Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС)

А.Г. Чучалин

В средствах массовой информации много противоречивых сведений об этом новом тяжелом заболевании, которое обратило на себя внимание в Китае в 2002 г. (официальную регистрацию случаев начали с 1 ноября 2002 г.). На 16 июня 2003 г. в 30 странах мира заболели 8460 человек, из них 799 умерли. Большинство случаев заболевания возникло в Китае, Гонконге, Тайване, Сингапуре и других странах Юго-Восточной Азии. Оттуда инфекция была занесена в ряд стран Европы, США и Канаду. Несмотря на принимаемые меры, заболевание продолжает распространяться.

Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС, SARS, “атипичная пневмония”) – острое инфекционное заболевание нижних отделов респираторной системы, приводящее к развитию острой дыхательной недостаточности. Возбудителем ТОРС является новый вид коронавируса.

Тяжелый острый респираторный синдром (ТОРС) – острое инфекционное заболевание нижних отделов респираторной системы, приводящее к развитию острой дыхательной недостаточности, которая является основной причиной смерти больных. Нарушение дыхательной функции легло в основу названия этой болезни – ТОРС (в англоязычной литературе используют термин SARS – Severe Acute Respiratory Syndrome).

Возбудителем ТОРС является новый вид коронавируса. Болезнь передается воздушно-капельным путем от больного человека к здоровому, обычно при достаточно тесном контакте (например, при совместном проживании, от больного к медицинскому персоналу). Также вирус содержится в различных выделениях больного: мокроте, слюне, моче и т.д., что важно учитывать ухаживающим лицам и медработникам. Вирус сохраняет жизнеспособность во взвешенном состоянии в течение нескольких часов, на поверхностях – до 1 сут, в биологических жидкостях (моча, слюна) – до 3 сут. Вирус быстро погибает при воздействии ультрафиолетового облучения, современных дезинфицирующих средств, при нагревании выше 50°С.

Александр Григорьевич Чучалин – академик РАМН, профессор, главный пульмонолог МЗ РФ, директор НИИ пульмонологии МЗ РФ.

Клиническая картина

Болезнь имеет короткий инкубационный период (от 2 до 10 дней).

Начало заболевания острое – с повышения температуры тела более 38°С, озноба, головных болей, миалгий, ломоты во всем теле. Нередко появляется диарея. На 2–3-й день болезни присоединяется мучительный непродуктивный кашель в дневное и ночное время. Характерен цианоз кожи и слизистых, нерезко выраженная гиперемия зева без увеличения и болезненности миндалин и регионарных лимфоузлов. Насморк отсутствует.

При аускультации выслушиваются звучные мелкопузырчатые хрипы в заднебазальных отделах обоих легких на высоте вдоха, не исчезающие при кашле и перемене положения тела. В этих же отделах определяется притупление перкуторного звука.

При осложненном течении заболевания прогрессивно нарастает одышка, обусловленная гипоксемией. В наиболее тяжелых случаях, как правило, между 7-м и 10-м днями заболевания, развиваются признаки респираторного дистресс-синдрома (“шокового легкого”), что требует респираторной поддержки.

Диагностика

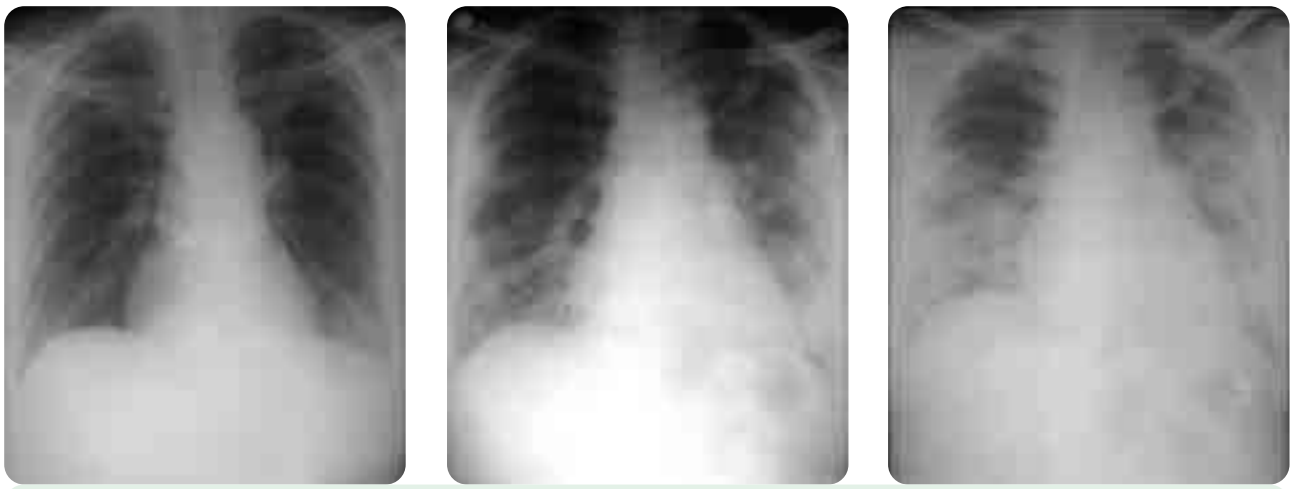
Диагноз ТОРС – диагноз исключения. Важно наличие контакта с больным ТОРС (или пребывание в странах, эпидемически неблагополучных). Проводится всестороннее обследование, включая рентгенологическое, бактериологическое и вирусологическое.

