Summary

EVALUATION OF LIFE QUALITY IN CHILDREN WITH ADENOID VEGETATIONS WITH LIKERT SCALE

Abilova F.A.

Key words: children, adenoid vegetation, quality of life, Likert scale.

We surveyed 300 children with adenoid diagnosis and their parents with Likert scale. This scale includes twenty questions for kids and ten questions for parents. Beside of adenoid vegetation 21 children were diagnosed to have otits media, 8 ones had chronic otits media, 28 kids had sinusitis and 98 children had chronic tonsillitis. 145 children were established to have adenoid hypertrophy. According to data obtained, the patients with exudative and chronic otitis media more often complained such symptoms such as ear fullness, hearing loss and tinnitus. The patients with sinusitis scored high points such symptoms as rhinorhea, smelling disturbance, nasal fullness. The patients with chronic tonsillitis scored high points the symptoms snoring, sleep apnoe, respiratory disturbance. The majority of the patients, 145 kids, scored higher points related to malocclusion, disturbance of facial skeleton, memory and attention. Generally, the parents and kids assessed the quality of their life nearly identically. Children scored their quality of life with 67,2 ±4,2 score points (maximum -100 points), but parents scored 33±2,9 score points (maximum- 50 point).Thus, adenoid vegetation significantly decreases the quality of life in children.

УДК 618.3-06:618.15-002:616.523:616.98

Аношина Т.М.

СТАН МІКРОБІОЦЕНОЗУ ПІХВИ У ВАГІТНИХ ПРИ АСОЦІАЦІЇ ВІЛ ТА ГЕРПЕСВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ

Український державний інститут репродуктології НМАПО ім.П.Л.Шупика, Київ

Дисбаланс мікрофлори піхви в акушерській практиці призводить до різноманітних акушерських та перинатальних ускладнень. Мета дослідження: оцінка стану мікробіоценозу піхви у вагітних при асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції (ГВІ). Матеріал і методи дослідження. Проведено обстеження 200 вагітних жінок з ВІЛ: 1 група - 50 жінок з ВІЛ, інфікованих вірусом простого герпесу 2 типу, 2 – 50 жінок з ВІЛ та ЦМВ, 3 – 50 жінок з ВІЛ, інфікованих одночасно вірусом простого герпесу 2 типу та ЦМВ, 4 - 50 жінок з ВІЛ без ГВІ. Контрольну групу склали 50 вагітних жінок без ВІЛ та іншої інфекційної та тяжкої соматичної патології. Дослідження мікрофлори піхви вагітних включало мікроскопію мазків з піхви, бактеріологічний аналіз, визначення pH вмісту піхви, амінний тест, клінічне обстеження. Отримані результати та їх обговорення. Встановлено пригнічення домінуючої мікрофлори та заселення облігатними видами умовно-патогенних організмів, переважно стафілокок епідермальний з гемолізом, корінобактерії, гарднерела, гриби рода Кандида, хламідії, уреоплазма та мікоплазма. У більшості обстежених основних груп бактеріальна контамінація піхви мала асоціативний характер. Серед ВІЛ-інфікованих вагітних, особливо при асоціації ВІЛ з ГВІ, виявлена суттєво менша частка жінок з нормоценозом піхви (14,0 % зі змішаною ГВІ проти 28,0 % - ВІЛ-інфікованих без ГВІ, p < 0,05). Більш ніж у половини ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ діагностовано умовний або виражений дисбіоз піхви. Майже у половини (46,0 %) жінок з ВІЛ та ГВІ стан піхви відповідав вираженому дисбіозу, що достовірно перевищує як частку жінок контрольної, так і 4-ї групи (16,0 та 24,0 % відповідно, p < 0,05). Висновки. Виявлені порушення мікробіоти піхви є додатковим негативним чинником розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у ВІЛ-інфікованих вагітних з ГВІ, що потребує адекватної корекції.

Ключові слова: вагітність, ВІЛ, герпесвіруси, мікробіоценоз піхви, дисбіоз.

Доведено, що перебіг вагітності у ВІЛ-інфікованих часто супроводжується затримкою росту плода, низькою вагою при народженні, антенатальною загибеллю плода, передчасними пологами, несвоєчасним вилиттям навколоплідних вод. Ці ускладнення частіше виникають внаслідок дії ВІЛ-асоційованих інфекцій, а не ВІЛ [1]. У ВІЛ -інфікованих жінок у структурі асоційованих інфекцій з високою частотою виявляється інфікування вірусами герпетичної групи, які є кофакторами прогресування ВІЛ-інфекції в СНІД [2].

