

КАЗАХСТАНСКО – РОССИЙСКИЙ МЕДИЦИНСКИЙ
УНИВЕРСИТЕТ

СРС

НА ТЕМУ: *Пневмония у беременных.*

Подготовил: Нуратаев А.Д. гр.№509 «Б»
Проверил(а): _____

Алматы. 2017г.

- Беременность не увеличивает вероятность заболевания.
- Частота встречаемости пневмонии составляет 1,5:1000 или 1:660 беременных. Беременные с этим заболеванием, как правило, имеют сопутствующую патологию, такую как анемия, ВИЧ-инфекцию и наркотическую зависимость. Пневмонии составляют 4-5% всех случаев госпитализации беременных по поводу экстрагенитальной патологии и являются наиболее частой причиной материнской смертности от экстрагенитальных инфекций.
- Основными симптомами являются: одышка (65%), кашель (90%), выделение мокроты (65%), боль в грудной клетке (50%), лихорадка, тахикардия, хрипы при аускультации, инфильтраты на рентгенограмме.
- При постановке диагноза пневмонии необходимо исключить сходные по клиническим признакам заболевания: • эмболия легочной артерии, • аспирационный химический пневмонит, • эмболия околоплодными водами, • отек легких, при сепсисе, токолизе, преэклампсии.
- Спектр микроорганизмов, вызывающий пневмонию во время беременности, не отличается от такового вне беременности. • Половина пневмоний имеет бактериальную этиологию. • В четверти случаев возбудитель не выявляется. • При выявлении возбудителя им оказывается: *S. pneumoniae* - 50%, вирус гриппа А - 19%, *Chlamydia pneumoniae* - 13%, *H. influenzae* - 7%, *Mycoplasma pneumoniae* - 3%, *Legionella pneumophila* - 3%.
- В связи с ослаблением клеточного звена иммунитета при беременности увеличивается риск тяжелой пневмонии и диссеминации заболевания в случае, если оно вызвано атипичным патологическим агентом – вирусами простого герпеса, гриппа, ветряной оспы и кокцидиомикозом.

Риск для матери и плода

- Риск невынашивания и недонашивания беременности повышается в случае, если заболевание протекает с высокой температурой: более 39° , сопровождается ацидозом, бактериемией и требует проведения ИВЛ.
- Большинство случаев пневмонии вызываются микроорганизмами, не обладающими патологическим воздействием на плод, за исключением вирусов, особенно *varicella pneumonia*.
- все беременные с пневмонией должны обязательно пройти обследование на наличие ВИЧ-инфекции, создающей угрозу инфицирования плода.
- Кесарево сечение не улучшает дыхательную функцию пациента и проводится только по акушерским показаниям.

Профилактика

- Вакцинация против гриппа рекомендуется для всех женщин вне зависимости от срока беременности, если она выпадает на сезон ожидаемой эпидемии. Эффективность вакцинации составляет 99%. Заболеваемость снижается в 15 раз.
- Пневмококковая вакцинация (эффективность 70%) рекомендуется накануне или во время беременности женщинам с такими состояниями как сахарный диабет, бронхиальная астма, хронические заболевания сердца и легких, заболевания иммунной системы.
- Проведение профилактики обязательно женщинам с удаленной селезенкой, с функциональным гипоспленизмом (серповидноклеточная анемия), а также женщинам, живущим в социальных приютах и находящимся в местах заключения.
- Профилактика пневмоцистной пневмонии проводится триметоприм-сульфаметоксазолом и необходима при ВИЧ-инфекции, осложненной рото-глоточным кандидозом, или сниженном уровне CD4 клеток: менее 200/мкл.

профилактике пневмонии, вызванной вирусом ветряной оспы

- Заболеваемость ветрянкой среди беременных низка: 7:10 000.
- Наличие антител (иммунитет) отмечается у более 90% беременных.
- Неиммунизированным женщинам детородного возраста рекомендуется вакцинироваться против вируса ветряной оспы (живая вакцина Varivax) с эффективностью 87%.
- Беременные и женщины, планирующие беременность, не вакцинируются.
- При контакте беременной с больным ветрянкой необходимо определить наличие антител к вирусу (метод ИФА). При их отсутствии необходимо введение специфического иммуноглобулина в пределах 96 часов от контакта: 125 ЕД/10 кг массы тела (до 625 ЕД) внутримышечно.
- В связи с высокой вероятностью развития пневмонии у беременных с ветряной оспой: 10% (9-22%), всем неиммунизированным против варицеллы женщинам с респираторными симптомами, не позднее 10 дней от момента их появления, рекомендуется внутривенное введение ацикловира: 10-15 мг/кг 3 раза в сутки в течение 7 дней.
- Наибольший риск заболевания новорожденного существует при инфицировании матери в пределах 5 дней до или после родов: инфекция - 10-20%, смертность - 20-30%. Если роды не удастся задержать на 57 дней новорожденному непосредственно после родов вводится иммуноглобулин: 125 ЕД внутримышечно.

