

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ TORCH-ІНФЕКЦІЇ У МАТЕРІВ-ПОРОДІЛЬ З АЛКОГОЛЬНОЮ ХВОРОБОЮ ПЕЧІНКИ: ЗАГРОЗА ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА

©Є. С. Сірчак, О. М. Горленко, Е. Й. Архій, Д. І. Безіменник

ДВНЗ «Ужгородський національний університет»

РЕЗЮМЕ. Неприятливим у прогностичному плані щодо перебігу вагітності та розвитку плода є поєднання декількох негативних факторів, таких як зловживання алкоголем у поєднанні з TORCH-інфекцією у жінок-породіль.

Мета дослідження – визначити особливості перебігу TORCH-інфекції та її вплив на внутрішньоутробне інфікування плода у жінок-породіль з алкогольною хворобою печінки (АХП).

Матеріал і методи. Обстежено 38 жінок-породіль з АХП. Хворих поділено на 2 групи: в I групу увійшло 18 жінок-породіль з АХП, у яких не діагностовано TORCH-інфекцію, а II групу склали пацієнтки-породіллі з АХП, у яких виявлено антитіла до інфекцій TORCH групи (n=20).

Результати. У всіх пацієток-породіль з АХП обох груп діагностовано ознаки астеновегетативного, диспепсичного синдромів. У пацієток-породіль II групи встановлено виражене статистично достовірне збільшення показників цитолітичного та холестатичного синдромів, порівняно із обстеженими I групи (жінки-породіллі з АХП, що не є носіями TORCH-інфекції). Жінки-породіллі обох груп частіше мали передчасні пологи. При цьому у жінок-породіль I групи пологи відбувались на (36,8±4,2) тижні гестації, а в II групі обстежених – на (33,2±5,0) тижні гестації. У немовлят, народжених від матерів з АХП і TORCH-інфікуванням, спостерігали ознаки дихальних розладів, респіраторний дистрес-синдром (РДС), гіпоксично-ішемічне ураження (ГІУ) центральної нервової системи (ЦНС), уроджену пневмонію, некротичний ентероколіт, а також внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) головного мозку 1–4 ступенів.

Висновки. АХП у жінок-породіль підвищує ризик внутрішньоутробного інфікування плода TORCH-інфекцією, а також є фактором ризику передчасних пологів. TORCH-інфікованість у жінок-породіль з АХП підвищує ризик формування патологічних розладів при народженні, а саме – дихальних розладів, РДС, ГІУ ЦНС та ВШК головного мозку.

КЛЮЧОВІ СЛОВА: алкогольна хвороба печінки; TORCH-інфекція; жінки-породіллі; внутрішньоутробне інфікування плода.

Вступ. На сьогодні визначається зростання хронічних інфекцій, таких як TORCH-інфекції, що сприяють ураженню різних органів і систем, в тому числі й органів травлення, призводячи до стійкої гіпербілірубінемії та підвищення активності печінкових трансаміназ. Персистування цитомегаловірусної інфекції, токсоплазмозу асоціюється з ураженням печінки, жовчочовидільних шляхів, що часто клінічно проявляється жовтяницею, гіпербілірубінемією [1].

TORCH-інфекції мають здатність реплікуватися у всіх клітинах організму (в ендотелії, епітеліальних і нервових клітинах, лейкоцитах, моноцитах, фібробластах і макрофагах). Ці «делікатні» інфекції можуть роками, а інколи й десятиліттями, персистувати в організмі людини, не виявляючи жодних специфічних ознак, провокуючи ураження органів і систем організму, які можуть бути діагностовані лише під час звернення за медичною допомогою з приводу іншого захворювання або випадково. При цьому порушення імунологічного статусу, зміни з боку нервової системи, а також підвищена активність печінкових ферментів можуть бути пов'язані із персистуванням в організмі інфекцій TORCH-групи (Т – Toxoplasmosis; О – Other (сифіліс, туберкульоз, хламідіоз, лістеріоз, уреа-

мікоплазмоз, вірусний гепатит А, В, папіломавірусна інфекція, ВІЛ-інфекція, Helicobacter pylori (Hр) та багато інших); R – Rubella; С – Cytomegalovirus (CMV); Н – Herpes simplex virus) [2].

