

Т. О. Перцева, В. В. Дмитриченко ВАГІТНІСТЬ І ПНЕВМОНІЯ

Дніпропетровська державна медична академія

Інфекції нижніх дихальних шляхів (ІНДШ) — це розповсюджена гостра патологія людини та найчастіша причина тимчасової непрацездатності.

Спектр ІНДШ є достатньо різноманітним — від малосимптомної колонізації/інфекції слизової оболонки дихальних шляхів до тяжкої пневмонії.

Негоспітальна пневмонія (НП) є важливою медико-соціальною проблемою, характеризується високим рівнем захворюваності та смертності, а також значними економічними витратами внаслідок цього захворювання. У порівнянні із 2005 роком їх кількість зменшилась на 9,8 % (2005 р. — 425,9 на 100 тис. дорослого населення, нині — 384,3) [4], але залишається на досить високому рівні. НП є актуальною проблемою серед вагітних жінок. Захворюваність на пневмонію серед вагітних становить 0,12–0,13 % в США [10], в той час як на Україні розповсюдженість пневмонії при вагітності становить 0,78–2,7 випадків на 1000 пологів незалежно від строку вагітності [4], у лікувальних закладах Дніпропетровська зареєстровано наступні показники госпіталізації вагітних хворих на НП за період з 2005 до 2007 рр. (2005 р. — 36 випадків, 2006 р. — 54 та 75 випадків у 2007 р.). Однак слід зауважити, що кожного року зростає кількість вагітних жінок, та можна вважати, що показники захворюваності залишаються на стабільному рівні. В останні роки зростає захворюваність на пневмонію тяжкого перебігу (алкоголізм, цукровий діабет, ВІЛ-інфекція та гепатити), так у Дніпропетровську кількість важких пневмоній за період з 2005–2007 рр. зросла майже вдвічі (з 2–3 випадків у 2005 р. до 5–6 у 2007 р.). Пневмонія у вагітних супроводжується акушерсько-гінекологічними ускладненнями: передчасними пологоми — 44 %, недоношеністю плоду — 22 % та його гіпотрофією — у 33 % [4].

Вагітність не збільшує ризик захворювання на пневмонію. Винахід антибактеріальних препаратів зменшив смертність від пневмонії з майже 30 % до 3–4 %. Проте пневмонія залишається однією із важливіших причин материнської смертності [10].

Захворювання легень у вагітних є особливою проблемою. "Вагітна дихає за двох", тому загрозою для плоду є гіпоксія, яка є наслідком ураження легень. Не менш важливою є проблема призначення необхідних фармакологічних препаратів, враховуючи ризик та можливість несприятливого впливу на плід.

Захворюваність на пневмонію як серед загального населення, так і серед вагітних, має сезонний характер: частіше захворювання виникає в холодну пору року.

Переохолодження є провокуючим фактором. Епідемія грипу сприяє частішому виникненню пневмоній. Однак наявність вірусних пневмоній визнають не всі фахівці. Вважають, що віруси є кондукторами для приєднання бактеріальної та мікоплазменної флори [1].

Відомо, що етіологія пневмоній у вагітних суттєво не відрізняється від такої у дорослого населення (табл. 1) [2, 3, 9]. Частіше збудником є *S. pneumoniae*, доля якого становить до 30–35 % всіх випадків, винятком є хворі із важким перебігом пневмонії та хворі на нозокоміальну пневмонію. Найчастішими збудниками важкої пневмонії та при наявності важких супутніх захворювань є *H. influenzae*, *S. aureus* та грамнегативні мікроорганізми.

Ступінь тяжкості пневмонії може бути різноманітним та визначається ступенем дихальної недостатності, вираженістю інтоксикаційного синдрому, наявністю ускладнень, декомпенсацією супутніх захворювань.

Перебіг пневмонії у вагітних частіше більш важкий у зв'язку зі зменшенням дихальної поверхні легень, високим стоянням

діафрагми, яке обмежує екскурсійні рухи легень, додатковим навантаженням на серцево-судинну систему. До фізіологічних непультмональних змін, які можуть впливати на розвиток та перебіг пневмоній, відносять збільшення швидкості клубочкової фільтрації, зміни в екскреції катіонів й аніонів, що ведуть до розвитку компенсованого респіраторного алкалозу.

