

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЗМЕНШЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Одеський державний медичний університет

Важливість проблеми внутрішньоутробних інфекцій обумовлена негативним впливом на перебіг пологів, вагітності і післяпологового періоду. Вони є причиною всього спектра перинатальної патології — інфекційних захворювань плода, ембріопатій, фетопатій, затримки внутрішньоутробного розвитку, невиношування, мертвонародження [1; 2; 7; 11]. Цитомегаловіруси є найчастішою причиною інфекційного ураження людини та, на відміну від інших інфекцій, здатні передаватися від матері до плода, навіть якщо мати була інфікована багато місяців або років тому [1; 3; 5; 6; 9].

Сучасні можливості лікування цитомегаловірусної інфекції (ЦМВ-інфекції) під час вагітності полягають в такому: використання антивірусних препаратів (ганцикловір, фоскарнет), препаратів інтерферону (лаферон, віферон) і серотерапія, яка передбачає використання специфічних гіперімунних анти-ЦМВ імуноглобулінів людини (імуноглобулін антицитомегаловірусний людини рідкий, цитотект, цитогам) [7; 8]. Застосування антицитомегаловірусних хіміопрепаратів під час вагітності протипоказане через їхню токсичність, у зв'язку з чим пріоритетного значення набуває серотерапія [4; 6; 7; 9].

Обгрунтуванням серотерапії вірусних інфекцій є концепція процесу нейтралізації вірусів антитілами як основного механізму реалізації гуморального імунітету при вірусних інфекціях. Відомо, що віруснейтралі-

зуючі антитіла є важливою ланкою специфічної імунологічної реакції при ЦМВ-інфекції. Під впливом антитіл відбувається активація клітин-кілерів, посилюється фагоцитарна активність, активізується система комплементу за класичним зразком і реакція антитілозалежної цитотоксичності. Імуномодуючий вплив обумовлений здатністю зв'язуватися з вірусними антигенами на поверхні інфікованих клітин, що призводить до їх блокування і неможливості розпізнавання Т-клітинами хазяїна [7; 9; 10].

Метою даного дослідження було встановлення можливості зниження перинатальної патології за допомогою застосування імуноглобуліну антицитомегаловірусного людини в комплексному лікуванні вагітних жінок, інфікованих ЦМВ-інфекцією.

Матеріали та методи дослідження

За результатами скринінгового обстеження на TORCH-інфекції було виявлено 36 вагітних жінок із серологічним підтвердженням цитомегаловірусної інфекції. При вірусологічному обстеженні у 5 (13,88 %) визначена гостра форма ЦМВ-інфекції. Обстеження проводили до і після проведення специфічного лікування (через 20 днів після останнього введення препарату) методом імуноферментного аналізу на тест-системах «Векто-ЦМВ-IgM-стрип» і «Векто-ЦМВ-IgG-стрип» (м. Новосибірськ, Росія) в одній і тій самій лабораторії.

Стан імунологічних змін виявляли шляхом дослідження вмісту CD4⁺ і CD8⁺. Додатково було проведено бактеріологічне дослідження вмісту піхви, кольпоцитологічне дослідження, кардіотокографію, ультразвукове дослідження з обов'язковою фетометрією та плацентометрією, дослідженням ультразвукових характеристик навколоплідних вод, доплерометрію судин фетоплацентарного комплексу.

Всім вагітним із ЦМВ-інфекцією проводилося комплексне лікування, що містило специфічний імуноглобулін, етіотропну протимікробну терапію, препарати, спрямовані на поліпшення матково-плацентарного кровообігу, коректори порушень мікробіоценозу піхви і лікування супутньої акушерської та екстрагенітальної патології. Імуноглобулін антицитомегаловірусний людини рідкий був застосований за такою схемою: 1,5 мл (1 доза) внутрішньом'язово (після закінчення періоду плацентадії) 4–5 разів кожні 3–5 днів, два або три курси протягом вагітності.

Результати дослідження та їх обговорення

У 32 (88,88 %) пацієнток було виявлено обтяжений акушерський анамнез (14 — мимовільні викидні, 8 — передчасні пологи, 2 — уроджені вади розвитку дітей, 1 — антенатальна загибель плода, 5 — затримка внутрішньоутробного розвитку плода, 2 — завмерла вагітність).

Більшість вагітних жінок не мали скарг, за винятком 2

(5,55 %) пацієнок, які відмічали наявність періодичного головного болю, не пов'язаного з підвищенням артеріального тиску. У 5 (13,88 %) пацієнок було виявлено симптоми гострої респіраторної інфекції.

В результаті клінічного обстеження ознаки загрози переривання вагітності різноманітної етіології були наявні у 17 (47,22 %) пацієнок. Хронічна фетоплацентарна недостатність (ХФПН) у стадії компенсації підтверджена у 23 (63,83 %) пацієнок параклінічними методами. У 9 (25 %) пацієнок — маловоддя, у 7 (19,44 %) — багатоводдя, зміни акустичної густини навколоплідних вод — у 11 (30,55 %). Гіпертрофію плаценти діагностовано у 19 (52,77 %) жінок.

