

# Современные данные по этиологии клинике и лечению гриппозных заболеваний

Грипп — это своеобразная острая инфекционная болезнь, которая прежде всего отличается от всех других инфекционных болезней тем, что ее эпидемии иногда принимают чрезвычайное большое распространение.

Часто в течении ряда лет и даже десятилетий эта болезнь эпидемиологически ничем особым не проявляется, но затем сразу захватывает большую часть населения не только одной страны, но и целых частей света и принимают пандемический характер. При этом пандемия гриппа, охватившая весь земной шар наблюдалась через 30-40 лет например в 1847, в 1889, в 1918гг.

Не исключена возможность подобной вспышки в ближайшее время, т.к. последняя пандемия гриппа была 30 лет назад. Поэтому мысль врачей, мысль организаторов здравоохранения обратила внимание на это заболевание, что бы не повторилась катастрофа 1918г.

Хотя есть достаточное основание утверждать, что подобные пандемии в Советском Союзе не будут при его мощной организации здравоохранения: профилактика, госпитализация, общедоступной медицинской помощи, мощной противоэпидемической службе, эффективных методов лечения и т.д. Но все-таки не исключена возможность появления нового варианта гриппозного вируса.

Такая небывалая, как это было 1918г. пандемия по количеству заболевших и погибших от гриппа никогда не повторится только в том случае, если мы хорошо изучим болезнь, и зная ее всесторонно можем эффективно бороться с ней.

Значение гриппа и гриппоподобных заболеваний для народного хозяйства и здравоохранения очень велико, так как на них приходится наиболее количество потерь трудоспособности.

Гриппозный вирус сохраняется в межэпидемические периоды среди населения в виде цитопатических случаев и особенно больших эпидемий удельный вес его в отношении всех других заболеваний, вызвавших временную потерю трудоспособности за последние годы колеблется

изучены не стоит их забывать или игнорировать.



2. Игнорирование особенностей обонятельной слизистой оболочки тем, что слизистые дыхательных путей отвечают достаточно банальными однотипными кишечными реакциями на воздействие разнообразных раздражителей микробной и ультраструктурной природы, а так же на изменения

А при гриппе или инфекциях (сезонных) острых катаров эти реакции выражаются в различных сочетаниях гиперемии, отека, секреторной активности железистых клеток, лейкоцитарной инфильтрации в образовании вытотав и ~~и клеток~~.

В связи с этим появляются местные кишечные симптомы (кашель, болезненность в зеве, кашель с различной локализацией болевых ощущений). Обычно явления выражаются в более или менее острой повышенной температурой

1. Безысходно важным вопросом является дифференциальная диагностика между гриппом и болезнью Келли по кишечной картине — острым катаром дыхательных путей.

В основу дифференциальной диагностики вкладываются кишечные и до некоторой степени гематологические отличия гриппа от других гриппоподобных заболеваний.

Но все-таки опорными пунктами для дифференциальной диагностики ~~между гриппом и катаром дыхательных путей~~ являются следующие данные: острые катары возникают чаще в переходное время года; в большинстве случаев имеет значение простудной фактор; широкого

от 11,8 до 16,4%. Например в Ленинграде в первом квартале 1936. количество потерь трудодней было до 36%, а в первом квартале 1944. все заболевшие в этом квартале.

Если принять во внимание среднюю продолжительность заболевания 5,8 дня, то будет ясно, как велика поражаемость населения народными заболеваниями.

✓ Например, в нашей амбулатории ОЛП № 7, количество потерянных трудодней по всем видам болезни 39.356 из них по гриппу и группированным заболеваниям 4.637 дней, что составляет 11,8%.

орный диагноз. во-первых, следом за острым воспалением дыхательных путей развиваются различные осложнения, такие как, эндокардит рев-

врачи отметили в холодное время года, что не каждая инфекция развивается по пути

эпидемический катарр можно назвать инфлюэнцей. Он говорит, во всех городах, особенно северной и средней полосы при сырой и холодной погоде и быстрой перемены температуры от тепла к холоду развиваются катарры, поражающие большое число жителей.

