

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМ РЕСПИРАТОРНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ И ПРОФИЛАКТИКА РДС ПЛОДА

Норкулова Сохиба Уктамовна

Самаркандский государственный медицинский университет

Аннотация

Более 800 лет со времен первой исторически зафиксированной эпидемии гриппа (1173 г.) до второй половины XIX столетия ученые не относили грипп к контагиозным, то есть заразным болезням. Считалось, что, так как грипп может молниеносно охватывать крупные населенные пункты и даже страны, то эта болезнь вызывается миазмами – вредоносными природе человека началами, распространяющимися на большие расстояния с потоками воздуха. И в этом есть доля истины, поскольку передается вирус преимущественно воздушно-капельным путем. Источником инфекции, как правило, является заболевший человек с явными и с еще не выраженными симптомами. Наибольшую опасность представляют больные в первые 5–6 дней болезни. Восприимчивость людей к вирусу гриппа высокая, но к вновь появляющимся субтипам вируса она особенно высока. Высокая интенсивность передачи возбудителя приводит к росту заболеваемости, увеличению частоты и тяжести эпидемий, а также увеличению числа антигенных изменений вирусов гриппа и одновременной циркуляции нескольких антигенных вариантов.

Эпидемиология

Заболеваемость гриппом, вне редких пандемий, характеризуется ежегодными эпидемическими подъемами с выраженной сезонностью. В странах Северного полушария эпидемии гриппа происходят, как правило, в зимний период. Однако спорадические случаи заболевания регистрируются также и в другие сезоны года. В некоторых тропических странах вирусы гриппа циркулируют круглый год, достигая одного или двух пиков во время сезонов дождей. По данным ВОЗ, во всем мире ежегодные эпидемии гриппа сопровождаются развитием примерно 3-5 млн. случаев тяжелых форм заболевания и примерно 250 000 - 500 000 случаев смерти.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

По данным мета-анализов [4, 5], учитывающих только лабораторно подтвержденные случаи заболевания гриппом в период последней пандемии, установлено, что:

1. Беременные женщины, больные гриппом требуют госпитализации в 4 раза чаще, чем небеременные;
2. Наиболее тяжело протекает грипп у пациенток в третьем триместре беременности;
3. Более 8% госпитализированных беременных (преимущественно в третьем триместре заболевания) требуют проведения интенсивной терапии;
4. Показатель летальности от гриппа среди пациенток в третьем триместре беременности максимален и достигает 16,9%, а уровень смертности среди всех госпитализированных взрослых составляет 6%;
5. Преждевременные роды у беременных с гриппом наблюдаются в 3 раза чаще;
6. Перинатальная смертность в 5 раз выше.

Среди дополнительных факторов риска развития тяжелого/осложненного течения заболевания среди беременных можно выделить следующие [5]:

1. Молодой возраст, наличие сопутствующей хронической патологии (ожирение, бронхиальная астма, сахарный диабет или заболевания сердца);
2. Негроидная раса;
3. Позднее начало противовирусной терапии.

Клиническая картина

На основании данных проведенных мета-анализов [5] были установлены факторы риска необходимости проведения интенсивной терапии:

1. Высокая температура тела ($> 38^{\circ}\text{C}$);
2. Одышка (ЧДД $> 30/\text{мин.}$) и нарушения дыхания (с большой вероятностью указывают на возможность летального исхода);
3. Необходимость в кислородной поддержке ($\text{SpO}_2 < 80\%$ с большой вероятностью указывает на возможность летального исхода);
4. Развитие пневмонии (с большой вероятностью указывает на возможность развития осложнений в период госпитализации);
5. Тахикардия (чем выше частота сердечных сокращений, тем больше оснований для проведения интенсивной терапии);

6. Нарушение сознания.

Ключевыми особенностями течения гриппозной инфекции при беременности являются:

1. Наличие физиологической иммуносупрессии беременных, способствующая генерализации инфекции и повышению частоты развития вторичных бактериальных осложнений;

2. Высокая потребность в кислороде организма матери и плода и повышенная чувствительность к гипоксии.

