

Грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції у вагітних: особливості лікування

О.К. Дуда, В.О. Бойко, Ю.О. Жигарев

Національна академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика, м. Київ

У вагітних частіше реєструють тяжкі та ускладнені форми грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій. Під впливом інфекції різко знижуються захисні резерви організму вагітної, порушуються функції ендокринної та імунної систем. Це спричинює активізацію латентних захворювань, у тому числі вірусно-бактеріальної етіології під час вагітності та після пологів. Лікування вагітних має цілу низку особливостей.

Ключові слова: грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції у вагітних, особливості лікування, Протекфлазід.

Гострі респіраторні інфекції є одними з найпоширеніших захворювань у світі. До 95% респіраторних інфекцій мають вірусну природу. Щорічно гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) діагностують у кожного третього жителя планети. До групи підвищеного ризику відносяться діти, літні люди та вагітні. За даними різних авторів, ГРВІ зустрічаються у вагітних з частотою від 55 до 82% [1, 12].

B97.0	Аденовірусна інфекція
J.10	Грип
B97.8	Парагрип
B57.8	Риновірусна інфекція
B97.4	Респіраторно-синцитіальна інфекція

До гострих респіраторних інфекцій відносять грип, парагрип, аденовірусну, рино- та респіраторно-синцитіальну вірусні інфекції та цілу низку інших інфекцій вірусної етіології. Основний шлях передачі вірусів – повітряно-крапельний, але можливо зараження і через предмети домашнього вжитку (посуд, рушники, іграшки і т.д.). Інкубаційний період складає в середньому від 2 до 7 днів. Віруси потрапляють на слизові оболонки верхніх дихальних шляхів з потоком повітря та інфікують (табл. 1).

До основних симптомів ГРВІ відносять загальне нездужання, слабкість, закладеність носа, нежить (риніт), кашель, сльозотечу, головний біль та підвищення температури тіла. Ці симптоми можуть з'являтися не одночасно і проходять не відразу (табл. 2). Кашель та закладеність носа можуть залишатися до 2–3 тиж після зникнення основних симптомів.

При розвитку ГРВІ в організмі вагітної відбувається різке зниження кровотоку в системі мати–плацента–плід і тоді до плода надходить менше кисню. Вчасно проведене лікування допомагає запобігти розвитку гіпоксії плода. Достеменно відомо, що при ускладненні вагітності ГРВІ збільшується частота недоношування вагітності. Достовірних даних про те, що ГРВІ спричинюють інфікування плода та призводять до формування вад розвитку плода на сьогоднішній день немає.

Найбільш частими захворюваннями верхніх дихальних шляхів у вагітних є гострий риніт, ларингіт і трахеїт. За даними М.М. Шехтмана (2005), ГРВІ виникають у різні періоди гестаційного процесу у 35,6% пацієток жіночої консультації [10]. Потенційну небезпеку для плода становлять грип та респіраторно-синцитіальна інфекція. Ці захворювання призводять до значної інтоксикації, активізації латентної інфекції та ураження внутрішніх органів. Проникаючи через плаценту віруси можуть призвести до внутрішньоутробного інфікування плода, передчасного переривання вагітності, вад розвитку та внутрішньоутробну загибель плода. Вірусна інфекція призводить до підвищення крововтрати під час пологів або в разі переривання вагітності [3, 5, 8].

Грип посідає друге місце у структурі інфекційних хвороб, поступаючись лише сумарній кількості гострих вірусних інфекцій дихальних шляхів. Особливістю є те, що вірус грипу вражає різні органи та системи, а у 5–6% випадків спричиняє гіпертоксичні форми. Практично усі епідемії грипу супроводжуються розвитком ускладнень. На перший план серед ускладнень виходять пневмонії, синусити, отити, менінгіти та загострення серцево-судинної патології. Це призводить до підвищення смертності, насамперед у групах ризику [1, 8, 14]. У першу чергу це стосується вагітних, оскільки у них частіше спостерігають гіпертоксичні та ускладнені форми грипу.

