

ГРИПП

Син.: инфлюэнца.

Грипп (grippus) - острая вирусная инфекция, характеризующаяся интоксикацией и поражением слизистой оболочки верхних дыхательных путей.

Исторические сведения. Первые сведения об эпидемиях гриппа относятся к далекому прошлому. В России и в некоторых странах Европы это заболевание было известно под названием «инфлюэнца» (от лат. influere - вторгаться). В настоящее время общепринятым является название «грипп» (от франц. griffer - схватывать). С конца XIX в. человечество пережило четыре тяжелых пандемии гриппа: в 1889 - 1890, 1918 - 1920, 1957 - 1959 и 1968 - 1969 гг. Пандемия 1918 - 1920 гг. («испанка») унесла 20 млн жизней. В 1957 - 1959 гг. («азиатский грипп») погибло около 1 млн человек. В промежутках между пандемиями в среднем каждые 2-3 года отмечались эпидемии гриппа с меньшими показателями заболеваемости и смертности населения.

Вирусная этиология гриппа установлена в 1933 г. У. Смитом, К. Эндрюсом и П. Лейдлоу. Открытый ими вирус впоследствии получил название вируса гриппа типа А. В 1940 г. Т. Френсис и Т. Меджилл выделили вирус гриппа типа В, а в 1947 г. Р. Тейлор - вирус типа С.

Этиология. Вирусы гриппа относятся к группе пневмотропных РНК-содержащих вирусов, принадлежат к семейству Orthomyxoviridae. Их вирионы имеют округлую или овальную форму с диаметром частиц 80-100 нм. Сердцевина вириона (нуклеокапсид) состоит из спирального тяжа рибонуклеопротеида, покрытого сверху липогликопротеидной оболочкой. В состав наружного слоя оболочки вириона входят гликопротеиды, обладающие гемагглютинирующей и нейраминидазной активностью. Вирус содержит также фермент РНК-полимеразу.

Антигенная характеристика внутреннего нуклеопротеида (S-антиген) положена в основу деления вирусов гриппа на типы А, В и С. Вирусы типа А в зависимости от антигенных свойств гликопротеидов наружной оболочки - гемагглютинина (Н) и нейраминидазы (N) подразделяются на подтипы. В последние годы доминирует вирус А подтип H3N2.

В отличие от вирусов типа В и С, характеризующихся более стабильной антигенной структурой, вирус гриппа типа А обладает значительной изменчивостью поверхностных антигенов. Она проявляется либо в виде антигенного «дрейфа» (частичное обновление антигенных детерминант) гемагглютинина или нейраминидазы в пределах одного подтипа, что сопровождается появлением новых штаммов вируса, либо в виде антигенного «шифта» (полное замещение фрагмента генома, кодирующего только гемагглютинин или гемагглютинин и нейраминидазу), приводящего к возникновению нового подтипа вирусов гриппа А. В основе антигенного «дрейфа», как предполагается, лежит образование мутантов с последующей их селекцией под влиянием иммунологических факторов населения. Механизмы, обуславливающие антигенный «шифт» и появление пандемических штаммов, менее ясны. Наиболее доказательной является антропонозная теория происхождения пандемических штаммов вируса, согласно которой антигенная изменчивость вируса гриппа А не безгранична, происходит спиралеобразно и зависит от состояния коллективного иммунитета.

Вирусы гриппа малоустойчивы во внешней среде. Они лучше переносят низкие, отрицательные температуры и быстро погибают при нагревании и кипячении. Отмечается высокая чувствительность вирусов гриппа к ультрафиолетовым лучам и воздействию обычных дезинфицирующих средств.

Эпидемиология. Источником инфекции является больной человек. Максимальная заразительность наблюдается в первые дни болезни, когда при кашле и чиханье с капельками слизи вирусы интенсивно выделяются во внешнюю среду. Большая часть больных теряет заразительность спустя 5-9 дней. Путь передачи инфекции воздушно-капельный.

Вирусы гриппа постоянно циркулируют среди населения и вызывают подъем заболеваемости ежегодно в зимнее время. Наряду с этим каждые 1-3 года отмечаются вспышки, вызванные различными серологическими вариантами вируса гриппа типа А.

