

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ ТЯЖЕЛОГО ГРИППА У БЕРЕМЕННОЙ ЖЕНЩИНЫ, ОСЛОЖНИВШЕГОСЯ РАЗВИТИЕМ ПНЕВМОНИИ

**РАИСА ПЕТРОВНА ГУСЛЯКОВА**, зам. главного врача Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан, Казань

**ИЛЬМИРА РАИСОВНА ГАЛИМОВА**, канд. мед. наук, доц., зам. главного врача по акушерству и гинекологии Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан, Казань

**АЛЕКСАНДР АНДРЕЕВИЧ ВИЗЕЛЬ**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» (e-mail: lordara@mail.ru)

**ИЛЬДАР ГАЗЕМДЖАНОВИЧ САЛИХОВ**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой госпитальной терапии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**АЛБИР АЛМАЗОВИЧ ХАСАНОВ**, докт. мед. наук, проф., зав. кафедрой акушерства и гинекологии № 1 ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**ВИКТОР ИГОРЕВИЧ ИЛЬИНСКИЙ**, зав. пульмонологическим отделением Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан, Казань

**АЛЕКСАНДР АНАТОЛЬЕВИЧ ВАНЮШИН**, зав. отделением реанимации Республиканской клинической больницы Минздрава Республики Татарстан, Казань

**ПАВЕЛ ВЛАДИМИРОВИЧ ИЛЬИН**, клинический ординатор кафедры хирургических болезней № 1 с курсами анестезиологии, реанимации и онкологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**АНАСТАСИЯ ГЕННАДИЕВНА СКРИПИНА**, клинический ординатор кафедры фтизиопульмонологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава»

**Реферат.** Описан случай тяжелого течения гриппа, осложнившегося тяжелой пневмонией у молодой беременной женщины с благоприятным исходом для матери и ребенка. Обсуждаются проблемы гриппа, пневмонии и беременности.

**Ключевые слова:** грипп, пневмония, беременность.

## CLINICAL CASE OF THE SEVERE FLU AT THE PREGNANT WOMAN, COMPLICATED BY PNEUMONIA DEVELOPMENT

**R.P. GOUSLYAKOVA, I.R. GALIMOVA, A.A. VIZEL, I.G. SALIKHOV, A.A. HASANOV, V.I. ILYINSKIY, A.A. VANYUSHIN, P.V. ILYIN, A.G. SKRIPINA**

**Abstract.** The case of a severe current of the flu, complicated by a severe pneumonia at the young pregnant woman with a favorable outcome for mother and the child is described. Problems of a flu, a pneumonia and pregnancy are discussed.

**Key words:** a flu, a pneumonia, pregnancy.

**Введение.** Грипп — высококонтагиозная острая вирусная инфекция с воздушно-капельным механизмом передачи, характеризующаяся преобладанием симптомов общей интоксикации, «сухим» катаром верхних дыхательных путей и респираторным синдромом. Это самая массовая вирусная антропонозная инфекция дыхательных путей. Заболевание гриппом сопровождается высокой смертностью. Течение гриппа А/Н1N1 может сопровождаться появлением осложнений в виде тяжелых пневмоний и летальным исходом [1, 2].

В 2009 г. мир столкнулся с пандемией гриппа, вызванной вирусом А/Н1N1. По своей выраженности заболевание протекало различно — от легких и среднетяжелых до крайне тяжелых форм. Группой высокого риска по тяжести течения заболевания и развитию осложнений были беременные, роженицы и родильницы [3, 4, 5]. При зарегистрированных ранее эпидемиях и пандемиях гриппа среди беременных регистрировалась более высокая заболеваемость и смертность в сравнении с остальной популяцией женского населения [3, 4]. Мы предлагаем

вашему вниманию клинический случай течения гриппа у беременной женщины, осложнившегося развитием пневмонии.

**Описание случая.** Пациентка М., 1981 года рождения, повторнородящая, поступила в отделение пульмонологии 19.10.2009 г. в 23.24 на сроке беременности 30 нед с жалобами на лихорадку до 38°C, продуктивный кашель с отделением вязкой мокроты желто-зеленого цвета, болью в грудной клетке небольшой интенсивности, возникающей при глубоком дыхании и кашле, одышкой смешанного характера в покое и при минимальной физической нагрузке, а также с выраженной общей слабостью.