Экк дал сто лет тому назад кое-какие основы дифференциальной диагностики между гриппом или инфлюэнцей и катаррами холодного времени. Недавно в городе Ленинграде были проверены истории болезни в стационарах и поликлиниках, конечно вне эпидемического времени и не менее чем 50% случаев диагноз "грипп" был необоснованным и неправильным. Из рисунка № 1 видно, что только 4,2% из всех диагнозов амбулаторий "грипп" имеет место случаи эпидемического гриппа; в 56,2% острый катарр дыхательных путей и в 40% другие заболевания.

Довольно часто из анамнеза истории болезни видно, что больной в течение года несколько раз болел "гриппом", а скорее всего можно думать, что тут были случаи обострения хронической туберкулезной и стрептококковой инфекции.

Почное установление вирусной природы гриппозной инфекции стало возможным после

Таблица № 1 и № 2

от 11,8 до 16,4%. Например в Ленинграде в первом квартале 1936. количество потерь трудоспособных было до 36%, а в первом квартале 1944. всех заболевших в этом квартале.

Если принять во внимание среднюю продолжительность заболевания 5,8 дня, то будет ясно, как велика поражаемость населения различными заболеваниями.

Грипп - это по существу амбулаторный диагноз. Под этим названием фигурируют во-первых, случаи истинного вирусного гриппа, во-вторых, случаи острых (серозных) катарров верхних дыхательных путей, в третьих случаи заболеваний неотносящиеся к первым двум категориям: различные ангины, ларингит, пневмония, туберкулез легких, эндокардит ревматического и другие.

Еще в 1823г. Нижегородские врачи отметили появление катарров верхних дыхательных путей повторяющихся почти ежегодно в холодное время года. Эрк в 1847г. высказал мнение, что не каждый эпидемический катарр можно назвать инфлюэнцей. Он говорил, во всех городах, особенно северной и средней полосы при сырой и холодной погоде и быстрой перемены температуры от тепла к холоду развиваются катарры, поражающие большое число жителей.

Эрк дал сто лет тому назад кое-какие основы дифференциальной диагностики между гриппом или инфлюэнцей и катарами холодного времени. Недавно в городе Ленинграде были проведены истории болезни в стационарах и поликлиниках, конечно вне эпидемического времени и не менее чем 50% случаев диагнозов "грипп" были необоснованными и непроверяемыми. Из рисунка n 1 видно что только 4,2% из всех диагнозов амбулаторий "грипп" имеет место случаи эпидемического гриппа; в 56,2% острый катарр дыхательных путей и в 40% другие заболевания.

Довольно часто из анамнеза истории болезни видно, что большей в теплые года не так часто бывает "гриппом", а скорее всего можно думать, что тут были случаи обострения хронической туберкулезной и стрептококковой инфекции.

Плохое установление вирусной природы гриппозной инфекции стало возможным после

Эрк в 1847г.

создания быстрых и простых методов лабораторной диагностики. Лабораторные исследования являются научной базой расширяющихся знаний в области клиники и эпидемиологии гриппа.

В последнее время выявлены две разновидности гриппозного вируса А и В, так же А. Эти вирусы относятся к высшим формам и биохимически состоят из комплексных белков: нуклеинов 66%, протеинов 4%, липидов 21%.

Морфологически это структурные тельца величина их исчисляется микронами, например вирус А равняется 77 микронам, а В - 97. Принадлежат к мельчайшим организмам принципиально не отличаются от рикетсий.

Возбудитель весьма контагиозен. В возникновении заболевания простудный фактор роли не играет. Имунитет держится в течение года.

Проф. Российский предлагает классифицировать вирусный грипп в зависимости от возбудителя, как грипп А, грипп В и грипп А+В, клиника этих отдельных форм не изучена, это является дальнейшей задачей. Вирус А вирус лентнее вируса В. патогенность их различна, несмотря на морфологические сходства.

Симптомы и течение болезни. Грипп может вызвать такую местную заболеванья с местными симптомами, но всегда преобладает явно инфекционное или токсическое общее заболевание организма. Ближе по преобладающей той или иной группы симптомов, общая картина болезни может быть весьма разнородной.

