

О.В. ГОНЧАРОВА¹, д.м.н., профессор, Г.В. КУРАНОВ², к.м.н.

¹ Первый Московский государственный медицинский университет им. И.М. Сеченова

² Пермская государственная медицинская академия им. Е.А. Вагнера

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

ОСТРЫХ РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ИНФЕКЦИЙ

Самыми частыми причинами заболеваний дыхательной системы являются острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ). По данным Всемирной организации здравоохранения, взрослый человек переносит ОРВИ дважды в год, дети в среднем болеют в 3 раза чаще. Временная нетрудоспособность взрослого населения вследствие ОРВИ в России ежегодно составляет 25–30% от общей временной нетрудоспособности и обуславливает большой экономический ущерб. Больные ОРВИ – основной контингент пациентов поликлиник. Снижение заболеваемости ОРВИ и уменьшение сроков временной нетрудоспособности может быть достигнуто лишь при своевременном выявлении и, главное, при оптимальном лечении этой категории больных [1].

Ключевые слова:

острые респираторные вирусные инфекции
фармакотерапия
комплексные лекарственные средства

Группу ОРВИ составляют этиологически самостоятельные заболевания, важнейшими из которых являются грипп, парагрипп, РС-вирусная, риновирусная и аденовирусная инфекция; их объединяют два основных признака: единый механизм передачи возбудителей и во многом сходные клинические проявления инфекционного процесса. Этиологический диагноз можно поставить лишь по результатам серологической диагностики, выполняемой только в порядке контроля эпидемиологической обстановки, что, к сожалению, не всегда достижимо в амбулаторно-поликлинических условиях.

Учитывая, что до 90% острых респираторных инфекций вызваны респираторными вирусами и вирусами гриппа, при отсутствии признаков бактериальной инфекции используют термин «острая респираторно-вирусная инфекция», а ставя клинический диагноз, врач «расшифровывает» его, указывая на органное поражение (отит, бронхит, фарингит и др.) или на возможную этиологию заболевания (вирусное, бактериальное).

КЛИНИЧЕСКИЕ ФОРМЫ ОРВИ

Острые респираторные вирусные инфекции проявляются в виде следующих заболеваний:

- 1) заболевания верхних дыхательных путей: ринит, тонзиллит, эпиглоттит, фарингит, ларингит. К этой группе относят и заболевания лор-органов (острый средний отит и синуситы);
- 2) заболевания нижних отделов дыхательных путей и легочной паренхимы: трахеит, бронхит, пневмония.

Клинические проявления ОРВИ зависят от многих факторов: индивидуальных и возрастных особенностей организма, «фоновых» состояний, а также типа возбудителя.

У детей раннего возраста и в пожилом возрасте чаще, чем в других возрастных группах, отмечают случаи тяжелого течения респираторных инфекций, а также неблагоприятные исходы заболевания.

Продолжительность инкубационного периода ОРВИ составляет от 2 до 5 суток (в среднем 2–3 дня). В этот период в клетках эпителия респираторного тракта происходит активное размножение возбудителей с развитием процессов острого воспаления и высвобождением из инфицированных клеток дочерних вирионов, что сопровождается вирусемией, которая, как правило, носит кратковременный характер и не приводит к генерализации. Общие проявления ОРВИ в виде вялости, недомогания, головной боли, лихорадки и других возникают не только из-за кратковременной вирусемии, но и в результате воздействия на организм провоспалительных цитокинов. Местные симптомы ОРВИ (гиперемия слизистой небных миндалин и глотки, кашель, чиханье, насморк, боль в горле и др.) отражают процессы воспаления слизистых оболочек респираторного тракта.

Этиологический диагноз можно поставить лишь по результатам серологической диагностики, выполняемой только в порядке контроля эпидемиологической обстановки, что не всегда достижимо в амбулаторно-поликлинических условиях

В большинстве случаев ОРВИ наблюдение за больными и их лечение целесообразно осуществлять в домашних условиях. При наличии угрожаемых состояний (судорожный синдром, гипертермический синдром, дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность и др.) требуется проведение неотложных лечебных мероприятий и обязательная последующая госпитализация заболевших.

