

Т. А. Перцева, В. В. Дмитриченко
ВНЕГОСПИТАЛЬНАЯ ПНЕВМОНИЯ У БЕРЕМЕННЫХ В УСЛОВИЯХ ЭПИДЕМИИ ГРИППА

Днепропетровская государственная медицинская академия

Внегоспитальная пневмония у беременных является важной медико-социальной проблемой.

Заболеваемость внегоспитальной пневмонией (ВП) в популяции зависит от эпидемиологической ситуации. Распространенность ВП среди беременных держится на стабильном уровне и составляет 0,78–2,7 случаев на 1000 родов независимо от срока беременности [27], однако отмечается увеличение количества тяжелых пневмоний (в период 2005–2007 гг. количество ВП увеличилось почти вдвое) [11]. Кроме того, частота осложнений (как легочных, так и внелегочных) у беременных значительно выше: риск развития бактериемии составляет 16 %, эмпиемы плевры — 8 %, потребность в ИВЛ — 20 % случаев [9, 11]. Пневмония у беременных сопровождается акушерско-гинекологическими осложнениями: преждевременными родами — 44 %, недоношенностью плода — 22 % и его гипотрофией в 33 % случаев. ВП является наиболее частой неакушерской инфекционной причиной материнской смертности и в некоторых странах занимает первое место [8, 11, 21].

Заболеваемость ВП среди беременных так же, как и небеременных, носит сезонный характер, чаще регистрируется в холодное время года. Переохлаждение может послужить провоцирующим фактором в развитии пневмонии [5]. Эпидемия гриппа ведет к увеличению заболеваемости ВП беременных, а также более тяжелому течению заболевания [18].

Возбудители пневмоний у беременных такие же, как и среди взрослого населения. Эпидемия гриппа способствует более частому возникновению пневмоний, вызванных вирусами гриппа А, В, С, парагриппа, аденовирусами. По данным некоторых авторов, вирусы являются причиной пневмоний у 2–15 % беременных. Однако наличие вирусных пневмоний до недавнего времени признавалось не всеми специалистами [18, 19]. Пандемия вируса гриппа А/Н1N1 заставила пересмотреть взгляды на существование вирусных пневмоний, и специалистами была предложена следующая классификация вирусных пневмоний:

Первичная вирусная (гриппозная) пневмония:

- возникает в первые 2 дня острого респираторного заболевания;
- этиология вируса подтверждена молекулярными методами;
- отсутствуют доказательства бактериальной природы.

Вторичная вирусная (гриппозная) пневмония:

пневмония конца 1-й — начала 2-й недели от начала вирусно-бактериальной этиологии (*S. pneumoniae*, *S. aureus* и другие возбудители).

Третичная вирусная (гриппозная) пневмония:

пневмония после 14-го дня от начала заболевания; возбудители — грамотрицательная флора.

Первичные, вторичные и третичные вирусные пневмонии могут протекать с осложнениями [16].

Пандемия вируса гриппа А/Н1N1 в 2009 г. преподала всем специалистам важный урок. Во время пандемии во всех стра-

нах возросло количество пневмоний среди населения и среди беременных в частности [35, 36, 38]. Хотя беременные женщины составляют лишь от 1 до 2 % населения, среди пациентов в 2009 г. с вирусом гриппа А/Н1N1, на них приходилось от 7 до 10 % из числа госпитализированных пациентов [3, 26, 29]. ВП, которые развивались в период эпидемии, отличались более тяжелым течением и большим количеством осложнений: от 6 до 9 % пациентов требовалось лечение в условиях ОРИТ [23, 24], и от 6 до 10 % случаев, из которых закончились летальным исходом [25, 26]. Беременные в 3-м триместре, с ожирением и иммунодефицитом составляли группу риска по возникновению ВП в условиях эпидемии гриппа А/Н1N1 [29].

В Украине эпидемия пандемического вируса гриппа А/Н1N1 началась в ноябре 2009 г. и пошла на спад в феврале 2010 г. За этот период в Днепропетровской области были госпитализированы 6249 человека, умерли 74 пациента, летальность составила 1,1 %. За аналогичный период среди беременных в Днепропетровской области были госпитализированы 834 пациентки с ВП, из них 122 случая тяжелого течения заболевания, требовали лечения в условиях отделения интенсивной терапии и реанимации 28 пациенток (у 21 — подтвержден вирус гриппа А/Н1N1), умерли — 8 беременных с ВП (у всех был подтвержден вирус гриппа А/Н1N1). Тогда как в г. Днепропетровске было госпитализировано в период эпидемии 64 беременных с ВП, а в неэпидемический период — 29 человек.

