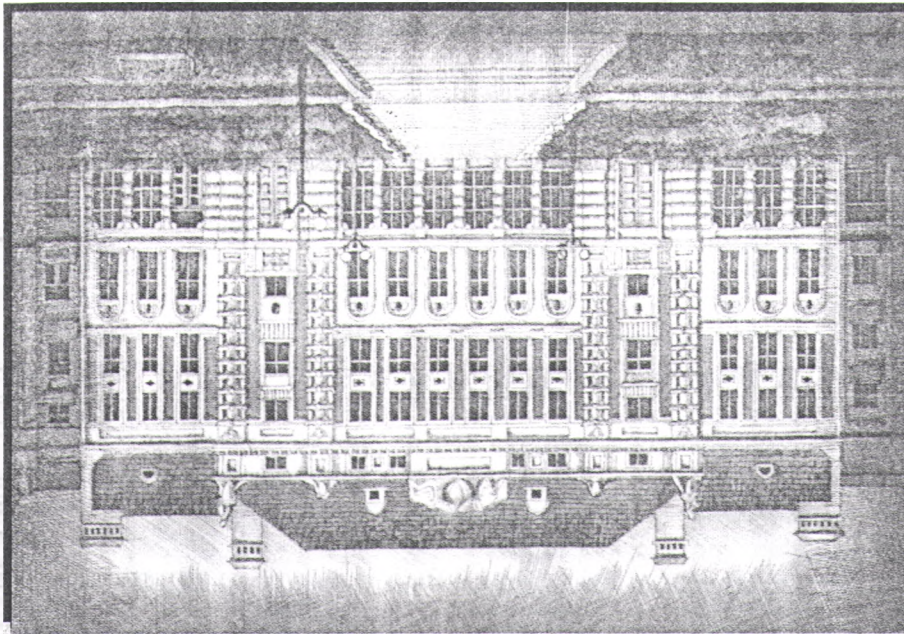


T.V, №1, 2006



ПАТОЛОГІЯ

та експериментальна

Клінічна

ISSN 1727-4338

ДЛЯ ПРАКТИКИ

Dr. Vasylenko

1/2006

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

Р.М. Міцюда

Ужгородський національний
університетПРОГНОЗУВАННЯ АКУШЕРСЬКИХ
УСКЛАДНЕНЬ У ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ
ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С**Ключові слова:** гестаційний
період, вірусний гепатит С,
ускладнення.**Резюме.** Простежено перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду 64 жінок з ХГС, раннього неонатального періоду їх новонароджених та 100 жінок та їхніх дітей, що народжували у фізіологічному відділенні з використанням клініко-лабораторних, інструментальних та статистичних методів дослідження. Жінки з ХГС вірогідно частіше страждають на наркоманію, а їх вагітність здебільшого ускладнюється гестаційним пієлонефритом, пологи у них є швидкими та передчасними з наступною анемією. Новонароджені цих матерів вірогідно частіше є недоношеними з ціанозом та гострими ішемічними ураженнями ЦНС.**Вступ**

Вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [2].

Гепатит С є найбільш розповсюджуваною хворобою печінки у світі - носіями його збудника є від 150 до 500 мільйонів землян [9]. Хронічний гепатит С (ХГС) за останні п'ять років вийшов на перше місце по захворюваності та тяжкості ускладнень [5]. Його збудник є етіологічним фактором 70% випадків хронічного гепатиту, 40% - цирозу печінки та 80% - гепатоцелюлярної карциноми [3, 4].

В абсолютної більшості вагітних (98,8%) ВГС-інфекція характеризується хронічним перебігом, у тому числі латентна форма ВГС діагностується у 89,1% хворих, маніфестна у 9,6% [6].

Мало відомо про вплив HCV-інфекції на перебіг гестації [2]. Частина науковців свідчить, що при вагітності ВГС, особливого впливу на перебіг немає [8, 9]. Із відсутністю впливу ГС на перебіг гестації ми, погодитися не можемо [10]. Так, показано, що в позитивних анти-ВГС жінок частота передчасних пологів становить 29% [11]. У них спостерігається статистично вірогідне збільшення кількості передекламписій та тривалості безводного проміжку [12]. Беручи до уваги, що ГС може бути пов'язаним із наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії вкрай несприятливий. Однак таке поєднання зустрічається рідко [8].

