

Ю. В. Просветов<sup>1</sup>, А. Ю. Гусарова<sup>1</sup>, А. Г. Макарович<sup>2</sup>

<sup>1</sup> кафедра фтизиатрии и пульмонологии ГУ «ЗМАПО МЗ Украины»

<sup>2</sup> Запорожский областной противотуберкулёзный клинический диспансер

## СЛУЧАЙ ОСТРОЙ ИНТЕРСТИЦИАЛЬНОЙ ПНЕВМОНИИ КАК ОСЛОЖНЕНИЕ ГРИППА

Пневмония и сегодня остаётся сложной медико-социальной проблемой, что обусловлено как широким распространением этой патологии, так и высокими показателями смертности. Проблем появляется существенно больше, если пневмония протекает на фоне вирусной инфекции. В статье представлен случай развития вирусной пневмонии у больного гриппом.

**Ключевые слова:** грипп, пневмония, диагностика, лечение.

Пневмония и сегодня остаётся сложной медико-социальной проблемой, что обусловлено как широким распространением этой патологии, так и высокими показателями смертности [1, 4, 5]. Проблем появляется существенно больше, если пневмония протекает на фоне вирусной инфекции. Важную роль в возникновении вирусной пневмонии играет эпидемическая обстановка, скученность, наличие заболевания у других членов семьи, состояние иммунного статуса пациента, его возраст, наличие сопутствующих заболеваний [2, 6].

Этиологическими причинами развития вирусной инфекции являются вирус гриппа, herpes zoster, аденовирусы, цитомегаловирусы и другие [3]. Клиническая картина гриппа зависит от наличия или отсутствия суперинфекции и резистентности организма [2]. Наиболее частыми возбудителями пневмонии являются *Streptococcus pneumoniae*, *Streptococcus aureus*, а также *Haemophilus influenzae*.

Выделяют первичную вирусную пневмонию и вторичную [6].

Первичная вирусная (ранняя) пневмония развивается на 1–2-е сутки гриппа. Протекает она тяжело и имеет следующую симптоматику: выраженный токсикоз, ломоту в теле, диффузную миалгию, инъектированность склер глаз, сильную головную боль, озноб, рвоту. Основными симптомами являются боли в грудной клетке, протация, выраженная одышка с диффузным цианозом, сухой кашель, который с 3-го дня становится продуктивным с наличием большого количества кровянистой мокроты. Физикальные данные не всегда информативны. Влажные хрипы в легких аускультативно определяются через 3–5 дней над той зоной, где отмечались боли в грудной клетке. Тогда же рентгенологически выявляются единичные или множественные очаговые затемнения округлой, неправильной формы (их число и размеры соответствуют тяжести пневмонии) или диффузный интерстици-

альный инфильтрат. В тяжелых случаях могут быть видны билатеральные интерстициальные затемнения. У лиц молодого и среднего возраста без сопутствующей патологии (ХОЗЛ, ИБС с застойной сердечной недостаточностью) такая вирусная пневмония протекает легче и, как правило, подвергается обратному развитию [6].

Вторичная поздняя (постгриппозная, бактериальная) пневмония присоединяется к гриппу через 6 и более суток, и чаще обусловлена бактериальной суперинфекцией (гемофильная палочка, золотистый стафилококк, пневмококк). Обычно после уменьшения лихорадки улучшение в состоянии больного сменяется его ухудшением – вновь повышается температура тела, появляется кашель с отделением гнойной мокроты. При физикальном и рентгенологическом обследовании обнаруживают признаки сегментарной (или долевой) инфильтрации легких. Изменения крови неспецифичны: при неосложненном гриппе число лейкоцитов, как правило, в норме, а при первичной вирусной пневмонии наблюдается лейкоцитоз (или даже лейкопения), выраженность которого зависит от степени тяжести пневмонии и появления осложнений [6].

Если пневмония вызвана вирусами гриппа подтипов А или В, то показаны противовирусные препараты прямого действия, а также ингибиторы нейраминидазы. Как показывает медицинская практика, противовирусные препараты эффективны в первые 48 часов от появления первых симптомов болезни [2].