Пневмония не является противопоказанием для продолжения беременности, а на поздних сроках беременности вопрос о способе родоразрешения решается индивидуально.

Все беременные с ВП независимо от срока беременности и эпидемиологической ситуации нуждаются в лечении в условиях стационара.

Клиническое течение ВП у беременных чаще всего тяжелое из-за снижения дыхательной поверхности легких, высокого стояния диафрагмы, которая ограничивает экскурсию легких, увеличения поперечного размера и окружности грудной клетки, а также дополнительной нагрузки на сердечно-сосудистую систему.

Однако может наблюдаться стертое течение пневмонии, без наличия лихорадки, выраженных симптомов интоксикации и патологических изменений в анализах крови.

Вместе с тем не следует забывать и об острой манифестации (озноб или чередование периодов повышения и снижения температуры тела). Больные жалуются на кашель с небольшим количеством мокроты слизисто-гнойного характера, общую слабость, головную боль, одышку до 28–30 в мин.

При перкуссии легких возможно сохранение ясного легочного звука или притупление на ограниченном участке. Для аускультативной картины характерно везикулярное дыхание с мелкопузырчатыми хрипами, иногда — сухими. Хрипы могут быть непостоянными, исчезать при глубоком дыхании и после кашля. Может наблюдаться шум трения плевры и бронхиальное дыхание [17].

Для диагностики пневмонии обязательными являются следующие методы обследования [4, 12, 19, 33]:

- рентгенография органов грудной клетки в двух проекциях, которая выполняется при малейшем подозрении на пневмонию с экранированием брюшной полости;

- биохимический анализ крови (электролиты, ферменты печени, креатинин крови, мочевина, глюкоза крови);

- микроскопическое исследование мокроты (собранной натощак и перед началом антибактериальной терапии), окрашенной по Граму;

- микробиологическое культуральное исследование мокроты, плеврального выпота, крови для выделения возбудителя и определения чувствительности к антибиотикам;

- клинический анализ крови для определения лейкоцитоза и сдвига к незрелым формам.

Диагноз пневмонии считается достоверным при наличии у больной рентгенологически подтвержденной очаговой инфильтрации легочной ткани (ее появление или прогрессирование) и не менее 2 клинических симптомов из нижеперечисленных [2, 4, 5, 28]:

- острое начало заболевания с повышения температуры тела выше 38°C;

- кашель с выделением мокроты (при окраске по Граму содержание нейтрофилов > 25 и эпителиальных клеток < 10 в поле зрения при малом увеличении);

- физикальные признаки (притупление или тупой перкуторный звук, ослабленное или жесткое бронхиальное дыхание, фокус звонких мелкопузырчатых хрипов и/или крепитации);

- лейкоцитоз (> 10 г/л) и/или палочкоядерный сдвиг (> 10 %);

- выявление этиологически значимого возбудителя при проведении культурального исследования мокроты или крови.

Отсутствие или невозможность выполнения рентгенологического исследования для подтверждения наличия очаговой инфильтрации легочной ткани делает диагноз неточным или неопределенным. В этом случае диагноз основывается на данных эпидемиологического анамнеза, жалоб и соответствующих физикальных симптомов.

При наличии жалоб на повышение температуры тела, кашель с выделением мокроты, одышку и/или боль в грудной клетке, но отсутствии аускультативной симптоматики и невозможности выполнения рентгенологического исследования, диагноз пневмонии становится маловероятным [3, 15].

Для определения степени тяжести рекомендовано использовать общепринятые прогностические шкалы: CURB-65/CRB-65 и PORT с подсчетом индекса PSI [12]. Использование вышеперечисленных шкал имеет ряд особенностей: шкала CURB-65/CRB-65 проста в использовании и не требует большого числа дополнительных лабораторных исследований, хотя и возрастной аспект данной шкалы не применим для беременных, но имеет низкую чувствительность и специфичность; шкала PORT требует большого количества дополнительных исследований, которые выполняются даже не во всех клиниках. В 2006 г. группа австралийско-американских специалистов предложила для использования новую оценочную шкалу для определения тяжести пневмонии SMART-COP и её облегченный вариант SMART-CO (без альбумина и pH артериальной крови) для определения необходимости респираторной поддержки и вазопрессоров, а также решает вопрос о госпитализации (табл. 1–2) [13].

