



© КОЛЛЕКТИВ АВТОРОВ, 2018
УДК 616.921.5-053.82

Орлова Н.В. (nataorlova211@yandex.ru)¹, **Зайцев А.А.** (a-zaicev@yandex.ru)², **Стажинский А.Н.**¹, **Балашов Е.В.**¹, **Козовой М.Я.**¹, **Качер В.В.**¹ — Тяжелое течение гриппа А/Н1N1 в молодом возрасте: случай из практики.

¹Филиал № 3 Главного военного клинического госпиталя им. Н.Н.Бурденко, г. Балашиха, Московская область; ²Главный военный клинический госпиталь им. Н.Н.Бурденко, Москва

Описан клинический случай тяжелого течения гриппа А/Н1N1 у женщины молодого возраста с развитием острого респираторного дистресс-синдрома, субтотальной вирусно-бактериальной пневмонии. Особенностью примера является клиническое течение тяжелой формы фатальной гриппозной инфекции с развитием массивного тромбоза нижнедолевой ветви левой легочной артерии. Этому способствовали отсутствие вакцинопрофилактики гриппа и поздняя обращаемость пациента, недостаточная готовность специалистов в плане диагностики тяжелых осложнений гриппозной инфекции, позднее начало этиотропной противовирусной терапии, назначенной только при госпитализации в стационар, отсрочка перевода больного на ИВЛ.

К л ю ч е в ы е с л о в а: грипп А/Н1N1, острый респираторный дистресс-синдром, пневмония, тромбоз ветвей легочной артерии.

Orlova N.V., Zaitsev A.A., Stazhinskiy A.N., Balashov E.V., Kozovoi M.Ya., Kacher V.V. — Severe course of influenza A / H1N1 at a young age: a case from practice. A clinical case of severe A / H1N1 influenza in a young woman with the development of acute respiratory distress syndrome, subtotal viral-bacterial pneumonia is described. A special feature of the example is the clinical course of severe fatal influenza infection with the development of massive thrombosis of the lower lobe branch of the left pulmonary artery. This was facilitated by the lack of flu vaccine and late treatment of the patient, inadequate readiness of specialists in terms of diagnosing severe complications of influenza infection, later on the initiation of etiotropic antiviral therapy, which was prescribed only during admission to hospital, delaying the patient's transfer to mechanical ventilation.

К е у о р д s: flu A / H1N1, acute respiratory distress syndrome, pneumonia, thrombosis of the branches of the pulmonary artery.

Среди острых респираторных инфекций грипп занимает особое место в связи с частыми случаями тяжелого течения, жизнеугрожающих осложнений и высокими показателями летальности. К особенностям поражения легких при тяжелой гриппозной инфекции относят быстро прогрессирующее развитие пневмонии, *острой дыхательной недостаточности (ОДН) и острого респираторного дистресс-синдрома (ОРДС).*

Клиническое наблюдение. Пациентка Ш., 37 лет. Анамнез заболевания. 20.01.2016 г. отметилась появление насморка, першения и боли в горле при глотании, умеренно выраженной общей слабости, недомогания, повышение температуры до 38–39 °С, озноба. Лечилась самостоятельно препаратом из группы индукторов интерферона, амоксицилином в суточной дозе 1,5 г, ацетилцистеином и парацетамолом. Улучшения через 4 дня с момента стартовой терапии не отмечала: усугубилась общая слабость, дебютировала инспираторная одышка, снизилась толерантность к бытовой нагрузке, прогрессировал кашель с отхождением мокроты слизистого характера в скудном объеме. Вызванный 25.01 на дом участковый терапевт диагностировал острое респираторное заболевание. Пероральный прием амоксицилина отменен, назначен цефтриаксон парентерально в суточной дозе 2 г, продолжена мукоактивная и антипиретическая терапия, назначено флюорографическое обследование. Улучшения само-

чувствия по-прежнему не отмечала: сохранялась фебрильная лихорадка, усугубились одышка и общая слабость. Только 28.01 выполнена флюорография органов грудной клетки: визуализирована двусторонняя нижнедолевая инфильтрация легких.

