

В.М. Мавродий, д.м.н., профессор, В.Ю. Артеменко, г. Одесса

Вирусные пневмонии: опыт 2009-2013 гг.

Пандемии и эпидемии гриппа в Украине документированы начиная с 1918 г. И если в период пандемий 1979 и 1998 гг. мы недостаточно полно понимали этиологическую суть заболевания, то пандемия 2009 г. верифицирована, доказана связь между ОРВИ/гриппом и пневмонией как наиболее частым и грозным инфекционным осложнением.

Опыт, полученный в последующие годы, позволил переосмыслить накопленные знания о вирусных пневмониях. Изменились взгляды относительно диагностики вирусных пневмоний, противовирусных средств, антибиотикотерапии, патогенетических методов лечения, дыхательной поддержки и интенсивной терапии (WHO, ERS, 2009-2011).

Сложности этиологической диагностики и терапии вирусных пневмоний связаны, с одной стороны, с идентификацией вирусов, а с другой — наличием вирусно-бактериальной ассоциации. Это объясняется тем, что 78% больных поступают через 3-4 дня и более от начала манифестации вирусного инфицирования. В условиях местного иммунодефицита вирусная инфекция способствует трансформации сапрофитной флоры в патогенную или активации патогенной флоры полости рта, бронхиального дерева. Именно бактериальная инфекция обуславливает появление внутриальвеолярной воспалительной экссудации и рентгенологически верифицируемого инфильтрата ткани легкого.

Для диагностики вирусных пневмоний имеют значение эпидемиологическая ситуация (ОРВИ, грипп, корь), обнаружение малого числа бактерий в мазках мокроты и невозможность выделения бактериального возбудителя. Развитие бактериальной суперинфекции контролируют окрашиванием мазка мокроты по Граму.

В период эпидемии 2009-2010 гг. вирусы гриппа А или В обнаруживали в носоглоточных мазках в половине случаев внебольничной пневмонии (метод ПЦР). Заметим, что в сезон 2009-2010 гг. в нашей практике преимущественно выделялся вирус гриппа типа А, в сезон 2010-2011 гг. — в равной мере вирус гриппа типа В. Мы обратили внимание, что достаточно часто (62% случаев) гриппозная инфекция сочетается с герпетической (52% случаев, по данным метода ИФА Ig класса М), цитомегаловирусной (28% случаев) и EBV-инфекций (20% случаев). Впервые были зарегистрированы 3 очага контактной вирусной пневмонии с заболеванием различных членов семьи (2011 и 2013 гг.).

Считаем обоснованным мнение о том, что все пациенты с подозрением на вирусную пневмонию подлежат госпитализации. Следует учитывать скорость развития бронхообструктивного синдрома, острого повреждения легких, острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС) и частоту неинфекционных осложнений. Неоднократно наблюдали случаи наступления острой дыхательной недостаточности (ОДН) через 4-6 ч после поступления в стационар. В случаях ОДН (сатурация <90%, частота дыханий >25/мин, пульса >100/мин, дополнительная работа дыхательных мышц), принадлежности к группе риска по тяжелому течению пневмонии (ожирение / индекс массы тела >32 кг/м², сахарный диабет, хроническая обструктивная болезнь легких (ХОБЛ), бронхиальная астма, хроническая болезнь почек, анемия, вторичный иммунодефицит, долевое или 2-стороннее поражение, прием аспирина) необходима госпитализация в отделение анестезиологии и интенсивной терапии (ОАИТ, 76% случаев). Известно, что тяжелая вирусная пневмония и ОРДС являются основными причинами смерти (WHO, 2009-2010). В нашей практике в данном случае проводят наблюдение и лечение в условиях ОАИТ в течение 3-5 дней. Ранее рекомендованные критерии прогноза тяжести пневмоний и показания к госпитализации в ОАИТ (PORT/PSI, CURB-65) не достоверны при вирусной пневмонии.

