

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ БОЛЬНЫМ С ТЯЖЕЛЫМИ ПНЕВМОНИЯМИ НА ФОНЕ ГРИППА А/Н1N1

К. Г. Шаповалов¹, Т. Е. Белокриницкая¹, В. Ф. Лига², Н. В. Ларева¹, А. П. Филев¹,
Ю. В. Пархоменко¹, Ф. Р. Чепцов⁴, В. А. Шильников³, И. Н. Шилина⁴,
С. В. Костромитин³, А. Р. Махазгаев⁴, Д. Н. Шищенко⁴, А. В. Малярчиков¹

¹ ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава

² Министерство Здравоохранения Забайкальского края

³ ГУЗ Краевая клиническая больница, Чита

⁴ МУЗ Городская клиническая больница №1, Чита

Organizing Medical Care to Patients with Severe Pneumonias in the Presence of A/H1N1 Influenza

K. G. Shapovalov¹, T. Ye. Belokrinitzskaya¹, V. F. Liga², N. V. Lareva¹, A. P. Filev¹,
Yu. V. Parkhomenko¹, F. R. Cheptsov⁴, V. A. Shilnikov³, I. N. Shilina⁴, S. V. Kostromitin³,
A. R. Makhazgdayev⁴, D. N. Shishenkov⁴, A. V. Malyarchikov¹

¹ Chita State Medical Academy, Russian Agency for Health Care

² Ministry of Health of the Trans-Baikal Territory

³ Territorial Clinical Hospital, Chita

⁴ Town Clinical Hospital One, Chita

В статье приведены особенности организации медицинской помощи и интенсивной терапии больным с осложненными формами гриппа А/Н1N1/09 и сезонного гриппа в Забайкальском крае осенью 2009 года. *Ключевые слова:* грипп А/Н1N1/09, пневмония, интенсивная терапия.

The paper describes the way medical and intensive cares are organized to patients with complicated forms of A/H1N1 and seasonal influenzas in the Trans-Baikal Territory in the fall of 2009. *Key words:* A/H1N1/09 influenza, pneumonia, intensive therapy.

В октябре и ноябре 2009 г. в Чите отмечен рост заболевших гриппом А/Н1N1. В течение 3-х недель число обратившихся за медицинской помощью с ОРВИ возросло и превысило эпидемический порог в 8,6 раза, появились осложнения в виде тяжелых вирусно-бактериальных пневмоний и летальные исходы. Врачи Забайкальского края одними из первых в нашей стране столкнулись с необходимостью решения целого комплекса проблем, связанных с оказанием помощи больным с данной патологией. Значительный прирост стационарных больных побудил к рассмотрению ряда организационных вопросов оказания медицинской помощи.

Среди многочисленных трудностей, с которыми столкнулись врачи, в том числе анестезиологи-реаниматологи в условиях пандемии гриппа А/Н1N1 и массового поступления больных, явилось отсутствие четких алгоритмов лечебной тактики при тяжелых формах инфекционного процесса и вызванных им осложнений.

Цель публикации — представление систематизированных сведений об опыте организации стационарной помощи и схеме интенсивной терапии тяжелых пневмоний на фоне гриппа А/Н1N1.

Вопросы организации медицинской помощи

На фоне значительного потока больных с тяжелым течением гриппа, в нашем регионе принят ряд организационных решений.

1. Из многопрофильных стационаров выписано максимальное количество больных;
2. Прекращена плановая госпитализация;
3. В учреждениях здравоохранения введен строгий карантин;
4. Для госпитализации беременных с гриппом отведен крупнейший в краевом центре многопрофильный стационар (краевая клиническая больница №1 — ККБ №1), имеющий в своем составе перинатальный центр, гинекологическое отделение, два отделения реанимации и интенсивной терапии на 24 койки. Всего в ККБ №1 выделено 500 мест для больных с ОРВИ, из них 340 — для беременных (280 — в малых изолирован-

Адрес для корреспонденции (Correspondence to):

Шаповалов Константин Геннадьевич
E-mail: shkg26@mail.ru

Исходы тяжелых пневмоний на фоне ОРВИ в Чите (осень 2009 г.)

