

# Особенности течения пневмоний у беременных

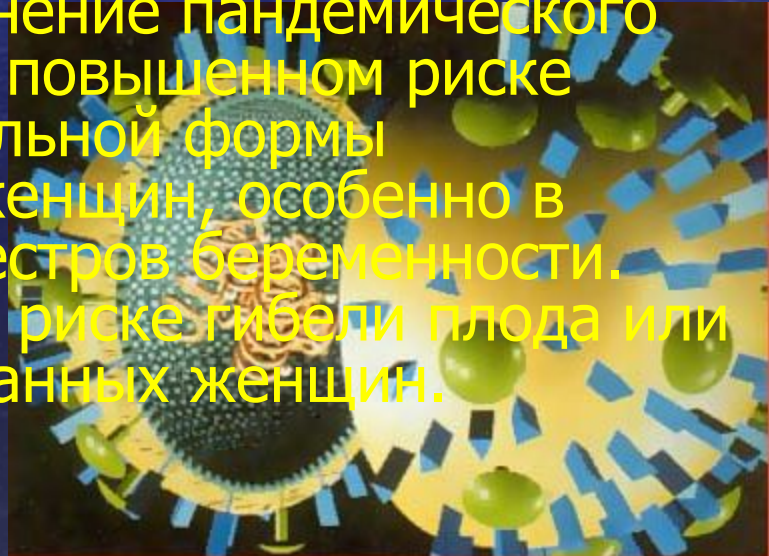
доцент кафедры госпитальной терапии  
АГМА Лазуткина Е.Л.,  
К.м.н. Демура О.В.,  
ординатор Гизатуллина Д.Н.

**Пневмонии** – группа различных по этиологии и патогенезу, морфологической характеристике острых инфекционных заболеваний, характеризующихся очаговым поражением респираторных отделов легких с обязательным наличием внутриальвеолярной экссудации.

# Пневмония на фоне гриппа

Временное методическое письмо ВОЗ «Пандемический грипп среди беременных женщин»

- 31 июля 2009 г. ЖЕНЕВА - Исследования, проведенные в США, обращают внимание на наличие высокого риска возникновения тяжелой или летальной формы заболевания среди беременных женщин при заражении пандемическим вирусом гриппа А (H1N1) - 2009.
- Аналогичные наблюдения в других странах, в которых имеет место широкое распространение пандемического вируса, также свидетельствуют о повышенном риске возникновения тяжелой или летальной формы заболевания среди беременных женщин, особенно в течение второго и третьего триместров беременности. Сообщается также о повышенном риске гибели плода или спонтанного аборта у инфицированных женщин.



- Среди причин смерти от инфекционных болезней пневмония находится на 1-м месте (F. Variffi и соавт., 1995). Наблюдается сезонный характер заболеваемости пневмонией, в том числе и среди беременных: чаще болеют в холодное время года. Переохлаждение является провоцирующим фактором. Эпидемии гриппа способствуют учащению пневмоний, вызванных вирусами гриппа А, В, С, парагриппа, аденовирусами и т.д. Считают, что вирусы служат кондукторами, которые готовят "почву" для присоединения бактериальной и микоплазменной флоры (Л.И. Дворецкий, 1996). Другим важным предрасполагающим к пневмонии фактором является курение (более 15–18 сигарет в день): нарушается мукоцилиарный клиренс, повышается хемотаксис макрофагов и нейтрофилов, разрушается эластическая ткань, снижается эффективность механической защиты. К сожалению, не все женщины бросают курить во время беременности.

А.Г. Чучалин (1995 г.), Л.И.Дворецкий (1996 г.) рекомендуют клиническую классификацию пневмоний:

- внебольничная (домашняя) приобретенная;
- внутрибольничная (нозокомиальная);
- на фоне иммунодефицитных состояний;
- атипичные пневмонии.

В акушерской практике чаще всего приходится иметь дело с первой группой пневмоний.



# Физиологические изменения системы органов дыхания при беременности, влияющие на течение пневмонии

- Увеличение легочной вентиляции примерно на 40% за счет увеличения потребности в  $O_2$ , увеличение образования  $CO_2$  и повышение чувствительности дыхательного центра к  $CO_2$  под воздействием прогестерона.
  - Увеличение ДО с 500 до 700 мл.
  - Развитие хронического компенсированного респираторного алкалоза ( с 1 трим.)
  - Углубление реберно-диафрагмальных синусов за счет высокого стояния диафрагмы (3 трим.)
  - Дополнительная нагрузка на ССС
- Вследствие этих процессов у 50% женщин развивается одышка, а при возникновении пневмонии резко увеличивается риск развития гипоксии, возрастает необходимость проведения ИВЛ (до 20% случаев).

