

КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ЖЕНЩИН С ПНЕВМОНИЕЙ

^{1,2}Надирханова Н.С., ¹Асатова М.М.,

¹Ташкентский институт усовершенствования врачей, г.Ташкент, Узбекистан

²Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр акушерства и гинекологии, г.Ташкент, Узбекистан.

✓ Резюме,

Актуальность. В настоящее время имеется недостаточно данных о клинко- лабораторных и инструментальных особенностях пневмонии у беременных, характеризующих нарушения центральной гемодинамики, ведущие к развитию полиорганной недостаточности, что затрудняет целенаправленное интенсивное лечение этой категории больных с учетом нарушений кровообращения и вентиляционно-перфузионных отношений в легких. Несмотря на имеющиеся данные о изменениях лабораторных показателей при пневмонии остаются недостаточно изученными.

Цель исследования. Анализ течения и исхода беременности у женщин с внебольничной пневмонией.

Материалы и методы. Проведено проспективное обсервационное исследование. Течение и исход беременности изучено у беременных с внебольничной пневмонией поступивших в Городской перинатальный центр №1 г. Ташкента и Областной перинатальный центр г. Бухары за период с 2009 по 2014 годы. Выборка включает 180 беременных женщин.

Результаты. У 47,2% обследованных беременных с ВП состояние расценено как тяжелое. У 14,4% беременных с нормальной температурой тела и без хрипов имели пневмонию, диагноз которым был выставлен на основании признаков интоксикации, наличия ослабленного дыхания и рентгенологических критериев наличия очага воспаления. По мере прогрессирования тяжести течения ВП отмечено снижения показателей гематокрита, уменьшение диуреза прогрессирование лейкоцитоза, снижения концентрации общего белка; наблюдалось повышение процессов внутрисосудистого тромбообразования. По мере прогрессирования интоксикации течение беременности чаще осложнилось угрозой самопроизвольного прерывания беременности, преждевременным излитием околоплодных вод. Частота перинатальных осложнений гипоксического генеза увеличивалась параллельно прогрессирования тяжести ВП. У беременных с тяжелой пневмонией отмечалось достоверно более низкие показатели массы и роста плода и оценки по шкале Апгар 4-5 баллов на первой минуте и через 5 минут.

Ключевые слова. Внебольничная пневмония, беременные женщины, исходы беременности.

CLINICAL FEATURES OF PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN WOMEN WITH PNEUMONIA

^{1,2}Nadirkhanova N.S., ¹Asatova M.M.,

¹ Tashkent Institute of Postgraduate Medical Education,

² Republican Specialized Scientific and Practical Medical Center of Obstetrics and Gynecology Tashkent, Uzbekistan.

✓ Resume,

Background. Currently, there is insufficient data on the clinical, laboratory, and instrumental features of pneumonia in pregnant women that characterize hemodynamic disorders leading to the development of multiple organ failure, which makes difficult to target intensive treatment of this category of patients. Despite the available data on changes in laboratory parameters for influenza, their correlation relationships as predictors of the development of pneumonia remain insufficiently studied.

Aim. Analysis of the community-acquired pneumonia cases and their outcomes in pregnant women.

Materials and methods. A prospective observational study was conducted. The cases of community-acquired pneumonia and their outcomes in pregnant women was studied. Pregnant women were admitted to the City Perinatal Center No. 1 of Tashkent and the Regional Perinatal Center in Bukhara city from 2009 to 2014. The sample includes 180 pregnant women.

Results. 47.2% of pregnant women had severe community-acquired pneumonia. 14.4% of pregnant women with normal body temperature and without wheezing had pneumonia, the diagnosis of which was made on the basis of signs of intoxication, the presence of weakened breathing and radiological criteria - the presence of inflammation. With progression of severity of pneumonia decreased hematocrit, urine volume and total protein, increased leukocytosis and the process of intravascular thrombosis. In parallel with progress of intoxication pregnancy is complicated by the threat of spontaneous abortion, premature discharge of amniotic fluid. The frequency of perinatal complications of hypoxia increased in parallel with the progression of the severity of pneumonia. In pregnant women with severe pneumonia, significantly lower fetal weight and growth rates and Apgar scores of 4-5 points in the first minute and after 5 minutes were observed.

Keywords: Community-acquired pneumonia, pregnant women, pregnancy outcomes.

