

коронарные артерии (коронарный синдром X), что в любом случае требует кардинальное изменение стратегии и тактики лечения. Доказана необходимость в расширении показаний к проведению ангиографической визуализации коронарных артерий у больных ишемической болезнью сердца с I-II функциональным классом стабильной стенокардии и определить коронарную ангиографию в качестве первично обязательного метода исследования.

Ключевые слова: ишемическая болезнь сердца, коронарная ангиография.

Sebov D.

PATHOMORPHOLOGIC FEATURES OF THE CORONARY ANATOMY IN PATIENTS WITH STABLE ANGINA PECTORIS

Summary. The features of coronary lesions identified by coronary angiography in patients with coronary artery disease, a stable angina pectoris of I-II functional class have studied. The analysis of 782 coronary angiographies determined the variability of coronary changes from intact vessels to significant coronary (three- or multi-vessel) lesions in 13,9% of cases. The extremely dangerous destruction of the left main coronary artery identified in 1,9% of cases. On the contrary, the clean coronary arteries (coronary X syndrome) were found in 27,5% of patients, that one requires a radical change of the treatment strategy. It determines the need for the expansion of indications to the coronary angiography as a mandatory primary research method for patients with the coronary artery disease and I-II functional class of the stable angina.

Key words: coronary artery disease, coronary angiography.

Рецензент: д. мед.н., професор Якименко О.О.

Стаття надійшла до редакції 16.06.2015 р.

Себов Денис Михайлович - к.мед.н., доцент кафедри пропедевтики внутрішніх хвороб та терапії Одеського національного медичного університету, почесний діяч асоціації інтервенційних кардіологів України; +38 048 728-15-90; seboff@mail.ru

© Габорець Т.Л.

УДК: 618.3-035.2-06:616.98+616.24-002.5

Габорець Т.Л.

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л.Шупика (вулиця Дорогожицька, 9, Київ, 04112, Україна)

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ХВОРИХ НА ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИЙ ТУБЕРКУЛЬОЗ

Резюме. Останнім часом частіше спостерігаються випадки вагітності серед жінок з ВІЛ-інфекцією, а серед останніх випадки захворювання на туберкульоз. В статті проаналізовано перебіг вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, визначені основні шляхи щодо оптимізації ведення вагітності у жінок, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз в залежності від наявності активного туберкульозного процесу.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані вагітні, ВІЛ-асоційований туберкульоз, алгоритми ведення вагітності.

Вступ

За даними офіційної статистики МОЗ України рівень поширеності ВІЛ серед вагітних жінок за результатами первинного тестування у 2014 році становив 0,36%. Незважаючи на позитивні тенденції щодо зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних в цілому по Україні, в Одеській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Київській, Кіровоградській, Чернігівській областях епідемія поки не має ознак уповільнення.

В Україні все ще реєструють випадки вперше діагностованої ВІЛ-інфекції під час повторного обстеження вагітних, що негативно впливає на рівень трансмісії ВІЛ від матері до дитини через несвоєчасність призначення профілактичного лікування.

Враховуючи той факт, що основним СНІД-індикаторним захворюванням лишається туберкульоз, частішають випадки реєстрації хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.

Захворюваність на туберкульоз, як і на ВІЛ-інфекцію, у жінок найвища в репродуктивному віці, тому закономірно впливає проблема ВІЛ-асоційованого туберкульозу у вагітних і породіль [Савула, 2011].

Туберкульоз на сьогодні залишається найбільш по-

ширеною причиною смертності і захворюваності серед ВІЛ-інфікованих та є провідною причиною материнської смертності в умовах високої поширеності ВІЛ [Martin, Black, 2011].

Найбільший ризик появи або загострення туберкульозу припадає на першу половину вагітності й останні тижні перед пологами. Критичними для жінки є також пологи і післяпологовий період, коли відбувається раптова зміна діяльності організму та гормональних співвідношень [Gupta et al., 2011]. Клініка перебігу вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом обумовлена як наявністю ВІЛ-інфекції так і наявністю захворювання на туберкульоз.

