

УДК 616.921.5-07-084

# ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ЗАХВОРЮВАННЯ ТА ГРИП: ОСОБЛИВОСТІ СУЧАСНОГО ПЕРЕБІГУ, ЛІКУВАННЯ ТА ПРОФІЛАКТИКА

О.А. Голубовська, А.В. Шкурба, А.М. Печінка (Київ)  
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця

**Резюме.** Наведено особливості перебігу гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) та грипу в сучасних умовах. Висвітлено питання щодо лікування цих хвороб та їх профілактики.

**Ключові слова:** гострі респіраторні захворювання, грип, лікування, профілактика.

## Гострі респіраторні захворювання

ГРЗ – збірна група захворювань, спричинених широким спектром інфекційних збудників і поєднаних спільними особливостями епідеміології та патогенезу ураження дихальних шляхів, розвитком респіраторного синдрому і загальноінтоксикаційних проявів різного ступеня вираження. При ГРЗ респіраторний синдром є завжди провідним, на відміну від багатьох інфекційних (кір, краснуха, ротавірусний гастроентерит тощо) та неінфекційних хвороб (хронічний фарингіт курців, поліпозна риносинусопатія, алергійний ларингіт тощо), за яких ураження дихальних шляхів є лише однією з багатьох ознак клінічної картини.

ГРЗ – це поняття, яке включає респіраторні хвороби різного походження, найчастіше вірусного та бактерійного, у т.ч. такі, що проявляються синдромом локального ураження дихальних шляхів (ларингіт, тонзиліт, фарингіт, бронхіт тощо). Поряд з терміном «ГРЗ» існує «ГРВІ». Традиційно діагноз «ГРВІ» встановлюють у разі підозри на вірусну етіологію захворювання. Така диференціація необхідна ще й тому, що етіологія визначає можливості та особливості етіотропного лікування. Тому термін «ГРЗ» слід застосовувати у разі підозри на невірусну етіологію захворювання (стрепто- і стафілококову, мікоплазмозну тощо).

Етіологічними чинниками ГРЗ можуть бути різні віруси, яких нині налічується до 300, а також легіонели, менінгококи, стрептококи, стафілококи, рикетсії, мікоплазми, хламідії тощо. Клінічні прояви багато в чому схожі, диференціювати їх неможливо. Тому в зарубіжній медичній літературі часто застосовується таке поняття, як «застида» (англ. – *common cold*) – гостре інфекційне запалення будь-якої ділянки дихального тракту із підвищеним рівнем контагіозності хворого. Такий підхід є абсолютно виправданим, оскільки (за величезної кількості збудників та схожості спричи-

нених ними клінічних проявів, розмаїття клінічних форм) далеко не завжди, навіть за умови найдетальнішого обстеження хворого, вдається встановити етіологію збудника, який зумовив респіраторний синдром. Протягом року кожна людина може перехворіти на респіраторне захворювання щонайменше 3–5 разів, здебільшого забуваючи про короткочасний неприємний епізод відразу, як тільки одужає. Проте наслідками цих захворювань можуть бути певні ускладнення та у ряді випадків – тривалі хронічні захворювання респіраторної системи [2;3].

Дотепер не вирішено більшість принципових питань щодо боротьби з респіраторними інфекціями в науковому, методичному та практичному плані. Основними причинами цього є поліетіологічність і різноманітність клінічних форм ГРЗ, значна кількість серологічних варіантів і штамових різновидів збудників, їх часта зміна, нерівномірність поширення в різних кліматичних і географічних зонах, а також серотипоспецифічність імунітету [2;3]. Однак саме з цими захворюваннями найчастіше зустрічається сімейний лікар і дільничний терапевт – близько 70% усієї амбулаторної захворюваності становлять ГРЗ.

## Епідеміологія

ГРЗ – найпоширеніші інфекційні захворювання серед усіх вікових груп населення. Серед причин тимчасової втрати працездатності ця патологія посідає перше місце (навіть у міжепідемічний період на них хворіє шоста частина населення планети). В Україні щорічно на ГРЗ хворіє 10–14 млн осіб, що становить 25–30% усієї та близько 75–90% інфекційної захворюваності в країні. Експерти Всесвітньої організації охорони здоров'я (ВООЗ) зазначають, що ця найпоширеніша в людській популяції група захворювань останніми роками постійно зростає.

Соціальні причини, пов'язані з глобальним процесом зростання урбанізації, більш тісні контакти людей практично в будь-якій точці Землі та посилення міжконтинентальних міграційних процесів зумовляють подальше поширення ГРЗ.

Для ГРЗ властиві 2 форми епідемічного процесу – спорадичні захворювання та епідемічні спалахи. У період епідемічного спалаху переважає певна нозологія, однак етіологічна структура ніколи не буває однорідною. Навіть під час епідемії грипу реєструються інші ГРЗ. Тим більше в міжепідемічний період грипу сезонне підвищення рівня захворюваності на ГРЗ завжди має «строкату» структуру, в якій зазвичай відслідковуються збудники, що мають найбільше клінічне та епідеміологічне значення. Обидві групи захворювань постійно поповнюються новими представниками, які можуть спричинити тяжку патологію.

В Україні статистика респіраторних захворювань включає «Грип та ГРВІ», що підкреслює саме вірусну природу збудників, однак є неточною. При ГРВІ особа з клінічними проявами захворювання завжди є джерелом інфекції. Збудник виділяється уже в період інкубації, однак найбільша небезпека виникає саме на початку гострого періоду. Тривалість виділення вірусу іноді може становити 1–2 міс. і довше. Проте якщо донедавна джерелом інфекції при ГРВІ вважалася лише людина, то нині заразитися (наприклад деякими типами вірусу грипу) можна від птахів і свиней.

Неодноразові випадки ГРВІ навіть під час сезонного підвищення рівня захворюваності зумовлені відсутністю перехресного імунітету не лише між представниками окремих груп, але й між окремими сероварами в межах одного збудника. Суттєво, що ці збудники досить стійкі в зовнішньому середовищі – від 1–8 год. до 7 і більше діб.

Крім повітряно-крапельного механізму поширення, при деяких ГРВІ можливі й інші. Для аденовірусної інфекції може бути характерним фекально-оральний механізм, для РС-інфекції – контактно-побутовий шлях, але їх роль у поширенні інфекції незначна. За умов впровадження в практичну медицину новітніх технологій виявлено незвичні шляхи передачі – за допомогою різних трансплантатів. Особливо значущим останній шлях передачі є для групи герпесвірусів. Крім того, деякі види ГРВІ набувають характеру нозокоміальної інфекції. Насамперед це стосується РС-інфекції в дитячих стаціонарах, легіонельозу.

Для більшості ГРВІ властива сезонність. Максимальний рівень захворюваності реєструється в осінньо-зимову, зимово-весняну, а ентеровірусної – у весняно-літню пори року. Однак і влітку можуть виникати поодинокі спалахи, наприклад, парагрипу, аденовірусної інфекції. Проте літньої пори збудник накопичується в популяції за рахунок легких, субклінічних форм (найчастіше інапарантні форми реєструються в дорос-

лих), а клінічно виражені, особливо тяжкі форми традиційних ГРВІ виникають рідко.