✓ **Rezyume,**

Dolzarbligi. Hozirgi vaqtda homilador ayollarda pnevmoniyaning klinik, laboratoriya va instrumental xususiyatlari to'g'risida ma'lumotlar yetarli emas, ular ko'pgina organ etishmovchiligining rivojlanishiga olib keladigan markaziy gemodinamik kasalliklarni tavsiflaydi, bu o'pkada qon aylanishining buzilishi va shamollatish-perfuzion munosabatlarni hisobga olgan holda ushbu toifadagi bemorlarni maqsadli intensiv davolashni qiyinlashtiradi. Pnevmoniya uchun laboratoriya parametrlarining o'zgarishi to'g'risida mavjud ma'lumotlarga qaramay, ular hali ham yaxshi tushunilmagan.

Tadqiqotning maqsadi. Jamiyat tomonidan pnevmoniyaga uchragan ayollarda homiladorlikning borishi va natijasi tahlili.

Materiallar va uslublar. Istiqbolli kuzatuv tadbiri o'tkazildi. 2009 yildan 2014 yilgacha Toshkent shahridagi №1 shahar perinatal markazi va Buxoro viloyat perinatal markaziga qabul qilingan pnevmoniya bilan og'rikan homilador ayollarda homiladorlikning borishi va natijasi o'rganildi. Namuna 180 homilador ayolni o'z ichiga oladi.

Natijalar. Tekshirilgan homilador ayollarning 47,2 foizida CAP holati og'ir deb hisoblanadi. Tana harorati normal bo'lgan va bo'rtib o'tirmasdan homilador ayollarning 14,4 foizida pnevmoniya aniqlangan, bu tashxis mastlik belgilari, nafas olishning pasayishi va yallig'lanish o'chog'ining mavjudligi uchun rentgenologik belgilar asosida aniqlangan. VPning og'irligi oshgani sayin, gematokritning pasayishi, diurezning pasayishi, leykotsitozning rivojlanishi, umumiy oqsil kontsentratsiyasining pasayishi qayd etildi; tomir ichi trombozi jarayonlarida o'sish kuzatildi. Intoksikatsiya rivojlanib borgan sari, homiladorlik jarayoni ko'pincha o'z-o'zidan abort qilish, amniotik suyuqlikni erta chiqarib yuborish xavfi bilan murakkablashadi. Gipoksik kelib chiqadigan perinatal asoratlarning chastotasi VPning kuchayishi bilan bir vaqtda ortdi. Og'ir pnevmoniya bilan og'rikan homilador ayollarda homila massasi va o'sish sur'ati sezilarli darajada pasaygan va birinchi daqiqada va 5 daqiqadan keyin Apgarda 4-5 ball kuzatilgan.

Kalit so'zlar. Jamiyat tomonidan sotib olingan pnevmoniya, homilador ayollar, homiladorlik natijalari.

Актуальность

Инфекционные заболевания респираторных органов у беременных представляют собой актуальную проблему, это прежде всего определяется частотой развития пневмонии у беременных, негативными последствиями для развития плода и новорожденного. Ошибки в диагностике пневмонии, по данным ряда исследований составляет 20%, а среди беременных частота диагностических ошибок достигает 30% (С.А. Рачина и соавт., 2010). Диагноз пневмонии в первые 3 дня выставляется у 35% заболевших. Запоздавая диагностика пневмонии у беременных обусловлена многими причинами. Отсутствие единой тактики и стратегии ведения беременных с пневмонией, рост числа кесаревых сечений, высокие показатели материнской и перинатальной смертности и заболеваемости по причине пневмоний, диктуют необходимость тщательного анализа. В связи с вышеизложенным нами предпринята попытка изучения особенностей течения пневмонии у беременных, спектр осложнений гестационного процесса.

Целью данного исследования является проведение проспективного анализа течения и исхода беременности у женщин с внебольничной пневмонией (ВП).

Материал и методы

Проведено проспективное обсервационное исследование. Течение и исход беременности изучено у беременных с внебольничной пневмонией поступивших в Городской перинатальный центр №1 г. Ташкента и Областной перинатальный центр г. Бухары за период с 2009 по 2014 годы. Выборка включает 180 беременных женщин с внебольничной пневмонией.

