

УДК 618.3-06:616.24-002.2

©С. В. Худойбердієв¹, М. А. Юсупова, А. Ш. ЮсуповРеспубліканський спеціалізований науково-практичний медичний центр акушерства і гінекології¹,
МОЗ РУз

Ургенчський філіал Ташкентської медичної академії

ПОЗАЛІКАРНЯНА ПНЕВМОНІЯ У ВАГІТНИХ

ПОЗАЛІКАРНЯНА ПНЕВМОНІЯ У ВАГІТНИХ – Для вивчення особливостей перебігу пневмонії проведено ретроспективний аналіз 41 історії пологів жінок, які перенесли пневмонію під час вагітності. Встановлено, що особливістю позалікарняної пневмонії (ПП) у вагітних є сезонність, відсутність контагіозності, чіткого етіологічного чинника, блискавичний розвиток ПГН, що виражається в ГДН, ГССН, гострій печінковій недостатності, ДВС-синдромі. Критеріями тяжкості ПП у вагітних є наростання ГДН, приєднання септичного шоку, збільшення прямої фракції білірубіну на тлі незначної ферментемії, тромбоцитопенія, -патії, що є показанням для екстреного переривання вагітності.

ВНЕБОЛЬНИЧНАЯ ПНЕВМОНІЯ У БЕРЕМЕННЫХ – Для изучения особенностей течения пневмонии проведен ретроспективный анализ 41 историй родов женщин, перенесших пневмонию во время беременности. Установлено, что особенностью ВП у беременных является сезонность, отсутствие контагиозности, четкого этиологического фактора, молниеносное развитие ПОН, что выражается в ОДН, ОССН, острой печеночной недостаточности, ДВС-синдроме. Критериями тяжести ВП у беременных является нарастание ОДН, присоединение септического шока, нарастание прямой фракции билирубина на фоне незначительной ферментемии, тромбоцитопения, -патия, что является показанием для экстренного прерывания беременности.

COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA IN PREGNANT WOMEN – In order to study characteristics of the clinical course of pneumonia and developed complications we carried out the retrospective analysis of 41 medical records of the deliveries in women having pneumonia during pregnancy. It was established that special features of CAP in pregnant women was seasonality, absence of contagiousness, clear etiological factor, fulminate development of polyorgan deficiency, that expressed in acute respiratory failure, acute cardiovascular insufficiency, acute hepatic failure, syndrome of disseminated intravascular blood coagulation. Criteria of the CAP severity in the pregnant women appeared to be increase in acute respiratory failure, addition of the septic shock, increase in bilirubin direct fraction associated with slight fermetemiae, thrombocytopenia, -pathy, that are indications for emergency pregnancy interruption.

Ключові слова: тяжка позалікарняна пневмонія, вагітність, тактика ведення вагітності й пологів.

Ключевые слова: тяжелая внебольничная пневмония, беременность, тактика ведения беременности и родов.

Key words: community-acquired pneumonia, the strategy of the management of pregnancy and labor delivery.

ВСТУП Сезонне збільшенням числа випадків гострих респіраторних захворювань у вагітних, що характеризуються раптовим погіршенням стану у вигляді гострої дихальної, серцево-судинної недостатності, є надзвичайно актуальною проблемою [2].

За останніх 7–8 років в Узбекистані намітилася тенденція до зростання числа позалікарняної пневмонії (ПП) серед вагітних. При аналізі ЕГЕ, що стало причиною смерті у вагітних, виявлено збільшення кількості захворювань легень до 22,5 %.

Так, захворювання характеризується наявністю короткого продромального періоду, лихоманки вище 38 °С, блискавичним наростанням явищ гострої дихальної, серцево-судинної, печінкової недостатності, тромбоцитопе-

нією, тромбоцитопатією. За таких умов здійснення традиційної терапії і консервативної акушерської тактики при ПП призводило до 100 % летальності протягом 2–4-х днів від моменту госпіталізації хворої у стаціонар.

Метою дослідження стало провести комплексне вивчення особливостей перебігу ПП у вагітних з оцінкою стану фетоплацентарного комплексу, розробити оптимальну терапевтичну й акушерську тактику.

МАТЕРІАЛИ І МЕТОДИ Клінічне спостереження і лікування здійснено у 72 вагітних, госпіталізованих у Республіканський спеціалізований науково-практичний медичний центр акушерства і гінекології (РСНМЦ акушерства і гінекології) з діагнозом ПП (проспективна група). Також проведено ретроспективний аналіз перебігу і результату вагітності за даними 41 історії пологів жінок із ПП, зокрема 29, які померли внаслідок тяжкої позалікарняної пневмонії (ТПП). Всього 113 випадків.

