ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОБЛАСТНОЙ ДОМ САНПРОСВЕЩЕНИЯ

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

(Методические рекомендации)

Иркутск
1981

gost.e-ecolog.ru

ИРКУТСКИЙ ГОСУДАРСТВЕННЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИНСТИТУТ

ОБЛАСТНОЙ ДОМ САНПРОСВЕЩЕНИЯ

КЛИНИКА, ДИАГНОСТИКА, ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА, ЛЕЧЕНИЕ, ПРОФИЛАКТИКА ГРИППА

(Методические рекомендации)

Иркутск
1981

Составили: ассистенты кафедры инфекционных болезней канд. мед. наук **В. А. Карпюк**, канд. мед. наук **Э. Е. Логинова**.

Грипп — одно из наиболее распространенных острых инфекционных заболеваний, характеризующееся поражением дыхательных путей и наличием общей интоксикации Всеобщая восприимчивость, непродолжительный иммунитет, короткий инкубационный период при воздушно-капельном механизме передачи выделяют грипп среди ряда других вирусных инфекций

Клинические проявления гриппа весьма разнообразны — от легких и стертых форм до крайне тяжелых, гипертоксических, молниеносных с летальным исходом в первые 24—48 часов от начала заболевания.

Инкубационный период при гриппе короткий — от нескольких часов до 1—2 дней. Заболевание начинается остро и сопровождается ознобом или повторным познабливанием: температура в большинстве случаев сразу достигает высоких цифр, максимальный подъем ее до 39—40°С регистрируется в первые 24—36 часов. Снижается температура критически или ускоренным лизисом. При атипичных стертых формах грипп может протекать с субфебрильной и даже нормальной температурой. Лихорадочный период при неосложненном гриппе длится 1—3 дня, реже 4—5 дней. Однако кратковременность лихорадки не соответствует срокам окончания репаративных процессов, которые затягиваются до 3—4 недель от начала болезни (Н. И. Морозкин, 1958, Ф. Г. Эпштейн, 1972 и др.).

Уже с первых часов заболевания выражены явления общей интоксикации: интенсивные головные боли, локализующиеся преимущественно в лобной и надглазной области, головокружение, резко выраженная мышечная слабость, адинамия, костно-суставные и мышечные боли, обильная потливость, признаки сосудистой дистонии и дыхательной недостаточности. Сознание обычно сохранено, хотя по ночам бывает бред. Характерен внешний вид больного — лицо ги-

перемировано, одутловато, инъекция сосудов склер. Нередки герпетические высыпания.

Аппетит снижен или отсутствует, иногда склонность к задержке стула Больные жалуются на сухость и чувство першения в горле, заложенность носа, сухой кашель Вирусу гриппа присуща эпителиотропность. Репродукция его происходит в клетках цилиндрического эпителия выстилающего верхние дыхательные пути, которые являются местом, где разыгривается патологический процесс. Катаральные явления при гриппе развиваются часто с некоторым опозданием (через 12—24 часа), уже на фоне лихорадки и признаков интоксикации. Особенно типично для гриппа развитие ринита, трахеита и характерных изменений зева. Симптомы ринита в начальном периоде характеризуются набуханием слизистой с небольшими серозными выделениями Больные часто жалуются на затрудненное носовое дыхание. Позже выделения приобретают слизисто-гнойный характер вследствие присоединения бактериальной флоры Развитие трахеита проявляется сухим кашлем, чувство саднения за грудиной. При осмотре зева в первые 24—48 часов отмечается яркая гиперемия, отечность мягкого неба, язычка с обильной мелкой зернистостью Обращает внимание сухость слизистых. В более поздние сроки гиперемия угасает, появляется синюшный оттенок и сосудистый рисунок. Менее выражены при гриппе признаки фарингита и ларингита — сухость, неприятные ощущения в горле, гиперемия и набухлость задней стенки глотки, охриплость голоса. В этом отношении исключение представляют маленькие дети, у которых признаки ларингита с развитием острого стеноза гортани иногда бывают ведущими в клинической симптоматологии Наиболее тяжелые поражения слизистой оболочки дыхательного тракта (геморрагические, некротические и гнойные ларингиты, трахеиты и т. д.) наблюдаются, когда присоединяется микробная флора. Самое различное протяжение имеет при гриппе поражение бронхов. В некоторых случаях процесс может ограничиваться только крупными бронхами, реже спускается вниз по бронхиальным разветвлениям до мелких бронхов и бронхиол. Поражение бронхов может перейти в легочную паренхиму, вызывая пневмонию. Они могут иметь ацинозную и милиарную формы. Отдельные участки иногда сливаются, образуя лобулярные пневмонии. При обследовании больных ясный легочный звук перемежается с перкуторно укороченным звуком. Такая же разнообразная картина может быть

