

3-4/2005

СУЧАСНІ ІНФЕКЦІЇ

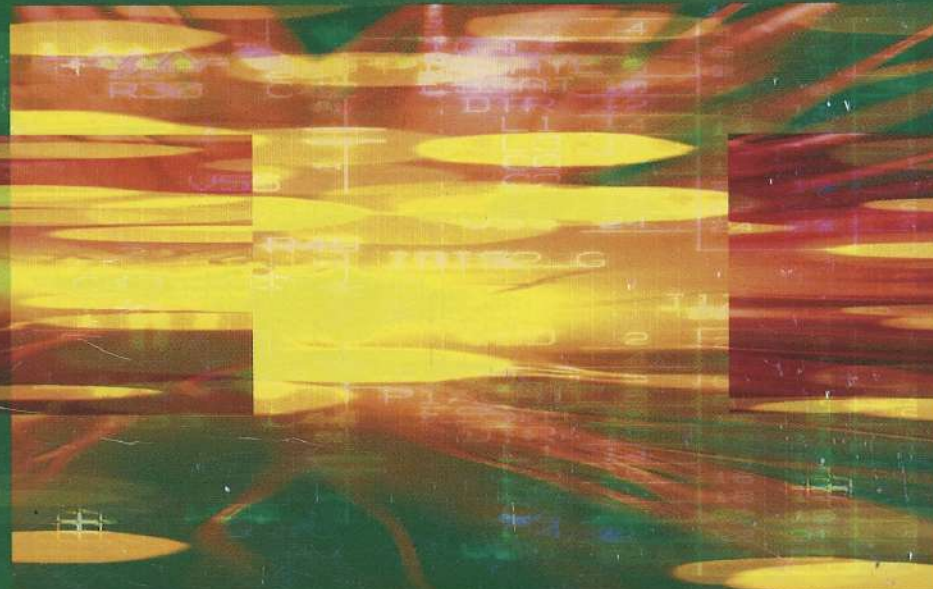
На допомогу практичному лікарю

МОЗ повідомляє

Оригінальні дослідження

Випадки з практики

Огляди, лекції



ЛЕКЦІЯ

УДК: 616.2-002.1-02-07-08

ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ: ЕТІОЛОГІЯ, ДІАГНОСТИЧНІ ПІДХОДИ, ЛІКУВАННЯ

А.М. ПЕЧІНКА, А.В. ШКУРБА

*Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця,
кафедра інфекційних хвороб*

ключові слова:
гострі респіраторні вірусні
інфекції, клінічні прояви,
лікування *Bene diagnoscitur,*
bene curatur

Захворювання верхніх дихальних шляхів за своєю питомою вагою займають провідне місце в структурі не лише інфекційної патології людини, а в праці дільничного лікаря майже 60% первинних викликів складають саме вони. Експерти ВООЗ підкреслюють, що в останні роки зберігається тенденція постійного зростання рівня захворюваності на ці групи інфекцій. В основі цього явища насамперед лежать соціальні причини, пов'язані з глобальними процесами постійного зростання урбанізації, посилення міграційних процесів та більш тісних контактів людей практично в будь-якому регіоні Земної кулі. Серед захворювань верхніх дихальних шляхів грипу належить лише третина усіх випадків. Останніми роками респіраторним вірусним інфекціям приділяється велика увага. Спочатку SARS, а в останні роки вірус пташиного грипу H5N1, який розгортає пандемію грипу серед птахів, — всі вони нагадали, що респіраторні вірусні інфекції вимагають до себе щонайбільшої уваги. Вже найближчими роками пташиний вірус

H5N1 може повністю адаптуватися до людського організму і тоді людство може отримати нову пандемію по типу пандемії іспанки в 1918 році. За даними координатора організації з боротьби з епідемією пташиного грипу Девіда Набарро, у випадку мутації вірусу H5N1 в такий, що здатний передаватися від людини до людини, пандемія такого грипу може забрати до 150 мільйонів людських життів. За іншими прогнозами від нового штаму грипу може загинути від 2 до 7,4 млн осіб. Такі великі розбіжності свідчать не стільки про розуміння природних процесів творення нового вірусу, які чи не вперше можуть контролюватися, скільки про певну розгубленість в умовах, коли багато десятиліть не було епідемії грипу. Вкрай небезпечним є також те, що вірус продовжує швидко поширюватися серед птахів, різко збільшується ймовірність адаптації вірусу в організмах людини та тварин.

