

Висновки

Встановлення ступеня достовірності неонатальної ВУІ дозволить своєчасно визначити лікарську тактику і з перших днів після народження призначити необхідну терапію, яка дозволить знизити тяжкість перебігу захворювання, зменшити частоту ускладнень і негативний їх вплив на подальший психічний і фізичний розвиток дитини. Запропонований метод діагностики внутрішньоутробної герпетичної і цитомегаловірусної інфекції у новонароджених є простим у виконанні і може бути застосований в умовах практичної охорони здоров'я.

Перспективи подальших досліджень

Впровадження методу прогнозування ВУІ плода дозволить своєчасно розпочати лікувально-профілактичні заходи у вагітних групи ризику, які дозволять знизити малюкову захворюваність і смертність немовлят.

Література

1. Жадан І.А. Возможности перинатального ультразвукового исследования послета при внутриутробных инфекциях / И.А. Жадан // Международный медицинский журнал. – 2003. – Т. 9, № 4. – С. 59-62.
2. Исаков В.А. Герпесвирусная инфекция: [руководство для врачей] / Исаков В.А., Рыбалкин С.Б., Романцов М.Г. – С-Пб. : Тиктак-Студио, 2006. – 96 с.
3. Кистенева Л.Б. Цитомегаловирусная инфекция как проблема перинатальной патологии: этиология, патогенез, диаг-

ностика / Л.Б. Кистенева // Российский вестник перинатологии и педиатрии. – 2003. – № 4. – С. 55-59

4. Клинические, морфологические и цитологические критерии диагностики врожденной инфекции / О.А. Пустонина, Н.И. Бубнова, Б.Л. Гуртовой [и др.] // Акушерство и гинекология. – 2002. – № 1. – С. 13-16.

5. Корчинська О.О. Поєднані форми внутрішньоутробних інфекцій: патогенез акушерських і перинатальних ускладнень та їх профілактика : автореф. дис. на здобуття наук. ступеня докт. мед. наук : К., 2007. – 38 с.

6. Макаров О.В. Современные представления о внутриутробной инфекции / О.В. Макаров, И.В. Бахарева, А.Н. Таранец // Акушерство и гинекология. – 2004. – №1. – С. 10-12.

7. Марков И.С. Мониторинг хронических герпесвирусных инфекций и профилактика внутриутробного заражения плода у беременных: обнадеживающая перспектива / И.С. Марков, Ю.П. Вдовиченко, Е.С. Щербинская // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 1. – С. 5-22.

8. Морфологічні особливості плаценти у жінок-носій цитомегаловірусної та герпетичної інфекцій / О.І. Єщенко, О.А. Поляркова, А.О. Писарев [та ін.] // Лікарська справа. – 2002. – № 5-6. – С. 65-69.

9. Никонов А.П. Цитомегаловирусная инфекция и беременность / А.П. Никонов, О.Р. Асатурова // Акушерство и гинекология. – 2003. – № 1. – С. 53-57.

10. Шмагель К.В. Иммунитет беременной женщины / К.В. Шмагель, В.А. Черешнев. – М. : Медицинская книга, Н. Новгород: НГМА, 2003. – 226 с.

Одержано 05.03.2012 року.

УДК 618.3 – 06:618.1 – 022:578.825.11

ВЕДЕННЯ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК ІЗ ГЕРПЕТИЧНОЮ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЮ ІНФЕКЦІЯМИ

Матейко Г.Б., Макарьчук О.М., Вакалюк І.В.*

Івано-Франківський національний медичний університет

**Івано-Франківський обласний перинатальний центр*

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН С ГЕРПЕТИЧЕСКОЙ И ЦИТОМЕГАЛОВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИЯМИ

Матейко Г.Б., Макарьчук О.М., Вакалюк И.В.

Ивано-Франковский национальный медицинский университет

Ивано-Франковский областной перинатальный центр

ANTENATAL CARE OF WOMEN WITH HERPES AND CYTOMEGALOVIRUS INFECTIONS

Mateyko G.B., Makarchyk O.M., Vakaliuk I.V.