У процесі динамічного спостереження за вагітними ми провели такі дослідження: імуноферментний аналіз на виявлення можливого збудника захворювання (H1N1, H5N1, ВПГ, ЦМВ, Mycoplasma pneumoniae, Legionella pneumoniae, Chlamidia pneumoniae); бактеріологічні дослідження; загальноклінічне лабораторне обстеження, біохімічне дослідження крові; рентгенографію грудної клітки в 2-х проекціях, ЕКГ, ЕхоКГ, УЗД печінки, нирок, матки і плода, доплерометрію – в динаміці лікування.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕНЬ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ Для вивчення ПП і характеру розвитку ускладнень ми провели ретроспективний аналіз 41 історії пологів жінок, які під час вагітності перехворіли на ТПП. З них 12 жінок (перша група), які перенесли під час вагітності ТПП і виписані в задовільному стані після до-строкового переривання вагітності (з клініки РСНМЦ), і 29 жінок (друга група), які померли від ТПП в Узбекистані за 2003–2004 роки (за даними патологоанатомічного центру МОЗ РУз).

Із 41 жінки 15 (36,6 %) – мешканки села, міських жінок – 26 (63,4 %). В обох групах вік жінок істотно не відрізнявся. Превалювали жінки віком від 21 до 25 років (53,6 %). 46,3 % вагітних вказували на часті ГРВІ і ГРЗ в анамнезі. Серед ЕГЗ частіше зустрічалися залізодефіцитна анемія – 56 %, захворювання сечовидільної системи – 31,7 %, ЛОР-органів – 26,9 %. За паритетом пологів: вагітність була першою у 22 (53,6 %) жінок, повторно вагітні – 7,3 %, повторно народжували – 12 (29,3 %) і декілька раз народжували 4 (9,7 %) жінки. Термін гестації коливався від 17 до 40 тижнів. У II триместрі були 22 жінки (53,6 %), в III триместрі – 19 жінок (46,3 %).

Стан під час госпіталізації у стаціонар розцінювали як украй тяжкий з порушенням свідомості у 4-х, коматозний – 6 жінок з другої групи, в решти випадків стан розцінювали як тяжкий.

Тривалість захворювання до госпіталізації склала в другій групі не більше 4-х діб – 69 %, останні 31 % від 5 до 7 днів (табл. 1).

Таблиця 1. Тривалість захворювання жінок до госпіталізації у стаціонар

Вагітні	1–2 дні	3 дні	4 дні	5–7 днів
Перша група: абс.	3	7	2	–
n=12 %	25,0	58,3	16,6	–
Друга група: абс.	4	10	6	9
n=29 %	13,8	34,4	20,7	31,0

При обстеженні виявлено такі об'єктивні дані: частота дихання варіювала від 28 до 46 за хвилину, в середньому $32,18 \pm 2,08$, тахікардія – від 96 до 160 ударів за хвилину (в середньому $115,16 \pm 6,62$). Артеріальний тиск (АТ) під час госпіталізації – від 40/30 мм рт. ст. до 100/50 мм рт. ст. Температура тіла – від 38 до $40,5^{\circ}\text{C}$.

Середній вміст гемоглобіну в крові склав $95,87 \pm 3,24$ г/л, ШОЕ – $(32,0 \pm 4,9)$ мм/год, помірний лейкоцитоз виявлено у 17 (29,2 %) жінок, в решти випадків виявлено лейкопенію – $(3,7 \pm 1,6) \cdot 10^9/\text{л}$, тромбоцити – $(164,8 \pm 6,71) \cdot 10^9/\text{л}$. З біохімічного аналізу крові: вміст загального білірубину варіював від 19,2 до 222,0. Прямий – від 13,9 до 89,95 ммоль/л, (в середньому $31,3 \pm 11,62$) в другій групі, при нормальних показниках ферментів печінки.

При рентгенологічному дослідженні легенів переважало двостороннє ураження – в 58,5 % випадках.

Після встановлення діагнозу ПП всім вагітним першої групи (які знаходилися на лікуванні в клініці РСНПМЦ) вироблено тактику – термінове операційне переривання вагітності – лапаротомія за *Djoel Koen* – кесаревий розтин у нижньому матковому сегменті за *Misgaf Ladah* з перев'язуванням трьох пар судин матки для профілактики інтра- і післяопераційних кровотеч. Паралельно проводили інтенсивну терапію із застосуванням антибіотиків, глюкокортикоїдів, імуномодуляторів, корегували порушені параметри гомеостазу.

