

616.98 – 071“32”

Особливості клінічного перебігу грипу в незвичний епідемічний сезон 2009-2010 рр.: власний клінічний досвід

О.О. Гуцаленко, І.П. Катеренчук, Ю.А. Кострікова, Л.М. Сало, В.В. Томенко, О.В. Манойло, М.О. Катеренчук, О.І. Міхійенко, О.С. Мартиненко, А.М. Дзюба, І.І. Ковтун, О.В. Карлов, В.П. Фалько

ВДНЗУ “Українська медична стоматологічна академія”, 5-та міська клінічна лікарня, Полтава

Ключові слова: грип, незвичний епідемічний сезон, ускладнення, профілактика.

Грип належить до найбільш масових інфекційних хвороб, збудник якого періодично викликає пандемію, що може охопити до 30% населення світу [2]. Епідемія грипу 2009 року значно відрізнялася від попередніх епідемій сезонного грипу. Характерна риса епідемічного сезону 2009 р. – найвища за останні роки інтенсивність епідемічного підйому захворюваності, який в деяких регіонах України тривав від 11 до 13 тижнів з незначною перервою. У попередні роки епідемія грипу тривала не більше 6-8 тижнів. На початку епідемічного сезону на грип і гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) хворіло переважно доросле населення, а не діти дошкільного та шкільного віку, як це відбувалося раніше [1].

З початку епідемічного підйому захворюваності, який відбувся наприкінці жовтня 2009 р., в Україні було зареєстровано приблизно 5,6 млн. випадків захворювання на грип та ГРВІ, госпіталізовано 345 тис. хворих, від ускладнень померли 1125 осіб. З відібраних від хворих 16608 зразків, у 3633 випадках підтверджено пандемічний грип А (H1N1), з яких у померлих – 375 [1]. У м. Полтава кількість обстежених осіб різними вірусологічними методами діагностики нового грипу А (H1N1) Каліфорнія (ПЛР, серологічний метод з дослідженням парних сироваток в РГГА з грипозними діагностикумами тощо) склала 1340 осіб, причому у 463 проводилася діагностика методом ПЛР; у 229 випадках підтверджено наявність пандемічного грипу А (H1N1) Каліфорнія. Зважаючи на можливість повторної епідемії грипу, аналогічної епідемії 2009-2010 року, набутий досвід може стати підґрунтям для розробки стратегічних напрямків боротьби з пандемічним грипом, а саме, дозволить знайти ефективні методи профілактики та лікування, максимально точно передбачити його подальшу «поведінку» [3]. Отримані дані дозволять розробити комплекс заходів з подолання поширення епідемії та мінімізації її наслідків.

Мета дослідження

Проаналізувати особливості клінічного перебігу грипу та інших ГРВІ, а також пневмонії, яка розвилася у цих хворих як ускладнення вірусної інфекції, у період незвичного епідемічного процесу 2009-2010 рр.

Матеріал і методи

Для вирішення даної мети відібрано та проведено експертну оцінку 274 історій хвороб осіб, які лікувалися з приводу грипу та ГРВІ. Із них у 27 методом ПЛР ідентифікований грип А (H1N1) Каліфорнія, причому у трьох осіб дане захворювання ускладнилося розвитком пневмонії. З 02.11.2009 р. по 28.02.2010 р. стаціонарно проліковано 757 хворих, із них у 239 (31,57%) осіб основним діагнозом була негоспітальна пневмонія (НП) III (226 хворих) і IV (13 хворих) груп, серед яких 9 вагітних із нетяжким перебігом НП.

Серед хворих на НП було 113 (47,28%) чоловіків і 126 (52,72%) жінок, вік пацієнтів складав 43,3±1,1 роки.

У групі хворих (27 чол.) з верифікованим методом ПЛР грипом А (Н1/Н1) Каліфорнія було 12(44,44%) чоловіків і 15(55,56%) жінок віком від 16 до 55 років. Сім жінок (віком від 18 до 42 років) з цієї групи були вагітними (25,92%), а у 3-х (11,1%) хворих на пандемічний грип розвилася пневмонія. Обстеження всіх хворих включало клініко-лабораторні та інструментальні методи дослідження, оцінку основних вітальних функцій, вірусологічні та бактеріологічні дослідження, а при необхідності проведення додаткових обстежень (спірографія, пневмотахометрія, за показаннями ЕхоКС, УЗД органів черевної порожнини, РЕГ, РВГ тощо), консультації суміжних спеціалістів.