Каждые 10-30 лет имеют место пандемии гриппа, обусловленные появлением новых серотипов вируса А.

До 1977 г. почти для всех эпидемий гриппа А была характерна непрерывность эпидемического процесса в глобальном масштабе, когда каждая локальная эпидемия в любой стране является фрагментом пандемического распространения измененного варианта вируса гриппа. Сформировались типичные пути пандемического распространения вирусов гриппа, связанные с международными транспортными коммуникациями: появившись в районе Юго-Восточной Азии и Океании, новые варианты вирусов гриппа А заносились сначала в Северную Америку, Европу или Азию, распространялись на другие регионы, в последнюю очередь поражая, как правило, Южную Америку и Африку.

В странах северного полушария с умеренным климатом эпидемии гриппа возникают в ноябре - марте, южного - в апреле - октябре. В странах, лежащих в тропическом поясе, сезонность отсутствует.

Эпидемии гриппа типа А имеют взрывной характер в течение 1-1,5 мес переболевает 20-50 % населения. Эпидемии гриппа, вызываемые вирусом В, длятся обычно 2,5-3 мес, охватывая не более 25 % населения. Вирус гриппа С вызывает лишь спорадические заболевания.

За последние годы большинство эпидемий в нашей стране были не завозного, а эндогенного характера. Повсеместно регистрируется коциркуляция обоих эпидемических вариантов вирусов гриппа А: (H3N2) и А (H1N1), с некоторым преимуществом вируса гриппа А (H3N2). Претерпевает изменение эпидемический процесс при гриппе В, эпидемии которого стали чередоваться с интервалом 2 года.

Периодичность эпидемий и уровень заболеваемости зависят от длительности приобретенного типоспецифического иммунитета у населения и изменчивости антигенных свойств вируса. При первичном заражении человека или повторном инфицировании новым штаммом вируса в начальном периоде гриппа в крови быстро повышается уровень иммуноглобулинов класса М, в дальнейшем нарастает количество антител, относящихся к иммуноглобулинам класса G. В секретах слизистой оболочки дыхательных путей в наибольшем количестве содержится IgA. Трансплацентарная передача антител класса IgG обеспечивает относительно невысокую восприимчивость к гриппу детей в возрасте до 6 мес.

Существующее ранее мнение о краткосрочности и слабости постгриппозного иммунитета подверглось пересмотру. Выяснилось, что штаммоспецифический постинфекционный иммунитет к гриппу у большинства людей сохраняется практически до конца жизни. Существенная роль в невосприимчивости к гриппу принадлежит иммунной памяти.

В число неспецифических гуморальных факторов невосприимчивости к вирусу гриппа входят термолabile β-ингибиторы, кофактор и интерферон. К ним же относят тепловое воздействие человеческого организма, значительно усиливающееся при гипертермии, на внеклеточно расположенные вирусы.

Постинфекционный иммунитет при гриппе А сохраняется 1-3 года, при гриппе В - в течение 3-6 лет, поэтому вспышки гриппа А и В иногда наслаиваются и возникают длительные двухволновые эпидемии.

Патогенез и патологическая анатомия. Вирусы гриппа обладают тропностью к эпителию дыхательных путей. В патогенезе гриппа различают пять основных фаз:

- 1) репродукция вируса в клетках дыхательных путей;
- 2) вирусемия, токсические и токсико-аллергические реакции. Токсическое воздействие на различные органы и системы, в первую очередь на сердечно-сосудистую и нервную, связано с самим вирусом гриппа, а также проникновением в кровь продуктов распада клеток;
- 3) поражение дыхательного тракта с преимущественной локализацией процесса в каком-либо его отделе;
- 4) бактериальные осложнения со стороны дыхательных путей и других систем. Входными воротами служат некротизированные участки эпителия дыхательных путей;
- 5) обратное развитие патологического процесса.

Патоморфологические изменения в слизистых оболочках дыхательных путей характеризуются дегенеративными явлениями в цитоплазме и ядре эпителиоцитов, исчезновением ворсинок на них, гибелью, слущиванием пластов эпителия. В слизистой оболочке носа наблюдается отечность *tunica propria*.

