

Грипп у беременных: клинический случай

Г. Э. Рыжов¹, ORCID: 0000-0002-6638-7602, ryzhovge@yandex.ru

А. Н. Турапова², ORCID: 0000-0002-2893-0854, alyaspid@gmail.com

Ж. Б. Понежева², ORCID: 0000-0002-6539-4878, doktorim@mail.ru

В. Б. Ромейко¹, romeykovb@ikb2.ru

¹ Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения города Москвы; 105275, Россия, Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, 15

² Федеральное бюджетное учреждение науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а

Резюме. Грипп является одной из значимых медико-экономических проблем здравоохранения во всем мире в силу высокого уровня заболеваемости и контагиозности, что приводит к большим экономическим потерям. Грипп распространен повсеместно, поражает все группы населения, вызывая развитие эпидемий и пандемий. Вирусы гриппа, особенно вирус типа А, имеет множество подтипов с различной комбинацией основных поверхностных антигенов — гемагглютинина и нейраминидазы. Различные эпидемические подтипы гриппа, вызванного вирусом типа А, являются причиной ежегодного подъема заболеваемости. Серьезную опасность представляет грипп для лиц, находящихся в группе риска, к числу которых можно отнести людей, длительное время страдающих рядом хронических заболеваний сердечно-сосудистой системы, респираторного тракта (в том числе — бронхиальной астмой), различными метаболическими нарушениями, первичными и вторичными иммунодефицитными состояниями, злокачественными новообразованиями, а также беременных, особенно в III триместре. Так, к примеру, высокая восприимчивость к гриппу у лиц, страдающих бронхиальной астмой, обусловлена специфическими патогенетическими процессами, связанными с поражением инфекционным агентом эпителия респираторного тракта, подавлением активности и функциональной способности макрофагов и Т-лимфоцитов, что в свою очередь в дальнейшем может значительно повышать риск присоединения вторичной бактериальной флоры и, как следствие, более тяжелого течения инфекционного процесса с развитием различных осложнений. Представленный в данной статье разбор клинического случая тяжелого течения гриппа А у беременной женщины, длительное время страдающей бронхиальной астмой, является наглядным примером того, как иммунокомпроментированный и коморбидный фон пациентов оказывает влияние на тяжесть и форму течения гриппа. В статье отмечено, что раннее выявление гриппа и назначение адекватной комплексной терапии способствуют снижению частоты возникновения и проявления осложнений. Также авторами подчеркнута особая значимость и ведущая роль своевременной и массовой вакцинации населения и в первую очередь лиц, находящихся в группе риска, что ведет к снижению роста заболеваемости и распространения эпидемического процесса. Однако, несмотря на существование специфической профилактики, уровень заболеваемости гриппом остается высоким, что в очередной раз указывает на важность проблемы и необходимость актуализации мер для снижения интенсивности эпидемического процесса.

Ключевые слова: грипп, беременность, бронхиальная астма, клинический случай.

Для цитирования: Рыжов Г. Э., Турапова А. Н., Понежева Ж. Б., Ромейко В. Б. Грипп у беременных: клинический случай // Лечащий Врач. 2022; 4 (25): 44-48. DOI: 10.51793/OS.2022.25.4.008

Influenza in pregnant women: a clinical case

Gleb E. Ryzhov¹, ORCID: 0000-0002-6638-7602, ryzhovge@yandex.ru

Alexandra N. Turapova², ORCID: 0000-0002-2893-0854, alyaspid@gmail.com

Zhanna B. Ponezheva², ORCID: 0000-0002-6539-4878, doktorim@mail.ru

Valeriy B. Romeyko¹, romeykovb@ikb2.ru

¹ State Budgetary Healthcare Institution Infectious Diseases Hospital № 2 Moscow Health Department; 15 8th Sokolinaya Gora str., Moscow, 105275, Russia

