

ті та пологів, знизити перинатальну та ранню неонатальну захворюваність і смертність.

Висновки. 1. Враховуючи поліморфізм клінічних проявів ГІ у вагітних, переважання атипичних і латентних форм, для покращення її діагностики необхідно одночасно застосовувати різні лабораторні методи обстеження.

2. Метод ІФА з визначенням рівня специфічних Ig G може служити тільки скринінг-методом при обстеженні на ГІ.

3. Діагностичні рівні анти- Ig G до HSV не є критеріями активності інфекційного процесу, оскільки

реплікативні форми ГІ частіше спостерігаються у жінок з невисокими концентраціями в крові специфічних Ig G.

4. Достовірним лабораторним доказом активної реплікації вірусу є наявність ДНК в крові, тобто позитивні результати ПЛР.

5. Для вчасної діагностики первинної ГІ у вагітних доцільно використовувати тест на авідність Ig G, а для підтвердження латентної чи атипичної форми інфекції інформативним є виявлення вірусного антигену в цервікальному каналі й уретрі методом ППФ.

ЛІТЕРАТУРА

1. Вдовиченко Ю.П., Шадлун Д.Р., Глазков І.С. Особливості акушерської та перинатальної патології при герпетичній інфекції // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – №6. – С. 120-124.
2. Зайдієва З.С., Тютюнник В.Л., Орджоникідзе Н.В. Перинатальные аспекты герпетической инфекции // Акушерство и гинекология. – 1999. – №1. – С.4-8.
3. Кучма І.Ю. Використання сучасних методів дослідження для експрес-діагностики герпесвірусної інфекції у вагітних з обтяженим акушерським анамнезом // Інфекційні хвороби. – 1999. – №3. – С.46-47.
4. Марков І.С. Современная лабораторная диагностика TORCH – инфекций у женщин детородного возраста, беременных и детей // Здоровье женщины. – 2001. – №1. – С.61-67.
5. Никонов А., Асатурова О. Генитальный герпес и беременность // Врач. – 2002. – №8. – С.7-9.
6. Орджоникідзе Н.В., Тютюнник В.Л., Марченко Л.А. Генитальный герпес (этиология, патогенез, клиника, диагностика, планирование беременности) // Акушерство и гинекология. – 2001. – №3. – С.61-63.
7. Рожковська Н.М. Герпесвірусна інфекція у вагітних // Одеський медичний журнал. – 1998. – №2. – С.66-70.

SUMMARY

THE ESTIMATION OF SEROLOGIC AND VIRUSOLOGIC TESTS IN DIAGNOSIS OF HERPES GENITALIS IN PREGNANT WOMAN

G.B. Mateiko

86 pregnant women with herpetic infection were examined by means of serologic and virusologic methods. The obtained results prove the insufficient informativity of traditional serologic tests used for the diagnosis of various forms of herpes genitalis. The direct correlation between the height of diagnostic levels of specific IgG and the activity of infectious process has not been found out. The presence of specific IgM doesn't always, prove the replicational phase of infection, that is confirmed by positive results of PLR. The test of avidinity of anti-IgG for timely-diagnosis of the primary herpetic infection has been suggested, that will sufficiently decrease the risk of infecting of fetus.

Key words: herpetic infection, diagnosis, pregnant women.

УДК: 618.2 + 618.4 + 618.6] – 06: 616.36 – 002 – 022

ПЕРЕБІГ ПОЛОГІВ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕХВОРИЛИ НА ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В ДО ВАГІТНОСТІ

Міцода Р.М.

Ужгородський національний університет, факультет післядипломної освіти, кафедра охорони материнства та дитинства, м. Ужгород та Київська медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, кафедра акушерства, гінекології і репродуктології, м. Київ

Ключові слова: пологи, вірусний гепатит В, ускладнення.

Вступ. Кількість інфікованих вірусним гепатитом В має значні географічні коливання – від 0,3-0,5% населення Німеччини носійства HBsAg та до 30% у тропічних країнах [2, 6, 10]. На сьогодні у світі 1 млрд. інфікованих та 350 млн. чоловік носіїв вірусу гепатиту В, які є постійним резервуаром та джерелом інфекції вірусу [3, 11].

На дане захворювання щорічно страждають 50 млн. чоловік, з яких близько 2 млн. помирає від його наслідків. Цироз, викликаний вірусом гепатиту В, з часом приводить до раку печінки у 85% випадків. За даними ВООЗ, смертність від захворювань печінки у

найближчі 20 років у результаті широкого розповсюдження вірусного гепатиту В виросте в 2 рази [1]. Вірусний гепатит є однією з причин підвищення захворюваності та смертності [8]. В Індії вірусні гепатити складають 1,47% причин материнської смертності [9].