Ivano-Frankivsk National Medical University

Ivano-Frankivsk Region Perinatal Centre

Резюме. Тактика ведення вагітних із ГІ і ЦМВІ передбачає моніторинг за перебігом інфекційного процесу, вагітності, станом ФПК, госпіталізацію жінок групи ризику акушерських і перинатальних ускладнень за 3-4 тижні до пологів в акушерський стаціонар для підготовки до пологів. Ведення вагітності повинно здійснюватись з участю інфекціоніста і визначатись не тільки характером акушерських ускладнень, станом ФПК, але й активністю інфекції, ризиком інфікування плода.

Ключові слова: *герпетична і цитомегаловірусна інфекції, ведення вагітності.*

Резюме. Цель исследования – усовершенствовать тактику ведения беременных с герпетической (ГИ) и цитомегаловирусной (ЦМВИ) инфекциями.

Проведено комплексное клинико-лабораторное (серологическое и вирусологическое) и инструментальное (УЗИ) исследование 65 беременных с ГИ и 50 с ЦМВИ. Тактика их ведения определялась характером акушерских осложнений, состоянием плода и плаценты, активностью инфекции, риском внутриутробного инфицирования (ВУИ) плода. Оптимальная схема ведения беременных группы риска акушерских и перинатальных осложнений: мониторинг за течением инфекции, состоянием матери, течением беременности, состоянием плода и плаценты в каждом триместре беременности; госпитализация в акушерский стационар за 2-3 недели до родов для предродовой подготовки. Профилактику ГИ и ЦМВИ следует осуществлять до беременности: выявлять женщин с данной патологией, проводить их комплексное лечение. Беременность планировать не раньше 6 месяцев на фоне стойкой ремиссии заболевания.

Ключевые слова: герпетическая и цитомегаловирусная инфекции, ведение беременности.

Summary. Tactics of pregnancy conduct with herpes and cytomegalovirus infection foresees flow of infectious process, pregnancy, condition of feto-placental complex, women from the risk group hospitalization and perinatal complications monitoring 3-4 weeks before birth at the obstetrical department. Conducting of pregnancy should be held together with the infectionist and predicted not only by character of obstetrical complications, feto-placental complex condition but activity of infection and the risk of fetus infection.

Key words: herpes and cytomegalovirus infection, conducting of pregnancy.

Постановка проблеми і аналіз останніх досліджень.

Герпесвірусні інфекції (ГВІ), зокрема герпетична (ГІ) і цитомегаловірусна (ЦМВІ), визначають ускладнення і наслідки вагітності, патологію плода і новонародженого [1, 2, 7, 8]. Ведення вагітних з цією патологією має вирішальне значення для профілактики акушерських і перинатальних ускладнень. Тактика ведення вагітності у жінок із ГІ і ЦМВІ недостатньо відпрацьована і недосконала [3, 4, 5, 6, 9]. Її аналіз свідчить про необхідність участі інфекціоніста у вирішенні багатьох важливих питань - моніторинг за перебігом інфекційного процесу на тлі вагітності, попередження його негативного впливу на вагітність, стан фето-плацентарного комплексу (ФПК).

Мета дослідження: удосконалити ведення вагітних із ГІ та ЦМВІ на підставі комплексного підходу до вивчення клініко-патогенетичних особливостей їх перебігу, впливу на стан плода і плаценти, розвитку акушерських і перинатальних ускладнень.

Матеріали і методи

Проведено комплексне клініко-лабораторне та інструментальне обстеження 115 вагітних (65 з ГІ і 50 з ЦМВІ). Діагностика ГІ і ЦМВІ ґрунтувалась на результатах специфічного лабораторного обстеження вагітних. Методом імуноферментного аналізу (ІФА) визначали антитіла класу IgM і IgG до збудників, індекс авідності специфічних IgG. ДНК вірусів у крові та іншому біологічному матеріалі визначали методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР).