При выслушивании легких зачастую выявляли несоответствие рентгенологической картины и скудных аускультативных феноменов, иногда только ослабленное или жесткое дыхание. Во всех случаях рекомендовали пациентам проведение спиральной компьютерной томографии (КТ) легких. В трети случаев выслушивали сухие свистящие хрипы разной тональности (чаще в нижних отделах) или диффузные. Последнее оценивали как острый бронхообструктивный синдром с учетом отсутствия в анамнезе ХОБЛ, бронхиальной астмы. Далее бронхообструкцию верифицировали методом спирометрии и оценки анамнеза астмы, ХОБЛ.

Обсуждая рентгенологическую верификацию вирусных пневмоний, следует помнить, что рентгенологические изменения могут быть неспецифическими, отмечаться только на 3-7-й день болезни. В этой связи при первом контакте настоятельно рекомендуем проведение КТ легких как более достоверного метода. Очаговые изменения, как правило, двусторонние. Сливные инфильтративные затемнения могут имитировать картину кардиогенного отека

легких. Чаще изменения находятся в базальных отделах легких. Сразу может присутствовать небольшой плевральный или междолевой выпот, обычно это ожидается на 2-й неделе от начала заболевания. Наиболее часто имеют место симптомы «матового стекла» или облачка, консолидации, пятнистые и узелковые тени. Плохой прогноз ассоциируется с 2-сторонним поражением, наличием более чем 4 очагов.

В общем анализе крови обычного при бактериальных пневмониях лейкоцитоза может не быть, скорее, лейкопения, лимфопения, моноцитоз, тромбоцитопения (34% случаев), зачастую отмечается четкий палочкоядерный сдвиг — до 20% даже при лейкопении. Кроме того, оценивали уровни креатинина, глюкозы, АЛТ, АСТ, КФК, ЛДГ, ПТИ.

Из общего количества больных пневмонией, наблюдаемых в 2009-2013 гг. (n=605), в настоящий анализ включены 210 пациентов, т. е. не всегда представлялось возможным провести ПЦР-диагностику. Среди факторов риска развития тяжелой пневмонии чаще встречали ожирение (32% случаев), ХОБЛ (31% случаев), болезни сердца и сосудов (27% случаев), сахарный диабет (16% случаев), вторичный иммунодефицит (10% случаев). Можем подтвердить мнение о преимущественном формировании вирусной пневмонии у лиц с сопутствующей патологией. Гематологические изменения дополнительно свидетельствуют о наличии вторичного иммунодефицита.

Пневмонию, возникающую у больных гриппом/ОРВИ, можно условно разделить на 3 типа: I тип — пневмония первых 2 дней заболевания, когда преобладают вирусное повреждение и ОРДС, острая дыхательная недостаточность; II тип — пневмония конца 1-й — начала 2-й недели, имеет вирусно-бактериальный характер, в основном грамположительные патогены, как правило, *S. pneumoniae*, *S. aureus*; III тип — пневмония после 14-го дня от начала заболевания, как правило, проявляется грамотрицательная флора. В целом вирусная пневмония отличается «простудным» началом, быстрым развитием,



В.М. Мавродий



В.Ю. Артеменко

III-IV поколения (левофлоксацин, Флоксимум; моксифлоксацин); защищенными аминопеницилинами (амоксциллин/клавуланат, Амоксил-К; ампициллин/сульбактам, Амписульбин); цефалоспорины III-IV поколения, лучше защищенными и с антисинегнойной активностью (цефоперазон/сульбактам, Гепациф комби; цефтриаксон/сульбактам; цефепим, Квадроцеф); карбапенемами (меропенем, Мепенам; имипенем, дорипенем). Современные макролиды (азитромицин, Азимед; кларитромицин, беременным — спирамицин) применяют, как правило, в комбинации; в резерве — линезолид (Линезолидин), гликопептиды (тейкопланин, Глитейк; ванкомицин).

