

БИОМЕДИЦИНА ВА АМАЛИЁТ ЖУРНАЛИ ЖУРНАЛ БИОМЕДИЦИНЫ И ПРАКТИКИ JOURNAL OF BIOMEDICINE AND PRACTICE

Умида Хабибуллаевна СОЛИЕВА
Намуна Хасанбой кизи МАДОЛИМОВА
Дилноза Джавдатовна САИДЖАЛИЛОВА

Кафедра акушерства и гинекологии №1
Ташкентская медицинская академия, Узбекистан.
E-mail: namuna.madolimova@mail.ru

ТЕЧЕНИЕ И ИСХОД БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ БРОНХОПНЕВМОНИИ НА ФОНЕ ОСТРОЙ РЕСПИРАТОРНОЙ ИНФЕКЦИИ

For citation: U.Kh. Soliyeva, N.Kh. Madolimova, D.D. Saidjalilova CURRENT OUTCOME OF PREGNANCY AND DELIVERY OF BRONCHOPNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION Journal of Biomedicine and Practice. 2021, vol. 6, issue 3, pp.59-64

 <http://dx.doi.org/10.26739/2181-9300-2021-3-90>

АННОТАЦИЯ

Бронхопневмонии (БП) на фоне острой респираторной инфекции (ОРИ) - значимая клиническая проблема, с которой имеют дело врачи во всем мире. Особенностью бронхопневмоний на фоне ОРИ у беременных является не типичность клиники. Исходя из этого, мы определили наши цели: определить роль бронхопневмонии в развитии акушерских осложнений, в зависимости от степени тяжести заболевания и срока гестации. Структура и частота акушерских и перинатальных осложнений зависели от срока гестации.

Ключевые слова: беременность, роды, ОРИ, грипп, бронхопневмония, течение и исход беременности, акушерские и перинатальные осложнения.

Umida Khabibullayevna Soliyeva
Namuna Khasanboy kizi, Madolimova
Dilnoza Djavdatovna Saidjalilova

Department of Obstetrics and Gynecology №1,
Tashkent medical academy, Uzbekistan
E-mail: namuna.madolimova@mail.ru

CURRENT OUTCOME OF PREGNANCY AND DELIVERY OF BRONCHOPNEUMONIA ON THE BACKGROUND OF ACUTE RESPIRATORY INFECTION

ANNOTATION

ARI-associated bronchopneumonia is a common clinical problem faced by doctors around the world. A feature of bronchopneumonia against the background of ARI in pregnant women is the atypical nature of the clinic. Based on this, we set a goal for ourselves: to determine the role of bronchopneumonia in the development of obstetric complications, depending on the severity of the

disease and the gestational age. The structure and frequency of obstetric and perinatal complications depended on the gestational age in which the BP was happened:

Keywords: pregnancy, childbirth, ARI, influenza, bronchopneumonia, course and outcome of pregnancy, obstetric and perinatal complications.

Умида Хабибуллаевна СОЛИЕВА
Намуна Хасанбой кизи МАДОЛИМОВА
Дилноза Джавдатовна САИДЖАЛИЛОВА
1-сонли Акушерлик ва гинекология кафедраси,
Тошкент тиббиёт академияси, Ўзбекистон.
E-mail:namuna.madolimova@mail.ru

ЎТКИР РЕСПИРАТОР ИНФЕКЦИЯЛАР ФОНИДА РИВОЖЛАНГАН БРОНХОПНЕВМОНИЯДА ҲОМИЛАДОРЛИК ВА ТУҒРУҚ КЕЧИШИ ВА ОҚИБАТИ

АННОТАЦИЯ

Ўткир респираторли инфекция (ЎРИ) фонида ривожланган бронхопневмония (БП) бутун дунё шифокорлари дуч келадиган кенг тарқалган клиник муаммо ҳисобланади. Ҳомиладор аёлларда ЎРИ фонида ривожланган бронхопневмониянинг ўзига хос хусусияти клиниканинг атипиклигидир. Шунга асосланиб биз ўз олдимизга мақсад қўйдик: касалликнинг оғирлиги ва ҳомиладорлик ёшига қараб, акушерлик асоратларини ривожланишида бронхопневмониянинг ролини аниқлаш. Акушерлик ва перинатал асоратларнинг структураси ва частотаси бронхопневмония ўтказган ҳомиладорлик муддатига боғлиқ бўлди.

