

СЛУШАЮЩИЕ
ИЗВЕСТИЯ

1
1999

ВОЗИАНОВА Ж.И., КОВАЛЕВА Н.М.
Национальный медицинский университет, г. Киев,
кафедра инфекционных болезней, зав. кафедрой профессор Возианова Ж.И.

УДК 616.132.2-008.641-02

ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ (КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ)

ключевые слова:

острые респираторные заболевания,
диагностика, лечение

В патологическом состоянии человека велика роль острых заболеваний дыхательных путей инфекционной природы, составляющих 50-70% всех инфекционных заболеваний. Этиологическими факторами (а их насчитывается уже более 250) могут быть вирусы, бактерии, хламидии, микоплазмы и другие возбудители. Роль вирусов особенно велика: 50-60% респираторных заболеваний вызываются ими.

Непреходящая актуальность проблемы острых респираторных заболеваний обусловлена следующими причинами.

Возбудители болезней распространены повсеместно (респираторные инфекции не знают границ). Высока контагиозность заболеваний. Практически все люди восприимчивы к респираторным инфекциям. Следствием этого является массовость заболеваний вплоть до возникновения эпидемий, сопровождающихся многочисленными человеческими жертвами и огромными экономическими потерями. Перенесенные вирусные респираторные заболевания могут способствовать формированию хронических патологических процессов не только в дыхательных путях (в том числе и инфекционно-аллергических — бронхиальная астма), но и в других органах и системах (в сердце — миокардит, в почках — гломерулонефрит, в нервной системе — неврит, невралгия).

Многие респираторные вирусы (аденовирусы, герпесвирусы и др.) обладают способностью персистировать в организме, периодически вызывая обострения. Доказано, что некоторые вирусы могут быть причиной развития медленных инфекций. Число вирусов, вызывающих респираторный синдром, очень велико, их свойства и особенности еще предстоит изучать и уточнять.

При большом количестве возбудителей, полиморфизме вызываемых ими клинических проявлений, далеко не всегда удается установить этиоло-

гический фактор, обусловивший респираторное заболевание, даже при самом детальном обследовании больного.

Грипп, парагрипп, респираторно-синцициальную, риновирусную, аденовирусную инфекции относят традиционно к группе ОРВИ. Сюда же относят и некоторые заболевания, вызываемые энтеровирусами.

ОРВИ — как синдромальный диагноз может считаться правомочным, если нечеткость опорных клинических симптомов не позволяет с определенностью диагностировать ни одно из вышеперечисленных заболеваний и к тому же в дальнейшем уточнить их с помощью специальных методов.

Чаше всего в такой затруднительной ситуации оказывается участковый врач, имеющий в своем распоряжении только клинические возможности диагностики. В первые дни ОРВИ ведущим признаком может быть респираторный синдром, свидетельствующий о преимущественном поражении верхних отделов дыхательных путей. Однако уже в ближайшие дни при наблюдении за больным в динамике развертывается более четкая, сыгранная во времени, клиническая картина болезни, позволяющая во многих случаях ставить правильный диагноз даже без использования специальных методов диагностики. Поэтому не следует прибегать к крайностям: ставить диагноз ОРВИ во всех ситуациях, когда врач выявляет у больного респираторный синдром, или, наоборот, во что бы то ни стало уложить выявляющуюся симптоматику в «прокрустово ложе» этиологического диагноза. И то, и другое одинаково нецелесообразно, поскольку влечет за собой неадекватную лечебную тактику и противоэпидемические мероприятия.

Но респираторный синдром могут вызывать не только вирусы, но и бактерии, микоплазмы, хламидии, риккетсии и другие возбудители. Особенно велика роль кокков (пневмококков, стрептококков, стафилококков, менингококков), по частоте распространения занимающих второе место после вирусов в группе заболеваний, протекающих с респираторным синдромом. В первые часы и даже сутки клиническая картина, вызванная этими возбудителями, может быть очень сходной с вирусными поражениями: острое начало, лихорадка, общеинтоксикационный синдром (головная боль, слабость, ломота во всем теле), ринофарингит (при менингококковой инфекции), кашель (при бронхите, пневмонии). Эпидемическая ситуация, очередность появления симптомов и их динамика, характер кашля, мокроты, отделяемого из носа — все это может помочь в клинической диагностике, хотя, к сожалению, и не всегда.