и при аускультации легких. В тяжелых случаях пневмонии могут носить характер острого геморрагического отека. Резкие сосудистые нарушения в виде полнокровия и отека легких наблюдали патологоанатомы в случаях ранней смерти при гриппе Первичные гриппозные пневмонии сопровождаются выделением жидкой серозно-кровянистой мокроты. Гриппозные пневмонии, возникающие обычно в первые дни болезни, протекают крайне тяжело с резким токсикозом, одышкой, цианозом, тахикардией и быстро приводят к летальному исходу

Особенно часто пневмонии геморрагического характера встречались во время пандемии гриппа 1918—1919 года

Все остальные пневмонии при гриппе являются вторичными, вирусно-бактериальными; пневмо-дипло-стрептококковыми. Они сопровождаются лейкоцитозом и чаще возникают в периоде реконвалесценции Часто такие пневмонии носят ползучий характер и принимают затяжное, вялое течение.

Сердечно-сосудистая система при гриппе поражается в зависимости от тяжести болезни. Часто наблюдается лабильность пульса. тахикардия, особенно вначале заболевания. сменяется брадикардией, аритмия, чаще экстрасистолия, дикротия пульса. В тяжелых случаях развиваются миокардиты, изредка эндокардиты или перикардиты. Увеличивается сосудистая проницаемость Резко снижается максимальное артериальное давление, минимальное остается нормальным. Чаще наблюдаются поражения сердца функционального характера, аускультативные изменения обычно проходят в периоде реконвалесценции. Вирус гриппа поражает нервную систему, главным образом вегетативную Наблюдаемые при гриппе токсические явления — озноб, лихорадка, разбитость, сонливость, апатия и т. д — свидетельствуют о поражении центральной нервной системы. Быстро проходящие менингеальные симптомы, судороги и явления энцефалопатии обусловлены циркуляторными расстройствами. Такие симптомы как гиперемия лица, потливость, лабильность пульса, гипотония являются результатом поражения вегетативной нервной системы с кратковременным усилением в начале болезни ее симпатического отдела, а затем преобладание парасимпатических функций. Страдает также периферическая нервная система. Отмечаются радикулоалгии, парестезии, невралгии тройничного и других нервов.

Со стороны органов пищеварения при гриппе не отмечается специфических изменений. В 4—5% случаев бывает умеренно увеличена печень (Е. С. Кетиладзе). Тошнота и рвота обычно бывают мозгового или токсического происхождения. Поражение почек соответствует тяжести интоксикации и характеризуется уменьшением диуреза в разгар болезни, нередко наблюдаются микропротеинурия, микроцилиндрурия, микрогематурия. С нормализацией температуры и после исчезновения симптомов интоксикации эти изменения проходят.

Морфология крови при гриппе не дает характерных данных для постановки диагноза. В большинстве случаев с первого дня наблюдается лейкопения. В периоде лихорадки наблюдается отсутствие или уменьшение эозинофилов, нейтропения и лимфоцитоз, СОЭ в пределах нормы. Осложнения и сопутствующие заболевания могут изменить картину крови. Красная кровь при гриппе не дает особых отклонений от нормы. Время свертывания крови незначительно повышается. Биохимические исследования определяют увеличение нейраминовой кислоты в сыворотке крови, повышения активности лактатдегидрогеназы, кислой фосфатазы, церулоплазмина, снижение активности холинэстеразы. При изучении электролитного баланса установлено снижение калия в плазме до 3 ммоль/л.

Реконвалесценция наступает после нормализации температуры и исчезновения симптомов общей интоксикации. Этот период может затянуться до 1—2 недель и характеризуется наличием астении, повышенной утомляемостью, раздражительностью, нарушением сна.

По тяжести течения различают легкие, среднетяжелые, тяжелые и гипертоксические формы гриппа. Тяжесть болезни определяется степенью токсикоза, в частности, нейротоксикоза, поражением сердечно-сосудистой системы, геморрагическим синдромом и степенью вовлечения в патологический процесс органов дыхания. Лихорадка является относительным показателем тяжести болезни Для легкой формы характерно 1—2-дневное повышение температуры в пределах 38°С, умеренная головная боль, слабость, раннее появление катаральных симптомов. Тяжелая форма характеризуется острым началом, высокой лихорадкой, резко выраженной интоксикацией, адинамией, головокружением, наклонностью к коллапсу, геморрагическими проявлениями, нарушением сна, анорексией, судорогами, потерей сознания, менингеальными явлениями и энцефалитическим синдромом

При осмотре больных отмечается бледность кожных покровов, цианоз, одышка, тахикардия, глухость сердечных тонов, часто расширение границ сердца.