² Federal Budget Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia

Abstract. Influenza is one of the most significant medical and economic health problems worldwide due to the high level of morbidity and contagiousness, which leads to large economic losses. Influenza is widespread everywhere, affects all groups of the population, causing the development of epidemics and pandemics. Influenza viruses, especially type A virus, have many subtypes with different combinations of the main surface antigens — hemagglutinin and neuraminidase. Various epidemic subtypes of influenza caused by type A virus are the reason for the annual rise in morbidity. Influenza is a serious danger for people at risk, which can include people suffering from a number of chronic diseases for a long time, such as diseases of the cardiovascular system, respiratory tract (including bronchial asthma), various metabolic disorders, primary and secondary immunodeficiency conditions, malignant neoplasms, as well as the same pregnancy, especially in the third trimester. So, for example, high susceptibility to influenza in people suffering from bronchial asthma is due to specific

pathogenetic processes associated with the defeat of the epithelium of the respiratory tract by an infectious agent, suppression of the activity and functional ability of macrophages and T-lymphocytes, which in turn can significantly increase the risk of secondary bacterial flora joining, and as a consequence a more severe course of the infectious process with the development of various complications. The analysis presented in this article of a clinical case of severe influenza A in a pregnant woman suffering from bronchial asthma for a long time is a good example of how the immunocompromised and comorbid background of patients affects the severity and form of the flu course. In the article, the authors noted that early detection of influenza and the appointment of adequate complex therapy helps to reduce the frequency of occurrence and manifestation of complications. The authors also emphasized the special importance and leading role of timely and mass vaccination of the population, and first of all those at risk, which leads to a decrease in the growth of morbidity and the spread of the epidemic process. However, despite the existence of specific prevention, the incidence of influenza remains high, which once again indicates the importance of the problem and the need to update the measures necessary to reduce the intensity of the epidemic process.

Keywords: influenza, pregnancy, bronchial asthma, clinical case.

For citation: Ryzhov G. E., Turapova A. N., Ponezheva Zh. B., Romeyko V. B. Influenza in pregnant women: a clinical case // *Lechaschi Vrach*. 2022; 4 (25): 44-48. DOI: 10.51793/OS.2022.25.4.008

Грипп — острая вирусная высококонтагиозная антропонозная инфекция, протекающая с преимущественным поражением дыхательных путей, имеющая склонность к быстрому распространению среди населения за счет преимущественно аэрозольного (аспирационного) механизма передачи. Характеризуется коротким инкубационным периодом, наличием выраженного лихорадочно-интоксикационного синдрома, большой частотой госпитализации, развитием высокой доли осложнений [1].

Вирусы гриппа относят к РНК-вирусам из семейства *Orthomyxoviridae*. Существует три типа вирусов гриппа (А, В и С). Подтип вируса гриппа определяется двумя основными поверхностными антигенами — гемагглютинином (ГА) и нейраминидазой (НА). Вирус гриппа А имеет много подтипов с различной комбинацией 16 ГА и 9 НА антигенов (*H1N1*, *H3N2*, *H5N1* и т. п.) и является антигенно нестабильным, вызывающим спорадические случаи, сезонные вспышки и эпидемии. Вирусы гриппа типа В имеют менее частые антигенные вариации в геноме, ограничиваясь сезонными вспышками и редко — эпидемиями. Вирусы гриппа типа С заражают людей и свиней, антигенно стабильны и не вызывают эпидемий [2].

Вирусы гриппа распространены повсеместно, источником являются больные и вирусоносители, в исключительных случаях — птицы или животные. Путь передачи в основном воздушно-капельный, в ряде случаев — контактно-бытовой.

Учитывая частое развитие эпидемий и пандемий, инфицирование всех слоев населения, высокий процент госпитализаций и частое развитие осложнений, грипп остается одной из наиболее важных медико-социальных и экономических проблем во всем мире. Так, по данным доклада «О состоянии санитарно-эпидемиологического благополучия населения Российской Федерации (РФ) в 2020 году», заболеваемость гриппом в указанное время составила 35,07 на 100 тыс. населения, что ниже среднего многолетнего показателя 2010–2019 гг. (52,55 на 100 тыс.). Увеличен охват населения профилактическими прививками против гриппа: в преддверии эпидемического сезона 2020–2021 гг. было привито около 85,59 млн человек, что составило 59% от численности населения страны.

