

Л.А. Грищук, О.І. Яшан, А.О. Боб, Л.Ф. Шведова

## ВИПАДКИ ВІРУСНО-БАКТЕРІЙНОЇ ПНЕВМОНІЇ В ПЕРІОД ЕПІДЕМІЧНОЇ СИТУАЦІЇ З ГРВІ ТА ГРИПУ В ТЕРНОПІЛЬСЬКІЙ ОБЛАСТІ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського,  
Тернопільська обласна клінічна лікарня

*Стаття присвячена вивченню двох клінічних випадків вірусно-бактерійної пневмонії у вагітних (34-36 тижнів) в умовах пандемії грипу А/Н1N1/Каліфорнія. Одна пацієнтка вижила, інша – померла. Пацієнтці, яка вижила, було призначено довенні імуноглобуліни, і їй не застосовували штучну вентиляцію легень, навіть при порівняно низьких значеннях сатурації O<sub>2</sub>.*

**Ключові слова:** вірусно-бактерійна пневмонія, клініка, лікування

В кінці жовтня 2009 р. в Тернопільській області, як і в цілому по Україні була оголошена епідемія грипу та ГРВІ. Лікарі почали фіксувати ускладнення, які протікали у вигляді пневмонії з тяжким перебігом.

Негоспітальна пневмонія – важлива медико-соціальна проблема, що характеризується високим рівнем захворюваності та смертності, а також значними економічними витратами на лікування. Негоспітальна пневмонія є також актуальною проблемою у вагітних жінок. Так, у США захворюваність на пневмонію серед них становить 0,12-0,13 % [5], у той час як в Україні розповсюдженість цієї хвороби у період вагітності становить 0,78-2,7 випадку на 1 тис. пологів незалежно від терміну вагітності [2]. Пневмонія у вагітних супроводжується акушерсько-гінекологічними ускладненнями: передчасними пологами – 44 %, недоношеністю плода – 22 % та його гіпотрофією – 33 % [2]. Вагітність не збільшує ризик захворювання на пневмонію. Винахід антибактеріальних препаратів зменшив смертність від пневмонії з майже 30 % до 3-4 %. Проте пневмонія залишається однією з найважливіших причин материнської смертності [5]. Вірусні інфекції є причиною позалікарняних пневмоній у 5-15 % випадків. При цьому в 2007-2009 р. збудниками найчастіше є віруси групи

А/Н1N1, А/Н3N1, А/Н3N2, А/Н5N1, рідше – парагрипу, аденовіруси. Захворюваність на пневмонію, як серед загального населення, так і серед вагітних, носить сезонний характер: частіше захворювання виникає в холодну пору року. Частим провокуючим фактором бактерійних пневмоній постає переохолодження. Виникненню вірусних пневмоній, спричинених вірусами грипу А, В, парагрипу, аденовірусами, сприяють епідемії цих інфекцій.

Однак наявність вірусних пневмоній визнають не всі фахівці. Вважають, що віруси є кондукторами у приєднанні бактеріальної флори [1]. Відомо, що етіологія пневмоній у вагітних суттєво не відрізняється від такої у дорослого населення [1, 2, 4]. Збудником виступає *S. pneumoniae*, частка якого становить 30-35 % усіх випадків. Виняток складають хворі з тяжким перебігом пневмонії та з нозокоміальною пневмонією. За наявності тяжкої пневмонії із супутніми захворюваннями найчастіше збудниками є *H. influenzae*, *S. aureus* та грамнегативні мікроорганізми.

Важкість пневмоній може бути різною і визначається ступенем дихальної недостатності, вираженістю інтоксикаційного синдрому, наявністю ускладнень та супутніх захворювань. У вагітних важчий перебіг пов'язаний із зниженням дихальної поверхні легень, високим стоянням діафрагми, яке обмежує екскурсійні рухи легень, зменшенням хвилинної вентиляції легень (на 30-50 %), споживання кисню (на 15-20 %), резервного об'єму видиху (на 20 %), додатковим навантаженням на серцево-судинну систему, специфічною перебудовою функціонування імунної системи на час вагітності. Проте, на думку Lim W.S. et al., Woodhead M. et al., [4, 5] змін життєвої ємності легень, їх податливості та дифузійної здатності під час нормального перебігу вагітності не відбувається.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

### Матеріали і методи

Серед пацієнтів, які поступали з діагнозом пневмонія у відділ анестезіології та інтенсивної терапії Тернопільської університетської лікарні (ВАІТ ТУЛ), певну частину складали вагітні жінки. Метою роботи було проведення порівняльного аналізу двох випадків лікування вагітних жінок, хворих на вірусно-бактерійну пневмонію в умовах стаціонару.

