

**СОВРЕМЕННЫЕ ВЗГЛЯДЫ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ И МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ
БЕРЕМЕННЫХ С ОСТРЫМИ РЕСПИРАТОРНЫМИ ВИРУСНЫМИ ИНФЕКЦИЯМИ**

Н.И. ЗАКИРОВА, Г.И. ЮСУПОВА

Самаркандский Государственный медицинский институт, Республика Узбекистан, г. Самарканд

**ЎТКИР РЕСПИРАТОР ВИРУСЛИ ИНФЕКЦИЯ БИЛАН ОҒРИГАН ҲОМИЛАДОРЛАРДА
ҲОМИЛАДОРЛИКНИНГ КЕЧИШИ ВА ДАВОЛАШ УСУЛЛАРИГА ЗАМОНАВИЙ
ҚАРАШЛАР**

Н.И. ЗАКИРОВА, Г.И. ЮСУПОВА

Самарканд Давлат медицина институти, Ўзбекистон Республикаси, Самарканд

**MODERN WAYS OF PREGNANCY DURATION AND TREATMENT METHODS OF PREGNANT
WOMEN WITH ACUTE VIRAL INFECTIONS**

N.I. ZAKIROVA, G.I. YUSUPOVA

Samarkand State Medical Institute, Republic of Uzbekistan, Samarkand

Беременные женщины более склонны к заболеванию острыми респираторными вирусными инфекциями. Это связано с тем, что иммунная система при беременности существенно перестраивается, чтобы минимизировать реакцию отторжения плода и иммунное влияние на будущего младенца [3,9,14,22,35,40]. При этом оказывается пониженным общий иммунный статус организма беременной, в том числе уровень противовирусной и антибактериальной защиты. В то же время именно в период беременности особенно нежелательными являются как сами острые респираторные заболевания, так и системно действующие лекарственные средства, применяемые при их лечении [10,17,20].

Во время эпидемии гриппа для многих достаточно простого повышения температуры, чтобы поставить столь «популярный» диагноз. И это является в корне неверным. Ошибка в диагностике, при этом не может списываться на низкую квалификацию врача: здесь есть объективная причина - сходство большинства симптомов гриппа с симптоматикой других заболеваний вирусного характера.

Дифференциальная диагностика ОРВИ у беременных в условиях поликлиники весьма затруднительна. Сильная интоксикация организма, начинающаяся в первый день болезни, и последующее присоединение к нему катаральных проявлений со стороны дыхательных путей — главное отличие гриппа от других ОРВИ. При ОРВИ развитие катаральных признаков предшествует повышению температуры, проявления интоксикации выражены слабо.

Лечение ОРВИ у беременных следует проводить с особым вниманием: важно не пропустить начало любого другого заболевания, да и сами ОРВИ в ранние периоды беременности могут быть опасны. Поэтому дифференциальная диагностика ОРВИ проводится с проромаль-

ным периодом кори, пневмококковым ринитом, преджелтушным периодом вирусного гепатита и менингококковым назофарингитом. Дифференциальная диагностика ОРВИ, необходимая для установления его типа, требует использования реакции связывания комплемента, реакции не прямой гемагглютинации и реакции торможения гемагглютинации. В экспресс-диагностике наибольшую популярность получил метод иммунофлюоресценции в любой из модификаций. Для уточнения диагноза можно назначить определение типа вируса при помощи вирусологического метода исследования. Важность постановки верного диагноза для беременных женщин заключается не только в своевременном выявлении типа ОРВИ, но и в пресечении его дальнейшего развития препаратами, не способными навредить плоду [1,2,6,9,15,30,32].

Тяжесть ОРВИ и гриппа у беременной зависит от многих факторов: общего состояния здоровья, возраста, от того, контактировала ли больная с данным типом вируса ранее [11,41]. В зависимости от этого у заболевшей беременной может развиваться одна из 4-х форм гриппа: легкая, среднетяжелая; тяжелая и гипертоксическая [11]. В случае легкой (включая стертые и субклинические) формы гриппа температура тела может оставаться нормальной или повышаться до 38°C, симптомы инфекционного токсикоза слабо выражены или отсутствуют. В случае среднетяжелой (манифестной) формы гриппа температура повышается до 38-39,5°C и отмечаются классические симптомы заболевания (катаральные, интоксикация; респираторные симптомы, синдром сегментарного поражения легких) [11]. При развитии тяжелой формы гриппа температура тела поднимается до 40-40,5°C. В дополнение к симптомам, характерным для среднетяжелой формы заболевания, появляются признаки энцефалопатии (психотические состо-