Мета дослідження

Простежити перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду в жінок із ХГС та ранній неонатальний період їх новонароджених для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Матеріали і методи

Проведений аналіз перебігу 64 вагітностей, пологів, післяпологових періодів у жінок із ХГС та ранній неонатальний період (РНП) народжених ними на базі пологового будинку №4 Києва дітей і 100 вагітностей, пологів та післяпологових періодів у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода та РНП їхніх дітей. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Вихідною документацією слугували індивідуальні карти вагітних, історії пологів та розвитку новонароджених.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у пологовому будинку №4 коливалася від 4,9% до 6,2%, при 1,9% - 2,9% у фізіологічному відділенні. 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 в породіль в Ужгороді - 7,4-9%, при 10,6-14,6% в Києві. Породіллі розподілені на 2 групи: I - контрольну (КГ) - склали жінки та їх новонароджені з фізіологічного відділення; II - порівняння (ГП) - склали жінки з ХГС та їх новонароджені.

Групи жінок є однорідними за віком, соціальним станом (жінки заміжні), певною мірою за спеціальністю (домогосподині, або працюють за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживають у межах одного часового поясу та умовах помірноконтинентального клімату.

У всіх 64 випадках ХГС мав характер інфекційного процесу з мінімальною активністю. У 6 жінок діагноз ХГС був встановлений за 1 рік до вагітності, у 8 породіль даний термін становив 1-

2 роки, у 12 - від 3 до 5 років, у 2 - від 6 до 10 років, більше 10 років страждали на дану патологію 2 жінки. У 34 представниць Києва термін захворювання взагалі не встановлений.

23,4% роділь із HCV-інфекцією страждали на наркоманію під час гестації, а 7,8% із них вказують на наркоманію в анамнезі, тобто практично кожна третя з них страждала залежністю до, або під час вагітності. Ці дані дозволяють нам не погодитися з твердженням про те, що поєднання HCV-інфекції та наркоманії зустрічається рідко [8].

Діагноз ВГ встановлювався на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало біохімічні тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом ІФА (проводився на програмованих термостатах-шейкерах Т-СУ и ST-3L за допомогою тест-систем "Вектор-Бест", Новосибірськ) та методом полімеразної ланцюгової реакції (на ампліфікаторі "Терцій" ТП-4ПЦР-01). Діагноз верифікований інфекціоністом.

Статистична обробка результатів спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 6.0. Для оцінки вірогідності отриманих даних використані t - критерій Стьюдента в модифікації Амосова М.М. та співавторів [1] і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%.

Для організації системи прогнозу визначали: 1) частоту ознак; 2) їх прогностичну значущість; 3) найважливіші ознаки; 4) прогностичну матрицю; 5) пороги для прийняття рішень з їх подальшим обґрунтуванням.

У процесі створення системи прогнозування виділяли і систематизували ускладнення гестаційного процесу, що є найбільш значущими на погляд акушера:

- під час вагітності - загроза самовільного викидня, загроза пізнього самовільного викидня, загроза передчасних пологів, ранній токсикоз, гестаційний набряк, прееклампсія, пієлонефрит, фетоплацентарна недостатність, анемія, гострі респіраторно-вірусні інфекції, наркоманія.

- під час пологів та післяпологового періоду - передчасні пологи, переносна вагітність, швидкі пологи, слабкість пологів, неефективність пологозбудження, пологодієння, допологове та раннє злиття навколоплідних вод, дефект плаценти та/або оболонки, ручна або інструментальна ревізії порожнини матки, гіпотонія, гіпертермія, анемія, післяпологовий ендометрит, лохіометра, багато- та маловоддя, зелені або меконіальні навколоплідні води;

- стосовно стану плода - антенатальна загибель, асфіксії, кефалогематоми, перелом ключиці,

гостре ішемічне ураження ЦНС, гіпорексія, синдром дихальних розладів, ціаноз, внутрішньо-утробна гіпотрофія, недоношеність, незрілість, гемолітична або кон'югаційна жовтяниця, абстинентний синдром та парез Ерба.