### Результати досліджень та їх обговорення

Пацієнтка В., 21 р., знаходилася на стаціонарному лікуванні у відділенні ВАІТ ТУЛ з 12.10.09 р. по 26.10.09 р. (14 л/д). Пацієнтка доставлена в ТУЛ о 17.40 та госпіталізована одразу ж у відділення ВАІТ у зв'язку з тяжкістю стану. Вона скаржилася на задишку в спокої, виражену загальну слабкість, підвищення температури до 38 °С, малопродуктивний кашель.

На момент поступлення в ТУЛ жінка хворіла протягом 6 днів (з 06.10.09 р.), коли вперше підвищилася температура (до 38 °С), з'явилися ознаки ГРВІ. Три дні хвора лікувалася самостійно, за медичною допомогою не зверталася. Стан хворої не покращувався, утримувалася підвищена температура, посилювався кашель, наростала задишка.

З анамнезу з'ясовано, що 9.10.09 р. хвора в ургентному порядку госпіталізована в пологове відділення Тербовлянської ЦРЛ із діагнозом: Вагітність 34-35 тижнів, ГРВІ. Правобічна нижньочасткова пневмонія. Анемія II ст. Після огляду консилиумом лікарів хвора переведена в реанімаційне відділення ЦРЛ. Призначене лікування ефекту не давало. Викликана бригада обласних спеціалістів, після огляду яких хвора реанімобілем доставлена в ТУЛ.

12.10.09 р. При вступі стан хворої тяжкий за рахунок дихальної недостатності. Виражений акроціаноз. Дихання самостійне. Пульс 120/хв. Sp O<sub>2</sub> 92 – 94 %. АТ 120/80 мм рт. ст. Температура тіла 36,9 °С. Частота дихання 28–30 /хв. Серцева діяльність ритмічна, тони ослаблені. Над нижніми частками обох легень вкорочення перкуторного звуку, велика кількість вологих хрипів, більше справа. Набряків на нижніх кінцівках немає. Симптом Пастернацького негативний двобічно. Діурез достатній. Живіт збільшений за рахунок вагітної матки.

Діагноз при поступленні у ВАІТ ТУЛ: Вагітність 34–35 тижні. Двобічна позагоспітальна плевропневмонія, III категорія складності. ДН II ст. СН I ст. Призначено загальноклінічні обстеження, рентгенографія органів грудної порожнини в динаміці. Лікування: оксигенотерапія, цефпіром 2,0 x 2 р.

в/в, метрогіл 100 мл x 3р в/в, дексаметазон 8 мг в/в, антигіпоксична терапія в/в (кокарбоксілаза, аскорбінова кислота, рибоксин) в терапевтичних дозах.

13.10.09 р. 9.00. У зв'язку із наростанням ознак дихальної недостатності (частота дихання 48/хв), гіпоксемії (Sp O<sub>2</sub> 72 %) на фоні оксигенотерапії та серцевої недостатності (частота серцевих скорочень 130/хв) хвора переведена на штучну вентиляцію легень (ШВЛ) і введена в стан лікувального наркозу.

13.10.09 р. 10.35. Хвора оглянута консилиумом лікарів. Встановлено діагноз: Вагітність I, 34 – 35 тиж. Дистрес плода. Двобічна позагоспітальна пневмонія, IV категорія складності, тяжкий перебіг. ДН III ст. СН I ст. Анемія тяжкого ступеня. Гестаційний пієлонефрит. Дані рентгенологічного дослідження представлені на мал. 1-6.



Мал.1. Рентгенологічне дослідження хворої В. при поступленні в ТУЛ 12.10.09 р. Двобічна нижньочасткова інфільтрація легеневої тканини з реакцією плеври. Підозра на ателектаз нижньої частки правої легені.

