

А.М. ЖУКЕМБАЕВА, К.К.АЛИМБЕТОВА, А.ТАЛГАТКЫЗЫ, С.О.АБДРАЗАКОВ, А.К.АМРЕКУЛОВА, Ж.С.АНАСОВА,  
Р.А.МУКАЙ, М.Ж. САРСЕНОВА, А.Н.Т.ЛЕУБЕРГЕНОВ, К.Б.БЕЙСЕМБЕКОВ, А.Е.САДЫРБАЕВА, Б.СУЛТАН,  
Б.С.ТАШХОДЖАЕВ, С.М.ТЕЛЕНЧИЕВА

*КазНМУ им. С.Д.Асфендиярова, кафедра ПМСП, г.Алматы*

## ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ В ПРАКТИКЕ ВРАЧА-ПЕДИАТРА: ВОПРОСЫ РАЦИОНАЛЬНОЙ ТЕРАПИИ

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа острых инфекционных заболеваний органов дыхания, которые различаются по этиологии (вызываются различными респираторными вирусами), но имеют сходные эпидемиологические, патогенетические и клинические характеристики .

**Ключевые слова:** Острые респираторные вирусные инфекции, эпидемиологические, патогенетические.

Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – группа острых инфекционных заболеваний органов дыхания, которые различаются по этиологии (вызываются различными респираторными вирусами), но имеют сходные эпидемиологические, патогенетические и клинические характеристики.

Этиология, эпидемиология, патогенез, клиника. ОРВИ являются самыми распространенными инфекционными заболеваниями у детей. При этом наиболее частыми возбудителями ОРВИ являются риновирусы, коронавирусы, вирусы гриппа и парагриппа, респираторно-синцитиальные (РС) и аденовирусы [1–4]. Следует отметить, что этиологическая структура ОРВИ непостоянна и может меняться даже на протяжении одного эпидемического сезона. Так, если в сентябре – декабре 2012 г. основными возбудителями ОРВИ являлись вирусы парагриппа 1-го, 2-го и 3-го типов, аденовирусы и РС-вирусы, то на пике сезонного подъема заболеваемости (конец января – начало марта 2013 г.) в структуре циркулирующих вирусов стали доминировать вирусы гриппа. При этом наиболее часто выявляли вирус гриппа А(Н1N1)2009 (14,8%), тогда как в начале эпидемического сезона его активность, так же как и активность вирусов гриппа А(Н3N2) и В, была умеренной – частота их выделения не превышала 1,2–3%. В дальнейшем – в последние недели сезонного подъема заболеваемости – среди гриппозных возбудителей стал доминировать вирус гриппа В [5].

Основной механизм передачи инфекции при ОРВИ – аэрогенный. Инкубационный период – от 2 до 5 сут (в среднем 2–3 сут). После проникновения вирусных возбудителей в клетки эпителия респираторного тракта происходит их репликация. Образующиеся дочерние вирионы выходят из пораженных клеток, инфицируют здоровые клетки, в которых в свою очередь начинается вирусная репликация. Эти процессы инициируют активацию иммунного

ответа, что сопровождается усилением продукции и синтеза противовоспалительных цитокинов (интерлейкин-1, интерферон и др.). В результате развивается острое катаральное воспаление слизистых верхних дыхательных путей, что клинически проявляется затрудненным носовым дыханием, болью и першением в горле, насморком, чиханием. Одновременно с локальным распространением дочерних вирионов возможна непродолжительная виремия. При этом виремия, как правило, носит транзиторный характер и не приводит к генерализации инфекции, но при определенных условиях (недоношенность, морфофункциональная незрелость, иммунодефицитные состояния и др.) может способствовать тяжелому течению заболевания и развитию осложнений.

Развивающиеся при этом лихорадка, озноб, ухудшение аппетита, недомогание и другие общие симптомы возникают не только из-за кратковременной виремии, но и в результате системного воздействия на организм противовоспалительных цитокинов. Следует отметить, что, несмотря на некоторые особенности клиники ОРВИ в зависимости от этиологии, в целом картина заболевания складывается из однотипных общих (лихорадка, недомогание, головная боль и др.) и местных (кашель, чихание, насморк, заложенность носа, боль в горле и др.) симптомов. Выраженность клинических проявлений ОРВИ может быть весьма вариабельна и обусловлена целым рядом факторов. При этом тяжесть состояния ребенка может зависеть не только от вирулентности возбудителя, но и от индивидуальных и возрастных особенностей организма, сопутствующих заболеваний и фоновых состояний [1–3, 6].

