

КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА

Доц. А. Е. РЕЗНИК

(Казань)

Пандемия гриппа 1957 г. охватила все страны мира и характеризуется чрезвычайно высоким коэффициентом заболеваемости. Столь широкое распространение гриппа привлекает внимание не только медицинских работников, но и всей широкой общественности к вопросам клиники и профилактики гриппа.

Первое достоверное описание эпидемии гриппа относится к 1510 г., когда заболевание, начавшееся в Мальте, распространилось в Италию, Францию, Испанию и другие страны Европы. По Гиршу с 1510 г. по 1850 г. в Европе насчитывалось 9 обширных пандемий и 125 отдельных пандемических вспышек. В мае 1889 г. в Бухаре началась одна из самых значительных пандемий, распространившаяся в течение полутора лет по всему земному шару. Наиболее жестокая в истории человечества пандемия гриппа, «испанка», началась в 1918 г. и за полтора года охватила все районы земного шара, вызвав огромное количество жертв.

Текущая пандемия гриппа появилась в феврале — марте 1957 г. в северо-восточных районах Китайской Народной Республики, откуда распространилась по всему Китаю. В течение апреля — мая эпидемия гриппа охватила большинство стран Юго-Восточной Азии и распространилась далее на запад, охватив Пакистан, Иран, Аравийский полуостров, Африку. В течение июня — августа грипп был завезен в Европу, Австралию, Южную и Северную Америку.

В СССР эпидемические вспышки гриппа отмечались в мае — июне 1957 г. в Средней Азии, на Урале, в Западной Сибири и ряде других местностей, в частности — в Казани. Но большого распространения эти вспышки не имели и лишь в конце сентября и начале октября заболеваемость гриппом стала резко возрастать.

За последние годы выделен ряд различных типов вируса гриппа, в том числе вирус типа «А», «А₁», «А₂», «В», «В₁», «С». Текущая пандемия вызвана вирусом гриппа «А₂» или А-Азия-57.

Вирус гриппа неустойчив к действию высокой температуры. Солнечный свет, ультрафиолетовые лучи инактивируют вирус гриппа. Дезинфицирующие вещества: этиловый спирт, сулема, фенол, хлорная вода, хлор, формалин быстро инактивируют вирус гриппа.

Источником гриппозной инфекции является больной человек. У больного гриппом при кашле, чихании, разговоре выбрасываются из дыхательных путей инфекционные аэрозоли и большие капли, создавая вокруг больного атмосферу, инфицированную вирусом гриппа. Некоторое эпидемиологическое значение имеют и предметы обихода, инфицированные гриппозным вирусом (посуда, белье и т. п.). Каждый больной гриппом, особенно переносящий на ногах легкую форму этой болезни, опасен в смысле распространения инфекции.

Патогенез гриппа. Проникнув в организм восприимчивого человека через носоглотку, вирус гриппа закрепляется в поверхностном эпителиальном слое слизистой оболочки верхних дыхательных путей. В носоглотке больных гриппом возникают большие скопления вируса. Количество его значительно возрастает в первые дни заболевания, после падения температуры оно быстро уменьшается. До последнего времени считалось, что период размножения вируса в слизистой оболочке длится 3—4 дня, однако, по данным проф. В. М. Жданова и В. В. Ритовой, оказывается, что вирус не исчезает в первые три дня болезни, а продолжает выделяться и в более поздние сроки, до 7-го дня включительно. Вирус гриппа пневмотропен и размножается в клетках эпителия респираторного тракта. По мере размножения вируса и развития инфекции, процесс постепенно захватывает трахею, бронхи, бронхиолы, вплоть до клеток эпителия альвеол легочной ткани. В зависимости от глубины поражения, развиваются клинические проявления. Вирус гриппа проникает и в кровь, но вирусемия не является существенным звеном патогенеза гриппа и длится непродолжительное время. Общие болезненные симптомы, характерные для клиники гриппа, возникают в результате воздействия токсических продуктов гриппозного вируса, главным образом, на нервную и сердечно-сосудистую систему.