Враховуючи погіршення стану хворої, зумовлене наростанням дихальної недостатності та дистресу плода, вирішено провести розродження шляхом кесарського розтину в ургентному порядку в умовах ТУЛ під в/в наркозом із ШВЛ. До лікування: призначено тіenam 1,0 x 3 р, дексаметазон 16 мг x 3 р., ліпін 0,5, нексиум 40 мг x 1 р, венофундин, відмінено цефпіром.

13.10.09 р. Операція. Кесарський розтин. Дитина передана неонатальному дитячому анестезіологу. В післяопераційному періоді стан хворої залишається тяжким. Хвора знаходиться в медикаментозному сні на ШВЛ. Проводиться динамічне спостереження акушер-гінекологами, пульмонологами, анестезіологами, кардіологами.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

14.10.09 р. У зв'язку з наявністю у хворої анемії та появою неврологічної симптоматики до консилиуму залучено невролога та гематолога. Діагноз: Післяпологовий період, I доба. Кесарський розтин 13.10.09 р. при вагітності 34 – 35 тиж. Двобічна позагоспітальна пневмонія, IV категорія складності, тяжкий перебіг. ДН III ст. Гестаційний пієлонефрит. Гіпоксична інтоксикаційна енцефалопатія. Анемія середнього ступеня тяжкості. До лікування додано солумедрол 1000 мг x 1 р, династат 1 мл в/м x 1 р. Рекомендовано: при адекватній реакції хвору екстубувати та перевести на спонтанне дихання через інтубаційну трубку із постійним моніторингом сатурації, продовжити оксигенотерапію.



Мал. 2. 14.10.09 р. Визначається негативна рентгенологічна динаміка хворої В. у вигляді збільшення реакції костальної плеври, більше справа, тотальне затемнення правої легені від верхівки до діафрагми.

16.10.09 р. Оглянута кардіологом, пульмонологом, торакальним хірургом, офтальмологом. Проведено розширений консилиум. Діагноз: Післяпологовий період, 3-я доба. Кесарський розтин (13.10.09 р.) при вагітності 34 – 35 тиж. Двобічна позагоспітальна пневмонія IV категорія складності, тяжкий перебіг. Респіраторний дистрес-синдром. Ателектаз нижньої частки справа. Правобічний спонтанний частковий пневмоторакс. Дренування плевральної порожнини (16.10.09 р.). ДН III ст. Дисметаболична кардіоміопатія. Синусова тахікардія. СН II А ст. Гіпоксична інтоксикаційна енцефалопатія III ст. Хронічна хвороба нирок I ст. Хронічний пієлонефрит, фаза загострення. Анемія легкого ступеня тяжкості. Ангiorетинопатія сітківки обох очей. Стрессова гіперглікемія.



Мал. 3. 16.10.09 р. Позитивна рентгенологічна динаміка хворої В. Зменшення інфільтрації легеневої тканини та плеври. Серце – збільшення всіх камер. Справа дренажна трубка.

Стан хворої стабільно тяжкий. До лікування додано амікацин 0,5 x 3 р. в/м, гепарин 5 тис. x 4 р. п/ш, флуконазол 200 мг x 1 р. в/в, посилена відхаркувальна терапія (лазолван 2 мл x 3 р. в/в), продовжено гормонотерапію. 16.10.09 р. та 17.10.09 р. Хвора двічі оглянута інфекціоністами. Висновок. На момент огляду даних про грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції немає. Отримана відповідь на цитотест на віруси від'ємна.

16.10.09 р. Діагноз без змін. Рекомендовано: накладання трахеостоми, заміна гепарину на клексан 0,4 x 1 р., заміна амікацину на коломіцин по 2 млн. x 3 р., зменшити об'єм інфузій до 1200 мл/добу, ентеральне введення рідини до 500 мл на добу із подальшим стимулюванням діурезу.

18.10.09 р. 14.00. Хвора оглянута невропатологом. Діагноз: Гостра інтоксикаційна енцефалопатія. набряк мозку. Церебральна кома II ст. Призначено КТ головного мозку при покращенні стану.

19.10.09 р. 13.00. Проведено трахеостомію. 14.35. У зв'язку з наростанням ознак гострої ниркової недостатності (креатинін 0,505 ммоль/л, сечовина 72,8 ммоль/л) на консилиумі за участю лікарів відділення гемодіалізу та нефрологів поставлено питання проведення гемодіалітичної терапії, від якої вирішено тимчасово відмовитися, враховуючи збережений діурез і тяжкість супутньої патології.

