

4. Laseca C. R. Measles-related appendicitis. A report of a new case / C. R. Laseca, G. A. Portilla, F. L. Fernández [et al.] // Rev. Esp. Enferm. Dig. – 1990. – Vol. 78, № 3. – P. 179–181.

5. Vieth M. Acute measles gastric infection / M. Vieth, K. Dirschmid, U. Oehler [et al.] // Am J Surg Pathol. – 2001. – Vol. 25, № 2. – P. 259–262.

СЛУЧАЙ ОСТРОГО АППЕНДИЦИТА У ВЗРОСЛОГО, БОЛЬНОГО КОРЬЮ

А.П. Голуб

Резюме. В статье представлен клинический случай острого аппендицита у взрослого пациента, больного корью.

Ключевые слова: корь у взрослых, осложнения, острый аппендицит

THE CASE OF ACUTE APPENDICITIS IN AN ADULT PATIENT WITH MEASLES

A. Golub

Resume. The article presents the clinical case of acute appendicitis in an adult patient with measles.

Key words: measles in adults, complications, acute appendicitis

УДК 616.921.5-053.8-076/.078

СУЧАСНІ КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНІ ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ У ДОРΟΣЛИХ

О.К. Дуда, В.О. Бойко, Л.П. Коцюбайло, А.Р. Вега

Резюме: Обстежено та проліковано 472 хворих на грип, з них у 72 пацієнтів рентгенологічно діагностовано пневмонію, 69 з яких були госпіталізовані у відділення реанімації та інтенсивної терапії (ВРІТ) КМКЛ № 4. Проведений аналіз клініко-лабораторних даних хворих на грип, спричиненого вірусом грипу А (H1N1). Пневмонія – одне з найчастіших ускладнень грипу, що суттєво впливає на прогноз. Показано, що прогностично несприятливими критеріями є: пізні звернення за медичною допомогою (5 – 6 доба захворювання), розвиток гострого респіраторного дистрес-

синдрому (ГРДС), підвищення чи зниження лейкоцитів у крові та наявність тяжкої супутньої патології.

Ключові слова: грип А (H1N1), клінічний аналіз, пневмонія, ГРДС, дорослі, діагностика, лікування, летальність.

Актуальність. Поява в XXI столітті вірусних інфекцій респіраторного тракту, що набули ознак емерджентних (SARS, грип А (H5N1, H1N1), MERS-CoV) обумовлюють достатньо високий показник смертності [3]. Непередбачуваність еволюції вірусів грипу А викликає неспокій у спеціалістів всього світу [5].

Перші повідомлення, щодо інфікування людини вірусом грипу А (H1N1) зафіксовані в квітні 2009 року. Поява вірусу грипу А, що мав нові антигенні властивості та масове інфікування людей на всій земній кулі змусило Всесвітню організацію охорони здоров'я (ВООЗ) 11 червня 2009 року оголосити про початок першої пандемії грипу у XXI столітті [2].

Найважливішою особливістю нового штаму вірусу грипу А (H1N1) стала здібність уражувати нижні дихальні шляхи (НДШ), що призводить до швидкого розвитку пневмонії з тяжким перебігом та ГРДС [6]. Бактеріальні ко-інфекції при грипі суттєво погіршують перебіг захворювання та призводять до летальності. Вибір антибактеріальних препаратів при негоспітальній пневмонії у дорослих базується на рекомендаціях національних клінічних протоколів [7]. В 2012 році в Україні був опублікований проект наказу де враховані особливості ураження респіраторної системи при грипі [8, 9]. Роль вірусів грипу в розвитку тяжкої гострої респіраторної інфекції з подальшою госпіталізацією та лікування у ВРІТ недостатньо обговорена [1]. За даними літератури у 49 – 72 % хворих грипом А (H1N1), що перебували у ВРІТ було діагностовано ГРДС, летальність при якому становила від 17% до 46% [4].

Мета дослідження: порівняльний аналіз клініко-лабораторних особливостей грипу А (H1N1) у дорослих з розвитком ускладнень, а також оцінка ефективності призначеної стартової терапії при пневмоніях.

Матеріали та методи

Обстежено 472 хворих з діагнозом грип, середньотяжким та тяжким ступенем захворювання, що перебували на лікуванні в КМКЛ №4, з них 351 перебував в інфекційному відділенні за період з 09.2015 р. по 03.2016 року. Розподіл хворих за віком (див. табл.1).