Із погляду математики задача полягала в зниженні розмірності вектора вимірів з "L" до розмірності M ($M < L$). Якщо припускати статистичну незалежність ознак (симптомів і синдромів), які застосовують для опису характеру хвороби, то один із простих методів обчислення прогностичної значущості ознак може бути заснований на критерії Стьюдента у модифікації М. М. Амосова із співавторами (1975) [1]. Суть його полягає в порівнянні частоти несприятливого результату у хворих за наявності досліджуваної ознаки (P_1) із середньою частотою несприятливого результату в усіх хворих, обстежених за цим показником (P_0). Відповідне математичне значення має такий вигляд:

$$t = \frac{P_1 - P_0}{\sqrt{\frac{P_1^2}{m_1} + \frac{P_0^2}{m_0}}}$$

де t - "вага" ознаки (в балах); m_1 та m_0 - середні похибки величин P_1 і P_0 .

Спочатку на основі експертного оцінювання вибирали надлишковий перелік ознак, що можуть мати значення під час оцінювання стану хворого. Групи пацієнтів підбирали з забезпеченням репрезентативності вибіркового дослідження.

Після цього вираховували параметр t для кожної ознаки. У подальшому враховували лише позитивні характеристики прогностичної важливості ознаки (тобто лише фактори ризику), які знаходили в діапазоні змін критерію t від мінімально вірогідних ($t > 1,96$) до максимального значення і кожному інтервалу надавали власний бал. Найбільш значущі показники об'єднували в карту ризику.

Експериментальну перевірку карти ризику здійснювали на основі трьох вибірок: 1) на так званій "навчальній" вибірці (спостереження з верифікованими висновками); 2) контрольній вибірці (спостереження з перевіреними діагностичними висновками); 3) "екзаменаційній" вибірці історій хвороби (істинність висновків перевіряли апостеріорно).

Обговорення результатів дослідження

Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розбита на вікові інтервали, причому, жінки молодші 17 та старші 35 рр. у дослідження не включалися. Віковий склад жінок представлений на рисунку 1 (дані наведені у %).

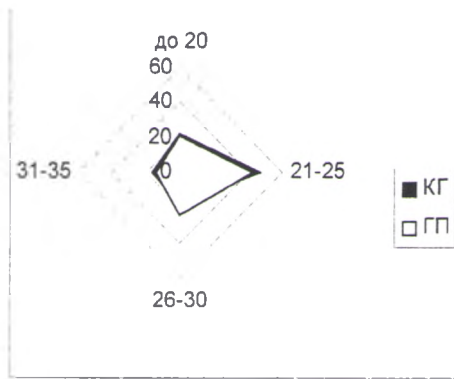


Рис.1 Віковий склад жінок

У всіх підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, що засвідчують числові дані: до 20 р. - $21\% \pm 4,1$ у КГ та $20,3\% \pm 5,0$ у ГП ($t=0,11$); від 21 до 25 рр. - $46\% \pm 5,0$ та $42,2\% \pm 6,2$ ($t=0,48$); 26-30 рр. - $17\% \pm 3,8$ та $23,4\% \pm 5,3$ ($t=0,99$); 31-35 рр. - $16\% \pm 3,7$ та $14,1\% \pm 4,3$ ($t=0,34$). Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КГ та ГП становив 0,95, тобто між представленими групами існує сильний ступінь лінійного зв'язку.

Згідно обрахунків, найбільш вірогідними прогностичними ускладненнями гестаційного процесу, для жінок із ХГС є - наркоманія ($t=4,06$), ціанози новонароджених ($t=2,75$), пієлонефрит ($t=2,50$), анемія в післяродовому періоді ($t=2,49$), недоношеність малюків ($t=2,27$), передчасні пологи ($t=2,27$), гостре ішемічне ураження центральної нервової системи ($t=1,98$) та швидкі пологи ($t=1,96$).

