УДК: 616.988:618.2

Емельянова А.Н., Кижло Л.Б., Урбазаева А.А., Калинина Э.Н., Сергеева Э.И., Брылёва Л.И., Муратова Е.А.

ОРВИ И БЕРЕМЕННОСТЬ

ГОУ ВПО Читинская государственная медицинская академия Росздрава (ректор – заслуженный врач РФ, д.м.н., профессор А.В.Говорин)
ГУЗ "Областная инфекционная больница" (главный врач - В.С.Едемская)

Резюме. Острые респираторные вирусные инфекции могут развиваться в различные сроки гестации и рассматриваться как один из факторов риска осложнённой беременности, несмотря на то, что заболевание может протекать с умеренно выраженной клиникой.

Охрана здоровья матери и ребёнка - приоритетное направление всех медико-социальных программ. При этом в настоящее время отмечается высокая распространённость инфекционных заболеваний. Это, прежде всего, инфекционные заболевания дыхательных путей, которые представляют всё возрастающую из года в год социальную, медицинскую и экономическую проблему. В сложившейся ситуации ОРВИ (острые респираторные вирусные инфекции) играют ведущую роль [4].

ОРВИ - это большая группа заболеваний, возбудители которых (вирусы) проникают в организм через дыхательные пути, колонизируются и репродуцируются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы и повреждают их [3]. В эту группу заболеваний относят грипп, риновирусную, аденовирусную, респираторно-синцитиальную, реовирусную инфекции, некоторые варианты энтеровирусных заболеваний, сопровождающихся поражением дыхательных путей. Ежегодно за медицинской помощью по поводу ОРВИ обращается каждый третий житель планеты. В России за период эпидемии регистрируется около 30 млн. случаев ОРВИ. Но эта цифра сильно занижена, т.к. заболевшие по разным причинам к врачу не обращаются. По данным ВОЗ, ежегодная смертность от ОРВИ и их осложнений составляет почти 4,5 млн. человек (для сравнения ежегодная смертность от туберкулёза - 3,1 млн., гепатита В - 1,1 млн.). Трудности профилактики и терапии данной группы заболеваний связаны со многими факторами [2].

Нередко заболевания, приводящие к осложнённой беременности, к поражениям плода, протекают легко и не вызывают особой тревоги у врачей. Это касается, в частности, острых респираторных заболеваний (ОРВИ), которые встречаются у беременных, не вызывая серьёзной озабоченности. При этом в структуре экстрагенитальной патологии при беременности ОРВИ занимают первое место (более 2/3 от общей заболеваемости острыми инфекциями), что связано с высокой восприимчивостью беременных к вирусным инфекциям, склонностью к хронизации патологических процессов и обусловлено особенностями иммунитета беременных [1]. Во время беременности ОРВИ может развиваться в различные сроки гестации, в том числе непосредственно перед родами [5]. Патологическое влияние на развивающийся плод оказывает как действие самих инфекционных агентов, так и возникающие осложнения беременности и родов. При инфекционных заболеваниях у беременных возникает комплекс различных воздействий на плод как непосредственно, так и через мать, являющуюся для него внешней средой.

Целью проведенного исследования явилось изучение клинических особенностей течения ОРВИ у беременных, обоснование необходимости их профилактики.

В связи с чем, мы попытались изучить особенности интоксикационного и катарального синдромов у беременных на разных сроках гестации и влияние ОРВИ на течение беременности и формирование осложнений.

Материалы и методы. Для достижения цели нами проведён ретроспективный анализ историй болезни 56 беременных, находившихся на стационарном лечении в первом отделении ГУЗ "Областная инфекционная больница" в период с 1.01.2006 по 1.04.2007гг. с диагнозом ОРВИ. Для изучения этиологии ОРВИ в группе обследованных беременных использовался комплекс вирусологических и иммунологических тестов, серологическая диагностика.

