

потрібна була повторна операція з приводу рещунтування ДМШП у зв'язку з неспроможністю швів на шматку. Такий же кількості пацієнтів через 6–7 років було виконано балонну дилатацію клапана ЛА в зв'язку з його стенозом і градієнтом більше 40 мм рт. ст.

Через 10 років 75 пацієнтів, що вижили після проведення РК ТФ, були розділені відповідно до класифікації NYHA таким чином: 53 (70,7 %) пацієнти — I функціональний клас; 20 (26,7 %) хворих — II функціональний клас; 2 (2,7 %) хворих — III функціональний клас.

Найчастішими скаргами пацієнтів у віддаленому післяопераційному періоді були задишка (18,7 %), стомлюваність (16 %), часті епізоди серцебиття (12 %).

Висновки

1. При обстеженні хворих, прооперованих радикально з

приводу теради Фалло, було виявлено, що 11-річна виживаність у середньому становила $(92,5 \pm 1,1) \%$.

2. Основний відсоток летальності припадав на періоди від 3 до 5 років і від 8 до 10 років, причому смертність у першому з цих періодів була обумовлена кардіогенними причинами (порушення ритму і ССН).

3. Найбільш несприятливим періодом щодо прогресування віддалених післяопераційних ускладнень, пов'язаних із симптоматичною дилатацією ПШ, був період від 3 до 6 років після РК ТФ.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Kirklin J. W., Barrat-Boyes B. G.* Cardiac surgery: morphology, diagnostic criteria, natural history, techniques, results and indications. — N. Y.: Churchill Livingstone Inc. (2nd ed.), 1993. — P. 701-799.
2. *Сердечно-сосудистая хирургия: Руководство / Под ред. В. И. Бураковского.* — М.: Медицина, 1989. — 752 с.

3. *Work capacity and central hemodynamics thirteen to twenty-six years after repair of tetralogy of Fallot / H. Jonsson, T. Ivert, R. Jonasson et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1995. — N 110. — P. 416-426.

4. *The modified Blalock-Taussig shunt: clinical impact and morbidity in Fallot's tetralogy in the current era / G. Gladman, B. W. McCrindle, W. G. Williams et al. // J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* — 1997. — N 114. — P. 25-30.

5. *Long-term survival in patients with repair of tetralogy of Fallot: 36-year follow-up of 490 survivors of the first year after surgical repair / G. Nollert, T. Fischlein, S. Bouterwek et al. // J. Am. Coll. Cardiol.* — 1997. — N 30. — P. 1374-1383.

6. *A 26-year experience with surgical management of tetralogy of Fallot: risk analysis for mortality or late reintervention / C. J. Knott-Craig, R. C. Elkins, M. M. Lane et al. // Ann. Thorac. Surg.* — 1998. — N 66. — P. 506-511.

7. *Струтинский А. В.* Эхокардиограмма: анализ и интерпретация. — М.: МЕДпресс-информ, 2001. — 208 с.

8. *Borgan O., Liestol K.* A note of confidence intervals and bands for the survival curve based on transformations // *Scand. J. Stat.* — 1990. — N 17. — P. 35-41.

УДК 618.3/5-06:618.1-022:578.825.11/12

П. М. Баскаков, І. С. Глазков, Т. Г. Романенко

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ І НАСЛІДКІВ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ЖІНОК ПРИ ЗАГОСТРЕННІ ЛАТЕНТНИХ ФОРМ АСОЦІЙОВАНИХ ГЕНІТАЛЬНОЇ ГЕРПЕСВІРУСНОЇ І ЦИТОМЕГАЛОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЙ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П. Л. Шупика,
Кримський медичний університет ім. С. І. Георгієвського

Вступ

Смертність новонароджених від природжених внутрішньоутробних інфекцій у структурі причин перинатальних втрат становить 10–15 % [1; 4]. Частота вірусного інфікування плода коливається від 10 до 60 %, а серед недоношених сягає 70 % [3].