Перебіг туберкульозу у вагітних не відрізняється від клінічних ознак захворювання у невагітних жінок. Небезпечними для вагітних є генералізовані форми туберкульозу, які характеризуються ураженням центральної нервової системи, симптоми яких деколи розцінюються як ознаки гестозу.

Активний поширений туберкульоз негативно впливає на стан функціонування плацентарного комплексу, як наслідок випадки самовільних абортів та мертвона-

роджень у таких жінок трапляються значно частіше ніж у здорових [Савула, Сахелашвілі, 2004].

За даними досліджень проведених в Мексиці, пізня діагностика туберкульозу під час вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок призводить до збільшення частоти акушерських ускладнень у 4 рази та частоти передчасних пологів у 9 разів. Перинатальна смертність при наявності ВІЛ-асоційованого туберкульозу у матері збільшується в 1,6 рази [Adhikari et al., 2011].

Враховуючи високі рівні акушерських та перинатальних ускладнень у вагітних, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, на сьогодні нагальним та до кінця не визначеним є питання щодо можливості збереження та виношування вагітності такими жінками, а також визначення тактики ведення вагітності у випадку її збереження.

Матеріали та методи

Проаналізовано перебіг вагітності у 158 ВІЛ-інфікованих вагітних, яких було розподілено на 5 груп. Розроблений дизайн передбачав 2 етапи дослідження:

I етап - це дослідження з оцінки акушерських і перинатальних ускладнень у вагітних, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз, до якого увійшло три групи вагітних: перша група включала 34 ВІЛ-інфікованих вагітних, хворих на активний туберкульоз легень; друга група включала 30 ВІЛ-інфікованих вагітних, які перенесли активний туберкульоз та отримали курс протитуберкульозної терапії, вагітність у яких настала на фоні залишкових змін перенесеного туберкульозу легень; третя, контрольна група, яка включала 30 ВІЛ-інфікованих вагітних.

II етап - це дослідження з оцінки ефективності запропонованого алгоритму ведення вагітності та методики лікування ВІЛ-інфікованих вагітних жінок без наявності активного туберкульозу, але із залишковими змінами перенесеного туберкульозу легень, яке включало дві групи: основну, яку склали 32 ВІЛ-інфіковані вагітні із залишковими змінами перенесеного туберкульозу легень, ведення вагітності у яких здійснювалось за розробленою методикою та група порівняння, до складу якої ввійшли 32 ВІЛ-інфіковані вагітні із залишковими змінами перенесеного туберкульозу легень, ведення вагітності у яких здійснювали відповідно до протоколів МОЗ України.

Метою проведення дослідження стало розроблення алгоритму ведення вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом в залежності від активності туберкульозного процесу.

Результати. Обговорення

За результатами I етапу дослідження було встановлено, що вагітність у жінок з активним туберкульозом супроводжувалась високою частотою акушерських та перинатальних ускладнень порівняно з вагітними, у котрих спостерігали залишкові зміни перенесеного туберкульозу та вагітними, у котрих в анамнезі не було цього захворювання.

Так, загроза переривання вагітності у ВІЛ-інфікова-

них жінок з активним туберкульозним процесом була в 1,7 рази вища, ніж у ВІЛ-інфікованих жінок з наявними залишковими змінами після перенесеного туберкульозу, і в 6,2 рази вища, ніж у ВІЛ-інфікованих жінок, не хворих на туберкульоз.

Випадки передчасного розриву плодових оболонок у жінок I групи спостерігались у 2,5 рази частіше ніж у вагітних II групи та у 6 разів частіше ніж у вагітних контрольної групи.

Частота передчасних пологів серед вагітних I групи була вища в 11,3 рази, ніж у вагітних II групи та у 22,6 рази, ніж у вагітних контрольної групи. Також, у жінок з активним ВІЛ-асоційованим туберкульозом у 50% випадків вагітність закінчилась передчасними пологам у терміні вагітності до 34 тижнів, і, як наслідок, народженням дітей з більш глибокими ступенями недоношеності та більшою частотою перинатальної патології.

