

му періоді можна вважати додатковим фактором НПН, які збільшують дизадаптацію вагітних. Це особливо проявляється у вагітних з нервово-психічною невірноваженістю.

Отже, вагітні з НПН складають групу високого ризику з невиношування вагітності, передчасних пологів, гестозів, тобто з несприятливо-

го перебігу вагітності, пологів і стану внутрішньоутробного плода та новонародженого. Комплексне обстеження жінок з вивченням преморбідного тла дозволяє індивідуально призначити методи психотерапії, психопрофілактики та своєчасну реабілітаційну терапію при патології у вагітних із НПН.

Список літератури

1. Шевик Н.В., Зуев В.М., Леонова А.Б., Губаровский В.В. Влияние нервно-психического напряжения на репродуктивную функцию женщины молодого возраста. *Акушерство и гинекология* 2002; 4: 27–30.
2. Бодров В.А. Информационный стресс. М; 2000.
3. Венцовский Б., Веропотвелян Н., Веропотвелян П. Медико-психовегетативная характеристика пациенток с привычным невынашиванием беременности нейроэндокринного генеза. *Ліки України* 2005; 7-8 (96-97): 114–117.
4. Березин Ф.М., Мирашников М.П. Проблемы психоневрологии. М; 1969: 337.
5. Ханин Ю.Л. Краткое руководство по применению шкалы реактивности и личностной тревожности Р.Д. Спилберга. М; 1976.
6. Савельева Г.М., Шалина Р.И., Керилова З.М., Калашникова С.А., Панина О.Л. Внутриутробная задержка развития плода, ведение беременности и родов. *Акушерство и гинекология* 1999; 3: 10–15.
7. Побединский Н.М., Чернуха Г.Е., Бурлев А.А., Шинирай М.В. Особенности липидного состава сыворотки крови у беременных с ожирением. *Акушерство и гинекология* 1987; 6: 22–26.
8. Krauges R.M. J. *Zepgrad. Med.* 1982; 27: 503–511.
9. Туманова Л.Е., Ткаченко Г.Г., Зоу Т.Г., Демина Н.К. Применение нового комбинированного препарата «Тотема» для профилактики и лечения анемии беременных. *Вісник Асоціації акушерів-гінекологів України* 1999; 4: 61–63.
10. Сенчук А.Я. Прогнозування, діагностика та лікування порушень у системі мати-плацента-плід при залізодефіцитній анемії вагітних: Автореф. дис. ... д-ра мед. наук. К; 1986.
11. Epstein S. *Bahiw. Exp. Psychol.* 1974; 87 (1): 187–197.
12. Симонов П.В. Физиология вегетативной нервной системы. Л; 1981: 596–612.
13. Михеенко Г.А., Шаталова Е.В. Влияние социально-экономических факторов на формирование гестоза. *Акушерство и гинекология* 2005; 3: 20–23.

© П.М. Веропотвелян, М.П. Веропотвелян, О.М. Панасенко, А.С. Шевченко, 2006

Отримано 12.04.06

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

ПОЛОГИ У ЖІНОК З ХРОНІЧНОЮ HCV-ІНФЕКЦІЄЮ

Є.В. КОХАНЕВИЧ, Н.В. ХАРЧЕНКО, Р.М. МІЦОДА

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

Резюме. Проаналізовано течение родов у женщин с хроническим вирусным гепатитом С во время беременности с целью прогнозирования и профилактики акушерских осложнений. Проведен анализ 64 родов у женщин с хронической HCV-инфекцией, а также 100 родоразрешений женщин безотягощенного соматического анамнеза с использованием клинических, лабораторных и инструментальных методов исследования. 23,4% рожениц с хроническим вирусным гепатитом С страдали наркоманией во время беременности, а 7,8% из них страдали зависимостью до наступления беременности, то есть, практически каждая третья из них страдала наркоманией до или во время беременности. Роды у женщин с хроническим вирусным гепатитом С сопровождался 7-кратным увеличением частоты быстрых родов (14,1% при 2,0% в контрольной группе). 5,7% родов у представительниц наблюдательного отделения были преждевременными, при отсутствии таковых в физиологическом отделении. В группе сравнения зарегистрированы также увеличение частоты дородового излития околоплодных вод (26,6 при 18,0% в физиологическом отделении) и раннего излития околоплодных вод (29,7 при 19,0% в контрольной группе). Роды у женщин с хроническим вирусным гепатитом С в 7 раз чаще завершались инструментальной ревизией полости матки (12,5 при 2,0% у представительниц Закарпатья). Средняя кровопотеря в контрольной группе составила 237,3 мл (среднее квадратическое отклонение (СКО) = 132,92) при 301,25 мл (СКО = 208,37) у представительниц наблюдательного отделения ($p < 0,05$, $t = 2,4$). Роды у женщин с хроническим вирусным гепатитом С чаще являются быстрыми и преждевременными, протекают с увеличением частоты преждевременного излития околоплодных вод и чаще завершаются инструментальной ревизией полости матки на фоне увеличения кровопотери в родах.

