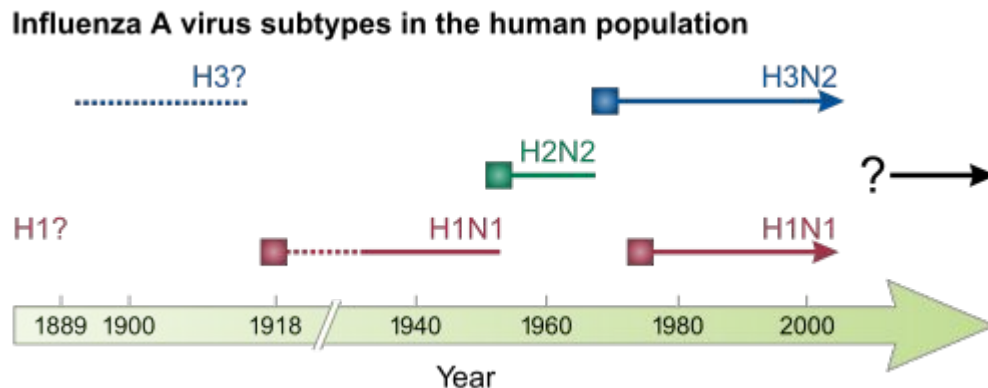


ГРИПП

Грипп (Grippus, Influenza) -

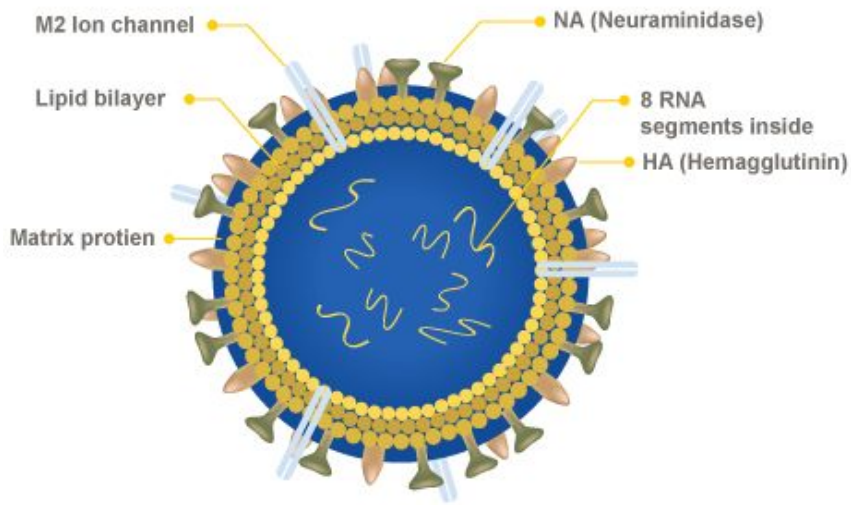
- - острая инфекционная болезнь, с аэрозольным механизмом передачи возбудителя, характеризующаяся массовым распространением, кратковременной лихорадкой, интоксикацией и поражением воздухоносных путей, а также большой частотой возникновения осложнений.
- Influenza (лат. Infenere – вторгаться), Flu
- Grippus (франц. Gripper – схватывать, отхватывать)



Этиология

Возбудители гриппа – ортомиксовирусы (сем. Orthomyxoviridae) – РНК-содержащие сложноорганизованные вирусы.

Anatomy of a Flu Virus



- Диаметр частицы 80-120 нм
- Геном состоит из 8 (7) фрагментов однонитевой РНК.
- В ядро входит антигенно-стабильный рибонуклеопротеид, определяющий серотип (А, В или С).
- Мембрана вириона состоит из двойного липидного слоя, с внутренней стороны которой находится слой матричного белка (М)
- Над оболочкой – гликопротеиды (поверхностные антигены):
 - Гемагглютинин (Н). 15 подтипов.
 - Нейраминидаза (N). 9 подтипов.

Этиология

Серотипы А, В, С

- **Серотип А**
 - Большая вирулентность, контагиозность.
 - Наибольшее эпидемиологическое значение (эпидемии и пандемии)
 - Постоянная изменчивость поверхностных АГ. Обусловлена антигенным дрейфом и шифтом.
- **Серотип В**
 - Свойственны эпидвспышки и небольшие эпидемии
 - Медленная изменчивость.
- **Серотип С**
 - Не содержит нейраминидазы
 - Низкая репродуктивная активность.
 - Локальные вспышки.
- **Обозначение:** серотип, географическое происхождение, номер штамма, год выделения и подтип поверхностных антигенов.

А, Москва/10/99/Нз N2

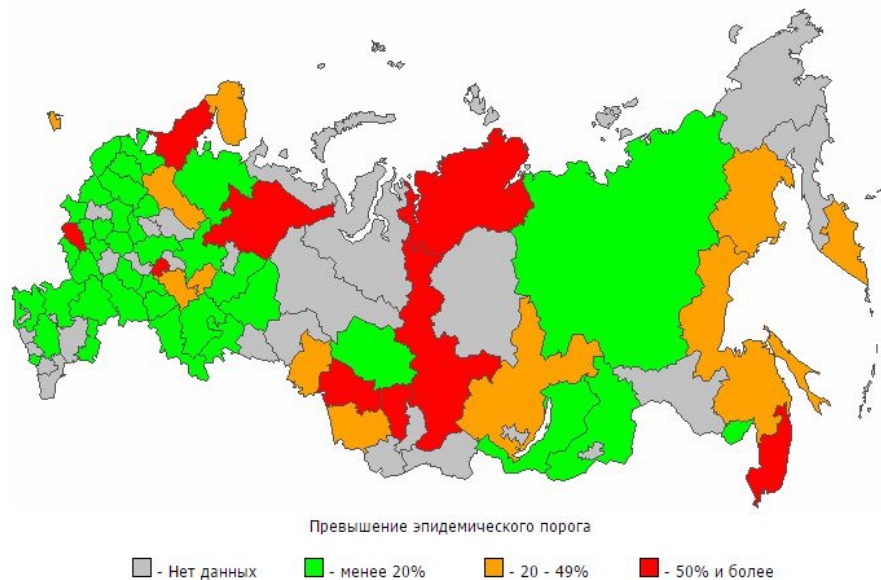
Эпидемиология

- Основной источник вируса – больной гриппом человек с клинически выраженной или стертой формами течения (в т.ч. инкубационный период и период реконвалесценции).
- Механизм передачи – аэрозольный. Путь – воздушно-капельный.
- Восприимчивость к гриппу высокая.
- Заболеваемость носит ярко выраженный сезонный характер. В северном полушарии – зимнее время. За время эпидемии заболевает 25-40% населения охваченного региона.

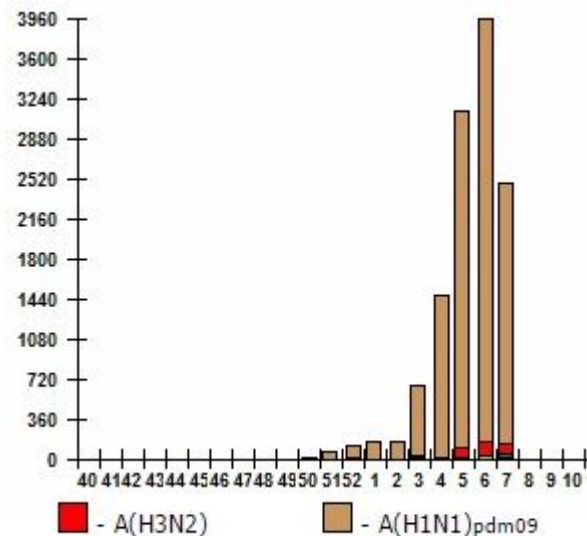


Эпидемиологическая обстановка

Данные за неделю с 08.02.2016 по 14.02.2016



Результаты ПЦР-диагностики



- В январе (5 неделя) заболеваемость гриппом и ОРВИ стране превысила недельный эпидемический порог на 111,7%. Доля «свиного» гриппа A(H1N1) pdm09 составила 76%.
- На 7 неделе (с 08 по 14 февраля 2016 г.) уровень заболеваемости населения понизился и составил 94,5 на 10 000 населения, что превышает еженедельный эпидемический порог на 50,7% (62,7).
На 26 февраля – подтверждено 503 смертельных случая от осложнений после гриппа.
- Лабораторными методами (7 неделя) при обследовании 9972 больных гриппом и ОРВИ в 50 городах страны грипп был подтвержден в 2837 (28,4%) случаях. Доминировал вирус гриппа A(H1N1)pdm09, который был выявлен в 88,9%, грипп A(H3N2) и B - в 3,7% и 0,8% от числа положительных случаев, соответственно.

Грипп в мире и России

- Сезонный грипп, по данным ВОЗ, ежегодно вызывает от 3 млн до 5 млн случаев тяжелой болезни и приводит к 250-500 тыс. смертей.
- **В США** ежегодно умирает от осложнений гриппа от 20 до 40 тыс. человек.
- **В Германии** – от 8 до 11 тыс. человек.
- **В России**, по данным по данным Роспотребнадзора, гриппом и ОРВИ болеют около 30 млн человек (около 20% населения).

Умирает от осложнений – около 1 тыс. человек.

В 2014 году от пневмонии в России умерли 40 тыс. человек, на 10 тыс. больше, чем в 2013 году.



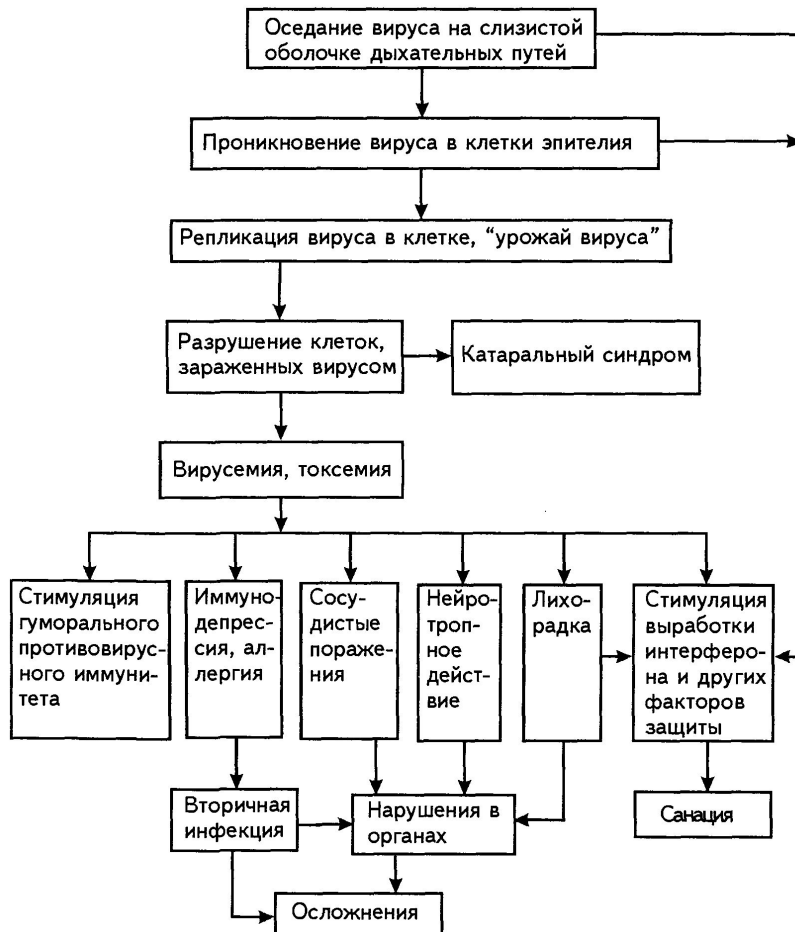
Реальная ситуация

Манипуляция статистикой

- В 2012 г ученые из Центра по контролю заболеваний США (CDC) опубликовали статью в журнале *The Lancet Infectious Diseases*, согласно которой число погибших от гриппа H1N1pdm09 превышает официальные данные в 15 раз. *Эпидемиологи связывают эти цифры с низкой доступной медпомощи и отсутствием вакцинации в регионе.*
- Из интервью глав. врача Городской инфекционной клинической больницы им. Боткина, Яковлева А.А:
 - По настоящим рекомендациям диагностики диагноз выставляется по осложнению заболевания.
 - При посмертном исследовании лабораторные данные могут не установить связь с гриппом