Но если возникает предположение, что этиология болезни не обусловлена вирусами, правильнее ставить диагноз «ОРЗ». Все же «задерживаться» долго на таком диагнозе не следует, потому что за ним может скрываться болезнь, способная к непредсказуемому дальнейшему развитию (например, генерализация менингококковой инфекции).

Если диагноз «ОРВИ» позволяет врачу воздержаться от антибактериальной терапии, так как подразумевается вирусная природа болезни, то диагноз

«ОРЗ» требует более ответственного отношения, более широкого диапазона дифференциально-диагностических подходов. Это обусловлено тем фактом, что причиной «ОРЗ» могут быть как вирусные, так и бактериальные инфекции с локализацией процесса в дыхательных путях. При постановке диагноза «ОРЗ» врач прежде всего должен решить вопрос о целесообразности назначения антибактериальных препаратов или необходимости отказа от них.

Если диагноз «ОРВИ» как заключительный может иметь право на существование (в тех случаях, когда исчерпаны все диагностические возможности), то диагноз «ОРЗ» как заключительный будет необоснованным; его следует уточнить хотя бы по локализации процесса (бронхит, пневмония и др.) и этиологической связи с бактериальной флорой или вирусами.

Таким образом, диагнозы «ОРЗ» и «ОРВИ» не следует смешивать, между ними не стоит ставить знак равенства. Такая установка требует от врача более взвешенного отношения к постановке диагноза, назначаемому лечению, объему и характеру профилактических мероприятий.

Какие же клинические симптомы как опорные могут быть отнесены к критериям диагностики основных респираторных инфекций у взрослых?

При постановке диагноза ГРИППА следует основываться на таких данных:

- эпидемический подъем заболеваемости в холодное время года;
- острое, внезапное начало болезни;
- сочетание резко выраженного интоксикационного синдрома (высокая температура тела, головная боль с преимущественной локализацией в области лба, боли в глазных яблоках и ретроорбитальные боли, миалгия) и катарального синдрома (сухой упорный кашель, сопровождающийся саднением за грудиной, затрудненное носовое дыхание);
- внешний вид больного: выраженная гиперемия и одутловатость лица, блестящие глаза, инъекция сосудов склеры и конъюнктив — что в совокупности напоминает лицо заплаканного ребенка;
- разлитая яркая гиперемия слизистой оболочки полости рта («пылающий зев»), более выраженная в области небных дужек, мягкого неба; в последующие дни слизистая оболочка приобретает цианотичный оттенок;
- в общем анализе крови определяется лейкопения с относительным лимфоцитозом при нормальной СОЭ.

Окончательный диагноз подтверждают иммунофлуоресцентным методом (в период клинических проявлений) при исследовании мазков-отпечатков, слизистой носовых ходов и серологическими методами для обнаружения антигенов с использованием парных сывороток (ретроспективная диагностика).

Диагноз ПАРАГРИППА в типичных случаях основывается на следующих данных:

- эпидемиологическая ситуация, свидетельствующая о росте числа больных с ларинготрахеитом в детских коллективах; осенне-зимний или весенний период;

- постепенное начало заболевания, вялое течение, незначительные проявления общинтоксикационного синдрома;
- наличие ринофарингита, ларингита (скудное отделяемое из носа, першение в горле, лающий кашель);
- общий анализ крови — без диагностических особенностей.

Диагноз РИНОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ основывается на:

- эпидемиологических данных (весенний или ранний осенний период, наличие подобных заболеваний у окружающих);
- клинических проявлениях: наличии обильной носовой секреции серозной или серозно-слизистой жидкости (ринорея);
- практически отсутствует интоксикация;
- возможно легкое першение в горле.

Диагноз подтверждают (при необходимости) четырехкратным нарастающим титром специфических антител парных сывороток.

Диагноз РЕСПИРАТОРНО-СИНЦИТИАЛЬНОЙ ИНФЕКЦИИ ставят с учетом сезона, эпидемической обстановки, наличия подобных заболеваний или отдельных симптомов у окружающих. Особенно тщательно анализируют групповые внутрибольничные вспышки ОРВИ. Кроме того, учитывают возраст больного (чаще болеют дети; чем младше ребенок, тем вероятнее, что симптомы ОРВИ обусловлены РС вирусом). Имеют значение следующие клинические проявления:

- сочетание ринореи с поражением нижних дыхательных путей;
- свистящее дыхание, свидетельствующее о нарушении проходимости дыхательных путей; одышка, тахипноэ;
- изменения в легких (сухие и влажные хрипы, ослабленное или жесткое дыхание на отдельных участках, чередование эмфизематозных участков и зон притупления при перкуссии);
- рентгенологические данные, характерные для интерстициальной пневмонии, бронхита;
- отсутствие существенных изменений в формуле крови.