На епідемічний процес ГРВІ впливають біологічні, соціальні, природні фактори, які ще погано вивчені. Ландшафтні, біоценотичні, кліматичні та інші умови впливають на нього, сприяють або протидіють життєдіяльності респіраторних вірусів. Так, аденовірусна інфекція частіше зустрічається на півночі, рідше – на півдні. Для парагрипу така закономірність не виявлена [4;7;8;10;12].

Реальна відсутність можливості застосування методів специфічної діагностики для етіологічної розшифровки кожного випадку захворювання не дає змоги виявити справжній рівень поширеності як гострих респіраторних вірусних захворювань (ГРВЗ), так і ГРЗ іншої етіології (легіонельозні, мікоплазмові, кокові, рикетсійні тощо). Поширеність цих хвороб у світі, залучення до епідемічного процесу значної кількості людей, інколи важкі наслідки, значні економічні збитки зумовлюють актуальність респіраторних інфекцій для людства.

## Етіологія і патогенез

В етіологічній структурі ГРВЗ більшість становлять віруси. На сьогодні відома значна кількість збудників ГРВІ, які переважно належать до 9 різних груп вірусів (грип, парагрип, адено-, РС-, пікорна-, корона-, рео-, ентеро- та герпесвіруси). Найчастіше ГРВІ у дорослих спричиняють такі віруси: грипу (А із великою кількістю сероварів, В з меншою кількістю останніх та С типи), аденовіруси (7 підгруп, у кожній 1–19 серотипів), респіраторно-синцитійний, парагрипу (5 серотипів), риновіруси (113 серотипів людини та 2 серотипи великої рогатої худоби), коронавіруси (4 групи, багато серотипів), ЕСНО та КОКСАКІ В (понад 70 серотипів), ентеровіруси, герпесвіруси (8 типів, деякі з сероварами), реовіруси. При цьому слід мати на увазі, що частина їх поширена як у людській популяції, так і серед тварин, птахів. У природних умовах вони не патогенні або слабо патогенні для людини. Але за певних умов вони можуть викликати дуже тяжке захворювання у людини – пташиний грип. Дещо окремо знаходиться збудник SARS (Severe Acute Respiratory Syndrome), епідеміологічні особливості якого не вдалося встановити до кінця з огляду на відсутність повторних спалахів.

Патогенез ГРВІ в цілому можна поділити на такі етапи:

- ураження чутливого епітелію; для частини ГРВІ існує певна «вибірковість» ураження верхніх дихальних шляхів, пов'язана з рецепторно-лігандними взаємозв'язками, що дає змогу клінічно запідозрити етіологію ГРВІ;
- розмноження вірусів в епітелії верхніх дихальних шляхів та його ушкодження;

- генералізація процесу, вірусемія, ураження судинної стінки з розвитком вторинних процесів;
- формування системної клітинної імунної відповіді, стимуляція розвитку серологічного захисту;
- ліквідація інфекційного процесу, розвиток серологічного захисту, процеси відновлення.

Важливим результатом вивчення патогенезу ГРВЗ є те, що одужання відбувається за рахунок активізації клітинного захисту, антитіла з'являються пізно (уже в період ранньої реконвалесценції), мають значення переважно для профілактики повторного зараження.

### Класифікація

В Україні ГРЗ традиційно вважається збірним поняттям, але такий діагноз ставиться пацієнтам із ГРЗ верхніх дихальних шляхів, яке спричинене бактеріальним агентом або невідомої етіології. ГРВІ – це група ГРЗ, зумовлених винятково вірусами, і становить невід'ємну частину поняття «ГРЗ». Саме ГРВІ за питомою вагою посідають провідне місце в структурі інфекційної патології людини. Крім того, термін «грип та ГРВІ» є не коректним, який штучно виокремлює грип з групи ГРВІ. Слід розуміти, що грип є одним з ГРВІ, можливо, найважливішим, але лише одним із сотень ГРВІ. Тому значно коректнішим є термін «грип та інші ГРВІ» або «ГРВІ, у тому числі грип». При цьому доречно наголосити, що терміни «ГРВІ» та «ГРВЗ» не рівнозначні. Термін «інфекція» включає не лише маніфестні (захворювання), але й безсимптомні (інапарантні, субклінічні тощо) випадки, що зазвичай виявляються лише за умови цілеспрямованого специфічного обстеження. Як наслідок, здебільшого маємо справу лише з тією частиною ГРВІ, що проявляються у вигляді захворювання, тобто ГРВЗ, і тому замінити один термін іншим недоречно.

### Клінічні ознаки гострих респіраторних вірусних захворювань

Різні збудники уражають більшою мірою певні відділи дихальних шляхів: риновіруси та коронавіруси – переважно слизову оболонку носа, реовіруси – носа та глотки, парагрипозні віруси – гортані, вірус грипу – трахеї, РС-вірус – бронхів і бронхіол, аденовіруси – лімфоїдну тканину глотки та кон'юнктиви. Хоча у цілому вони обумовлюють запалення усіх відділів дихальних шляхів, але різною мірою.

*Риніт* – це запалення слизової оболонки носа, яке суб'єктивно проявляється відчуттям закладання носових ходів і утрудненим диханням через ніс, чиханням, виділеннями з носа (нежить). При об'єктивному обстеженні спостерігаються серозні, слизисті, слизисто-гнійні або кров'яністі виділення, слизова оболонка гіперемійована, набрякла, іноді вкрита кірочками.

*Фарингіт* – це запалення слизової оболонки глотки, яке суб'єктивно проявляється відчуттям помірного болю при ковтанні, рідше – печінням. При прямій фарингоскопії спостерігається гіперемія та набряк слизової оболонки задньої стінки глотки, своєрідна зернистість, інколи дрібні крововиливи.

*Ларингіт* – це запалення слизової оболонки гортані, що може виникнути не лише за умови дії інфекційних агентів, але й інших факторів – переохолодження, подразнення парами хімічних речовин, димом при палінні, зловживання алкоголем, голосового навантаження. Суб'єктивно хворий відчуває першіння або помірний біль у горлі, дертя за грудиною, кашель. Об'єктивно спостерігається зміна тембру голосу (сиплий, навіть до афонії), сухий, так званий «гавкаючий» кашель. При ларингоскопії виявляють гіперемію та набряк слизової оболонки гортані, потовщення та гіперемію істинних голосових зв'язок. У дорослих ускладнення гострого ларингіту у вигляді несправжнього крупу (часте у дітей) зустрічається вкрай рідко, тому розвиток крупу в дорослого на тлі якогось ГРЗ потребує негайного виключення дифтерії гортані. Так само наявність типового гострого тонзиліту (лакунарна або фолікулярна ангіна клінічно) у поєднанні з симптомами ларингіту також передусім потребують виключення дифтерії. Така увага диференціальній діагностиці з дифтерією – не данина моді, адже дифтерія залишається актуальною патологією для України.