ания; судорожные припадки, галлюцинации), сосудистые расстройства (носовые кровотечения, точечные геморрагии на мягком небе) и рвота [11]. У беременных при тяжелой токсической форме гриппа, встречающейся у 30-40% больных [11], возникают резкая слабость, нарушения в центральной нервной и сердечно-сосудистой системах. Развивается ДВС-синдром. Смерть наступает от геморрагического отека легких или фибрилляции желудочков сердца [41]. При генерализованной гриппозной инфекции возникают тяжелые осложнения виде ДВС-синдрома, преждевременной отслойки плаценты, инфекционно-токсического шока со смертельным исходом у матери и антенатальной гибелью плода [45,46,48]. При сочетании гриппа и беременности нарушения гемостаза проявляются в виде множественного тромбоза сосудов микроциркуляции почек, гипофиза, миокарда и других органов, что наиболее характерно для токсических форм гриппа [48]. Молниеносная [гипертоксическая] форма гриппа — это крайнее проявление тяжелой формы, которая характеризуется тяжелым нейротоксикозом с развитием отека мозга, сердечно-сосудистой и дыхательной недостаточностью, прогрессирующим ДВС-синдромом. Отмечается крайняя степень тяжести и быстрое течение заболевания [48]. Наиболее частым синдромом при тяжелых и осложненных формах гриппа у беременных является острая дыхательная недостаточность (ОДН) [4,8,9,15]. Она обусловлена сокращением дыхательной поверхности легких; обструкцией бронхиального дерева мокротой; нарушением диффузных свойств; редукцией функционирующих участков [ателектаз, коллапс]; неполноценной функцией дыхательных мышц; нарушением в системе сурфактанта; нарушением функции дыхательного центра или блокадой афферентных звеньев регуляции дыхательных мышц; несоответствием между вентиляцией и перфузией. Основными клиническими признаками ОДН являются одышка, акроцианоз, потливость, тахикардия, нарушение ритма дыхания и нервно-психического статуса, который зависит от степени гипоксемии и гиперкапнии, метаболического или смешанного ацидоза [15].

Вторым наиболее частым синдромом, встречающимся у беременных при тяжелых и осложненных формах гриппа, является острая циркуляторная недостаточность, вызывающая наиболее тяжелые и, зачастую, необратимые осложнения в организме матери и плода [15]. Ведущая роль в развитии этого осложнения принадлежит вирусно-бактериальным токсинам, которые вызывают нарушение регуляции периферического кровообращения.

На поздних стадиях шока при недостаточности компенсаторных механизмов спазм сосудов может привести к длительной ишемии и развитию необратимых изменений в системе гомеостаза. В терминальной фазе болезни может возникать такое осложнение, как отек головного мозга, который является следствием гипоксии мозговой ткани, гиперкапнии, метаболического ацидоза, гипертермии [15,48].

Самые разнообразные изменения в мышце сердца возникают у беременных при заболевании ОРВИ [46,47,48]. Это проявляется в виде нетяжелых миокардитов, которые выявляются только на ЭКГ, до, хотя и редко, инфаркта миокарда, могут вызывать сосудистые нарушения.

Существенную роль в развитии таких осложнений играет степень тяжести течения инфекции. При длительном течении заболевания может возникнуть эндокардит инфекционно-аллергического генеза [39]. Тяжелые формы пневмоний может осложнять респираторный дистресс-синдром взрослых (РДСВ); который имеет высокую летальность - до 60% [48,49].

Б. Деттель, К. Джиллогли (2007) отмечают, что наиболее частыми осложнениями гриппа у беременных являются отек легких и РДСВ.

У беременных отек легких развивается обычно на фоне преэклампсии, токолитической терапии, при эмболии околоплодными водами, заболеваниях сердца, септическом шоке, аспирации большого количества жидкости или массивной инфузионной терапии [37,39,47,48].

Различают кардиогенный отек легких [при острой левожелудочковой недостаточности] и некардиогенный [вследствие снижения онкотического давления плазмы]. Причиной РДСВ у беременных могут быть эмболия околоплодными водами; преэклампсия и эклампсия, травмы, сепсис,

аспирация содержимого желудка, термическое или токсическое поражение дыхательных путей, передозировка лекарственных средств, острый панкреатит, ДВС-синдром, переливание несовместимой крови.

Для РДСВ на фоне беременности характерно диффузное повреждение альвеолярно-капиллярной мембраны с повышением ее проницаемости и развитием некардиогенного отека легких. Прогноз РДСВ у беременных и у небеременных одинаков. Он зависит от тяжести основного заболевания и поражения других органов.

Инфекционно-токсический шок у беременных связан с бактериальной или вирусной интоксикацией: происходит нарушение вазомоторной регуляции с парезом венозных сосудов, депонированием в них крови и резким уменьше-

нием ОЦК, прогрессирующим расстройством микроциркуляции и развитием морфологических повреждений жизненно важных органов. Особенностью инфекционно-токсического шока является раннее развитие ДВС-синдрома [21,28,32,37,48].

Чувствительность и восприимчивость беременных к инфекционным заболеваниям повышена, у них чаще регистрируются тяжелые и осложненные формы гриппа [19,26,39,42]. Под влиянием гриппозной инфекции резко снижается сопротивляемость организма беременной, нарушаются функции эндокринной и иммунной систем, что способствует активизации латентных заболеваний, в том числе вирусно-бактериальной этиологии во время беременности и после родов. Инфекционно-токсическое действие гриппа способствует возникновению гиповитаминозов и гиперацидоза, что в совокупности с другими нарушениями может привести к различным осложнениям, вплоть до прерывания беременности и гибели плода [42,44].