**Из анамнеза.** Данная беременность вторая, протекала без осложнений до развития настоящего заболевания. У больной ранее была выявлена atopическая бронхиальная астма, которая на момент госпитализации находилась в стадии стойкой ремиссии. Заболела остро 15.10.2009 г., появились слабость, озноб, повышение температуры тела до 37,6°C. Через два дня после по-

явления клинических симптомов пациентка обратилась к участковому терапевту по месту жительства, где был выставлен диагноз ОРВИ и назначена симптоматическая терапия. На фоне начатого лечения самочувствие больной резко ухудшилось. 18.10.2009 г. вновь отмечалось повышение температуры тела до 38°C, усиление одышки, кашля, вызвана бригада скорой медицинской помощи, которая применила только жаропонижающие препараты. 19.10.2009 г. доставлена в стационар ЦРБ по месту жительства в тяжелом состоянии, где был выставлен **диагноз**: «беременность 30 нед. Внебольничная двусторонняя пневмония, тяжелое течение. Правосторонний плеврит? Острая дыхательная недостаточность 2—3 ст.».

Проведено лечение: меропенем (меронем) по 1 г 3 раза в день в/в капельно, амброксол (лазолван) 1 столовая ложка 3 раза в день, кислородотерапия и дезинтоксикационная инфузионная терапия.

Однако, несмотря на проводимую терапию, состояние пациентки продолжало резко ухудшаться и, учитывая тяжесть состояния, наличие беременности, было решено перевести пациентку в отделение реанимации и интенсивной терапии № 1 РКБ. При поступлении было проведено полное клинико-лабораторное обследование.

**При объективном осмотре** на момент поступления обращало на себя внимание тяжелое состояние пациентки. В легких выслушивается жесткое дыхание, ослаблено в нижних отделах обоих легких, при этом над всей поверхностью обоих легких выслушивались влажные среднепузырчатые хрипы. Укорочение перкуторного звука в нижних отделах обоих легких. Частота дыханий составляла 24 в мин. При аускультации сердца тоны были ритмичными, глухими. АД 100/60 мм рт. ст., ЧСС 96 уд/мин. Рост 160 см, масса тела 42 кг, индекс массы тела 16 кг/м<sup>2</sup>.

**Акушерский статус**: живот увеличен в объеме за счет беременной матки, овоидной формы, соответствует сроку 30-недельной беременности. Матка при пальпации в нормотонусе. Положение плода продольное, головное. Сердцебиение плода ясное, ритмичное, 140 уд/мин. Выделения слизистые. Влагалищное исследование: влагалище свободное, шейка матки укорочена до 2 см, неравномерно размягчена, цервикальный канал проходим для одного пальца за внутренний зев. Плодный пузырь цел. Предлежит головка плода, прижата к входу в малый таз. Экзостозов в малом тазу нет, мыс недоступим. Выделения из влагалища скудные, слизистые, без крови.

**На обзорной рентгенограмме органов грудной клетки** от 19.10.2009 г. отмечается снижение прозрачности легочной ткани нижней доли правого легкого за счет уплотнений паренхимы, на фоне которых видны просветы бронхов. Пятнистые перибронхиальные уплотнения в нижних отделах левого легкого. Легочной рисунок диффузно обогащен за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнений. Корни с нечеткой структурой. Костодиафрагмальные синусы слева свободны, справа плохо дифференцируются. Тень сердца без особенностей.

**Электрокардиография**. Синусовая тахикардия, ЧСС 109 уд/мин. Девиация не выражена, угол  $\alpha=+60^\circ$ . Интервал PQ=0,10» (укорочен). СП в норме. В V4 — V6 отведениях слегка провисает сегмент ST.

**УЗИ плевральной полости** от 20.10.2009 г. При осмотре сидя в задних синусах обеих плевральных по-

лостей визуализируется гомогенное содержимое (жидкость) в незначительном количестве.

**УЗИ плода**: беременность 31 нед., фетоплацентарный кровоток не нарушен, размеры плода соответствуют сроку беременности.

**Общий анализ крови**: лейкопения, ядерный сдвиг в сторону юных форм, относительная и абсолютная лимфопения, снижение субпопуляции лимфоцитов, повышение СОЭ до 42 мм/ч.

