

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЁЛОЙ ФОРМЫ ГРИППА А (H₁N₁)

К.В. Жданов¹, А.В. Карпов², Н.И. Львов¹, М.К. Шишкин¹, М.В. Яременко¹, А.М. Мироненко¹

¹ Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

² ФГУ 442 ОВКГ им. З.П. Соловьева, Санкт-Петербург

Clinical case of the heavy form of a flu A (H₁N₁)

K.V. Zhdanov¹, A.V. Karpov², N.I. Lvov¹, M.K. Shishkin¹, M.V. Yaremenko¹, A.M. Mironenko¹

¹ Military Medical Academy by S.M. Kirov, Saint-Petersburg

² Federal state establishment 442 district military clinical hospital by Z.P. Solovyov, Saint-Petersburg

Грипп и другие острые респираторные заболевания занимают ведущее место в структуре инфекционных болезней среди населения Российской Федерации — до 50% всех случаев ОРЗ приходится на грипп. Каждый взрослый человек в среднем в год болеет 2 раза гриппом или другими ОРЗ [3,4]. По данным Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ) во время ежегодных сезонных эпидемий гриппа во всем мире регистрируется от трех до пяти миллионов тяжелых случаев заболевания и от 250 000 до 500 000 смертельных исходов, из которых в промышленно развитых странах большинство приходится на людей старше 65 лет [2].

11 июня 2009 г. ВОЗ объявила о начале очередной пандемии гриппа А(H₁N₁)/Калифорния/04/2009. Пандемический вирус гриппа А(H₁N₁) способен инфицировать нижние дыхательные пути и вызвать «специфический гриппозный геморрагический интерстициальный пневмонит», особенно среди детей, молодежи и лиц средних лет, и, как результат, развитие дыхательной недостаточности и острого респираторного дистресс-синдрома со стойкой гипоксемией [1,2,4,5]. Приводим описание клинического случая тяжёлого течения гриппа А (H₁N₁).

В октябре 2009 г. в отделение инфекционного центра ФГУ 442 ОВКГ ЛенВО, на 3-й день болезни был госпитализирован военнослужащий Б., 21 года с предварительным диагнозом «Острое респираторное заболевание по типу ринофаринготрахеита».

При поступлении больной Б. предъявлял жалобы на озноб, «ломоту» в теле, умеренную головную боль насморк, сухой кашель.

Из анамнеза было известно, что вечером 27.10.2009 г. появился озноб, насморк, сухой кашель, температуру не измерял, за медицинской помощью не обращался. 29.10.2009 г. был госпитализирован в лазарет части с жалобами на насморк,

сухой кашель, сильный озноб, головную боль. При осмотре: температура 39,6°C, пульс — 110 в 1 мин, АД 100 и 60 мм.рт.ст., явления общей инфекционной интоксикации, ринита, фарингита, трахеита. В качестве неотложной помощи проводили инфузионную терапию в сочетании с 120 мг преднизолона, вводили внутривенно струйно раствор эуфиллина, внутримышечно растворы анальгина и папаверина, подкожно — раствор сульфокамфокаина. К вечеру санитарным транспортом был доставлен и госпитализирован в 442 ОВКГ.

При эпидемиологическом опросе в части выявляли случаи ОРЗ.

При поступлении в инфекционный стационар общее состояние расценивалось как удовлетворительное, температура 37,4°C. Кожные покровы были обычной окраски. Отмечали яркую гиперемию слизистой оболочки ротоглотки, «зернистость» мягкого неба. Миндалины увеличены до I степени, умеренно гиперемированы. Пульс 82 в 1 мин, ритмичный, удовлетворительных качеств. Границы относительной и абсолютной сердечной тупости соответствовали норме. Тоны сердца выслушивали ясными, шумов не было. АД измерялось в пределах 120 и 70 мм рт. ст. Частота дыхания 18 в мин. В легких при сравнительной перкуссии ясный легочный звук, при аускультации — жесткое дыхание. Живот мягкий и безболезненный. Размеры печени по Курлову 12—10—9 см, при пальпации край печени по среднеключичной линии выступал на 1,0 см, был мягким эластичным безболезненным. Селезенка перкуторно определялась с IX ребра. Со стороны нервной системы патологических рефлексов и менингеальных симптомов не выявлено.