Тобто, практичному лікарстві при веденні вагітності, пологів та післяпологового періоду у жінок із ХГС слід пам'ятати про достовірно підвищений ризик наркоманії, пієлонефриту під час вагітності, передчасних пологів та швидкого перебігу пологів з анемією в післяпологовому періоді. Саме ці ускладнення зумовлюють вірогідно частіше народження дітей від жінок із ХВГС зі ціанозом, недоношеність та їх страждання на гостре ішемічне ураження ЦНС. Обізнаність із характерними та вірогідними ускладненнями дозволить акушеру-гінекологу разом із неонатологом бути готовим до них, з метою їх попередження.

Висновки

1. Жінки з ХГС вірогідно частіше страждають на наркоманію, їх вагітність частіше ускладнюється пієлонефритом, пологи в них є швидкими та передчасними з анемією в післяпологовому періоді.

2. Діти таких матерів частіше народжуються недоношеними з гострими ішемічними ураженнями ЦНС.

Перспективи подальших досліджень

Кількість обстежених у цій роботі не є достатньою для остаточного визначення впливу хронічної НСВ-інфекції на перебіг гестації, однак вказує тенденційно небезпечні ускладнення. Розширення кількості досліджень дозволить точніше визначити найбільш характерні акушерські ускладнення для жінок із ХГС.

Література. 1. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. - М.: Триада-Х, 2004. - 143 с. 2. Ивашкин В.Т., Наоинская М.Ю. Лечение хронического гепатита С в России // Росс. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - № 4. - С. 51-53. 3. Сологуб Т.В., Соколов С.В., Скорина А.Д., Борганова М.В. Длительное проспективное наблюдение за носителями вируса ГВ с использованием клинико-лабораторных и морфологических исследований // Тер. архив. - 2001. - № 11. - С. 23-25. 4. Сысоева Е.П. Иммуные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами // Росс. ж. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - № 4. - С. 55-56. 5. Топольницький В.С., Гебеш В.В., Дегтяренко О.М., Галузинський В.П., Сухов Ю.О. Діагностичне значення антитіл різного класу до ядерних антигенів вірусу гепатиту С у вагітних // Матер. Наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України. - Тернопіль: Укрмедкнига. - 2004. - С. 213-214. 6. Харченко П.В., Порохницький В.І., Гопольницький В.С. Вірусні гепатити - К.: Фенікс, 2002. - 296 с. 7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада, 2003. - 816 с. 8. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G., Santarossa C. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2002. № 81(2). - P. 99-103. 9. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter Arkh. - 2000. № 72(10). - P. 46-9. 10. Hillemanns P., Dannecker C., Kimmig R., Hasbargen U. Obstetric risks and vertical transmission of hepatitis C virus infection in pregnancy // Acta Obstet Gynecol Scand. - 2000. № 79. - P. 543-547. 11. Latt N.C., Spencer J.D., Beeby P.J., McCaughan G.W., Saunders J.B., Collins E., Cossart Y.E. Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy // J Gastroenterol Hepatol. - 2000. № 15(2). - P. 175-181.

ПРОГНОЗИРОВАНИЕ АКУШЕРСКИХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ЖЕНЩИН С ХРОНИЧЕСКОЙ НСВ-ИНФЕКЦИЕЙ.

Р.М. Мицода.

Резюме. Проведено наблюдение протекания беременности, родов и послеродового периода 64 женщин с ХВГ, раннего неонатального периода их новорожденных и 100 женщин и их детей, что родились в физиологическом отделении с использованием клинико-лабораторных, инструментальных и статистических методов исследования. Женщины с ХГС достоверно чаще страдают на наркоманию, а их беременность усложняется гестационным пиелонефритом, роды их есть быстрыми и с преждевременной анемией. Новорожденные этих матерей чаще всего недоношенные с цианозом и острыми ишемическими пороками ЦНС.

Ключевые слова: гестационный период, вирусный гепатит С, осложнения.

THE FORCAST OF OBSTETRIC COMPLICATIONS IN WOMEN WITH CHRONIC VIRUS HEPATITIS C.

