

УДК: 618.3-06:616.921.5

Шпак І.В.

ОСОБЛИВОСТІ КЛІНІЧНОГО ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ІНФІКОВАНИХ ВІРУСОМ ГРИПУ

Одеський національний медичний університет

Досліджено 959 жінок з перенесеною під час вагітності, або наявною грипозною інфекцією та з верифікованими ознаками акушерських та перинатальних ускладнень під час гестації. У вагітних, інфікованих вірусом грипу, перебіг вагітності характеризувався токсикозом, прееклампсією, загрозою переривання вагітності та передчасних пологів, ознаками відшарування хоріона, плаценти, низькою нідацією, плацентациєю, розвитком плацентарної дисфункції, передчасним дозріванням та гіпотрофією плаценти, багатоводдям, маловоддям, гіпоксією та синдромом затримки росту плода, які полягали у кількісних показниках і залежали від тяжкості клінічних проявів грипу. Визначення індивідуальних особливостей гестаційних процесів у вагітних, інфікованих вірусом грипу, дає можливість попередити розвиток тяжких наслідків шляхом застосування профілактичних заходів.

Ключові слова: вагітність, грип, акушерсько-перинатальні ускладнення.

Вступ

Перебіг вагітності при інфікованості вірусом грипу супроводжується високою частотою акушерських і перинатальних ускладнень, а саме: загроза передчасних пологів, дистрес плода, передчасні пологи, інфекційно-запальні ускладнення з боку матері та плода [7].

Значну частоту акушерських ускладнень, перинатальної патології й смертності у жінок, які хворіють на грип, можна пояснити великим поширенням вірусних інфекцій, частим ураженням вагітних, негативним впливом на здоров'я матері та дитини, відсутністю радикальних заходів профілактики, обмеженістю можливостей активного впливу на епідемічний процес і рівень захворюваності [5,7].

Гормональні, метаболічні, імунологічні гестаційні зміни приймають участь в підтримці гемостазу організму, сприяють збалансованому функціонуванню системи мати-плаценти-плід. Порушення однієї із функцій під час респіраторно-вірусної інфекції сприяє виникненню цілого ряду інших змін, що є причиною гестаційних ускладнень материнського організму та перинатальної патології [3,4].

Одним із факторів, що негативно впливають на метаболічні процеси фетоплацентарного комплексу, організму матері і плода є ступінь токсичності вірусу грипу, основна точка прикладання якої — нервова система і кровоносні судини (гіпергідроз, судинна лабільність, коливання кров'яного тиску та ін.). Гестаційні ускладнення, що пов'язані з судинною патологією, під час грипу більш виразні [1,6].

У патогенезі центральне місце займають циркуляторні розлади, пов'язані з порушенням функції різних відділів системи кровообігу як організму матері, так і всього фетоплацентарного комплексу. Підвищена ламкість судин є однією з причин геморагічних проявів під час грипу [2,3].

Первинні геморагічні грипозні пневмонії характеризуються порушеннями циркуляції, крововиливами і набряком легень [4,5].

Внаслідок інфікування плаценти вірусом грипу, в епітелії плацентарного і позаплацентарного амніону виявляють дистрофічні зміни, поширений ацидофільний некроз, що може за певних умов призвести до розвитку внутрішньоутробного процесу з проявами ембріон, - фетопатій (врожені вади розвитку, геморагічні пневмонії, асфіксія, дистрес плода). Адаптаційні можливості в інфікованого вірусом грипу плода знижені, що пов'язано з підвищеною проникненістю судинної стінки, зумовленою вірусною інфекцією [1]. Смертність новонароджених при цьому варіює від 20 до 40% [2,5,7].

Мета дослідження

Проведенні оцінки перебігу вагітності за триместрами гестації у жінок з перенесеною під час вагітності, або наявною грипозною інфекцією.

Матеріали і методи

Проведено аналіз перебігу вагітності за триместрами гестації у 959 жінок з перенесеною під час вагітності, або наявною грипозною інфекцією та з верифікованими ознаками акушерських та перинатальних ускладнень під час гестації.