Результати та їх обговорення

Результати проведеного дослідження свідчать, що тактика ведення вагітних із ГІ і ЦМВІ повинна визначатись не тільки за характером акушерських ускладнень, станом ФПК, але й активністю інфекції, ризиком внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) плода. Особливої уваги заслуговують вагітні групи ризику акушерських і перинатальних ускладнень, до якої повинні входити:

1. Серонегативні жінки, не інфіковані ЦМВ, ВПГ 1/2.

2. Серопозитивні жінки, інфіковані ЦМВ, ВПГ 1/2, які мають в анамнезі:

- хронічні запальні захворювання придатків і матки, ектопію шийки матки, часті рецидивуючі кольпіти;
- хронічні запальні захворювання органів сечовиділення, дизуричні розлади невстановленої етіології;
- захворювання, що передаються статевим шляхом (хламідіоз, мікоплазмоз, уреаплазмоз, кандидоз тощо);
- хронічні вогнища екстрагенітальної інфекції з частими рецидивами (особливо ЛОР-органів, органів дихання);
- схильність до частих гострих респіраторних вірусних інфекцій;

- порушення репродуктивної функції (безпліддя, мимовільні викидні, вагітність, що не розвивається);

- ускладнений перебіг попередніх вагітностей і пологів (звичні викидні, загроза невиношування вагітності, багатовчи маловоддя, гестоз, особливо пізній, хронічна плацентарна недостатність, передчасні пологи);

- несприятливі наслідки вагітності (антенатальна загибель плода, мертвонародження, народження дітей з вадами розвитку, недоношених, ознаками внутрішньоутробної або неонатальної інфекції, хронічної внутрішньоутробної гіпоксії і/або затримки внутрішньоутробного розвитку, патологією ЦНС, які померли у віці до 1 року, порушенням процесів ранньої неонатальної адаптації і/або подальшого фізичного і нервово-психічного розвитку).

Оптимальною схемою ведення вагітних групи ризику акушерських ускладнень і ВУІ плода слід визнати наступну:

1. Моніторинг за перебігом ГВІ з оцінкою активності інфекційного процесу, стану матері (в кожному триместрі вагітності: до 12 тижнів, в 24-26 і 34-36 тижнів, до і після лікування, за 2-3 тижні до пологів):

- обстеження органів і систем жінок всіма коректними під час вагітності методами з використанням традиційних лабораторних обстежень (загальний аналіз крові, сечі, біохімічні показники крові, коагулограма, мікроскопія мазків із уретри, піхви, цервікального каналу, УЗД органів черевної порожнини, малого тазу, лімфатичних вузлів); консультація інших спеціалістів (ЛОР, окуліст, невропатолог), оцінка соматичного і акушерсько-гінекологічного статусу;

- серологічне обстеження (визначення авідності специфічних IgG, їх титрів у парних сироватках, антитіл класу IgM);

- дослідження крові, слини, сечі, зішкрібів із цервікального каналу, піхви, уретри на ДНК збудників методом ПЛР;

- цитологічне обстеження (виявлення цитомегалічних клітин у слині, сечі, вагінальних змивах при підозрі на ЦМВІ);

- дослідження показників імунного статусу (субпопуляційний склад лімфоцитів, вміст цитокінів), місцевого імунітету (вміст секреторного IgA у вагінальних змивах), мікробіоценозу пологових шляхів;

2. Моніторинг за перебігом вагітності, станом ФПК:

- УЗД плода і плаценти: I – до 12 тижнів вагітності, II – в 24-26 тижні, III – в 34-36 тижні вагітності;

- доплерометрія ФПК (дослідження стану матково-плацентарно і плодово-плацентарного кровообігу) у 22-24 і 32-34 тижні вагітності;

- антенатальна кардіотокографія після 32 тижнів вагітності.

3. Госпіталізація вагітних групи ризику в акушерський стационар за 2-3 тижні до пологів для допологової підготовки: проведення специфічних лабораторних обстежень

(методом ІФА і ПЛР), оцінка стану фетоплацентарного комплексу, вибір методу і термінів проведення пологів. При виборі методу ведення пологів враховують акушерський анамнез, ускладнення вагітності, стан плода, ризик його інтранатального інфікування.