Данная шкала (SMART-CO) на, наш взгляд, является оптимальной, так как в своем составе не содержит каких-либо уникальных показателей и достаточно проста для использова-

Таблица 1

Шкала SMART-CO

Значение показателей	Баллы
S — Систолическое артериальное давление < 90 мм рт. ст.	2
M — Мультилобарные инфильтраты на рентгенограмме легких	1
A — Содержание альбумина в плазме крови < 3,5 г/дл*	1
R — Частота дыхательных движений в возрасте ≤ 50 лет ≥ 25/мин, в возрасте > 50 лет — ≥ 30/мин	1
T — Частота сердечных сокращений ≥ 125 уд/мин	1
C — Наличие признаков нарушения сознания	1
O — Оксигенация: PaO ₂ < 70 мм рт. ст., SpO ₂ < 94 % или PaO ₂ /FiO ₂ < 333 в возрасте ≤ 50; PaO ₂ < 60 мм рт. ст., SpO ₂ < 90 % или PaO ₂ /FiO ₂ < 250 в возрасте > 50 лет.	2
P — pH артериальной крови < 7,35	2
Сумма баллов	

Примечание: * — пересчет г/л = г/дл × 10.

Таблица 2

Интерпретация шкалы SMART-CO

Баллы	Необходимость респираторной поддержки и вазопрессоров
0	Очень низкий риск, не требуют госпитализации
1	Низкий риск (1 из 20), не требуют госпитализации
2	Средний риск (1 из 10), госпитализация в стационар
3	Высокий риск (1 из 6), госпитализация в ОРИТ
>4	Высокий риск (1 из 3), госпитализация в ОРИТ

ния клинической практике.

Нами был проведен анализ историй болезней и обменных карт беременных за 2007–2008 гг. [12] и с ноября 2009 по февраль 2010 г. Ни в одном из перечисленных медицинских документов мы ни встретили использования какой-либо шкалы для оценки тяжести пневмонии.

Рентгенологическими синдромами пневмонии могут быть:

Синдром легочного затемнения возникает в результате заполнения альвеол воспалительным экссудатом, может быть различной интенсивности, сегментарным, долевым или в виде очагов различной формы, с четкими и неясными границами; воспалительные инфильтраты могут иметь тенденцию к слиянию.

Синдром усиления легочного рисунка обусловлен воспалительными изменениями интерстициальной ткани.

Синдром ателектаза (уменьшение в объеме легочной ткани) возникает вследствие закупорки бронхов слизистой пробкой.

Синдром просветления является локальным и связан с локальной эмфиземой.

Синдром кольцевидной тени возникает в результате распада легочной ткани и образования абсцесса.

Наличие полостей распада в легких не характерно для пневмококковой, микоплазменной и хламидийной пневмонии, а свидетельствует в пользу стафилококковой инфекции, аэробных грамотрицательных энтеробактерий и анаэробов [6].

Следует отметить, что выполнение рентгенограммы органов грудной клетки на 3–5 сутки от начала заболевания увеличивает риск нежелательных осложнений, как для беременной, так и для плода.

Рекомендовано выполнение рентгенографии не позднее 2 суток от начала заболевания и на 14–16 день со дня обращения к врачу.

Необходимо помнить, что разрешение рентгенологичес-

кой инфильтрации происходит через 1 месяц и более и отстает от клинического выздоровления.

В случаях отрицательной динамики состояния беременной рентгенография органов грудной клетки выполняется согласно возникшей необходимости.

В случае установления диагноза «внегоспитальная пневмония» антибактериальная терапия является единственным научно обоснованным методом лечения [20].

Особенностью лечения пациентов этой группы является ограничение медикаментозных назначений. Необходимо помнить, что несвоевременное и беспорядочное назначение антибактериальных препаратов ведет к селекции вирулентных штаммов возбудителей, устойчивых к антибиотикам, и возникновению осложнений. Поэтому следует уделить особое внимание препаратам выбора при лечении пневмонии у беременных.

Согласно Приказу МЗ Украины (№ 128 от 19.03.2007 г.), при нетяжелых бактериальных пневмониях без сопутствующих заболеваний, сопровождающихся гнойной мокротой, болью в грудной клетке, препаратами выбора могут быть аминопенициллины.

В лечении пациенток с нетяжелой пневмонией при наличии модифицирующих факторов и/или сопутствующих заболеваний препаратами выбора являются амоксициллин/клавуланат и цефуроксима аксетил. Амоксициллин/клавуланат (Аугментин™) имеет высокую активность в отношении наиболее вероятных возбудителей пневмонии, хороший профиль безопасности и относится к категории В по классификации FDA при использовании у беременных («нет доказательств риска»).