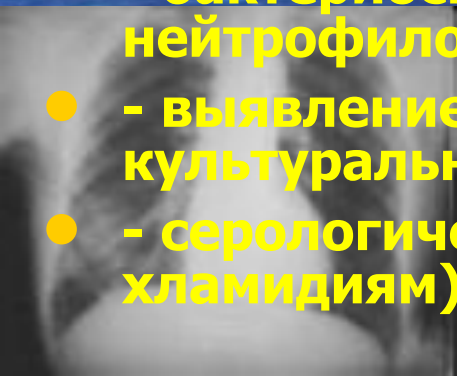


# Клиническая картина и критерии диагноза

- - респираторные симптомы (кашель, одышка, боли в груди, притупление перкуторного звука, крепитация, влажные хрипы, бронхиальное дыхание),
- - симптомы интоксикации (лихорадка, ознобы, головная боль, общемозговая симптоматика и др.),
- - декомпенсация сопутствующей патологии (ХОБЛ, сердечная недостаточность, сахарный диабет и др.).

## Дополнительные диагностические признаки

- - лабораторные (нейтрофильный лейкоцитоз или лейкопения),
- - рентгенологические (легочный инфильтрат, плевральный выпот),
- - бактериоскопия мокроты при окраске по Граму (более 25 нейтрофилов, менее 10 эпителиоцитов в п/зр.),
- - выявление этиологически значимого возбудителя при культуральном исследовании,
- - серологическая диагностика (антитела к микоплазме и хламидиям).



# Осложнения пневмонии:

- **Легочные осложнения:**

**Парапневмонический плеврит**

**Эмпиема плевры**

**Абсцесс и гангрена легкого**

**Множественная деструкция легкого**

**Бронхообструктивный синдром**

**Острая дыхательная  
недостаточность**



● **Внелегочные:**

**Острое легочное сердце**

**Инфекционно-токсический шок**

**Сепсис**

**Менингит, менингоэнцефалит**

**ДВС-синдром**

**Токсическая анемия, панцитопения**

**Психозы**

- С целью улучшения оказания медицинской помощи в период эпидемии гриппа в Амурской областной клинической больнице с ноября 2009г по февраль 2010г было организовано гинекологическое отделение №2 для лечения беременных женщин с респираторной патологией верхних и нижних дыхательных путей.
- За это время было пролечено 37 женщин с внебольничными пневмониями. Средний возраст пациенток составил  $25,6 \pm 2,8$  лет.

- Большинство женщин находились в 3-м триместре беременности-70,4%, в 1-м и во 2-м триместрах 8% и 21,6% соответственно. По социальному статусу женщины были распределены следующим образом: с высшим образованием - 18,9%, со средним специальным - 78,3%, со средним полным - 2,8%. Работающие женщины составили 45,9%, безработные - 54,1%. 51% были женщины из сельской местности и 49% городских жительниц.

- Из всех пациенток сопутствующую соматическую патологию имели 62,1%, у 72,9% беременных была акушерско-гинекологическая патология.
- Среди женщин, получавших лечение в гинекологическом отделении № 2 АОКБ 9 человек (24,3%) были с пневмониями, ассоциированными с вирусом гриппа А (H1N1), 5 человек (13,5%) с вирусом гриппа типа А. Все эти женщины составили первую группу в этом исследовании. 23 человека (62,2%) были с отрицательными результатами анализов на наличие вирусов гриппа, они были объединены во вторую группу.

- Среди больных из 1-й группы, по сравнению с представителями 2-й, наблюдалось более тяжелое течение пневмонии: 7 человек (50%) - тяжелое течение, 7 человек (50%) - с пневмонией средней степени тяжести. В то время как во второй группе тяжелое течение имели 3 пациентки (13%).

# По объему поражения легочной ткани:

- 1-я группа:

1 человек (7%) - тотальная пневмония,  
3 человека (21%) - двусторонняя долевая,  
10 человек (72%) - долевая,  
сегментарных пневмоний не было;

- 2-я группа:

1 человек (4%) тотальная пневмония,  
1 человек (4%) с двусторонней,  
18 пациенток (78%) с долевой  
3 женщины (14%) с сегментарным поражением  
легочной ткани.