Наявні ускладнення перебігу вагітності впливали на стан плацентарного комплексу, а, відповідно, і на розвиток плода. Слід відмітити, що у жінок I та II груп, на відміну від контрольної групи, мало місце народження дітей з малою вагою при народженні та ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Тільки серед жінок першої групи спостерігались випадки антенатальної та неонатальної смертності, що склали 3,2% та 6,3% відповідно, та народження у 21% випадків дітей з важким ступенем асфіксії.

За період спостереження відмічено 3 летальні випадки серед жінок I групи, що склало 88,2‰: 1 випадок материнської смертності в післяпологовому періоді від активного ВІЛ-асоційованого туберкульозу (29,4‰); 2 випадки смерті жінок через 3 місяці після пологів від ВІЛ-асоційованого туберкульозу, що склало (58,8‰).

Однак, за даними, отриманими в ході дослідження, нами встановлено високий рівень ускладнень у вагітних

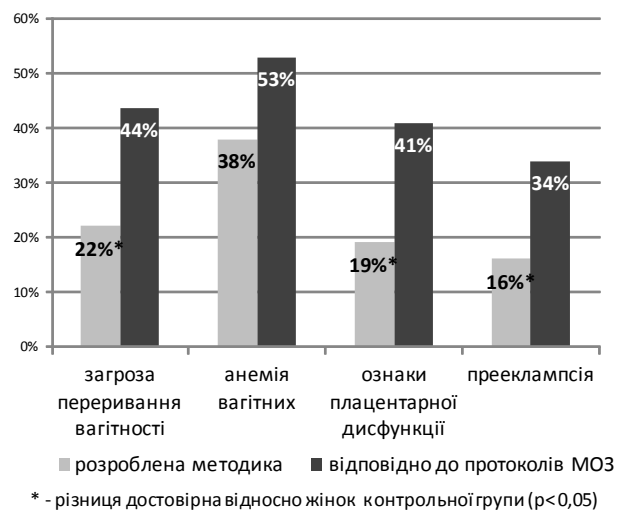


Рис. 1. Частота акушерських ускладнень у жінок основної групи та групи порівняння.