Одним из наиболее важных факторов риска тяжелого течения гриппа является беременность, особенно в III триместре [1, 3]. По данным различных исследователей, в период пандемий гриппа установлено, что беременным женщинам при инфицировании требуется госпитализация в 4 раза чаще, а частота преждевременных родов в 3 раза выше. Наиболее тяжело протекает грипп у беременных в III триместре ввиду развития пневмонии (до 55%, согласно проведенным исследо-

ваниям), а показатель летальности в этой категории населения крайне высок и достигает 16,9% [4, 5]. Причина — в общей иммуносупрессии, вызванной продуктами и метаболизмом хорионического гонадотропина, прогестерона, альфа-фетопротеина и другими факторами. Дополнительным фактором риска утяжеления течения гриппа у беременных является наличие сопутствующей хронической патологии бронхолегочной системы [6].

Повышенная восприимчивость больных бронхиальной астмой (БА) к острой респираторной вирусной инфекции (ОРВИ) и гриппу связана с угнетением функциональной активности локальных механизмов защиты слизистой оболочки. Возбудители ОРВИ способствуют развитию выраженной местной воспалительной реакции и образованию специфических IgE [7]. Поражая эпителий респираторного тракта, вирусы подавляют его активность и функцию макрофагов и Т-лимфоцитов. Происходит снижение экспрессии функциональной активности M2-рецепторов, что приводит к увеличению секреции ацетилхолина с развитием обструкции и гиперреактивности бронхов [1, 5, 6, 8]. В результате воспаления слизистых оболочек верхних дыхательных путей и снижения функции цилиарного аппарата нарушается естественный дренаж из околоносовых пазух, что приводит к стазу назального секрета у больных БА с последующим присоединением бактериальной инфекции.

Согласно данным, приводимым Центром по контролю и профилактике заболеваний США (CDC), беременные с гриппом на фоне БА нуждаются в госпитализации в 2 раза чаще, чем будущие мамы без хронических заболеваний дыхательной системы [3]. Осложненное течение гриппа в III триместре беременности наиболее часто являлось показанием для оперативного родоразрешения [3, 9, 10].

Одним из важнейших условий снижения риска заболеваемости гриппом является проведение своевременной специфической профилактики [5]. Вакцинация против гриппа способна сократить количество госпитализаций и число летальных случаев среди беременных, а также может потенциально снизить долю развития осложнений [11].

Принимая во внимание тот факт, что беременные являются группой повышенного риска по развитию угрожающих жизни состояний, в качестве этиотропной терапии показано применение противовирусных препаратов прямого действия с доказанной клинической эффективностью. Согласно клиническим рекомендациям Минздрава России «Грипп у взрослых» 2021 г., в настоящее время широко применяются в клинической практике такие препараты прямого действия, как ингибиторы вирусной нейраминидазы (осельтамивир,

занамибир) [9], а также ингибитор эндонуклеазы — балокаксавир марбоксил. Это перспективный препарат, доказавший свою эффективность в лечении гриппа А и В, однако безопасность его применения у беременных пациенток в настоящий момент сомнительна, препарат рекомендуется лишь в случаях, когда потенциальная польза для матери превышает потенциальный риск для плода [12, 13]. Таким образом, в соответствии с действующими нормативными документами, противовирусную терапию беременным пациенткам с гриппом следует начинать незамедлительно с первых часов заболевания. Разрешены к применению у беременных препараты занамибир, умифеновир и осельтамивир, а также с 14-й недели беременности в лечении гриппа и ОРВИ рекомендуются препараты интерферона альфа-2b [3].

Приводим клинический пример пациентки с гриппом в III триместре беременности.

Клинический случай

Пациентка М., 30 лет, была госпитализирована в отделение патологии беременности инфекционного стационара бригадой скорой медицинской помощи 09.12.2021 г. с направительным диагнозом «Острая респираторная вирусная инфекция. Бронхиальная астма, стадия декомпенсации, дыхательная недостаточность I степени. Беременность 32 недели», с жалобами на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа, малопродуктивный кашель.

Согласно данным, полученным в ходе сбора анамнеза, пациентка заболела 08.12.2021 г., когда отметила нарастание слабости, появление одышки при физической нагрузке, сухой, а впоследствии влажный кашель со скудно отделяемой мокротой. Пациентка страдает БА более 11 лет, лечится самостоятельно, применяя по необходимости ингаляционные бронхолитики. Начиная с 08.12.2021 г. пациентка более 20 раз воспользовалась ингалятором с сальбутамолом.