**Биохимический анализ крови**: незначительное снижение общего белка, повышение АСТ. Иммунограмма от 20.10.2009 г.: левый ядерный сдвиг нейтрофилов, относительная и абсолютная лимфопения. Снижение субпопуляции лимфоцитов.

Насыщение крови кислородом на воздухе было 63,1%.

На основании полученных данных поставлен **диагноз**: «внебольничная двусторонняя субтотальная пневмония, тяжелое течение. Дыхательная недостаточность II—III ст. Беременность 31 нед».

**Лечение**. Изоляция пациентки, режим строгий постельный, стол № 10, меронем 1 г на 50 мл изотонического раствора в/в; раствор глюкозы 10% — 200,0 мл в/в капельно; эуфиллин 2,4% — 10,0 мл; натрия хлорид 0,9% — 200,0 мл в/в капельно; преднизолон 180 мг с раствором натрия хлорида 0,9% — 200,0 в/в капельно; ингаляции кислорода; спазган 3 мл 3 раза в день в/м; лазикс 40 мг 3 раза в день в/в; омес 1 капс 2 раза в день; октогам 50,0 мл в/в капельно; интерферон интерназально по 2 капли 4 раза в день; иммуноглобулин 25 мл в/в капельно через день.

Проведен консилиум, на котором принято решение пролонгировать беременность в соответствии с разработанной ранее схемой ведения подобных женщин с проведением лечения основного заболевания [6].

**20.10.2009 г.** с учетом тяжести и отрицательной динамики общего состояния, нарастания острой дыхательной недостаточности на фоне клинической и рентгенологической картины респираторного дистресс-синдрома взрослых, нарастания синдрома гипоксемии, снижения индекса оксигенации менее 200, сатурация до 80% больная переведена на протективный режим искусственной вентиляции легких (режим VIPAP):  $P_{control}$  — 25 см вод. ст.; PEEP — 8 см вод. ст.;  $DO$  — 7—8 мл/кг;  $T_{insp}$  — 1,5 с;  $SpO_2$  — 88—90%;  $FiO_2$  — 0,7. Дополнительно назначен раствор фенотерола (беротек) по 10 капель в 2 мл изотонического раствора хлорида натрия через небулайзер аппарата ИВЛ по 3 ингаляции в сут.

Учитывая клинические и рентгенологические признаки гипергидратационного синдрома, выраженности синдрома интоксикации лечение дополнено экстракорпоральными методами гемокоррекции: веновенозной длительной низкотоочной гемодиализацией, после проведения которой получен непродолжительный положительный клинический эффект за счет снижения интенсивности синдрома гипоксемии: индекс оксигенации увеличился до 250,  $SpO_2$  — с 85% до 95%.

**21.10.2009 г.** возникло подозрение о нарушении целостности плодного пузыря (появление жидких прозрачных выделений из половых путей в умеренном количестве). Однако при влагалищном исследовании плодный пузырь определялся в виде оболочек, натянутых на головке плода. По данным УЗИ, отмечалось отсутствие околоплодных вод, брадикардия плода (ЧСС — 88 уд/мин) без нарушения фетоплацентарного кровотока. Было принято решение о пролонгировании

беременности, динамическом наблюдении и лечении гипоксии плода, дальнейшем анализе выделений из половых путей и продолжении описанной выше терапии.

Несмотря на проводимую терапию, состояние беременной оставалось крайне тяжелым: сохранялись клинические и лабораторные признаки гипоксемии, интоксикации.

**22.10.2009 г.** решено усилить антибактериальную терапию, добавлен левофлоксацин (таваник) 500 мг 2 раза в день в/в; назначены поликлональные иммуноглобулины, с учетом данных иммунограммы — пентаглобин 5 мл/кг в сут через дозатор на двое суток в/в капельно; альбумин 20% — 100 мл 1 раз в день; дегидратационная терапия. Объем инфузионной терапии был минимальным — 600—800 мл/сут. Непрерывное зондовое энтеральное питание из расчета 2000 ккал/сут проводилось в течение всего периода лечения.