Вірусологічні методи діагностики грипу та інших ГРВІ включали: дослідження мазків з носа методом ПЛР на РНК вірусу, серологічні методи (дослідження парних сироваток крові з грипозними діагностичними), дослідження змивів з носа методом ІФА на виявлення антигенів вірусу грипу та ГРВІ. Аналіз проведених лабораторних досліджень показав, що окрім виділеного пандемічного грипу А(Н1/Н1) Каліфорнія, люди хворіли і на інші види сезонного грипу, грип В та інші ГРВІ. За результатами вірусологічної діагностики, отриманих на момент проведення аналізу, вірус грипу А виявлений у 17 осіб, грип В – у 9 осіб, А+В – у 3-х осіб, RS-вірус – у двох. У однієї із трьох хворих на НП із підтвердженим грипом А (Н1/Н1) Каліфорнія виявлено поєднання його з грипом В.

Обов'язковим критерієм включення пацієнта до групи на НП була рентгенологічна верифікація діагнозу. Критеріями виключення з аналізу були випадки виявлених в процесі обстеження та лікування інших захворювань (11 хворих), а саме, туберкульоз легень (4 хворих), рак легень (2 хворих), у 4 хворих з кардіомегалією різного генезу виявлені ознаки венозного застою у малому колі кровообігу, у 1 хворого на 6 добу лікування діагностовано гострий інфаркт міокарду.

Усі хворі на НП поступили на лікування в стаціонар на 1-шу – 23-тю добу від початку захворювання. Один пацієнт госпіталізований через місяць від появи перших ознак хвороби. Медіана терміну від появи симптомів до госпіталізації (верифікації діагнозу НП) склала $4,81 \pm 0,98$ днів, а від госпіталізації до переведення в реанімаційне відділення – 1 день (0-2). Термін стаціонарного лікування складав $8,94 \pm 0,19$ днів.

Медіана терміну від появи симптомів до госпіталізації хворих, у яких у послідовному було підтверджено наявність грипу А(Н1/Н1) Каліфорнія, склала $3,28 \pm 0,60$ днів, а у групі вагітних на пандемічний грип складала $2,14 \pm 0,31$ днів. Аналогічний показник медіани у вагітних із НП склав $5,11 \pm 1,23$ днів. Останнє є свідченням того, що пізні звернення за медичною допомогою негативно впливає на перебіг хвороби та є причиною ускладненого перебігу вірусної інфекції.

Всім госпіталізованим, окрім рентгенологічного дослідження легень у двох проєкціях, щоденно неодноразово проводили визначення насичення киснем капілярної крові за допомогою простого неінвазивного методу – пульсоксиметрії, що дозволяло своєчасно виявляти пацієнтів із артеріальною гіпоксемією, а при вираженому зниженні сатурації крові киснем негайно переводити до реанімаційного відділення. У разі помірного зниження сатурації хворим проводилася оксигенотерапія 100% киснем через носові катетери, а при недостатньому ефекті – через маску. Ціль роботи.

Табл. 1

Загальна характеристика хворих

Групи хворих	Всього		Чоловіки		Жінки		Медіана		
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	вік хворих	термін до госпіталізації	ліжко-день
Негоспітальна пневмонія:	239	90,87	113	42,96	126	47,91	$47,5 \pm 10,3$	$4,81 \pm 0,98$	$8,94 \pm 0,197,5 \pm 0,73$
* із них вагітні	9	3,42	*	*	1	0,38	$30 \pm 8,6$	$5,11 \pm 1,234,33 \pm 1,47$	$5,67 \pm 2,01$
* із них А(Н1/Н1) swinuis	3	1,14	2	0,76			$37,7 \pm 9,8$		
Виявлений А(Н1/Н1) Каліфорнія	24	9,12	10	3,80	14	5,32	$35,5 \pm 7,68$	$3,28 \pm 0,6$	$4,91 \pm 0,44$
* із них вагітні	7	2,66	*	*			$25,7 \pm 8,13$	$2,14 \pm 0,31$	$5,29 \pm 0,63$
Разом	263	100	123	46,77	140	53,23			