Гипертоксические формы с самого начала протекают бурно с быстро нарастающей тяжестью состояния, развитием инфекционно-токсического шока, токсического отека легких или отека головного мозга, а у маленьких детей с развитием синдрома крупа. Прогноз при гипертоксических формах чаще неблагоприятный. Летальные исходы ранние, наступают уже в первые 2—3 дня болезни

Отек легких возникает в результате токсического поражения легочных сосудов с повышением проницаемости капилляров и накоплением жидкости в альвеолах Образующаяся из отечной жидкости пена блокирует альвеолярную мембрану, что приводит к резкому нарушению газообмена и развитию гипоксии и гиперкапнии Состояние больных крайне тяжелое, но сознание обычно сохранено. Отмечается бледность кожных покровов, диффузный цианоз. Дыхание поверхностное 40—60 в минуту, с приступами удушья. Артериальное давление резко снижено или не определяется, пульс слабый, частый, тоны сердца глухие, границы расширены. Со стороны крови появляется лейкоцитоз. Позже развивается клокочущее дыхание, тимпанический оттенок перкуторного звука с притуплением в нижних отделах, влажные, преимущественно мелкопузырчатые хрипы в нижнезадних отделах. Характерно отхождение обильной мокроты с примесью крови.

Отек головного мозга возникает также в результате токсического поражения церебральных сосудов с повышением проницаемости капилляров и накоплением экстравазатной жидкости. Развивающееся повышение внутричерепного давления сопровождается явлениями менингизма.

Основные клинические проявления: крайне тяжелое общее состояние, нарастающие головные боли, тошнота, рвота, психомоторное возбуждение. Быстро наступает нарушение сознания, появляются токсические и клонические судороги. Сухожильные рефлексы повышены, выявляются патологические рефлексы (Бабинского, Оппенгейма и др.), менингеальные симптомы. При исследовании глазного дна — застойные боски зрительного нерва.

Круп — острое нарушение проходимости дыхательных путей на уровне голосовых связок (от англ. слова croup — хрипеть). Возникает вследствие гиперемии и резкого отека слизистой оболочки надгортанника, ложных и истинных свя-

зок и рефлекторным спазмом мышц гортани. Часто имеет место присоединение вторичной инфекции. Клинически проявляется внезапным появлением грубого «лающего» кашля, перерастающего в затрудненное стенотическое дыхание и асфиксию с угрозой летального исхода.

К атипичным формам относится афебрильный, акатаральный и стертый грипп. При атипичном гриппе могут отсутствовать выраженные явления токсикоза, лихорадка и катаральные явления, составляющие его клиническую основу. Иногда наблюдается крайне легкое течение, при котором симптомы гриппа выражены слабо, а больные представляют большую опасность в отношении рассеивания инфекции. Стертые формы гриппа описаны Н. И. Морозкиным, 1958, Ф. Г. Эпштейном, 1972 г и др. Спорадический грипп встречается в межэпидемический период в виде отдельных случаев или местных очагов, отличается более легким течением, менее ярко выраженной клинической картиной.

Грипп у детей. К гриппу восприимчивы дети любого возраста, в том числе и первых месяцев жизни. В клинической картине преобладает синдром интоксикации, связанный с поражением центральной нервной системы и сосудистого аппарата. Характерно острое начало с высокой лихорадкой, возбуждение, сменяющееся иногда угнетением, головная боль, боли в животе, рвота. При высокой температуре у некоторых детей отмечается спутанность сознания, судороги, менингеальные симптомы. Поражаются все отделы дыхательных путей с развитием пневмонии. Нередки явления острого стеноза гортани. **Грипп у пожилых людей** чрезвычайно опасен, так как даже умеренная интоксикация на фоне возрастных изменений дыхательной и сердечно-сосудистой систем может привести к летальному исходу.

Осложнения. Осложнения при гриппе прежде всего связаны с присоединением микробной флоры. Наиболее частым и грозным осложнением являются пневмонии — интерстициальные, мелкоочаговые, крупноочаговые, субдолевые, чаще локализуются в нижних долях и правом легком. В ряде случаев наблюдаются двусторонние пневмонии. Из других осложнений встречаются трахеобронхиты, синуситы, отиты, пиелонефриты. Могут развиваться осложнения со стороны нервной системы в форме менингоэнцефалита, арахноидита, полиневрита, радикулита. Осложнения развиваются как в острую фазу болезни, так и в периоде реконвалесценции. Вследствие анергезирующего действия вируса на организм

закономерным является обострение любого хронического процесса — заболеваний сердечно-сосудистой системы, печени, почек и т. д.