На сьогоднішній день встановлено тісний взаємозв'язок стану мікробіому та імунітету: з одного боку імунодефіцит сприяє виникненню дисбіозів, а з іншого – порушення мікрофлори знижує захисні можливості організму [3, 4].

Відомо, що мати є основним джерелом колонізації новонародженої дитини як нормальною, так і патогенною мікрофлорою [5]. Останнім часом спостерігається зростання кількості вагітних з бактеріальним вагінозом (20-25 %), який є однією з форм дисбіотичних порушень мікроекології піхви, які виникають під впливом низки екзогенних та ендогенних факторів, що особливо актуально для жінок з набутими імунодефіцитами, зокрема при ВІЛ-інфекції [6]. Доведено, що дисбаланс мікрофлори піхви в акушерській практиці призводить до хоріоамніоніту, післяпологового ендометриту, передчасних пологів, затримки росту плода [7, 8].

Мета дослідження

Оцінка стану мікробіоценозу піхви у вагітних при асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції.

Матеріали та методи дослідження

Для розв'язання поставлених задач нами комплексно обстежено 200 вагітних жінок з ВІЛ – основна група. Контрольну групу склали 50 вагітних жінок без ВІЛ та іншої інфекційної та тяжкої екстрагенітальної і соматичної патології. Усі жінки були обстежені на герпесвірусну інфекцію (ГВІ). За результатами обстеження вагітних основної групи розділили на 4 групи: 1 група - 50 жінок з ВІЛ, інфікованих вірусом простого герпесу 2 типу, 2 група – 50 жінок з ВІЛ, інфікованих ЦМВ, 3 група – 50 жінок з ВІЛ, інфікованих одночасно вірусом простого герпесу 2 типу та ЦМВ (мікст-інфекція), 4 група - 50 жінок з ВІЛ, у яких не виявлено інфікування герпесвірусами.

Дослідження мікрофлори піхви вагітних включало мікроскопію мазків (окрашування за Грамом та Папаніколау) з піхви, бактеріологічний аналіз, який включав в себе посіви мікрофлори з подальшими тестами для уточнення видового складу і кількісного визначення аеробної мікрофлори, додаткові тести (визначення pH вмісту піхви, амінний тест), клінічне обстеження. При співставленні отриманих результатів з використанням класифікації Кира у підтвердженні культурологічним дослідженням та клінічними показниками, виділяли 4 типи стану біоценозу піхви: нормоценоз, умовний нормоценоз, помірний дисбіоз, виражений дисбіоз.

Отримані результати оброблені статистичними методами, прийнятими в медицині.

Отримані результати та їх обговорення

Результати бактеріологічного обстеження вагітних жінок, які представлені у таблиці 1, свідчать, що до складу виділеної з піхви мікрофлори з найбільшою частотою входило 16 видів мікроорганізмів.

Виявлена висока частота грампозитивної кокової мікрофлори у всіх жінок з ВІЛ-інфекцією. При цьому стафілок золотистий достовірно частіше виявлявся у групі жінок зі змішаною коінфекцією герпесвірусу та ЦМВ (14,0 проти 4,0 % у жінок контрольної групи, $p < 0,05$). Найбільш часто висівалась гемолітична кокова флора: стафілокок гемолітичний висівався у 20,0 % ВІЛ-інфікованих жінок з ЦМВ та 16,0 % жінок з герпесом та ЦМВ проти 6,0 % здорових вагітних $p < 0,05$), стафілокок епідермальний з гемолітичними властивостями – у 24,0 % жінок 1-ї та 2-ї групи, 30,0 % жінок 3-ї групи та 26,0 % ВІЛ-інфікованих вагітних без ГВІ проти 8,0 % жінок контрольної групи ($p < 0,05$ у всіх випадках).

Таблиця 1

Мікробний пейзаж піхви у вагітних жінок обстежених груп (при КОЕ 10^4 і вище) абс.ч., (%)