Проведені дослідження вказують, що TORCH-індуковані ураження є домінуючими в структурі вірусних гепатитів у дітей раннього віку, найбільшу частку становлять гепатити цитомегаловірусної (CMV) етіології [3]. Персистування цитомегаловірусної інфекції, токсоплазмозу асоціюється з ураженням печінки, жовчочовидільних шляхів, що часто клінічно проявляється жовтяницею, гіпербілірубінемією [1].

Різні типи інфекцій можуть неоднаково впливати на вагітних жінок і плід, що розвивається. Дослідження підтверджують, що термін інфікування, тип інфекційного чинника та шляхи передачі є ключовими для прояву клінічних симптомів внутрішньоутробних інфекцій [4–6]. Найнебезпечнішими та складно прогнозованими при процесі інфікування є вірусні і/або вірус-асоційовані інфекції, що займають ключові позиції та зумовлюють від 11 до 45 % втрат новонароджених при внутрішньоутробному інфікуванні [7].

Особливо несприятливим в прогностичному плані щодо перебігу вагітності та розвитку плода

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення є поєднання декількох негативних факторів, таких як зловживання алкоголем у поєднанні з вірусним навантаженням на організм жінок-породіль. Отже, визначення клінічних особливостей перебігу TORCH-інфекції у жінок-породіль з алкогольною хворобою печінки (АХП) і можливість внутрішньоутробного інфікування новонароджених є надзвичайно актуальним питанням як медичного, так і соціального характеру.

Мета дослідження – визначити особливості перебігу TORCH-інфекції та її вплив на внутрішньоутробне інфікування плода у жінок-породіль з АХП.

Матеріал і методи дослідження. На клінічній базі кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб медичного факультету ДВНЗ «УжНУ» (гастроентерологічне відділення Комунального некомерційного підприємства (КНП) «Закарпатська обласна клінічна лікарня імені А. Новака» Закарпатської обласної ради), а також на клінічній базі кафедри дитячих хвороб (КНП «Ужгородський міський пологовий будинок» Ужгородської міської ради та КНП МДКЛ м. Ужгород), за 2019–2023 рр. обстежено 38 жінок-породіль, які хворіють на алкогольну хворобу печінки (АХП). Середній вік жінок-породіль складав $(32,8 \pm 7,9)$ років. В контрольну групу ввійшло 20 практично здорових жінок-породіль. Середній вік складав $(30,8 \pm 6,1)$ років.

Усі дослідження виконували за згодою обстежених, а методика їх проведення відповідає Гельсінській декларації прав людини 1975 р. та її перегляду 1983 р., Конвенції Ради Європи про права людини і біомедицину та законодавству України.

Усі обстежені жінки-породіль підлягали антропометричним, загальноклінічним, лабораторним та інструментальним методам дослідження. Ступінь ураження печінки визначали із використанням сурогатних маркерів фіброзу за допомогою онлайн-калькуляторів NAFLD fibrosis score (NFS), Fibrosis 4 calculator (FIB-4), фібротесту (ФТ), а також результатів еластометрії печінки. Алкогольне ураження печінки визначали на основі даних анамнезу (тривале зловживання алкоголем),

а також за допомогою опитувальників AUDIT та CAGE.

У обстежених жінок-породіль за допомогою імуноферментного аналізу визначено рівні антигенів класу IgM та IgG до інфекцій TORCH групи (до краснухи, до герпесу 1/2 типу, до токсоплазми, до цитомегаловірусу). Також проводили дослідження для визначення вірусів гепатитів В і С (при їх позитивних результатах пацієнток виключали із даного дослідження).

Обстежених жінок-породіль із АХП поділено на дві групи: в I групу ввійшли пацієнтки з АХП ($n=18$), у яких не діагностовано TORCH-інфекцію, а II групу склали пацієнтки-породіль з АХП, у яких виявлено антитіла до інфекцій TORCH групи ($n=20$).

Аналіз і обробка результатів обстеження хворих здійснювалася за допомогою комп'ютерної програми STATISTICA 10.0 (фірми StatSoft Inc, USA) з використанням параметричних та непараметричних методів оцінки отриманих результатів.

Результати й обговорення. При обстеженні у всіх пацієнток-породіль з АХП обох груп діагностовано ознаки астеновегетативного, диспепсичного синдромів, що проявлялось скаргами на загальну слабкість, головний біль, порушення сну, швидку втомлюваність, погіршення пам'яті, нудоту, періодичне блювання, погіршення апетиту, відчуття гіркоти у роті. Больовий синдром, що проявлявся болем та дискомфортом у верхніх відділах живота, діагностовано у 50,0 % хворих I та у 65,0 % пацієнток II групи ($p < 0,05$). Синдром жовтяниці (жовтуватість склер, шкіри, свербіж шкіри) діагностовано також частіше у хворих II групи (у 75,0 % обстежених), і лише у 55,6 % пацієнтів I групи ($p < 0,05$).

