3. Наиболее частым осложнением является отек головного мозга и ИТШ (39%).

1. Афтаева Л. Н. , Мельников В. Л., Тимербулатов А. И. Клинические особенности течения менингитов (Российская Федерация). Clinical features of meningitis Aftaeva L. , Mel'nikov V. , Timerbulatov A.3 (Russian Federation) Научно-исследовательский журнал «International scientific review». 2016. № 8 (18) с.102-103
2. Балмасова И.П., Венгеров Ю.Я., Раздобарина С.Е., Нагибина М.В. Иммунопатогенетические особенности бактериальных гнойных менингитов . Журнал Эпидемиология и инфекционные болезни Т. 19, № 5, 2014 с.4-9
3. Джафарова К.А. Этиологическая структура гнойных менингитов у детей // Саратовский научно-медицинский журнал. 2010. Т. 6, № 4. С. 780-782.
4. Шопеева Г.А., Дуйсенова А.К., Утаганов Б.К., Утаганова Т.К., Тастанбекова Л.М., Садыкова А.М. Алгоритм диагностики менингитов различной этиологии / Журнал Medicine, №12, 2014 с. 73-76.

Афтаева Л.Н., Мельников В.Л., Гербель М.Н., Первушкина А.Ю., Киселев В.Е.
Клинические проявления рожистого воспаления

*Медицинский институт, Пензенский государственный университет
(Россия, Пенза)*

doi:10.18411/lj-31-03-2018-29

idsp: 000001:lj-31-03-2018-29

Ключевые слова: грипп, вирус гриппа А, пневмония, противовирусные препараты

Keywords: influenza, influenza A virus, pneumonia, antiviral preparations.

Актуальность

Европейское бюро ВОЗ (Еженедельный экстренный бюллетень ECDC за январь 2016г.) информировала о том, что доля положительных на грипп образцов из дозорных источников, начиная с 51-й недели 2015 г., превышает 10%, что свидетельствует о начале сезона гриппа в Европейском регионе. 74% выявленных вирусов гриппа относятся к типу А, остальные 26% - к типу В. Подавляющее большинство субтипированных вирусов гриппа А и гриппа В.

Из 43 стран Европейского региона, предоставивших эпидемиологические данные в начале января 2016 г., в 35 отмечается низкая интенсивность активности гриппа, в 8 странах, а также Северной Ирландии, наблюдается средний уровень активности, 20 стран региона сообщили о росте заболеваемости гриппоподобными заболеваниями и острыми респираторными инфекциями. [1]

В конце первой декады января в европейском регионе о широком распространении гриппа заявили 9 стран - Финляндия, Ирландия, Израиль, Нидерланды, Норвегия, Португалия, Словакия, Швеция и Турция.

В граничащей с Российской Федерацией Украине, по официальным данным, ситуация с гриппом тяжелая, болеет не менее 6% населения, 70% из них – дети и беременные, имеются сообщения о летальных исходах. В Польше за первую неделю января зарегистрировано около 63 тысяч случаев гриппа и ОРВИ, регистрируются летальные исходы. Прогноз развития эпидемического процесса в Латвии не благоприятный в связи с практически отсутствием иммунной прослойки среди населения (вакцинировано менее одного процента граждан). [1]

Эпидемия 2016 г., в отличие от пандемии с ее необычно ранним началом (28.09.2009– 04.10.2009), началась в обычный для гриппа период (11.01.2016–17.01.2016). Синхронный рост заболеваемости отмечен сразу в 8 городах, расположенных в 5

Федеральных округах Европейской части России: Южном, Приволжском, Северо-Западном, Центральном и Уральском, а на следующей неделе — в городах Сибири и Дальнего Востока.

Таким образом, эпидемия 2016 года распространилась с европейской части России на восток, в отличие от пандемии, которая, наоборот, шла с Дальнего Востока на запад. Пик эпидемии в стране (с 25.01 по 31.01) наступил уже через две недели от начала эпидемии, в то время как в период пандемии 2009 года — через 6 недель. Это свидетельствует о более высоком темпе развития эпидемии последнего сезона, чем пандемии. Анализ динамики заболеваемости гриппом и ОРВИ в 59 городах РФ в среднем показал, что на пике последней эпидемии заболеваемость была больше, чем во все предшествующие сезонные эпидемии и сопоставима с показателями заболеваемости на пике эпидемий 2009–2010 гг. и 2010–2011 гг. (1,3% и 1,4% и 1,43%). [2]

В структуре циркулирующих респираторных вирусов доля вирусов гриппа - 49,5% с преобладанием вируса гриппа А(H1N1)2009 (42%), парагриппа - в 10,1% случаев, аденовирусов – в 10,4%, РС-вирусов – в 15,8%. По данным на 19.01.2016 доля гриппа, вызванного вирусом А(H1N1), в субъектах Российской Федерации достигла 56,5-100%, зарегистрировано 27 случаев летальных исходов. [1,2]

Грипп считается респираторной инфекцией с трудно предсказуемым течением и быстро развивающимися жизнеугрожающими осложнениями (пневмонии различного генеза, острый респираторный дистресс-синдром, токсический геморрагический отек легких, острая дыхательная недостаточность, острая циркуляторная недостаточность, инфекционно-токсический шок, отек головного мозга, острая иммуносупрессия (острая иммуносупрессия беременных), менингит, энцефалит, арахноидит, энцефаломиелит, энцефаломиелополирадикулоневрит, синдром Гийена-Барре), синдром Рея, миокардит, септический шок, декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний (бронхиальная астма, ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени и почек)). [3]

Цель исследования: Выявить особенности течения гриппа у взрослых пациентов.