Как правило, антибиотикотерапию начинают с защищенных аминопеницилинов и фторхинолона III поколения. Начинать антибактериальное лечение с группы резерва и деэскалационной терапии не рационально. Необходимо учитывать, что начальная тяжесть вирусной пневмонии определяется в первую очередь вирусной инфекцией и острым повреждением легких. Основания для смены антибиотиков — отсутствие динамики клинической и рентгенологической картины, увеличение лейкоцитоза на 3-и сутки лечения. Выбор антибиотиков в случаях гриппа/ОРВИ, осложненного пневмонией нетяжелого течения (длительность болезни — менее 7 дней) таков (табл.): амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) в/в 1,2 г 3 р/сут или цефтазидим (Цефтам) в/в 2 г 2 р/сут, или цефоперазон/сульбактам (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут в сочетании с азитромицином в/в либо внутрь (Азимед) 500 мг. При вирусной пневмонии нетяжелого течения (длительность болезни — более 7 дней) рекомендованы амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) в/в 1,2 г 3 р/сут или цефтазидим (Цефтам) в/в 2 г 2 р/сут, или цефоперазон/сульбактам (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут в сочетании с левофлоксацином (Флоксимум) в/в 500 мг 2 р/сут. При выборе амоксициллина или цефалоспорины III поколения имеет значение наличие защиты от β-лактамаз. В случае вирусной пневмонии тяжелого течения, сахарного диабета,

Таблица. Антибиотики при вирусно-бактериальной пневмонии

Вирусная пневмония	Антибиотики	Альтернатива
Нетяжелое течение, менее 7 дней	амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) 1,2 г 3 р/сут плюс азитромицин (Азимед) 500 мг/сут	цефтазидим (Цефтам) 2 г 2 р/сут или цефоперазон/сульбактам (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут плюс азитромицин (Азимед) 500 мг/сут
Нетяжелое течение, более 7 дней	амоксициллин/клавуланат (Амоксил-К) 1,2 г 3 р/сут плюс левофлоксацин (Флоксимум) 500 мг 2 р/сут	цефтазидим (Цефтам) 2 г 2 р/сут или цефоперазон/сульбактам (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут плюс левофлоксацин (Флоксимум) 500 мг 2 р/сут
Тяжелое течение, диабет, ОАИТ, менее 7 дней	левофлоксацин (Флоксимум) 500 мг 2 р/сут или моксифлоксацин 400 мг/сут плюс цефоперазон/сульбактам (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут	левофлоксацин (Флоксимум) 500 мг 2 р/сут или моксифлоксацин 400 мг/сут плюс линезолид (Линезолидин) 600 мг 2 р/сут
Тяжелое течение, лейкопения, интенсивная терапия в ОАИТ, более 7 дней	меропенем (Мепенам) 1 г 3 р/сут плюс линезолид (Линезолидин) 600 мг 2 р/сут	меропенем (Мепенам) 1 г 3 р/сут плюс тейкопланин (Глитейк) 400 мг 2-1 р/сут

одышкой, поэтому при диагностике учитывают связь между эпидемиологическим анамнезом, динамикой клинической картины и ОДН, а также своеобразные данные КТ легких.

Начиная с 2009 г. утверждена новая тактика базисного лечения гриппа и иницированной вирусной пневмонии. Современными противовирусными химиопрепаратами при вирусах гриппа типов А и В являются озелтамивир, занамивир.

Принципиальной позицией в назначении противовирусных химиопрепаратов является быстрее начало их приема — в течение первых 48 ч заболевания. Вместе с тем при проведении вирусологического исследования в течение первых 5-7 дней выявляли вирус гриппа. По-прежнему больные поступают запоздало. Это больше обычных сроков элиминации вирусного генома ОРВИ/гриппа. Полученные результаты позволили назначать противовирусные препараты в отсроченной ситуации.

Противовирусную химиотерапию проводят на фоне применения антибактериальных препаратов. После установления диагноза вирусно-бактериальной пневмонии следует незамедлительно начать внутривенную инфузионную антибактериальную терапию: фторхинолонами