Результаты. Все женщины госпитализированы по клиническим показаниям, среди которых основное значение имели симптомы интоксикации. Всем больным проводилась специфическая лабораторная диагностика ОРВИ, однако в 2006г. в 100% случаев диагноз выставлен только на основании клинических данных, в 2007г. - в 19% случаев в эпидемическом процессе имели значение антигенные варианты вируса гриппа А с высоким титром антител.

Клиническое течение ОРВИ в 93% случаев характеризовалось средне - тяжёлым течением.

Большинство больных (81,7%) поступило в клинику на 1-2 день заболевания. ОРВИ начиналось остро, с повышения температуры. Температурная реакция отмечена у всех больных, при этом в 44,6% случаев подъём температуры до 38,5 и выше. Длительность лихорадки от 1-2 до 3-4 дней. При этом температурная реакция была более выраженной в I и II триместрах гестации. Типичным проявлением заболевания явилось наличие катаральных симптомов в виде сухого кашля на 1-2 день заболевания у 30 % женщин, кашель со слизистым отделяемым на 3-4 день - у 32 %. В 57% случаев в катаральном синдроме преобладали серозные выделения из носа на 2-3 и слизисто-гнойные на 5-6 сутки заболевания, а также длительное затруднение носового дыхания. При чём выраженность катаральных проявлений отмечалась у женщин в III триместре. Першение в горле и боли при глотании отсутствовали у 26% беременных не зависимо от периода гестации. После купирования интоксикации и катарального синдрома длительно сохранялась тахикардия на фоне нормальной температуры (до 90- 96 ударов в мин.). Из 53% беременных с длительно сохраняющейся тахикардией в 9,4% случаев впервые диагностирован проляпс митрального клапана. Неврологическая симптоматика выявлялась у 32,4% женщин, при этом наиболее частым симптомом была головная боль, в одном случае имели место явления нейротоксикоза, что составило 1,8% , и у одной беременной развилась клиника серозного менингита.

Течение заболевания гладким было у 48% женщин, у 8,9% беременных после перенесенного заболевания выявлена ФПН, у 7,1% - угроза прерывания беременности, у 9% - ранее не регистрируемая анемия. Диагностика прерывания беременности и ФПН обосновывалась субъективными жалобами, данными клинического наблюдения и заключения гинеколога. На фоне ОРВИ также имело место обострение хронической патологии: в 3% - хронического бронхита, в 20% - хронического пиелонефрита.

Таким образом, ОРВИ при беременности следует рассматривать как фактор риска развития перинатальной патологии, обострения сопутствующих заболеваний, также оказывающих отрицательное влияние на течение беременности и родов.

По результатам проведенного исследования выявлено, что заболевание чаще регистрируются во 2 триместре гестации, при этом клиническое течение ОРВИ у беременных имеет некоторые особенности: симптомы интоксикации наиболее выражены на ранних сроках. Однако даже стёртая картина и среднетяжёлые формы ОРВИ не исключают возникновения таких осложнений беременности как, хроническая фетопланцентарная недостаточность, синдром задержки развития плода, раннее начало и быстрое прогрессирование гестоза.

ЛИТЕРАТУРА

1. Башмаков.Н.В., Михайлова С.В.Роль острой респираторной вирусной инфекции в формировании перинатальной патологии. Российский вестник акушера-гинеколога, №6, 2002 с.31
2. Дидковский Н.А., Малашенкова И.К., Танасова А.Н. Русский медицинский журнал. Том 14, № 22, 2006 1583с.
3. Лобзин Ю.В., Михайленко В.П., Львов Н.И. Воздушно-капельные инфекции С.-Петербург, Фолиант, 2000
4. Селькова Е.П., Учайкин В.Ф., Шумилов В.И., Шустер А.М. Организационно-методические подходы к совершенствованию профилактики и лечения гриппа и других ОРВИ Русский медицинский журнал. Том 10, № 20, 2002 С.3
5. Сигуа Д.Ш. Перенатальные исходы после перенесенной матерью гриппозной инфекции. Российский вестник акушера-гинеколога, №6, 2003 с.50