

Александр ЧУЧАЛИН:

ОТСРОЧКА В ЛЕЧЕНИИ ГРИППА — УГРОЗА ЖИЗНИ ПАЦИЕНТА

Респираторные заболевания, вызываемые вирусом гриппа, являются одной из основных причин заболеваемости и смертности в глобальном масштабе. Ежегодно во всем мире эпидемии гриппа, по разным оценкам, приводят к 3—5 млн случаев заболеваний в тяжелой форме и 250 000—500 000 случаям смерти. Сегодня в 50 регионах России (преимущественно, в европейской части) отмечено превышение эпидемических порогов. От последствий гриппа в РФ в январе 2016 г. уже скончалось более 100 человек. В основном смертельные случаи наступали из-за гриппа А(Н1N1)рdm09. О проблемах помощи при гриппе и ОРВИ и мерах их преодоления рассказывает главный внештатный специалист-терапевт Минздрава РФ, академик РАН Александр Григорьевич ЧУЧАЛИН.

? — Какова на сегодняшний день ситуация с заболеваемостью гриппом?

— Наиболее информативные сведения сегодня получены от органов московского здравоохранения, и они достаточно серьезны. Заболеваемость ОРВИ и гриппом в целом за первые 10 дней года более чем в два раза превысила показатели предыдущего года. Такое увеличение количества ОРВИ коррелирует с заболеваемостью пневмонией: по данным станции скорой и неотложной медицинской помощи Москвы им. Пучкова, количество вызовов по поводу пневмонии в 2016 г., с 1 по 12 января, почти вдвое больше, чем за аналогичный период 2015 г. (4 727 случаев в 2016 году против 2 839 в 2015 г.). При этом стоит отметить, что многие пациенты переносят пневмонию в амбулаторных условиях. Несмотря на то что в Москве разработана система этапной помощи больным с респираторными заболеваниями, основное влияние на ситуацию, конечно, оказывают врачи первичного звена. Именно на этом этапе происходит первичная диагностика и решается вопрос о дальнейших лечебных мероприятиях. К сожалению, из-за задержки повторного осмотра пациента часто вовремя не диагностируются осложнения ОРВИ и гриппа, недооцениваются угрожающие симптомы. Все это ведет к отсрочке принятия решения о своевременной и рациональной терапии. Применительно к пневмонии, основные проблемы —



это позднее назначение и смена антибактериальной терапии и задержка с госпитализацией. Поэтому некоторое время назад Департаментом здравоохранения Москвы были выпущены методические рекомендации по ведению больного внебольничной пневмонией в амбулаторных условиях. Впервые в городских рекомендациях была введена прогностическая шкала CRB-65 — это оценка клинической картины и данных физикального обследования по количеству баллов. Сумма полученных баллов позволяет оп-

ределить прогноз пациента и место, где он должен лечиться. Пациент на участке ни в коем случае ни на день не должен оставаться без присмотра. Врач все время должен знать о том, что происходит с пациентом, и помнить, что одышка — это грозный признак неблагоприятного течения пневмонии, ОРВИ, гриппа, требующая принятия экстренных мер.

? — Александр Григорьевич, что такое свиной грипп?

— Свиной грипп — респираторное заболевание свиней, которое вызывается вирусом гриппа А и периодически провоцирует вспышки заболевания у животных. Подобно всем вирусам гриппа вирус свиного гриппа характеризуется постоянной изменчивостью. В настоящий момент выделяют четыре основных подтипа вируса гриппа А, выявленные у свиней: H1N1, H1N2, H3N2 и H3N1, большинство принадлежит к подтипу H1N1. Некоторые подтипы (H1N1, H3N2) приобрели способность передаваться человеку. Ранее наблюдались лишь отдельные случаи заражения людей свиным гриппом. Сейчас их регистрируется все больше, отмечается передача вирусов гриппа от человека человеку. Предположительно, способ заражения подобен инфицированию сезонным гриппом среди людей, которое осуществляется через кашель или чихание больных. Человек может заразиться и после того, как дотронется до предмета, на поверхности которого находятся респираторные выделения с вирусом гриппа, а затем до своего рта или носа. Последняя вспышка гриппа А(Н1N1) была отмечена в 2009 г. (так называемая Калифорния/2009. Официальное название, принятое ВОЗ в 2011 г., — А(Н1N1)рdm09). В эпидемический процесс были вовлечены многие страны — США, Канада, Мексика, Чили, Великобритания, Франция, Германия, Австралия, Россия, Китай, Япония и др.