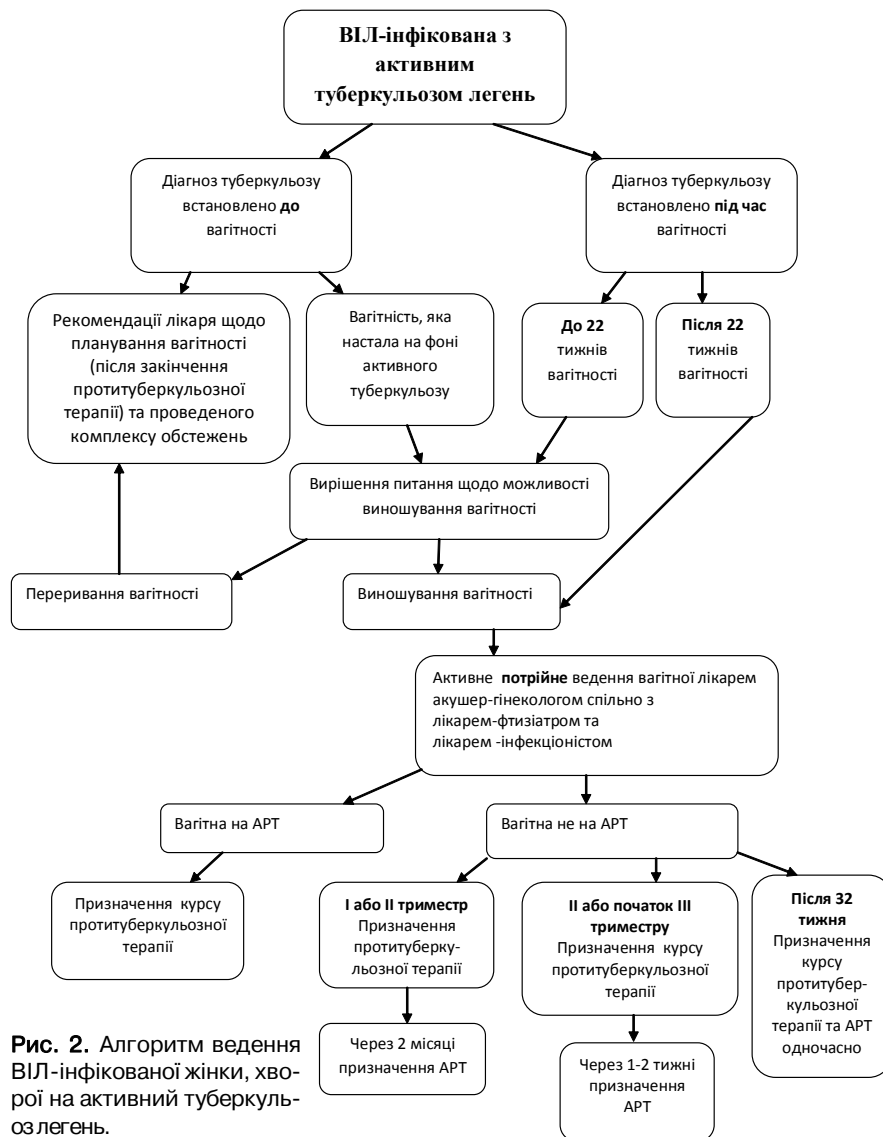


Рис. 2. Алгоритм ведення ВІЛ-інфікованої жінки, хворої на активний туберкульоз легень.

із залишковими змінами перенесеного туберкульозу, що дало підстави для проведення II етапу дослідження із розроблення методики ведення таких вагітних.

II етап дослідження включав основну групу вагітних, ведення яких відбувалось за запропонованою нами методикою, а саме призначення профілактичних курсів лікування в критичні терміни вагітності, які були визначені під час I етапу дослідження: 12-16 тижнів; 26-28 тижнів та 32-36 тижнів вагітності.

Курси профілактичної терапії включали наступні компоненти: 1. Терапію, направлену на збереження вагітності, яка складалась з препарату, який містить прогестерон (утрожестан від 200 до 600 мг, дозування залежало від результатів кольпоцитології), та препарату MgB6; 2. Метаболічну терапію: хофітол, сорбіфер дурулекс; 3. Дезінтоксикаційну терапію (інфузія "Реосорбілакт"); 4. Терапію, направлену на покращення матково-плацентарного кровообігу (інфузія "Тівортин"); 5. Профілак-

тичне лікування протитуберкульозним препаратом "Ізоніазид", за призначенням лікаря-фтизіатра.

Окрім зазначеного лікування, всі жінки з метою профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини отримували антиретровірусну терапію.

В ході дослідження із застосуванням зазначеної методики вдалось знизити частоту наступних акушерських ускладнень (рис. 1): анемії вагітних з 53% у групі контролю до 38% в основній групі, загрози переривання вагітності з 44% до 22% ($p < 0,05$), покращити плацентарний кровообіг та знизити ознаки плацентарної дисфункції з 41% до 19% ($p < 0,05$) відповідно. Зменшити частоту проявів преєклампсії з 34% до 16% ($p < 0,05$) (рис. 1).

Також спостерігалось зменшення частоти ускладнень перебігу пологів: частота передчасних пологів зменшилась з 16% в контрольній групі до 3% в основній ($p < 0,05$), частота передчасного розриву плодових оболонок з 32% до 25% та ускладнень третього періоду пологів з 13% до 9% відповідно.

Позитивний вплив застосування даної методики відмічено і на рівень перинатальних ускладнень: ознаки затримки внутрішньоутробного розвитку плода зменшились від 47% у групі порівняння до 22% в основній групі ($p < 0,05$), випадки

дистресу плода з 41% до 19% ($p < 0,05$) відповідно, маса новонароджених дітей в основній групі була дещо вищою ніж в групі порівняння.

Впровадження розробленої методики лікування ВІЛ-інфікованих вагітних із залишковими змінами перенесеного туберкульозу дозволило зменшити частоту активності туберкульозного процесу під час вагітності, покращити функціонування плацентарного комплексу, зменшити частоту акушерських ускладнень (загрозу переривання вагітності в 2 рази, анемію вагітних в 1,3 рази, передчасні пологи у 5 разів).