В плаценте женщин, перенесших грипп, находят тромбоз интервиллезного пространства, очаговые кровоизлияния в базальную пластинку, оболочку, пуповину, которые, нарушая плацентарное кровообращение, неблагоприятно влияют на плод и новорожденного [35]. Это может быть связано как с непосредственным прохождением вируса через плаценту и прямым воздействием гриппозной инфекции на гладкую мускулатуру и стенку сосудов, так и с гиперацидозом, гриппозной токсемией, ведущую к капилляритам, васкулитам [35]. У женщин, перенесших грипп во время беременности, наблюдается большая частота невынашивания беременности, врожденных аномалий развития плода и повышенный процент смертности детей. Осложнения чаще возникают при заболевании женщин во второй половине беременности, когда они менее устойчивы к инфекциям. Преждевременные роды наступают у 16,5% рожениц [48]. Часты послеродовые заболевания: эндометрит, мастит. Прерывание беременности может привести к обострению заболевания. Роды в остром периоде, особенно преждевременные, оказывают неблагоприятное воздействие на плод и новорожденного, что выражается в более низких показателях физического развития и повышении их заболеваемости. Основная задача акушера - предупредить досрочное прерывание беременности. Роды, ведутся через естественные родовые пути.

Грипп обычно не является показанием для прерывания беременности, однако женщине, уже имеющей детей и перенесшей грипп в начале беременности, можно рекомендовать эту беременность прервать в срок до 12 недель [31,32].

Шехтман М.М. (2005) считает, что лечение беременной женщины, заболевшей гриппом, должно проводиться в домашних условиях.

Показаниями для стационарного лечения являются тяжелая форма заболевания, пневмония, миокардит, поражение центральной нервной системы. Больную следует изолировать. При отсутствии отеков рекомендуется обильное питье. Назначают жаропонижающие и обезболивающие средства [ацетилсалициловая кислота, анальгин] [32,44,47].

При неосложненном течении гриппа назначать антибактериальные средства не следует [34]. Антибиотики, допустимые во время беременности, требуются при осложнении гриппа бронхитом, пневмонией, гайморитом, энцефалитом, отитом. Находящимся в стационаре тяжелым больным назначают противогриппозный гамма-глобулин [29,31]. Назначают полусинтетические препараты пенициллина. При появлении признаков отека мозга или легких, энцефалита используют фуросемид (лазикс) по 20-40 мг в сутки. При сердечной недостаточности и артериальной гипотензии применяют коргликон, строфантин, кордиамин, эфедрина гидрохлорид [29,30,31].

Профилактика гриппа проводится как во время, так и перед предполагаемой эпидемией. Иммунизация женщин живой или инактивированной противогриппозной вакциной не влияет на течение беременности [18]. Проводят профилактику и человеческим лейкоцитарным интерфероном. Наибольшее количество смертельных исходов от гриппа связано не непосредственно с этим заболеванием, а с осложнениями после перенесенной гриппозной инфекции [48]. Чаще всего это осложнения, касающиеся заболеваний легких и сердца (в частности, острая пневмония). Грипп является фоном к запуску патологических реакций в организме беременной, что в дальнейшем приводит к более частому развитию осложнений. Всего в общей структуре смертности смерть от гриппа и его осложнений составляет 40% [39]. В 2009 году мир столкнулся с пандемией гриппа, вызванной вирусом H1N1. Случаи инфекции, вызванные вирусом гриппа A(H1N1), который легко передается, среди людей, были впервые выявлены в США в апреле 2009 г [39]. Анализ заболеваний, зарегистрированных в ходе данной вспышки, показал, что наиболее тяжелые формы заболевания встречаются среди беременных женщин и у младенцев [20,37]. По своей выраженности заболевание протекает различно - от среднетяжелых до тяжелых форм. Вместе с тем наиболее достоверные свидетельства того, что грипп может протекать в более тяжелой форме у беременных женщин,

основываются на наблюдениях, сделанных во время предыдущих пандемий, и на исследованиях, проведенных среди беременных женщин с сезонным гриппом [7,11,21,42]. Вспышка нового штамма вируса гриппа в 2009 году, получившая известность как «свиной грипп», была вызвана вирусом подтипа H1N1, обладающим наибольшим генетическим сходством с вирусом свиного гриппа [47,48]. Вирусы этого штамма передаются от человека к человеку и вызывают заболевания с симптомами, обычными для гриппа. Подтипом H1N1 могут болеть как животные, так и люди.

Симптомы заболевания вирусом H1N1 у беременных похожи на обычный грипп. Симптомы гриппа не являются специфическими, то есть без особых лабораторных исследований [выделение вируса из мазков горла, прямая и непрямая иммунофлуоресценция на мазках эпителия слизистой оболочки носа, серологический тест на наличие антигриппозных антител в крови] невозможно отличить симптомы гриппа от других ОРВИ [2,3,16,26]. У многих беременных женщин наблюдается типичное течение для неосложненного гриппа и ОРВИ [16,32]. Однако, в некоторых случаях у беременных женщин заболевание стремительно прогрессирует и осложняется вторичными бактериальными инфекциями, включая пневмонию. В связи с заболеванием беременной женщины может развиваться дистресс-синдром у плода. Неблагоприятные исходы беременности и материнской смертности были в основном связаны с тяжелым течением заболевания [12,26,48].

Противовирусное лечение беременным женщинам должно быть назначено сразу же после выявления симптомов заболевания и не откладываться до получения результатов лабораторного тестирования

[6,9,16]. Это связано с тем, что противовирусное лечение наиболее эффективно в максимально короткие сроки после появления симптомов заболевания [т. е. в течение первых двух дней]. Врачи должны иметь детальную информацию о циркуляции вируса гриппа A[H1N1] в своем районе и, не дожидаясь результатов тестирования, приступать к лечению гриппа у женщин [26]. В соответствии с существующими рекомендациями противовирусное лечение должно быть начато в максимально кратчайшие сроки после появления клинических симптомов гриппа, оптимально – в течение первых 48 часов (двух суток).