В тот же день больная доставлена в Филиал № 3 ГВКГ им. Н.Н.Бурденко, в тяжелом состоянии госпитализирована в отделение реанимации и интенсивной терапии. Тяжесть состояния обусловлена гипоксемией (SpO₂ 74–78% при дыхании атмосферным воздухом), гипертермическим и интоксикационным синдромами. Жалобы прежние. В сознании, заторможена, сонлива. На вопросы отвечает вяло, адекватно. Тоны сердца звучные, ритмичные, ЧСС 110 в мин. АД 100/70 мм рт. ст. В акт дыхания вовлечена вспомогательная дыхательная мускулатура. Тахипноэ: 22–24 в мин. При перкуссии над легкими отмечается двустороннее укорочение перкуторного тона в нижних отделах, там же аускультативно выявлены значительное ослабление везикулярного дыхания и двусторонняя крепитация. Учитывая жалобы, клинико-anamnestические и рентгенологические данные, диагностирована внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония тяжелого течения с осложнением основного заболевания в виде острой дыхательной недостаточности 2–3 степени.

Заподозрено инфицирование пациентки вирусом гриппа А/Н1N1. Принято решение о проведении эмпирической противовирусной



терапии. Лечебный алгоритм: неинвазивная респираторная поддержка, пероральная базисная антигерпетическая (осельтамивир 150 мг/сут), двухкомпонентная парентеральная антибактериальная (моксифлоксацин 400 мг/сут, имипенем/циластатин 3 г/сут), пероральная мукоактивная (ацетилцистеин 600 мг/сут), антикоагулянтная (надропарин кальция 0,3 мл подкожно), антипиретическая, дезинтоксикационная и симптоматическая терапия. При анализе газового состава крови pH 7,433, гипоксемия с парциальным напряжением кислорода 48,8 mm Hg, гипокания ($p\text{CO}_2$ 34,9 mm Hg). Индекс оксигенации 122. Несмотря на выраженность гипоксемии, являющейся показанием для проведения инвазивной искусственной вентиляции легких (ИВЛ), принято решение о продолжении проведения неинвазивной вентиляции легких (НИВЛ). Общеклинический анализ крови: лейкопения — $3,57 \times 10^9/\text{л}$ с выраженным палочкоядерным сдвигом (нейтрофилы — 13%, лимфопения — 3%), СОЭ 23 мм в час. Биохимический анализ крови — в пределах допустимых значений, за исключением гипергликемии — 9,1 ммоль/л. Тест на пневмококковую и легионеллезную антигенурию (29.01) отрицательный.

Проводимая терапия не дала значимой положительной клинической динамики, отмечалось некоторое улучшение оксигенации на фоне проводимой респираторной поддержки (SpO_2 86–88% на фоне НИВЛ). Принято решение о продолжении НИВЛ, этиотропной, мукоактивной и симптоматической терапии в прежнем объеме, профилактике тромбоэмболических осложнений. Компьютерная томография (29.01) выявила двусторонние нижнедолевые массивные участки консолидации легочной ткани с положительным симптомом воздушной бронхографии. В средней доле правого легкого и языковых сегментах — зоны пониженной воздушности по типу «матового стекла», двусторонний плевральный выпот, что характерно для ОРДС.

Через 48 ч ввиду прогрессирования дыхательной недостаточности, усугубления одышки в покое, отрицательной стето-акустической и рентгенологической картины над легкими терапия расценена как неэффективная. Принято решение удвоить дозу противовирусного препарата осельтамивира до 300 мг в сутки перорально. Продолжены НИВЛ, антибактериальная, муколитическая и симптоматическая терапия. Проводилось лечение габагрилобином. В смыве из ротоглотки (4.02) обнаружены РНК вируса гриппа А и эпидемического штамма вируса гриппа А/Н1N1, что позволило сформулировать диагноз: «Грипп А/Н1N1, тяжелая форма, период разгара с осложнениями в виде двусторонней субтотальной пневмонии вирусно-бактериальной этиологии тяжелого течения, острой дыхательной недостаточности 3 степени, острого респираторного дистресс-синдрома, инфекционно-токсического шока».

