

виникненню 3 – 5 рецидивів захворювання протягом 3 років у 32,25 % осіб.

Висновки. На рецидивну бешиху частіше хворіють жінки. Патологічний процес у більшості випадків локалізувався на нижніх кінцівках. Серед клінічних форм переважає еритематозна та еритематозно-бульозна. Хронічна лімфо-венозна недостатність – одне з основних ускладнень даного захворювання. Супутня патологія (гіпертонічна хвороба, ожиріння, цукровий діабет, мікози стоп, варикозна хвороба, онкопатологія, лімфедема нижніх кінцівок) більш виражена у пацієнтів з рецидивною бешихою.

Шевцова-Балим Катерина Володимирівна,
Есманова Анжеліка Іванівна, Гайворонська Ілона Євгеніївна
**КЛІНІЧНИЙ ВИПАДОК ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ ГРИПУ,
УСКЛАДНЕНОГО ДВОБІЧНОЮ ТОТАЛЬНОЮ
ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНОЮ ПНЕВМОНІЄЮ ІЗ
СУПУТНЬОЮ ГЕНЕРАЛІЗОВАНОЮ МІАСТЕНІЄЮ**
ОКЗ “Сумська обласна інфекційна клінічна лікарня
імені З. Й. Красовицького”

*Shevcova-Balym Katerina Volodymirivna,
Esmanova Angelika Ivanivna, Gayvoronska Ilona Yevgenivna*
**CLINICAL CASE OF SEVERE FLU, COMPLICATED WITH
BILATERAL TOTAL VIRAL AND BACTERIAL PNEUMONIA
WITH UNDERLYING GENERALIZED MYASTHENIA GRAVIS**
*Sumy Clinical Regional Infectious Hospital named after
Z. Y. Krasovitskiy*
E-mail: ilona1973@ukr.net; Gayvoronska I. E.

Актуальність. Грип є проблемою світового значення у зв’язку зі здатністю збудника до унікальної мінливості. У період

епідемії на грип хворіє від 5 до 20 % населення, при пандеміях - до 40 %. Епідемії і пандемії істотно впливають на показники загальної смертності населення, які збільшуються на 13 - 40 %.

За даними МОЗ, в Україні в епідемічний сезон 2015-2016 рр зареєстровано біля 2 млн хворих на ГРВІ та грип, з них госпіталізовано 132 тис. (3,9 %), тобто захворюваність на 41,4 % перевищували минулий епідсезон. Переважна більшість захворювань в Україні була зумовлена пандемічним штамом вірусу А(Н1N1) Каліфорнія.

Результати дослідження. У Сумській області за 3 місяці 2016 року (січень-березень) перехворіло на ГРВІ 144 254 особи, з них на грип 2845. Померло від грипу 26 (0,9 %) хворих, з них у 50 % виявлено в секційному матеріалі вірус грипу А (Н1N1) Пандемік.

У 2016 році у м.Суми зареєстровано випадок тяжкого перебігу грипу, ускладненого двобічною тотальною вірусно-бактеріальною пневмонією із супутньою генералізованою міастенією.

Хвора Б., 55 років, захворіла гостро 29.01.16 року. Хвороба розпочалась гостро з підвищення температури тіла до 38 °С, слабкості, кашлю, дертя за грудиною. З 2.02.16 з'явилася задишка, виділення незначної кількості в'язкого мокротиння. Напередодні захворювання перебувала в контакті із хворою онукою. Перше звернення за медичною допомогою 02.02.16 року до СМКЛ №4, де знаходилась на стаціонарному лікуванні до 4.02.16 року. Упродовж цих днів стан прогресивно погіршувався, тому хвору було переведено до реанімаційного відділення СОІКЛ.