По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), лабораторно подтверждено более полумиллиона случаев гриппа A(H1N1)pdm09. Наибольшая восприимчивость отмечалась среди детей и молодежи до 24 лет. В 2009 г. половину больных составили женщины, а из них еще почти половину — беременные женщины, это дополнительный фактор риска. В ходе эпидемии вирусу присвоен 6 класс опасности (т. е. регистрация пандемии гриппа A(H1N1)pdm09, который легко передается от человека к человеку, а болезнь захватывает многие страны и континенты). По официальной информации ВОЗ случаи смертельного исхода по итогам пандемии (Калифорния/2009) составили 17,4 тыс. человек. В Россию вирус A(H1N1) проник осенью 2009 г., пик заболеваемости пришелся на конец октября — начало ноября. Каждый третий случай удалось верифицировать как грипп A(H1N1), а летальность составила почти 17%.

? — *Чем характеризуется клиническая симптоматика гриппа A(H1N1)pdm09?*

— Симптомы гриппа A(H1N1)pdm09 такие же, как и симптомы сезонного гриппа, и включают кашель, повышение температуры, боль в горле, боли в мышцах, недомогание и головную боль. У некоторых больных имеют место желудочно-кишечные симптомы (тошнота, рвота и/или диарея). При этом особенностью вируса A(H1N1)pdm09 является способность инфицировать нижние дыхательные пути и вызывать быстро прогрессирующую дыхательную недостаточность и острый респираторный дистресс-синдром (ОРДС) со стойкой гипоксемией, пневмонию. Именно этой проблеме была посвящена видеоконференция «Тяжелая пневмония», организованная при поддержке Департамента здравоохранения Москвы, прошедшая 18 января 2016 г. на Первом медицинском канале. В ней приняли участие ведущие клиницисты страны: д.м.н., профессор, главный специалист в области рентгенологии и image-диагностики Игорь Евгеньевич Тюрин, д.м.н., профессор, главный пульмонолог Москвы Андрей Станиславович Белевский, д.м.н., профессор,

главный реаниматолог-анестезиолог Департамента здравоохранения Москвы Денис Николаевич Проценко и др. Целью нашей конференции было поделиться опытом с врачами России по ведению тяжелых пациентов, у которых на фоне гриппа развивается острый респираторный дистресс-синдром, осложненный инфекционными пневмониями. Реальность нашей ситуации (по опыту 2009 г.) заключается в том, что лишь небольшое число пациентов с тяжелыми формами гриппа, пневмонией и одышкой госпитализируется напрямую в отделения реанимации — 2,8%. Примерно 2 суток эти больные обычно находятся либо в инфекционном отделении, либо в пульмонологическом, когда внешне течение болезни кажется достаточно спокойным. Однако некоторые сопутствующие факторы риска, в первую очередь беременность, ХОБЛ, алкоголизм, определяют возможность тяжелого течения и очень быстрое развитие одышки и гипоксемии.

Поэтому в ходе видеоконференции особое внимание было уделено проблеме недооценки угрожающих симптомов заболевания. Вследствие этого происходит отсрочка в принятии решения о назначении препаратов первой линии терапии ОРВИ и гриппа.

? — *Каковы современные рекомендации по ведению пациентов с гриппом и пневмонией, вызванными штаммом A(H1N1)pdm09?*

— Грипп и те патологические изменения, которые происходят в органах дыхания, это предельно динамичный процесс. Трудно представить себе другую болезнь, которая так быстро меняла бы клиническую ситуацию. И сегодняшний грипп отличается от прежнего гриппа — по природе, по течению, несмотря на идентичность возбудителя. Поэтому, возвращаясь к уже упомянутым московским рекомендациям, хочу обратить внимание специалистов на изложенную в них крайне важную и современную информацию об основных возбудителях внебольничной пневмонии, правилах диагностики, правилах выбора антибиотикотерапии, критериях эффективности и правилах смены антибиотика, прави-

кроме того...

лах ведения медленно разрешающейся пневмонии, особых случаях, нуждающихся в консультации заведующего отделением и/или пульмонолога, данных по режиму дозирования лекарств. В разделе «Особые случаи» изложены, например, рекомендации по ведению гриппа и пневмонии у беременных.