С учетом риска развития геморрагического синдрома, тромбоэмболических осложнений продолжена гепаринотерапия (суточная доза — 10–30 тыс. ед.) Показатели гемостазиограммы оставались в пределах референсных значений.

В результате проводимой терапии отмечена незначительная положительная динамика в виде снижения лихорадки до субфебрильных значений, однако на 8-е сутки госпитализации не выявлена значимая положительная рентгенологическая динамика.

С 5.02 отмечена отрицательная динамика: рецидивировала лихорадка до 39 °С, одышка в покое с частотой дыхания до 30 в мин, сатурация снизилась до 85% на фоне НИВЛ со скоростью 3 л/мин., нарастала гипоксемия с напряжением O_2 43 mm Hg, индекс оксигенации снизился до 107. Состояние больной расценено как крайне тяжелое. Принято решение о немедленном переводе на ИВЛ в режиме Р-CMV. Вместе с тем состояние прогрессивно ухудшалось: нарастали гипоксемия, гиперкапния. На ЭКГ появились признаки перегрузки правых отделов сердца. При попытке проведения ИВЛ в положении на животе (prone position) 6.02 произошла остановка сердца, АД не определялось. Проводимые реанимационные мероприятия оказались безуспешными. Констатирована биологическая смерть.

Заключительный клинический диагноз. Основное заболевание. Грипп А/Н1N1, тяжелое течение (ПЦР ротоглоточного смыва 4.02). Осложнения основного заболевания. Двусторонняя субтотальная пневмония вирусно-бактериальной этиологии тяжелого течения. Острая дыхательная недостаточность 3 степени. Острый респираторный дистресс-синдром. ИВЛ 5.02.2016 г. **Непосредственная причина смерти:** прогрессирующая дыхательная недостаточность.

Патологоанатомическое исследование. «Основным заболеванием следует считать гриппозную инфекцию грипп А/Н1N1, ПЦР смыва ротоглотки от 4.02.2016 г., морфологически проявляющуюся подострым катаральным бронхитом, двусторонней тотальной пневмонией. Течение болезни осложнилось острым респираторным дистресс-синдромом, инфекционно-токсическим шоком и субмассивной тромбоэмболией легочной артерии».

Выявлены также признаки острого венозного полнокровия и дистрофии внутренних органов. «Интима основных венозных коллекторов сероватого цвета, гладкая, блестящая. Воспалительных изменений в мягких тканях нижних конечностей и их сосудах не выявлено. Тромб длиной около 15 см с явлениями организации (по гистологическим данным, давностью образования около 1 недели), морфологически соответствует диаметру бедренно-подвздошного сегмента глубоких вен нижних конечностей, по всей вероятности, весь мигрировал в легочную артерию». По нашему мнению, в данном случае



речь не идет о миграции тромба из сосудов нижних конечностей в легочную артерию, напротив, формирование тромбоза нижнедолевой ветви левой легочной артерии обусловлено вариантом течения тяжелой гриппозной инфекции с массивным диффузным альвеолярным повреждением и выраженным геморрагическим компонентом.

Роль в фатальном течении заболевания сыграли такие факторы, как отсутствие вакцинопрофилактики гриппа и поздняя обращаемость больной за медицинской помощью, недостаточная готовность специалистов, особенно первичного звена, диагностировать тя-

желые осложнения гриппозной инфекции, отсроченная этиотропная противовирусная терапия, назначенная лишь с момента госпитализации в стационар, поздний перевод больной на ИВЛ. Попытка НВЛ у больного с *респираторным индексом* — $RI (PaO_2/FiO_2) < 150$ заведомо обречена на неудачу. Традиционным показанием для НВЛ в начальных стадиях ОРДС является $RI 200\text{--}250$ мм рт. ст., в то время как при $RI < 200$ обычно принимается решение о проведении ИВЛ.