Дотепер не вирішена більша частина принципових аспектів проблеми гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) у науковому, методичному та практичному плані. Основна причина цього — поліетіологічність та різноманітність клінічних форм цієї групи інфекцій, наявність великої кількості серологічних варіантів, штамових різновидів збудників, часта їх зміна,

нерівномірність розповсюдження в різних кліматичних та географічних зонах, а також серотипоспецифічність імунітету. На відміну від грипу, для всіх інших представників цієї групи захворювань практично немає засобів специфічної профілактики та етіотропного лікування. Проте саме ця група захворювань займає найбільшу частку всієї захворюваності людини. Підраховано, що кожна людина 5-6 разів на рік хворіє на ГРЗ, сумарна непрацездатність через хвороби цієї групи забирає у людини один рік життя. Більшість випадків проходить малопомітно, хворий навіть не вважає потрібним звертатися до лікаря. І все ж саме з ГРЗ найчастіше зустрічається дільничний лікар-терапевт, що й визначає актуальність цієї групи недуг.

Переважну більшість в етіологічній структурі ГРЗ займають віруси, однак величезна кількість збудників (а, як відомо, респіраторний синдром можуть викликати понад 200 різних типів збудників) роблять мало реальною можливість широкого використання методів специфічної діагностики. Все це не дозволяє виявити справжній рівень поширеності невірусних ГРЗ (легіонельозної, мікоплазменної, кокової, рикетсійної етіології та деяких інших). А про важливість розрізнення вірусних та невірусних ГРЗ свідчить те, що від етіології захворювання залежить і тактика лікування: для терапії перших можливе застосування певних противірусних засобів (про це мова буде йти нижче), а останні, крім звичайної патогенетичної та симптоматичної терапії, вимагають і призначення антибактерійних засобів. До того ж і антибактерійна терапія ГРЗ невірусної етіології має свої особливості залежно від виду збудника.

Деякі представники групи ГРЗ бактерійної природи є висококонтагіозні, внаслідок чого призводять до швидкого подальшого розповсюдження інфекції. Яскравим представником таких захворювань є менінгококовий назофарингіт, який вимагає не лише активного антибактерійного лікування, а й ізоляції хворого навіть з легким перебігом хвороби, зважаючи на високу контагіозність та можливість розвитку специфічного сепсису та менінгіту.

На жаль, ще й досі лікарі відносно вільно користуються термінами ГРЗ і гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), але їх потрібно чітко розрізняти. ГРЗ — більш широке поняття, воно включає не лише вірусні, але й невірусні інфекції, хоча у практичній діяльності застосовується переважно для позначення бактерійних інфекцій. Аббревіатура ГРВІ є часто вживаною, але іноді хвороби цієї групи ще позначаються як ГРВІ — гострі респіраторні вірусні захворювання.

ГРВІ характеризуються різноманітністю клінічних проявів. Клінічна картина має різний перебіг — від іннапарантної інфекції, катаральних явищ верхніх дихальних шляхів, кон'юнктивітів до стенозуючих ларинготрахеобронхітів, пневмоній та тяжких форм із ураженням серцево-судинної та центральної нервової системи. Частина вірусів погіршує перебіг хронічних бактерійних інфекцій дихальних шляхів. ГРВІ уражають усі вікові групи населення, головним чином — дітей.

Значна подібність клінічних проявів ГРВІ призвела до того, що у статистичних звітах грип об'єднують із іншими ГРВІ. Грип є цілком вакцинокерованою інфекцією. Таке формулювання "Грип та ГРВІ" не дає можливості оцінювати справжню епідеміологічну ситуацію, ефективність проведених проти-епідемічних заходів (вакцинації), на які щороку витрачаються величезні кошти. Тому потрібно зауважити, що вживання термінологічного вислову "Грип та ГРВІ" є цілком помилковим — грип є одним з типових представників групи ГРВІ, тому правильним є зворот "Грип та інші ГРВІ". А ще краще реєструвати грип цілком окремо.

До нинішнього часу відома значна кількість вірусів — збудників ГРВІ (понад 250), які належать до 10 різних нозологічних груп вірусної природи (грип, парагрип, адено-, респіраторно-синцитіальна або РС-, пікорна-, корона-, рео-, ентеро-, цитомегало- та хантавіруси), що тісно пов'язані з захворюваннями респіраторного тракту людини.

Найчастіше ГРВІ у дорослих можуть викликати такі віруси:
— грип (серотипи А, В, С із різними штамами);

- аденовіруси (7 підгруп, у кожній від 1 до 19 серотипів);
- респіраторно-синцитальний вірус;
- парагрипозний вірус (5 серотипів);
- риновіруси (113 серотипів людини та 2 серотипи великої рогатої худоби);
- коронавіруси (4 групи, багато серотипів);
- віруси ЕСНО та КОКСАКІ В (до 70 серотипів) — ентеровіруси.