Якість моніторингу забезпечується кратністю спостережень, об'ємом і кратністю обстежень, кваліфікацією консультантів-фахівців, рівнем якості обслуговування.

На підставі результатів дослідження вагітних, вивчення клініко-лабораторних особливостей перебігу різних клінічних форм ГТ і ЦМВІ та даних літератури нами розроблений і впроваджений серологічний моніторинг за перебігом інфекцій під час вагітності з метою профілактики їх несприятливого впливу на вагітність, стан плода і новонародженого. Застосування серологічного моніторингу вагітних дозволяє при першому обстеженні запідозрити, а при наступному – підтвердити чи виключити наявність гострої чи активації хронічної інфекції, які асоціюються з ризиком ВУІ плода, розвитком неонатальної ГВІ.

Вирішальне значення для тактики ведення пологів мають результати ПЛР. Стійка ремісія інфекції, від'ємні результати ПЛР при обстеженні пологових шляхів за 3-4 тижні до пологів служать показанням для їх ведення природним шляхом. Кесарів розтин здійснюють за згодою жінки при ризикі інтранатального інфікування плода, коли за 1 місяць і менше до пологів був рецидив інфекції з реплікацією вірусу у пологових шляхах або виявлено безсимптомне вірусносієство, причому, тривалість безводного періоду менше 6 годин. Якщо безводний період триває більше 6 годин, то профілактична цінність кесаревого розтину істотно знижується і пологи приймають природним шляхом. У таких випадках для профілактики інфікування плода жінці продовжують противірусну супресивну терапію ацикловіром (по 400 мг 2 рази на день) під час і після пологів, а інфікованому новонародженому назначають превентивну терапію ацикловіром. Якщо у цервікальному каналі виявлено ЦМВ, то вагітній призначають віферон-2 за схемою основного противірусного курсу (по 1 свічці (500 тис. МО) 2 рази на добу в пряму кишку, на курс 20 свічок) до пологів, які проводять природним шляхом, а новонародженому – терапію ганцикловіром.

Первинна генітальна ГТ (низькоавідні IgG, специфічні IgM, позитивні результати ПЛР) є показанням для лікування вагітної ацикловіром, який можна призначати з 16 тиж. вагітності. При первинній ГТ в I, II чи III триместрі вагітності, більше, ніж за 1 міс. до пологів, жінку розроджують природним шляхом на підставі від'ємних результатів ПЛР.

При первинній генітальній ГТ менше, ніж за 1 міс. до пологів їх проводять оперативним шляхом з подальшою тактикою щодо новонародженого як при рецидиві ГТ перед пологами. Впродовж 12-14 год. після народження необхідно взяти матеріал у дитини (кров, сечу, слину, зішкріб із слизової ротоглотки, кон'юнктиви) на ВПГ 1/2, провести одночасне обстеження матері і дитини на специфічні IgG і IgM, спостерігати за станом новонародженого і у випадку інфікування призначити превентивну терапію ацикловіром.

Абсолютних показань до кесаревого розтину при ГТ і ЦМВІ немає. Його проводять за сумою відносних показань зі сторони матері і плода: обтяжений акушерський анамнез (безпліддя, звичне невиношування), вік вперше вагітної більше 30 років, ускладнений перебіг даної вагітності, хронічна гіпоксія плода, синдром затримки його внутрішньоутробного розвитку II-III ступеня. Тільки у випадку первинної ГТ чи ЦМВІ в I і II триместрах вагітності при наявності відповідних показань (УЗД-ознаки ВУІ плода) може ставитись питання про її переривання, яке повинно вирішуватись з участю вагітної після оцінки результатів амніоцентезу (методом ПЛР).

Профілактику ГТ і ЦМВІ необхідно починати до вагітності. Заходи передбачають:

1. Виявлення жінок з ГТ і ЦМВІ групи ризику акушерських ускладнень.