Грип – це гостре вірусне захворювання, що передається повітряно-крапельним шляхом. Він є найбільш частим інфекційним захворюванням у вагітних. Вірус грипу проникає через дихальні шляхи та призводить до ураження циліндричного епітелію респіраторного тракту, особливо бронхів і трахеї. Підвищення проникності судинної стінки

Таблиця 1

Характеристика збудників та питома вага кожного захворювання з групи ГРВІ

Збудник ГРВІ	Питома вага захворювання серед усієї групи ГРВІ, %	ДНК/РНК-вірус
Віруси грипу	5-15	РНК
Віруси парагрипу	до 50	РНК
Коронавіруси	10-15	РНК
Респіраторно-синцитіальні віруси (РС-інфекція)	до 5	РНК
Риновіруси	до 30	РНК
Аденовіруси	5-10	ДНК
Ентеровіруси	Менше 5	РНК
Змішані інфекції	До 23-25	ДНК та РНК

Характеристика клінічних симптомів та їх патогенетичне обґрунтування у хворих на грип та інші ГРВІ

Симптоми	Причини порушень
Головний біль, запаморочення	Пряма токсична дія вірусу та метаболітів на нервові клітини
Іноді симптоми менінгізму	Гіперпродукція ліквору, підвищення внутрішньочерепного тиску внаслідок ураження судинного апарату
Лихоманка	Пірогенна дія вірусу та його метаболітів
Кашель, біль за грудниною, нежить	Ураження вірусом слизової оболонки, некроз та відторгнення епітеліальних клітин
Носова кровотеча, кровоточивість ясен, іноді дрібні петехії на шкірі та слизових оболонках, токсичний геморагічний набряк легень	Підвищення проникності і ламкості судин. Циркуляторні зміни
Підвищення і/або частіше зниження артеріального тиску, схильність до колапсу, тахікардія і/або брадикардія, пітливість, гіперемія обличчя та слизових оболонок	Зміни тону симпатичної та парасимпатичної частин вегетативної нервової систем за рахунок токсичного ураження діенцефальної ділянки. Крововилив у надниркові залози
Ниючий біль у м'язах, кістках, суглобах	Інтоксикація

спричиняє порушення мікроциркуляції та геморагічні ускладнення. У хворих на грип знижується імунологічна резистентність, що провокує загострення хронічних захворювань [3].

Вірус спричинює зараження матері, розвиток інфекційного процесу в її організмі, може проникнути через плаценту, пошкодити її, інфікувати плід, у результаті чого настає внутрішньоутробна смерть плода або загибель його при народженні, або формування вад розвитку [12].

Інкубаційний період дуже короткий і може складати 12–24 год. Захворювання починається гостро, з підвищення температури тіла до 38–40 °С, появи ознобу, вираженої загальної інтоксикації для якої характерними проявами є головний біль, слабкість, біль в очах, у поперековій ділянці, м'язах нижніх і верхніх кінцівок. Головний біль локалізується переважно у лобній та скроневій ділянках, надбрівних дугах та очних яблуках. Він посилюється під час рухів очима. Може спостерігатися запаморочення, нудота та блювання, катаральні симптоми спостерігаються з 2-ї доби від початку гарячки та проявляються першінням у горлі, сухим кашлем та закладеністю носа. При неускладненому перебігу гарячка триває 3–5 діб. Зниження температури тіла супроводжується інтенсивним потовиділенням. В 1/4 випадків спостерігається субфебрильна температура.

При об'єктивному обстеженні хворої виявляють гіперемію обличчя, шиї, слизової оболонки ротової частини глотки, ін'єкцію судин склер, пітливість, тахі- або брадикардію, можливо, поява *herpes labiales*.

