

УДК 618.3 – 06: 616.24 – 002.14

КОМПЛЕКСНОЕ ЛЕЧЕНИЕ ВИРУСНО-БАКТЕРИАЛЬНЫХ ПНЕВМОНИЙ У БЕРЕМЕННЫХ КАК ПРОФИЛАКТИКА ПЕРИНАТАЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ

РЫБАЛКА А. Н.¹, ЕГОРОВА Я. А.¹, ЗАБОЛОТНОВ В. А.², ШАТИЛА В. И.²

¹ Медицинская академия имени С. И. Георгиевского ФГАОУ ВО «Крымский федеральный университет имени В. И. Вернадского», кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии ФПО, г. Симферополь.

² Житомирский институт медсестринства, кафедра «Сестринское дело», г. Житомир.

Заболеваемость пневмонией, которая является одним из самых распространенных заболеваний в мире, не отличается у беременных женщин от заболеваемости в общей человеческой популяции. Тем не менее, пневмония представляет серьезную угрозу не только для здоровья беременной женщины, но и для будущего ребенка. В статье приведены клинический и статистический анализ течения вирусной и вирусно-бактериальной пневмонии, которая наблюдалась у 30 акушерских больных. Материалом для исследования послужили истории болезни беременных женщин, которые были госпитализированы в роддоме в период с 2010 по 2014 гг. Как свидетельствуют результаты анализа, комплексное консервативное лечение пневмонии с применением противовирусных препаратов приводит к положительным результатам с минимальными перинатальными потерями при лечении беременных женщин. Однако, в настоящее время достижения современной медицины не всегда имеют достаточную эффективность в борьбе против тяжелой формы гриппа, осложненного геморрагическим легочным или мозговым отеком, что заставляет искать новые методы их профилактики и лечения.

Ключевые слова: беременность, грипп, пневмония, перинатальные осложнения, профилактика, лечение.

Заболеваемость пневмонией у беременных практически не отличается от частоты её возникновения в общей популяции и представляет угрозу не только для здоровья женщины, но и для будущего ребенка. Данный показатель в мире составляет в среднем 12 случаев на 1000 человек в год, при этом большинство случаев приходится на зимнее время. В развитых странах Европы заболеваемость пневмонией составляет от 3,6 до 16 случаев на 1000 человек, а в США – около 0,12–0,13% – и является одной из причин преждевременных родов, смертности матери и плода [1, 2]. В странах СНГ заболеваемость среди беременных составляет 0,78–2,7 случаев на 1000 родов [2]. Частота возникновения осложнений у беременных значительно выше, причём риск развития внебольничной пневмонии не зависит от срока беременности. Во время гестации риск развития таких осложнений, как эмпиема плевры, достигает 8%, бактериемии – 16%, а необходимость в искусственной вентиляции легких (ИВЛ) возникает в 20% случаев. Также риск возникновения осложнений более высок у лиц с соматическими заболеваниями в анамнезе, в первую очередь, это хроническая патология дыхательной и сердечно-сосудистой систем.

Показатель материнской смертности от внебольничных пневмоний остается на достаточно высоком уровне – 3-4%, хотя он существенно снизился в середине XX века вследствие широкого внедрения антибактериальных препаратов [2, 3]. Среди перинатальных осложнений, возникающих при пневмонии у беременных, наиболее частыми являются преждевременные роды (в 44% случаев) и связанная с этим недоношенность плода (22%), а также гипотрофия и синдром задержки развития плода (33%) [4]. Это связано с рядом анатомо-физиологических изменений в организме женщины во время беременности, которые могут значительно ухудшить течение и прогноз пневмонии. Вирусные инфекции дыхательных путей являются причиной 5–15% всех внебольничных пневмоний у беременных [4]. Вирусы играют важную роль в развитии пневмонии и служат своеобразными «кондукторами», готовящими почву для присоединения бактериальной или микоплазменной флоры.

