

Д.А. Тарбаева, С.А. Иозефсон, Э.Д. Загородняя

АНАЛИЗ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И ЕЕ ИСХОДОВ НА ФОНЕ ГРИППА А (H1N1) 2009

Читинская государственная медицинская академия,
672090, ул. Горького, 39 а, тел.: 8-(3022)-32-0085, e-mail: macadem@mail.chita.ru, г. Чита

Несмотря на значительные успехи медицинских наук, грипп остается практически неконтролируемой глобальной инфекцией, наносящей колоссальный социально-экономический ущерб. Пандемии гриппа развиваются примерно 3 раза в столетие, унося жизни до 20% населения земного шара, но и в межпандемический период ежегодно в мире гриппом и ОРВИ заболевают до 500 млн чел. (10-20% населения), в 305 млн случаев инфекция протекает в тяжелой или осложненной форме с сотнями тысяч летальных исходов [2].

В настоящее время внимание общественности обращено к новому высокопатогенному штамму вируса гриппа А(H1N1) 2009, впервые выделенному от заболевших в конце марта-апреля 2009 г. в Калифорнии и Мексике, распространение которого привело к возникновению пандемии, которая объявлена ВОЗ 12 июня 2009 г. [1, 3, 4].

В связи с напряженной эпидобстановкой по гриппу А(H1N1)2009, в Забайкалье на базе пульмонологического и акушерского отделений Краевой клинической больницы был развернут коечный фонд для помощи беременным женщинам в период эпидемии, так как они относятся к группе высокого риска по развитию указанного гриппа [5, 6].

Целью исследования явилось изучение особенностей течения беременности, родов, послеродового периода и перинатальных исходов у беременных с гриппом А(H1N1)2009.

Материалы и методы

За период с 29 октября по 1 декабря 2009 г. в акушерское отделение Краевой клинической больницы поступило 125 женщин с ОРВИ, в том числе и с гриппом. У 87 женщин (68,8%) отмечалась ОРВИ легкой степени, у 8 беременных — ОРВИ средней степени (6,4%), у 30 пациенток — тяжелое течение ОРВИ, осложненное пневмонией (24%).

Определение вируса А(H1N1)2009 методом ПЦР проводилось только у женщин с осложненным течением ОРВИ не позднее 3-4 сут после появления клинических симптомов. Проведен ретроспективный анализ историй родов 16 женщин, у которых наличие вируса А(H1N1) было подтверждено лабораторно.

Результаты исследования

Средний возраст заболевших гриппом А(H1N1) составил 24,6 г. (95% ДИ: 22; 27,2), при этом соотношение первородящих к повторнородящим было 1:1. Срок беременности при поступлении в среднем составил 35,5 нед. (95% ДИ: 33,9; 37,1).

Анализ течения гриппа А(H1N1) у обследованных женщин показал преобладание инфекционно-токсического синдрома над симптомами со стороны респиратор-

Резюме

Проведен анализ течения беременности и ее исходов на фоне гриппа А(H1N1)2009 у беременных женщин. В клинической картине отмечались типичные синдромы «сезонного гриппа». Заболевание протекало тяжело и сопровождалось высокой частотой осложнений в виде пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, плацентарной недостаточности. 85% новорожденных от матерей, перенесших грипп А(H1N1)2009, имели нарушения в неонатальном периоде. Обнаружены изменения в плаценте в виде гриппозного плацентита. Тем не менее, трансплацентарного пути передачи вируса плоду не выявлено.

Ключевые слова: грипп А(H1N1)2009, беременные женщины, пневмония.