Лікувально-діагностичні та профілактичні заходи проводилась згідно протоколів, які затверджені Наказами Міністерства охорони здоров'я України № 503 від 28.12. 2002 р. «Про удосконалення амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги в Україні», № 676 від 31.12.2004 р. «Про затвердження клінічних протоколів з акушерської та гінекологічної допомоги», № 795 від 03.11.2009 р. «Про Порядок взаємодії лікувально-профілактичних закладів в умовах підвищеної захворюваності населення України на гострі респіраторні інфекції та пандемічний грип, спричинений вірусом А/Н1N1/Каліфорнія».

Результати та їх обговорення

Особливості перебігу вагітності у жінок, інфікованих вірусом грипу, які представлені в таблиці, доцільно розглядати з позицій характеристики частоти ускладнень та терміну гестації.

При наявності грипозної інфекції частота симптомів раннього токсикозу збільшувалась з розвитком вагітності і склала у терміни 4-7 тиж., 8-10 тиж. (початок фетогенезу), 11-12 тиж. (на початку періоду плацентації) 4,2%; 14,2%; 22,5% випадків відповідно. Клінічними ознаками раннього токсикозу були нудота, загальна нездужаність, відсутність апетиту, слинотеча. За ступенем тяжкості переважав (70,6%) токсикоз (блювота вагітних) легкого ступеню тяжкості. Втрата маси тіла не була патогномонічною ознакою.

Клінічні ознаки набряків тіла, частіше нижніх кінцівок, з явищами прееклампсії легкого ступеню (16,7%), середнього ступеню (14,8%) діагностовано у 22,5% вагітних супроводжували перебіг вагітності у II-му триместрі.

На кінець III-го триместру відповідно до форм

гестозу набряки склали 27,5%, прееклампсія легкого ступеня – 18,2%, середнього ступеня – 17,5%.

Особливостями клінічного перебігу гестаційних процесів при грипі є загроза переривання вагітності (ЗПВ), яка проявляється з I триместру та загроза передчасних пологів (ЗПП). Симптоми загрози переривання вагітності у I-му триместрі склали у терміни 4-7 тиж. 6,7%, у 8-10 тиж. – 9,2%, у 11-12 тиж. – 9,2%. Основними клінічними симптомами при цьому були больовий синдром внизу живота, посилення піхвових виділень від помірних до рясних з домішками крові або без неї, метеоризм, закрепи, часте сечовипускання. Наявність крові у піхвовому вмісті розцінювали як підтвердження клінічних симптомів ЗПВ.

Протягом II-го триместру частота прояву клінічних симптомів загрози переривання вагітності (загрози пізнього викидня) зросла у 1,4 рази по відношенню до I-го триместру і у термін 13-15 тижнів склала 11,7%, 16-18 тижнів – 13,3%, 19-21 тиждень – 14,2% спостережень.

Таблиця
Особливості перебігу вагітності у жінок, інфікованих вірусом грипу, n-959

Характеристики перебігу вагітності	I-й трм.		II-й трм.		III-й трм.	
	Абс	%	Абс	%	Абс	%
Токсикоз: 4-7 тиж	40	4,2	-	-	-	-
8-10 тиж	136	14,2	-	-	-	-
11-12 тиж	216	22,5	-	-	-	-
Набряки	-	-	216	22,5	264	27,5
Прееклампсія легкого ступеня	-	-	160	16,7	175	18,2
Прееклампсія середнього ступеня	-	-	136	14,8	168	17,5
Загроза переривання вагітності: 4-7 тиж.	64	6,7	-	-	-	-
8-10 тиж.	88	9,2	-	-	-	-
11-12 тиж.	99	10,3	-	-	-	-
13-15 тиж.	-	-	112	11,7	-	-
16-18 тиж.	-	-	128	13,3	-	-
19-21 тиж.	-	-	-	-	136	14,2
Загроза передчасних пологів: 22-24 тиж.	-	-	-	-	175	18,2
25-36 тиж.	-	-	-	-	247	25,8
ПД	-	-	839	87,5	878	91,6
Передчасне дозрівання плаценти	-	-	338	35,2	503	52,5
Гіпотрофія плаценти	-	-	112	11,8	262	27,3
Відшарування плаценти (часткове)	-	-	72	7,5	160	16,7
СЗРП	-	-	446	46,5	568	59,2
Низька плацентація	-	-	152	15,9	253	26,4
Багатоводдя	-	-	112	11,7	152	15,8
Маловоддя	-	-	64	6,7	132	13,8
Кольпіт кандидозний	282	29,4	339	35,3	365	38,1
Гестаційний пієлонефрит	254	26,5	311	32,4	365	38,1
Гестаційна анемія	593	61,8	676	70,5	701	73,1
Гіпоксія легкого ступеня	-	-	-	-	288	30,0
Гіпоксія середнього ступеня	-	-	-	-	96	10,0
Гіпоксія тяжкого ступеня	-	-	-	-	32	3,3
Гіпоксія плода хронічна	-	-	-	-	415	43,3
Гіпоксія плода гостра	-	-	-	-	64	6,7

