

КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ОСТРОГО ИНФЕКЦИОННОГО МИОКАРДИТА И ПЕРИКАРДИТА ПРИ ГРИППЕ В

¹Сергеева И.В., ²Липнягова С.В., ²Шульгина А.И., ²Чемерская Ю.Н., ¹Елистратова Т.А.

¹ГБОУ ВПО «Красноярский государственный медицинский университет им. В.Ф. Войно-Ясенецкого» Министерства здравоохранения России, Красноярск, Россия (660022, г. Красноярск, ул. Партизана Железняка, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru

²КГБОУ «Красноярская межрайонная клиническая больница скорой медицинской помощи имени Н.С. Карповича», Россия, Красноярск (660062, г. Красноярск, ул. Курчатова, 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru.

В настоящее время отсутствуют общепринятые критерии дифференциальной диагностики инфекционных поражений сердца. Это приводит к тому, что миокардит диагностируется значительно чаще патологоанатомами, чем клиницистами. По мнению исследователей, воспалительные изменения в миокарде сопровождают от 1 до 5% всех случаев острых респираторных вирусных инфекций и гриппа. Этиологическим фактором может становиться любой из известных возбудителей. Большое количество предложенных способов оценки показателей суточного мониторирования электрокардиограмм, ультразвуковой доплерографии, лабораторных обследований не нашли широкого применения из-за неспецифичности изменений и противоречивых рекомендаций по их трактовке. Предложенные новые высокотехнологичные методы в большинстве случаев труднодоступны и сопряжены с риском осложнений в группе детей раннего возраста. Решению проблемы будут способствовать результаты новых научных исследований с количественной суммарной характеристикой изменений в зависимости от этиологии, сроков заболевания и возраста пациентов. Рекомендации должны учитывать доступность методик. Необходимо определить маркеры риска развития осложнений. Устранить разногласия поможет оценка характера гистологических изменений на лабораторных моделях.

Ключевые слова: грипп В, тяжелое течение, миокардит, перикардит.

CLINICAL CASE ACUTE IN INFECTIOUS MYOCARDITIS AND PERICARDITIS WITH IN INFLUENZA B

¹Sergeeva I.V., ²Lipnyagova S.V., ²Shulgina A.I., ²Chemerskaya Y.N., ¹Elistratova T.A.

¹Krasnoyarsk State Medical University V.F. Voyno-Yasenetsky, Krasnoyarsk, Russia (660022, Krasnoyarsk, street Partizan Zheleznyaka, 1), e-mail: rector@krasgmu.ru.

²Krasnoyarsk Interdistrict Hospital ambulance behalf of N.S. Karpovich, Russia, Krasnoyarsk (660062, Krasnoyarsk, Kurchatov Str., 17), e-mail: kmkbsmp@g-service.ru.

At present there are no conventional criteria for the differential diagnosis of cardiac infectious damages. This causes myocarditis to be diagnosed more frequently by pathologists than by clinicians. In investigators' opinion, myocardial inflammatory changes accompany 1 to 5% of all cases of acute respiratory viral infections and influenza. Their etiological agent may be any of the known pathogens. A rich variety of proposed methods to estimate the data of 24-hour ECG monitoring, Doppler ultrasonography, and laboratory examinations has found no extensive application because of non-specific changes and discrepant recommendations for their interpretation. In most cases, the proposed new high-technology methods are inaccessible and associated with the risk of complications in a group of infants. The problem will be solved by the results of new researches with the qualitative total characterization of changes in relation to the etiology and duration of disease and patient age. The recommendation must take into account the availability of the procedures. Complication risk markers should be determined. Assessing the nature of histological changes on laboratory models will aid in eliminating the disagreement.

Keywords: influenza B, severe course, myocarditis, pericarditis.

Актуальность проблемы гриппа обусловлена как высокой заболеваемостью в мире и в Российской Федерации, так и большой частотой осложнений, высокой смертностью и огромным социально-экономическим ущербом [1-3]. В настоящее время нет другой инфекции, способной вызвать в течение короткого промежутка времени такое

пандемическое распространение, которое охватывало бы практически все население земного шара. Классически известными стали пандемии гриппа А прошлого века с миллионами жертв на всех континентах. Поэтому ему уделяется повышенное внимание исследователей во всех развитых странах.