У 132 хворих (28 %) діагноз грип А (H1N1) був верифікований при житті методом полімеразно-ланцюгової реакції (ПЛР) в реальному часі у змивах з носоглотки. Всім пацієнтам проводилися загальноклінічні лабораторні та інструментальні дослідження: загальний аналіз крові та сечі, бакпосів з ротоглотки та харкотиння на мікрофлору, біохімічні дослі-

дження крові. При наявності кашлю чи/або лихоманки хворим проводилися рентгенологічні дослідження органів грудної клітки або комп'ютерна томографія.

Таблиця 1

Розподіл хворих на грип за віком, що перебували на лікуванні в КМКЛ №4

Вікова група	до 20 р		21-30 р		31-40 р		41-50 р		51-60 р		старше 60 р	
	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%	абс.	%
Кількість хворих	29	6	139	29	99	21	102	22	41	9	62	13

Всі хворі перебували на стаціонарному лікуванні і отримували етіотропну та патогенетичну терапію, згідно «Уніфікованого клінічного протоколу первинної медичної допомоги дорослим. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ). Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України від 16 липня 2014 р. №499» [10] хворі, що поступили в стаціонар в епідсезон 2015-2016 рр. з клінічною картиною грипу середньої тяжкості отримували одну із схем противірусної терапії (монотерапія озельтамівіром (Таміфлю), занамівіром (Реленза), ремантадином) чи комбіновану терапію з тяжким ступенем (противірусні препарати прямої дії в поєднанні з індукторами інтерферону (Нуклекс, новірин, інгавірин,) згідно інструкції щодо їх застосування; двохкомпонентну антибактеріальну терапію (переважно β-лактамазною активністю+макролід/респіраторні фторхінолони III-IV покоління). Всім пацієнтам з тяжкими пневмоніями проводилася інсуфляція зволуженим киснем (головним чином, через маску Вентурі), респіраторна підтримка: неінвазивна вентиляція легень в режимах ВіРАР (вентиляція дворівневим позитивним тиском) та СРАР (постійний позитивний тиск в дихальних шляхах); при необхідності – інтубація трахеї з штучною вентиляцією легень (ШВЛ).

Статистична обробка даних проводилася за допомогою пакета програм Statistica 6.0.

Результати дослідження та їх обговорення

Діагноз грип А (H1N1) методом ПЛР було підтверджено у 28% випадків. Серед пацієнтів переважала частка чоловіків – 57%, жінки – 43%. За віковим розподілом переважали хворі з 21 року до 50 років (молоді, працюючі). Пацієнти поступали в стаціонар в середньому на 5,6±0,5 добу захворювання (з 1 по 10), при цьому поступлення до 3 доби захворювання відмічалось в 22,3% випадків. Проведених ліжко-днів на одного пацієнта в середньому 9,7±1,3 дні. У ВРІТ хворі поступали з 1-ої по 10-ту добу хвороби. В більшості випадків (84,5%) було пізнє призначення етіотропної терапії (з 4-ої доби хвороби і пізніше).

Таким чином, хворі з різним ступенем тяжкості захворювання та летальними наслідками за віковими та статевими ознаками, термінами госпіталізації в стаціонар та призначення противірусної терапії достовірно не відрізнялися між собою.