При подозрении на пневмонию, вызванную внутриклеточными возбудителями (наличие непродуктивного кашля, выраженных симптомов интоксикации и одышки) целесообразно назначать препараты из группы макролидов.

В случаях тяжелого течения или при наличии факторов риска (алкоголизм, сахарный диабет, бронхоэктатическая болезнь или муковисцидоз), препаратами выбора будут «защищенные» аминопенициллины или цефалоспорины III поколения или в сочетании с макролидными антибиотиками (внутривенного или перорального введения) [2, 4, 9].

Хотелось бы напомнить, что в случаях, когда необходимо назначение парентеральных форм антибактериальных препаратов, целесообразно применение *ступенчатой антибиотикотерапии*. Оптимальным вариантом ступенчатой терапии является последовательное использование двух лекарственных форм (для парентерального введения и приема внутрь) одного и того же антибиотика, что обеспечивает преемственность лечения. Примером классической ступенчатой терапии является использование инъекционной формы амоксициллина/клавуланата с переходом на таблетированную форму. Переход на пероральную терапию проводят при позитивной клинической и лабораторной динамике и при нормальной гастроинтестинальной абсорбции. Ступенчатая терапия имеет ряд преимуществ при сохранении высокой эффективности:

- более комфортное лечение за счет уменьшения числа инъекций;
- уменьшение риска постинъекционных осложнений;
- сокращение сроков пребывания в стационаре, что снижает риск нозокомиальных инфекций;
- значительное уменьшение стоимости лечения.

Возможно также последовательное использование препаратов, близких по антимикробным свойствам и с одинаковым уровнем приобретенной к ним резистентности [12].

Беременным рекомендованы к применению следующие

режимы дозирования антибактериальных препаратов:

- амоксициллин — суточная доза 500 мг 3 раза в день независимо от приема пищи;
- азитромицин — 500 мг в сутки может использоваться как для перорального, так и парентерального введения; особенностью формы для инфузий является использование *только для внутривенного медленного введения*;
- спирамицин — суточная доза 6–9 млн МЕ в сутки 2–3 раза per os, для обоих препаратов возможно использование в виде ступенчатой терапии;
- амоксициллин/клавулановая кислота (Аугментин™) — в дозе 1,2 г 3 раза в день внутривенно струйно или капельно, для таблетированных форм суточная доза составляет 2000 мг (по 875/125 мг 2 раза);
- цефтриаксон назначается в суточной дозе 1,0–2,0 г 1 раз в сутки внутривенно капельно [12];
- цефуроксим — по 1,5 г 2–3 раза в сутки как внутривенно струйно или капельно, так и внутримышечно, для таблетированных форм используется цефуроксима аксетил в дозе по 500 мг 2 раза в сутки [3].

У пациенток с выраженной почечной недостаточностью необходимо корректировать дозу в зависимости от клиренса креатинина как при назначении аминопенициллинов и «защищенных» аминопенициллинов, так и цефалоспоринов [10].

В случае тяжелой эпидемической обстановки по поводу гриппа, наличия данных анамнеза или клиники рекомендовано в схемы лечения включать препараты, обладающие этиотропным действием на вирусы гриппа — ингибиторы нейраминидазы (занамивир или озелтамивир). В настоящее время появились данные о наличии у вирусов гриппа резистентности к озелтамивиру [30, 31]. Хотя генетическая структура вирусов гриппа и нейраминидаза постоянно изменяются, аминокислотная последовательность активного участка этого фермента остается постоянной, что делает его идеальной мишенью для противовирусной терапии. Занамивир (Реленца™) избирательно блокирует поверхностный фермент вируса гриппа — нейраминидазу, которая отвечает за репликацию вируса, и эффективно препятствует как проникновению вируса в клетки эпителия дыхательных путей, так и выходу реплицированных вирусных частиц. После пероральной ингаляции Реленца™ остается на поверхности клеток, тем самым обеспечивая блокирование процесса репликации вируса гриппа А и В. Особое внимание следует уделить ингаляционному способу применения препарата, так как он обеспечивает высокие концентрации занамивира в месте репликации вируса гриппа и быстрое начало действия (через 10 секунд после вдоха), минимальный риск системных побочных эффектов. Эффективность ингаляционного применения Реленцы™ подтверждена контролируруемыми клиническими исследованиями. В 1999 г. А. S. Monto и соавт. было выполнено рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование, в котором изучалась эффективность и безопасность занамивира для лечения гриппа А и В. Результаты исследования показали, что применение Реленцы™ сокращает длительность заболевания до 40 % по сравнению с плацебо, уменьшает выраженность симптомов до 44 % и снижает риск развития потенциально жизнеугрожающих осложнений гриппа на 32 % по сравнению с группой плацебо [37].

