

УДК 616.988:618.33

АКУШЕРСЬКІ ТА ПЕРИНАТАЛЬНІ АСПЕКТИ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ (огляд літератури)

Маляр В.А., Корчинська О.О., Розумик І.І.

Ужгородський державний університет, м.Ужгород

Ключові слова: вагітність, пологи, плід, новонароджений, цитомегаловірус.

В останні роки спостерігається ріст частоти внутрішньоутробних інфекцій людини, що пов'язано з появою нових, більш інформативних методів діагностики та зростанням розповсюдженості уrogenітальних інфекцій серед жінок репродуктивного віку [5, 8, 24,27, 29, 34-36, 56, 57].

Все більший інтерес викликає цитомегаловірусна інфекція (ЦМВІ), яка належить до опортуністичних інфекцій, активація якої відбувається в результаті дії екзо- та ендогенних імуносупресивних факторів [9, 31, 46, 54]. У 50-80% дорослих людей наявні специфічні антицитомегаловірусні антитіла [20]. Як свідчать дані літератури [21, 22, 25,26, 28, 38, 62, 64], лише порівняно недавно виявилось широке розповсюдження цієї інфекції та її значення в акушерстві, перинатології та педіатрії.

Цитомегаловірус (ЦМВ) належить до родини герпетичних вірусів, групи β . Як відзначає ряд авторів [12, 18, 20, 28, 46, 54, 64], вірус цитомегалії має такі особливості: велика молекула ДНК, можливість реплікації без пошкодження клітини, повільна реплікація вірусу, різке пригнічення клітинного імунітету зі зниженням відношення T_4/T_8 та низька чутливість до аналогів нуклеозидів. Джерелами інфікування ЦМВ є носії або хворі – їх біологічні рідини або виділення: кров, сеча, слина, грудне молоко, сперма, цервікальний секрет, при цьому реалізується статевий, парентеральний, вертикальний (від матері – плоду) шляхи передачі збудника [4, 65]. Разом з тим, визнається можливість повітряно-крапельного, фекально-орального шляхів інфікування, з трансплантованими органами та тканинами [10, 20, 61].

Взаємовідносини між ЦМВ та клітиною складні та багатоманітні. Інфікування ЦМВ не означає розвитку клінічно вираженого захворювання. У більшості випадків формується безсимптомне вірусноносійство або субклінічна, хронічна інфекція, яка не викликає при відсутності

імунодепресії ніяких суб'єктивних та об'єктивних проявів [46, 54]. Стану тривалої (часто пожиттєвої) латенції ЦМВ сприяє його внутрішньоклітинна персистенція в лімфоцитах крові [50]. Реактивація ЦМВІ відбувається в умовах розвитку імунodefіцитного стану, що має місце, зокрема, при вагітності. Встановлено, що пусковим механізмом і регулятором ЦМВ є фактор некрозу пухлини (ФНП) один із найважливіших ендогенних імунomodulatory [13].

Власного “клінічного обличчя” у цитомегаловірусного захворювання нема. Діапазон його клінічних варіантів надзвичайно широкий – від ледь вираженого сіалоаденіту, моноклеозоподібного синдрому – до важких уражень печінки, легенів, мозку, підшлункової залози, кишківника, шкіри, наднирників з розвитком синдрому Уотергауза–Фідріксена [10, 11, 15, 20, 50, 54, 78].

Особливого значення проблема ЦМВІ набуває в акушерстві та перинатології. Дані вітчизняних та зарубіжних авторів [1-3, 18, 22] переконливо свідчать, що вірус цитомегалії є однією з найчастіших причин розвитку патології вагітності та плоду. Частота виявлення цитомегаловірусного інфікування у вагітних коливається, за даними різних авторів [3, 20, 40, 51, 70], від 1% до 91,6%. Серед жінок, що вперше стали на облік з приводу вагітності, 72% мають специфічні антитіла до ЦМВ [46].