Проведений аналіз лабораторних показників сироватки крові вказує на збільшення активності аланінамінотрансферази (АЛТ), аспаратамінотрансферази (АСТ), гамма-глутамілтрансферази (ГГТ), рівня загального білірубину (ЗБ) та лужної фосфатази (ЛФ) у пацієнток з АХП (табл. 1).

Таблиця 1. Зміни лабораторних показників крові у обстежених

Показник	Обстежені		
	контрольна група ($n=20$)	пацієнтки-породіль з АХП	
		I група ($n=18$)	II група ($n=20$)
АЛТ, ОД	$27,5 \pm 1,8$	$66,8 \pm 2,0^{**}$	$77,5 \pm 1,8^{**}$
АСТ, ОД	$31,8 \pm 2,5$	$74,2 \pm 2,4^{**}$	$94,6 \pm 2,6^{**,+}$
ЗБ, ммоль/л	$16,8 \pm 1,3$	$30,2 \pm 1,2^*$	$40,2 \pm 0,9^{**,+}$
ЛФ, МЕ/л	$62,7 \pm 2,5$	$130,9 \pm 2,8^{**}$	$172,4 \pm 2,2^{**,+}$
ГГТ, ОД/л	$30,4 \pm 2,1$	$75,3 \pm 1,4^{**}$	$98,7 \pm 1,0^{**,+}$

Примітка. Достовірна різниця між показниками контрольної групи та пацієнтками з АХП: * – $p < 0,05$, ** – $p < 0,01$; відмінності між зазначеним параметром у жінок-породіль I та II груп є достовірними: + – $p < 0,05$, ++ – $p < 0,01$.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

У пацієнок-породіль II групи (поєднання АХП та TORCH-інфекції) встановлено більш виражене статистично достовірне збільшення показників цитолітичного (АСТ, АЛТ) та холестатичного синдромів (ЗБ, ЛФ, ГГТ), порівняно із обстеженими

I групи (жінки-породіллі з АХП, що не є носіями TORCH інфекції).

Результати імунологічних показників, що підтверджують TORCH інфекцію у обстежених жінок-породіль, наведено у таблиці 2.

Таблиця 2. Характеристика імунологічних показників крові у жінок-породіль

Показник	Обстежені		
	контрольна група (n=20)	жінки-породіллі з АХП	
		I група (n=18)	II група (n=20)
Антитіла Ig M до хламідія пневмонія	0,14±0,05	0,15±0,05	0,27±0,07 *
Антитіла Ig G до хламідія пневмонія	0,20±0,06	0,24±0,05	4,12±0,12**,++
Антитіла Ig M до мікоплазми пневмонії	0,22±0,09	0,23±0,06	0,48±0,07*,+
Антитіла Ig G до мікоплазми пневмонії	0,58±0,14	0,64±0,11	5,06±0,21**,++
Антитіла Ig M до токсоплазми	0,52±0,07	0,67±0,10	1,64±0,08**,++
Антитіла Ig G до токсоплазми	0,78±0,11	0,78±0,18	58,12±2,14**,++
Антитіла Ig M до цитомегаловірусу	0,40±0,03	0,52±0,05	0,65±0,10
Антитіла Ig G до цитомегаловірусу	0,33±0,03	0,44±0,06	5,22±0,19**,++
Антитіла Ig M до вірусу простого герпесу, тип 1	0,60±0,07	0,68±0,04	0,77±0,07
Антитіла Ig G до вірусу простого герпесу, тип 1	0,43±0,05	0,80±0,11**	4,15±0,12**,++
Антитіла Ig M до вірусу простого герпесу, тип 2	0,50±0,08	0,62±0,08	0,67±0,10
Антитіла Ig G до вірусу простого герпесу, тип 2	0,54±0,03	0,78±0,09	5,26±0,11**,++

Примітка. Достовірна різниця між показниками пацієнок контрольної групи та пацієнок з АХП: * – p<0,05, ** – p<0,01; відмінності між зазначеним параметром у жінок-породіль I та II груп є достовірними: + – p<0,05, ++ – p<0,01.

