

АКУШЕРСТВО И ГИНЕКОЛОГИЯ

УДК 618.15/16–002.828–053.2 Оригинальная статья

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРЕДИКТОРЫ НЕБЛАГОПРИЯТНОГО ТЕЧЕНИЯ НЕСПЕЦИФИЧЕСКОГО БАКТЕРИАЛЬНОГО ВУЛЬВОВАГИНИТА У ДЕВОЧЕК, РОЖДЕННЫХ ОТ МАТЕРЕЙ С ДИСПЛАЗИЕЙ СОЕДИНИТЕЛЬНОЙ ТКАНИ

С. Л. Косых — МУЗ Детская городская клиническая больница № 5 г. Кемерово, врач акушер-гинеколог; **В. Г. Мозес** — ГБОУ ВПО Кемеровская ГМУ Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии № 1, профессор, доктор медицинских наук.

CLINICAL PREDICTORS OF ADVERSE COURSE OF NONSPECIFIC BACTERIAL VULVOVAGINITIS AT GIRLS BORN FROM MOTHERS WITH DYSPLASIA OF CONNECTIVE TISSUE

S. L. Kosykh — Kemerovo Children Hospital № 5, Obstetrician-gynecologist; **V. G. Mozes** — Kemerovo State Medical Academy, Department of Gynaecology and Obstetrics №1, Professor, Doctor of Medical Science.

Дата поступления — 15.01.2012 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Косых С. Л., Мозес В. Г. Клинические предикторы неблагоприятного течения неспецифического бактериального вульвовагинита у девочек, рожденных от матерей с дисплазией соединительной ткани // Саратовский научно-медицинский журнал. 2012. Т. 8, № 2. С. 214–218.

Цель: определение клинических предикторов неблагоприятного течения неспецифического бактериального вульвовагинита (НБВ) у девочек, рожденных от матерей с недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ). **Материал.** У 157 девочек проведено клиническое исследование, бактериологическое и бактериоскопическое исследование выделений из влагалища, НБВ диагностирован у 111 девочек. У всех девочек и у их матерей исследовалась иммунограмма первого уровня; у всех матерей девочек с НБВ выявлялись фенотипические проявления НФДСТ. **Результаты.** У девочек с НБВ, рожденных от матерей с НФДСТ, отмечалось более тяжелое течение заболевания; и у матерей с НФДСТ, и у их детей с НБВ выявлены нарушения гуморального иммунитета. **Заключение.** Наличие более пяти стигм дизэмбриогенеза с преобладанием торако-диафрагмального, суставного, косметического синдромов и патологии органов зрения у матерей девочек с НБВ можно использовать в качестве предиктора неблагоприятного течения заболевания.

Ключевые слова: недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани, неспецифический бактериальный вульвовагинит, дети.

Kosykh S. L., Mozes V. G. Clinical predictors of adverse course of nonspecific bacterial vulvovaginitis at girls born from mothers with dysplasia of connective tissue // *Saratov Journal of Medical Scientific Research*. 2012. Vol. 8, № 2. P. 214–218.

Research objective: To define clinical predictors of adverse course of nonspecific bacterial vulvovaginitis (NBV) at girls born from mothers with the undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue (UFDCT). **Materials:** At 157 girls clinical research, bacteriological and bacterioscopy research of leucorrhoea from vagina has been conducted, NBV has been diagnosed at 111 girls. At all girls and at their mothers the immunity has been investigated; at all mothers of girls with NBV phenotypic reveals of UFDCT have been found out. **Results:** At girls with NBV born from mothers with UFDCT severe course of a disease has been marked; and at mothers with UFDCT and at their children with NBV disorders of humoral immunity have been revealed. Presence of more than 5 stigmas of dysembryogenesis with prevalence of thoracodiaphragmatic, articular, cosmetic syndromes and pathology of organs of vision at mothers of girls with NBV is possible to use as predictors of adverse course of the disease.

Key words: undifferentiated forms of dysplasia of connective tissue, nonspecific bacterial vulvovaginitis, children.

Введение. Неспецифический бактериальный вульвовагинит (НБВ) становится тяжелой проблемой для девочек, которая заставляет их родителей обратиться за помощью к гинекологу. Лечение НБВ представляет собой непростую задачу, так как течение заболевания часто осложняется хронизацией воспалительного процесса, вовлечением мочевыделительной системы и присоединением аллергического компонента воспаления [1, 2]. Течение заболевания во многом зависит от состояния иммунной системы ребенка, поэтому для практической медицины важен поиск простых предикторов, которые могли бы заранее спрогнозировать состояние иммунной системы ребенка с НБВ и вовремя определиться с тактикой лечебных и профилактических мероприятий.