Дані літератури [7, 8, 19, 33, 41-43, 45, 71- 73, 79] доводять роль вірусу цитомегалії в невиношуванні вагітності: цей збудник виявлений у 44% жінок із загрозою переривання вагітності, у 31% - із самовільними абортами та 60,6% – з передчасними пологамі в анамнезі. Частота виявлення специфічних антитіл класу Ig G до ЦМВ серед вагітних жінок зі звичним невиношуванням в анамнезі складає 69,8%, а Ig M – 36,5%. У 76,5% жінок зі звичним невиношуванням виявлена змішана вірусна генітальна інфекція (ЦМВ та вірус простого герпеса-2) [8]. Серед інших ускладнень

вагітності автори [16, 20, 21, 41] відмічають багатоводдя (57,7%), антенатальну загибель плоду (44,2%), завмерлу вагітність (33,4%), пізні гестози (до 24%), інфекції впродовж вагітності – бронхіт, гострі респіраторні захворювання, пієлонефрит, кольпіт (до 25%). За даними В.Н.Серова та співавт.[41] цитомегаловірусне інфікування діагностується у 39,4% вагітних із аномаліями розвитку плоду. Однак, слід відмітити, що Г.Н.Веденєєва та співавт. [5] на основі проведених досліджень констатують факт відсутності суттєвих відмінностей у протіканні вагітності, родів та післяродового періоду у жінок, інфікованих ЦМВ, окрім частішого виявлення у них багатоводдя.

Персистенція ЦМВ в організмі матері створює загрозу внутрішньоутробного інфікування. Наявність антиЦМВ антитіл у матері не є надійним захистом для плоду та новонародженого [21, 46, 54, 65].

Внутрішньотробна ЦМВІ – один із прикладів вертикальної трансмісії вірусу людини. При цьому реалізується подвійний механізм передачі: трансплацентарний та інтрацервікальний під час пологів [17, 18, 46, 61, 72]. Третій триместр вагітності період найбільшого ризику інфікування плоду [3, 65]. Зараження ЦМВ можливе і впродовж неонатального періоду [17, 78]. Встановлено, що інтранатальна та рання постнатальна передача ЦМВ відбувається в 10 разів частіше, ніж трансплацентарна [72].

Трансплацентарне інфікування веде до самовільних викиднів, антенатальної загибелі плоду, виродливостей та виникнення вродженої форми цитомегалії, а у новонароджених, інфікованих інтранатально або постнатально, ознаки захворювання розвиваються протягом перших трьох місяців життя [18, 61].

За даними літератури [3, 5, 12, 46, 70], внутрішньоутробне інфікування констатується в 0,4-2,3% живонароджених, але лише 0,05-0,1% з них мають клінічні прояви захворювання. Аналіз літературних джерел [16, 17, 36, 46] свідчить, що первинна ЦМВІ під час вагітності створює більш високу імовірність вродженої інфекції, при цьому ризик внутрішньоутробного зараження складає 50%. У той же час, імовірність інфікування плоду при реактивації ЦМВІ під час вагітності є значно нижчою і складає 0,15-1%. Загострення хронічної або латентної ЦМВІ частіше (10-20%) виникає у серопозитивних вагітних [79]. Таким чином, вагітним жінкам належить значна роль в епідеміології цитомегаловірусної інфекції.

У післяродовому періоді епідеміологічна небезпека матері для новонародженого зберігається. Це пов'язано із порушенням жінкою, що екскретує ЦМВ із сечею, калом і слиною, гігієнічних норм, а також із можливістю передачі вірусу через грудне молоко (у 20% серопозитивних матерів)[54, 61].

Цитомегаловірусне ураження плоду, новонароджених та дітей раннього віку лежить в

основі багатьох вад розвитку, призводить до ранньої інвалідизації та визначає високий рівень смертності [14, 21, 22]. За даними Г.А.Самсигіної [40] серед померлих дітей переважає ранній, але не неонатальний вік: 88% хворих помирає до року, з них 25% – у періоді новонародженості.