20.10.09 р. Хвора оглянута консилиумом лікарів. Рекомендовано відмінити тіenam, призначити тиментин по 3,2 г x 3 р в/в, продовжити кортикостероїдну терапію, розпочати гемодіалітичну терапію у зв'язку з високими показниками креатиніну та сечовини.

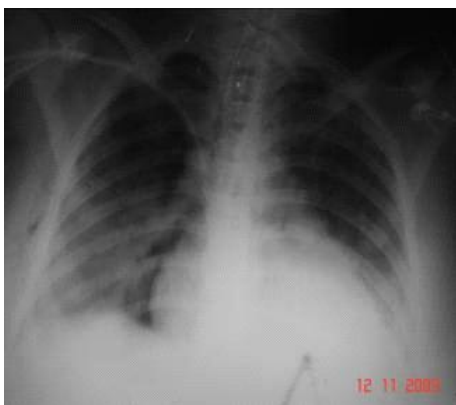
## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

21.10.09 р. 7.45. Наступило критичне погіршення стану хворої, збільшилася емфізема правої половини грудної клітки, падіння сатурації до 64–68 %. Рентгенологічно: колапс правої легені на 1/3 (мал. 4). Проведено повторне дренивання плевральної порожнини справа. Призначено імунограму та біовен по 100 мл в/в. 16.45. Проведено сеанс гемодіалізу, 19.30 у хворої виникла маткова кровотеча, яка зупинена консервативно.



Мал. 4. 21.10.09 р. Права легеня хворої В. частково колабована на 1,9 см. Інфільтрація утримується, в динаміці дещо зменшилася.

22.10.09 р. 14.00. Скликано наступний консилиум, який констатував поступове погіршення стану хворої, незважаючи на інтенсивну терапію, а саме – наростання гіпоксемії, поліорганної недостатності, маткової (21.10.09 р.) та носової кровотечі (22.10.09 р.). Рекомендовано до лікування аміноплазмаль 500 мл в/в, переливання відмитих еритроцитів, свіжозамороженої плазми, відмінити реамберин, продовжити інтенсивну терапію.



Мал. 5. 22.10.09 р. Права легеня хворої В розправилося. Інфільтрація утримується в основному справа прикоренево, зліва – базально.

23.10.09 р. 14.30. Стан хворої вкрай тяжкий, непритомна, кома II-III ст. Зіниці розширені. D = S. Фотореакції ослаблені. Проводиться ШВЛ. Сатурація кисню 83–84 %. В легенях, більше справа, вислуховуються вологі хрипи, дихання ослаблене. Активні дренажі в правій плевральній порожнині функціонують. Діагноз попередній. Рекомендовано зменшити дозування та кратність введення антибіотиків згідно кліренсу креатиніну: тиментин 3,2 г × 2 р., коломіцин 1 млн. × 2 р., від гемодіалітичної терапії утриматись, продовжити кортикостероїдну терапію, санація трахеобронхіального дерева.



Мал. 6. 23.10.09 р. Негативна рентгенологічна динаміка хворої В. Збільшення інфільтрації легеневої тканини та плеври. Тотальне затемнення правої легені від I ребра до діафрагми. Наявність вільної рідини справа.

Лабораторні дослідження: загальний аналіз крові (18.10.09):

Дата	Еритроцити, $\times 10^{12}/\text{л}$	Гемоглобін, г/л	Кольоровий показник	Лейкоцити, $\times 10^9/\text{л}$	Паличкодерні нейтрофіли, %	Лімфоцити, %	Моноцити, %	ШОЕ, мм/год
12.10.09 р.	2,23	68,3	0,9	7,3	22	10	1	25
16.10.09 р.	3,3	104,7	0,9	10,6	23	21	3	7
17.10.09 р.	3,45	109,8	0,9	16,2	20	15	5	9
23.10.09 р.	3,0	95,5	0,9	9,6	21	15	3	32
24.10.09 р.	2,75	93,4	1,0	9,8	22	17	2	35
26.10.09 р.	2,97	95,2	0,9	9,6	26	10	3	50

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

В усіх представлених аналізах крові ознаки анемії, помірного лейкоцитозу, зсув лейкоцитарної формули вліво за рахунок паличкоядерних нейтрофілів, лімфоцитопенія. ШОЕ коливається від 7 до 50 мм/год.