Среди лиц, страдающих иммунодефицитом, особый интерес представляют женщины с врожденной недостаточностью соединительной ткани, так называемыми недифференцированными формами дисплазии соединительной ткани (НФДСТ). Пациенты с НФДСТ относятся к категории часто болеющих людей и обычно имеют нарушения в системе гуморального и клеточного иммунитета [3]. НФДСТ является наследственным заболеванием, поэтому логично предположить, что у детей, рожденных от матерей с НФДСТ, также возможны нарушения в иммунной системе, влияющие на течение НБВ.

Цель исследования: определение клинических предикторов неблагоприятного течения НБВ у девочек, рожденных от матерей с НФДСТ.

Методы. Методом сплошной выборки проведено проспективное обследование 157 девочек. Критерием включения в исследование было информированное согласие родителей на исследование; возраст от 2 до

Ответственный автор — Мозес Вадим Гельевич.
Адрес: 650099, г. Кемерово, ул. Весенняя, 16, кв. 115.
Тел.: 83842754428, 89045732443, 83842365707.
E-mail: vadimmoses@mail.ru

10 лет; отсутствие тяжелой соматической патологии в стадии декомпенсации; отсутствие инфекций, передаваемых половым путем (ИППП). Всем девочкам проводилось объективное и гинекологическое исследование; бактериологическое исследование влагалищного отделяемого; всем девочкам проводилась ПЦР на ИППП; у всех матерей исследуемых девочек выявлялись фенотипические проявления НФДСТ при помощи функциональных и оценочных проб, предложенных В. М. Яковлевым (1994), клинически значимым считалось наличие пяти и более стигм дизэмбриогенеза [4]. У всех девочек и их матерей методом ИФА с использованием тест-систем ХЕМА исследовался гуморальный иммунитет с определением концентрации иммуноглобулинов основных классов (IgA, IgG, IgM — показатель выражен в г\л), общего числа лимфоцитов (показатель выражен в процентах), фагоцитарной активности лейкоцитов (ФАЛ), системы общего комплемента СН-50, циркулирующих иммунных комплексов (показатели выражены в условных единицах).

НБВ диагностирован у 111 девочек. Все исследуемые пациенты были разделены на три группы. Критерием включения девочек в основную группу I (n=57) было наличие у них НБВ и НФДСТ у их матерей. Критерием включения девочек в группу сравнения II (n=54) было наличие у них НБВ и отсутствие НФДСТ (менее пяти стигм дизэмбриогенеза) у их матерей.

Критерием включения девочек в группу контроля III (n=46) было отсутствие у них НБВ.

Выборочные параметры, приводимые в таблицах, имеют следующие обозначения: М — среднее, σ — стандартное отклонение, n — объем анализируемой подгруппы, p — достигнутый уровень значимости. Статистически значимое различие выборочных средних проверялось при помощи критерия Вилкоксона. Проверка статистической значимости различий между относительными частотами двух или большего числа событий осуществлялась при помощи критерия χ^2 .

Результаты. Средний возраст исследуемых девочек составил $6,4 \pm 2,3$ года в основной группе, $7 \pm 2,3$ года в группе сравнения и $7,7 \pm 2,8$ года в группе контроля (pI-II=0,02; pI-III=0,01). Клинические симптомы и проявления НБВ у исследуемых девочек представлены в табл. 1.

Девочки, рожденные от матерей с НФДСТ, чаще страдали хроническими заболеваниями: атопическим дерматитом (26,3 в основной и 3,7% в группе сравнения, p<0,001; 0% в группе контроля, p<0,001); гастритом (31,5 и 1,8% соответственно, p<0,001; 2,1% в группе контроля, p=0,01); бронхиальной астмой (24,5 и 3,7% соответственно, p<0,001; 8,9% в группе контроля, p=0,03). Данные бактериологического исследования биоценоза влагалища у исследуемых девочек представлены в табл. 2. Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ у матерей исследуемых дево-