На 4-й день болезни (вторые сутки пребывания в стационаре) усилились общая слабость, головная боль с локализацией в лобно-височных областях, повторно был озноб, сохранялись насморк, су-

хой кашель, появились головокружение, двоение в глазах, светобоязнь, гиперестезия, ухудшилось зрение, температура тела повысилась до 38,2°C. Состояние оценили как тяжелое, сознание определяли на уровне сомнолентии (сонлив, контакт односложный, выполнял простые команды, быстро истощался). Носовое дыхание было затруднено с обеих сторон. Пульс 96 в 1 мин., ритмичный. АД измерялось на прежнем уровне. Тоны сердца были ясными. Одышка не отмечалась. При перкуссии и аускультации легких сохранялись ясный легочный звук и жесткое дыхание. Со стороны нервной системы патологических рефлексов и менингеальных симптомов не определялось. Взгляд фиксировал с трудом. Стула не было.

На основании жалоб, анамнеза (острого начала), эпидемических предпосылок, выраженного синдрома общей инфекционной интоксикации, признаков ринита, фарингита, трахеита — установили диагноз: Грипп тяжелой степени тяжести. Инфекционно-токсическая энцефалопатия.

Больной был переведен в ОРИТ инфекционного центра госпиталя. К вечеру этого же дня в связи с дальнейшим утяжелением состояния больного перевели реанимационный центр госпиталя. Состояние было крайне тяжелым, сознание на уровне сопора. Кожные покровы обычной окраски. Пульс 120 в 1 мин., напряжен. Тоны сердца приглушены, шумов не было. АД в пределах 110 и 70 мм рт. ст.

Одышка (ЧДД 28 в мин.). Со стороны нервной системы патологических рефлексов и менингеальных симптомов не было. В ночь по причине развившегося апноэ больного перевели на ИВЛ.

С 5-го по 13-й день болезни пациент находился на ИВЛ. Медикаментозно был седатирован, сознание определялось на уровне комы I. Сохранялись тахикардия, приглушение тонов сердца, АД 130 и 90 мм.рт.ст. Границы относительной сердечной тупости была расширена влево в V межребрье на 0,5 см кнутри от среднеключичной линии. В легких в нижних отделах больше справа перкуторно отмечали укорочение легочного звука, там же при аускультации на фоне жесткого дыхания выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы. Со стороны нервной системы выявляли: ослабление прямой и содружественной фотореакции; арефлексия, отсутствие брюшных рефлексов, расходящееся косоглазие, симптомы Кернига и нижний Брудзинского, тетрапарез. Отмечалась олигоурия (таблица 1).

В ходе обследования в клиническом анализе крови выявлялись: лейкоцитоз с палочкоядерным сдвигом влево, ускоренное СОЭ. По данным биохимического анализа наблюдалось: умеренное повышение АЛТ, АСТ, креатинина, резкое повышение КФК, умеренная гипопропротеинемия. Определялось снижение насыщения кислородом венозной крови (таблица 2).

Таблица 1

Динамика развития клинических симптомов, синдромов и неотложных состояний у пациента Б. с гриппом А (H₁N₁)

Признак, показатели		Дни болезни														
		3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15–16	17–20	20–34
Лихорадка °С	38–39	+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
	37–38	–	–	+	+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Ринофаринготрахеит		+	+	+	+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ИТШ		+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
ИТЭ		+	+	+	+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Пневмония		–	–	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	–	–	–
Миокардит		–	–	–	–	+	+	+	+	+	+	+	+	+	–	–
Кома I		–	–	+	+	+	–	–	–	–	–	–	–	–	–	–
Тетрапарез		–	–	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	–
ИВЛ		–	–	+	+	+	+	+	+	+	+	–	–	–	–	–

Примечание: ИТШ — инфекционно-токсический шок; ИТЭ — инфекционно-токсическая энцефалопатия; ИВЛ — искусственная вентиляция легких.

