состояние больного, обусловленное интоксикацией (гипертермия, геморрагический синдром, спутанность сознания, менингизм, бред, гипоксия, нарушение ритма сердечных сокращений, бледность кожи, уменьшение диуреза, тошнота, рвота).
2. Осложненные формы гриппа (наличие симптомов дыхательной недостаточности и/или отека легких, кровохарканье, бронхообструктивный синдром, острый отечный ларингит, пневмония, острое воспаление придаточных пазух носа).
3. Больные из группы риска неблагоприятного развития болезни:
 - дети младше 2 лет;
 - беременные на любом сроке беременности;
 - лица с хроническими заболеваниями легких (бронхиальная астма, ХОБЛ);
 - лица с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой системы (пороки, ИБС с признаками сердечной недостаточности);
 - лица с нарушениями обмена веществ (сахарный диабет, ожирение 2–3-й степени);
 - лица с хронической болезнью почек, хронической болезнью печени, с определенными неврологическими состояниями (включая нейромускульные, нейрокогнитивные нарушения, эпилепсию), гемоглобинопатиями или угнетенным иммунным состоянием, либо по причине первичных иммуносупрессивных состояний, таких как ВИЧ-инфекция, либо в связи с вторичными иммунодефицитными состояниями вследствие приема иммуносупрессорных медикаментов или злокачественных новообразований.
 - дети, получавшие аспирин для лечения хронического заболевания;
 - лица в возрасте 65 лет и старше.

Эпидемиологические показания для госпитализации:

1. Больные из организованных, закрытых коллективов: военнослужащие, учащиеся интернатов, студенты, проживающие в общежитиях, при невозможности их изоляции от окружающих по месту жительства.
2. Невозможность постоянного медицинского наблюдения. Если больной остается дома, следует учитывать, что его местопребывание становится первичным очагом инфекции. Лечащему врачу в этих условиях предстоит решать 3 принципиальные задачи:
 - организовать проведение противоэпидемических мероприятий вокруг больного;
 - обеспечить раннее этиотропное лечение пациента и экстренную профилактику лиц, находящихся с ним в тесном контакте;
 - назначить больному симптоматическое лечение.

Необходимо строго ограничить доступ к больному. Лиц, тесно соприкасающихся с больным ОРВИ, защищают с помощью марлевых респираторов. Предметы быта и обстановки, окружающие больного, подвергают текущей дезинфекции. Ежедневно проводят влажную уборку помещений с применением 0,5%-ного раствора хлорамина; рекомендуют проветривание помещений 2–3 раза в день.

Непременным условием является соблюдение постельного режима в течение всего лихорадочного периода и интоксикации. Через 3 дня после нормализации температуры тела и исчезновения интоксикации назначают полупостельный режим. Пациентам рекомендуется соблюдение диеты. Для уменьшения интоксикации показано введение достаточного количества жидкости (1500–1700 мл) и витаминов (особенно аскорбиновой кислоты). Положительное значение оказывает одновременное насыщение диеты продуктами, богатыми витаминами Р (черноплодная рябина, шиповник, черная смородина, лимоны и др.). В первые дни болезни калорийность рациона снижают до 1600–1800 ккал. Назначают частый прием пищи (6–7 раз в сутки), преимущественно в жидком и в хорошо измельченном виде.

У многих пациентов, переболевших ОРВИ, сохраняется синдром послевиральной астении, который может развиваться у 65% больных и продолжаться в течение одного-двух месяцев после выздоровления

Успех терапии во многом обусловлен наиболее ранним началом лечения. Терапия гриппа и ОРВИ должна быть комплексной, адекватной этиологии и тяжести течения заболевания и направленной на все звенья патогенеза этого широко распространенного и нередко тяжелого заболевания. Особые требования должны предъявляться к этиотропным и патогенетическим средствам для лечения гриппа и ОРВИ.

Все препараты, применяемые в лечении ОРВИ, условно можно разделить на противовирусные (табл. 2) и симптоматические средства. Лечение гриппа обязательно должно проводиться противовирусными препаратами.

Блокаторы М2-каналов – ремантадин и амантадин – являются препаратами первого поколения. В настоящее время к данному классу препаратов у большинства штаммов вируса гриппа выработалась резистентность. Поэтому данная группа противовирусных препаратов малоэффективна при лечении гриппа. При других ОРВИ из противовирусных препаратов рекомендуется применение имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты и умифеновира, рекомендованы в лечении препараты интерфероны и индукторы интерферонов.