Лабораторная диагностика гриппа заключается в выделении и идентификации вируса. Известно, что для выделения вируса требуется большой набор культур тканей и значительное время, в течение которого больной уже выздоравливает. Материалом для вирусологического исследования служит—отделяемое из носоглотки. Культивирование вируса обычно производится на куриных эмбрионах. Серологические методы диагностики помогают поставить диагноз также ретроспективно, так как следуют парные сыворотки больных, взятые в острую фазу болезни и в периоде реконвалесценции. Применяют реакции торможения гемаглютинации (РТГА), связывания комплемента (РСК) и реакцию нейтрализации. Наиболее показательными являются РТГА и РСК. Диагностическое значение имеет нарастание титра в динамике в 4 раза и более. Наибольшее практическое значение имеет экспресс-диагностика гриппа, которая основана на применении иммунофлюоресцентного метода. Этот метод позволяет не только обнаружить вирусный антиген гриппа и других респираторных вирусных заболеваний, но и определить его типичную локализацию. Метод иммунофлюоресценции прост и состоит в том, что специфическая иммунная сыворотка, соединенная с флюорохромом, используется непосредственно для идентификации антигена. Образовавшийся комплекс антиген-антитело дает яркое свечение в ядре и цитоплазме клеток эпителия и отчетливо виден в люминисцентном микроскопе. Применение этого метода помогло выявить определенные дифференциально-диагностические признаки гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИППА И РЕСПИРАТОРНЫХ ВИРУСНЫХ ЗАБОЛЕВАНИЙ

Грипп по силе токсикоза и быстроте развития клинических симптомов занимает особое место среди острых респираторных заболеваний. Токсикоз при гриппе является доминирующим. С первых часов болезни: повышается температура, появляется сильная головная боль, головокружение, ломота, мышечные боли, иногда обморочное состояние. Наблю-

дается одутловатость, гиперемия лица, цианоз. Поражение сосудов — главное звено патологического процесса при гриппе, особенно при геморрагических формах. Все клинические симптомы развиваются быстро. В первые два дня уже имеется развернутая картина болезни, в которой токсикоз преобладает над катаральными явлениями (Ф. Г. Эпштейн, 1972, Е. С. Кетиладзе, 1979 и др.). Необходимо подчеркнуть, что особенностью клиники гриппа является быстрое развитие признаков токсикоза и как бы «запаздывание» катаральных симптомов. Однако поражение дыхательных путей всегда имеет место и бывает более распространенным по сравнению с другими заболеваниями этой группы.В клинической картине гриппа при наличии симптомов умеренного ринита имеются яркие признаки трахеита, характеризующиеся сухим мучительным кашлем и болями за грудиной по ходу трахеи. Лихорадочный период при неосложненном гриппе короткий, не более 5 дней.

Парагрипп отличается от гриппа постепенным началом и, как правило, невысокой температурой (в пределах 38—38,5°). Лишь в 10—15% наблюдается быстрое начало болезни, высокая температура (Е. С. Кетиладзе, 1979). Признаки токсикоза весьма умеренны, отсутствуют или бывают кратковременны. Во всех случаях имеет место поражение респираторного тракта. Для парагриппа особенно свойственно распространение воспалительного процесса на слизистую оболочку гортани. Ринит также является одним из наиболее постоянных симптомов, но выражен умеренно Миндалины, лимфатические узлы вовлекаются в процесс сравнительно редко. Развитие симптомов ларингита наиболее типично для парагриппа. Больше всего больных беспокоит упорный, грубый кашель, хриплый голос. Среди детей симптомы поражения гортани выявляются еще более отчетливо. У детей младшего возраста часто развивается острый стеноз гортани. Стеноз развивается на 1—3 день болезни, сопровождается повышением температуры до 38—39°С и симптомами острой дыхательной недостаточности. При дальнейшем распространении процесса может развиваться трахеит и бронхит. Изменения в легких обычно незначительны.

Аденовирусная инфекция характеризуется высокой температурой, которая нередко держится более длительно, чем у больных гриппом. Однако общие явления токсикоза выражены слабее. Своеобразие патогенеза аденовирусных инфекций обусловлено тем, что эта инфекция не является чисто

респираторной, аденовирусы способны размножаться в эпителии дыхательных путей, конъюнктивы и кишечника. Заболевание имеет длительное волнообразное течение с поражением конъюнктивы, лимфоидного аппарата и внутренних органов (сердце, печень, селезенка) Типичным является неодновременное развитие клинических симптомов, а постепенное, последовательное появление различных клинических форм болезни. При любой форме аденовирусного заболевания развивается воспалительный процесс в дыхательных путях в сочетании с конъюнктивитом (катаральный, фолликулярный), что позволяет отличить это заболевание от других острых респираторных вирусных заболеваний. В процесс также вовлекается слизистая оболочка задней стенки глотки, носа и миндалин Ринит с серозным отделяемым, гранулезный фарингит, тонзиллит, иногда обострение хронического тонзиллита в виде фоликулярной и локунарной ангин составляют особенность аденовирусных заболеваний Следует добавить, что взрослые болеют аденовирусной инфекцией в 4—5 раз реже, чем дети. Наиболее восприимчивы к этой инфекции дети в возрасте от 6 месяцев до 3-х лет.