Представляем случай клинического наблюдения интерстициальной пневмонии, осложнившей течение гриппа у больного, который находился на лечении в Запорожском областном противотуберкулёжном клиническом диспансере (ЗОПТКД).

Больной П., 30 лет. Слесарь ОП «Запорожская АЭС». Ранее туберкулезом не болел, туберкулёзный контакт отрицает. Последнее R-обследование 04.07.2014 – норма. Находил-

ся на амбулаторном лечении по поводу ОРВИ с 02.03.2015 г. по 06.03.2015 г.

Заболел остро 14.02.2015 г. Отмечалось повышение температуры тела, кашель с мокротой, позже присоединилась одышка. Лечился самостоятельно. За медицинской помощью обратился 02.03.2015 г. Назначено симптоматическое лечение по поводу ОРВИ. Рентгенография органов грудной клетки (ОГК) произведена 04.03.2015 г.: в легких выявлены изменения (рис. 1). Анализ мокроты на наличие кислотоустойчивых бактерий (КУБ) – отрицательный (2 исследования). Пациент осмотрен фтизиатром и направлен в ЗОПТКД с подозрением на диссеминированный туберкулез лёгких. На консультацию пациент не явился.

Состояние резко ухудшилось 07.03.2015 г. – усилилась одышка, появилось кровохарканье, в связи с чем больной П. и прибыл в ЗОПТКД. Осмотрен дежурным врачом и госпитализирован в ургентном порядке в связи с кровохарканьем. Пациенту была назначена гемостатическая терапия, неспецифическая антибактериальная терапия (НАБТ) – азитромицин, цефтриаксон, симптоматическое лечение. R-обследование от 04.03.2015 г.: в лёгких отмечается выраженное усиление интерстициального компонента легочного рисунка в виде мелкой сетчатости, на фоне которой отмечаются множественные мелкоочаговые тени. Правый корень расширен, бесструктурен (рис. 1).

Анализ мокроты 12.03.2015 г. на наличие КУБ 2-кратно – отрицательный.

Общий анализ крови 10.03.2015 г.: Нв – 160 г/л, эр. –  $4,95 \times 10^{12}$ /л, цп – 0,96, лейкоциты –  $11,8 \times 10^9$ /л, п – 18, с – 56, э – 2, л – 14, м – 10, СОЭ – 8 мм/ч.

SatO<sub>2</sub> 10.03.2015 г. – 91%.

Анализ крови на АТ к ВИЧ 11.03.2015 г. – не выявлены.

На фоне проводимой терапии состояние больного оставалось тяжелым. В связи с выраженным интоксикационным синдромом и нарастающей дыхательной недостаточностью 10.03.2015 г. пациент П. переведен в ОРИТ. Лечение было откорректировано (аугментин, азимед, амоксил), продолжили гемостатическую, дезинтоксикационную терапию, симптоматическое лечение. На фоне проводимой терапии состояние больного несколько улучшилось, однако продолжало оставаться тяжелым.

R-обследование от 11.03.2015 г.: по всем легочным полям, больше в средних и нижних отделах, отмечается выраженное усиление легочного рисунка за счет интерстициального компонента, на фоне чего определяются мелкие мономорфные очагоподобные тени уплотненной легочной ткани. Корни расширены, малоструктурны (больше справа), справа в реберно-диафрагмальном синусе реберная плевра уплотнена. R-динамика, в сравнении с

04.03.2015 г., отрицательная – за счет усиления интерстициального компонента (рис. 2).

Данные компьютерной томографии от 11.03.2015 г. – заключение: КТ-признаки диффузного интерстициального заболевания легких – 2-хсторонняя пневмония. Лимфаденопатия корней и средостения (рис. 3).

Пациенту произведена фибробронхоскопия от 11.03.2015 г. – заключение: геморрагический эндобронхит.

Консилиум от 12.03.2015 г. – у больного вероятно наличие вирусной пневмонии. Диагноз: негоспитальная двухсторонняя интерстициальная пневмония гр. III, ЛН II–III ст., СН 2а. SatO<sub>2</sub> 11.03.2015 г. – 92%. Пациент нуждается в лечении в условиях пульмонологического отделения.