D.A. Tarbayeva, S.A. Iosefson, E.D. Zagorodnaya

ANALYSIS OF PREGNANCY COURSE AND ITS OUTCOME AT THE BACKGROUND OF A(H1N1)2009 GRIPPE

Chita state medical academy, Chita

Summary

Analysis of pregnancy course and its outcome at the background of A(H1N1)2009 gripe was carried in pregnant women. Typical syndromes of «seasonal gripe» were marked in clinical manifestations. The disease had severe course and was accompanied with a high rate of complications such as pneumonias, respiratory distress syndromes, placental insufficiency. 85% of neonates born from mothers ill with A(H1N1)2009 gripe suffered from different disturbances in neonatal period. Changes in placenta as influenza placentitis were revealed. Nevertheless, transplacental transmission of virus to fetus was not observed.

Key words: gripe A(H1N1)2009, pregnant women, pneumonia.

ного тракта. Инкубационный период составил 24-48 ч. Интервал от появления первых симптомов гриппа до госпитализации составил 3,5 дн. (95% ДИ: 2,3; 4,7).

В соответствии с данными ВОЗ и Центра по контролю за заболеваниями и профилактике (CDC) в клинической картине у беременных отмечались типичные синдромы «сезонного гриппа» [1]:

- инфекционно-токсический (острая лихорадка постоянного типа, озноб, головная боль, артралгии, миалгии);
- респираторный (сухой кашель, боли в горле, насморк без ринореи);
- психоастенический (слабость, нарушение аппетита, недомогание);

Клинические симптомы гриппа А(H1N1)2009

Симптом	%
Лихорадка	100
Сухой кашель	94
Ринорея	69
Слабость	94
Головная боль	83
Боли в горле	37
Миалгии и боли в суставах	37
Диарея	21
Тошнота и рвота	21
Одышка	50

- желудочно-кишечный (тошнота, рвота, диарея).

Клинические проявления у беременных с подтвержденным диагнозом «грипп А(H1N1)2009» представлены в табл. 1.

Во всех случаях гриппа у женщин отмечался неблагоприятный преморбидный фон: пиелонефрит — 8, анемия — 8, ожирение — 6, гипертоническая болезнь — 2, сахарный диабет — 1, гломерулонефрит — 1 чел. Кроме того, каждая вторая из этих женщин курила.

У всех женщин грипп А(H1N1) протекал в тяжелой форме с развитием вирусно-бактериальной пневмонии. Причем 10 из них перенесли пневмонию среднетяжелой степени и 6 — тяжелой (у 4 беременных — с развитием респираторного дистресс-синдрома взрослых). Интервал между возникновением первых респираторных симптомов и признаками вовлечения в процесс паренхимы легких составил от 4 до 6 сут. Клинически развитие пневмонии характеризовалось усилением непродуктивного кашля и быстрым развитием дыхательной недостаточности (ДН). ДН 0 отмечалась у 2 женщин, ДН I — у 7 больных, ДН II — у 2, ДН III — у 5 больных.

На рентгенограммах органов грудной клетки практически у всех выявлялась характерная очагово-сливная инфильтрация легочной ткани на фоне усиления легочного рисунка как за счет сосудистого, так и перибронхиального компонентов.

В первые дни заболевания у пациенток с гриппом отмечалась анемия, лейкопения $\leq 4,0 \times 10^9/\text{л}$, тромбоцитопения, относительный лимфоцитоз, умеренное повышение трансаминаз и щелочной фосфатазы. При присоединении пневмонии наблюдался лейкоцитоз, сдвиг формулы влево, ускорение СОЭ, относительный моноцитоз.

Из акушерских осложнений чаще всего наблюдалась хроническая плацентарная недостаточность (ПН), причем в субкомпенсированной форме у 15 (93,7%), декомпенсированной в 1 случае (6,2%). Манифестация гестоза отмечена у 5 женщин, из них в легкой форме у 3 женщин, средней и тяжелой степени по 1 случаю. У 3 женщин течение гриппа привело к угрозе прерывания беременности. Маловодие встречалось у 8 женщин, многоводие — у 1, ПОНРП — у 2 женщин.