При ГРВІ будь-якого походження людина, в якій є клінічні прояви захворювання, може слугувати джерелом інфекції. Виділення збудника відбувається вже в період інкубації, однак епідеміологічні дані, які свідчать про ступінь небезпеки таких осіб для оточуючих, поки що нечисленні. Втім найбільша небезпека виникає саме в гострий період. Тривалість виділення збудника може становити 1-2 місяці і більше.

Інфекційний процес при ГРВІ може мати не лише клінічно виразний перебіг, але й безсимптомний (інапарантний), коли відсутні будь-які ознаки хвороби, але у сироватці крові виявляють чотириразове наростання титру антитіл до даного збудника. Насамперед інапарантні форми реєструються серед дорослих (до 55-73% випадків інфекцій), причому найчастіше це відбувається влітку.

Для багатьох вірусів групи ГРВІ характерним є хронічне носійство — персистенція, однак значення його (крім аденовірусів) для розповсюдження інфекції не доведено. Відтак саме персистенція та латенція вірусів практично унеможливають їх ліквідацію в людській популяції.

Повітряний шлях передавання збудника, висока сприйнятливність населення до практично всіх вірусів-збудників ГРВІ зумовлює основну епідеміологічну особливість — швидкість та широту їх розповсюдження. Можливість їх прискороного поширення у повітряному середовищі, як і масового ураження людей у приміщеннях, практично нічим не обмежується. Ці фактори відіграють особливо важливу роль при епідемічних спалахах ГРВІ, які найбільш часто виникають в осінньо-зимовий та зимово-весняний періоди. Суттєвим є і те, що збудники ГРВІ досить

стійкі в зовнішньому середовищі, де вони можуть зберігатися від 1-8 годин до 7 днів і довше.

Крім повітряно-крапельного механізму передавання інфекції, у деяких представників групи ГРВІ ймовірні й інші шляхи розповсюдження. При аденовірусній інфекції може реалізовуватися типовий фекально-оральний механізм через продукти харчування, при РС-інфекції — контактно-побутовий шлях передавання. Виявлені й незвичні можливості зараження — через нирковий або кон'юнктивальний трансплантат.

ГРВІ властиві дві форми епідемічного процесу — спорадичні захворювання та епідемічні спалахи. Крім того, деякі види ГРВІ набувають характеру нозокоміальної інфекції. Насамперед це притаманно РС-інфекції. За деякими даними до 20-40% немовлят, які потрапляють до стаціонарів з інших причин, набувають там внутрішньолікарняну РС-інфекцію. Цим спалахам властива велика контагіозність.

Хоча для більшості ГРВІ характерна сезонність з максимальним рівнем захворюваності в осінньо-зимову пору року, ентеровірусні захворювання і, навіть, спалахи відбуваються у весняно-літній період. Але віруси парагрипу, аденовіруси можуть викликати окремі випадки захворювань і нерідкі спалахи влітку. Епідемії ГРВІ можуть викликати не лише так звані епідемічні, а й латентні штами респіраторних вірусів, активація яких відбувається при зниженні захисних сил організму під впливом зовнішніх або внутрішніх чинників (як приклад — надмірна сонячна інсоляція, фізичні перевантаження).

Епідемічний процес, обумовлений ГРВІ, перебуває під складним впливом біологічних, соціальних, природних факторів, які на цей час вивчені ще замало. Ландшафтні, біоценотичні, кліматичні та інші умови впливають і на інфекційний процес, сприяють або протидіють життєдіяльності збудників ГРВІ. Наприклад, аденовірусна інфекція частіше зустрічається в північних регіонах, рідше — на півдні. А от для парагрипу подібна закономірність не виявлена.

Недостатньо з'ясовані і закономірності взаємодії вірусів групи ГРВІ між собою.

Так, відомо, що поширення у популяції парагрипозних, РС-вірусних недуг створює підґрунтя для виникнення епідемій грипу. Разом з тим, відразу після грипозних спалахів на деякий час зменшується випадків інших ГРВІ, можливо через могутній викид організмом інтерферону під час захворювання на грип, що може деякою мірою захищати людину від інфікування іншими вірусами.

Клінічна діагностика ГРВІ. Вище вже зазначалося про складність та необхідність диференціації ГРВІ та ГРЗ невірусної етіології, зважаючи на особливості лікування, ускладнень, подальшого поширення. Тому перед сімейним лікарем частіше постає саме ця проблема.

Зміни, властиві для всіх ГРВІ.

