

4. Яковлев, В. М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение). Омск, 1994. 122 с.
5. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конева, И.В. Друк // Лечащий врач. 2007. № 4. С. 38–43.
6. Bromberg, K., Hammerschlag M., Rawstron S.A. Sexually transmitted diseases in children and adolescents // Textbook of Pediatric Dermatology. 2000. Vol. 2. P. 1510–1529.
7. Fisher G., Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases // *Pediatr. Dermatol.* 2000. Vol. 17. P. 1–16.
8. Paller A.S., Mancini A.J. *Clinical Pediatric Dermatology*, 3rd edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2000. 187 p.
9. *Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology* / A. Altchek [et al.]. Blackwell Publishing Ltd, 2009. 289 p.
10. *Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice* / C.S. Montpellier [et al.]. Karger, 2004. 193 p.
2. Zaharova I. N., Korovina N. A., Tvorogova T. M. Vul'vovaginity v detskom i podrostkovom vozraste. M., 2008. 25 s.
3. Nechaeva G. I., Viktorova I. A., Kalinina I. Ju. Diagnostika displazii soedinitel'noj tkani u lic srednego i pozhilogo vozrasta v praktike semejnogo vracha // *Rossijskij semejnij vrach.* 2004. T. 8, № 2. S. 47–54.
4. Jakovlev, V. M., Nechaeva G. I. Kardiorespiratornye sindromy pri displazii soedinitel'noj tkani (patogenez, klinika, diagnostika i lechenie). Omsk, 1994. 122 s.
5. Displazija soedinitel'noj tkani: osnovnye klinicheskie sindromy, formulirovka diagnoza, lechenie / G. I. Nechaeva, V. M. Jakovlev, V. P. Konev, I. V. Druk // *Lechavij vrach.* 2007. № 4. S. 38–43.
6. Bromberg, K., Hammerschlag M., Rawstron S.A. Sexually transmitted diseases in children and adolescents // Textbook of Pediatric Dermatology. 2000. Vol. 2. P. 1510–1529.
7. Fisher G., Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases // *Pediatr. Dermatol.* 2000. Vol. 17. P. 1–16.
8. Paller A.S., Mancini A.J. *Clinical Pediatric Dermatology*, 3rd edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2000. 187 p.
9. *Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology* / A. Altchek [et al.]. Blackwell Publishing Ltd, 2009. 289 p.
10. *Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice* / C.S. Montpellier [et al.]. Karger, 2004. 193 p.

Translit

1. Gurkin Ju. A. Opyt pojetapnogo lechenija nespecificeskikh vul'vovaginitov u devocek // *Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov.* 2009. № 5. S. 15–20.

УДК 616.2-002-022:616.921.5:618.2/.7 «312»-07-08 (045)

Оригинальная статья

ПРОБЛЕМА ОРВИ И ГРИППА А (H₁N₁SWIN) В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

И. А. Салов — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Романовская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, ассистент, кандидат медицинских наук; **Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук.

ISSUE OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION AND INFLUENZA A (H₁N₁SWIN) IN MODERN OBSTETRICS

I. A. Salov — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynecology of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science*; **A. V. Romanovskaya** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Therapeutic Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science*; **E. V. Mikhailova** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 16.04.2012 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Салов И. А., Романовская А. В., Михайлова Е. В. Проблема ОРВИ и гриппа А (H₁N₁swin) в современном акушерстве // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2012. Т. 8, № 2. С. 218–223.

Цель: изучение клинических особенностей течения и исхода беременности, протекающей на фоне острых респираторных вирусных инфекций и гриппа А (H₁N₁swin). **Материалы и методы:** 152 беременные женщины, которые перенесли грипп А (H₁N₁swin), острые респираторные вирусные инфекции в разные сроки беременности. **Результаты.** Сходная клиническая симптоматика при гриппе А (H₁N₁swin) и ОРВИ в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом позволяет предположить данную нозологию, в том числе и у беременных с диагнозом: «ОРВИ». **Заключение.** При гриппе в четырех случаях был зарегистрирован смертельный исход заболевания, связанный с наличием сопутствующей патологии и развитием на этом фоне тяжелой формы гриппа, осложнившейся острой дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, отеком головного мозга.

Ключевые слова: ОРВИ, грипп А (H₁N₁swin), беременность, пневмония, дыхательная недостаточность.

