

Усунення неврологічних порушень у всіх дітей дорівнювало в середньому ($18,0 \pm 1,1$) дня; у тяжких випадках — ($21,0 \pm 1,4$) дня.

Висновки

Отримані результати дослідження дозволили зробити такі висновки:

— грибна полінейропатія характеризується переважним ураженням периферичної нервової

системи без гастроінтестинальних порушень;

— у клінічній картині грибної полінейропатії домінує пекучий біль у дистальних відділах верхніх і нижніх кінцівок, який супроводжується гіперестезією;

— грибній полінейропатії характерна сезонність (літо—осінь).

ЛІТЕРАТУРА

1. Москаленко С., Гриненко Д. Отравления грибами у детей // Медици-

на неотложных состояний. — 2006. — № 6–7. — С. 22–26.

2. Захарова Н. М. Отруєння грибами дітей та організація медичної допомоги // Укр. мед. часопис. — 2003. — № 4. — С. 134–138.

3. Дубенко Е. Г., Дубовская С. С. Особенности клиники грибной полинейропатии // Врачеб. практика. — 2001. — № 1. — С. 45–46.

4. Наказ № 325 від 30.06.2004 р. МОЗ України «Про затвердження Протоколів лікування дітей з гострими отруєннями»: Протокол лікування дітей з гострими отруєннями, які містяться в їжі.

УДК 618.3-06+616.983+616.9-022

В. Ф. Струк

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ГЕПАТИТУ G

Івано-Франківський державний медичний університет

Інфекції, що потенційно можуть передаватися від матері до плода, будучи достатньо частим ускладненням у період вагітності, заслуговують серйозного вивчення.

Вірус гепатиту G, також названий типом C вірусу GB, ідентифікований у 1995 р. Вірус гепатиту G гомологічний на 20–40 % із гепатитом C. У США та Європі РНК вірусу виявляється у 1–2 % донорів і частіше у популяціях із ризиком поширення вірусних захворювань, які передаються через кров. У Німеччині у 8 % дітей, яким проводилося переливання крові, виявлено вірус гепатиту G. Шлях передачі вірусу парентеральний (особливо з препаратами крові) та вертикальний. У вагітних вірус не викликає клінічно вираженого гепатиту. Ризик у вагітних підвищений при коінфекції вірусами гепатиту B і C [1; 3].

Трансмісія вірусу гепатиту G від матері до дитини була документована при встановленні генетичної гомологічності вірусів, присутніх в організмі матері та дитини. Трансмісія відбувається часто — в 1/3–2/3 від

усіх випадків інфікування матері. Передбачають, що більшість випадків трансмісії відбувається перинатально (антенатально або інтранатально), але інколи трапляється постнатальна горизонтальна передача інфекції у дітей, матері яких були РНК-HGV-позитивними. Фактори, детермінуючі передачу вірусу від матері до дитини, нині детально не вивчені [2; 4–6].

Враховуючи високий ризик перинатальної трансмісії гепатиту G і відсутність даних про перебіг вагітності у жінок, інфікованих гепатитом G, у доступних нам наукових джерелах, вирішено провести аналіз ускладнень вагітності у жінок, інфікованих гепатитом G.

Мета дослідження — виявити ускладнення вагітності у жінок, інфікованих вірусом гепатиту G. Дослідження було відкритим, проспективним, рандомізованим.

Матеріали та методи дослідження

Обстежено 23 вагітні жінки, інфіковані вірусом гепатиту G (основна група), та 20 вагітних жінок репродуктивного віку, не-

інфікованих вірусом гепатиту G (контрольна група). Критерії включення в основну групу: наявність вагітності, вік 20–40 років, наявність інфікування матері вірусом гепатиту G. Критерії включення в контрольну групу: наявність вагітності, вік 20–40 років, відсутність інфікування матері вірусом гепатиту G.

Критерії інфікування вірусом гепатиту G: виявлення вірусу гепатиту G за допомогою полімеразної ланцюгової реакції й антитіл класу G до вірусу гепатиту G за допомогою імуноферментного аналізу.

Фактори (параметри зовнішнього середовища, особливості захворювання або хворої) не досліджувалися.

Для виявлення РНК вірусу гепатиту G методом зворотної транскрипції та полімеразної ланцюгової реакції нами використовувалася вітчизняна тест-система “DIA-AmpliSens HGV”, призначена для виявлення РНК вірусу гепатиту G у плазмі або сироватці крові людини. Принцип методу полягає в направленій ампліфікації специфічного фрагмента кДНК вірусу гепатиту G, фланкованого специ-



фічними олігонуклеотидними праймерами, що входять до складу набору (кДНК заздалегідь синтезується в реакції зворотної транскрипції на матриці РНК вірусу гепатиту G, виділеної з інфікованого матеріалу). Продукти реакції ампліфікації кДНК (амплікони) детектують методом горизонтального електрофорезу в агарозному гелі. Наявність на електрофореграмі специфічної смуги ампліконів розміром 340 п. н. свідчить про наявність вірусу гепатиту G в зразку.