Таблица 1

Клинические проявления НБВ у исследуемых девочек

Показатель	Основная группа n=57		Группа сравнения n=54		Контрольная группа n=46	
	абс	%	абс	%	абс	%
Жалобы						
Покраснение гениталий	28	49,1	28	55,5	-	-
Зуд	27*	47,3	12	22,2	-	-
Выделения из влагалища	56*	98,2	40	74,1	-	-
Неприятный запах	11	18,2	10	18,5	-	-
Дизурия	8	14	3	5,5	1	2,1
Боли в нижней части живота	2	3,5	-	-	-	-
Данные гинекологического исследования						
Гиперемия вульвы	51*	89,4	32	59,2	-	-
Отек вульвы	10**	17,5	1	1,8	-	-
Мацерация вульвы	8**	14	1	1,8	-	-
Светлые бели	37*	68,5	4		2	6,1
Мутные бели	15	26,3	11	20,3	-	-
Гнойные бели	17*	29,8	1	1,8	-	-

Примечание: * — p<0,001; ** — p<0,05.

Таблица 2

Данные бактериоскопического исследования биоценоза влагалища у исследуемых девочек

Параметры	Основная группа n=57 %	Группа сравнения n=54 %	Контрольная группа n=46 %	P1	P2
Staphylococcus epidermidis	28	37	30,4	0,31	0,48
Escherichia coli	31,5	27,7	15,2	0,66	0,13
Enterococcus faecalis	22,8	16,6	4,3	0,41	0,008

Окончание табл. 2

Параметры	Основная группа n=57 %	Группа сравнения n=54 %	Контрольная группа n=46 %	P1	P2
Staphylococcus saprofiticus	22,8	14,8	6,5	0,28	0,02
Staphylococcus aureus	12,2	16,6	0	0,26	0,013
Gardnerella vaginalis	54,3	37	6,5	0,06	0,001

Примечание: P1 — основная группа и группа сравнения; P2 — основная группа и контрольная группа.

Таблица 3

Фенотипические и висцеральные проявления НФДСТ у матерей девочек с НБВ

Стигмы дизэмбриогенеза	Основная группа n=57		Группа сравнения n=54		Контрольная группа n=46	
	абс	%	абс	%	абс	%
Ни одной стигмы	-	-	28	51,8	29	63
От 1 до 5 стигм	-	-	26	48,2	17	37
Свыше 5 стигм	57	100	-	-	-	-
Косметический синдром						
Низкий лоб	14*	24,5	1	1,8	-	-
Уплощенная спинка носа	5**	8,7	-	-	1	2,1
Искривление носа	7**	12,2	1	1,8	1	2,1
Седловидный нос	10**	17,5	2	3,7	-	-
Приращенные мочки ушей	16**	28	6	11,1	1	2,1
Асимметрия глазных щелей	6**	10,5	-	-	-	-
Неправильный прикус	15**	26,3	3	5,5	1	2,1
Неправильный рост зубов	15**	26,3	4	7,4	1	2,1
Гиперрастяжимая кожа	14*	24,5	-	-	1	2,1
Торако-диафрагмальный синдром						
Длинное туловище	6**	10,5	-	-	1	2,1
Сколиоз	18*	31,5	-	-	4	8,6
Синдром прямой спины	10**	17,5	1	1,8	-	-
Патология органа зрения						
Нарушение рефракции	23*	40,3	2	3,7	1	2,1
Суставной						
Захождение пальцев стопы друг за друга	23*	40,3	-	-	1	2,1
Гипермобильность суставов	24*	42,1	2	3,7	-	-
Привычные вывихи	6*	10,5	-	-	-	-
X-образные конечности	14*	24,5	2	3,7	-	-
Второй палец стопы больше первого	16**	28	5	9,2	2	4,3

Примечание: * — $p < 0,001$; ** — $p < 0,05$

чек представлены в табл. 3. Показатели иммунитета у девочек и их матерей представлены в табл. 4.

Обсуждение. Недифференцированные формы дисплазии соединительной ткани (НФДСТ) — довольно распространенная врожденная патология, достигающая 26% в общей популяции. Для этой патологии характерно поражение разных локусов генов, кодирующих синтез коллагена, что обуславливает множественность и полисистемность клинических проявлений и затрудняет генетическую классификацию и диагностику [5]. Это нашло свое отражение в полученных результатах исследования — у каждой матери девочек основной группы количество стигм

дизэмбриогенеза превышало пять, а качественный анализ стигм показал преобладание торако-диафрагмального, суставного, косметического синдромов и патологии органов зрения.