2. Клініко-лабораторне обстеження жінок групи ризику для верифікації діагнозу ГТ і ЦМВІ (генітальної чи екстрагенітальної), незалежно від рівня ураження репродуктивної системи, з використанням сучасних методів лабораторної діагностики (ІФА і ПЛР), дослідженням імунного статусу, мікробіоценозу статевих шляхів.

3. Проведення комплексного лікування жінок із врахуванням етіології, клінічної форми інфекції, локалізації патологічного процесу, яке повинно включати етіотропну (ацикловір), імуноотропну терапію (препарати специфічних імуноглобулінів, інтерферону), пробіотики, лікування супутніх хронічних захворювань (тонзиліт, фарингіт, бронхіт, пієлонефрит, аднексит тощо).

4. Планування вагітності і прегравідарна підготовка жінок. У жінок з ГТ чи ЦМВІ і обтяженим акушерським анамнезом (ОАА) вагітність повинна бути планованою. У випадку несприятливих наслідків вагітності, перинатальних втрат, обумовлених даними інфекціями, наступну вагітність планують після специфічного лікування, ліквідації порушень в репродуктивній системі, лікування супутніх хронічних захворювань та імунореабілітації (призначення рекомбінантного інтерлейкіну 2) не раніше 6 місяців на тлі стійкої ремісії захворювання.

5. Виявлення серонегативних жінок, неінфікованих вірусами, дотримання ними необхідних заходів профілактики інфікування (санітарно-гігієнічних норм у побуті, норм особистої гігієни). Проведення санітарно-просвітньої роботи (інформація про шляхи і механізми передачі інфекції, заходи і засоби її профілактики).

Висновки

Тактика ведення вагітних повинна визначатись клінічною формою ГТ і ЦМВІ, функціональним станом ФПК, наявністю супутніх захворювань. В програму ведення вагітних входять: профілактика активації хронічної інфекції, лікування жінок з активною інфекцією; попередження і терапія ВУІ плода, хронічної плацентарної недостатності; лікування інших ускладнень вагітності (гестози тощо), а також супутніх захворювань.

Перспективи подальших досліджень

Удосконалення тактики ведення вагітності і пологів у жінок з ГТ і ЦМВІ дасть можливість не тільки знизити частоту акушерських і перинатальних ускладнень, ризик внутрішньоутробного інфікування плода, але й покращити показники захворюваності і смертності немовлят.

Література

1. Васильєва Н.А. Застосування специфічних імуноглобулінів у лікуванні TORCH-інфекцій у вагітних / Н.А. Васильєва, М.І. Жилиєв, І.Г. Курята // Хіміотерапія та імунокорекція інфекційних хвороб: матеріали наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України, 30 трав.-1 черв. 2005 р. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2005. – С. 195-197.
2. Корчинська О.О. Порівняльні аспекти акушерської патології при різних формах цитомегаловірусної інфекції / О.О. Корчинська // Одеський медичний журнал. – 2002. – №2. – С. 52-53.
3. Курилова А.Ф. Клинический опыт лечения герпетической инфекции у беременных и у женщин вне беременности / А.Ф. Курилова, Т.Н. Бабкина, Д.И. Лайло // Здоровье женщины. – 2004. – № 2. – С. 153-154.

4. Лубяная С.С. Алгоритм ведения пациенток с привычным невынашиванием беременности и генитальной вирусной инфекцией / С.С. Лубяная // Репродуктивное здоровье женщины. – 2002. – №2. – С. 37-41.

5. Макацария А.Д. Герпетическая инфекция. Антифосфолипидный синдром и синдром потери плода / А.Д. Макацария, Н.В. Долгушина – М. : Триада-Х, 2002. – 80 с.

6. Никонов А.П. Генитальный герпес и беременность / А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова // Врач. – 2002. – №8. – С. 7-9.

7. Никонов А.П. Цитомегаловирусная инфекция и беременность / А.П. Никонов, О.Р. Асцатурова // Акушерство и гинеко-

логия. – 2003. – №1. – С. 53-57.