Среди населения повсеместно распространена температурофобия, когда температуру пытаются снизить во что бы то ни стало. Жаропонижающие средства необходимо назначать при подъеме температуры выше 38,5 °С. Лихорадка развивается при большинстве ОРВИ, ее функция – защитная, связанная со стимуляцией иммунной системы, снижением способности к размножению многих микроорганизмов. При температуре выше 39,5 °С могут возникнуть отрицательные эффекты лихорадки (повышение потребления кислорода, усиление потерь жидкости, дополнительная нагрузка на легкие, сердце). Снижение температуры жаропонижающими средствами не должно иметь целью нормализацию температуры, обычно доста-

точно снизить ее на 1–1,5 °С. Наиболее безопасным жаропонижающим препаратом является парацетамол, в случаях когда нужно достичь и противовоспалительного эффекта, назначают ибупрофен.

По показаниям назначают местные антибактериальные средства, противовоспалительные и муколитические средства. При необходимости используют местные сосудосуживающие препараты: предпочтителен спрей, а не капли, наличие дозатора и меньшая концентрация (0,05 вместо 0,1%) помогают избежать побочных эффектов.

В качестве антиоксидантной терапии рекомендуется назначение флавоноидов и витаминов. Симптоматически при кашле могут быть назначены противокашлевые и отхаркивающие препараты. При наличии сопутствующих заболеваний необходимо учитывать побочные эффекты лекарственных препаратов и их взаимодействие. Так, лекарственные средства, содержащие фенилпропаноламин и псевдоэфедрин, противопоказаны при артериальной гипертензии (АГ) и других сердечно-сосудистых заболеваниях, гипертиреозе, сахарном диабете. Они существенно увеличивают риск геморрагического инсульта. В 2001 г. эти препараты решением Фармкомитета переведены из ряда безрецептурных в рецептурные. Единственным безрецептурным препаратом является фенилэфрин, он не повышает АД, не вызывает нарушений ритма и не оказывает стимулирующего действия на ЦНС (бессонница, беспокойство, тремор).

Одним из правил медицины является получение желаемого эффекта при минимальном количестве назначаемых средств. Однако в связи с многообразием респираторных симптомов, сопровождающих ОРВИ, пациент

вынужден принимать целый ряд средств, направленных на купирование кашля, насморка, головной боли, снижение температуры, а также противовирусные, антигистаминные и другие препараты. На фоне такой полипрагмазии рационально использование комбинированных лекарственных средств. Одним из таких препаратов, эффективно зарекомендовавших себя в терапии ОРВИ, является препарат ТераФлю. В состав трехкомпонентного препарата ТераФлю входят парацетамол 325 мг, фенирамина малеат 20 мг, фенилэфрина гидрохлорид 10 мг. Парацетамол влияет на процессы терморегуляции на уровне гипоталамуса, а также блокирует болевые сигналы в головном мозге. Парацетамол обладает антипиретической активностью, болеутоляющим и противовоспалительным действием. Обезболивающий эффект парацетамола наступает через полчаса, жаропонижающий – через два часа после приема препарата. Преимуществом парацетамола являются менее выраженные побочные эффекты в сравнении с препаратами аналогичного действия (НПВП, ненаркотические анальгетики), что позволяет применять его и в педиатрической практике. При этом важно правильно соблюдать рекомендованные дозировки. Так, для детей в возрасте 6–12 лет можно применить Колдрекс Джуниор, а для снижения жара и боли у детей с 3 месяцев – Детский Панадол.

В процессе воспаления при ОРВИ активно участвует гистамин. Гистамин не только является медиатором аллергических реакций немедленного типа, но и биологически активным веществом, активно участвующим в воспалении. Гистамин повышает проницаемость сосудистой стенки, усиливает развитие отека, расширяет артериолы, повышает вязкость крови. С действием гистамина связывают такие симптомы ОРВИ, как ринорея, отечность слизистых, чиханье. Фенирамина малеат блокирует гистаминовые и мускариновые рецепторы. Препарат обладает выраженным противоаллергическим, сосудосуживающим и слабывыраженным седативным действием, уменьшает явления экссудации, заложенность носа. Благодаря своим свойствам фенирамин входит в состав комплексных препаратов, применяемых при простудах, а также используется в лечении поллинозов, сенной лихорадки и других аллергических заболеваний. Таким образом, ТераФлю при наличии в своем составе фенирамина эффективно купирует симптомы ОРВИ, а также, обладая антигистаминным действием, может эффективно применяться у больных ОРВИ с сопутствующими аллергическими заболеваниями, предотвращая их обострения.

Фенилэфрина гидрохлорид – лекарственный препарат, относится к группе альфа-адреномиметиков, стимулирует адренорецепторы сосудов, которые располагаются в синусах слизистой носа. Препарат обладает сосудосуживающим и противоотечным действием в слизистой оболочке носа и околоносовых пазух, уменьшает гиперемию и экссудацию. Фенилэфрина гидрохлорид используется в виде назальных сосудосуживающих капель. В составе комплексного препарата ТераФлю усиливает противоринорейный эффект.