Salov I. A., Romanovskaya A. V., Mikhailova E. V. Issue of acute respiratory viral infection and influenza A (H₁N₁swin) in modern obstetrics // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2012. Vol. 8, № 2. P. 218–223.

Objective: To study the clinical features of the course and outcome of pregnancy accompanied by acute respiratory viral infections and influenza A (H₁N₁swin). **Methods and materials.** 152 pregnant women who suffered from influenza A (H₁N₁swin), acute respiratory viral infections in different duration of gestation. **Results.** Similar clinical symptomatology of both influenza A (H₁N₁swin) and acute respiratory viral infections during the period of epidemic raise of influenza allow to suggest present nosology including pregnant patients with acute respiratory viral infections. **Conclusion.** In 4 cases the fatal outcome from influenza related to presence of associated pathology and development of the severe form of influenza complicated by acute respiratory and cardiovascular insufficiency, pulmonary edema, and cerebral edema were registered.

Key words: acute respiratory viral infections, influenza A (H₁N₁swin), pregnancy, pneumonia, respiratory failure.

Введение. Типичная клиническая картина гриппа А (H₁N₁swin) схожа с сезонным гриппом и другими острыми респираторными инфекциями, поражающими

верхние дыхательные пути. Острые респираторные вирусные инфекции являются наиболее распространенной группой заболеваний. Возбудители (вирусы) проникают в организм через дыхательные пути, размножаются и распространяются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы и

Ответственный автор — Романовская Анна Викторовна.
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. М. Горького, 29, кв. 42.
Тел.: +79047053148.
E-mail: annavictorovna@mail.ru

повреждают их [1]. В эту группу заболеваний относят грипп, риновирусную, аденовирусную, респираторно-синцициальную, реовирусную инфекции, некоторые варианты энтеровирусных заболеваний, сопровождающихся поражением дыхательных путей [2].

Более тяжелое течение болезни констатировано у беременных. Это связано с повышенной восприимчивостью плода и новорожденного к инфекциям. Вирусы (особенно вирус гриппа) вызывают дегенерацию, некроз и метаплазию эпителия, влияют на проницаемость кровеносных и лимфатических сосудов, нарушают фагоцитоз и хемотаксис, уменьшают мукоцилиарный клиренс, увеличивают бактериальную адгезию и колонизацию патогенными микробами [3]. Давно доказан трансплацентарный перенос вирусов. При ОРВИ развивается вирусемия, и вирусы попадают с плазмой крови матери в межворсинчатое пространство, а из него в ворсины хориона и плаценту, которые становятся входными воротами для вируса и непосредственно вовлекаются в инфекционный процесс [4].

Инфекционное заболевание матери оказывает также токсическое воздействие на фетоплацентарный комплекс и нередко приводит к структурным изменениям плаценты с нарушением ее функций. Морфологические изменения, выявленные в тканях плаценты, отражают результат сложной реакции фетоплацентарной системы на патологическое состояние организма [1]. Для развивающегося зародыша и плода последствия перенесенных ОРВИ и гриппа могут быть весьма неблагоприятны (аномалии развития, множественные стигмы дисэмбриогенеза, смертельный исход и т.д.), особенно если болезнь происходит в ранние сроки беременности, в критические периоды развития плода, когда темп метаболических процессов в зародыше чрезвычайно велик, а иммунная защита еще не развита [5].

В настоящее время вопрос о влиянии вируса гриппа А (H_1N_1swin) на течение беременности и ее исход в доступной литературе освещен недостаточно. Это связано с трудностями антенатальной диагностики, многофакторным воздействием инфекции на плод, отсутствием четкой корреляции между тяжестью заболевания ОРВИ и гриппа матери и степенью поражения плода, неоднозначным подходом к проведению диагностических и лечебно-профилактических мероприятий у беременных и новорожденных.

Цель: изучение клинических особенностей течения и исхода беременности, протекающей на фоне острых респираторных вирусных инфекций и гриппа А (H_1N_1swin).

Методы. Под нашим наблюдением находились 152 беременные женщины, которые перенесли грипп А (H_1N_1swin), острые респираторные вирусные инфекции в разные сроки беременности, в период подъема заболеваемости (45–52-я недели 2009 г.). Возраст беременных варьировал от 16 лет до 41 года. Все беременные находились на стационарном лечении в инфекционных отделениях больниц Саратова. За время пребывания в стационаре проводилось лабораторно-инструментальное обследование: общий анализ крови, общий анализ мочи, биохимический анализ крови, мазок из зева и носа на флору, ПЦР слизи из зева и носа на РНК вируса гриппа, УЗИ с ДП плода, рентгенологическое исследование органов грудной полости по показаниям.

