

UROGENITAL CHLAMYDIOSIS IN MARRIED COUPLE

N.A. Vasylyeva, I.P. Kryzhan

SUMMARY. The negative influence of urogenital chlamydiosis on the pregnancy course and fetus

development is shown. The necessity of simultaneous examination and treatment of chlamydiosis in both sexual partners is substantiated.

Key words: *chlamydiosis infection, pregnancy, fetus, diagnostics.*

© Хлібовська О.І., Бойчук А.В., Коптюх В.І., Шадріна В.С., 2007
УДК 618.3-02:616.98:578.825.11]-06:618.33

О.І. Хлібовська, А.В. Бойчук, В.І. Коптюх, В.С. Шадріна

ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського

Своєчасна діагностика цитомегаловірусної інфекції та проведення лікування антицитомегаловірусним -глобуліном під час вагітності дозволило знизити частоту ускладнень гестаційного періоду, перинатальні втрати та реалізацію внутрішньоутробного інфікування в ранньому неонатальному періоді.

Ключові слова: *цитомегаловірусна інфекція, вагітність, профілактика ускладнень.*

Однією з актуальних у сучасному акушерстві є проблема народження здорової дитини. Внутрішньоутробне інфікування плоду та новонародженого залишається однією з найактуальніших проблем сучасної перинатології. Внутрішньоутробні інфекції – захворювання, які виникають в результаті інфікування плоду від матері в антенатальному періоді або інтранатально під час родів і трапляються у 0,5-1,5 % випадків [1]. Ризик перинатального інфікування коливається від 10 до 70 % та залежить від наступних факторів: форма інфекції у жінки під час вагітності, супутня патологія (гестоз, анемія, фетоплацентарна недостатність). Дані вітчизняних і зарубіжних авторів переконливо свідчать, що вірус цитомегалії є однією з найчастіших причин розвитку патології вагітності та плоду. Чим менший гестаційний вік плоду в момент інфікування, тим більш генералізованим є процес і значніші пошкодження. Прояви захворювання в новонародженого залежать від того, на якій стадії інфекційного процесу він народився. У новонародженого можуть спостерігатися наслідки захворювання, перенесеного внут-

рішньоутробно, або захворювання перебігає в'яло, торпідно. У таких випадках частіше уражуються ЦНС, печінка, нирки. Якщо роди відбуваються в гострій стадії інфекційного процесу, дитина може загинути інтранатально або народитися в асфіксії, в неї уражаються легені, ЦНС, печінка, серце [2, 3].

Внутрішньоутробне інфікування може призвести не тільки до викидня, мертвонародження, вад та аномалій розвитку, але й до народження зовнішньо здорової дитини з формуванням соматичної патології в постанатальний період. Внутрішньоутробні інфекції зумовлюють перинатальну смертність, яка, за даними різних авторів, складає 12-40 % [1, 4]. Інфікований плід гине під час пологів у 4 % вагітних [2, 3] або внутрішньоутробне інфікування є причиною «синдрому раптової смерті новонароджених»[5]. Актуальність проблеми полягає і в труднощах діагностики даної патології.

Метою дослідження було вивчення поширення цитомегаловірусної інфекції та впливу її на перебіг та ускладнення вагітності.

Матеріали і методи

На першому етапі роботи проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності і родів у 400 вагітних за даними перинатального центру. На основі клініко-статистичного аналізу виділено вагітних, які належать до групи ризику стосовно внутрішньоутробного інфікування. На другому етапі обстежено і проліковано 50 вагітних з цито-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

мегаловірусною інфекцією. Контрольну групу склали 30 жінок з фізіологічним перебігом вагітності.

Стан плода та ефективність лікувально-реабілітаційних заходів оцінювали за даними ультразвукового обстеження, яке проводили у 8-12, 16-18, 28-32 та 37-38 тижнів, за перебігом родів, післяродового періоду та станом новонароджених. Визначали наступні біометричні показники: біпаріетальний розмір (БПР), лобно-потиличний розмір, окружність живота (ОЖ), окружність грудної клітки, довжину стегна, кількість навколоплідних вод. Визначали величину співвідношення БПР до ОЖ. При плацентографії оцінювали локалізацію плаценти, товщину її та ступінь зрілості. При огляді оцінювали рухову активність плода. Визначали його біофізичний профіль. Наявність цитомегаловірусної інфекції діагностували імуноферментним методом (виявлення антицитомегаловірусних антитіл класу імуноглобулінів G, M).