1. *Скарги: більше чи менше виражені ознаки загальної інтоксикації (підвищена температура, знижена працездатність, ломота в тілі, помірний головний біль), катаральні явища — першіння або біль у горлі, утруднення носового дихання або нежить, сухий кашель, що свідчить про ураження слизових оболонок дихальних шляхів на всіх рівнях. Для кожного типу вірусу властива певна тропність, що зумовлює найбільш значні ураження одного-двох певних відділів дихальних шляхів. Відтак для кожної вірусної інфекції притаманні і свої особливості клінічних проявів.*

2. *Для вірусних інфекцій у переважній більшості випадків властиві клінічні ознаки катарального запалення, на що лікар повинен звернути увагу при огляді хворого: помірна гіперемія, в основному дужок, м'якого піднебіння, язичка, задньої стінки глотки із наявністю зернистості (збільшені лімфатичні фолікули — симптом Морозкіна), менша за інтенсивністю гіперемія мигдаликів, слизової оболонки носових ходів. Навіть при вірусних діареях виявляють симптоми ураження верхніх дихальних шляхів. Лише зрідка при ГРВІ відзначають появу продуктивних змін на мигдаликах — при інфекційному мононуклеозі можна виявити гній у лакунах мигдаликів. Якщо є мокротиння, то воно завжди серозне або ж серозно-слизове. Поява гною — ознака приєднання бактерійного ускладнення.*

3. *Для більшості вірусних інфекцій властиві кон'юнктивіт, епісклерит, вираженість яких залежить від природи вірусної патології.*

З огляду на злободенність варто навести деякі клінічні особливості пташиного грипу. Найтяжчий перебіг відзначено в осіб, старших дванадцяти років. У хворих відзначались висока гарячка, катаральний синдром з боку верхніх дихальних шляхів, властивий вірусним інфекціям. Крім того, у половини розвивались пневмонія, діарея, підвищувалась активність амінотрансфераз, що свідчило про ураження печінки, у кожного 6-го хворого — панцитопенія. Чинниками ризику, які обтяжували перебіг захворювання, були похилий вік (до речі, як і для будь-якого грипу), пізня госпіталізація, розвиток пневмонії та панцитопенії. Часто розвивається респіраторний дистрес-синдром, який і ставав причиною смерті на 6 - 29 день хвороби.

Лабораторна діагностика ГРВІ. У загальному аналізі крові виявляють лейкопенію або нормоцитоз з паличкоядерним зрушенням, лімфомоноцитозом, нормальним рівнем ШОЕ. Лише при аденовірусній інфекції зрідка спочатку може бути незначний лейкоцитоз, проте з тими ж змінами формули крові.

Інструментальна діагностика ГРВІ. Рентгенологічно при неускладненому пневмонією або респіраторним дистрес-синдромом ГРВІ часто виявляють посилення судинного легеневого рисунка. На ЕКГ при тяжких формах ГРВІ можливі ознаки міокардіодистрофії або навіть міокардиту.

Специфічна діагностика ГРВІ. Труднощі клінічної диференційної діагностики пов'язані з тим, що викликають захворювання, схожі за багатьма клінічними симптомами. Тому точне знання структури ГРВІ є однією з найважливіших умов успішної розробки та застосування нових засобів та методів боротьби з грипом та іншими ГРВІ.

Особливої ваги набуває застосування експрес-діагностики ГРВІ, зважаючи на появу засобів етіотропного лікування, які найефективніші у перші 2 доби захворювання.

Таблиця 1

Діагностика грипу та інших ГРВІ, чутливість й специфічність

Експрес-методи	Скорочення	Тривалість	Спеціалізація	Чутлив.	Специф.
Виявлення вірусної нейрамінідази	РЕМА	30 хв	Грип А та В	65-70%	92-99%
Імунофлюоресцентна діагностика вірусних антигенів	РІФ	15 хв	Усі ГРВІ	62-88%	69-90%
Імунопреципітації метод (виявляються антигени)	ІПМ	10 хв	усі ГРВІ	73-81%	95-99%
Метод ензимічених антитіл (виявляються антигени)	РЕМА	15 хв	Усі ГРВІ	81-92%	91-100%

Об'єктом досліджень при експрес-методах є слиз верхніх дихальних шляхів. Ці методи доступні стаціонарам, де є можливість термінового дослідження цього нестійкого субстрату. Величезною перевагою цих методів є їх швидкість, тому у лікаря з'являється з перших хвилин перебування хворого у стаціонарі можливість підтвердити правильний діагноз.

Нижче надані відомості про методи специфічної діагностики ГРВІ середньої тривалості, тобто результат може бути отриманий через 1-2 доби. Вони доступні зараз комерційним та окремим лабораторіям стаціонарів, тому що потребують відносно дорогої апаратури.

1. Імуноферментний метод (ІФА) з визначенням у крові, спінальному лікворі специфічних IgM й IgG. Найбільш перспективний і досить точний спосіб.