Характеристика показників якості: проведення аналітичних випробувань тест-системи "DIA-AmpliSens HGV" відбувалося на базі Центрального НДІ епідеміології МОЗ РФ.

Аналітична чутливість. Це кількість копій РНК вірусу на 1 мл плазми або інших еквівалентів у 1 мл плазми (ГЕ/мл). Дорівнює 5 000 ГЕ/мл.

Аналітична специфічність. Оцінку даного показника проводили методом ПЛР з використанням ДНК плаценти людини та ДНК (кДНК) вірусів гепатитів В, С, D. При цьому не було отримано перехресних реакцій.

Для виявлення антитіл класу G до вірусу гепатиту G нами використано набори «Вектогеп G-IgG» для імуноферментного аналізу (НВФ «Вектор-Бест», Росія). Згідно з інструкцією виробника, тест-система призначена для виявлення імуноглобулінів класу G проти поверхневого білка E2 вірусу гепатиту G (анти E2 IgG) у сироватці (плазмі) крові людини і може бути використана в клінічних, епідеміологічних дослідженнях. Імуноферментний аналіз проводили на імуноферментному аналізаторі "StatFax".

Одержані дані обробляли методом варіаційної статистики за допомогою програм "Microsoft Office Excel 2003" і "Statistica".

Результати дослідження та їх обговорення

Аналізуючи середній вік жінок, кількість вагітностей, пари-

тет, перенесені гінекологічні захворювання, кількість статевих партнерів, у групах статистичної ($P>0,05$) різниці не виявлено, що наведено в таблиці.

Перебіг першої половини вагітності в основній групі ускладнився у 6 (26,1 %) пацієнок блюванням вагітної різного ступеня тяжкості та у 9 (39,1 %) пацієнок загрозою викидня, а у контрольній групі відповідно у 5 (25,0 %) та у 4 (20,0 %) осіб. У другій половині вагітності в основній групі були відмічені: загроза переривання вагітності у 7 (30,4 %) пацієнок, гестоз у 3 (13,0 %), хронічна плацентарна недостатність у 5 (21,7 %) і внутрішньоутробна гіпоксія плода у 2 (8,7 %) осіб, а у контрольній групі відповідно у 3 (15,0 %) пацієнок, 3 (15,0 %), 2 (10,0 %) і 1 (5,0 %). Вірогідно ($P<0,05$) частіше в основній групі траплялася загроза переривання вагітності як у першій, так і в другій половині вагітності, а також у другій половині вагітності частіше, ніж у пацієнок контрольної групи, виявлялася хронічна плацентарна недостатність.

Терміновими пологами завершилося 19 (82,6 %) вагітностей у основній групі та 19 (95,0 %) вагітностей у контрольній групі. Вірогідної ($P>0,05$) різниці у групах не виявлено.

В основній групі у 2 (8,7 %) пацієнок вагітність завершилася передчасними пологами (у терміні 34–35 тиж і у 28–29 тиж), а в контрольній групі не відмічено жодного випадку передчасних пологів.

Було виявлено 1 (4,3 %) випадок мимовільного викидня (у

12–13 тиж) та 1 (4,3 %) випадок *missed abortion* (у 9–10 тиж) у I триместрі вагітності у пацієнок основної групи, а в контрольній групі мимовільний викидень спостерігався у 1 (5,0 %) випадку (4–5 тиж) у I триместрі вагітності. В основній групі вірогідно ($P<0,05$) частіше, ніж у контрольній групі, спостерігалося переривання вагітності у I триместрі.

У багатьох жінок із гепатитом G (39,1 %) у основній групі відмічалися такі ускладнення, як передчасний розрив навколоплідних оболонок у 6 (26,1 %) пацієнок, слабкість пологових сил у 2 (8,7 %), передчасне відшарування нормально розташованої плаценти у 1 (4,3 %) особи. У контрольній групі передчасний розрив навколоплідних оболонок стався в 1 (5,0 %) пацієнтки, слабкість пологових сил також у 1 (5,0 %), а передчасне відшарування нормально розташованої плаценти було відсутнє. Таким чином, у основній групі вірогідно ($P<0,05$) частіше зустрічався передчасний розрив навколоплідних оболонок.

Проведені дослідження свідчать, що вірусний гепатит G ускладнює перебіг вагітності, хоча погіршення перебігу гепатиту під час вагітності не відмічено.