У другій групі самостійно народили 3 жінки (10,3 %), яких госпіталізовано в стаціонар зі встановленою пологовою діяльністю у кінці першого періоду пологів, померли вагітними 6 жінок із пневмонією – 20,7 %.

Характер операційних втручань у другій групі виглядав так: малий кесаревий розтин виконано у 3-х (10,3 %), кесаревий розтин – 8 (27,6 %). Кесаревий розтин із подальшим видаленням матки з придатками проведено у 2-х (6,9 %), а без придатків – у 4-х жінок (13,8 %). Екстирпацію матки з придатками проведено 3 жінкам (10,3 %).

Проведення анестезіологічної допомоги заслуговує особливої уваги. Так, під ІВЛ в першій групі оперовано 1 жінку (8,3 %), тоді як в другій групі – 18 (62,2 %) жінок. Регіонарна анестезія при стабільних показниках гемодинаміки: СМА або ДПА – 11 (91,6 %) жінок у першій групі, в другій групі – лише в 2-х (6,9 %) випадках.

Крововтрата склала в першій групі від 300 до 450 мл, в другій групі – від 500 мл до 2 л.

Аntenатальна загибель плода була в 5-х жінок у другій групі, вагітність, що не розвивається, у 1 жінки (в терміні 17 тижнів), в першій групі у 1 жінки.

З 29 померлих жінок патологоанатомічне дослідження проведено у 8 жінок, у 21 жінки за наполяганнями родичів кесаревий розтин не виконували.

При патологоанатомічному дослідженні у всіх спостереженнях було виявлено двобічну пневмонію. У

посівах тканин легень була наявність золотистого стафілокока в 2-х випадках. Бронхопневмонії вірусного генезу з ураженням інтерстиціальної тканини легень і приєднанням до повторно бактерійної інфекції було верифіковано в 75,0 % спостереженнях.

Проведений ретроспективний аналіз дозволив нам встановити, що має місце пізня діагностика, недооцінка клінічних, лабораторних, інструментальних даних і/або неправильна їх інтерпретація, що стало причиною неправильної тактики ведення, неадекватної терапії і призвело до розвитку тяжких ускладнень і смерті вагітних.

Ми також провели клініко-лабораторне обстеження і лікування 72 вагітних жінок з ПП (проспективна група). З них 43 вагітні з ТПП, 29 – із середнім ступенем тяжкості захворювання. Вік обстежених пацієнток у середньому склав $(25,8 \pm 6,0)$ року.

За даними М. М. Шехтмана (2004), більшість випадків пневмонії (92 %) спостерігають у II і III триместрах вагітності, що збігається нашими даними [2, 3].

Термін гестації коливався від 18 до 38 тижнів, з яких у II триместрі були 38 (52,7 %) вагітних, в III триместрі – 34 (47,2 %).

З анамнезу відомо, що дитячі інфекції перенесли 28 (38,8 %), хронічний пієлонефрит – 24 (33,3 %), хронічний тонзиліт – 15 (20,8 %). Захворювань легень в анамнезі обстежуваних вагітних не виявлено.

Бактеріологічні дослідження мазків-проб із зів, носа, ротоглотки у 72 жінок показали, що позитивний результат виявлено тільки в 5-х випадках, де у 2-х випадках висівався стрептокок, а в решти випадків гриби роду *Candida*. Такий низький відсоток позитивних результатів, мабуть, зумовлений взяттям проб (мазків) після початку антибактеріальної терапії (в амбулаторних умовах), і побічно свідчить про можливість ролі вірусної етіології ПП з подальшим приєднанням бактерійної флори.

У всіх вагітних, госпіталізованих у стаціонар із клінічними проявами пневмонії, проведено рентгенологічне обстеження.

У вагітних із середнім ступенем тяжкості захворювання переважало одностороннє ураження легень: у 15 випадках (51,7 %) – лівобічне ураження, в 12 (41,3 %) – правостороннє і в 2-х випадках (6,8 %) встановлено двостороннє ураження.

Рентгенологічна картина в цій групі характеризувалася зниженням прозорості легеневого поля (22 – нижньочасткова пневмонія – 75,9 %, 1 – верхньочасткова, 4 – інтерстиціальна, 2 – плевропневмонія), високою інтенсивністю, розширенням і ущільненням коренів легень і характеризувалася картиною бронхопневмонії без розладів гемодинаміки в малому колі кровообігу.