В клинической картине характерны общая резко выраженная интоксикация организма, озноб, высокая рвущая температура, сильная головная боль, боли в спине и в суставах; насморк незаметный или совсем отсутствует. Озгитность имеется не всегда; кашель сухой, иногда мокрота с кровью. При этом больные могут так ослабеть, что даже крепкие люди принуждены лежать в постели.

4  
Ближайшие нервные симптомы (потеря сознания, бред) встречаются только как исключение. Иногда бывает в начале рвота. Боли в спине редко сочетаются с болями в мышцах. Главная особенность, осень характерна так же давящие боли в глазах, ощущаемые особенно при движении глаз, т.к. боли локализуются в наружные глазные мышцы. Слезенка иногда несколько припухает, значительное ее припухание встречается в виде исключения. Лоски редко принимают участие в общем болезненном процессе.

Боли болезненные явления и в дальнейшем ограничиваются главным образом упорными общими симптомами в течение нескольких дней. — то можно говорить о шестой, токсической или "тирозной форме" зрелости, особенно когда на коже отмечается высыпание в виде петехий или розеол.

Нередко в инфекционном отделении Ботанической больницы поступали больные со следующими диагностическими явлениями: внезапное начало болезни, с ознобами, высокой температурой, сильными головными болями, болями в крестце и в конечностях, конъюнктивит, на коже петехии или розеолаподобная сыпь. На основании указанных данных, амбулаторно направляли их с диагнозом сыпной тиф? В таких случаях в первые дни поступления больного исключить наличие сыпного тифа мы очень затруднились. Затем с помощью гематологических и серологических исследований крови и изменения общей картины болезни ставили правильный диагноз.

Но обыкновенно и при таких случаях проявляются известные шестые симптомы со стороны двигательного аппарата. И тут тоже обнаруживается большое разнообразие картины болезни, в одних случаях болезнь захватывает только верхние двигательные пути (нос, гортань, трахею), в других случаях с самого начала поражаются мелкие бронхи.

В первом случае появляется сильный

насморк, нередко сопровождается конъюнктивитом и эрипией, во-вторых случаев кашлев и аускультативно сухой бронхит преимущественно в нижних долях легких. Если указанные местные явления со стороны дыхательных путей явно выражены, но все же преобладают общие явления интоксикации, то говорят о катаральной форме гриппа.

Гораздо реже чем в дыхательных путях, грипп локализуется в пищеварительном аппарате, т.е. желудочно-кишечная форма гриппа. При этой формеряду с выраженными общими симптомами появляются сильные явления со стороны желудочно-кишечного канала: тошнота, рвота, боль в животе, поносы иногда очень сильные.

В Ботукинской больнице мы имели несколько случаев тяжелого острого поражения желудочно-кишечного тракта при гриппе и пришлось дифференцировать с холерой т.к. у больных наблюдались резкие явления обезвоживания организма с характерным стулом.

В г. Бакинской, в центр. б-цу Усольска в 1938. из пересыльного пункта был направлен больная с диагнозом "холера?" направили очень опытный врач по тропическим заболеваниям и в частности по холере д-р Якузов. При осмотре было выражено явное обезвоживание организма и признаков резкого обезвоживания организма, нами удалось извлечь из мочевого пузыря около 100 см<sup>3</sup> мочи, чего не должно было быть. После проведения соответствующей мероприятий за сутки бурные явления со стороны желудочно-кишечного тракта стали исчезать и появившиеся симптомы гриппозного заболевания.

Нередко в крестце, коленостях и особенно в мышцах вышеупомянутые боли настолько сильные, что больные не находят места, иногда громко стонут и плачутся. В особенности же это замечается в области крестца. Когда эти явления выражены в сильной

6

Стелени говорят о ревматоидной форме гриппа. В единичных случаях встречаются бунные мозговые явления: краевые неесточные головные боли, сопровождающиеся чувством сильной тошноты и рвотой, бредом и потерей сознания. Иногда явно проявляется менингизм (ригидность затылка и спины) в таких случаях говорят о мозговой и менингеальной форме гриппа.

Действительно тут поражаются оболочки головного и спинного мозга (гиперемия, небольшие кровоизлияния, в редких случаях настоящей менингит. Ночный диагноз менингеальной заболеваний может быть поставлен только исследованием спинномозговой жидкости.