Табл. 2

Частота асоційованої патології у хворих на НП в залежності від віку

Негоспітальна пневмонія у поєднанні з:	Вікові групи (роки)							
	15 - 24		25 - 44		45 - 59		60 і старше	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
цукровим діабетом					6	2,51	4	1,67

ожирінням			2	0,84	2	0,84	1	0,42
захворюваннями щитоподібної залози					2	0,84	1	0,42
ГХ			2	0,84	12	5,02	7	2,93
ІХС					2	0,84	8	3,35
ГХ + ІХС					2	0,84	6	2,51
порушеннями ритму					3	1,26	2	0,84
хворобами органів травлення	2	0,84	2	0,84	8	3,35	-	
ХОЗЛ + БА			4	1,67	5	2,09	4	1,67
іншими хворобами органів дихання					4	1,67	5	2,09
хворобами нирок	1	0,42			2	0,84	-	
хворобами нервової системи					2	0,84	1	0,42
хворобами крові	1	0,42	1	0,42	1	0,42	1	0,42
ревматичними хворобами					3	1,26		
хворобами ЛОР-органів					2	0,84		
туберкульозом			2	0,84	2	0,84		
онкопатологією					2	0,84		
кардіомегалією + застоєм у МКК			1	0,42	1	0,42	2	0,84
Разом:	4	1,67	14	5,86	61	25,52	42	17,57

Примітки: Угрупування хворих по віку проведено згідно робочої класифікації вікових періодів, що прийнята на міжнародному симпозиумі з геронтології.

Результати і обговорення

Особливості клінічного перебігу грипу та його ускладнень під час незвичного епідемічного сезону 2009 р. проаналізовані на підставі проведеної експертної оцінки 274 історій хвороб. Виділено дві основні групи хворих: перша з підтвердженим методом ПЛР грипом А(Н1N1) Каліфорнія, друга – хворі НП.

Відомо, що під час кожної епідемії сезонного грипу спостерігається розвиток ускладнень вірусної інфекції у вигляді пневмонії. Епідемічний сезон 2009 р., що відзначився появою нового вірусу грипу А(Н1N1) Каліфорнія, характеризувався специфічними особливостями перебігу інфекції та розвитку її ускладнень. Першою особливістю НП в умовах пандемічного грипу було виникнення запального процесу у легенях переважно у осіб працездатного віку та у вагітних. НП була діагностована у 239 (31,57%) хворих, у тому числі у 9 (3,76%) вагітних. Тобто, з загальної кількості хворих, які були госпіталізовані протягом незвичного епідемічного сезону, майже кожний третій хворий мав ускладнення вірусної інфекції у вигляді НП. З 27 хворих із підтвердженим грипом А (Н1N1) Каліфорнія 7 (25,92%) жінок були вагітними, що знаходиться у відповідності з літературними даними, що вагітні є однією із провідних категорій осіб ризику захворювання з важкими непрогнозованими наслідками [5,9].

Розподіл хворих за віком засвідчив, що негоспітальна пневмонія переважно уражує осіб працездатного віку (97,07%). Кількість хворих у наступних вікових групах відповідно склала: до 20 років - 23 (9,62%); 21-30 років - 46 (19,25%); 31-40 років - 31 (12,97%); 41-50 років - 48 (20,08%); 51-60 років - 54 (22,59%); 61-70 років - 19 (7,95%); 71-80 років - 13 (5,44%), понад 80 років - 5 (2,09%). Всі хворі були госпіталізовані у стаціонар через 4,81±0,98 днів. У 26,72% хворих перші ознаки захворювання з'явилися на 2-3 день. На 4-6 день від появи перших клінічних проявів хвороби госпіталізовано 39,66% хворих, а у 32,22% хворих період від появи перших симптомів захворювання до госпіталізації становив більше 6 днів, що свідчило про швидкий розвиток пневмонії.