Железы расширены и находятся в состоянии гиперсекреции. Одновременно поражается слизистая оболочка глотки, затем процесс охватывает слизистые оболочки гортани, трахеи и бронхов. Изменения носят очаговый характер. В слизистых оболочках отмечаются сосудистые нарушения в виде полнокровия, отека, иногда кровоизлияний. Часто обнаруживаются фуксинофильные цитоплазматические включения в эпителиоцитах и круглоклеточная инфильтрация подэпителиальных слоев. Поражение, как правило, не распространяется на бронхиолы. В случае присоединения стафилококковой флоры процесс носит более глубокий и диффузный характер с развитием некротического трахеобронхита.

Вследствие вирусемии и токсемии отмечаются выраженная лихорадка и симптомы общей интоксикации. В поражении различных органов и систем ведущую роль играют циркуляторные расстройства, причиной которых служат нарушение тонуса, эластичности и проницаемости сосудистой стенки, а также поражение диэнцефального отдела головного мозга. Для гриппа характерно фазовое поражение симпатической и парасимпатической нервной системы. Гипертензия сменяется гипотензией, тахикардия - брадикардией, белый дермографизм - розовым. Сосудистая дистония сохраняется еще некоторое время и после заболевания. Нарушение барьерной функции эпителия респираторного тракта, снижение фагоцитарной активности лейкоцитов, анергизирующее действие возбудителя гриппа способствует активации условно-патогенной микрофлоры дыхательных путей, возникновению бактериальных осложнений и обострению сопутствующих хронических заболеваний.

Клиническая картина. Различают типичное, и атипичное течение гриппа, а по тяжести клинических проявлений - легкую, средней тяжести и тяжелую формы болезни. Некоторые авторы выделяют еще очень тяжелую - молниеносную (гипертоксическую) форму болезни.

Инкубационный период при гриппе составляет обычно 1-2 дня, но может укорачиваться до нескольких часов и удлиняться до 3 дней. В клинической картине заболевания выделяют два основных синдрома - интоксикации и поражения дыхательных путей (катаральный синдром).

В типичных случаях грипп начинается остро. Возникают озноб, или познабливание, головная боль. Уже через несколько часов температура тела достигает максимальных цифр (38,5-40 °C). Развиваются слабость, ощущение разбитости, ноющие боли в мышцах, костях и крупных суставах. Головная боль усиливается и локализуется в лобной или лобно-височной области, надбровных дугах и глазных яблоках; иногда отмечается светобоязнь. Выраженная интоксикация сопровождается головокружением, в некоторых случаях обморочным состоянием, анорексией, рвотой, геморрагическим синдромом, проявляющимся чаще всего в виде носового кровотечения.

В первые сутки болезни больные жалуются на сухость и саднение в носоглотке, «заложенность» носа. На 2-3-й день у большинства из них возникает сухой кашель, часто сопровождающийся саднением и болями за грудиной, а также небольшой насморк. Спустя 3-4 дня кашель становится влажным.

В неосложненных случаях продолжительность лихорадки при гриппе А составляет 1-6 дней, чаще до 4 дней, при гриппе В - несколько больше. Снижение температуры происходит критически либо ускоренным лизисом, сопровождаясь потоотделением. Двухволновая лихорадка встречается редко; ее развитие зависит от появления осложнений.

При осмотре больного в первые дни заболевания отмечаются гиперемия и одутловатость лица, инъекция сосудов склер, иногда с 4 дня herpes labialis.

При тяжелом течении болезни наблюдается бледность кожных покровов с цианотичным оттенком (проявление гипоксии и гипоксемии). Зев гиперемирован, цианотичен. Гиперемия носит разлитой характер, более яркой она бывает в области дужек, распространяется на мягкое небо и заднюю стенку глотки. У ряда больных отмечается мелкая зернистость мягкого неба, режес язычка и дужек. Задняя стенка глотки суховата на вид и имеет увеличенные лимфатические фолликулы. К 3-4-му дню гиперемия слизистых оболочек уменьшается и остается лишь инфекция сосудов. На этом фоне более заметной становится зернистость мягкого неба и нередко видны точечные кровоизлияния. Слизистая оболочка носа гиперемирована с цианотичным оттенком, набухшая. На 2-3-й день заболевания могут появиться необильные серозные, затем слизистые выделения из носа. В случае присоединения бактериальной флоры выделения приобретают слизисто-гнойный характер.