Обследование включает в себя обязательное рентгенологическое исследование органов грудной клетки в прямой и боковой проекциях. В первые дни заболевания изменения на рентгенограммах, как правило, незначительны и включают в себя диффузное усиление легочного рисунка. В дальнейшем на этом фоне появляются двусторонние участки инфильтрации, расположенные преимущественно субплеврально (серия рентгенограмм на рисунке).

В общем анализе крови в большинстве случаев наблюдается абсолютная и относительная лимфопения.

Микробиологические исследования проводят для исключения респираторных патогенов, которые могут давать сходную клиническую симптоматику: *Streptococcus pneumoniae, Mycoplasma pneumoniae, Chlamydia pneumoniae, Legionella pneumophila*. Используют бактериоскопические, бактериологические методы, полимеразную цепную реакцию в мокроте (при ее отсутствии – в индуцированной мокроте или жидкости бронхоальвеолярного лаважа), метод иммуноферментного анализа сыворотки крови.

Кроме того, рекомендуется провести вирусологическое и серологическое исследование с парными сыворотками для исключения гриппа, парагриппа, РС-вируса.



Серия рентгенограмм грудной клетки больного ТОРС в динамике. (Печатается с разрешения Dr. Michael E. Katz.)

Необходимым методом мониторинга является регулярная пульсоксиметрия. Снижение сатурации крови кислородом менее 90% является показанием к назначению длительной кислородотерапии, а в случаях ее неэффективности – неинвазивной вентиляции легких.

Лечение

Лечение должно быть очень активным и начинаться без промедления. Безусловно, оно проводится в условиях специализированного стационара.

В первые 5–7 дней заболевания назначается рибавирин внутривенно 8 мг/кг каждые 8 ч или 1,2 г *per os* каждые 8 ч. Применяют также ингибиторы нейраминидазы: озельтамивир (Тамифлю) по 75 мг 2 раза в день или занамивир (Реленца) по 10 мг (2 дозы) 2 раза в день через портативный ингалятор "Дискхалер".

При появлении хрипов в заднебазальных отделах легких применяют системные глюкокортикостероиды на 3–4 дня в следующих суточных дозах: внутривенно метилпреднизолон 200–400 мг, дексаметазон 8–12 мг, гидрокортизон 250 мг.

При нарастании кашля рекомендуют ингалировать через небулайзер сальбутамол 5–10 мг в сутки, ипратропиума бромид 1000 мкг в сутки. Кроме того, целесообразны ингаляции через небулайзер суспензии будесонида 1–2 мг в сутки.

Жизнесберегающим методом лечения является неинвазивная вентиляция легких в сочетании с кислородотерапией, а при ее неэффективности – искусственная вентиляция легких.

Вовремя начатое интенсивное лечение приводит к хорошим результатам: благодаря агрессивной тактике терапии в США не умер ни один больной ТОРС.

Профилактика

Клиницистам при выявлении случая, подозрительного на ТОРС, необходимо соблюдать меры профилактики, так как выявлено много случаев заражения медперсонала от пациентов. К ним относятся гигиена рук, работа в перчатках, хирургических масках и защитных очках. Пациенты должны помещаться в боксированные палаты.