

В.В. Иванов, М.А. Харитонов, Ю.Р. Грозовский,
А.В. Щеголев, Р.Р. Садыков, М.А. Журкин,
Ю.Ш. Халимов, И.С. Железняк, А.В. Николаев,
А.И. Бондаренко, А.С. Парцерняк, К.А. Рамазанова

Тяжелая вирус-ассоциированная пневмония у военнослужащих

Военно-медицинская академия им. С.М. Кирова, Санкт-Петербург

Резюме. Проблема пневмоний является одной из самых актуальных для военной медицины. В настоящее время среди военнослужащих по призыву сохраняется высокий уровень заболеваемости пневмониями, значительно превышающий уровень заболеваемости офицерского состава и населения. Военно-эпидемиологическая значимость пневмоний определяется не только высоким уровнем заболеваемости военнослужащих по призыву, но и вероятностью тяжелого клинического течения с угрозой летальных исходов, опасностью таких серьезных инфекционных осложнений как острый респираторный дистресс-синдром легких, септический шок, инфекционно-токсический миокардит, нефро- и гепатопатия, экссудативный плеврит, увеличением частоты развития тяжелых и повторных форм болезни и длительности трудопотери.

Предоставлен клинический пример развития тяжелой внебольничной вирусно-бактериальной пневмонии с различными тяжелыми осложнениями, развившимися, казалось бы, из банального острого респираторного заболевания у военнослужащего молодого пополнения. В ходе оказания специализированной медицинской помощи в клиниках Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова была проведена высокотехнологичная рентгенологическая диагностика с применением спиральной компьютерной томографии и современная этиологическая расшифровка возбудителей с использованием иммуноферментного анализа и полимеразной цепной реакции, благодаря которым установлена вирусно-бактериальная этиология. Применена комбинированная таргетная противовирусная и антибактериальная терапия в отношении вирусных и бактериальных возбудителей. Своевременная и правильная диагностика, этиологически верное лечение тяжелой внебольничной вирусно-бактериальной пневмонии продемонстрировали возможность добиться полного восстановления функций со стороны сердечно-сосудистой и дыхательной систем, предотвратить летальный исход с возвращением военнослужащего в ряды Вооруженных сил Российской Федерации.

Ключевые слова: военнослужащие, вирусно-бактериальная пневмония, острый респираторный дистресс-синдром легких, нозокомиальные возбудители, респираторные вирусы, спиральная компьютерная томография, иммуноферментный анализ, полимеразная цепная реакция.

Введение. Внебольничная пневмония (ВП) входит в число наиболее распространенных заболеваний органов дыхания человека. Причем в последние годы увеличивается количество тяжелых форм ВП. Летальность от ВП среди лиц молодого и среднего возраста без сопутствующих заболеваний сохраняется на протяжении многих лет в пределах от 1 до 5%, однако, в последние годы на фоне эпидемий гриппа, включая H1N1, и аденовирусной инфекции имеется тенденция к ее росту [1, 3].

Цель исследования. Показать обоснованность современной этиологической диагностики и эффективность этиопатогенетической терапии вирус-ассоциированной пневмонии у военнослужащего.

Материалы и методы. В качестве иллюстрации приводим случай тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии у военнослужащего по призыву.

Результаты и их обсуждение. Больной П., 19 лет, призван на военную службу 3.12.2014 г. При по-

ступлении на военную службу прошел углубленное медицинское обследование, при котором патологии со стороны внутренних органов не выявлено, но диагностирована недостаточность питания (индекс массы тела – 17,4). Заболел остро 14.12.2014 г., после переохлаждения при работе на открытом воздухе. Вечером появились насморк, боль в горле, усиливающаяся при глотании, повышение температуры тела до 37,5 °С. За медицинской помощью не обратился. Утром 15.12.2014 г. общее состояние больного ухудшилось, усилилась общая слабость, появился сухой кашель, повысилась температура тела до 38,2 °С. Был направлен в медицинский пункт воинской части, где установлен диагноз острого респираторного заболевания (ОРЗ) по типу рино-фарингита средней степени тяжести. Госпитализирован в инфекционное отделение госпиталя г. Луга. При поступлении рентгенография органов грудной полости не проводилась. Назначено лечение ОРЗ с применением антибактериальной терапии цефтриаксоном 1 г внутримышечно 2 раза в сутки. На фоне проводимого лечения в течение

трех дней сохранялись лихорадка, симптомы общей инфекционной интоксикации, головная боль, головокружение, нарастала общая слабость. 18.12.2014 г. в связи с отрицательной динамикой в виде появления одышки при незначительной нагрузке, усиления кашля, затруднения экспекторации мокроты и изменения ее характера на слизисто-гнойную, выполнена рентгенография органов грудной полости, на которой выявлено усиление легочного рисунка по всем полям, признаки инфильтрации легочной ткани в S₈ сегменте нижней доли левого легкого (рис. 1).