Патогенез



- Проникновение и размножение в эпителиальных клетках дыхательных путей.
 - H1N1pdm09 имеет тропность к **нижним отделам** респираторного тракта.
 - Интенсивная репликация обуславливает короткий инкубационный период – от неск. часов до 2-3 дней.
- Выход вируса, разрушение пораженных клеток
 - Вирус выходит из клетки, не разрушая её
 - Гибель клетки происходит позже, в пределах 3-24 ч.
- Развитие катарального синдрома, вирусемии, токсемии.
- Реконвалесценция, формирование иммунитета.
 - Через несколько дней от начала заболевания обнаруживаются признаки регенерации эпителия.
 - Образовавшиеся АТ защищают организм от повторного заражения тем же вирусом.

Клиническая картина

- Инкубационный период в среднем 1-2 дня.

Интоксикационный
синдром



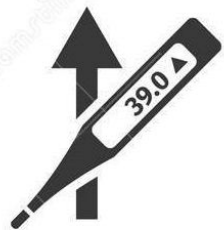
dreamstime.com

Катаральный
синдром



classroomclipart.com ©

Интоксикационный синдром



- Температура достигает максимума в течение первых суток. Сильный озноб, сменяющийся чувством жара.
Длительность лихорадочного периода – 2-5 сут.
- Резкая головная боль. Локализована в лобной части. Слуховые и зрительные гиперестезии. Головокружение. При тяжелых формах – явления менингизма, рвота центрального генеза.
- Слабость, разбитость, артралгии, миалгии, нарушение сна.
- Выраженная гиперемия и одутловатость лица, слезоточивость глаз, инъекцированность склер и конъюнктив (лицо заплаканного ребенка).
- Тоны сердца приглушены. ЧСС↑, АД↓
- Стул чаще задержан

Катаральный синдром

- У большинства больных представлен трахеитом.
Длительность 7-10 сут.
- Умеренная ринорея
- С первого дня – першение.
К концу первых суток начинается сухой кашель. Появляется саднение и боль за грудиной.
- На 3-и 5-е сутки кашель становится мягче, появляется скудная слизистая мокрота, уменьшается боль за грудиной.
- Боли в горле
- При аускультации дыхание везикулярное с жестким оттенком.
Иногда единичные сухие хрипы.



Течение гриппа

■ Легкое

- Температура субфебрильная, 2-3 дня.
- Симптомы общей интоксикации трахеобронхита выражены слабо.

■ Среднетяжелое

- Температура до 39С, до 4-5 суток.

■ Тяжелое

- Температура выше 39С.
- Резко выражена интоксикация, возможны бред, галлюцинации, потери сознания. ↑ВЧД.
- Геморрагические явления

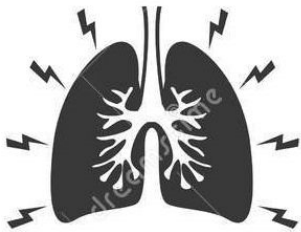
■ Молниеносное

- Крайняя тяжесть и быстрота развития поражений с развитием ИТШ, ОДН.

Группы риска по тяжелому течению гриппа

- Все лица старше 65 лет
- Пациенты с хронической бронхолегочной патологией (ХОБЛ, бронхиальная астма) и хронической сердечно-сосудистой патологией
- Пациенты с нарушениями обмена веществ
- Беременные
- Дети в возрасте до 2 года
- Пациенты с хроническими заболеваниями почек, иммунодефицитами, определенными неврологическими расстройствами.
- Лица с морбидным ожирением.

Осложнения



- **Пневмония**
 - Первичная вирусно-бактериальная
 - ПостгриппознаяРазвитие РДСВ, ОДН



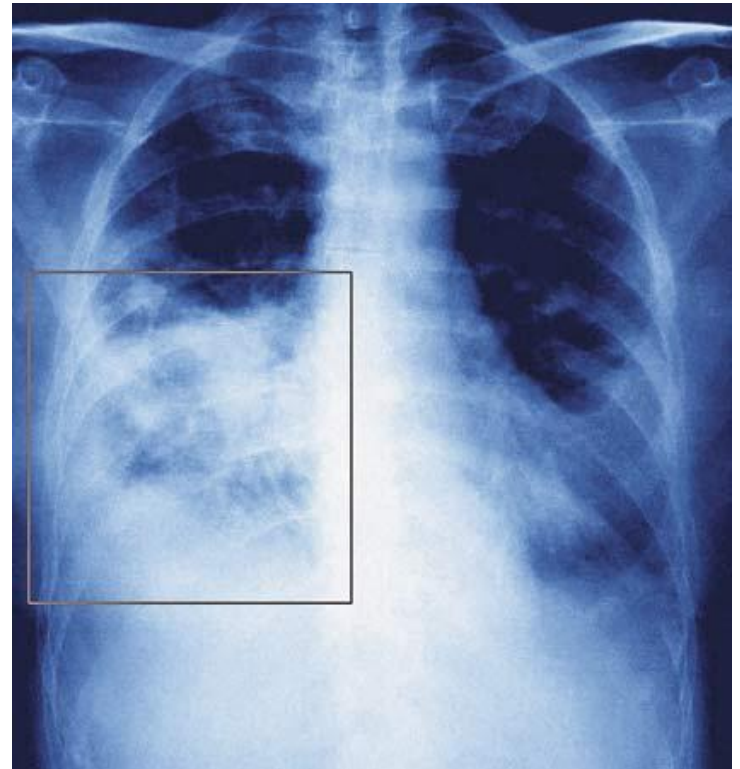
- **Геморрагический отек легких**
- **ИТШ**
- **Отек головного мозга**



- Ложный круп
- Осложнения со стороны ЛОР-органов
- Неврологические осложнения
- Миокардиты
- Декомпенсация сопутствующих хронических заболеваний

Пневмонии

- **Возбудители:** пневмококк, стафилококк, энтеробактерии, гемофильная палочка.
- **Характер:** очаговая, сегментарная, сливная
- **Клиника:** кашель с мокротой (слизисто-гнойной, гнойной), боль в груди, одышка.
- **Над очагом:** притупление перкуторного звука, на фоне ослабленного дыхания – крепитация или мелкопузырчатые хрипы.
- **Общий анализ крови:** смена лейкопении на лейкоцитоз (нейтрофилез).



РДСВ



- I период — скрытый (24 часа)
- II период — начальных изменений
 - Умеренно выраженная одышка, тахикардия
- III период — период выраженных клинических проявлений.
 - Клиника: выраженная одышка, выраженный диффузный цианоз.
Притупление перкуторного звука. Аускультативно — жесткое дыхание/жесткие хрипы. Появление влажных хрипов и крепитации указывает альвеолярный отек легких.
Аускультация сердца: тахикардия, глухость сердечных тонов. ↓АД.
 - На рентгенограмме легких : выраженный интерстициальный отек легких, двусторонние инфильтративные затемнения.
 - Значительное падение P_{aO_2} (менее 50 мм рт. ст., несмотря на ингаляции кислорода). SpO_2 ниже 90%.

- IV период — терминальный.

- Прогрессирование ДН, развитие выраженной артериальной гипоксемии и гиперкапнии, метаболического ацидоза, нарастающая легочная гипертензия, формирование острого легочного сердца.

Клиника: выраженная одышка и цианоз, профузный пот. Тахикардия, глухость сердечных тонов, аритмии, ↓↓АД. Кашель в выделением пенистой мокроты розового цвета, аускультативно – влажные хрипы различного калибра, крепитация. Развитие ПОН.