Однак перебіг може бути стерним, за відсутності лихоманки, виражених явищ інтоксикації, патологічних змін у крові. Початок зазвичай повільний. Однак може спостерігатися гострий початок хвороби із появи ознобу, лихоманки послаблюючого типу (чергування періодів підвищення та зниження температури). Хворі скаржаться на кашель із невеликою кількістю слизово-гнійного мокротиння, загальну слабкість, головний біль. Дихання помірно прискорене (до 28–30 за хвилину). Зберігається легеневий перкуторний звук чи виявляється притуплення на обмеженій ділянці легень. При аускультатії визначається везикулярне дихання із дрібнопухирчастими хрипами, іноді — сухими. Хрипи є непостійними, можуть зникати при глибокому диханні чи після кашлю. Можуть спостерігатися шум тертя плеври та бронхіальне дихання.

Обов'язковими є наступні методи діагностики пневмонії [2, 3, 10]:

- рентгенографія органів грудної клітини у двох проекціях, яку виконують за найменшої підозри на наявність пневмонії;
- мікроскопічне дослідження мокротиння (зібраного натще та перед початком антибактеріальної терапії), пофарбованого за Грамом;
- мікробіологічне культуральне дослідження мокротиння, плеврального випоту, крові;
- клінічний аналіз крові для виявлення лейкоцитозу та здвигу до незрілих форм.

Діагноз пневмонії є визначеним за наявності у хворої рентгенологічно підтвердженої вогнищевої інфільтрації легеневої тканини (її поява або прогресування існуючої) та не менше 2 клінічних ознак із нижченаведених [1, 2, 3, 11]:

- гострий початок захворювання з температурою тіла вище 38° С;
- кашель із виділенням мокротиння (при фарбуванні за Грамом вміст нейтрофілів > 25 та епітеліальних клітин < 10 у полі зору при малому збільшенні);
- фізикальні ознаки (притуплений або тупий перкуторний звук, ослаблене або жорстке бронхіальне дихання, фокус дзвінких дрібнопухирцевих хрипів та/або крепітації);
- лейкоцитоз та/або паличкоядерний зсув;
- виявлення етіологічно значущого збудника при проведенні культурального дослідження.

Слід зауважити, що виконання рентгенограми органів грудної клітки на 3–5 добу захворювання збільшує ризик небажаних ускладнень як для вагітної, так і для плоду у зв'язку із затримкою призначення адекватної терапії.

Для визначення ступеню тяжкості використовують загальноприйняті шкали (CURB та PORT).

Таблиця 1

Основні збудники пневмонії у вагітних [2, 3, 9]

Перебіг захворювання	Збудники
Неважкий перебіг	<i>S. pneumoniae</i> , <i>M. pneumoniae</i> , <i>C. pneumoniae</i> , <i>H. influenzae</i>
Важкий перебіг	<i>S. pneumoniae</i> , атипівні мікроорганізми, <i>H. influenzae</i> , грамнегативні мікроорганізми
Важкі супутні захворювання	<i>S. pneumoniae</i> , <i>S. aureus</i> , грамнегативні мікроорганізми

Таблиця 2

Токсичні ефекти антибактеріальних лікарських засобів [5, 8]

Термін вагітності	Препарати, які здійснюють пошкоджуючу дію на плід
Ранні строки (аборт, тератогенна дія)	стрептоміцин, сульфонаміди, тетрациклін, рифампіцин
Ембріогенез	<ul style="list-style-type: none"> • тетрациклін (деформація кісток, зубів); • стрептоміцин (ототоксичність), • аміноглікозиди (нефротоксичність), • левоміцетин (анемія)
Пізні строки вагітності, лактація	<ul style="list-style-type: none"> • сульфонаміди (ядерна жовтяниця, гемоліз); • левоміцетин (анемія); • тетрациклін (деформація кісток, зубів); • аміноглікозиди (ототоксичність)

Наявність одного або декількох із перерахованих нижче показників свідчить про тяжкий перебіг пневмонії та підвищує ризик розвитку летального кінця:

- частота дихальних рухів ≥ 30 за 1 хв.;
- наявність супутніх захворювань (хронічне обструктивне захворювання легень, бронхіальна астма, цукровий діабет, хронічне захворювання печінки, алкоголізм);
- порушення свідомості;
- систолічний артеріальний тиск < 90 мм рт. ст. або діастолічний артеріальний тиск < 60 мм рт. ст.;
- ЧСС > 125 за 1 хвилину;
- температура тіла $> 38,3$ або < 35 °C;
- рівень гемоглобіну < 100 г/л;
- двобічне або багаточасткове ураження легень, порожнини розпаду, плевральний випіт;
- сепсис;
- рівень лейкоцитів $< 4 \times 10^9$ або $> 30 \times 10^9$ /л;
- рівень креатинину > 130 мкмоль/л, рН артеріальної крові $< 7,35$;
- SaO₂ менше 90 % (за даними пульсоксиметрії), парціальна напруга кисню в артеріальній крові < 60 мм рт. ст. [2, 3, 4].