Бактеріологічне дослідження встановило поєднання ЦМВ з іншою патогенною флорою (дріжджоподібними грибами, хламідіями, мікоплазмами, уреоплазмами) у 27 (75 %) жінок.

У 5 (13,88 %) спостереженнях виявлено наявність антитіл до фосфоліпідів. Це, можливо, підтверджує тезу щодо тропізму ЦМВ до імунокомпетентних клітин, що при змінах імунологічної реактивності створює умови для розвитку антифосфоліпідного синдрому та пов'язаних з ним ускладнень вагітності.

Середній рівень анти-ЦМВ-IgG становив до лікування 314,28±29,38, анти-ЦМВ-IgM — 94,00±0,07. Після проведеного комплексного лікування із застосуванням специфічної серотерапії спостерігалось статистично вірогідне зниження рівня IgM (таблиця). Від-

Таблиця

Динаміка стану імунологічних змін

Показники	До лікування	Після лікування
IgM	157,57±13,00	48,00±9,85
IgG	314,28±29,38	128,00±18,34
CD4 ⁺	54,25±1,34	48,86±1,62
CD8 ⁺	12,83±0,77	11,97±0,58

значено також тенденцію до зниження рівнів CD4⁺ і CD8⁺.

Під впливом специфічної серотерапії встановлено регресію ознак загрози переривання вагітності (об'єктивно та за даними кольпоцитологічного дослідження) у 15 (41,67 %) пацієнок. Поліпшення функціонального стану матково-плацентарного кровообігу підтверджено даними доплерометрії при ультразвуковому дослідженні (визначено нормалізацію лінійної швидкості кровообігу, індексів резистентності й пульсативності) у 19 (52,77 %) вагітних жінок. Відбулося відновлення кількісних та якісних характеристик навколоплідних вод у всіх спостереженнях. В результаті проведеного лікування товщина плаценти та її ехографічні характеристики відповідали терміну гестації у 32 (88,88 %) жінок, у 4 (11,11 %) — зареєстрована тенденція до регресії товщини плаценти. Покращився стан внутрішньоутробного плода відповідно до даних кардіотокографічного дослідження (до 8 балів за шкалою Фішера) у 30 (83,33 %) пацієнок.

Пологи відбулися вчасно у 34 (94,44 %) пацієнок. Серед них оперативне втручання здійснено у 2 (5,55 %) пацієнок. Передчасні пологи відбулися у 2 (5,55 %) жінок.

Стан новонароджених оцінювали за шкалою Апгар. Середній показник становив (7,33±0,11) бала. Клінічних ознак внутрішньоутробної інфекції не діагностовано. Згідно з даними лабораторного обстеження, у 3 (8,33 %) новонароджених було виявлено зміни, які могли свідчити про перинатальне інфікування, що потребувало подальшого динамічного вірусологічного обстеження.

Висновки

Отримані дані свідчать про досить високу клінічну ефективність застосування специ-

фічного антицитомегаловірусного імуноглобуліну в комплексному лікуванні вагітних жінок, інфікованих цитомегаловірусною інфекцією. Результати імунологічного обстеження вагітних встановили вірогідне покращання показників клітинних і гуморальних захисних реакцій у результаті проведеного лікування. Застосування препарату дозволило у переважній більшості (94,44 %) випадків доносити вагітність до терміну пологів, значно знизити очікуваний рівень перинатальної патології у жінок групи високого ризику та скоротити групу ризику щодо внутрішньоутробного інфікування плода вірусом цитомегалії. Можна також припустити, що відсоток оперативних втручань під час пологів був значно знижений у результаті успішного лікування та профілактики ХФПН, та нормалізації адаптаційних можливостей плода.

ЛІТЕРАТУРА

1. Степанківська Г. К., Дриць Т. М. Сучасні погляди на етіологію, патогенез та діагностику внутрішньочеревних інфекцій плода // ПАГ. — 1996. — № 5-6. — С. 81-83.
2. Внутриутробное инфицирование плода вирусом цитомегалии и субклиническая форма инфекции у новорожденных / С. Г. Чешик, Н. А. Малышев, Л. Д. Досев и др. // Рос. вестн. перинатологии и педиатрии. — 1995. — № 2. — С. 20-24.
3. Цитомегаловирусная инфекция у пациенток с привычным невынашиванием беременности / В. М. Сидельникова, Л. Г. Дадалян, Л. В. Ванько, Г. Т. Сухих // Акушерство и гинекология. — 1996. — № 4. — С. 21-24.
4. Прогностическое значение маркеров герпетической инфекции у женщин с осложненным течением беременности / О. В. Островская, М. А. Власова, Д. Х. Ян, Л. В. Максимчук // Там же. — 2000. — № 2. — С. 52-54.
5. Пустотина О. А., Бубнова Н. И. Диагностика внутриутробной инфекции (компоненты послета и амниотической жидкости) // Там же. — 1999. — № 4. — С. 3-5.
6. Использование набора современных методов исследования для экспресс-диагностики герпесвирус-

ной инфекции в клиническом материале гинекологического, офтальмологического и стоматологического профиля / Н. Д. Львов, А. А. Никитина, П. Г. Свешников и др. // Герпетические инфекции (диагностика и лечение): Сб. науч. труд. — М., 1990. — С. 5-14.