При вирусологическом обследовании слизи из зева и носа, методом полимеразной цепной реакции с обратной транскрипцией, в городской вирусологической лаборатории (до 3 дня от начала заболевания) — у 67

беременных обнаружена РНК вируса гриппа А (H_1N_1swin), 85 женщин обследованы не были.

У беременных при гриппе А (H_1N_1swin) и ОРВИ неустановленной этиологии сопутствующая патология была выявлена в 111 (73%) случаях (чаще отмечались пиелонефрит в 14 (9,2%) случаях, заболевания желудочно-кишечного тракта в 10 (6,6%) случаях, заболевания щитовидной железы в 9 (5,9%) случаях, экзогенно-конституциональное ожирение в 8 (5,3%) случаях, нефроптоз в 4 (2,6%) случаях, бронхиальная астма в 3 (2%) случаях, миопия в 3 (2%) случаях, хронический бронхит в 2 (1,3%) и вирусные гепатиты в 2 (1,3%) случаях), отягощенный акушерско-гинекологический анамнез отмечался у 81 (53,3%) женщины.

Применяли методы описательной статистики: определяли M — среднее значение, m — ошибку среднего, достоверность различий определяли с помощью t -критерия Стьюдента, различия считались достоверными при $p \leq 0,05$.

Результаты. Были обследованы 152 беременные женщины: 85 беременных перенесли ОРВИ; 67 женщин — грипп А (H_1N_1swin). Средний возраст беременных женщин составил $25,8 \pm 1$ год.

Согласно клинической классификации, тяжесть течения гриппа определяли степенью выраженности общей интоксикации (гипертермия, нейротоксический синдром, выраженность геморрагического синдрома, нарушения сердечно-сосудистой деятельности, сопровождающиеся циркуляторными расстройствами). Легкая форма проявлялась слегка повышенной или нормальной температурой тела, слабо выраженными симптомами интоксикации. При среднетяжелой форме были выражены признаки интоксикации: озноб, головная боль, головокружение, мышечные и суставные боли. Температура тела поднималась до $39,5^\circ C$. Тяжелая форма проявлялась резко выраженной интоксикацией, рвотой, повышением температуры до $40-40,5^\circ C$, нарушением сердечно-сосудистой и дыхательной деятельности.

В легкой форме грипп А (H_1N_1swin) (табл. 1) перенесли 9 (13,4%) беременных, в среднетяжелой форме 38 (56,7%) беременных, в тяжелой форме 20 (29,9%) беременных. ОРВИ перенесли в тяжелой форме 11 (12,9%) беременных, преобладали среднетяжелая в 37 (43,5%) случаях и тяжелая форма в 37 (43,5%) случаях.

Таблица 1

Распределение больных по тяжести состояния при гриппе А (H_1N_1swin) и ОРВИ

Нозологическая форма	Степень тяжести		
	легкая n=46	среднетяжелая n=75	тяжелая n=31
Грипп А (H_1N_1swin) n=67	9/13,4%	38/56,7%	20/29,9%
ОРВИ n=85	37/43,5%	37/43,5%	11/12,9%

Примечание: n — число наблюдений; в числителе абсолютные значения показателей, в знаменателе — относительные показатели (в процентах).

Грипп А (H_1N_1swin) протекал со следующими симптомами интоксикации: чаще отмечались вялость и слабость в 66 (98,5%) случаях, снижение аппетита в 59 (88,1%) случаях, бледность кожных покровов в 21 (31,3%) случае. Субфебрильная температура зарегистрирована в 21 (31,3%) случае, фебрильная в

27 (40,3%) случаях, гектическая в 16 (23,9%) случаях. В 14 случаях отмечались головная боль (20,9%) и боли в мышцах (20,9%), боль в глазных яблоках в 10 случаях (14,9%).

При ОРВИ симптомы интоксикации проявлялись вялостью и слабостью в 83 (97,6%) случаях, снижением аппетита в 66 (77,6%) случаях. Субфебрильная температура регистрировалась в 31 (36,5%) случае, фебрильная в 39 (45,9%) случаях, гектическая в 13 (15,3%) случаях. Головная боль отмечалась в 12 (14,1%) случаях, боль в глазных яблоках в 8 (9,4%) случаях, боли в мышцах в 5 (4,8%) случаях.