Ключевые слова: роды, HCV-инфекция, осложнения.

Summary. Analysis of the delivery of the women who are suffered from the chronic HCV-infection during gestation in order to prognosis and warning of the obstetrics complications. We examined pregnancy and childbirth of 64 women who are suffered from the chronic HCV-infection during gestation and 100 women with normal anamnesis using clinical, laboratory,

statistical and instrumental methods of investigation. In the labor was revealed a 7-multiple increase of the number of rapid parturition, the rate of preterm labor (5,7%) and early rupture of amniotic fluid sac (29,7%). The childbirth of the women who are suffered from the chronic HCV-infection was complicated by increase of the rate of instrumental revision of the uterus (12,5% to 2,0% in the comparison group). The confinement of the women who are suffered from the chronic HCV-infection during gestation resulted in the decrease of the rate of rapid parturition, the number of preterm labor, the rate of the early rupture of the amniotic sac, the number of the instrumental revision of the uterus cavity and increase of the capacity of the bleeding in labor.

Keywords: confinement, HCV-infection, complications.

ПЕЗВАЖАЮЧИ 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 [2].

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

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

Дуже небагато відомо про вплив HCV-інфекції на перебіг гестації [2]. Частина досліджень свідчить, що при вагітності ВГС, як і ВГА, особливого впливу на перебіг не має [8, 9]. З відсутністю впливу інфекційного процесу, викликаного вірусом гепатиту С на перебіг пологів, ми, разом з багатьма науковцями, погодитися не можемо [10]. Так, німецькими вченими показано, що у позитивних анти-ВГС жінок частота передчасних пологів складає 29% [11]. У них спостерігається статистично достовірне збільшення кількості прееклампсій та тривалості безводного проміжку [12]. Беручи до уваги, що ВГС може бути пов'язаним з наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії вкрай несприятливий. Однак таке поєднання зустрічається рідко [8].

Загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності на ХГС підтверджує необхідність подальшого вивчення впливу цієї патології на перебіг пологів.

Мета дослідження: простежити перебіг пологів у жінок з ХГС для прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріали та методи

Проаналізовано перебіг 64 пологів у жінок з хронічною HCV-інфекцією, які в подальшому народжували на базі пологового будинку № 4 м. Києва, та 100 пологів у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку м. Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Вихідною документацією слугували індивідуальні карти вагітних та історії пологів.

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 м. Ужгорода. 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 була меншою у роділей в Ужгороді – 7,4-9‰, при 10,6-14,6‰ в Києві. Роділей було розподілено на дві групи: I – контрольну (КГ) – складали жінки, які народжували в м. Ужгороді; II – порівняння (ГП) – вагітні з ХГС.

Групи були 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 помірно-континентального клімату.

У всіх 64 випадках ХГС мав характер інфекційного процесу з мінімальною активністю. У 6 жінок діагноз ХГС було встановлено за 1 рік до вагітності, у 8 роділей даний термін складав 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 м. Києва терміну захворювання взагалі не встановлено.

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

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, за необхідності, скенування органів гепатобіліарної системи. Діагноз ВГ встановлювався на підставі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало б/х тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу (проводився на програмованих термостатах-шейкерах Т-СУ і ST-3L за допомогою тест-систем «Вектор-Бест», Новосибірськ) та методом полімеразної ланцюгової реакції (використовувався ампліфікатор «Терцій» ТП-4ПЦР-01). Діагноз верифіковано інфекціоністом.

Статистичне опрацювання результатів клінічного спостереження проведено за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0. Для оцінки достовірності отриманих да-

них використано t-критерій Ст'юдента в модифікації Н.М. Амосова та співавт. [1] і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значущості приймали 5%.

Результати досліджень та їх обговорення

Розглянуто найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінено та розбито на вікові інтервали, причому жінки, молодші 17 та старші 35 років, у дослідження не включалися. У всіх підгрупах досягнуто рівня значущості $p > 0,05$, що засвідчують числові дані: до 20 років – $21 \pm 4,1\%$ у КГ та $20,3 \pm 5,0\%$ у ГП ($t=0,11$); від 21 до 25 років – $46 \pm 5,0$ та $42,2 \pm 6,2\%$ ($t=0,48$); 26-30 років – $17 \pm 3,8$ та $23,4 \pm 5,3\%$ ($t=0,99$); 31-35 років – $16 \pm 3,7$ та $14,1 \pm 4,3\%$ ($t=0,34$). Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КГ та ГП складав 0,95, тобто між представленими групами існує сильний ступінь лінійного зв'язку.