*Трахеїт* – це запалення слизової оболонки трахеї, клінічна симптоматика якого не надто мізерна. Хворі скаржаться на дряпання та біль за грудниною, сухий кашель. При цьому біль за грудниною набуває ниючого характеру, посилюється при кашлі, не знімається жодними анальгетиками чи спазмолітинами. Хворий стримується, аби не кашляти. Навіть глибокий вдих може спричинювати напад сухого кашлю. Інколи під час аускультатії вислуховуються жорстке дихання та сухі хрипи над трахеєю. Об'єктивні зміни можна отримати лише за фібротрахеобронхоскопії, однак, враховуючи коротку тривалість ГРВЗ, ця процедура не доцільна.

*Бронхіт та бронхіоліт* – розглядаються як компонент ГРВЗ, якщо вони поєднуються з ураженням верхніх відділів респіраторного тракту, а у разі РС-інфекції вони є провідним синдромом. При поєднанні з пневмонією бронхіт та бронхіоліт не відносять до ГРВЗ. Клінічними ознаками бронхіту є кашель, спочатку сухий, а надалі зі слизистим харкотинням, сухі хрипи, порушенням бронхіальної прохідності у вигляді подовженого видиху, утруднення дихання, що краще визначити за допомогою спірографії або пневмотахометрії. Бронхіоліт – це найважча форма гострого бронхіту зі значним порушенням бронхіальної прохідності на рівні найдрібніших бронхів та бронхіол, що проявляється задишкою, розвитком обструктивної емфіземи та

дихальною недостатністю. Хворих непокоїть болісний кашель з мізерною кількістю харкотиння.

*Альвеолит* – дифузне запальне ураження дистального відділу респіраторного тракту із формуванням фіброзу легень, спричинене локальними крововиливами, некрозом, апоптозом та десквамацією клітин респіраторного епітелію альвеол, що призводить до порушення легеневого газообміну (гіпоксемія, гіперкапнія) і клінічно проявляється дихальною недостатністю.

### Клінічна характеристика захворювань, що входять до групи гострих респіраторних вірусних інфекцій

#### *Грип*

Перш ніж перейти до клінічної характеристики, слід нагадати деякі особливості будови вірусу грипу, які дають змогу вільніше орієнтуватися у цьому розмаїтті вірусів грипу людей, птахів, тварин. Поверхневі структури РНК-вмісного вірусу грипу А складаються з:

- гемаглютиніну (H) – ліганду вірусу, яким він з'єднується з рецептором клітини;
- нейрамінідази (N) – відповідає за відокремлення вірусу від клітинного рецептора, інших структур клітини;
- білку M2 – формує іонні канали вірусу.

Антигенна структура вірусів грипу складається з комбінацій 15 субтипів гемаглютинину та 9 субтипів нейрамінідази. Вони є штамоспецифічними антигенами вірусу грипу. Можливі 135 різних комбінацій, однак у природі зустрічається лише 46, деякі комбінації H та N зустрічаються частіше. Причина такої вибірковості невідома. Деякі штами вірусу грипу викликають захворювання виключно у птахів, та рідше – у свиней. Особливо небезпечні штами вірусу грипу, які подолали міжвидовий бар'єр, наприклад пташиний грип [1;4].

У клініці грипу можна виділити два основні синдроми – інтоксикаційний та катаральний. Серед усіх ГРВІ саме при грипі інтоксикаційний синдром найбільш значущий. Особливостями цього синдрому є: висока короткочасна (3–5 днів) лихоманка після відчуття мерзлякуватості, значний м'язовий біль, типова локалізація головного болю – в надбрівних дугах, парабітальних і скроневих ділянках. Катаральний синдром формується наприкінці першої доби хвороби.

Катаральний синдром проявляється переважно у вигляді трахеобронхіту – ниючий біль за грудниною, що посилюється під час кашлю (це найбільш постійний симптом грипу). Однак спостерігаються симптоми ураження інших відділів дихальної системи: сухість та дертя у горлі як прояв фарингіту, закладання та сухість слизової оболонки носу – риніт. Для грипу характерним є саме закладання носу в перші дні хвороби, слизові виділення з'являються лише наприкінці другого дня хвороби.

Зовнішній вигляд хворого на грип нагадує такий у заплаканої дитини: набряк і гіперемія обличчя, блискучі очі, ін'єкція судин кон'юнктиви.

#### *Пташиний грип*

Збудником захворювання є вірус грипу типу А (H5N1), що раніше вважався непатогенним для людини, оскільки респіраторний епітелій людини не містить специфічних для цього штаму рецепторів. За гіпотезою, патогенним для людини вірус стає в організмі «проміжного хазяїна», в дихальному епітелії якого є рецептори як до пташиного, так і людського збудників. Саме таким «хазяїном» є свиня: клітини респіраторного тракту свині мають рецептори, що сприяють інфікуванню вірусами грипу людини та птахів, завдяки чому вони є ідеальною ареною для реасортації вірусів грипу. Внаслідок цього можуть з'являтися нові патогенні штами вірусу грипу, які матимуть небезпечний епідеміологічний та клінічний потенціал [11].

Питання про епідемічне поширення пташиного грипу в людській популяції може постати лише за умови передачі інфекції від людини до людини. Донині достовірних фактів такої передачі не зареєстровано. Пташиний грип найчастіше передається повітряно-крапельним шляхом (у птахів грип – кишкова інфекція) або при контакті з кров'ю хворих птахів.

Ретельний аналіз всіх випадків захворювання людини на пташиний грип дав змогу експертам ВООЗ виділити найбільш типові клінічні ознаки цієї хвороби. За рекомендаціями ВООЗ, випадок пташиного грипу в людини визначається як ГРЗ, що супроводжується підвищенням температури тіла до 38–41°C, лихоманкою, кон'юнктивітом, міальгіями, прогресивним розвитком дихальної недостатності та гострого респіраторного дистрес-синдрому (РДС), клініко-лабораторні ознаки якого викладені у відповідних керівництвах з невідкладної допомоги. У цілому, рентгенологічні та клінічні прояви РДС при пташиному грипі та геморагічного набряку легень при грипі А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 дуже схожі. У людини при інфікуванні вірусом пташиного грипу летальність становить близько 70%.

Інкубаційний період – 2–4 дні. Захворювання починається гостро з підвищення температури тіла понад 38°C, кон'юнктивіту, міальгій. Можливий біль у горлі, ринорея. У більшості хворих спостерігається блювання та водяниста діарея без патологічних домішок.

З другого дня хвороби проявляється ураження нижніх дихальних шляхів – вологий кашель, часто з домішкою крові, аускультативно – жорстке дихання, різноманітні хрипи. При рентгенологічному дослідженні легень виявляються дифузні, мультифокальні окремі інфільтрати, здатні швидко зливатися і поширюватися. Подальший перебіг захворювання супроводжується розвитком у дорослих гострого РДС з дихальною недостатністю. У період розпаду хвороби можуть

уражатися печінка, нирки (гостра ниркова недостатність рееструвалася у 30% хворих). Найтяжче захворювання перебігає у дітей раннього віку та може супроводжуватися приєднанням до основних клінічних симптомів порушення свідомості та судом, обумовлених розвитком енцефаліту.