В результаті проведення другого етапу дослідження встановлені достовірні відмінності між частотою передчасних пологів основної групи та групи порівняння.

Частота передчасного розриву плодових оболонок та ускладнень третього періоду пологів в основній групі були нижчими, ніж у групі порівняння, однак достовірної відмінності між ними не встановлено.

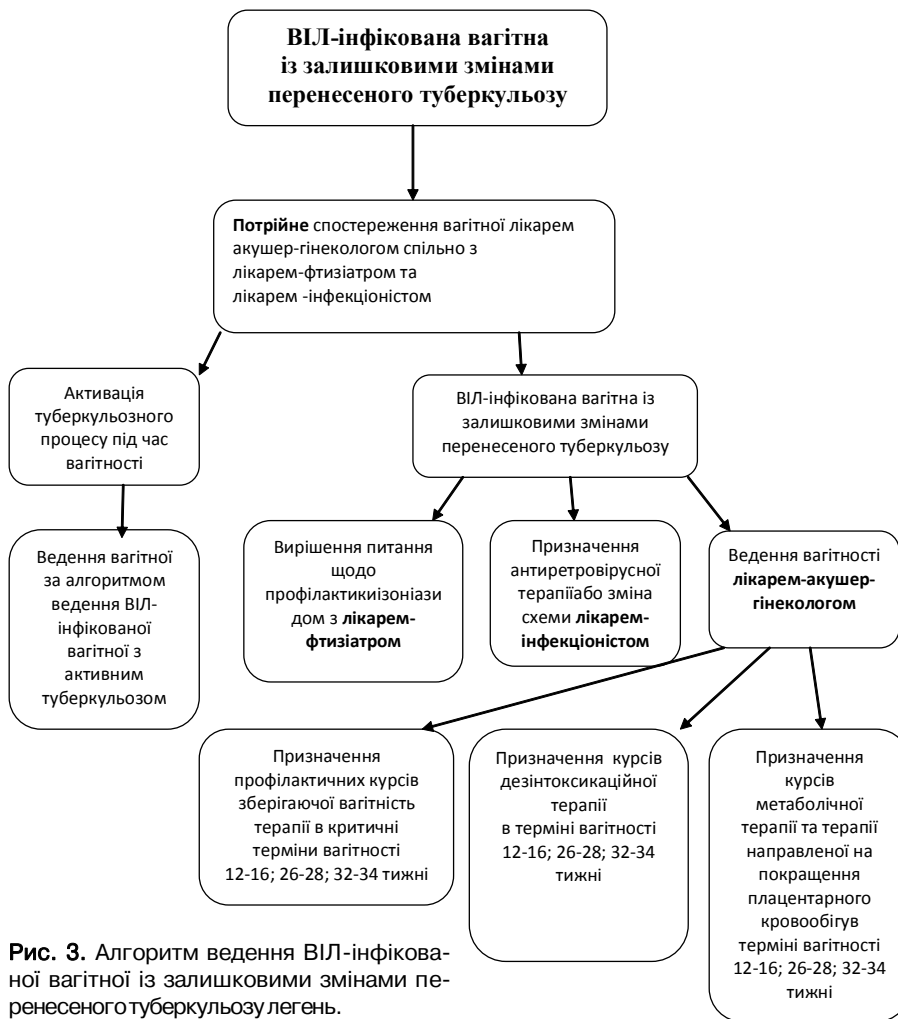


Рис. 3. Алгоритм ведення ВІЛ-інфікованої вагітної із залишковими змінами перенесеного туберкульозу легень.

Позитивний вплив застосування даної методики відмічено і на частоту перинатальних ускладнень: ознаки затримки внутрішньоутробного розвитку плода та дистрес плода спостерігались майже вдвічі рідше в основній групі, ніж у групі порівняння.

На основі отриманих даних розроблено алгоритми ведення ВІЛ-інфікованої вагітної, хворої на ВІЛ-асоційований туберкульоз (рис. 2,3).