Таких образом имеются следующие клинические формы гриппа: а) катаральная, б) "токсическая" или "тифозная форма", с) ревматоидная, д) псевдоно-кишечная, е) мозговая или менингеальная форма гриппа.

Классификация эта не новая, довольно старая, но по-моему все-таки имеет большое практическое значение в том я убедился в своей работе. Я давно придерживаюсь к этой классификации и буду в дальнейшем тоже руководствоваться отказывая от нее я не намерен несмотря на мнение некоторых авторов, которые говорят, что прежнее деление гриппа на псевдоно-кишечные, легочные, неовные и другие формы не имеют достаточных оснований, так как любое заболевание может сопровождаться осложнением со стороны других органов.

По-моему мы должны все-таки стремиться всесторонне изучить каждое заболевание со всеми его клиническими особенностями и последующими осложнениями; раз имеются указанные клинические формы гриппа и они достаточно



8  
т.к.

распространение не имеет, ~~заболевание~~ не имеет.  
 Возбудитель менее контагиозен, чем вирус гриппа. Клинической картине преобладают катаральные явления со стороны дыхательных путей, температура нормальная или субфебрильная редко высокая, головная боль не резкая, обычно наблюдается сильный насморк, охриплость, уменьшенное потоотделение. Также, чем при гриппе, наблюдается кашель с выделением слизистой мокроты, а так же герпетические высыпания на лице значительно чаще, чем при гриппе.

В основу дифференциальной диагностики вкладывается так же резко выраженная нейротропность вируса гриппа, различными поражениями нервной системы, а так же токсикоз или явления общей интоксикации организма.

~~При сезонных катарах в клинической картине преобладают симптомы поражения слизистых дыхательных путей, когда явления общего токсикоза выражены значительно слабее и реже, чем при гриппе.~~

Показателем общего токсического влияния вируса гриппа является изменение со стороны крови, вследствие поражения лейкопоэтической функции костного мозга: лейкопения, нейтропения, токсические изменения нейтрофилов и наличие ~~капсулы~~ капсулы ~~большая~~ большая одноядерных клеток - гетоцитоз.

При острой катарре лейкопения наблюдается реже, чем при гриппе, отсутствует моноцитоз, гистацитоз, токсическая зернистость нейтрофилов, столь характерные для гриппа.

Но эти наблюдения впервые были произведены в Ленинграде профессором Анушинским и доцентом Коровиным

9

и получили широкое подтверждение в трудах Кончаловского, Паспелова, Эпштейна, Российского и помещены в основу современной книжной дифференциальной диагностики гриппа и сезонных катаров дыхательных путей.

Но все же гематологические показатели дают сравнительно мало опорных пунктов для отличия гриппа от острых катаров и большое, бесспорное практическое значение придают методам разработанным Стородицевым - это цитологическая диагностика гриппа и сезонных катаров. Она показала четкое преобладание клеток цилиндрического эпителия в мазках - отпечатках со слизистой носовых ходов при эпидемическом гриппе и преобладание лейкоцитарных элементов при сезонных катарах.

Приводим схему дифференциальной диагностики, составленной комиссией по борьбе с гриппом М.З. РС.СР.СР.

10 Схема дифференциальной диагностики составленная комиссией по борьбе с гриппом МЗ РСФСР

Признак	Грипп	Сезонные катарры
1. Возбудитель	Пневмотропный вирус	Вирус отсути вируса. В выделениях носоглотки палочка Перейсфера, пневмококк, гемолитический стрептококк.
2. Специфические антитела	Увеличиваются в количестве у переболевших.	Не увеличивается.
3. Иммунитет	Создается	Не создается.

Эпидемиологические особенности.

1. Продолжительность вспышки	Крайковременная с быстрым подъемом и крутым падением	Затяжное течение с длительным "хвостом"
2. Территориальный охват	Обширный (целые страны)	Ограниченное распространение главным образом в северных широтах
3. Последовательность во времени	Постоянное распространение с разновременным охватом различных территорий.	Одновременное начало в разных географических точках.
4. Контагиозность	Высокая	Низкая или умеренная.
5. Простудный фактор	Не играет роли	Является причиной.
6. Очаговость	Отсутствует - массовое распространение	Всегда имеется.
7. Поражаемость в возрастных	Преимущественно 15-30 лет.	Преимущественно дети и старики.