Риновирусное заболевание протекает с полным отсутствием или весьма умеренными общетоксическими симптомами, лихорадка незначительна (обычно не превышает 38°) или в пределах нормы Патологический процесс локализуется главным образом в клетках эпителиального покрова и желез полости носа, что проявляется ринитом с ринореей. Ринит является ведущим симптомом этого заболевания и основным дифференциально-диагностическим признаком.

Респираторно-синцитиальные (РС) вирусные заболевания протекают с явлениями умеренной интоксикации и преимущественным поражением нижнего отдела дыхательных путей. Начало болезни может быть острое с познабливанием, головной болью в височных областях Слабость, разбитость, головокружения могут наблюдаться лишь при тяжелых формах заболевания, особенно у детей По общетоксическим проявлениям РС — вирусное заболевание занимает как бы промежуточное положение между гриппом и парагриппом Изменения со стороны верхних дыхательных путей выражены слабо Отмечается умеренная гиперемия мягкого неба, дужек и реже задней стенки глотки Характерная форма этой инфекции — острый бронхит и бронхиолит. В связи с этим РС-вирус носит название бронховируса. Наиболее частым осложнением острых респираторных вирусных заболеваний

как и гриппа, являются пневмонии, которые составляют 35—50% (Е. С. Кетиладзе, 1979). Пневмонии могут развиваться на всех этапах болезни при наличии еще активной вирусной инфекции, но они всегда вызываются бактериями — патогенными стафилококками, пневмококками или микоплазмой пневмонии Их следует рассматривать как микст инфекцию, при которой оба возбудителя — вирусы и бактерии определяют тяжесть, течение и исход болезни. Таким образом, при дифференциальной диагностике острых респираторных вирусных заболеваний важно учитывать клинические симптомы, свойственные каждому из них и, в первую очередь, наличие и степень выраженности токсикоза, высоту и длительность лихорадки, характер и степень поражения дыхательных путей, вовлечение в процесс сосудистой, нервной систем и паренхимных органов

Клиническая дифференциальная диагностика гриппа и других острых респираторных заболеваний является нелегкой, но возможной задачей, а с помощью иммунофлюоресценции определяют наличие вирусных антигенов при всех вариантах течения вирусных инфекций, в том числе и латентных, клинически не выявленных.

Определенные клинические дифференциально диагностические трудности возникают при смешанной вирусной инфекции. При лабораторном исследовании часто находили одновременно антигены вирусов гриппа и аденовирусов. В клинической картине обычно преобладают симптомы одной из инфекций, вторая может протекать латентно или имеются клинические признаки двух вирусных заболеваний. При смешанных вирусных заболеваниях отмечается более тяжелое течение, с большим числом осложнений и медленной реконвалесценцией.

Лечение. Лечение большинства больных гриппом проводится на дому. Госпитализации подлежат больные с тяжелыми, гипертоксическими и осложненными формами гриппа. Тактика лечения определяется тяжестью болезни, наличием осложнений и сопутствующих заболеваний. В лихорадочном периоде больной должен соблюдать строгий постельный режим. Необходим уход, полноценная диета, достаточное количество жидкости (теплое молоко, чай, фруктовые соки и т. д.). Из гигиенических мероприятий следует рекомендовать частое проветривание комнаты больного, туалет полости рта, наблюдение за функцией кишечника Лечение направлено на нейтрализацию или ограничение репродукции вируса