Диагностика

- "Золотым стандартом" при диагностике пневмонии являются изменения на рентгенограмме легких. Любая беременная, у которой подозревается пневмония, должна пройти рентгеновское исследование легких:
 - лучевая нагрузка на плод минимальна (эквивалентна однодневному радиационному фону).
 - риск для плода от недиагностированной пневмонии выше риска от проведенного исследования.
 - радиологи ненадежно дифференцируют бактериальную пневмонию от небактериальной.
- Не являются обязательными: мазки мокроты, окрашенные по Грамму, культуральное исследование мокроты (в половине случаев не удастся выделить этиологический агент), серологические тесты, холодовая агглютинация, исследование на бактериальные антигены.
- При проведении дифференциального диагноза можно применить радиоскопическое вентиляционно-перфузионное сканирование или компьютерную томографию: так у беременных с высокой температурой, гнойной мокротой, болями в грудной клетке и данными на рентгенограмме постановка диагноза инфекционной пневмонии не вызывает сомнений, а в случае с повышенной температурой, при отсутствии мокроты и противоречивыми клиническими и рентгенологическими данными скорее следует думать об инфаркте легких, чем об инфекционном генезе пневмонии.

Лечение

- Самое важное решение при ведении беременных с пневмонией – решение о госпитализации.
- Все беременные с подозрением на пневмонию должны быть госпитализированы.
- Антибактериальное лечение является эмпирическим. Схема антибактериального лечения беременных с пневмонией, рекомендуемая Обществом инфекционных заболеваний США (IDSA), Британским торакальным обществом (BTS) и Американским торакальным обществом (ATS).
- А. Неосложненная пневмония (возбудители - пневмококк, микопlasма, хламидии).
Стандарт: эритромицин 250 мг 4 раза в сутки per os 10-14 дней.
Альтернатива: азитромицин 500 мг per os 1 раз в сутки первый день и 250 мг per os ежедневно последующие 4 дня.
- В. Пневмония у пациенток, требующих интенсивного лечения (наличие осложнений или при подозрении на стафилококк и Haemophilus pneumoniae, как возбудителей пневмонии).
Цефтриаксон 2 г в/в однократно с эритромицином 500 мг каждые 6 часов (азитромицин 500 мг ежедневно в случае плохой переносимости эритромицина). После нормализации температуры и стабилизации состояния – эритромицин 250-500 мг per os 4 раза в день + цефуроксим ацетил 500 мг per os 2 раза в день.
Общая длительность антибактериальной терапии 14 дней.
- Кроме того:
- Если пациентка получает азитромицин вместо эритромицина, то длительность лечения не должна превышать 5 дней, так как этот антибиотик имеет длительный период полувыведения. Лечение азитромицином проводится по схеме: 500 мг в первый день и 250 мг ежедневно со 2 по 5 день.
- До 20% пневмококков устойчивы к пенициллину и эритромицину. Из них только 0,5% устойчивы к фторхинолонам.
- В исключительных случаях возможна монотерапия фторхинолонами, действующими на пневмококк (ципрофлоксацин, офлоксацин, левофлоксацин).
- При повышенной температуре препаратом выбора считается ацетаминофен (парацетамол).
- Дыхательная недостаточность вследствие пневмонии – одна из причин госпитализации беременной в палату интенсивной терапии. Такой больной требуется дополнительная подача кислорода и мониторинг газового состава артериальной крови.
- Парциальное напряжение кислорода в крови должно поддерживаться на уровне достаточном для адекватной оксигенации плода: не менее 70 мм Hg. Рекомендуемая поза пациентки - на левом боку.
- Клиническое улучшение наступает через 48-72 часа, лихорадка исчезает через 2-4 дня. Ухудшение состояния с продолжением лихорадки – плохой прогностический признак, требующий рентгенологического исследования в динамике

Факторы, повышающие риск смерти или осложнений ПНЕВМОНИИ.

- Сопутствующие хронические состояния
- Клинические данные
 - Частота дыхания более 30 в минуту
 - Частота сердечных сокращений более 125 в минуту
 - Гипотензия
 - Гипотермия – менее 35°C
 - Температура тела более 40°C
 - Нарушения сознания
- Внелегочные заболевания
- Лабораторные данные
 - Лейкопения менее 4000 в мкл или лейкоцитоз более 30000 в мкл
 - Напряжение кислорода (pO₂) менее 60 мм рт ст или рост CO₂ при вдыхании комнатного воздуха
 - Повышение креатинина крови
 - Анемия
 - Признаки сепсиса
 - Нарушение функции органов (ацидоз)
 - Коагулопатия
- Данные рентгенографии
 - Вовлечение в процесс более одной доли легких
 - Образование полостей
 - Плевральный выпот
- Даже на фоне клинического улучшения возможно увеличение размеров инфильтратов в легких.
- Примерно у 20% пациентов развивается плевральный выпот.
- Интубация трахеи и ИВЛ требуется у 7% пациентов (12-15% из всех беременных, требующих ИВЛ).