Таблица 2. Противовирусные препараты, рекомендованные Минздравом России для лечения гриппа

Группа противовирусных препаратов	Препарат (МНН)	Торговое название
Ингибиторы нейраминидазы	Занамивир	Реленза
	Осельтамивир	Тамифлю
Прочие противовирусные препараты	Имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты	Ингавирин
	Метилфенилтиометил-диметиламинометил-гидроксиброминдол карбоновой кислоты этиловый эфир	Арбидол
	Кагоцел	Кагоцел
Интерфероны	Интерферон альфа	Альфарон, Гриппферон
	Интерферон гамма	Ингарон
Другие иммуностимуляторы	Меглюмина акридонацетат	Циклоферон
	Тилорон	Амиксин, Лавомакс
	Анаферон	Анаферон

ТераФлю показан при инфекционно-воспалительных заболеваниях – гриппе, ОРВИ (простуда), сопровождающихся высокой температурой, ознобом и лихорадкой, головной болью, насморком, заложенностью носа, чиханием и болями в мышцах.

Способ применения: содержимое пакетика растворяют в 1 стакане кипяченой горячей воды. Употребляют в горячем виде. Можно добавить сахар по вкусу. Повторную дозу можно принимать через каждые 4 ч (не более 3 доз в течение 24 ч). ТераФлю можно применять в любое время суток, но наилучший эффект приносит прием препарата перед сном, на ночь. Препарат обладает приятными органолептическими свойствами, растворимая форма способствует дополнительному введению жидкости в организм. Обладает быстрым началом действия в течение 10 мин и продолжительным эффектом до 4–5 ч [4]. Обладает комплексным, системным воздействием.

ТераФлю при наличии в своем составе фенирамина эффективно купирует симптомы ОРВИ, а также, обладая антигистаминным действием, может эффективно применяться у больных ОРВИ с сопутствующими аллергическими заболеваниями, предотвращая их обострения

ТераФлю выпускается в нескольких формах. При выраженной гипертермии применяется ТераФлю Экстра, в состав которого входит парацетамол – 650 мг, фенирамина малеат – 20 мг, фенилэфрина гидрохлорид – 10 мг. За счет удвоенной дозы парацетамола препарат обладает более сильным жаропонижающим эффектом.

Часто при различных ОРВИ пациента беспокоят першение и боль в горле различной интенсивности. При воспалении и болях в горле рекомендуется применение ТераФлю в форме спрея и таблеток для рассасывания. Препарат содержит бензоксония хлорид и лидокаина гидрохлорид. Двухкомпонентный состав ТераФлю ЛАР спрей оказывает анестетическое и антисептическое действие. Бензоксония хлорид действует на клеточную мембрану микроорганизмов и обладает бактерицидной активностью против широкого спектра бактерий (аэробных и анаэробных грамположительных и грамотрицательных бактерий), вирусов (в т.ч. вирусы гриппа) и грибов. Лидокаина гидрохлорид обладает мощным анальгезирующим эффектом, устраняет боль в горле. ТераФлю ЛАР спрей показан для местного применения в ЛОР-практике и стоматологии. Назначается при инфекционно-воспалительных заболеваниях полости рта и глотки: фарингитах, ларингитах, катаральных ангинах, стоматитах, язвенном гингивите, хроническом тонзиллите (в качестве вспомогательного средства). Возможно применение препарата с 4 лет. Таблетированная форма ТераФлю применяется в ЛОР-практике. Таблетки ТераФлю Лар также содержат бензоксония хлорид и лидокаина гидрохлорид. Взрослым назначают по 1 таблетке для рассасывания каждые 2–3 ч или в виде спрея по 4 распыления

(приблизительно 0,5 мл) 3–6 раз/сут. При выраженных симптомах заболевания возможно применение по 1 таблетке каждые 1–2 ч. Суточная доза не должна превышать 10 таблеток.

Частым симптомом ОРВИ является кашель. При гриппе, парагриппе, РС-инфекции он может быть сухим, лающим, мучительным, при аденовирусной инфекции – влажным. В схеме терапии ОРВИ, сопровождающихся кашлем, применяется ТераФлю БРО. Препарат выпускается в форме мази для наружного применения на основе растительных компонентов. Один грамм мази содержит эфирное масло розмарина 50 мг, перуанский бальзам 60 мг, камфору 125 мг, эфирное масло эвкалипта 50 мг. ТераФлю БРО обладает комплексным действием: противовоспалительным, отхаркивающим, антисептическим и бронходилатирующим. Применяется при ОРВИ, трахеитах, бронхитах.