Пульс в начале заболевания чаще соответствует температуре, реже определяется относительная брадикардия или тахикардия. Артериальное давление в лихорадочный период имеет тенденцию к снижению. У многих больных отмечается приглушенность тонов сердца, особенно при тяжелых формах заболевания. На ЭКГ выявляются типичные для синдрома интоксикации изменения: снижение и зазубренность зубца Р, снижение зубца Т в разных отведениях, относительное удлинение интервала Q-T, удлинение интервала P-Q. Изменения эти нестойкие и проходят в течение 1-2 нед. Поражение органов дыхания закономерно. В лихорадочном периоде может наблюдаться одышка. При перкуссии легких нередко выявляется коробочный звук, аускультативно дыхание жестковатое (иногда везикулярное), могут прослушиваться кратковременные сухие хрипы.

При рентгенологическом исследовании в ранние сроки находят усиление сосудистого рисунка и расширение корней легких.

Пищеварительная система поражается в меньшей степени. При тяжелых формах гриппа аппетит снижен вплоть до полной анорексии, язык влажный, обложен белым налетом, у кончика ярко-красный с обнаженными сосочками, иногда болезненный. Отмечается склонность к запорам.

В периферической крови наблюдаются лейкопения, нейтропения, эозинопения, умеренный моноцитоз; СОЭ нормальная или снижена.

Со стороны мочевыделительной системы отмечается умеренное снижение диуреза, сменяющееся повышением его после нормализации температуры. Нередко имеют место протеинурия, микрогематурия и цилиндрурия.

Особенно ярко выражены функциональные нарушения вегетативной нервной системы в виде гиперемии лица, потливости, лабильности пульса. Поражение ЦНС проявляется клинически симптомами интоксикации, а при тяжелом течении болезни - менингеальными симптомами, судорогами и явлениями энцефалопатии, обусловленными циркуляторными расстройствами. Страдает и периферическая нервная система. Бывают локальные гиперестезии и парестезии кожных покровов, невралгии тройничного, межреберных и других нервов.

Период реконвалесценции продолжается 1-2 нед и характеризуется наличием астеновегетативного синдрома (повышенная утомляемость, раздражительность, нарушение сна, потливость, лабильность пульса), склонностью к осложнениям и обострению заболеваний.

При *легкой форме гриппа* интоксикация выражена слабо. Температура тела субфебрильная, длительность ее не превышает 23 дней. В некоторых случаях в клинической картине доминируют симптомы поражения верхних дыхательных путей.

Форма средней тяжести является наиболее частым вариантом течения инфекции. Заболевание сопровождается отчетливо выраженной интоксикацией организма и симптомами поражения верхних дыхательных путей. Длительность лихорадочного периода составляет в среднем 4-5 дней.

Тяжелая форма гриппа характеризуется острейшим началом, высокой и более длительной лихорадкой, резко выраженной интоксикацией. Болезнь проявляется адинамией, головокружением, обморочным состоянием, бессонницей или сонливостью, анорексией, рвотой, судорогами, потерей сознания, менингеальными симптомами, энцефалитическим синдромом, сердечно-сосудистыми нарушениями. Чаще встречаются геморрагические проявления. Со стороны органов дыхания, как правило, наблюдаются осложнения, наиболее часто вирусно-бактериальные пневмонии. Продолжительность заболевания во многом зависит от характера и течения возникших осложнений.

Молниеносная (гипертоксическая) форма гриппа, по мнению многих авторов, не является строго очерченным в клиническом отношении вариантом заболевания. В клинической картине доминируют тяжелейший нейротоксикоз с развитием отека мозга, сердечно-сосудистая недостаточность, дыхательная недостаточность (острый геморрагический отек легких, бронхиолит, стеноз гортани). Нередко наблюдается сочетание этих синдромов, так что выделить из них ведущий не представляется возможным.

Отличительными особенностями данной формы являются крайняя тяжесть и быстротечность заболевания, часто заканчивающегося летально.