На момент госпіталізації стан тяжкий, свідомість збережена. Температура тіла 37,4 °С. Шкірні покриви звичайного кольору. Слизові рото-глотки гіперемійовані, мигдалики рихлі. Над легеньми притуплення перкуторного звуку над базальними відділами з обох боків, при аускультатії жорстке дихання, зліва -

тотальна крепітація, справа – субтотальна. SpO₂ 91 %. Тони серця ослаблені ритмічні тахікардія. PS – 92/хв. АТ – 130/80 мм. рт. ст. Живіт м'який не болючий. Із анамнезу життя – з 2003 року міастенія, генералізована форма, середнього ступеня тяжкості, із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної субкомпенсації. Стан після оперативного лікування з приводу тимому (2004 рік). Госпіталізована з діагнозом: Грип, клінічно, тяжкий перебіг, ускладнений. Позагоспітальна двобічна тотальна вірусно-бактеріальна пневмонія, IV клінічна група. ЛН I-II. Міастенія, генералізована форма, середнього ступеня тяжкості із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної субкомпенсації. Стан після оперативного лікування з приводу тимому (2004 рік). У клінічному аналізі крові – лейкоцитоз із зсувом лейкоцитарної формули вліво, прискорення ШОЕ. У клінічному аналізі сечі – помірна протеїнурія, лейкоцитурія, мікрогематурія. У клінічному аналізі харкотиння – лейкоцити на ½ поля зору, незначна кількість еритроцитів, елементів епітелію бронхів, альвеолярних клітин. На рентгенограмі ОГК від 03.02.2016 року – двобічна полісегментарна пневмонія.

У першу добу перебування, через наростання явищ дихальної недостатності та розвинення міастенічного кризу хвору переведено на ШВЛ. Вибір адекватної антибактеріальної терапії був ускладнений через велику кількість протипоказань призначення ліків при міастенії. З 1-го дня госпіталізації в СОІКЛ (7-й день хвороби) хвора отримувала лінезолід в/в 9 днів, у подальшому переведена на карбопенемі в/в 10 днів. За необхідності подовженої ШВЛ 09.02.2016 (на 6-й день перебування в СОІКЛ) року хворій виконано трахеотомію. З метою санації трахеобронхіального дерева виконані санаційні фібробронхоскопії (з 10.02.16 майже щоденно). 10.02.16 розвинення міастенічного кризу, пов'язане із зміною антибактеріального препарату (лінезолід на глікопептидний а/б).

Встановлено клінічний діагноз - грип, клінічно, тяжкий перебіг, ускладнений. Позагоспітальна двобічна тотальна вірусно-бактеріальна пневмонія ІV клінічна група. ЛН ІІІ-ІV. Респіраторний дистрес-синдром дорослих. Двобічний тотальний дифузний ендобронхіт І-ІІ ступеня. Міастенія, генералізована форма, тяжкий перебіг, із наявністю міастенічних кризів. Стан медикаментозної декомпенсації (постійно приймає калімін). Стан після оперативного лікування з приводу тимоми (2004 рік). Призначено протівірусну, антибактеріальну, протизапальну, дезінтоксикаційну, муколітичну терапію.

Інтенсивна терапія упродовж 25 днів, ШВЛ упродовж 16 днів. На контрольній рентгенограмі ОГК від 12.02.2016 року (10-й день лікування) динаміка негативна за рахунок збереження вогнища інфільтрації легеневої тканини з обох сторін. На рентгенограмі ОГК від 24.02.2016 року (21-й день лікування) позитивна динаміка у вигляді двобічного часткового розсмоктування ділянок інфільтрації.

Висновки. Таким чином, нерідко основним та небезпечним ускладненням перебігу ГРВІ та грипу є розвиток вірусно-бактеріальної пневмонії. Хвора госпіталізована в інфекційне відділення 4-ї міської лікарні на 5-й день хвороби, на 7-й переведена до реанімаційного відділення СОІКЛ; на 8-й день хвороби розпочата ШВЛ, на 16-й «знята» з ШВЛ. Хвора була виписана у відносно задовільному стані з трахеостомою (яку в подальшому їй видалили в умовах ЛОР-відділення) на 33-й день хвороби та 27-й день перебування у СОІКЛ.