

Тернопільський державний медичний університет ім. І.Я. Горбачевського
Інститут епідеміології та інфекційних хвороб
ім. Л.В. Громашевського АМН України
Академія наук вищої школи України
Тернопільський науково-дослідний інститут "Проблеми людини"
Представництво ООН в Україні

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

НАУКОВО-ПРАКТИЧНИЙ
МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

I.Y. Horbachevsky Ternopil State Medical University
L.V. Gromashevsky Kyiv Epidemiology and
Infection Diseases Institute AMS of Ukraine
Ukrainian Higher School Sciences Academy
Institute of Social Research «Human Problems»
United Nations Office in Ukraine

INFECTIOUS DISEASES

1'2006

SCIENTIFIC PRACTICAL
MEDICAL JOURNAL

ТЕРНОПІЛЬ

ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ

Головний редактор **М.А. Андрейчин**

РЕДАКЦІЙНА КОЛЕГІЯ:

Н.А. Васильєва,
Ж.І. Возіанова,
Д. Гарднер,
О.Л. Івахів,
Л.Я. Ковальчук,
В.Г. Коляденко,
В.С. Копча (відповідальний секретар),
В.Ф. Марієвський,
О.П. Сельнікова,
І.О. Ситник (заступник головного редактора),
І.С. Сміян,
А.Ф. Фролов,
В.Г. Шлопов,
А.М. Щербінська,
О.О. Ярош.

РЕДАКЦІЙНА РАДА:

І.В. Богадельніков (Сімферополь),
Л.С. Бондарєв (Донецьк),
Н.О. Виноград (Львів),
А.Д. Вовк (Київ),
Ю.Л. Волянський (Харків),
В. Гальота (Бидгощ, Польща),
В.В. Гебеш (Київ),
Л.Л. Громашевська (Київ),
А.Л. Гураль (Київ),
О.В. Деміховська (Росток, Німеччина),
Б.М. Дикий (Івано-Франківськ),
В.А. Кириленко (Вінниця),
Д.Ф. Кириченко (Вінниця),
С.І. Климнюк (Тернопіль),
В.М. Козько (Харків),
А.І. Комарова (Тернопіль),
С.О. Крамарєв (Київ),
А. Лайшконіс (Каунас, Литва),
В. Магдзік (Варшава, Польща),
В.П. Малий (Харків),
А.М. Михайлова (Одеса),
А.І. Мостюк (Львів),
Е.І. Мусабаєв (Ташкент, Узбекистан),
Є.В. Нікітін (Одеса),
Г.К. Палій (Вінниця),
В.І. Покровський (Москва, Росія),
Ж.О. Ребенок (Мінськ, Білорусія),
А.О. Руденко (Київ),
А.М. Сокол (Чернівці),
М.С. Сурєменко (Дніпропетровськ),
М.Б. Тітов (Львів),
В.М. Фролов (Луганськ),
Л.А. Ходак (Харків),
В.П. Широбоков (Київ).

Науково-практичний медичний журнал

Виходить з 1995 року
щоквартально

Свідоцтво про державну реєстрацію КВ № 1059,
видане державним комітетом України у спра-
вах видавництва, поліграфії та книгорозповсю-
дження 11.11.1994 р.

Відповідно до постанови президії ВАК України
від 9.06.99 р. № 1-05/7 журнал "Інфекційні хво-
роби" повторно внесений до переліку фахових
видань, в яких можуть публікуватися ре-
зультати дисертаційних робіт на здобуття нау-
кових ступенів кандидата і доктора наук у
галузі медицини та біології

АДРЕСА РЕДАКЦІЇ:

Журнал
"Інфекційні хвороби".
Медуніверситет.
Майдан Волі, 1
46001, м. Тернопіль,
УКРАЇНА

Тел.: (0352) 52-47-25.

E-mail: infecdis@ukr.net

infecdis@tdmu.edu.te.ua

Розповсюдження журналу
за передплатою.

Одержувач платежу Тернопільський
державний медичний університет;
код 02010830;
р/р 35224001000151 в
УДК в Тернопільській області;
МФО 838012.

Дизайн, верстка Андрій Пілат
Друк видавництво "УКРМЕДКНИГА"
Майдан Волі, 1
46001, м. Тернопіль,
УКРАЇНА

Видання журналу рекомендоване
вченою радою Тернопільського
державного медичного університету
ім. І.Я. Горбачевського
(протокол № 12 від 7.03.2006 р.).

Підписано до друку 10.03.2006 р.

За зміст рекламних матеріалів
відповідальність несе рекламодавець.
При передруці або відтворенні повністю
чи частково матеріалів журналу
"ІНФЕКЦІЙНІ ХВОРОБИ"
поширення на журнал обов'язкове.