Особое внимание при респираторных инфекциях (даже нетяжелых) нужно уделять пациентам с тяжелыми хроническими болезнями органов дыхания и кровообра-

щения, органическими поражениями центральной нервной системы, эндокринопатиями, наследственными нарушениями обмена, иммунодефицитными состояниями и др. Ухудшение состояния больного с ОРВИ за счет прогрессирования основного заболевания рассматривается как критерий для госпитализации.

Таким образом, стационарное наблюдение и лечение при ОРВИ показано в тех случаях, когда неблагоприятный характер течения и тяжесть заболевания требуют проведения интенсивной терапии или имеется высокий риск развития осложнений.

Выбор эффективных и безопасных химиотерапевтических средств этиотропной терапии при ОРВИ чаще всего ограничен вследствие узкого спектра противовирусного действия

Выбор эффективных и безопасных химиотерапевтических средств этиотропной терапии при ОРВИ чаще всего ограничен вследствие узкого спектра противовирусного действия. Из-за отсутствия в широкой практике доступных методов вирусологической экспресс-диагностики трудно своевременно установить тип возбудителя. Диагностика этиологии ОРВИ, основанная только на клинических данных, носит лишь предположительный характер. Поэтому чаще всего при лечении ОРВИ используют препараты, характеризующиеся широким противовирусным спектром действия (производные интерферона и индукторы эндогенного интерферона), и симптоматические средства [2].

Цель симптоматической терапии при ОРВИ – уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, которые нарушают самочувствие человека и при определенных обстоятельствах могут привести к развитию осложнений и госпитализации. Наиболее часто симптоматическая терапия проводится для купирования лихорадки, насморка и кашля. Для этого используют жаропонижающие препараты, деконгестанты, лекарственные средства «от кашля».

Лихорадка – один из общих симптомов ОРВИ, являющийся защитной реакцией организма больного. Во время лихорадки происходит активизация специфических и неспецифических иммунных реакций, направленная на санацию организма от инфекционных возбудителей. Согласно научным исследованиям, жаропонижающие препараты получают 95% лиц с ОРВИ. Такую тактику нельзя считать рациональной, т. к. при хорошем самочувствии у относительно «здоровых людей» повышение температуры тела в пределах 38–39 °С не требует проведения жаропонижающей терапии, и можно ограничиться физическими методами охлаждения.

Повышение температуры тела при ОРВИ в течение 5 дней и более требует уточнения причин длительного лихорадочного периода: в первую очередь необходимо исключить бактериальные осложнения ОРВИ (пневмония, синусит и др.), а также обострение имеющихся у больного

хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (пиелонефрит, аденоидит и др.).

Препаратами выбора для проведения жаропонижающей терапии у больных ОРВИ являются парацетамол и его аналоги. При гриппе и ОРВИ недопустимо применение ацетилсалициловой кислоты и ее производных, что связано с высоким риском развития синдрома Рейе (острая жировая дегенерация печени, сопровождающаяся тяжелым поражением мозга). Не рекомендуется применять амидопирин и метамизол натрия в силу возможных побочных реакций. Повторное использование жаропонижающих препаратов возможно не ранее чем через 4–6 ч после первого приема.

Насморк – наиболее частое клиническое проявление ОРВИ. В результате вирусного поражения слизистых носа развивается их гиперемия (покраснение), отек и гиперсекреция (повышенная секреция), что приводит к уменьшению просвета носовых ходов, затруднению носового дыхания. Отек слизистых носа может привести к снижению дренажа параназальных синусов и аэрации среднего уха, что создает предпосылки для активизации условно-патогенной бактериальной флоры и развитию синуситов, евстахиита и среднего отита. Поэтому при ОРВИ терапия, направленная на уменьшение отека слизистых носа, не только купирует проявления насморка и улучшает самочувствие больного с ОРВИ, но также снижает риск развития возможных осложнений. Для уменьшения насморка используют деконгестанты, уменьшающие отек и гиперемию слизистой оболочки носа, выраженность экссудативных проявлений. Препараты данного класса восстанавливают свободное дыхание, понижают давление в параназальных полостях и в среднем ухе [3].