Результат и обсуждение

В подавляющем большинстве случаев поступали в стационар беременные с пневмонией в сроке 20-30

недель - 52, (28,9%) и в сроке 32-36 недель - 86 (47,8%), и 36 (20,0%) в сроке гестации 37-40 недель. В момент поступления беременные указывали на предшествующую ОРВИ в течение 4-5 дней, отмечено повышение температуры, слабость, отсутствие аппетита. Результаты анализа анамнестических данных, жалоб пациенток при поступлении показал, что в момент поступления лихорадка у 54,4% беременных в среднем составила $38,8 \pm 1,2^{\circ}\text{C}$ и у $39,4 \pm 1,7^{\circ}\text{C}$ и у $37(20,6\%)$ $37,5 \pm 1,4$.

Пациентки поступали в среднем в течение $6,8 \pm 2,7$ дней после перенесенной ОРВИ. При поступлении в стационар у беременных с внебольничной пневмонией выявлено повышение температуры тела от 37°C и более у всех беременных (до 37°C у 26 женщин - 14,4%, до 38°C у 23 ж. - 12,8%, $38-39^{\circ}\text{C}$ у 88 ж. - 48,9%, и более 39°C у 43 ж. - 26,9%). Из общего числа пациенток 145 (80,6%) отмечали нарастающую слабость, быструю утомляемость. Подавляющее большинство беременных 158 (87,8%) отмечали головные боли в течение нескольких дней, при этом пациентки отмечали резкие головные боли в период разгара ОРВИ, затем, на фоне применения анальгетиков боль стихала. Обращало на себя внимание, что на фоне удовлетворительного самочувствия в течение 2-3 дней после «простуды» головная боль прогрессировала. На фоне плохого самочувствия пациентки отмечали боли в суставах 112 (62,2%) и снижение аппетита 175 (97,2%). Периодические ознобы с выраженной потливостью отмечали 102 (56,7%), боли в горле 87 (48,3%). Тошнота отмечена у 77 (42,8%), рвота у 5 (2,8%), сухой кашель у 17 (9,4%) пациенток. При физикальном обследовании аускультативно на фоне ослабленного, иногда жесткого дыхания хрипы выслушивались в 17 (9,4%) случаях. Рентгенологическое исследование, проведенное в 2-х проекциях, подтвердило у всех 180 беременных наличие рентгенологической картины двухсторонней пневмонии.

Объем поражения легочной ткани у беременных с ВП

Р-характеристика легочной ткани	ВП средней степени тяжести	ВП тяжелой степени тяжести
Односторонние поражения легких	49 (57,6%)	17 (32,1%)
- сегментарное	37(43,5%)	7 (9,1%)
- полисегментарное	12(14,1%)	10 (13,0%)
Двустороннее поражение легких	36 (42,4%)	60 (78,0%)
- сегментарное	14(16,5%)	13(16,9%)
- полисегментарное	22(25,9%)	47(61,0%)

Оценка тяжести и состояния при поступлении базировалась на степени дыхательной недостаточности, выраженности интоксикации, объеме воспалительной инфильтрации. Двустороннее поражение легких имело место у 96 (53,3%) случаях, что явилось более неблагоприятным в плане тяжести и исходе как беременности, так и заболевания. У 77 (42,5%) у пациенток пневмония была тяжелой и у 85 (47,2%) характеризовалась средней степени.

Особого внимания заслуживали 26 (14,4%) беременных без наличия лихорадки. Вместе с тем пациентки отмечали слабость, головные боли, боли в суставах и мышцах, отсутствовал аппетит, плохой сон. Из анамнеза выяснено, что в среднем за $8,5 \pm 2,4$ дня они перенесли ОРВИ с лихорадкой в течение 3 дней, с ознобом, затем отмечалась нормализация температуры.

При первичном осмотре терапевтом перинатального центра отмечено аускультативно ослабленное везикулярное или жесткое дыхание, отсутствие хрипов, данных за пневмонию нет. Выставлены в 7 случаях фарингит, 10 случаях тонзиллит, в 9 – остаточные явления ОРВИ.

Результаты клинического наблюдения и лабораторных тестов свидетельствовали, что у 18 (69,2%) беременных появились сухой кашель с отделением небольшого количества мокроты, лихорадка в среднем до $37,8 \pm 2,1$, боли за грудиной, одышка до 26 ± 2 ударов в минуту. Аускультативно выявлено на фоне ослабленного везикулярного дыхания наличие сухих и мелкопузырчатых хрипов. У 7 пациенток температура была в пределах нормальных значений, пульс в среднем составил $98,4 \pm 7,8$ ударов. Больные отмечали прогрессирующую слабость, кашель сухой с отделением небольшого количества слизистой мокроты, одышку при небольшой физической нагрузке. Всем 26 пациенткам было проведено рентгенологическое обследование органов грудной клетки и выявлена инфильтрация легочной ткани в нижних отделах с обеих сторон.