Подтверждают диагноз результаты серологических исследований.

АДЕНОВИРУСНЫЕ ЗАБОЛЕВАНИЯ распознают на основании совокупности клинических синдромов, наиболее постоянными из которых являются:

- преимущественное поражение верхних дыхательных путей (гранулезный фарингит, тонзиллит, ринит) с выраженным экссудативным компонентом и нерезкой местной гиперемией;
- лимфаденопатия, нередко генерализованная;
- возможность сочетания респираторного синдрома с односторонним конъюнктивитом (фолликулярным, пленчатом);
- возможное сочетание респираторного синдрома и диареи (обычно умеренной);
- увеличение печени (реже и селезенки);
- умеренно выраженный интоксикационный синдром;

- одновременное появление клинических симптомов, свидетельствующих о вовлечении в патологический процесс новых органов и систем;
- длительность заболевания может растягиваться до двух — трех недель;

Полиморфизм клинических проявлений аденовирусных заболеваний определяет многообразие клинических форм, при которых отдельные выше изложенные ведущие симптомы могут отсутствовать. Тем более важную роль в постановке диагноза приобретает наличие хотя бы трех — четырех симптомов из перечисленных.

Диагноз **МЕНИНГОКОККОВОГО НАЗОФАРИНГИТА** помогают поставить следующие клинические проявления:

- двухсторонний ринит с гнойным (слизисто-гнойным) отделяемым;
- гранулезный фарингит с «гнойной дорожкой», умеренно выраженные явления интоксикации в сочетании с умеренным нейтрофильным лейкоцитозом.

- ПНЕВМОНИЮ** от гриппа и других ОРВИ отличают такие признаки:
- характер катарального синдрома (кашель глубокий, со слизисто-гнойной мокротой при отсутствии жжения и саднения за грудиной, иногда боль в груди при дыхании);
 - отсутствие типичного для гриппа внешнего вида больного (лица «запавшего ребенка»);
 - при аускультации легких — влажные хрипы на фоне ослабленного дыхания над зоной воспаления, укорочение перкуторного тона;
 - в общем анализе крови — лейкоцитоз с нейтрофилией, со сдвигом формулы крови влево, повышенная СОЭ.

Следует лишь помнить, что пневмония может осложнять течение гриппа и других ОРВИ (реже) с первых дней болезни, так что возможна патология — микст.

В **ЛЕЧЕНИИ** больных ОРВИ используют в основном принципы лечения больных гриппом, и прежде всего патогенетические и симптоматические средства. Это обусловлено по-прежнему очень ограниченными возможностями этиотропной терапии вирусных инфекций. Фактически в наших условиях возможно использование ремантадина для лечения только гриппа типа А при назначении его в первые и вторые сутки заболевания. Можно использовать препараты человеческого лейкоцитарного интерферона (закапывание в носовые ходы или ингаляции). При этом не следует забывать, что индукторами интерферонообразования являются фитонциды лука, чеснока, что можно и нужно широко использовать.

Больным тяжелой формой гриппа или ослабленным традиционно считалось показанным введение противогриппозного иммуноглобулина. В последние годы к введению препаратов из человеческой крови, в том числе и иммуноглобулинов, относятся с известной осторожностью, так как не всегда при применении этих препаратов удается полностью обезопасить реципиента от возможности инфицирования вирусами гепатитов, ВИЧ и други-

ми, в том числе пока неизвестными медицинской науке. Поэтому показания к введению иммуноглобулинов человека следует резко сократить, ограничив их жизненными показаниями.