При динамическом наблюдении с **23.10.2009 г.** по **26.10.2009 г.** состояние пациентки оставалось крайне тяжелым, с отрицательной динамикой за счет нарастания гипоксемии и интоксикации. Имела место стойкая не купируемая гипертермия до 39—40°C, толерантная к антипиретикам. Режим ИВЛ — ВІРАР (аппарат Dräger XL):  $P_{\text{control}}$  — 25—30 см вод. ст.; РЕЕР — от 6 до 10 см вод. ст.;  $\text{DO}$  — 7—8 мл/кг;  $T_{\text{insp}}$  — 1,7—2 с;  $\text{SpO}_2$  — 88—90%;  $\text{FiO}_2$  — 0,7.

На рентгенографии органов грудной клетки от 26.10.2009 г. выявлено уменьшение интенсивности паренхиматозных образований с обеих сторон. Дифференцируются тени корней легких и диафрагмы.

**УЗИ плода:** в матке определяется один живой плод. Размеры плода соответствуют 31 нед. Вес приблизительно 1300 г. Преимущественная локализация плаценты по задней стенке. Степень зрелости — 1—2. Околоплодные воды отсутствуют. Заключение врача ультразвуковой диагностики: «беременность 31 нед. Отсутствие околоплодных вод (по-видимому, за счет высокого надрыва плодного пузыря). Признаков нарушения фетоплацентарного и маточноплацентарного кровотока нет».

С учетом клиники синдрома системной воспалительной реакции, который мог быть связан как с имеющейся пневмонией, так и с наличием хориоамнионита на фоне длительного безводного периода, отсутствием эффекта от проводимой интенсивной терапии было принято решение о досрочном родоразрешении путем операции кесарева сечения с последующей экстирпацией матки с трубами. Пациентка была переведена в наблюдательное отделение РКБ МЗ РТ.

**26.10.2009 г.** проведена операция истмико-корпорального кесарева сечения с последующей простой экстирпацией матки с левыми придатками и правой трубой и дренированием влагалища по Брауде. При операции выявлена целостность амниона, количество околоплодных вод скудное, зеленого цвета, густые. Извлечен живой недоношенный плод женского пола массой 1600 г, оценка по шкале Апгар 4 балла. После проведения реанимационных мероприятий в операционной ребенок в транспортировочном кювезе был переведен под наблюдение в детскую инфекционную больницу. В последующем у новорожденного не было обнаружено инфекционного заболевания, и на 12-е сут после проведенного лечения на фоне крайней степени незрелости ребенок переведен на второй этап реабилитации. Послеоперационный период у родильницы протекал на фоне основного заболевания, без хирургических и

акушерских послеродовых осложнений. Кожная послеоперационная рана зажила первичным натяжением, швы сняты на 7-е сут.

В первые сутки **27.10.2009 г.** после проведения оперативного родоразрешения отмечалось резкое ухудшение состояния родильницы в виде прогрессирования респираторного дистресс-синдрома взрослых, синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания крови и гипоксемии. Произведена повторная процедура экстракорпоральной гемокоррекции — изолированная ультрафильтрация крови со значимым клиническим эффектом. После операции лечение продолжено в прежнем объеме: минимальная инфузионная терапия; меропенем (меронем) 3 г в сут в/в в 50 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью 12 мл/ч; левофлоксацин (таваник) по 500 мг 2 раза в день в/в капельно; гормонотерапия преднизолоном по 60 мг 3 раза в день в/в фракционно; протективная ИВЛ. Для коррекции синдрома диссеминированного внутрисосудистого свертывания проводилась плазмометотрансфузия. Проведена фибробронхоскопия, при которой патологических изменений выявлено не было.

В связи с отсутствием клинического эффекта от антибактериальной терапии и особенностями эпидемиологической обстановки в стране и регионе (период пандемического гриппа) на консилиуме решено добавить к терапии противовирусный препарат осельтамивир (тамифлю) в дозе 75 мг 2 раза в день внутрь в назоглоточный зонд.

**28.10.2009 г.** — наложение трахеостомы.

**29.10.2009 г.** — прекращение приема интерлейкина-2.

**30.10.2009 г.** — отменен меронем и назначен ванкорус (ванкомицин) по 1 г 2 раза в сут в/в капельно в 200 мл изотонического раствора хлорида натрия со скоростью 10 мг/мин.

**31.10.2009 г.** — состояние оставалось крайне тяжелым. Больная в сознании, на ИВЛ через трахеостомическую трубку в прежнем режиме ВІРАР. В динамике сохранялись явления гипоксического синдрома. На РКТ картина двусторонней полисегментарной пневмонии и интерстициального отека легких. ЭКГ выявляло снижение вольтажа зубцов в грудных отведениях, систолический показатель составлял 68, нормосистолия.