Первинний клінічний діагноз пташиного грипу базується на клінічній, епідеміологічній та лабораторній діагностиці за такими критеріями:

1. Висока температура тіла в поєднанні з утрудненим диханням і кашлем.
2. Водяниста діарея.
3. Повідомлення про спалах пташиного грипу в регіоні, де мешкає пацієнт; серед тварин чи у випадках масової загибелі птахів.
4. Відомості при виїзді пацієнта в країни, де є повідомлення про спалах грипу, спричиненого пташиним типом в популяції тварин, особливо свійських.
5. Контакт з хворим, у якого підтверджено інфікування вірусом пташиного грипу за 7 днів до появи клінічних симптомів у пацієнта.
6. Контакт з хворим на ГРЗ нез'ясованої етіології, яке закінчилося летально, за 7 днів до появи клінічних симптомів хвороби у пацієнта.
7. Врахування професійного ризику зараження пацієнта (робота з тваринами) [9].

#### *Грип А/Н1N1/Каліфорнія/04/09*

Вірус грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 є реасортантом. Він утворився внаслідок рекомбінації вірусу грипу людини А (Н1N1), вірусів грипу свиней (європейський та північно-американський серовари) та вірусу грипу птахів: А/Н1N1/2009(С-ОІV)=SIVn-a+SIVe-a+HIV+AIV. Амінокислотна послідовність гемаглютиніну вірусу має 103 заміни, з них понад 30 утримуються в ключових антигенних сайтах.

Фактори ризику тяжкого перебігу грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 – ожиріння 3–4-го ступеня, цукровий діабет, хронічні обструктивні захворювання дихальної системи, захворювання серця, вагітність, тривала терапія ацетилсаліциловою кислотою.

Клінічні прояви каліфорнійського грипу суттєво не різняться від грипу, спричиненого іншими сероварами і типами:

- інкубаційний період – 1–7 днів;
- раптове підвищення температури тіла понад 38°C, інколи захворювання може перебігати без підвищення температури тіла;
- формування катарального синдрому до кінця першої доби хвороби;
- головний біль;
- фарингіт;
- сухий кашель, біль за грудниною;
- утруднене дихання;
- біль у м'язах [1;5;6].

Серед особливостей перебігу слід зазначити появу в 25% хворих блювання та діареї, а також більш часте виникнення геморагічного синдрому та відсутність виражених клінічних проявів ураження трахеї.

Здебільшого цей грип мав легкий перебіг, не потребував застосування противірусних та інших засобів [1;12].

Водночас, за даними вітчизняних та зарубіжних дослідників, тяжкий перебіг грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09 спостерігався частіше, ніж при сезонному грипі, – значно частіше виникала так звана грипозна вірусна або вірусно-бактерійна пневмонія із розвитком гострого РДС (геморагічний набряк легень), який був основною причиною смерті хворих.

Клінічно стан геморагічного набряку легень проявлявся дихальною недостатністю (задишка, ціаноз), кашлем з кров'янистим мокротинням, поширеними вологими хрипами, вираженою загальною слабкістю.

Рентгенологічні та СКТ-зміни уже в перші дні хвороби нагадували дрібно-вогнищеві інфільтрати, які поступово збільшувалися, зливалися між собою, утворюючи суцільне затемнення, що нагадувало тотальну або субтотальну пневмонію [1;5;8;12].

Особливостями перебігу пневмоній, викликаних грипом А (Н1N1), були скудність фізикальних даних, неефективність штучної вентиляції легень, відсутність очікуваного ефекту від антибактеріальної терапії.

У загальному аналізі крові – лейкопенія, нейтропенія, при тяжкому перебігу – тромбоцитопенія. При розвитку ускладнень – тенденція до лейкоцитозу, нейтрофілозу. Поява у мокротинні гною, лейкоцитозу в крові свідчила про приєднання вторинної бактерійної мікрофлори.

У зв'язку з тим, що клінічні ознаки пандемічного грипу мало чим відрізнялися від захворювання, викликаного сезонними штамми вірусів, значна увага приділялася епідеміологічним і лабораторним даним у діагностиці цього захворювання.



Рис. 1. Рентгенограма хворої П. 12-й день хвороби (01.12.09)

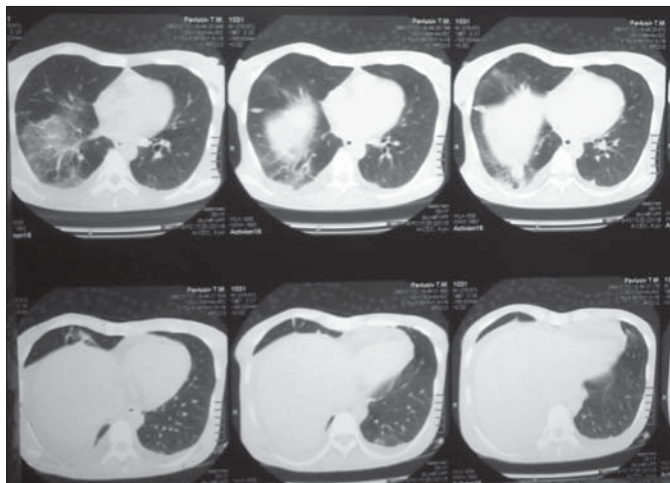


Рис. 2. Комп'ютерна томографія хворої П., 12-й день хвороби. (09.12.09)

#### Класифікація випадків,

#### викликаних вірусом грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09

**Підозрілий випадок:** хворі на ГРЗ, що перебували у місцях (країнах), де зареєстровані спалахи грипу А (Н1N1), в останні 7 днів до початку хвороби, а також хворі на ГРЗ, що знаходились у тісному контакті з тваринами.

#### Вірогідний випадок:

- хворий з ГРЗ, який за 7 днів до цього знаходився в тісному контакті з людиною з підтвердженим діагнозом інфекції, викликаній вірусом грипу А (Н1N1);
- робота в лабораторії чи інших місцях із зразками, взятими у людини з підтвердженим випадком грипу А (Н1N1);
- лабораторно підтверджена інфекція грипу типу А або клінічні ознаки грипу (тобто виникнення водночас як мінімум двох симптомів із наступних — нежить чи закладений ніс, біль у горлі, кашель), але сезонні Н1 та Н3 негативні;
- особа, яка померла від ГРЗ нез'ясованої етіології, епідеміологічно пов'язаної за часом, місцем та контактом з вірогідним або підтвердженим випадком грипу А (Н1N1).

**Підтверджений випадок:** особа, що відповідає критеріям, визначеним для вірогідного або підозрілого випадку, та має позитивний результат обстеження на грип А (Н1N1), отриманий з лабораторії національного, регіонального чи міжнародного рівнів, результати яких ВООЗ приймає як підтвержені ПЛР у реальному часі, виділення вірусної культури, підвищення у чотири рази віруснейтралізуючих антитіл до вірусу грипу А (Н1N1) [12].