Беременные женщины подвержены более высокому риску возникновения серьезных осложнений от инфекции, вызванной вирусом гриппа A(H1N1) [8,9,11]. По сравнению с основ-

ным населением, большая часть беременных женщин, инфицированных вирусом гриппа H1N1 2009, была госпитализирована. Кроме того, среди беременных женщин наиболее часто регистрировались случаи тяжелого заболевания [9,11,26,31].

Беременные относятся к группе повышенного риска в отношении развития осложнений во время пандемии гриппа, вызванного штаммом H1N1, и чаще нуждаются в госпитализации [9,11,26,31,32]. Одним из обоснований необходимости стационарного лечения гриппа при беременности является высокая материнская смертность. Риск летального исхода среди беременных существенно превышает таковой в общей популяции. 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 [26,32]. Для всех ОРВИ характерны симптомы общей интоксикации (головная боль, слабость, мышечные боли, потеря аппетита), повышенная температура, катаральные явления (заложенность носа, насморк, кашель, боль в горле). Локализация очага поражения во многом зависит от вида возбудителя. Так, риновирусные заболевания характеризуются преобладанием ринита, аденовирусные инфекции – ринофарингита, для парагриппа характерен фарингит, а для гриппа – трахеит, респираторно-синцитиальный вирус поражает бронхи. Возможны и другие симптомы, например, аденовирусы могут вызывать конъюнктивиты и кератиты. Обычно симптомы ОРВИ сохраняются в течение 3–7 дней [кашель может наблюдаться более длительное время], длительность гриппа возможна 1–2 недели. Среди осложнений выделяют ларингит, тонзиллит, фарингит и трахеит бактериальной природы, различные формы синуситов [гайморит, этмоидит, фронтит], а также отит, евстахиит, возможно развитие бронхита и пневмонии. Основные причины осложнений – нарушения иммунной защиты, приводящие к длительно протекающим иммунодефицитам, сочетающимся с резким снижением антибактериальной резистентности организма. При правильно выбранной тактике лечения ОРВИ риск развития осложнений заметно снижается [8,9,11,15,46].

Среди лекарственных средств, применяемых при гриппе и ОРВИ, приоритет принадлежит этиотропным препаратам, обладающим прямым противовирусным действием, нарушающим различные фазы репликативного цикла вирусов. Они разделяются на две группы: блокаторы M2-каналов и ингибиторы нейраминидазы.

К основным недостаткам антивирусных химиопрепаратов относится узкий спектр действия и формирование резистентных вирусных штаммов, что сводит на нет эффективность терапии. Резистентность обусловлена мутациями в том вирусном белке, который является мишенью действия для препарата. Лекарственная устойчивость является результатом изменений наследственных свойств вирусов и развивается при многократном применении препаратов [1, 11]. Не все из современных противовирусных препаратов можно применять в детском возрасте и у беременных.

Лекарственные средства растительного происхождения имеют большое распространение в настоящее время. Информация о безопасности противовирусных препаратов ограничена, однако их применение имеет очевидные преимущества, превышающие вероятный риск [9,11].

Наиболее частыми осложнениями гриппа являются ринит, синусит, бронхит, отит, пневмония. Дуда И.В., Дуда В.И. (2007) обращают внимание на то, что все заболевания легких у беременных женщин протекают значительно тяжелее, чем у небеременных. Беременность в ряде случаев способствует усугублению заболеваний органов дыхания. Это возникает вследствие физиологических изменений в органах дыхания во время беременности: набухание, усиленная васкуляризация, отек слизистой оболочки верхних дыхательных путей и бронхов, снижение тонуса мышечной оболочки бронхов [16]. Приподнятая беременной маткой диафрагма ограничивает экскурсию легких и создает дополнительную нагрузку на сердечно-сосудистую систему [16]. Это способствует снижению дренажной функции и вентиляционных процессов в бронхах, дыхательной поверхности легких, делает дыхательные пути более уязвимыми для предрасполагающих факторов и развития заболевания [31]. Шехтман М.М. (2007) отмечает, что у беременных преобладает первичный бронхит, развивающийся вследствие инфекционного, вирусного поражения бронхов при охлаждении тела. Поэтому он часто сочетается с ларингитом, трахеитом, острыми респираторными заболеваниями. Гораздо реже встречается вторичный бронхит, например, как осложнение тифа, туберкулеза и др. Бронхит может быть аллергическим, но в этом случае он сопровождается астмотоидным компонентом [32]. Возбудителем острого бронхита является бактериальная и вирусная инфекция. Острый бронхит у беременных может встречаться во все сроки гестации, чаще весной и осенью. Нередко он начинается с ринита, ларингита, трахеита, гриппа, катара верхних дыха-

тельных путей и др. Средняя продолжительность острого бронхита 7-14 дней. Диагноз ставится на основании клинических и лабораторных данных [16]. Осложнениями острого бронхита у беременных могут быть пневмония, деструкция легких, тромбоэмболии [10,16,31,41,44]. Осложнения беременности при остром бронхите обусловлены тяжестью заболевания и инфекционным фактором. Частота и тяжесть их увеличиваются при сочетании вирусной и бактериальной этиологии заболевания и осложненном его течении. Возбудители острого бронхита могут вызывать воспалительные изменения плодного яйца, децидуальной оболочки матки, внутриутробное инфицирование плода. В связи с этим наиболее частыми осложнениями беременности являются невынашивание, хроническая гипоксия и задержка развития плода, преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты; в родах — слабость родовой деятельности, кровотечение; в послеродовом периоде - гипогалактия и воспалительные заболевания половых органов.