в организме, дезинтоксикацию, стимуляцию реакцивности, борьбу с основными симптомами заболеваний. Из этиотропных средств наибольшей активностью обладает противогриппозный донорский гамма-глобулин, который вводится взрослым в дозе 3—6 мл, внутримышечно, детям 1—3 мл 2—3 дня при резко выраженной интоксикации. При отсутствии противогриппозного гамма-глобулина целесообразно введение сывороточно полиглобулина или противокоревого гамма-глобулина К этиотропным средствам относится также противогриппозная гипериммуная лошадинная сыворотка, которая содержит противогриппозные антитела. Она оказывает терапевтический эффект лишь в первые два дня болезни в связи с постоянной изменчивостью возбудителей может быть мало эффективной Сыворотку вводят интранозально в виде порошка по 0,25 г в каждый носовой ход, 3—4 раза в день К этой же группе препаратов относится лейкоцитарный интерферон, который действует как фактор неспецифического противовирусного иммунитета и тормозит репродукцию вируса. Применяют человеческий лейкоцитарный интерферон, растворенный перед употреблением в дистиллированной воде, в виде закапывания по 3—5 капель в каждый носовой ход Как показали клинические наблюдения, лечебное действие интерферона незначительно, несмотря на теоретические обоснования. Из этиотропных вирулицидных и вирусостатических химических препаратов следует отметить ремантадин. Клинические наблюдения выявили отчетливую лечебную эффективность ремантадина только при раннем его применении (в первые 2 дня заболевания). Лечение ремантадином приводило к уменьшению клинических симптомов. Ремантадин применяют внутрь по 50 мг 3 раза в день в течение 3—5 дней (после еды). Оксолин (тетрагидротетраоксонафталии) облегчает и сокращает длительность катаральных симптомов и не оказывает влияния на симптомы интоксикации Выпускается в виде 0,25—0,5% оксолиновой мази. Смазывать носовые ходы 2—3 раза в день в течение 3—5 дней. Жаропонижающие средства в связи с вирусемией даются осторожно, только при гипертермии. Обязательна десенсибилизирующая терапия, витамины. Из симптоматических средств при выраженных явлениях трахента рекомендуют теплое молоко с боржоми, содовые ингаляции, горчичники на грудину. При интенсивном кашле — терпингидрат — 0,3, кодеин — 0,015. При ринитах с затрудненным дыханием применяют в нос капли 1—2% эфедрина, нафтизин,

галазолин. Чувство жжения и першения в горле снимается полосканием настоями ромашки, шалфея, 2% содовым раствором. При выраженной головной боли — аналгетики — пирамеин, пенталгин и др. С успехом применяется следующая пропись, условно названная «антигриппин»:

1) ацетилсалициловая кислота — 0,5,
2) кодеин — 0,015,
3) димедрол — 0,02,
4) рутин — 0,02,
5) аскорбиновая кислота — 0,3,
6) лактат кальция — 0,1.

Препарат оказывает жаропонижающий и седативный эффект, предупреждает прогрессирование васкулита. Для снятия возбуждения используют литическую смесь, которая состоит из 2,5% пипольфена или 1% димедрола, 2,5% р-ра аминазина, 1% промедола, 0,5% р-ра новокаина, с этой же целью применяют 0,25% р-р дроперидола по 0,63—0,5 мг/кг массы тела, 0,5% р-р седуксена

При геморрагическом синдроме показаны препараты кальция хлорида внутривенно 10% р-р 10,0; гипертонический раствор натрия хлорида внутривенно 5% р-р 5—10 мл; 0,3% р-р викалина 3 мл внутримышечно, 10% р-р желатина 5—10 мл.

При судорожном синдроме — быстродействующие препараты седуксен 0,5% р-р внутримышечно или внутривенно, ГОМК (гамма-оксимасляная кислота) 50—100 мг/кг массы тела внутримышечно, гексенал 1—2% р-р 0,3—0,5 мг/кг массы тела внутривенно. В последующем назначают средства медленного и длительного действия (сернокислая магнезия, фенобарбитал).

Особенно энергичные лечебные мероприятия должны проводиться при тяжелых и гипертоксических формах гриппа.

Основное внимание уделяют мероприятиям, направленным на коррекцию, развившихся нарушений, дезинтоксикацию, лечению осложнений

При ранней госпитализации назначают противогриппозный донорский титрованный гамма-глобулин по 3 дозы с интервалом 12—24 часа в течение 2—3 дней.

С целью дегидратации и дезинтоксикации при явлениях нейротоксикоза показана инфузионная терапия, позволяющая быстро корригировать гемодинамику, водно-электролитные, метаболические сдвиги и другие нарушения гемеостаза.

Внутревенно капельно вводят низкомолекулярные растворы — гемодез 300—400 мл; полидез, реополиглюкин 200—400 мл, плазму 100—200 мл, осмотические диуретики (маннит) Повторное введение этих препаратов разрешается через 12 часов

Для снятия ацидоза под контролем кислотно-щелочного равновесия рекомендуется вводить 4% р-р бикарбоната натрия внутривенно капельно до 200—300 мл. Следует отметить, что несмотря на выраженные явления токсикоза назначение больным больших количеств жидкости противопоказано, ибо в патогенезе гриппозной инфекции видное место занимают циркуляторные нарушения, способствующие развитию отека легких и головного мозга В связи с этим одновременно с внутривенным введением жидкости рекомендуется применение лазикса, эуфиллина и сердечных средств. Расчет суточной потребности жидкости производится с учетом возрастной физиологической потребности и патологических потерь. К возрастным физиологическим потребностям добавляется по 10 мл/кг массы тела на каждый градус выше 37°С, 10 мг/кг на каждые 10 дыханий свыше нормы, а при рвоте и жидком стуле — дополнительно 20 мл/кг массы тела. Дозу необходимого суточного количества жидкости для инфузии следует рассчитывать ежедневно.