#### Показання до госпіталізації:

1. Важкий або ускладнений перебіг хвороби, посилення кашлю.
2. Супутні захворювання:
  - важкі форми цукрового діабету;
  - хронічні неспецифічні захворювання легень (ХНЗЛ), бронхів;

- хронічна патологія серцево-судинної системи;
  - хвороби крові;
  - тяжкі хвороби імунної системи;
  - хвороби центральної нервової системи;
  - важка ниркова недостатність.
3. Вік понад 60 років (особи літнього віку більш схильні до важкого і тривалого перебігу грипу з частими ускладненнями, на перший план виходять явища серцево-судинної та дихальної недостатності, протягом тривалого часу зберігаються залишкові явища).

### Специфічна лабораторна діагностика

Для верифікації діагнозу грипу необхідно застосовувати специфічні методи діагностики, які базуються на виділенні збудника чи його антигенів та/або виявленні специфічних противірусних антитіл. Особливої ваги набуває експрес-діагностика, зважаючи на появу засобів етіотропного лікування, які найефективніші в перші 2 доби захворювання. У цей термін застосовується реакція імунохроматографії (ІХА), перевага якої полягає насамперед у швидкості (результат через 15–30 хв., проводиться безпосередньо біля ліжка хворого, не потрібен лабораторний персонал та спеціальне оснащення — Cito-test) та реакція імунофлюоресценції (результат через 2–3 год., проводиться в умовах лабораторії). При підозрі на грип метод ІХА дає змогу швидко встановити тип і навіть підтип вірусу. Метод дозволяє швидко відібрати контингент для поглибленого серологічного та вірусологічного обстеження на грип. Слід зауважити, що метод має високу ефективність і специфічність, однак він є дієвим у перші 2 доби хвороби, як і реакція імунофлюоресценції.

Реакція імунофлюоресценції не має переваг над ІХА — однакова специфічність та ефективність, однак результат отримують на кілька годин — необхідний кваліфікований персонал, обладнання, транспорт для доставки матеріалу в лабораторію. Комбінування цих методів значно поліпшить своєчасну діагностику грипу.

Слід зазначити, що ВООЗ не рекомендує застосовувати швидкі тести та метод імунофлюоресценції для підтвердження діагнозу грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09, однак саме ці методи дають змогу відібрати контингент для поглибленого обстеження на цей грип.

Серологічні дослідження в парних сироватках крові є методом ретроспективної діагностики. Найбільш вагомими з них є реакція зв'язування комплексу (РЗК), реакція гальмування агрегації (РГА) та реакція непрямой агрегації (РНГА). Доказовим є чотириразове наростання титру антитіл. Вірусологічне дослідження є найбільш тривалим трудомістким і дороговартісним методом, тому застосовується лише в епідеміологічній практиці та наукових дослідженнях.

Важливим методом остаточної діагностики грипу є метод ПЛР, який дає змогу чітко верифікувати серовар вірусу грипу.

### Принципи лікування

Слід зазначити, що патогенетичне лікування ГРВІ та ГРЗ однакове, найбільша різниця – в етіотропній терапії. До основних принципів належать:

1. Ліжковий режим, можливе лікування вдома за умови легкого / середньотяжкого перебігу.
2. Повноцінне харчування, дієта № 13.
3. За наявності інтоксикації – часте пиття (морс, чай, фруктові соки, мінеральна вода). За необхідності – внутрішньовенна дезінтоксикаційна терапія кристалідами розчинами, реосорбілактом.
4. Аскорбінова кислота, рутин у звичайних дозах.
5. Протигістамінні препарати II–III генерації.
6. Бронхо-секретолітичні засоби.
7. У разі ХНЗЛ, цукрового діабету, активних хронічних вогнищ інфекції призначаються антибіотики для профілактики ускладнень (макроліди, респіраторні фторхінолони, цефалоспорини, захищені пеніциліни).
8. Противірусні засоби.

Слід застерегти від застосування при ГРВІ жарознижувальних засобів (як монопрепаратів, так і комбінованих). До складу більшості комбінованих препаратів входить парацетамол (ацетомінофен), токсичність якого для печінки при одночасному вживанні алкоголю або антибактеріальних засобів різко зростає. Крім того, дуже обережно їх слід застосовувати у разі хронічних гепатитів та цирозу печінки.

Такі відомі лікарські засоби, як ацетилсаліцилова кислота та анальгін, також необхідно приймати з обережністю, оскільки вони можуть посилювати лейкопенію (анальгін) та кровоточивість (ацетилсаліцилова кислота), а це значно обмежує їх застосування вже з 2-го дня хвороби. А вживати аспірин при підозрі на пандемічний штам вірусу грипу взагалі неприпустимо! Можна рекомендувати нестероїдні протизапальні засоби II–III генерації, найкраще – мефенамінову кислоту, яка є не лише жарознижувальним засобом, але й має певний ефект стимуляції інтерферонуутворення.

### Противірусні засоби для лікування та профілактики гострих респіраторних вірусних інфекцій

Противірусні засоби застосовуються при тяжкому та середньотяжкому перебігу ГРВІ, насамперед при грипі.

Усі основні лікарські засоби можна умовно поділити на такі групи:

1. Противірусні засоби прямої дії.

2. Противірусні засоби опосередкованої дії – стимулятори інтерферонуутворення та імуномодулятори.
3. Лікарські засоби змішаного механізму дії.
4. Інші засоби.

#### Противірусні засоби прямої дії

*Амантадин* та *римантадин* – специфічні противірусні засоби, які впливають лише на вірус грипу А (але не на грип А/Н1N1/Каліфорнія/04/09) шляхом блокади так званих М2-каналів. На теперішній час вони неефективні в лікуванні та профілактиці грипу, оскільки майже усі віруси грипу А не чутливі до нього.

*Озельтамівір* та *занамівір* (інгібітори специфічної вірусної нейрамінідази) мають менше побічних реакцій, діють на віруси грипу А і В, рідше призводять до резистентності вірусу. Вони є основними противірусними препаратами прямої дії, рекомендовані при пташиному грипі. Проте слід зазначити, що ефективність озельтамівіру визначається у перші 48 год., навіть 36 год. хвороби. Застосовується він по 75 мг двічі / день протягом 5 днів.

Лікування, розпочате озельтамівіром у перші 36 год. захворювання, дає змогу скоротити тривалість грипу на 30%, зменшує ризик розвитку ускладнень в осіб з груп ризику. Серед побічних реакцій – зрідка діарея, бронхіт, біль у животі, головний біль, кашель, безсоння, які здебільшого не потребують відміни застосування препарату. Коригувати дозу слід при гострій або хронічній нирковій недостатності.

При вагітності та лактації препарат треба призначати лише тоді, коли перевага від його застосування перевищує потенційний ризик для плоду або малюка, тобто за наявності життєвих показань. Засіб можна застосовувати у маленьких дітей (у вигляді суспензії).

Слід зазначити, що все частіше реєструються штамми вірусу грипу А, не чутливі до озельтамівіру, у т.ч. грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09. Однак це не стосується України. З понад 300 ізолятів вірусу грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09, які виділили в Україні у минулому сезоні, усі були *in vitro* чутливими до озельтамівіру.