проведения интенсивной терапии в ОАИТ (длительность болезни — менее 7 дней) показаны фторхинолон III-IV поколения левофлоксацин (Флоксимум) в/в 500 мг 2 р/сут или моксифлоксацин в/в 400 мг/сут в сочетании с цефоперазоном/сульбактамом (Гепациф комби) 2 г 2 р/сут либо линезолидом (Линезолидин) в/в 600 мг 2 р/сут; если возможный объем вводимой жидкости ограничен — тейкопланин (Глитейк) в/в болюсом 400 мг 2 р/сут в течение 2-3 дней, затем 400 мг/сут. При пневмонии тяжелого течения, лейкопении, проведении интенсивной терапии в ОАИТ (длительность болезни — более 7 дней) применяют меропенем (Мепенам) в/в капельно или болюсом 1 г 3 р/сут плюс линезолид (Линезолидин) в/в 600 мг 2 р/сут или тейкопланин (Глитейк) в/в капельно болюсом 400 мг 2 р/сут, затем 1 р/сут. Выбор антибиотиков обоснован риском наличия штаммов *S. aureus*, устойчивых к метициллину (MRSA), другой резистентной флоры, деструкции, вторичного иммунодефицита. Пациентам с иммунологическими нарушениями, нейтропенией, получавшим глюкокортикоиды, больным сахарным диабетом дополнительно назначали флуконазол или вориконазол. Во всех случаях с первой дозой антибиотика начинали прием лактобактерий.

Анализ сочетания вирусных инфекций позволил обосновать следующие назначения. При выявлении

диагностического уровня антител класса М к вирусам простого герпеса 1 и 2 типов возможно применение противовирусного препарата – аналога пуринового нуклеотида ДНК. Ацикловир (Герпевир) применяют внутрь 2-4 г/сут в течение 10 дней. В случае диагностического уровня антител класса М к вирусам простого герпеса 1, 2 и 6 типа, цитомегаловирусу, вирусу Эпштейна-Барр показано применение противовирусного препарата – ингибитора ДНК-полимеразы. Валацикловир (Вальтровир) рекомендуют по 500-1000 мг 2 р/сут в течение 10 дней. Главным механизмом действия этих препаратов является блокада синтеза вирусных ДНК и репликации вирусов. Считаю подход сочетанного применения противогриппозного препарата и второго противовирусного средства (Герпевир или Вальтровир) оправданным. Различный механизм противовирусного эффекта (и РНК-, и ДНК-противодействии), подавление разных вирусных геномов повышают эффективность терапии.

Вирусная этиология пневмоний предполагает парентеральное назначение интерферона α (Лаферобион) в/м, в/в по 1-3 млн МЕ/сут. В тяжелых случаях вирусной пневмонии назначаем иммуноглобулин человека для внутривенного введения в количестве 4 мл/кг на курс по 100 мл/сут.

В случае опасной лимфопении показано назначение интерлейкина-2 человека (Биолейкин) внутривенно 500 тыс. МЕ/сут; нейтропении – филграстима (Нейтрогран) подкожно 300 мкг/сут. В большинстве случаев при лейкопении использовали стимулятор лейкопоэза – рибонуклеиновую кислоту (Нуклеинат), применение которой способствует нормализации клеточного иммунитета, кооперации Т-, В-лимфоцитов и макрофагов, стимулирует миграцию стволовых клеток костного мозга в кровотоки. Нуклеинат назначают по 250 мг 4 р/сут в течение 10-14 дней.

Вследствие острого вирусного, вирусно-бактериального поражения легких развивается ранняя ОДН, при этом имеет место риск трансформации ОДН в ОРДС (рис.).

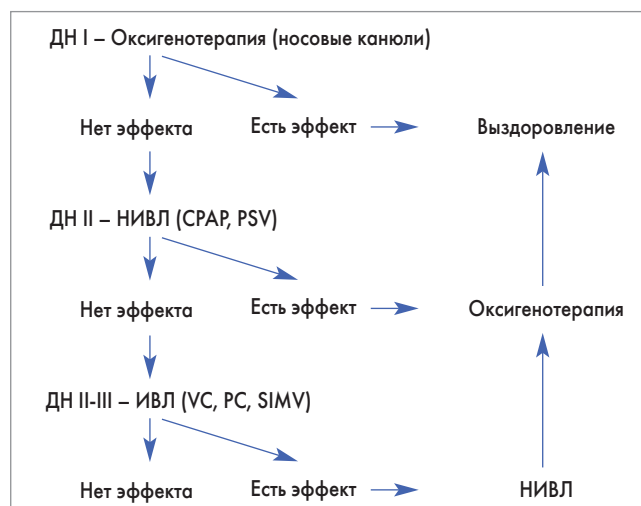


Рис.