Сравнительно мало исследован грипп В, который занимает существенную долю в общей структуре гриппа со значительными колебаниями в зависимости от региона, популяции, штаммов вирусов, участвующих в циркуляции, проведенной вакцинации, а его удельный вес в некоторые эпидемические сезоны может достигать 60% [1-3]. Гриппом В в Российской Федерации за последнее десятилетие болеет в среднем 4,5% населения с летальностью 0,14–0,82%, что значительно выше чем при сезонном гриппе А(Н1N1) (0,09–0,77%) [2]. Современным проявлением эпидемического процесса при гриппе является ежегодное повышение заболеваемости гриппом В, который наслаивается на эпидемические подъемы, вызванные вирусами гриппа А. Это приводит к формированию смешанных эпидемий [4; 5].

Тяжелое течение гриппа сопровождается поражением нижних дыхательных путей с признаками дыхательной недостаточности, отека легких, сосудистого коллапса, отека мозга, геморрагического синдрома и присоединением вторичных бактериальных осложнений. Также при тяжелых формах гриппа отмечаются желудочно-кишечные дисфункции в виде диспепсических явлений, болей в животе разлитого характера, поражения сердечно-сосудистой системы (миокардит, эндокардит, редко – инфаркт миокарда), центральной и периферической нервной системы, проявляющиеся менингизмом, локальными гиперестезиями и парестезиями кожных покровов, невралгией тройничного нерва [2; 4; 5].

В настоящее время ряд авторов указывают на то, что по выраженности клинических проявлений и частоте возникновения осложнений грипп В может протекать тяжелее, чем сезонный грипп А [1; 2]. При оценке частоты возникновения лихорадки и частоты встречаемости основных синдромов и симптомов при гриппе В чаще, чем при гриппе А, наблюдаются миалгии, как один из проявлений синдрома общей инфекционной интоксикации, но более редкое развитие бронхита. Изучение продолжительности основных симптомов и синдромов у лиц молодого возраста с гриппом В и гриппом А показало, что при гриппе В была выявлена большая продолжительность фебрильной лихорадки.

При детальном изучении структуры осложнений при гриппе В в отличие от гриппа А наблюдается меньшая частота возникновения бактериальных осложнений в виде острых гнойных синуситов и пневмоний. В то же время у пациентов с гриппом В авторы чаще наблюдали развитие осложнения иммуноаллергического генеза с поражением нервной

системы в виде синдрома Гийена-Барре (0,3% в случае гриппа В, при гриппе типа А – данного осложнения не наблюдали) [1-3].

Обсуждение

Миокардиты являются закономерными осложнениями ряда инфекционных заболеваний. Широкое распространение вирусных заболеваний, тропность вирусов к эндотелиоцитам и миокарду, возможность длительной персистенции возбудителей в организме объясняют стойкий интерес к вирусным повреждениям сердца. Повышенное внимание к этому вопросу в последнее время связано с современным этапом изучения вирусных болезней, который характеризуется накоплением новых научных данных, основанных на широком внедрении в практику высокоинформативных диагностических тестов: иммуноферментный анализ, реакция иммунофлюоресценции и молекулярно-биологические методы. Эти методы позволяют не только диагностировать вирусную инфекцию по наличию возбудителя в различных биологических жидкостях и тканях, но и оценить активность (репликативную активность возбудителя) и стадию инфекционного процесса. Соответственно, новые возможности диагностики вирусных инфекций открывают перспективы уточнения причин и патогенеза воспалительных заболеваний миокарда, их связи с вирусными инфекциями.

Приводим пример клинического случая: вариант тяжелого течения гриппа В с развитием острого миокардита и перикардита, а также инфекционно-токсического шока, явившегося причиной летального исхода.

Больная Н., 31 года, считала себя больной с 22 марта 2015 года (1-й день болезни), когда отметила появление боли в эпигастрии и по поводу чего обращалась в ПДО КМК БСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск), где ей был выставлен диагноз «Обострение хронического гастрита», рекомендовано амбулаторное лечение по месту жительства и даны рекомендации. Однако 24 марта 2015 года (3-й день болезни) состояние ухудшилось, а именно: повысилась температура тела до 38,5 °С, появился кашель, незначительный насморк. Лечилась самостоятельно: принимала ингавирин, синекод. На 5-й день болезни в связи с ухудшением состояния (сохранялась лихорадка, кашель, одышка, слабость, боли в эпигастрии) и отсутствием эффекта от проводимого лечения была вызвана бригада скорой помощи, но от госпитализации больная отказалась. На следующий день был вызван участковый врач, который диагностировал ОРВИ, тяжелое течение, коллаптоидное состояние, повторно вызвана бригада СМП и больная 27 марта 2015 года в 13³⁵ была госпитализирована в инфекционное отделение КМК БСМП им. Н.С. Карповича (г. Красноярск).