Атипичные формы гриппа встречаются сравнительно редко и характеризуются отсутствием одного из кардинальных синдромов. Заболевание может протекать без температурной реакции и других проявлений интоксикации или при отсутствии симптомов поражения дыхательных путей.

Существенных различий в течении гриппа, вызванного разными серотипами вируса гриппа А, не отмечается. Однако пандемии, обусловленные появлением нового серологического варианта вируса гриппа, характеризуются увеличением числа больных с тяжелыми формами болезни.

Грипп типа В отличают более длительные инкубационный период и катаральные явления на фоне выраженной по сравнению с гриппом А интоксикацией.

В период эпидемии регистрируются все формы заболевания, а в межэпидемический период («спорадический грипп») преобладают легкие и средней тяжести формы.

У детей младшего возраста заболевание протекает тяжелее. На первый план выступают симптомы поражения ЦНС. Значительно чаще, чем у взрослых, наблюдаются рвота, судороги и менингеальные явления. Поражаются все отделы дыхательных путей, что в совокупности с несовершенством регуляторных механизмов создает условия для раннего появления дыхательной недостаточности и развития пневмонии. Болезнь иногда осложняется развитием крупа.

Для пожилых людей грипп чрезвычайно опасен, так как нередко протекает на фоне атеросклеротических изменений сердечно-сосудистой системы, хронических заболеваний органов дыхания и других заболеваний.

Осложнения. Наиболее частым и серьезным осложнением гриппа является пневмония, она может развиваться в случае присоединения бактериальной флоры (пневмококки, стафилококки). Наличие первично-вирусных пневмоний в последние годы отвергается. Особенно часто пневмонии возникают у детей, лиц пожилого возраста и при наличии хронических заболеваний дыхательной системы.

Второе место по частоте занимают осложнения со стороны ЛОР-органов. Присоединение микробной флоры при гриппе способствует возникновению ринита, фарингита, ларингита, трахеобронхита, а также поражению миндалин (лакунарная и фолликулярная ангина), придаточных полостей носа (гайморит, фронтит, этмоидит), слухового аппарата (отит, тубоотит) и т. д.

При гриппе могут развиваться осложнения со стороны нервной системы: менингоэнцефалит, арахноидит, полиневрит, радикулит и др.

Для гриппа закономерны обострения любого хронического процесса, и в первую очередь хронических заболеваний сердечно-сосудистой, дыхательной, мочевыделительной и нервных систем.

Прогноз при тяжелых и осложненных формах заболевания серьезный, а в остальных случаях благоприятный.

Диагностика. Ведущие клинические признаки гриппа: острое начало с развитием симптомов интоксикации в 1-е сутки, высокая лихорадка, головная боль с типичной локализацией в области лба, надбровных дуг, глазных яблок, ноющие боли в костях, мышцах, вялость, «разбитость», возникновение на 2-3-и сутки умеренно выраженных катаральных явлений (насморк, сухой кашель, разлитая гиперемия зева и задней стенки глотки).

Материалом для вирусологических исследований служит отделяемое носа и глотки, а также кровь. Вирус можно выделить на разных этапах гриппозной инфекции, но чаще в начале болезни. Культивируют вирус на куриных эмбрионах. Для быстрой диагностики гриппа в ранние сроки применяется метод флюоресцирующих антител. Наибольшее значение в подтверждение гриппа имеют серологические исследования. Применяют РТГА, РСК, реже реакцию нейтрализации. Диагностическое значение имеет нарастание титра антител в 4 раза и более. В последние годы стали использовать высокочувствительные методы (экспрессные) иммуноферментного анализа молекулярной гибридизации.

Интоксикация и поражение дыхательных путей встречаются при многих заболеваниях. Наибольшие затруднения возникают в дифференциальной диагностике гриппа от других острых респираторных заболеваний (табл. 4), пневмоний различного генеза, обострений хронических заболеваний дыхательных путей. Определенные сложности встречаются при разграничении гриппа с другими инфекциями (тифы, малярия, некоторые детские инфекции, орнитоз и др.).

Лечение. Лечение большинства больных гриппом проводят на дому. Госпитализации подлежат лица с тяжелыми и осложненными формами гриппа, а также с тяжелой сопутствующей патологией. В ряде случаев госпитализацию осуществляют по эпидемиологическим показаниям. В течение всего лихорадочного периода больной должен соблюдать постельный режим. Рекомендуют диету обогащенную витаминами, обильное питье.

