

## КЛИНИКА И ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА

За последнее десятилетие имели место чрезвычайно обширные пандемии гриппа в 1957 г., в 1959 г. и значительная эпидемиологическая вспышка в начале 1962 года.

В настоящее время в северо-западных районах Советского Союза наблюдаются эпидемические вспышки гриппа. В последние дни значительно повысилась заболеваемость гриппом и в городе Казани.

Основным возбудителем последних эпидемических вспышек является вирус гриппа типа А<sub>2</sub>.

Источником инфекции, как известно, является человек, больной гриппом. При кашле, чихании, разговоре выбрасывается из дыхательных путей большое количество аэрозолей, на которых адсорбирован вирус, создавая вокруг больного атмосферу, инфицированную вирусом гриппа.

Возбудитель гриппа обладает значительной эпителиотропностью, токсичностью и определенным антигенным действием. Особенно выраженный тропизм вирус гриппа имеет к эпителию дыхательных путей.

Проникнув в организм восприимчивого человека через носоглотку, вирус гриппа закрепляется в поверхностном эпителиальном слое слизистых оболочек верхних дыхательных путей. По мере размножения вируса и развития заболевания в ряде случаев может возникать поражение трахеи, бронхов, бронхиол вплоть до поражения альвеолярного эпителия легочной ткани. Кроме поражения эпителиального покрова дыхательных путей, в процесс вовлекается подлежащая ткань и сосудистая сеть.

Из дыхательных путей вирус, проникнув в ток крови, разносится в различные органы и ткани, оказывая на них определенное токсическое воздействие. Размножение вируса происходит только в эпителиальных клетках дыхательных путей.

Наиболее характерной чертой заболевания является интоксикация, возникающая вследствие непосредственного токсического действия вируса на клетку, а также в результате накопления в организме токсических продуктов нарушенного обмена веществ.

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

Несмотря на многообразие клинических форм гриппа, практически целесообразно различать: 1) неосложненное течение и 2) осложненное течение вследствие воздействия вторичной микрофлоры.

Заболевание гриппом может протекать как в легкой, средней тяжести, так и в чрезвычайно тяжелой форме. По нашим данным, в период пандемий 1957 г. в Казани легких форм было 55,3%, средней тяжести — 35,3% и тяжелых — 9,4%. В 1959 г. легкая форма отмечалась в 43%, средней тяжести — в 44,6% и тяжелая — в 12,4% случаев. Причем среди последней группы больных наблюдаются отдельные молниеносные формы течения болезни, приводящие к летальному исходу. Среди тяжелых форм заболевания, закончившихся смертельным исходом, основной процент падал на младший детский и старческий возраст.

Инкубационный период обычно в пределах 1—2 дней, но у ряда больных он может укорачиваться до нескольких часов или удлиняться до 3—4 дней.

Клиническое течение неосложненных форм гриппа характеризуется острым началом заболевания, выраженной интоксикацией и непродолжительным лихорадочным периодом (в среднем 3—4 дня с колебаниями от 1 до 7 дней).

В период наблюдаемых нами вспышек гриппа острое начало заболевания было у 85% больных. Причем почти всегда температура поднималась с ознобом, больные жаловались на сильную головную боль в области лба, висков и глазниц (96%).

Обращал на себя внимание быстрый подъем температуры до 38—40° в течение первых двух дней болезни. У большинства наблюдаемых больных (85%) отмечалось чувство разбитости, ломоты во всем теле, адинамия (61%), потеря аппетита (68%). У некоторых больных были жалобы на головокружение, бессоницу, боль в горле, конъюнктивит и боль в глазах, тошноту, рвоту. Все вышеперечисленные симптомы говорят о выраженной интоксикации организма, и, видимо, поэтому ощущение слабости, понижение работоспособности у большинства больных после снижения температуры держались длительное время (8—10 дней). На 2-й и 3-й день заболевания часто присоединялись катаральные явления со стороны верхних дыхательных путей. Отмечается затруднение дыхания через нос, насморк (без обильных выделений), охриплость, кашель, обычно сухой, иногда с выделением небольшого количества мокроты. Отмечается чувство сухости и першения в зеве и гортани.

При объективном исследовании обращает внимание гиперемия лица и конъюнктивы, кожа обычно влажная на ощупь. Изредка могут наблюдаться различные нехарактерные высыпания, присущие самому заболеванию. Однако в последние годы часто встречаемся с наличием разнообразных элементов сыпи, в основном — полиморфно-розеолозного характера, возникающих вследствие применения различных медикаментозных средств и, главным образом, антибиотиков. Широкое и подчас необоснованное применение антибиотиков и сульфаниламидов, особенно в период эпидемических вспышек гриппа, несомненно, увеличит количество подобных случаев, что может затруднить диагностику.