Результаты исследования

Проведение исследования выявило 60 обследованных больных с ОРВИ. Обследование было проведено методом ПЦР. Диагноз грипп был поставлен 53 больным. Диагноз в 100 % случаев верифицирован методом ПЦР. Выделен вирус гриппа А (94%), из них гриппа А (H3N2) – 28%, 2 случая заболевания вирусом гриппа А (H1N1)pdm09 (4%). Вирус гриппа В выделен у 4 человек (6%). Вирус гриппа С не был выделен. (Рис. 1)

Рисунок 1

Среди больных гриппом доминируют женщины - 46 человек (87%), из которых 23 - беременные (43%). Мужчины – 7 человек (13% от общего числа).

При оценке возраста обследуемых больных с гриппом:

- от 18 до 39 лет - 72%; (50% из них - беременные женщины);
- от 40 до 59 лет - 19%;
- от 60 лет и старше - 9%.

Прививки от гриппа проводились 7% больным. При анализе эпидемиологической обстановки контакт с больными ОРВИ перед началом заболевания наблюдался у 37 % больных, остальные пациенты контакт с инфекционными больными отрицали.

Основная группа пациентов (76%) были госпитализированы в стационар с 1-го по 3-й день болезни. Четверть пациентов (24%) поступили в отделение позднее 4 дня болезни.

Проведена оценка тяжести состояния больных: среднетяжелая форма гриппа выявлена у 86%, в остальных случаях наблюдалась тяжелая форма (14%). Из числа беременных с гриппом диагностирована среднетяжелая форма болезни в 98% случаев.

При анализе клинических проявлений лихорадка 38,0 – 39°C наблюдалась в 59% случаев, температура более 39,0°C – в 27% случаев, температура до 38,0°C выявлена у 9% больных. Основными проявлениями гриппа являлись лихорадка, выраженные симптомы интоксикации и трахеит, которые наблюдались у 92% больных, лихорадка отсутствовала у 5% больных.

При поступлении в стационар 39% (21 человек) была проведена пульсоксиметрия. Из них 18 пациентов имели сатурацию более 95%, у 3 человек была сатурация менее 95%. В последствие 2 человека с сатурацией менее 95% были переведены в ОРИТ с острой дыхательной недостаточностью (SpO₂ 88% и 87%).

При анализе осложнений (18%) у больных гриппом выявлено:

- инфекционно-токсическая почка – 4 случая (8%)
- пневмонии – 4 случая (8%)
- 1 случай двустороннего гайморита (2%)

Диагнозы подтверждены рентгенологически. (Рис.2)

Рисунок 2

Лечение в ОРИТ проводилось 2 пациентам с пневмонией (4% от общего числа больных гриппом). Смертность в результате ДН среди больных, проходивших лечение в ОРИТ, составила 50% (2% от общего числа больных гриппом). По рентгенограмме – двусторонняя пневмония у пациентки 85 лет и правосторонняя нижнедолевая субтотальная

пневмония у умершего больного 38 лет (с фоновой патологией сердечно-сосудистой и дыхательной систем - «ХОБЛ, эмфизематозный тип. Панлобулярная эмфизема. Вторичная артериальная гипертензия. ХДН 2-3 ст. ХЛС субкомпенсированное. Бронхиальная астма ГБ 2 ст., риск3»)

Все госпитализированные больные с гриппом (100%) получали противовирусную терапию одним или двумя препаратами в соответствии с рекомендациями МЗ РФ.

При проведении лечения 58% пациентов получали Ингавирин, как монотерапию при среднетяжелой форме гриппа, а при тяжелой форме — Ингавирин в сочетании с Осельтамивиром (8%).

Осельтамивир получали 32% госпитализированных больных гриппом (беременные в 74% случаев, а также пациенты с тяжелой формой гриппа). Монотерапия Занамивиром применялась 2% больных гриппом.

Был проведен анализ сроков купирования лихорадки как важного критерия инфекционного процесса на фоне лечения Осельтамивиром или Ингавирином в стационаре. Ввиду известной максимальной эффективности противовирусных препаратов в ранние сроки болезни, в анализ были включены больные, у которых терапия была начата на 1–5 дни болезни. Анализ температурной реакции у госпитализированных больных гриппом на фоне противовирусной терапии Осельтамивиром и Ингавирином показал, что их эффективность проявлялась начиная с первых суток лечения (Табл. 1) [4].