За результатами своїх досліджень І.І.Мавров та співавт. [20], С.Г.Чешик та співавт. [67] приходять до висновку, що найбільш частою формою ЦМВІ є безсимптомна, субклінічна. Серед маніфестних форм найчастіше має місце генералізована [50, 60]. Залежно від ведучого клінічного синдрому та з урахуванням аутопсії більшість вітчизняних та зарубіжних авторів [5, 10, 15, 18, 20, 46, 50] виділяють такі форми ЦМВІ: легенева, гепатолієнальна, кишкова, церебральна, наднирникову та шкірну. Легенева форма проявляється у вигляді інтерстиціальної пневмонії. При цьому має місце дифузне інтерстиціальне запалення з перибронхітом, десквамацією альвеолоцитів, явищами абсцедування [31, 50, 61, 70]. У дітей з вродженою пневмонією цитомегаловірус діагностується у 15,7% випадків [20].

Гепатолієнальна форма характеризується картиною холестатичного гепатиту, рідше цирозом (печінковий варіант). Гематологічний варіант проявляється гемолітичною анемією, тромбоцитопенічною пурпурою, реактивним мієлоеритробластозом, що нагадує картину лейкоза, зі значним збільшенням печінки та селезінки [31, 39, 47, 50, 52]. За даними В.І.Козлової та А.Ф.Пухнер [18] у дітей з вродженими захворюваннями печінки цитомегаловірус діагностується у 14,8% випадків.

Досить часто зустрічається кишкова форма, яка супроводжується дисфункцією кишківника. При цьому патоморфологічно виявляється виразковий ентероколіт та пневматоз кишечника [50, 61].

При церебральній формі наявні клінічні прояви енцефаліту та внутрішньочерепної родової травми. Причому, виникає некротичний енцефаліт, подібний до такого при герпетичній інфекції. Морфологічно в субependимальному шарі бокових шлуночків, у підкоркових вузлах і корі виявляють вогнища некрозу з явищами кальцинозу. Характерними є двобічні перивентрикулярні звапнення, яким можуть передувати гіпоультразвукові перивентрикулярні кільцевидні зони [13-15, 50, 59-61, 63]. У дітей з вродженими ураженнями ЦНС вірус цитомегалії виявляється у 25% випадків [18].

Наднирникова форма цитомегалії проявляється синдромом Уотергауза-Фрідріксена. При цьому мають місце некротичні зміни та крововиливи у кору наднирників [50, 54].

Д.Ф.Пашенко та співавт. [31], А.А.Тер-Галстян та співавт. [50], Л.А.Ходак [61] зауважують, що клінічним варіантом вродженої ЦМВІ є також лихоманковий синдром з лімфаденопатією та гепатоспленомегалією. Н.В.Шабаліна і співавт.

[69] та Н.П.Шабалов [70] згадують нефротичний синдром як один із проявів цитомегаловірусного захворювання у новонароджених дітей.

Враховуючи надзвичайно широкий спектр клініко-патогенетичних варіантів ЦМВІ, Л.А.Ходак [61] вважає, що найбільш доцільним є виокремлення найхарактерніших ознак цитомегаловірусного захворювання: клінічні прояви ураження ЦНС; гепатоспленомегалія без видимої причини; затяжні пневмонії, рецидивуючі бронхіти; поліаденія; анемія, тромбоцитопенія; захворювання шлунково-кишкового тракту в поєднанні з лімфаденопатією та ураженням ЦНС. Вказані ознаки потребують підвищеної уваги лікаря та дозволяють своєчасно діагностувати цитомегаловірусну інфекцію у дітей.

На сьогоднішній день маємо достатню кількість методів діагностики цитомегаловіруса: цитоскопічний (виявлення характерних цитомегалічних клітин “совине око”), вірусологічний (виділення ЦМВ на чутливій культурі клітин диплоїдних фібробластах людини), імунофлюоресцентний, імуноферментний та радіоімунний аналізи (виявлення вірусних антигенів та антиЦМВ антитіл), методи ДНК-гібридизації та ланцюгової полімеразної реакції (виявлення вірусної ДНК), які детально описані в ряді робіт [5, 6, 18, 20, 30, 37, 51, 66]. Н.А.Фарбер [54] вважає за можливе обходитися без вірусологічних та інших методів дослідження при виявленні характерних цитомегалічних клітин.