Лечение. Основными принципами лечения ОРВИ, как и других инфекционных заболеваний, являются: адекватный уход за ребенком, правильное питание и назначение дополнительного

питья, а также рациональное использование медикаментозной терапии. Противовирусная терапия ОРВИ. Специфическим противогриппозным действием обладают ремантадин и его производные, а также более современные осельтамивир и занамивир [7]. Производные ремантадина в последние годы используются редко, что обусловлено не только узким спектром действия (преимущественно вирусы гриппа А2), но и высоким уровнем резистентности возбудителей гриппа к препарату. Осельтамивир и занамивир являются специфическими противогриппозными препаратами, которые избирательно ингибируют нейраминидазу всех вирусов гриппа типа А и В [7].

Неспецифическая этиотропная терапия ОРВИ проводится препаратами интерферона и его индукторами [1, 2, 6]. Широкий спектр действия данной группы лекарственных средств обусловлен универсальным противовирусным эффектом интерферона. Симптоматическая терапия. Цель симптоматической терапии при ОРВИ – уменьшение выраженности тех клинических проявлений заболевания, которые нарушают самочувствие ребенка и при определенных обстоятельствах могут привести к развитию осложнений. Для купирования наиболее частых симптомов ОРВИ (лихорадка, кашель, насморк) используются жаропонижающие препараты, деконгестанты, а также лекарственные средства от кашля.

Антипиретики. Лихорадка – один из общих симптомов ОРВИ. Повышение температуры тела при инфекционном воспалении является защитно-приспособительной реакцией организма. При этом перестройка процессов терморегуляции способствует активизации специфических и неспецифических иммунных реакций и направлена в конечном счете на санацию организма от инфекционных возбудителей. Поэтому при хорошем самочувствии у исходно здоровых детей повышение температуры тела в пределах 38–39°С не требует проведения жаропонижающей терапии. При этом можно ограничиться физическими методами охлаждения. В то же время у детей из группы риска по развитию осложнений (возраст до 2 мес., тяжелые заболевания органов дыхания, кровообращения, ЦНС, метаболические нарушения, фебрильные судороги в анамнезе) антипиретики назначают даже при невысоком подъеме температуры тела.

Так, если у исходно здорового ребенка повышение температура тела до 38,5–39°С не сопровождается нарушением самочувствия, плохим аппетитом, отказом от питья, а кожа его влажная, розовая, ладони и стопы теплые, то от назначения жаропонижающих препаратов можно воздержаться, ограничиваясь физическими методами охлаждения. Однако если у ребенка на фоне лихорадки, независимо от степени повышения температуры тела, отмечается ухудшение состояния, имеются озноб, миалгии, плохое

самочувствие, бледные и сухие кожные покровы, холодные дистальные отделы конечностей и другие проявления, антипиретики, наряду с другими способами терапии токсикоза, должны быть назначены незамедлительно (рис. 2, 3).

Антипиретиками выбора у детей раннего возраста являются парацетамол и ибупрофен [2, 8, 9]. Парацетамол рекомендовано использовать в дозе 10–15 мг/кг массы тела на прием, ибупрофен – 5–10 мг/кг массы тела на прием. Повторное применение препаратов возможно не ранее чем через 4–6 ч. Повышение температуры тела при ОРВИ в течение 5 дней и более требует уточнения причин пролонгации лихорадочного периода. При этом в первую очередь необходимо исключить возможные бактериальные осложнения ОРВИ (пневмония, синусит и др.), а также обострение имеющихся у ребенка хронических инфекционно-воспалительных заболеваний (пиелонефрит, аденоидит и др.) [2, 8, 9].

Назальные деконгестанты. Насморк – одно из наиболее частых клинических проявлений ОРВИ. В результате вирусного поражения слизистой носа развиваются гиперемия, отек и гиперсекреция. Это приводит к уменьшению просвета носовых ходов и затруднению носового дыхания. Для купирования насморка у детей до 12 лет разрешены только местные деконгестанты. Среди топических деконгестантов в настоящее время наибольшее предпочтение отдают производным имидазолина (оксиметазолин, ксилометазолин и др.) и бензолметанола (фенилэфрин) [7, 10]. Оптимальная продолжительность курсового применения деконгестантов не должна превышать 3–5 дней.

Противокашлевые, отхаркивающие и муколитические препараты. Кашель – один из частых симптомов ОРВИ – является защитным рефлексом, направленным на санацию дыхательных путей при неэффективности мукоцилиарного клиренса. Муколитики – препараты, механизм действия которых основан на их способности разжижать густой секрет. Отхаркивающие лекарственные средства поддерживают кашлевой рефлекс и способствуют нормализации состава мокроты. К противокашлевым препаратам относятся те лекарственные средства, которые угнетают кашлевой рефлекс [7, 11–14]. В группе противокашлевых препаратов различают центральные (угнетают кашлевой центр в продолговатом мозге) и периферические (снижают активность рецепторов периферических нервных окончаний). К противокашлевым лекарственным средствам центрального действия относят наркотические (кодеинсодержащие) и ненаркотические (бутамират (Синекод), окселадин, глауцин, декстрометорфан и др.) препараты.