Характерним проявом грипу є наявність трахеобронхіту – сухий кашель, жорстке дихання, сухі хрипи над трахеєю. Тривалість цих проявів становить до 7–10 діб. До найбільш частого ускладнення відносять пневмонію. Вона спостерігається у 10% хворих. Ризик розвитку пневмонії у вагітних вищий, ніж у невагітних.

Тяжкі і гіпертоксичні форми грипу зустрічаються у 10–15% хворих. Характерними проявами такого перебігу є виникнення різкої слабкості, порушеннями з боку центральної нервової системи – загальмованість, безсоння, ригідність потиличних м'язів, судоми, розлади мови, ходи та міміки. Клінічно мають місце прояви судинного характеру (колапс) та дистрофії міокарда – глухість серцевих тонів, розширенням меж серця вліво, ритм галопу, дистрофічні зміни на електрокардіограмі. Спостерігається тенденція до зниження рівня артеріального тиску, особливо при гіпертоксичних формах та розвиток синдрому дисемінованого внутрішньосудинного згортання крові. Це може супроводжуватися відшаруванням плаценти та інфекційно-токсичним шоком.

Наведені вище ускладнення призводять до смерті матері та антенатальної загибелі плода. Смерть при гіпертоксичній формі грипу зумовлена насамперед геморагічним набряком легень або головного мозку.

При грипі у вагітних має місце порушення гемостазу, що призводить до множинних тромбозів судин, у тому числі нирок, міокарда та інших органів та систем.

Жінки у передпологовий період менш стійкі до інфекції і тому більш схильні до захворюваності на грип та інші ГРВІ. У вагітних частіше рееструють тяжкі та ускладнені форми грипу. Під впливом інфекції різко знижуються захисні резерви організму вагітної, порушуються функції ендокринної та імунної систем. Це сприяє активізації латентних захворювань, у тому числі вірусно-бактеріальної етіології, під час вагітності та після пологів. Інфекційно-токсична дія вірусу грипу спричинює виникнення гіповітамінозу та гіперацидозу, що ускладнює перебіг вагітності.

У плаценті жінок, які перенесли грип, виявляють тромбоз інтервільозного простору, вогнищеві крововиливи в базальну пластинку, оболонку та пупковий канатик. Ці зміни порушують плацентарний кровообіг, негативно впливають на плід та новонародженого. Чимало авторів припускають можливість проходження вірусу через плаценту, а причиною невиношування вагітності вважають гіперацидоз та грипозну токсемію, що призводять до змін в капілярному руслі [11].

У пацієток, які під час вагітності перенесли грип, спостерігається вища частота недоношування, вроджених аномалій розвитку плода та більший відсоток смертності дітей. Найчастіше зазначені ускладнення виникають при інфікуванні жінки у II триместрі вагітності. У цей час вона менш стійка до інфекцій, а передчасні пологи відбуваються у 16,5% породілей.

Досить часто виникають післяпологові захворювання: піелонефрити, ендометрити, мастити та ін. Специфічні для ГРВІ ускладнення у процесі пологів, зазвичай, не виникають. Пологи у гострий період, особливо передчасні, негативно впливають на плід і новонародженого. Це проявляється у більш низьких показниках фізичного розвитку і у підвищенні захворюваності дитини. Таким чином, головне завдання акушера полягає у попередженні передчасного початку пологів [4].

Інфікований вірусом грипу плід нерідко гине у пологах при перших потугах. Внаслідок інфікування плід стає чутливим до дій, яких він зазнає під час пологів. Тому його загибель у анте- чи інтранатальний період пов'язана як з акушерською патологією, так і значною мірою залежить від за-

хворювання матері. Вивчення адаптації новонароджених і дітей раннього віку, інфікованих внутрішньоутробно вірусом грипу, показало, що 60% з них мали відхилення фізичного та розумового розвитку. Відносно високу захворюваність і смертність дітей у перші три роки життя пов'язують із порушеннями в системі імунотезу.