М.Г.Сімакова та співавт. [44], М.А.Фукс та співавт. [57], В.А.Чуприна [68] зазначають, що ехографічні ознаки інфікування плоду вірусом цитомегалії не відрізняються від таких при інших внутрішньоутробних інфекціях: багатоводдя, несвоєчасне дозрівання та ознаки інфекційного ураження плаценти, гіпотрофія та гідроцефалія. При виявленні їх автори пропонують наступний алгоритм діагностичного пошуку: 1) серологічне дослідження крові матері на наявність антиЦМВ антитіл; 2) амніоцентез та культура клітин амніотичної рідини; 3) кордоцентез із дослідженням газів крові, ферментів печінки та імуноглобулінів плоду.

Питання терапевтичної та акушерської тактики у вагітних з ЦМВІ є складним [20, 46, 48, 49, 76]. Н.А.Фарбер та співавт. [53] вважають, що медикаментозна антиЦМВ терапія не може бути

використана під час вагітності у зв'язку з непередбачуваним ризиком для плоду. Найбільш перспективним на думку Г.Н.Веденеєвої та співавт. [5], D.R.Snydman [77] є використання препаратів на основі специфічних антиЦМВ глобулінів (цитотект), які безпечні й дають більш виражений клінічний ефект.

У жінок із обтяженим акушерським анамнезом та діагностованою ЦМВІ слід проводити курси імунокоригуючої терапії поза вагітністю [27, 40, 58, 61]. Є досвід ефективного застосування левамізолу й тактівіну [53].

Важливим є питання про збереження та переривання вагітності у жінок, інфікованих вірусом цитомегалії. І.І.Мавров і співавт. [20] вважають, що при виявленні у вагітної ЦМВ в ранні строки гестації (особливо при обтяженому акушерському анамнезі) слід перервати вагітність у зв'язку з ризиком народження хворої дитини. Однак, як вважає більшість авторів [46, 54, 74], дане питання слід вирішувати на основі динамічного спостереження з використанням ультразвукової діагностики стану внутрішньоутробного плоду (вади розвитку), пренатального виявлення антиЦМВ Ig M в амніотичній рідині (можливий псевдонегативний діагноз при невеликому часовому інтервалі від початку інфекційного процесу).

На думку вітчизняних та зарубіжних авторів [5, 77, 78], всім дітям, що народилися від матерів з ЦМВІ, необхідна рання специфічна терапія. О.О.Костюк [21] відзначає високу ефективність реаферону в лікуванні новонароджених, рекомендують також призначення специфічних антиЦМВ глобулінів [5, 77]. Діти, народжені від матерів з ЦМВІ, потребують тривалого, динамічного спостереження навіть при відсутності ознак ЦМВ-захворювання [20, 46, 55].

Таким чином, представлені дані вітчизняної та зарубіжної літератури свідчать, що жінки з ЦМВІ складають групу високого ризику розвитку акушерської та перинатальної патології. На сьогодні відсутня єдина концепція ведення вагітності, пологів у жінок та неонатального періоду у дітей, інфікованих вірусом цитомегалії. Актуальною залишається розробка спеціальних діагностичних та лікувально-профілактичних заходів з метою зменшення частоти акушерських та перинатальних ускладнень в цій групі вагітних.