- Отчетливая физикальная картина отмечалась у 85,7% женщин из первой группы, и в 100% случаев во второй группе. У 5,4% диагноз пневмонии был выставлен на основании рентгенологических данных. 5 женщинам (13,5%) рентгенография органов грудной клетки не проводилась: 3 женщины находились на малом сроке беременности, 2 – отказались от данного метода обследования.
- Среди всех пациенток имел место один случай с летальным исходом больной Л., 23 лет с двусторонней тотальной пневмонией, ассоциированной с вирусом гриппа А (H1N1), осложненной острым респираторным дистресс-синдромом, сепсисом, полиорганной недостаточностью, при сроке беременности 28 недель.

- У больных с длительным стажем курения отмечались более длительные сроки госпитализации, был выражен бронхообструктивный синдром, как осложнение пневмонии, требующий помимо антибактериальной терапии назначения антихолинэргических средств и  $\beta_2$ -агонистов.



# Общие принципы лечения пневмонии у беременных.

- Наблюдение в стационаре
- Контроль газов крови
- Мониторинг состояния плода
- Ограничение лучевой нагрузки и медикаментозных назначений

Информационное письмо МЗ РФ от 28.11.2009  
**ГРИПП А/Н1N1 И ВЫЗВАННАЯ ИМ ПНЕВМОНИЯ  
У БЕРЕМЕННЫХ. ЭТИОТРОПНАЯ И РЕСПИРАТОРНАЯ  
ТЕРАПИЯ**

При гриппе госпитализация показана больным с тяжёлым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии – всем беременным с выраженным синдромом интоксикации. При развитии пневмонии госпитализация беременных обязательна, независимо от тяжести её течения.

Беременные с тяжелыми формами гриппа и при тяжелых пневмониях должны помещаться в блок интенсивной терапии, персонал которого подготовлен к оказанию специализированной помощи: неинвазивной вентиляции легких, искусственной вентиляции легких, легочно-сердечной реанимации, при необходимости - к санационной бронхоскопии. Наблюдение и лечение таких беременных осуществляют совместно врачи-терапевты (пульмонологи), инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи.

Рекомендации в отношении дозировки противовирусных препаратов женщинам в период беременности и в послеродовой период при лечении инфекции, вызываемой вирусом гриппа типа А(Н1N1)

<b>Название препарата (МНН)</b>	<b>Схема лечения</b>
<b>Осельтамивир</b>	<b>75 мг капсула или 75 мг суспензии дважды в день в течение 5 дней</b>
<b>Занамивир</b>	<b>Две 5-мг ингаляции (всего 10 мг) дважды в день в течение 5 дней</b>

# Осельтамивир (ингибитор нейраминидазы вируса).

- Лечение необходимо начинать как можно раньше (лабораторное подтверждение не требуется).
- Рекомендуемая доза у взрослых 75 мг 2 раза в день, длительность лечения – 5 дней.
- Возможно применение более высоких доз (150 мг 2 раза в день) или продолжение терапии в течение более длительного срока.
- Эти рекомендации распространяется на всех пациентов, включая беременных женщин и маленьких детей, в том числе новорожденных.

# Занамивир.

- Если осельтамивир недоступен, то при тяжелом и прогрессирующем течении показано лечение занамивиром.
- Лечебная схема: 2 ингаляции (5 мг) 2 раза в сутки в течение 5 дней.
- Экстренная профилактика – 2 ингаляции (5 мг+5 мг) 1 раз в сутки в течение 10 дней.

## **При беременности возможно применение:**

- муколитики (лазолван 2-3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2-3 раза в день);
- бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2-4 мл физраствора 2 раза в день, сальбутамол 2,5-5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

## **В послеродовом и постабортном периоде:**

- Муколитики (лазолван 2-3 мл с физраствором в соотношении 1:1 2-3 раза в день);
- глюкокортикостероиды (будесонид – 0,5-1,0 мг в 2 мл раствора);
- бронходилататоры (беродуал по 20 капель в 2-4 мл физраствора или сальбутамол 2,5-5 мг в 5 мл физраствора 2 раза в день).

- В лечении назначались цефалоспорины III-IV поколения, защищенные аминопенициллины, азитромицин. Раннее назначение противовирусных средств (осельтамивир) позволило улучшить эффективность лечения и прогноз заболевания. Респираторная поддержка проводилась всем больным с тяжелым течением пневмоний в обеих группах, в одном случае потребовалась искусственная вентиляция легких.