В III триместре гестации из-за высокого стояния диафрагмы происходит углубление реберно-диафрагмального синуса, в связи с чем, у 50% беременных развивается одышка. Эти изменения приводят к тому, что в случае развития пневмонии 20% беременных требуется респираторная поддержка. 3. Возможность развития вирус-ассоциированных осложнений беременности, что, в конечном счете, на ранних сроках беременности может проявиться в виде аномалий развития эмбриона (чаще - центральной нервной системы и конечностей) и спонтанных прерываний 27 беременности, а во втором-третьем триместрах беременности - в виде невынашивания беременности, патологии амниона (маловодие) и плаценты (острый вирусный, нередко геморрагический, плацентит; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты).

В большинстве случаев грипп протекает доброкачественно в течение 2-5 дней, исход благоприятный. В Великобритании подавляющее большинство пациентов во время первой волны пандемии гриппа 2009 года переносили заболевание в относительно легкой форме, 50% выздоравливали в течение 7 дней с момента появления первых симптомов и еще 25% - в течение 10 дней. Однако, у беременных, особенно во втором и третьем триместре, грипп является опасной инфекцией, представляющей реальную угрозу для здоровья будущей матери и ее ребенка. Клиническая картина гриппа у беременных может существенно варьировать, а грозные осложнения сочетаться с развитием патологии беременности, что в конечном итоге усугубляет состояние как будущей матери, так и плода.

Осложнение

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

Среди вторичных осложнений гриппа у беременных, как и у всех пациентов с гриппом, особого внимания заслуживают: вторичная бактериальная пневмония, осложнения со стороны ЛОР-органов (гаймориты, отиты, фронтиты, синуситы, лакунарная и фолликулярная ангина), бактериальный сепсис, а также целый ряд состояний, обусловленных обострением сопутствующих заболеваний (бронхиальная астма, ХОБЛ, хроническая сердечная недостаточность, заболевания печени и почек). По данным ВОЗ, примерно у 10% всех заболевших и у 50% госпитализированных пациентов с гриппом развивается пневмония. В США сопутствующая гриппу пневмония регистрировалась у 40% госпитализированных пациентов [8]. У 20% больных с гриппом 32 H1N1, помещенных в отделение интенсивной терапии в Новой Зеландии и Австралии, диагностировалась вторичная бактериальная пневмония [9]. В зависимости от характера возбудителя выделяют: первичное вирусное поражение легких, вторичную пневмонию (как правило, бактериальную) и смешанное, вирусно-бактериальное поражение легких. Среди этиологических агентов, способных вызвать вторичную пневмонию у больных гриппом, чаще всего являются представители микрофлоры, колонизирующей верхние отделы дыхательных путей. Из многочисленных микроорганизмов лишь некоторые способны при попадании в нижние отделы дыхательных путей вызывать воспалительную реакцию. Таким типичным возбудителем вторичной пневмонии при гриппе является *S. Pneumonia* (30-50% случаев заболевания). На долю атипичных микроорганизмов приходится от 8 до 30% случаев развития вторичной пневмонии. Среди них: *Chlamydophila pneumoniae*, *Mycoplasma pneumonia*, *Legionella pneumophilla*. К более редким возбудителям (3-5%) можно отнести: *Haemophilus influenza*, *Staphylococcus aureus*, *Klebsiella pneumoniae*. Наиболее частыми бактериальными агентами, способными вызвать сепсис у больных гриппом, являются [10]: *Streptococcus pneumonia*, *Streptococcus pyogenes*, *Staphylococcus aureus* и *Haemophilus influenza*.

Патология беременности и патология плода

Перинатальные осложнения при гриппе

При анализе течения и исходов 682 беременностей у матерей с гриппом H1N1 в период эпидемии 2009-2010 года в Забайкальском крае выявлена высокая частота потери плода (самопроизвольный выкидыш, внутриутробная