19.12.2014 г. на фоне ухудшения общего состояния, увеличения частоты дыхания (ЧД) до 28 в минуту, тахикардии – 110 в минуту, склонности к гипотензии (артериальное давление – АД 90 и 60 мм рт. ст.) и снижения сатурации кислородом до 88%, пациент переведен в отделение реанимации и интенсивной терапии (ОРИТ) с диагнозом: внебольничная пневмония нижней доли левого легкого (S₈), тяжелого течения. В ОРИТ к проводимой терапии добавлен азитромицин 500 мг внутривенно 2 раза в сутки. Однако, положительной динамики в состоянии пациента не отмечалось. На контрольной рентгенографии от 20.12.14 г. выявлена отрицательная динамика в виде нарастания воспалительной инфильтрации легочной ткани в нижней доле левого легкого (S_{8,9}) и появления инфильтрации в правом легком (S_{8,9}) с признаками осумкованного плеврита (рис. 2).

21.12.2014 г. проведен консилиум врачей госпиталя, по результатам которого принято решение о переводе пациента в Военно-медицинскую академию им. С.М. Кирова (ВМА) в ОРИТ клиники военно-полевой терапии (ВПТ). С целью этиологической диагностики вирусного компонента в клинике ВПТ произведен забор крови для иммуноферментного анализа, в результате которого верифицированы антитела к аденовирусной инфекции. Выполнена спиральная компьютерная томография (СКТ) органов грудной полости. Выявлены множественные полиморфные

перибронхиальные очаги, сливающиеся между собой с формированием инфильтратов разных размеров в S₂, S₆–S₁₀ правого легкого и в S₈–S₁₀ левого легкого на фоне уплотненной легочной паренхимы по типу «матового стекла». Наибольшие инфильтраты локализируются в S₈–S₁₀ правого легкого и в S₁₀ левого легкого. В плевральных полостях и в полости перикарда жидкости не выявлено (рис. 3).

В клинике ВПТ произведена смена антибактериальных препаратов и, впервые, назначена противовирусная терапия: моксифлоксацин 400 мг внутривенно, 1 раз в сутки, цефепим 1 г внутривенно 2 раза в сутки, рибавирин 200 мг внутрь 4 раза в сутки. Кроме этого, проводилась комплексная патогенетическая терапия: нормикс 200 мг 3 раза в сутки, нутризон 2500 мл 1 раз в сутки, нутрифлекс 1000 мл 1 раз в сутки, альбумин 10% – 200 мл в сутки, фраксипарин 0,6 мл 1 раз в сутки, иммунокорректирующая – пентаглобин 300 мл в сутки и небулайзерная терапия (беродуал 10 капель, лазолван 20 капель) 2 раза в сутки.

22.12.2014 г. выполнена рентгенография органов грудной полости для контроля эффективности новой схемы антимикробной терапии, на которой наблюдалась дальнейшая отрицательная динамика в виде увеличения воспалительной инфильтрации легочной ткани до мультилобарного поражения обоих легких с признаками острого респираторного дистресс-синдрома (рис. 4).

23.12.2014 г., не смотря на все выполняемые лечебные мероприятия, состояние пациента резко ухудшилось (ЧД – 30 в минуту, АД 70/50 мм рт. ст., снижение сатурации до 82%, парциальное давление кислорода (pO₂) – 64,7 мм рт. ст., парциальное давление углекислого газа (pCO₂) – 36 мм рт. ст., pH – 7,44, отношение pO₂ к доле кислорода во вдыхаемом воздухе (pO₂/FiO₂) – 162 мм рт. ст.), принято решение о проведении экстренной интубации трахеи с респираторной поддержкой в режиме «Vi-Level». По решению главных специалистов Министерства обороны Российской