Кроме того, несмотря на многочисленные научные споры о целесообразности применения при ОРВИ антигистаминных препаратов, важно помнить, что, например, повышение проницаемости сосудов, усиление слизиотделения в верхних дыхательных путях, легочная вазоконстрикция, усиление хемотаксиса эозинофилов и нейтрофилов, усиление продукции тромбоксана, простагландинов F_{2a} , E_2 и аналогичных производных арахидоновой кислоты реализуются через активацию H_1 -гистаминовых рецепторов [4].

Цель симптоматической терапии при ОРВИ – уменьшение выраженности клинических проявлений заболевания, которые нарушают самочувствие человека и при определенных обстоятельствах могут привести к развитию осложнений и госпитализации

Необходимость устранения патологических эффектов гистамина привела к поиску, а затем и внедрению в клиническую практику лекарственных препаратов, конкурентно блокирующих H_1 -гистаминовые рецепторы. Однако термин «антигистаминные» не полностью отражает сущность этих препаратов, т. к. они вызывают ряд

других фармакологических эффектов. Отчасти это обусловлено структурной близостью таких местных гормонов, как гистамин, адреналин, серотонин и ацетилхолин: вещество, устраняющее эффекты одного стимулятора, может блокировать действие другого. Применение при ОРВИ антигистаминных препаратов уменьшает такие симптомы ринита как отек слизистой оболочки и заложенность носа, ринорею, чихание и зуд в носу; а их механизмы действия связаны как со способностью блокировать H₁-гистаминовые рецепторы, так и с конкурентным антагонизмом по отношению к мускариновым рецепторам, которые опосредуют парасимпатическую стимуляцию секреции желез и вазодилатацию [5, 6]. Кроме того, благодаря способности этих препаратов проникать через

гематоэнцефалический барьер, они оказывают влияние на соответствующие рецепторные образования в продолговатом мозге и гипоталамусе и воздействуют на центр чихания, блокируя парасимпатический каскад на назальные железы и сосуды.

Кашель – рефлекторная реакция, направленная на санацию трахеобронхиального дерева. Чаще всего он появляется через несколько дней от начала заболевания. Развивающееся при ОРВИ воспаление слизистых респираторного тракта приводит к поражению мерцательного эпителия, нарушению слезообразования и изменению качественного состава слизи. Кашель в этом случае является эффективным механизмом очищения трахеобронхиального дерева.