Грип здебільшого проходить самостійно, але іноді можуть виникати загрози для життя ускладнення. Найбільш серйозним із них є пневмонія – грипозна або вторинна бактеріальна, – спричинена частіше стафілококом і грамнегативними мікроорганізмами. При ускладненнях інфекційного захворювання в 25–50% випадків вагітність може закінчуватися самовільним абортom. При тяжкій формі грипу можливі передчасні пологи або самовільний аборт.

На пізніх строках вагітності грип є причиною фетопатій. Стосовно ролі вірусу у формуванні ембріопатій, існують дані щодо виникнення вад розвитку ЦНС при інфікуванні жінки у I триместрі вагітності. Установлено розвиток хромосомних аберацій у соматичних клітинах хворих, індукованих вірусом грипу [5, 8].

Лікування

Лікування застуди у вагітних має свої особливості, оскільки чимало лікарських засобів є суворо протипоказаними. До таких препаратів відносять ацетилсаліцилову кислоту, протикашльові та судинозвужувальні препарати, протівірусні та імунотулювальні засоби. Терапію слід розпочинати якомога раніше при появі перших симптомів захворювання. Застосовують комплексну терапію, яка включає патогенетичні препарати та в окремих випадках – етіотропні.

У загальній практиці етіотропна терапія грипу включає відносно незначну кількість високоспецифічних протівірусних препаратів, які отримали міжнародне визнання. Етіотропні протівірусні засоби поділяють на три групи:

- блокатори M_2 -каналів вірусу грипу А – *амантадин, ремантадин*;
- інгібітори нейрамінідази вірусу грипу А і В – *озельтамівір, занамівір*;
- інші комбіновані препарати.

Блокування початкової стадії реплікації вірусу грипу А можливе за допомогою амантадину (ремантадину). Відомо, що в експериментальних дослідженнях препарат має ембріотоксичну, тератогенну дію та проникає в грудне молоко. Тому при вагітності та лактації амантадин протипоказаний [2].

Інгібітори нейрамінідази (занамівір і озельтамівір) протипоказані вагітним та жінкам, що годують груддю. Даних щодо застосування цих препаратів під час вагітності недостатньо, щоб оцінити їх тератогенну чи фетотоксичну дію, тому вагітним їх призначати не рекомендується.

Перспективними є інтерферони та індуктори синтезу інтерферонів (циклоферон, ридостин, ларифан), однак їх застосування у вагітних протипоказане. Амізон шкідливий для призначення у I триместрі вагітності. Крім того, заборонені до застосування у вагітних імунотулювальні препарати – поліоксидоній, дібазол та метилурацил [2, 9].

В арсеналі протівірусних лікарських засобів наявні ще такі препарати, як арбідол (діє на вірус грипу типів А і В, справляє інтерферонідувальну дію), аміксин (індуктор інтерферону) – всі вони протипоказані під час вагітності.

Імуноглобуліни для лікування грипу та ГРВІ використовують з метою зв'язування вірусів та їх токсинів, оскільки вони містять специфічні антитіла. Ці антитіла зв'язують продукти клітинного розпаду та сприяють їх інактивації та елімінації з організму хворої людини. Імуноглобуліни підвищують фагоцитарну активність організму. Тому застосування цих препаратів показано тільки за тяжких форм вірусних

і вірусно-бактеріальних інфекцій, що розвиваються на фоні імунodefіциту.

Патогенетична терапія

У першу чергу хворим на грип вагітним рекомендують за відсутності обмежень споживання великої кількості теплої рідини (гарячий чай з малиною, лимоном, морси, напій із шипшини та фруктової соки) та молочно-рослинна вітамінізована дієта. Широко застосовують гарячі напої з ягід калини, малини, настій із цвіту липи, бузини, листя суниць, евкаліпта, квіток ромашки, а також гаряче молоко з медом. Цим рослинам властивий потогінний ефект, що стимулює елімінацію токсинів і вірусів та запобігає перегріванню організму. З метою дезінтоксикації за відсутності протипоказань кількість рідини має становити близько 1500–2000 мл.