Калит сўзлар: ҳомиладорлик, туғруқ, ЎРВИ, грипп, бронхопневмония, ҳомиладорликнинг кечиши ва натижаси, акушерлик ва перинатал асоратлар.

Актуальность: Бронхопневмонии (БП) на фоне ОРВИ - широкоизвестная клиническая проблема, с которой сталкиваются врачи во всем мире [1,4]. Особенностью бронхопневмоний на фоне ОРВИ у беременных является нетипичность клиники. Заболевание характеризуется наличием короткого продромального периода в виде температурной реакции в течение 1-4-х дней с внезапным ухудшением состояния, быстрым развитием полиорганной недостаточности, инфекционно-токсическим шоком. Причиной такой динамики заболевания до конца не установлены [2,5]. Аналогичные ситуации по данным литературы, в каких-либо других регионах мы не выявили.

К предрасполагающим факторам в развитии БП у беременных относят эпидемии гриппа и ОРВИ.

Цель: Определить роль бронхопневмонии в развитии акушерских осложнений, в зависимости от степени тяжести заболевания и срока гестации

Для реализации намеченной цели поставлены задачи:

1. Установить особенности течения бронхопневмонии у беременных в различные сроки гестации.
2. Изучить структуру развившихся акушерских и перинатальных осложнений, в зависимости от тяжести заболевания и срока гестации, в котором перенесли БП.
3. Оценить связь морфологических изменений в плаценте с тяжестью течения бронхопневмонии.

Клиническое наблюдение осуществлено у 97 беременных, поступивших в №9 родильный комплекс, которым выставлен диагноз бронхопневмония. Все беременные с БП тяжелой степени госпитализированы в отделение реанимации, а беременные с БП среднетяжелой степени в палаты интенсивной терапии.

Из 97 беременных с бронхопневмонией: в I триместре переболело 18 женщин, во II триместре – 30 женщин, в III - 49. По частоте встречаемости пневмонии превалирует срок гестации от 22 до 37 недель – 49 пациенток (50,5%). В зависимости от тяжести заболевания

женщины были подразделены на следующие подгруппы: А подгруппу составили беременные с БП среднетяжелой степени; Б подгруппу составили беременные с тяжелым течением БП.

Результаты исследования: В результате проведенного анализа было установлено, что одним из факторов риска развития пневмонии являются эпидемии гриппа и ОРВИ. Фон для развития среднетяжелой и тяжелой бронхопневмонии был неблагоприятным, вследствие наличия соматической патологии, отягощенного ВЗОМТ гинекологического и отягощенного акушерского анамнеза.

Подозревается диагноз бронхопневмония при появлении у больного лихорадки в сочетании с жалобами на кашель, одышку, отделение мокроты. Обращали также внимание на наличие специфических проявлений ОРИ: общее недомогание, кашель, слабость, потливость.

Все поступившие в стационар беременные со среднетяжелой степенью БП имели длительность течения заболевания от 2 до 5- суток, в среднем $3,6 \pm 3,2$. Во всех случаях состояние женщин в стационаре было средней тяжести. Беременные предъявляли жалобы на одышку, першение в горле, кашель, впервые дни обычно сухой, общую слабость, головную боль, 49% беременных отмечали потоотделение по ночам.

Объективными признаками пневмонии были укорочение (тупость) перкуторного тона над пораженным участком легкого, бронхиальное дыхание при локальном выслушивании, наличии звучных мелкопузырчатых хрипов или инспираторной крепитации, усилении бронхофонии и голосового дрожания. Оценивая состояние можно рассудить что у части больных объективные признаки пневмонии могли отличаться от типичных или не проявляться вовсе (примерно 20%).