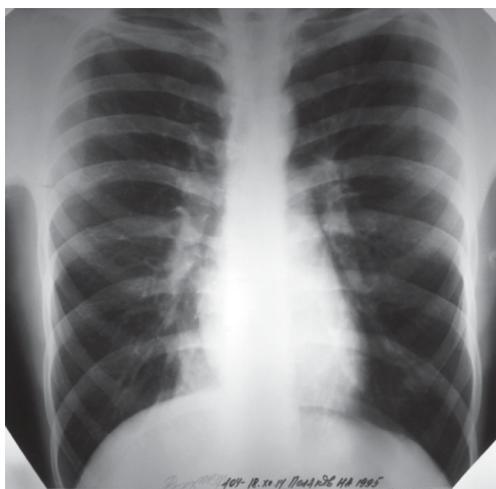


Рис. 1. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 18.12.14 г.

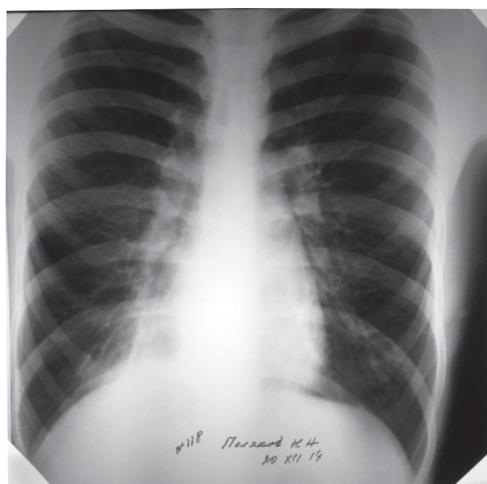


Рис. 2. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 20.12.14 г.

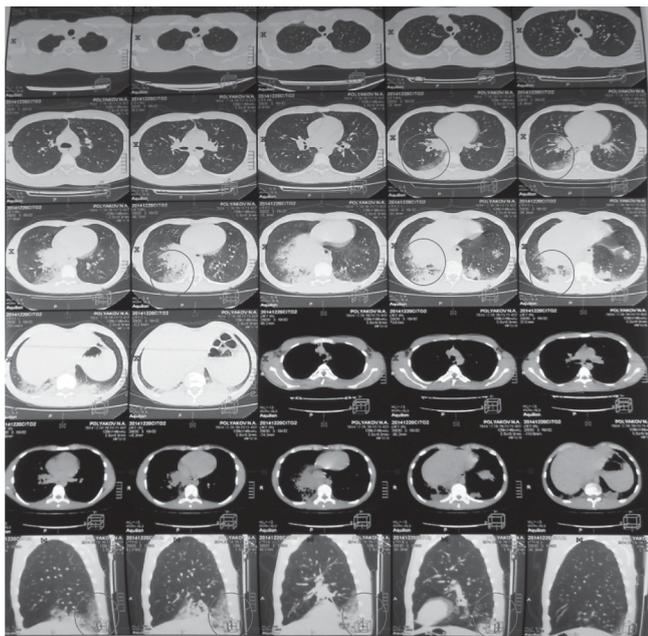


Рис. 3. Спиральная компьютерная томография органов грудной полости от 21.12.14 г.

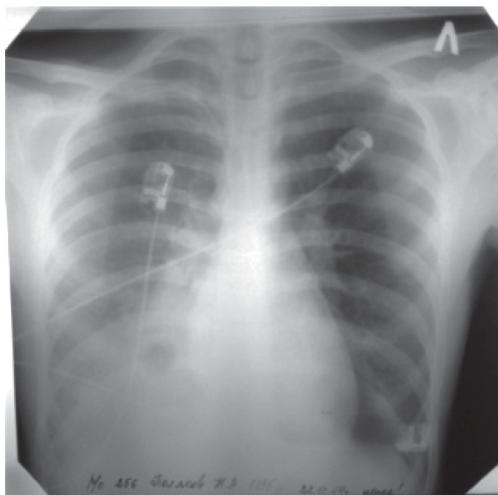


Рис. 4. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 22.12.2014 г.

Федерации и ВМА больной 24.12.2014 г. переведен в клинику анестезиологии и реанимации (АИР) с явлениями прогрессирующей дыхательной недостаточности и нарастающей воспалительной инфильтрации легочной ткани (рис. 5).