R.M. Mitsoda.

Abstract. The clinical course of pregnancy, delivery and postnatal period in 64 women with CHC, early neonatal period at their newborns, and 100 women and their children, who gave birth (delivered) in a physiological unit (division) with the usage of clinico-laboratory instrumental and statistical methods of

investigation have been examined, women with CHC for certain more often suffer from drug addiction and their pregnancy is complicated with gestative pyelonephritis more frequently. They have quick and preterm deliveries with subsequent anemia. The newborns of these mothers for sure are premature ones with cyanosis and acute ischemia injuries of CNS.

Key words: gestative period, virus hepatitis C, complications.

Uzhhorod National University

Clin. and experim. pathol. - 2006. - Vol. 5, № 1. - P. 58-61.

Надійшла до редакції 12.03.2006

УДК 616. 921. 5 - 053

В.Д. Москалюк

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ГРИПУ В У ДОРΟΣЛИХ ЛЮДЕЙ

Буковинський державний медичний університет, м. Чернівці

Ключові слова: грип В, епідеміологія, клініка, лікування.

Резюме. З 2002 по 2005 роки спостерігався спалах грипу В серед військовослужбовців строкової служби Чернівецької області, пік захворюваності відмічався в 2003 році. Захворювання перебігло типово. У 42 (25,6%) хворих перебіг захворювання був легким, в 98 (59,7%) - середньої тяжкості, у 24 (14,7%) - тяжким. У 6 (3,6%) пацієнтів виникли ускладнення (бронхіт - 2, синусит - 2, пневмонія - 2). У 4 осіб відмічалася загострення супутньої патології (хронічного гаїмориту (2) та хронічного отиту (2)). Найефективнішим було лікування хворих, які отримували лаферон у вигляді інгаляцій та терапію електромагнітним випромінюванням надмірно високої частоти (НВЧ-терапію).

Вступ

Проблема гострих респіраторних вірусних інфекцій уперше постала перед людством біля 2 тисяч років тому. Відомі з XVI ст. пандемії грипу забирали життя мільйонів людей в усьому світі.

Щорічно в різних країнах реєструється від 10 до 130 млн. випадків зайворювань на грип та інші гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), в Україні - близько 11-13 млн. (більше 95% усіх зареєстрованих випадків інфекційних захворювань) [1,2].

Незважаючи на велику кількість лікарських препаратів, грип дотепер продовжує залишатися недостатньо контрольованим захворюванням [3,4]. Одна з причин цього пов'язана з нераціональною фармакотерапією, що проводиться без урахування фармакодинаміки і фармакокінетики препаратів, що застосовуються для лікування; іншими факторами слугують поліетиологічність збудників, швидкість і масовість ураження, змішаний характер інфекцій, мінливість антигенних властивостей вірусів та резистентність до препаратів [5,6].

У літературних джерелах практично немає робіт, присвячених вивченню перебігу грипу В.

© В.Д. Москалюк. 2006

Мета дослідження

Вивчити клініко-епідеміологічні особливості грипу В серед військовослужбовців строкової служби.

Матеріали і методи

Проаналізовано захворюваність на грип В у 164 військовослужбовців строкової служби, чоловічої статі, віком від 18 до 22 років за період із 2002 по 2005 роки, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні базового військового госпіталю м. Чернівці.

Діагноз захворювання в 95 (58,0%) хворих підтверджений методом імуноферментного аналізу (визначення антигенів у мазках із носоглотки та імуноглобулінів М у сироватці крові), в 69 (42,0%) пацієнтів - люмінесцентним методом.

Усі пацієнти отримували базисну терапію, яка включала нестероїдні протизапальні та десенсибілізуючі препарати, вітаміни та ін. (група А). Хворі групи Б на фоні базисної терапії, отримували лаферон у вигляді інгаляцій у дозі 500 тис. МО 1 раз на день впродовж перших 3 днів хвороби. Хворі групи В на фоні інгаляційного введення лаферону у дозі 500 тис. МО 1 раз на день отримували