Добре відомо, що температурна реакція при грипі та інших ГРВІ має певне компенсаторне значення – гальмує розмноження вірусів, активує фагоцитоз і утворення ендогенного інтерферону. Показаннями до використання жарознижувальних препаратів слід вважати не лише цифри термометрії, а й самопочуття хворого, показники гемодинаміки та стан нервової системи. Жарознижувальні засоби слід призначати за температури тіла $38,5^{\circ}\text{C}$ і вище, в разі виражених мозкових і серцево-судинних порушень. Слід намагатися поступово знижувати температуру тіла.

У разі високої температури тіла з гіперемією шкірних покривів рекомендовано:

- фізичне охолодження;
- збільшення відкритих ділянок тіла;
- холод на магістральні судини шиї, аксиллярні та пахові ділянки (по 20 хв через 2 год);
- вологі обгортання, протирання шкірних покривів теплим 0,25–0,5% розчином оцту, вентиляція повітря і т.п.;
- прохолодні очисні клізми;
- застосування центральних антипиретиків;
- ліквідація спазму периферійних судин;
- зігрівання хворої (теплі грілки до ніг, гаряче питво, розтирання шкіри 60° спиртом);

Як жарознижувальні препарати в загальній практиці найчастіше застосовують ацетилсаліцилову кислоту (АСК), парацетамол та ібупрофен. При лікуванні вагітних існує ціла низка обмежень.

Встановлено, що вживання АСК на 80% підвищує ризик викиднів. Під впливом АСК збільшуються хромосомні аберації в лімфатичних клітинах, що свідчить про можливість мутагенної дії саліцилатів. Препарат гальмує біосинтез простагландинів E_1 і F_{2a} , які стимулюють скорочення міометрію та є пусковим механізмом пологів. Це може стати причиною переносування вагітності та затяжних пологів. АСК знижує здатність тромбоцитів до адгезії та агрегації, блокує функціональну активність вітаміну К, необхідного для активації протромбіну, проконвертину, IX та X факторів згортання крові, підтримки нормальної структури судинної стінки та може збільшити кровотрату у пологах. Небезпечним є вживання АСК при гіпоксії, токсикозі, загрозі розвитку набряку мозку, оскільки ці захворювання супроводжуються ацидозом та потраплянням АСК в мозок, що призводить до ураження ЦНС, розвитку набряку головного мозку.

Крім того, АСК посідає провідне місце у розвитку гіперчутливості – анафілактичний шок, бронхоспазм, висипи на шкірі. При використанні АСК під час ГРВІ може розвинути синдром Рея: токсична енцефалопатія, жирова дистрофія печінки та мозку. Частота синдрому Рея становить 0,4–0,5% випадків, а летальність – 30–40% [9, 12].

Окрім тератогенного впливу на плід, АСК призводить до розвитку фетопатій у новонароджених. Унаслідок пригнічення агрегації тромбоцитів та функціональної актив-

ності вітаміну К у плода можуть виникати небезпечні для життя кровотечі, крововиливи у різні органи [13]. Саліцилати конкурують із білірубінном за зв'язування з альбуміном, що може призвести до підвищення концентрації вільного білірубіну у крові новонароджених і до розвитку ядерної жовтяниці. Вживання АСК зумовлює потовщення стінок легеневої артерії у плода і спричиняє гіпоксію новонароджених.

Нестероїдні протизапальні засоби (насамперед, індометацин та ібупрофен) можуть спричинювати передчасне закриття артеріальної протоки, що призводить до стійкої легеневої гіпертензії та переносування вагітності. За таких умов діти частіше гинуть від респіраторного дистрес-синдрому. Подібні ефекти характерні для вольтарену, напроксену та мефенамової кислоти. Застосування бутадіону, анальгін у та фенацетину небажано протягом усієї вагітності через можливе виникнення агранулоцитозу, полідактилії та зарощення відхідника у плода. Метиндол призводить до затримки розвитку плода, лейкопенії, анемії. Деякі нестероїдні протизапальні засоби (НПЗЗ) порушують синтез речовин, необхідних для імплантації ембріона в матку.