В патогенезе гриппа определенное значение имеет вторичная микрофлора. Заболевание гриппом снижает иммунореактивность организма, что создает благоприятные условия для развития вторичной инфекции. Поврежденный мерцательный эпителий респираторного тракта лишается своей защитной функции и представляет благоприятную среду для инвазии вторичной микрофлоры, что и наблюдается в осложненных случаях гриппа.

При всем разнообразии клинических проявлений гриппа принято различать 2 основные формы течения болезни: неосложненное и осложненное течение, причем за осложнение нужно считать обострение имеющегося заболевания или появление нового заболевания. Обращает на себя внимание большой диапазон форм тяжести течения болезни от легких, амбулаторно протекающих случаев, до заболеваний чрезвычайно тяжелых, протекающих с резко выраженными явлениями токсикоза.

Инкубационный период обычно длится от нескольких часов до 1—2 суток. Характерными для гриппа являются общетоксические явления, с самого начала заболевания выступающие на первый план. Явления катарального воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей обычно появляются на 2—3 день болезни, а в ряде случаев могут и совсем отсутствовать.

Грипп, протекающий без осложнений, в большинстве случаев длится от 1 до 5 дней, чаще всего заболевание заканчивается в течение 3 дней. Случаи, когда после 5 дней болезни температура не снижается, или, снизившись, вновь повышается, обычно связаны с осложненным течением гриппа или с обострением ранее имевшегося хронического заболевания. Чаще всего заболевание начинается быстрым подъемом температуры до 38—40°. Пик температуры в большинстве случаев наблюдается на 1—2 дне заболевания.

Заболевание обычно начинается ознобом. Одновременно с повышением температуры появляются общая разбитость, слабость, головные боли, преимущественно в передней половине головы — в надглазницах, в висках, в области лба. Нередко отмечают головокружение, тошноту, рвоту, глазные симптомы (резь, боли в глазах). Катаральные явления со стороны дыхательных путей могут быть нерезко выражены и обычно появляются на 2—3 день болезни, при этом отмечают затруднение дыхания через нос или насморк (без обильных выделений), охриплость,

кашель. Кашель сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. Больные жалуются на ощущение боли и ломоты во всем теле, потерю аппетита, бессонницу. Отмечается чувство сухости и першения в зеве, гортани. Сознание не нарушается, даже при очень высокой температуре. Вышеописанные явления могут протекать с той или иной степенью выраженности, но иногда они достигают крайней интенсивности. Внешний вид больных в большинстве случаев довольно характерный: гиперемированное, иногда слегка отечное лицо, блестящие глаза. Лихорадка — один из важных симптомов гриппа. Температура быстро подымается до высоких цифр, продолжительность лихорадки в пределах 3 дней, реже лихорадка длится 4—5 дней. Снижается температура критически или ускоренным лизисом в течение 1—2 дней. В некоторых случаях отмечается двугорбая температурная кривая. Как правило, причиной такого повторного подъема температуры является наступившее осложнение.

Приблизительно у 25% больных заболевание протекает при субфебрильной температуре. В некоторых случаях грипп сопровождается другими явлениями токсикоза, но без температурной реакции. Наиболее характерной жалобой больных гриппом является головная боль, исчезающая со снижением температуры. Чувство разбитости, ломоты, болей в костях, мышцах появляется в первый же день заболевания, длится 2—3 дня и исчезает со снижением температуры. Обращает на себя внимание выраженная слабость с момента заболевания. Ощущение слабости нередко остается у больных после снижения температуры и в ряде случаев продолжается в течение 1—2 недель после выздоровления.

При осмотре больного показателны гиперемия кожи лица и конъюнктив. Кожа обычно влажная на ощупь. Описываемые некоторыми авторами разнообразные сыпи, по-видимому, связаны с приемом различных лекарственных веществ. Многие авторы отмечают, что им не приходилось видеть сыпи, непосредственно относящейся к гриппозному заболеванию. У большинства больных наблюдаются катаральные изменения слизистых оболочек дыхательных путей. Нередко бывают носовые кровотечения.