Стационары	Поступило больных в ОРИТ*	Проведена инвазивная ИВЛ	Летальность
ККБ №1	49	17 (35%)	17 (35%)
ГКБ №1	60	22 (37%)	20 (33%)

Примечание. * — представлены данные только за неполный месячный период.

ных палатах), 80 мест — в перинатальном центре. Тактика госпитализации беременных: до 30 недель беременности — в ККБ №1, свыше 30 недель — в перинатальный центр. Для лечения взрослых пациентов с пневмониями выделено 160 мест (стационар обслуживал 2 дежурных дня в неделю). Кочная ёмкость отделений реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) ККБ №1 увеличена до 30, из них 12 — выделено для больных с ОРВИ.

5. Госпитализацию взрослых пациентов преимущественно производили в городскую клиническую больницу №1 (ГКБ №1) — 4 дежурных дня в неделю. Больных с тяжелыми пневмониями переводили из прочих стационаров города также в ОРИТ ГКБ №1.

6. Общий коечный фонд ОРИТ ГКБ №1 увеличен с 31-й до 50-и коек. Выделено ОРИТ для оказания помощи больным с тяжелыми формами гриппа 18 коек.

7. Проведено усиление дежурных бригад ОРИТ, как врачебного, так и среднего медицинского персонала — за счет внутренних резервов и привлечения клинических ординаторов меакадемии.

8. Разработано методическое письмо по организации и схеме оказания медицинской помощи больным с тяжелыми формами гриппа, утвержденное министерством здравоохранения края.

9. Дополнительно приобретена аппаратура для ИВЛ.

Как показывает накопившийся в настоящее время опыт, эти меры оказались оправданными и весьма удачными.

Массовое поступление в стационар больных в тяжелом и среднетяжелом состоянии с признаками дыхательной недостаточности, которым требовалось динамическое врачебное наблюдение и респираторная поддержка, определило необходимость организации палат респираторной терапии. В данных палатах проводили кислородотерапию, ингаляции через небулайзеры. Для развертывания новых кислородных точек использовали кислородные ингаляционные станции типа КИС-М, выделенные структурами Минобороны. Наибольшую эффективность при проведении оксигенотерапии проявили маски с мешком-ресивером, маски с клапаном Вентури.

На фоне поступления значительного количества пациентов, нуждающихся в респираторной поддержке, резко увеличилось потребление кислорода. Так, в ГКБ №1 при среднемесечной потребности — 3 тонны жидкого кислорода израсходовано 9 тонн.

В период эпидемии усилилось внимание надзорных органов, как к организации лечебного процес-

са, так и к собственно лечению больных. Серьезной проблемой являлся вопрос об обеспечении медицинскими кадрами, имеющими соответствующие сертификаты по специальности. К сожалению, в отношении эпидемий не предусмотрены нормативные акты Росздравнадзора.

Всего в ОРИТ ККБ №1 и ГКБ №1 за неполный месяц госпитализировано 109 больных с пневмониями, причем показатели тяжести течения и летальности в разных стационарах практически идентичные (табл. 1). Следует отметить, что в представленной таблице учитывались пациенты с тяжелыми пневмониями, которым в указанные сроки потребовалась интенсивная терапия, вне зависимости от этиологического фактора (грипп А/Н1N1 подтверждался в последующем не у всех больных). Органами санэпиднадзора признано нецелесообразным рутинное массовое вирусологическое исследование заболевших.

Нами отмечен ряд клинических особенностей тяжелых пневмоний на фоне гриппа А/Н1N1:

- сухой непродуктивный кашель;
- серозно-геморрагическая мокрота;
- затяжное течение;
- лейкопения;
- тромбоцитопения.

Серьезной проблемой оказалось большое количество беременных женщин, заболевших гриппом А/Н1N1. Ежедневные темпы прироста заболеваемости в этой популяции в Забайкальском крае достигли в разгар эпидемии — 111%, в то время как этот показатель среди взрослых составил 67%. В целом на пике эпидемического процесса заболели 14% от всех состоящих на диспансерном учете беременных, что существенно превысило аналогичные показатели в других группах населения (дети, подростки, взрослые). При этом в 12% случаев регистрировались осложнения, в 5% — среднетяжелые и тяжелые вирусно-бактериальные пневмонии, в 0,3% — летальные исходы. Развитие тяжелых пневмоний наблюдалось преимущественно в возрастной группе 25—45 лет.