В 2002 г. А. S. Monto и соавт. провели рандомизированное двойное слепое плацебо контролируемое исследование, в котором изучали эффективность применения занамивира с профилактической целью среди членов семей заболевших.

Эффективность занамивира в профилактике гриппа среди пациентов высокого риска составляет 81 %, эффективность постконтактной профилактики занамивиром была одинаково высокой в отношении вирусов гриппа А и В (75 и 85 % соответственно) [30]. Эффективность занамивира также была показана в исследовании Albert Osterhaus и соавт., где авторы показали высокую эффективность препарата у пациентов с вирусом гриппа В, которая сопоставима с таковой при вирусе гриппа А [22].

Исследования, проведенные на животных, и результаты назначения этих препаратов людям не показали их вредного действия. Появились данные о приеме препарата Реленца™ у беременных во время эпидемии гриппа А/Н1N1 для лечения тяжелых форм гриппа и его осложнений, а также у кормящих матерей. Результаты свидетельствуют о высокой эффективности и достаточной безопасности применения у данной категории пациенток [32, 34]. Это позволило рекомендовать занамивир (Реленца™) в качестве препарата выбора беременным женщинам в период эпидемии гриппа, вызванной штаммом А/Н1N1 [1].

Хотелось бы отметить тот факт, что профилактика острых вирусных инфекций и гриппа как среди взрослого населения, так и среди беременных находится на низком уровне. По данным анкетирования врачей Днепропетровской области, 73 % опрошенных рекомендуют своим пациентам проведение плановой ежегодной вакцинации. Обращает на себя внимание значительное число (27 %) тех, кто не только не желает вакцинироваться, но и считает эту процедуру опасной [14].

Принципиально, вакцинация против гриппа, несмотря на небольшое количество данных о ее безопасности, не противопоказана во время беременности, и, кроме того, обладает протективным влиянием не только в отношении матери, но и в отношении новорожденного [38].

Выводы

Пневмония не является показанием для прерывания беременности.

Беременные с ВП требуют постоянного наблюдения и лечения в условиях стационара.

Препаратами выбора для лечения данной категории пациентов могут быть аминопенициллины (амоксциллин), макролиды (азитромицин, спирамицин), «защищенные» аминопенициллины (амоксциллин / клавулановая кислота, например, Аугментин™) и цефалоспорины II–III поколения (цефтриаксон, цефуроским и цефуросима аксетил).

Необходимо вакцинировать всех беременных против гриппа.

Для этиотропной терапии гриппа А и В у беременных может быть применен занамивир (Реленца™) в случае, если польза от применения препарата превышает потенциальный риск для плода.

Клинический случай

Беременная Н., 32 года поступила в приемное отделение 20.12.10 в 18.30. Диагноз на момент поступления: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония, 3 клиническая группа, ЛН I ст. ОРВИ? Вторая беременность 26 нед., головное предлежание.

Жалобы при госпитализации: слабость, повышение температуры тела до 38,4 °С, кашель с отхождением мокроты, одышка, боли в мышцах.

Анамнез заболевания: болеет в течение 2-х дней, когда впервые повысилась температура тела до 38,0 °С, появился сухой

кашель, слизистые выделения из носа, боли в мышцах и слабость. Не лечилась, за медицинской помощью не обращалась. На 2-е сутки состояние ухудшилось, появились одышка и кашель с отхождением слизисто-гноной мокроты. Пациентка вызвала скорую медицинскую помощь, была доставлена в больницу.

Эпидемиологический анамнез: муж и ребенок перенесли ОРВИ.

Аллергологический анамнез не отягощен.

При поступлении: состояние средней тяжести. Сознание ясное, контакт продуктивный. Температура тела — 38,8 °С.

Видимые слизистые оболочки и кожные покровы чистые, бледно-розовые, легкий румянец на щеках. Повышенного питания. При аускультации над легкими в нижних отделах с обеих сторон определяется ослабленное везикулярное дыхание, там же влажные мелкопузырчатые хрипы; частота дыхательных движений — 24 за 1 мин, SpO₂ — 95 %. Тоны сердца — звучные, ритм правильный, ЧСС — 100 в 1 мин. Артериальное давление — 125/70 мм рт. ст. Живот увеличен в объеме за счет беременной матки, безболезненный при пальпации. Со стороны других внутренних органов патологии не выявлено.