# Выбор препаратов.

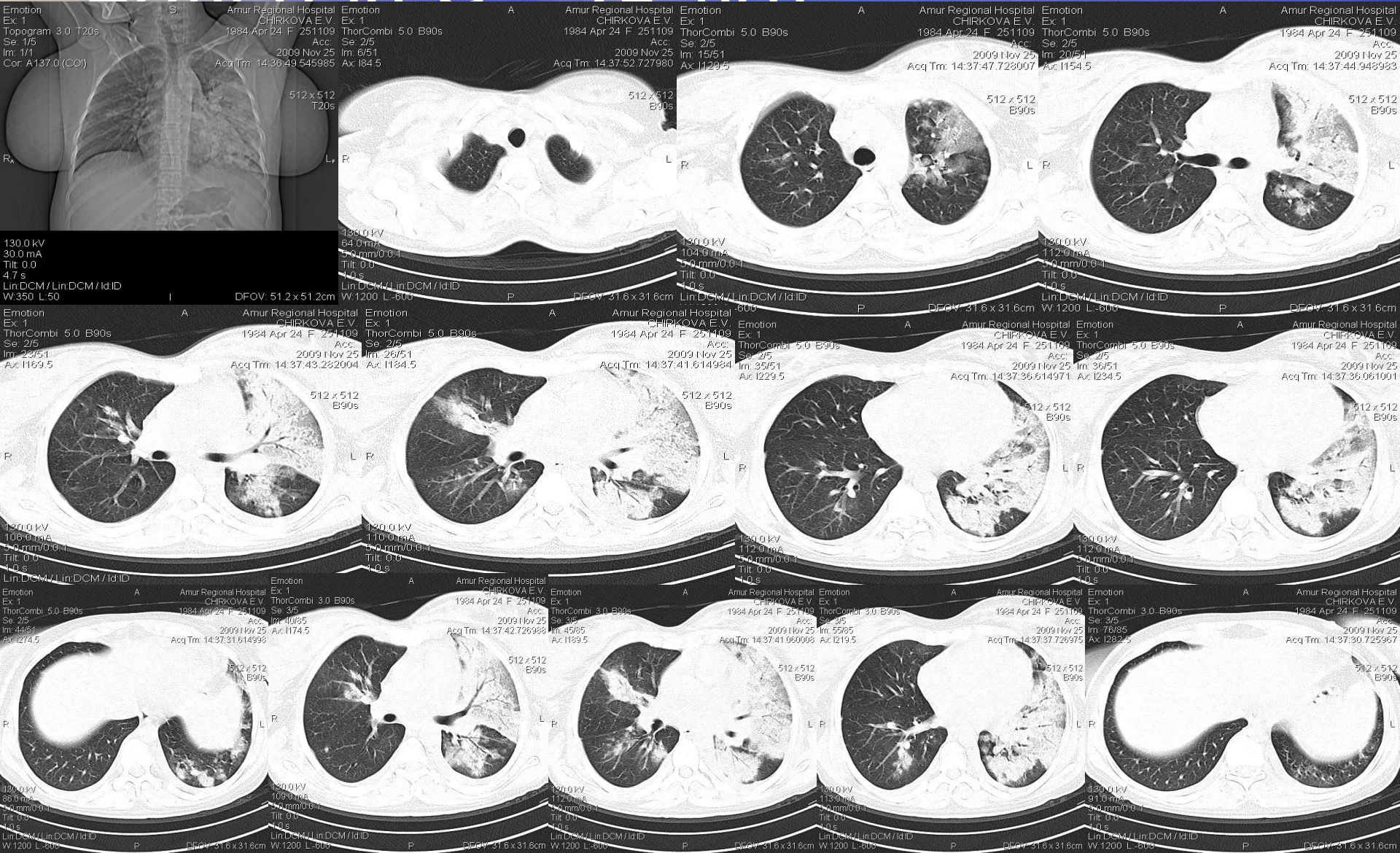
Категория	Противомикробные ЛС
B	Защищенные пенициллины Эритромицин, азитромицин Цефалоспорины Ванкомицин Меропенем Метронидазол (кроме 1 триместра) Клиндамицин Амфотерицин В
C	Кларитромицин Фторхинолоны Имипенем\циластатин Триметоприм\сульфаметоксазол Рифампицин, изониазид Осельтамивир, занамавир
D	Аминогликозиды Тетрациклины





Больная Л., 23 года.

# Болит в груди



- **Таким образом, диагностика и лечение пневмоний у беременных остается сложной проблемой, требующей ранней диагностики, обязательной госпитализации в стационар и адекватной противовирусной, антибактериальной и симптоматической терапии.**