Совершенно неоправданным следует считать стремление во что бы то ни стало снизить температуру. Лихорадка является одной из важнейших неспецифических защитных реакций организма. Максимум продукции интерферона наблюдается при температуре тела 38-39,5° С. Борьба с температурой оправдана лишь при гипертермических лихорадочных реакциях, угрожающих осложнениями. Индивидуальная переносимость лихорадки колеблется в широком диапазоне (38-40° С). Показанием для использования жаропонижающих средств следует считать не столько абсолютные цифры термометрии, сколько самочувствие больного, показатели гемодинамики, состояние нервной системы. Жаропонижающие средства небезразличны для организма и могут давать выраженные побочные реакции токсического и аллергического характера. Подавление синтеза простагландина Е (на чем основано действие антипиретиков и антипиретический эффект нестероидных противовоспалительных препаратов) может сопровождаться усиленной продукцией лейкотриенов, вызывая аллергические реакции. Клинический опыт показывает, что систематический прием жаропонижающих средств с первых дней болезни способствует пролонгированию катарального и интоксикационного синдромов, повышая частоту осложнений. При слишком высокой, плохо переносимой температуре допустимо ограниченное, симптоматическое использование небольших доз анальгина, парацетамола, но не аспирина. Можно назначать в таких ситуациях, особенно пожилым людям, мефенамовую кислоту. Она обладает довольно мягким анальгезирующим и жаропонижающим эффектом, близким к действию других нестероидных противовоспалительных веществ, а также стимулирует интерферонообразование. Назначение больших доз жаропонижающих препаратов может привести к резкому снижению температуры, обусловив коллапс. Значительно лучше пользоваться физическими методами снижения температуры, рассчитанными на усиление теплоотдачи (обильное введение жидкости в организм в сочетании с потогонными средствами, отвар цветков липы, чай с калиной, малиной, лимоном; протирание кожи теплым 0,25-0,5% раствором уксуса; прохладные клизмы). С первых дней болезни традиционно применяют горчичники, улучшающие кровообращение в органах дыхания за счет рефлекторных реакций. Следует назначать аскорутин (или другие рутиноиды), уменьшающий проницаемость и ломкость капилляров, антигистаминные препараты (уменьшают проницаемость капилляров, предупреждают развитие вызываемого гистамином отека тканей, обладают противовоспалительным и десенсибилизирующим свойствами). Поскольку при гриппе и других респираторных заболеваниях развивается синдром трахеобронхита, больным необходимо назначать отхаркивающие средства (термопсис, мукалтин, пертусин и др.). Не рекомендуется назначать препараты, угнетающие кашлевой рефлекс (кодеин, либексин, тусупрекс и др.).

При затрудненном носовом дыхании интраназально используют препараты, обладающие противоотечным действием.

Назначение антибиотиков при гриппе и других респираторных вирусных инфекциях неэффективно. Только с профилактической целью назначение антибиотиков не только не показано, но даже вредно, поскольку они могут усиливать сенсibiliзацию и иммунодепрессию. Показаниями к их назначению можно считать: наличие у больного хронического очага инфекции; признаки присоединения вторичной инфекции (независимо от сроков болезни); предшествующие иммунодефицитные состояния; длительность лихорадки более пяти суток при сохраняющейся выраженной интоксикации. Выбор антибиотика определяется характером осложнения, аллергологическим анамнезом больного, степенью токсичности препарата. В настоящее время предпочтение следует отдавать аминопеницилинам (амоксциллин и др.) и защищенным аминопеницилинам, макролидам, цефалоспорином.

Таким образом, в лечении больных с респираторными заболеваниями следует придерживаться основных принципов лечения инфекционных больных, избегая полипрагмазии. До настоящего времени не потеряли актуальность заповеди академика А.Ф. Билибина: лечение должно подражать естественному ходу освобождения организма от болезни; воздействовать следует на ведущее звено в патогенетической цепи; помнить о единстве — возбудитель, макроорганизм, среда; повышать функцию защитных механизмов организма; учитывать фон, на котором возникла болезнь.

УДК 616.988.7

Возіанова Ж.І., Ковальова Н.М.

**Гострі респіраторні захворювання
(клініка, діагностика, лікування)**

Зосереджено увагу на відмінності понять «гостре респіраторне захворювання» та «гостре респіраторне вірусне захворювання». Їх відокремлення — це вже важливий крок в диференційній діагностиці, який дозволяє вирішити питання щодо призначення антибактеріальної терапії. Наведені критерії клінічного діагнозу основних ГРВІ та основні традиційні методи лікування.

UDK 616.988.7

Vozianova Zh.I., Kovalyova N.M.

Acute respiratory diseases (Clinical presentation, diagnosis, therapy)

Summary. The attention is concentrated on the difference of the concepts of acute respiratory and acute respiratory viral diseases. Their distinguishing is already a step in differential diagnosis what permits to solve the important question about the prescription of antibacterial therapy. The criteria of clinical diagnosis of basic acute respiratory viral infections and the principal traditional methods of their treatment are presented.