

воздействия препаратов на ребенка, женщина находится в сознании и может контактировать с новорожденным, кроме того, спинномозговая анестезия при кесаревом сечении обеспечивает достаточное расслабление мышц, что облегчает работу хирурга.

*Литература:*

1. Абрамченко, В.В. Беременность и роды высокого риска: Руководство для врачей / В.В. Абрамченко. - М: Медицинское информационное агентство, 2004. – 375-390 с.
2. Гутикова, Л.В. Новые подходы к профилактике гипогалактии / Л.В. Гутикова // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2007. – № 3. – 43-46 с.
3. Экстренная помощь в акушерстве и гинекологии (эфферентные методы) / В.И. Кулаков [и др.]. - М: Медицинское информационное агентство, 1998. – 206 с.

*Янушко Т.В.<sup>1</sup>, Гутикова Л.В.<sup>1</sup>, Пономаренко С.М.<sup>2</sup>, Кузьмич И.И.<sup>2</sup>*

### **ХАРАКТЕРИСТИКА ПАТОЛОГИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ГЕСТАЦИОННОГО ПРОЦЕССА У РОДИЛЬНИЦ, ПЕРЕНЕСШИХ ОСТРЫЕ РЕСПИРАТОРНЫЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ**

<sup>1</sup>Учреждение образования «Гродненский государственный медицинский университет», г. Гродно, Республика Беларусь

<sup>2</sup>Учреждение здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр», г. Гродно, Республика Беларусь

**Актуальность.** Острые респираторные вирусные инфекции (ОРВИ) – широко распространённые заболевания и составляют около 90% всей инфекционной патологии. По данным литературных источников, ОРВИ – собирательный термин, который включает группу неспецифических инфекционных заболеваний респираторного тракта вне зависимости от их локализации – от ринита до пневмонии, распространяющихся преимущественно воздушно-капельным путем и обладающих высокой контагиозностью. ОРВИ вызываются широким спектром возбудителей, среди которых не менее 5 различных групп вирусов (вирусы парагриппа, гриппа, аденовирусы, риновирусы, реовирусы и др.) и более 300 их подтипов.

Ежегодно ОРВИ болеет каждый третий житель планеты, что составляет от 3 до 5 млн чел., из них 250-300 тыс. умирают по причине тяжелых форм. В целом коэффициент инфицирования составляет 15-20% среди здорового населения, а у беременных он значительно выше и составляет от 55 до 82% [2].

Известно, что источником ОРВИ, учитывая механизм передачи, является больной человек. Заражение происходит при попадании вируса на слизистые оболочки верхних дыхательных путей. По данным литературы, вирус представляет собой внеклеточную форму жизни, которая не может

существовать без клетки «хозяина», представляет собой нуклеопротеид, содержащий РНК либо ДНК и покрытый белковой оболочкой. Попадая на слизистые оболочки «хозяина», он внедряется в цилиндрический эпителий и альвеолярные клетки, где находит наиболее благоприятные условия для развития, проникает в ядро клетки и перестраивает его на продукцию вирионов. Таким образом, один вирус внутриклеточно за достаточно короткий период времени способен к репродукции и накоплению сотни себе подобных вирусов. Вследствие существенных нарушений метаболизма инфицированные клетки гибнут. При этом высвобождаются вирусные частицы и неспецифические токсические вещества (биогенные амины: гистамин, серотонин, ацетилхолин, а также кинины, аутоаллергены и др.). Кроме того, часть их внедряется в здоровые клетки, но значительное количество проникает в кровь. Вирусемия и выброс большого количества токсинов приводят к развитию синдрома эндогенной интоксикации. В результате воздействия токсинов на чувствительные рецепторы мозговых оболочек, сосудов коры и промежуточного мозга, а также при расстройстве церебральной гемодинамики возникают основные жалобы: головная боль, головокружение, общая слабость. Непосредственное и рефлекторное влияние вируса и токсических продуктов на центральную нервную систему влечёт за собой изменение проницаемости капилляров, что в свою очередь нарушает обменные процессы, образование и отток спинномозговой жидкости, микроциркуляцию и гемодинамику в целом. Тяжесть поражения зависит как от особенностей возбудителя, так и от исходного состояния макроорганизма, его нервной системы, общей резистентности, наличия или отсутствия сенсibilизации, очагов хронической инфекции, присоединения вторичной бактериальной микрофлоры, может повлечь за собой серьёзные осложнения со стороны дыхательных путей, почек, печени, тяжёлые токсические энцефалопатии.