© Коханевич Є.В., Чернишова Л.І., Міцода Р.М., Самарін Д.В., 2006
УДК 618.2+618.4+618.6]-06:616.36-002-022

Є.В. Коханевич, Л.І. Чернишова, Р.М. Міцода, Д.В. Самарін ВАГІТНІСТЬ У ЖІНОК З ВІРУСНИМИ ГЕПАТИТАМИ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Перебіг вагітності у жінок, у яких під час гестації маніфестують гепатити А, В та С, найчастіше супроводжується підвищеним ризиком самовільного переривання, зростанням числа ранніх токсикозів, анемії та збільшенням числа пієлітів вагітних.

Незважаючи на досягнення медицини та постійне впровадження нових медичних технологій у практику з метою контролю над інфекційними процесами, вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [1-4].

Захворюваність на гепатит А (ГА) сягає 250 випадків на 100 тис. населення в рік у Європейських країнах [5]. Кількість інфікованих гепатитом В (ГВ) має значні географічні коливання – від 0,3-0,5 % серед мешканців Німеччини носійства HBsAg до 30 % у тропічних країнах [4, 6]. На сьогодні у світі 1 млрд інфікованих та 350 млн носіїв вірусу ГВ, які є постійним резервуаром та джерелом збудника [5, 7]. Стосовно гепатиту С (ГС), то він є найбільш розповсюдженою хворобою печінки у світі – носіями його збудника є від 150 до 500 млн землян [8].

Дані про вплив ГА на перебіг вагітності неоднозначні. Частина дослідників вказує на підвищення ризику передчасного її переривання [4], інші ж наголошують на несуттєвості і навіть відсутності впливу [9]. У свою чергу, ГВ є реальною загрозою для життя жінки, плода та новонародженого. Погіршення стану у другій половині вагітності може ускладнитися гострою печінковою недостатністю з енцефалопатією та комою, з високою летальністю (летальність поза вагітністю досягає 0,4-2 %, у вагітних – у 3 рази вища) [1, 3, 10]. При вагітності ГС, як і ГА, особливого впливу на перебіг гестаційного процесу не мають [11, 12], хоча з цим твердженням згодні не всі науковці [13].

Спалахи ГА в Україні та загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності на ГВ та ГС підтверджують необхідність подальшого вивчення впливу гепатитів А, В та С на перебіг вагітності у жінок, що перенесли запалення печінки під час гестації.

Мета дослідження – простежити перебіг вагітності у жінок, в яких під час гестації маніфестували гепатити А, В та С, для прогнозування акушерських ускладнень і запобігання їм.

Матеріали і методи

Проведений аналіз вагітностей у жінок, хворих на ГА (50 випадків), ГВ (43) та ГС (20), які народжували на базі полового будинку № 4 Києва, і 100 вагітностей у жінок, які народжували у фізіологічному відділенні полового будинку Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у Київському пологовому будинку коливалася від 4,9 до 6,2 % при 1,9-2,9 % у фізіологічному відділенні в Ужгороді. Кількість пологів, завершених абдомінальним шляхом, була більшою у жінок з фізіологічного відділення – 12,0-18,0 при 8,4-11,5 % у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність була меншою серед роділь в Ужгороді – 7,4-9,0 при 10,6-14,6 % у Києві. Вагітні були розподілені на 4 групи: I – контрольну (КГ) – склали жінки, які в подальшому народжували в Ужгороді; II – порівняння (ГП) – вагітні, які перенесли ГА; III – ГП I – вагітні, у яких спостерігався ГВ; IV – ГП II – вагітні, хворі на ГС.

Групи були однорідними за віком, соціальним станом, певною мірою за спеціальністю (домогосподині або працювали за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживали у межах одного часового поясу та в умовах помірно-континентального клімату.

У 36 % випадків жінки перенесли ГА легкого ступеня та в 64 % – середнього. Стосовно терміну розпаду клінічної картини ГА, то до 10 тиж. вагітності зареєстровані 8 випадків, від 11 до 20 тиж. – 22; від 21 до 30 – 10 і також 10 випадків у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 6 на висоті пологів. Відповідно до терміну встановлення ГВ, то до 10 тиж. вагітності зареєстровано 4 випадки, від 11 до 20 – 21; від 21 до 30 – 12 і 6 випадків у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 5 на висоті пологів. У 2 випадках зареєстрована антенатальна загибель плода, що супроводжувала ГВ на висоті родів. У 25,6 % вагіт-

них ГВ супроводжувався легкими клінічними проявами, у 72,1 % – середньотяжкими та у 2,3 % – тяжкими. Стосовно ГС, то до 10 тиж. вагітності виявлений 1 випадок, від 11 до 20 – 4; від 21 до 30 – 12 і 3 випадки у терміні гестації від 31 до 40 тиж., з них 3 на висоті пологів. 50 % вагітних з реплікацією HCV перенесли гепатит легкого та середнього ступеня тяжкості.