Тяжесть состояния при поступлении обусловлена дыхательной недостаточностью, интоксикационным синдромом, нестабильной гемодинамикой и развившимися осложнениями: острым респираторным дистресс-синдромом легких (ОРДС), инфекционно-токсическим миокардитом. При осмотре – состояние тяжелое, стабильное. Сознание – глубокая кома на фоне медикаментозной седации, миорелаксации. Температура тела 37,2 С. Гемодинамика: АД – 90/60



Рис. 5. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 24.12.2014 г.

мм рт. ст., ЧСС 110 в мин, дыхание: искусственная вентиляция легких (ИВЛ) аппаратом «Hamilton» в режиме «APVsimv» с параметрами до 600 мл, FiO_2 – 50%, PEEP – 8 см вод. ст., ЧД – 22 в мин, сатурация – 90%. Аускультативно – дыхание жесткое, справа звучные влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы, слева – мелкопузырчатые хрипы над нижней долей. Печень выступала из-под реберной дуги на 1 см.

В общем клиническом анализе крови – умеренное повышение скорости оседания эритроцитов (СОЭ) на протяжении всего заболевания (от 16 до 38 мм/ч), невысокое повышение лейкоцитов с резким падением в период разгара заболевания к 24.12.2014 г, и угнетению красного кровяного ростка (снижение гемоглобина до 83 г/л), что характерно для вирусно-бактериальной этиологии ВП (табл. 1).

Показатели общего анализа мочи в динамике заболевания были без явных патологических изменений (табл. 2).

Уровень прокальцитонина повышен до 1,59 нг/мл, что подтверждало угрозу развития осложнения основного заболевания в виде сепсиса – синдрома системной воспалительной реакции, а в дальнейшем помогло оценить динамику состояния больного. Отмечался существенный подъем уровня трансаминаз, что укладывалось в картину инфекционно-токсической гепатопатии (табл. 3).

При посеве мокроты обнаружены нозокомиальные возбудители, определена их чувствительность к антимикробным препаратам, что позволило назначить адресную антибактериальную терапию (табл. 4).

На основании анамнеза, результатов клинических и инструментальных исследований установлен окончательный диагноз: внебольничная двусторонняя тотальная справа и полисегментарная слева вирусно-бактериальная пневмония, тяжелого течения. Осложнения основного заболевания: ОРДС от 24.12.2014 г. с дыхательной недостаточностью III степени, инфекционно-токсический миокардит, инфекционно-токсическая гепатопатия, инфекционно-токсическая анемия легкой степени тяжести.

Таблица 1

Динамика общего анализа крови

Показатель	Дата										
	16.12	19.12	20.12	24.12	29.12	02.01	09.01	13.01	19.01	30.01	05.02
Эритроциты, $\times 10^{12}/л$	4,7	4,2	4,48	3,84	2,89	3,61	4,4	3,79	3,7	3,78	4,31
Лейкоциты, $\times 10^9/л$	–	6,6	6,2	2,3	8,5	13,5	8,0	7,9	8,6	5,1	6,4
Гемоглобин, г/л	154	131	132	120	83	110	128	111	108	112	124
Тромбоциты, $\times 10^9/л$	–	–	139	70	220	392	464	451	390	369	448
СОЭ, мм/ч	26	25	32	29	–	–	–	28	16	38	30

Таблица 2

Динамика общего анализа мочи

Показатель	Дата								
	20.12.	21.12.	24.12.	2.01.	13.01.	23.01.	30.01.	05.02.	
Плотность	1014	1019	1020	1015	1025	1030	1030	1030	
Белок	0,75	0,59	0	0	0	0	0	0	
Сахар	0	0	0	0	0	0	0	0	
Ацетон	0	0	0	0	0	0	0	0	
Лейкоциты	1–1–2	0–2–3	ед в п/з						
Эритроциты	0–0–1	0–0–1	0	0	0	0	0	0	

Таблица 3

Динамика биохимического анализа крови

Показатель	Дата							
	19.12.	20.12.	21.12.	29.12.	13.01.	19.01.	28.01.	
Креатинин, ммоль/л	–	109	76	46	73,4	–	58,4	
КФК-МВ, ед/л	–	65,7	63	–	Троп (–)	–	–	
Мочевина, ммоль/л	4,0	3,6	2,0	1,7	3,7	–	–	
АЛТ, ммоль/л	91	33	31	191,6	174,4	77,4	63,3	
АСТ, ммоль/л	76	110	111	223,5	98,8	45,8	34,9	
ЩФ, ммоль/л	–	–	–	112	174,7	181,5	107,1	
Общий белок, г/л	72,1	62	53	–	66,3	–	64,7	
Прокальцитонин нг/мл	–	–	1,59	0,5	–	–	–	

Примечание: КФК-МВ – мышечная и мозговая субъединицы-фракции креатинфосфокиназы; АЛТ – аланинаминотрансфераза; АСТ – аспаратаминотрансфераза; ЩФ – щелочная фосфатаза.