При аналізі локалізації і об'єму ураження встановлено, що у вагітних з ТПП переважало двобічне ураження – в 22 (51,2 %) випадках. Правобічна пневмо-

нія – у 10 (23,2 %) випадках, лівобічне ураження – у 11 жінок (25,6 %) з ТПП.

Рентгенологічно у вагітних з ТПП виявлено збільшення площі інфільтрації легеневої тканини; розширення коренів легень, виражений венозний застій, що свідчить про розлад гемодинаміки в малому колі кровообігу.

У 23,2 % вагітних з ТПП спостерігали початкові прояви РДСВ, що рентгенологічно характеризуються посиленням легеневого рисунка рівномірно по всіх полях, контури чіткі. У міру розвитку процесу легеневого рисунку мав вигляд комірки. Дрібновогнищеві тіні в периферійних відділах. Дані ехографії серця і ЕКГ указували на наявність міокардиту у всіх обстежених жінок з ТПП.

Ефективність терапії залежить від своєчасного початку інтенсивного лікування.

Спільно з іншими фахівцями необхідно почати реанімаційні заходи і вирішити питання про тактику ведення вагітної жінки. Лабораторні й інструментальні дослідження при необхідності повторюють кожні 2–4 год.

Усім вагітним з ТПП необхідно регулярно проводити контроль газового складу крові й моніторинг стану плода [3, 4].

Враховуючи тяжкість стану і наростання поліорганної недостатності, ми встановили, що всім вагітним із ТПП за життєвими показаннями необхідне екстрене переривання вагітності – кесаревий розтин, який доцільніше проводити в нижньоматковому сегменті за методом *Misgaf Ladah* з лапаротомією за *Djoel Koen* із перев'язуванням трьох пар судин матки для профілактики гіпотонії матки, коагулопатичних кровотеч і післяопераційних септичних ускладнень.

Привертає увагу той факт, що в найближчі години після операційного розродження стан породіль мав тенденцію до позитивної динаміки, який проявлявся в нормалізації ЧД, пульсу, а також лабораторних показників. Зокрема, зникали тахіпное, тахікардія і білірубінемія. Інтраопераційно внутрішньовенно краплинно вводили антибіотики цефалоспоринового ряду III

покоління, які в післяопераційному періоді поєднували з фторхінолонами (ципринол, левофлоксацин).

Враховуючи переважаність в малому колі кровообігу, інфузійна терапія повинна бути обмеженою. Внутрішньовенні інфузії мають бути повільними, під контролем ЦВТ.

ВИСНОВКИ 1. Встановлено, що особливістю ПП у вагітних є сезонність, відсутність контагіозності, чіткого етіологічного чинника, блискавичний розвиток ПГН, що виражається в ГДН, ГССН, гострій печінковій недостатності, ДВС-синдромі.

2. Критеріями тяжкості ПП у вагітних є наростання ГДН, приєднання септичного шоку, збільшення прямої фракції білірубину (не завжди) на тлі незначної ферментемії, тромбоцитопенія, патія, що є показанням для переривання вагітності.

3. При ТПП без переривання вагітності материнська і перинатальна смертність досягає 100 %. У разі дострокового переривання вагітності стан новонароджених зумовлено захворюваннями, характерними для недоношених.

4. Розроблено акушерську тактику – екстрене операційне переривання вагітності в найближчі години з моменту встановлення діагнозу, інтенсивна терапія в пред- і післяопераційному періоді сприяла зменшенню ускладнення захворювання в 4 рази, перинатальної смертності – в 5,8 рази, материнської смертності – 7,2 рази.

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гридчик И. Е. Нутритивная поддержка у больных с тяжелыми внебольничными пневмониями / И. Е. Гридчик, Г. Г. Борисова // Вестник интенсивной терапии. – 2010. – № 1. – С. 32–36.
2. Распопина Н. Пневмония и беременность / Н. Распопина, Н. Черейская, И. Шугинин // Врач. – 2002. – № 11. – С. 25–26.
3. Шехтман М. М. Острые респираторные заболевания у беременных / М. М. Шехтман // Гинекология. – 2004. – № 2. – С. 96–99.
4. Guidelines for the management of adults with community-acquired pneumonia. Diagnosis, assessment of severity, antimicrobial therapy, and prevention // Amer. J. Respir. Crit. Care Med. – 2002. – Vol. 163. – P. 1730–1754.

Отримано 10.02.12