ЛІТЕРАТУРА

1. Баев О.Р., Стрижаков А.Н. Резидентная флора генитального тракта и этиология инфекционных осложнений беременности и послеродового периода // Акуш.и гинекол. – 1997. –№6. –С.3-7.
2. Балуянц Э.С. Воспалительные заболевания уrogenиталий, обусловленные вирусами // Мед. ж-л Узбекист. –1988. –№6. –С.30-37.
3. Бузрукова Н.Д. Роль цитомегаловируса при внутриутробной патологии новорожденных детей // Здравоохр. Таджикистана. – 1990. –№6. –С.20-23.
4. Варганян Р.В., Моргунов К.В., Кетиладзе Е.С. и др. Клинико-иммуноцитологические особенности смешанной цитомегаловирусной и респираторной вирусной инфекции у детей раннего возраста //Педиатрия. – 1988. –№9. – С.15-19.
5. Веденева Г.Н., Фоменко Б.А., Евсюкова И.И., Сельков С.А. Состояние и последующее развитие

- новорожденных детей от матерей с ЦМВИ // Росс. вестн. перинатол. и педиатрии. – 1997. –Т.42, №3. –С.25-29.
6. Виноград Н.О. Микробиологічні і вірусологічні аспекти лабораторної діагностики та інтерферонотерапії генітальних інфекцій: Автореф. дис... д-ра.мед.наук. –К., 1995. –37 с.
7. Владимирова Н.Ю., Когут Е.П., Наговицина Е.Б. и др. Роль генитальной вирусной инфекции в привычном невынашивании беременности // Акуш.и гинекол. – 1997. –№6. –С.23-25.
8. Грибань А.Н. Влияние инфекционно-воспалительных заболеваний матери на развитие плода: Автореф. дисс. ... канд.мед.наук. М., 1990. –23 с.
9. Демидова А.В., Чарный А.М. Цитомегаловирусная инфекция у взрослых // Клини. хирург. – 1988. –Т.66, №8. – С.48-53.
10. Денисова М.Ф., Нетреба Н.І., Лисяня Т.А. та ін. Інфікованість ЦМВ дітей з гастроентерологічними захворюваннями // ПАГ. – 1995. –№1. –С.12-14.
11. Долгина Е.Н. Мононуклеозоподобный синдром цитомегаловирусной этиологии у ребенка раннего возраста // Педиатрия. – 1996. –№1. –С.88-89.
12. Дурова А.А., Симакова М.Г., Смирнова В.С. Этиология и патогенез внутриутробной инфекции // Акуш.и гинекол. – 1995. –№6. –С.9-12.
13. Жибурт Е.Б., Серебряная Н.Б., Каткова И.В. и др. О механизмах активации ЦМВИ // Терапевтический архив. – 1997. –Т.69, №11. –С.40-41.
14. Катоніна С.П., Костюк О.О., Антоненко С.В. Особливості клінічного стану новонароджених з перинатальним інфікуванням цитомегаловірусом // Матеріали междунар. науч.-практ. конф. «Клинические и морфологические критерии перинатальной патологии». –Донецк, 1994. –С.58-59.
15. Катонина С.П., Костюк О.О. Роль вируса цитомегалии в формировании повреждений ЦНС у новорожденных // Вестн. психоневрол. – 1997. –№9. –С.56-59.
16. Катоніна С.П., Шунько Е.Е, Костюк О.О. та ін. Роль ЦМВИ у патології новонароджених // ПАГ. – 1995. –№5. – С.22-24.
17. Катоніна С.П., Шунько Е.Е. Сучасні клінічні, вірусологічні, імунологічні аспекти перинатальної патології // ПАГ. – 1995. –№1. –С.15-17.
18. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий.: Р-во для врача. –М.: Авиценна, ЮНИТИ, 1995. –317с.
19. Коломійцева А.Г., Гордієнко О.В. Урогенітальна інфекція при вагітності і прогнозування невиношування // ПАГ. – 1992. –№4. –С.33-35.