Таблица 4

Динамика посева мокроты

Показатель	Дата		
	29.12.	16.01.	19.01.
Выделены микроорганизмы	Acinetobacter baumani, $10^6/л$	Candida albicans, Klebsiella pneumonia	Pseudomonas aeruginosa, Klebsiella pneumonia
Чувствительность к АМП	Тигацлин	Не определена	Амикацин

В период с 24 по 27.12.2014 г. проводилось следующее лечение ИВЛ в режиме «Vi-Level»: цефтаролина фосамил 600 мг внутривенно 2 раза в сутки, кларитромицин 500 мг внутривенно 2 раза в сутки, рибавирин 200 мг внутрь 3 раза в сутки, омепразол 20 мг внутрь 2 раза в сутки, линекс, фрагмин 2500 ед. в сутки, гептор

800 мг внутрь 2 раза в сутки, зондовое питание 2500 ккал в сутки, небулайзерная терапия (амброгексал 20 капель, беродуал 10 капель) 2 раза в день.

Для уточнения объема инфильтрации легочной ткани повторно выполнена СКТ органов грудной полости (рис. 6).



Рис. 6. СКТ органов грудной полости от 24.12.2014 г.

Выявлена плевро-пневмоническая инфильтрация обоих легких с тотальным поражением нижней доли левого S_6-S_{10} и правого S_6-S_{10} легкого, а также верхней доли S_2 правого легкого. В обеих плевральных полостях прослеживается свободная жидкость, справа локализующаяся в нижних отделах плевральной полости толщиной слоя до 0,9 см, слева – толщиной слоя до 0,5 см. Жидкости в полости перикарда не выявлено. В связи с отсутствием положительной динамики 26.12.2014 г. выполнена лечебно-диагностическая фибробронхоскопия с эндотрахеальным введением антибактериальных и муколитических лекарственных препаратов с забором бронхоальвеолярного лаважа на цитологическое и микробиологическое исследование, а 27.12.2014 г. произведена смена антимикробной терапии и назначен: меронем 2 г внутривенно 3 раза в сутки, линезолид 600 мг внутривенно 2 раза в сутки.

29.12.2014 г. получены результаты полимеразной цепной реакции (ПЦР) мокроты и бронхиального секрета, свидетельствующие о наличии диагностически высокого титра *Acinetobacter baumannii* (10^6 /л). По данным молекулярно-биологического исследования были отменены все ранее назначенные антибактериальные препараты и назначен тигециклин 100 мг внутривенно 2 раза в сутки.

На СКТ органов грудной полости от 30.12.2014 г. (рис. 7) отмечается незначительная положительная динамика в виде уменьшения объема воспалительной инфильтрации легочной ткани в нижней доли левого (S_6-S_{10}) и правого (S_6-S_{10}) легкого.

Начиная с 02.01.2015 г. на фоне «адресной» антибактериальной терапии тигециклином наступило улучшение состояния больного, проявившееся в уменьшении признаков дыхательной недостаточности. Это позволило прекратить медикаментозную седацию и начать постепенное отлучение больного от аппарата

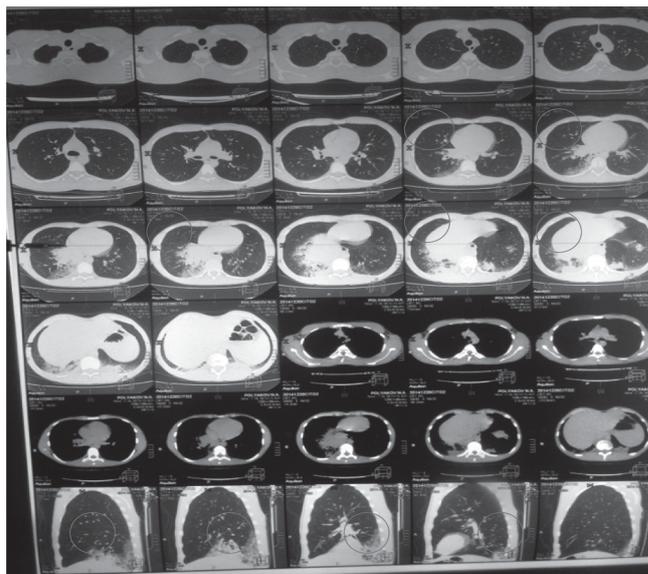


Рис. 7. СКТ органов грудной полости от 30.12.14 г.