Наиболее выраженная дыхательная недостаточность у обследованных беременных с внебольничной пневмонией отмечена у 85 женщин (47,2%) с частотой дыхания (ЧД) более 30 в минуту и у 77 женщин (42,8%) с ЧД от 0–30, у остальных 18 женщин (10%) ЧД была до 20 в минуту.

Оценка тяжести состояния пациенток с внебольничной пневмонией основывалась на степени дыхательной недостаточности, выраженности интоксикации, состоянии функции жизненно важных органов. Из общего числа беременных с ВП у 85 (47,2%) состояние при поступлении было расценено как тяжелое, и у 77 (42,8%) как средней тяжести.

Анализ показателей периферической крови проведен дифференцированно, в зависимости от тяжести состояния пациентки (таблица №2).

Результаты дифференцированного анализа показателей периферической крови свидетельствуют, что относительно высокий показатель эритроцитов $3,4 \pm 0,4 \cdot 10^{12}/л$ наблюдался у беременных с ВП поступивших в стационар в относительно удовлетворительном состоянии, по мере прогрессирования тяжести состояния больной отмечено снижение количества эритроцитов, гемоглобина и цветового показателя, которые в группе пациенток в тяжелом состоянии составили: эритроциты – $2,8 \pm 0,4 \cdot 10^{12}/л$, Hb – $95,6 \pm 3,4$ г/л и ЦП – $0,78 \pm 0,02$. Данная динамика свидетельствует о развитии анемии. У всех пациенток отмечался умеренный лейкоцитоз. У пациенток I группы $9,7 \pm 1,8 \cdot 10^9/л$, во II группе – $12,4 \pm 1,8 \cdot 10^9/л$ и у беременных с тяжелым течением пневмонии лейкоцитоз составил $14,4 \pm 1,6 \cdot 10^9/л$, со сдвигом лейкоцитарной формулы влево и развитием лимфопении и моноцитопении. У пациенток III группы с тяжелым течением ВП уровень лимфоцитов снизился до $16,4 \pm 2,7$, моноцитов до $2,8 \pm 2,4$. Обращает на себя внимание, прогрессирующее снижение показателей гематокрита у пациенток с тяжелым течением ВП – $20,8 \pm 3,2\%$ против $38,6 \pm 3,2\%$ у практически здоровых беременных ($P < 0,001$).

Как следует из данных таблицы № 2, по мере нарастания интоксикации концентрация общего белка прогрессивно снижается и в III группе пациенток составила $58,4 \pm 2,4$ г/л против $62,8 \pm 2,8$ г/л в группе беременных с пневмонией и находящихся в удовлетворительном состоянии ($P < 0,001$). Прогрессирующая гипопротейнемия сопровождалась гипоальбуминемией, которая в III группе составила $54,6 \pm 2,2\%$ против $62,4 \pm 2,1$ в I группе беременных. В динамике глюкозы отмечалось снижение ее концентрации и в III группе составила $3,0 \pm 1,4$ ммоль/л против $4,5 \pm 1,3$ ммоль/л в контрольной группе. Динамика биохимических показателей, отражающих функциональное состояние печени, таких как билирубин, АЛТ и АСТ, оставались в пределах нормативных значений. Показатели остаточного азота, мочевины и креатинина достоверно не отличались от таковых, полученных у практически здоровых беременных. Нами проанализированы некоторые показатели функции почек у беременных с ВП (таблица №2).

Как следует из данных таблицы № 2 по мере прогрессирования пневмонии отмечалось снижение диуреза, которое в группе пациенток с тяжелым течением заболевания составили $820,6 \pm 127,6$ мл против $1250,4 \pm 167,0$ мл в контрольной группе ($p \geq 0,001$).