Таблица 1

Таблица Распределение больных по срокам нормализации температуры от начала терапии осельтамивиром и Ингавирином с учетом степени тяжести болезни (в %)							
Группы больных	Доля больных с нормализацией температуры в различные сроки от начала терапии, %						
	1-й день	2-й день	3-й день	4-й день	5-й день	6-й день	7-й день
Осельтамивир Тяжелая форма,	26,9	34,6	19,2	10,3	5,1	2,6	1,3
Осельтамивир Среднетяжелая форма,	24,5	35,8	20,2	9,9	6,6	1	2
Ингавирин Среднетяжелая форма,	19,3	35,7	24,6	11,1	8,2	1,1	–

Анализ средней продолжительности лихорадки от момента начала противовирусной терапии показал, что показатели были сопоставимы у больных среднетяжелой формой гриппа при лечении Осельтамивиром и Ингавирином: $1,5 \pm 0,08$ дня и $1,4 \pm 0,16$ дня соответственно ($p > 0,05$, критерий Манна–Уитни). У больных тяжелым гриппом, получавших Осельтамивир, средняя продолжительность лихорадки от начала терапии составила $1,4 \pm 0,16$ дня и достоверно не отличалась от таковой при среднетяжелой форме гриппа.

Данные результаты демонстрируют достаточную эффективность при гриппе как Осельтамивира, так и Ингавирина в плане купирования интоксикационного синдрома при назначении препаратов до 5 дней от начала болезни. Сроки купирования катарального синдрома были более продолжительными у больных во всех группах, отставая от нормализации температуры на 2–3 дня. Это объяснимо выраженными изменениями эпителия дыхательных путей, а в ряде случаев и легких под действием вируса гриппа и быстрым присоединением вторичной инфекции. [4]

Выводы

1. Заболеваемость гриппом чаще наблюдалась у лиц женского пола (87%).

2. В 94% случаев методом ПЦР был выделен вирус гриппа А.
3. Грипп у больных чаще принимал среднетяжелое течение (86%).
4. Беременные женщины с гриппом составили 43% больных. В 98% случаев пациентки перенесли грипп в среднетяжелой форме.
5. Осложнения гриппа наблюдались у 17% больных. Из них 2 пациента (4%) были переведены в ОРИТ.

1. Методические рекомендации. Диагностика и лечение гриппа у взрослых пациентов в эпидемический сезон 2016-2017 гг. МЗ РФ. 2016 г.
2. Карпова Л.С., Бурцева Е.И., Соминина А.А. Заболеваемость гриппом и ОРВИ и летальность от гриппа в период 2009-2016 гг. в городах Российской Федерации по материалам 2-х Национальных Центров ВОЗ. ФГБУ «НИИ гриппа» Минздрава России. 2016 г.
3. Грипп у взрослых: методические рекомендации по диагностике, лечению, специфической и неспецифической профилактике / под редакцией академика, профессора А.Г. Чучалина, главного внештатного инфекциониста СЗФО проф. Т.В. Сологуб. – Санкт-Петербург: Издательско-полиграфический комплекс «НП-Принт». 2014 г.
4. Хохлова Н.И., Краснова Е. И., Ульянова А.С. и др. Грипп у взрослых в эпидемическом сезоне 2016 года и возможности противовирусной терапии // Лечащий врач. №12. 2016 г.

Левкова Е.А., Савин С.З.

Педиатрические аспекты иммунореабилитации

*Российский университет дружбы народов
(Россия, Москва)*

*Тихоокеанский государственный университет
(Россия, Хабаровск)*

doi:10.18411/lj-31-03-2018-30

idsp: 000001:lj-31-03-2018-30

Аннотация

В статье представлен лонгитюдный проект наблюдения за детьми различных возрастных групп с функциональной иммунодефицитной болезнью. Продемонстрирован опыт назначения комбинированных видов лечения в виде четырехэтапной системы иммунореабилитации.

Ключевые слова: Иммунотерапия, дети, иммунодефицитная болезнь, этапы иммунореабилитации.

Актуальность проблемы определяется с одной стороны всевозрастающей ролью иммунологии – фундаментальной общебиологической науки, в понимание генеза заболеваний, а с другой стороны – непозволительно широким использованием препаратов, обладающих влиянием на параметры иммунного ответа. Такие виды терапии имеют и многообразные обозначения от иммуномодулирующей до иммуноориентированной. Особую остроту проблема иммунореабилитации приобретает в педиатрии, когда процессы становления иммунного гомеостаза не закончены [1,2,3].

Целью проведенного исследования было представить обобщенный многолетний опыт применения методов иммунореабилитации у детей, различных возрастных групп.

Материалы и методы. Дизайн исследования охватывал временной интервал с 1996 года по 2016 год. Количество детей, получивших иммунореабилитационную терапию (все 4 этапа), составило 12 тыс., чел. Возрастное распределение было представлено в диапазоне 7,03+_4,18 лет. Все дети имели доминирующий иммунопатологический синдром – иммуносупрессорный или иммунодефицитный с