Рекомендациями определены критические точки развития наиболее опасных осложнений. В первую очередь ОРДС, пневмония первых двух дней заболевания вирусной этиологии. В этих случаях этиология подтверждается молекулярными методами (RT-PCR), а доказательства бактериальной природы процесса отсутствуют. Регистрируются опасификация альвеол в базальных отделах легких и острая дыхательная недостаточность. Лечебный алгоритм в подобной ситуации предполагает применение базисной противовирусной терапии в качестве стартовой эмпирической терапии (осельтамивир, занамивир, Ингавирин). Помимо этого, пациентам необходима респираторная поддержка (кислород, бронхолитики, неинвазивная вентиляция легких, альвеолярная перкуссия, искусственная вентиляция легких), антибиотикотерапия и вспомогательная терапия. Респираторная терапия во многом зависит от степени проявления гипоксемии. Мы настаиваем на пошаговом решении вопроса, постоянном мониторинге и контроле уровня оксигенации, особенно при проведении ИВЛ в агрессивных режимах. Главное — это правильно определить степень тяжести, проведя пульсоксиметрию. О легкой степени тяжести свидетельствуют показатели $PO_2/FiO_2 > 200$ mm/Hg, о средней — $PO_2/FiO_2 < 200$ mm/Hg, о тяжелой — $PO_2/FiO_2 < 100$ mm/Hg. Наши пациенты, особенно имеющие хронические легочные заболевания, адаптированы к одышке, они годами ей страдают, и могут не сообщить врачу об этом симптоме. В этих случаях низкие показатели содержания кислорода — объективный и достоверный критерий тяжести процесса.

Говоря об антимикробной терапии, рекомендации основываются на анализе клинико-эпидемиологической ситуации в городе и на длительности течения вирусного процесса или пребывания в

стационаре. Поскольку у пациентов отделения реанимации происходит очень быстрая суперинфекция госпитальными штаммами, то стартовая антимикробная терапия носит режим так называемого максимального назначения.

Итак, ОРДС — одно из наиболее грозных осложнений, которое встречается у больных гриппом. Сегодня практически в каждом большом стационаре России есть такие пациенты. Большое бремя ложится на плечи врачей-реаниматологов. Мы призываем врачей воспользоваться нашим опытом. Что делать, если на фоне ИВЛ возникает рефрактерная форма гипоксемии, какие есть резервные методы? Вопрос в отношении антиоксидантов. Считается, что они действуют на основной патогенетический механизм, но сохраняется скептическое отношение многих специалистов в отношении назначения этих препаратов. Появились предложения применять гранулоцит-моноцит КСФ. Мы применяли этот метод у тяжелых больных с пневмонией, находящихся более 40 дней на ИВЛ. Не можем сказать, что это сыграло решающую роль. Но существуют крупные центры, в частности Ганноверский, которые занимаются этой проблемой и получают хорошие результаты. Ингаляционные вазодилататоры, а также простаглицлины были успешно применены в Научно-исследовательском институте скорой помощи им. Н.В. Склифосовского. Еще одно очень интересное направление — действие на опережение в отношении развития тяжелых фиброзных изменений в легких путем применения мезенхимальных стволовых клеток.

Чем лечить не надо? Не рекомендуется назначать N-ацетилцистеин. Протеин С — предельно дорогой препарат, но у больных с ОРДС он не оказал никакого эффекта. Много говорят о противовоспалительных эффектах статинов, иногда их назначают больным с ХОБЛ, с затяжными пневмониями. Но в случае ОРДС статины себя никак не показали. Много дискуссий ведется сейчас по поводу сурфактанта. Действительно, у детей это базовый препарат при лечении РДС, но у взрослых он не столь эффективен. Однако у сурфак-

танта есть выраженный иммуномодулирующий эффект, который может быть использован.

Суммируя сказанное, подчеркну, что сегодня принципиальное значение приобретает применение в отношении этой группы больных стратегии по типу «острого коронарного синдрома», предполагающей проведение ранней диагностики, своевременного принятия решения, назначения этиотропной терапии, включая, как антивирусную, так и антибактериальную.

Развитием ОРДС и пневмонии не ограничивается перечень серьезных осложнений гриппа. На 5–7-й день существует опасность присоединения грамположительных возбудителей. Сохранение лихорадки в эти сроки, как правило, свидетельствует о какой-либо организованной локальной бактериальной инфекции в виде гайморита, фронтита, пиелонефрита, а также пневмонии без яркой симптоматики. Во всех случаях лихорадки свыше недели необходимо исключать очаговую инфекцию, которая может не иметь яркой клинической картины. Следующий критический период при вирусной инфекции наступает для пациента на второй-третьей неделе от начала заболевания. Вирусы — это всегда иммуносупрессия. Именно резкое снижение иммунитета дает возможность присоединиться грамотрицательной флоре.

Возвращаясь к нашей сегодняшней ситуации, характеризующейся высокой заболеваемостью ОРВИ и гриппом, отмечу, что большую тревогу вызывает широкое применение препаратов с сомнительной противовирусной активностью. Я хочу особо подчеркнуть, и мы стараемся максимально широко донести эту информацию до врачей первичного звена, что существуют препараты с высоким уровнем доказательности: осельтамивир, занамивир, Ингавирин. Именно на них следует полагаться при лечении пациентов с ОРВИ или гриппом и быть внимательными к симптомам заболевания.