У наблюдаемых нами больных гриппом в течение октября 1957 г. катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей отмечались в большинстве случаев, но степень выраженности их была весьма незначительна. У многих больных были однократные или повторные носовые кровотечения. Встречающиеся ангины у гриппозных больных являются осложнениями гриппа. Многие больные страдали трахеитами, бронхитами.

Изменения со стороны легких бывают двоякими: первичные гриппозные геморрагические пневмонии, как проявления особой формы течения гриппа, и вторичные гриппозные пневмонии бактериального происхождения, представляющие собой осложненное течение гриппа. Гриппозные геморрагические пневмонии вызываются гриппозным вирусом. Клинически эти пневмонии протекают крайне тяжело и обычно приводят к смерти. В пандемию 1918—1919 гг. геморрагические пневмонии были весьма обыденной причиной высокой летальности. В настоящее время такие пневмонии встречаются только единично; клиника их характеризуется чрезвычайной тяжестью состояния больного, резкой одышкой, цианозом, тахикардией, появлением серозно-кровянистой мокроты. Физикальные, рентгеновские данные, исследование крови (лейкопения), с учетом описанной выше клиники, дают возможность поставить правильный диагноз.

Сердечно-сосудистая система у больных гриппом нарушается соответственно тяжести токсикоза. Пульс обычно лабильный и в ряде случаев отстает от температуры. Кровяное давление часто снижается, причем ги-

потония может отмечаться и в периоде реконвалесценции. В тяжело протекающих случаях имеется расширение границ сердца, приглушение тонов, систолический шум на верхушке, аритмии.

Вирус гриппа поражает по преимуществу дыхательные пути и нервную систему: центральную, вегетативную, периферическую. Обычно нервная система страдает при всех формах течения гриппа, но больше всего в тех случаях, когда гриппозный вирус локализуется в нервной системе. Клиническая картина течения таких форм складывается из общих гриппозных явлений и ряда нервных симптомов с явлениями периферических или центральных поражений. В таких случаях на фоне обычного течения гриппа наблюдаются сильные головные боли, шум в ушах, тошнота, рвота. Сознание может быть помрачено, возможны бредовые явления, галлюцинации, а иногда — явления депрессии.

В ряде случаев бывают кожная гиперестезия, невралгии, артралгии и неврозы.

Иногда, при отсутствии катаральных явлений, нервные симптомы составляют основное содержание клинической картины. В таких случаях нервные поражения могут относиться то всецело к центральной нервной системе (менингиты, миелиты, энцефалиты), то к периферической нервной системе (невралгии тройничного нерва, межреберных и других нервов, радикулиты и т. п.), могут быть и смешанные формы.

В течении гриппозной инфекции значительны изменения белой крови. По данным Е. А. Колядницкой, А. М. Дубняковой, у 25% больных заболевание с первого же дня протекает с лейкопенией, которая к третьему дню болезни наблюдается у 75% больных. Возможны анэозинофилия, относительный лимфоцитоз, моноцитоз, сдвиг влево нейтрофильного ряда. РОЭ, как правило, — в пределах нормы. При неосложненном течении гриппа заболевание заканчивается в течение 3—5 дней, но чувство слабости длится 1—2 недели и более после снижения температуры.

Осложненное течение гриппа связано с наложением вторичной инфекции на ослабленный под влиянием гриппозной интоксикации организм. Наиболее тяжело осложнения со стороны органов дыхания, особенно пневмонии. Следует отличать первичные гриппозные геморрагические пневмонии, вызванные вирусом гриппа, от вторичных, осложненных бактериальной микрофлорой (пневмококки, палочки инфлюэнцы, стрептококки). Вторичные пневмонии возникают в первые дни болезни, к концу клинического течения гриппа и в период выздоровления. При современных методах сульфамидной терапии и терапии антибиотиками опасность вторичных пневмоний снизилась, но и сейчас они — определенная угроза для жизни больного, в особенности для детей младшего возраста и пожилых людей. Поздняя госпитализация таких больных ухудшает прогноз.