искусственной вентиляции легких. 05.01.2015 г. произведена экстубация эндотрахеальной трубки. Явления интоксикационного синдрома также регрессировали: произошла стабилизация гемодинамики, нормализовались показатели лейкограммы, уровень прокальцитонина и температура тела. При контрольной СКТ органов грудной полости от 02.01. и 05.01.15 г. отмечалась выраженная положительная динамика, проявляющаяся в практически полном разрешении инфильтративных изменений легочной ткани и гидроторакса (рис. 8).

В связи с отчетливой положительной динамикой 12.01.2015 г. пациент переведен в пульмонологическое отделение 1-й клиники терапии (усовершенствован-

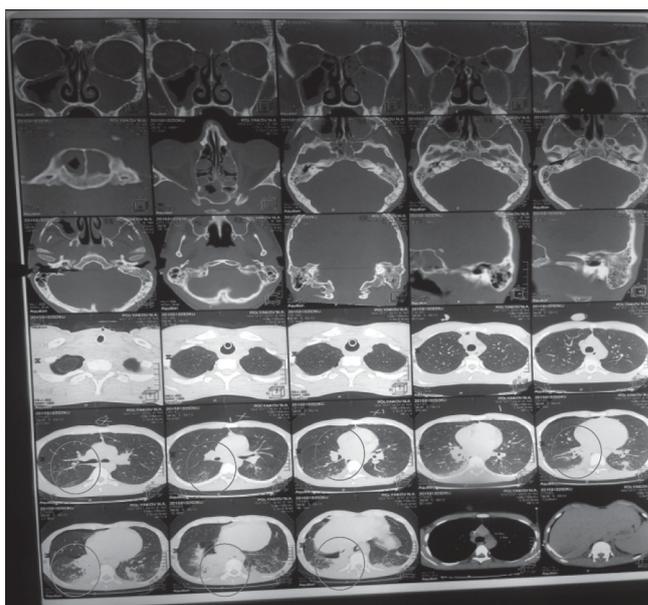


Рис. 8. СКТ органов грудной полости от 02.01.2015 г.

вания врачей) им. проф. Н.С. Молчанова. На момент поступления состояние больного расценивалось как относительно удовлетворительное. Больной предъявлял жалобы на выраженную общую слабость, головокружение в положении стоя, сердцебиение в покое, редкий кашель с незначительным количеством слизисто-гнойной мокроты.

При осмотре отмечалось выраженная астенизация, температура – 37,4°C. Пульс в покое – 120 в 1 минуту, ритмичный, равномерный, слабого наполнения, не напряжён. Ослабление I тона на верхушке. АД 100/60 мм рт. ст., ЧД – 22 в 1 минуту. При аускультации в симметричных участках грудной клетки дыхание жесткое, сухие рассеянные хрипы в нижних отделах. Сатурация периферической крови при дыхании атмосферным воздухом 94%. На основании жалоб, анамнеза, объективного осмотра сформулирован окончательный диагноз.

Основное заболевание: внебольничная вирусно-бактериальная двусторонняя субтотальная в S₂₋₆–S₁₀ правого легкого, S₆–S₁₀ левого легкого пневмония, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность III степени.

Осложнения: инфекционно-токсический шок от 23.12.2014 г. ОРДС от 25.12.2014 г. Двусторонний экссудативный парапневмонический плеврит. Инфекционно-токсический миокардит. Инфекционно-токсическая гепатопатия. Дисметаболическая энцефалопатия.

Сопутствующая патология: недостаточность питания (ИМТ – 17,4). Проплапс митрального клапана I ст. без сердечной недостаточности. Хронический тонзиллит вне обострения.

При поступлении в клинику была сохранена преемственность и продолжена антибактериальная терапия тигециклином, 13.01.2015 г. выполнена контрольная рентгенография органов грудной полости для оценки динамики очаговых изменений в легких (рис. 9.)