Из этиотропных средств применяют био- и химиопрепараты: биологические средства включают иммуноглобулины и интерферон. Противогриппозный γ -глобулин вводят при тяжелых формах взрослым в дозе 3 мл, детям 1 мл. Указанную дозу назначают повторно при выраженных симптомах интоксикации. При отсутствии противогриппозного γ -глобулина применяют противокоревой (он также содержит противогриппозные антитела). Специфическое действие этих препаратов отмечается лишь при введении их в первые 3 дня болезни.

Лейкоцитарный интерферон используют в начальный период гриппа. Препарат в виде раствора вводят в носовые ходы каждые 1-2 ч на протяжении первых 2-3 дней заболевания.

Из химиопрепаратов в настоящее время используют ремантадин, назначенный в ранние сроки болезни, особенно в первые сутки, он дает выраженный эффект; применяется в течение первых трех дней болезни. В 1-й день суточная доза составляет 300 мг (по 100 мг 3 раза в день), во 2-й и 3-й день по 200 мг (по 100 мг 2 раза). Показан также оксолин, который выпускается в виде 0,25 % мази. Его назначают интраназально 3-4 раза в день. Оксолиновая мазь смягчает катаральные явления и сокращает их длительность, оказывает эффект лишь в первые дни болезни.

Широко используют патогенетические и симптоматические средства, обязательны десенсибилизирующая терапия и витаминотерапия. При гипертермии показаны жаропонижающие средства. Для устранения сухости и першения в горле рекомендуют теплое молоко с минеральной водой (боржом), инжиром, гидрокарбонатом натрия. Для облегчения кашля используют пектусин, глаувент, либексин, тусупрек, щелочные ингаляции, позже - отхаркивающие средства, горчичники. При остром рините показан 2-3 % раствор эфедрина.

В последние годы с успехом применяют следующий комплекс препаратов: ремантадин 3 дня и антигриппин (анальгина 0,5 г, аскорбиновой кислоты 0,3 г, димедрола 0,02 г, рутина 0,02 г, лактата кальция 0,1 г) в течение 5 дней.

Антибиотики и сульфаниламидные препараты назначают при наличии бактериальных осложнений, с профилактической целью их следует давать больным туберкулезом и некоторыми хроническими заболеваниями дыхательной системы.

В лихорадочный период гриппа рекомендуется обильное питье, а при тяжелых формах заболевания внутривенное введение жидкости (от 500 до 2000 мл) в сочетании с мочегонными, средствами.

Больных с молниеносными (гипертоксическими) формами гриппа лечат в палатах интенсивной терапии. Лечение осложнений со стороны ЛОР-органов, нервной, мочевыделительной и других систем проводится под наблюдением соответствующих специалистов.

Т а б л и ц а 4. Д и ф ф е р е н ц и а л ь н о - д и а г н о с т и ч е с к и е с и м п т о м ы г р и п п а и д р у г и х о с т р ы х р е с п и р а т о р н ы х и н ф е к ц и й

Признак	Грипп	Парагриппозная инфекция	Аденовирусные болезни	Респираторно-синцитиальная инфекция	Риновирусная инфекция	Микоплазменная инфекция	
						ОРЗ	пневмония
Преимущественное поражение респираторного тракта	Трахеит	Ларингит	Фарингитонзиллит	Бронхит, бронхиолит, пневмония	Ринит	Бронхит	Пневмония, плевропневмония
Начало болезни	Внезапное, озноб	Постепенное	Острое	Чаще острое	Острое	Постепенное	Острое
Внешний вид больного	Гиперемия лица	Обычный	Обычный	Бледность лица	Ринорея	Обычный	Бледность лица
Интоксикация	Выраженная	Умеренная	Умеренная	Умеренная	Слабая	Умеренная	Умеренная
Катаральный синдром	Слабый	Выраженный	Выраженный	Выраженный	Резко выраженный	Выраженный	Умеренный
Температура тела	Высокая	Умеренная	Высокая, длительная	Умеренная	Субфебрильная	Субфебрильная	Высокая
Головная боль	Сильная	Слабая	Слабая	Умеренная	Редко	Слабая	Умеренная
Боль в глазах	Выражена	Нет	Нет	Редко	Нет	Нет	Нет
Миалгия, арталгия	Выражены	Нет	Умеренные	Редко	Нет	Нет	Бывают
Рвота	Бывает	Редко	Нет	Редко	Нет	Нет	Бывает
Кровотечение	Бывает	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет	Нет
Насморк	Умеренный	Умеренный	Умеренный	Умеренный	Резко выражен	Умеренный	Умеренный