2. Реакція ланцюгової полімеризації — дозволяє визначити у субстраті, що досліджується, нуклеїнові кислоти відповідних вірусів. Є дуже точним методом, який порівнюють із специфічністю дослідження відбитків пальців у криміналістиці.

3. Метод молекулярної гібридизації нуклеїнових кислот — новітня методика також дозволяє в кінцевому результаті виявити нуклеїнові кислоти вірусів.

Нижче представлені відомості про методи стандартної діагностики, які широко використовуються у клінічній практиці, але результати їх отримують пізно та вони є не такими специфічними, як вищезазвані.

1. Вірусологічне дослідження із культивуванням вірусу на курячих ембріонах,

лабораторних тваринах, клітинних культурах.

2. Різноманітні методи, які основані на наростанні титру відповідних антитіл у парних сироватках у динаміці (сироватка крові береться обов'язково з проміжком у 10-14 днів) — реакція непрямой гемаглютинації (РНГА), реакція гальмування гемаглютинації (РГГА), реакція зв'язування комплементу (РЗК) тощо.

Принципи лікування ГРВІ

1. Госпіталізація до стаціонарів відбувається при загрозі або виникненні невідкладних станів чи життєво небезпечних ускладнень, у разі епідеміологічних показань (проживання хворого у гуртожитку, комунальній квартирі тощо). Призначається ліжковий або палатний режим залежно від стану хворого.

2. Дієтичні призначені при ГРВІ обумовлені лише наявністю фонової патології.

3. За наявності інтоксикації — пероральна детоксикація — рясне питво (морс, чай, фруктові соки, мінеральна вода). Критерієм адекватності й ефективності цього є збереження такого добового діурезу, який був у хворого до хвороби. При необхідності — внутрішньовенна дезінтоксикація кристалоїдними розчинами (глюкозо-інсуліново-калієва суміш, полійонні сольові розчини). Але останнє доцільно робити лише в стаціонарних умовах.

4. Аскорбінова кислота, рутин у звичайних дозах при неможливості застосування фруктових соків у раціоні.

5. Антигістамінні препарати (діазолін, тавегіл, супрастин, астемізол, лоратадин у звичайних терапевтичних дозуваннях у

середньому 3-5 діб) за середньотяжкого та тяжкого перебігу.

6. Бронхо-секретолітики та муколітики (ацетилцистеїн, амброксол, бромгексин, відхаркувальний трав'яний збір тощо) особливо показані з 3 доби хвороби через слабкість у цей період секреції бронхіальних залоз. З тією ж метою переважно у стаціонарах призначають інгаляції з відхаркувальними засобами.

7. Різноманітні засоби, що відтягують, переважно застосовують у домашніх умовах — гірчичники, бальзами та мазі, що розігріють, парення ніг тощо.

8. Особам із хронічними неспецифічними захворюваннями легенів (ХНЗЛ), з наявністю активних хронічних вогнищ інфекції в інших органах та системах, цукровим діабетом існує доцільність призначення антибіотиків для профілактики ускладнень — макролідів вищих генерацій, фторхінолонів, цефалоспоринів, пеніцилінів. Проте останнім часом з'являються певні відомості, що, на жаль, антибіотикам не властива протективна дія щодо виникнення бактерійних ускладнень ГРВІ.

9. Противірусні засоби. Ми вважаємо потрібним більш детально зупинитися са-

Таблиця 2

Противірусні засоби для лікування та профілактики ГРВІ

Противірусний засіб	Вікові групи			
	1-9 років	10-13 років	14-64 роки	65 і старші
Amantadine ¹ Лікування	5 мг/кг/добу у 2 дозах протягом 3 діб	100 мг протягом 3 діб	100мг протягом 3 діб	100 мг або менше протягом 3 діб
Профілактика	5мг/кг/добу протягом 3 діб	100 мг протягом 3 діб	100 мг протягом 3 діб	100 мг або менше протягом 3 діб
Rimantadine Лікування	Не застосовується	Не застосовується	100 мг протягом 3 діб	100 або менше на добу протягом 3 діб
Профілактика	—	—	100 мг протягом 3 діб	100 мг або менше на добу
Zanamivir ² Лікування	Не застосовується	10 мг протягом 5 діб	10 мг протягом 5 діб	10 мг або менше протягом 5 діб
Профілактика	Не застосовується	Не застосовується	Не застосовується	Не застосовується
Oseltamivir Лікування	Не застосовується	Не застосовується	75 мг протягом 5 діб ³	75 мг або менше протягом 5 діб
Профілактика	Не застосовується	Не застосовується	Не застосовується	Не застосовується
Arbidol Лікування	По 50-100 мг тричі на добу	По 200 мг тричі на добу	По 200 мг тричі на добу	До 150-200 мг тричі на добу
Профілактика	По 50-100 мг двічі на тиждень 2-3 тижні	По 100 мг двічі на тиждень 2-3 тижні	По 100 мг двічі на тиждень 2-3 тижні	До 100 мг двічі на тиждень 2-3 тижні
Tiloron (amixin) ⁵ Лікування	Не застосовується	60 мг 1 р. на добу	125 мг 1 р. на добу	125 мг 1 р. на добу
Профілактика	Не застосовується	125 мг 1 р. на тиждень протягом 6 тижнів	125 мг 1 р. на тиждень протягом 6 тижнів	125 мг 1 р. на тиждень протягом 6 тижнів