Щороку в США народжується 20 000 дітей у матері, що є носіями поверхневого антигену. Без профілактики гепатиту 30% з них мають шанс хронізації захворювання та 25% ризик померти від цирозу або раку печінки в дорослому віці [7].

Вірусний гепатит В є реальною загрозою для життя жінки, плода та новонародженого. Погіршення ста-

ну у другій половині вагітності може ускладнитися гострою печінковою недостатністю з енцефалопатією та комою, з високою летальністю (летальність поза вагітністю складає 0,4-2%, у вагітних у 3 рази вище) [4, 5].

Саме тому, вивчення впливу вірусного гепатиту В на перебіг пологів у жінок, що перенесли дане гостре запалення печінки до вагітності, є актуальним.

Мета дослідження: простежити перебіг пологів у жінок, які перехворіли на вірусний гепатит В до вагітності, з метою оптимізації тактики ведення родів.

Для досягнення поставленої мети були визначені наступні завдання:

– вивчити перебіг пологів у жінок контрольної групи;

– дослідити перебіг родів у жінок, що хворіли на гострий вірусний гепатит В до вагітності.

Матеріали та методи дослідження: проведений аналіз перебігу 100 пологів у жінок, що хворіли в анамнезі на вірусний гепатит В та в подальшому народжували на базі пологового будинку № 4 міста Київ, і 100 родів у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку міста Ужгород. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у пологовому будинку № 4 міста Київ

коливалася від 4,9% до 6,2%, при 1,9% – 2,9% у фізіологічному відділенні пологового будинку міста Ужгород. Цікаво, що кількість пологів завершених оперативним абдомінальним шляхом була більшою у жінок з фізіологічного відділення – 12%-18%, при 8,4% – 11,5% у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність зареєстрована меншою у породіль у місті Ужгород – 7,4-9 %, при 10,6-14,6% в обсерваційному пологовому будинку міста Київ.

Роділлі були розподілені на 2 групи:

I – контрольну (КГ) – склали жінки, що народжували у фізіологічному відділенні;

II – групу порівняння (ГП) – склали роділлі, що перехворіли на вірусний гепатит В до настання вагітності.

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження: клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, при потребі, сканування органів гепато-біліарної системи.

У жінок, що перехворіли на вірусний гепатит В, значна увага зверталася на рівні білірубіну, аланінамінотрансферази, аспаратамінотрансферази, показників загального білка, білкових фракцій та коагулограми. Стан плаценти у випадку фетоплацентарної недостатності верифікувався гістологічне після пологів.

Результати та їх обговорення. Віковий склад жінок представлений на рисунку 1:

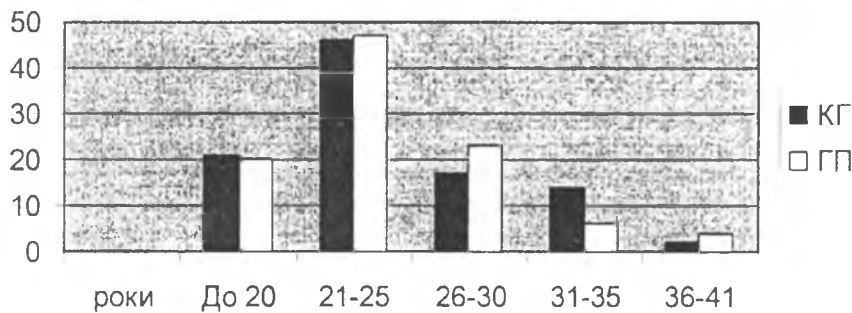


Рис. 1. Віковий склад жінок

Результати, що представлені на рисунку 1, свідчать про однорідність досліджуваних груп – 84% жінок віком до 30 років у контрольній групі та 90% по породіль цієї ж вікової категорії у групі порівняння.

Терміни від захворювання на гострий вірусний гепатит В до настання вагітності були наступними: до одного року – 19 випадків; від 1 до 2 років – 48 випадків; від 3 до 5 років – 27 випадків та від 6 до 10 років – 6 випадків. Тобто, основна маса жінок хворіла на гострий вірусний гепатит В за 2 роки до вагітності.

Співвідношення впершенароджуючих до повторнонароджуючих складало 65% до 35% у контрольній групі, при 78% до 22% у групі порівняння. Якщо кількість вікових впершенароджуючих була майже однаковою в обох групах – 4 та 5 випадків відповідно, то юними впершенароджуючими були 4 роділлі після вірусного гепатиту В та 1 представниця контрольної групи.