Результати досліджень та їх обговорення

На основі проведеного клініко-статистичного аналізу групу ризику з внутрішньоутробного інфікування склали вагітні: з обтяженим гінекологічним анамнезом (септичні аборти в анамнезі, звичні викидні, завмерла вагітність); обтяженим акушерським анамнезом (ускладнені пологи в анамнезі (сепсис, метроендометрит), мертвонародження, загибель новонародженого в ранній неонатальний період, наявність внутрішньоутробного інфікування); патологічним перебігом вагітності (загроза переривання, маловоддя, багатоводдя, синдром затримки розвитку плода), хронічними вогнищами інфекції, гострими інфекційними захворюваннями при даній вагітності.

За даними ультразвукового обстеження: в I триместрі вагітності у 54 % обстежених виявлено низьке розташування плаценти, у 46 % – потовщення хоріону, у 35 % – наявність ознак загрози переривання (локальний чи загальний гіпертонус міометрію). В II, III триместрах у вагітних даної групи виявлено: збільшення товщини плаценти з ущільненнями в ділянці базальної мембрани у 31 %, у 88 % гіперехогеність кишечника, знижену рухову активність плода, в 11 % – синдром затримки розвитку плода, у 12 % – зміна кількості навколоплідних вод та у 46 % – передчасне дозрівання плаценти.

Вагітним з діагностованою цитомегаловірусною інфекцією призначали комплексну терапію з включенням антицитомегаловірусного γ -глобуліну, фолієвої кислоти, вітамінотерапії, імунокорегу-

ючої терапії. Високоєфективними є препарати імуноглобуліну (Ig) крові людини нормальні (поліантитільні) і специфічні з високою концентрацією антитіл до окремих збудників інфекцій. Призначали антицитомегаловірусний γ -глобулін один раз на тиждень № 5.

Своєчасні пологи відбулись у 57 % обстежуваних. У 13 % роділь розвинулась слабкість або дискоординація родової діяльності. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на 1-й хвилині становила ($7,8 \pm 0,2$) балу у дітей, народжених від матерів першої групи та ($8,8 \pm 0,2$) балу в контролі, а на 5-й хвилині – ($8,3 \pm 0,3$) та ($9,2 \pm 0,3$) балу відповідно. Зниження оцінки за шкалою Апгар було переважно за рахунок рефлексів, кольору шкіри, м'язового тону, що вказувало на порушення компенсаторних та адаптаційних можливостей новонароджених від матерів з цитомегаловірусною інфекцією. Середня маса новонароджених від матерів I групи склала (2860 ± 150) та (3100 ± 120) г у контролі, ріст дорівнював відповідно ($49,3 \pm 0,6$) та ($50,7 \pm 0,5$) см. Перинатальних втрат серед обстежених не було. Аналіз стану новонароджених від пролікованих жінок порівняно з тими, в яких не проводили комплексну терапію антицитомегаловірусним γ -глобуліном, виявив зниження ризику щодо реалізації внутрішньоутробного інфікування, що проявилось вищою оцінкою за шкалою Апгар та нижчими показниками захворюваності та смертності.

Висновок

Своєчасна діагностика цитомегаловірусної інфекції та проведення лікування антицитомегаловірусним γ -глобуліном під час вагітності дозволило знизити частоту ускладнень гестаційного періоду, перинатальні втрати та реалізацію внутрішньоутробного інфікування в ранньому неонатальному періоді.

Література

1. Богатирьова Р.В. Материнсько-плодова інфекція. TORCH синдром (Пренатальна діагностика, лікування, профілактика) // ПАГ. – 1998. – № 6. – С. 70-71.
2. Безнощенко Г.Б., Долгих Т.И. Внутриутробные инфекции. – М., 2003. – 102 с.
3. Rayner B.D. Cytomegalovirus infection in pregnancy // Semin. Perinat. – 1993. – V. 17. – P. 394-402.
4. Веденеева Г.Н., Фоменко Б.А., Евсюков И.И., Сельков С.А. Состояние новорожденных от матерей с цитомегаловирусной инфекцией // Рос. вестник перинатол. и педиатр. – 1997. – Т. 42, № 4. – С. 25-29.
5. Марков И.С., Вдовиченко Ю.П., Щербина Е.С. Мониторинг хронических герпесвирусных инфекций и профи-

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

лактика внутріутробного зараження плода у вагітних: обнадіжувальна перспектива // Репродуктивне здоров'я жінки. – 2004. – № 1. – С. 3-18.