Серед новонароджених у основній групі спостерігалися такі ускладнення, як гіпотрофія плода у 1 (4,3 %) новонародженого, недоношеність у 2 (8,7 %), дистрес плода у 3 (13,0 %), патологічна жовтяниця у 2 (8,7 %), порушення мозкового кровообігу в 1 (4,3 %) новонародженого. У контрольній групі дистрес

Таблиця

Характеристика жінок у групах дослідження

Показник	Перша (основна) група, n=23	Друга (контрольна) група, n=20
Середній вік жінок	28,0±5,2	26,6±6,0
Кількість вагітностей	1,9±1,1	2,0±1,0
Паритет	1,6±0,7	1,6±0,8
Перенесені гінекологічні захворювання	1,2±0,7	1,1±0,5



плода виявлено в 1 (5,0 %) новонародженого і не було жодного випадку недоношеності, гіпотрофії плода та патологічної жовтяниці. Таким чином, у основній групі вірогідно ($P < 0,05$) частіше траплявся дистрес плода. Не було жодного летального випадку серед новонароджених основної та контрольної груп.

Стан дітей при народженні в основній групі переважно був задовільним у 19 (82,7 %) новонароджених, рідше — середньої тяжкості у 3 (13,0 %) новонароджених і рідко — тяжкий у 1 (4,3 %) новонародженого, а у контрольній групі відповідно у 18 (90,0 %), 1 (5,0 %), 1 (5,0 %). Таким чином, у основній групі вірогідно ($P < 0,05$) частіше народжувалися діти з загальним станом середньої тяжкості.

Антитіла до вірусу гепатиту G у пуповинній крові у титрі, що перевищував титр у крові матері у 2 і більше разів, виявлені у 9 (39,1 %) новонароджених основної групи. У них же у пуповинній крові була виявлена РНК вірусу гепатиту G. Серед новонароджених, інфікованих гепатитом G, у 6 (26,1 %) випадках був виявлений підвищений рівень ферментів печінки (АЛТ і АСТ) та білірубину.

Отже, у жінок, інфікованих вірусом гепатиту G, частіше, ніж у популяції, буває ускладнений перебіг вагітності. Так, у жінок, інфікованих вірусом гепатиту G, вірогідно ($P < 0,05$) частіше виникала загроза переривання вагітності як у першій, так і в другій її половині, а також у другій половині вагітності частіше, ніж у пацієток з нормоценозом піхви, траплялася хронічна плацентарна недостатність, передчасний розрив навколоплідних оболонок, дистрес плода. У вагітних, інфікованих вірусом гепатиту G, також частіше стан дітей при наро-

дженні був середньої тяжкості ($P < 0,05$).

Враховуючи підвищений ризик ускладненого перебігу вагітності у жінок з гепатитом G та високий рівень перинатальної трансмісії вірусу, ми вважаємо доцільним за наявності епідеміологічних даних і/або ускладненого перебігу вагітності проводити обстеження вагітних на наявність інфікування вірусом гепатиту G і виділяти даний контингент жінок у групу ризику з невиношування вагітності, хронічної плацентарної недостатності, передчасного розриву навколоплідних оболонок, дистресу плода. Перспективним, на нашу думку, є розроблення оптимальної тактики ведення вагітності у жінок, інфікованих вірусом гепатиту G, з метою запобігання ускладненням вагітності та інфікуванню плода і новонародженого.

Висновки

1. Вагітні, інфіковані вірусом гепатиту G, становлять групу ризику щодо ускладненого перебігу вагітності.

2. Серед ускладнень вагітності у жінок, інфікованих вірусом гепатиту G, найчастіше спостерігаються невиношування вагітності, хронічна плацентарна недостатність, передчасний розрив навколоплідних оболонок, дистрес плода.

3. У вагітних із гепатитом G існує високий ризик перинатальної трансмісії вірусу.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Медицинская микробиология* / Гл. ред. В. И. Покровский, О. К. Поздеев. — М.: ГЭОТАР МЕДИЦИНА, 1999. — 1200 с.

2. *Инфекции в акушерстве и гинекологии: Практик. руководство* / Под ред. проф. В. К. Чайки. — Донецк: ООО «Альматео», 2006. — 640 с.

3. *Сидорова И. С. Внутриутробные инфекции: Учеб. пособие.* — М.:

ООО «Медицинское информационное агентство», 2006. — 176 с.

4. *Genetic evidence for mother-to-infant transmission of hepatitis G virus* / B. Fischler, C. Lara, M. Chen et al. // *J. Infect. Dis.* — 1997. — Vol. 176. — P. 281-285.

5. *Prevalence of GB, virus type C / hepatitis G virus RNA, and of anti-E2 in individuals at high or low risk for blood-borne or sexually transmitted viruses, evidence of sexual and parenteral transmission* / J. J. Lefrere, F. Roudot-Thoraval, L. Morand-Joubert et al. // *Transfusion.* — 1999. — Vol. 39. — P. 83-94.

6. *Molecular evidence of mother-to-infant transmission of hepatitis G virus among women without known risk factors for parenteral infections* / C. Menendez, J. M. Sanchez-Tapias, P. L. Alonso et al. // *J. Clin. Microbiol.* — 1999. — Vol. 37. — P. 2333-2336.