Несомненна необходимость технического усиления отделений реанимации и интенсивной терапии при массовом поступлении больных с пневмониями на фоне ОРВИ:

- развертывание дополнительных кислородных точек (по 1-й на больного);
- приобретение пульсоксиметров, в том числе портативных (на каждого больного + для персонала приемных и терапевтических отделений);
- приобретение небулайзеров (на каждого больного);

Дозы противовирусных препаратов при лечении и профилактике гриппа А/Н1N1

Препарат	Лечение	Профилактика
Осельтамивир (тамифлю)	1 капсула 75 мг или 75 мг суспензии 2 раза в день 5 дней, при тяжелом гриппе доза может быть увеличена до 150 мг 2 раза в день, курс — до 10 дней.	
Занамивир* (реленза)	Две 5-мг ингаляции (всего 10 мг) 2 раза в день в течение 5 дней, курс — до 10 дней	
Интерферон альфа-2b в суппозиториях	Лёгкой степени — 500000 МЕ 2 раза в день 5 дней Средней степени — 500000 МЕ 2 раза в день 5 дней, далее поддерживающая доза 150000 МЕ 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель Тяжёлой степени — 500000 МЕ 2 раза в день 10 дней, далее поддерживающая доза 150000 МЕ 2 раза в день по 2 раза в неделю в течение 3 недель	150000 МЕ 2 раза в день в течение 5 дней
Циклоферон**	500 мг 2 раза в день в/в до 10 дней, при тяжелом течении — далее поддерживающая терапия по 500 мг в/в 1 раз в 5 дней до 3 недель	

Примечание. * — назначают 2 препарата: осельтамивир или занамивир в сочетании с интерфероном альфа-2b или циклофероном.

— приобретение кислородных масок, в том числе с клапаном Вентури, назальных канюль;

— оснащение аппаратурой для неинвазивной ИВЛ (≈10–20% от числа больных);

— оснащение современной аппаратурой для инвазивной ИВЛ (до 50% от числа больных в ОРИТ);

— оснащение противопролежневыми матрасами (до 50% от числа больных).

Заслуживает внимания психологическое состояние в коллективе ОРИТ в период эпидемии, которое можно охарактеризовать как депрессивное, вследствие влияния ряда факторов:

— массовость поступления больных;

— отсутствие единой четкой схемы интенсивной терапии;

— высокая летальность, в том числе пациентов молодого возраста;

— неудовлетворенность родственников больных результатами лечения;

— пристальное внимание к работе медучреждений со стороны органов власти;

— возрастание физической нагрузки, дополнительные дежурства;

— тревога медперсонала за судьбу родственников;

— непредсказуемость течения эпидемического процесса и невозможность прогнозирования количества поступлений.

Принятие комплекса приведённых в статье организационных решений и создание алгоритма интенсивной терапии, в первую очередь, респираторной поддержки, способствовало нивелированию неблагоприятных сдвигов психологического состояния в коллективе.

Некоторые аспекты лечения тяжёлых форм гриппа А/Н1N1

Принципиальная схема комплексной терапии включала этиотропное лечение противовирусными препаратами, антибактериальными средствами, респираторную и нутритивную поддержку, иммунозамести-

тельную и антикоагулянтную терапию, коррекцию полиорганных нарушений.

Этиотропная терапия. При проведении противовирусной терапии следует учитывать следующие правила (табл. 2) [1–3].

1. Лечение должно быть начато как можно раньше: в течение 48 часов от начала заболевания, что в большей степени обеспечивает выздоровление.

2. При лечении не следует ожидать лабораторного подтверждения гриппа, поскольку это задерживает начало терапии, а отрицательный экспресс-тест не опровергает диагноз гриппа. Чувствительность к экспресс-тестам составляет 10–70%.