В случае выявления одышки, снижения сатурации до 90% назначали оксигенотерапию (скорость потока – 4-6 л/мин), обычно вне сна в течение 2 ч с перерывом в 1 ч (70% больных); контролировали увеличение сатурации более 95%, работу дыхательной мускулатуры. При неэффективности осуществляли перевод на неинвазивную вентиляцию легких (НИВЛ). Основная задача НИВЛ – поддержание давления в альвеолах на вдохе и выдохе с целью профилактики их коллапсирования во время выдоха и обеспечение адекватного газообмена.

Показаниями к НИВЛ являются признаки ОДН: одышка в покое, частота дыхания >25/мин, участие в дыхании вспомогательной дыхательной мускулатуры, абдоминальный парадокс; признаки нарушения газообмена – $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт. ст., $\text{pH} < 7,2$ ед, $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст., $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ мм рт. ст.; при этом сохраняется адекватный уровень сознания. Зачастую применение НИВЛ основано у пациентов с ХОБЛ, бронхиальной астмой.

При вирусных пневмониях мы наиболее часто применяли следующие режимы НИВЛ (19% больных):

- спонтанное дыхание с положительным давлением в дыхательных путях (Continuous Positive Airway Pressure – CPAP); в этом режиме пациент дышит самостоятельно, в его дыхательных путях на протяжении всего дыхательного цикла поддерживается заданное положительное по отношению к атмосферному давлению от 5 до 12 см водн. ст.;

- поддержка давлением на вдохе (Pressure Support Ventilation – PSV); режим PSV является вспомогательным, при этом в ответ на дыхательное усилие пациента респиратор создает в дыхательных путях заданный уровень давления; вдох прекращается при снижении инспираторного потока до определенного значения (например, 25% от пикового потока), что обеспечивает хорошую синхронизацию дыхания пациента с респиратором и дополнительный дыхательный комфорт;

- режим с двумя уровнями положительного давления (auto-Bi-level Positive Airway Pressure – BiPAP); в этом режиме BiPAP задается уровнем экспираторного давления (EPAP), которое соответствует положительному давлению в конце выдоха (ПДКВ – РЕЕР), и уровнем инспираторного давления (IPAP); и то, и другое синхронизируем с дыхательными усилиями пациента, чтобы избежать протифазы вдоха/выдоха пациента и аппарата.

При развитии ОРДС более предпочтительны режимы PSV и BiPAP, чем CPAP. В течение 1-х суток НИВЛ проводится постоянно с короткими перерывами длительностью 10-20 мин. Важно подчеркнуть, что для НИВЛ необходим строгий отбор больных. Главными критериями являются сохранение сознания и согласие больного, а также стабильная гемодинамика. Желательно избегать проведения НИВЛ у больных с оценкой по шкале SAPS более 34 баллов. Помимо этого, если после пробного сеанса НИВЛ в течение 1 ч показатель $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2$ не превышает 175 мм рт. ст., необходимо рассмотреть рациональность перевода на ИВЛ.

Для связи пациента с респиратором используем носовые и лицевые маски. Носовая маска не вызывает клаустрофобии, позволяет принимать пищу, разговаривать и откашливать мокроту без снятия, имеет меньшее мертвое пространство, следовательно, требуется меньшее инспираторное давление и меньший дыхательный объем для поддержания альвеолярной вентиляции. Лицевую маску используем у тяжелых больных с нарушениями сознания, при чрезмерно большой утечке через носовую маску.

При НИВЛ осложнений значительно меньше, чем при традиционной ИВЛ. Масочная вентиляция позволяет снизить до минимума число инфекционных осложнений – синуситов, аспирации, пролежней связок и механических повреждений. При НИВЛ не происходит прямого контакта с трахеей (интубационная трубка, аспирационный катетер), полностью отсутствуют ранние и поздние осложнения и повреждения глотки, гортани и трахеи, пациент может сам откашливать мокроту после снятия маски. В отличие от ИВЛ при НИВЛ голосовые связки сохраняют свою естественную подвижность, что снижает риск развития аспирации и вентиляционной пневмонии.