Мікроорганізми	Групи обстежених				
	1	2	3	4	К
Стафілокок золотистий	5 (10,0)	6 (12,0)	7 (14,0)*	5 (10,0)	2 (4,0)
Стафілокок епідермальний	10 (20,0)	8 (16,0)	12 (24,0)	9 (18,0)	6 (12,0)
Стафілокок гемолітичний	7 (14,0)	10 (20,0)*	8 (16,0)*	7 (14,0)	3 (6,0)
Стафілокок епідерм. з гемолізом	12 (24,0)*	12 (24,0)*	15 (30,0)*	13 (26,0)*	4 (8,0)
Стафілокок сапрофітний	10 (20,0)	15 (30,0)*	12 (24,0)	10 (20,0)	6 (12,0)
Стрептокок гемолітичний	-	-	2 (4,0)	1 (2,0)	-
Гарднерели	14 (28,0)*	12 (24,0)*	16 (32,0)*#	8 (16,0)*	2 (4,0)
Корінобактерії	10 (20,0)	16 (32,0)*	18 (36,0)*	12 (24,0)	6 (12,0)
Кишкова паличка	20 (40,0)*	20 (40,0)*	24 (48,0)*#	16 (32,0)	8 (16,0)
Клебсієла	6 (12,0)	9 (18,0)	8 (16,0)	6 (12,0)	-
Лактобактерії	6 (12,0)*#	7 (14,0)*#	6 (12,0)*#	16 (32,0)*	30 (60,0)
Біфідобактерії	5 (10,0)*#	6 (12,0)	4 (8,0)*#	11 (22,0)	16 (35,0)
Гриби роду Кандида	26 (52,0)	28 (56,0)*#	30 (60,0)*#	19 (38,0)*	7 (14,0)
Хламідії	18 (36,0)*	16 (32,0)*	20 (40,0)*	14 (28,0)*	4 (8,0)
Уреоплазма	16 (32,0)*	10 (20,0)*	16 (32,0)*	13 (26,0)*	4 (8,0)
Мікоплазма	11 (22,0)*	12 (24,0)*	16 (32,0)*	10 (20,0)*	2 (4,0)

*Примітки: К – контрольна група; * - різниця достовірна відносно показника вагітних контрольної групи ($p<0,05$); # - різниця відносно жінок без ГВІ достовірна ($p < 0,05$).*

Досить часто у жінок основних груп зустрічаються коліформні бактерії. Так, гарднерели достовірно частіше відмічались у ВІЛ-інфікованих жінок всіх груп, при цьому при змішаній ГВІ вони відмічені у 2 рази частіше ніж у жінок без ГВІ (32,0 % проти 16,0 %, $p < 0,05$). Кишкова паличка також відмічена у 2-3 рази частіше у ВІЛ-інфікованих жінок по групах 32-48 % проти 16,0 % у жінок контрольної групи ($p < 0,05$), при цьому вона відмічена майже у половини жінок 3-ї групи (48,0 % проти 32,0 % жінок без ГВІ, $p < 0,05$). У 12,0 – 18,0 % жінок з ВІЛ висівалась клебсієла. Також часто (у 20,0 – 40,0 % жінок) відмічались хламідії, уреоплазма та мікоплазма (проти 4,0 – 8,0 % жінок контрольної групи, $p < 0,05$).

Для ВІЛ-інфікованих жінок характерна висока частота мікоплазм та грибкової інфекції. У нашому досліджені гриби рода Кандида висівались більше ніж у половини ВІЛ-інфікованих пацієнток з ГВІ проти 38,0 % ВІЛ-інфікованих без ГВІ та 14,0 % жінок контрольної групи.

Виявлені зміни відбуваються на тлі суттєвого пригнічення нормальної мікрофлори. Так, біфідобактерії відмічені лише у 10,0 %, 12,0 % та 8,0 % жінок 1-ї – 3-ї груп відповідно проти 22,0 % ВІЛ-інфікованих без ГВІ та 35,0 % здорових жінок.

Наявність лактобактерій є визначальною для діагностики порушень біоценозу. Тоді як у 60,0 % жінок контрольної групи встановлена присутність лактобактерій у біоценозі піхви, при ВІЛ інфекції без ГВІ таких жінок було лише 32,0 % ($p < 0,05$), а з приєднанням ГВІ ця частка була ще меншою (12,0 %, 14,0 % та 12,0 % відповідно по групах, що достовірно менше як відносно контрольної групи, так і відносно 4-ї основної групи, $p < 0,05$).

Недостатність або відсутність лактобактеріальної флори свідчить про принципову можливість заселення пустої екологічної ніші патогенними мікроорганізмами з подальшим формуванням вагінозу зважаючи на порушення на тлі відсутності лактобактерій природної колонізаційної резистентності слизової.

Мікробіологічне дослідження вагітних пацієнток, дозволило виявити істотний дисбаланс показників мікроекології статевих шляхів. Дослідження кількісного рівня умовно-патогенної флори свідчать про підвищення концентрації у виділеннях піхви мікрофлори, що має патогенні властивості. З'ясовано, що у більшості обстежених основних груп бактеріальна контамінація піхви носила асоціативний характер.

За результатами мікроскопічного обстеження (табл. 2) у переважної більшості жінок основних груп виявлено II (запальний) тип мазка, причому частота виявлення даного типу мазка у ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ змішаного типу була достовірно вищою за таку у жінок без ГВІ (92,0 % проти 80,0 %, $p < 0,05$). Відповідно цьому у жінок основних груп виявлена висока кількість лейкоцитів (більше 50), причому частка таких жінок при наявності ГВІ була достовірно вища відносно жінок з ВІЛ без ГВІ (46,0 %, 50,0 % та 60,0 % у 1-й – 3-й групі проти 24,0 % у 4-й групі, $p < 0,05$ у всіх випадках).