3. Противовирусные препараты больным с тяжёлым или прогрессирующим течением заболевания необходимо назначать и в более поздние сроки.

Антибактериальная терапия. При диагностировании пневмонии, согласно существующим международным рекомендациям, антибактериальная терапия должна быть назначена в течение ближайших четырех часов. Этот показатель относится к числу индикаторов, по которым оценивается качество оказания лечебной помощи [3, 4].

Вторичная вирусно-бактериальная пневмония, которая развивается к концу 1-й недели от момента заболевания гриппом, наиболее часто ассоциируется со *Streptococcus pneumoniae*, *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, что подтверждают наши наблюдения. В этой ситуации предпочтительнее использовать следующие сочетания антибиотиков: цефалоспорины III поколения ± макролид или защищенный аминопенициллин ± макролид (табл. 3).

Наиболее вероятными возбудителями третичной бактериальной пневмонии, которая регистрируется на 2-й неделе от начала заболевания гриппом, являются метициллинрезистентные штаммы *Staphylococcus aureus*, *Haemophilus influenzae*, грамотрицательные микроорганизмы. Таким больным обосновано назначение следующих препаратов (в различных комбинациях): цефалоспорины IV поколения ± макролид; карбапенем; ванкомицин; линезолид.

Антибактериальные препараты для лечения пневмонии на фоне гриппа А/Н1N1

Препарат	Дозировка при парентеральном введении
Амоксициллин/клавуланат (Амоксиклав)	1–2 г в/в каждые 6–8 часов
Азитромицин (Сумамед)	500 мг в/в 1 раз в сутки
Цефтриаксон (Роцефин, Медаксон, Мовигип)	2 г в/в, в/м каждые 24 ч
Цефотаксим (Цефабол, Клафоран)	2 г в/в, в/м каждые 8 ч
Цефепим (Максипим)	2–3 г в/в каждые 12 ч
Имипинем/циластатин (Тиенам)	500 мг в/в каждые 6 ч или 1 г в/в каждые 8 ч
Меропенем (Меронем)*	1 г в/в каждые 8 ч
Ванкомицин (Ванкосин, Ванкоцин, Эдицин)*	1 г в/в каждые 12 часов
Линезолид (Зивокс)*	600 мг в/в каждые 12 часов

Примечание. * — применение у беременных женщин возможно, если потенциальная польза от лечения превышает риск неблагоприятного влияния на плод.

У всех тяжелых больных антибактериальную терапию необходимо проводить с учетом бактериологического мониторинга, в том числе при инвазивной ИВЛ — с выполнением фибробронхоскопии и обязательными посевами аспирата из дыхательных путей.

Респираторная терапия. У всех больных в приемном отделении выполнялась пульсоксиметрия, по возможности определялись газы артериальной крови. При $SpO_2 < 90$ мм рт. ст. — пациент госпитализировался в ОРИТ.

Стратегические вопросы респираторной поддержки (по степени инвазивности, пошаговый алгоритм) [4–9].

1. При $SpO_2 < 90\%$ — начать с инсуффляции увлажненного O_2 потоком от 4–6 л/мин до 10–15 л/мин через маску или назальные канюли.

2. При $SpO_2 < 90\%$ — неинвазивная ИВЛ (CPAP или BiPAP в различных технических исполнениях).

3. При $SpO_2 < 80\%$ и оценке дополнительных критериев: ЧДД, участия вспомогательных мышц, нарушений сознания — респираторная поддержка с использованием инвазивной ИВЛ.

4. При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV.

5. При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV + FiO_2 до 60%.

6. При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV + FiO_2 до 60% + лазикс 0,5–1 мг/кг.

7. При $SpO_2 < 90\%$ — инвазивная ИВЛ + РЕЕР + IRV + FiO_2 до 100% (не более 24 ч).

Показания к проведению инвазивной ИВЛ при пневмонии [4, 6, 7]:

— нарушения сознания и психики (сонливость, эйфория, возбуждение, галлюцинации);

— тахипноэ более 40 в минуту, не исчезающее после снижения температуры;

— снижение $SpO_2 < 80\%$ на фоне ингаляции кислорода, неинвазивной ИВЛ.