Наявність інфікування вірусом грипу організму вагітної призвела до ЗПП, яка у термін 22-24 тижнів склала 18,2% випадків, у 25-36 тижнів – 25,8% і реалізувалась передчасними пологами (ПП).

Характеристика ФПК у вагітних з перенесе-

ною під час вагітності або наявною грипозною інфекцією полягала у тому, що внаслідок порушень формування хоріального дерева при інфікуванні вірусом грипу часткове відшарування хоріону відмічено у 16,0%, імплантація плодового яйця у нижніх відділах матки – у 36,0% випад-

ків.

Ультразвуковими ознаками плацентарної дисфункції (ПД), яка у II-му триместрі діагностована у 87,5% вагітних, були передчасне дозріваннями плаценти (35,2%), гіпотрофія плаценти (11,8%). Багатоводдя склало 11,7%, маловоддя - 6,7% спостережень.

Такі зміни у плаценті пояснювали розвиток часткового відшарування плаценти у 7,5% випадках, супроводжувались синдромом СЗРП у 46,5%.

У III-му триместрі діагностовано ознаки часткового відшарування плаценти у 16,7% з низькою плацентациєю у 26,4% випадках. На фоні багатоводдя та маловоддя (15,8%; 13,8% відповідно) плацентарна дисфункція у вагітних, з перенесеною під час вагітності або наявною грипозною інфекцією, діагностована у 91,6% і проявлялась передчасним дозріванням плаценти (52,5%), гіпотрофією (27,3%) плаценти і з боку плода проявилась синдромом затримки росту плода у 59,2% випадків.

Ознаки кольпіту (кандидозного) виявлені у I-му триместрі у 29,4% вагітних, II-му - у 35,3%, у III-му - у 38,1%.

Гестаційний пієлонефрит діагностовано у I-му триместрі у 26,5% випадків, у II-му - у 32,4%, у III-му - у 38,1%.

Анемія вагітних у I триместрі склала 61,8% спостережень, у II-му - у 70,5%, у III-му - у 73,1%. Клінічно ознаки гестаційної анемії проявлялись блідістю слизових оболонок і шкіри, періодичним запамороченням, вертіжем, тахікардією, відсутністю апетиту, загальною слабкістю, зниженням працездатності.

За даними кардіотокограми встановлено, що у III триместрі (33–37 тиж.) за шкалою Krebsa гіпоксія плода різного ступеню тяжкості розвивається у 43,4% випадків: гіпоксія легкого і середнього ступеня відмічена у 30,0% і 10,0% плодів, тяжкого - у 3,3. Подані патологічні стани супроводжувались розвитком гострого дистресу плода у 6,7% випадках, хронічного дистресу - у 43,3%, що свідчить про глибину змін ФПК при інфікуванні

ванні вірусом грипу. Наявність гострого дистресу плода вимагала термінового пологорозв'язання шляхом кесаревого розтину.