Рентгенография грудной клетки оставалось наиболее важным диагностическим исследованием. При диагностировании БП практически всегда требуется обнаружение очагово-инфильтративных изменений в легких, при наличии соответствующей симптоматики. Рентгенографии органов грудной клетки высокозначима и ценна не только в верификации диагноза бронхопневмонии (как правило, при наличии соответствующих клинических признаков), но и при оценке динамики процесса, эффективность лечения и выздоровления. Степень тяжести заболевания можно определить по изменениям на рентгенограмме (распространенность инфильтрации, наличие или отсутствие выпота) соответствующее состоянию, и служат своеобразным «проводником» в выборе антибактериальной терапии. При рентгенологическом исследовании беременных со среднетяжелой БП выявлялись очаговые инфильтративные затемнения. Иногда рентгенологическая картина была единственным признаком, свидетельствующим о пневмонии, аускультативно-перкуторные признаки при этом отсутствовали.

У 51 беременных со среднетяжелой степенью заболевания преобладало одностороннее поражение легких: в 28 случаях (51,7%)-левостороннее поражение, в 21-ти (41,3%) – правостороннее, и в 2-х случаях (6,8%) установлено двустороннее поражение.

При бронхопневмонии характерным аускультативным признаком явилось крепитация, выслушиваемая над очагом воспаления. Она напоминала мелкий треск. Крепитация появляется при разливании во время вдоха стенок альвеол, пропитанные воспалительным экссудатом. Особенность состоит в том, что крепитация выслушивается только во время вдоха и неслышна во время выдоха. Протяженность и стадия пневмонического очага возможно оценить появлением и исчезновением крепитации, как и громкость ее, и обширность зоны ее выслушивания.

Синдром интоксикации проявлялся всеми известными признаками, такими как общая слабость, снижение работоспособности, потливость (преимущественно ночью и даже при незначительной физической нагрузке), снижение аппетита, головная боль, при тяжелом течении заболевания - спутанность сознания. Интоксикация у беременных с БП среднетяжелой степени была менее выражена. Результаты УЗИ органов брюшной полости, ЭКГ исследования не выявили патологических изменений, что дает нам основание считать, что состояние беременных было стабильным.

Таким образом, исход заболевания во многом зависел от тяжести состояния

беременной при поступлении в стационар. Своевременная обращаемость и госпитализация беременных с БП среднетяжелой степени позволило предупредить легочные и внелегочные осложнения угрожаемые жизни матери и плода, своевременно провести терапию и пролонгировать беременность.

Тяжелое течение БП характеризуется много долевым поражением и такими осложнениями, как дыхательная, сосудистая недостаточность, нарушение выделительной функции почек (17). В момент госпитализации, как правило, имели место признаки выраженной дыхательной недостаточности: вынужденное положение беременных (ортопное), тахипное, дискомфорт, наличие акроцианоза у 27 (58,7%), выраженный цианоз – у 10,9%. Лихорадка выше 38°C отмечена у 91,3% на фоне выраженного интоксикационного синдрома.

Развитие желтухи сопровождалась тяжелым течением бронхопневмонии, что проявляется при нарушении функциональной способности печени в связи с выраженной интоксикацией. При тяжелом течении бронхопневмонии желтуха могла быть также обусловлена развитием неспецифического гепатита.

Снижение количества тромбоцитов в крови у больных пневмонией отмечали также ряд авторов. Ее объясняют попаданием в кровь веществ бактериальной природы, обладающих тромбопластической активностью и вызывающих ДВС и связанную с ним агглютинацию тромбоцитов.

Лабораторные инструментальные методы имели дополнительное значение в уточнении степени вовлечения в процесс других органов и систем и развития осложнений.

Таблица 1.

Факторы риска нарастания тяжести бронхопневмонии

Клинические данные	Лабораторные данные
1. одышка	1. Лейкопения или лейкоцитоз (менее)
2. Температура более 38,5°C	2. Гематокрит менее 30%
3. Очаги внелегочной инфекции	3. Гипоксемия ($PaO_2 < 60$ мм.рт.ст.)
4. Сосудистая недостаточность (САД <90 мм.рт.ст. или ДАД <60 мм.рт.ст.)	4. Рентгенологические признаки: - поражение более одной доли; - быстрое увеличение инфильтрации.
5. нарушение сознания	5. нарушение диуреза

Таким образом, особенностями тяжелого течения БП у беременных являются выраженная клиническая симптоматика, значительные изменения лабораторных показателей. У беременных с БП различной степени тяжести наблюдалась активация сосудисто-тромбоцитарного и прокоагулянтного звеньев системы гемостаза, что приводило к истощению антикоагулянтной системы организма. Которое вначале усиливает фибринолиз, а затем истощает эту систему и в конечном счете может явиться причиной акушерских осложнений (кровотечения).