Каждый из перечисленных пунктов является относительным показанием к ИВЛ, сочетание признаков — абсолютное показание.

— $PaO_2/FiO_2 < 200$ мм рт. ст. — абсолютное показание.

Считаем важным отдельно остановиться на определении показаний для проведения инвазивной ИВЛ по данным пульсоксиметрии. Относительная доступность и

дешевизна современных пульсоксиметров позволили в кратчайшие сроки оснастить данными приборами персонал отделений реанимации, терапии, приемного покоя. Очевидно, что зависимость параметра SpO_2 не ограничивается только газообменом в легких, но предопределяется и состоянием гемодинамики, в частности, высокая лихорадка и расстройство микроциркуляции вносят свой вклад в значение указанного показателя. В литературе встречаются разноречивые сведения о значении SpO_2 , при котором необходимо переходить к инвазивной респираторной поддержке. Мы наблюдали пациентов с тяжелой пневмонией на фоне гриппа А/Н1N1 с эпизодическими значениями SpO_2 менее 70–80%, у которых удалось добиться позитивных результатов терапии при использовании неинвазивной ИВЛ. Таким образом, пульсоксиметрия является, с одной стороны, объективным и доступным для практического здравоохранения методом оценки кислородного статуса «у постели больного», который позволяет быстро реагировать на клиническую ситуацию и принимать регламентированные решения, что принимает особую значимость при большом потоке пациентов. С другой стороны, данные показатели не должны быть догмой, необходимо учитывать индивидуальные особенности пациента (наличие лихорадки, нарушений микроциркуляции, хронической дыхательной и сердечно-сосудистой недостаточности) и оценивать в комплексе с результатами прочих клинико-лабораторных исследований.

Особенности проведения ИВЛ при пневмонии на фоне гриппа А/Н1N1 [7, 8, 10]:

- Показано удлинение фазы вдоха (IRV — 1:1 — 1,5:1 — 2:1);

- Следует использовать инспираторную паузу («плато») не менее 15% от длительности вдоха;

- Показано применение РЕЕР, уровень которого регулируют по величине SpO_2 — до 92–93% и параметрам гемодинамики. Алгоритм — 5–8–10 (15?) см вод. ст.;

- Положение больного — головной конец кровати приподнят на 30°;

- Показан режим периодического раздувания легких (Sigh);

- Если, несмотря на высокое РЕЕР (10 см вод. ст. и более), SpO_2 — ниже 92–93%, приходится увеличивать FiO_2 до 60%;

- Р пиковое ≤ 35 см вод. ст.;

Ведение больного при проведении инвазивной респираторной терапии [7]

Мероприятия	Периодичность
Оценка сознания, общего состояния, АД, ЦВД, аускультация легких, контроль параметров ИВЛ, аспирация секрета из трубки	1 раз в час
Поворот больного, вибромассаж,	через 2–3 часа
Бронхоскопия	при наличии обильной гнойной мокроты
Пульсоксиметрия	постоянно
КЩР, газы крови	4–6 раз в сутки
Обработка полости рта 3 % раствором перекиси водорода или борной кислоты или настойкой календулы (1 чайная ложка на стакан воды)	3–4 раза в сутки
Раннее (не позднее 24 ч) энтеральное питание полисубстратными смесями (20–35 ккал/кг)	в течение 20–24 ч
Промывание мочевого катетера	2–3 раза в сутки
Клинические и биохимические анализы	1 раз в сутки
Коагулограмма	1 раз в сутки
Рентгенография легких	первые 5 суток — ежедневно, затем — по показаниям*
Посев мокроты	через 2–3 суток
Замена эндотрахеальной трубки или трахеостомической канюли	через 2–3 суток
Очистительная клизма	через 2–3 суток

Примечание. * — поскольку перевод на ИВЛ осуществляется при выраженных признаках гипоксии у матери и плода, тактика ведения представлена с учетом того, что на этом этапе беременная родоразрешена.