Признак	Грипп	Парагриппозная инфекция	Аденовирусные болезни	Респираторно-синцициальная инфекция	Риновирусная инфекция	Микоплазменная инфекция	
						ОРЗ	пневмония
Кашель	Сухой	Сухой, грубый, лающий	Бывает	Приступообразный, нередко с астматическим синдромом	Редко	Сухой	Упорный, иногда приступообразный
Конъюнктивит	Нет	Нет	Часто	Нет	Нет	Нет	Нет
Гиперемия зева, глотки	Яркая	Слабая	Яркая, увеличение миндалин, налеты	Слабая	Слабая	Умеренная	Умеренная
Лимфаденит	Нет	Нет	Полиаденит	Редко, шейный подчелюстной	Нет	Редко, шейный подчелюстной	Редко, шейный подчелюстной
Размеры печени	Не увеличена	Не увеличена	Часто увеличена	Бывает увеличена	Не увеличена	Не увеличена	Бывает увеличена
Размеры селезенки	Не увеличена	Не увеличена	Иногда увеличена	Не увеличена	Не увеличена	Не увеличена	Редко увеличена
Диарея	Нет	Нет	Бывает	Нет	Нет	Нет	Бывает

Профилактика. Для активной иммунизации против гриппа используют инактивированные и живые вакцины. Новые типы инактивированных очищенных вакцин включают: цельновирусные (вирионные), из расщепленных, вирионов (сплитвирусные вакцины), субъединичные препараты наивысшей степени очистки. Для профилактики гриппа сейчас используют два первых типа инактивированных вакцин. Вирионные вакцины вводят внутривенно струйным методом с помощью безыгольного инъектора, что позволяет использовать их для иммунизации больших контингентов населения (например, для вакцинации на крупных промышленных предприятиях). Вакцина из расщепленных вирионов - АГХ (адсорбированная гриппозная химическая вакцина) вводится подкожно, используется главным образом для иммунизации людей, которым противопоказаны прививки вирионными и живыми вакцинами.

К живым гриппозным вакцинам относятся аллантоисная (яичная) и тканевая иммунизация живой аллантоисной вакциной осуществляется интраназально двукратно с интервалом 20-30 дней. Она применяется в основном для вакцинации ограниченных контингентов населения (например, на небольших предприятиях). Живая тканевая вакцина для перорального применения, как правило, не вызывает побочных реакций и используется для иммунизации детей.

Для профилактики гриппа перед началом эпидемии и во время ее следует назначать стимуляторы интерферона, лишенные инфекционных и антигенных свойств (нуклеиновые кислоты, полисахариды).

В период эпидемии для экстренной профилактики применяют оксолиновую мазь, лейкоцитарный интерферон, ремантадин. С этой же целью у лиц группы «риска» используют донорский и плацентарный гамма-глобулин.

Для снижения заболеваемости в период эпидемии гриппа проводят комплекс противоэпидемических мероприятий. Больных надо изолировать. Помещение, где находится больной, необходимо проветривать. Следует производить влажную уборку, используя 0,5 % раствор хлорамина. В медицинских учреждениях, аптеках, магазинах и других сферах обслуживания персонал должен работать в масках из четырехслойной марли. В палатах лечебных учреждений, врачебных кабинетах и коридорах в поликлиниках следует систематически включать ультрафиолетовые лампы. Для реконвалесцентов в поликлиниках организуются изолированные отсеки с отдельным входом с улицы и гардеробом.

Источник: Шувалова Е. П. Инфекционные болезни: Учебник. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: Медицина, 1990. - 560 с.: ил. (Учеб. лит. для студ. мед. ин-тов).