Достоверность отличий между симптомами интоксикации в группах больных гриппом А (H_1N_1 swin) и ОРВИ не выявлена (боль в глазных яблоках; вялость, слабость; снижение аппетита; головная боль; температура) ОРВИ и гриппа А (H_1N_1 swin) не выявлена (табл. 2).

При гриппе А (H_1N_1 swin) поражение верхних дыхательных путей проявлялось преимущественно синдромами ринита в 44 (65,7%) и фарингита в 57 (85,1%) случаях, тонзиллит отмечался у одной (1,5%) беременной. У беременных, перенесших ОРВИ, при поражении верхних дыхательных путей: преобладали синдромы фарингита в 72 (84,7%) случаях и ринита в 48 (56,5%) случаях, тонзиллит отмечался в 6 (7,1%) случаях. Поражение нижних дыхательных путей при гриппе А (H_1N_1 swin) проявлялось: ларингитом у 1 (1,5%), трахеитом у 6 (9%) пациенток, преобладали синдромы бронхита у 43 (64,2%) и пневмонии у 39 (58,2%) беременных. Для пневмонии были характерны жалобы на малопродуктивный кашель с трудноотделяемой мокротой, развитие дыхательной недостаточности I–II степени, в большинстве случаев развивавшейся на 4–5-й дни болезни; при аускультации отмечались влажные мелко- и среднепузырчатые хрипы; при перкуссии — притупление перкуторного звука; при рентгенологическом обследовании органов грудной полости отмечалось тотальное неоднородное затемнение легочных полей за счет инфильтрации с нечеткими, неровными контурами. Чаще отмечались двусторонняя полисегментарная пневмония в 14 (20,9%) случаях и односторонняя нижнедолевая пневмония в 16 (41%) случаях, в 7 (10,4%) случаях была выявлена двусторонняя нижнедолевая пневмония, в 1 (1,5%) случае выявлена

тотальная пневмония. У беременных, перенесших ОРВИ, поражение нижних дыхательных путей проявлялось ларингитом у 5 (5,9%) и трахеитом у 8 (9,4%) беременных, преобладали синдромы бронхита у 47 (55,39%) беременных и пневмонии у 23 (27,1%) беременных.

Достоверность отличий между ОРВИ и гриппом А (H_1N_1 swin) (табл. 3) при поражении нижних дыхательных путей (ларингит, трахеит, бронхит) не выявлена.

Сходная клиническая симптоматика (симптомы интоксикации, поражение нижних дыхательных путей, в виде бронхита и пневмонии, развитие дыхательной недостаточности) при гриппе А (H_1N_1 swin) и ОРВИ в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом (45–52-я недели 2009 г.) позволяет предположить данную нозологию, в том числе и у беременных с диагнозом: «ОРВИ».

В I триместре у 13 (48,15%) беременных заболевание протекало в среднетяжелой форме и у 13 (48,15%) беременных в легкой форме, тяжелая форма выявлена у 1 (3,7%) беременной. Во II триместре беременности грипп перенесли в легкой форме 25 (37,9%) женщин, в среднетяжелой форме 30 (45,5%) женщин, в тяжелой форме 11 (16,6%) женщин. В III триместре беременности преобладали среднетяжелая у 30 (50,8%) беременных и тяжелая форма у 21 (35,6%) беременной, небольшую долю составили легкой формой 8 (13,6%) беременных.

Среди беременных, перенесших грипп, наибольшее количество переболевших — 43,4% женщин находились на 13–24-й неделях беременности (II триместр), немного меньше в III триместре — 38,8% женщин — на 25–40 неделях. На сроке до 12 недель (I триместр) гриппом переболели 17,8% беременных.

