

По оценкам экспертов, последние данные эпидемиологической обстановки, сложившейся в Украине в связи с заболеваемостью ОРВИ, в частности гриппом, не являются поводом для паники. Но серьезность ситуации не вызывает сомнений. Опасения связаны не столько с масштабами распространения эпидемии, сколько с отличительными особенностями гриппа, вызванного вирусом А/Н1N1 (Калифорния). Первой особенностью является то, что вирус А/Н1N1 (Калифорния) – новый. Соответственно, специфического иммунитета против него нет ни у кого. Вторая особенность – это отсутствие вакцин с доказанной эффективностью против данного штамма. Третья особенность – это клиническая специфика течения гриппа, вызванного вышеуказанным вирусом.

Грипп и другие ОРВИ в Украине

Комментарии специалиста

Прокомментировать сложившуюся ситуацию мы попросили заведующего отделом интенсивной терапии и детоксикации НИИ эпидемиологии и инфекционных болезней им. Громашевского АМН Украины, доктора медицинских наук Виктора Ивановича Матяша.

– В клиническом течении гриппа А/Н1N1 (Калифорния) преобладают симптомы резко выраженной интоксикации. Интоксикационный синдром и связанный с ним респираторный дистресс-синдром являются основной причиной тяжелого состояния пациентов. Поэтому начинать дезинтоксикационную терапию необходимо как можно раньше (с первых минут пребывания пациента в стационаре).

– Существует значительное количество растворов для внутривенного введения. Все ли они оказывают дезинтоксикационное действие?

– Большинство врачей считают, что достижение дезинтоксикационного эффекта возможно при введении любой инфузионной среды. В то же время для получения адекватного дезинтоксикационного эффекта, например при использовании 0,9% NaCl или 5% глюкозы, необходимый объем введенных растворов должен составлять более 20 мл/кг (не менее 1600 мл раствора в сутки), что при пневмониях на фоне имеющихся изменений может привести к отеку легких за счет выхода жидкости в интерстициальное пространство. Особое значение в этой ситуации приобретает малообъемная инфузионная терапия – современное направление в инфузиологии, при котором терапевтический эффект достигается при минимальных объемах вводимой жидкости. Начинается инфузионная детоксикация с введения реосорбилакта (6-7 мл/кг):

1. При введении препарата в сосудистое русло за счет гиперосмолярности происходит поступление жидкости из межклеточного пространства в общий кровоток, «вымывая» метаболиты и токсины из поврежденного органа и улучшая микроциркуляцию в нем.

2. Это сопровождается увеличением ОЦК (за счет введенного объема препарата и межклеточной жидкости), что обеспечивает гемодилюционный эффект, благодаря чему концентрация токсинов и метаболитов в плазме снижается.

3. Усиливая перфузию в легких, инфузионная детоксикация реосорбилактом обеспечивает эффективную оксигенацию тканей.

4. За счет диуретического действия препарата токсины и метаболиты выводятся из организма.

5. Улучшая микроциркуляцию печени – главного органа детоксикации, а также пополняя депо гликогена, реосорбилакт нормализует функциональное состояние гепатоцитов и усиливает физиологическую детоксикацию.

6. Интоксикационный синдром всегда сопровождается сопутствующими метаболическими кислотозами и электролитными нарушениями. За счет натрия лактата обеспечивается эффективная и мягкая коррекция ацидоза. Наличие сбалансированного комплекса электролитов – калия, кальция, магния, а также натрия (в виде двух солей – хлорида и лактата) – позволяет корректировать сопутствующие электролитные нарушения.

Детоксикационный эффект от инфузионной терапии возможен только в тех случаях, когда существуют предпосылки для усиления естественных путей детоксикации с помощью вводимого инфузионного препарата.

Тяжелое течение гриппа в ряде случаев может сопровождаться значительной гипертермией с потерей жидкости (многократная диарея, рвота, нарушение энтерального питания), что приводит к гемодинамическим нарушениям. В наиболее тяжелых случаях развиваются сердечно-сосудистая недостаточность, респираторная недостаточность III-IV степени, полиорганная недостаточность. Инфузионная терапия, направленная на стабилизацию гемодинамики, должна начинаться немедленно.