Дифференциальная диагностика

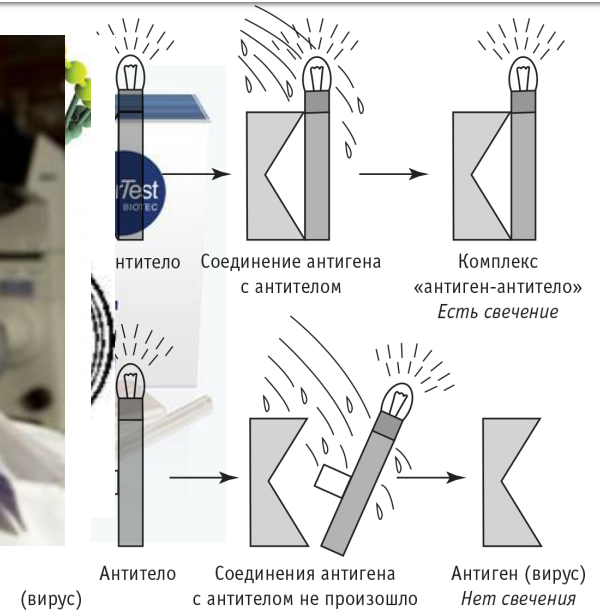
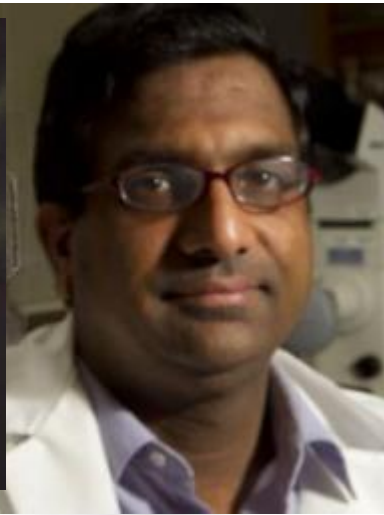
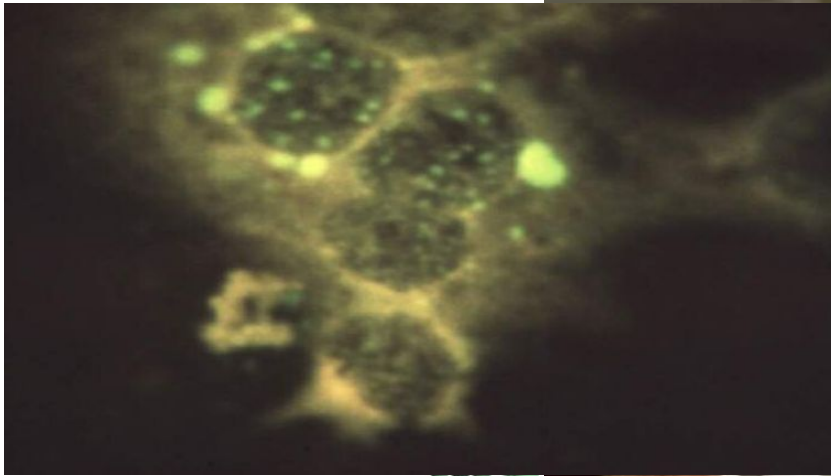
Симптомы	Грипп	Парагрипп	Аденовирусная инфекция	Респираторно-синцициальная инфекция
Поражение респираторного тракта	Трахеит	Ларингит	Фаринготрахеит	Бронхит, бронхиолит, пневмония
Начало заболевания	Внезапное, лихорадка	Постепенное	Острое	Чаще острое
Внешний вид больного	Гиперемия лица	Обычный		Бледность лица
Интоксикация	+++	++	++	++
Температура	+++	++	++	++
Головная боль	+++	+	+	++
Боль в глазах	+++	-	-	Редко
Миалгия, артралгия	+++	-	++	Редко
Рвота	Бывает	Редко	Отсутствует	Редко
Кровотечение	Бывает	Отсутствует		
Ринорея	Умеренная			
Кашель	Сухой	Сухой	Бывает	Приступообразный
Конъюнктивит	Часто	Отсутствует	Часто	Отсутствует
Гиперемия ротоглотки	Яркая	Слабая	Яркая, увеличение миндалин, налеты	Слабая
Лимфаденит	-	Полиаденит	Редко шейный, подчелюстной	Отсутствует
Размеры печени	Не увеличены		Часто увеличены	Увеличены
Размеры селезенки	Не увеличены		Иногда увеличены	Не увеличены
Диарея	Отсутствует		Бывает	Отсутствует

Общий анализ крови



- **Лейкопения** с эозинопенией и нейтропенией при небольшом палочкоядерном сдвиге влево
- **Относительный лимфоцитоз**
- **Нормальное значение СОЭ**

Лабораторная диагностика



- Иммунофлуоресцентный анализ (ИФА)
- Метод иммунохроматографического анализа (ИХА)
- Вирусологический метод
- ПЦР
- Чип SMART (simple method for amplifying RNA targets)



ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА





ГРУППЫ РИСКА ПО ТЯЖЕЛОМУ ТЕЧЕНИЮ ГРИППА

- Дети в возрасте до 2 лет
- Взрослые старше 65 лет
- Пациенты с различными заболеваниями (бронхиальная астма, сердечно-сосудистые заболевания, болезни почек и печени, диабет, болезни крови, болезни нервной системы)
- Пациенты с ВИЧ
- Беременные
- Люди в возрасте до 19 лет, длительно принимающие аспирин
- Лица с ожирением

ВАКЦИНА- ЕДИНСТВЕННЫЙ ЭФФЕКТИВНЫЙ МЕТОД ПРОФИЛАКТИКИ ОСЛОЖНЕНИЙ!!



ВАКЦИНАЦИЯ

□ 3 типа вакцин:

- содержащие полный вирус (цельно-вирионная)
- содержащие расщепленный вирион (расщепленно-вирионная, сплит-вакцина)
- содержащие очищенный поверхностный антиген (поверхностноантигенная)

Вакцина содержит обычно 3 штамма (2 типа А и 1 типа В), защитный титр антител формируется в течение 2 недель.

- В первую очередь вакцинироваться должны все медицинские работники, пациенты группы риска по тяжелому течению гриппа, женщины во 2-ой и 3-ем триместрах беременности, дети, работники социальных сервисов.
- Оптимальное время для вакцинации для стран Северного полушария с октября по середину ноября.

В 2015 году во все субъекты РФ поставлялись:

- "Гриппол" (Петровакс Фарм, Россия, с. Покров)
- "Совигрипп" (Микроген, Россия, г.Уфа)
- " Ультрикс" (Санкт-Петербург)

Можно ли самостоятельно приобрести вакцину?

- Можно. Самый доступный метод - интернет-заказ.

В аптеках Москвы, например, в 2015 году невозможно было найти вакцину от гриппа.

ПЕРВАЯ В МИРЕ ВАКЦИНА НА ЖИВОТНЫХ КЛЕТКАХ

- Производство вакцин против гриппа представляет собой выращивание вируса на культурах клеток куриного эмбриона. Соответственно данная вакцина уже противопоказана лицам имеющим аллергию на куриный белок.
- В настоящее время швейцарская компания "Новартис" производит вакцину "Оптафлу" с использованием матрасного культивирования животных клеток, что повышает производительность и позволяет уходить от куриного белка в производстве вакцин, снижая число побочных эффектов от ее применения.
- Российские производители используют в производстве вакцины против гриппа куриные яйца.

УНИВЕРСАЛЬНАЯ ВАКЦИНА

- Ученые НИИ гриппа (Санкт-Петербург) завершили доклинические испытания универсальной вакцины против гриппа.

- Что из себя представляет универсальная вакцина?

Универсальная вакцина действует на пораженную вирусом клетку организма. Привитый такой вакциной человек, если и заболит, то в очень легкой форме, летальный исход будет исключен. Универсальную вакцину не надо будет вводить ежегодно, поскольку она индуцирует иммунитет к внутренним (консервативным) белкам вируса гриппа, которые не меняются от сезона к сезону.

ЦЕЛЬ ВАКЦИНАЦИИ- СОЗДАНИЕ ИММУННОЙ ПРОСЛОЙКИ

Наличие 50% иммунной прослойки в коллективе (за счет вакцинации) уменьшает вероятность заболевания невакцинированных из этого коллектива.

ЛЕЧЕНИЕ ГРИППА

- Амбулаторно помощь оказывается пациентам, но относящимся к группе риска, с легким и среднетяжелым, неосложненным течением гриппа

Показание для госпитализации взрослых пациентов:

- тяжелое течение гриппа:
 - резкая слабость, заторможенность, нарушение сознания, судороги
 - тахипное более 20 в мин
 - дегидратация, невозможность перорального потребления жидкости (из-за повторной рвоты и т.д.)
 - лихорадка выше 38,5 *С, не купирующаяся адекватными дозами антипиретиков более 1 суток
- развитие пневмонии
- беременность
- принадлежность к группе риска

СТАРТОВАЯ ТЕРАПИЯ

В России	В странах Европы, США
-	Выжидательная тактика- 3 дня (общие меры!)
Как можно более раннее назначение этиотропных препаратов с доказанной противовирусной активностью (с учетом резистентности циркулирующих штаммов вируса)	Применение противовирусных препаратов в первые 48 ч. для людей из групп риска и при ухудшении клиники спустя 3 дня
Назначение противовоспалительных препаратов (ингибиторов ЦОГ-2, антигистаминных препаратов)	НПВС при повышении t-ры выше 38,5
Дезинтоксикационная терапия , назначение антиоксидантов	-
Своевременное назначение антибиотиков.	-

СИМПТОМАТИЧЕСКАЯ ТЕРАПИЯ

В России	В США
Следует избегать назначения салицилатов детям и молодежи (моложе 18 лет) вследствие риска развития синдрома Рейе.	НПВС (аспирин, ацетоминофен, ибупрофен/напроксен не рекомендуются детям)
Предпочтение имеют парацетамол – 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки)	+
Или ацетаминофен, назначаемые перорально или в виде свечей	+
Антигистаминные препараты	Антигистаминные препараты
	Назальные спреи, солевые растворы для полосканий
	Муколитические препараты
	Показаны строго по рекомендациям врача!

МЕДИКАМЕНТОЗНАЯ ТЕРАПИЯ

- Ингибиторы нейраминидазы - единственно эффективные препараты для лечения и профилактики пандемического гриппа А/Н1N1.
- Лечение ингибиторами нейраминидазы должно начинаться в первые 48 ч от начала заболевания для максимальной эффективности терапии.

ОЗЕЛЬТАМАВИР (ТАМИФЛЮ):



- Для профилактики:
75 мг 1 раз в сутки 5 дней
- Для лечения:
75 мг 2 раза в сутки 5 дней

ЗНАМИВИР (РЕЛЕНЗА) В БЛИСТЕРЕ ДЛЯ ИНГАЛЯЦИЙ



- 2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней

ЛЕЧЕНИЕ ВЗРОСЛЫХ БОЛЬНЫХ ТЯЖЕЛЫМИ И ОСЛОЖНЕННЫМИ ФОРМАМИ ГРИППА

Препарат	Схема назначения
Осельтамивир (Тамифлю®)	150 мг 2 раза / сут в течение 5-10 дней (суточная доза 300 мг)
Занамивир (Реленза®)	2 ингаляции по 5 мг два раза в день в течение 5 дней (только у спонтанно дышащих пациентов!)
Осельтамивир (Тамифлю®) в комбинации с имидазолилэтанамида пентадидовой кислотой (Ингавирином®)	150 мг 2 раза / сут в течение 5-10 дней (суточная доза 300 мг); 180 мг 1 раз / сут в течение 5-10 дней

□ Римантадин (Ремантадин) не эффективен против

высокопатогенного гриппа, но сохраняет свое значение для профилактики и лечения сезонного гриппа.

□ Римантадин: для профилактики по 100 мг 2 раза в день не менее 2 недель, для лечения по 100 мг 2 раза в день 5 дней.

Лечение ремантадином следует начать в первые 48 ч от начала заболевания.

ФУФЛОМИЦИН Ы





ФУФЛОМИЦИН №1

Умифеновир: эффективность не доказана, механизм действия не выяснен (иммуностимулирующее/противовирусное). Клинические испытания 4 из 7- засекречены.



ФУФЛОМИЦИН №2

Барбарийской утки *Anas Barbariae* не существует в природе. Для создания таблетки было проведено 200 разведений в пропорции 1:100 исходного экстракта печени утки, что исключает наличие хотя бы одной молекулы активного вещества в таблетке.



ФУФЛОМИЦИН №3

Заявлен как индуктор синтеза интерферона

Появился в аптеках в 2008 году без проведения полноценных исследований: ускоренные испытания проводились на мышах и на группе из 100 пациентов под руководством изобретателя лекарства.



ФУФЛОМИЦИН №4



Заявлены как индукторы интерферона. За пределами стран бывшего СССР индукторы интерферонов (в том числе в странах Западной Европы и Северной Америки) в качестве лекарственных средств не зарегистрированы, а их клиническая эффективность не доказана ни в одном из крупных международных исследований.