Все пациентки получали следующее лечение:

- противовирусная терапия в рекомендуемых дозах (в ряде случаев 3-компонентная) — ингибиторы нейраминидазы (тамифлю) + иммуномодуляторы (виферон, кагоцел или арбидол) в течение 5 дн.;

- антибактериальная терапия: цефалоспорины 3 и 4 поколений, карбапенем, ванкомицин;

- адекватная респираторная поддержка: ингаляция чистым увлажненным кислородом через назальные канюли потребовалась 3 женщинам, неинвазивная вентиляция легких в режиме СРАР получали 2 женщины;

- бронхолитическая терапия включала ингаляции беротека/беродуала через небулайзер и прием пероральных муколитиков;

- физиотерапия: сеансы УВЧ на грудную клетку, электрофорез на грудную клетку с бишофитовыми прокладками;

- терапия акушерских осложнений: ПН, гестозов, анемий;

- при развитии РДСВ проводилась пульс-терапия глюкокортикоидами.

Беременность закончилась срочными родами у 10 женщин, преждевременными — у 3. Выписаны беременными 3 женщины. Родоразрешены через естественные родовые пути 8 женщин, абдоминальным путем — 4 женщины. Показанием к кесареву сечению явились ПОНРП — в 2 случаях, в 3 случае тяжелый гестоз, в 4 случае — генитальный герпес и ДН III. В родах отмечались несвоевременное излитие околоплодных вод у 7 женщин, дефект последа у 2 рожениц. В послеродовом периоде наблюдалась гематометра в 3 случаях.

Всего родилось 13 детей. Нарушений адаптации в раннем неонатальном периоде не отмечено только у 2 детей, родившихся доношенными от женщин с пневмонией без дыхательной недостаточности. У остальных детей (3 недоношенных и 8 доношенных) имела место следующая патология: врожденная пневмония — у 2 новорожденных, церебральная ишемия — у 10, гипербилирубинемия — у 2 детей, вегетовисцеральный синдром — у 4, РДС — у 1, геморрагический синдром — у 1, судорожный синдром — у 1 ребенка. Перинатальной смертности зарегистрировано не было. Все новорожденные получали противовирусную терапию с профилактической целью. Ни у кого из детей положительного результата на вирус А(H1N1)2009 получено не было. Однако гистологические исследования последов в 7 случаях имели картину «гриппозного плацентита». Окончательно отрицательное воздействие нового вируса на плод и его характер может быть установлено на основании дополнительных исследований.

Средняя продолжительность госпитализации составила 14,5 дн. (95% ДИ 12,2; 16,8). С выздоровлением выписано 10 женщин, у 6 женщин сформировался поствоспалительный пневмофиброз.

Выводы

1. Грипп А(H1N1)2009 у беременных протекает тяжело и сопровождается высокой частотой осложнений в виде пневмоний, респираторного дистресс-синдрома, плацентарной недостаточности и с формированием поствоспалительного пневмофиброза в исходе.

2. В настоящем наблюдении каждая пациентка имела преморбидный фон (заболевания почек, ожирение, сердечно-сосудистые заболевания, курение).

3. 85% новорожденных от матерей, перенесших грипп А(H1N1)2009, имели нарушения в неонатальном периоде. Обнаружены изменения в плаценте в виде гриппоз-

ного плацентита. Тем не менее, трансплацентарного пути передачи вируса плоду не выявлено.

Л и т е р а т у р а

1. Белан Ю.Б., Старикович М.В. Грипп A/California/2009 (H1N1) у детей // Лечащий врач. - 2009. - № 10. - С. 50-53.
2. Деева Э.Г. Грипп. На пороге пандемии: рук-во для врачей. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2008. - 208 с.
3. Фисун А.Я. и др. Свиной грипп: эпидемиология, диагностика, лечение и профилактика // Военно-мед. журнал. - 2009. - № 7. - С. 46-54.
4. Dawood F. S. et al. Emergence of a novel swine-origin influenza A (H1N1) virus in humans // N. Engl. J. Med. - 2009. - Vol. 360, № 25. - P. 2605-2615.