Як відомо, підвищення рівня імуноглобулінів (Ig) класу M паралельно із значним збільшенням показників IgG, що перевищують референтні значення тест-систем, порівняно з контрольною групою, підтверджує інфікування матерів відповідними інфекційними агентами. Антитіла класу IgM, як правило, визначаються у пацієнтів із первинним інфікуванням, але також можуть визначатися і в осіб зі вторинним інфікуванням або реактивацією інфекції. При цьому ризик захворювання у дитини при первинному інфікуванні матері вищий, ніж при реактивованому інфікуванні.

Хоча антитіла класу IgM до токсоплазми з'являються в сироватці крові в гострий період інфекції, досягаючи максимуму до 2–3 тижнів захворювання, можуть зберігати можливість персистувати в організмі в низьких титрах до 2 років. Рецидив захворювання при хронічній чи латентній інфекції, як правило, не дає значного підвищення титру IgM, а відразу супроводжується збільшенням титру IgG. Цитомегаловірусні антитіла класу IgM мають високий рівень хибнопозитивних результатів, проте низька авідність IgG є чутливим і специфічним маркером первинної інфекції. Наявність антитіл класу IgG до вірусу простого герпесу (ВПГ) типів 1 або 2

вказує на попередній контакт і не обов'язково вказує на те, що ВПГ є збудником гострого захворювання. При цьому специфічні IgG часто персистують в інфікованих пацієнтів і не є інформативними щодо терміну інфікування. Крім того, в дітей перших місяців життя можуть циркулювати материнські антитіла цього класу, що були отримані трансплацентарно та з грудним молоком.

Аналіз проведених досліджень вказує, що жінки-породіллі обох груп частіше мали передчасні пологи – термін гестації у матері від 32 до 38 тижнів. При цьому, у жінок-породіль I групи пологи відбувались на (36,8±4,2) тижні гестації, а в II групі обстежених – на (33,2±5,0) тижнях гестації. Оцінка новонароджених за шкалою Апгар наведена у таблиці 3.

У немовлят, народжених від матерів з АХП, особливо при TORCH-інфікуванні, спостерігали дихальні розлади різного ступеня тяжкості, респіраторний дистрес-синдром (РДС), гіпоксично-ішемічне ураження (ГІУ) центральної нервової системи (ЦНС), вроджену пневмонію, некротичний ентероколіт. За даними нейросонограми було ідентифіковано внутрішньошлуночкові крововиливи (ВШК) головного мозку 1–4 ступенів (табл. 4).

Таблиця 3. Оцінка стану новонароджених за шкалою Апгар на першій та п'ятій хвилинах

Показник	Новонароджені від матерів		
	контрольної групи (n=20)	I групи (n=18)	II групи (n=20)
Апгар на 1-й хвилині (M±m)	8,38±0,12	5,66±0,24*	4,82±0,12**,+
Апгар на 5-й хвилині (M±m)	9,52±0,14	6,67±0,18*	5,70±0,26**,+

Примітка. Достовірна різниця між показниками контрольної групи та обстеженими I-II груп: * – p<0,05, ** – p<0,01; відмінності між зазначеним параметром у дітей від жінок-породіль I та II груп є достовірними: + – p<0,05.

Таблиця 4. Характеристика патологічних розладів при народженні у обстежених немовлят

Показник, %	Новонароджені від матерів		
	контрольної групи (n=20)	I групи (n=18)	II групи (n=20)
Дихальні розлади	10,0	77,8*	100,0***
РДС	5,0	44,4*	65,0**
ГІУ ЦН	–	38,9	55,0+
Уроджена пневмонія	–	16,7	30,0**
Некротичний ентероколіт	–	11,1	20,0+
ВШК головного мозку	–	27,8	55,0**

Примітка. Достовірна різниця між показниками контрольної групи та обстеженими I-II груп: * – p<0,01; відмінності між зазначеним параметром у дітей від жінок-породіль I та II груп є достовірні: + – p<0,05, ** – p<0,01, *** – p<0,001.

Отже, поєднання АХП та TORCH-інфекції у жінок-породіль є передумовою внутрішньоутробного інфікування плода, на фоні передчасних пологів із розвитком різного роду патологічних станів новонароджених.