Примітка: 1. Призначення амантадину можливе лише в осіб з кліренсом креатиніну 50мл/хв/1,73м².

2. Занамівір застосовується лише у дітей з 12 років в інгаляціях двічі на добу по 5 мг.

3. Осельтамівір застосовують в осіб з 18 років.

4. У дітей від 2 до 6 років призначають 50 мг арбідолу, 6-12 років — 100 мг. Застосовується тричі на день після їжі.

5. Аміксин протипоказаний вагітним, дітям до 7 років. Лікування дорослих: по 125 мг 2 дні підряд, потім 125 через день. Діти: по 60 мг — 1, 2, 4 дні.

ме на цих засобах лікування. Дані про препарати для лікування грипу представлені у таблиці 2. Через те, що ці ж саме засоби можуть бути призначені задля екстреної профілактики ГРВІ, ми вирішили об'єднати ці відомості в одній таблиці.

Особливості дії деяких противірусних засобів. Амантадин та ремантадин вживають для лікування та профілактики грипу А. Вони ефективні лише у перші 2 доби хвороби у випадку неускладненого перебігу. Профілактична ефективність амантадину та ремантадину від 70 до 90%. Амантадин та ремантадин токсично впливають на ЦНС та органи травлення, причому ризик розвитку ураження ЦНС вищий при застосуванні амантадину, ніж ремантадину. Їх потрібно обережно застосовувати в осіб похилого віку, з порушенням функції нирок. Особливо у випадках профілактичного застосування потрібно враховувати їх можливу взаємодію з іншими засобами.

Занамівір та осельтамівір є інгібіторами нейрамінідази та здатні діяти проти вірусів грипу типу А та В у неускладнених випадках. Осельтамівір виявився ефективним у лікуванні пташиного грипу, проте вже зараз зареєстровано штами, які не чутливі до нього. Ці засоби не попереджують розвиток ускладнень. У хворих із бронхіальною астмою та ХНЗЛ до 20% та більше збільшується ризик бронхоспазму, експіраторної задишки та погіршення легеневої функції після інгаляції занамівіру. Осельтамівір може у 10% хворих спричинити нудоту, блювання.

Як противірусні та імуномодулюючі засоби з поліпотентною дією застосовуються арбідол та тилорон (аміксин). Арбідол пригнічує адсорбцію та проникнення вірусу до клітини, крім того, йому властива імуномодулююча та антиоксидантна дія. Може застосовуватися при всіх ГРВІ з лікувальною та профілактичною метою. Профілактична ефективність 50-70% при грипі та близько 70% при інших ГРВІ.

Тилорон (аміксин) — противірусний засіб та імуномодулятор, ефективний проти збудників ГРВІ, застосовується для лікування та профілактики. Він має як пряму противірусну дію, так і стимулює утворення α -, β -, γ -інтерферонів, у зв'язку з чим

відзначається певна ефективність і при деяких бактерійних інфекціях. Він сумісний із багатьма іншими засобами та антибіотиками. Побічна дія — зрідка диспепсичні прояви, короткочасний озноб. З метою лікування ГРВІ особливо ефективний у перші 48 годин захворювання. Поряд з терапевтичною дією при ГРВІ у хворих на бронхіальну астму та інші алергійні захворювання засіб одночасно впливає на їх перебіг, попереджуючи їхне загострення. Профілактичний ефект зберігається після курсу протягом Н5N1 наступних 1-2 місяці.

Бактерії можуть викликати гострі назофарингіти, тонзиліти (ангіни), бронхіти, які спричинюються різноманітною, переважно коковою мікрофлорою, легіонельози, а також дифтерію. Можливі й мікоплазмові, хламідійні, рикетсіозні ураження верхніх дихальних шляхів.

ГРЗ у дорослих найчастіше можуть спричинювати:

- умовно-патогенні коки;
- менінгококи;
- дифтерійні збудники (дифтерійна паличка та дифтероїди);
- пневмококи;
- легіонели;
- мікоплазми.