Пневмонія не є протипоказанням для продовження вагітності, на пізніх строках вагітності питання про спосіб родорозрішення вирішується індивідуально.

Всі вагітні хворі на пневмонію потребують лікування в умовах стаціонару. Більшість із них потребує моніторингу газового складу крові.

Антибактеріальна терапія є єдиним науково обґрунтованим методом лікування пневмоній [7].

Особливістю лікування хворих даної групи є обмеження медикаментозних призначень.

Більшість антибактеріальних препаратів, які використовуються для лікування пневмонії, активно проникають через плаценту та можуть спричинити ембріотоксичний ефект, який властивий практично усім представникам цієї групи.

Однак токсична дія антибіотиків в окремі періоди вагітності різна (табл. 2).

Тому слід приділити увагу препаратам вибору при лікуванні пневмонії у вагітних.

У разі неважких бактеріальних пневмоній, які мають наступні прояви: гнійне мокротиння, біль в грудній клітці, слід віддавати перевагу лікуванню амінопеніцилінами (амоксцициліном).

При підозрі на пневмонію, спричинену внутрішньоклітинними збудниками, за наявності серед клінічних проявів непродуктивного кашлю, виражених симптомів інтоксикації та задишки, доцільно призначати препарати групи макролідів (азитроміцин, спіраміцин).

За наявності тяжкого перебігу або факторів ризику (алкоголізм, цукровий діабет, муковісцидоз, бронхоектатична хвороба) препаратами вибору є "захищені" амінопеніциліни (амоксцицилін/клавуланова кислота) чи цефалоспорини III покоління (цефтріаксон) [2, 3, 6].

Висновки

1. Пневмонія у вагітних не є абсолютним показом для переривання вагітності.
2. Вагітні хворі на пневмонію потребують госпіталізації та нагляду в умовах стаціонару.
3. Препаратами вибору можуть бути амінопеніциліни (амоксцицилін), макроліди (азитроміцин, спіраміцин), "захищені" амінопеніциліни (амоксцицилін / клавуланова кислота), цефалоспорини III покоління (цефтріаксон).

ЛІТЕРАТУРА

1. Дворецкий Л. И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты // Рус. мед. журн. — 1996. — № 4 (11). — С. 684–94.
2. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике / А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Л. С. Страчунский и др. // М, 2006. — 76 с.
3. Негоспітальна та нозокоміальна (госпітальна) пневмонія у дорослих осіб: етіологія, патогенез, класифікація, діагностика, антибактеріальна терапія (методичні рекомендації). Наказ МОЗ України від 19.03.2007 № 128 // Наказ. "Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю "Пульмонологія". — Київ: Велес, 2007. — С. 105–146.
4. Охотникова Е. Н., Багрий А. Э. Антибактериальная терапия у детей и беременных: безопасность прежде всего // Здоров'я України. — 2008. — № 8. — С. 46–47.
5. Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии. Под ред. Л. С. Страчунского, Ю. Б. Белоусова, С. Н. Козлова. — Смоленск: МАКМАХ, 2007. — 464 с.
6. Чилова Р. Я., Ищенко А. И., Рафальский В. В. Особенности применения антибактериальных препаратов при беременности // Клин. микробиол. антимикроб. химиотер. — 2005. — Т. 7. — № 1. — С. 77–89.
7. Яковлев С. В. Критический анализ антибактериальных препаратов для лечения инфекций в стационаре // Consilium medicum. — 2002. — Т. 4. — № 1. — С. 22–30.
8. Drug Evaluation. American Medical Association. Chicago, 1993.
9. Lim W. S., Macfarlane J. T., Colthorpe C. L. Pneumonia and pregnancy // Thorax. — 2001. — V. 56, № 5. — P. 398–405.
10. Ramsey P. S., Ramin K. D. Pneumonia in Pregnancy // Obstet. Gynaecol. Clin. — 2001. — V. 28. — № 3. — P. 49.
11. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig et al. // Eur. Respir. J. — 2005. — V. 26. — № 6. — P. 1147–1158.