Вместе с тем недостатком НИВЛ является необходимость в мотивации пациента. Настоящий метод практически не применяется у больных с нарушениями сознания (по шкале Глазго менее 9 баллов). Изредка встречаются незначительные некрозы кожи лица, конъюнктивиты, раздражение носа, транзиторная гипоксемия, общий дискомфорт, аэрофагия. Эрозии и некрозы кожи образуются чаще всего в месте наибольшего давления маски на кожу лица (чаще всего это мостик носа). Эрозии и некрозы кожи не являются серьезным осложнением, т. к. заживают в течение 2-7 дней. Транзиторная гипоксемия обычно появляется лишь во время перерыва между сеансами НИВЛ, когда пациент снимает маску. Данная проблема особенно актуальна для больных с гипоксемической ОДН. Постоянный мониторинг позволяет вовремя возобновить НИВЛ и быстро устранить гипоксемию.

На фоне CPAP процесс разрешения ОДН при тяжелой пневмонии, ОРДС, как правило, относительно длительный, чаще всего 3-7 дней и более. Использование НИВЛ позволяет уменьшить количество больных с интубацией трахеи с 29% (2007-2008) до 11% (2009-2013). При вирусной пневмонии необходимость выполнения интубации трахеи, перевода пациентов с НИВЛ на ИВЛ обусловлена ОРДС (WHO, ERS, 2009-2011).

Показаниями для прекращения НИВЛ и перехода на ИВЛ (11% больных) являются неэффективность НИВЛ, сохранение ОДН при 100% подаче кислорода, ЧД >25/мин, ЧСС >130/мин, сатурация <85%, $\text{PaCO}_2 > 50$ мм рт. ст., $\text{pH} < 7,2$ ед, $\text{PaO}_2/\text{FiO}_2 < 200$ мм рт. ст., $\text{PaO}_2 < 60$ мм рт. ст., нестабильная гемодинамика (гипотония, аритмия или ишемия миокарда), невозможность обеспечить защиту дыхательных путей (нарушение кашля, глотания), избыточная бронхиальная секреция, признаки нарушения сознания (ажитация или угнетение), неспособность пациента к сотрудничеству с медицинским персоналом, лицевая травма.

Если принято решение о начале ИВЛ, то стратегия при вирусных пневмониях такова: режим протекторной вентиляции, основная задача – обеспечить адекватный минутный объем вентиляции при минимальном риске волюмо- и баротравмы легких. Использовали режимы контроля по давлению (PC) и объему (VC), вспомогательный режим (SIMV).

Независимо от режима ИВЛ соблюдаем следующие параметры: FiO_2 0,6-0,8; дыхательный объем – 6 мл/кг, минутный объем – 10-12 л/мин; аппаратная частота – 20-25/мин; ПДКВ – 5-12 см водн. ст., давление плато – до 30 см водн. ст.; используем принципы концепции baby lung (WHO, ERS, 2010-2011). По возможности снижаем концентрацию кислорода, но с контролем сатурации не менее 95%. На этом фоне проводим санацию бронхиального дерева ежечасно, ежедневную санацию с помощью бронхоскопа; по показаниям – взятие материала

для мазка, бактериологического исследования и антибиотикограммы.

При развитии ОРДС проводим рекрутмент-маневр («открытие» альвеол) путем создания CPAP 30-45 см водн. ст. в течение 30-60 мин.

Поворачиваем больного ежечасно, при рефрактерной гипоксемии укладываем на живот для адекватной оксигенации в течение 2-6 ч 2 р/сут (концепция «мокрой губки»), при невозможности – повороты с боку на бок ежечасно; при одностороннем поражении – на здоровом боку в течение 2 ч. Отдельная позиция – по возможности раннее наложение трахеостомы. При неэффективности ИВЛ в перспективе возможно использование экстракорпоральной мембранной оксигенации.