До групи ризику розвитку НП належать пацієнти з супутньою патологією, а саме хронічними захворюваннями легень, бронхіальною астмою, суб- та декомпенсованими захворюваннями серцево-судинної системи, цукровим діабетом, надмірною масою тіла тощо. Аналіз наявної супутньої патології у групі хворих НП продемонстрував великий відсоток пацієнтів, що мають фонові хвороби, які з урахуванням віку представлені в таблиці 2. На відміну від сезонного грипу у таких осіб НП розвивається значно швидше, протікає більш тяжче, може мати блискавичний характер з розвитком серйозних ускладнень, які нерідко призводять до смертельних наслідків. Зважаючи на це, своєчасне звернення за медичною допомогою та вчасно розпочате лікування суттєво знижує тяжкість та тривалість симптомів захворювання, тривалість госпі-

талізації, ризик розвитку ускладнень. Ретельний аналіз наявних фонових захворювань засвідчив присутність двох супутніх хвороб у 13 хворих, трьох нозологій – у 12 хворих, а у одного хворого, який лікувався в реанімаційному відділенні, діагностовано більше трьох захворювань інших органів і систем.

Особливостями рентгенологічних змін були такі: правобічна НП розвивалася у 41,8%, лівобічна у 37,5%, двобічна – 20,69%. Оцінка переважної локалізації рентгенологічних змін засвідчила залучення у патологічний процес цілих часток, переважно нижніх (65,95%), швидке поширення та зростання площі ураження. Локалізація процесу у верхній та середній частках відповідно складала 11,64% та 1,72%. Вогнищеве ураження легень виявлено у 18,10%, вогнищєво-зливне у 17,67%; полісегментарне ураження в 11,64%, сегментарне – у 15,52%. У групі вагітних на НП двобічне ураження було діагностовано у 6 із 9 жінок, а нижньочасткове – у всіх жінок. Ускладнений перебіг НП, а саме наявність плеврального випоту, діагностовано у 15 (6,46%) хворих.

При використанні критеріїв оцінки швидкості розв'язання клінічних симптомів НП шляхом підрахунку часу до досягнення клінічної стабільності, із урахуванням основних п'яти життєво важливих критеріїв [6], встановлено, що у госпіталізованих хворих на НП медіана часу до досягнення клінічної стабільності складала $8,94 \pm 0,19$ днів незалежно від групи хворих, тоді як аналогічний показник для госпіталізованих на НП згідно іноземних літературних джерел складав менше 3 діб [7], а в іншому 4 доби [8]. Наведені дані можуть свідчити про одну із особливостей перебігу ускладнення незвичної епідемії грипу у вигляді пневмонії, а саме частий тяжкий перебіг захворювання з тривалою гіпертермією (вище $38-39^{\circ}\text{C}$) упродовж кількох днів, а інколи і 5-7 діб, досить стійку до звичайних жарознижувальних засобів, навіть в умовах стаціонару.

Клінічний випадок

Наводимо клінічний випадок, який ілюструє особливості ускладненого перебігу грипу у пацієнта групи ризику із надлишковою масою тіла (ожиріння I ст. – індекс маси тіла = 32).

Хворий Ф., 32 років, госпіталізований в реанімаційне відділення 8.01.2010 року о 14.05 з діагнозом: Грип (клінічно). Негоспітальна двобічна субтотальна нижньочасткова вірусно-бактеріальна пневмонія, правобічний ексудативний плеврит, важкий перебіг, клінічна група IV. ЛН III. Гемофтиз. Ожиріння I ст.

Скарги під час госпіталізації на підвищення температури тіла до $38,5^{\circ} - 39^{\circ}\text{C}$, задишку в спокої, що посилювалась при розмові, кашель, з виділенням мокротиння рожевого кольору, виражену загальну слабкість.

Із анамнезу хвороби: захворів гостро 2.01.2010 року, перебуваючи в гостях, коли підвищилась температура тіла до 38°C , з'явився кашель, першіння у горлі. Відзначає напередодні переохолодження. 3.01.10 з'явився сухий надсадний кашель, погіршення загального стану. 5.01.10 при флюорографічному обстеженні ОГК в умовах поліклініки за місцем проживання виявлені рентгенологічні ознаки вогнищєвої пневмонії. Після огляду сімейним лікарем з 6.01.10 амбулаторно отримував внутрішньом'язево цефтріаксон через кожні 12 годин. З 6.01 по 8.01 температура зберігалася у межах $38,0^{\circ} - 38,6^{\circ}\text{C}$, турбував сухий кашель. З 8.01.10 відмічає погіршення загального самопочуття, значне посилення задишки, з'явилося мокротиння з прожилками крові, в зв'язку з чим пацієнта направлено у стаціонар.