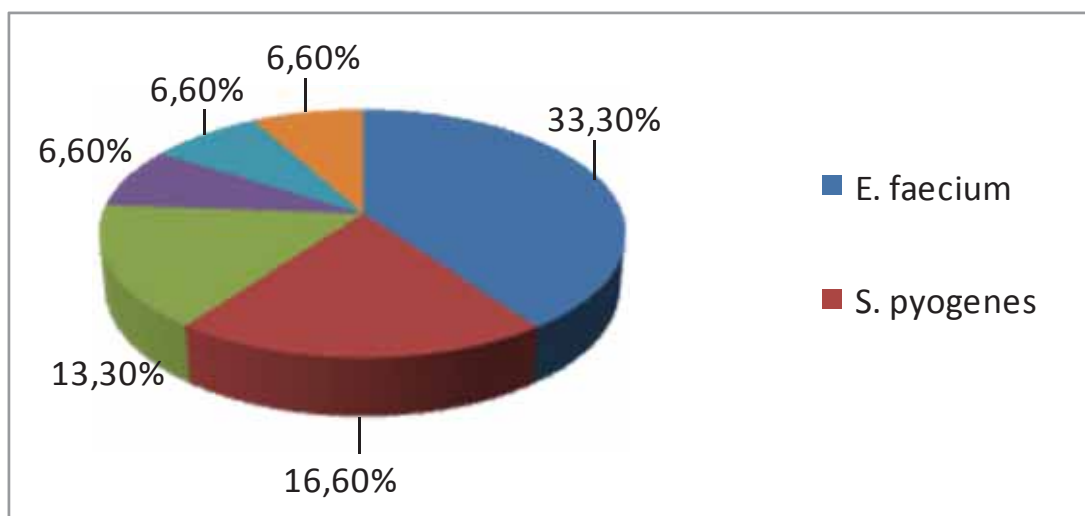


Рис. 1. Частота поєднання бактеріальних збудників у хворих на грип

В цілому, серед хворих з тяжким перебігом грипу в порівнянні з середньотяжкою формою, ко-інфекція з іншими збудниками гострих респіраторних захворювань (ГРЗ) зустрічалася достеменно частіше (47,2% та 6,72% відповідно, $p < 0,05$).

Отже, можна думати, що наявність мікст-інфекції з іншими збудниками ГРЗ є фактором ризику тяжкого перебігу грипу А (H1N1) у дорослих (рис.1).

Супутні захворювання реєструвалися в більшій кількості хворих на грип А (H1N1) з тяжким ступенем – 87,5% випадків. При цьому захворювання серцево-судинної системи (гіпертонічна хвороба, ішемічна хвороба серця, порушення серцевої провідності), ендокринної (цукровий діабет 1-го та 2-го типів, метаболічний синдром, недостатність наднирників, захворювання щитоподібної залози) та хвороби крові з неопластичними процесами зустрічалися частіше у хворих з тяжким перебігом та летальними наслідками.

Результати аналізу супутньої патології різних систем та органів у хворих з грипом А (H1N1) показують, що захворювання серцево-судинної, ендокринної та системи крові є фактором ризику не лише тяжкого перебігу, але й летального наслідку захворювання в молодому віці.

Безпосередньою причиною смерті хворих на грип А (H1N1) в 25% випадків була гостра дихальна недостатність (ДН), 15% – набряк-набухання головного мозку, а у 60% пацієнтів – декомпенсація супутньої патології, серед якої переважали захворювання серцево-судинної системи та метаболічний синдром.

З 472 хворих у 72 (15,6%) була діагностована та рентгенологічно підтверджена пневмонія. У 25 пацієнтів (34,7%) підтверджено з 3-ої доби

хвороби, а у 47 хворих (65,3%) – в період з 6-ої по 10-ту добу хвороби. Інші часті ускладнення при грипі А (H1N1) серед групи дослідження були: гострий синусит (18%), гострий бронхіт (10%), інфекція сечовивідних шляхів (5,7%) випадків. Отже, тяжкість стану хворих на грип А (H1N1) основним чином, була обумовлена пізньою госпіталізацією, швидким розвитком та тяжкістю пневмонії з проявами ДН II – III ступеня.

Було проаналізовано прогностичне значення основних клінічних симптомів грипу А (H1N1). В клінічній картині у хворих з різним ступенем тяжкості хвороби переважали ознаки: загально-інтоксикаційного синдрому (лихоманка, слабкість, міалгії, артралгії, головний біль) та респіраторного синдрому (кашель, задишка). Ознаки катарального синдрому (першіння та біль в горлі, нежить, закладеність носового дихання, біль в очних яблуках, світлобоязнь, склерит, гіперемія обличчя та слизової ротоглотки) відмічалися лише в 45,8% випадків. Симптоми ураження легень реєструвалися частіше у хворих зі сприятливими наслідками на відміну від хворих з тяжким перебігом та летальними наслідками. Результати отриманих даних ще раз підтверджують, що лікар, далеко не завжди, може оцінити вірогідність тяжкого перебігу хвороби та передбачити розвиток ускладнень опираючись лише на клінічні симптоми та не може використовувати їх в якості прогностичних і діагностичних критеріїв.