По мере прогрессирования интоксикации отмечалось снижение удельного веса мочи и нарастание

Некоторые показатели периферической крови, биохимии у беременных с ВП

Исследуемые параметры	Обследованные группы беременных			
	Контрольная группа n=30	I Удовлетворительное состояние n=18	II Состояние средней тяжести n=77	III Тяжелое состояние n=85
Эритроциты, 10 ¹² /л	3,8±0,6	3,4±0,4	3,0±0,6	2,8±0,4
Гемоглобин, г/л	110,8±4,8	109,7±3,7	100,8±3,2	95,6±3,4
Лейкоциты, 10 ⁹ /л	7,7±1,8	9,7±1,8	12,4±1,8	14,1±1,6
Цветовой показатель	0,94±0,04	0,85±0,02	0,82±0,04	0,78±0,02
Нейтрофилы, %	4,2±1,2	8,9±1,5	10,2±1,4	14,8±1,2
-палочкоядерные	49,7±8,7	45,8±7,7	43,4±6,8	40,6±5,8
-сегментоядерные				
Лимфоциты, %	22,7±2,3	18,7±2,2	17,6±2,2	16,4±2,7
Моноциты, %	6,4±4,8	4,8±3,6	3,7±3,2	2,8±2,4
СОЭ, мм/ч	15,6±1,8	25,4±1,6	27,6±1,8	30,4±1,7
Гематокрит, %	38,6±3,2	32,4±3,7	28,6±2,8	20,8±3,2
Общий белок, г/л	6,8±2,9	62,8±2,8	60,2±2,2	58,4±2,4
Альбумин, моль/л	65,4±2,2	62,4±2,1	58,4±2,2	54,6±2,2
Глюкоза, моль/л	4,5±1,3	3,6±1,2	3,3±1,8	3,0±1,4
Билирубин общий, мкмоль/л	9,4±1,7	10,6±1,8	12,2±1,6	14,6±1,4
-АЛТ, моль/л	0,3±0,2	0,38±0,2	0,44±0,3	0,46±0,3
- АСТ, моль/л	0,4±0,3	0,42±0,3	0,48±0,3	0,52±0,4
Остаточный азот, моль/л	28,4±3,4	26,4±3,2	28,9±3,4	29,4±3,2
Суточное количество мочи, мл	1250,4±167,0	1150,4±175,0	990,7±136,4	820,6±127,6
Относительная плотность мочи	1028,7±1,8	1022,6±1,7	1015,8±2,2	1010,4±2,8
Протеинурия, г/л	0,033±0,098	0,66±1,2	1,7±0,86	2,4±0,90
pH	6,8±1,2	6,6±1,4	6,4±1,2	6,2±1,4
Эпителий	5-6/1	8-10/1	10-12/1	12-16/1
Лейкоциты	4-5/1	6-8/1	12-16/1	16-18/1
Эритроциты	-	-	12-16/1	16-18/1
Цилиндры	-	-	-	-
Фибриноген, г/л	5,4±0,2	4,4±0,3	3,8±0,6	3,2±0,8
ABP, с	56,4±3,8	62,2±3,2	68,4±2,8	70,6±2,6
АЧТВ, с	34,2±2,4	36,2±2,7	38,8±2,2	40,8±2,4
ПИ, %	98,6±4,8	96,4±4,2	94,8±3,8	88,6±2,8
Тромбоэластограмма				
R+ K, мм	16,8±1,4	18,8±1,4	22,4±3,2	24,2±2,8
mA, мм	50,5±2,3	48,8±2,2	46,4±2,6	38,6±2,4
ИТП, усл. Ед.	19,4±1,6	18,2±1,4	16,4±1,2	12,8±2,1
Тма (%) агрегация тромбоцитов при стимуляции 10-3м				
АДФ	44,2±7,8	42,4±6,4		
Адреналином	42,3±4,2	40,8±3,8		
Коллагеном	38,4±5,8	40,4±6,2		
Тромбоциты	264,8±18,6	248,4±16,8	202,8±14,4	180,4±12,8
ПДФ, Мг/мл	4,1±1,8	4,6±1,6	4,8±1,2	5,2±1,8
РКФМ				
Отрицательная	n =30	n =18	n=65	n =58
Положительная			n=12	n=27

протеинурии, которое в группе с тяжелым течением пневмонии составило 2,4±0,90 г/л против 0,033±0,098 г/л в контроле (p≥0,001).

Количество лейкоцитов в поле зрения так же увеличилось 16-18 у пациенток с тяжелым течением заболевания.

Нами проанализированы некоторые параметры гемостаза у беременных с ВП в зависимости от срока гестации (таблица №3).