R-обследование от 13.03.2015 г. (лежа): по всем легочным полям на фоне выраженного интерстициального компонента определяются мелкие очагоподобные уплотнения легочной ткани. Корни умеренно расширены (рис. 4).

13.03.2015 г. больной был консультирован пульмонологом Запорожской областной клинической больницы – у пациента 2-хсторонняя интерстициальная пневмония. ЛН II–III ст. Показан перевод в ОАИТ ЗОКБ.

Общий анализ крови 13.03.2015 г.: Нв-166 г/л, эр. –  $5,0 \times 10^{12}$ /л, цп – 0,99, тр. –  $199 \times 10^9$ /л, лейкоциты –  $19,9 \times 10^9$ /л, п – 21, с – 52, э – 2, л – 13, м – 12, СОЭ – 2 мм/ч.

SatO<sub>2</sub> 13.03.2015 г. в 10.00 – 90%

SatO<sub>2</sub> 13.03.2015 г. в 11.30 – 88%

SatO<sub>2</sub> 13.03.2015 г. в 12.25 – 82%

Из-за тяжести состояния пациент был оставлен для продолжения лечения в условиях ОРИТ ЗОПТКД. Несмотря на проводимую терапию, состояние больного прогрессивно ухудшалось – нарастали симптомы дыхательной недостаточности, пациент был переведен на ИВЛ в 12.25. В 12.45 зафиксирована остановка сердечной деятельности. В течение 45 мин. проводились реанимационные мероприятия, которые оказались безуспешными. В 13.30 зафиксирована биологическая смерть больного П.

Клинико-патологоанатомический эпикриз: на основании данных эпидемиологической ситуации (в г. Запорожье и области на момент появления у пациента первых симптомов заболевания отмечалась эпидемия гриппа), анамнеза, клинико-лабораторных данных, а также патологоанатомического вскрытия и гистологического исследования материала аутопсии, следует считать, что у П., 30-ти лет, имела место тяжелая форма острой гриппозной инфекции, осложнившаяся двухсторонней субтотальной геморрагической пневмонией, отеком легких. Непосредственной причиной смерти послужила острая респираторная недостаточность, обусловленная развившимся респираторным дистресс-синдромом.

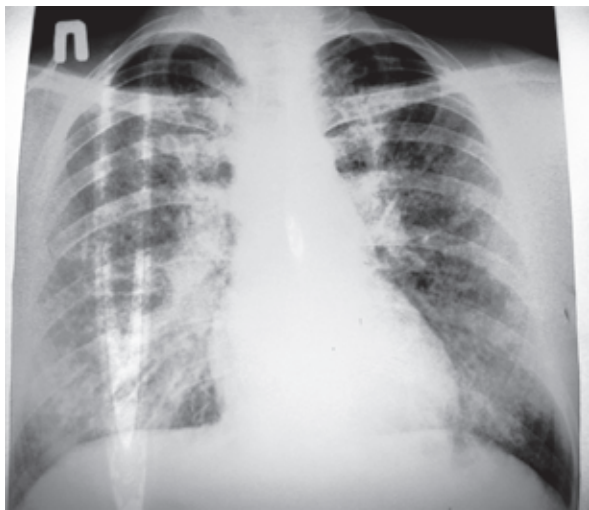


Рис. 1. Рентгенография органов грудной клетки от 04.03.2015 г. (описание в тексте)

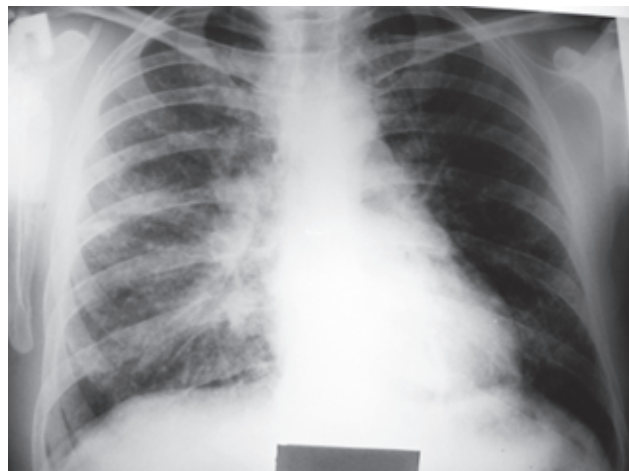


Рис. 2. Рентгенография органов грудной клетки от 11.03.2015 г. (описание в тексте)