Таблица 2

Динамика лабораторных показателей у пациента Б. заболевшего гриппом А (H₁N₁)

Показатели	Норма	Дни болезни					
		4	5	9	11	14	30
Лейкоциты	(4,0–8,9×10 ⁹ /л)	8,8	9,1	8,7	—	7,6	6,6
Палочкоядерн.	(1–6%)	29	31	10	—	5	4
Сегментоядерн.	(47–72%)	57	62	61	—	51	52
Лимфоциты	(19–37%)	11	6	24	—	40	39
Моноциты	(0–1%)	3	1	5	—	4	5
Тромбоциты	(180–320×10 ⁹ /л)	210	206	230	—	359	—
СОЭ	(6–14 мм/час)	13	15	23	—	5	6
АЛТ	(до 40 ЕД/л)	—	17	27	91	63	—
АСТ	(до 37 ЕД/л)	35	34	222	130	31	—
ЛДГ	(230–460 ЕД/л)	—	453	553	469	317	—
КФК	(24–195 ЕД/л)	—	706	2640	757	24	—
Креатинин	(до 57 мкмоль/л)	104	96	104	101	75	—
Мочевина	(1,7–8,3 ммоль/л)	—	3,2	3,4	1,8	3,7	—
Общий белок	(65–85 г/л)	45	58	64	73	70	—
Фибриноген	(2–4 г/л)	—	2,6	2,5	2,3	—	—
ПТИ	(70–130%)	67	86	57	—	67	—

По результатам лабораторных исследований были исключены вирусные гепатиты В, С, сифилис и ВИЧ-инфекция. При выполнении спинномозговой пункции дважды патологических изменений не выявлено. При исследовании ликвора методом ПЦР ДНК вирусов герпеса 1 и 2 типов не обнаружено. Повторные посеы крови на стерильность были отрицательными. В смывах со слизистой оболочки носоглотки методом ПЦР определена РНК вируса гриппа А/Калифорния/04/2009 (H₁N₁).

Проводилось обследование: компьютерная томография головного мозга — умеренно выраженные признаки гидроцефалии головного мозга, компьютерная томография живота — без патологии. При проведении компьютерной томографии органов грудной клетки: на 2-й день стационарного лечения (4-й день болезни) обнаружили «незначительные наслоения» в области рёберно-диафрагмальных синусов, инфильтраций не было; на 4-й день стационарного лечения (6-й день болезни) — двустороннюю нижнедолевую пневмонию. Однако клинические признаки пневмонии не соответствовали (они предшествовали) данным компьютерной томографии. По данным клинической больницы им. С.П. Боткина пневмония при гриппе А H₁N₁ в начале заболевания носит интерстициальный характер, инфильтративные изменения, выявляемые рентгенологически, появляются позже [4]. На 7-й день болезни выполнили: ЭХОКГ — краевое утолщение правой коронарной створки

аортального клапана; ЭКГ — синусовая брадикардия (46 в 1 мин.), депрессия зубца ST, признаки миокардита.

Больной был осмотрен неврологом, окулистом, кардиологом, проведены консилиумы врачей (инфекционист, невролог, реаниматолог, терапевт) на 4-й, 5-й и 8-й день болезни.

В результате комплексного обследования, осмотра специалистов был выставлен окончательный диагноз: Грипп А(H₁N₁)/Калифорния/04/2009, тяжёлое течение. Осложнения: двухсторонняя нижнедолевая пневмония, дыхательная недостаточность III степени. Инфекционно-токсическая энцефалопатия. Инфекционно-токсический миокардит. Инфекционно-токсический шок II степени.

Проводилось лечение с 3-го по 4-й день болезни (отделение инфекционного центра): антибактериальное (цефтриаксон по 1 г 2 раза в сут), гормоны (преднизолон 60 мг 4 раза в сут), инфузионно-детоксикационное в общем объёме 1300 мл. С 4-го по 13-й день болезни получал терапию в центральном ОРИТ госпиталя: антибактериальную (в течение 7-ми дней меронем по 1 г 3 раза в сут., метрогил по 0,5 г 3 раза в сут.), противовирусную (зовиракс внутривенно по 0,75 г 3 раза в день в течение первых 3-х дней, циклоферон по 12,5% — 4,0 мл в течение первых 2-х дней, арбидол по 0,2 г 3 раза в течение 10-ти дней), гормоны (солумедрол по 1 г в течение 3-х дней, далее дексаметазон по 4 мг 3 раза в сут.), антиагрегантную (клексан) и инфузионно-детоксикационную