Течение вторичных гриппозных пневмоний весьма разнообразно как по тяжести, так и по длительности; в значительном числе случаев при своевременном лечении они протекают легко, но встречаются тяжело протекающие случаи, осложняющиеся нагноительными процессами (bronхоэктазы, абсцессы, гангрены легких). Продолжительность течения указанных пневмоний — от нескольких дней до нескольких недель и больше.

Кроме осложнений со стороны органов дыхания, могут наблюдаться отиты, этмоидиты, гаймориты, фронтиты и ряд других осложнений со стороны различных систем и органов.

Основным моментом в возникновении осложнений является снижение сопротивляемости организма под влиянием гриппозной инфекции, в результате чего создаются благоприятные условия для инвазии и размножения различной микрофлоры и обострения ранее имевшихся хронических заболеваний. Осложниться могут начало заболевания гриппом, любой момент течения болезни и период реконвалесценции. Осложнение увели-

чивает лихорадочный период, меняет картину крови (может наблюдаться лейкоцитоз с нейтрофильным сдвигом влево), отчего, в зависимости от возникшего осложнения, складывается соответствующая симптоматика. В случаях, когда лихорадочный период при гриппе затягивается более 5—6 дней, обычно имеет место осложненное течение болезни. Следует учитывать, что в период пандемической волны гриппа целый ряд остролихорадочных инфекционных заболеваний в первый период своего течения сплошь и рядом проходят под диагнозом «грипп», и лишь длительный лихорадочный период и четкое выявление иных симптомов заставляют врача пересмотреть диагноз.

ДИАГНОСТИКА И ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА

Характерен для гриппа следующий симптомокомплекс: внезапный подъем температуры, озноб, общее недомогание, боли в мышцах, глазах, голове, слабость, легкий сухой кашель, превалирование общих токсических явлений над катаральными. Насморк проявляется не с начала заболевания, а несколько позже и обычно не бывает сильно выраженным. Данные лабораторных исследований оказывают существенную помощь в правильном распознавании гриппа. Вирусологические методы исследования не только подтверждают диагноз «грипп», но и определяют тип вируса, вызвавшего заболевание в конкретном случае. Методы лабораторного исследования подробно описаны в статье С. М. Вяселевой. Наиболее трудной задачей является дифференциация гриппа от острых катаров верхних дыхательных путей.

Ниже мы приводим таблицу из монографии Ф. Г. Эпштейна «Грипп и острые катары дыхательных путей», в которой подробно разобрана дифференциальная диагностика гриппа и острого катара дыхательных путей.

ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНАЯ ДИАГНОСТИКА ГРИППА И ОСТРЫХ КАТАРОВ ДЫХАТЕЛЬНЫХ ПУТЕЙ

Признаки	Грипп	Острые катары дыхательных путей
По этиологии		
Возбудитель	Специфический вирус гриппа А, А ₁ и Б	Точно еще не установлен, часто имеет значение микробная флора. Некоторые формы, например, заразный насморк, вызываются, по-видимому, какими-то вирусами
Простуда	Не имеет решающего значения	В большинстве случаев основной фактор
Иммунитет	Создается	Не создается
По эпидемиологии		
Распространение	Быстрое, с охватом значительных контингентов, иногда ряда городов, стран	Зависят от метеорологических данных, чаще отмечаются в переходное время года, во время холодной сырой погоды
Продолжительность вспышки	Кратковременная с быстрым подъемом и крутым падением	Регулярные сезонные колебания в зависимости от погоды