Препарат ТераФлю Иммуно производится в форме порошка, один пакетик содержит 100 мг аскорбиновой кислоты, 80 мг экстракта эхинацеи пурпурной, 52,25 мг цинка глюконата. Назначают препарат в составе комплексной терапии ОРВИ в качестве источника витамина С, цинка, гидроксикоричных кислот, а также для активации иммунитета.

ОШИБКИ И НЕОБОСНОВАННЫЕ НАЗНАЧЕНИЯ

У детей применение ацетилсалициловой кислоты противопоказано из-за риска развития синдрома Рейе (острая энцефалопатия с отеком мозга и жировой инфильтрацией печени).

Противопоказаниями для назначения α-интерферона являются индивидуальная непереносимость и тяжелые формы аллергических заболеваний.

Противокашлевые препараты противопоказаны при продуктивном кашле.

Назначение метамизола (анальгина) может вызвать коллаптоидное состояние и агранулоцитоз.

ПРОФИЛАКТИКА

Неспецифическая профилактика заключается в соблюдении личной гигиены в эпидемический период, проведении противоэпидемических мероприятий. Профилактические мероприятия включают обязательную изоляцию больного, уборку помещения с применением дезинфицирующих средств, обработку помещения с помощью ультрафиолетовой лампы, проветривание помещения, использование индивидуальной посуды с последующей ее дезинфекцией. Индивидуальные меры профилактики: мытье рук, промывание слизистых носа и глаз, ограничение касания руками слизистых носа и глаз, ношение одноразовых марлевых повязок.

В профилактике инфицирования гриппом на первом месте стоит вакцинация. Несмотря на различие видов вакцин, все они направлены на выработку иммунитета против вирусов гриппа, которые, по прогнозам ВОЗ, будут циркулировать и вызывать эпидемию в предстоящем



МЕДИЦИНСКИЙ СОВЕТ online

- актуальные новости о разных разделах медицины
- интересные события и открытия в России и в мире
- анонсы журнала «Медицинский совет»
- инфографика
- заметки в помощь практикующим врачам
- история науки и медицины



Наша группа в «Фейсбуке»
facebook.com/medicalboard



Наша группа в «ВКонтакте»
vk.com/med_sovetpro

сезоне. Проведение профилактической вакцинации рекомендовано ежегодно всему населению. В то же время существуют группы людей с повышенным риском осложнений и смертности после гриппа, которые в первую очередь подлежат вакцинации: люди старше 65-летнего возраста, беременные женщины, дети до 3 лет, лица, страдающие хроническими заболеваниями (сахарный диабет, артериальная гипертензия, сердечная недостаточность и др.), а также люди, которые могут заразить гриппом лиц, относящихся к группам повышенного риска (медицинские работники, учителя и др.).

Основными противопоказаниями вакцинации являются: острые инфекционные заболевания и аллергия к яичному белку, так как большинство вакцин производятся из вирусов гриппа, размноженных в куриных эмбрионах.

В настоящее время в России существует 3 поколения инаktivированных вакцин для профилактики гриппа, а именно: цельновирионные (1-е поколение), сплит-вакцины (2-е поколение) и субъединичные вакцины (3-е поколение).

1. Вакцины 1-го поколения (цельновирионные вакцины) обеспечивают достаточный иммунный ответ, но их применение сопровождается повышенным риском побочных эффектов.
2. Вакцины 2-го поколения – так называемые вакцины из расщепленных вирусов (сплит-вакцины) – содержат фрагментированные и очищенные частицы, включая поверхностные белки и другие компоненты вируса. Они характеризуются значительно меньшим риском побочных реакций.
3. Вакцины 3-го поколения (субъединичные вакцины) содержат только поверхностные антигены гемагглютинин и нейраминидазу и лишены других компонентов вируса. Они обеспечивают иммунный ответ, равный таковому у цельновирионных вакцин и вакцин из расщепленных вирусов, и характеризуются более низкой частотой местных и системных реакций.

Эффективность вакцинопрофилактики при гриппе доказана многолетним мировым опытом и является единственной мерой профилактики, рекомендованной ВОЗ.



ЛИТЕРАТУРА

1. Клинические рекомендации «Острые респираторные вирусные инфекции у взрослых». Рассмотрены и рекомендованы к утверждению Профильной комиссией Минздрава России по специальности «инфекционные болезни» на заседании 25 марта 2014 года и 8 октября 2014 года. 69 с.
2. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике. Под ред. А.Г. Чучалина, «НП-Принт», 2014. 192 с.
3. Методические рекомендации. Грипп у взрослых: диагностика, лечение, способы и методы неспецифической профилактики. Под ред.: Васина А.В., Сологуб Т.В. СПб., 2016. 82 с.
4. Фарре М. и др. Исследование скорости и усвояемости и биодоступности парацетамола в форме растворов. *Боль*, 2002, 17: 15-18.