Из перенесших грипп А (H_1N_1 swin) первобеременные составили 65 (42,8%) случаев, а повторобеременные — 87 (57,2%) случаев, угроза прерывания отмечалась в 41 (27%) случае, сопутствующая патология в 111 (73%) случаях, отягощенный акушерско-гинекологический анамнез в 81 (53,3%) случае. При легкой форме гриппа в подавляющем большинстве случаев отмечалась сопутствующая патология — в 36 (78,3%) случаях, угроза прерывания отмечалась в 17 (38%) случаях. При среднетяжелой форме угроза прерывания регистрировалась в 17 (23,3%) случаях, сопутствующая патология в 50 (75%) случаях. При

Таблица 2

Симптомы интоксикации в зависимости от степени тяжести гриппа А (H_1N_1 swin) и ОРВИ ($P \pm m, \%$)

Нозологическая форма	Степень тяжести	Боль в глазных яблоках	Вялость, слабость	Головная боль	Боли в мышцах	Температура		
						субфебрильная	фебрильная	гектическая
Грипп А (H_1N_1 swin)	Легкая n=9	-	100±0	11,1±11,09	22,2±14,69	44,4±17,57	44,4±17,57	-
	Среднетяжелая n=38	10,5±4,97	97,4±2,58	13,2±5,49	10,5±4,97	39,5±5,49*	42,1±8,0	15,8±4,5
	Тяжелая n=20	30±10,51	100±0	40±11,23*	40±11,23*	10±6,88	35±10,94	50±11,5
ОРВИ	Легкая n=37	-	97,3±2,66	18,9±6,4	2,7±2,66	59,5±8,07	24,3±7,05	10,8±5,1*
	Среднетяжелая n=37	13,5±5,62	97,3±2,66	10,8±5,1	2,7±2,66	21,6±6,76*	62,2±7,97	16,2±6,06
	Тяжелая n=11	27,3±14,0	100±0	9,1±9,09*	27,3±14,0	9,1±9,09	63,6±15,22	27,3±14,0

Примечание: n — число наблюдений; * — достоверность отличий в группах больных с гриппом А (H_1N_1 swin) и ОРВИ $\leq 0,05$.

Таблица 3

Основные клинические синдромы поражения нижних дыхательных путей при гриппе А (H₁N₁swin) и ОРВИ в зависимости от степени тяжести заболевания (P±m,%)

Нозологическая форма	Степень тяжести	Ларингит	Трахеит	Бронхит	Пневмония
Грипп А (H ₁ N ₁ swin)	Легкая n=9	-	11,1±11,09	22,2±14,69	-
	Среднетяжелая n=38	2,6±2,58*	13,2±5,5*	63,2±7,8	52,6±8,1
	Тяжелая n=20	-	-	85±8,19	95±5,0*
	Всего n=67	1,5±1,49	9±3,5	64,2±5,9	58,2±6,0*
ОРВИ	Легкая n=37	2,7±2,6	10,8±5,1	40,5±8,07	2,7±2,66
	Среднетяжелая n=37	5,4±3,7*	8,1±4,5*	64,9±7,8	40,5±8,07*
	Тяжелая n=11	18,2±8,85*	9,1±6,6*	72,7±10,22	63,6±11,04*
	Всего n=85	5,9±2,6	9,4±3,2	55,3±5,4	27,1±4,8*

Примечание: n — число наблюдений; * — достоверность отличий в группах больных с гриппом А (H₁N₁ swin) и ОРВИ ≤0,05.

Таблица 4

Распределение беременных по формам тяжести гриппа А (H₁N₁swin) в различные триместры беременности

Триместр беременности	Степень тяжести		
	легкая абс./%	среднетяжелая абс./%	тяжелая абс./%
I триместр n=27	13/48,15%	13/48,15%	1/3,7%
II триместр n=66	25/37,9%	30/45,5%	11/16,6%
III триместр n=59	8/13,6%	30/50,8%	21/35,6%

тяжелой форме сопутствующая патология отмечалась у 25 (75,8%) беременных, угроза прерывания у 10 (30,3%) беременных.

При лабораторно-инструментальном обследовании беременных женщин, болеющих гриппом, в ОАК отмечались выраженные воспалительные изменения (умеренный лейкоцитоз со сдвигом лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ), рентгенологически чаще была выявлена полисегментарная пневмония. Во всех случаях пребывания в стационаре проведена терапия: противовирусная (тамифлю, виферон, циклоферон), антибактериальная (цефтриаксон, клацид, зитролид, сумамед), муколитическая (амбробене), диуретики (лазикс), иммуностимулирующая (иммуноглобулин в/в), гормонотерапия (дексометазон), ИВЛ (по показаниям). Терапия, рекомендуемая при гриппе, позволила добиться благоприятного исхода в 148 (97,4%) случаях заболевания.