У дружини пацієнта були аналогічні ознаки захворювання, однак вона лікувалась амбулаторно, оскільки захворювання протікало значно легше.

Анамнез життя: у 1980 році – перехворів на вірусний гепатит А, оперований з приводу варикоцеле. В іншому – без особливостей.

Об'єктивно (під час госпіталізації): загальний стан вкрай важкий, гіперстенічна будова тіла, підвищеного харчування. Зріст – 176 см, вага – 100 кг. Шкіра чиста, волога, акроціаноз. Температура тіла – $39,3^{\circ}\text{C}$. Периферичні лімфатичні вузли не збільшені. Частота дихання – 36 за 1 хвилину. Над легеньми перкуторно – притуплення легеневого звуку в нижніх відділах з обох боків. При аускультатії – дихання жорстке, ослаблене в нижніх відділах, більше справа, різнокаліберні вологі хрипи. Сатурація крові (SpO_2) без кисневої підтримки 75 %, з кисневою підтримкою – 90 %. Частота серцевих скорочень – 120 ударів за 1 хвилину, пульс – 120, ритмічний, слабого наповнення. Артеріальний тиск 140/95 мм.рт.ст. Межі відносної тупості серця не змінені. Серцева діяльність правильна, тони ослаблені. Язик вологий, чистий. Живіт при пальпації м'який, безболісний. Нижній край печінки виступає на 2 см з-під краю реберної дуги, чутливий при пальпації. Відмічається пастозність гомілок.

Враховуючи показники основних вітальних функцій, хворий відразу ж госпіталізований у реанімаційне відділення, де перебував до 14.01.10 року до переведення для подальшого лікування у відділення інтенсивної терапії Полтавської ОКЛ.

Результати додаткових методів обстеження: загальний аналіз крові при госпіталізації: Ер. – 4,2 Т/л, Нв – 126 г/л, Тромб – 140 Г/л, Лейк. – 6,5 Г/л, е. – 3%, п – 17 %, с – 60%, л – 17 %. м. – 3%. ШОЕ – 17 мм/год, Нт 0,39.

Основні показники гемограми в динаміці (з 9.01.10 р. щодня): ШОЕ (23 – 36 – 20 – 18 – 13 – 11 мм/год), лейкоцити: 9,2 – 11,4 – 8,0 – 9,0 – 14,0 – 8,4 Г/л. У лейкоцитарній формулі нефтрофільний зсув вліво, паличкочядерні нейтрофіли: 16 – 19 – 12 – 11 – 11 – 9 %; відповідно лімфоцити: 13 – 11 – 14 – 11 – 9 – 5%.

Глюкоза крові на момент госпіталізації – 4,2 ммоль/л, з 9.01 виявлені наступні показники при щоденному визначенні: 9,0 – 12,0 – 7,6 – 6,5 – 7,2 – 7,5 – 10,0 ммоль/л.

Біохімічний аналіз крові: білірубін – 14,0 – 4,0 – 10,0 мкмоль/л, холестерин – 5,0 ммоль/л, креатинін: 82-84,5-100 мкмоль/л; сечовина: 4,8 – 5,3 – 8 ммоль/л; залишковий азот: 25 – 28 – 36 ммоль/л; протромбінний індекс: 83 – 90 – 83%, толерантність плазми до гепарину: 4 – 3.30 – 3.30; фібриноген: 3,55 – 3,7 – 3,55 г/л.