На рентгенограмме – инфильтрация легочной ткани в верхних долях с обеих сторон разрешилась, на ее месте сохранялось незначительное усиление

легочного рисунка, как остаточные изменения перенесенной пневмонии. В нижних долях справа и слева инфильтрация уменьшилась в объеме и интенсивности, полностью не разрешилась, сохранялось преимущественно перибронхиальная в S₈–S₁₀ сегментах справа и в S₈–S₁₀ сегментах слева.

Продолжалось комплексное лечение пациента с положительной динамикой в виде увеличения толерантности к физическим нагрузкам, нормализации лабораторных показателей. В ходе бактериологического исследования мокроты у пациента были верифицированы новые нозокомиальные возбудители: *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas Aeruginosa* чувствительные только к амикацину. В связи с этим произведена коррекция антибактериальной терапии: вместо тигециклина назначен амикацин 420 мг 2 раза в сутки внутривенно. Продолжена муколитическая, метаболическая терапия в прежнем объеме. Начато реабилитационно-восстановительное лечение сеансами вибрационно-компрессионного воздействия на грудную клетку аппаратом «ВКВ-01». На контрольной рентгенографии органов грудной полости от 26.01.2015 г. отмечалась положительная динамика в виде уменьшения инфильтрации легочной ткани в нижних долях обоих легких, но полного разрешения не достигнуто. Впервые выявлены плеврально-диафрагмальные спайки обоих легких, плевральные наложения справа (рис. 10).

Контрольная рентгенография органов грудной полости выполнена 2.02.2015 г., на которой очаговых и инфильтративных изменений не выявлено (рис. 11).

Заключение. Полное выздоровление военнослужащего срочной службы явилось результатом совместных усилий и огромного напряжения медицинского персонала различных лечебных учреждений Западного военного округа и клиник ВМА, участвовавших в проведение лечебных мероприятий данному больному.

В ходе ретроспективного анализа истории болезни можно извлечь уроки, которые помогут предотвратить

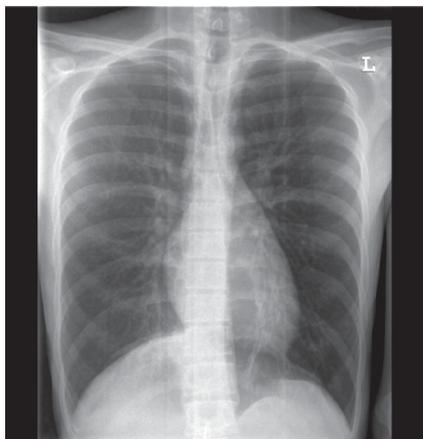


Рис. 9. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 13.01.15 г.

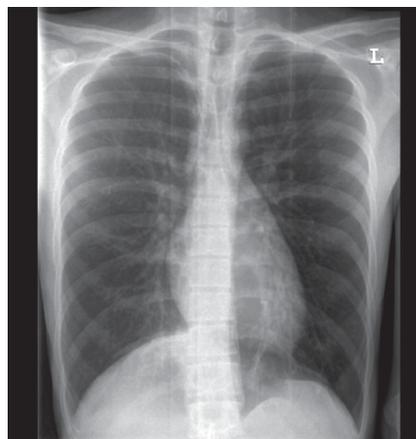


Рис. 10. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 26.01.15 г.

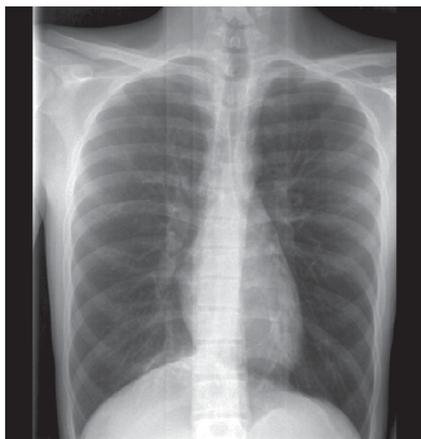


Рис. 11. Обзорная рентгенография органов грудной полости от 02.02.2015 г.

у военнослужащих молодого пополнения развитие тяжелой вирусно-бактериальной пневмонии с различными бактериальными осложнениями из банального ОРЗ. Среди них можно выделить следующие.

При своевременном поступлении на этап квалифицированной медицинской помощи (базовый госпиталь) не были проведены рентгенография органов грудной клетки и пульсоксиметрия, не выполнен забор крови для определения ее газового состава, что, вероятно, повлияло на своевременную диагностику основного заболевания и последующий ход событий.