Дополнительные методы обследования:

Общий клинический анализ мочи от 20.12.10: патологических изменений не выявлено.

Общий клинический анализ крови от 20.12.10: гемоглобин — 107 г/л, эритроциты — 3,5×10¹²/л, гематокрит — 34 %, ц.п. — 0,9; СОЭ — 28 мм/ч, лейкоциты — 8,6×10⁹/л, эозинофилы — 1 %, палочкоядерные лейкоциты — 12 %, сегментоядерные лейкоциты — 72 %, лимфоциты — 14 %, моноциты — 1 %.

Биохимический анализ крови от 20.12.10: общий белок — 56,4 г/л, альбумин — 29,3 г/л, мочевины крови — 4,6 ммоль/л, креатинин крови — 91 мкмоль/л, общий билирубин — 9,4 мкмоль/л, глюкоза крови — 5,09 ммоль/л, калий — 4,5 ммоль/л, натрий — 147 ммоль/л.

Коагулограмма от 22.12.10: фибриноген — 3,08 г/л.

Общий анализ мокроты от 22.12.10: цвет — желто-зеленый, характер — слизистый, консистенция — жидкая, лейкоциты — 20–25 в п/зр., эритроциты — 0–1 в п/зр., эпителий кубический — 3–4 в п/зр., альвеолярные макрофаги — единичные в п/зр.

Посев мокроты от 22.12.10: патологическая микрофлора не выявлена.

В смыве из носоглотки методом ПЦР выявлен вирус гриппа А.

Дата забора — 23.12.10. Ответ получен 25.12.10.

Рентгенограмма органов грудной клетки (прямая и правая боковая проекции) от 22.12.10: выявлена инфильтрация легочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Лечение: Аугментин™ 1,2 г в 100,0 мл физиологического раствора натрия хлорида — 3 раза в сутки в/в капельно, азитромицин 500 мг в 250 мл физиологического раствора натрия хлорида в/в капельно медленно длительно, амброксол 2,0 в/в 2 раза в сутки, Реленца™ 5 мг — по 2 ингаляции 2 раза в сутки.

Динамика состояния пациентки положительная: к концу первых суток снизилась температура тела до 37,8 °С, уменьшилась одышка. Стойкая нормализация температуры произошла к концу 10 суток.

Нормализация лабораторных показателей достигнута к 12 дню госпитализации.

Длительность антибактериальной терапии — 12 дней, у пациентки использовалась ступенчатая антибактериальная терапия Аугментином с переходом на таблетированную форму в дозе 875/125 мг 2 раза в сутки и азитромицин. Занамивир (Реленца™) использовался согласно инструкции по применению (в течение 5

суток). Амброксол применялся сначала парентерально, а затем в виде жевательных пастилок длительностью 14 суток.

Больная выписана из стационара на 15 сутки от момента госпитализации с выздоровлением. Диагноз при выписке: Внегоспитальная левосторонняя нижнедолевая пневмония, 3 клиническая группа, ЛН 1 ст. Грипп, легкое течение. Вторая беременность 28 нед., головное предлежание.