Негативні дії НПЗЗ на плід та перебіг вагітності класифікують таким чином:

- ембріотоксична – у разі потрапляння в організм матері речовина може призвести до загибелі плода чи патологічних змін ембріона;
- тератогенна – проявляється серцево-судинними аномаліями (гіпоплазія лівого шлуночка, дефект міжшлуночнової перегородки, передчасне закриття артеріальної протоки), діафрагмальними грижами;
- загальна – змінюється швидкість росту плода, що призводить до гіпотрофії.

У разі появи сухого надсадного кашлю часто рекомендують протикашльові засоби. Слід пам'ятати, що вагітним протипоказані препарати кодеїну та етилморфіну гідрохлориду. Перевагу слід надавати відвару кореня алтею по 1 столовій ложці 4 рази на добу або тонзилгону – порошку кореня алтею, квітів ромашки, листків горіха, трави хвоща, деревію, кульбаби та кори дуба. Препарат має протизапальну, протинабрякову, імуностимулювальну і противірусну дію та зменшує біль у горлі за рахунок місцевого ефекту.

При сухому кашлі показані препарати, що посилюють секрецію мокротиння: мікстура із термопсису (на всіх строках вагітності по 1 столовій ложці 4 рази на день), інші препарати та лужні інгаляції.

До засобів терапії проти грипу відносять корінь солодки, якому властиві відхаркувальна дія. Препарат знижує судинну проникність та застосовується як відхаркувальний препарат при тоскикозах та багатоводді.

Слід зазначити, що поряд із позитивними властивостями препаратів, деякі з них мають побічні ефекти. Так, препарати алое протипоказані вагітним при гемороїдальних та маткових кровотечах, а тривале вживання солодки може спричинити підвищення рівня артеріального тиску, затримку рідини, виникнення набряків. Протипоказані відхаркувальні препарати йоду (натрію йодид та калію йодид), оскільки вони мають тератогенну і фетотоксичну дію [2].

Із муколітиків найбільш часто в загальній практиці використовують бромгексин, амброксол, ацетилцистеїн, мукалтин. Бромгексин протипоказаний при вагітності, особливо у І триместрі, а в II–III триместрах його призначають тільки за умов, якщо передбачувана користь для матері перевищує потенціальний ризик для плода. Лазолван також протипоказаний у І триместрі вагітності. У дослідженнях, які проводили у жінок під час вагітності строком понад 28 тиж, не виявлено негативного впливу препарату на перебіг вагітності та розвитку плода. Застосування ацетилцистеїну заборонено на всіх строках вагітності [9].

Стосовно антигістамінних препаратів, які зменшують проникність капілярів, запобігають розвитку зумовленого гістаміном набряку тканин, мають протизапальну та десенсибілізуювальну дію, то перевагу слід надавати цетиризину, фенкаролу та лоратадину (рівень доказовості В). При цьому ідеальним є їх призначення після І триместру вагітності. Астемізол і терфенадин мають аритмогенну та ембріотоксичну дію, а безпека фексофенадину не доведена (рівень доказовості С).

Для лікування вірусного риніту використовують 0,25–0,5% оксолінову мазь. Нею змащують слизову оболонку носа 2–3 рази на день протягом 3–4 діб. Для зменшення виділень з носа використовують краплі нафтизину, ксилометазоліну. Застосування оксиметазоліну під час вагітності протипоказане [2].