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

гибель плода, преждевременные роды), рождения маловесных детей, обусловленных внутриутробным гриппозным поражением плода и последа. Грипп А(Н1N1)pdm09 повышает частоту и является непосредственной причиной самопроизвольного прерывания беременности в I триместре гестации (в период эпидемии показатель составил 68,5%). При этом у 72% женщин на момент госпитализации имелись клинические проявления гриппа А, а 28% больных указали на недавно перенесенную ОРВИ. Наибольшее число ранних потерь беременности возникло при инфекции у матери в сроки 5-8 недель: до 4 нед. – 6,5%, 5-6 нед. – 39,1%, 7-8 нед. – 39,1%, 9-10 нед. – 15,3%, 11-12 нед. – 0%. Спонтанные аборт чаще возникают при среднетяжелом (69,6%) и тяжелом (17,4%) течении гриппа, который сопровождается фебрильной и гектической лихорадкой, не поддающейся коррекции жаропонижающими препаратами (Белокриницкая Т.Е. и соавт., 2014). После гриппа, перенесенного на 5–8-й неделях гестации, у 4,1% женщин выявлены аномалии развития плода (гастрошизис, аномалии лицевого черепа, гидроцефалия, аномалии конечностей, spina bifida; в группе неболевших в период эпидемии гриппа беременных – 0%). После перенесенных грипп-ассоциированных пневмоний хроническая гипоксия плода (ХГП) диагностирована у 68,2% женщин. Наименьший показатель частоты ХГП отмечен после пневмонии в I триместре гестации. Наибольший риск развития ХГП отмечен после вирусной пневмонии в 3 триместре гестации: показатель отношения шансов по сравнению с I 33 триместром составил 8,4, со II-м – 1,5. Средний риск выявлен во II триместре по сравнению с первым - показатель отношения шансов 5,2. После вирусно-бактериальной пневмонии во II-III триместрах гестации повышен риск развития задержки роста плода (15,5% против 6% при неосложненном течении гриппа и ОРВИ). Больше половины младенцев от матерей, перенесших при беременности вирусную пневмонию, имели осложнения в период ранней постнатальной адаптации (52,7%): патологическая убыль массы тела (17,4%), транзиторная гипербилирубинемия (16,4%), транзиторная дисфункция миокарда (9,1%), вегето-висцеральный синдром (4,5%), транзиторная полицитемия (1,8%). Среди патологических состояний таких новорожденных чаще, чем у детей от беременных с неосложненным гриппом и ОРВИ, регистрируются церебральная ишемия, явившаяся следствием хронической гипоксии плода (30%), внутриутробная

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

пневмония (11,8%), внутрижелудочковые кровоизлияния (3,6%), судорожный синдром (4,5%), респираторный дистресс-синдром (1,8%). У каждого третьего ребенка отмечено сочетание двух и более симптомов, каждый пятый потребовал перевода на второй этап лечения и реабилитации. Серьезным фактором перинатального риска являются роды в разгар заболевания. У детей от матерей с гриппом в 84% были нарушения адаптации в раннем неонатальном периоде, у 15% – врожденная пневмония, у 79% – церебральная ишемия, у 15% – гипербилирубинемия, у 30% – вегетовисцеральный синдром, по 7% новорожденных имели РДС, геморрагический и судорожный синдромы. (Белокриницкая Т.Е. и соавт., 2014). Акушерские осложнения при гриппе. Наибольшее число акушерских осложнений возникает при гриппе, перенесенном матерью в первом и втором триместрах гестации. Грипп в I триместре гестации является фактором риска развития маловодия, синдрома задержки роста плода. После гриппа перенесенного во втором триместре по сравнению с третьим чаще развиваются задержка роста плода, преэклампсия, невынашивание беременности (показатель в 8 раз больше, чем у женщин незаболевших гриппом и в 5 раз чаще после ОРВИ), преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты (ПОНРП), холестаза. Независимо от срока гестации, на котором возникла вирусная инфекция, в постэпидемическом периоде беременность чаще осложнялась анемиями (до 80%) и гестационным пиелонефритом (16%) . Наибольший акушерский риск имеют беременные, вступившие в роды или родоразрешенные по медицинским показаниям в разгар инфекционного заболевания и в восстановительный период (4 недели): у нихкратно выше частота преждевременных родов, преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты (ПОНРП), преждевременного излития околоплодных вод, кесаревых сечений. Тяжелые нарушения гемостаза и микроциркуляции, как проявление геморрагического синдрома, у пациенток с гриппом приводят к осложнениям в послеродовом периоде - гематомы малого таза, как после кесарева сечения так и при родах per vias naturalis (Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Грипп А (H1N1)pdm09 и беременность. - Новосибирск: Наука, 2014.- 160 с.: ил.). В постэпидемическом периоде у беременных, перенесших вирусную пневмонию, ассоциированную с пандемическим гриппом, повышен риск