Анализ результатов исследования параметров гемостаза свидетельствует об определенных изменениях и закономерностях, указывающих на повышение

Показатели гемостаза у беременных с пневмонией по срокам гестации

Изучаемые параметры	Обследованные беременные					
	Контрольная группа			Основная группа		
	I триместр n=10	II триместр n=10	III триместр n=10	I триместр n=12	II триместр n=74	III триместр n=94
Фибриноген, г/л	3,2±0,25	3,4±0,2	3,8±0,61	4,9±0,25	5,2±0,2	6,9±0,4
АЧТВ, с	34,4±2,8	38,2±1,4	32,4±2,1	32,2±2,8	32,0±2,2	31,5±3,1
ПИ, %	82,4±3,9	82,6±4,8	86,4±3,7	88,4±3,9	99,8±3,8	100,4±2,9
Тромбоциты	256,4±12,1	264,8±18,6	284,5±11,9	248,4±16,9	225,7±17,4	180,4±12,8

процессов внутрисосудистого тромбообразования у беременных с пневмонией.

Нами проведено исследование системы гемостаза у беременных с ВП в зависимости от тяжести состояния пациенток. Известно, что при физиологически протекающей беременности отмечается гиперкоагуляция и торможение фибринолиза, что отражает процесс подготовки к послеродовому периоду. На наш взгляд представляется интересным изучение адаптивных механизмов у беременных с пневмонией, что позволит своевременно диагностировать начало срыва адаптивных механизмов гемостаза и реализацию тромботических и геморрагических осложнений и послужит основанием для разработки метода профилактики этих осложнений. Учитывая выше изложенное, целью данного раздела исследований гемостаза при неосложненной беременности и у 180 беременных с пневмонией в зависимости от срока гестации и тяжести состояния при поступлении.

Выраженность изменений в показателях системы гемостаза зависит от длительности и выраженности клинических проявлений воспалительного процесса в легких. У беременных поступивших в удовлетворительном состоянии концентрация фибриногена составила $4,4\pm0,3$ г/л, что достоверно ниже по сравнению с контрольными значениями $5,4\pm0,2$ г/л ($P<0,01$).

По мере прогрессирования воспалительного процесса в легких отмечается удлинение времени рекальцификации. Отмечается значительное снижение концентрации фибриногена в группе беременных с тяжелым течением пневмонии и составила $3,2\pm0,8$ г/л против контрольных значений $5,4\pm0,8$ г/л. Что касается концентрации тромбоцитов, то отмечалась тромбоцитопения по сравнению с контрольной группой. Так, по мере прогрессирования тяжести состояния больной, отмечалось прогрессивное снижение количества тромбоцитов, которые в III группе беременных составило $180,4\pm12,8\cdot10^9$, что достоверно ниже показателей полученных в I группе ($248,4\pm16,9\cdot10^9$) ($P<0,01$).

Индукция сосудисто-тромбоцитарного звена гемостаза у беременных приводит к потреблению функционально-активных тромбоцитов. О прогрессировании внутрисосудистого свертывания крови у беременных с наличием воспалительного очага в легких свидетельствует увеличение в плазме продуктов деградации фибриногена и фибрина. Так, концентрация ПДФ повышалась с $4,1\pm1,8$ мг/мл у беременных с физиологическим течением гестационного процесса до $5,2\pm1,8$ мг/мл у беременных с тяжелой пневмонией. Кон-

центрация растворимых комплексов фибринов-мономеров (РКФМ) значительно повышалась у беременных с ВП и удовлетворительным состоянием при поступлении существенных изменений общесосудочных тестов, агрегационно-адгезивных свойств не отмечено.

Большинство параметров свертывания крови и тромбоцитарной активности отражали высокий коагуляционный потенциал без признаков активации: уровень ПДФ и концентрация РКФМ достоверно не отличались от контрольных значений. Изменения коагуляционной и агрегационной активности были более выраженными во II и III группе беременных. Кривые агрегатограммы у беременных с тяжелым течением пневмонии представлены гиперагрегационными типами. Большинство параметров плазменного звена гемостаза АВР, АЧТВ, ПИ у беременных в I группе существенно не отличались от контрольных значений. В тоже время по мере прогрессирования тяжести состояния пациенток отмечалась гиперреактивность тромбоцитов в виде ускорения их реакции на действие индукторов агрегации.

У беременных с ВП и тяжелым течением воспалительного процесса наряду с максимальным увеличением активности тромбоцитов наблюдалось увеличение суммарной активности факторов свертывания крови по показателям АВР, АЧТВ и ПИ. Общая свертываемость крови на ТЭТ характеризовалась хронометрической ($r+k$) и структурной (ИТП) гиперкоагуляцией, усилением признаков коагулопатии потребления. Полученные показатели отражают гиперкоагуляцию у беременных с пневмонией и прогрессирование ДВС-синдрома.