Результати й обговорення. Прогностичні дані багатьох вчених свідчать, що TORCH-інфекції можуть бути причиною до 15 % ранніх і до 66 % пізніх викиднів [8]. Також є докази того, що у жінок підвищується тяжкість захворювання, якщо вони мають певні інфекції під час вагітності. Це пояснюється гормональними та фізичними змінами, які відбуваються під час вагітності. У міру розвитку вагітності рівень жіночих гормонів (таких як естрадіол, прогестерон) постійно зростає. Ці високі гормональні рівні призводять до імуносупресивної дії на імунну систему, що особливо страждає у жінок на фоні АХП. Хоча ці інфекції можуть викликати лише незначні симптоми у майбутніх матерів, вони здатні бути руйнівними для плода, а в окремих випадках неліковані або не діагностовані інфекції у матері можуть призводити й до несприятливих наслідків для самої матері [9], особливо у жінок, що мають

фонові захворювання або систематично зловживають алкоголем, наркотичними речовинами.

Отримані нами дані підтверджують негативний вплив поєднання АХП та інфікування TORCH-інфекцією жінок-породіль на перебіг вагітності та можливість внутрішньоутробного інфікування плода. Поєднання токсичного впливу алкоголю та TORCH-інфекції сприяє передчасним пологам, а також формуванню різних патологічних розладів при народженні у немовлят.

Висновки. 1. АХП у жінок-породіль підвищує ризик внутрішньоутробного інфікування плода TORCH інфекцією, а також є ризиком щодо передчасних пологів.

2. TORCH-інфікованість у жінок-породіль з АХП підвищує ризик формування патологічних розладів при народженні, а саме – дихальних розладів, РДС, ГІУ ЦНС та ВШК головного мозку.

Перспективи подальших досліджень. Подальше визначення особливостей клінічного перебігу TORCH-інфекції у хворих з АХП для розробки ефективних методів профілактики внутрішньоутробного інфікування плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Prevalence of Serological Markers of TORCH Infections in Biliary Atresia and Other Neonatal Cholestatic Disorders / M. M. Sira, A. M. Sira, I. A. Elhenawy, F. O. Khalil // Peertechz. J. Pediatr Ther. – 2016. – No. 2 (1). – P. 13–17.
2. Abrahamovych U. O. TORCH-Infection and Its Possible Role in Syntropic Liver Damage in Patients with Systemic Lupus Erythematosus (literature review and clinical

case description) / U. O. Abrahamovych, M. O. Abrahamovych, N. V. Drobinska // Lviv Clinical Bulletin. – 2013. – No. 4 (4). – P. 43–51.

3. Шадрін О. Г. Особливості етіології та перебігу захворювань печінки у дітей раннього віку / О. Г. Шадрін, Н. Ф. Чернега, О. М. Платонова // Дитячий лікар. – 2016. – № 3 (48). – С. 5–8.

Огляди літератури, **оригінальні дослідження**, погляд на проблему, випадок з практики, короткі повідомлення

4. Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women / M. Y. Lee, M. H. Kim, W. I. Lee [et al.] // *Yonsei Med. J.* – 2016. – No. 57 (5). – P. 1271–1275.
5. Shet A. Congenital and perinatal infections: throwing new light with an old TORCH / A. Shet // *Indian J. Pediatr.* – 2011. – No. 78 (1). – P. 88–95.
6. Ville Y. Managing infections in pregnancy / Y. Ville, M. Leruez-Ville // *Curr. Opin. Infect. Dis.* – 2014. – No. 27 (3). – P. 2517.
7. Viral infections: contributions to late fetal death, stillbirth, and infant death / E. J. Williams, N. D. Embleton, J. E. Clark [et al.] // *J. Pediatr.* – 2013. – No. 163 (2). – P. 424–428.
8. The role of infection in miscarriage / S. Giakoumelou, N. Wheelhouse, K. Cuschieri [et al.] // *Hum. Reprod. Update.* – 2016. – No. 22 (1). – P. 116–133.
9. Adams Waldorf K. M. Influence of infection during pregnancy on fetal development / K. M. Adams Waldorf, R. M. McAdams // *Reproduction.* – 2013. – No. 146 (5). – P. R151–162.