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

развития анемии (66,4%), преэклампсии (25%), гестационного пиелонефрита (17,6%), холестаза (7,3%). Наибольшая частота гестационного пиелонефрита отмечена среди беременных, перенесших вирусно-бактериальную пневмонию в III триместре гестации – 15,4%, во II триместре – 2,4%. У беременных, перенесших вирусно-бактериальную пневмонию, риск развития маловодия выше в 1,8 раза чем при неосложненном течении гриппа и ОРВИ. Имеется отчетливая связь этого осложнения и срока гестации, на котором возникла грипп А(H1N1)pdm09-ассоциированная пневмония: после гриппозной пневмонии в I триместре беременности, маловодие не развилось ни в одном случае, во II триместре – в 12,2%, в III триместре – в 29,2% случаев. У беременных с вирусной пневмонией повышена частота оперативных родоразрешений, что обусловлено большим числом акушерских и перинатальных осложнений (преэклампсия, тяжелый холестаз, СЗРП, гипоксия плода и др.). Экстренное кесарево сечение в остром периоде заболевания производится, главным образом, по поводу осложнений, возникших на фоне тяжелой полиорганной недостаточности у матери, геморрагического плацентита или преждевременной отслойки нормально расположенной плаценты и острого дистресса плода, а также при агональном состоянии матери. При оперативных родах в разгар грипп-ассоциированной пневмонии высок риск массивного коагулопатического маточного кровотечения (до 25%). Следует отметить, что любой вид родоразрешения женщин в острый период осложненного гриппа А(H1N1)pdm09 сопряжен с прогрессированием симптомов полиорганной недостаточности, риском материнской летальности, высокой частотой акушерских осложнений. У пациенток, родоразрешенных в острый период вирусной пневмонии, в послеродовом периоде повышена частота развития гематом малого таза (после кесарева сечения) и мягких тканей родовых путей (при родах per vias naturalis) (7,3%), хронической гематометры (10,9%), острого эндометрита (Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицына А.Ю. Грипп А (H1N1)pdm09 и беременность. - Новосибирск: Наука, 2014.- 160 с.: ил.). Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с большим числом осложнений: утяжеление основного заболевания и вызванных им осложнений, развитие и прогрессирование дыхательной недостаточности, возникновение акушерских кровотечений, интранатальная гибель плода,

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

послеродовые гнойно-септические осложнения. Неблагоприятные исходы беременности были зарегистрированы во время всех предыдущих пандемий гриппа. Так во время пандемии гриппа 1918 года среди беременных женщин удивительно часто отмечалось развитие синдрома потери плода (до 5.6%). Похожая картина наблюдалась и в период азиатской пандемии гриппа 1957 года. Кроме того в этот же период среди новорожденных отмечена высокая частота регистрации дефектов развития центральной нервной системы и других систем органов [22]. Одним из наиболее частых осложнений гриппа во время беременности является синдром потери плода (самопроизвольные аборт, внутриутробная гибель плода, преждевременные роды). Причинами этого являются непосредственно эмбриотоксическое действие вируса и нарушение маточно-плацентарного кровообращения на фоне интоксикации и гипертермии. Частота самопроизвольного прерывания беременности 35 достигает 20-25% при осложненном течении гриппа, преждевременные роды возникают у 16,5% рожениц [Климов В.А., 2009].

Лечение

Лечение беременных гриппом должно проводиться с обязательным привлечением врачей других специальностей. На период эпидемии гриппа должны быть сформированы бригады в составе: 1. Врача-инфекциониста (ответственный врач бригады); 2. Акушера-гинеколога; 3. Реаниматолога; 4. Пульмолога; 5. Кардиолога; 6. Гематолога; 7. Эндокринолога; 8. Уролога. При поступлении в стационар в приемном отделении первичный осмотр беременной осуществляют врач-инфекционист и акушер-гинеколог. Акушер-гинеколог оценивает характер течения беременности, состояние плода, наличие/отсутствие акушерских показаний к экстренному родоразрешению. Врач-инфекционист оценивает тяжесть течения заболевания и решает вопрос о необходимости привлечения других специалистов. В дальнейшем врач-инфекционист и акушер-гинеколог осуществляют постоянный контроль состояния здоровья беременной с оценкой жизнеспособности плода. Ответственность за ведение пациента в стационаре полностью возлагается на врача-инфекциониста, который для своевременной и качественной диагностики осложнений гриппа может привлекать других специалистов из утвержденной бригады. При отсутствии всех вышеуказанных специалистов в стационаре, на период эпидемии гриппа учреждение заключает договор с

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

многопрофильным стационаром, в штате которого имеются все необходимые специалисты. Врач-инфекционист стационара должен иметь полную информацию о специалистах, которые могут быть задействованы в ведении пациентов.