Доцільним є використання лікарських засобів з антиоксидантними властивостями: аскорбінова кислота, рутин та аскорутин. Ці препарати сприяють профілактиці геморагічних ускладнень, хоча існують дані про те, що вітамін С при застосуванні його у І триместрі вагітності здатний спричинювати загибель ембріона та самовільний викидень. Мінімальна щоденна потреба в аскорбіновій кислоті у II–III триместрі вагітності становить близько 60 мг. За даними літератури, плід може адаптуватися до високих доз аскорбінової кислоти, а потім у новонародженого може виникнути синдром відміни. Окрім того, вживання вітаміну С під час вагітності зумовлює підвищення ризику захворювання на бронхіальну астму в дитячому віці. Водночас вживання вітаміну Е під час вагітності знижує ризик захворювання на бронхіальну астму. Ці дані базуються на шотландських дослідженнях 2000 вагітних, які вживали як антиоксидант вітаміни С і Е. Вітамін А може спричинити формування вад розвитку ЦНС, очей та скелета. Вітамін РР призводить до розвитку вад ЦНС та загибелі ембріона [14].

Сучасним вітчизняним препаратом, який добре себе зарекомендував протягом багатьох років і може широко застосовуватися в акушерській практиці при лікуванні вагітних на грип та інші ГРВІ, є Протекфлазід. Унікальна біологічна формула Протекфлазиду забезпечує пряму противірусну дію як на ДНК-, та і РНК-віруси на всіх етапах патогенезу грипу. Препарат блокує вірусспецифічні ферменти: ДНК-полімераза, тимідинкіназу, зворотну транскриптазу та нейромінідазу вірусів грипу типу А і В. Доведено, що Протекфлазід здійснює противірусну дію на пандемічний штам грипу А(Н1N1/California/07/09). Крім того, Протекфлазід індукуює синтез ендогенних α - та γ -інтерферонів, при цьому не викликаючи рефрактерності імунної системи. Завдяки рідкій формі випуску, препарат осідає у верхніх дихальних шляхах і надійно захищає фарингеальні ворота, попереджаючи проникнення вірусів в організм, та підвищує показники місцевого імунітету верхніх дихальних шляхів – лізоциму та sIgA [6].

Протекфлазід не чинить токсичної, мутагенної, тератогенної дії. Він є безпечним засобом для використання в акушерській і педіатричній практиці При застосуванні препарату в першу добу захворювання грипом спостерігається вже до кінця першої доби зменшення проявів інфекційного токсикозу, тенденції, а в деяких випадках і нормалізацію температури тіла та покращання загального стану хворого. При початку застосування препарату з першої доби захворювання не спостерігалися ускладнення грипу. На сучасному етапі проводять роботи зі створення форми для парентерального застосування. Це розширить спектр використання препарату [7].

Показанням до госпіталізації у хворих на грип та ГРВІ є тяжкі форми, наявність тяжкої соматичної патології та ускладнень – пневмонії, міокардиту, ураження ЦНС та ін.

ПРОТЕФЛАЗИД®

- Надає пряму противірусну дію щодо ДНК- і РНК-вірусів ^[1,4]
- Нормалізує синтез ендогенних α - і γ -інтерферонів та відновлює імунітет без розвитку рефрактерності ^[1,2]
- Не чинить токсичної, мутагенної, тератогенної та ембріотоксичної дії ^[3,4]
- Безпечний для вагітних ^[4]



1. Рыбалко С.Л. Отчет «Изучение механизмов действия биологически активных веществ лечебной субстанции Протефлазид». ГУ «Институт эпидемиологии и инфекционных болезней им. Л.В. Громашевского», Киев, 2010. (по данным компании).
2. Панасюк Е.Л. «Этиопатогенетична терапія герпесвірусної інфекції із застосуванням Протефлазиду», дис. робота к.м.н. Київ, 2007.
3. Чемяк І.С. Отчет «Изучение безопасности препарата Протефлазид по показателям местно - раздражающего, аллергического, эмбриотоксического и мутагенного действий». Национальный медицинский университет, г. Киев. 1997. (по данным компании).
4. Інструкція для медичного застосування препарату Протефлазид. Затверджено наказом Міністерства охорони здоров'я України №113 від 01.03.2011. Реєстраційне свідоцтво № UA/4220/01/01.

www.proteflazid.com.ua

Силу природи – на благо народу



Грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции у беременных: особенности лечения
О.К. Дуда, В.О. Бойко, Ю.О. Жигарев

У беременных чаще регистрируют тяжелые и осложненные формы гриппа и других острых респираторных вирусных инфекций. Под влиянием инфекции резко снижаются защитные резервы организма беременной, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем. Это способствует активизации латентных заболеваний, в том числе вирусно-бактериальной этиологии во время беременности и после родов. Лечение беременных имеет целый ряд особенностей.