Ще одним високоселективним блокатором нейрамінідази є *занамівір*. З огляду на те, що вірус грипу розмножується лише в епітелії ВДШ, *занамівір* застосовується інгаляційно. Він накопичується у тканинах ВДШ та легенях, блокує вивільнення вірусів з уражених клітин. Застосовується як для лікування, так і профілактики грипу А і В. Для осіб віком від 12 років *занамівір* застосовується інгаляційно – 2 інгаляції, кожна з яких містить 5 мг, двічі / день протягом 5 днів. Він не токсичний для нирок і печінки, однак слід враховувати, що *занамівір* може спричинювати загострення бронхіальної астми чи інших ХНЗЛ, зрідка бронхоспазм, набряк гортані, набряк Квінке, синусит, головний біль. Протипоказання – вагітність у першому триместрі, у

II–III – якщо очікуваний ефект перевищує потенційний ризик для плоду. На період лікування слід припинити грудне вигодовування.

Ці засоби потребують рівномірного застосування, суворого дотримання схеми та дозування, особа, яка має захворювання бронхолегеневої системи і вживає занамівір, повинна мати при собі препарат  $\beta$ 2-агоніст.

Саме ці лікарські засоби були основними у лікуванні грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09, однак результати минулої «пандемії» у світі є неоднозначними і суперечливими.

Якщо у озельтамівіра уже зареєстровано низку генериків, то занамівір залишається єдиним брендовим препаратом з відповідно високою ціною.

*Противірусні засоби опосередкованої дії – стимулятори інтерфероутворення та імунomodulatory*

До цієї групи засобів належать бендазол (дибазол), амізон, мефенамінова кислота. Особливість засобів цієї групи полягає в тому, що їх застосовують переважно з профілактичною метою, оскільки вони мають переважно помірну інтерферонстимулюючу дію.

Амізон та мефенамінова кислота належать до групи нестероїдних протизапальних засобів, мають помірну інтерфероніндукуючу активність. Їх варто застосовувати не стільки з метою профілактики чи лікування, скільки під час лікування за необхідності зниження температури тіла.

*Лікарські засоби змішаного механізму дії – стимулятори інтерфероутворення, імунomodulatory та прямої противірусної дії*

Ефективними засобами у лікуванні та профілактиці ГРВІ є препарати, провідним механізмом дії яких є стимуляція утворення інтерферону та пряма противірусна дія. З огляду на значну кількість вірусів, що можуть спричинювати гострий респіраторний синдром, серед яких можна ідентифікувати лише деякі, саме ця група лікарських засобів є найефективнішою у лікуванні та профілактиці ГРВІ в цілому, у т.ч. усіх різновидів грипу. Їх застосування (так само як і препаратів групи прямої противірусної дії та стимуляції інтерфероутворення) обмежують терміни хвороби – 48–72 год. від початку захворювання.

До них відносяться тилорон (аміксин ІС), кагоцел, протекфлазид, арбідол, циклоферон.

Тилорон застосовується у дорослих і дітей від 7 років. Він є ефективним не лише при грипі, спричиненому людськими типами вірусу, але й інших ГРВІ. Найефективнішим є застосування цього препарату у перші 3 доби від початку хвороби. Для лікування призначають по 1 т. (125 мг) / двічі / день, у подальшому – по 1 т. через день. Усього 3–6 т. на курс лікування, можливі інші варіанти схеми застосування. Значна активація клітинного імунітету, який є провідним чин-

ником одужання при грипі та інших ГРВІ, поряд з потужною інтерфероностимуляцією, апоптомодуляцією визначає клінічний ефект при лікуванні. Засіб високоефективний і при пташиному грипі. Препарат практично нетоксичний, серйозні побічні ефекти не спостерігалися. Протипоказання для тилорону – вагітність та вік до 7 років.

Кагоцел також є потужним стимулятором утворення ендogenous інтерферону, має пряму противірусну дію, застосовується як для лікування, так і для профілактики. Основним механізмом дії цього препарату є здатність індукувати так званій пізній інтерферон, що є сумішшю  $\alpha$ - і  $\beta$ -інтерферонів, які мають високу противірусну активність. Крім індукції інтерферону, кагоцел стимулює вироблення різними клітинами інших цитокінів, а саме інтерлейкінів 1, 2 та 6, сприяє регуляції цитокінового профілю клітин різного походження, а також його модуляції при вірусних інфекціях. Для лікування грипу застосовують 2 т. / тричі / день в перші два дні, потім по 1 т. / тричі / день протягом двох днів (курс – 4 дні, 18 пігулок). Засіб ефективний і при пташиному грипі. Протипоказання до застосування – вагітність, лактація.

Циклоферон у таблетках по 300–600 мг / добу за базовою схемою (1, 2, 4, 6-та доба хвороби, за показаннями можна продовжити його застосування – 8, 11, 14, 17, 20, 23, 26, 29-та доба залежно від тяжкості перебігу).

Ефективним засобом лікування та профілактики грипу та ГРВІ і навіть ГРЗ є протекфлазид – екстракт рослинних флавоноїдів. Протекфлазид збільшує продукцію ендogenous  $\alpha$ - та  $\gamma$ -ІФ, що підвищує неспецифічну резистентність організму до вірусних інфекцій, а також загальний рівень імунного статусу. Особливістю препарату є його вплив на імунну відповідь: посилення цитотоксичної активності натуральних кілерів, активація фагоцитарної системи. Окрім цього, він має апоптозомодулюючу дію. Протекфлазид зменшує нейрамінідазну активність вірусу грипу, пригнічує синтез РНК ДНК-залежної РНК полімерази фага Т7 при експериментальному грипі, що свідчить про пряму противірусну дію і дає змогу віднести його до цієї групи препаратів. Протипоказання – виражені алергози, гостра ниркова та печінкова недостатність з анурією та енцефалопатією. Для дітей і дорослих розроблено спеціальні форми, що не містять етилового спирту, – флавозид, імунофлазид.

Протекфлазид (краплі) застосовується у дорослих з метою лікування протягом 2–4 тиж. за базовою схемою:

- 1-й тиж. – по 5 крапель тричі / день;
- 2–3-й тиж. – по 10 крапель тричі / день;
- 4-й тиж. – по 8 крапель тричі / день.

Середня терапевтична добова доза для дорослих – 30 крапель.

Дорослі приймають Протекфлазид на цукрі або шматочку хліба (при супутньому цукровому діабеті).



Сироп *Флавозиду* (не містить етилового спирту) застосовується у дітей від народження за віковими схемами, а в дорослих і осіб від 12 років – протягом перших трьох днів по 5 мл двічі / день, далі – по 8 мл двічі / день, або від початку лікування по 8 мл двічі / день (до 1 міс.).

*Імунофлазид* дорослим (і дітям після 12 років) рекомендується протягом перших трьох днів по 5 мл двічі / день, далі по 8 мл двічі / день (не більше 2 тиж.), або по 8 мл двічі / день протягом усього періоду лікування. Імунофлазид вживається за 20–30 хв до їди. За необхідності термін лікування продовжують після 14-денної перерви ще на два 2–4 тиж.

Недоліками препаратів групи протефлазиду є поступовість розвитку ефекту, необхідність щоденного кількарразового застосування, тому найефективніше застосування – для сезонної профілактики.