АПРОТИНИН ЗАПРЕЩЕН В БОЛЬШИНСТВЕ СТРАН МИРА, НО НЕ У НАС



- Может быть использован при хирургических вмешательствах только в исключительных обстоятельствах — примерно у 5% пациентов, не отвечающих на лечение другими препаратами, применяемыми для профилактики кровотечений.
- Смерть в отдаленном периоде наблюдалась у 12,7% больных, не получавших никаких препаратов для профилактики кровотечения, 20,8% — получавших аprotинин, 15,8% — получавших аминокaproновую кислоту, 14,7% — получавших транексамовую кислоту.



ТОП-5 ОШИБОК ПРИ САМОЛЕЧЕНИИ ГРИППА

- ❑ Не надо принимать антибиотики
- ❑ Не надо пить горячее и делать согревающие компрессы
- ❑ Не надо усиленно принимать витамины С
- ❑ Не надо обтираться спиртом, водкой, уксусом и ни в коем случае — взбадривать или согревать себя алкоголем
- ❑ Не надо прибегать к лечению гриппа с помощью настоев целебных трав

Общие меры:



- ❖ Постельный режим!
- ❖ Обильное питье!
- ❖ Максимальная изоляция заболевшего
- ❖ Респираторная защита больного (не здоровых!) путем использования масок
- ❖ Соблюдение правил личной гигиены
- ❖ Минимум визитов других людей к больному
- ❖ Регулярное проветривание комнат и влажная уборка

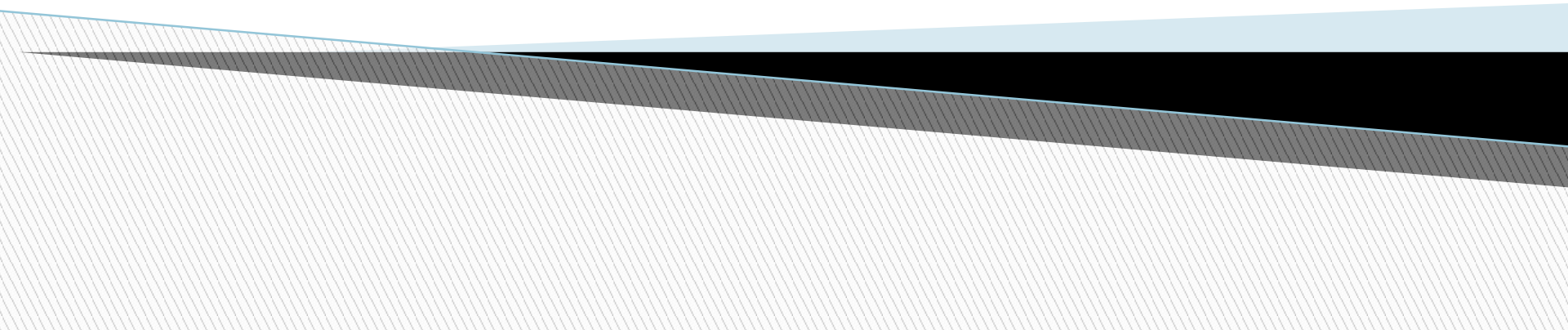
**ГБОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА
кафедра факультетской терапии имени академика А.И.
Нестерова**

Лечение РДСВ и бактериальной пневмонии, как осложнений гриппа.

Руководитель: к.м.н. доц. А.С. Поскребышева

**Автор:
Кебина А.Л.**

РДСВ.



Лечение основного заболевания неосложненный грипп:

Занамивир (Реленза®)



Осельтамивир (Тамифлю®)



(Ингавирин®)



Иностранные рекомендации

Рекомендации РФ

Высокочастотная вентиляция



трахиостомия



Экстракорпоральная мембранная оксигенация (ЭКМО)



Препараты сурфактанта



Поверхностно – активные вещества



Иностранные рекомендации

Рекомендации РФ

Оксид азота



N-ацетилцистеин



Глюкокортикостероиды



Иностранные рекомендации

Рекомендации РФ

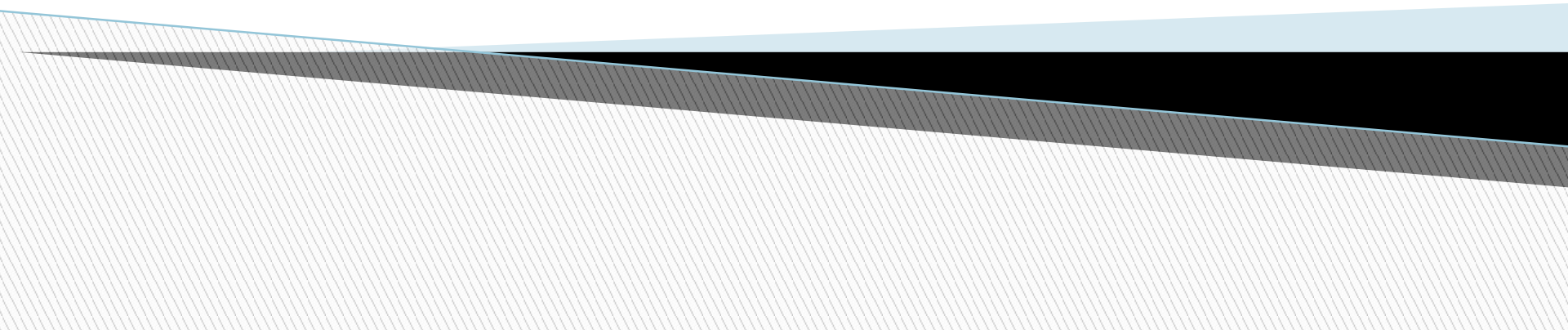
донаторы энергии



гиперосмолярные растворы



ПНЕВМОНИЯ.



Этиотропная терапия:

Типичные возбудители:

- ▣ Амоксицилин/клавулановая кислота
1 000мг x 2р/д (в/в)
- ▣ Макролиды(азитромицин, кларитромицин)
500мг x2р/д(в/в)

Этиотропная терапия:

Атипичные возбудители:

Препараты выбора:

- ▣ Амоксициллин/клавуланат 1 000мг в/в + макролид(азитромицин, кларитромицин) 500мг в/в 2р/с
- ▣ Цефотаксим 1 000мг x2р/с+ макролид (азитромицин, кларитромицин) 500мг x 2р/д в/в
- ▣ Цефтриаксон 500мг x2р/с +макролид (азитромицин, кларитромицин) 500мг x 2р/д в/в

Этиотропная терапия:

Альтернативные средства:

- ▣ Ранние фторхинолоны (ципрофлоксацин, офлоксацин) 500 мг x 2 p/c + цефалоспорины III поколения (цефотаксим) 1 000 мг x 2 p/c
- ▣ Новые фторхинолоны (левофлоксацин, моксифлоксацин) 200 мг x 2 p/c (при необходимости увеличить до 400 мг x 2 p/c)

Этиотропная терапия:

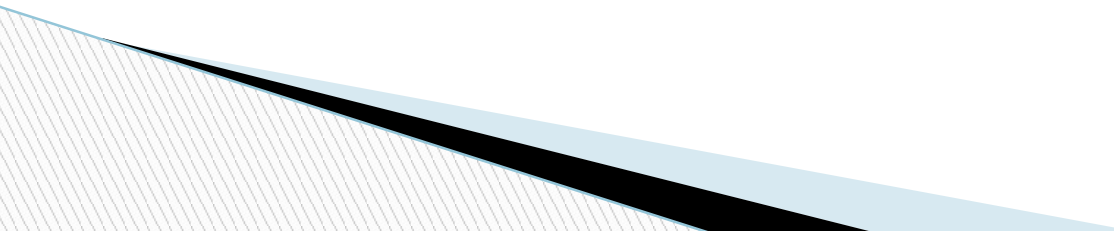
Противовирусные препараты:

- ▣ Осельтамивир (Тамифлю®)
- ▣ Занамивир (Реленза®)
- ▣ Осельтамивир (Тамифлю®) в комбинации с имидазолилэтанамид пентандиовой кислотой (Ингавирином®)

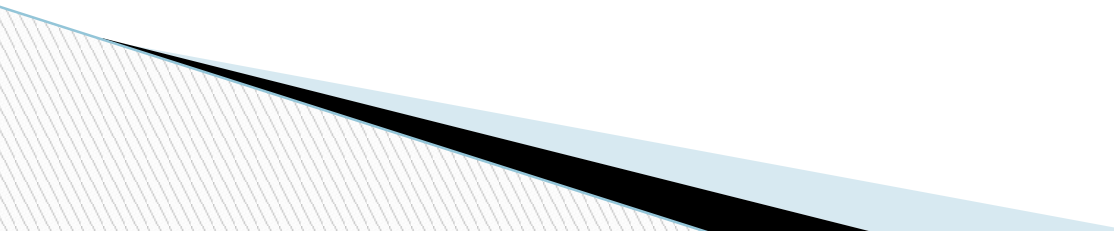
(иностранные источники не подтверждают эффективность имидазолилэтанамид пентандиовой кислоты(Ингавирин®))

- ▣ интерферон- альфа 1 млн Ед/сут в/в

Симптоматическая терапия:

- Обезболивание и жаропонижающие
 - физиотерапия грудной клетки
 - Мониторинг - пульсоксиметрии с или без сердечного мониторинга
- 

Симптоматическая терапия:

- кислородные маски
 - муколитики (N -acetylcysteine у отдельных больных)
 - ИВЛ с низким дыхательным объемом
 - Ранняя мобилизация пациента
- 

**ГБОУ ВПО РНИМУ им. Н.И. Пирогова Минздрава
России**

Кафедра факультетской терапии им. академика А.И.
Нестерова лечебного факультета

КЛИНИЧЕСКИЙ РАЗБОР.

Выполнила: студентка 1.4.08 А группы Данченко М.М.
Руководители: доцент, к.м.н. Поскребышева А.С.,
асс. Трофимов Е.С.

Информация о пациенте.

- ❖ Больная М., 60 лет.
- ❖ 14.02.2016г в 21:09 была доставлена СМП в ОАР (1 терапевтическое отделение) ГБ №56 ДЗМ.
- ❖ **Жалобы при поступлении:** на сухой кашель, одышку, слабость, повышение температуры тела до 38°С.

Anamnesis morbi.

- ❖ Впервые отметила ухудшение состояния неделю назад , когда появились вышеперечисленные жалобы. К врачу не обращалась, лечилась самостоятельно, принимала анальгин и пастилки от кашля без эффекта. Состояние прогрессивно ухудшалось. 14.02.16 в связи с усилением одышки больная вызвала бригаду СМП.
- ❖ Была госпитализирована в ОАР (1 терапевтическое отделение) ГБ №56 ДЗМ с диагнозом «Внебольничная пневмония субтотальная справа и в нижней доле слева, вирусно-бактериальная. ДН II ст. Интоксикация».

Anamnesis vitae.