Таблиця 2
Результати мікроскопічного обстеження абс.ч., (%)

Показник	Групи обстежених				
	1	2	3	4	К
II тип мазка (запальний)	43 (86,0)*	42 (84,0)*	46 (92,0)*#	40 (80,0)*	18 (36,0)
Лейкоцити: < 20	8 (16,0)*	6 (12,0)*	5 (10,0)*#	12 (24,0)*	20 (40,0)
20-50	19 (38,0)*	19 (38,0)*	15 (30,0)*#	26 (52,0)	25 (45,0)
> 50	23 (46,0)*#	25 (50,0)*#	30 (60,0)*#	12 (24,0)*	5 (10,0)
Палочки Додерлейна: наявні	7 (14,0)*	6 (12,0)*	4 (8,0)*#	12 (24,0)*	30 (60,0)
поодинокі	9 (18,0)	7 (14,0)	5 (10,0)	7 (14,0)	5 (10,0)
відсутні	34 (72,0)*	37 (74,0)*	41 (82,0)*#	31 (62,0)*	15 (30,0)
Елементи хронічного запалення	6 (12,0)	7 (14,0)*	9 (18,0)*	4 (8,0)	2 (4,0)
Кандида	17 (34,0)*	19 (38,0)*	24 (48,0)*#	15 (30,0)*	4 (8,0)
Гарднерела	9 (18,0)*	9 (18,0)*	12 (24,0)*	6 (12,0)*	1 (2,0)
Хламідія	9 (18,0)*	10 (20,0)*	13 (26,0)*	8 (16,0)*	1 (2,0)

*Примітки: К – контрольна група; * - різниця достовірна відносно показника вагітних контрольної групи ($p<0,05$);*
 # - різниця відносно жінок без ГВІ достовірна ($p < 0,05$).

Про суттєве порушення мікробіоценозу піхви свідчить відсутність паличок Додерлейна у переважної більшості жінок основних груп проти 30,0 % у жінок контрольної групи. На тлі порушення захисних можливостей виявляються елементи хронічного запалення (макрофаги, дегенеративно змінені лейкоцити, гістіоцити, плазмоцити, лімфоїдні елементи, багатоядерні клітини) та створюються умови для росту патологічних мікроорганізмів (гриби роду Кандида, гарднерела, хламідії). Так, гриби роду Кандида виявлялись майже у половини жінок при змішаній ГВІ (48,0 % проти 30,0 % ВІЛ-інфікованих без ГВІ, $p < 0,05$).

Велике значення в діагностиці мають клінічні показники та додаткові методи дослідження, такі як pH-метрія і амінотест з 10% -м розчином гідроокису калію. В процесі метаболізму лактобактерій при розщепленні глікогену епітелію піхви утворюється молочна кислота. При порушенні цього механізму відбувається загибель лактобацил, які виконують бар'єрну функцію, а також зрушення pH в бік лужної реакції, яка призводить до зростання анаеробів. pH піхвового вмісту більше 4,5 свідчить про наявність бактеріального вагінозу. Позитивний амінний тест полягає в появі неприємного запаху «гнилої риби» при змішуванні в рівній пропорції вагінальних виділень з 10% -м розчином гідроокису калію. Рибний запах, свідчить про наявність летючих амінів, таких як кадаверин, тріметіламін, путресцин, тирамін, ізобутіламін, що є продуктами життєдіяльності неспороутворюючих анаеробів.

Мікробіологічна та кольпоскопічна картина підтверджена високою частотою скарг у жінок основних груп. За нашими даними, найчастіше ВІЛ-інфіковані вагітні скаржились на надмірні піхвові виділення, причому такі скарги відмічала третина жінок зі змішаною ГВІ, що достовірно частіше відносно жінок 4-ї та контрольної групи (34,0 % проти 16,0 та 6,0 % відповідно, $p < 0,05$). Також третина цих жінок відчувала свербіж, а у 16,0 % (проти 4,0 % у контролі, $p < 0,05$) спостерігався набряк та гіперемія слизової.

Клінічні прояви підтверджувались результа-

тами додаткових обстежень. Більш ніж у третини жінок основних груп встановлено pH піхвового вмісту більше 4,5 (у 48,0 % жінок 3-ї групи проти 32,0 % жінок 4-ї групи та 8,0 % вагітних контрольної групи, $p < 0,05$ у обох випадках). Проведення амінового тесту з піхвовими виділеннями показало позитивний результат у 28,0 жінок 1-ї та 2-ї групи, 32,0 % - 3-ї групи та 24,0 % - 4-ї групи проти 4,0 % вагітних контрольної групи.