*Арбідол* має інтерферонстимулюючу та пряму протівірусну дію на віруси грипу А і В. Препарат застосовується по 0,2 мл 4 рази / день протягом трьох днів. Протипоказання – захворювання серцево-судинної системи, печінки, нирок. Ефективність арбідолу при інших ГРВІ помірні, а при пташиному грипі *in vitro* не перевищує 20%.

#### *Інші засоби*

Певний лікувальний та профілактичний ефект має амінокапронова кислота (АКК). Встановлено, що результатом взаємодії вірусу грипу з мембранами чутливих клітин є підвищення протеолізу, що призводить до нарізання гемаглютиніну вірусу, яке забезпечує його проникнення до клітини, депротейнізацію та подальшу репродукцію вірусів. Амінокапронова кислота гальмує підвищення протеолізу та проникнення вірусів до клітин, зменшуючи врожай інфекційного вірусу. Найбільш доцільним вважають комбіноване застосування (ентеральне та інтраназальне) АКК кілька разів на день.

Протипоказанням до призначення АКК є схильність до тромбозів і захворювання нирок з порушенням видільної функції, хоча для лікування грипу і ГРВІ рекомендуються дози АКК у кілька разів менші за добові гемостатичні. Побічні реакції не спостерігалися.

Однак слід зауважити, що АКК, швидше за все, не має потужної самостійної дії, потребує кількарразового щоденного застосування, що є незручним з позиції профілактики. Крім того, поширеність у популяції осіб з тромбофлебитами, варикозною хворобою кінцівок, хворобами нирок, коагулопатіями унеможлиблює масове застосування цього економічно доступного препарату. Тому його можна застосовувати під контролем лікаря як допоміжний засіб під час лікування грипу та інших ГРВІ, в організованих колективах практично здорових людей для лікування і профілактики.

Застосування специфічного чи людського нативного імуноглобуліну на даний момент є дискусійним,

зважаючи на його сумнівну ефективність, з одного боку, та досить високу вартість і потенційну небезпеку інфікування різноманітними патогенами, що можуть передаватися через кров, з іншого. Водночас, є повідомлення про ефективне застосування довенного нативного людського імуноглобуліну при лікуванні вірусної пневмонії.

Препарати рекомбінантного альфа-інтерферону малоефективні при лікуванні важких форм грипу, у т.ч. А (H1N1).

### **Показання до призначення антибіотиків при грипі:**

1. Підозра на приєднання бактеріальних ускладнень (середній отит, синусит, гострий тонзиліт, пневмонія, бронхіт, викликаний хламідіями, мікоплазмою та бактеріальними збудниками).
2. Підвищений ризик виникнення ускладнень (хронічні захворювання бронхолегеневої та серцево-судинної систем, імунодефіцитні стани, ВІЛ, імуносупресивна терапія тощо).
3. Підвищення температури тіла до 38°C і більше протягом 5 днів, лейкоцитоз крові.

Найчастіше призначаються макроліди, респіраторні фторхінолони, цефалоспорини, захищені пеніциліни.

Хворим з гострим РДС, поліорганною недостатністю допомога надається у відділеннях інтенсивної терапії.

### **Специфічна профілактика**

Специфічна профілактика грипу та інших ГРВІ є важливою проблемою сьогодення з огляду на високий рівень сезонної захворюваності.

Специфічна профілактика має 2 основні компоненти, співвідношення між якими залежить від рівня захворюваності на грип та інші ГРВІ:

- вакцинопрофілактика;
- хіміопрофілактика.

При загрозі розвитку епідемії (пандемії) грипу специфічна вакцинопрофілактика проводиться за 2–3 міс. до передбачуваного початку епідемії. Під час епідемії вона доповнюється хіміопрофілактикою протівірусними препаратами та індукторами інтерферону в осіб, які з певних причин не отримали щеплення проти грипу [3;10].

Під час сезонного підвищення рівня захворюваності підхід до профілактики грипу та інших ГРВІ має бути іншим. Основну роль відіграє хіміопрофілактика препаратами, що стимулюють утворення інтерферону. Її можна доповнити щепленням окремих груп ризику у разі можливого розвитку обмеженого спалаху грипу. Однак для цього слід проводити серологічний та віру-

сологічний моніторинг поширення вірусів респіраторної групи.

Вакцини підбираються за принципом найбільшої схожості зі штамми, які циркулюють у популяції. Це пояснюється тим, що існує частковий перехресний імунітет у межах підтипів одного серотипу. Зазвичай, вакцинація найефективніша в осіб середнього і молодого віку (захисний титр антитіл утворюється у 60–90% вакцинованих). У дітей та осіб похилого віку ефективність щеплення від грипу суттєво менша (захисний титр антитіл утворюється лише у 30–60%). Крім того, антитіла, що утворились, можуть не співпадати повністю з антигенами циркулюючого штаму вірусу, тому, зазвичай, ефективність вакцини зменшується ще на 20–30%. Навіть особи, які мають захисний титр антитіл проти циркулюючих штамів, можуть захворіти на грип, але захворювання матиме легший перебіг. Вважається, що серед людей похилого віку щеплення сприяє зменшенню рівня захворюваності на грип на 60%, а смертності – на 70–80%, тому не слід від неї відмовлятися. В умовах загрози пандемії грипу лише хіміопрфілактика разом з вакцинацією можуть стримати пандемію.

Вакцинація проти грипу рекомендована хворим:

- з хронічними захворюваннями бронхолегеневої системи, включаючи бронхіальну астму;
- із захворюваннями серцево-судинної системи;
- із цукровим діабетом, ожирінням;
- при імуносупресивній терапії;
- з хронічними захворюваннями нирок (нефротичним синдромом, хронічною нирковою недостатністю і трансплантацією нирок);
- з хронічними захворюваннями печінки (цирозом печінки, атрезією жовчних ходів, хронічним гепатитом);
- при тривалій терапії аспірином;
- з ВІЛ-інфекцією.

До груп ризику належать персонал медичних установ та інші люди, які перебувають у тісному контакті з представниками груп ризику.

Вакцинація проти грипу протипоказана у таких випадках:

- підтверджена анафілактична реакція на попередню дозу вакцини;
- підтверджена анафілактична реакція на яйця і продукти з яєць;
- підтверджена анафілактична реакція на неоміцин, канаміцин, гентаміцин, поліміксин В або тіомерсал, якщо вакцина його містить.

Після контакту з хворим на грип хіміопрфілактика рекомендується людям, які становлять групу ризику при грипі і не були щепленими проти нього:

- хронічні захворювання дихальної системи;
- хронічні захворювання серцево-судинної системи;
- імунодефіцитні стани, ВІЛ;
- при імуносупресивній терапії;
- цукровий діабет, ожиріння;

- хронічні захворювання нирок і печінки. Хіміопрфілактику грипу слід починати не пізніше 48 год. після контакту з хворим [3;5;7;10].

### Постекспозиційна хіміопрфілактика грипу

*Озельтамівір.* Рекомендована доза препарату для постконтактної прфілактики грипу – 75 мг / добу протягом 7 днів.