Можно заключить, что совокупность объективных и субъективных факторов определили тяжесть течения и исход заболевания.

© М.Г.СИДОРЕНКО, Х.С.КАХКЦЯН, 2018
УДК 616.33-089.87.168.1-06:616.34-007.43-007.271

Сидоренко М.Г. (*mike_sidorenko@mail.ru*), **Кахкцян Х.С.** (*myshutka@list.ru*)
— Случай ущемленной внутренней грыжи в поздний послеоперационный период после субтотальной резекции желудка.

Филиал № 1 Лечебно-реабилитационного клинического центра МО РФ, г. Химки, Московская область

В статье приводится описание редкого случая ущемленной послеоперационной внутренней грыжи, возникшей в поздний послеоперационный период у больного, оперированного по поводу рака желудка. Ранее выполненная операция субтотальной резекции желудка по Бильрот-II в модификации Ру создала условия для формирования внутренней грыжи и ее последующего ущемления. С целью профилактики внутреннего грыжеобразования при таких операциях изначально необходимо выполнять фиксацию к париетальной брюшине петли тонкой кишки на протяжении от ее брыжейки к гастроеюноанастомозу.

К л ю ч е в ы е с л о в а: грыжа внутренняя, послеоперационная, ущемленная, субтотальная резекция желудка, поздний послеоперационный период.

Sidorenko M.G., Kakhktsyan Kh.S. — Case of an injured internal hernia in the late postoperative period after subtotal resection of the stomach. The article describes a rare case of an injured postoperative internal hernia that occurred in the late postoperative period in a patient operated on for stomach cancer. Previously performed subtotal resection of the stomach according to Billroth-II in the modification of Ru created the conditions for the formation of internal hernia and its subsequent infringement. In order to prevent internal herniation in these operations, it is initially necessary to perform fixation to the parietal peritoneum of the small intestine loop from her mesentery to gastrojejunostomosis.

К е y w o r d s: hernia internal, postoperative, strangulated, subtotal resection of the stomach, late postoperative period.

Ущемленные внутренние грыжи наблюдаются достаточно редко — от 0,1 до 2%, что связано с трудностью диагностики и отсутствием специфических симптомов у данной патологии. Чаще всего диагноз ставится только после операции, поскольку большие оперируются по поводу острой кишечной непроходимости. Приводим описание случая ущемленной внутренней грыжи в поздний послеоперационный период после субтотальной резекции желудка

Пациент К., 76 лет, поступил по неотложным показаниям в хирургическое отделение с жалобами на боли в области пупка схваткообразного характера, слабость, тошноту, многократную рвоту. Жалобы появились после ужина, накануне выполнялась *фиброгастродуоденоскопия* (ФГДС), которая показала оперированный желудок в объеме

субтотальной резекции, незначительную гиперемию слизистой. После ФГДС появились неприятные ощущения в эпигастрии, купирование которых внутримышечным введением спазмолитиков носило кратковременный эффект. Вскоре присоединилась рвота, не приносящая облегчения. При объективном обследовании обращала на себя внимание тахикардия — до 100 ударов в мин, перкуторно определялся тимпанит в мезогастррии, имелось вздутие живота. Было назначено дообследование. Общий анализ крови: выраженный лейкоцитоз $16,1 \times 10^9/\text{л}$, увеличение сегментоядерных лейкоцитов до 93,1%, что было расценено как умеренно выраженная интоксикация. Рентгенография органов брюшной полости показала значительное расширение петель как тонкого, так и толстого кишечника с наличием уронеи