В патогенезе вирусных инфекций респираторного тракта, в том числе и гриппа, важную роль играют аутоиммунные и токсико-аллергические реакции, что является основой для развития массивного и интенсивного воспалительного процесса в макроорганизме, прежде всего, в верхних дыхательных путях – как «входных воротах» для вирусной инвазии. Репликация вируса в чувствительных к нему клетках приводит к их деструкции и гибели: этот процесс выражается в развитии капилляротоксикоза с преобладающим поражением микрососудов легких и центральной нервной системы. Такая особенность связана с высокой степенью васкуляризации и повышенной чувствительностью к интоксикации и гипоксии данных тканей, а вирусные («гриппозные») пневмонии, по сути, являются геморрагическим отеком легких, который замыкает патогенетический «порочный круг», усиливает диффузный отек головного мозга с последующим закономерным нарушением его витальных функций [5].

Учитывая особенности патогенеза, можно сделать вывод, что вирусные («гриппозные») пневмонии по своей сути не являются таковыми, так как не имеют под собой ведущего звена в виде интенсивного воспаления легочной ткани вследствие специфической тропности вируса гриппа к эпителию верхних дыхательных путей, а собственно «легочные» проявления гриппозной пневмонии можно с уверенностью рассматривать как различные стадии геморрагического отека легких, в основе которого лежит «острый респираторный дистресс-синдром» (ОРДС) или «шоковые легкие» [6]. Поэтому клинической особенностью такой, так называемой первичной вирусной пневмонии, является то, что она возникает в первые 24–72 ч от начала заболевания и в 1–3-и сутки протекает как острый токсический отек легких, а с 4–6-го дня – как полисегментарная, часто двусторонняя пневмония, в основе которой лежат более тяжёлые проявления ОРДС. В семиотике данной патологии преобладают такие симптомы, как острое начало с ознобом, гипертермией, нарастанием интоксикационного синдрома и одышки, цианоза кожи, непродуктивный кашель, иногда со скудным количеством мокроты и прожилками крови. *Аускультативная картина* варьирует от ослабленного дыхания, рассеянных сухих хрипов и крепитации на начальных этапах до распространённых на все отделы лёгких хрипов в разгар заболевания и значительного ослабления дыхания (симптом «немом лёгкого»), отсутствия хрипов на фоне выраженного тахипноэ в терминальной стадии. На рентгенограмме в начале заболевания отмечается усиление легочного рисунка без очаговых инфильтративных теней, а на 4–6-й день, как правило, наблюдаются двухсторонние сливные инфильтративные очаги [6]. Тяжесть и прогноз течения вирусной пневмонии обусловлены развитием симптомов острой дыхательной недостаточности.

Особенностью вирусно-бактериальных пневмоний является наличие интервала между первыми респираторными симптомами, связанными с вирусным поражением верхних дыхательных путей, и признаками вовлечения в процесс паренхимы легких, который составляет до 5–6 суток, то есть пневмония с проявлениями преимущественно бактериального компонента развивается у пациенток на второй неделе болезни. При этом в клинической картине на фоне регрессии симптомов гриппа и улучшения общего самочувствия развивается «вторая волна» заболевания. Тяжесть состояния и особенности течения заболевания обусловлены нарастанием дыхательной недостаточности и развитием полиорганной недостаточности. Даже при ранней и адекватной антибиотикотерапии летальность при данной форме пневмонии составляет 50% [7, 8].

Этиотропная терапия вирусных или вирусно-бактериальных пневмоний и тяжёлых, осложнённых форм гриппа заключается в применении противовирусных препаратов с высокой доказанной эффективностью (озельтамивир или занамивир). Тем не менее, в случае развития вирусной («гриппозной») пневмонии эффективность данных препаратов может быть существенно ограничена, так как они имеют точку приложения и максимальный эффект при их раннем назначении – еще в инкубационном периоде или в первые 24–48 ч от появления симптоматики. Но для беременных следует помнить ещё и о предостережении в инструкции для медицинского использования препарата: «Озельтамивир следует назначать во время беременности или лактации только тогда, когда преимущества от его применения превышают потенциальный риск для плода или новорожденного» [8]. Показанием к назначению антибактериальных препаратов является верификация диагноза бактериальной пневмонии, подозрение на наличие бактериальной пневмонии или других бактериальных осложнений вирусной инфекции. Антибактериальные средства, используемые при лечении

пневмоний, назначаються в залежності від етіології, тяжести і термінів захворювання: в початку захворювання застосовуються в поєднанні з вказаною протівовірусною терапією, але їх самостійна роль посилюється по мірі збільшення термінів захворювання.