Характеристика препаратов для лечения гриппа у беременных и тактика ведения

Далеко не все лекарственные средства, обладающие противовирусным действием в отношении вируса гриппа, могут быть назначены беременным. Одни препараты обладают доказанным токсическим действием на плод, а о безопасности применения у беременных других лекарственных средств в настоящее время просто недостаточно информации.

Противовирусная терапия

Беременным следует назначать противовирусные препараты с первых часов заболевания гриппом. Для проведения адекватной терапии беременные должны госпитализироваться в стационар независимо от характера и тяжести клинических проявлений заболевания и срока беременности. Исследованиями последних лет установлено, что вирус гриппа А (H1N1) в настоящее время чувствителен к ингибиторам нейраминидазы осельтамивиру (Тамифлю®) и занамивиру (Реленза®) и обладает устойчивостью к препаратам адамантанового ряда Амантадину и Римантадину. Изучение вопросов терапии гриппа у беременных проводилось в Госпитале для Больных Детей (SickKids) в Торонто и в Японском Институте Лекарственной Информации в Токио. По результатам исследования авторы работы пришли к заключению, что Осельтамивир является препаратом выбора при лечении гриппа, так как имеется больше всего данных по изучению его безопасности и эффективности у беременных, страдающих гриппом. Что касается Занамивира, то, как утверждают авторы исследования, его также можно использовать в качестве противовирусного препарата, хотя данных по его безопасности для беременных меньше. Как показали исследования, только небольшое количество Осельтамивира и Занамивира поступает в материнское молоко, поэтому, если ребенку, находящемуся на грудном вскармливании, требуется лечение, то и ему могут назначаться эти препараты в рекомендуемых дозировках. Science Daily (June 18, 2009). Ингибиторы нейраминидазы: ингаляционный препарат занамивир и осельтамивир высокоэффективны при

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

назначении их в первые 36 часов от начала заболевания [12]. Тем не менее, существуют данные, свидетельствующие о том, что применение противовирусных препаратов в более поздние сроки (вплоть до 7 дня заболевания) может быть целесообразным [8]. Во время доклинических исследований осельтамивир и его активный метаболит проникали в молоко лактирующих крыс. Данные по экскреции осельтамивира с грудным молоком у человека и применению осельтамивира кормящими женщинами ограничены. Осельтамивир и его активный метаболит в небольших количествах проникают в грудное молоко, создавая субтерапевтические концентрации в крови грудного ребенка. При назначении осельтамивира кормящим женщинам следует также учитывать сопутствующее заболевание и патогенность циркулирующего штамма вируса гриппа. В клинических исследованиях установлено, что применение препарата осельтамивир для лечения гриппа у беременных не приводит к повышению риска развития осложнений беременности и патологии плода [21]. Как показали исследования последних лет, отечественный препарат Арбидол обладает широким спектром противовирусного действия, в том числе в отношении осельтамивир- и занамивир-устойчивых штаммов вируса гриппа, кроме того, он обладает низкой токсичностью [12], что позволяет использовать его в качестве противовирусного средства для лечения гриппа у беременных. Большой опыт применения Арбидола у беременных с гриппом имеют врачи Забайкальского края. Проспективное наблюдение за детьми от матерей, получавших арбидол при беременности, от рождения и в течение первого года жизни не выявило статистически значимых различий в физическом развитии и уровне заболеваемости от их сверстников (Белокриницкая Т.Е., 2010-2014). Начиная с 14-ой недели беременности разрешен к применению у беременных интерферон альфа2 b. В 2009 г были проведены широкомасштабные исследования по изучению характера течения гриппа у беременных с уточнением возможности использования противовирусных препаратов. Так, Alcia M.Siston и ее коллегами из CDC в Атланте, США, в период с апреля по август 2009 года проанализировали данные клинического течения гриппа H1N1 у беременных. Из 509 беременных, переносивших различные формы гриппа, 30 человек умерло (5% из всех зарегистрированных летальных исходов от этого гриппа за этот период времени, причем в США беременные