- Біохімічний – наростання азотемії: 16.10.09 р. креатинін 0,296 ммоль/л та сечовина 20,5 ммоль/л.

- 19.10.09 р. креатинін 0,505 ммоль/л, сечовина 72,84 ммоль/л.

- 25.10.09 р. креатинін 0,520 ммоль/л, сечовина 67,6 ммоль/л.

- Гіперглікемія: аналіз крові на цукор 14.10. – 6,7 ммоль/л, 16.10. – 10,5 ммоль/л, 22.10. – 14,8 ммоль/л, 15,5 ммоль/л, 24.10. – 17,5 ммоль/л, 25.10. – 12,5 ммоль/л.

- АЧТЧ: 42,3 с (16.10.09 р.), 46,1 с (22.10.09 р.)

- Імунограма від 22.10.09 р. Висновок: зниження показників клітинного та гуморального імунітету.

- Ультразвуковий контроль органів черевної порожнини із акцентом на дослідження нирок, органів малого таза, зокрема матки. Суттєвих патологічних змін не виявлено.

- Серологічне дослідження методом ІФА змивів із носа 17.10.09 р. та 18.10.09 р. на грип А, В, парагрип, аденовірус, респіраторно-синцитіальний вірус – результат негативний.

- Загальний аналіз сечі. При поступленні сліди білка, еритроцити 0 – 3 в п/з, лейкоцити 25-30 в п/з, епітелій плоский – велика кількість. В динаміці наростання рівня білка та еритроцитів:

- 12.10. – білок – сліди, еритроцити – 0-3 в полі зору, лейкоцити 22-50 в полі зору.

- 14.10. – білок – 0,183 г/л, еритроцити – 30-35 в полі зору, лейкоцити – 20-23 в полі зору.

- Діастаза сечі в нормі.

- ЕКГ. Синусова тахікардія, порушення внутрішньошлуночкової провідності, порушення метаболізму.

- Мікробіологічне дослідження харкотиння: із мазків виявлені синьогнійна паличка та ентеробактер, не чутливі до цефотаксиму, моксифлоксацину, левофлоксацину, гентаміцину, цефтріаксону, гриби роду кандиди (16.10.09 р.).

- 22.10.09 р. Із зіву виявлено клібсїєлли, синьогнійна паличка, гриби роду кандиди, не чутливі до амікацину, імпіпенему, цефепіму, цефотаксиму.

- Із сечі виявлено гриби роду кандиди.

- Посмертно взятий матеріал із тканини легень відправлено в вірусологічну лабораторію м. Києва.

### **Заключний клінічний діагноз:**

- Основний: Двобічна позаликарняна плевропневмонія, IV категорія складності, тяжкий перебіг.

- Ускладнення основного: Синдром поліорганної недостатності. Гострий респіраторний дистрес-синдром тяжкого ступеня. Ателектаз нижньої частки справа. Правобічний рецидивуючий (16.10.09 р., 21.10.09 р.) частковий пневмоторакс. Двобічний ексудативний плеврит. Підшкірна емфізема. Дренування плевральної порожнини справа. ДН III – IV ст. Трахеостомія (19.10.09 р.). Токскоінфекційна кардіоміопатія. СН II А ст. Хронічна хвороба нирок. Хронічний пієлонефрит. Пульморнальний синдром. Гостра ниркова недостатність. Маткова кровотеча, що зупинилася (21.10.09 р.). Змішана анемія важкого ступеня. Гостра інтоксикаційно-гіпоксична енцефалопатія III ст. Набряк мозку. Церебральна кома II. Синдром гастроінтестинальної недостатності. Нейроретинопатія сітківки обох очей. Симптоматична гіперглікемія.

- Післяпологовий період, 13 доба після операції кесарського розтину (13.10.09 р.) з приводу дистресу плода.

26.10.09 р. при наростанні явищ легеневої недостатності о 3:50 констатовано клінічну смерть. Проведені реанімаційні заходи успіху не мали.

26.10.09 р. о 4:20 констатовано біологічну смерть.

### **Патологоанатомічний діагноз:**

1. Грип з пневмонією ідентифікований типу «А», двобічна полісегментарна геморагічна зливна пневмонія – потовщення міжальвеолярних проміжків за рахунок фібринозного випоту та достатньої кількості лейкоцитів в судинах дрібного та середнього калібру, множинні стази з діapedезними крововиливами. Просвіти альвеол вповнені переважно клітинним ексудатом з великою кількістю еритроцитів.