Так, назначение противокашлевых препаратов при ОРВИ может быть оправданно с первых дней заболевания, когда отмечается сухой, навязчивый, частый кашель (рис. 4). При этом наиболее часто используют бутамират (Синекод), который хорошо известен

врачам-педиатрам. Это объясняется его высокой клинической эффективностью и безопасностью, которые были доказаны при использовании у детей, начиная с 2-месячного возраста. Синекод обладает не только противокашлевым, но и умеренным противовоспалительным действием, а также способствует умеренной бронходилатации и снижению сопротивления дыхательных путей, что определяет потенцирование терапевтического эффекта. Препарат быстро и полностью всасывается при приеме внутрь. Период полувыведения бутамирата составляет 6 ч. Режим дозирования препарата Синекод (раствор – капли): детям в возрасте от 2 мес. до 1 года – по 10 кап. 4 р./сут; детям от 1 до 3 лет – по 15 кап. 4 р./сут; детям 3 лет и старше – по 25 кап. 4 р./сут (рис. 5).

При использовании препарата Синекод (сироп) рекомендуют следующие дозировки: детям 3–6 лет – по 5 мл 3 р./сут; детям 6–12 лет – по 10 мл 3 р./сут; детям 12 лет и старше – по 15 мл 3 р./сут (рис. 5). Таким образом, в настоящее время в арсенале врача-педиатра имеются эффективные и безопасные лекарственные средства, позволяющие быстро купировать основные симптомы ОРВИ. При этом задачи, стоящие перед практикующим врачом при выборе лекарственных средств для лечения детей с ОРВИ, требуют не только глубоких знаний патогенеза заболевания, механизмов действия используемых препаратов и их побочных эффектов, но и обязывают в каждом конкретном случае индивидуализировать лечебную тактику.

#### СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. А.И.Крюков, А.Б.Туровский. Симптоматическая терапия при острых респираторных заболеваниях // Справочник поликлинического врача. 2005.- Т 04. - №4. - С.1-15
2. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И «Воздушно–капельные инфекции» СПб.: Фолиант, 2000. - С.25-37
3. О. А. Мельников, Л. В. Аверкиева. Современные препараты для лечения ОРВИ и гриппа.// Лечащий Врач, 2004. - №8. - С.25-32
4. Геппе Н.А. Справочник по педиатрии. М.: 2002. - С.32-56
5. Gwaltney J.M. Jr., Druce H.M. Efficacy of brompheniramine maleate treatment for rhinovirus colds. Clin Infect Dis 1997. - №25:- P. 1188–1194.
6. Морозова С.В. Лечение острых инфекций верхних дыхательных путей. // «РМЖ», 2005. - Т.13. - № 26. - С. 1748–1751.

**А.М. ЖУКЕМБАЕВА, К.К.АЛИМБЕТОВА, А.ТАЛГАТКЫЗЫ, С.О.АБДРАЗАКОВ, А.К.АМРЕКУЛОВА, Ж.С.АНАСОВА,  
Р.А.МУКАЙ, М.Ж. САРСЕНОВА, А.Н.ТЛЕУБЕРГЕНОВ, К.Б.БЕЙСЕМБЕКОВ, А.Е.САДЫРБАЕВА, Б СУЛТАН,  
Б.С.ТАШХОДЖАЕВ, С.М.ТЕЛЕНЧИЕВА**

*С.Д.Асфендияров атындағы Қазак ұлттық медицина университеті*

**Түйін:** Өткір респираторлы вирустық инфекциялар–тыныс алу органдарының өткір инфекциялы аурулар тобы, этиологиясы бойынша айырықшаланатын (әр-түрлі респираторлы вирустармен жұқтырылатын), бірақ-та ұқсас эпидемиологиялық, патогенетикалық және клиникалық мінездемелері бар .

**Түйінді сөздер:** Өткір респираторлы вирустық инфекциялар, эпидемиологиялық , патогенетикалық.

**A.M. ZHYKEMBAEYVA, K.K. ALIMBETOVA, A.TALGATKIZI, S.O.ABDRAZAKOV, A.K.AMREKYLOVA, ZH.C.ANASOVA,  
R.A.MYKAI, M.ZH. SARSENOVA, A.N.TLEYBERGENOV, K.B.BEISEMBEKOV, A.E. SADIRBAEVA, B. SYLTAN, B.C.  
TASHODZHAEV, S.M. TELENCHIEVA**

*S.D. Asfendiyarov Kazakh National Medical University*

*The Republic of Kazakhstan, Almaty*

#### ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION IN PRACTICE PEDIATRICIAN: QUESTIONS RATIONAL THERAPY

**Resume:** Acute respiratory infections (ARI) - a group of acute infectious respiratory diseases, which differ in etiology (cause various respiratory viruses), but have similar epidemiological, pathogenetic and clinical characteristics.

**Keywords:** acute respiratory infections, epidemiological, pathogenetic