Зміни, які властиві для ГРЗ бактерійного походження без ураження мигдаликів:

- *інтоксикація може бути різного рівня виразності і залежить як від етіологічного чинника, так і ступеня тяжкості захворювання;*
 - *при захворюваннях, викликаних переважно звичайною умовно-патогенною коковою мікрофлорою, катаральні симптоми найчастіше пов'язані із ураженням одного, в крайньому випадку двох відділів верхніх дихальних шляхів за незначним винятком (наприклад, носоглотка). Зміни найчастіше продуктивні, супроводжуються утворенням гнійного секрету. Гіперемія в ротоглотці (за наявності гнійного назофарингіту) тьмяна, з синюватим відтінком, локалізується на задній стінці глотки. Виразний набряк навколишніх тканин для таких процесів не властивий.*
- Клінічні особливості дифтерійних та менінгококових уражень докладно наведені

увеликій кількості робіт, через те ми не визнали потрібним у нашій статті повторювати ці дані.

Лабораторна діагностика ГРЗ бактерійного походження. У загальному аналізі крові — різного рівня лейкоцитоз з паличкоядерним зсувом та нейтрофільозом, як правило, помірне прискорення ШЗЕ.

Інструментальна діагностика ГРЗ бактерійного походження. На рентгенограмі легенів — без змін або можливе так зване "посилення легеневого рисунка за рахунок бронхів різного рівня".

Специфічна діагностика ГРЗ бактерійного походження. Зважаючи, що переважна більшість бактерійних ГРЗ спричинена умовно-патогенною мікрофлорою, в діагностиці важливого значення набуває бактеріологічне обстеження, яке повинне проводитися також і з метою диференціальної діагностики з менінгококковим назофарингітом. Для бактеріологічного дослідження беруть слиз із ротоглотки, мокротиння, гнійні виділення при назофарингіті. Посів проводять на звичайні поживні середовища. З метою виділення менінгококів використовують кров'яні середовища. Інші методи специфічної діагностики — ІФА, ПЛР, інші серологічні методи частіше за все застосовуються з метою виявлення менінгокової етіології патологічного процесу.

Якщо клінічна диференційна діагностика між ГРВІ лише певною мірою впливає на характер лікування, — терапія є переважно патогенетичною, а також частково симптоматичною, то відокремлення бактерійних інфекцій від вірусних має суттєве значення — вони вимагають не тільки антибактерійного лікування, а ще й у деяких випадках (при дифтерії) специфічної серотерапії.

Лікування ГРЗ бактерійного походження. Крім патогенетичної терапії, яка практично нічим не відрізняється від такої при ГРВІ, обов'язково застосовуються антибактерійні засоби — пеніциліни, цефалоспорини, макроліди, іноді фторхінолони. Тривалість антибактерійного лікування становить не менше ніж 5-6 діб, критерієм припинення її є стійка нормалізація температури тіла.

ГРЗ, спричинені особливими "нетиповими" збудниками. Дещо складніша

диференціальна діагностика ГРЗ, спричинених "нетиповими" збудниками, які отримали поширення останніми десятиліттями. Невикористання етіотропного лікування при мікоплазмозних ГРЗ може спричинити розвиток пневмонії з тривалим перебігом, при хламідійних ураженнях — до ускладнень, рецидивування, хронізації процесу. Є певні особливості етіотропної терапії при цих ГРЗ.

Особливості клінічного перебігу ГРЗ, спричинених легіонелами:

- захворювання найчастіше виникає наприкінці літа - восени, часто існує зв'язок з приміщеннями, де є кондиціонери чи душове устаткування;
- гострий початок, інтоксикація схожа на грипозну;
- катаральний синдром проявляється вже під час першої доби хвороби;
- часто виникають неврологічні розлади: запаморочення голови, порушення координації рухів, свідомості, безсоння;
- можливі біль у животі й блювання, відносна брадикардія;
- часто можливі рецидиви хвороби.

Лабораторна діагностика легіонельозного ГРЗ. У крові — помірний нейтрофільний лейкоцитоз з паличкоядерним зрушенням, значно прискорена ШЗЕ.

Інструментальна діагностика легіонельозного ГРЗ. На рентгенограмі легенів — без змін або частіше посилення легеневого рисунка, явища бронхіту різного рівня. На ЕКГ часто ознаки міокардіодистрофії, синусова брадикардія.

Специфічна діагностика легіонельозного ГРЗ. Бактеріологічна діагностика доступна лише лабораторіям із особливим статусом роботи з небезпечними збудниками. Через це та необхідністю застосування особливих середовищ переважне значення мають інші методи. Найчастіше використовується ІФА, реакція непрямой імунофлюоресценції, ПЛР.