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

составляют 1% населения). Из 509 беременных госпитализированных в клинику, 115 человек поступили сразу в отделение реанимации и интенсивной терапии. Среди умерших беременных, 7,1% были в 1 триместре беременности, 26, 8% - во втором, 64,3% - в третьем. В ОРВИ чаще поступали беременные, которые начинали противовирусную терапию позже 4 дня болезни (56,05%), Беременные, начинавшие лечения со 2 дня болезни, составляли всего 9,4%. В этой связи CDC рекомендует обязательное раннее лечение гриппа, в том числе и сезонного, противовирусными препаратами, а также проведение профилактики гриппа беременным моновалентной вакциной. Противовирусные препараты необходимо назначить при появлении первых признаков гриппа или ОРВИ. 47. Рекомендуется назначение одного из перечисленных химиопрепаратов: 1. Осельтамивир (Тамифлю) – препарат выбора из группы ингибиторов нейраминидазы - 75 мг (1 капсула) 2 раза в день в течение 5 дней, при тяжелых/осложненных формах гриппа, доза может быть увеличена до 150 мг 2 раза в день с продлением курса лечения до 10 дней. 2. Занамивир (Реленза) - в виде порошка для ингаляционного применения через дискхалер по 2 ингаляции 2 раза в сутки в течение 5 дней; 3. Умифеновир (Арбидол) – течение без осложнений: по 200 мг 4 раза/сут (каждые 6 ч), курс лечения - 5 дней; с осложнениями (в т.ч. бронхит, пневмония) - по 200 мг 4 раза/сут (каждые 6 ч) в течение 5 дней, затем - по 200 мг 1 раз/нед. в течение 4 недель. 4. Начиная с 14-ой недели беременности в первые часы заболевания и до 3 дня болезни возможно использование Интерферон альфа-2b (виферон) в суппозиториях по 500 тыс МЕ 2 раза в день 5-10 дней. 4.9.1.2 Противовоспалительная и жаропонижающая терапия Противовирусная терапия у беременных должна сопровождаться назначением патогенетических средств. Известно, что главный симптом любого инфекционного заболевания – лихорадка.

Исследования показали, что гипертермия у беременных в течение первого триместра удваивает риск возникновения дефектов медуллярной трубки и может быть связана с другими врожденными дефектами и неблагоприятными исходами у плода. Имеющиеся данные позволяют предположить, что риск возникновения врожденных дефектов, связанных с температурой, может быть снижен путем применения жаропонижающих препаратов и/или мультивитаминов, содержащих фолиевую кислоту.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

Препаратом выбора среди всех лекарственных средств, обладающих жаропонижающим действием, является парацетамол, разрешенный к применению в течение всей беременности, однако возможно применение и некоторых НПВП (ибупрофен, целекоксиб) при соблюдении ограничений к применению в III 48 триместре. Большинство комбинированных препаратов, позиционируемых как средства от гриппа и простуды, отпускаемые без рецепта врача, противопоказаны к применению во время беременности. Препаратом выбора в этой группе лекарственных средств является парацетамол, однако возможно назначение и некоторых других НПВП. - - Парацетамол – 500-1000 мг до 4 раз в день (не более 4 г в сутки); Ибупрофен – по 200-400 мг 3-4 раза в сутки в течение 3-5 дней (Максимальная суточная доза - 1200 мг); препарат противопоказан в III триместре беременности. - Целекоксиб – 100-200 мг 2 раза в день в течение 3-5 дней (Максимальная рекомендованная суточная доза при длительном приеме — 400 мг) (исключить применение препарата в 3 триместре); 4.9.1.3 **Антибактериальная терапия**

Беременным женщинам, при неосложненном течение гриппа и если они ранее были здоровы, антибактериальная терапия обычно не требуется. Применение антибактериальных препаратов у беременных возможно лишь в тех случаях, когда ожидаемый эффект терапии превышает потенциальный риск для плода. Во время беременности безопасным для плода является назначение пенициллинов, в том числе ингибитор-защищенных, цефалоспоринов. Среди карбапенемов более безопасным для плода является меропенем. В группе макролидов для беременных разрешено применение препаратов спирамицин и джозамицин. Применение азитромицина, мидекамицина, кларитромицина возможно только в том случае, если потенциальная польза терапии для матери превосходит возможный риск для плода. Метронидазол противопоказан в I триместре. Противопоказаны при беременности тетрациклины, доксициклин, фторхинолоны, ко тримоксазол и сульфаниламиды. В амбулаторных условиях основной путь введения антибиотиков – пероральный. При острых неосложненных инфекциях у беременных без коморбидности и риска наличия резистентной флоры целесообразно назначение антибактериальных препаратов узкого спектра, активных в отношении потенциальных возбудителей.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