PERINATAL ASPECTS OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

O.I. Khlibovska, A.V. Boychuk, V.I. Koptuykh, V.S. Shadrina

SUMMARY. Timely diagnostics of cytomegalovirus infection and treatment with anticytomegalovirus

γ-globulin during the pregnancy allowed to lower the frequency of complications of gestation period, perinatal losses and realization of intrauterine infection with early neonatal period.

Key words: cytomegalovirus infection, pregnancy, prevention of complications.

© Бабій Н.О., Щербінська А.М., 2007
УДК 616.9.578.828:578.891

Н.О. Бабій, А.М. Щербінська

КО-ІНФЕКЦІЇ ВІРУСНОГО ГЕНЕЗУ У ХВОРИХ НА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського АМН України

Представлено результати дослідження частоти виявлення серологічних маркерів ко-інфекцій вірусного генезу в осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію/СНІД, які перебувають на ВААРТ. Досліджено взаємозв'язок між рівнем вірусного навантаження ВІЛ, кількістю CD4 лімфоцитів та наявністю маркерів активної реплікації збудників ко-інфекцій, спричинених вірусами групи герпесу (цитомегаловірусом – ЦМВ, вірусом простого герпесу 1 та 2 типів – ВПГ^{1/2}, вірусом Епштейна-Барр – ЕБВ), а також вірусами гепатитів В і С, у плазмі ВІЛ-інфікованих пацієнтів.

Ключові слова: ВІЛ-інфекція/СНІД, вірусна ко-інфекція, лікування.

Зростання імунодефіциту в осіб, хворих на ВІЛ-інфекцію, супроводжується розвитком вторинних захворювань інфекційної та неінфекційної природи. Серед них особливе місце займають опортуністичні інфекції, до збудників яких належать ЦМВ, ВПГ^{1/2} та ЕБВ. Крім того, у ВІЛ-позитивних осіб існує високий ризик захворювання на вірусні гепатити В й С, оскільки їх збудники мають спільні з ВІЛом шляхи передачі. Останнім часом вірусні гепатити розглядають як одну із основних причин смертності ВІЛ-інфікованих осіб [1].

Вірусні ко-інфекції здатні суттєво впливати на перебіг ВІЛ-інфекції. Так, клінічно виражені форми інфекцій, спричинені вірусами групи герпесу, які

найчастіше виявляються у хворих на ВІЛ-інфекцію у III клінічній стадії, мають у таких пацієнтів більш агресивний характер з частими рецидивами і генералізованими проявами, що ускладнює перебіг основного захворювання. Інфекції герпетичної природи є одним з основних факторів, які визначають зниження показників клітинної ланки імунітету і зростання рівня смертності ВІЛ-інфікованих осіб [2].

Вплив вірусів гепатитів В і С на перебіг ВІЛ-інфекції до сьогодні залишається не повністю з'ясованим. При вивченні цього питання різними групами дослідників були отримані протилежні результати [3, 4]. Так, ряд авторів стверджує, що гепатит С не впливає на перебіг ВІЛ-інфекції та на ефективність високоактивної антиретровірусної терапії (ВААРТ) [5]. Однак, в багатьох роботах було показано, що при ко-інфекції ВІЛ/ВГС у відповідь на ВААРТ спостерігається повільне, недостатнє підвищення кількості CD4-лімфоцитів, зростає ризик розвитку СНІДу та смертність ВІЛ-інфікованих [6]. До того ж, гепатит С може посилювати гепатотоксичність, спричинену препаратами для лікування ВІЛ-інфекції [7].

Питання щодо впливу ВГВ на перебіг ВІЛ-інфекції також залишається недостатньо вивченим. Збільшення реплікативної активності ВІЛ при ко-інфекції ВГВ багатьом дослідникам видається сумнівним, у той час як зв'язок гепатиту В зі зростан-