Інтегральний аналіз результатів мікробіологічного та мікроскопічного обстежень, показників клініки та додаткових скринінгових тестів з урахуванням удосконаленої класифікації Кира дозволив розділити жінок обстежених група за станом біоценозу піхви (рис. 1).

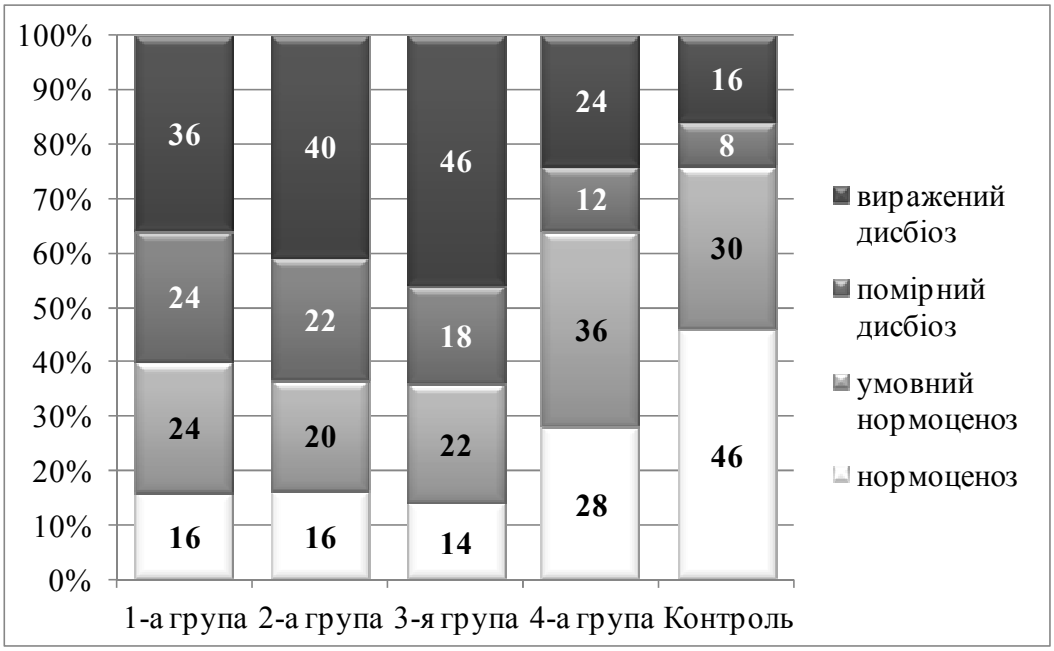

Рисунок 1 – Розподіл жінок обстежених груп за типом біоценозу піхви

Майже у половини жінок (46,0 %) контрольної групи стан піхви оцінювався як нормоценоз, ще у 30,0 % - як умовний нормоценоз (знижена кількість лактобактерій, культурологічним дослідженням наявність грампозитивних коків, грамнегативних паличок, поодинокі суб'єктивні скарги), у 8,0 % - помірний дисбіоз (підтверджений культорологічно та мікроскопічно бактеріальний вагіноз з клінічними проявами та позитивними тестами додаткових досліджень) і у 16,0 % - виражений дисбіоз піхви (полімікробна картина мазка, велика кількість лейкоцитів, макрофагів, епітеліальних клітин, виражений фагоцитоз, виявлення гонококів, трихомонад, міцелія, псевдофагів, спор, вагініт зі значними клінічними проявами).

Серед вагітних основних груп, особливо при асоціації ВІЛ з ГВІ, суттєво менша частка жінок з нормоценозом піхви (14,0 % зі змішаною ГВІ проти 28,0 % - ВІЛ-інфікованих без ГВІ, $p < 0,05$). Більш ніж у половини ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ діагностовано умовний або виражений дисбіоз піхви жінок проти 32,0 % жінок з ВІЛ без ГВІ та 24,0 % жінок контрольної групи ($p < 0,05$). Майже у половини (46,0 %) жінок 3-ї групи стан піхви відповідав вираженому дисбіозу, що достовірно перевищує як частку жінок контрольної, так і 4-ї групи (16,0 та 24,0 % відповідно, $p < 0,05$ в обох випадках).

Висновки

Проведені дослідження виявили суттєві порушення мікробіоцинозу піхви ВІЛ-інфікованих вагітних, особливо в асоціації з ГВІ. Встановлено пригнічення домінуючої мікрофлори та заселення облігатними видами умовно-патогенних організмів, переважно стафілокок епідермальний з гемолізом, корінобактерії, гарднерела, гриби рода Кандида, хламідії, уреоплазма та мікоплазма. У більшості обстежених бактеріальна контамінація піхви мала асоціативний характер.