Таблица. Комбинированные препараты, воздействующие на симптомокомплекс ОРВИ

	ИНФЛЮНЕТ	АНВИМАКС
Форма выпуска	- Капсулы желатиновые - Порошок для приготовления раствора для приема внутрь (клюквенный, лаймовый, лесные ягоды, малиновый, мятный) (1 пакетик 5 г)	Пакетики с порошком для приготовления раствора для приема внутрь (клюквенный, лимонный, лимонный с медом, малиновый, черносмородиновый) (1 пакетик 5 г)
Состав/действующие вещества	- парацетамол, - аскорбиновая кислота, - янтранная кислота, - рутозид, - фенилэфрина гидрохлорид, - вспомогательные вещества	- парацетамол, - аскорбиновая кислота, - кальция глюконата моногидрат, - римантадина гидрохлорид, - рутозид, - лоратадин, - вспомогательные вещества
Механизм/эффекты действия	Комбинированный препарат. Жаропонижающее, обезболивающее, ангиопротекторное, антиконгестивное (противоотечное) действия <i>Парацетамол</i> оказывает жаропонижающее, обезболивающее действие. <i>Аскорбиновая кислота</i> активирует иммунные реакции, уменьшает проницаемость капилляров, усиливает детоксикационную функцию печени, регулирует процессы свертываемости крови. <i>Рутозид</i> уменьшает проницаемость капилляров, снимает отечность и воспаление, укрепляет сосудистую стенку, тормозит агрегацию и увеличивает степень деформации эритроцитов	Комбинированный препарат. Противовирусное, интерферогенное, жаропонижающее, обезболивающее антигистаминное и ангиопротекторное действия <i>Кальция глюконат</i> как источник ионов кальция предотвращает развитие повышенной проницаемости и ломкости сосудов, обуславливающих геморрагические процессы при гриппе и ОРВИ, оказывает противоаллергическое действие (механизм неясен). <i>Римантадин</i> обладает противовирусной активностью в отношении вируса гриппа А. Блокируя M₂-каналы вируса гриппа А, нарушает его способность проникать в клетки и высвободить рибонуклеопротеид, ингибируя тем самым важнейшую стадию репликации вирусов. Индуцирует выработку интерферонов-альфа и гамма. При гриппе, вызванном вирусом В, римантадин оказывает антиоксидантное действие. <i>Лоратадин</i> – блокатор гистаминовых H₁-рецепторов, предупреждает развитие отека тканей, связанного с высвобождением гистамина
Дозировка	Внутрь по 2 капсулы или по 1 пакету с интервалом 4–6 ч, но не более 4 раз/сутки, в течение 3 дней. Максимальная доза – 8 капсул или 4 пакетика. Капсулы принимают после еды, запивая большим количеством воды. Содержимое 1 пакетика растворить в стакане кипяченой горячей воды. Употреблять в горячем виде	Внутрь по 1 пакету 2–3 раза в день после еды в течение 3–5 дней (не более 5 дней) до исчезновения симптомов. Содержимое 1 пакетика следует растворить в половине стакана кипяченой теплой воды и выпить сразу после растворения

Лекарственных средств «от кашля» достаточно много. В зависимости от механизма действия все препараты делят на отхаркивающие, противокашлевые и муколитики.

Выбор конкретного препарата зависит от клинических проявлений заболевания и индивидуальных особенностей заболевшего человека. Врач детально анализирует проявления кашля – оценивает его частоту, интенсивность, болезненность, наличие мокроты и ее характер и пр.

■ Если кашель малопродуктивный, а скудная мокрота по характеру не является вязкой, используют отхаркивающие препараты (например, гвайфенезин, фитосборы в виде отваров, микстур или в составе препаратов).

■ Противокашлевые препараты (например, бутамират, оксаладин, пентоксиверин) назначают только в том слу-

чае, если кашель настолько сухой, навязчивый и частый, что приводит к выраженной рвоте, нарушению сна и аппетита.

■ Недопустимо одновременное применение противокашлевых и муколитических препаратов.

■ При кашле с густой, вязкой, трудноотделяемой мокротой педиатры чаще всего назначают один из муколитиков (например, амброксол, бромгексин, ацетилцистеин, карбоцистеин).

Таким образом, лечение главным образом показано в случаях непродуктивного, сухого, навязчивого кашля, нарушающего общее состояние человека. Особенностью такого кашля является то, что он не приводит к эвакуации скопившегося в дыхательных путях секрета и/или не

Таблица (окончание). Комбинированные препараты, воздействующие на симптомокомплекс ОРВИ