Анализ течения и исходы беременности, родов состояние плода и новорожденного мы проводили дифференцированно в зависимости от тяжести состояния женщин с ВП.

Полученные результаты свидетельствуют (таблица №4), что по мере прогрессирования интоксикации течение беременности чаще осложнялось угрозой самопроизвольного выкидыша, частота которой в группе со среднетяжелым течением пневмонии составил 15,6%, а в группе с тяжелым течением 21,2% ($P<0,01$). Маловодие регистрировалось у беременных с тяжелой ВП в 17,6%, против 10,4% в группе со среднетяжелым течением. Существенная разница в частоте встречаемости преждевременного излития околоплодных вод, отмечена у беременных с тяжелой пневмонией, и составила 17,6% против 8,3% в контрольной группе ($P<0,01$). Что касается оперативных

Результаты анализа течения беременных и родов у беременных с ВП

	Изучаемые параметры	Группы обследованных беременных		
		Контрольная n=120	ВП средней тяжести n=77	ВП тяжелой тяжести n=85
1.	Угроза самопроизвольного прерывания п/беременности	6(5,0%)	12(15,6%)	18(21,2%)
2.	Маловодие	4(3,5%)	8(10,4%)	15(17,6%)
3.	Многоводие	5(4,2%)	6(7,8%)	9(10,6%)
4.	Преждевременные роды	3(2,5%)	9(11,7%)	11(12,9%)
5.	Преждевременное излитие околоплодных вод	10(8,3%)	10(13,0%)	15(17,6%)
6.	Преэклампсия	4(3,5%)	7(9,1%)	8(9,4%)
7.	Синдром задержки в/у развития плода	3(2,5%)	6(7,8%)	9(10,6%)
8.	ПОНРП	3(2,5%)	5(6,5%)	7(8,2%)
9.	Кесарево сечение	8(6,7%)	7(9,1%)	9(10,6%)

родов, то у беременных с ВП показаниями явились ПОНРП и дистресс плода. Ни в одном случае кесаре-

во сечение не было проведено по поводу пневмонии (таблица № 5).

Таблица № 5

Результаты изучения состояния внутриутробного плода

Изучаемые параметры	Обследованные группы		
	Контрольная n=120	ВП средней тяжести n=77	ВП тяжелой тяжести n=85
Возраст, годы	24,4±4,7	25,6±3,6	27,6±2,7
Срок беременных, недели	35,7±2,7	36,6±4,2	36,8±2,5
Допплерографические данные исследования у беременных в ВП			
СДО ма	1,8±0,22	2,5±0,34	2,8±0,42
СДО ап	2,9±0,68	3,1±0,54	3,5±0,47
Оценка состояния плода по данным КТГ у беременных с ВП			
Базальная ЧСС уд/мин	-	158,8±2,8	164,7±1,3
Вариабельность/ акцелерации уд/мин	-	18,9±1,4 2,4 за 60'	27,4±2,5 2,5 за 60'
Децелерации	-	Вариабельные длительностью 30,4±2,2	Вариабельные не осложненные 40,4±1,2

Результаты проведенных исследований свидетельствуют о том, что по мере прогрессирования интоксикации отмечается нарушение кровотока в маточных артериях и, соответствует нарушению IA, и в артериях пуповины IB. Частота сердечных сокращений плода колебалась от 140 до 170 уд в 1 и в среднем в

группе женщин со средней степенью и составил 158,8±4,2 уд., и при тяжелой пневмонии 164,7±4,5 ударов в 1 минуту. Что касается вариабельности акцелерации то они регистрировались в среднем 2-3 за 60', вариабельные неосложненных децелерации с длительностью 30-60 сек.

Таблица №6

Состояние новорожденных у женщин с ВП

Изучаемые параметры у новорожденных	Группы обследованных		
	Контроль n=120	Средне тяжело ВП n= 77	Тяжело ВП n=85
Масса тела, в г	3124,7±19,5	3009,7±16,8	2724,5±14,5
Рост, см	50,2±3,2	47,9±2,2	46,8±2,3
Оценка по Апгар на 1 минуте, баллы			
8-10	67 (55,8%)	30 (39,0%)	28(32,9%)
6-7	45(37,5%)	34 (44,2%)	40 (47,1%)
4-5	8 (6,7%)	13 (16,9%)	17 (20,0%)
На 5 минуте, баллы			
8-10	86 (71,7%)	50 (64,9%)	48 (56,5%)
6-7	30 (25,0%)	26 (31,2%)	30 (35,3%)
4-5	4 (3,3%)	3 (3,9%)	7 (8,2%)