2. Гіпоксемія. ШВЛ (13.10.09). Операція нижньосередньої лапаротомії, кесарів розтин при вагітності 34-35 тижнів. Респіраторний дистрес-синдром. Ателектаз нижньої частки правої легені. Правобічний пневмоторакс (16.10.09 р.). Дренування правої плевральної порожнини справа. Підшкірна емфізема. Трахеостомія (19.10.09). Токсична гіперплазія селезінки – гіперплазія пульпи, діapedезні крововиливи. Поширення клубочків нирок з геморагічним вмістом, поширення проксимальних каналців нирки. Зустрічаються поля, де

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

епітелій відсутній, злущений у просвіт каналців. набряк міокарда. Повнокрів'я судин, помірна дистрофія. набряк, набухання головного мозку. Гостра легенево-серцева недостатність – рідка кров у шлуночках серця і великих судинах, петехіальні крововиливи в серозні оболонки. Маткова кровотеча, що зупинилась (21.10.09 р.).

3. Післяпологовий період, 13 доба після операції кесарського розтину (13.10.09) з приводу дистресу плода.

Для порівняння наводимо витяг з медичної карти хворої Ф. (21 рік), яка знаходилась на стаціонарному лікуванні у ВАІТ ТУЛ з 29.10.09 по 3.11.09 та пульмонологічному відділенні ТУЛ з 3.11.09 по 6.11.09 з діагнозом: Позалікарняна двобічна нижньочасткова пневмонія, IV кат. тяжкий перебіг. ДН II ст. Вагітність 34 тижні. Гіпохромна анемія середнього ст. Сольовий діатез (фосфатурія). Вторинний пієлонефрит.

При поступленні пацієнтка пред'являла скраги на кашель з виділенням слизистого харкотиння, задишку при фізичному навантаженні, підвищення температури тіла до 38 °С, загальну слабкість.

Вважає себе хворою з 19.10.09, коли вперше з'явилися кашель, загальна слабкість, підвищення температури. Лікувалась стаціонарно в гінекологічному відділенні Теревовлянської ЦРЛ. З 26.10.09 стан хворої погіршився, бригадою лікарів доставлена в ВАІТ ТУЛ.

29.10.09. Загальний стан важкий (при поступленні). Шкірні покриви блідо-рожеві, чисті. ЧД -22 за 1 хв. Над легеньми жорстке дихання, в нижніх відділах ослаблене везикулярне дихання та вологі хрипи. Ps – 86 уд. за 1 хв., ритмічний, задовільних властивостей. АТ – 120/80 мм рт.ст. Живіт м'який, неболючий. С-м Пастернацького (-) з обох сторін. набряки відсутні.

Проведені обстеження:

УЗД (29.10.09). Печінка не збільшена, гомогенна, жовчний міхур овальної форми. Підшлункова залоза не збільшена, дещо ущільнена. Нирки: ліва 115 × 55 мм, права 110 × 53 мм. Паренхіма товщиною 19 мм, дещо ущільнена. Порожнинна система не розширена. Плід один, живий, головне передлежання, БПР – 87 мм, стегно – 65 мм, СБ – 134 мм. Плацента III ст., зрілості, дещо підвищеної неоднорідної ехоструктури товщиною 33 мм. Вагітність відповідає 34 тижням.

Дані рентгенологічного обстеження представлені на мал. 7.



Мал. 7. Рентгенографія хворої Ф. (29.10.09). Визначається поява нерівномірної інфільтрації в обох легнях, більше справа, майже на всьому протязі, та зліва в III-V міжребер'ях. Корені інфільтровані.

Заг. аналіз крові: (26.10.09) – ер.  $3,59 \times 10^{12}$ , Hb 87,5 г/л, тромб. 253; (30.10.09. лейкоц.  $14,95 \times 10^9$ , ер.  $3,36 \times 10^{12}$ , Hb 76 г/л, тромб. 216 (2.11.09) – ер.  $2,46 \times 10^{12}$ , Hb 79 г/л, к.п. 0,9, лейкоц.  $4,7 \times 10^9$ , п. 9, с. 74, л. 15, м. 2, ШОЕ 30 мм/год.