	ИНФЛЮНЕТ	АНВИМАКС
Показания	симптоматическое лечение простудных заболеваний и гриппа, сопровождающихся повышением температуры тела, головной болью, ознобом, заложенностью носа, болями в горле и носовых пазухах.	- этиотропное лечение гриппа типа А; - симптоматическое лечение простудных заболеваний, гриппа и ОРВИ, сопровождающихся повышением температуры, болями в мышцах, головной болью, ознобом, у взрослых.
Противопоказания	- тяжелые заболевания печени (в т. ч. острый гепатит либо обострение хронических заболеваний); - тяжелые заболевания почек (в т. ч. острый пиелонефрит, острый гломерулонефрит либо обострение хронических заболеваний); - язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки; - глаукома; - склонность к тромбозам; - сахарный диабет; - артериальная гипертензия; - брадикардия; - желудочковая тахикардия, нарушения проводимости, фибрилляция желудочков; - сердечная недостаточность; - выраженный атеросклероз; - выраженный аортальный стеноз; - острый инфаркт миокарда; - феохромоцитома; - гипертиреоз; - гиперплазия предстательной железы; - одновременный прием трициклических антидепрессантов, бета-адреноблокаторов, ингибиторов MAO (в т. ч. в течение 14 дней после их отмены), других парацетамолсодержащих лекарственных средств; - непереносимость лактозы, дефицит лактазы, синдром мальабсорбции глюкозы-галактозы; - фенилкетонурия (в связи с наличием в составе аспартама); - беременность; - период лактации (грудного вскармливания); - детский и подростковый возраст до 18 лет; - повышенная чувствительность к компонентам препарата	- эрозивно-язвенные поражения ЖКТ в фазе обострения; - желудочно-кишечные кровотечения; - гемофилия; - геморрагический диатез; - гипопротромбинемия; - портальная гипертензия; - авитаминоз К; - почечная недостаточность; - заболевания щитовидной железы; - острые заболевания почек, печени (острый гломерулонефрит, острый пиелонефрит, острый гепатит) либо обострение хронических заболеваний данных органов; - хронический алкоголизм; - гиперкальциемия, выраженная гиперкальциурия; - нефроуролитиаз; - саркоидоз; - одновременный прием сердечных гликозидов (риск возникновения аритмий); - непереносимость лактозы, дефицит лактазы, глюкозо-галактозная мальабсорбция; - фенилкетонурия; - беременность; - период грудного вскармливания; - детский возраст до 18 лет; - повышенная чувствительность к одному или нескольким компонентам, входящим в состав препарата

освобождает рецепторы слизистой респираторного тракта от раздражающего воздействия при воспалении. А цель противокашлевой терапии заключается, по сути, в переводе кашля из сухого непродуктивного во влажный и продуктивный, что в итоге и приводит к восстановлению проходимости дыхательных путей прекращению кашлевого рефлекса.

Особое внимание привлекают комбинированные препараты, в частности Инфлюнет и АнвиМакс, способные одновременно воздействовать практически на весь симптомокомплекс ОРВИ

ОСЛОЖНЕНИЯ ОРВИ

С учетом того, что воспаление респираторного тракта вызывает повышение продукции вязкой слизи, проявляющееся насморком и малопродуктивным кашлем, а вязкий секрет способствует адгезии (прилипанию) возбудителей респираторных инфекций на слизистых оболочках респираторного тракта, создаются благоприятные условия для развития бактериальной суперинфекции. В свою очередь, микроорганизмы и их токсины ухудшают движение ресничек эпителия, нарушают дренажные функции бронхиального дерева, снижают бактерицидные свойства бронхиального секрета и местную иммунологическую защиту дыхательных путей с высоким риском развития затяжного и хронического течения воспалительного процесса. Основными бактериальными «агентами» являются пневмотропные микроорганизмы, в т. ч. *Streptococcus pneumoniae* и другие грамположительные кокки, *Haemophilus influenzae*, *Moraxella catarrhalis*, атипичные возбудители (*Mycoplasma*, *Chlamydia pneumoniae*) и др.

Почему первичная вирусная инфекция может привести к активации эндогенной условно-патогенной флоры? Причины чаще всего связаны с индивидуальными особенностями иммунного ответа больного ОРВИ, нарушением барьерной функции респираторного тракта, снижением местного иммунитета. Присоединение бактериальной инфекции приводит к нарастанию тяжести заболевания и может быть основной причиной неблагоприятного исхода болезни.