8. Тютюнник В.Л. Перинатальные аспекты цитомегаловирусной инфекции / В.Л. Тютюнник, Н.В. Орджоникидзе, Н.А. Зыряева // Акушерство и гинекология. – 2002. – №1. – С. 9-11.

9. Цитомегаловирусная инфекция у беременных с привычным невынашиванием / Ю.П. Вдовиченко, П.Н. Веропотвелян, Н.П. Веропотвелян [и др.] // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – №3. – С. 103-106.

Одержано 26.03.2012 року.

НОВІ ФАКТОРИ СЕРЦЕВО-СУДИННОГО РИЗИКУ І УРАЖЕННЯ НИРОК У ХВОРИХ НА ГІПЕРТОНІЧНУ ХВОРОБУ

Мищенко Л.А.

ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеско» АМН України

НОВЫЕ ФАКТОРЫ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОГО РИСКА И ПОРАЖЕНИЯ ПОЧЕК У БОЛЬНЫХ ГИПЕРТОНИЧЕСКОЙ БОЛЕЗНЬЮ

Мищенко Л.А.

ННЦ «Інститут кардіології ім. акад. М.Д. Стражеско» АМН України

NEW CARDIOVASCULAR RISK FACTORS AND KIDNEY DAMAGE IN HYPERTENSIVE PATIENTS

Mishchenko L.A.

NSC « Institute of cardiology after acad. M.D.Strazhesko» NAMS of Ukraine

Резюме. Мета дослідження - вивчити стан нових факторів серцево-судинного ризику та їх співвідношення з функціональним станом нирок у хворих на хронічну хворобу нирок (ХХН) II-III ступеня гіпертензивного генезу. Обстежено 293 хворих на ГХ, яким функціональний стан нирок оцінювали за формулою Cockcroft-Gault, а також проводили амбулаторне добуве моніторування АТ, біохімічне та радіоімунне дослідження крові, визначення альбуміну в добовій сечі. Показано, що гіпертензивне ураження нирок асоційоване з мікроальбумінурією, неспецифічним системним запаленням, інсулінорезистентністю, урікемією та дисліпідемією, незалежно від традиційних факторів ССР. Погіршення функціонального стану нирок у хворих на ГХ найтісніше пов'язане з віком, зі зростанням вмісту сечової кислоти і СРБ, а також із центральним ожирінням. Відносний ризик гіпертензивної ХХН зростає з віком, зі збільшенням креатинінемії та мікроальбумінурії, а також зі збільшенням СРБ та з поглибленням інсулінорезистентності.

Ключові слова: *гіпертонічна хвороба, фактори серцево-судинного ризику, функція нирок.*

Резюме. Цель исследования - изучить состояние новых факторов сердечно-сосудистого риска и их соотношения с функциональным состоянием почек у больных хронической болезнью почек (ХБП) II-III степени гипертензивного генеза. Обследовано 293 больных на ГХ, у которых функциональное состояние почек оценивали за формулой Cockcroft-Gault, а также проводили амбулаторное суточное мониторирование АД, биохимическое и радиоиммунное исследование крови, и определение альбумина, в суточной моче. Показано, что гипертензивное поражение почек ассоциируется с микроальбуминурией, неспецифическим системным воспалением, инсулинорезистентностью, урикемией и дислипидемией независимо от традиционных факторов ССР. Ухудшение функционального состояния почек у больных на ГХ теснее всего связано с возрастом, с ростом содержания мочевой кислоты и СРБ, а также с центральным ожирением. Относительный риск гипертензивной ХБП растет с возрастом, с увеличением креатининемии и микроальбуминурии, а также с увеличением СРБ и с углублением инсулинорезистентностью.

Ключевые слова: *гипертоническая болезнь, факторы сердечно-сосудистого риска, функция почек.*

Summary. The purpose of the study – to investigate the state of new cardiovascular risk factors and its relationship with kidney function in essential hypertensive (EH) patients with chronic kidney disease (CKD) II-III stage. 293 EH patients was underwent 24-hour ambulatory