У процесі роботи використовували наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, за потреби, сканування органів гепатобіліарної системи. Діагноз вірусного гепатиту встановлювали на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало біохімічні тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу та методом полімеразної ланцюгової реакції. Критерієм активної реплікації HBV було визначення в крові HBeAg.

Статистична обробка результатів клінічного спостереження проведена за допомогою пакетів програм *STATISTICA 5.0* та *Excel 5.0*. Для оцінки достовірності отриманих даних використані t-критерій Стьюдента, критерій Фішера та кореляційний аналіз.

Результати досліджень та їх обговорення

Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розбита на вікові інтервали, причому жінки молодші 17 та старші 35 років у дослідження не включалися.

У всіх вікових підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, що засвідчують числові дані (критерій Фішера наводиться у групах порівняння стосовно КГ) – ГП ($F=1,50$), ГП-I ($F=0,89$) та ГП-II ($F=1,22$). При визначенні кореляції між групами

порівняння та КГ (ГП=0,94; ГП-I=0,96; ГП-II=0,98) отримані результати свідчать про практичну лінійну залежність (ГП-I та ГП-II) та сильний ступінь лінійного зв'язку між параметрами (ГП).

При вивченні анамнезу встановлена тенденція до зростання числа артифіційних переривань вагітності у жінок з Києва – 14 % представниць КГ та 24 % ГП ($P > 0,05$), 25,6 % ГП-I ($P > 0,05$) при всього 1 випадку (5 %) у жінок, що перенесли ГС. Цікаво, що саме у ГП-II виявлене значне зростання відсотка самовільних викиднів в анамнезі – 75 % при 2 % у КГ ($P < 0,001$). На ерозію шийки матки страждало 10 % представниць ГП, за відсутності цієї патології в інших групах. У групах порівняння частіше виявлялися випадки апендектомії до гепатиту – 16 % у ГП ($P < 0,05$), 11,6 % у ГП-I ($P > 0,05$) та 5 % у ГП-II ($P > 0,05$) при 3 % у КГ. Випадки хронічного тонзиліту виявлялися тільки у групах порівняння – 8 % у ГП, 13,9 % у ГП-I та 15 % у ГП-II. Ускладнення вагітності жінок досліджуваних груп представлені у таблиці 1.

Відповідно до даних таблиці, встановлене зростання кількості загроз самовільного викидня – 38,0 % у ГП ($P < 0,05$), 39,5 % у ГП-I ($P < 0,05$) і 40,0 % у ГП-II ($P < 0,01$) при 20,0 % у КГ, пізнього самовільного викидня у ГП-I (37,2 та 14,0 % у КГ; $P < 0,01$) та загроз передчасних пологів у ГП-II (20 при 10% у КГ, $P < 0,01$), при тенденції до наростання частоти пізнього самовільного викидня у ГП (18 %, $P > 0,05$) та ГП-II (15 при 14 % у КГ, $P > 0,05$) і загроз передчасних пологів – 20 % у ГП ($P > 0,05$), 16,3 % у ГП ($P > 0,05$), і при 10 % у КГ.

Зареєстрована тенденція до наростання час-

Таблиця 1

Перебіг вагітності у жінок, в яких під час гестації діагностовано ВГ

Ускладнення вагітності	КГ		ГП		ГП-I		ГП-II	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Загроза самовільного викидня	20	20,0	19	38,0	17	39,5	8	40,0
Загроза пізнього самовільного викидня	14	14,0	9	18,0	16	37,2	3	15,0
Загроза передчасних пологів	10	10,0	10	20,0	7	16,3	4	20,0
Ранній токсикоз	6	6,0	8	16,0	5	11,6	2	10,0
Гестаційний набряк	4	4,0	1	2,0	3	6,9	1	5,0
Передекламсія I-II ст.	2	2,0	1	2,0	1	2,3	1	5,0
Пієлонефрит вагітних	-	-	1	2,0	4	9,3	-	-
Фетоплацентарна недостатність	11	11,0	4	8,0	7	16,3	3	15,0
Анемія	18	18,0	5	10,0	8	18,6	8	40,0
Нейроциркуляторні дистонії	6	6,0	10	20,0	1	2,3	1	5,0
ГРВІ	2	2,0	5	10,0	1	2,3	-	-
Наркоманія	-	-	-	-	1	2,3	1	5,0
Вагітність без ускладнень	36	36,0	-	-	-	-	-	-