Из эпидемиологического анамнеза известно, что пациентка находилась в контакте с ребенком с симптомами ОРВИ с 03.12.2021 по 08.12.2021 г. От гриппа не вакцинирована.

При поступлении объективно: состояние тяжелое. Температура тела — 37,0 °С. Вес — 79,0 кг. Индекс массы тела — 29,7 кг/м². Рост — 163,0 см. В сознании, контактна, ориентирована всесторонне верно. Кожный покров физиологической окраски, сыпи нет. Отмечается инъекция сосудов склер. Слизистая оболочка ротовой полости и глотки диффузно гиперемирована, выраженная зернистость и яркая гиперемия слизистой оболочки задней стенки ротоглотки, миндалин не увеличены. Увеличение поднижнечелюстных лимфатических узлов до 1,0 см, лимфатические узлы при пальпации болезненные, не спаяны с кожей. Носовое дыхание затруднено, выделения из носа слизистые. Перкуторно — притупление звука в нижних отделах с обеих сторон. Аускультативно — дыхание жесткое, хрипы не выслушиваются, частота дыхательных движений (ЧДД) — 28 в минуту. Сатурация — 93% на атмосферном воздухе. Тоны сердца ритмичные, частота сердечных сокращений (ЧСС) — 140 ударов в минуту, артериальное давление (АД) — 140/70 мм рт. ст.

Язык розовый, влажный. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет беременной матки, живот соответствует сроку беременности 32 недели. *Distantia spinarum* — 25,0 см. *Distantia cristarum* — 27,0 см. *Distantia trochanterica* — 30, 0 см. *Conjugata externa* — 19,0 см. Окружность живота — 98,0 см. Высота дна матки — 32,0 см. Пальпаторно — печень не увеличена, селезенка не пальпируется. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стула

не было. Мочеиспускание не нарушено, моча желтого цвета. Менингеальных знаков и очагово-неврологической симптоматики не выявлено.

Влагалищное исследование: влагалище емкое, экзостозов нет, инфильтратов в малом тазу нет, своды свободные. Цервикальный канал сомкнут. Плодный пузырь цел. Предлежащая часть — головка плода расположена над входом в малый таз. Мыс не достижим. Деформаций малого таза нет. Выделения светлые. Осмотр шейки матки при помощи зеркала — шейка матки плотная, отклонена к крестцу, слизистая не изменена. Длина шейки — 3,0 см. Шейка цилиндрической формы. Наружный зев шейки закрыт. Слизистая стенок влагалища физиологической окраски.

При обследовании в общем анализе крови от 09.12.2021 г.: общий гемоглобин — 121 г/л, эритроциты — $4,00 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $15,4 \times 10^9$ /л, тромбоциты — 287×10^9 /л, абсолютное количество нейтрофилов — $13,7 \times 10^9$ /л, относительное количество нейтрофилов 89,0%.

Биохимический анализ крови от 09.12.21 г.: общий белок — 70,4 г/л, мочевины — 2,1 ммоль/л, креатинин — 62,8 мкмоль/л, билирубин общий — 9,6 мкмоль/л, холестерин — 6,98 ммоль/л, аланинаминотрансфераза — 10,3 ед/л, аспаратаминотрансфераза — 14,3 ЕД/л, щелочная фосфатаза — 182,7 ЕД/л, глюкоза — 5,19 ммоль/л, С-реактивный белок — 77,11 мг/л, лактатдегидрогеназа — 290,3 ЕД/л.

Общий анализ мочи от 09.12.21 г.: относительная плотность — 1016, рН — 6,5; белок — 0,58 г/л, лейкоциты и эритроциты не обнаружены.

При исследовании мазка со слизистой носо- и ротоглотки методом ПЦР от 09.12.2021 г. обнаружена РНК вируса гриппа типа А, субтип Н3N2.

УЗИ плода 09.12.2021 г.: в полости матки визуализируется 1 живой плод в головном предлежании, по фетометрии соответствует 32 неделям и 2 дням. ЧСС — 142 уд./мин. Нормоводие.