Беременные с легким течением болезни лечатся амбулаторно; с тяжелым и осложненным - в акушерском стационаре. При этом показан покой, обильное горячее питье. При кашле применяют отхаркивающие и муколитические средства и масляно-щелочные ингаляции [26,32]. При нарастающей одышке, затрудненном отделении вязкой мокроты, цианозе индивидуально подбираются: эуфиллин, солутан, сальбутамол, папаверин, но-шпа, партусистен и др. Показаны десенсибилизирующие средства [32]. В инфекционную фазу острого бронхита проводится антибактериальная терапия, в I триместре беременности следует назначать пенициллин или ампициллин; со II триместра могут применяться цефалоспорины [кефзол, цефуроксим], сульфаниламидные препараты, но не пролонгированного действия, так как последние вызывают в ряде случаев ядерную желтуху у плода [2,4,9,11,41,44].

Диспансеризация после выписки осуществляется акушером-гинекологом и терапевтом. Проводится профилактика осложнений беременности, родов, послеродового периода и обострения бронхита. Необходимо устранить все факторы, вызывающие раздражение слизистой оболочки бронхов, санировать хронические очаги инфекции в носоглотке, обеспечить свободное дыхание через нос, повысить факторы естественной защиты организма [26].

Наиболее частым осложнением ОРВИ, в том числе и гриппа является пневмония. Пневмония - острое инфекционное заболевание преимущественно бактериальной природы, характеризующееся очаговым поражением респиратор-

ных отделов легких, наличием внутриальвеолярной экссудации [27].

Проф. Перцева Т.А. (2009) отмечает, что заболеваемость пневмонией, среди беременных, носит сезонный характер. Провоцирующим фактором является переохлаждение. Эпидемии гриппа способствуют учащению пневмоний, вызванных вирусами гриппа [6, 22]. Воспаление легких редко бывает первичным, обычно оно возникает как осложнение другого заболевания, чаще всего - острой респираторной вирусной инфекции [ОРВИ] - насморка, фарингита, ларингита, бронхита [26,40,43]. Пневмония относится к числу заболеваний, при которых сохраняется высокий уровень диагностических ошибок [1,3,32]. При ориентации на "золотой стандарт" [лихорадка, кашель с мокротой, лейкоцитоз, рентгенологические признаки инфильтрации легочной ткани] неизбежна гиподиагностика, частота диагностических ошибок достигает 20% [26]. В определенной степени это связано с трудностями диагностики так называемых атипичных пневмоний [1,11,21].

В настоящее время заболеваемость пневмонией среди беременных в США составляет 0,12-13%, являясь одной из причин смертности матери и плода, а также преждевременных родов [11,21]. Большинство случаев пневмонии (92%) приходится на II и III триместры беременности.

Пневмония у беременных нередко протекает тяжело даже при отсутствииотягощающих заболеваний, что связано с рядом анатомо-физиологических особенностей в данный период [11,31,32]: уменьшением дыхательной поверхности легких; высоким расположением диафрагмы; ограничением дыхательных движений легких; дополнительной нагрузкой на сердечно-сосудистую систему. С I триместра беременности развивается хронический компенсированный респираторный алкалоз, а в III триместре за счет высокого стояния диафрагмы нарушается вентиляция нижних отделов легких [11,21]. Вследствие этих процессов у 50% женщин развивается одышка, а при возникновении пневмонии резко увеличивается риск развития гипоксии. У 20% беременных женщин с заболеваниями пневмонией возрастает необходимость проведения искусственной вентиляции легких [21].

Клинические проявления пневмонии у беременных могут носить стертый характер, напоминая острую респираторную вирусную инфекцию, и характеризуются умеренным кашлем и незначительной одышкой [2,5,32]. При отсутствии должного внимания и лечения это влечет за собой затяжное течение пневмонии и развитие тяжелых осложнений [2,32,40].

В акушерской практике чаще всего приходится иметь дело с внебольничными пневмониями. Деление пневмоний на внебольничные и внутрибольничные объясняется прежде всего этиологическими различиями [31,32]. В последние годы отмечается рост заболеваемости пневмонии вызванной вирусной инфекцией. Зачастую это связано со снижением иммунитета [1,2,43]. Этиологический спектр возбудителей пневмонии у беременных не отличается какими-либо существенными особенностями: в 26—50% случаев это пневмококк, в 10% - атипичные возбудители и микоплазма, 2-15% случаев пневмония имеет вирусную этиологию, в 5% случаев [главным образом у больных диабетом, бронхоэктазами, болезнями почек], она обусловлена золотистым стафилококком и клебсиеллой [27].

Особенно тяжелые случаи пневмонии у беременных развиваются на фоне гриппа. При пневмонии, вызванной вирусами гриппа, чаще развивается тяжелая дыхательная недостаточность, требующая применения искусственной вентиляции легких [41,32]. Поэтому в период эпидемии гриппа необходимо проводить все профилактические мероприятия. Вакцинацию от гриппа можно рекомендовать беременным только после I триместра и только в период эпидемии [11,21].