Прийом препарату слід розпочинати не пізніше ніж у перші 48 год. після контакту.

Сьогодні ВООЗ не рекомендує для сезонної хіміопрфілактики грипу інгібітори нейрамідіази. Сезонну прфілактику грипу, а також постекспозиційну хіміопрфілактику грипу за відсутності озельтамівіру можна проводити лікарськими засобами, ефективність яких доведена методами доказової медицини (арбідол, кагоцел, тилорон).

*Арбідол.* З метою постконтактної прфілактики застосовується по 0,2 г / день протягом 10–14 днів, а в період підйому захворюваності на ГРЗ – по 0,1 г / день через 3–4 дні протягом 3 тиж. Ефективність арбідолу помірна.

*Кагоцел.* Для прфілактики призначають 2 т. / день протягом 2 днів, потім 5-денна перерва, і так протягом кількох місяців у період підйому захворюваності на ГРЗ.

*Тилоро (аміксин ІС).* Для прфілактики препарат застосовується по 1 т. / тиж. протягом періоду епідемічного спалаху (1–2 міс.), починаючи приблизно за 2 тиж. до початку прогнозованого сезону. Йому властивий так званий ефект післядії, при якому підвищений синтез інтерферону зберігається протягом 2 тиж. після закінчення прийому препарату.

### Додаткові засоби прфілактики пандемічного грипу А/Н1N1/Каліфорнія/04/09

Особи, задіяні у транспортуванні та наданні медичної допомоги пацієнтам з підозрим, вірогідним або підтвердженим грипом А (Н1N1), мають застосовувати такі засоби індивідуального захисту:

1. Використання добре «підігнутого» респіратора, а за його відсутності – добре «підігнутої» хірургічної маски:
  - маска використовується одноразово, а потім знищується;
  - при зволоженні маски вона замінюється на нову;
  - використана маска не має залишатися на ший;
  - при доторканні до використаної маски обов'язкове миття рук з милом.
2. Миття рук з милом або їх обробка дезінфекційними засобами до та після огляду пацієнта, після контакту з виділеннями з дихальних шляхів та забрудненими ним предметами.

3. Використання персоналом, який проводить медичні процедури або відбирає клінічні зразки у хворих з підтвердженим або підозрілим діагнозом грипу А (H1N1), тільки респіратор та додатково одноразових нестерильних гумових рукавичок, змінних медичних халатів, головного убору і захисних окулярів, які щільно прилягають, (для запобігання можливому кон'юнктивальному зараженню).
4. Обов'язкове миття рук з милом або дезінфектантам відразу після зняття гумових рукавичок, контакту з медичним устаткуванням або респіраторними виділеннями, предметами індивідуального користування хворого.
5. Регулярна дезінфекція приміщень з використанням дезінфекційних засобів.
6. Організація забору зразків матеріалу та проведення лабораторного дослідження.
7. Розцінювання пацієнтів з грипом А (H1N1) як потенційно контагіозних, до 7 днів з моменту появи перших симптомів захворювання; у разі тривалості захворювання понад 7 днів з моменту появи перших симптомів – як потенційно контагіозних до зникнення ознак хвороби.
8. Рекомендація не госпіталізованим хворим з підозрілим, вірогідним або підтвердженим грипом А (H1N1) перебувати у приміщенні як мінімум протягом 7 днів з моменту перших симптомів захворювання.
9. Термінове повідомлення (телефоном, факсом, електронною поштою або кур'єром) у районну СЕС про виявлення медичним працівником будь-якого випадку з підозрою на грип А (H1N1).
10. Відокремлення пацієнтів один від одного на відстань не менше 1 м за допомогою ширми. Неспецифічна профілактика грипу включає формування здорового способу життя, раціональне харчування, дотримання правил особистої гігієни (часте миття рук, умивання), зволоження повітря в приміщеннях.

## Список літератури

1. *Андрейчин М. А.* Проблеми грипу А/Н1N1: минуле і сучасність / М. А. Андрейчин, В. С. Копча // Інфекційні хвороби. – 2009. – №4. – С. 5–20.
2. *Войкулеску М.* Инфекционные болезни / М. Войкулеску (ред.). – Бухарест : Меридиане, 1963. – 358 с.
3. *Гендон Ю. З.* Можно ли прогнозировать гриппозные эпидемии и пандемии? / Ю. З. Гендон // Вакцинопрофилактика гриппа и ОРЗ. – 2002. – № 4 (22). – С. 24–27.
4. *Грипп* / А. Ф. Фролов, Е. А. Шабловская, Л. Ф. Шевченко [и др.]. – К. : Здоров'я, 1985. – 125 с.
5. *Казаков В. Н.* Свиной грипп: пандемия / В. Н. Казаков, В. Г. Шлопов. – Донецк, 2009. – 125 с.
6. *Лобанова Т. П.* Птичий грипп / Т. П. Лобанова, Н. В. Кихтенко // – Метод. рекомендації. – ОНТИ ГНЦ ВБ «Вектор», 2004. – 67 с.
7. *Львов Д. К.* Вирусы гриппа: события и прогнозы / Д. К. Львов, А. Д. Забережный, Т. И. Алипер. – М., 2004. – 76 с.
8. *Марієвський В. Ф.* Епідемічна ситуація з грипу в Україні у 2009–2010 рр. / В. Ф. Марієвський // Сучасні інфекції. – 2010. – № 1. – С. 4–11.
9. *Птичий грипп – оценка угрозы пандемии : отчет ВОЗ, январь 2005 г.* – Режим доступа : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs310/ru/index2.html>. – Название с экрана.
10. *Епідеміологічні особливості грипу останніх років* / Д. К. Львов, І. Г. Маринич [и др.] // Вопросы вирусологии. – 1998. – № 2. – С. 59–62.
11. *Genetic relatedness of hemagglutinins of the H1 subtype of influenza A viruses isolated from swine and birds* / C. Scholtissek, H. Burger, P. A. Bachmann, C. Hannoun // Virology. – 1983. – Vol. 129. – P. 521–523.
12. *Mass mortality of harbor seals: pneumonia associated with influenza A virus* / D. J. Aubin, I. K. Barker, R. G. Webster [et al.] // Science. – 1982. – Vol. 215. – P. 1129–1131.

**Острые респираторные заболевания и грипп: особенности современного течения, лечение и профилактика**

*О.А. Голубовская, А.В. Шкурба, А.М. Печинка (Киев)*

Представлены особенности течения острых респираторных заболеваний и гриппа в современных условиях. Освещены вопросы лечения этих болезней и их профилактики.

---

**Ключевые слова:** острые респираторные заболевания, грипп, лечение, профилактика.

**Acute respiratory infections and flu: features of a modern course, treatment and prevention**

*O.A. Golubovska, A.V. Shkurba, A.M. Pechinka (Kyiv)*

The features of acute respiratory infections and flu in modern conditions have been presented. Problems of treating these diseases and their prevention have been covered.

---

**Key words:** acute respiratory infections, flu, treatment, prevention.

*Рецензент: д-р мед. наук О.Й. Гриневич.*