Клинические особенности.

1. Начало заболевания	Внезапное с ознобом	Чаще постепенное
2. Преобладающая симптоматика	Общая интоксикация	Явления катарра верхних дыхательных путей.
3. Головная боль и адинамия	Выражены резко	Выражены умеренно или отсутствуют.
4. Кашель	Непостоянный симптом при наличии короткой сухой;	Пароксизмальный длительный, продуктивный с выделением обильной мокроты.
5. Охриплость	Не всегда	Часто.
6. Зев	Задний фарингит без экссудата	Тонзиллит и фарингит с экссудатом
7. Насморк	Незначительный или отсутствует	Интенсивный
8. Герпетические высыпания	Редки	Часты
9. T° кривая	Иногда двуразная	Редко двуразная
10. Осложнения	Бронхопневмония и пневмония	Бронхит или бронхопневмония
11. Кровь	Лейкопения дегенеративнотоксические изменения нейтрофилов, лейкоцитоз.	Без постоянных изменений.
12. Течение болезни	Короткое	Имеет склонность к затяжному.
13. Прогноз	Серьезный	В большинстве случаев благоприятный.

# Осложнения и последовательные бо-

лезни.

Все выше рассмотренные проявления гриппа по существу являются непосредственным результатом действия специфического возбудителя. Большинство довольно частых осложнений должно быть отнесено за счет развития вторичных инфекций. Они, по всей вероятности, чрезвычайно легко поражают больных гриппом. И только подобными, смешанными-инфекциями обязано во многих случаях длительное и опасное течение болезни.

Таже всего вторичные заболевания возникают в легких и основным осложнением гриппа было и остается до сих пор воспаление легких.

Гриппозный вирус ведет к повышенной проницаемости сосудистого эндотелия, в результате чего возникают гиперемия бронхов и легочной паренхимы, ранимость сосудистых стенок и кровоизлияния. Это повышает патогенность различных микробов (пневмококки, палочки Коха, стрептококки и др.) и благоприятствует к возникновению пневмонии, нередко протекающей геморрагической форме с выделением кровавистой мокроты.

Болезнь обычно протекает медленно в течение двух-трех и больше недель и заканчивается типическим падением температуры. У стариков и у слабых детородников она протекает при субфебрильной температуре или даже нормальной, без кашля и мокроты.

Нередко болезнь затягивается на несколько месяцев и можно подозревать наличие туберкулезного процесса.

пнев-  
3024010133

Анализ случаев пневмонии при гриппе позволяет выделить три формы пнев-  
моний, различающиеся друг от друга по времени возникновения. В части случаев воспаление легких совпадает с началом гриппозного процесса, и полагают, что та-  
кая форма зависит от воздействия основ-  
ного вируса.

Наиболее часто пневмонии появля-  
ются на 3-5 день болезни и по всей вероят-  
ности это вторая форма вызывается присоединением  
вторичной вирусной инфекции бак-  
териальной фактора.

Наконец третья форма пневмонии развивается  
уже после того как исчез-  
нут признаки гриппа через несколько дней  
больше.

Таким образом имеется: а) вирусная  
гриппозная пневмония, б) вирусно-бакте-  
риальная пневмония и в) послегриппоз-  
ная бактериальная пневмония.

Анализ патогенеза гриппозной пнев-  
монии в эксперименте показал ведущую  
роль специфического целлюлярного  
в развитии дегенеративно-некротических  
изменений эпителиальной выстилки  
бронхов и легочного эпителия, а также  
обративных изменений сосудов при  
гриппе. Таким образом исчезают защитные  
барьеры легочной ткани и мобилизуется пато-  
генная флора.

В работе Бородицкая прекрасно по-  
казана мобилизация микрорифмы в носо-  
глотке в первые дни заболевания при  
эпидемическом гриппе и, исчезновение  
этого мощного микробного резервуара  
после падения температуры.