Раннее начало лечения предупреждает развитие осложнений, переход процесса в затяжной или хронический [4,9,31]. Лечение пневмонии должно производиться в условиях стационара [26]. Комплекс лечения при острой пневмонии включает борьбу с инфекцией и интоксикацией, восстановление бронхиальной проходимости, нормализацию иммунологической реактивности и активизацию защитных сил организма, ускорение регенераторных процессов, лечение осложнений [3,12,16].

Ведущую роль при лечении острой пневмонии имеет антибактериальная терапия [31,32]. Для выбора эффективного антибактериального средства необходимо определение этиологической структуры пневмонии [4, 32]. Но результаты бактериологического исследования мокроты становятся известны поздно, и не всегда удается выявить возбудитель инфекции [1,2,32,39]. Основными принципами антибактериальной терапии у беременных являются: выбор наиболее активного и менее токсичного препарата; определение оптимальных доз и методов введения; своевременное начало и достаточный курс. При проведении антибактериального лечения у беременных предпочтительна монотерапия. Комбинированное применение антибиотиков оправдано при тяжелом течении заболевания, при смешанной инфекции, при отсутствии эффекта от

достаточных доз антибактериальной монотерапии, при длительном течении заболевания, а также при необходимости уменьшения токсического действия антибиотиков. Дозы антибиотиков должны быть оптимальны и достаточны, так как низкие дозы ведут к селекции устойчивых микробных мутантов, снижению клинического эффекта [5,9,45]. Лечение пневмонии у беременных предусматривает раннее назначение антибактериальных препаратов с учетом эпидемиологического анамнеза и предполагаемого возбудителя, отсутствия противопоказаний, связанных с беременностью, адекватности доз, а так же смену препарата при его неэффективности в течение 3 суток. Обязательное требование к ведению беременной, заболевшей пневмонией, — ежедневное ее наблюдение терапевтом, пульмонологом и акушером-гинекологом. Госпитализация беременных с пневмонией обязательна даже при легком течении заболевания [2,31,32].

Как отмечает Шехтман М.М. (2007), острая пневмония не является противопоказанием для пролонгирования беременности. При развитии пневмонии незадолго до родов следует по возможности отсрочить развитие родовой деятельности назначением бетта-миметиков и других средств, так как родовой акт опасен в связи с воздействием токсико-инфекционных факторов на нервную и сердечно-сосудистую систему. Роды в этот период могут привести к гнойно-септическим осложнениям у матери или плода, а также к массивному, трудно управляемому кровотечению. При наличии дыхательной недостаточности II или III степени период изгнания укорачивают путем перинеотомии [45].

Возбудители вирусных инфекционных заболеваний способствуют увеличению кровопотери после аборта и в родах [1,2,48]. ОРВИ благоприятствуют развитию воспалительных заболеваний внутренних половых органов, активизируя стафилококковую инфекцию. Острые инфекционные вирусные заболевания не только представляют опасность для беременной женщины сами по себе, но многократно повышают риск прерывания беременности. Искусственное прерывание беременности в любом сроке может привести к ухудшению течения инфекционного заболевания [45,48]. У женщин с острыми инфекционными болезнями отмечается увеличение частоты осложнений в послеродовом периоде [1,45].

Для беременных и для планирующих беременность женщин вопросы противогриппозной вакцинации особенно актуальны. Беременных относят к группе эпидемического риска. Дополнительным аргументом «за» вакцинацию беременных служит факт передачи антигрипп-

позных антител плоду/новорожденному, что защищает его на протяжении 6 месяцев после рождения от развития заболевания.

Одним из принципов, которые рекомендует соблюдать при вакцинации беременных Infectious Diseases Society of America (2009) является информирование беременных женщин о необходимых прививках в периоде беременности, включая иммунизацию против гриппа.

Рекомендации ACIP (Guidance for Vaccine Recommendations in pregnant and breastfeeding women, 2010, CDC) при проведении вакцинации у беременных запрещают использование живой вакцины (однако не запрещается контакт беременной женщины с лицами, которые были вакцинированы такой вакциной), и рекомендуют использование инактивированной вакцины. Это положение основывается на многолетних дискуссиях и результатах научных исследований о возможном негативном воздействии компонентов живой вакцины на плод [риск развития психических нарушений у ребенка] и безопасности использования инактивированной вакцины. Проведено несколько исследований, продемонстрировавших безопасность противогриппозной инактивированной вакцины, отсутствие негативного влияния на течение беременности и плод. Результаты исследования 2200 женщин, которые были вакцинированы от гриппа во время беременности, показали отсутствие каких-либо отрицательных эффектов у детей на протяжении 7 лет. В период 2000-2003 г.г. около 2 млн беременных женщин были провакцинированы против гриппа инактивированной вакциной. Среди возможных неблагоприятных эффектов вакцинации отмечено только лишь 9 местных реакций, 8 – системных реакций и 3 выкидыша.

Оценка эффективности и безопасности вакцинации против сезонного гриппа в ранних сроках беременности была проведена Skowronski DM, De Serres G. Авторы показали, что чаще всего вакцинируют беременных их группы риска – с «ко-морбидными» состояниями. Анализ соотношения «риск-польза» показал, что вакцинация таких женщин является эффективной как в I, так и во II триместрах беременности, и предупреждает инфицирование, развитие неблагоприятных осложнений гриппа, снижает частоту госпитализации беременных. Однако авторы акцентируют внимание на том, что не существует достаточных доказательств небезопасности вакцинации против гриппа в I триместре беременности как для женщины, так и для плода/новорожденного. Вместе с тем, есть сообщения о безопасности вакцинации против гриппа, в том числе против гриппа A(H1N1), в любом сроке беременности. Отсутствие сообщений о мате-

ринских осложнениях, негативном влиянии на плод/новорожденного диктует необходимость такой вакцинации, если женщина будет беременной в периоде «сезонного гриппа». Кроме того, авторы утверждают, что не существует научных доказательств негативного влияния тимеросал-содержащих вакцин на детей, матери которых в период беременности были вакцинированы против гриппа.