В результате наблюдения за 152 беременными женщинами установлено, что в 4 (2,6%) случаях отмечался летальный исход. Во всех случаях диагноз: «Грипп А (H₁N₁ swin)» был подтвержден вирусологически, методом ПЦР прижизненно и патологоанатомически. Средний возраст умерших женщин составил 28±1,5 года. Все 4 женщины пребывали в III триместре беременности и были родоразрешены путем кесарева сечения: в 3 случаях живым плодом, в 1 случае отмечалась антенатальная гибель плода. Плод погиб на 26-й неделе гестации, масса ребенка

составила 950 г. Масса детей, рожденных живыми, составила от 2340 до 3140 г, с оценкой по шкале Апгар 2-4-5 баллов.

В двух случаях выявлен контакт с больными ОРВИ, в двух случаях эпиданамнез не установлен. Из анамнеза заболевания известно, что заболевание начиналось остро с повышения температуры тела до 37,5–39,0°, озноба, беспокоили малопродуктивный кашель, вялость, слабость. На догоспитальном этапе лечились самостоятельно: принимали жаропонижающие препараты (аспирин, парацетамол), отхаркивающие препараты (сироп корня солодки), применяли симптоматическую терапию, но, несмотря на проводимую терапию, состояние ухудшалось, появилась одышка.

Две женщины обратились в ЦРБ по месту жительства, где им была выполнена рентгенография органов грудной полости — выявлена пневмония. Для дальнейшего обследования поступили на стационарное лечение с диагнозом: «Грипп А (H₁N₁ swin)? Двусторонняя полисегментарная пневмония».

В двух других случаях беременные самостоятельно обратились в стационар для обследования и лечения.

Больные при поступлении (5–8-й день заболевания) предъявляли жалобы на слабость, вялость, чувство нехватки воздуха, кашель с трудноотделяемой мокротой. В результате объективного обследования при поступлении состояние у 2 (50%) женщин тяже-

лое, у 2 (50%) среднетяжелое. Беременные, поступившие в тяжелом состоянии, были переведены на ИВЛ с момента поступления. Во всех четырех случаях при поступлении отмечались бледность кожных покровов, кашель с трудноотделяемой мокротой, признаки дыхательной недостаточности II степени, аускультативно — дыхание жесткое, выслушивались влажные мелкопузырчатые хрипы. При лабораторно-инструментальном исследовании в ОАК отмечались выраженные воспалительные изменения, рентгенологически во всех случаях была выявлена полисегментарная пневмония. Состояние беременных, поступивших в среднетяжелом состоянии, ухудшилось на 2–3-й день пребывания в стационаре: усилилась бледность кожных покровов, развился акроцианоз конечностей, выросла дыхательная недостаточность, развилась сердечно-сосудистая недостаточность, что связано с недооценкой тяжести состояния в приемном покое.

Во всех случаях пребывания в стационаре проведена интенсивная терапия: противовирусная (тамифлю), антибактериальная (цефтриаксон, клаксид, зитролид, сумамед), муколитическая (амбробене), гормонотерапия (дексометазон), диуретики (лазикс), иммуностимулирующая (иммуноглобулин в/в). Продолжительность ИВЛ в среднем 2–4 дня. Несмотря на проводимую интенсивную терапию и комплекс реанимационных мероприятий, наступил смертельный исход.

При всех летальных исходах отмечались выраженные симптомы токсикоза, признаки нарастающей дыхательной недостаточности с развитием отека легких. При патологоанатомическом вскрытии установлено, что непосредственной причиной смерти явились прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность, развившийся отек легких, отек головного мозга. Был выставлен заключительный диагноз — основной: «Грипп А (H_1N_1swin), тяжелая форма. Внебольничная пневмония. Состояние после ИВЛ, реанимации»; осложнения: «Острая дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких, отек головного мозга».

Рассмотрим один из случаев со смертельным исходом более подробно. Беременная П. поступила в стационар на 8-е сутки от начала заболевания, с направительным диагнозом: «Грипп А (H_1N_1swin), тяжелая форма. Беременность 26 недель». При поступлении предъявляла жалобы на слабость, вялость, снижение аппетита, повышение температуры тела до 38–39° С, чувство нехватки воздуха, кашель с трудноотделяемой мокротой. Из анамнеза заболевания известно: считает себя больной в течение 8 суток, когда появились жалобы на повышение температуры до 37–39° С. Лечилась самостоятельно (принимала аспирин, парацетамол). В динамике состояние ухудшилось за счет признаков дыхательной недостаточности II степени. Женщина вызвала СМП, доставлена в стационар для обследования и лечения. Выявлен контакт с больным ОРВИ накануне заболевания.