При поступлении в стационар состояние пациентки расценено как среднетяжелое,

температура тела 36,0 °С. В сознании, контактна, ориентирована. Выявлена осиплость голоса, умеренная гиперемия зева. Кожные покровы чистые, бледные. Тоны сердца глухие, пульс до 100 ударов в минуту, слабого наполнения, артериальное давление 100/60 мм.рт.ст. Дыхание через нос свободное, выделения из носа отсутствовали, ЧДД 18 в минуту. Аускультативно дыхание ослабленное, хрипы не выслушиваются. Менингеальных знаков нет. Проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки – патологии не выявлено.

Общий (клинический) анализ крови развернутый: WBC: $9,4 \times 10^9/\text{л}$; RBC: $5,59 \times 10^{12}/\text{л}$; HGB: 157 г/л; ЦП: 0,84; MCHC: 33,4 г/л; PLT: $344 \times 10^9/\text{л}$; RDW-CV: 13,04 %; PDW: 10,7 %; MPV: 8,4 фл.; P-LCR: 17,70%; PCT: 0,290%; LYM%: 10,1 %; MID%: 4,1%; GRAN%: 85,8%; П/Я%: 25,0 %; С/Я%: 58,0%, лим%: 8,0 %; мон%: 7,0 %; Эоз%: 1,0 %; Баз%: 1,0 %, СОЭ: 13 мм/час.

Назначена дезинтоксикационная, симптоматическая, противовирусная и антибактериальная (цефтриаксон 2,0 г 2 раза в сутки) терапия.

На фоне проводимой терапии состояние больной не улучшалось, сохранялась выраженная слабость, потливость, ноющие боли в эпигастрии на фоне нормальной температуры. 28 марта 2015 года в 8⁰⁰ осмотрена дежурным реаниматологом, рекомендовано усилить инфузионную терапию, назначен дексаметазон 8 мг в/м однократно. Однако, несмотря на проводимую терапию, состояние больной не улучшалось: сохранялась слабость, головокружение, боли в эпигастрии, одышка выросла до 22 дыхательных движений в минуту, гипотония до 80/60 мм.рт.ст, тахикардия до 113-140 в мин., SpO₂ 99%. Через 2 часа после первичного осмотра реаниматологом больная для дальнейшего лечения переводится в ПРИТ.

Проводится ФГДС: заключение – две острые язвы угла желудка, диффузный поверхностный гастрит, крови нет.

На ЭКГ – синусовая тахикардия с ЧСС — 128 ударов в минуту, регистрировалась частая наджелудочковая экстрасистолия, выраженные диффузные изменения миокарда, снижение амплитуды зубцов R, депрессия сегмента ST от 1 до 1,5 мм со слабоотрицательными зубцами T в отведениях II, III, aVF, V3-V6 . Однако, несмотря на выявленные проявления, как объективные (тахикардия, отеки), так и по данным ЭКГ (диффузные поражения миокарда, тахиаритмия, изменения конечной части желудочкового комплекса), диагноз миокардита заподозрен не был. Эхокардиография больной не проводилась.

В общем анализе крови от 28 марта 2015 года отмечено нарастание лейкоцитоза с $9,4$ до $13,2 \times 10^9/\text{л}$, нейтрофиллеза до 84% с токсической зернистостью нейтрофилов (1+), анизоцитозом эритроцитов (1+), полихромазией (1+), СОЭ: 5 мм/час.

При биохимическом исследовании крови отмечено повышение ферментов (АСТ: 83,0 Ед/л, АЛТ: 37,0 Ед/л – норма до 30,0 Ед/л; ЛДГ: 532,0 Ед/л), Амилаза 36,0 Ед/л, КФК-МВ: 57,0 Ед/л, гипергликемия до 11,3 ммоль/л. Коагулологические исследования: ПТИ-70,4%; МНО – 1,14; Фибриноген – 3,11 г/л; АЧТВ – 74,7 сек.

В результате исследования специфическими методами диагностики на группу респираторных инфекций методом ПЦР обнаружена РНК вируса гриппа В.

При бактериологическом исследовании соскоба со слизистой ротоглотки выделен *Streptococcus mitis*, *Staphylococcus aureus* MSSA.

После перевода в ПРИТ больной продолжена дезинтоксикационная, антибактериальная, противовирусная, симптоматическая терапия.

Ввиду сохранявшейся гипотонии и высоких показателей ЦВД проведена повторная ЭКГ – синусовая тахикардия, отрицательный зубец Т. Выявлен острый циркулярный инфаркт миокарда, что подтверждено результатами ЭХО КГ, биохимическими исследованиями — повышение кардиомаркеров, консультацией кардиолога, который не исключил «ИБС. Острый циркулярный инфаркт миокарда».