В комплексній терапії вірусно-бактеріальної терапії, враховуючи можливе наявність геморагічного компонента, показано профілактичне призначення низькомолекулярних гепаринів. В акушерській практиці не слід забувати і про профілактику плацентарної недостаточності шляхом застосування низькомолекулярних гепаринів, дезагрегантів (дипіридамола) і метаболічних препаратів, покращуючих маточно-плацентарно-плідний кровообіг (актовегін).

Ціль дослідження – вивчити особливості перебігу вірусних і вірусно-бактеріальних пневмоній у вагітних, а також особливості антибактеріальної терапії як профілактики перинатальних ускладнень.

Матеріали і методи дослідження

Проведено аналіз перебігу випадків вірусної і вірусно-бактеріальної пневмонії у 30 пацієнток з 2010 по 2014 рік. При обстеженні були застосовані загальноклінічні, акушерські, лабораторні, ехографічні, вірусологічні, бактеріологічні, бактеріоскопічні, рентгенологічні і статистичні методи дослідження.

Результати і їх обговорення

Середній вік жінок склав 28 ± 8 років.

Соматичний анамнез: 7 пацієнток (23,3%) мали захворювання серцево-судинної системи, 6 пацієнток (20%) – хронічні захворювання органів дихання, супутуюча патологія шлунково-кишкового тракту відзначалась у 5 (16,7%), патологія сечовидільної системи – у 10 (33,3%), а захворювання нервової системи – у 4 вагітних (13,3%). Ожиріння різної ступеня спостерігалося у 16 пацієнток (53,3%).

Акушерсько-гінекологічний анамнез: у 7 вагітних (23,3%) виявлено наявність ерозії шийки матки, у 5 (16,7%) – хронічні запальні захворювання органів малого таза, у 5 (16,6%) – міома матки, у 14 (46,7%) – самопроизвольні викидиди. Наблюдаема вагітність була першою у 9 пацієнток (30%), другою – у 11 (36,7%), третьою – у 6 (20%), четвертою і більше – у 4 жінок (13,3%).

Згідно з нашими дослідженнями, перебіг спостережуваної вагітності ускладнився загрозою преривання або загрозою преждевременних родов в 13 випадках (43,3%), анемією – в 19 випадках (63,3%), загостренням хронічних соматичних захворювань – в 9 випадках (30%), патологічними змінами плаценти і стану плода, виявленими за даними УЗІ, – в 16 випадках (53,3%).

В перші доби від початку перших симптомів захворювання прийшло 9 осіб (30%), решта прийшла на 2–7-і доби від початку захворювання. В 19 випадках (63,3%) пневмонія виявлена в 1-і доби прийняття в стаціонар, а в 11 (36,7%) випадках діагноз був підтверджено на 3–5-і доби. Перевод на ІВЛ потрібувався в 6 випадках (20%). Найчастіше пневмонія зустрічалась в терміні вагітності від 22 до 34 тижнів – 14 пацієнток (46,7%), у 8 жінок (26,6%) – в терміні від 34 до 37 тижнів вагітності і у 8 вагітних (26,6%) – в терміні гестації більше 37 тижнів вагітності. В 19 (63,3%) випадках вагітність у досліджуваних жінок протікала з ускладненнями гестаційного періоду: гестоз виявлено у 9 пацієнток (30%), многоводдя – у 8 (26,7%), у 12 (40%) – дисфункція плаценти, ПРПО – у 4 вагітних (13,3%).