Серед ВІЛ-інфікованих вагітних, особливо при асоціації ВІЛ з ГВІ, виявлена суттєво менша частка жінок з нормоценозом піхви, більш ніж у половини цих жінок діагностовано умовний або виражений дисбіоз. Майже у половини (46,0 %) ВІЛ-інфікованих жінок зі змішаною ГВІ стан піхви відповідав вираженому дисбіозу, що достовірно перевищує як частку жінок контрольної, так і групи ВІЛ-інфікованих без ГВІ.

Виявлені порушення мікробіоти піхви є додатковим негативним чинником розвитку акушерських та перинатальних ускладнень у ВІЛ-інфікованих вагітних з ГВІ, що потребує адекватної корекції.

Література

1. King C.C. The Role of Co-Infections in Mother-to-Child Transmission of HIV / C.C. King, S.R. Ellington, A.P.Kourtis // Current HIV Research. – 2013. - № 11. - P.10-23.
2. Лысенко А.Я., Турьянов М.Х., Лавдовская М.В. и др. ВИЧ-инфекция и СПИД-ассоциируемые заболевания. - М.: ТОО «Рарогъ», 1996. - 624 с.
3. Воробьев А.А. Дисбактериозы - актуальная проблема медицины / А.А. Воробьев, Н.А. Абрамов, В.М. Бондаренко, Б.А. Тендеров // Вестник Российской АМН. - 2007. - № 3. - С. 4-7.
4. Biancone L. Resident bacterial flora and immune system / L. Biancone, I. Monteleone, G. Del Vecchio Blanco et al. // Dig. Liver. Dis. - 2012. - Vol. 34, Suppl. 2. - P. 37-43.
5. Бобрина В.И. Современное представление о процессах интранатальной контаминации / В.И.Бобрина // Проблемы эндокринологии. - 2009. - Т.11. - С. 54-57.
6. Абрамова В.С. Физиологические показатели микробиоценоза организма беременной / В.С. Абрамова, А.С. Конников // Вопросы охраны материнства и детства. – 2006. - № 7. - С. 50-52.
7. Савченко Т.Н. Взаимосвязь микробиоценоза слизистых генитального и пищеварительного трактов у женщин с невынашиванием беременности / Т.Н. Савченко, А.З.Хашукоева, С.В.Камоева и др. // Лечение и профилактика. - 2013. - № 2. - С.36-42.
8. Preims Mc.Dowl Effect of pathological processes of colonization of the fetus from pregnant with genital infection / Preims Mc.Dowl // In. Progr. Brain Res. - 2009. -Vol. 10. - P. 211-216.

References

1. King C.C. The Role of Co-Infections in Mother-to-Child Transmission of HIV / C.C. King, S.R. Ellington, A.P.Kourtis // Current HIV Research. – 2013. - № 11. - P.10-23.
2. Lysenko A.Ja., Tur'janov M.H., Lavdovskaja M.V. i dr. VICh-infekcija i SPID-associiruemye zabolevanija. - M.: TOO «Rarog#», 1996. - 624 s.
3. Vorob'ev A.A. Disbakteriozy - aktual'naja problema mediciny / A.A. Vorob'ev, N.A. Abramov, V.M. Bondarenko, B.A. Tenderov // Vestnik Rossijskoj AMN. - 2007. - № 3. - S. 4-7.
4. Biancone L. Resident bacterial flora and immune system / L. Biancone, I. Monteleone, G. Del Vecchio Blanco et al. // Dig. Liver. Dis. - 2012. - Vol. 34, Suppl. 2. - P. 37-43.
5. Bobrina V.I. Sovremennoe predstavlenie o processah intranatal'noj kontaminacii / V.I.Bobrina // Problemy jendokrinologii. - 2009. - T.11. - S. 54-57.
6. Abramova V.S. Fiziologicheskie pokazateli mikrobiocenoza organizma beremennoj / V.S. Abramova, A.S. Konnikov // Voprosy ohrany materinstva i detstva. – 2006. - № 7. - S. 50-52.
7. Savchenko T.N. Vzaimosvjaz' mikrobiocenoza slizistyh genital'nogo i pishhevaritel'nogo traktov u zhenshhin s nevynashivaniem beremennosti / T.N. Savchenko, A.Z.Hashukoeva, S.V.Kamoeva i dr. // Lechenie i profilaktika. - 2013. - № 2. - S.36-42.
8. Preims Mc.Dowl Effect of pathological processes of colonization of the fetus from pregnant with genital infection / Preims Mc.Dowl // In. Progr. Brain Res. - 2009. -Vol. 10. - R. 211-216.