Из различных микробов в  
мокроте у больного гриппозной пневмонией

13

преобладают пневмококки 40й группы.  
 В первые шесть дней болезни наблюд-  
 дается казеозность зева наибо-  
 лее Нейсера, пневмококками, гемо-  
 литическими стрептококками, ка-  
 тарральными микрококком, к 13-дню  
 забавания количество их становится  
 ничтожным.

Для детального изучения пато-  
 геза гриппозных пневмоний, необхо-  
 дима и дальнейшая совместная ра-  
 бота клиницистов и вирусологов  
 в целях выяснения удельного ве-  
 са и сущности изменений реактив-  
 ности больного при вирусном гезе  
 с одной стороны и с другой стороны  
 при микробном факторе.

Клиническое течение гриппозных пне-  
 моний. Иногда вначале развитие пнев-  
 моний в легких не находят никаких изме-  
 нений, но в большинстве случаев удается  
 выслушать на ограниченном месте  
 крепитацию, иногда звучные мелко-  
 пузырьчатые хрипы. Притупление перку-  
 торного звука отсутствует или вырази-  
 то слабо в виде тимпанита или его  
 укорочения. Нет бронхофонии и брон-  
 хиального дыхания.

Иногда постепенно появляются новые  
 очаги воспалительного процесса и сим-  
 ваются со старыми, захватывают боль-  
 шой участок легкого или целую долю,  
 тогда физикальные явления напо-  
 минают картину крупозной пневмонии.

~~Болезнь обычно протекает медленно  
 в течении двух трех или больше  
 недель и заканчивается летическим  
 падением температуры. У стариков или  
 у слабых лиц детородных пневмония~~

~~Броетелай при субсубфебрильной и даже при нормальной температуре, часто без кашля и ломоты.~~

ЭГР 135340  
ЭПБ 40110133

~~Воспалительный процесс может затянуться на несколько месяцев и вызывает подозрение на туберкулезный процесс.~~

В последнее время описаны атипичные формы пневмонии вирусной этиологии, проявляющиеся в виде краевых или центральных форм воспаления. Они являются иногда даже первичными проявлениями гриппа, а не вторичными его осложнением и протекают довольно тяжело.

Нередко аускультативно-перкуторные изменения ~~отсутствуют~~ указывают на пневмококковый процесс в легких, <sup>отсутствуют</sup> заоблачение уетанавливается только рентгенологически.

Иногда наблюдается несоответствие между клинической картиной и рентгенологическими данными: при наличии притупления и бронхоального дыхания рентген не обнаруживает изменений в легких. Карбоот при излечивании физикальных данных и ~~отсутствии~~ интоксикации рентгеновская картина может остаться в продолжительное время стойкой.

Для тяжелых форм гриппозной инфекции септического характера, иногда дают рентгеновскую картину, напоминающую диссеминированную туберкулез или лимфогенной карциноматоз.

В таких случаях для правильного уетановления диагноза необходимо учесть акашез, течение баезни и ряд других исследований.

При гриппозных пневмониях нередко в процесс вовлекается и плевра.

15. Гриппозные пневмонии часто двусторонние, могут быть сужены, фибринозными, серозными, геморрагическими и гнойными. Встречаются мезодоревые пневмонии и инкапсулированные гнойные выпоты гриппозного происхождения.

Гриппозные пневмонии могут осложняться интробитами, легочными абсцессами и даже гангеной легкого, а так же грипп является одним из этиологических факторов различных хронических заболеваний дыхательных путей: различные бронхиты и бронхиты вследствие нарушения функции бронхиального дерева.

Второе. Кроме того необходимо помнить, что гриппозная пневмония, перенесенная даже в легкой форме, ослабляет организм и создает благоприятную почву для обострения и ряд других хронических заболеваний.

В третьих это из себя представляет с эпидемиологической точки зрения группа заболеваний

Общее количество поступивших больных за 3 года 7708 из них по гриппу и катаррам дыхательных путей 506, что представляет 6,5% из них вирусный грипп 1,7%, а сезонные катарры 4,8%.

синусит, бронхит, "атипичная пневмония".  
Современные данные об этиопатогенезе и эпидемиологии сезонных катарров дают основание считать, что следуют некоторым самостоятельным нозологическим формам.