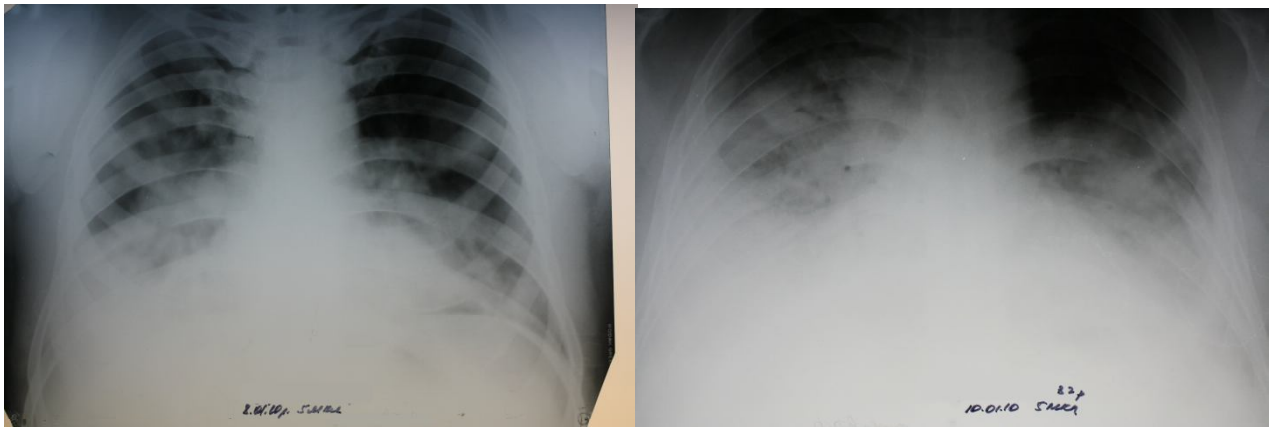
Загальний аналіз сечі: реакція – кисла, білок: 1,47 – 0,37 – 0,67 – 0,37 г/л; цукор – не виявлено, лейкоцити: 2-4 – 1-3 – 4-6 – 4-6 в полі зору; еритроцити: незмінені 1-2 – 0-1 – 0 – 7-10 в полі зору.

В загальному аналізі мокротиння: лейкоцити – 7-10 в полі зору, еритроцити – на 1/3 поля зору, незмінені, епітелій плоский, 5-7 в полі зору. При бактеріологічному дослідженні мокротиння – аеробна бактеріальна флора не виділена; при дослідженні змивів вод з трахеобронхіального дерева – виявлена помірна кількість неферментуючих грамнегативних бактерій.

При дослідженні змивів з носових ходів методом ПЛР, вірус грипу А (H1N1) Каліфорнія не виявлений.

ЕКГ: ритм синусовий, тахікардія, ЕВС – горизонтальна, неповна блокада правої ніжки пучка Гіса. Навантаження на лівий шлуночок.

Рентгенологічна картина з негативною динамікою представлена на малюнках 1 – 4.

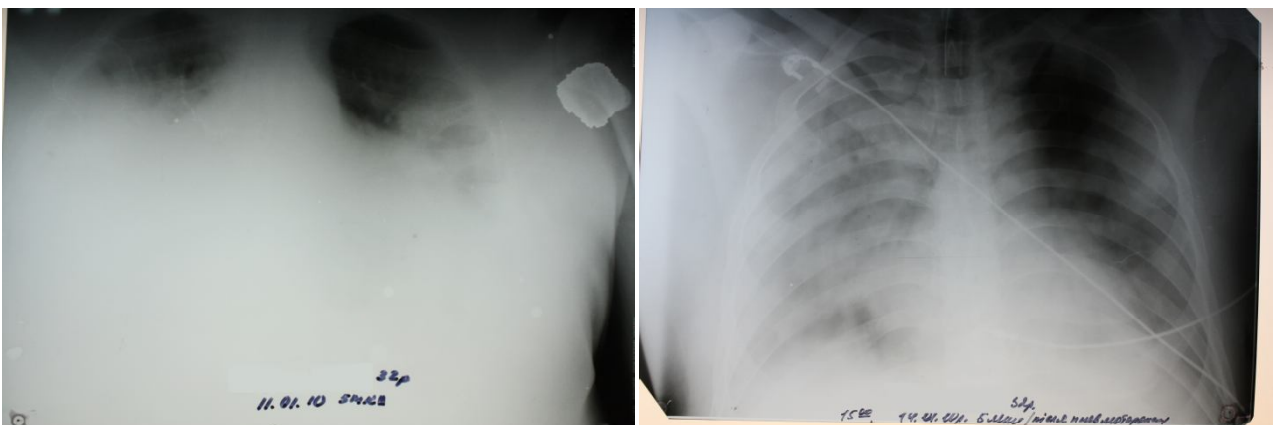


Мал.1.

Рентгенограма від 8.01.10: неоднорідна інфільтрація правого легеневого поля від I-го міжребер'я, лівого – від II-го міжребер'я до діафрагми, корені не структурні, гомогенізовані. Реберно-діафрагмальний синус справа – затемнений.