7. Серов В. Н., Манухин И. Б., Кузьмин В. Н. Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода // ПАГ. — 1997. — № 6. — С. 16-19.

8. *Терапия цитомегаловирусной инфекции во время беременности* / И. Б. Манухин, И. Ю. Кокая, Т. П. Захарова, Т. П. Крапошина // Журн. акушерства и женских болезней. Спецвыпуск. — 1998. — С. 52.

9. *Furione M., Middeldorp J., Gerna G.* Validation of clinical application of cytomegalovirus plasma DNA load measurement and definition of treatment criteria by analysis of correlation to antigen detection // J. Clin. Microbiol. — 2004. — Vol. 42. — P. 498-504.

10. *Humanpapillomavirus, cytomegalovirus, and adeno-associated virus infections in pregnant and nonpregnant women with cervical intraepithelial neoplasia* / K. Husnjak, M. Matovina, N. Milutin et al. // J. Clin. Microbiol. — 2004. — Vol. 42. — P. 1341-1344.

11. *Prenatal diagnosis of congenital human cytomegalovirus infection in amniotic fluid by nucleic Acid sequence-based amplification assay* / M. G. Revello, D. Lillieri, M. Zavattoni et al. // J. Clin. Microbiol. — 2003. — Vol. 41. — P. 1772-1774.

УДК 618.3:616-022:578.825.12

В. Г. Марічереда, Т. І. Пермінова

СУЧАСНІ МОЖЛИВОСТІ ЗМЕНШЕННЯ ПЕРИНАТАЛЬНОЇ ПАТОЛОГІЇ У ВАГІТНИХ, ІНФІКОВАНИХ ЦИТОМЕГАЛОВІРУСОМ

Мета дослідження — встановити можливість зниження перинатальної патології за допомогою використання імуноглобуліну антицитомегаловірусного людини у комплексному лікуванні вагітних жінок, інфікованих цитомегаловірусною інфекцією. Усім вагітним проводилося комплексне лікування із застосуванням специфічного імуноглобуліну (імуноглобулін антицитомегаловірусний людини). Після проведення терапії було встановлено досить високу клінічну ефективність застосування запропонованого комплексу.

Ключові слова: перинатальна патологія, вагітність, цитомегаловірусна інфекція, імуноглобулін антицитомегаловірусний людини.

UDC 618.3:616-022:578.825.12

V. G. Marichereda, T. I. Perminova

MODERN POSSIBILITIES OF PERINATAL PATHOLOGY DECREASING IN PREGNANT WOMEN, INFECTED WITH CYTOMEGALOVIRUS

The aim of investigation was to reveal the possibilities of perinatal pathology decreasing by means of anticytomegalovirus immunoglobulin using in complex treatment of pregnant women infected with cytomegalovirus infection. The complex treatment included anticytomegalovirus immunoglobulin usage. The clinical effectiveness of the proposed treatment was revealed after the treatment.

Key words: perinatal pathology, pregnancy, cytomegalovirus infection, anticytomegalovirus immunoglobulin.

УДК 615.372:616.831-009.12

М. А. Годзієв

ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТІВ БОТУЛІНІЧНОГО ТОКСИНУ ТИПУ А В ОРТОПЕДИЧНОМУ ЛІКУВАННІ ДЕФОРМАЦІЙ СТОП ПРИ СПАСТИЧНОМУ ЦЕРЕБРАЛЬНОМУ ПАРАЛІЧІ

Одеський державний медичний університет

Актуальність проблеми лікування спастичного церебрального паралічу (СЦП) зумовлена як високою частотою захворювання — від 2,5 до 4,5 на 1000 новонароджених [1], так і тяжкістю самого захворювання, що стає, як правило, причиною інвалідизації дитини. В період формування спастичних установок і контрак-

тур, що передують резидуальній стадії, тривалий час єдиним ортопедичним засобом лікування вважався метод етапного гіпсування. Однак низька ефективність цього методу викликала незадоволення ортопедів — тривале перебування в гіпсових пов'язках негативно впливає на загальний стан дитини, знижує рухові

навички, спричиняє м'язову атрофію та інші післяімобілізаційні зміни [2-4].

За останні роки з'явилися принципово нові можливості консервативного лікування спастичних деформацій із застосуванням препаратів ботулінічного токсину типу А (ВТХ-А), які належать до міорелаксантів локальної дії. Не-