Результати аналізу пологів представлені у вигляді таблиці 1:

Таблиця 1

Перебіг пологів у жінок досліджуваних груп

Нозологічна форма	КГ		ГП	
	п	%	п	%
1	2	3	4	5
Швидкі пологи	2	2	8	8
Переношена вагітність	6	6	2	2
Первинна слабкість РД	3	3	1	1
Вторинна слабкість РД	1	1	7	7

1	2	3	4	5
Неефективність родозбудження	2	2	4	4
Родопідсилення	4	4	7	7
Родозбудження	14	14	11	11
Дородове злиття навколоплідних вод	18	18	21	21
Раннє злиття навколоплідних вод	19	19	36	36
Великий плід	6	6	14	14
Передеклампися I-II ст.	2	2	4	4
Обвиття пуповини навколо шиї плода	28	28	1	1
Коротка пуповина	5	5	-	-
Кесарів розтин	9	9	9	9
Акушерські щипці	-	-	2	2
Епізіо- та перінеотомії	36	36	41	41
Розриви родових шляхів	6	6	12	12
Щільне прикріплення плаценти	2	2	2	2
Дефект плаценти або оболонки	4	4	6	6
Ручне відділення та видалення плаценти	3	3	2	2
Ручна ревізія порожнини матки	5	5	2	2
Інструментальна ревізія порожнини матки	2	2	6	6
Гіпотонія матки	4	4	1	1

Згідно з результатами таблиці, нами констатоване чотирикратне зростання кількості швидких пологів у групі порівняння (8% проти 2%), при триразовому переважанні випадків переносування вагітності в контрольній групі (6% проти 2%).

У жінок групи порівняння наявне достовірне трикратне зменшення кількості випадків первинної слабості родової – 1% проти 3% у контрольній групі та семикратне переважання вторинної слабості родових сил – 7% проти 1%. Відповідно до цього збережене зростання кількості випадків родопідсилення – 7% у жінок, що перехворіли на вірусний гепатит та 4% у представниць контрольної групи при переважанні чисельності родозбудження у жінок з фізіологічного відділення. У свою чергу, неефективним було родозбудження у 4 породіль із групи порівняння та 2 представниць контрольної групи.

Стосовно дородового та раннього злиття навколоплідних вод, то нами виявлене збільшення кількості даного ускладнення у жінок після вірусного гепатиту, ніж у породіль контрольної групи – 21 випадок проти 18 та 36 випадків проти 19. Тривалість безводного проміжку до 2 годин супроводжувала 54% родів у жінок фізіологічного відділення та тільки 35% пологів у породіль з обсерваційного пологового будинку. При переважанні тривалості безводних проміжків від 2 до 5 годин (37 випадків) та від 5 до 10 годин (23 випадки) у групі порівняння, виявлено тільки 16% і 19%

також інтервалів у пологах жінок, що народжували в місті Ужгород.

Як і у випадку з жінками, що перехворіли на вірусний гепатит А до вагітності, у групі порівняння наявне переважання кількості великовагових плодів – 14 проти 6 випадків у контрольній групі. Цікавим, на наш погляд, є той факт, що обвиття пуповини навколо шиї новонародженого ускладнило перебіг 28% пологів жінок з фізіологічного відділення та тільки у 1 пологи у породіль зі столиці України.

Якщо кількість завершення пологів оперативно абдомінальним шляхом є однаковою в обох групах – по 9 випадків, то акушерськими щипцями закінчилися тільки 2 пологи у породіль з групи порівняння. Епізіо- та перінеотомії супроводжували 36 пологів у породіль контрольної групи та 41 пологи у жінок з обсерваційного відділення, що узгоджується з більшою кількістю великовагових плодів саме в цій групі. Розриви родових шляхів у два рази частіше ускладнювали пологи у групі порівняння – 12 випадків, проти 6 випадків у групі жінок з інфекційно не обтяженим соматичним анамнезом.

Якщо щільним прикріпленням плаценти ускладнилися по двоє пологів в обох групах, то дефекти плацентарної тканини та оболонки частіше зустрічалися у представниць групи порівняння – 6 випадків проти 4. Ручним відділенням та видаленням плаценти супроводжувалося 3 пологи у контрольній групі та 2 родів у обсерваційному відділення. Більша кількість

випадків ручних відділень та видалень плаценти над кількістю щільного прикріплення плаценти пояснюється спазмування вічка матки в одному випадку, при відсутності щільного прикріплення посліду до стінок матки.