Висновки

У вагітних, інфікованих вірусом грипу, перебіг вагітності характеризувався токсикозом, преєклампсією, загрозою переривання вагітності та передчасних пологів, гіпертонусом матки, ознаками відшаруванням хоріона, плаценти, низькою нідацією, плацентациєю, розвитком плацентарної дисфункції, передчасним дозріванням та гіпотрофією плаценти, багатоводдям, гіпоксією та синдромом затримки росту плода, які полягали у кількісних показниках і залежали від тяжкості клінічних проявів грипу.

Визначення індивідуальних особливостей гестаційних процесів у вагітних, інфікованих вірусом грипу, дає можливість попередити розвиток тяжких наслідків шляхом застосування профілактичних заходів. Подальші перспективи дослідження передбачають розробку профілактичних заходів при вірусній інфекції у вагітних.

Література

1. Banfiudy F. Maternal acute respiratory infectious diseases during pregnancy and birth outcomes / F.Banfiudy, N.Acs, E.H.Puho, A.E.Czeizel // Eur. J. Epidemiol. – 2008. – V. 23, № 1. – P. 29-35.
2. Лазоришинець В.В. Гостра респіраторна вірусна інфекція у вагітних: епідеміологія, патогенез, особливості клінічного перебігу, сучасні методи діагностики і лікування / В.В. Лазоришинець, І.В. Шпак, В.В. Камінський [та ін.] // Здоров'я жінчини. – 2010. – № 3 (49). – С. 97-101.
3. Запорожан В.М. Сучасні погляди на діагностику гестаційних ускладнень / В.М. Запорожан, В.П. Міщенко, І.В. Руденко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів – гінекологів України. - К. : Інтермед, 2011. – С. 369-372.
4. Венцівський Б.М. Інфекції та вагітність: Практичний посібник / Б.М.Венцівський, А.В.Заболотна, З.О.О.елінський, А.Я.Сенчук. – Одеса : ОКФА, 2007. – 362 с.
5. Сидорова І. С. Фетоплацентарная недостаточность. Клинические аспекты / И. С. Сидорова, И. О. Макаров. – М. : «Знание - М», 2000. – 127 с.
6. Ситнікова В.О. Діагностика перинатального інфікування у вагітних з плацентарною дисфункцією / В.О. Ситнікова, Л.В. Чепрас, В.М. Резніченко // Збірник наукових праць Асоціації акушерів – гінекологів України. - К. : Інтермед, 2008. – С. 568-571.
7. Шехтман М.М. Острые респираторные заболевания у беременных / М.М. Шехтман, Л.А. Положенкова // Гинекология. – 2005. – Т. 7, № 2. - С. 34-37.

Реферат

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ИНФИЦИРОВАННЫХ ВИРУСОМ ГРИППА

Шпак И.В.

Ключевые слова: беременность, грипп, акушерско-перинатальные осложнения.

Обследовано 959 женщин с перенесенной во время беременности или имеющейся гриппозной инфекцией с верифицированными акушерскими и перинатальными осложнениями. У беременных, инфицированных вирусом гриппа, течение беременности характеризовалось токсикозом, преэклампсией, угрозой прерывания беременности и преждевременных родов, признаками отслойки хоріона, плаценты, низкой нидацией, плацентацией, развитием плацентарной дисфункции, преждевременным созреваниєм и гипотрофией плаценты, многоводием, маловодием, гипоксией и синдромом задержки роста плода, особенность которых состояла в количественных показателях и степени тяжести и зависела от клинических проявлений гриппа. Определение индивидуальных особенностей гестационных процессов у беременных, инфицированных вирусом гриппа, дает возможность предупредить развитие тяжелых последствий путем применения профилактических мер.

Summary

PECULIARITIES OF CLINICAL COURSE OF PREGNANCY IN WOMEN INFECTED WITH GRIPPE VIRUS

Shpak I.V.

Keywords: pregnancy, flu, obstetrical and prenatal complications.