В соответствии с задачами исследования нами был проведен сравнительный анализ течения беременности и родов, а также состояние плода и новорожденного у женщин с БП, перенесших в различные сроки гестации.

Сравнительный анализ особенностей течения беременности выявил что, при БП у женщины во время беременности развиваются такие осложнения как угроза прерывания беременности, преждевременная отслойка плаценты, активация внутрисосудистого свертывания, преэклампсия, плацентарная дисфункция. При БП во II и в ранних сроках III триместра выявлено статистически значимая частота СОРП, чем при БП в I и в конце III триместра. Тяжелая БП отличалась от среднетяжелой более коротким временем пролонгирования беременности, более поздней выпиской родильниц из стационара.

Анализ результатов ультразвукового сканирования (УЗИ) позволил установить у 41,2% беременных с БП наличие петрификатов в плаценте, что свидетельствует о перенесенных

микроинфарктах в ткани плаценты. Указанные изменения являлись причиной хронической внутриутробной гипоксии плода в результате нарушения транспорта кислорода. Результаты УЗ исследования показали, что наиболее частым осложнением у плода беременных, перенесших во время беременности БП, является ХГВП. Анализ результатов осложнений плода и новорожденного у женщин, перенесших БП тяжелой степени показал, что частота их встречаемости различия и резко нарастает в зависимости от тяжести заболевания.

Сравнительный анализ исходов родов показал более высокую частоту преждевременных родов (26,1%), РДС, асфиксию средней и тяжелой степени, неонатальную смертность (43%) у беременных, перенесших БП тяжелой степени. Следует отметить, что ранние преждевременные роды в сроке 22-33 недели (10,9%) и неонатальная смертность были отмечены только в группе с тяжелым течением БП.

Необходимость экстренного досрочного родоразрешения в группе с тяжелым течением БП чаще была обусловлена выраженными нарушениями состояния (более тяжелыми клиническими проявлениями БП), как беременной, так и плода и составила 13,04%, в то время как в группе с БП среднетяжелой степени показаниями к родоразрешению в 2% случаев служило неубедительное состояние плода.

Среднее значение срока родов в группе с тяжелой БП составило $33,1 \pm 2,3$ нед., в группе со среднетяжелой БП - $38,1 \pm 1,01$ нед, в контрольной группе - $40,0 \pm 0,5$ нед. Ранние преждевременные роды в сроке 22-33 недели были отмечены только в группе с тяжелым течением БП у 10,9% женщин. Преждевременные роды в сроке 34-37 недели статистически значимо чаще имели место в группах с БП (15,2 и 13,7%, соответственно, $p < 0,05$). Своевременные роды статистически чаще встречались в группе со среднетяжелым течением БП и контрольной группе по сравнению с группой с тяжелой БП ($p < 0,01$).

Для подтверждения роли инфекционно-воспалительного процесса организма (бронхопневмонии) в развитии вышеуказанных осложнений нами проведено морфологическое исследование плацент. Изучение плацент женщин с БП показало, что морфологическая картина плаценты свидетельствует о плацентарной недостаточности, и различной степени и локализации воспаления в ткани плаценты (базальный децидуит, виллузит, интервиллузит).

Морфологическое исследование плацент родильниц, перенесших БП во время гестации, позволило выявить морфологические признаки плацентарного нарушения за счет воспалительных изменений, характеризующиеся снижением плацентарного кровообращения, что повлекло за собой негативное влияние на развитие плода и сроки родоразрешения.