Роды состоялись в срок (38 нед.). Родился здоровый ребенок весом 3,750 кг.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Pandemic H1N1 2009 Influenza: Clinical Management Guidelines for Adults and Children* [Электронный ресурс] / Режим доступа: http://www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/@sta/@perf/documents/digitalasset/dh_110617.pdf
2. Чучалин, А. Г. Внебольничная пневмония у взрослых: практические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике. Пособие для врачей [Текст] / [А. Г. Чучалин, А. И. Синопальников, Р. С. Козлов и др.]. — С.: МАКМАХ, 2010. — 80 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 р. № 128 // Наказ «Про затвердження клінічних протоколів надання медичної допомоги за спеціальністю «Ппульмонологія». — К.: Велес, 2007. — С. 105–146.
4. Гучев И.А. Chlamydomphila pneumoniae и Mycoplasma pneumoniae как возбудители внебольничной пневмонии у взрослых [Электронный ресурс] / И.А. Гучев // Consilium medicum — 2003. — Т. 5. — № 12. — Режим доступа: <http://www.consilium-medicum.com/article/12547>
5. Дворецкий, Л. И. Пневмонии. Диагностика, лечение, геронтологические аспекты [Текст] / Л.И. Дворецкий // Русский медицинский журнал — 1996. — № 4(11). — С. 684–694.
6. Казанцев В.А. Пневмонии: Руководство для врачей [Текст] / Казанцев В.А, Удальцов Б.Б. — СПб.: Спец-Лит, 2002. — 118с.
7. Медведь В.И. Введение в клинику экстрагенитальной патологии беременных [Текст] / В.И. Медведь. — К.: Авиценна, 2004. — 168 с.: илл.
8. Нисвандер, К. Справочник Калифорнийского университета [Текст] / К. Нисвандер, А. Эванс (ред.) — М.: «Практика», 1999. — глава 7. Беременность и болезни легких / Б. Деттель, К. Джиллоли — (Перевод с английского: Н.А. Тимонина, Редакторы перевода: к. м. н. Д.Д. Проценко, В.М. Нечушкина).
9. Охотникова Е.Н. Антибактериальная терапия у детей и беременных: безопасность прежде всего [Текст] / Е. Н. Охотникова, А.Э. Багрий // Здоров'я України — 2008. — № 8. — С. 46–47.
10. *Практическое руководство по антиинфекционной химиотерапии* [Электронный ресурс] под ред. Л.С. Страчунского, Ю.Б. Белоусова, С.Н. Козлова. — С.: МАКМАХ, 2007. — С. 423–435. — Режим доступа к руководству: <http://www.antibiotic.ru/ab/pregnant.shtml>
11. Перцева Т.О. Пневмония у вагітних [Текст] / Т.О. Перцева, В.В. Дмитриченко // Рациональна фармакотерапія — 2008. — №3 (08). — С. 12–14.
12. *Пневмония у беременных: клиника, диагностика, лечение. Методическое пособие для врачей терапевтов, пульмонологов, акушеров-гинекологов* [Текст] / Перцева Т.А., Дмитриченко В.В., Гарагуля А.А. и др. — К.: Ферзь, 2008. — 22с.
13. Руднов В.А. Сравнительный анализ информационной значимости шкал для оценки тяжести состояния больных с внебольничной пневмонией, госпитализированных в ОРИТ [Текст] / В.А. Руднов, А.А. Фесенко, А.В. Дрозд // Клиническая микробиология и антимикробная химиотерапия — 2007. — Т. 9. — № 4. — С. 330–337.
14. *Сезонная вакцинация против гриппа: мнение практикующих врачей* [Текст] / Т.А. Перцева, Л.А. Ботвинникова, В.В. Дмитриченко и др. — Мат-лы науч.-практ. конф. с междунар. участием «Актуальні питання діагностики, лікування і санаторно-курортної реабілітації захворювань внутрішніх органів», (п. г. т. Орловщина, 19–20 мая 2011 г.). — С. 109–110.
15. Чучалин А.Г. Диагностика и лечение пневмоний с позиций медицины доказательств [Текст] / А.Г. Чучалин, А.Н. Цой, В.В. Архипов // Consilium medicum — 2002. — Т. 4. — № 12. — С. 620–644.
16. Чучалин А.Г. Грипп: уроки пандемии (клинические аспекты) [Текст] / А.Г. Чучалин // Пульмонология 2010. Приложение: Грипп А/Н1N1 — С. 3–8.
17. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных [Текст] / Шехтман М.М. — М.: Триада. — 1999. — С.170–202.
18. Шехтман М.М. Пневмония у беременных [Электронный ресурс] / М.М. Шехтман // 9 месяцев — 2004. — № 1. — Режим доступа к журн.: <http://www.9months.ru/opasnisti/1363>
19. Шехтман М.М. Пневмония у беременных [Электронный ресурс] / М.М. Шехтман, О.В. Козина // Consilium medicum. Гинекология. — 2005. — Т. 7. — № 3. — Режим доступа: http://old.consilium-medicum.com/media/gynecology/05_03/178.shtml
20. Яковлев С.В. Критический анализ антибактериальных препаратов для лечения инфекций в стационаре [Текст] / С.В. Яковлев // Consilium medicum — 2002. — Т. 4. — №1. — С. 22–30.