Считается, что функциональное состояние иммунной системы при дисплазии соединительной ткани часто характеризуется ее недостаточностью, что подтвердили результаты исследования гуморального иммунитета у матерей с НФДСТ, хотя механизмы, ее объясняющие, по сей день остаются не раскрытыми [6]. Иммунная система играет большую роль в генезе неспецифического бактериального вульвовагинита (НБВ) — заболевания, составляющего от 50 до 85%

Таблица 4

Показатели иммунитета у девочек с НБВ и их матерей

Параметры	Основная группа n=57	Группа сравнения n=54	Контрольная группа n=46	P1	P2
Матери					
Ig A г\л	5,2±0,6	2,08±0,5	1,9±0,6	<0,001	<0,001
Ig M г\л	1,08±0,3	1,24±0,4	1,17±0,3	0,569	0,148
Ig G г\л	8,08±2,5	8,17±1,6	8,01±1,8	0,573	0,383
Т-лимфоциты %	36,5±10,1	75,6±16,9	72,0±13,2	<0,001	<0,001
Фагоцитарная активность лейкоцитов у\е	0,16±0,1	0,41±0,18	0,38±0,1	<0,001	<0,001
Общий комплемент СН-50 у\е	26,05±9,4	67,8±22,2	70,1±30,5	<0,001	<0,001
Циркулирующие иммунные комплексы у\е	0,06±0,04	0,03±0,07	0,02±0,01	<0,001	<0,001
Девочки					
Ig A г\л	0,9±0,3	1,4±0,91	1,42±0,75	0,011	<0,001
Ig M г\л	0,5±0,2	1,6±0,35	1,3±0,2	<0,001	<0,001
Ig G г\л	5,4±2,8	8,9±3,8	8,9±4,5	<0,001	0,0016
Т-лимфоциты %	39,4±9,8	64,3±13,1	56,8±10,1	<0,001	<0,001
Фагоцитарная активность лейкоцитов у\е	0,22±0,11	0,36±0,18	0,3±0,1	<0,001	<0,001
Общий комплемент СН-50 у\е	15,6±6,4	19,4±5,5	19,2±4,58	<0,001	<0,001
Циркулирующие иммунные комплексы у\е	0,046±0,06	0,039±0,08	0,042±0,05	<0,001	0,002

Примечание: P1 — основная группа и группа сравнения; P2 — основная группа и контрольная группа.

среди всех девочек, обращающихся за помощью к гинекологу в амбулаторной сети [7].

Относительно высокая частота НБВ у девочек обусловлена их анатомическими особенностями и недостаточно развитыми механизмами защиты. В частности, кожа вульвы у детей более тонкая и чувствительная, отсутствуют лобковые волосы и малое содержание жировой ткани в области половых губ; задний проход анатомически близко расположен к introitus, что увеличивает шанс бактериального загрязнения; нередко выявляется недостаточная гигиена из-за того, что с возрастом контроль матери над ребенком ослабевает [8].

Важнейшим фактором, обуславливающим развитие НБВ у девочек, является гипостроения. На фоне гипостроении слизистая влагалища у девочек допубертатного возраста тонкая и в ней отсутствует гликоген, поэтому биоценоз влагалища представлен смешанной кокко-бациллярной флорой [9]. Эти данные были подтверждены проведенным исследованием, результаты которого не выявили какого-либо различия в биоценозе влагалища у девочек основной и группы сравнения. Тем не менее, при нормальном состоянии иммунитета существующих механизмов защиты вполне достаточно для того, чтобы при соблюдении девочкой личной гигиены происходило полное самоизлечение.

Однако тяжелое и рецидивирующее течение НБВ у девочек во многом связано с недостаточностью иммунной системы, поэтому сегодня придается большое значение поиску предикторов врожденного и/или приобретенного иммунодефицита у детей и подростков [10]. Это предположение косвенно подтверждали данные анамнеза и анализ клинических симптомов НБВ у детей, рожденных от матерей с НФДСТ. Девочки, рожденные от матерей с НФДСТ, чаще болели соматическими заболеваниями, которые являются маркером нарушений в системе гумо-

рального иммунитета. Клинические симптомы НБВ у девочек, чьи матери имели НФДСТ, отличались большим разнообразием и интенсивностью.

Проведенное исследование показало, что иммунная система девочек с НБВ, рожденных от матерей с НФДСТ, характеризовалась худшими показателями в системе гуморального иммунитета с преобладанием аллергического компонента.