При сосудистой недостаточности с выраженными гемодинамическими нарушениями целесообразно назначать 25% р-р кордиамина по 2 мл каждые 4 часа подкожно или 2 мл внутривенно в капельницу; камфорное масло 20% р-р по 2—4 мл 3—4 раза в сутки подкожно или водорастворимую камфору — в в/в капельно в той же дозе Раствор стрихнина назначается 0,1% — 1 мл 2—3 раза в сутки подкожно; раствор кофеина 10% 1—2 мл 2 раза в сутки подкожно.

При инфекционно-токсическом шоке показано введение преднизолона в дозе 120—240 мг в сутки внутривенно и внутримышечно, гидрокортизона по 125—250 мг внутривенно капельно. Сроки повторных введений глюкокортикостероидов в этой ситуации определяет стабильность гемодинамических показателей (артериальное давление, венозное давление, пульс и т д.) Одновременно показано введение полиглюкина, реополиглюкина с целью улучшения гемодинамики и дезинтоксикационных растворов — неокомпенсана, альбумина под контролем объема циркулирующей крови или плазмы. Стабильные гемодинамические нарушения при инфекционно-токсическом шоке дают основания также применять раствор

норадреналина 0,2% до 2 мл, р-р мезотона 1% — 1 мл внутривенно в капельнице.

При сердечной недостаточности целесообразно применять сердечные гликозиды Из них наиболее быстрым и лучшим эффектом обладает строфантин, который назначается 0,05% р-р 0,5—1 мл внутривенно, коргликон — 0,06% — 1 мл внутривенно. Оба препарата вводятся медленно в 20 мл 20% р-ра глюкозы. Повторные введения строфантина можно осуществлять не раньше 8—12 часов, коргликон требует более частого введения, 3—4 раза в сутки. Из других сердечных глюкозидов можно применять рас-р эризима 0,033% до 1 мл внутривенно

При развитии сердечной астмы и отека легких показана оксигенотерапия увлажненным кислородом со спиртовым пеногасителем, до исчезновения признаков дыхательной недостаточности. Таким больным целесообразно назначать 1% р-р морфина — с 0,01 р-ра атропина — 0,5 мл подкожно. Рекомендуется кровопускание в количестве 200—400 мл. Дегидратационная терапия проводится введением мочегонных препаратов лазикса до 40 мг. в/в, новурита 1—2 мл в/м, маннитола — до 30,0 в 150—200 мл физиологического раствора или 5% р-р глюкозы внутривенно струйно или частыми каплями.

При наличии бактериальных осложнений при гриппе, в первую очередь при пневмониях, показаны антибиотики. Пенициллин назначают в дозе 500 тыс. ед внутримышечно 6—8 раз в сутки. Суточная доза его может быть увеличена до 4—6 млн. ед. Метициллин рекомендуется вводить по 1,0 до 6 раз внутримышечно или оксациллин 0,5 ед. 4—6 раз в день, ампициллин применяется по 250—500 мг в 5 мл дистиллированной воды внутривенно или 500 гр. внутримышечно 4 раза в сутки. Вибромицин 200 мг в первый день, затем 100 мг в сутки в течение 4—5 дней (в желатиновых капсулах перорально).

Антибиотики для лечения пневмоний при гриппе можно сочетать между собой и комбинировать их с сульфаниламидами пролангированного действия (сульфодиметоксин и др.).

При подозрении на стафилококковую инфекцию целесообразно сочетать пенициллин с назначением полусинтетических пенициллинов (метициллин, оксациллин, ампициллин) или использовать препараты широкого спектра действия такие как цепорин, сигмомицин, рондомицин, линкомицин

по 500—600 мг два раза в день внутримышечно или 500 мг 3 раза в день перорально, рондомицин 600—1200 мг 4—6 раз в сутки перорально, гентамицин по 40 мг 2 раза в сутки внутримышечно. Антибиотиком широкого спектра является ристомицин, который назначается по 500 мг в 250 мл физиологического раствора внутрикапельно 2 раза в день.

Рекомендуется у больных с пневмонией исследовать мокроту и слизь из носоглотки на наличие бактериальной флоры, *определить ее чувствительность к антибиотикам и в дальнейшем* регулировать лечение в зависимости от полученных результатов

Длительность антибактериальной терапии при пневмониях зависит от динамики заболевания, но она не должна быть менее 6—8 дней. При стафилококковой пневмонии рекомендуется также гипериммунная антистафилококковая плазма в количестве 100—200 мл 2—3 раза в неделю, антистафилококковый глобулин по 5—10 мл 2 раза в сутки в течение 3—5 дней, а также ингибиторы протеаз — контрикал 1000 ед, трасилол — 500 ед на 1 кг массы тела в/в капельно.