Гриппозный бронхит, возникающий у ряда больных, начинается с 3—4 дня болезни и проявляется обычно сухим кашлем и рассеянными сухими хрипами. У 43,5% больных мы отмечали приглушение тонов сердца, у 29,5% — относительную брадикардию. Часто встречалась большая лабильность пульса.

При лабораторном исследовании крови у 46% больных мы наблюдали лейкопению с лимфоцитозом, у 56% была ускоренная РОЭ.

При исследовании мочи у 11% больных наблюдалась альбуминурия и у 5,5% — микрогематурия.

Начавшееся остро заболевание достигает высшей степени развития в течение первого-второго дня болезни. В последующие дни степень интоксикации уменьшается. Температура у наблюдаемых нами больных приходила к норме у 57% ускоренным лизисом и у 43% — критически. Длительность температурного периода у 46,5% была в пределах 4 дней.

У 15% наблюдалась двухволновая лихорадка с общей продолжительностью в 6—8 дней.

В пандемию 1957 г., по нашим наблюдениям, осложненное течение гриппа было у 11,5% больных, в 1959 г. — у 18%. Из осложнений чаще всего встречаются поражения органов дыхания, фронтиты, гаймориты, отиты, поражения нервной системы.

Со стороны органов дыхания могут наблюдаться гриппозные ларинготрахеиты, бронхиты, бронхолиты и пневмонии. Гриппозные пневмонии чаще всего были смешанной этиологии (вирус гриппа и вторичная микрофлора). Однако могут возникать пневмонии, вызванные только вирусом гриппа, протекающие нередко в виде геморрагических пневмоний.

Лобулярная геморрагическая пневмония является очень грозным проявлением течения болезни. Она характеризуется высокой температурой, резким ухудшением состояния, мучительным кашлем со слизисто-гноевой и кровянистой мокротой, болями в области груди и выраженной одышкой. Течение болезни очень тяжелое и может закончиться смертельным исходом. Из 23 смертельных случаев, описанных нами в период пандемии 1957 г., в 5 была геморрагическая пневмония. Из 30 случаев смерти в 1959 г. геморрагические пневмонии наблюдались в 13.

Чаще у больных гриппом встречаются пневмонии, вызванные вторичной микрофлорой. Клиническая картина этих пневмоний не отличается от картины обычных бактериальных пневмоний. Так как они протекают на фоне заболевания гриппом, то резко отягощают течение болезни.

Осложнения со стороны нервной системы объясняются нейротропизмом вируса гриппа и его токсинов. Так, например, по данным Ю. С. Мартынова, поражение головного мозга встречается в 64% в виде энцефалопатий, менингоэнцефалитов, церебральных арахноидитов, расстройств мозгового кровообращения. Поражение периферических нервов встречается в 20%: радикулиты (пояснично-крестцовые, шейно-плечевые), невралгии (межреберных нервов, тройничного нерва), невриты лицевого нерва. Вегетативную дисфункцию с астеническим синдромом автор наблюдал у 14% больных, поражение спинного мозга (миелиты, спинальные арахноидиты) — у 2%. Ю. С. Мартынов отмечает, что чаще осложнения со стороны нервной системы бывают у больных гриппом, вызванным вирусом А<sub>2</sub>, реже — вирусами А, А<sub>1</sub>, В, С, Д.

При установлении диагноза гриппа следует учитывать эпидемиологические данные (контакт с больным гриппом в семейном очаге, коллективе и т. д.), клиническое течение болезни и данные лабораторных методов исследования.

Несмотря на разнообразие клинических форм, заболевание гриппом характеризуется в большинстве случаев четко очерченной клинической картиной, в основе которой лежит быстро наступающая интоксикация. Окончательная постановка диагноза облегчается лабораторными методами исследования.

Из лабораторных методов исследования практическое значение имеют методы ранней диагностики (в первые два — три дня болезни). Наиболее простым и доступным методом является риноцитоскопическое исследование, при котором выявляются в отпечатках со слизистой носа эпителиальные, цилиндрические слущенные клетки. Более достоверным (особенно при дифференциальной диагностике с аденовирусными инфекциями) в настоящее время считается не простой метод отпечатков, а нахождение в протоплазме клеток цилиндрического эпителия специфических включений, характерных для вируса гриппа. Для обнаружения вирусных включений в клетках цилиндрического эпителия разработан ряд методов окраски, не сложных технически (метод Н. И. Морозкина, Г. Т. Павловского). По данным Змечоровской, у больных гриппом вирусные включения обнаружены в 72,7% и преимущественно в клетках цилиндрического эпителия (62,5%).