Кардиотокография (КТГ) от 09.12.2021 г. — нормальный тип КТГ.

Учитывая жалобы пациентки на слабость, одышку при незначительной физической нагрузке, заложенность носа, малопродуктивный кашель, наличие лихорадки до 38,5 °С и проявления катарально-респираторного синдрома (гиперемия и зернистость задней стенки ротоглотки, заложенность носа, малопродуктивный кашель), характерную картину лабораторных показателей (лимфопения — $0,8 \times 10^9$ /л; высокий уровень С-реактивного белка — 77,11 мг/л; повышение уровня ЛДГ — 290,3 ЕД/л), выставлен предварительный диагноз: «Грипп, вирус не идентифицирован, тяжелое течение». Конкурирующий диагноз: «Бронхиальная астма, неуточненная».

С учетом клинических рекомендаций «Грипп у взрослых» МЗ РФ, 2021 г., назначено комплексное медикаментозное лечение, включающее этиотропную терапию (осельтамивир — 75 мг 2 раза в сутки перорально; Гриппферон — 2 капли интраназально × 4 раза в сутки); полоскание ротоглотки 0,05% раствором хлоргексидина (местное применение), ксилометазолин (0,1%) интраназально по 2-3 капли в каждый носовой ход 4 раза в сутки; парацетамол при повышении температуры свыше 38,5 °С; дексаметазон — 8 мг внутривенно струйно 3 раза в сутки (в целях профилактики острого респираторного дистресс-синдрома плода), будесонид — 1 мг ингаляционно через небулайзер 3 раза в сутки. Также пациентке проводилась пероральная дезинтоксикационная терапия (обильное питье).

Через два часа с момента госпитализации пациентка отметила усиление одышки и кашля, появление чувства нехватки

воздуха, учащенное сердцебиение. При осмотре состояние тяжелое, с отрицательной динамикой. Пациентка в сознании, контактна, ориентирована верно. Возбуждена, эмоционально лабильна. Кожный покров бледный. Поднижнечелюстные лимфатические узлы увеличены до 1,0 см, болезненные при пальпации, не спаяны с кожей. При аускультации легких дыхание ослабленное, в нижних отделах справа – влажные мелкопузырчатые, в нижних отделах слева – сухие свистящие хрипы. ЧДД – 40 раз в минуту. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС – 122 уд./мин, АД – 105/62 мм рт. ст. Сатурация на атмосферном воздухе составляла 92%, при дыхании увлажненным кислородом на скорости подачи 5 литров в минуту – 94%. Живот мягкий, безболезненный, увеличен в объеме за счет беременной матки. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон. Стула не было. Мочеиспускание не нарушено, моча желтая. Выделения из половых путей светлые, скудные. Менингеальных знаков и очаговой неврологической симптоматики не выявлено.

Ухудшение состояния пациентки было расценено как дебют астматического статуса, введено 60 мг преднизолона внутривенно (с целью купирования приступа бронхообструкции). Дальнейшее обследование и лечение проводились в условиях отделения реанимации.

С целью компенсации дыхательной недостаточности пациентке была обеспечена неинвазивная вентиляция легких с помощью аппарата высокопоточной назальной оксигенации (ВПО), скорость подачи – 15 литров в минуту. В рамках терапии выраженного синдрома бронхообструкции продолжено пролонгированное введение преднизолона внутривенно в суточной дозировке от 600 до 1500 мг.

10.12.2021 г. уровень кислорода в капиллярной крови на самостоятельном дыхании с помощью аппарата ВПО (15 литров в минуту) – 92%. ЧДД – 40 в минуту, ЧСС – 130 уд./мин, АД – 100/55 мм рт. ст. Пациентка переведена на искусственную вентиляцию легких (ИВЛ). Принято решение экстренно родоразрешить пациентку путем проведения операции кесарева сечения. Родился живой недоношенный мальчик, весом 1800 г, рост – 40,0 см, оценка по шкале Апгар – 4/7 баллов. Учитывая выраженный синдром угнетения, отсутствие самостоятельного дыхания, срок гестации, анамнез заболевания и жизни матери, ребенок был интубирован, подключен к аппарату ИВЛ.