Реферат

СОСТОЯНИЕ МИКРОБИОЦЕНОЗА ВЛАГАЛИЩА У БЕРЕМЕННЫХ ПРИ АССОЦИАЦИИ ВИЧ И ГЕРПЕСВИРУСНОЙ ИНФЕКЦИИ

Аношина Т.Н.

Ключевые слова: беременность, ВИЧ, герпесвирусы, микробиоценоз влагалища, дисбиоз.

Дисбаланс микрофлоры влагалища в акушерской практике приводит к различным акушерским и перинатальным осложнениям. Цель исследования: оценка состояния микробиоценоза влагалища у беременных при ассоциации ВИЧ и герпесвирусной инфекции (ГВИ). Материал и методы исследования. Проведено обследование 200 беременных женщин с ВИЧ: 1 группа - 50 женщин с ВИЧ, инфицированных вирусом простого герпеса 2 типа, 2 - 50 женщин с ВИЧ и ЦМВ, 3 - 50 женщин с ВИЧ, инфицированных одновременно вирусом простого герпеса 2 типа и ЦМВ, 4 - 50 женщин с ВИЧ без ГВИ. Контрольную группу составили 50 беременных женщин без ВИЧ и другой инфекционной и тяжелой соматической патологии. Исследование микрофлоры влагалища беременных включало микроскопию мазков из влагалища, бактериологический анализ, определение pH содержимого влагалища, аминный тест, клиническое обследование. Полученные результаты и их обсуждение. Установлено угнетение доминирующей микрофлоры и заселение облигатными видами условно-патогенных организмов, преимущественно стафилококк эпидермальный с гемолизом, коринобактерии, гарднерелла, грибы рода Кандида, хламидии, уреоплазма и микоплазма. У большинства обследованных основных групп бактериальная контаминация влагалища носила ассоциативный характер. Среди ВИЧ-инфицированных беременных, особенно при ассоциации ВИЧ с ГВИ, существенно меньше доля женщин с нормоценозом влагалища (14,0% при смешанной ГВИ против 28,0% - ВИЧ-инфицированных без ГВИ, $p < 0,05$). Более чем у половины ВИЧ-инфицированных женщин с ГВИ диагностирован условный или выраженный дисбиоз влагалища. Почти у половины (46,0%) женщин с ВИЧ и ГВИ состояние влагалища соответствовало выраженному дисбиозу, что достоверно превышает как долю женщин контрольной, так и 4-й группы (16,0 и 24,0% соответственно, $p < 0,05$). Выводы. Выявленные нарушения микробиоты влагалища являются дополнительным негативным фактором развития акушерских и перинатальных осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных с ГВИ, что требует адекватной коррекции.

Summary

VAGINAL MICROBIOCENOSIS IN PREGNANT WOMEN UNDER ASSOCIATION OF HIV AND HERPES VIRUS INFECTION

Anoshina T.M.

Key words: pregnancy, HIV, herpes virus, vaginal microbiocenosis, vaginal dysbiosis.

The imbalance of vaginal microflora in obstetric practice leads to various obstetric and perinatal complications. Objective: Assessment of vaginal microbiocenosis in pregnant women under the association of HIV and herpes virus infections (HVI). Material and methods. The study involved 200 pregnant women with HIV: Group 1 included 50 women with HIV infected with herpes simplex virus type 2; group 2 was made of 50 women with HIV and CMV, group 3 involved 50 women with HIV infected with both herpes simplex virus type 2 and CMV, group 4 included 50 women with HIV without HVI. The control group involved 50 pregnant women having no HIV and other infectious diseases, and no severe somatic pathology. The study included microscopy of vaginal flora, bacteriological analysis, the pH identification, amine test, clinical examination. Results and discussion. Findings showed the inhibition of the dominant microflora and colonization by obligate species of opportunistic organisms, mainly Staphylococcus epidermidis with hemolysis, Corino bacteria,

gardnerella, fungi of the genus Candida, Chlamydia, Mycoplasma and ureoplazma.

Most patients of the test groups were observed to have bacterial contamination of the vagina, mainly of associative character. Among HIV-positive pregnant women, especially in association with HVI, there was significantly smaller proportion of women with vaginal normal biocenosis (14.0% in mixed HVI against 28.0% - HIV-infected patients without HVI, p <0,05). More than half of HIV-infected women were diagnosed to have HVI or severe vaginal dysbiosis. Almost half (46.0%) of women with HIV and HVI vagina had expressed dysbiosis, which was significantly higher than the proportion of women of the control group, and group 4 (16.0 and 24.0%, respectively, p <0,05). Conclusions. Disturbances of vaginal microbiota are regarded as an additional negative factor for the development of obstetric and perinatal complications in HIV-infected pregnant women infected with HVI that requires adequate correction.