- Р плато ≤ 30 см вод. ст.;
- Должное PaO_2 — 55–85 мм рт. ст.;
- Должное $PaCO_2$ — 35–45 мм рт. ст.;
- Если гипоксемию не удается устранить традиционными и специальными методами ИВЛ, целесообразно использование пронального положения (прон-позиции — до 12 ч/сут);
- Установление минимального дыхательного объема, при котором нет гипоксемии (7–9 мл/кг идеальной массы тела);
- Режимы реализации инвазивной ИВЛ: CMV, SIMV, PC, PS, APRV и пр. В первые сутки после перевода на ИВЛ, как правило, требуется выключение спонтанного дыхания из-за выраженного кашля. Более целесообразны режимы вентиляции по давлению;
- Желательно сочетать вентиляцию легких с введением лекарственных средств через небулайзер, что позволяет улучшить мукоцилиарный клиренс, купировать неэффективный и непродуктивный кашель (при использовании небулайзера необходима своевременная замена фильтра-теплообменника);
- Ввиду наличия эпидемической опасности и большого риска вентилятор-ассоциированной контаминации показано применение закрытых аспирационных систем;
- Вследствие затяжного течения пневмоний и длительной (не менее 10 суток) инвазивной ИВЛ, необходимо использование эндотрахеальных трубок и трахеостомических канюль с манжетами низкого давления;
- Целесообразно применение противопролежневых матрасов.

Схема ведения больного при проведении инвазивной ИВЛ представлена в табл. 4.

Сухой непродуктивный кашель, препятствующий синхронизации с респиратором — характерная особенность пневмоний при гриппе А/Н1N1. В связи с этим, мы сталкивались с необходимостью осуществления

длительной массивной седативной терапии, введения больших доз миорелаксантов. Использование прона-позиции, повороты больных на бок, а также введение сурфактантов на несколько часов улучшали показатели газообмена.

Критерии возможности прекращения инвазивной ИВЛ при пневмонии на фоне гриппа А/Н1N1 [6–8]:

- отсутствие или значительный регресс воспалительных изменений в легких;
- отсутствие признаков SIRS;
- стабильная гемодинамика, ЧСС < 120;
- PaO_2 / FiO_2 не менее 250;
- при временном переводе на самостоятельное дыхание отношение $f/VT < 100$.

К сожалению, в связи с высоким уровнем летальности в группе больных, которым проводили инвазивную ИВЛ, прекращение респираторной поддержки потребовалось только в 5-и случаях. При этом длительность ИВЛ составляла от 2-х до 5-и недель.

Ввиду наличия выраженных сдвигов показателей системы иммунитета, затяжного течения патологии, резистентности к антибиотикам, показано проведение иммунозаместительной терапии поликлональными иммуноглобулинами [4]. Нами получены позитивные результаты использования указанного направления терапии.

Отношение к пульс-терапии большими дозами глюкокортикоидов больных с ОРДС/тяжелыми пневмониями в современной медицине, в большей степени, отрицательное. Тем не менее, при использовании препаратов данной группы у небольшого числа пациентов, нами отмечались позитивные сдвиги кислородного и гемодинамического статуса.

У всех пациентов с гриппом А/Н1N1, осложненным пневмонией, по данным коагулограммы нами регистрировалась умеренная гиперкоагуляция. У 20% больных с тяжелым течением гриппа в ОРИТ отмечалось развитие флебитов и флеботромбозов. Кроме того, тром-

боэмболические осложнения являлись непосредственной причиной смерти, что подтверждалось результатами патологоанатомического исследования. В связи с вышесказанным, считаем целесообразным назначение всем пациентам с тяжелым течением гриппа А/Н1N1 низкомолекулярных гепаринов в лечебных дозах и осуществление ежедневного коагулологического мониторинга (табл. 4). Предлагаем коллегам рассмотреть возможность назначения больным с тяжелыми пневмониями на фоне гриппа А/Н1N1 и инвазивной ИВЛ антикоагулянтов непрямого действия (варфарина).

При необходимости оперативного родоразрешения беременной с тяжелым течением гриппа А/Н1N1 в качестве анестезиологического пособия мы отдавали предпочтение спинномозговой анестезии, проводимой на фоне неинвазивной респираторной поддержки.