– Каковы вероятные причины возникновения особо тяжелых случаев заболевания?

ВОЗ приводит следующие клинические особенности гриппа, вызванного штаммом А/Н1N1:

- Вирус гриппа А/Н1N1 вызывает тяжелую вирусную пневмонию чаще, чем обычный сезонный грипп.
- У взрослых, у которых развилось тяжелое течение заболевания, признаки ухудшения состояния начинались на 3-й день после появления первых симптомов.

• Грипп, вызванный вирусом А/Н1N1, характеризуется повышенным риском развития бактериальных осложнений, чаще всего стафилококковой и пневмококковой этиологии. В связи с тем что сопутствующие бактериальные инфекции встречаются чаще, чем считалось ранее, эксперты рекомендуют проводить в качестве раннего лечения эмпирическую противомикробную терапию внебольничной пневмонии (http://www.who.int/csr/disease/swineflu/notes/h1n1_clinical_features_20091016/ru/index.html).

Грипп, вызванный вирусом А/Н1N1, характеризуется повышенным риском развития бактериальных осложнений. В связи с этим эксперты рекомендуют проводить в качестве раннего лечения эмпирическую антибактериальную терапию внебольничной пневмонии.

Вирус гриппа А/Н1N1, с которым сегодня связаны наиболее тяжелые случаи заболевания, имеет выраженную тропность к легочной ткани, которая приводит к возникновению тяжелой вирусной пневмонии. Но во многих случаях вирус выполняет роль «проводника» для бактериальной инфекции, обуславливая первичное поражение и ослабление защитных систем и барьеров организма человека.

Известно, что частым осложнением, возникающим на фоне или после заболевания гриппом и другими ОРВИ, является бактериальная пневмония. В условиях, когда пораженная вирусом легочная ткань уже не способна активно противостоять инфекционной атаке, присоединение бактериальной флоры является вероятным и опасным сопутствующим процессом. Вирусная пневмония, осложненная бактериальной инфекцией, обуславливает выраженный интоксикационный синдром, приводящий в ряде случаев к развитию полиорганной недостаточности.

Именно поэтому наряду с противовирусной терапией чрезвычайную важность приобретает антибиотикопрофилактика бактериальных осложнений и их лечение наряду с ранним началом дезинтоксикационной терапии.

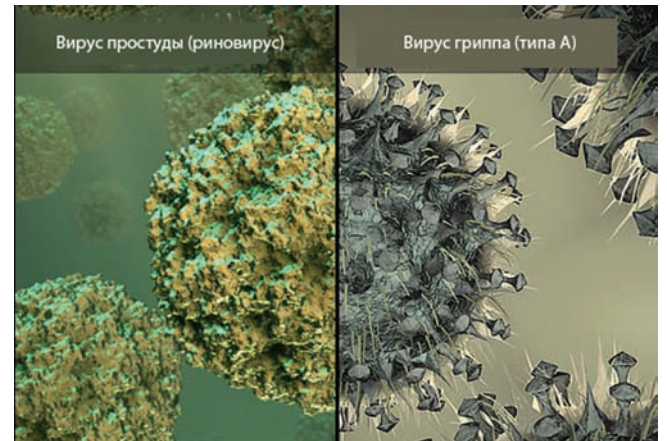
– Исходя из полученной на сайте МЗ Украины информации, рекомендации по антибиотикотерапии бактериальных осложнений, в частности пневмоний, возникших на фоне гриппа/ОРВИ, отличаются от таковых, утвержденных приказом МЗ Украины от 19.03.2007 г. № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пulьмонологія». Прокоментуйте, пожалуйста, данную ситуацию.

– Стандарты диагностики и лечения пневмоний в условиях стационара, утвержденные этим приказом, в качестве терапии выбора рекомендуют парентеральное применение комбинации защищенного аминопенициллина или цефалоспорины II-III поколения с макролидом с обязательным контролем эффективности терапии через 48-72 ч. В случае отсутствия улучшения состояния или ухудшения в этот промежуток времени проводится смена препарата антибактериальной терапии.