В результаті аналізу нами було встановлено, що захворювання у всіх пацієнток починалось з катаральних симптомів. Основні клінічні ознаки пневмонії у пацієнток: сухий кашель (70%), кашель з невеликою кількістю слизово-гнійної мокроты (30%), ознаки інтоксикації (100%), гіпертермія (90%) і одышка (50%). При прийнятті в 9 випадках (30%) аускультативно визначалися вологі хрипи, в 16 (53,3%) – сухі хрипи, в 5 (16,7%) – хрипи не визначалися. Рентгенографія органів грудної клітки була зроблена всім вагітним. На рентгенограмі у 13 (43,3%) вагітних встановлено правостороння нижньодольова пневмонія, у 8 (26,7%) – двустороння нижньодольова, у 5 (16,7%) – лівостороння нижньодольова, у 4 (13,3%) – двустороння полісегментарна.

Комплексная терапия включала противовирусную (озельтамивир), антибактериальную (амоксциллин-сульбактам, джозамицин), инфузионно-трансфузионную, патогенетическую и симптоматическую терапию. Параллельно с лечением основного заболевания (пневмонии), проводилась терапия осложнений беременности, профилактика плацентарной дисфункции (актовегин, курантил) и профилактика синдрома дыхательных расстройств у плода (дексаметазон, бетаметазон) по схеме.

Исходы беременностей 30 госпитализированных женщин были следующими: 2 случая (6,7%) антенатальной гибели плода в сроке 25 и 29 недель; в 12 случаях (40%) – срочные роды, в том числе в 5 случаях (16,7%) – путем операции кесарева сечения, в 2 случаях (6,7%) – вакуум-экстракция плода; в 8 случаях (26,6%) – преждевременные роды, из них 4 – путем операции кесарева сечения; 10 женщин (33,3%) выписаны из акушерского стационара в стадии реконвалесценции с прогрессирующей беременностью.

Выводы

Комплексное консервативное этиопатогенетическое лечение вирусно-бактериальных пневмоний должно включать не только рациональную антибиотикотерапию, но и эффективные противовирусные препараты.

При своевременном поступлении в стационар беременных с вирусно-бактериальной пневмонией и адекватной комплексной терапии наблюдаются положительные перинатальные исходы в 70% случаев.

Наиболее частыми осложнениями у беременных при пневмонии являются гестоз, дисфункция плаценты и многоводие. Причинами перинатальных осложнений пневмоний у беременных являются как высокая вирулентность возбудителя, особенности патогенеза самого заболевания, так и физиологические механизмы иммуносупрессии во время гестации.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Березняков И. Г. Внебольничные пневмонии / И. Г. Березняков. – Киев, 2009. – 160 с.
2. Копча В. С. Грипп: пневмония или отек легких? Особенности патогенеза и лечения / В. С. Копча, А. Н. Бондаренко // Здоровоохранение. – 2011. – № 2. – С. 44–49.
3. Медведь В. И. Внебольничная пневмония у беременных: выбираем схему антибиотикотерапии / В. И. Медведь // Здоровье. – 2008. – № 18. – С. 1.
4. Опыт проведения интенсивной терапии у беременных с тяжелыми формами гриппа / А. И. Грицан [и др.] // Рос. вестн. акушера-гинеколога. – 2010. – № 6. – С. 32–37.
5. Охотникова Е. Н. Антибактериальная терапия у детей и беременных: безопасность прежде всего / Е. Н. Охотникова, А. Э. Багрий // Здоровье. – 2008. – № 8. – С. 46–47.
6. Распопина Н. Пневмония и беременность / Н. Распопина, Н. Черейская, И. Шугинин // Врач. – 2002. – № 11. – С. 25–27.
7. Infectious Diseases Society of America / American Thoracic Society Consensus Guidelines of the Management of Community-Acquired Pneumonia in Adults // Clin. Infect. Dis. – 2007. – Vol. 7. – P. 27–72.
8. Sappenfield E., Jamieson D. J., Kourtis A. P. Pregnancy and susceptibility to infectious diseases. - Infect. Dis. Obst. Gynecol. – 2013. – Vol. 2013. – P. 752–852.

