
МІНІСТЕРСТВО ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я УКРАЇНИ

ЛІКАРСЬКА СПРАВА ВРАЧЕБНОЕ ДЕЛО

Науково-практичний журнал
Заснований у грудні 1918 р.

Нагороджений Почесною грамотою

Президії Верховної Ради Української РСР

2 (1074)

БЕРЕЗЕНЬ

КІЇВ «ЗДОРОВ'Я» 2005

8. *Ransohoff D.F., Riddell R. H., Levin B.* Ulcerative colitis and colonic cancer: problems in assessing the diagnostic usefulness of mucosal dysplasia // *Dis Colon Rectum.* — 1985. — Vol. 28. — P. 383-388.
9. *Sandler R.* Prevention of Colorectal Cancer // *World Gastroenterology News.* — 2004. — Vol. 9. — Is. 1. — P. 33-34.
10. *Shanahan F.* Relation between colitis and colon cancer // *Lancet.* — 2001. — Vol. 357. — P. 246-247.

PRIMARY CHEMOPREVENTION OF COLORECTAL CANCER IN CASES OF INFLAMMATORY BOWEL DISEASES

A. Yu. Ioffe (Kyiv)

The article discusses current situation with colorectal cancer and inflammatory bowel diseases — ulcerative colitis and Crohn's disease. It has presented modern strategies of prevention colorectal cancer in this pathology and own data about the efficacy chemoprevention of cancer with 5-ASA.

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

Надійшла 25.02.05

Є. В. КОХАНЕВИЧ, Р. М. МІЦОДА

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ У ЖІНОК, ЯКІ ПЕРЕНЕСЛИ ВІРУСНИЙ ГЕПАТИТ В У ПЕРІОД ГЕСТАЦІЇ

Кафедра акушерства, гінекології та репродуктології (зав. — проф. Є. В. Коханевич)
Київської медичної академії післядипломної освіти, факультет післядипломної освіти,
кафедра охорони материнства та дитинства (зав. — проф. М. М. Ганич)
Ужгородського національного університету

Кількість інфікованих вірусним гепатитом В (ВГ В) коливається від 0,3-0,5% населення Німеччини носійства HBsAg та до 30% у тропічних країнах [5, 8]. Нині в світі 1 млрд інфікованих та 350 млн носіїв вірусу ВГ В, які є постійним резервуаром і джерелом інфекції [3, 4, 12].

На дане захворювання щорічно хворіють 50 млн осіб, з них близько 2 млн помирає від його наслідків. Цироз, викликаний ВГ В з часом призводить до раку печінки у 85% випадків. За даними ВООЗ, смертність від захворювань печінки у найближчі 20 років в результаті поширення ВГ В, зростає в 2 рази [2]. ВГ В є однією з причин збільшення захворюваності та смертності [10]. В Індії вірусний гепатит становить 1,47% причин материнської смертності [11].

Щороку в США народжується 20 000 дітей від матерів, які є носіями поверхневого антигена. Без профілактики гепатиту 30% з них мають шанс хронізації захворювання та 25% ризик померти від цирозу або раку печінки в дорослому віці [9].

ВГ В є реальною загрозою для життя жінки, плода та новонародженого. Погіршення стану в другій половині вагітності може ускладнитися гострою печінковою недостатністю з енцефалопатією та комою, з високою летальністю (у невагітних становить 0,4-2%, у вагітних у 3 рази вище) [1, 6, 7]. Тому вивчення впливу ВГ В на перебіг вагітності у жінок, які перенесли дане запалення печінки в період гестації, є актуальним.

Мета дослідження — простежити перебіг вагітності у жінок, які перенесли ВГ В в період гестації, для прогнозування та запобігання розвитку акушерських ускладнень.

Матеріали та методи. Проведено аналіз перебігу 51 вагітності у жінок, хворих на ВГ В в період гестації, які народжували на базі пологового будинку № 4 Києва, і 100 вагітностей у жінок, які народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода. На кожний випадок заповнювали розроблену карту дослідження. Вихідною документацією для набору матеріалу були індивідуальні карти вагітних та історії пологів.

s in asses-
Vol. 28. —
Vol. 9. —
. 357. —

y bowel
vention
f cancer

та 25.02.05

ч)
ги.