Следует отметить, что у беременных особой предрасположенности к инфекции нет, однако респираторные заболевания инфекционной и вирусной природы у них нередко протекают тяжелее и влекут за собой больше осложнений в связи с физиологическим снижением иммунитета и воздействием вирусов [3]. Так, по данным литературы, во время одной из самых тяжёлых пандемий вирусного гриппа в 1918 г. частота заболеваемости среди беременных была на 25-50% выше, чем у небеременных. У 40% женщин беременность закончилась неблагоприятно для плода и для новорожденного: высокая частота внутриутробной гибели, рождение недоношенных детей и детей с пороками развития [1, 2].

По данным ряда авторов, по мере прогрессирования беременности в организме матери усиливается иммуносупрессия, препятствующая отторжению плода, уменьшается общий объём лёгких, их дыхательная экскурсия. К концу I триместра гестации развивается компенсированный респираторный алкалоз, а в III триместре из-за высокого стояния диафрагмы происходит углубление рёберно-диафрагмального синуса, в

связи с чем у 50% беременных развивается одышка, и эта группа пациенток более восприимчива к респираторным инфекциям. При этом повышается предрасположенность к развитию лёгочных осложнений и генерализованных инфекций. У таких пациенток заболевание протекает тяжелее и сопровождается высокой частотой различных осложнений (вирусные и бактериальные пневмонии, респираторный дистресс-синдром, спонтанные аборты, плацентарная недостаточность, тяжелые формы гестозов, преждевременные роды, внутриутробная гипоксия плода, задержка внутриутробного роста плода, антенатальная гибель плода и др.). В послеродовом периоде восстановление активности иммунной системы, функций дыхательной и сердечно-сосудистой системы происходит в течение как минимум 2-х недель, в связи с этим пациенток после окончания беременности также следует отнести к группе повышенного риска осложнений ОРВИ, что требует стационарного лечения в 4-5 раз чаще, чем у других пациентов [2].

Кроме того, ОРВИ оказывает неблагоприятное влияние на развивающийся плод, особенно при вирусной инфекции за счет его проникновения через плаценту к плоду. Частота досрочного прерывания беременности при возникновении этого заболевания в ранних сроках достигает 13-18% [3].

**Цель исследования:** оптимизировать ведение беременных и родильниц с ОРВИ на основе изучения частоты осложнений гестации в разные trimestры беременности, исходов родов и заболеваемости новорожденных.

**Материал и методы.** В соответствии с целью исследования проведен ретроспективный анализ 1441 истории преждевременных родов (2005-2012 гг.), 3164 историй болезни новорожденных (2010-2013 гг.). Работа проводилась на базе учреждения здравоохранения «Гродненский областной клинический перинатальный центр». Обследование всех женщин выполнялось согласно клиническим протоколам Министерства здравоохранения Республики Беларусь и включало: общеклиническое и лабораторное обследование, сбор анамнеза о перенесенных заболеваниях во время беременности, социально-гигиенические, биохимические, бактериологические, инструментальные, доплеро- и фетометрические, а также статистические методы исследования, используемые в рутинной практике акушера-гинеколога.