- ❖ **Трудовой анамнез:** пенсионер.
- ❖ **Перенесенные заболевания:** в детстве перенесла ОРЛ с формированием митрального порока, получает бициллинопрофилактику. Страдает гипертонической болезнью с максимальными цифрами АД 200/120 мм рт ст, адаптирована к АД 170/80 мм рт. ст., постоянно ЛС не принимает. В анамнезе ОИМ, ОНМК отрицает.
Эпидемиологический анамнез: со слов больной, за 3 суток до начала заболевания заболел её муж с повышением температуры до 37,5°С и минимальными катаральными проявлениями. Туберкулез, малярию, ВИЧ-инфекцию, вирусные гепатиты, сифилис отрицает.

Настоящее состояние (**status praesens**).

Общий осмотр от 14.02.16.

- ❖ **Общее состояние:** тяжелое.
- ❖ **Сознание:** ясное, контактна, адекватна.
- ❖ **Положение:** пассивное.
- ❖ **Телосложение:** нормостеническое. Рост – 165 см, вес – 75 кг (ИМТ=27,5)
- ❖ **Кожные покровы, ногти и видимые слизистые:** диффузный цианоз.
- ❖ **Подкожно-жировая клетчатка:** периферические отеки незначительные.

- ❖ **Система органов дыхания:** притупление перкуторного звука в нижних отделах легких справа и слева. Дыхание жесткое, справа ослаблено в верхних и нижних отделах, слева – в нижних отделах. Выслушиваются влажные звонкие мелкопузырчатые хрипы справа от 5 ребра и в нижних отделах, слева - единичные сухие и влажные хрипы. SaO₂=80%, ЧДД 24/мин.
- ❖ **Система органов кровообращения:** тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии, систолический шум на верхушке сердца. ЧСС 87 уд/мин, АД 130/80 мм рт. ст., пульс 87 уд/мин.
- ❖ **Система органов пищеварения:** при пальпации живот мягкий, безболезненный. Печень не увеличена. Стул в норме.
- ❖ **Система органов мочеотделения:** симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон. Олигурия.

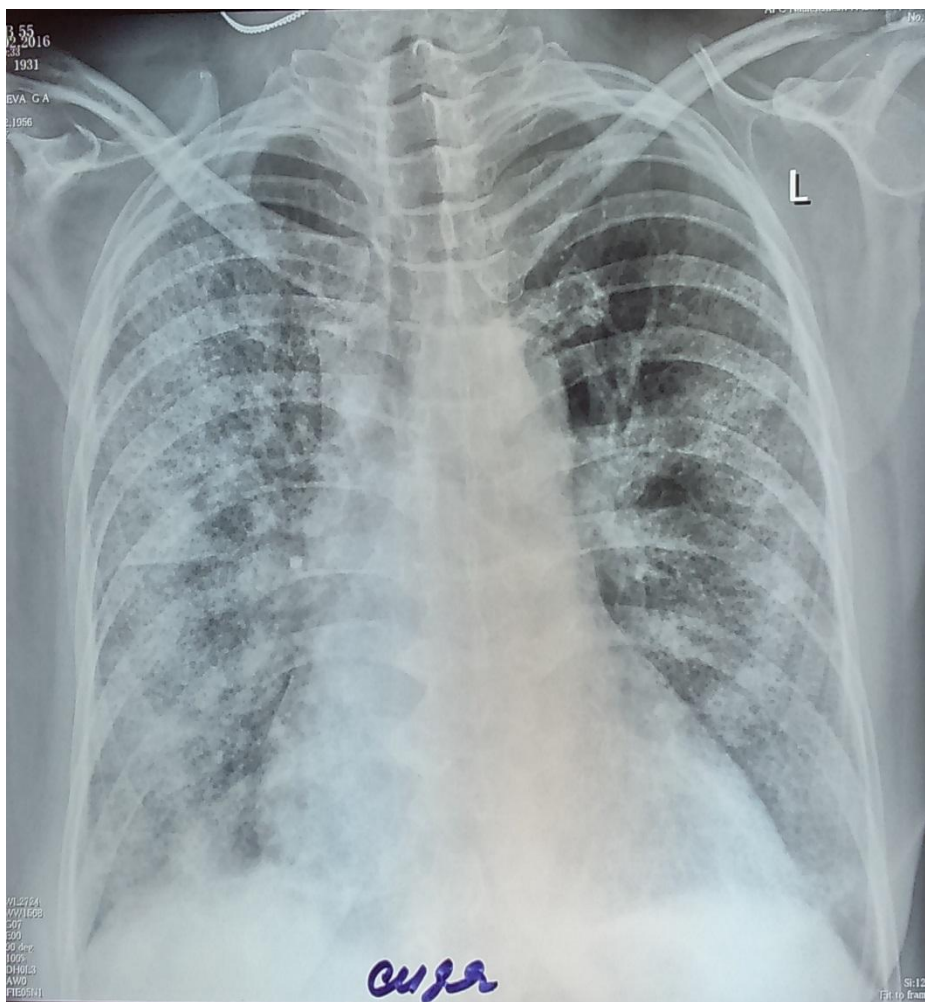
	14	15.	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
Состояние тяжелое													
Цианоз													
t°C	38				36,9			39,2					37,5
Лейкоциты	4,3	3,5					17,3				11,2	9,0	19,7
Гемоглобин	130	113					107					86	83
Гипопротеинемия	59						55				59		50
ДВС		АЧТВ 43,3			ПЦ Р+		АЧТВ 53,7 Ф 11,0					Ф 8,4	Ф 8,08
SaO2, %	80				95-97		Трахеостомия	97-99					95-97
pO2					91,9		117,7	120,4					72,3
Респ. инд.					144		234					188,5	181
ИВЛ			ПИВЛ					ВИВЛ					
Рентгенография													
Антибактериальная терапия	Зинforo 1,2г + Клацид 1г в/в кап		Цилапенем 1г + Клацид 1г в/в кап					Цилапенем 500мг+ Клацид 500мг + Ванкорус 2г в/в кап					

Анализ мокроты от 15.02.16

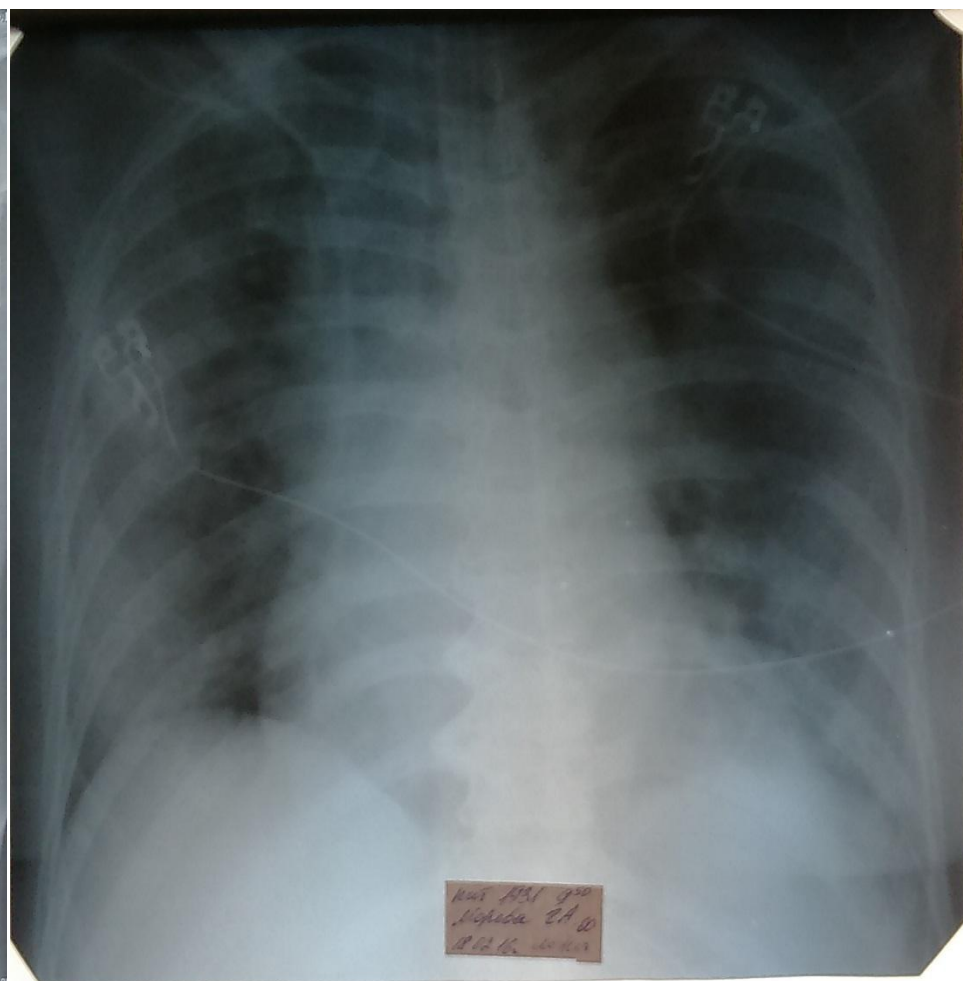
Показатель	Результат
Консистенция	полувязкая
Цвет	красноватый
Характер	слизистая
Примесь крови наружная	визуализируется
Эпителий цилиндрический	+
Эпителий плоский	+
Лейкоциты	10-15
Эритроциты	покрывают п/з
Альвеолярные клетки	-
Кислотоустойчивые микобактерии	-

Выделенные микроорганизмы	КОЕ/мл
Staphylococcus aureus	$1,00 \times 10^8$ E

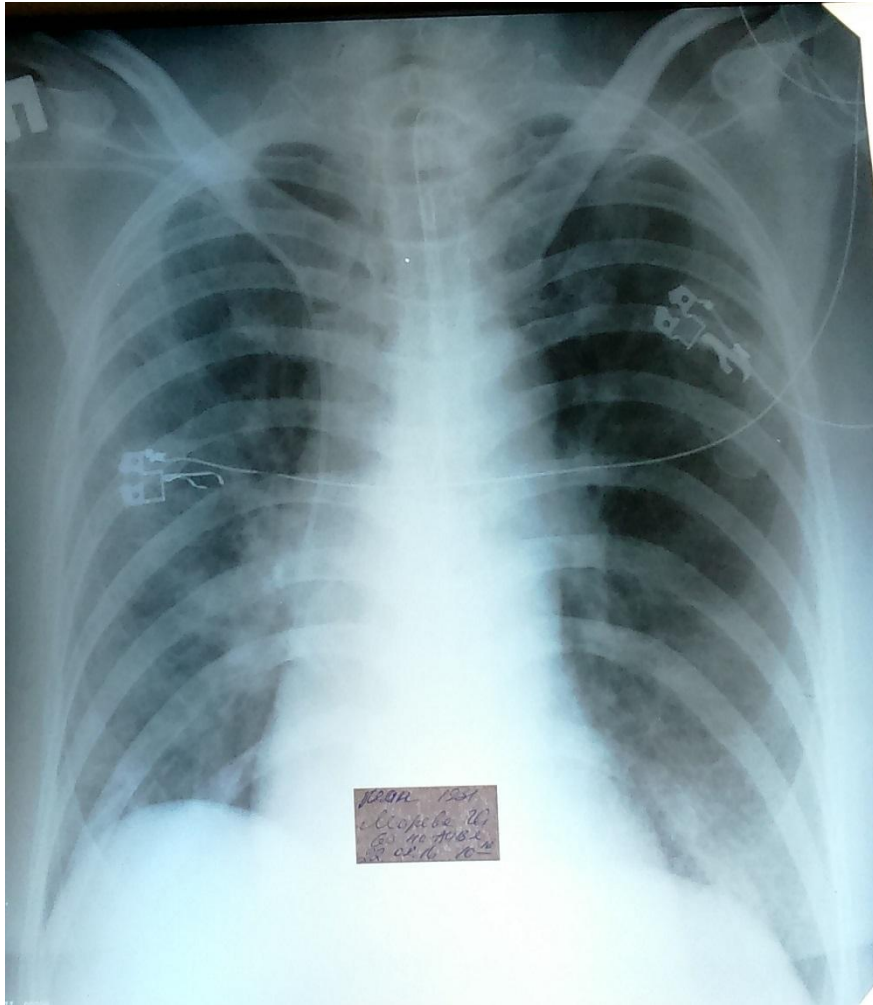
Рентгенологическое исследование грудной клетки.