Больная направлена на коронарографию, где во время данной операции произошла остановка дыхания и сердечной деятельности. Убедительных данных за острый инфаркт миокарда в объеме проведенной коронарографии выявлено не было. Выполнен перикардиоцентез – получено 20 мл жидкости геморрагического характера.

Реанимационные мероприятия без эффекта. 28 марта 2015 года (7-й день болезни) констатирована смерть.

На основании клинических и лабораторных данных был выставлен заключительный диагноз. Основной: грипп В, тяжелое течение. Осложнение: острый миокардит. Инфекционно — токсический шок III ст.

Патологоанатомический диагноз. Основной: острая респираторная вирусная инфекция, вызванная гриппом В: острый геморрагически-некротический трахеобронхит, очаговый интерстициальный пневмонит, острый диффузный смешанный альтернативно-экссудативный серозно-геморрагический миокардит, серозно-геморрагический перикардит. Осложнения: инфекционно-токсический шок: синдром «пустого сердца», жидкое состояние крови в просветах крупных сосудов; генерализованные гемодинамические расстройства на уровне микроциркуляторного русла с секвестрацией кровотока и депонированием крови во внутренних органах; генерализованные гемореологические расстройства по типу стаз-сладж синдрома; острая мускатная гиперемия печени; признаки перибронхиального и юкстамедуллярного шунтирования крови; «легкие при шоке»; «почки при шоке»; делипидизация и дисконфлексация коркового вещества надпочечников с инверсией слоев и

диапедезными кровоизлияниями в мозговом слое; макрофагально-плазмоцитарная трансформация селезенки; токсико-гипоксические повреждения миокарда, токсико-гипоксический отек головного мозга. Сопутствующие заболевания: поверхностный аппендицит.

Выводы

Миокардит может развиваться на разных стадиях инфекционного процесса. В острую фазу гриппа врачи должны проявлять настороженность в отношении возможного развития миокардита, между тем все клинические симптомы, как и изменения на ЭКГ, неспецифичны и могут быть расценены как проявления синдрома интоксикации, свойственного гриппу. Однократная регистрация ЭКГ малоинформативна для оценки вирусного поражения миокарда, кроме того, исследование не является обязательным при обследовании больных вирусными инфекциями, особенно молодого возраста, и значение этого метода диагностики весьма ограничено.

Таким образом, описанный клинический случай тяжелой формы гриппа В, осложнившийся инфекционно-токсическим шоком, острым миокардитом и перикардитом и приведший к смерти больной, убедительно показывает необходимость повышенной настороженности при толковании клинических симптомов болезни в совокупности с инструментальными методами исследования. Также следует обратить внимание врачей на необходимость тщательного сбора эпидемиологического анамнеза, комплексной оценки преморбидного фона, клинического статуса, тяжести состояния, данных лабораторного и инструментального обследования, что позволит квалифицированно оценить состояние больных и назначить эффективную терапию, своевременность которой может спасти жизнь больного.

Список литературы

1. Бокова Н.О. Клинико-лабораторная характеристика современного течения гриппа : автореф. дис. ... канд. мед. наук: 14.01.09. – М. : ФБУН ЦНИИ Эпидемиологии Роспотребнадзора, 2013. – 24 с.
2. Грипп: эпидемиология, диагностика, лечение, профилактика / под ред. акад. РАМН О.И. Киселева, д.м.н. Л.М. Цыбаловой, акад. РАМН В.И. Покровского. - М. : Медицинское информационное агентство, 2012. – 496 с.
3. Грипп (сезонный, птичий, пандемический) и другие ОРВИ / под ред. В.П. Малого, М.А. Андрейчина. – М. : ГЭОТАР – Медиа, 2012. – 320 с.
4. Грипп с желудочно-кишечными симптомами: причины развития, принципы терапии / Е.А. Дондурей, Л.В. Осидак, Е.Г. Головачева, В.Ф. Суховецкая // Эпидемиология и

инфекционные болезни. Актуальные вопросы. – 2013. – № 2. – С. 61–67.

5. Иммунологические аспекты острых респираторных вирусных инфекций и гриппа / И.В. Сергеева, Е.П. Тихонова, Н.И. Камзалакова [и др.] // Сибирское медицинское обозрение. - 2012. - № 6. – С. 4-8.

Рецензенты:

Мартынова Г.П., д.м.н., профессор, заведующая кафедрой инфекционных болезней с курсом ПО Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск;

Савченко А.А., д.м.н., профессор, заведующий кафедрой физиологии им. проф. А.Т. Пшоника Красноярского государственного медицинского университета им. проф. В.Ф. Войно-Ясенецкого, г. Красноярск.