РЕЗЮМЕ

КОМПЛЕКСНЕ ЛІКУВАННЯ ВІРУСНО-БАКТЕРІАЛЬНИХ ПНЕВМОНІЙ У ВАГІТНИХ ЯК ЗАПОБІГАННЯ ПЕРИНАТАЛЬНИХ УСКЛАДНЕНЬ

А. М. РИБАЛКА, Я. А. ЄГОРОВА, В. О. ЗАБОЛОТНОВ, В. І. ШАТІЛА

Захворюваність на пневмонію, яка є одним із найбільш поширених захворювань у світі, не відрізняється у вагітних жінок від захворюваності в загальній людській популяції. Тим не менш,

пневмонія становить серйозну загрозу не тільки для здоров'я вагітної жінки, але й для майбутньої дитини. У статті наведено клінічний і статистичний аналіз перебігу вірусної та вірусно-бактеріальної пневмонії, що спостерігалася у 30 акушерських хворих. Матеріалом для дослідження слугували історії хвороби вагітних жінок, що були шпиталізовані до пологового будинку в період з 2010 по 2014 рр. Як свідчать результати аналізу, комплексне консервативне лікування пневмонії із застосуванням противірусних препаратів призводить до позитивних результатів з мінімальними перинатальними втратами під час лікування вагітних жінок. Проте, у нашому сьогоденні досягнення сучасної медицини не завжди мають достатню ефективність у боротьбі проти важкої форми грипу, ускладненого геморагічним легенеvim або мозковим набряком, що змушує шукати нові методи їхньої профілактики та лікування.

Ключові слова: вагітність, грип, пневмонія, перинатальні ускладнення, профілактика, лікування.

SUMMARY

THE COMPLEX TREATMENT OF VIRAL-BACTERIAL PNEUMONIA IN PREGNANT WOMEN AS THE PREVENTION OF PERINATAL COMPLICATIONS

A. N. RYBALKA, Y. A. EGOROVA, V. A. ZABOLOTNOV, V. I. SHATILA

The incidence of pneumonia is one of the most common disease, in pregnant women does not differ from the incidence in the general human population. However, it can lead to a serious threat not only for the health of pregnant women, but also for the future of the child. There is a clinical and statistical analysis of the course of viral and viral-bacterial pneumonia in 30 obstetric patients. The material for the study was served from the medical history cases of pregnant women which were at the maternity hospital in the period from 2010 to 2014. The complex of conservative treatment of pneumonia, including not only antibacterial, but also antiviral drugs, leads to positive results in the treatment in pregnant women with a minimum of perinatal loss. But, nowadays, modern medicine are not effective sufficiently in the fight against severe influenza complicated by hemorrhagic pulmonary or brain edema due to objective reasons.

Key words: pregnancy, influenza, pneumonia, perinatal complications, prevention, treatment.

УДК 618.2-07:616.155.194-084

ПРОФИЛАКТИКА АНЕМИИ У ПАЦИЕНТОК С ФИЗИОЛОГИЧЕСКИ ПРОТЕКАЮЩЕЙ БЕРЕМЕННОСТЬЮ: МНОГОЦЕНТРОВОЕ ИССЛЕДОВАНИЕ В УКРАИНЕ

БОРИС Е.Н.^{1, 2, 4}, ОНИЩИК Л.Н.^{1, 2, 3}

¹Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии НМАПО имени П.Л.Шупика,

²Украинский государственный институт репродуктологии НМАПО
имени П.Л.Шупика,

³Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины,

⁴Центр доказательной медицины кафедры акушерства, гинекологии
и репродуктологии НМАПО имени П.Л.Шупика

Резюме. В данной статье представлены результаты исследования, проведенного в Украине в 2013-2015гг. по применению препарата Витрум® Пренатал Форте (содержание железа fumarата 60 мг) с целью профилактики возникновения анемии у пациенток с физиологически протекающей беременностью.

Ключевые слова: анемия, беременность, витаминно-минеральный комплекс.