20. Контактные инфекции, передающиеся половым путем /Под ред.И.И.Маврова. –К.: Здоровье, 1989. –384с.
21. Костюк О.О. Особливості постнатальної адаптації та імунітету у немовлят, народжених від матерів, інфікованих вірусами простого герпесу та цитомегалії: Автореф. дис... канд.мед.наук. –К., 1997. –27с.
22. Кузьмичев Л.Н. Роль TORCH-инфекции в программе экстракорпорального оплодотворения и переноса эмбрионов // Акуш.и гинекол. – 1988. –№1. –С.16-19.
23. Кулаков В.И., Вихляева Е.М. Инфекционная патология репродуктивной системы женщины // Акуш.и гинекол. – 1995. –№4. –С.3-6.
24. Лаврова Д.Б., Самсыгина Г.А., Михайлов А.В. Этиология и показатели высокого риска внутриутробного инфицирования плода // Педиатрия. – 1997. –№3. –С.94-99.
25. Мартынова В.Н., Фарбер Н.А., Демидова С.А. и др. Действие ацикловира на цитомегаловирус в культуре ткани и при хронической инфекции у женщин //Вопр.вирусол. –1988. –Т.33, №1. –С.44-48.
26. Мартынова В.Н., Лазарева Е.Б., Ермакова Г.Л. и др. Состояние иммунитета у больных гемобластомами при цитомегаловирусной инфекции // Гематол.и трансфуз. – 1988. –Т.33, №4. –С.18-20.
27. Матвеева Н.К. Особенности состояния иммунной системы у женщин с воспалительными заболеваниями гениталий хламидийной и вирусной этиологии // Акуш.и гинекол. – 1995. –№1. –С.45-48.
28. Махова Н.М., Тюнников Г.И., Чепурнов А.А. и др. Выделение и характеристика региональных штаммов цитомегаловируса //Вопр.вирусол. –1997. – №2. –С.86-88.
29. Мирошникова Т.С., Иотенко Б.А. Некоторые современные проблемы инфектологии в акушерстве и гинекологии // Мед.-соц. пробл.семьи. – 1996. –Т.1, №1. –С.97-102.
30. Нисевич Л.Л., Бахмут Е.В., Королькова Е.Л. К вопросу о диагностике внутриутробной инфекции у новорожденных // Акуш.и гинекол. – 1998. –№3. –С.16-20.
31. Пашенко Д.Ф., Баранова Г.М. Цитомегаловирусная инфекция у детей //Здравоохр. Таджикист. –1989. –№2.– С.41-45.
32. Пирогова В.І. Проблема генітальних сексуально-трансмісивних інфекцій в акушерстві та гінекології // ПАГ. – 1995. –№3. –С.43-44.
33. Покрышко С.В. Влияние инфекции на течение беременности и послеродового периода // Врач.практика. –1997. –№5. –С.35-36.
34. Радзинский В.Е., Чистякова М.Б. TORCH-комплекс и его роль в перинатологии // Акуш.и гинекол. – 1992. –№1. –С.4-7.
35. Раисова А.Г. Внутриутробная инфекция // Клинист. –1995. –№1. –С.52-58.
36. Ромаева В.П, Завадская В.П. Перинатальная диагностика инфицированности плода // Вопр.репродуктологии.:Тр. ХМИ. –Харьков, 1990. –С.45-49.
37. Рыбалка А.Н., Вдовиченко Ю.П., Лапка Г.К., Пиресь И.В. Возможности прогнозирования и диагностики интраамниальной инфекции // Акуш.и гинекол. – 1993. –№3. –С.9-12.
38. Самохин П.А., Романенко В.А. Клинико-морфологическая характеристика семейства болезней у детей: цитомегалии, ятрогенного тетауризмоза и сепсиса // Педиатрия. – 1990. –№3. –С.32-36.
39. Самсыгина Г.А., Буслаева Г.Н. Непокульчицкая Н.В., Гайворонская Н.Б. Гематологические изменения при внутриутробных инфекциях // Педиатрия. – 1996. –№1. –С.22-25.