Якщо ручною ревізією порожнини матки частіше користувалися в місті Ужгород – 5 випадків проти 2, то інструментальною ревізією порожнини матки в три рази частіше супроводжувалися пологи жінок з обсерваційного відділення – 6 випадків проти 2.

Кровотрата в родах була більшою у жінок після гострого вірусного гепатиту В. Так, 81% пологів у контрольній групі закінчився кровотратою до 250 мл., при 47% у суміжній групі дослідження. У свою чергу кровотрата від 251 до 500 мл. констатована під час 41 пологів в обсерваційному відділенні та тільки 7 пологах у фізіологічному.

Висновки. Пологи у жінок, що перехворіли на гострий вірусний гепатит В до вагітності супроводжуються:

- чотирикратним зростанням величини швидких пологів;
- семиразовим зростанням вторинної слабості родової діяльності;
- збільшенням кількості випадків дородового та раннього злиття навколоплідних вод;
- підвищенням ризиком народження плода з великою масою тіла;
- дворазовим зростанням кількості розривів родових шляхів;
- трикратним збільшенням ускладнення пологів інструментальною ревізією порожнини матки;
- збільшенням тривалості безводних проміжків;
- зростанням величини кровотрати.

Отже, при веденні пологів у жінок, що перехворіли на вірусний гепатит В лікар повинен звернути особливу увагу на підвищений ризик вторинного сповільнення родових сил при тенденції отримання великоговагого плода і тільки активне ведення родів в такій ситуації дозволить попередити розвиток ускладнень як у матері, так і в новонародженого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Козлова В.И., Пухнер А.Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2003. – 440 с.
2. Майер К.-П. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. – М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. – 424 с.
3. Шехтман М.М. Острые вирусные гепатиты: перинатальные исходы // Акушерство и гинекология – 2000. – №4. – С. 3-5.
4. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
5. 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.-Vol 5. № 15. - P.473-479.
6. 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.-№ 15. - P. 7-10.
7. Euler G.L., Copeland J.R., Rangel M.C., Williams W.W. Antibody response to postexposure prophylaxis in infants born to hepatitis B surface antigen-positive women // Pediatr Infect Dis J.-2003.-Vol.2, № 22. - P. 123-129.
8. Figueiredo A.S., Cruz A.S. Viral hepatitis and pregnancy // Acta Med Port.-2002.-Vol.3, № 15. - P. 203-209.
9. Majhi A.K., Mondal A., Mukherjee G.G. Safe motherhood – a long way to achieve // J Indian Med Assoc.-2001.-Vol.3, № 99 - P. 132-137.
10. Van Steenberghe J.E., Leentvaar-Kuijpers A., Baayen D., Dukers H.T., van Doornum G.J., van den Hoek J.A., Coutinho R.A. Evaluation of the hepatitis B antenatal screening and neonatal immunization program in Amsterdam, 1993-1998 // Vaccine.-2001 - Vol.1-2, № 20. – P. 7-11.
11. Wathne K.O., Rojahn A. Hepatitis B in children diagnosis, follow-up and treatment // Tidsskr Nor Laegeforen -2002.-№ 30 – P 1984-1994.

SUMMARY

THE LABOR IN THE WOMEN WHICH HAD ACUTE VIRUS HEPATITIS B BEFORE GESTATION

Micoda R.M.

Analysis of the delivery of the women which had virus hepatitis B before gestation was carried out. It was shown the increase of the rate of danger of the secondary powerless labor, early rupture of amniotic fluid sac and rapid delivery are in this group.

Key words: confinement, viral hepatitis B, complications.

УДК 618.11-006-055.23-07-08

ПІДВИЩЕННЯ ЕФЕКТИВНОСТІ ДІАГНОСТИКИ І ЛІКУВАННЯ ПУХЛИН ЯЄЧНИКІВ У ДІВЧАТ

Станкевич В.В.

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л.Шупика, м. Київ

Ключові слова: пухлини яєчника, дівчата-підлітки, алгоритм.

Вступ. У цей час у структурі новоутворів статевих органів у дівчат переважають доброякісні пухлини – 70,6%, з них у 98,5% випадків визначаються пухлини й пухлиноподібні утворення яєчників [3]. Серед дівчат з виявленими пухлинами яєчників у немовлят діа-

гноз встановлюється в 1,2% випадків, у віці від 1 міс. до 3 років – 2,9%, 3-7 років – 8,7%, 7-9 років – 14,5%, 9-12 років – 16,9%, 12-15 років – 55,8% [2].

Мета роботи – підвищення ефективності діагностики і лікування новоутворів яєчників у дівчат.