В случае развития на фоне антибактериальной терапии местного кандидоза (слизистой полости рта, половых органов) беременным назначаются только местные противогрибковые препараты. Препараты флуконазола для приема внутрь и в вену беременным противопоказаны. Разрешено применение флуконазола в виде вагинальных свечей. У госпитализированных пациенток выбор пути введения определяется тяжестью состояния и особенностями препарата: при нетяжелых инфекциях возможно пероральное назначение антибиотика, при тяжелом течении заболевания пациенты должны получать антибактериальный препарат внутривенно [25]. Важной частью в лечении пневмоний у беременных с осложненными формами гриппа является выбор антибактериальной терапии.

Аntenатальные кортикостероиды

В современной акушерской практике могут применяться кортикостероиды, например, 2 дозы бетаметазона (12 мг.) с интервалом в 12 или 24 часа. Применение кортикостероидов может быть обосновано необходимостью ускорить развитие легких плода в случае угрозы преждевременных родов. В литературе нет убедительных данных о том, что их использование может привести к обострению гриппозной инфекции [14]. В тоже время, установлено, что повторные дозы кортикостероидов могут привести к вторичной недостаточности надпочечников матери и к патологии плода [15].

Список литературы

1. Kelvin K.W. To, Alan K.L. Tsang, Jasper F.W. Chan, Vincent C.C. Cheng, Honglin Chen, Kwok-Yung Yuen. Emergence in China of human disease due to avian influenza A(H10N8) - Cause for concern? Journal of Infection. 2014; 1/11: 3.
2. Garten R.J., Davis C.T., Russell C.A. et al. Antigenic and genetic characteristics of swine-origin 2009 A(H1N1) influenza viruses circulating in humans. Science. 2009;325(5937):197-201.
3. Chan JF, To KK, Tse H, Jin DY, Yuen KY. Interspecies transmission and emergence of novel viruses: lessons from bats and birds. Trends Microbiol 2013 Jun 13.
4. Van Kerkhove M.D., Vandemaele Koukounari A. et al. Risk K.A., Shinde V., Jaramillo-Gutierrez G., factors for severe outcomes following 2009 influenza A (H1N1) infection: a global pooled analysis. PLoS Med. 2011 July; 8(7): e100105.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

5. Lim Boon H., Mahmood Tahir A. Influenza A H1N1 2009 (Swine Flu) and Pregnancy. 2010. По данным United Kingdom Obstetric Surveillance System (UKOSS).

6. Denholm J.T., Gordon C.L., pandemic (H1N1) Johnson P.D. et al. Hospitalised adult patients with 2009 influenza in Melbourne, Australia. MJA. 2010; 192 (2): 84-86.

7. Киселев О.И., Покровский В.И. Грипп при беременности: сочетание функциональной и инфекционной иммуносупрессии. Изд. «Принт». СПб. 2012. С. 85.

8. Jain S1, Kamimoto L, Bramley AM, Schmitz AM, Benoit SR, Louie J and al. Hospitalized patients with 2009 H1N1 influenza in the United States, April-June 2009. N Engl J Med. 2009 Nov 12;361(20):1935-44.

9. The ANZIC Influenza Investigators. Critical Care Services and 2009 H1N1 Influenza in Australia and New Zealand. N Engl J Med 2009; 361:1925-1934.

10. P. Shears, C. Sluman, D. Harvey. Sever bacterial sepsis associated with influenza: antimicrobial management in adults – clinical guideline, v2. 2012.

11. Noboru Uchide, Kunio Ohyama, Toshio Bessho, Makoto Takeichi, and Hiroo Toyoda. Possible Roles of Proinflammatory and Chemoattractive Cytokines Produced by Human Fetal Membrane Cells in the Pathology of Adverse Pregnancy Outcomes Associated with Influenza Virus Infection.

12. Деева Э.Г. Грипп. На пороге пандемии. Руководство для врачей. Изд. «Геотар - Медиа». 2008. С. 198.

13. Ferraris O., Lina B. Mutations of neuraminidase implicated in neuraminidase inhibitors resistance. J. Clin. Virol. 2008; 41: 13-19. 109

14. Crowley PA. Antenatal corticosteroid therapy: a meta-analysis of the randomized trials, 1972 to 1994. Am J Obstet Gynecol. 1995 Jul;173(1):322-35.