959 women who had experienced or were experiencing gripe infection during the pregnancy were examined in order to detect and to verify obstetrical and perinatal complications. The pregnant females who were infected with gripe virus had the course of pregnancy characterized with toxicities, preeclampsia, threat of miscarriage and preterm delivery, low implantation, placental dysfunction, preterm placental aging and separation, hydramnion, hypoxia, and retardation of fetus growth. The severity of these signs consisted in their quantitative indicators and the degree of their severity that depended on the clinical manifestations of gripe. It is important to define the individual characteristics of gestation in pregnant women infected with gripe virus. This enables to prevent the development of serious complications by various preventive measures.

УДК: 616-002.5:616.379.008.64

Шперно О.Г., Руденко В.В., Бойко М.Г.

ВПЛИВ ЦУКРОВОГО ДІАБЕТУ НА РОЗВИТОК РЕЦИДИВУ ТУБЕРКУЛЬОЗУ ТА ЙОГО ПОДАЛЬШИЙ ПЕРЕБІГ ЗА ДАНИМИ ПОЛТАВСЬКОГО ОБЛАСНОГО ПРОТИТУБЕРКУЛЬОЗНОГО ДИСПАНСЕРУ

ВДНЗУ «Українська медична стоматологічна академія», м. Полтава

Незважаючи на значну увагу до проблеми туберкульозу в нашій країні з боку держави та міжнародних організацій з питань охорони здоров'я, значних успіхів в цьому напрямку не було досягнуто, принаймні по Полтавській області. Серед першочергових проблем, які визначають ефективність боротьби з туберкульозом в області потрібно виділити проблему лікування поєднаної патології та попередження розвитку хіміорезистентності збудника. Вирішення цих проблем на сучасному етапі боротьби з туберкульозом значно поліпшить епідеміологічну ситуацію на лише певного регіону, але й на загальнодержавному рівні. Розуміння особливостей патогенезу та перебігу захворювання на туберкульоз в разі наявності поєднаної патології сприятиме більшій ефективності лікування та суттєво зменшить ризик розвитку хіміорезистентності.

Ключові слова: туберкульоз, цукровий діабет, хіміорезистентний туберкульоз, Полтавська область.

Робота є фрагментом НДР кафедри фтизіатрії: «Визначити основні фактори ризику рецидивів туберкульозу легень та розробити оптимальні методи їх діагностики», номер державної реєстрації 0108U000216.

Відомо, що туберкульозом інфікована одна третина населення світу. Щорічно від туберкульозу помирають 2 мільйони чоловік і приблизно у 8 мільйонів чоловік діагностують туберкульоз[1;2;3]. Наведені дані не можуть не вражати, оскільки неозброєним оком видно, що ситуація відносно туберкульозу більше ніж критична. Саме тому у 1993 році Всесвітня організація охорони здоров'я оголосила туберкульоз глобальною проблемою. Україна згідно критеріїв ВООЗ віднесена до країн з високим рівнем захворюваності на туберкульоз. А з 1995 року кількість хворих на туберкульоз в Україні перевищила 1% населення, що згідно критеріїв ВООЗ є епідемією[2;6;7]. Щогодини в нашій країні на туберкульоз хворіють 4 людини і помирає від нього 1 людина. Середня захворюваність на туберкульоз по Україні становить 78.5 на 100 тис. населення[7]. Звідси робимо висновок, що туберкульоз, без перебільшення, найбільша медико-соціальна проблема нашої країни на даному етапі її розвитку. А останнім часом масою випадків рецидиву туберкульозу та хіміорезистентного

туберкульозу[1].

Мета роботи

Вивчити вплив цукрового діабету на розвиток рецидиву туберкульозу та його подальший перебіг.

Матеріал та методи дослідження

Проведено комплексний аналіз статистичних даних, отриманих в процесі обробки історій хвороб в архіві Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру. Визначені основні патогенетичні аспекти виникнення рецидиву туберкульозу у хворих на цукровий діабет та подальше формування у них хіміорезистентності.

Результати дослідження та їх обговорення

За статистичними даними Полтавського обласного протитуберкульозного диспансеру за останні 2 роки епідеміологічна ситуація по туберкульозу в Полтавському регіоні покращилася в порівнянні з іншими регіонами нашої держави (Мал.1).