Проаналізовано показники основних лабораторних досліджень у хворих на грип А (H1N1), як ускладненого так і не ускладненого пневмонією. Середні показники загального аналізу крові в різних вікових групах знаходилися в межах норми, у 24% хворих з пневмонією реєструвався лейкоцитоз від $9,3$ до $32 \times 10^9/\text{мл}$; лейкопенія від $2,7$ до $3,8 \times 10^9/\text{мл}$ – 44% хворих; тромбоцитопенія від 95 до $178 \times 10^9/\text{мл}$ – 35% пацієнтів. Лімфоцитоз, як основна ознака вірусної інфекції не відмічався в жодного пацієнта при госпіталізації, а при призначенні хворим рибонуклеїнової кислоти (Нуклекс) по 500 мг 3 рази на добу, на 3-тю добу хвороби ознаки лейкопенії та лімфопенії вже не реєструвалися. Аналіз лабораторних показників свідчить, що перебіг грипу А (H1N1) практично не можливо відрізнити від захворювань спричинених іншими респіраторними вірусами, а особливо коронавірусами, які теж первинно уражують НДШ. Крім того, такий важливий симптом пневмонії, як кашель, поступово втрачає свою діагностичну цінність при грипі А (H1N1), оскільки відмічався у 100% хворих незалежно, від наявності чи відсутності пневмонії в поєднанні з температурною реакцією організму.

Висновки

1. Грип А (H1N1) в умовах сьогодення обумовлює тяжкий перебіг захворювання з розвитком фатального пошкодження респіраторної системи у хворих.

2. Діагноз грип А (H1N1) методом ПЛР було підтверджено у 28% випадків. За віковим розподілом переважали хворі з 21 року до 50 років (молоді, працюючі).

3. На основі клінічних даних, підтверджено, що наявність мікст-інфекції з іншими збудниками ГРЗ є фактором ризику тяжкого перебігу грипу А (H1N1) у дорослих.

4. Результати аналізу супутньої патології різних систем та органів у хворих з грипом А (H1N1) показують, що захворювання серцево-судинної, ендокринної та системи крові є фактором ризику не лише тяжкого перебігу, але й летального наслідку захворювання в молодому віці.

5. Критеріями високого ризику летального наслідку при грипі А (H1N1) є наявність ГРДС, лейкоцитозу чи/або лейкопенії, декомпенсація супутньої патології та пізня госпіталізація.

6. Із лікарських засобів на прогноз та ступінь тяжкості перебігу суттєво впливає – раннє призначення етіотропної терапії, а призначення нуклексу в рекомендованих дозах значно зменшує розвиток інших ускладнень та скорочує терміни перебування в стаціонарі.

Література

1. Influenza infection in the intensive care unit: Four years after the 2009 pandemic [Електроний ресурс] // M. Perez-Carrasco, L. Lagunes, A. Anton [et al.] // *Enferm. Infecc. Microbiol. Clin.* – 2015. – May 26. – pii SO213-005X (15)00151 8-2. – doi: 10.1016/j.eims. 2015.04.004

2. Human infection with new influenza A (H1N1) virus: clinical observations from a school associated outbreak in Kobe, Japan, May 2009 // *Wkly Epidemiol Rec.* – 2009. – Vol.84. – P.227-248.

3. Pirall A. Swine influenza A (H3N2) virus infection in immunocompromised man, Italy, 2014 / A. Pirall, A. Moreno, M. Orlandi [et al.] // *Emerging Infect. Dis.* – 2015. – Vol.21 (7). – P. 1898 – 1991.

4. Smith J. R. The use of antiviral agents for the management of severe influenza / J.R. Smith, R.E. Ariano, S.J. Toovey // *Crit. Care Med.* – 2010. – Vol.3 (38). – P. 31-39.

5. Taubenberger J. K. Influenza viruses: breaking all the rules Jeffery [Електронний ресурс] / J. K. Taubenberger, D.M. Morens // *MBio.* – 2013. – Vol.4 (4). – doi: 10.1128/mBio.00365-13

6. Дуда О.К. Клініко-лабораторні особливості перебігу грипу у дорослих хворих в епідсезоні 2015-2016 / О.К. Дуда, В.О. Бойко, Л.П. Коцюбайло // *Здоров'я суспільства.* – 2016. – № 3-4. – С. 20-24.

7. Крамарьов С.О. Підходи до антибактеріальної терапії гострих респіраторних інфекцій у дітей / С.О. Крамарьов, В.В. Євтушенко // *Актуальная инфектология.* – 2015. – №1(6). – С. 7 – 12.

8. Фещенко Ю.І. Негоспітальна пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (проект клінічних настанов) / Ю.І. Фещенко, О.А. Голубовська, К.А. Гончаров [та ін.]. // Український пульмонологічний журн. Ч. І. – 2012. – № 4. – С.5-17.

9. Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Пульмунологія»: наказ МОЗ України від 19.03.2007 р. № 128 [Електроний ресурс]. – К., 2007. – Режим доступу: https://www.moz.gov.ua/ua/portal/dn_20070319_128.html

10. Уніфікований клінічний протокол первинної медичної допомоги дорослим та дітям. Гострі респіраторні інфекції (ГРІ). Наказ Міністерства охорони здоров'я (МОЗ) України 16 липня 2014 р. № 499.

СОВРЕМЕННЫЕ КЛИНИКО-ЛАБОРАТОРНЫЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ГРИППА У ВЗРОСЛЫХ

А.К. Дуда, В.А. Бойко, Л.П. Коцюбайло, А.Р. Вега

Резюме: *Обследовано и пролечено 472 больных гриппом, из них в 72 пациентов рентгенологически диагностирована пневмония, 69 из которых были госпитализированы в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) КГКБ № 4. Проведенный анализ клинико-лабораторной картины гриппа у взрослых, вызванного вирусом гриппа А (H1N1). Пневмония – одно из самых частых осложнений гриппа, существенно влияет на прогноз. Показано, что прогностически неблагоприятными критериями являются: позднее обращение за медицинской помощью (5 – 6 сутки заболевания), развитие острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС), повышение или снижение лейкоцитов в крови и наличие тяжелой сопутствующей патологии.*

Ключевые слова: *грипп А (H1N1), клинический анализ, пневмония, ОРДС, взрослые, диагностика, лечение, летальность*

MODERN CLINICAL AND LABORATORY FEATURES OF INFLUENZA IN ADULTS

О.К. Duda, V.O. Boyko, L.P. Kotsyubaylo, A.R. Vega

Summary: *We examined and treated 472 cases of influenza, in 72 patients of them were radiologically confirmed pneumonia, 69 of them were hospitalized in the intensive care unit (ICU) of KMKL № 4. We analyzed clinical and laboratory picture flu in adults caused by influenza A virus*

(H1N1). Pneumonia - one of the most frequent complications of influenza, which significantly affects the prognosis. Results: unfavorable prognostic criteria are: later seeking medical help (5 - 6 day of illness), the development of acute respiratory distress syndrome (ARDS), increased white blood cell count and the presence of severe comorbidity.

Key words: *influenza A (H1N1), clinical analysis, pneumonia, ARDS, adult, diagnosis, treatment and mortality*

УДК 616.995.132-02:595.13]-092-074/-078

КОРЕЛЯЦІЙНІ ВЗАЄМОЗВ'ЯЗКИ ІМУНОЛОГІЧНИХ ТА КЛІНІКО-ЛАБОРАТОРНИХ ПОКАЗНИКІВ ПАЦІЄНТІВ З ТОКСОКАРОЗНОЮ ІНВАЗІЄЮ

О.А. Дралова, О.В. Усачова, О.В. Конакова

Резюме. *В статті представлені результати кореляційного аналізу імунологічних та клініко-лабораторних показників пацієнтів з токсокарозою та ураженням дихальної системи.*

Ключові слова: *токсокароза інвазія, діти, кореляційний аналіз*

Актуальність. Токсокароз – поширений паразитоз, який частіше вражає дитяче населення та за клінічними проявами може бути схожим на інші захворювання [1-3]. Не дивлячись на дедалі зростаючу зацікавленість серед науковців до вивчення цієї хвороби, найбільш складною для діагностики формою залишається вісцеральна, особливо яка проявляється ураженням дихальної системи [2]. Суперечливими залишаються питання лабораторних змін з боку периферичної крові та імунологічних показників, спричинених дією токсокар [7, 8].

В наших попередніх роботах були представлені клініко-лабораторні особливості токсокарзної інвазії у дітей з ураженням дихальної системи, що мешкають у Запорізькій області. Нами було встановлено, що при токсокарозній інвазії епізоди ураження дихальної системи проявлялися затяжним кашлем та ознаками дихальної недостатності, також мали місце тривалий інтоксикаційний синдром, екзантема, абдомінальний синдром зі збільшенням печінки та селезінки. При лабораторному обстеженні у переважної кількості дітей з токсокарозою інвазією в загальному аналізі крові виявлені підвищення рівня лейкоцитів, прискорення ШОЕ. Також наявність процесів «запального» генезу в організмі дітей на тлі токсокарозної інвазії вказували