тоти ранніх токсикозів – 16 % у ГП ($P>0,05$), 11,6 % у ГП-I ($P>0,05$) та 10 % у ГП-II ($P>0,05$) при 6 % у КГ та числа гестаційних набряків у ГП-I (6,9 %, $P>0,05$) та ГП-II (5 %, $P>0,05$) при 4 % у КГ. Передекламписі легкого та середнього ступеня ускладнювали перебіг вагітностей представниць досліджуваних груп майже з однаковою частотою, крім зростання показника у групі хворих на ГС – 5 % при 2 % у КГ ($P>0,05$). Пієлонефрит встановлено у 9,3 % жінок, що мали ГВ, та 2,0 % – ГА. Цієї недуги не було у представниць КГ та ГП-II.

Частота фетоплацентарної недостатності була незначно підвищена у породіль ГП-I (16,3 %, $P>0,05$) та ГП-II (15 %, $P>0,05$) при 11 % у КГ. Вірогідне зростання числа анемії виявлене тільки у жінок, які перенесли ГС – 48 та 18 % у КГ ($P<0,05$).

По одній представниці ГП-I та ГП-II мали наркоманію. У 36 % представниць Закарпаття вагітність перебігала без ускладнень.

Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для остаточного визначення впливу вірусів гепатитів А, В та С на перебіг вагітності, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення гестаційного процесу. Можливо, було б цікавим з практичного і наукового погляду провести порівняння перебігу вагітності з жінками, в яких на час гестації не було ознак реплікації збудників ВГ.

Висновки

1. Жінки, в яких під час вагітності розвивався ВГ, частіше страждають на хронічний тонзиліт, а наступленню вагітності передують більша кількість артифіційних переривань (ГА та ГВ) і самовільних викиднів (ГС).

2. Для перебігу вагітності у жінок, які мають ГА, характерне підвищення ризику самовільного викидня, зростання кількості випадків ранніх токсикозів і випадків гострих респіраторних захворювань.

3. Для жінок, які мали активну реплікацію HBV, типовими ускладненнями гестації є підвищення ризику самовільного переривання, числа гестаційних набряків, ранніх токсикозів, пієлонефритів вагітних, фетоплацентарної недостатності та анемії.

4. Найчастішими ускладненнями вагітності при ГС є загроза самовільного переривання, ранні токсикози та анемії.

Література

1. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2004. – 143 с.
2. Шехтман М.М. Острые вирусные гепатиты: перинатальные исходы // Акушерство и гинекология. – 2000. – № 4. – С. 3-5.
3. Acharya S.K., Panda S.K., Saxena A., Gupta S.D. Acute hepatic failure in India: a perspective from the East // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – V. 15, N 5. – P. 473-479.
4. Bryan J.P., Reyes L., Hakre S. et al. Epidemiology of acute hepatitis in the Stann Greek District of Belize, Central America // Am. J. Trop. Med. Hyg. – 2001. – V. 65, N 4. – P. 318-342.
5. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 424 с.
6. Renge R.L., Dani V.S., Chitambar S.D., Arankalle V.A. Vertical transmission of hepatitis A // Indian. J. Pediatr. – 2002. – V. 69, N 6. – P. 535-541.
7. Wathne K.O., Rojahn A. Hepatitis B in children diagnosis, follow-up and treatment // Tidsskr. Nor. Laegeforen. – 2002. – N 30. – P. 1984-1984.
8. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Топольницький В.С. Вірусні гепатити. – К.: Фенікс, 2002. – 296 с.
9. Chen D.S. Public health measures to control hepatitis B virus infection in the developing countries of the Asia-Pacific region // J. Gastroenterol. Hepatol. – 2000. – V. 15. – P. 7-10.
10. De Silvestri A., Avanzini M.A., Terulla V. et al. Decline of maternal hepatitis A virus antibody levels in infants // Acta Paediatr. – 2002. – V. 91, N 8. – P. 882-886.
11. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
12. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2002. – V. 81, N 2. – P. 99-103.
13. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter. Arkh. – 2000. – V. 72, N 10. – P. 46-49.

PREGNANCY OF WOMEN WITH VIRAL HEPATITES

Ye.V. Kokhanevych, L.I. Chernyshova, R.M. Mitsoda, D.V. Samarin

SUMMARY. *The pregnancy course of the women suffering from the viral hepatitis A, B and C with active replication most often resulted in the increase of the rate of miscarriage threat, increase the number of early toxemia, anemia and pyelitis of pregnant women.*