Заключение. Таким образом, количество (5 и более) и качество (преобладание торако-диафрагмального, суставного, косметического синдромов и патологии органов зрения) стигм дизэмбриогенеза у матери девочки с НБВ можно использовать в качестве предиктора неблагоприятного течения заболевания. Выявление НФДСТ у детей при помощи клинического обследования связано с определенными трудностями, которые во многом обусловлены ростом и развитием органов и систем ребенка. С другой стороны, диагностика НФДСТ у матери ребенка не занимает много времени и может помочь в случае, когда исследование иммунитета у ребенка затруднительно или отсрочено во времени.

Конфликт интересов. Официальное финансирование исследования осуществлялось за счет Гранта губернатора Кемеровской области 2011 г. для поддержки молодых ученых — докторов наук.

Библиографический список

1. Гуркин Ю.А. Опыт поэтапного лечения неспецифических вульвовагинитов у девочек // Репродуктивное здоровье детей и подростков. 2009. № 5. С. 15–20.
2. Захарова И.Н., Коровина Н.А., Творогова Т.М. Вульвовагиниты в детском и подростковом возрасте. М., 2008. 25 с.
3. Нечаева Г.И., Викторова И.А., Калинина И.Ю. Диагностика дисплазии соединительной ткани у лиц среднего и пожилого возраста в практике семейного врача // Российский семейный врач. 2004. Т. 8, № 2. С. 47–54.

4. Яковлев, В. М., Нечаева Г.И. Кардиореспираторные синдромы при дисплазии соединительной ткани (патогенез, клиника, диагностика и лечение). Омск, 1994. 122 с.
5. Дисплазия соединительной ткани: основные клинические синдромы, формулировка диагноза, лечение / Г.И. Нечаева, В.М. Яковлев, В.П. Конев, И.В. Друк // Лечащий врач. 2007. № 4. С. 38–43.
6. Bromberg, K., Hammerschlag M., Rawstron S.A. Sexually transmitted diseases in children and adolescents // Textbook of Pediatric Dermatology. 2000. Vol. 2. P. 1510–1529.
7. Fisher G., Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases // *Pediatr. Dermatol.* 2000. Vol. 17. P. 1–16.
8. Paller A.S., Mancini A.J. *Clinical Pediatric Dermatology*, 3rd edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2000. 187 p.
9. *Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology* / A. Altchek [et al.]. Blackwell Publishing Ltd, 2009. 289 p.
10. *Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice* / C.S. Montpellier [et al.]. Karger, 2004. 193 p.
2. Zaharova I. N., Korovina N. A., Tvorogova T. M. Vul'vovaginity v detskom i podrostkovom vozraste. M., 2008. 25 s.
3. Nechaeva G. I., Viktorova I. A., Kalinina I. Ju. Diagnostika displazii soedinitel'noj tkani u lic srednego i pozhilogo vozrasta v praktike semejnogo vracha // *Rossijskij semejnij vrach.* 2004. T. 8, № 2. S. 47–54.
4. Jakovlev, V. M., Nechaeva G. I. Kardiorespiratornye sindromy pri displazii soedinitel'noj tkani (patogenez, klinika, diagnostika i lechenie). Omsk, 1994. 122 s.
5. Displazija soedinitel'noj tkani: osnovnye klinicheskie sindromy, formulirovka diagnoza, lechenie / G. I. Nechaeva, V. M. Jakovlev, V. P. Konev, I. V. Druk // *Lechavij vrach.* 2007. № 4. S. 38–43.
6. Bromberg, K., Hammerschlag M., Rawstron S.A. Sexually transmitted diseases in children and adolescents // Textbook of Pediatric Dermatology. 2000. Vol. 2. P. 1510–1529.
7. Fisher G., Rogers M. Vulvar disease in children: a clinical audit of 130 cases // *Pediatr. Dermatol.* 2000. Vol. 17. P. 1–16.
8. Paller A.S., Mancini A.J. *Clinical Pediatric Dermatology*, 3rd edn. Philadelphia: Elsevier Saunders, 2000. 187 p.
9. *Pediatric, Adolescent, & Young Adult Gynecology* / A. Altchek [et al.]. Blackwell Publishing Ltd, 2009. 289 p.
10. *Pediatric and Adolescent Gynecology: Evidence-Based Clinical Practice* / C.S. Montpellier [et al.]. Karger, 2004. 193 p.

Translit

1. Gurkin Ju. A. Opyt pojetapnogo lechenija nespecificeskikh vul'vovaginitov u devocek // *Reproduktivnoe zdorov'e detej i podrostkov.* 2009. № 5. S. 15–20.