5. Jamieson D.J., Honein M.A., Rasmussen S.A. et al. H1N1 2009 influenza virus infection during pregnancy in the USA // Lancet. - 2009. - Vol. 374. - P. 451-458.

6. Mangtani P., Mak T.K., Pfeifer D. Pandemic infection in pregnant women in the USA // Lancet. - 2009. - Vol. 374. - P. 429-430.

Координаты для связи с авторами: Тарбаева Долгорма Александровна — канд. мед. наук, ассистент кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА, тел.: 8-(3022)-32-09-11, e-mail: dolgorma35@mail.ru; Иозефсон Сергей Абрамович — доктор мед. наук, профессор кафедры акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА; Загородняя Эмма Дмитриевна — профессор, доктор мед. наук, зав. кафедрой акушерства и гинекологии педиатрического факультета ЧГМА.



УДК 618.2 - 06 : 616.12 - 008.331.1 : 612.11

Ю.М. Бухонкина¹, Р.И. Стрюк², Г.В. Чижова¹

ФУНКЦИОНАЛЬНОЕ СОСТОЯНИЕ МЕМБРАН ЭРИТРОЦИТОВ У БЕРЕМЕННЫХ С ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ, ВОЗМОЖНОСТИ КОРРЕКЦИИ

*Институт повышения квалификации специалистов министерства здравоохранения Хабаровского края¹,
680009, ул. Краснодарская, 9; тел.: 8-(4212)-72-87-15, e-mail: rec@ipkszh.khv.ru, г. Хабаровск;
Московский государственный медико-стоматологический университет²,
ул. Делегатская, 20/1, г. Москва*

Гипертоническая болезнь (ГБ) у беременных, оставаясь одной из ведущих причин материнской смертности, является серьезным признаком нарушения физиологического баланса между матерью и плодом [1, 2, 5]. Одним из основных патогенетических механизмов ГБ считают первичную патологию клеточных мембран [5, 7, 8, 15].

У пациенток с ГБ наблюдается повышение активности симпатико-адреналовой системы (САС) [5, 10]. Активность катехоламинов (норадреналина, адреналина и дофамина) в плазме крови является маркером высокого риска кардио- и цереброваскулярных событий, и даже в незначительных концентрациях они проявляют цитотоксичность, ассоциированную с пероксидацией клеточных мембран [15].

Наследственная предрасположенность к возникновению ГБ тесно ассоциируется с дефектом клеточных мембран, в частности мембран эритроцитов и активностью САС [3, 5, 6, 14]. Под влиянием повышенного содержания адренореактивных веществ в крови кроме нарушений функционального состояния клеток происходит снижение чувствительности адренорецепторов клеточных мембран [4, 9].

Целью нашей работы было выявить функциональное состояние мембран эритроцитов у беременных с ГБ до и после антигипертензивной терапии.

Материалы и методы

Были обследованы 30 беременных женщин с ГБ, наблюдавшихся в ГУЗ «Перинатальный центр» МЗ Хабаровского края. Диагноз артериальной гипертензии устанавливали в соответствии с классификацией Европейского общества [14]. Возраст обследуемых женщин находился в пределах от 19 до 40 лет (средний возраст 29,1±0,49 г.).

До исследования все женщины получали антигипертензивную терапию. В большинстве случаев использовались допегит (73%), верапамил (24%), метопролол (20%), клофелин (17%). Часть пациенток (около 40%) получали комбинированное лечение. При этом не было достигнуто целевых значений АД.

При включении в исследование назначалась лекарственная терапия ГБ: блокатор кальциевых каналов — нифедипин GITS, β-блокатор — бисопролол в индивидуальных дозах до нормализации АД. Препараты назначались во вторую половину беременности в случае неэффективности ранее назначенной терапии. Помня о влиянии лекарственных средств на плодово-плацентарно-маточный кровоток (ППМК), который контролировали с помощью доплерографического исследования сосудов пуповины и матки, мы стремились к постоянному уров-