REFERENCES

1. Sira, M.M., Sira, A.M., Elhenawy, I.A., & Khalil, F.O. (2016). Prevalence of Serological Markers of TORCH Infections in Biliary Atresia and Other Neonatal Cholestatic Disorders. *Peertechz. J. Pediatr. Ther.*, 2 (1), 13-17.
2. Abrahamovych, U.O., Abrahamovych, M.O., & Drobinska, N.V. (2013). TORCH-Infection and Its Possible Role in Syntropic Liver Damage in Patients with Systemic Lupus Erythematosus (literature review and clinical case description). *Lviv Clinical Bulletin.*, 4(4), 43-51.
3. Sadrin, O.G., Chernega, N.F., & Platonova, O.M. (2016). Osoblyvosti etiologiyi ta perebihu zakhvoryuvan pechinky u ditey rannoho viku [Features of the etiology and course of liver diseases in young children]. *Dytyachiy likar – Children's doctor*, 3(48), 5-8 [in Ukrainian].
4. Lee, M.Y., Kim, M.H., Lee, W.I., Kang, S.Y., & Jeon, Y.L. (2016). Prevalence and antibiotic susceptibility of *Mycoplasma hominis* and *Ureaplasma urealyticum* in pregnant women. *Yonsei Med. J.*, 57(5), 1271-1275. DOI: 10.3349/ymj.2016.57.5.1271.
5. Shet, A. (2011). Congenital and perinatal infections: throwing new light with an old TORCH. *Indian J. Pediatr.*, 78(1), 88-95. DOI: 10.1007/s12098-010-0254-3.
6. Ville, Y., & Leruez-Ville, M. (2014). Managing infections in pregnancy. *Curr. Opin. Infect. Dis.*, 27(3), 2517. DOI: 10.1097/QCO.0000000000000066.
7. Williams, E.J., Embleton, N.D., Clark J.E., Bythell, M., Ward Platt, M.P., & Berrington, J.E. (2013). Viral infections: contributions to late fetal death, stillbirth, and infant death. *J. Pediatr.*, 163(2), 424-428. DOI: 10.1016/j.jpeds.2013.02.004.
8. Giakoumelou, S., Wheelhouse, N., Cuschieri, K., Entrican, G., Howie, S.E., & Horne, A.W. (2016). The role of infection in miscarriage. *Hum. Reprod Update*, 22(1), 116-133. DOI: 10.1093/humupd/dmv041.
9. Adams Waldorf, K.M., & McAdams, R.M. (2013). Influence of infection during pregnancy on fetal development. *Reproduction*, 146(5), R151-162. DOI: 10.1530/REP-13-0232.

FEATURES OF TORCH INFECTION IN PARTURIENT MOTHERS WITH ALCOHOLIC LIVER DISEASE: THE THREAT OF INTRAUTERINE INFECTION OF THE FOETUS

©Ye. S. Sirchak, O. M. Horlenko, E. Y. Arkhiy, D. I. Bezimennik
Uzhhorod National University

SUMMARY. The combination of several negative factors, such as alcohol abuse in combination with TORCH infection in women in labour, is unfavourable in terms of prognosis for pregnancy and fetal development.

The aim – to determine the features of TORCH infection and its impact on intrauterine infection of the fetus in women in labour with alcoholic liver disease (ALD).

Material and Methods. We examined 38 women in labour with ALD. The patients were divided into 2 groups: group I included 18 women in labour with ALD who were not diagnosed with TORCH infection, and group II consisted of women in labour with ALD who had antibodies to TORCH infections (n=20).

Results. All parturients with ALD of both groups were diagnosed with signs of asthenovegetative and dyspeptic syndromes. In group II women in labour, there was a pronounced, statistically significant increase in cytolytic and cholestatic syndrome compared to group I patients (women in labour with ALD who did not carry TORCH infection). Women in labour in both groups were more likely to have preterm delivery. At the same time, women in group I gave birth at 36.8±4.2 weeks of gestation, and in group II – at 33.2±5.0 weeks of gestation. In infants born to mothers with ALD during TORCH infection, signs of respiratory disorders, respiratory distress syndrome (RDS), hypoxic-ischemic damage (HID) of the central nervous system (CNS), congenital pneumonia, necrotizing enterocolitis, and intraventricular haemorrhage (IVH) of the brain of 1–4 degrees were observed.

Conclusions. ALD in women in labour increases the risk of intrauterine infection of the fetus with TORCH infection and is also a risk for preterm birth. TORCH infection in women in labour with ALD increases the risk of pathological disorders at birth, namely respiratory disorders, RDS, CNS and cerebral vascular disease.

KEY WORDS: alcoholic liver disease; TORCH infection; women in labour; intrauterine fetal infection.

Отримано 11.11.2023

Електронна адреса для листування: sirchakliza777@gmail.com