Заключение: Структура и частота акушерских и перинатальных осложнений зависели от срока гестации, в котором произошло АД:

в первом триместре наиболее частыми осложнениями были угроза прерывания беременности (55,5%), неразвивающаяся беременность (27,8%), аномалии развития плода (11,1%), дисфункция плаценты (22,2%);

во втором триместре - поздние самопроизвольные выкидыши (10%), обострение хронической патологии (50%), дисфункция плаценты (30%), преэклампсия (20%);

в третьем триместре переход к крайне тяжелой пневмонии (18,4%), диссеминированному внутрисосудистому свертыванию (38,8%), нарушению функции печени (18,4%), преждевременным родам (12,2%), преэклампсии (10,2%) и преждевременному отслоению нормально расположенная плацента (4,1%).

И установлена взаимосвязь между тяжестью течения заболевания и сроком гестации, согласно которой умеренное АД чаще всего встречалось во II триместре беременности (47,1%), тяжелое - в III триместре (73,9%). АД тяжелой степени, акушерские и перинатальные осложнения встречались в 2 раза чаще, чем при средней: преждевременные роды - 26,5%, преэклампсия - 11,7%, дисфункция плаценты - 38,2%, синдром задержки роста плода - 29,4%.

Список литературы

1. Абросимов, В.Н. Клинические особенности грипп-ассоциированной внебольничной пневмонии тяжёлого течения / В.Н. Абросимов, Е. В. Алмазова // Российский медико-биологический вестник. - 2012. - № 6. - С.84-88.
2. Авдеев, С. Н. Пневмония и острый респираторный дистресс-синдром, вызванные вирусом гриппа А/Н1Ш / С.Н. Авдеев // Пульмонология. -2010. -Прил.: Грипп А/НШ1. - С. 32-46.
3. Авдеев, С. Н. Пневмония при гриппе / С. Н. Авдеев // Русский медицинский журнал. - 2012. - Т. 8, № 13/14. - С. 545-547.
4. Белокриницкая, Т. Е. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика / Т. Е. Белокриницкая, Д. А. Тарбаева, А. Ю. Трубицына // Врач. - 2013. -№ 2. - С. 32-36.
5. Долгушина, Н. В. Вирусные инфекции у беременных: руководство для врачей / Н. В. Долгушина, А. Д. Макацария. - Москва: Триада-Х, 2009. -С. 89-144.
6. Допплерография в акушерстве / М. В. Медведев, А. Курьяка, Е. В. Юдина. - 1-е изд. - М.: РАВУЗДПГ, Реальное время, 1999. - С. 128-160
7. Жаркин, Н. А. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии / Н. А. Жаркин, Н. Д.Подобед // Журнал практического врача акушера-гинеколога. -2010. -№ 1.-С. 11-15.
8. Зазирная, Н.И. Осложнения беременности при острых респираторных вирусных инфекциях и их профилактика: автореф. дис. ... канд. мед.наук : 14.01.01. / Зазирная Наталья Игоревна. - Волгоград, 2012. - С. 8-25.
9. Киселёв, О.И. Грипп при беременности: сочетание функциональной и инфекционной иммуносупрессии / О.И. Киселев, В.И. Покровский. -Санкт-Петербург, 2012. - С. 141-148.
10. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. - Москва: Триада-Х, 2013. - С. 885-896.
11. Acs, N. Maternal influenza during pregnancy and risk of congenital abnormalities in offspring / N. Acs, F. Banhidy, E. Puho // Birth. Defects Resio Clin. Mol. Teratol. - 2005. - Vol. 73, № 12. - P. 989-996.
12. Akercan, F. The immunohistochemical evaluation of VEGF in placenta biopsies of pregnancies complicated by preeclampsia / F. Akercan, T. Cirpan, M. C. Terek // Arch. Gynecol. Obstet. - 2008. - Vol. 277, № 2. - P. 109-114.
13. Getahun D., Ananth C.V., Peltier M.R. et al. Acute and chronic respiratory diseases in pregnancy: associations with placental abruption // Am. J. Obstet. Ginecol. 2006, Oct. - Vol. 195(4). - P. 1180-1184.
14. Goodnight W., Seper D. Pneumonia in pregnancy // Crit. Care Med. -2005. Vol. 33. - Suppl. 10. - P. 390 - 397.
15. Griffiths P.D, Ronalds C., Hlath R. A prospective study of influenza: infections during pregnancy // J. Epidemiol. Commun. Hlth. 2000. - Vol. 34. - P. 124 – 128