После родоразрешения проведены дополнительные исследования: на компьютерной томографии органов грудной клетки (КТ ОГК) выявлена двусторонняя полисегментарная очаговая пневмония смешанной этиологии, степень поражения тяжелая (КТЗ), острый респираторный дистресс-синдром. Эхокардиография – размеры камер сердца, показатели сократимости в пределах индивидуальной нормы, умеренная легочная гипертензия, трикуспидальная регургитация I степени, ложные хорды в полости левого желудочка, расхождение листков перикарда не выявлено, умеренный кальциноз аортального клапана, аортальная недостаточность I степени.

В связи с прогрессированием дыхательной недостаточности, отрицательной динамикой лабораторных показателей (увеличение С-реактивного белка до 120,20 мг/л, нарастание уровня лейкоцитов до $20,5 \times 10^9$ /л, абсолютное количество нейтрофилов – $19,0 \times 10^9$ /л, концентрация липополисахаридов [активность эндотоксинов] – 0,68 относительных единиц), с учетом стратификации риска дополнительного инфицирования нозокомиальной флорой пациентка была отнесена к группе риска СКАТ (Стратегия Контроля Антимикробной Терапии) IIIA, а к терапии 10.12.2021 г.

были добавлены антибактериальные препараты эртапенем (1 г 2 раза в сутки внутривенно капельно), линезолид (600 мг × 2 раза в сутки, внутривенно капельно).

На фоне проводимого лечения нарастала отрицательная динамика лабораторных показателей (лейкоцитоз – $26,6 \times 10^9$ /л, С-реактивный белок – 175,0 г/л, абсолютное количество нейтрофилов – $23,7 \times 10^9$ /л), в связи с чем принято решение произвести вираж антибактериальной терапии с переходом на ванкомицин по 1 г 2 раза в сутки внутривенно и левофлоксацин по 500 мг 2 раза в сутки внутривенно.

На 8-е сутки стационарного лечения отмечена положительная динамика в виде регресса дыхательной недостаточности. Прекращена медикаментозная седация. Пациентка переведена на самостоятельное дыхание с кислородной поддержкой аппаратом ВПО со скоростью потока 30 литров в минуту, сатурация – 99%. Дыхание через трахеостомическую трубку. ЧДД – 22 в минуту. Гемодинамика стабильная, восстановление мышечного тонуса. По данным лабораторной диагностики уровень С-реактивного белка – 18,57 мг/л, лейкоциты – $16,7 \times 10^9$ /л. При бактериологическом исследовании крови и мокроты роста микроорганизмов не выявлено.

На 13-е сутки достигнута стойкая положительная динамика, пациентка переведена в послеродовое отделение для продолжения комплексной терапии. Проведена эхокардиография в динамике – лоцируются дополнительные образования на створках митрального и аортального клапанов. Аортальная и митральная недостаточность I степени. Сократительная способность миокарда левого желудочка удовлетворительная. Положительная динамика воспалительного процесса.

Пациентка была выписана на 18-е сутки стационарного лечения в удовлетворительном состоянии с клиническим улучшением под наблюдение в поликлинике по месту жительства терапевта, кардиолога, пульмонолога, акушера-гинеколога. Даны рекомендации по дальнейшему лечению: будесонид ингаляционно по 400 мкг 2 раза в день под контролем пульмонолога; ацидофильные лактобактерии – 2 капсулы внутрь 3 раза в сутки в течение 14 дней.

Диагноз при выписке. Основной диагноз: J10.0 Грипп А (H3N2), тяжелое течение.

Конкурирующий диагноз: J45.9 Бронхиальная астма, неоточенная, тяжелое течение.

Осложнение основного заболевания: J18.8 Внутривенная двусторонняя полисегментарная пневмония смешанной этиологии (вирусная, бактериальная), КТЗ. J96.0 Дыхательная недостаточность II-III степени, острый респираторный дистресс-синдром тяжелой степени. J46.0 Астматический статус от 09.12.2022 г. I33.9 Острый эндокардит с поражением аортального и митрального клапанов. Аортальная недостаточность I ст. Митральная недостаточность I ст.