Признаки	Грипп	Острые катары дыхательных путей
Климатические особенности	Не решают вопроса	Имеют большое значение
Контагиозность	Высокая	Отсутствует для взрослых, за исключением заразного насморка. Для детей представляет опасность
Очаговость	Частое явление	Наблюдается редко
По клинике		
Начало заболевания	Внезапное, с ознобом, обычно без продромальных явлений	Постепенное
Облик больного	Специфический „гриппозный“	Неспецифический
Преобладающая симптоматика	Общая интоксикация	Явления катаров дыхательных путей
Токсикоз	Выражен	Отсутствует или слабо выражен
Катаральные явления	Могут не наблюдаться	Основные симптомы
Головная боль, разбитость, адинамия	Выражены резко	Выражены умеренно или отсутствуют
Лихорадка	Обычно значительная	Чаще субфебрильная
Боли в глазах, конъюнктивит	Обычно выражены	Отсутствуют или редки
Гипотония	Выражена	Не обязательна
Потливость	Частое явление с начала заболевания	Наблюдается реже
Насморк	Может быть. Часто появляется на 2—3-й день заболевания	Интенсивный с начала заболевания
Кашель	Короткий, сухой. Отмечается непостоянно	Интенсивный, часто с выделением мокроты
Осложнения	Часто, главным образом со стороны дыхательных путей	Редки
Повторность заболевания у переболевшего	Нечастая	Может быть частой
По лабораторным данным		
Кровь	Лейкопения со 2—3-го, часто с 1-го дня заболевания. Анги гипозинофилия, нейтропения, относительный лимфоцитоз, моноцитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, тромбопения. РОЭ обычно не ускорена	Чаще нормальное количество лейкоцитов или небольшой лейкоцитоз; анэозинофилии, нейтропении, лимфоцитоз; моноцитоза, токсической зернистости нейтрофилов обычно нет. РОЭ часто ускорена. Тромбопении не наблюдается
Реакция гемагглютинации со смывами из зева	Часто положительная	Отрицательная
Риноцитоскопия	Наличие клеток цилиндрического эпителия в первые дни заболевания в отпечатках с нижней носовой раковины	Единичные клетки цилиндрического эпителия наблюдаются изредка при отсутствии хронических заболеваний носа (при последних могут наблюдаться у 40% больных)
Рост антител к вирусу гриппа	В большинстве случаев наблюдается	Не наблюдается

Установление диагноза «грипп» в период эпидемической вспышки не представляет большой трудности, труднее диагностируется грипп в неэпидемическое время. В амбулаторной практике диагноз «грипп» в это время в большинстве случаев является ошибочным. В результате ошибочного диагностирования гриппа не распознается ряд острых инфекционных болезней, туберкулез, атипично протекающие пневмонии и другие, аналогичные заболевания. Нередко диагноз «грипп» ставится в случаях субфебрилитета при гипертиреозе, сепсисе, эндокардите, при различных заболеваниях зева, придаточных полостей носа, дыхательных путей.

Лечение. Независимо от тяжести состояния, больной гриппом должен находиться в постели до снижения температуры и исчезновения явлений токсикоза. Даже в легких случаях заболевания следует строго соблюдать постельный режим с целью предупреждения осложнений и профилактики инфекции среди окружающих. Помещение, где находится больной, нужно проветривать, а температуру в комнате поддерживать в пределах 18—19°.

Больной должен соблюдать правила личной гигиены (уход за зубами, полоскание рта и т. п.). Ему полезно обильное питье (горячий чай с сушеной малиной, медом). Пища должна быть не раздражающей, питательной и содержать необходимое количество витаминов.

Лечение больных заключается в применении специфической противогриппозной сыворотки, акрихина, эсмолина и ряда симптоматических средств. Противогриппозная сыворотка в виде порошка вводится в дыхательные пути; это делается при помощи порошковдувателя или непосредственным втягиванием порошка в нос. Дозировка сыворотки 0,5 г, два-три раза в день до снижения температуры.