Заслуживает внимания для ранней диагностики гриппа реакция связывания комплемента (РСК) с носоглоточным смывом. Причем больший процент положительных данных получается при концентрации вируса гриппа на адсорбенте пермутите (в течение одного часа при 37°). По данным Ефимова-Шер, в период эпидемии методом РСК с концентрацией вирус гриппа обнаружен в 65%, а в период максимального подъема частота обнаружения вируса с помощью этого метода достигала 82%. Весьма перспективным методом ранней диагностики является метод флуоресцирующих антител. Для этого необходим люминесцентный микроскоп и очищенные гриппозные флуоресцирующие сыворотки. Прямой метод иммунофлуоресценции позволяет обнаружить антиген в ядрах и цитоплазме клеток цилиндрического эпителия. Этим методом удастся подтвердить диагноз гриппа (по данным Н. Н. Жилиной, Е. С. Кетиладзе и др.) в том же проценте случаев, что и при помощи серологических методов. Остальные современные исследования — метод выделения вируса, определение вируснейтрализующих антител, реакция задержки гемагглютинации, метод микроэлектрофореза — либо являются сложными по постановке, либо имеют значение только для ретроспективной диагностики.

Дифференциальную диагностику гриппа следует проводить в первую очередь с острым катаром верхних дыхательных путей бактериальной и аденовирусной этиологии и с целым рядом инфекционных и соматических заболеваний, протекающих с острым началом и быстрым подъемом температуры.

Даже в период эпидемической вспышки надо учитывать возможность других заболеваний, протекающих, особенно в начальном периоде, с симптоматологией, сходной с клиническими проявлениями гриппа.

Во время вспышки госпитализации подлежат больные гриппом с тяжелыми осложнениями и в первую очередь из общежитий и закрытых детских учреждений. При оставлении больного гриппом на дому следует создавать условия максимальной его изоляции.

Больные должны соблюдать постельный режим весь период заболевания. Показаны горячее обильное питье, пища должна быть калорийной, с достаточным количеством витаминов. Из специфических средств лечения наиболее эффективным является применение поливалентной противогриппозной сыворотки в первые два дня болезни (2—3 раза в сутки по 0,5 г сухой или 2 мл жидкой сыворотки). Сыворотка вводится в носоглотку больного. В случаях тяжелого течения, особенно у детей, можно рекомендовать сыворотку реконвалесцентов гриппа или специфический  $\gamma$ -глобулин для парентерального введения. В связи с наличием кислородной недостаточности желательное применение, особенно в тяжелых случаях, кислородной терапии (кислородная палатка или подкожное введение кислорода до литра в день).

Из симптоматической терапии при необходимости можно применять жаропонижающие, болеутоляющие и кардиотонические средства, которые предупреждают возможность коллапса (камфара, кофеин, «стрихнин, кордиамин и др.). Отмечается необоснованное увлечение антибиотиками и сульфаниламидными препаратами при лечении больных гриппом. Имеющиеся в настоящее время антибиотики и сульфаниламиды не оказывают никакого влияния на вирус гриппа, и поэтому их назначение при неосложненном гриппе явно нецелесообразно, особенно учитывая их побочное действие на организм. Применение антибиотиков и сульфаниламидов показано лишь в случаях осложненного течения болезни (вторичной микрофлоры). С целью профилактики возможных осложнений при заболеваниях гриппом применение антибиотиков и сульфаниламидов имеет смысл у беременных, у детей гипотрофиков, у реконвалесцентов после других болезней, у больных с хроническими заболеваниями дыхательной системы, сердца, у больных диабетом и у стариков.

Составили проф. А. Е. Резник, асс. Д. Ш. Еналеева

## ЭПИДЕМИОЛОГИЯ И ПРОФИЛАКТИКА ВИРУСНОГО ГРИППА

Возбудителем гриппа может являться один из нескольких вирусов, сходных по основным биологическим свойствам, но отличающихся антигенной структурой и поэтому не вызывающих перекрестного иммунитета.

В настоящее время известны шесть основных серологических типов вирусов гриппа, обозначаемых как вирусы А, А<sub>1</sub>, А<sub>2</sub>, В, С и Д. Наиболее часто регистрируются заболевания гриппом, вызываемые вирусами А и В; распространенность гриппа С и Д изучена недостаточно, чаще они наблюдаются у детей, нежели у взрослых.

Важной особенностью вирусов гриппа, особенно вирусов А и В, является прогрессирующая изменчивость их антигенной структуры в эпидемическом процессе. Изменения антигенной структуры вирусов гриппа, циркулирующих среди населения, происходят почти одновременно и притом примерно в одном направлении во всем мире, в результате чего из года в год появляются новые антигенные разновидности вирусов гриппа, приходящие на смену старым, ранее доминировавшим. Результатом этого