УДК 616-006.328 + 611.813.8 + 616-079.3 + 616-091

Багрій М.М., Данилишин І.Є., Закалик М.С., Богдан І.С., Іванов С.В.

МЕНІНГІОМА БОКОВОГО ШЛУНОЧКА

Військово-медичний клінічний центр Західного регіону, м. Львів

Внутрішньошлуночкові менінгіоми вважаються досить рідкісним захворюванням і складають 0,5-4,5% усіх менінгіом. Найбільш часто вони розташовуються в ділянці трикутника бокових шлуночків, на їх частку припадає до 55-68%. Джерелом утворення та росту внутрішньошлуночкових менінгіом є клітини арахноїдендотелію судинних сплетень шлуночків, строма яких в онтогенезі розвивається з м'якої мозкової оболонки. Метою роботи було проведення клініко-морфологічного аналізу випадку фібробластичної менінгіоми правого бокового шлуночка головного мозку у жінки 55 років, що супроводжувалось обтурацією отвору Монро та моновентрикулярною правобічною гідроцефалією. Діагноз верифіковано через рік від початку захворювання за допомогою магнітно-резонансної томографії головного мозку. При внутрішньошлуночковій локалізації менінгіоми ступінь вираженості клінічних проявів залежить головним чином від близькості розташування пухлинного вузла до отвору Монро, оклюзія якого визначає розвиток внутрішньочерепної гіпертензії. Внутрішньошлуночкові менінгіоми в більшості випадків доброякісні та резистентні до променевої терапії та хіміотерапії, основний метод їх лікування – хірургічне видалення.

Ключові слова: внутрішньошлуночкова менінгіома, діагностика, патоморфологія.

Вступ

Менінгіоми головного мозку становлять 20-24% усіх пухлин нервової системи [3]. Це найпоширеніший вид онкологічних захворювань центральної нервової системи, який зустрічається у пацієнтів старших 35 років, причому жінки хворіють в 2 рази частіше за чоловіків [2, 7]. Захворюваність менінгіомами складає 7,2 на 100 000 населення в рік. У осіб віком 85 років і старших вона сягає 46 на 100 000 населення в рік, і більше ніж у 3 рази перевищує захворюваність гліомами [1, 6].

Менінгіоми (арахноїдендотеліоми) – пухлини, які здебільшого походять із твердої мозкової оболонки та знаходяться на її внутрішній поверхні, набагато рідше їх місцем виникнення є м'які мозкові оболонки. *Джерелом утворення та росту внутрішньошлуночкових менінгіом є клітини арахноїдендотелію судинних сплетень шлуночків, строма яких в онтогенезі розвивається з м'якої мозкової оболонки* [4, 5]. Внутрішньошлуночкові менінгіоми вважаються досить рідкісними пухлинами та складають 0,5-4,5% усіх менінгіом. Найчастіше вони розташовуються в ділянці трикутника бокових шлуночків, на їх частку припадає до 55-68%. Первинні менінгіоми III шлуночка зустрічаються рідше та становлять не більше 4-6% [1, 2, 7]. В літературі описані поодинокі випадки їх виявлення в IV шлуночку [5]. Перебуваючи в ділянці трикутника бокових шлуночків, внутрішньомозкові менінгіоми з'єднуються з судинним сплетенням за допомогою тонкої ніжки. Широка основа більш характерна для пухлин, що виходять з III шлуночка [1].

Поява неврологічної симптоматики, як правило, обумовлена вентрикуломегалією внаслідок оклюзії ліквороопровідних шляхів, або в результаті впливу пухлинного вузла на прилеглі зони мозку [1, 2].

Мета роботи

Проведення клініко-морфологічного аналізу випадку внутрішньошлуночкової менінгіоми у клініці нейрохірургії та неврології Військово-медичного клінічного центру Західного регіону МО України (ВМКЦ ЗР).

Об'єкт і методи дослідження

Об'єктом дослідження став випадок внутрішньошлуночкової менінгіоми у жінки 55 років з обтурацією отвору Монро та моновентрикулярною гідроцефалією.

Методи дослідження **–** аналіз медичної карти стаціонарного хворого нейрохірургічного відділення ВМКЦ ЗР, патогістологічне дослідження оперативно видаленої внутрішньошлуночкової пухлини із забарвленням гістозрізів гематоксиліном і еозином.

Результати досліджень та їх обговорення

Хвора К., 55 років, медична карта стаціонар-