40. Самсыгина Г.А. Современные проблемы внутриутробных инфекций // Педиатрия. – 1997. –№5. –С.34-35.
41. Серов В.Н., Манухин И.Б., Кузьмин В.Н. ЦМВИ патология беременности и плода // Акуш.и гинекол. – 1997. – №6. –С.16-20.
42. Сидельникова В.М., Слепцова С.И., Чаклин А.В. Роль инфекции в невынашивании беременности // Акуш.и гинекол. – 1988. –№2. –С.3-5.
43. Сидорова И.С., Макаров И.О., Сидоров А.А. и др. Особенности течения беременности и исходы родов при внутриутробном инфицировании плода //Росс.вестн.перин. и педиатр. –1997. –Т.42., №1. –С.15-21.
44. Симакова М.Г., Смирнова В.С., Дурова А.А., Овечко-Филиппова Л.Н. Клиника, диагностика и лечение внутриутробной инфекции // Акуш.и гинекол. – 1995. –№4. –С.7-10.
45. Скурник А.Р. Цитомегаловирусная инфекция у женщин с привычным невынашиванием беременности: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –М., 1993. –20с.
46. Сметник В.П., Тумилович Л.Г. Неоперативная гинекология. С. –Пб. Сотис, 1995. –201 с.
47. Сміян І.С. Походження, диференційна діагностика і терапія жовтяниць новонароджених // ПАГ. – 1998. –№3. – С.5-12.
48. Тарапурова О.М. Пренатальна діагностика та ведення вагітності у жінок групи високого ризику по утробній інфекції: Автореф. дис. ... канд.мед.наук. –К., 1995. –25с.
49. Тареева Т.Г., Федорова М.Г., Ткачева И.И. Патогенез, диагностика и лечение внутриутробной инфекции // Вестн.росс.ассоц.акуш.-гинекол. –1994. –№1. –С.85-91.
50. Тер-Галстян А.А., Гофман Э.Л., Сипунова Л.А. и др. Сепсис новорожденного. Внутриутробные инфекции новорожденных. Некоторые аспекты ВИЧ-инфекции. СПИД у детей. –Львов, «Оксарт», 1996. –207с.
51. Тюкавкин В.В., Дубов А.В., Кулаков А.В., Цимбаленко С.В. Метод цитологической экспресс-диагностики цитомегаловирусной инфекции у беременных // Лаб.дело. –1989. –№4. –С.41-43.
52. Ушакова Н.Г., Такташев Р.А., Епинетова Е.Н., Касаткина Н.В. Гематологические изменения при цитомегаловирусной инфекции у детей //Педиатрия. – 1996. –№1. –С.91-93.
53. Фарбер Н.А., Савицкий Г.И., Мартынова В.Н. и др. Клинико-иммунологические особенности ЦМВИ у беременных при разных методах лечения //Акуш.и гинекол. – 1990. –№8. –С.73-75.
54. Фарбер Н.А. ЦМВИ и беременность //Акуш.и гинекол. – 1989. –№12. –С.3-6.
55. Федорова М.В., Тареева Т.Г. Диагностика и терапия внутриутробной инфекции //Росс.мед.журн. –1997. –№3. – С.27-30.
56. Фролова О.Г. Медико-социальные аспекты проблемы репродуктивного здоровья женщин //Вестн.Росс.АМН. – 1997. –№2. –С.7-9.
57. Фукс М.А., Грибань А.Н. Ультразвуковая диагностика у беременных группы риска по внутриутробному инфицированию //Акуш.и гинекол. – 1991. –№8. –С.37-40.
58. Хахалин Л.Н. Успехи и проблемы современной терапии герпесвирусных инфекций //Тер.архив. –1997. –Т.69, №11. –С.81-86.
59. Ходак Л.А., Навет Т.И. Врожденная ЦМВИ с поражением головного мозга у ребенка 5 месяцев //Педиатрия. – 1997. –№3. –С.101-102.
60. Ходак Л.А., Смілянська М.В., Навет Т.І. та ін. Корчі у дітей раннього віку як прояв ЦМВИ в екологічно несприятливих умовах // ПАГ. –1996. –№3. –С.19-21.
61. Ходак Л.А. ЦМВИ у дітей //Харьк.мед.журн. –1997. –№1. –С.44-46.