Результати аналізу пологів наведено в таблиці 1.

Таблиця 1

Нозологічна форма	КГ		ГП	
	п	%	п	%
Швидкі пологи	2	2	9	14,1
Передчасні пологи	-	-	5	7,8
Первинна слабкість ПД	3	3	-	-
Вторинна слабкість ПД	1	1	1	1,6
Пологопідсилення	4	4	1	1,6
Пологозбудження	14	14	5	7,8
Допологове відтікання навколоплодових вод	18	18	17	26,6
Раннє відтікання навколоплодових вод	19	19	19	29,7
Великий плід	6	6	6	9,4
Преєклампсія	2	2	1	1,6
Кесарів розтин	9	9	6	9,4
Щільне прикріплення плаценти	2	2	1	1,6
Ручна ревізія порожнини матки	5	5	1	1,6
Інструментальна ревізія порожнини матки	2	2	8	12,5
Дефект плаценти та оболонок	4	4	5	7,8
Гіпотонія матки	4	4	3	4,7
Екстирпація матки	-	-	1	1,6

Згідно з результатами дослідження, швидкими у 7 разів були пологи у 14,1% жінок ГП при 2,0% у КГ ($p < 0,05$, $t=2,64$). Передчасними ж – 5 (7,8%) пологів у представниць м. Києва, за відсутності таких у роділей з м. Ужгорода. Якщо первинну слабкість пологових сил зареєстровано тільки в КГ (3,9%), то відсоток вторинної незначно переважав у ГП – 1,6 проти 1,0% у представниць фізіологічного відділення ($p > 0,05$, $t=0,31$).

Список літератури

- Амосов Н.М., Сидаренко Л.Н., Минцер О.П. и др. Факторы риска протезирования митрального клапана. Грудная хирургия 1975; 3: 9–16.
- Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. М: Триад-Х; 2004.

Пологопідсилення частіше застосовувалося у жінок з Ужгорода – 4,0% проти 1,6% у представниць обсерваційного відділення ($p > 0,05$, $t=0,98$). Пологозбудження також частіше ускладнювало пологи у представниць КГ – 14,0 проти 7,8% в ГП ($p > 0,05$, $t=1,28$). У свою чергу, у представниць обсерваційного відділення встановлено тенденцію до зростання кількості випадків раннього відтікання навколоплодових вод – 29,7 проти 19,0% в КГ ($p > 0,05$, $t=1,54$) та відсотка допологового відтікання навколоплодових – 26,6 проти 18,0% у КГ ($p > 0,05$, $t=1,27$). Великими частіше були новонароджені кияни – 9,4 проти 6,0% в КГ ($p > 0,05$, $t=0,78$).

Преєклампсії супроводжували 1,6% пологів у ГП та 2,0% у КГ ($p > 0,05$, $t=0,21$). Як засвідчують отримані результати, статистично достовірної різниці між групами не виявлено у частоті кесарева розтину – 9,4% у ГП та 9,0% у КГ ($p > 0,05$, $t=0,08$); кількості випадків щільного прикріплення посліду – 1,6% у ГП та 2,0% у КГ ($p > 0,05$, $t=0,21$) та частоті ручного відділення та видалення плаценти – 1,6% у ГП та 5,0% у КГ ($p > 0,05$, $t=1,29$). Що ж до інструментальної ревізії порожнини матки, то вона достовірно частіше супроводжувала пологи у представниць м. Києва – 12,5% у ГП та 2,0% у КГ ($p < 0,05$, $t=2,41$).

У представниць обсерваційного відділення виявлено тенденцію до зростання кількості дефектів плацентарної тканини та оболонок – 7,8% проти 4,0% ($p > 0,05$, $t=0,98$). Стосовно гіпотонії матки, то вони ускладнили 4,0% пологів у жінок на Закарпатті та 4,7% у представниць м. Києва ($p > 0,05$, $t=0,21$). Одна гіпотонічна кровотеча у роділлі з хронічною HCV-інфекцією закінчилася екстирпацією матки.

Середня крововтрата у КГ складала 237,3 мл (середнє квадратичне відхилення (СКВ) = 132,92) при 301,25 мл (СКВ = 208,37) у ГП ($p < 0,05$, $t=2,4$).