Нужно ли применять антибактериальные средства?

Часто врач переоценивает возможную роль бактериальной флоры и назначает антибиотики чаще, чем это необходимо. Очевидно, что при вирусной этиологии заболевания антибиотики по меньшей мере бесполезны и даже вредны, поскольку они нарушают биоценоз дыхательных путей и тем самым способствуют заселению их несвойственной, чаще кишечной (!) флорой. Другая опасность избыточного применения антибиотиков – распространение лекарственно-устойчивых штаммов пневмотропных бактерий, уже отмечающееся во многих странах мира. Очевидно, что неоправданное применение антибиотиков ведет к излишним расходам людей и государства на лечение.

Какие признаки свидетельствуют о развитии бактериальной инфекции и требуют назначения антибактериальных средств? Это:

- гнойные процессы (синусит с отеком лица или глазницы, лимфаденит с флюктуацией, паратонзиллярный абсцесс, нисходящий ларинготрахеит);
- острый тонзиллит с высевом *Streptococcus pyogenes*;
- анаэробная ангина – обычно язвенная, с гнилостным запахом;
- острый средний отит, подтвержденный отоскопией или с гноетечением;
- синусит – при сохранении клинических и рентгенологических изменений в пазухах через 10–14 дней от начала ОРВИ;
- респираторные микоплазмоз и хламидиоз;
- пневмония.

С учетом вышесказанного особое внимание привлекают комбинированные препараты, в частности Инфлюнет и АнвиМакс, способные одновременно воздействовать практически на весь симптомокомплекс ОРВИ. В их состав включены средства, обладающие разными эффектами (например, жаропонижающим, деконгестантным, антиоксидантным и пр.). Препарат АнвиМакс, благодаря входящему в его состав римантадину, обладает также противовирусным действием (табл.) Прием таких препаратов на фоне ОРВИ обеспечивает облегчение состояния больного и устранение или уменьшение выраженности различных по механизмам возникновения симптомов инфекционного процесса.

Целесообразность применения комбинированных препаратов в симптоматической/патогенетической терапии ОРВИ определяется:

- воздействием на большинство симптомов ОРВИ;
- экономической эффективностью;
- удобством применения для больных.

При этом выбор конкретного препарата (Инфлюнет, АнвиМакс) должен осуществляться с учетом преобладающих симптомов ОРВИ у конкретных пациентов, а также исходя из сопутствующих хронических заболеваний.



ЛИТЕРАТУРА

1. Делягин В.М. Острые респираторные вирусные инфекции у детей: принципы терапии. *Cons. Med. Педиатрия (Прил.)*, 2013. 3: 37–42.
2. Самсыгина Г.А. Острый ринофарингит у детей, его лечение и профилактика. *Cons. Med. Педиатрия (Прил.)*, 2013. 3: 37–42.
3. Марушко Ю.В. Опыт применения топических деконгестантов у детей раннего возраста. *Лечащий врач*, 2010. 11: 9–12.
4. Котова С.Л., Бережная Н.М. Внутриклеточная регуляция взаимодействия гистамина с рецепторами в норме и при атопии. *Иммунология*. М.: Медицина, 1992. 5: 4–7.
5. Стремоухов А.А., Мищенко Е.Б. Лечение ринита при острых респираторных инфекциях у детей антигистаминными препаратами первого поколения. *Лечащий врач*, 2003. 2: 23–27.
6. Gwaltney JM J, Winter B, Partie JT, Hendley JO. Combined antiviral-anti-mediator treatment for the common cold. *J Infect Dis*, 2002. 186 (2): 147–154.
7. Геппе Н.А. Снегоцкая М.Н. Диагностический поиск и принципы лечения кашля у детей. *Cons. Med. Педиатрия (Прил.)*, 2012. 2: 19–22.