**Клинический анализ крови** свидетельствовал об анемическом синдроме (гемоглобин — 80 г/л, эритроциты —  $2,98 \times 10^{12}/л$ ), лейкоцитоз —  $11,2 \times 10^9/л$ , палочкоядерный сдвиг и лимфопения: палочкоядерные — 15%, сегментоядерные — 77%, лейкоциты — 6%, моноциты — 2%.

На рентгенографии органов грудной клетки картина двусторонней нижнедолевой пневмонии. Сохраняется клиника рецидивирующего респираторного дистресс-синдрома легких клинически и рентгенологически, клинические признаки синдрома системной воспалительной реакции.

Дальнейшая тактика ведения пациентки включала в себя продолжение комбинированной антибактериальной терапии: таваник + ванкомицин (этиология пневмонии не установлена: нет бактериального подтверждения возбудителя, в посевах крови эпидермальный стафилококк в концентрации меньше  $10^3$ ); сердечные гликозиды: дигоксин 1,0 × 2 раза в день в/в; кардиопротекторная терапия: неотон 8 г/сут в/в. С детоксикационной и дегидратационной целью больной продолжено прове-

дение экстракорпоральных методов гемокоррекции с ультрафильтрацией крови (3 процедуры), Преднизолон в дозе 120 мг 3 раза в день в/в капельно. С целью коррекции выраженного анемического синдрома назначено переливание ЭМОЛТ — 200,0. Ежедневное проведение физиотерапевтических методов лечения, включающих в себя КВЧ, лечебную гимнастику, массаж.

В дальнейшем на фоне проводимой терапии в состоянии больной отмечалась положительная динамика: уменьшение выраженности гипоксемии, улучшение аускультативной картины в легких, нормализация картины крови.

**04.11.2009 г.** пациентка переведена на вспомогательный режим вентиляции СІРАР: РЕЕР — 4 см вод. ст.;  $P_{ASB}$  — 10 см вод. ст.;  $FiO_2$  — 0,5;  $SpO_2$  — 94—95%. Согласно данным анализа газового состава крови кислотно-основное состояние пациентки было компенсированным.

**09.11.2009 г.** пациентка переведена на спонтанное дыхание через трахеостому с инсuffляцией кислорода по 4 л/мин, кислотно-основное состояние компенсировано,  $SpO_2$  — 94—96%.

**14.11.2009 г.** пациентка переведена из отделения реанимации и интенсивной терапии в отделение пульмонологии.

**На рентгенограмме органов грудной клетки** от 20.11.2009 г. пятнисто-очаговые тени паренхиматозных уплотнений преимущественно в правом легком. Легочной рисунок диффузно обогащен за счет перибронхиальных и периваскулярных уплотнений. Корни с не совсем четкой структурой, расширены. Костодиафрагмальные синусы свободны. Сердце умеренно смещено вправо.

Учитывая положительную клинико-рентгенологическую динамику, отсутствие риска для жизни, пациентка в удовлетворительном состоянии с рекомендациями выписана на стационарное лечение по месту жительства.

**Заключение.** Вирус гриппа А/Н1N1 представляет серьезную опасность для абсолютно здоровых беременных. Беременные относятся к группе повышенного риска в отношении развития осложнений во время пандемии гриппа, вызванного штаммом А/Н1N1, и чаще нуждаются в госпитализации. Одно из обоснований необходимости стационарного лечения гриппа при беременности — высокая материнская (более 10%) и перинатальная смертность (30—60%).

Во время сезонных эпидемий гриппа беременные в большей степени предрасположены к развитию осложнений, причем риск их развития увеличивается пропорционально возрастанию срока гестации и при наличии хронических заболеваний.

Влияние вируса гриппа А/Н1N1 на плод и новорожденного до настоящего времени не установлено. Практически все новорожденные от матерей, перенесших грипп А/Н1N1, не имели признаков инфекционного процесса — маркеров фетального воспалительного ответа мы не наблюдали, в то же время нельзя исключить манифестации каких-либо субклинических проявлений инфекции в более отдаленные периоды жизни этих детей. Влияние сезонных заболеваний гриппом на плод точно не установлено, причем при данных инфекциях редко развивается вирусемия и не отмечается трансплацентарный перенос вируса.