Мал.2

Рентгенограма від 10.01.10 (рентгенологічна динаміка негативна): поширення інфільтрації в легенях та кількість ексудату в плевральних порожнинах збільшились.



Мал.3

Рентгенограма від 11.01.2010 року (рентгенодинаміка – негативна): тотальна інфільтрація легневих полів з наявністю двобічного субтотального ексудативного плевриту.

Мал.4

Рентгенограми від 14.01.10 (після дренивання лівої плевральної порожнини з приводу лівобічного спонтанного пневмотораксу). Тотальна інфільтрація правого легеневого поля, субтотальна – лівого.

Лікування: авелокс – в/в, клацид – в/в, амоксиклав – в/в, флуконазол – в/в, ронем (меропенем) – в/в, лорікацин (амікацин) – в/в, сорбілакт, ессенціале – в/в, муколван – в/в, таміфлу в дозі 150 мг 2 рази на добу, діцінон, Е-АКК, хілак форте, лазикс.

Мал. 5

Фрагмент моніторного спостереження сатурації хворого Ф. протягом 5-ти годин (до, під час, та одразу після переведення на ШВЛ). Момент інкубації трахеї позначений умовним значком.

Загальний стан хворого в динаміці прогресивно погіршувався, наростали ознаки дихальної недостатності, показники сатурації прогресивно знижувалися (50-48-46-44%) при частоті дихальних рухів 38-40 за 1 хвилину. З огляду на погіршення стану, 13.01.10 року, о 8.15 вирішено перевести хворого на штучну вентиляцію легень (ШВЛ). 14.01.10, зважаючи на необхідність тривалої ШВЛ та загальний стан хворого, пацієнту накладена трахеостома з подальшою ШВЛ через трахеостомічну трубку з манжетою. В послідовному рекомендована та здійснена санація трахеобронхіального дерева шляхом проведення лікувально-діагностичної бронхофіброскопії.

Наведений клінічний випадок підтверджує літературні дані про те, що на відміну від сезонного грипу, особи із надмірною масою тіла хворіють значно частіше, для них характерним є більш тяжкий перебіг захворювання з можливим розвитком серйозних ускладнень, що нерідко спричиняють смерть пацієнта.

Особливостями наведеного випадку були: гострий початок захворювання з тривалою та високою гіпертермією та інтоксикаційними проявами протягом 7 діб, а також двобічне ураження нижніх часток легень з пізньою госпіталізацією в стаціонар (на 6-у добу), тяжкий перебіг захворювання (прогресуюче наростання ознак дихальної недостатності, що проявлялося зростанням частоти дихання, ступеня вираженості задишки та гіпоксемії, стійкої до оксигенотерапії), негативна рентгенологічна динаміка зі швидким прогресуючим поширенням легеневої інфільтрації обох легень (розвитком правобічної тотальної, зліва – субтотальної плевропневмонії, двобічного ексудативного плевриту), вираженими змінами показників гемограми (лейкоцитоз з нейтрофільним зсувом вліво, лімфопенія, значне прискорення ШЗЕ), тяжкий перебіг пневмонії та блискавичне виникнення ускладнення у вигляді гострого респіраторного дистрес-синдрому. Після тривалого лікування в умовах пацієнт був виписаний додому для продовження амбулаторного лікування з залученням реабілітаційних заходів в амбулаторних умовах під наглядом сімейного лікаря.

Висновки

1. Враховуючи можливість виникнення в Україні другої та третьої хвилі розвитку аналогічної епідемії, в тому числі пандемічного грипу А(H1N1) Каліфорнія, набутий досвід надання медичної допомоги хворим в період першої хвилі розвитку епідемії ГРВІ та грипу 2009 р. дозволить лікарям і всім медичним працівникам уміло використовувати інформацію про особливості клінічних проявів, діагностики, контролю перебігу хвороби, раціонального лікування та профілактики розвитку тяжких ускладнених форм захворювання, по можливості швидко, грамотно та об'єктивно оцінювати ситуацію.

2. НП, яка найчастіше виникала у молодих людей, осіб працездатного і похилого віку та у вагітних чи породіль, у пацієнтів із фоновими хворобами (bronхіальна астма, серцево-судинні захворювання у стадії декомпенсації, цукровий діабет, ожиріння тощо) розвивається швидше і протікає більш важко, ніж звичайне запалення легень при сезонному грипі. У таких випадках перебіг НП мав блискавичний характер, відзначалися переважно тяжкі форми захворювання, серйозні ускладнення, які можуть привести до смертельних наслідків.