62. Цинзерлинг А.В., Шастина Г.В. Значение инфекционных заболеваний плода и новорожденного в перинатальной патологии // Вопр.охр.матер.и детст. –1988. –Т.33, №4. –С.34-38.
63. Цинзерлинг А.В., Васильева Г.Г., Индикова М.Г., Попов С.Д. О взаимоотношении цитомегаловирусной инфекции и иммунодефицита // Архив патол. –1990. –Т.52. –Вып.7. –С.16-20.
64. Цинзерлинг А.В. Современные инфекции. Патологическая анатомия и вопросы патогенеза. С.–Петербург, «Сотис», 1993. –362с.
65. Чабашвілі А.Ф., Вдовиченко Ю.П., Мельник О.В., Тарашвілі А.Г. Етіопатогенез та діагностика інтраамніальної інфекції у сучасному акушерстві //ПАГ. –1997. –№4. –С.90-92.
66. Чаплыгина Н.М., Кицак В.Я. Современные методы диагностики врожденной вирусной инфекции// Росс.вестн.перин.и педиатр. –1996. –Т.41, №1. –С.31-36.
67. Чешик С.Г., Малышев Н.А., Досев Л.Д. и др. Внутриутробное инфицирование плода вирусом цитомегалии и субклиническая форма инфекции у новорожденных // Росс.вестн.перин. и педиатр. –1995. –Т.40, №2. –С.20-22.
68. Чуприна В.А. Состояние фетоплацентарного комплекса у беременных женщин с ЦМВИ по данным эхографии / Ультразвуковая перинатальна діагностика. –Харків, 1995. –С.47-50.
69. Шабалина Н.В., Длин В.В., Горчакова Л.Н. Роль герпесвирусной инфекции в развитии гломерулонефрита // Росс.вестн.перин. и педиатр. –1996. –Т.41, №4. –С.28-35.
70. Шабалов Н.П. Неонатология. Т.2. С.–Петербург, Специальная литература, 1997. –552 с.
71. Andrews W.W., Goldenberg R.L., Hauth J.C. Preterm labor: emerging role of genital tract infections // Infect. Agents Dis. –1996. –V.4, №4. –P.196-211.
72. Doerr H.W. Cytomegalovirus infection in pregnancy // J.Virol.Meth. –1987. –V.17, №1-2. –P.127-132.
73. Rayner B.D. Cytomegalovirus infection in pregnancy //Semin. Perinat. –1993. –V.17, №6. –P.394-402.
74. Revello M.G., Percivalle E., Baldanti F. et al. Prenatal treatment of congenital human cytomegalovirus infection by fetal intravascular administration of ganciclovir // Clin. Diagn. Virol. –1993. –V.1. –P.61-67.
75. Richard J.W., Graham D. Antiviral therapy: present approaches, clinical needs and drug development strategies // Reviews in Contemporary Pharmacotherapy. –1996. –V.7, №2. –P.91-103.
76. Simkin P., Whalley J., Kepler A. Pregnancy, Childbirth and the Newborn. N.York: Meadowbrook Press. –1993. –312 p.
77. Snyder D.R. Cytomegalovirus immunoglobulin in the prevention and treatment of cytomegalovirus disease//

Review.Infec.Diseases. –1990.–V.12, №7. –P.830-848.

78. Stagno S., Whitley R.J. Herpes virus infection of pregnancy. Part I: Cytomegalovirus and Epstein-Barr virus infections // N.Engl.J.Med. –1985. –V.313, №20. –P.1270-1274.

79. Stray-Pedersen B. New Aspects of Perinatal Infections // Ann.Med. –1993. –V.25, №23. –P.295-300.

SUMMARY

OBSTETRICAL AND PERINATOLOGICAL ASPECTS OF CYTOMEGALOVIRUS INFECTION

V.A.Maiyar, O.O. Korchynska, I.I.Rozumyk

The analysis of domestic and foreign literature discovers the problem of CMV-infection in obstetrics and perinatology as an actual and unsolved one. Investigation of this issue is of a great interest not only for scientists but practical obstetricians as well.

Key words: pregnancy, delivery, foetus, newborn, cytomegalovirus.