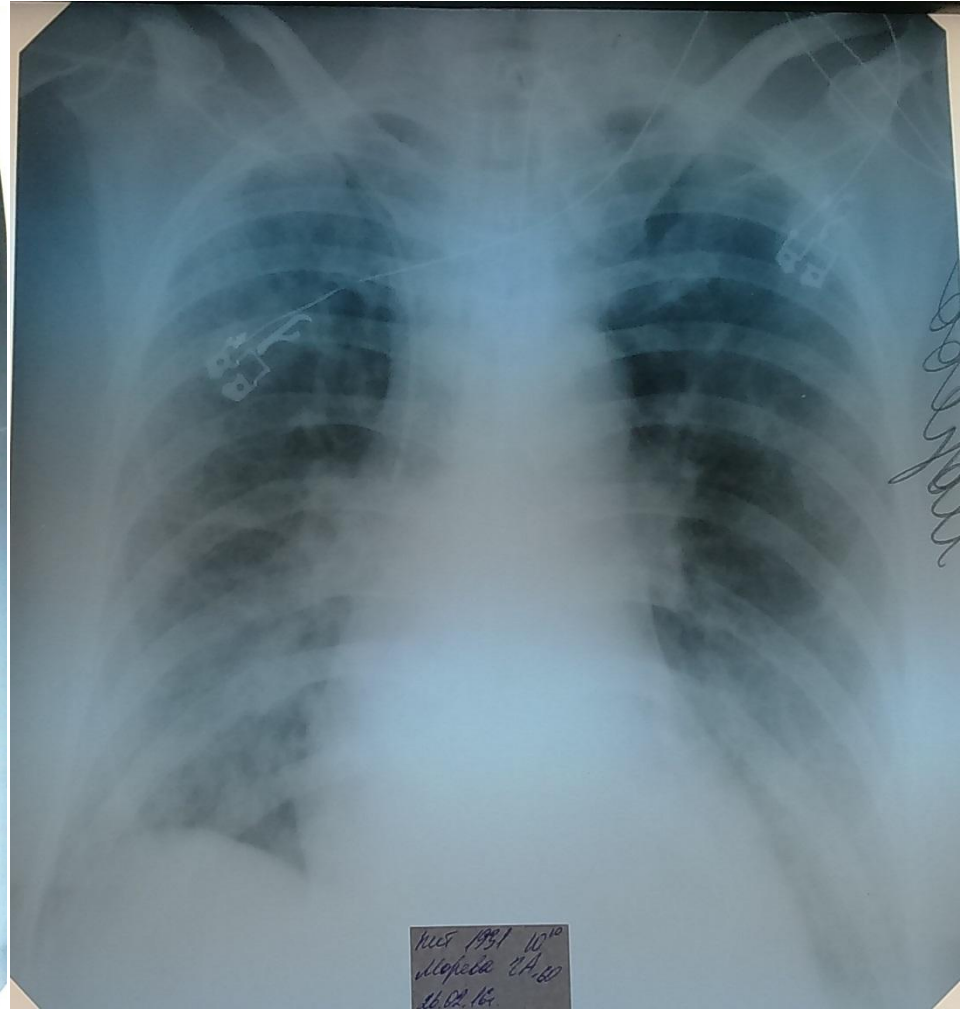
15.02



18.02.



22.0
2.



26.02.

УЗИ органов брюшной полости от 15.02.16.

Заключение: диффузное изменение паренхимы печени, поджелудочной железы.

ЭКГ.

14.02	Ритм синусовый, изменения левого желудочка, положение ЭОС-горизонтальное, признаки гипертрофии миокарда ЛЖ. Свежих очаговых изменений не выявлено.
15.02	Синусовый ритм правограмма. Перегрузка правых отделов сердца.
16.02	Изменения миокарда в области передне-боковой стенки, обусловленные гипертрофией левого желудочка.
19.02	Без отрицательной динамики.

Клинический диагноз.

- ❖ **Основной:** Грипп, тяжелое течение.
- ❖ **Осложнения:** Внебольничная двусторонняя пневмония: субтотальная справа, полисегментарная в нижней доле слева, тяжелого течения, вирусно-бактериальная. ДН III ст. Интоксикация. Состояние после наложения трахеостомы от 20.02.16.
- ❖ **Сопутствующие:** АГ II стадии 3 ст. риск ССО 4. ХСН I стадии (I ФК). РБС: сочетанный митральной порок с преобладанием стеноза. Сахарный диабет 2 типа, впервые выявленный, декомпенсация.

Лечение.

❖ С 14.02.16:

- Цефтаролина фосамил 1,2г/сутки в/в кап (цефалоспорины V поколения)
- Кларитромицин 1г/сутки в/в кап (макролиды)

❖ С 16.02.16:

- Имипенем+циластатин 1г/сутки в/в кап (карбапенемы)
- Кларитромицин 1г/сутки в/в кап

❖ С 22.02.16:

- Имипенем+циластатин 500 мг/сутки в/в кап
- Кларитромицин 500 мг/сутки в/в кап
- Ванкомицин 2г/сутки в/в кап

- ❖ Эноксапарин натрия 1,2г в сутки п/к
- ❖ Циклоферон 2,0 мл в/в 1р/д
- ❖ Ацетилцистеин 300 мг в/м 2 р/д
- ❖ Фуросемид 2,0 мл в/в 1р/д
- ❖ Эналаприл 5 мг 2р/д
- ❖ Метоклопрамид 2,0 мл в/в 2р/д
- ❖ Дигоксин 1,0 мл в/в кап 1р/д
- ❖ Омез 40 мг в/в струйно
- ❖ Пентоксифиллин 5,0 мл в/в кап 1р/д
- ❖ Мексидол 400,0 мг в/в 1р/д
- ❖ Комбилипен 2,0 мл в/м 1р/д
- ❖ NaCl 0,9% 500,0 + вит. С 10,0 в/в кап
- ❖ NaCl 0,9% 500,0+рибоксин 10,0 в/в кап
- ❖ Глюкоза 5% 500,0+KCl 4% 20,0+MgSO4 20,0 в/в кап


Жалобы на момент курации (26.02.2016г):

- ❖ Активно не предъявляла, по причине ИВЛ через трахеостому.

Настоящее состояние (**status praesens**). Общий осмотр.

- ❖ **Общее состояние:** средней тяжести.
- ❖ **Сознание:** ясное, контактна, адекватна.
- ❖ **Положение:** активное.
- ❖ Кожные покровы, ногти и видимые слизистые бледные, теплые, сухие, отеков нет.
- ❖ При аускультации дыхание жесткое, ослаблено в нижних отделах слева и в подмышечной области справа, выслушиваются единичные влажные мелкопузырчатые хрипы в нижних отделах с обеих сторон. SaO₂=96%. ЧДД 19/мин. Тоны сердца приглушены, акцент II тона на легочной артерии, на верхушке сердца выслушивается систолический шум. ЧСС 78уд/мин, АД 125/70 мм рт. ст., пульс 78 уд/мин. Живот мягкий, безболезненный, печень не увеличена. Симптом Пастернацкого отрицательный с обеих сторон.


26.02.16. Состояние больной ухудшилось, усилилась одышка. Ванкомицин был заменен на линезолид в дозе 600 мг/сутки в/в кап.



27.02.16. Больная вновь переведена на ПИВЛ.




29.02.16. Консультация невролога в связи с нарастанием явлений отека головного мозга: данных за острую неврологическую патологию нет.



01.03.16. Состояние больной прогрессивно ухудшалось. В 15:30 наступила остановка сердечной деятельности. Был проведен полный комплекс реанимационных мероприятий без эффекта. В 16:00 констатирована биологическая смерть.

Диагноз посмертный.

- ❖ **Основной:** Грипп, тяжелое течение.
- ❖ **Осложнения:** Внебольничная двухсторонняя пневмония: субтотальная справа, полисегментарная в нижней доле слева, тяжелого течения, вирусно-бактериального генеза. РДСВ. ДН III ст. Интоксикация. Отек головного мозга. Состояние после наложения трахеостомы от 20.02.2016.
- ❖ **Сопутствующие:** АГ II стадии 3ст. риск ССО 4. НК1.




**ГБОУ ВПО «РОССИЙСКИЙ НАЦИОНАЛЬНЫЙ
ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ
МЕДИЦИНСКИЙ УНИВЕРСИТЕТ ИМЕНИ Н.И. ПИРОГОВА
КАФЕДРА ФАКУЛЬТЕТСКОЙ ТЕРАПИИ ИМЕНИ АКАДЕМИКА А.
И. НЕСТЕРОВА**

СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ТЕЧЕНИЯ ГРИППА.

Руководители: к.м.н. доц. А.С. Поскребышева
асс. Е.С. Трофимов

Авторы:
Кебина А.Л.



Пациентка Р., 62 года

Жалобы на:

- Кашель с отделением небольшого количества желтоватой мокроты
- повышение температуры тела до 40,0 С
- боль в грудной клетке (за грудиной) при кашле
- общая слабость
- Одышка при минимальной физической нагрузке

Первичный осмотр.