УДК 616.2-002-022:616.921.5:618.2/.7 «312»-07-08 (045)

Оригинальная статья

ПРОБЛЕМА ОРВИ И ГРИППА А (H₁N₁SWIN) В СОВРЕМЕННОМ АКУШЕРСТВЕ

И. А. Салов — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующий кафедрой акушерства и гинекологии лечебного факультета, профессор, доктор медицинских наук; **А. В. Романовская** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, кафедра акушерства и гинекологии лечебного факультета, ассистент, кандидат медицинских наук; **Е. В. Михайлова** — ГБОУ ВПО Саратовский ГМУ им. В. И. Разумовского Минздрава России, заведующая кафедрой детских инфекционных болезней, профессор, доктор медицинских наук.

ISSUE OF ACUTE RESPIRATORY VIRAL INFECTION AND INFLUENZA A (H₁N₁SWIN) IN MODERN OBSTETRICS

I. A. Salov — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Obstetrics and Gynecology of Therapeutic Faculty, Professor, Doctor of Medical Science*; **A. V. Romanovskaya** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Department of Obstetrics and Gynecology of Therapeutic Faculty, Assistant, Candidate of Medical Science*; **E. V. Mikhailova** — *Saratov State Medical University n.a. V. I. Razumovsky, Head of Department of Children Infectious Diseases, Professor, Doctor of Medical Science.*

Дата поступления — 16.04.2012 г.

Дата принятия в печать — 05.06.2012 г.

Салов И. А., Романовская А. В., Михайлова Е. В. Проблема ОРВИ и гриппа А (H₁N₁swin) в современном акушерстве // *Саратовский научно-медицинский журнал.* 2012. Т. 8, № 2. С. 218–223.

Цель: изучение клинических особенностей течения и исхода беременности, протекающей на фоне острых респираторных вирусных инфекций и гриппа А (H₁N₁swin). **Материалы и методы:** 152 беременные женщины, которые перенесли грипп А (H₁N₁swin), острые респираторные вирусные инфекции в разные сроки беременности. **Результаты.** Сходная клиническая симптоматика при гриппе А (H₁N₁swin) и ОРВИ в период эпидемического подъема заболеваемости гриппом позволяет предположить данную нозологию, в том числе и у беременных с диагнозом: «ОРВИ». **Заключение.** При гриппе в четырех случаях был зарегистрирован смертельный исход заболевания, связанный с наличием сопутствующей патологии и развитием на этом фоне тяжелой формы гриппа, осложнившейся острой дыхательной, сердечно-сосудистой недостаточностью, отеком легких, отеком головного мозга.

Ключевые слова: ОРВИ, грипп А (H₁N₁swin), беременность, пневмония, дыхательная недостаточность.

Salov I. A., Romanovskaya A. V., Mikhailova E. V. Issue of acute respiratory viral infection and influenza A (H₁N₁swin) in modern obstetrics // *Saratov Journal of Medical Scientific Research.* 2012. Vol. 8, № 2. P. 218–223.

Objective: To study the clinical features of the course and outcome of pregnancy accompanied by acute respiratory viral infections and influenza A (H₁N₁swin). **Methods and materials.** 152 pregnant women who suffered from influenza A (H₁N₁swin), acute respiratory viral infections in different duration of gestation. **Results.** Similar clinical symptomatology of both influenza A (H₁N₁swin) and acute respiratory viral infections during the period of epidemic raise of influenza allow to suggest present nosology including pregnant patients with acute respiratory viral infections. **Conclusion.** In 4 cases the fatal outcome from influenza related to presence of associated pathology and development of the severe form of influenza complicated by acute respiratory and cardiovascular insufficiency, pulmonary edema, and cerebral edema were registered.

Key words: acute respiratory viral infections, influenza A (H₁N₁swin), pregnancy, pneumonia, respiratory failure.

Введение. Типичная клиническая картина гриппа А (H₁N₁swin) схожа с сезонным гриппом и другими острыми респираторными инфекциями, поражающими

верхние дыхательные пути. Острые респираторные вирусные инфекции являются наиболее распространенной группой заболеваний. Возбудители (вирусы) проникают в организм через дыхательные пути, размножаются и распространяются преимущественно в клетках слизистых оболочек респираторной системы и

Ответственный автор — Романовская Анна Викторовна.
Адрес: 410600, г. Саратов, ул. М. Горького, 29, кв. 42.
Тел.: +79047053148.
E-mail: annavictorovna@mail.ru