Імунограма (29.10.09) CD3 75, IgA 1,4, IgM 2,4, IgG 34, IgE 281,3, ЦІК 37.

Коагулограма (29,10.09) протромбін – 97 %, фібриноген Б ++++, фібриноген – 5,3 г/л.

Заг. ан. сечі (26.10.09) – реак. сл.-кисла, 0-1 в п/з., лейкоц. 6-9 в п.з., білок 0,09.

(29.10.09) п.в. 1015, ер. – 0-1 в п/з., лейкоц. – 6-9 в п/з.

Мазок із зіву і харкотиння, виявлено грибки типу Candida.

Мазок сечі – виявлено Klebsiella чутл. до левофлоксацину, цефуросиму, гентаміцину, ципрофлоксацину.

Проведено лікування: аугментин 1,2 г х 3 р. в/в, сумамед – 3 млн. ОД в/в, лазолван 20 в/в, тіотріазолін 1 к.х 3 р., аевіт 1 к.х 2 р.

30.10.09 Незважаючи на проведену інтенсивну терапію стан хворої продовжував погіршуватись. Виникло питання про переведення пацієнтки на ШВЛ, від чого було відмовлено. Після консультації імунолога хворій був призначений біовен – 100-150 мл в/в 1 р на добу протягом трьох діб. Така комплексна терапія проводилась декілька діб, та різко покращила стан пацієнтки. Необхідності переведу пацієнтки на ШВЛ не виникло. Стан хворої стабілізувався. 03.11.09 пацієнтка у задовільному стані переведена у пульмонологічне відділення ТУЛ, у якому перебувала 3 дні.

## ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Враховуючи клінічні та лабораторно-інструментальні обстеження у хворої Ф. спостерігається позитивна клінічна та рентгенологічна динаміка (мал. 8) – виставлено діагноз: Позалікарняна двобічна нижньочасткова пневмонія III кат., фаза розрешення. ДН – I ст. Вагітність 34 тижні. Питання розродження вирішувалось негативно.



Мал. 8. 05.11.09. Рентгенографія хворої Ф. – визначається позитивна рентгенодинаміка, інфільтрація верхньої частки правої легені значно зменшилась, в III-IV міжребер'ї, майже симетрично в обох легенях, ще відмічається периваскулярна інфільтрація та інфільтрація по ходу проміжної тканини, корені малоструктуровані, тяжисті. Серце в межах норми.

Виписана з лікарні в задовільному стані 06.11.09, рекомендовано: динамічне спостереження акушера-гінеколога та терапевта за місцем проживання. До лікування додати : Роваміцин 3 млн. ОД х таб. 1таб.х 2 р. – 3 дні., бронхосан 15 кр.х3 р.

Ми запропонували дві виписки з історій хвороби для порівняння, оскільки в першому випадку жінка померла, а у другому пацієнтку вдалося врятувати. Спільними ознаками цих випадків були наступні: обидві жінки – одного віку, вагітні, в одному терміні вагітності (34-36 тижнів), в обох була вірусно-бактеріальна пневмонія однакової тяжкості (тип вірусу на час лікування неідентифікований), захворіли в період епідемії грипу А/Н1N1/Каліфорнія. У них обох спостерігалась схожа клінічна, лабораторна та рентгенологічна картина захворювання до початку лікування в ТУЛ. Вони перебували в одному лікувально-профілактичному закладі, практично в однакових умовах ВАІТ, в них обох застосували майже однакову протибактерійну терапію та не застосували специфічні протівірусні препарати (озелтамівір – таміфлю, за-

намівір) у зв'язку з пізнім поступленням. Відмінностями у цих випадках було те, що пацієнтці, яка вижила, не проводилось розродження (на момент написання статті вона перебуває в пологовому будинку з метою розродження), цій вагітній були призначені довенні імуноглобуліни, і їй не застосовували штучну вентиляцію легень, навіть при порівняно низьких значеннях сатурації O<sub>2</sub>.

### Висновки

1. Госпіталізація пацієнток була своєчасною та обґрунтованою. Клінічний діагноз виставлений своєчасно, обстеження проведенні в повному об'ємі. Надана медична допомога вагітній, як в ЦРЛ, так і в ТУЛ, була проведена в повному об'ємі та відповідає стандартам лікування.