Помимо непосредственного воздействия вируса на плод, отрицательное влияние могут оказывать клинические проявления инфекционного процесса, что может

привести к увеличению частоты врожденных пороков развития центральной нервной системы плода при заболевании матери в первый триместр (период первичного органогенеза), прерывания беременности, а также ряда других осложнений [3, 4].

В целом при гриппе госпитализация показана больным с тяжелым и средней тяжести течением инфекции, а в период эпидемии — всем беременным с выраженным синдромом интоксикации.

Считаем очень важным:

1. При развитии пневмонии в период эпидемии гриппа госпитализация всех беременных обязательна, независимо от тяжести ее течения.

Беременные с тяжелыми осложненными формами гриппа должны помещаться в блок интенсивной терапии с обязательным непрерывным мониторингом жизненно важных систем. Наблюдение и лечение таких беременных осуществляют совместно врачи-терапевты (пульмонологи), инфекционисты, анестезиологи-реаниматологи и акушеры-гинекологи.

2. Важной частью в лечении пневмоний у больных с осложненными формами гриппа является выбор противовирусной и антибактериальной терапии. При постановке диагноза «пневмония», согласно существующим международным рекомендациям, противовирусная и антибактериальная терапия должна быть назначена в течение ближайших четырех часов. Этот показатель относится к числу индикаторов, по которым оценивают качество оказания лечебной помощи. У тяжелых больных способ введения антибиотиков — внутривенный.

3. Адекватная респираторная поддержка является важнейшим и необходимым компонентом комплексной терапии. Показатели сатурации кислорода должны мониторироваться у всех беременных с пневмонией независимо от клинически стабильного состояния как наиболее доступный и объективный показатель явной и скрытой острой дыхательной недостаточности.

При развитии пневмонии на фоне гриппа часто возникает необходимость назначения адекватной респираторной поддержки. Респираторная поддержка проводится поэтапно тремя методами: дозированная ингаляция чистым медицинским увлажненным кислородом, неинвазивная вентиляция легких и искусственная вентиляция легких. Неэффективность проводимой респираторной поддержки служит основанием для перехода от одного метода к другому.

Условия безопасного прекращения респираторной поддержки — устранение причины дыхательной недостаточности (купирование гипоксемии и стабильность индекса оксигенации). Необходимо восстановление глоточных и гортанных рефлексов, ясное сознание. Важным условием успешного прекращения ИВЛ является возможность снизить  $FiO_2$  до 0,35—0,4, а также уменьшить частоту дыхания до 12—14 в мин без нарушения адаптации больного к респиратору.

Желательно сочетать искусственную вентиляцию легких у таких пациентов с клиникой респираторного дистресс-синдрома взрослых введением бронхолитических средств через небулайзер, что позволяет улучшить мукоциллиарный клиренс, уменьшить комплаенс в дыхательных путях.

4. Прерывание беременности и родоразрешение в разгар заболевания сопряжено с большим числом осложнений: утяжелением основного заболевания и вызванных им осложнений, развитием и прогрессиру-

ванием дыхательной недостаточности, возникновением акушерских кровотечений, интранатальной гибелью плода, послеродовыми гнойно-септическими осложнениями. К вопросу о прерывании необходимо подходить осторожно и индивидуально с учетом сроков беременности и тяжести гипоксического синдрома.

5. Критериями выписки из стационара беременных и родильниц, перенесших грипп, являются:

- нормальная температура тела в течение 3 дней (после выписки из стационара больная приступает к работе не ранее чем через 7 сут от нормализации температуры!);
- отсутствие симптомов поражения респираторного тракта;
- восстановление нарушенных лабораторных показателей метаболизма и гомеостаза;
- отсутствие акушерских осложнений (беременности, послеродового периода) [7, 8].

## ЛИТЕРАТУРА

1. Шувалова, Е.П. Инфекционные болезни: учебник / Е.П. Шувалова. — 2-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 1982. — С. 167—178.