Ключевые слова: *грипп и другие острые респираторные вирусные инфекции у беременных, особенности лечения, Протефлазид.*

Influenza and other acute respiratory viral infections in pregnant women: characteristics of treatment
A.K. Duda, V.O. Boyko, Yu.O. Zhigarev

Pregnant women frequently recorded severe and complicated forms of influenza and other acute respiratory viral infections. Under the influence of infection dramatically reduces etsy protective reserves of pregnant women, the function is violated, the endocrine and immune systems. This helps to latent diseases, including viral and bacterial etiology during pregnancy and after childbirth. Treatment of pregnant women has a number of features.

Key words: *influenza and other acute respiratory viral infection in pregnant-, especially treatment, Proteflazidum.*

ЛИТЕРАТУРА

1. Возіанова Ж.І., Печінка А.М. Грип // Лікування та діагностика. – 2002. – № 2. – С. 23–30.
 2. Замотаев И.П. Тактика применения лекарств при беременности. – М., 1983.

3. Карпунин Г.И. Грипп. – СПб: Гиппократ, 2001. – 359 с.
 4. Кирющенко А.П. Основы фармакологии при беременности // Акушерство и гинекология. – 1988. – № 1. – С. 68–75.
 5. Москалюк В.Д., Андрейчин М.А., Качор В.О. Лікування хворих на грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції / Методичні рекомендації. – К., 2006. – 28 с.
 6. Отчет «Экспериментальное изучение противовирусной эффективности препарата Протефлазид в отношении возбудителя гриппа А (H1N1) в на модели гриппозной пневмонии у животных». – С-Петербург, 2010 – 36 с.
 7. Панасюк Е.Л. Етіопатогенетична терапія герпесвірусної інфекції із застосуванням протефлазиду: Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. – К., 2007. – 23 с.
 8. Руденко А.А., Бурчинский С.Г. Клинико-фармакологические аспекты ранней терапии гриппа и других ОРВИ // Журнал практического врача. – 2001. – № 4. – С. 39–41.
 9. Селезнева Е.Ф. Особенности фармакотерапии женщин в периоде беременности, родов и при грудном вскармливании младенцев // Фармация. – 1987. – № 6. – С. 80–86.
 10. Шехтман М.М., Положенкова Л.А. Острые респираторные заболевания у беременных // Гинекология. – 2005. – Т. 7, № 2. – С. 34–37.
 11. Ярьков Л. Фармакотерапия и беременность. – София: Медицина и физкультура, 1981.
 12. Banhidy F., Acs N., Puho E.H., Czeizel A.E. Maternal acute respiratory infectious diseases during pregnancy and birth outcomes // Eur. J. Epidemiol. – 2008. – Vol. 23, № 1. – P. 29–35.
 13. Felix R.J., Jones K.L., Johnson K.A., McCloskey C.A., Chambers C.D. Postmarketing surveillance for drug safety in pregnancy: the Organization of Teratology Information Services project // Birth. Defects Res. A. Clin. Mol. Teratol. – 2004. – Vol. 70, № 12. – P. 944–7.
 14. Getahun D., Ananth C.V., Peltier M.R., Smulian J.C., Vintzileos A.M. Acute and chronic respiratory diseases in pregnancy: associations with placental abruption // Am. J. Obstet. Gynecol. – 2006. – Vol. 195, № 4. – P. 1180–4.