Лікування легіонельозного ГРЗ. Застосовують макроліди (азитроміцин, кларитроміцин, рокситроміцин, джозаміцин, спіраміцин у середньотерапевтичних дозуваннях для кожного препарату) не менше ніж 5-7 діб. Менш ефективним є рифампіцин по 600 мг кожні 6 годин.

Особливості ГРЗ, спричинених мікоплазмозом (респіраторного мікоплазмозу):

- початок переважно поступовий, інтоксикація помірна або незначна в осіб молодого і середнього віку;
- відзначаються клінічні симптоми ураження верхніх дихальних шляхів на всіх рівнях, рідше — по типу ринофарингіту;
- у ротоглотці яскрава гіперемія дужок, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки; зернистість слизових оболонок буває рідко;
- кашель рідкий, іноді з слизовим мокротинням, часто виникає відносна брадикардія, виділення з носа слизові, відсутня гіперемія кон'юнктив, склер.

Лабораторна діагностика мікоплазмозу ГРЗ. У загальному аналізі крові нормоцитоз або незначний лейкоцитоз з паличкоядерним зрушенням, помірно прискорена ШЗЕ.

Інструментальна діагностика мікоплазмозу ГРЗ. На рентгенограмі легенів — без змін або часто посилення легеневого рисунка, можливі явища бронхіту різного рівня. Ймовірний розвиток пневмонії на 4-6 добу хвороби.

Специфічна діагностика мікоплазмозу ГРЗ. Бактеріологічна діагностика утруднена через необхідність застосування особливих поживних середовищ або клітинних культур. Використовуються РЗК, РНГА, ІФА, ПЛР.

Лікування мікоплазмозу ГРЗ. Зазвичай ефективними, як і у випадку легіонельозної інфекції, є вищезгадані макроліди. Тривалість лікування ними так ж сама, як і при легіонельозній ГРЗ. Не втратив свого значення еритроміцин — родоначальник макролідної групи. Він є результативним у добовій дозі не менше 2,0 г для дорослих. Іноді застосовують доксициклін по 0,2 г на добу.

Особливості ГРЗ, спричинених хламідіями (*Chlamidia pneumoniae*):

- спалахи виникають різної пори року, частіше літньо-осінньої пори або ж наприкінці зими - навесні;
- починаються захворювання гостро, інтоксикація досить виражена, характерні переважно явища ринофарингіту, виділення слизові, кашель буває рідко, переважно сухий;
- у ротоглотці яскрава гіперемія дужок, м'якого піднебіння, задньої стінки глотки, зернистість слизових оболонок відсутня.

Лабораторна діагностика хламідійного ГРЗ. У загальному аналізі крові відзначається помірний лейкоцитоз з нейтрофіліозом та паличкоядерним зсувом, ШЗЕ підвищена помірно.

Інструментальна діагностика хламідійного ГРЗ. На рентгенограмах легенів виявляється помірне посилення легеневого рисунка, зрідка можливі явища бронхіту.

Специфічна діагностика хламідійного ГРЗ. Виділення хламідій потребує застосування культур тканин або зараження лабораторних тварин. Тому більш прийнятним є використання РЗК, РГГА, РНІФ.

Лікування хламідійного ГРЗ. Доксидин вважають препаратом вибору для лікування саме цього виду ГРЗ. Використовують у добовій дозі 0,2 г протягом 10-14 днів. Для терапії хламідійної інфекції також ефективні вищезгадані макроліди, можуть застосовуватися фторхінолони у звичайних терапевтичних дозах.

Таким чином, дуже важливим є диференційна діагностика між ГРВІ і ГРЗ, що дасть можливість лікарю сімейної практики і поліклінічної ланки вправно і своєчасно лікувати хворих на таку патологію, запобігти виникненню ускладнень.

УДК: 616.2-002.1-02-07-08

А.М. Печенка, А.В. Шкурба

Острые респираторные заболевания: этиология, диагностические подходы, лечение

В лекции даны основные эпидемиологические, клинические особенности острых респираторных вирусных инфекций, основных респираторных заболеваний не вирусного происхождения, диагностические подходы и основные направления лечения. Дана характеристика основных противовирусных препаратов.

UDC: 616.2-002.1-02-07-08

A.M. Pechinka, A.V. Shkurba

Acute respiratory diseases: etiology, diagnostic approaches, treatment

In lecture the basic epidemiological, clinical features of acute respiratory virus infections, the basic respiratory diseases of a not virus origin, diagnostic approaches and the basic directions of treatment are given. The characteristic of the basic antiviral preparations is given.