В инфекционном отделении базового госпиталя лечение ОРЗ осуществлялось нерационально, что проявлялось отсутствием назначения специфической и неспецифической противовирусной терапии и необоснованным назначением антибактериальных препаратов [4].

На фоне прогрессивного ухудшения состояния больного и перевода его в ОРИТ данного госпиталя не соблюдены методические рекомендации по лечению тяжелой ВП, так как была применена неадекватная схема антибактериальной терапии, рассчитанная на лечение нетяжелой ВП амбулаторного уровня [1, 2].

На этапе оказания специализированной медицинской помощи в клиниках ВМА на 7-й день нахождения в военно-лечебных учреждениях МО РФ была проведена высокотехнологическая рентген-диагностика и качественная этиологическая диагностика с применением методов иммуноферментного анализа и ПЦР, благодаря которым установлена вирусно-бактериальная этиология, и применена комбинированная таргетная противовирусная терапия в отношении аденовирусов и антибактериальные препараты против *Acinetobacter baumani*, *Klebsiella pneumonia*, *Pseudomonas aeruginosa*, что позволило добиться полного разрешения воспалительной инфильтрации легочной ткани, предотвратить летальный исход и достигнуть полного выздоровления с возвращением военнослужащего в ряды Вооруженных сил Российской Федерации.

Литература

1. Чучалин, А.Г. Клинические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике тяжелой внебольничной пневмонии у взрослых / А.Г. Чучалин [и др.]. – М: ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 91 с.
2. Рыжман, Н.Н. Диагностика, лечение и профилактика внебольничных пневмоний тяжелого течения у военнослужащих / Н.Н. Рыжман [и др.] // Методические рекомендации. – СПб.: ВМА, 2014. – 60 с.
3. Мартынова, А.В. Эпидемиологические аспекты заболеваемости внебольничными пневмониями лиц молодого возраста в закрытых коллективах / А.В. Мартынова // Тихоокеанский мед. журн. – 2006. – № 3. – С. 36–73.
4. Жданов, К.В. Профилактика, диагностика и лечение острых респираторных заболеваний и гриппа К.В. Жданов [и др.] // Указания по диагностике, лечению и профилактике ВС РФ. – М.: ГВМУ, 2013. – 64 с.

V.V. Ivanov, M. A. Kharitonov, Yu.R. Grozovskiy, A.V. Shchyogolev, R.R. Sadykov, M.A. Zhurkin, Yu. W. Khalimov, I.S. Zheleznyak, A.V. Nikolaev, A.I. Bondarenko, A.S. Parcernyak, K. A. Ramazanova

Severe virus-associated pneumonia in a soldier

Abstract: The problem of pneumonia is one of the most urgent problems of military medicine. Nowadays the incidence of pneumonia among conscripts remains high and considerably exceeds the incidence among officers and civil population. Military epidemiological significance of pneumonia is determined not only by high incidence among conscripts, but by the degree of probability of a severe course of the disease with the risk of fatalities, the danger of such serious infectious complications as acute respiratory distress-syndrome of lungs, septic shock, infectious toxic myocarditis, nephro- and hepatopathy, exudative pleuritic, the increase in the incidence of the development of continuous forms, recurrent diseases and prolonged sick leaves.

This clinical case demonstrates the development of severe community acquired viral-bacterial pneumonia with different serious complications, which seem to have developed from an ordinary acute respiratory disease in a soldier. While providing specialized medical aid in clinics of Military medical academy, hi-tech X-ray diagnostics with the use of spiral computer tomography was carried out, as well as high quality etiology diagnostics with the use of immune-enzyme analysis and polymerase chain reaction, thanks to which viral-bacterial etiology was established, and combined target antiviral and antibacterial therapy against viral and bacterial agents was used. The modern correct diagnostics, targeted etiological treatment of a severe community acquired viral-bacterial infection demonstrated the opportunity to achieve full recovery of functions of cardiovascular and respiratory systems, to prevent a fatal case and to return the soldier to the army forces of the Russian Federation to continue his duties.

Key words: soldiers, viral-bacterial pneumonia, acute respiratory distress-syndromе of lungs, nosocomial agents, respiratory viruses, spiral computer tomography, immune-enzyme analysis, polymerase chain reaction.

Контактный телефон: 8-(903)-096-15-01; e-mail: Sea-89@yandex.ru