Фоновый диагноз: O82.1 Преждевременные оперативные роды в головном предлежании в 32 недели и 3 дня. Лапаротомия по Пфанненштилю. Кесарево сечение в нижнем сегменте.

Заключение

Данный клинический случай, по мнению авторов, наглядно демонстрирует актуальность проблемы гриппа тяжелого течения у беременных с хроническими заболеваниями бронхолегочной системы, особенно при неконтролируемой БА.

Следует обратить внимание на то, что самым надежным методом профилактики гриппа и его тяжелого течения является своевременная вакцинация, в особенности лиц из групп

риска, в том числе беременных и пациентов с хроническими заболеваниями сердечно-сосудистой и дыхательной систем [4].

Необходимо отметить, что пациенты с аллергонаторожностью, особенно большие БА, должны состоять под наблюдением аллерголога/пульмонолога и получать базовую терапию ингаляционными глюкокортикостероидами и в период эпидемического сезона не прерывать, а, возможно, даже усиливать базовую терапию. Тактика ведения таких больных должна предусматривать патогенетический подход, комплексность и этапность терапии.

Важно своевременно диагностировать и госпитализировать пациентов с гриппом и ОРВИ из групп риска для адекватной комплексной терапии, что будет способствовать выздоровлению в относительно краткие сроки без потери качества жизни и работоспособности. ■

КОНФЛИКТ ИНТЕРЕСОВ. Авторы статьи подтвердили отсутствие конфликта интересов, о котором необходимо сообщить.

CONFLICT OF INTERESTS. Not declared.

Литература/References

1. Клинические рекомендации. Грипп у взрослых МЗ РФ, 2021 год. 104 с. [Clinical guidelines. influenza in adults. MZ RF, 2021 god. P. 104.]
2. Понезжева Ж. Б., Купченко А. Н. Грипп и иммунопрофилактика // Журнал «Инфекционные болезни». 2016; 14 (4): 71-79. [Ponezheva Zh. B., Kupchenko A. N. Influenza and immunoprophylaxis // Zhurnal «Infektsionnyye bolezni». 2016; 14 (4): 71-79.]
3. Клинические рекомендации. Грипп у беременных, ФГБУ «НИИ гриппа» МЗ РФ, 2015. 103 с. [Clinical guidelines. Influenza in pregnant women. FGBU «NI grippa» MZ RF, 2015. P. 103.]
4. Калинина Э. Н., Зимица И. Н., Огибенина Н. О. и др. Вакцинация беременных от гриппа – эффективное средство профилактики заболеваемости данной нозологией / Сборник трудов конференции «Медицинские технологии и оборудование». 2019. С. 49-52. [Kalinina E. N., Zimica I. N., Ogibenina N. O. i dr. Vaccination of pregnant women against influenza is an effective means of preventing the incidence of this nosology / Sbornik trudov konferentsii «Meditsinskiye tekhnologii i oborudovaniye». 2019. P. 49-52.]
5. Regan A. K., Moore H. C., Sullivan S. G., et al. Epidemiology of seasonal influenza infection in pregnant women and its impact on birth outcomes // Epidemiology and Infection. 2017; 145 (14): 2930-2939.
6. Сологуб Т. В., Токин И. И., Цветков В. В., Цыбалова Л. М. Грипп в практике клинициста, эпидемиолога и вирусолога. 2017. 272 с. [Sologub T. V., Tokin I. I., Tsvetkov V. V., Tsybalova L. M. Influenza in the practice of a clinician, epidemiologist and virologist. 2017. 272.]
7. Царев С. В. Инфекция и аллергия: взаимосвязь и взаимовлияние // Русский медицинский журнал, 2016; 12: 800-803. [Tsarev S. V. Infection and allergy: relationship and mutual influence // Russkiy meditsinskiy zhurnal, 2016; 12: 800-803.]
8. Селькова Е. П., Калюжин О. В. ОРВИ и грипп. В помощь практикующему врачу. Медицинское информационное агентство, 2015. 224 с. [Sel'kova Ye. P., Kalyuzhin O. V. SARS and influenza. Help for the practitioner. Meditsinskoye informatsionnoye agentstvo, 2015. P. 224.]
9. Байбарина Е. Н., Филиппов О. С., Гусева Е. В. и др. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: этиотропная и респираторная терапия, акушерская тактика, профилактика // Архив акушерства и гинекологии им В. Ф. Снегирева. 2017; 4 (1): 50-54. [Baybarina Ye. N., Filippov O. S., Guseva Ye. V. i dr. Influenza and pneumonia caused by it in pregnant women: etiotropic and respiratory therapy, obstetric tactics, prevention // Arkhiv akusherstva i ginekologii im V.F. Snegireva. 2017; 4 (1): 50-54.]
10. Тарбаева Д. А., Белокриницкая Т. Е., Серкин Д. М. и др. Прогнозирование тяжелых форм гриппа у беременных / Сборник Scientific Discoveries. Proceedings of articles II International Scientific Conference. 2017. С. 519-522. [Tarbayeva D. A., Belokrinitskaya T. Ye., Serkin D. M. i dr. Prediction of severe forms of influenza in pregnant women / Sbornik Scientific Discoveries. Proceedings of articles II International Scientific Conference. 2017. S. 519-522.]
11. Вакцинация беременных против гриппа. Федеральные клинические рекомендации. 2014. 41 с. [Vaccination of pregnant women against influenza. Federal'nyye klinicheskiye rekomendatsii. 2014. P. 41.]
12. Ларина А. Н., Чуланов В. П. Новые возможности в лечении пациентов с гриппом: препарат балоксавир марбоксил // Журнал «Лечебное дело». 2020; 4: 38-46. [Larina A. N., Chulanov V. P. New opportunities in the treatment of patients with influenza: the drug baloxavir marboxil // Zhurnal «Lechebnoye delo». 2020; 4: 38-46.]
13. Chow E. J., Beigi R. H., Riley L. E. et al. Clinical effectiveness and safety of antivirals for influenza in pregnancy // Open Forum Infectious Diseases. 2021; 8 (6): ofab 138.