Свободная проходимость дыхательных путей достигается назначением отхаркивающих микстур, содовых ингаляций, бронхолитических препаратов.

Целесообразно для ингаляции следующая пропись: химотрипсин — 10 мг, гидрокортизон — 125 мг, бикарбонат натрия — 4 гр, эуфиллин — 2,4% — 10 мл, дистиллированная вода — 200 мл

Отсасывание слизи из носоглотки, стимулирование кашлевого рефлекса следует проводить чрезвычайно осторожно, а при начинающемся отеке легких, тем более с геморрагическим компонентом эта манипуляция противопоказана.

ПРОФИЛАКТИКА

Борьба с гриппом является одной из труднейших и еще до конца не разрешенных проблем эпидемиологии. Профилактические мероприятия проводятся по трем направлениям:

1 *Возможно ранняя диагностика и изоляция больного* (источника инфекции).

2. Проведение мероприятий, направленных на перерыв путей передачи болезни.

3 Создание иммунитета у населения.

В межэпидемический период основное значение имеют распознавание и изоляция больных спорадическим гриппом

Важное значение имеет систематическое закаливание, особенно детей и проведение активной иммунизации

При гриппе, как и при любой другой инфекции, можно эффективно воздействовать на эпидемический процесс только после того, как адекватной иммунизацией будет охвачено не менее 80—90% всего населения При гриппе это условие трудно выполнимо по целому ряду причин. Одной из главной среди них является изменчивость важнейших антигенов вируса — нейраминилазы и гемагглютинина. Существующие живые ослабленные и цельно ирионные убитые вакцины применяются только для иммунизации здоровых взрослых людей. Вакцина вводится путем 2—3-кратного распыления интранозально и вызывает не только местный, но и общий иммунитет. Имеется вакцина для перорального и парентерального применения. Необходимо начинать иммунизацию за 3—4 месяца до начала эпидемии. Серьезным недостатком вакцинной профилактики является, отсутствие приемлемых вакцин для иммунизации детей, начиная с 6-месячного возраста, молодежи до 18 лет и пожилых людей старше 55 лет. В настоящее время в институте полиомиелита АМН СССР проводится работа по освоению технологии производства новой политипажной субвирусной очищенной гликопротеидной вакцины, с помощью которого можно будет охватить специфической вакцинопрофилактикой гриппа всех детей, молодежь и пожилых людей, имеющих противопоказания к иммунизации выпускаемыми в нашей стране живыми или убитыми цельновирионными противогриппозными вакцинами. Следовательно появится дополнительная возможность создавать прочный иммунитет против гриппа.

Химиопрофилактика предназначена для проведения уже в период начавшейся эпидемии гриппа. С этой целью может быть использован ремантадин в дозе 50 мг х 3 раза в течение 5 дней, блокирующий процесс внедрения вируса в клетки цилиндрического эпителия, а также оксолин в виде 0,25% мази интранозально утром и вечером в течение максимальной заболеваемости гриппом В период начавшейся эпидемии следует по возможности ограничивать скопление больших масс людей, особенно детей, — разобщение коллективов. Проводится широкая санитарно-просветительная работа, призванная обеспечить раннюю обращаемость больных, организацию правильного режима и ухода за больными на дому, проведение защитных мер — проветривание помещений, влажная уборка с добавлением 0,5% р-ра хлорной извести

или 2% хлорамина. В детских и лечебных учреждениях, на промышленных предприятиях целесообразно ультрафиолетовое облучение.

ДОПОЛНИТЕЛЬНАЯ ЛИТЕРАТУРА

1. Д М. Злыдников, А. П. Казанцев, П. Д Старшов. Терапия вирусных болезней. Ленинград, «Медицина», 1979.

2. Е. С. Кетиладзе. Экспресс-диагностика гриппа и других острых респираторных вирусных заболеваний методом иммунофлюоресценции. Ленинград, «Медицина», 1979.

4. Ф. Г. Эпштейн. Грипп и гриппоподобные заболевания, 1972.

Сдано в набор 21/IX-81 г. Подписано к печати 15/V-81 г.
Формат 60×84 1/16. Печ. л. 1,25. НЕ 03582. Тираж 500. Заказ ВК-138.

Иркутская областная типография № 1 Областного управления
издательств, полиграфии и книжной торговли
г. Иркутск, ул. К. Маркса, 11, ф. 2.

gost.e-ecolog.ru