На фоне проводимого лечения на 7-й день болезни купировалась лихорадка. На 13-й день болезни переведен на самостоятельное дыхание, нормализовалось насыщение венозной крови кислородом. На 14-й день болезни разрешилась пневмония, регрессировали: расходящееся косоглазие, симптомы Кернига и нижний Брудзинского, уменьшились проявления тетрапареза.

С 14-го по 17-й день болезни проводилось лечение в кардиологическом отделении госпиталя (метаболические, сосудистые препараты), где были купированы явления миокардита.

С 17-го по 33-й день болезни проводилась восстановительная терапия в неврологическом отделении госпиталя (ноотропные, сосудистые и адаптогенные препараты). Разрешился тетрапарез, восстановились глубокие и поверхностные рефлексы, менингеальных симптомов не было. Сохранились слабость, повышенная утомляемость, эмоциональная лабильность, нарушение координации движений, покачивание при ходьбе, рассеянность внимания.

Больной был освидетельствован ВКК с представлением отпуска болезни сроком на 30 суток. На 34-й день болезни был выписан в удовлетворительном состоянии под диспансерное наблюдение врача части.

Анализ клинических, лабораторных и инструментальных данных свидетельствует о том, что при тяжелых формах гриппа в результате интерстициального отека легких развивается гипоксия, что приводит к развитию полиорганной недостаточности (почечной, печеночной, мозговой, кровяной и т.д.), которая при своевременном комплексном лечении может носить обратимый характер. Раннее и полное лечение таких пациентов должно включать в себя базисную, этиотропную и патогенетическую терапию.

Литература

1. Грипп А (H₁N₁) Калифорния («Свиной грипп»). Клиника, диагностика, этиология. Методические рекомендации для врачей / А.Г. Рахманова [и др.]. — СПб.: ООО «АВ — Студия», 2009. — 87с.
2. Грипп / Информационный бюллетень ВОЗ. — 2009. — № 211.
3. Лобзин, Ю.В. Воздушно-капельные инфекции / Лобзин Ю.В., Лихопенко В.П., Львов Н.И. — СПб.: «Издательство Фолиант», 2000. — 184с
4. Методические рекомендации по лечению больных гриппом H₁N₁ (для врачей) / А.Г. Рахманова, Ю.С. Полушин, А.А. Яковлев [и др.]. — СПб.: 2009. — 30 с.
5. Руководство по инфекционным болезням. / Под ред. чл.-корр. РАМН, проф. Ю.В. Лобзина 3-е изд., доп. и перераб. — СПб.: Изд-во «Фолиант», 2003. — 1040 с.
6. Galwankar S., Clem A. Swine influenza A (H₁N₁) strikes a potential for global disaster // J of emergencies, trauma and shock, 2009; 2: 99 — 105.

Авторский коллектив:

Жданов Константин Валерьевич — начальник кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова доктор медицинских наук профессор, тел. 8(812)542-92-14, E-mail: ZhdanovKV@rambler.ru;

Карпов Александр Владимирович — начальник инфекционного отделения — главный инфекционист ФГУ 442 ОВКГ ЛенВО МО РФ, тел. 8(911)974-64-47, E-mail: a.v.karpov-72@mail.ru;

Львов Николай Иванович — старший преподаватель кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кандидат медицинских наук, тел. 8(812)292-33-57, E-mail: 05011912@mail.ru;

Шишкин Михаил Константинович — доцент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кандидат медицинских наук, тел. 8(812)292-33-57, E-mail: nat91afg@mail.ru;

Яременко Михаил Васильевич — доцент кафедры инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова кандидат медицинских наук, тел. 8(812)292-33-57, E-mail: ymvhome@mail.ru;

Мироненко Александр Михайлович — клинический ординатор клиники инфекционных болезней Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова, тел. 8(812)292-33-57, E-mail: shashulya5@yandex.ru.