д 0,3-
айнах
які є

2 млн
ть до
ворю-
2 ра-
тності
мерт-

и по-
роні-
в до-

ного.
трою
істю
Тому
запа-

пе-
итку

нок,
дин-
тому
зали
рія-

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 пологового будинку Ужгорода. 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 Ужгорода — 7,4–9% при 10,6–14,6% в Києві. Вагітні були розподілені на дві групи: I контрольну групу (КГ) становили жінки, які народжували у фізіологічному відділенні; II група порівняння (ГП) — породіллі, що перенесли ВГ В під час вагітності.

Групи є однорідними за статтю, віком, соціальним станом (жінки одружені), певною мірою за спеціальністю (домогосподині або працюють за фахом, не пов'язаним з фізичним навантаженням та контактом з тератогенними речовинами), проживають у межах одного часового пояса та в умовах помірно-континентального клімату.

У процесі роботи використовували такі методи дослідження: клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода, у разі потреби сканування органів гепатобіліарної системи. У жінок, які перенесли ВГ В, особливу увагу звертали на рівень білірубіну, аланінамінотрансферази, аспаратамінотрансферази, загального білка, білкових фракцій та показників коагулограми. Діагноз ВГ В верифікований інфекціоністом.

Статистичну обробку результатів клінічного спостереження проводили за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0; перевірку гіпотез про рівність двох середніх — за допомогою *t*-критерію Стьюдента. Критичне значення рівня значущості приймали за 5%.

Результати та їх обговорення. Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15–49 років видозмінена та розбита на вікові інтервали, причому жінок молодше 17 і старше 35 років у дослідження не включали. Віковий склад жінок показаний на рисунку (дані наведені у відсотках).

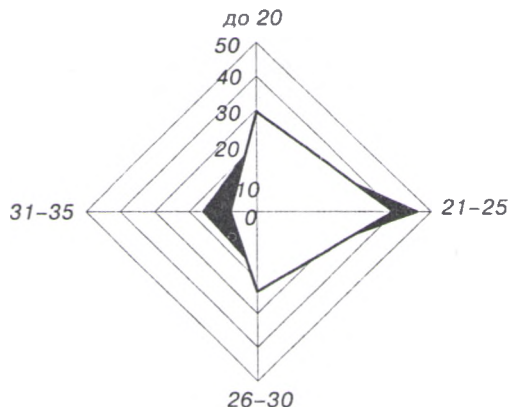
У всіх групах досягнуто рівня значущості $P > 0,05$, про що свідчать цифрові дані: до 20 років — 21% у КГ та 29,4% у ГП ($t=1,08$); від 21 до 25 років — 46 та 39,3% ($t=0,92$); 26–30 років — 17 та 23,5% ($t=0,92$); 31–35 років — 16 та 7,8% ($t=1,55$). Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КГ та ГП становив 0,8, тобто між параметрами існує сильний ступінь лінійного зв'язку.

При вивченні анамнезу виявлено при майже однаковій захворюваності на дитячі та респіраторно-вірусні інфекції тенденцію до зростання числа артифіційних переривань у жінок Києва — 14% представниць КГ та 21,6% ГП ($t=0,92$; $P > 0,05$). Дана тенденція збереглася і щодо кількості апендектомій у анамнезі — 3% у КГ та 7,8% у ГП ($t=1,17$; $P > 0,05$). Зафіксоване майже дванадцятиразове (11,7% при відсутності у КГ) переважання захворюваності на хронічний тонзиліт у ГП порівняно з КГ.

Щодо терміну захворювання на ВГ В, то до 10 тиж. вагітності зареєстровано 6 випадків, від 11 до 20 — 19; від 21 до 30 — 11 і 15 випадків у термін гестації від 31 до 40 тиж., з них 4 на висоті пологів. У двох випадках зареєстрована антенатальна загибель плода, що супроводжувала ВГ В на висоті пологів. Ускладнення перебігу вагітності жінок обох груп наведено в таблиці.

Коефіцієнт кореляції між досліджуваними групами становив 0,22, тобто лінійний взаємозв'язок між параметрами не виявлений.