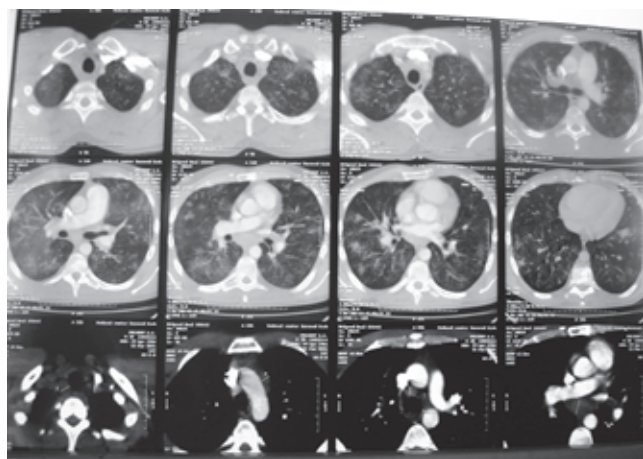


Рис. 3. Данные компьютерной томографии от 11.03.2015 г. (описание в тексте)

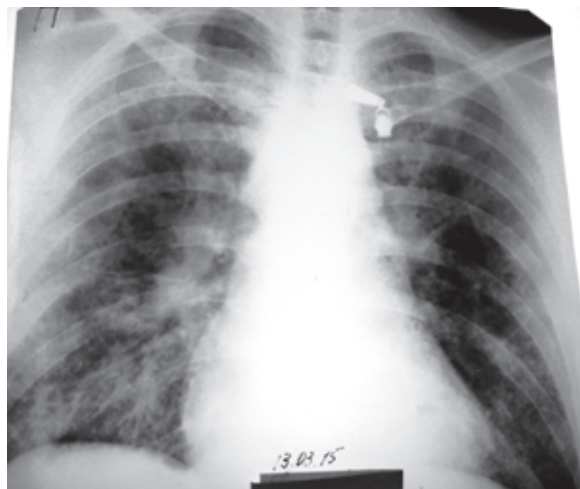


Рис. 4. Рентгенография органов грудной клетки от 13.03.2015 г. (описание в тексте)

Представленный клинический случай наглядно демонстрирует, что острые интерстициальные пневмонии склонны к прогрессированию процесса, нередко сопровождаются летальным исходом. В данной ситуации этиологическим фактором была гриппозная инфекция, на что указывают данные анамнеза. Следует отметить, что пациент находился на лечении в медицинском учреждении не по профилю. Несмотря на это, больной П. получал адекватное обследование и лечение. К сожалению, ряд ошибок в ведении данного пациента был допущен на догоспитальном этапе – возбудитель не был идентифицирован, не были назначены противовирусные препараты, пациент был направлен в непрофильное медицинское учреждение. Все вышеизложенное могло способствовать поздней диагностике развития осложнения в виде гриппозной пневмонии.

Классическими проявлениями интерстициальной пневмонии в представленном клиническом случае стали: наличие предшествующего

гриппа, интоксикация, нарастающая одышка как ведущий симптом, наличие кровохарканья, отсутствие КУБ в мокроте, характерные рентгенологические изменения в легких – наличие интерстициального компонента. К сожалению, несмотря на соответствие установленного диагноза и лечения, наступила смерть пациента. Статистические данные свидетельствуют о том, что острые интерстициальные пневмонии имеют быстропрогрессирующее течение, а летальный исход при острых интерстициальных пневмониях может достигать 90 %, несмотря на проводимую терапию.