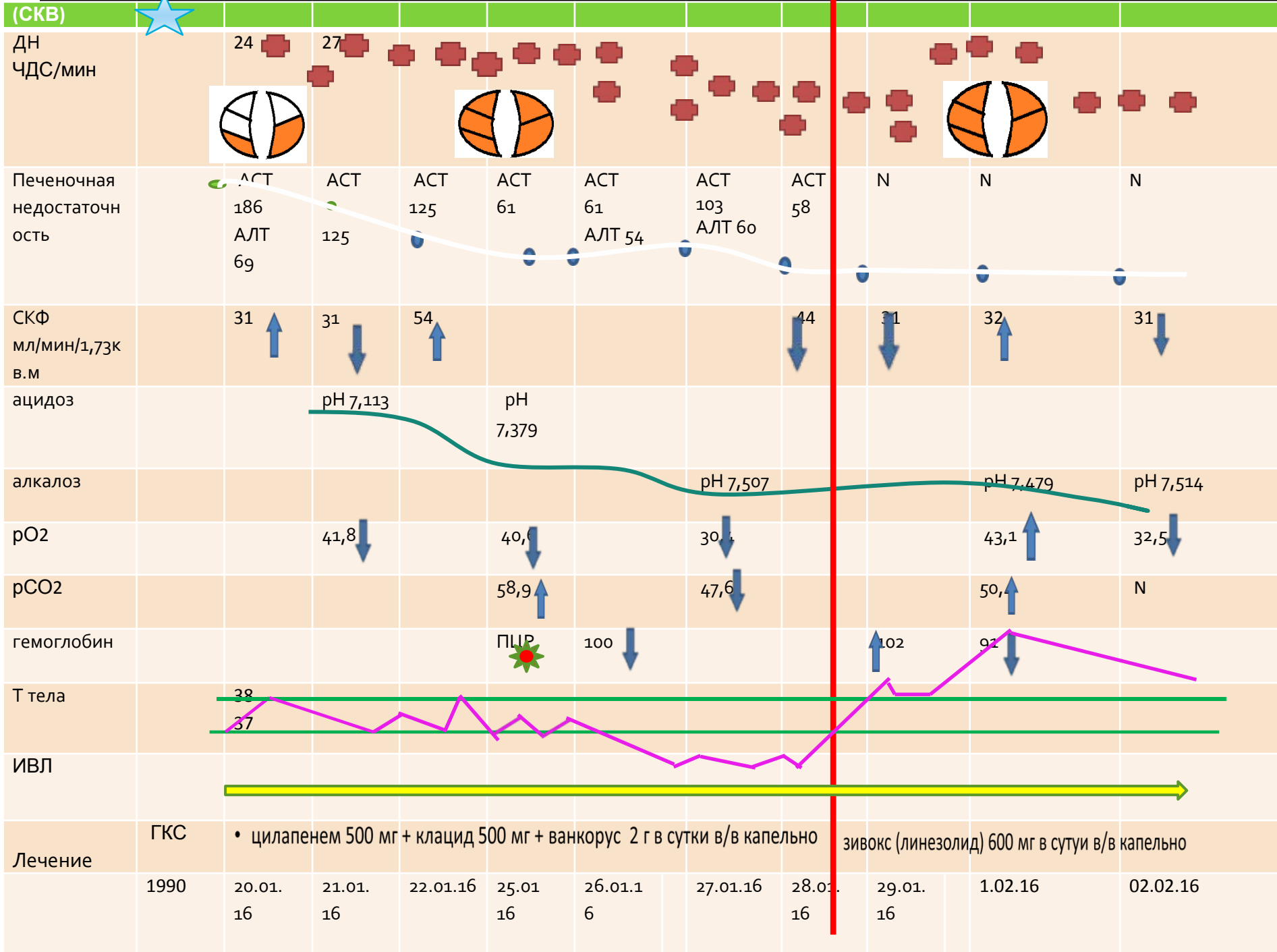
- Общее состояние тяжелое. Положение: активное.
- Кожные покровы цианотичные, чистые. На нижней губе герпетические высыпания под струпом.
- Т тела- 38,1 С.
- Дыхательная система: Число дыхательных движений – 24 в мин. При сравнительной перкуссии определяется притупление в нижних отделах легких с обеих сторон. При аускультации нижних отделов выслушиваются множество влажных, звучных, мелкопузырчатых хрипов в нижних отделах с обеих сторон.

Первичный осмотр.

- Сердечно-сосудистая система: АД 110/70 мм.рт.ст. ЧСС 100уд/мин. Пульс 100уд/мин. Тоны приглушены. Ритм правильный.
- Система пищеварения: при пальпации нижний край печени выступает из под реберной дуги на 1 см.
- Мочеполовая система: симптом поколачивания отрицательный.

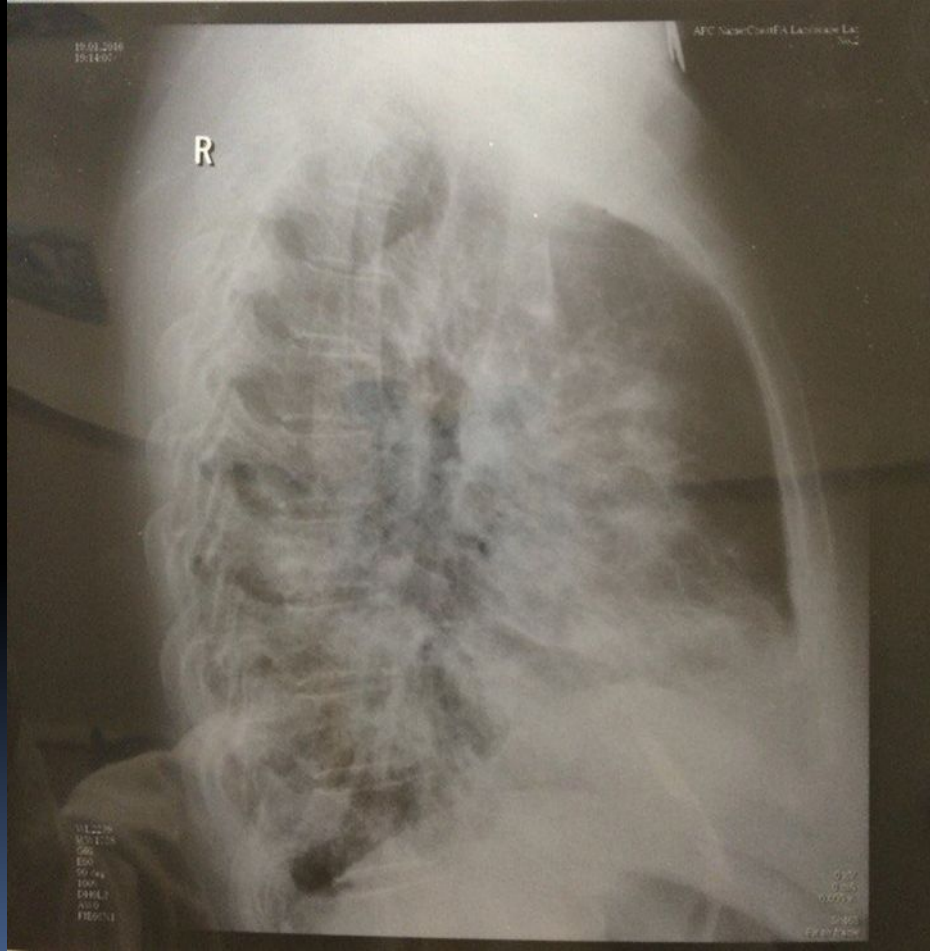
Перевод в реанимацию.

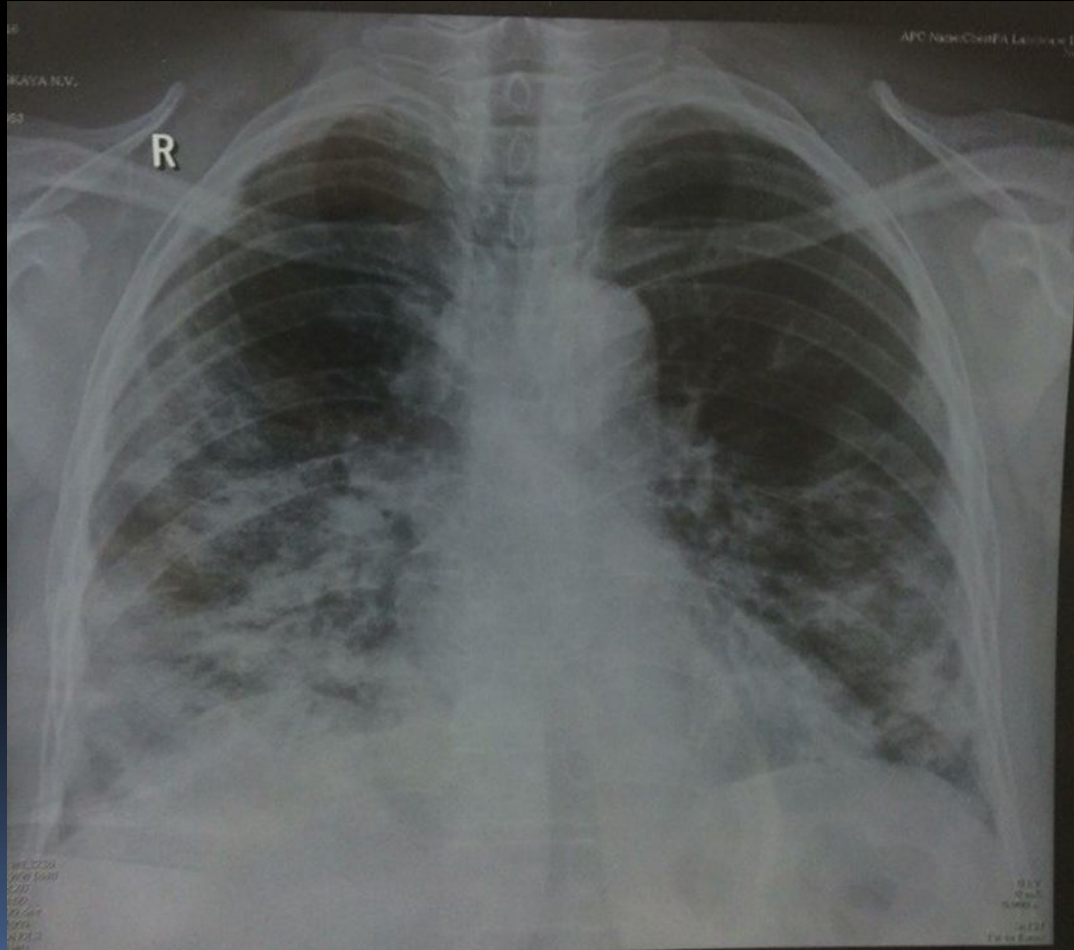
- На основании жалоб пациентки на ухудшение состояния, прогрессирования ДН, нарастания симптомов почечной и печеночной недостаточности переведена в отделение реанимации 20.01.16г (13:20).