Сведения об авторах:

Рыжов Глеб Эрикович, врач-инфекционист Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения города Москвы; 105275, Россия, Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, 15; ryzhovge@yandex.ru
Турапова Александра Николаевна, младший научный сотрудник клинического отдела инфекционной патологии Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; alyaspid@gmail.com
Понезжева Жанна Бетовна, д.м.н., заведующая клиническим отделом инфекционной патологии Федерального бюджетного учреждения науки Центральный научно-исследовательский институт эпидемиологии Роспотребнадзора; 111123, Россия, Москва, ул. Новогиреевская, 3а; doktorim@mail.ru
Ромейко Валерий Борисович, врач-инфекционист, заведующий отделением контроля качества оказания медицинской помощи Государственного бюджетного учреждения здравоохранения Инфекционная клиническая больница № 2 Департамента здравоохранения города Москвы; 105275, Россия, Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, 15; romeykovb@ikb2.ru

Information about the authors:

Gleb E. Ryzhov, physician, infectious diseases specialist at the State Budgetary Healthcare Institution Infectious Diseases Hospital № 2 Moscow Health Department; 15 8th Sokolinaya Gora str., Moscow, 105275, Russia; ryzhovge@yandex.ru

Alexandra N. Turapova, Junior Researcher of the Clinical Department of Infectious Pathology at the Federal Budget Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; alyaspid@gmail.com
Zhanna B. Ponezheva, Dr. of Sci. (Med.), Professor, Leading Researcher of the Clinical Department of Infectious Pathology at the Federal Budget Institution of Science Central Research Institute of Epidemiology of the Federal Service for Surveillance on Consumer Rights Protection and Human Wellbeing; 3a Novogireevskaya str., Moscow, 111123, Russia; doktorim@mail.ru

Valeriy B. Romeyko, physician, infectious diseases specialist, Head of Department of quality control of medical care at the State Budgetary Healthcare Institution Infectious Diseases Hospital № 2 Moscow Health Department; 15 8th Sokolinaya Gora str., Moscow, 105275, Russia; romeykovb@ikb2.ru

Поступила/Received 15.02.2022

Принята в печать/Accepted 02.03.2022