Обобщая результаты наших наблюдений, следует выделить ряд особенностей интенсивной терапии тяжелых форм гриппа А/Н1N1:

- частое развитие ОРДС;
- резистентность к противовирусной терапии (поздняя обращаемость!);
- резистентность к антибактериальной терапии (нозокомиальная флора?);
- частые флебиты, флеботромбозы и тромбоэмболии — при относительно умеренных сдвигах показателей коагулограммы;
- поражение периферической нервной системы (синдром Гийена-Барре);
- фибропролиферативные процессы в легких.

Следует особо отметить ошибки и необоснованные назначения при ведении больных с гриппом, которые существенно снижают эффективность лечения и увеличивают частоту неблагоприятных исходов:

- позднее начало противовирусной терапии;
- нерациональная противовирусная терапия;
- недооценка тяжести состояния на амбулаторном этапе;

Литература

1. Информационное письмо №24-0/10/1-5039 от 25 августа 2009 г. (в редакции от 03 ноября 2009 г.) — «Временные методические рекомендации «Схемы лечения и профилактики гриппа, вызванного вирусом типа А/Н1N1».
2. Ратникова Л. И., Стенько Е. А. Новый подход к терапии острых респираторных вирусных инфекций и гриппа. Поликлиника 2009; 2: 70–72.
3. CDC updated interim recommendations for obstetric health care providers related to use of antiviral medications in the treatment and prevention of influenza for the 2009–2010 Season; 2009.
4. Нозокомиальная пневмония у взрослых. Российские национальные рекомендации. М.; 2009.
5. Гордеев В. И., Александрович Ю. С., Паршин Е. В. Респираторная поддержка у детей. СПб.: ЭЛБИ-СПб.; 2009.
6. Кассиль В. Л., Выжигина М. А., Лескин Г. С. Искусственная и вспомогательная вентиляция легких. М.: Медицина; 2004.
7. Лебединский К. М., Мазурок В. А., Нефедов А. В. Основы респираторной поддержки. СПб.: МАПО; 2006.
8. Сборник рекомендаций по проведению респираторной поддержки. III-й Международный конгресс по респираторной поддержке, 25–27 августа 2009 года. Красноярск: ККМИАЦ; 2009.
9. Chiumello D., Carlesso E., Cadringer P. et al. Lung stress and strain during mechanical ventilation of the acute respiratory distress syndrome. Am. J. Respir. Crit. Care Med. 2008; 178 (4): 346–355.
10. Gattinoni L., Caironi P., Carlesso E. How to ventilate patients with acute lung injury and acute respiratory distress syndrome. Curr. Opin. Crit. Care 2005; 11 (1): 69–76.

Поступила 04.12.09

- поздняя госпитализация в стационар при среднетяжелых и тяжелых вариантах течения заболевания;
- поздняя и неадекватная респираторная поддержка;

- нерациональная антибиотикотерапия;
- избыточный объем инфузионной терапии.

В качестве предикторов тяжелого течения заболевания нами отмечены:

- курение;
- ХОБЛ;
- избыточный вес.

Заключение

Следует отметить, что приведенные сведения являются в большей степени обменом опытом, а не руководством к действию. Сезонность и urgency патологии значительно усложняют выполнение широкомасштабных рандомизированных исследований в отношении эффективности различных направлений интенсивной терапии. Как следствие, представляется затруднительным разработка схемы лечения, подтвержденной доказательствами высокого уровня. Ввиду особой способности к мутациям, разного удельного веса пациентов с гриппом А/Н1N1 относительно сезонного гриппа, коллеги прочих регионов могут столкнуться с иным клиническим течением и другими особенностями тяжелых пневмоний на фоне ОРВИ. Тем не менее, надеемся, что данная статья окажет врачам ОРИТ помощь в организационном, методическом, практическом и, возможно, психологическом аспекте.

Таким образом, тяжелые осложненные формы гриппа А/Н1N1 являются серьезной междисциплинарной медицинской проблемой, требующей взаимодействия многих специалистов для дальнейшего изучения и накопления клинического опыта.