При объективном обследовании при поступлении состояние тяжелое за счет симптомов интоксикации и признаков дыхательной недостаточности II степени. Кожные покровы бледные, носовое дыхание затруднено за счет слизистого отделяемого, кашель частый малопродуктивный, отмечалась одышка в покое до 58 в минуту, в зеве гиперемия задней стенки глотки, при аускультации дыхание жесткое, выслушивались мелкопузырчатые влажные хрипы.

При лабораторно-инструментальном исследовании в общем анализе крови отмечался умеренный лейкоцитоз до $10,4 \times 10^9$ г/л (α — 2, ρ — 3, σ — 68, ρ — 26, μ — 1), ускорение СОЭ до 22 мм/ч, тромбоцитопения до 111×10^9 л; в биохимическом анализе крови отмечалось: снижение общего белка до 53,9 г/л, альбумины 34,1 г/л, повышены: АСТ до 167,2 ЕД/л и АЛТ до 153,4 ЕД/л, ЛДГ до 399,5 ЕД/л, билирубин общий до 25,2 Ед, билирубин прямой до 10,8 Ед; при поступлении (8-й день болезни) проведено вирусологическое исследование (методом ПЦР) выявлена РНК вируса гриппа А (H_1N_1swin).

При рентгенологическом обследовании органов грудной полости при поступлении: справа тотально, слева в средних и нижних отделах неоднородно затемненные легочные поля за счет инфильтрации с нечеткими, неровными контурами. Корни легких расширены, бесструктурны. Синусы плевры свободны. Тень сердца в пределах нормы. Заключение: «Двусторонняя полисегментарная пневмония, тотальная справа». В динамике отмечалось прогрессирование инфильтративных изменений в легочной ткани тотального характера, за счет увеличения объема и интенсивности инфильтрации справа, слева без динамики. Корень легкого, купол диафрагмы и синус плевры справа не дифференцируются.

На третий день пребывания в стационаре состояние ухудшилось, выросли дыхательная и сердечно-сосудистая недостаточность, большая переведена на ИВЛ. На 4-е сутки развилась кома II–III, вырос отек головного мозга с нарушением терморегуляции — гипертермия до 42°С, тахикардия до 150–180 ударов в минуту. На 5-е сутки больная скончалась, несмотря на комплекс проводимых реанимационных мероприятий.

При патологоанатомическом вскрытии установлено, что непосредственной причиной смерти явились прогрессивно нарастающая дыхательная недостаточность, развившийся отек легких, отек головного мозга. Был выставлен заключительный диагноз — основной: «Грипп А (H_1N_1swin), тяжелая форма. Внебольничная двусторонняя полисегментарная пневмония при сроке беременности 26 недель. Состояние после ИВЛ реанимации»; осложнения: «Острая дыхательная, сердечно-сосудистая недостаточность, отек легких, отек головного мозга». Плод погиб антенатально, на 26-й неделе гестации, масса ребенка составила 950 г.

Обсуждение. Беременные женщины, инфицированные вирусом гриппа А (H_1N_1swin), имеют типичные для любого острого респираторного заболевания симптомы — кашель, боль в горле, насморк, лихорадку. Респираторному синдрому при гриппе, как правило, предшествуют симптомы интоксикации — головная боль, мышечные боли. У многих беременных женщин заболевание протекает как типичный неосложненный грипп. Однако у некоторых женщин болезнь прогрессирует очень быстро и может осложняться вирусной пневмонией [1]. Неблагоприятные исходы беременности были ассоциированы с тяжелым течением гриппа.

Заключение. Максимальное количество беременных женщин, заболевших ОРВИ и гриппом А (H_1N_1swin), отмечалось в период с 45-й по 52-ю недели 2009 г. Среди всех больных преобладали среднетяжелые формы в 49,3% случаев. В I и II триместре преобладали легкие и среднетяжелые формы болезни. В III триместре в 35,6% случаев отмечались тяжелые формы заболевания, тяжесть которых определялась развитием синдрома интоксикации, поражение

нижних дыхательных путей в виде бронхита и развития пневмонии. Чаще отмечались двусторонняя полисегментарная пневмония в 20,9% случаев и односторонняя нижнедолевая пневмония в 41% случаев, в 10,4% случаев была выявлена двусторонняя нижнедолевая пневмония, в 11,5% случаев выявлена тотальная пневмония. У всех беременных с пневмонией тяжесть состояния определяла дыхательная недостаточность I–II степени, ОРДС.