Висновки

Пологи у жінок з хронічною HCV-інфекцією достовірно частіше є швидкими та передчасними, протікають з більшою кількістю раннього відтікання навколоплодових вод та інструментальних ревізій порожнини матки на фоні більшого об'єму крововтрати.

Перспективи подальших досліджень. Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для остаточного визначення впливу хронічної HCV-інфекції на перебіг пологів, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення. Можливо, було б цікавим з практичного і наукового погляду провести порівняння перебігу пологів з таким у жінок, які страждають на інші вірусні гепатити.

3. *Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю.* Лечение хронического гепатита С в России. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2001; 4: 51–53.
4. *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. Терапевтический архив 2001; 11: 23–25.
5. *Сысоева Е.П.* Иммунные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии 2001; 4: 55–56.
6. *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. В: Матеріали науково-практичної конференції і пленуму Асоціації інфекціоністів України. Тернопіль: Укрмедкнига; 2004: 213–214.
7. *Харченко Н.В., Порохницький В.І., Гопольницький В.С.* Вірусні гепатити. К: Фенікс; 2002.
8. *Шехтман М.М.* Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. М: Триада; 2003.
9. *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): 99–103.
10. *Iushchuk N.D., Kuz'min V.N.* Viral Hepatitis C and pregnancy. Ter. Arkh. 2000; 72 (10): 46–49.
11. *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: 543–547.
12. *Latt N.C., Spencer J.D., Beeby P.J., et al.* Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy. J. Gastroenterol. Hepatol. 2000; 15 (2): 175–181.

© Є.В. Коханевич, Н.В. Харченко, Р.М. Міцода, 2006

Отримано 11.04.06

УДК 618.4-089.5

ПОКАЗНИКИ ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ В УМОВАХ ІНТРАПАРТАЛЬНОЇ АНАЛЬГЕЗІЇ

С.Р. ГАЛИЧ, І.А. АНЧЕВА

Одеський державний медичний університет

Резюме. Проаналізовані течення і исходи родов у 160 первородящих жінок, самостійно избравших метод інтрапартальної анальгезії: 70 із них проводили медикаментозне обезболювання (I група), 50 роженцям – епідуральну анестезію (II група) в порівнянні з 40 жінками без обезболювання (III група). Установлено, що обезболювання було ефективним у більшості із обстежених жінок (62,9; 84,0 і 77,5%). У роженці I групи тривалість активної фази родов склала 8,3±1,4 год, у пацієнток II групи – 5,3±1,1 год. Установлені показники інтранатального стану плода і вміст β-ендорфінів в динаміці родов. Інтранатальний дистресс відзначався у дітей от матерей I (8,5%), II (12,0) і III груп (10,0%).

Ключевые слова: інтрапартальна анальгезія, роди.

Summary. The following analysis of groups of women in childbirth labour process was carried out: 70 women in childbirth were provided with medical labour anaesthetization (I group), 50 women in childbirth obtained epidural analgesia (II group) compared to 40 women in childbirth without anaesthetization (III group). It was found out that anaesthetization was effective for (62,9; 84,0 and 77,5%) of women in childbirth respectively. The women in childbirth of the first group had the longest active labour period (8,3±1,4 hours), the patients of the second group had the shorter active labour period (5,3±1,1 hours). The activity changes of intra natal foetus heartbeat and the percentage of β-endorphins in the labour dynamics were shown. Intra natal distress was recorded in the first group of newly born children (8,5%), in the second group of newly born children (12,0%) and in the third group of newly born children (10,0%).

Keywords: analgesia intra partum, labour.

ОДНІЄЮ з актуальних проблем сучасного акушерства є вибір ефективних методів знеболювання пологів (*analgesia intra partum*), які б не мали негативного впливу на перебіг пологів, стан матері, внутрішньоутробної дитини та новонародженого [1]. Вирішення означеної проблеми провідні науковці вбачають як у розробці й удосконаленні засобів медикаментозної, немедикаментозної та комбінованої анальгезії [5, 8], так і у раціональній психологічній підготовці жінок до пологів [2, 4]. У науковій літературі відсутня єдина думка щодо необхідності знеболювання фізіологічних пологів. Сучасна аку-

шерська практика, декларована існуючими нормативними документами, допускає ведення неускладнених пологів як без спеціального знеболювання, з широким використанням психологічної підтримки роділлі персоналом чи членами сім'ї та застосуванням прийомів позиційної терапії, так і з використанням відомих методик знеболювання пологів [6]. Наявні наукові дані про зміну численних фізіологічних та біохімічних показників гомеостазу, що супроводжують пологовий біль, спонукали дослідників розглядати адекватне знеболювання як цілеспрямовану корекцію патофізіологічних й біо-