Как видно из данных таблицы №6, у женщин с тяжелой пневмонией средняя масса новорожденных составило $2704,5 \pm 14,5$ г, что достоверно ниже чем в контрольной группе и у пациенток с ВП средний степени тяжести. Оценка состояния новорожденных по шкале Апгар на первой минуте показал, что наибольшее число детей с оценкой 4-5 баллов регистрировались у женщин с тяжелым течением пневмонии и составил 20,0% против 16,9% в группе со среднетяжелым течением заболевания ($p \geq 0,05$). Оценка состояния детей через 5 минут показал, что у беременных с тяжелым течением пневмонии количество детей с оценкой 4-5 баллов оставалась достоверно более высоким 8,2 % против 3,3 % в контрольной группе.

Выводы

1. Из общего числа обследованных беременных с ВП у 10% состояние расценено как удовлетворительное у 42,5% средней тяжести и у 47,2% - было отмечено тяжелое течение.
2. У 14,4% беременных не смотря на нормальную температуру и отсутствия хрипов диагноз пневмонии был выставлен на основании признаков интоксикации, наличия ослабленного дыхания и рентгенологических критериев наличия очага воспаления.
3. По мере прогрессирования тяжести течения ВП отмечено снижения показателей гематокрита, уменьшение диуреза, прогрессирование лейкоцитоза, снижения концентрации общего белка.
4. По мере прогрессирования тяжести течения ВП наблюдалось повышение процессов внутрисосудистого тромбообразования.
5. По мере прогрессирования интоксикации течение беременности чаще осложнилось угрозой самопроизвольного прерывания беременности, преждевременным излитием околоплодных вод.
6. Частота перинатальных осложнений гипоксического генеза увеличивалась по мере прогрессирования

тяжести ВП. У беременных с тяжелой пневмонией отмечалось достоверно более низкие показатели массы и роста плода и оценки по шкале Апгар 4-5 баллов на первой минуте и через 5 минут.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ:

1. Афиногенова В.П., Кытько О.В. Грипп и беременность // Лечащий врач. — 2010. — № 11. — С. 9–11.
2. Белокриницкая Т.Е., Трубицина А.Ю. [и др.]. Акушерские и перинатальные исходы при осложненных формах гриппа А (H1N1) у беременных // Журнал акушерства и женских болезней. — 2011. — № 5. — С. 94–98.
3. Белокриницкая Т.Е., Тарбаева Д.А., Трубицина А.Ю. Тяжелые формы гриппа у беременных: факторы риска, особенности клинического течения, профилактика // Врач. — 2013. — № 2. — С. 32–36.
4. Белокриницкая Т.Е., Ларева Н.В., Пархоменко Ю.В. [и др.]. Клинический протокол по лечению гриппа и его осложнений у беременных. Утвержден 6.11.2009 года Министерством здравоохранения Забайкальского края. — Чита: ИИЦ ЧГМА, 2009. — 20 с.
5. Бова А.А., Крыжановский В.Л. Этиология пневмоний // Медицинские новости. — 2000. — № 7. — С. 31–36.
6. Емельянова А.Н., Петров А.А., Витковский Ю.А. [и др.]. Особенности лабораторных показателей и клиническая характеристика гриппа А/H1N1/ у беременных // Материалы IV ежегодного Всерос. конгр. по инфекционным болезням. — М., 2012. — С.132.
7. Жаркин Н.А., Подобед Н.Д. Грипп и вызванная им пневмония у беременных: уроки пандемии // Журнал практического врача акушера-гинеколога. — М., 2010. № 1 (18) — С. 11–15.
8. Пересадка О.А., Барсуков А.Н. Современные подходы к лечению гриппа и пневмонии у беременных // Медицинские новости. — 2011. — № 2. — С. 19–26.
9. Романова Е.Н., Серебрякова О.М., Говорин А.В. [и др.]. Закономерности лабораторных показателей при пневмонии у больных гриппом А/H1N1 // Эпидемиология и инфекционные болезни. — 2011. — №4. — С. 23–27.
10. Романовская А.В., Давыдов А.И., Малеев В.В. Роль маркеров острой воспалительной реакции для ранней диагностики бактериальных осложнений при гриппе у беременных // Вопросы гинекологии, акушерства и перинатологии. — 2014. — № 3(13). — С. 27–31.

Поступила 09.03. 2020