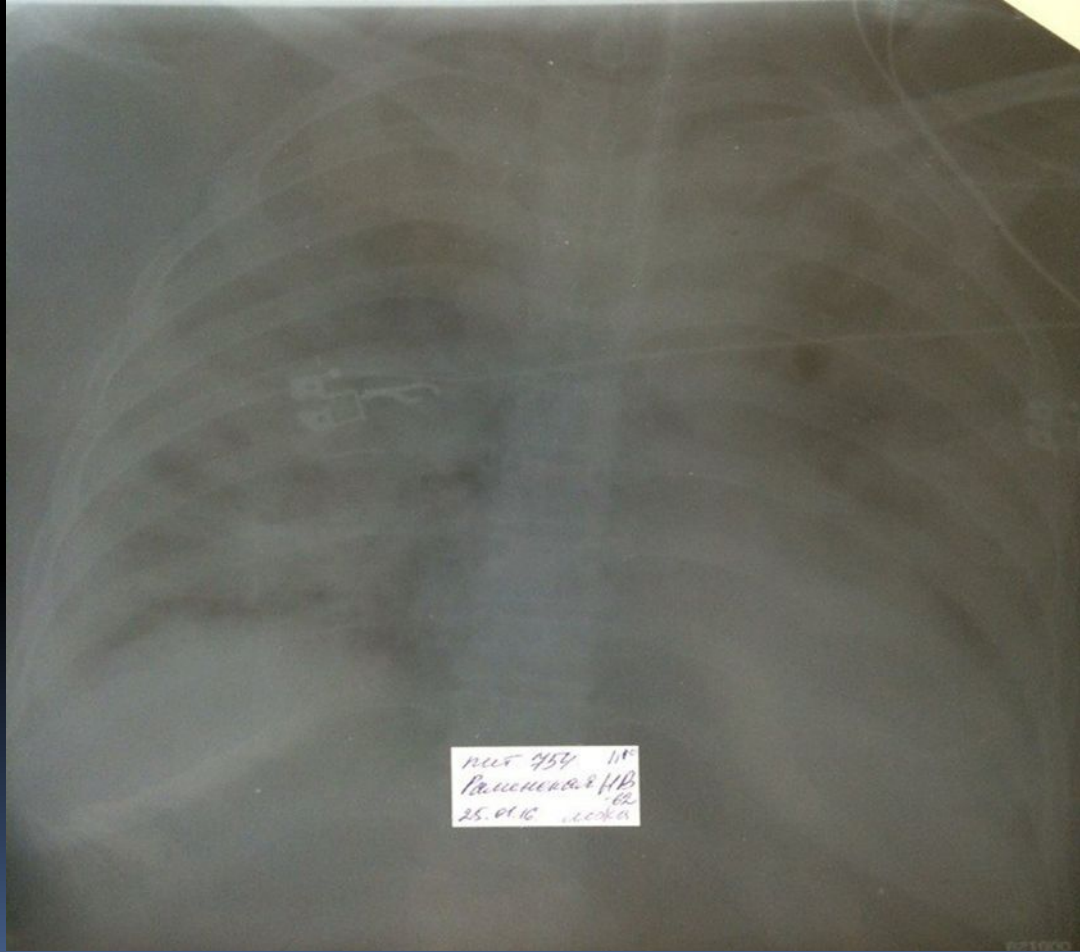


Лабораторные данные.

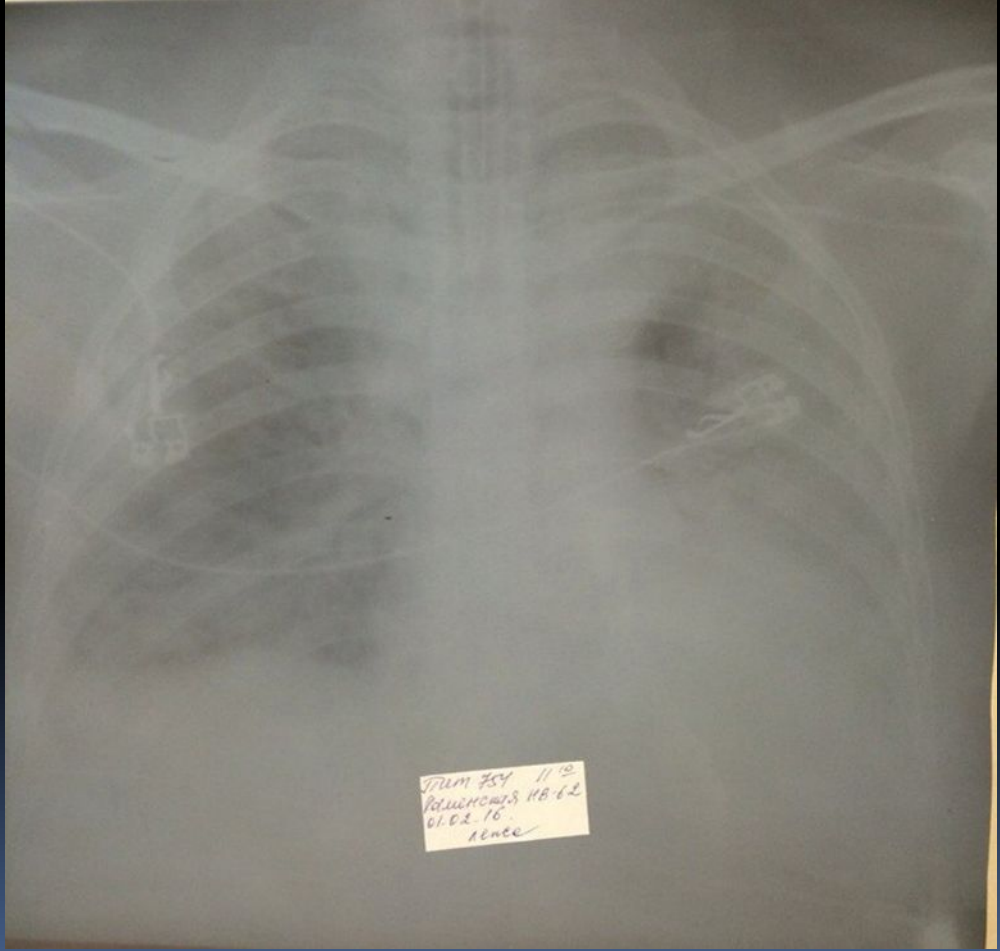
- В анализах мочи протеинурия(0,900г/л); микрогематурия
- Повышение фибриногена расчетного 9,96 (2,76-4,71)



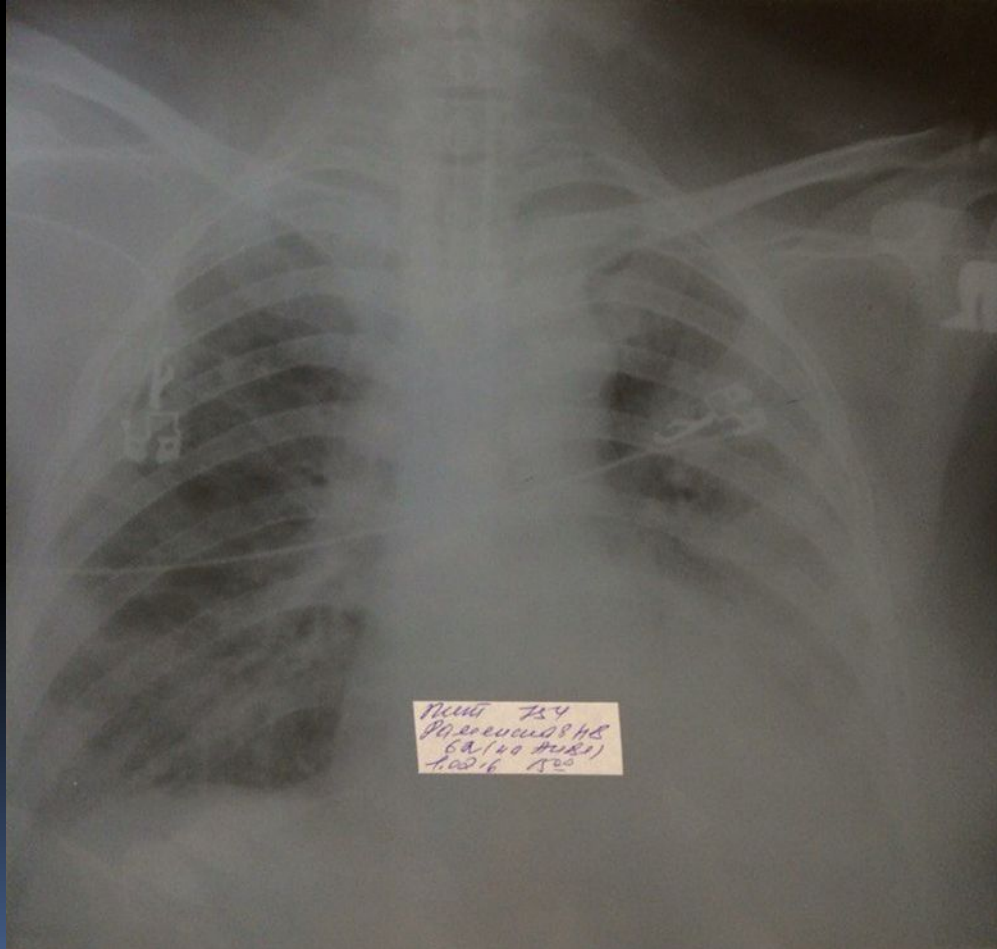




num 954 11°
Paucaena 8/16
25.01.10 2000



Pam 754 110
Pulmonary HB 62
01.02.16.
1.1.16



Результаты диагностических исследований.

- ВЫПОТНЫЕ ЖИДКОСТИ

26.01.16 (10:03)

Заключение: серозный выпот смешанноклеточного состава со значительным преобладанием мезотелиального компонента.

Результаты диагностических исследований.

- АНАЛИЗ МОКРОТЫ

22.01.16 (11:30)

Консистенция жидкая; цвет красноватый; характер – серозный с кровью.

Микроскопия:

лейкоциты 1-3 в п.зр.;

эритроциты 40-70 в п. зр.

КОНСУЛЬТАЦИЯ ИНФЕКЦИОНИСТА 22.01.16

23:00
Грипп. Тяжелое течение. Осложненный
двухсторонней пневмонией.


- ПЦР от 25.01.16 H1N1 положительный.

Диагноз .


- Основной диагноз: Грипп, тяжелая форма.
- Осложнение: полисегментарная пневмония в нижних и верхних долях обоих легких.
- Фоновое заболевание: Первично хроническая системная красная волчанка, умеренной активности. Длительная гормонотерапия.

Лечение .

- Инфузионная терапия (NaCl 0.9%; глюкоза 5%; KCl 7%; MgSO₄)
- Омепразол 40мг в/в
- Ацетилцистеин
- Индуктор интерферона
- Антикоагулянт прямого действия



Не смотря на проводимое лечение прогрессировали явления ДН. Впоследствии полиорганной недостаточности 2 февраля 2016г. в 15:10 наступила остановка сердечной деятельности.



Патолого-анатомический диагноз.

- Основное заболевание: Вирусно-бактериальная двухсторонняя полисегментарная пневмония с острым двухсторонним повреждением легких по типу РДСВ, обтурирующие тромбы сегментарных легочных артерий, острый фибринозно-геморрагический трахеобронхит.
- Осложнения основного заболевания: Интубация трахеи, ИВЛ в течение 13 суток. Катетеризация правой подключичной вены 30.01.16. Тромбоз правой подключичной вены. Миграция тромба в правый желудочек сердца. Венозное полнокровие и дистрофия внутренних органов. Белые инфаркты селезенки. Жировая дистрофия печени. Отек головного мозга.