15. McKenna DS, Glynn MW, Nagaraja HN et al. The effects of repeated doses of antenatal corticosteroids on maternal adrenal function. American Journal of Obstetrics and Gynecology 2000;183: 669 – 673.

16. Mollura DJ, Asnis DS, Cornetta R, Feigin DS. Imaging Findings in a Fatal Case of Pandemic Swine-Origin Influenza A (H1N1). AJR 2009; 193.

17. ПРОГНОЗ И РЕЗУЛЬТАТЫ ЛЕЧЕНИЯ ПРИ МЕТАСТАТИЧЕСКОМ РАКЕ МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ. (2024). MEDICINE, PEDAGOGY AND TECHNOLOGY: THEORY AND PRACTICE, 2(10), 81-89.

МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ: ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

18. Исмоиловна, Т. Д. ., & Уктамовна, Н. С. . (2024). ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ РАКА МОЛОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ У ЖЕНЩИН ПОЖИЛОГО И СТАРЧЕСКОГО ВОЗРАСТА. SCIENTIFIC JOURNAL OF APPLIED AND MEDICAL SCIENCES, 3(10), 53–57.

19. Наркулова С. У., Атаходжаева Ф. А. Анализ развития септических осложнений в послеродовом периоде, а также после операции кесарева сечения //Биология и интегративная медицина. – 2017. – №. 2. – С. 97-103.

20. Каримова М. и др. РЕДУКЦИОННАЯ МАММОПЛАСТИКА У ЖЕНЩИН С ВЫРАЖЕННОЙ ГИПЕРТРОФИИ МОЛОЧНЫХ ЖЕЛЕЗ С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ Т-ОБРАЗНОГО РАЗРЕЗА //Журнал вестник врача. – 2021. – Т. 1. – №. 2. – С. 186-189.

21. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА РАКА ШЕЙКИ МАТКИ У БЕРЕМЕННЫХ //The Role of Technical Sciences in IV Industrial Civilization: International Scientific and Practical Conference (UK). – 2023. – Т. 4. – С. 1-1.

22. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. УРОЛОГИЧЕСКИЕ ОСЛОЖНЕНИЕ У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ //Current approaches and new research in modern sciences. – 2023. – Т. 2. – №. 11. – С. 118-119.

23. Тугизова Д. И., Каримова М. Н. Совершенствование Методов Ранней Диагностики И Тактики Ведения Беременных С Раком Шейки Матки //Central Asian Journal of Medical and Natural Science. – 2023. – Т. 4. – №. 3. – С. 643-656.

24. Наркулова С. У. (2024). Сравнительная Оценка Послеродовый Инволюции Матки У Перво- И Многорожавших. Journal of Science in Medicine and Life, 2(10), 75–77.

25. Каримова М., Асатулаев А., Тугизова Д. Оценка эффективности различных методов лечения больных с местнораспространенным раком молочной железы //Журнал вестник врача. – 2012. – Т. 1. – №. 4. – С. 69-70.

26. Рахимов Н. М. и др. Buyrak saratonini tarqalish darajasini baholashda poinvaziv vizualizasiya usullarini diagnostik imkoniyatlari //Журнал Репродуктивного Здоровья и Уро-Нефрологических Исследований. – 2021. – Т. 2. – №. 1.

**МЕДИЦИНА, ПЕДАГОГИКА И ТЕХНОЛОГИЯ:
ТЕОРИЯ И ПРАКТИКА**

Researchbib Impact factor: 11.79/2023

SJIF 2024 = 5.444

Том 2, Выпуск 10, 28 Отябрь

27. Тугизова Д. И., Джураев М. Д., Каримова М. Н. ФАКТОРЫ ПРОГНОЗА ПРИ РАКЕ ШЕЙКИ МАТКИ, АССОЦИИРОВАННЫЕ С БЕРЕМЕННОСТЬЮ.

28. Тугизова, Д. И., & Хайдарова, Р. Ш. Мавлуда Нематовна Каримова. *JOURNAL OF REPRODUCTIVE HEALTH AND URO-NEPHROLOGY RESEARCH*, 50.

29. Амонова М., Эльтазарова Г., Тугизова Д. Новые подходы к реабилитации после эктопической беременности //Журнал проблемы биологии и медицины. – 2016. – №. 4 (91). – С. 26-28.