Большинство национальных календарей вакцинации рекомендует всем беременным вакцинацию против гриппа инактивированной вакциной вне зависимости от срока беременности при отсутствии противопоказаний.

По мнению экспертов ВОЗ самым эффективным путем профилактики болезни или ее тяжелых последствий является вакцинация. Вот уже более 60 лет имеются и используются безопасные и эффективные вакцины. У здоровых людей противогриппозная вакцина может обеспечить умеренную защиту. Вакцинация особенно важна для людей из групп повышенного риска развития серьезных осложнений гриппа, а также для людей, живущих вместе с людьми из групп высокого риска или осуществляющих уход за ними. ВОЗ рекомендует ежегодную вакцинацию для беременных женщин на любой стадии беременности.

Вместе с тем, ученые настаивают, что современные научные исследования наряду с демонстрацией безопасности и эффективности такой вакцинации, не являются рандомизированными. Необходимы дополнительные мультицентровые эпидемиологические и клинические исследования по этому вопросу.

Литература:

1. Акушерство и гинекология. Клинические рекомендации. Выпуск 2.1 Под ред. В.И. Кулакова. М.: Медицина, 2006. - 560 с.
2. Акушерство и гинекология. Дифференциальная диагностика.// Под ред. Тони Холлингуорта. Перевод с английского под редакцией проф Н.М. Подзолковой. – М.: Издательская группа, ГЭОТАР-Медиа. – 2010. – 125 с.
3. Акушерство. Национальное руководство / Под ред. Э.К. Айламазяна, В.И. Кулакова, В.Е. Радзинского, Г.М. Савельевой. М.: ГЭОТАР-Медиа, 2011. - 1216 с.
4. Александрова М.А., Яковлев СВ. Пневмония как осложнение гриппа // Русский медицинский журнал. - 2006. - Т. 14, №2. - С. 90-94.
5. Афанасьева И.А. Комплексная терапия ОРВИ // Русский медицинский журнал. - 2007. - Т.15, №18. - С. 1358-1360.
6. Бектимиров Т.А. Вакцинопрофилактика гриппа // Лечащий врач. -2005. - №9. -С. 44-46.

7. Беседнова Н.Н., Леонова Г.Н., Запорожец Т.С. Иммунокорректоры в комплексном лечении вирусных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. -2006. - №3. - С. 111-117
8. Бурцева Е.И., Колобухина Л.В., Иванова В.Т., Белякова Н.В., Вартанян Р.В., Оскерко Т.А., Федоритова Е.Л., Яцышина СБ., Шевченко Е.С., Трушакова СВ., Зуева Н.Д. Характеристика циркулировавших в России в сезоне 2007—2008 гг. эпидемических штаммов вирусов гриппа А и В // Вопросы вирусологии. - 2009.-№5.- С.28-33
9. Бюллетень ВОЗ - Выпуск 90, номер 4, апрель 2012 г.
10. Величко Т.В. Грипп: современные средства терапии и профилактики// Русский медицинский журнал. - 2006. - Т. 14, №21. -С.1576-1580
11. Вирус гриппа А/Н1N1 и беременность: Медицинские аспекты здоровья женщины. - № 8[25], 2009. – С. 62-64
12. Гендон Ю.З. Вакцины и химиопрепараты для профилактики гриппа//Вопросы вирусологии. – 2007. - №1. – С.4-10.
13. Грипп. Пособие для врачей / Малый В.П., Романцов М.Г., Сологуб Т.В. -Харьков.: - 2007. - 108 с.
14. Гуртовой Б.Л., Кулаков В.И., Ворopaева С.Д. Применение антибиотиков в акушерстве и гинекологии- М., Русфрамамед, 2006.- 140с.
15. Долгушина Н.В. Эндотелиальные поражения и плацентарная недостаточность у беременных с вирусными инфекциями / Н.В.Долгушина, А.Д.Макария. // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии - 2008. — Т.7, №2. - С. 12-17.
16. Дуда И. В. Клиническое акушерство /И. В. Дуда, В. И. Дуда. - Мн.: Высшая школа, 2007. - 604 с.
17. Ерофеева М. К., Позднякова М. Г., Максакова В. Л. Применение новых препаратов для профилактики гриппа и других ОРЗ // Русский медицинский журн. - 2011. - Т. 19.- № 8. - С. 508-514.
18. Ершов Ф.И. Новое поколение препаратов для профилактики вирусных инфекций // Журнал микробиологии, эпидемиологии и иммунобиологии. - 2007.-№4.- С. 100-103.
19. Киселев О. И., Сологуб Т. В., Романцов М. Г. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа // Лечащий врач. - 2011. - №2. - С. 92-96.
20. Кладова О.В., Замахина Е.В., Учайкин В.Ф. Иммунокорригирующая терапия при ОРЗ // Практика педиатра. - 2006. - №6. - С. 8-12.
21. Кошелева Н. Г., Зубж иц кая Л. Б. Исходы беременности, иммуноморфологическое состояние плаценты после ОРВИ, перенесенной беременной, профилактика, лечение // Журнал акушерства и женских болезней. 2005. № 3. С. 2-18.