Более половины беременных, перенесших грипп А (H₁N₁swin) и ОРВИ, были повторнобеременные, в 70% случаев отмечалась сопутствующая патология (чаще отмечались пиелонефрит, заболевания желудочно-кишечного тракта, щитовидной железы и др.). Более чем у 50% беременных, перенесших грипп А (H₁N₁swin) и ОРВИ, отмечался отягощенный акушерско-гинекологический анамнез.

При гриппе в четырех случаях был зарегистрирован смертельный исход заболевания, связанный с наличием сопутствующей патологии и развитием на этом фоне тяжелой формы гриппа, осложнившейся острой дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, отеком головного мозга. Все больные с летальным исходом не получали на догоспитальном этапе противовирусную терапию. В большинстве случаев сходная клиническая симптоматика (симптомы интоксикации, поражение нижних дыхательных путей в виде бронхита и пневмонии, развитие дыхательной недостаточности) в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом позволяет предположить данную нозологию, в том числе у беременных с диагнозом: «ОРВИ» и начать соответствующую противовирусную терапию на догоспитальном этапе.

Конфликт интересов. Работа выполнена в рамках Федеральной целевой программы по материнству и детству. Номер государственной регистрации 012000259761.

Библиографический список

1. Айламазян Э.К., Полушин Ю.С., Яковлев А.А. Методические рекомендации по диагностике, лечению и профилактике инфекции, вызванной вирусом гриппа А (H1N1), у беременных женщин: учеб.-метод. пособие. СПб.: Изд-во Н-Л, 2010. 36 с.
2. Противовирусная терапия ОРВИ у детей / Ф.И. Ершов, С.С. Григорян, Т.Г. Орлова [и др.] // Детские инфекции. 2006. № 3. С. 56–61.
4. Кошелева Н.Г., Зубжицкая Л.Б. Исходы беременности, иммуноморфологическое состояние плаценты после ОРВИ, перенесенной беременной, профилактика, лечение // Журнал акушерства и женских болезней. 2005. № 3. С. 2–18.
5. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И. Воздушно-капельные инфекции. СПб.: Фолиант, 2000. 184 с. (Сер.: Актуальные инфекции).
6. Саучеников Д.В., Вережникова Е.В., Миронова Н.И. Методические рекомендации по организации медицинской помощи и проведению интенсивной терапии больным гриппом А (H1N1), осложненным пневмонией, включая беременных (информационное письмо). Саратов: министерство здравоохранения Саратовской области, 2009. С. 3–22.

Translit

1. Ajlamazjan Je.K., Polushin Ju.S., Jakovlev A.A. Metodicheskie rekomendacii po diagnostike, lecheniju i profilaktike infekcii, vyzvannoj virusom grippa A (H1N1), u beremennyh zhenwin: ucheb.-metod. posobie. SPb.: lzd-vo N-L, 2010. 36 s.
2. Protivovirusnaja terapija ORVI u detej / F.I. Ershov, S.S. Grigorjan, T.G. Orlova [i dr.] // Detskie infekcii. 2006. № 3. S. 56–61.
4. Kosheleva N.G., Zubzhickaja L.B. Ishody beremennosti, immunomorfologicheskoe sostojanie placenty posle ORVI, perenesennoj beremennoj, profilaktika, lechenie // Zhurnal akusherstva i zhenskih boleznej. 2005. № 3. S. 2–18.
5. Lobzin Ju.V., Mihajlenko V.P., L'vov N.I. Vozdushno-kapel'nye infekcii. SPb.: Foliant, 2000. 184 s. (Ser.: Aktual'nye infekcii).
6. Sauchenikov D.V., Verezhnikova E.V., Mironova N.I. Metodicheskie rekomendacii po organizacii medicinskoj pomowi i provedeniju intensivnoj terapii bol'nym grippom A (H1N1), oslozhnennym pnevmoniej, vkluchaja beremennyh (informacionnoe pis'mo). Saratov: ministerstvo zdravooohranenija Saratovskoj oblasti, 2009. S. 3–22.