Висновки та перспективи подальших розробок

1. У результаті проведеного дослідження встановлено, що наявність активного туберкульозного процесу

Список літератури

ВІЛ-інфекція в Україні /Інформ. Бюлетень.- 2014.- №43.- С.7-9.
Савула М.М. ВІЛ-асоційований туберкульоз і вагітність /М.М.Савула // Інфекційні хвороби.- 2011.- №1.- С.92-94.
Савула М.М. Туберкульоз у вагітних: перебіг, лікування /М.М.Савула, М.І.Сахелашвілі //Укр. пульмонолог.

журнал.- 2004.- №1.- С.60-62.
HIV-Associated Tuberculosis in the Newborn and Young Infant / M.Adhikari, P.Jeena, R.Bobat [et al.] /Intern. J. of Pediatrics.- 2011.- Vol.108.- P.181-183.
Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus /

су під час вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є фактором високого ризику ускладнень перебігу вагітності, пологів та перинатальних ускладнень, і, як наслідок, високого ризику материнської та перинатальної смертності.

В свою чергу, вагітність та пологи знижують імунний захист організму, чим погіршують перебіг як ВІЛ-інфекції, так і туберкульозу, сприяючи розвитку більш прогресивної стадії даних захворювань.

2. За результатами, отриманими в ході дослідження, можна стверджувати, що при наявності активного туберкульозного процесу у ВІЛ-інфікованої вагітної, збереження та виношування вагітності не є бажаним через високий ризик розвитку акушерських та перинатальних ускладнень.

3. У випадку наявності залишкових змін перенесеного туберкульозу у ВІЛ-інфікованої вагітної виношування вагітності можливе під спільним наглядом акушер-гінеколога, лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста. Тактика ведення даної категорії жінок повинна включати своєчасний скринінг на активний туберкульоз, призначення протягом вагітності курсів профілактичної терапії, направленої на збереження вагітності, покращення плацентарного кровообігу та метаболічних процесів; попередження рецидиву захворювання на туберкульоз, а також прийому антиретровірусної терапії з метою профілактики трансмісії ВІЛ від матері до дитини.

Отже, впровадження алгоритму ведення вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки в залежності від наявності у неї активного туберкульозного процесу, дозволить у подальшому знизити частоту акушерських та перинатальних ускладнень, що в свою чергу покращить показники материнської та перинатальної смертності в Україні.

Отже, впровадження алгоритму ведення вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки в залежності від наявності у неї активного туберкульозного процесу, дозволить у подальшому знизити частоту акушерських та перинатальних ускладнень, що в свою чергу покращить показники материнської та перинатальної смертності в Україні.

A.Gupta, R.Bhosale, A.Kinikar //J. of Infectious Diseases.- 2011.- Vol.203.- P.358-362.

Martin C. Tuberculosis prevention in HIV-infected pregnant women in South Africa /C.Martin, V.Black //JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes.- 2011.- Vol.57.- P.77-84.

Габорець Т.Л.

ТАКТИКА ВЕДЕННЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН БОЛЬНЫХ НА ВИЧ-АССОЦИИРОВАННЫМ ТУБЕРКУЛОЗОМ

Резюме. В последнее время все чаще наблюдаются случаи беременности среди женщин с ВИЧ-инфекцией, а среди последних случаи заболевания туберкулезом. В статье проанализированы течение беременности у женщин с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, определены основные пути по оптимизации ведения беременности у женщин, больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом в зависимости от наличия активного туберкулезного процесса.

Ключевые слова: ВИЧ-инфицированные беременные, ВИЧ-ассоциированный туберкулез, алгоритмы ведения беременности.

Gaborets T.L.

THE PREGNANCY SURVEILLANCE TACTICS FOR WOMEN WITH HIV-RELATED TUBERCULOSIS

Summary. Recently, there are more pregnant women who are HIV positive, and there are cases of tuberculosis (TB) among them. The paper analyzes the course of pregnancy of women with HIV-related TB, the basic ways to optimize the surveillance of pregnancy of women with HIV-related TB, depending on the presence of active TB.

Key words: HIV-infected pregnant women, HIV-related tuberculosis, algorithms for pregnancy surveillance.