Всегда нужно учитывать, что пневмония в любое время может осложнить течение гриппа. Однако, так как в этот период доминируют симптомы гриппа, в первые дни уловить развитие осложнений трудно. Физикальные проявления пневмонии скудны, о её присоединении могут свидетельствовать одышка, цианоз, боль в груди, мокрота с примесью крови. В более поздние



сроки можно наблюдать быстрое ухудшение общего состояния на фоне стихания проявлений вирусной инфекции, возникновение новой волны лихорадки. Продолжительность лихорадки при гриппе более 5-ти суток может свидетельствовать о развитии осложнений. Кроме физикальных и клинико-лабораторных данных, важным диагностическим исследованием для выявления пневмонии является рентгенография грудной клетки. После установления диагноза и оценки состояния пациента, усилия должны быть направлены на верификацию возбудителя заболевания. Для этого проводится бактериоскопическое и бактериологическое исследование мокроты. К сожалению, в 25–60% случаев этиологию пневмонии определить не удастся. Однако проведение диагностических процедур не должно быть причиной отсрочки назначения

антибактериальной терапии. Учитывая то, что основную этиологическую роль в развитии пост-гриппозной пневмонии играют пневмококки и стафилококки, чувствительные к препаратам пенициллинового ряда, предпочтение отдается соответствующим антибактериальным препаратам. Это – группа аминопенициллинов, цефалоспорины 2–3 поколений, б-лактамы, новые макролиды и фторхинолоны [6].

Таким образом, необходимо помнить о возможности появления при гриппе такого осложнения, как пневмония, которая сложно поддается лечению и нередко заканчивается летально. Врачам надо быть готовыми к подобному развитию гриппозной инфекции, четко следовать алгоритму ведения пациентов с гриппом и, по возможности, не допускать развития осложнений.

### Список литературы

1. Наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія».
2. Наказ Міністерства охорони здоров'я України від 16 липня 2014 р. № 499. частина № 1. Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) медичної допомоги дорослим та дітям «Грип».
3. Дзюблик О. Я. Спектр вірусних збудників у хворих на негоспітальну пневмонію // Український пульмонологічний журнал. – 2010. – № 1. – С. 27 – 30.
4. Окороков А. Н. Лечение болезней внутренних органов. Т1. Лечение болезней органов дыхания. – 2-е изд., перераб. и доп. – М.: Мед. лит., 2001. – 560 с.
5. Регеда М. С., Регеда М. М., Фурдичко Л. О. Пневмонія: Монографія. Вид. шосте, доп. та перероб. – Львів, 2012. – 162 с.
6. Яковлев С. В., Александрова М. А. Пневмония как осложнение гриппа // РМЖ. – 2006. – № 2. – С. 90.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2016

**Ю. В. Просветов<sup>1</sup>, А. Ю. Гусарова<sup>1</sup>, А. Г. Макарович<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> кафедра фтизіатрії і пульмонології ДЗ «ЗМАПО МОЗ України»

<sup>2</sup> Запорізький обласний протитуберкульозний клінічний диспансер

## ВИПАДОК ГОСТРОЇ ІНТЕРСТИЦІАЛЬНОЇ ПНЕВМОНІЇ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГРИПУ

Пневмонія і сьогодні залишається складною медико-соціальною проблемою, що обумовлено як широким розповсюдженням цієї патології, так й високими показниками смертності. Проблем з'являється суттєво більше, якщо пневмонія перебігає на тлі вірусної інфекції. В статті представлений випадок розвитку вірусної пневмонії у хворого на грип.

**Ключові слова:** грип, пневмонія, діагностика, лікування.

**Yu. V. Prosvetov<sup>1</sup>, A. Yu. Gusarova<sup>1</sup>, A. G. Makarovich<sup>2</sup>**

<sup>1</sup> Department of Phthisiology and Pulmonology

SI "Zaporizhia Medical Academy of Post-Graduate Education Ministry of Health of Ukraine"

<sup>2</sup> SI "Zaporizhia regional clinical TB dispensary"

## CASES OF ACUTE INTERSTITIAL PNEUMONIA AS A COMPLICATION OF INFLUENZA

Pneumonia and today remains a complex medical and social problem, that caused by a wide spread of this disease, and its high mortality rates. Problems appear considerably more if pneumonia occurs on background of viral infection. In the article we described case of viral pneumonia in a patient with influenza.

**Keywords:** influenza, pneumonia, diagnosis, treatment.