15. Гриппозные пневмонии часто двусторонние, могут быть сухими, фибринозными, серозными, геморрагическими и гнойными. Встречаются метастатические пневмонии и инкапсулированные гнойные выпоты гриппозного происхождения.

Гриппозные пневмонии могут осложниться интерлобитами, легочными абсцессами и даже гангеной легкого, а так же грипп является одним из этиологических факторов различных хронических заболеваний дыхательных путей: различные бронхиты и бронхиты вследствие нарушения функции бронхиального дерева.

Второе. Кроме того необходимо помнить что гриппозная пневмония, перенесенная даже в легкой форме, ослабляет организм и создает благоприятную почву для обострения и ряда других хронических заболеваний.

В третьих это из себя представляет с эпидемиологической точки зрения группа заболеваний, которые еще недостаточно изучены и носят наименование острых (сезонных) катазров дыхательных путей с весьма разнообразной симптоматологией, варьирующей от простого насморка до "атипичной пневмонии".

Диагноз этих заболеваний все еще ставится в зависимости от места локализации патологического процесса (рипит, тонзиллит, фарингит, трахеит, синусит, бронхит, "атипичная пневмония").

Современные данные об этио-патогенезе и эпидемиологии сезонных катазров дают основание считать, что сюда входят несколько самостоятельных патологических форм.

16 Здесь выделяются острые бактериаль-  
ные катары верхних дыхательных  
путей, которые преобладают среди этих  
заболеваний. Они легче всего возникают  
в результате "простуды".

Наиболее характерными симпто-  
мами этих заболеваний являются  
резко выраженные катаральные явления  
со стороны верхних дыхательных путей,  
общетоксические же симптомы выраже-  
ны, как правило, значительно меньше.

До окончательного выяснения вопроса  
об этиологических и клинических разно-  
видностях ~~этих заболеваний~~ ~~катаров~~ ~~дыхатель-~~  
~~ных путей~~, некоторые авторы предла-  
гают называть их суммарным  
термином "острые катары" постолько  
подразделение их на риниты, трахеи-  
ты и пр. осложняется диагностически.

А по мнению других авторов "сезон-  
ные острые катары дыхательных путей"  
объединяет целый конгломерат заболе-  
ваний, это название громоздко и не  
вполне отвечает сущности заболе-  
вания, по этому находят целесообразным  
называть их "инфлюэнцей", но и это  
название тоже не удовлетворяет  
многим т.к. "инфлюэнца" был и обиход  
прочит <sup>Синонимом</sup> термин группа для врачей.

## Лечение.

За неимением возможности я не намерен задерживать ваше внимание на перечислении старых общеизвестных средств лечения гриппа. Они с успехом применялись раньше и в настоящее время тоже при соответствующих показаниях, например: средства антипретические и анальгетические, отхаркивающие и отвлекающие, потогонные и мочегонные, сердечные и успокаивающе-наркотические. Пока что еще они нужны, от них отказаться нельзя.

Хорошими действиями обладают средства, применяемые за последние годы: кальцекс, уротропин, стрептоцид, урострентин, внутривенные вливания раствора хлористого кальция и уротропина.

Раньше предполагалось внутримлеточное проникновение и размножение вирусов, тем объяснялось неэффективность антибиотиков и синтетических препаратов. Экспериментальные данные показали, однако, что вирус оседает на поверхности эритроцитов. Это дает обнадеживающие перспективы в отношении поисков новых лечебных средств.

Из новых методов лечения гриппа, требующих дальнейшего усовершенствования являются следующие:  
 а) серотерапия противогриппозной сыворотки (А и В), б) ингаляции.

Противогриппозная сыворотка быстро устраняет общие токсические явления, на катаральные явления не оказывает заметного влияния. Их интенсивность, по видимому, зависит от присоединения микробного фактора, а микробный фактор необходимо устранить путем применения сульфаниламидов и антибиотиков.

Цель ингаляции - это нейтрализация токсических веществ гриппозного вируса, непосредственное воздействие на пораженный эпителий дыхательных путей, еще не пораженных вирусом, предупреждение вирусных гриппозных пневмоний, а в случае их появления специфическое лечение.