21. Bariffi, F. Epidemiology of lower respiratory tract infections / F. Bariffi, F. Sandussi, A. Pontisiella // Journal of Antimicrobial Chemotherapy — 1996. — Vol. 7, № 4. — P. 263–276.
22. *Clinical efficacy of inhaled zanamivir for the treatment of patients with influenza B virus infection* [Электронный ресурс] / A. D. M. E. Osterhaus, J. A. Hedrick, K. J. Henrickson et al. — Режим доступа: <http://www.medscape.com/viewarticle/406194>
23. *Critical care services and 2009 H1N1 influenza in Australia and New Zealand* [Text] / The ANZIC Influenza Investigators // The New England Journal of Medicine. — 2009. — Vol. 361. — P. 1925–1934.
24. *Kumar, A. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) infection in Canada* [Text] / A. Kumar, R. Zarychanski, R. Pinto et al. // The Journal of the American Medical Association. — 2009. — Vol. 302. — P. 1872–1879.
25. *Dominguez-Cherit, G. Critically ill patients with 2009 influenza A(H1N1) in Mexico* [Text] / G. Dominguez-Cherit, S. E. Lapinsky, A. E. Macia et al. // The Journal of the American Medical Association. — 2009. — Vol. 302. — P. 1880–1887.
26. *Louie, J. K. Factors associated with death or hospitalization due to pandemic 2009 influenza A(H1N1) infection in California* [Text] / Louie J. K., Acosta M., Winter K. et al. // The Journal of the American Medical Association. — 2009. — Vol. 302. — P. 1896–902.
27. *Goodnight, W.H. Pneumonia in pregnancy* [Text] / W. H. Goodnight, D. E. Soper // Critical Care Medicine. — 2005. — Vol. 33, №. 10 (Suppl.). — S. 390–397.
28. *Woodhead, M. Guidelines for the management of adult lower respiratory tract infections* [Text] / M. Woodhead, F. Blasi, S. Ewig et al. // European Respiratory Journal. — 2005. — Vol. 26, № 6. — P. 1147–1158.
29. *Jain, S. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April–June 2009* [Text] / S. Jain, L. Kamimoto, A. M. Bramley et al. // The New England Journal of Medicine. — 2009. — Vol. 361. — P. 1935–1944.
30. *Monto, A. S. Randomized, placebo-controlled studies of inhaled zanamivir in the treatment of influenza A and B: pooled efficacy analysis* [Text] / A. S. Monto, A. Webster, O. Keene // Journal of Antimicrobial Chemotherapy. — 1999. — Vol. 44 (Topic B). — P. 23–29.
31. *Semple, M. G. Pandemic H1N1 2009 influenza: clinical management guideline for adults and children* [Электронный ресурс] / M.G. Semple, W.S. Lim, R.C. Read et al. // Published October 2009, Delphi. — 25 P. — Режим доступа: http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/PublicationsPublicationsPolicyAndGuidance/DH_107769
32. *Mangtani, P. Pandemic H1N1 infection in pregnant women in the USA* [Text] / P. Mangtani, T. K. Mak, D. Pfeifer // The Lancet. — 2009. — Vol. 374. — P. 429–430.
33. *Ramsey, P. S. Pneumonia in Pregnancy* [Text] / P. S. Ramsey, K.D. Ramin // Clinical Obstetrics and Gynecology. — 2001. — Vol. 28, № 3. — P. 49.
34. *Tanaka, T. Safety of neuraminidase inhibitors against novel influenza A (H1N1) in pregnant and breastfeeding women* [Text] / T. Tanaka, K. Nakajima, A. Murashima et al. // Canadian Medical Association Journal. — 2009. — Vol. 181, № 1–2. — P. 55–58.
35. *Louie J. K. Severe 2009 H1N1 Influenza in Pregnant and Postpartum Women in California* [Text] / J. K. Louie, M. Acosta, D. J. Jamieson et al. for the California Pandemic (H1N1) Working Group // The New England Journal of Medicine. — 2009. — Vol. 362, № 1. — P. 27–35.
36. *Transmission dynamics and impact of pandemic influenza A (H1N1) 2009 virus* // Wkly Epidemiological Record. — 2009. — Vol. 84. — P.481–484.
37. *Monto, A. S. Zanamivir prophylaxis: an effective strategy for the prevention of influenza types A and B within households* [Text] / A. S. Monto, M. E. Pichichero, S. J. Blanckenberg et al // The Journal of Infection Diseases. — 2002. — Vol. 186. — P. 1582–1588.
38. *Hewagama S. 2009 H1N1 Influenza A and Pregnancy Outcomes in Victoria, Australia* [Text] / S. Hewagama, S. P. Walker, R. L. Stuart et al. // Clinical Infectious Diseases. — 2010. — V. 50 (1 March). — S. 686–690.

AGMT/10/UA/24.10.2011/5508

Печатается при поддержке ГлаксоСмитКляйн