**Результаты.** На основании проведенного ретроспективного анализа историй преждевременных родов нами было обнаружено, что у 45% беременных в анамнезе зарегистрированы перенесенные простудные заболевания разной степени тяжести в I триместре беременности, во II триместре перенесенные ОРВИ отмечали 36% беременных, в III триместре 10%, а у 5% беременных был выставлен диагноз ОРВИ разной степени тяжести в родах. Следует отметить, что из обследованных нами пациенток 59±3,2% женщин прибегли к лечению на дому, и только 37% беременных

находились под наблюдением врачей в женской консультации (терапевт и акушер-гинеколог). Изучив течение гестационного периода обследованных, мы отметили наиболее часто встречающиеся осложнения со стороны матери: угроза прерывания беременности –  $57\pm 1,3\%$ ; гестационный пиелонефрит –  $10\pm 2,6\%$ ; гестозы разной степени тяжести –  $50\pm 1,2\%$ ; фетоплацентарная недостаточность –  $67\pm 2,2\%$ ; преждевременные роды –  $30\pm 3,1\%$ ; преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты –  $12\pm 1,8\%$ .

Анализ медицинской документации за 2005-2012 гг. показал, что частота самопроизвольных преждевременных родов за этот период составляла от 3,5 до 5% к общему числу родов за отчетный период, а частота индуцированных преждевременных родов – до 2,5%.

Мы выявили, что одной из основных причин самопроизвольных преждевременных родов был инфекционный фактор.

Из наиболее частых причин индуцированных самопроизвольных родов были тяжелые формы гестозов и фетоплацентарная недостаточность субкомпенсированной и декомпенсированной форм с нарушением плодово-плацентарного и маточно-плацентарного кровотока II и III степени.

Проанализировав течение послеродового периода, мы отметили, что наиболее часто встречались гипотонические маточные кровотечения. При этом около половины женщин с этой патологией указывали в анамнезе наличие хронических воспалительных заболеваний, а в 30% случаев перенесенные острые респираторно-вирусные заболевания в разные trimestры беременности.

Ретроспективно установлено, что число заболевших детей по отношению к общему числу рожденных живыми в среднем составило  $19\pm 3,2\%$ . Наиболее частыми осложнениями у новорожденных зарегистрированы: синдром дыхательных расстройств (СДР) у плодов – в среднем в 22% случаев; врожденные пневмонии наблюдались в 13,4%; задержка внутриутробного развития (ЗВУР) плодов – в 10%; внутриутробная гипоксия и асфиксия – в 22%; инфекции, специфичные для перинатального периода – в среднем до 10%.

#### **Выводы:**

1. ОРВИ остаются наиболее часто встречающимися заболеваниями у беременных, и даже если вирусный процесс протекает с незначительными симптомами интоксикации, остается высокая вероятность возникновения серьезных осложнений. Вирусы активизируют имеющуюся в организме и другую «дремлющую» инфекцию, что способствует развитию воспалительных заболеваний внутренних половых органов и систем, может провоцировать патологическое течение беременности, способствовать невынашиванию беременности и стимулировать угрозу преждевременных родов. Все это весьма негативно отражается на внутриутробном состоянии плода, особенно если заболевание вирусной

инфекцией приходится на ранние сроки беременности.

2. У каждой пятой беременной, перенесшей ОРВИ, наблюдаются патологические осложнения течения гестационного процесса: тяжелые гестозы, фетоплацентарная недостаточность с нарушениями маточно-плацентарного и плодово-плацентарного кровотока, преждевременные роды и гипотонические маточные кровотечения, а у каждого четвертого новорожденного значительно возрастает риск развития внутриутробной гипоксии и асфиксии, синдрома дыхательных расстройств и других тяжелых осложнений раннего неонатального периода. Если же инфекционное вирусное заболевание проявляется в процессе родов, у роженицы возрастает частота осложнений в послеродовом периоде.

*Литература:*

1. Заирняя, Н.И. Особенности влияния ОРВИ на состояние фетоплацентарного комплекса и развитие осложнений для матери и плода / Н.И. Заирняя, О.Л. Федорович // Кубанский научный медицинский вестник. – 2011. – № 3. – С. 73-77.
2. Учайкин, В.Ф. Диагностика, лечение и профилактика гриппа и острых респираторных заболеваний у детей / В.Ф. Учайкин. – М., 2001. – 236 с.
3. World Health Organization. Managing complications in pregnancy and childbirth. A guide for midwives and doctors. – WHO, Geneva, 2009.