Применяются так же ингаляции пеницилина и сульфамидных препаратов, инсудрицид их при лечении неосложненного гриппа необходима в целях подавления микрофлоры и предупреждения гриппозных бактериальных пневмоний.

Считают целесообразным применение серотерапии в сочетании с пеницилином в особенности в целях борьбы с первичными (вирусными) и вторичными (вирусо-бактериальными) гриппозными пневмониями.

Применение при гриппозных пневмониях сульфамидов значительно сокращает продолжительность лихорадочного периода с 12,8 дня, до 7,5 дня. Процент смертности снижается с 21,5 до 2,2%, а при пневмонии вируса А до 0%.

Конечно тут имеет значение своевременное распознавание и своевременная госпитализация больного, а в этом очень благоприятствует проведенное объединение поликлиники со стационаром.

# Профилактика

Важнейшими профилактическими мероприятиями является подкожная вакцинация и интраназальное введение вакцины. Регулярное и внимательное наблюдение за болезнью с целью раннего установления диагноза и немедленной госпитализации в президемический период и предотвращения больного на дому в дальнейшем течении эпидемии.

~~С целью ранней диагностики широкого применения методов геммоагглютинации и риноцитологии (преобладание отторгнутого клеток цилиндрического эпителия в мазках из слизистой носовых ходов при гриппе и преобладание лейкоцитов при острых катардах дыхательных путей.)~~

✓ Рекомендуется так же применение туширования слизистой оболочки верхних дыхательных путей 10% дисперсным серебряным сульфатом.

Организация необходимых мероприятий по предупреждению распространения болезни в лечебных учреждениях: в больницах, отдельные помещения или отдельные палаты, тщательное проветривание и влажная уборка 1% хлорамина, рекомендуется так же хлорная вода 20 граммов хлора на ведро воды.

Мытье рук персоналу сапониновым мылом, тимоловым, карболовым, каменистым мылом, 2% сапониновой эссенцией а так же раствором хлорамина 0,2%.

Усиление контроля за местами общественного пользования: столовые, общепития, пещбараки; частое проветривание, ежедневная влажная уборка и мытье полов дезрастворами.

Широкая разъяснительная санпросвет работа среди населения по вопросам эпидемического зрита.

## Выводы:

1. Пандемия с XIX столетия кабрионения показала, что пандемия гриппа, охватившая весь земной шар, давая через определенный промежуток времени как правило, в каждые 30-40 лет, поэтому не исключена возможность повторения подобной вспышки и в ближайшее время, т.к. последняя пандемия гриппа была 30 лет тому назад.

2. Предположение о возможности появления нового варианта гриппозного вируса, обязывает врачей особенно тщательно изучать болезни со всеми ее эпидемиологическими и клиническими особенностями. Детальное изучение заболевания при мощной организации здравоохранения и противоэпидемиологической службе даст полную гарантию в том, что у нас не повторится катастрофы 1918 г. по количеству заболевших и погибших от гриппа случаев.

3. Отличие гриппа от близких к нему по клинической картине острых катаров дыхательных путей имеет очень большое практическое значение, поэтому необходимо широкое руководство с достижениями советских ученых, а именно: детально разработанной схемой дифференциальной диагностики; серологической реакцией; гематологическими и цитологическими исследованиями, которые положены в основу современной клинико-дифференциальной диагностики гриппа и сезонных катаров.

4. До окончательного изучения и выявления вопроса об эпидемиологии, этио-патогенеза и клинических разновидностей острых (сезонных) катаров дыхательных путей и выявления терминологии, необходимо руководствоваться последним постановлением Всесоюзной Конференцией по гриппу и именовать их суммарным термином "Острый катар верхних дыхательных путей" (Инфлюэнца).

5. В межэпидемический период гриппа и особенно в президемическое время важнейшими профилактическими мероприятиями является: подкожная вакцинация и интраназальное введение вакцины; массовое туширование слизистой оболочки верхних дыхательных путей 10% дисперсным серебряным сульфатом; ранняя диагностика и немедленная госпитализация; бюро в президемическое время и строгая изоляция на дому при эпидемии.