3. За умови своєчасної госпіталізації хворих до інфекційного відділення та вжиття адекватних діагностично-терапевтичних заходів імовірність розвитку життєво небезпечних ускладнень є значно меншою.

4. Під час лікування тяжких форм пандемічного грипу А (H1N1) дуже важливо постійно проводити моніторинг насичення киснем капілярної крові та своєчасно почати корекцію артеріальної гіпоксемії, яку діагностують за допомогою простого неінвазивного методу пульсоксиметрії. При вираженому зниженні сатурації крові киснем хворого слід негайно перевести для подальшого лікування до реанімаційного відділення.

Література

1. Барміна Г. Епідемія грипу: час підсумовувати досвід та робити висновки // Український медичний часопис. – 2010. - № 2. – С. 4–6.
1. Грип в Україні: де правда, а де вигисел? // Therapia. – 2009. - № 11. - С.6-10.
1. Епідемічна обстановка: закономірний еволюційний процес, безпідставна паніка чи реальна загроза? // Therapia. – 2009. - № 6-7. – С. 5-7.
1. Наказ МОЗ України № 128 від 19.03.2007 р. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пulьмонологія". – Київ, 2007.
1. Dawood FS, Jain S, Finelli L, Shaw MW, Lindstrom S, Garten RJ, et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans // N. Engl. J. Med.-2009.-V.360.-P.2605-2615.
1. Halm E.A., Fine M.J., Marrie T.J., Coley C.M., Kapoor W.N., Obrosky S. et al. Time to clinical stability in patients hospitalized with community-acquired pneumonia // JAMA.- 1998.-V. 279.-P.1452-1457.
1. Lim A.F., Tan J.S., Murphy D.M. Factors influencing length of stay, time to resolution of morbidity, and cost of patient care: a comparative retrospective study of short-stay and long-stay patients hospitalized from simple pneumonia (DRG 89 and 90) // Infect. Dis. Clin. Pract. - 2001.-V.10.-P.375–383.
1. Menendez R., Torres A., de Castro F.R. et al. Reaching stability in community-acquired pneumonia: the effects of the severity of disease, treatment, and the characteristics of patients // Clin. Infect. Dis.-2004.-V.39.-P.1783-1790.
1. Swine influenza A (H1N1) infection in two children--Southern California.- MMWR Morb Mortal Wkly Rep.-2009.-V.58.-P.-400-402.

Особенности клинического течения гриппа в необычный эпидемический сезон 2009 г: собственный клинический опыт

Гуцаленко О.А., Катеренчук И.П., Кострикова Ю.А., Сало Л.Н., Томенко В.В., Манойло Е.В., Катеренчук М.А., Михиенко О.И., Дзюба А.М., Ковтун И.И., Карлов О.В., Мартыненко Е.С., Фалько В.П.

Изучены особенности клинического течения гриппа и его осложнений, а именно, негоспитальной пневмонии, в период необычного эпидемического процесса 2009-2010 гг. У подавляющего большинства больных развитие тяжелых форм негоспитальной пневмонии обусловлено поздней обращаемостью за медицинской помощью, что отрицательно сказывается на течении заболевания и его завершении. У пациентов с сопутствующими фоновыми заболеваниями течение негоспитальной пневмонии имело молниеносный характер, преобладали тяжелые формы болезни, осложнения которых нередко приводят к смерти.

Features of influenzas clinical course in the unusual epidemic season 2009: own clinical experience

O.A. Gutsalenko, I.P. Katerenchuk, Y.A. Kostrikova, L.N. Salo, V.V. Tomenko, E.V. Manojlo, M.A. Katerenchuk, O.I. Mihienko, A.M. Dzuba, I.I. Kovtun, O.V. Karlov, E.S. Martynenko, V.P. Falco

Studied the features of the influenzas clinical course and its complications, namely, community acquired pneumonia, during an unusual epidemic of 2009-2010.

The vast majority of patients develop severe community acquired pneumonia caused by late uptake of medical care, which adversely affects the course of the disease and its completion.

Most patients with other diseases during the background with community acquired pneumonia has been fulminated, dominated by severe illness, complications which often lead to death.