2. Анохин, В.А. Диагностика и лечение детских инфекционных заболеваний: учеб. пособие для студентов / В.А. Анохин, Г.Р. Хасанова, Л.М. Малышева [и др.]. — Казань: КГМУ, 2006. — С. 10—17.
3. Jamieson, D.J. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA / D.J. Jamieson, M.A. Honein, S.A. Rasmussen [et al.] // Lancet. — 2009. — Vol. 374. — P. 451—458.
4. Mangtani, P. Pandemic H1N1 infection in pregnant women in the USA / P. Mangtani, T.K. Mak, D. Pfeifer // Lancet. — 2009. — Vol. 374. — P. 429—430.
5. Визель, А.А. Грипп: от определения к лечению / А.А. Визель // Практическая медицина. — 2010. — № 1 (40). — С. 172—175.
6. Визель, А.А. Опыт работы в очаге заболевания гриппом А (H1N1) тяжелого течения. Нормативно-правовые и справочные материалы / А.А. Визель, В.А. Анохин, А.А. Хасанов [и др.] // Медицинский информационный вестник (прил. к журналу, Самара). — 2009. — Вып. 13. — С. 12—31.
7. Скворцова, В.И. Грипп А/H1N1 и вызванная им пневмония у беременных. Этиотропная и респираторная терапия: информ. письмо от 28 ноября 2009 г. № 24-5/10/2-9533.
8. Фаррахов, А.З. Первый опыт работы с пандемическим гриппом тяжелого течения, осложненным пневмонией / А.З. Фаррахов, Р.К. Голубева, А.А. Визель [и др.] // Вестник современной клинической медицины. — 2009. — Т. 2, № 4. — С. 4—11.

© В.Б. Закирова, Г.С. Галяутдинов, Е.В. Скрябина, А.Н. Гайфуллина, А.И. Гайнетдинов, 2010

УДК [616-002.782+616-008.9]-052-07

## КЛИНИЧЕСКИЙ СЛУЧАЙ НАБЛЮДЕНИЯ ПАЦИЕНТА С ПОДАГРОЙ И МЕТАБОЛИЧЕСКИМ СИНДРОМОМ

**ВЕНЕРА БИЛАЛОВНА ЗАКИРОВА**, кафедра факультетской терапии с курсом кардиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [(843)236-20-59]  
**ГЕНШАТ САЛЯХУТДИНОВИЧ ГАЛЯУТДИНОВ**, кафедра факультетской терапии с курсом кардиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [(843)236-20-59]  
**ЕКАТЕРИНА ВЛАДИМИРОВНА СКРЯБИНА**, кафедра факультетской терапии с курсом кардиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [(843)236-20-59]  
**АЛСУ НУРИСЛАМОВНА ГАЙФУЛЛИНА**, кафедра факультетской терапии с курсом кардиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [(843)236-20-59]  
**АДЕЛЬ ИЛЬДАРОВИЧ ГАЙНЕТДИНОВ**, кафедра факультетской терапии с курсом кардиологии ГОУ ВПО «Казанский государственный медицинский университет Росздрава» [(843)236-20-59]

**Реферат.** Представлен клинический случай современного течения подагры в сочетании с метаболическим синдромом.

**Ключевые слова:** подагра, метаболический синдром, диагностика.

## CLINICAL CASE OF FOLLOW-UP OF PATIENT WITH GOUT AND METABOLIC SYNDROME

**V. B. ZAKIROVA, G. S. GALYAUTDINOV, E. V. SKRYABINA, A. N. GAIFULLINA, A. I. GAINETDINOV**

**Abstract.** Clinical case of modern course of gout in combination with metabolic syndrome is presented.

**Key words:** gout, metabolic syndrome, diagnostics.

**П**одагра — системное заболевание, при котором в различных тканях откладываются кристаллы моноурата натрия, а у лиц с гиперурикемией (ГУ) развивается воспаление, обусловленное внешнесредовыми и/или генетическими факторами [3].

**Исторические сведения.** Термин подагра произошел от латинского «*gutta*» (капля) и отражает представление о том, что заболевание является следствием постепенного злобного вливания (по капле). Известно и другое название подагры — «болезнь королей» [2].

В истории изучения подагры можно выделить следующие вехи [4]:

V век до н.э. — дано описание подагры Гиппократом («Подагрик не лыс и не евнух»);

III век н.э. — Galen описал тофусы;

1679 г. — Van Leeuwenhoek идентифицировал кристаллы в тофусах;

1798 г. — Wallaston выявил в тофусах наличие мочевой кислоты (МК);

1814 г. — показана эффективность колхицина при