2. Тактика ведення пацієнтки В. та призначена антибактеріальна терапія була правильною, але не врахований етіологічний чинник, а отже не були призначені протівірусні препарати. Останнє зумовлене тим, що не зважаючи на триразове серологічне дослідження вірус грипу не був виявлений під час перебування пацієнтки в стаціонарі. Етіологічний чинник був з'ясований лише після вірусологічного дослідження патологоанатомічного матеріалу.

3. Препаратом вибору при підтвердженні діагнозу вірусно-бактерійної пневмонії може бути препарат полівалентного людського імуноглобуліну – біовен.

### Література

1. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике // А.Г. Чучалин, А.И. Синопальников, Л.С. Страчунский и др. / М.: 2006. – 76 с.
2. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації). Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «пульмонологія». – Київ: Велес, 2007. – С. 105-146.
3. Чилова Р.Я., Ищенко А.И., Рафальский В.В. Особенности применения антимикробных препаратов при беременности // Клини. микробиол. антимикроб. химиотер. – 2005. – Т. 7. – № 1. – С. 77-89.
4. Lim W.S., Macfarlane J.T., Colthorpe C.L. Pneumonia and pregnancy // Thorax. – 2001. – V. 56, № 5. – P. 398-405.
5. Woodhead M., Blasi F., Ewig S. et al. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections // Eur Respir J. – 2005. – V. 26, № 6. – P. 1147-1158.

**CLINICAL CASES OF VIRAL-BACTERIAL PNEUMONIAS DURING THE PERIOD OF EPIDEMIC RESPIRATORY INFECTIONS AND FLUE IN TERNOPIL REGION**

L.A. Hryshchuk, O.I. Yashan, A.O. Bob, L.F. Shvedova

*SUMMARY. The article is dedicated to the study of 2 clinical cases of viral-bacterial pneumonia in pregnant women (34-36 weeks) during pandemic flue A/H1N1/California. One patient survived, another – died. The survivor received intravenous immunoglobulines and did not receive artificial lung ventilation, even at relatively low O<sub>2</sub> saturation.*

**Key words:** viral-bacterial pneumonia, clinical features, treatment.

© Ю.М. Андрейчин, Н.С. Руда., 2009  
УДК 616.216-02:616.2-022.6

**Ю.М. Андрейчин, Н.С. Руда**

**СИНУСИТИ ЯК УСКЛАДНЕННЯ ГОСТРОЇ РЕСПІРАТОРНОЇ ВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ**

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

*Наведено видовий склад мікрофлори вмісту верхньощелепних пазух у хворих на гострі та хронічні гнійні синусити (переважання стафілококів). Відзначено значне зростання кількості гострих синуситів у період епідемії грипу та інших гострих респіраторних вірусних інфекцій. Підтверджено діагностичне значення комп'ютерної томографії.*

**Ключові слова:** верхньощелепний синусит, мікрофлора, епідемія грипу, комп'ютерна томографія.

Гострі захворювання приносних пазух привертають увагу багатьох науковців, оскільки займають одне з провідних місць у структурі ЛОР-патології. В Україні запалення приносних синусів посідає друге місце серед захворювань ЛОР-органів, частка верхньощелепних синуситів складає 56-73 % [1]. В середньому 5-15 % дорослого населення хворіють на різні форми синуситів.

Значне зростання кількості гострих синуситів спостерігається в період епідемії грипу, ГРВІ [2]. У

0,5-2 % дорослих хворих з вірусною інфекцією верхніх дихальних шляхів розвиваються вторинні бактерійні синусити [3].

Небезпека розвитку синуситів на тлі грипу та інших ГРВІ відносно більша у дітей, які часто хворіють. Серед усіх ЛОР-захворювань у дитячому віці синусити складають 9-20 %. У дітей до 3 років синусити перебігають з ускладненнями (у 10-22 % гнійносептичні орбітальні та у 2,1 % – внутрішньочерепні) [4].

Синусити при вірусних інфекціях, очевидно, виникають значно частіше, ніж діагностуються, оскільки в ряді випадків їх клінічна картина маскується симптомами основного захворювання. Є підстави вважати, що синусити при грипі та інших ГРВІ слід розглядати як прояв гострої вірусної інфекції, а не завжди як її ускладнення. Це міркування підтверджується розвитком найчастіше двобічного ураження приносних пазух, переважно катаральної форми, наявністю симптомів, характерних