В связи с тем, что настоящая пандемия гриппа вызвана вирусом А₂, нельзя рассчитывать на должный лечебный эффект выпущенных ранее поливалентных сывороток. Проф. В. М. Жданов указывает, что за последние месяцы налажено производство специфической противогриппозной сыворотки, действующей против ныне циркулирующих вирусов. При наличии такой сыворотки, ее в первую очередь следует применять для лечения больных детей (так как дети тяжелее переносят заболевание). С целью серотерапии следует широко применять гамма-глобулин и коревую сыворотку.

За последнее время в лечении гриппа широко применяется акрихин в дозировке 0,1 г три раза в день в течение трех суток до падения температуры. Лечебный эффект от акрихина заметен при применении его с первого-второго дня болезни. Проф. Ф. Г. Эпштейн указывает, что акрихин оказывает угнетающее воздействие на вирус гриппа. Противопоказание к применению акрихина: психические болезни, органические поражения центральной нервной системы, декомпенсация печени, почек, сердечно-сосудистой системы.

Проф. Г. И. Сперанский в своей статье («Медицинский работник» от 1 ноября 1957 г.) не рекомендует применение акрихина детям, больным гриппом; он считает, что в данном случае акрихин не дает определенного лечебного эффекта, но в то же время у детей нередко возникает тяжелое состояние, вызываемое его побочным действием.

Проф. З. В. Ермольевой был получен антибиотик животного происхождения — эсмолин. З. В. Ермольева и ее сотрудники доказали, что он влияет на вирус гриппа *in vitro*; эсмолин оказался эффективным и при заражении мышей гриппозным вирусом. Клиническое испытание его при гриппе дало различные результаты. Во всяком случае, из известных в настоящее время антибиотиков только эсмолин оказывает специфическое воздействие против гриппозного вируса.

Экмолин применяется 3 раза в день в виде 8—10 капель в каждый носовой ход. Хорошо добавлять к каждому миллилитру жидкого экмолина 10.000 единиц пенициллина. Препарат дается до падения температуры.

За последнее время для лечения гриппа предложен кутизон. Он дается в таблетках по 0,005 г 3 раза в день в течение 2—3 суток. Детям дозировка уменьшается соответственно возрасту. Сульфаниламиды и антибиотики (пенициллин и биомицин) не оказывают никакого воздействия на вирус гриппа. Эти препараты следует применять с целью профилактики осложнений (у ослабленных больных, у страдающих хроническими заболеваниями дыхательных органов). При осложнениях (пневмония, пиелит, гайморит, синусит и т. п.) следует немедленно начать лечение сульфаниламидами и антибиотиками по методам, принятым для лечения данного заболевания.

Для лечения больных гриппом пользуются и рядом симптоматических средств. При сильных головных, мышечных болях применяют пирамидон, фенацетин, аспирин в сочетании с кофеином; при бессоннице, возбуждении — бром, бехтеревскую микстуру, снотворные. Сухой кашель следует лечить банками, горчичниками, кодеином. Для облегчения откашливания назначают отхаркивающие средства. В зависимости от показаний, применяются и другие симптоматические средства.

При осложненном течении болезни, а также при заболевании гриппом беременных, стариков, людей с туберкулезом или хроническими страданиями дыхательных путей лечение следует проводить в больничных условиях.

ЛИТЕРАТУРА

1. А. Ф. Билибин и К. В. Бунин. Курс инфекционных болезней. Медгиз, 1956.
2. И. В. Давыдовский. Патологическая анатомия и патогенез болезней человека. Медгиз, 1956.
3. Г. Маковер. Грипп. Медгиз, 1956.
4. Д. М. Российский. Грипп и острые катары верхних дыхательных путей. Медгиз, 1951.
5. Ф. Г. Эпштейн. Грипп и острые катары дыхательных путей. Медгиз, 1955.
6. Труды объединенной научной сессии АМН СССР. Грипп и острые катары верхних дыхательных путей, изд. АМН СССР, 1953.

Статья поступила 15 ноября 1957 г.