Рецензент: д.мед.н., професор Суслікова Л.В.

Стаття надійшла до редакції 15.06.2015 р.

Габорець Тетяна Леонідівна - заочний аспірант кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти ім.П.Л.Шупика; gaboretst@ukr.net

© Мороз Л.В., Чічирельо-Константинович К.Д., Константинович Т.В.

УДК: 616.9;616.24-002;616-06;616-022.7

Мороз Л.В., Чічирельо-Константинович К.Д., Константинович Т.В.

Вінницький національний медичний університет імені М.І.Пирогова, кафедра інфекційних хвороб з курсом епідеміології (вул. Хмельницьке шосе, 96, м.Вінниця, 21030, Україна)

ПОШИРЕНІСТЬ ТА ОСОБЛИВОСТІ ПЕРСИСТЕНЦІЇ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ ПРИ НЕГОСПІТАЛЬНІЙ ПНЕВМОНІЇ

Резюме. В статті представлені дані щодо поширеності цитомегаловірусної інфекції в популяції та серед контингенту хворих на негоспітальну пневмонію за наявності специфічних антитіл класу імуноглобулінів М та G. Також приведені показники цитомегаловірусної персистенції за ступенем важкості персистенції серед хворих на негоспітальну пневмонію та практично здорових осіб, показники поширеності персистенції ЦМВ-інфекції у хворих на НП та здорових осіб на підставі аналізу вмісту IgG залежно від важкості перебігу НП за шкалою PORT.

Ключові слова: цитомегаловірусна інфекція, персистенція, негоспітальна пневмонія, імуноглобуліни.

Вступ

Питання щодо вивчення особливостей перебігу гострих та хронічних захворювань на тлі персистуючої цитомегаловірусної інфекції (ЦМВІ) дотепер залишаються невирішеними серед інфекціоністів, незважаючи на значну кількість робіт, присвячених цьому захворюванню [Чернышова, 1999]. Існують літературні дані, що ЦМВІ може бути як безпосередньою причиною, так і фоном для багатьох соматичних патологій, сприятливим фактором для реалізації патологічних імунних та нейроендокринних реакцій і нерідко обумовлює резистентність терапії патологічних процесів у імуноскомпрометованих осіб [Евстигнеев, 2011]. У той же час, науковий прогрес у діагностиці негоспітальної пневмонії (НП) та розробки вискоєфективних антибактеріальних препаратів для її лікування не забезпечують повного позитивного ефекту, що може пояснюватись трансформацією умов виникнення НП, змінами вірулентності збудників захворювання та імунною реактивністю організму хворого [Дзюблик, 2013; Дзюблик, Слесаренко, 2013].

До цього часу ЦМВІ вважалась індикаторним захворюванням імунодефіцитних станів [Евстигнеев, 2011]. Тому і пневмонії, які спостерігались у подібної когорти

хворих, розцінювались суто за вірусним етіологічним фактором. А отже, і поширеність латентної ЦМВІ у хворих на НП не вивчали. Однак, існують дослідження про те, що вірус ЦМВІ може самостійно поглиблювати наявні імунологічні розлади без важкого імунодефіциту [National Committee for ... , 1998]. Доведена спорідненість до лімфоцитів, а саме Т-клітин: для цитомегалії характерне пригнічення функції Т-хелперів при збереженні або підвищенні активності Т-супресорів [Кистенева, 2009]. Також беззаперечним є факт появи різноманітних нетипових імунологічних реакцій у осіб, які часто хворіють за наявності активного або латентного перебігу ЦМВІ [Cytomegalovirus surveillance ... , 2013]. Такі імунологічні реакції є передумовами до ускладнень у перебігу багатьох гострих чи хронічних патологій у осіб з персистуючою ЦМВІ і є обґрунтуванням диференційного підходу до призначення імунокорегуючої терапії [Голубовська, 2012].

Поряд із цим, постійне забруднення навколишнього середовища, застосування цитостатиків та імунодепресантів, постійні стресові ситуації, що призводять до імуносупресії, ймовірно й сприятимуть зростанню частоти