За даними таблиці встановлено достовірне зростання кількості загроз самовільного викидня — 35,3 та 20% у КГ ($P < 0,05$, $t=1,97$) та пізнього самовільного викидня 31,4 та 14% у КГ ($P < 0,05$, $t=2,35$) при наявній тенденції до



Віковий склад жінок:
■ — контрольна група; □ — група порівняння

**Перебіг вагітності у жінок,
які перехворіли на вірусний гепатит В**

Нозологічна форма	Контрольна група		Група порівняння	
	п	%	п	%
Загроза самовільного викидня	20	20	18	35,3
Загроза пізнього самовільного викидня	14	14	16	31,4
Загроза передчасних пологів	10	10	8	15,7
Ранній токсикоз	6	6	7	13,7
Гестаційний набряк	4	4	3	5,9
Передекламсія I-II ступеня	2	2	1	1,9
Пієлонефрит вагітних	-	-	4	7,8
Фетоплацентарна недостатність	11	11	7	13,7
Анемія	18	18	9	17,7
Нейроциркуляторна дистонія	6	6	2	3,9
Гостра вірусна респіраторна інфекція	1	1	1	1,9
Наркоманія	-	-	1	1,9
Вагітність без ускладнень	36	36	-	-

збільшення частоти загроз передчасних пологів — 15,7 та 10% у КГ ($P>0,05$, $t=0,97$) у жительок Києва.

Зареєстрована тенденція до наростання частоти раннього токсикозу — 13,7% при 6% у КГ ($P>0,05$, $t=1,43$) та кількості гестаційних набряків — 5,9 при 4% у КГ ($P>0,05$, $t=0,5$) Передекламсія легкого та середнього ступеня ускладнювала перебіг вагітностей в обох групах майже з однаковою частотою; 7,8% жінок, які перенесли ВГ В під час вагітності, хворіли на пієлонефрит при відсутності таких у КГ. Частота фетоплацентарної недостатності та анемії майже однакова в обох групах — 11 та 18% у КГ і відповідно 13,7 та 17,7%.

Одна жінка ГП була наркоманкою. У 36% жінок Закарпаття вагітність перебігла без ускладнень.

Висновки. Узагальнюючи вищесказане, можна стверджувати, що жінки, які перенесли ВГ В під час вагітності, частіше хворіють на хронічний тонзиліт; гінекологічний анамнез цих жінок обтяжений більшою кількістю артифіційних переривань; для перебігу у них вагітності характерним є достовірне підвищення ризику самовільного викидня, зростання кількості випадків раннього токсикозу, гестаційного набряку та пієлонефриту вагітних.

Звичайно, кількість обстежених недостатня для остаточного визначення впливу ВГ В на перебіг вагітності, але може свідчити про тенденційно небезпечні ускладнення гестаційного процесу. Можливо, з практичного і наукового погляду слід було б провести порівняння перебігу вагітності з жінками, які перенесли в період гестації вірусний гепатит А.

Список літератури

1. Долгушина Н. В., Макацария А. Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. — М.: Триада-Х, 2004. — 143 с.
2. Козлова В. И., Пухнер А. Ф. Вирусные, хламидийные и микоплазменные заболевания гениталий: Руководство для врачей. — М.: Триада-Х, 2003. — 440 с.
3. Майер К. П. Гепатит и последствия гепатита: Пер. с нем. — М.: ГЭОТАР-МЕД, 2001. — 424 с.
4. Мінцер О. П., Вороненко Ю. В., Власов В. В. Оброблення клінічних і експериментальних даних у медицині. — К.: Вища шк., 2003. — 350 с.
5. Шехтман М. М. Острые вирусные гепатиты: перинатальные исходы // Акушерство и гинекология. — 2000. — № 4. — С. 3-5.
6. Шехтман М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. — М.: Триада, 2003. — 816 с.
7. 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. 15, N 5. — P. 473-479.
8. 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. — N 15. — P. 7-10.
9. 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. 22, N 2. — P. 123-129.
10. Figueiredo A. S., Cruz A. S. Viral hepatitis and pregnancy // Acta Med. Port. — 2002. — Vol. 15, N 3. — P. 203-209.
11. Majhi A. K., Mondal A., Mukherjee G. G. Safe motherhood — a long way to achieve // J. Indian. Med. Assoc. — 2001. — Vol. 99, N 3. — P. 132-137.
12. Wathne K. O., Rojahn A. Hepatitis B in children diagnosis, follow-up and treatment // Tidsskr. Nor. Laegeforen. — 2002. N 30. — P. 1984-1988.

ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИН, ПЕРЕНЕСШИХ ВИРУСНЫЙ ГЕПАТИТ В В ПЕРИОД ГЕСТАЦИИ

Е. В. Коханевич, Р. М. Мицода (Киев, Ужгород)

Изучали течение беременности у 51 женщины, перенесшей вирусный гепатит В в период гестации, для прогнозирования и предупреждения акушерских осложнений.

Обследовали также 100 женщин с физиологическим течением гестационного процесса с использованием клинико-лабораторных и инструментальных методов.

Из данных анамнеза отмечено двенадцатикратное увеличение заболеваемости хроническим тонзиллитом и увеличение количества аппендэктомий, проведенных до заболевания гепатитом в 2,5 раза. Беременность чаще осложнялась угрозой прерывания (82,4% против 44%) и характеризовалась 7,8-кратным увеличением заболеваемости пиелонефритом беременных, а также увеличением количества раннего токсикоза и отека беременных.

У женщин, перенесших ВГ В, беременность характеризуется повышением риска прерывания, увеличением количества раннего токсикоза, отека беременных и пиелонефрита.

COURSE OF PREGNANCY OF WOMEN HAVING HAD VIRUS HEPATITIS B DURING LACTATION PERIOD

Е. В. Kakhanevich, Р. М. Mytsoda (Kyiv, Uzhorod)

51 pregnant women having in their anamneses hepatitis B during lactation period as well as sound 100 pregnant women have been observed with the use of laboratory and instrumental tests to forecast and prevent obstetric complications. The pregnant women with hepatitis B in anamnesis were found to have higher risk of breaking pregnancy, enhancing the number of early toxicosis, edema during pregnancy and pyelonephritis than those without hepatitis B.

УДК 616.832-004.2-02+616.832-002

Надійшла 01.02.05

Л. І. СОКОЛОВА, Г. О. КРУГЛЯК

КЛІНІКО-ІМУНОЛОГІЧНІ КОРЕЛЯЦІЇ У ХВОРИХ НА РОЗСІЯНИЙ ЕНЦЕФАЛОМІЄЛІТ З ГЕРПЕСВІРУСНОЮ ПЕРСИСТЕНЦІЄЮ

Кафедра нервових хвороб (зав. — проф. С. М. Вінчук)
Національного медичного університету

Серед факторів ризику, що обумовлюють виникнення розсіяного склерозу (РС), особлива увага приділяється вірусній інфекції. У 1954 р. В. Sigurdson визначив такі основні клінічні ознаки повільної інфекції: тривалий латентний перебіг, системність ураження, прогресуючий перебіг з розвитком тяжких порушень функцій та видоспецифічність [15]. Усі зазначені ознаки властиві РС, тому захворювання можна віднести до групи повільних інфекцій [5]. В основі повільних інфекцій лежить явище персистенції вірусів. Вважають, що за умови повільної вірусної інфекції відбувається взаємодія між вірусом та нервовою клітиною з подальшим розвитком патологічних реакцій, що призводять до сенсibiliзації лімфоцитів і виникнення аутоімунного процесу [6]. Крім того, згідно з теорією молекулярної мімікрії, деякі інфекційні агенти мають пептиди, подібні до імунодомінантного епітопу основного білка мієліну (ОБМ). Це означає, що ці інфекційні збудники можуть активізувати аутореактивні до ОБМ Т-лімфоцити за умови наявності в HLA-фенотипі певних антигенів [3]. Таким чином, під час персистенції вірусів відбуваються зміни в імунному статусі хворого [7], що може впливати на перебіг захворювання.

Відомо, що віруси герпес-групи здатні до персистенції [1], тому останніми роками чимало досліджень присвячено вивченню їх ролі, зокрема HHV-6, CMV, EBV, у виникненні та перебігу РС [12, 17]. Ця думка ґрунтується на тому, що у хворих на РС у спинномозковій рідині та крові визначається підвищений вміст антитіл до зазначених вірусів. Деякими дослідниками було виявлено, що HHV-6 визначається у хворих на РС у період загострення [16].

Мета роботи — вивчення клініко-імунологічних кореляцій у хворих на РС з персистуючою герпесвірусною інфекцією.

© Л. І. Соколова, Г. О. Кругляк, 2005

4*