Отлучение от ИВЛ начинаем при положительной динамике разрешения ОРДС: $\text{FiO}_2 < 0,4$; ПДКВ <5 см водн. ст., температура тела <38 °С, гемоглобин >70 г/л, стабильная гемодинамика и ясное сознание, низкая «цена дыхания», $\text{PaO}_2 > 60$ мм рт. ст. Сначала переводим больного на вспомогательную вентиляцию легких (режим SIMV), а в дальнейшем при сохранении положительной динамики начинаем НИВЛ в режиме PSV, затем CPAP. При отсутствии признаков ОДН показана масочная оксигенотерапия 4-6 л/мин. После достижения адекватных показателей оксигенации на фоне низкой «цены дыхания» переводим пациентов на долечивание в отделение терапии.

В плане последующей профилактики гриппозной инфекции и пневмонии рекомендуем пациентам в периоде реконвалесценции вакцинацию субъединичными антигенными препаратами. Для лиц групп риска старше 50 лет показана поливалентная пневмококковая вакцина.

Анализ летальных исходов не входит в число задач настоящей работы, вместе с тем мы обратили внимание на ранее не освещенный вопрос. В 2 случаях (2013 г.) летального исхода вследствие острой сердечной недостаточности при ОИМ были выявлены тяжелые геморрагические субтотальные пневмонии с микротромбозами, участками геморрагических инфарктов. Эти пациенты поступили в стационар на фоне ОРВИ и получили аспирацию в соответствии с протоколом по ведению ОИМ. Патанатомическая картина пневмонии на секции была более выраженной, чем на прижизненной КТ легких. Выявленные взаимоотношения позволяют поставить вопрос в отношении приема аспирина у больных ОИМ на фоне ОРВИ/пневмонии.

В целом особенностями течения вирусной пневмонии, инцизированной вирусами гриппа А и В, другими ОРВИ, в период 2009-2013 гг. являются:

- острый бронхообструктивный синдром; в этой связи лечение дополняли оксигенотерапией, β_2 -агонистом через небулайзер (сальбутамолом, сальбутамолом/ипратропиум), эуфилином;
- риск острого повреждения легких, коллапсирования альвеол; это основание для дополнительного применения стимулятора сурфактанта (амброксол), мукорегулятора (ацетилцистеин), антиоксиданта (Тиотриазолин);
- ранняя ОДН, ОРДС; потому при первых признаках ОДН показано дифференцированное применение оксигенотерапии, НИВЛ (CPAP-терапия), в отсутствие эффекта – ИВЛ в режиме протекторной вентиляции;
- в первые дни пневмонии необходим рестриктивный режим инфузионной терапии; заключается в достижении отрицательного водного баланса на уровне минус 20% от введенной жидкости, затем нулевой баланс;
- регистрировали случаи неинфекционных осложнений: острый тубулоинтерстициальный нефрит, острую почечную недостаточность, парез кишечника, острый панкреатит, вторичный иммунодефицит; инфекционные осложнения: обострение ХОБЛ, бронхиальной астмы, миокардит, энцефалит; вирусные миксты герпеса, цитомегаловируса и вируса Эпштейна-Барр; в связи с риском транслокации вирусов используем прием иммуномодуляторов (интерферон, Тиотриазолин, лактобактерии). Думаем, что приобретенный опыт ведения вирусных пневмоний 2009-2013 гг. будет полезен и в последующем.

Выводы

1. Диагностический поиск при вирусных пневмониях включает анализ эпидемиологической ситуации, динамики клинических показателей, своеобразных данных КТ легких и выявление дыхательной недостаточности.

2. Лечебная тактика заключается в противовирусной химиотерапии, применении определенных антибиотиков, дыхательной поддержке и патогенетической терапии.

3. Дыхательная поддержка при вирусных пневмониях состоит из оксигенотерапии, назначения бронхолитика, стимулятора сурфактанта, мукорегулятора, антиоксиданта, НИВЛ (CPAP-терапия) и ИВЛ в режиме протекторной вентиляции.

Статья печатается в сокращении.

Список литературы находится в редакции.