22. Кулаков В. И., Прилепская В. Н., Радзинский В. Е. Руководство по амбулаторно-поликлинической помощи в акушерстве и гинекологии - М.: Гэотар-Медиа, 2007. - 1054 с.
23. Лузина Е. В. Тяжелые респираторные осложнения как причина неблагоприятного исхода при гриппе А (H1N1-2009) у больных с ожирением // Пульмонология. - 2011. - № 3. - С. 96-100.
24. Маркова Т. П., Чувилов Г. Н. Вакцинопрофилактика и противовирусная терапия гриппа // Русский медицинский журнал. - 2007. - Т. 15, № 2. - С. 142-145.
25. Осидак Л. В., Дриневский В. П., Ерофеева М. К., и др. Грипп как проблема XXI века // Детские инфекции. - 2009. - Т. 8, № 3. - С. 3-9.
26. Приказ МЗ РУз № 242 "О совершенствовании эпидемиологического надзора за острыми респираторными инфекциями" от 19 июля 2014
27. Пульмонология. Клинические рекомендации / Под общ. ред. А. Г. Чучалина. - М. : ГЭОТАР-Медиа, 2005. - 204 с.
28. Романцов М. Г., Киселев О. И., Сологуб Т. В. Этиопатогенетическая фармакотерапия ОРВИ и гриппа // Лечащий Врач. 2011. № 2.
29. Руденко А. А. Дифференциальная диагностика и лечение гриппа и острых респираторных заболеваний // Doctor. - 2006. - № 1 - [с. 11-14]
30. Скотт М. Ф., Роллник С. А. Простудные заболевания и беременность // Российский вестник акушера-гинеколога. - 2008. - № 1. - С. 66-68
31. Шехтман, М. М. Острые респираторные заболевания у беременных / М. М. Шехтман Л. А. Положенкова // Consilium medicum. - 2005. - Том 07, № 2. - С. 67-73.
32. Шехтман М. М. «Руководство по экстрагениальной патологии у Беременных» М.: Триада - X, 2007 г. - 816 с.
33. Шипулин Г. А., Покровский В. И., Малеев В. В., Кудрявцева А. В., Яцышина С. Б., Прадед М. Н., Кушакова Т. Е., Миненко А. П. Пандемический грипп H1N1 [SW2009] в России: эпидемиология, диагностика, клиническая картина и лечение // Терапевтический архив. - 2010. - № 11. - С. 10-14
34. Abe K, Honein MA, Moore CA. Maternal febrile illnesses, medication use, and the risk of congenital renal anomalies. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2007 Apr;79[4]:76-81.
35. Billeter M. A., Nairn H. Y., Udem S. A. Reverse genetics of measles virus and resulting multivalent recombinant vaccines: Applications of recombinant measles viruses. // Curr. Top Microbiol. Immunol. - 2009. - Vol. 49. - P. 129-162.
36. CDC. Updated interim recommendations for the use of antiviral medications in the treatment and prevention of influenza for the 2009-2010 season. September 8, 2009.
37. Chowell G, Bertozzi S. M., Colchero M. A., Lopez-Gatell H., Alpuche-Aranda C, Hernandez M., Miller M. A. Severe respiratory disease concurrent with the circulation of H1N1 influenza. // N. Engl. J. Med. - 2009. - Vol. 61. - P. 674-679.
38. Dawood F. S., Jain S., Finelli L., Shaw M. W., Lindstrom Si, Garten R. J., Gubareva L. V., Xu X., Bridges C. B., Uyeki T. M. Emergence of a novel swine-origin influenza A [H1N1] virus in humans. // N. Engl. J. Med. - 2009. - Vol. 360; - P. 2605-2615
39. Galwankar S., Clem A. Swine influenza A/H1N1 strikes a potential for global disaster // J. of emergencies, trauma and shock. - 2009. - Vol. 2. - P. 99-105.
40. Heltzer M. L., Coffin S. E. et al. Immune dysregulation in severe influenza. // J. Leukoc Biol. - 2009. - Vol. 85. - P. 1036-1043
41. Kwan M., Metayer C, Grouse V. et al. Maternal illness and drug/medication use during the period surrounding pregnancy and risk of childhood leukaemia among offspring // Am. J. Epidemiol. - 2006. - Vol. 165. - P. 27-35.
42. Laibl V., Sheffield J. Influenza and pneumonia in pregnancy // Clin. Perinatol. - 2005. - Vol. 32. - P. 727- 738.
43. Li Z, Ren A, Liu Jet al. Maternal flu or fever, medication use, and neural tube defects: a population-based case-control study in Northern China. Birth Defects Res A Clin Mol Teratol. 2007 Apr;79[4]:295-300.
44. Longman R. E., Johnson T. R. Viral respiratory disease in pregnancy // Curr. Opin. Obstet. Gynecol. - 2007, Apr. - Vol. 19[2]. - P. 120-125.
45. Mak T., Mangtani P., Leese J. et al. Influenza vaccination in pregnancy: current evidence and selected national policies // Lancet Infect. Dis. - 2008. - Vol. 8. - P. 44- 52.
46. Naleway A., Smith W., Mullooly J. Delivering influenza vaccine to pregnant women // Epidemiol. Rev. - 2006. - Vol. 28. - P. 47-53.