Основная проблема применения указанной схемы в современных условиях – слишком быстрое (до фульминантного) течение заболевания, то есть состояние пациента ухудшается настолько быстро, что поддерживать указанный интервал оценки эффективности антибактериальной терапии просто невозможно. Ожидание клинического ответа на применение комбинации защищенного аминопенициллина или цефалоспорины II-III поколения с макролидом в течение 3 суток может привести к крайне нежелательным последствиям, и заменять антибиотик будет уже поздно.

Учитывая широкое применение защищенных аминопенициллинов, цефалоспоринов и макролидов в медицинской практике, а также бесконтрольное их использование пациентами без назначения врача, вероятность неэффективности перечисленных препаратов при проведении стартовой эмпирической антибактериальной терапии и профилактики пневмонии на фоне гриппа/ОРВИ в стационаре достаточно высока. Во многих случаях неэффективность указанной схемы обусловлена резистентностью причинных патогенов и недостаточной широтой спектра указанных антибиотиков. Именно поэтому в современных условиях целесообразным является преимущественное применение в первую очередь новых фторхинолонов для внутривенного введения – левофлоксацина, гатифлоксацина, а также препаратов резерва – карбапенемов.

О приоритете использования перечисленных антибиотиков указано в утвержденном МЗ Украины от 02.11.2009 г. Алгоритме оказания медицинской помощи больным пандемическим гриппом, вызванным вирусом А/Н1N1 Калифорния (<http://moz.gov.ua:80/ua/main/press/?docID=13955>). Выдержки



из данного документа, касающиеся антибиотикотерапии, приведены ниже.

Лечение в условиях стационара

При подозрении присоединения бактериальной инфекции антибиотики назначаются сразу после забора материала для бактериологического исследования без ожидания его результатов. Рекомендуется применение антибиотиков следующих групп: фторхинолоны (левофлоксацин), защищенные клавулановой кислотой аминопенициллины, цефалоспорины III-IV поколения.

Лечение тяжелой пневмонии в условиях отделения интенсивной терапии

Назначение антибиотиков при подозрении на бактериальную инфекцию после забора материала для бактериологического исследования:

- без ожидания результатов бактериологического исследования рекомендуется внутривенное применение антибиотиков из следующих групп: карбапенемы, дорипенем, канамицин, левофлоксацин, гатифлоксацин, защищенные клавулановой кислотой аминопенициллины, защищенные цефалоспорины; беременным – Ровамицин.

При подозрении или присоединении бактериальной инфекции препаратами выбора являются новые фторхинолоны для внутривенного введения – левофлоксацин, гатифлоксацин, а также препараты резерва – карбапенемы.

Использование фторхинолонов для профилактики и лечения сопутствующих бактериальных осложнений на фоне гриппа/ОРВИ имеет огромное клиническое преимущество. Это, в частности, быстрое бактерицидное действие, которое не сопровождается массивным высвобождением эндотоксинов (эндотоксикоз, вызванный массивным высвобождением бактериальных токсинов, может фатально ухудшать течение заболевания). Спектр действия новых фторхинолонов включает практически всех вероятных возбудителей бактериальных инфекций, что позволяет использовать их в качестве монотерапии. Этим обусловлены значительная безопасность терапии и фармакоэкономические преимущества использования препарата.

В завершение приведу рекомендованные схемы применения фторхинолоновых антибиотиков для лечения и профилактики бактериальных осложнений при гриппе/ОРВИ:

Лечение сопутствующей бактериальной инфекции:

- левофлоксацин – 500 мг/100 мл внутривенно капельно 1-2 раза в сутки;
- гатифлоксацин – 400 мг/100 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки.

При подозрении на присоединение сопутствующей бактериальной инфекции:

- левофлоксацин – 500 мг/100 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки;
- гатифлоксацин – 400 мг/100 мл внутривенно капельно 1 раз в сутки.

Медицинская общественность не только Украины, но и всего мира обеспокоена нынешней эпидемиологической ситуацией. И как всегда, врачи находятся на «передовой военных действий». Только правильный выбор тактики лечения обеспечит сохранение и полноценное восстановление здоровья пациентов.

Подготовил Дмитрий Фомин

37