В останні роки змінилася структура інфекційної захворюваності вагітних, а також плода і новонародженого. Так,

за даними багатьох авторів [2; 5; 6], частота виявлення у вагітних цитомегаловірусної інфекції дорівнює близько 90 %, а герпетичної — близько 50 %. Рівень інтраамніонального інфікування сягає 60 % залежно від характеру збудника, термінів вагітності, напруженості гуморального та клітинного імунітету в матері і деяких інших факторів [1–4].

Змішані вірусні інфекції, зазвичай клінічно не розпізнані або зовнішньо невразливі (на-

приклад, цитомегалія) для вагітної жінки, є далеко не байдужними для плода. Важкі ушкодження у плода можуть виникати і при легкому перебігу захворювання в матері, і навіть у разі звичайного вірусносійства [5; 6].

Сьогодні внутрішньоутробне інфікування посідає друге місце за рівнем впливу (після прееклампсії) на частоту хронічної фетоплацентарної недостатності і гіпотрофії плода [1; 3]. Незважаючи на те, що об-



говорюваній проблемі присвячено численні наукові дослідження, не існує цілісного уявлення про перебіг вагітності і пологів, розвиток плода і стан новонародженого. У літературі є дані про асоційовану дію інфекційних патогенів, але асоційована дія цитомегаловірусу і вірусу простого герпесу в різноманітних варіантах активності у вагітних жінок не розкрито.

Для ефективної профілактики та лікування необхідно встановлення етіологічного зв'язку певної патології плода з конкретною вірусною і бактеріальною інфекцією, що потребує широкого комплексного обстеження. Актуальність вивчення особливостей перебігу вагітності і пологів, а також перинатальних наслідків при асоційованих герпесвірусних інфекціях із розробкою акушерської тактики, медикаментозного лікування, комплексної діагностичної програми, оптимальних термінів і методів розродження, ефективних методів перспективного прогнозування і профілактики не викликає сумнівів.

Метою даного наукового дослідження є вивчення особливостей перебігу вагітності і наслідків пологів у жінок з асоційованими формами цитомегаловірусної і герпетичної інфекції залежно від форми інфекції та варіантів їх поєднання.

Матеріали та методи дослідження

Усього було обстежено 146 вагітних жінок, у яких вивчено особливості перебігу вагітності та перинатального розвитку плода, наслідки пологів і перинатальні результати. Всі обстежені були розділені на такі клінічні групи і підгрупи:

А — інфіковані вірусами простого герпесу-2 і цитомегаловірусу, у яких третій триместр вагітності перебігав без загострення цих інфекцій (28 жінок);

А.1 — діти, народжені від жінок із групи А (22 новонароджених);

Б — інфіковані вірусом простого герпесу-2 і цитомегаловірусом жінки, у яких третій триместр вагітності перебігав із загостренням цитомегаловірусної інфекції (16 жінок);

Б.1 — діти, народжені від жінок групи Б;

В — інфіковані вірусом простого герпесу-2 і цитомегаловірусом жінки, у яких третій триместр вагітності перебігав із загостренням герпетичної інфекції (26 жінок);

В.1 — діти, народжені від жінок групи В (18 новонароджених);

Г — інфіковані жінки, у яких третій триместр вагітності перебігав із загостренням цитомегаловірусної і герпетичної інфекції (26 жінок);

Г.1 — діти, народжені від жінок групи Г;

Д — неінфіковані вагітні жінки контрольної групи (50 жінок);

Д.1 — діти, народжені від вагітних жінок групи Д (25 новонароджених).

Групи було сформовано після виявлення ДНК цитомегаловірусу і вірусу простого герпесу-2 та специфічних імуноглобулінів класів М (активна фаза інфекції) і G. До комплексу проведених досліджень були включені імунологічні, морфологічні й функціональні методи.

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік обстежених жінок вірогідно не відрізнявся у групах і становив ($25,4 \pm 2,1$) року. При аналізі гінекологічного анамнезу в групах порівняння виявлено вірогідно більш високу частоту хронічних запальних захворювань придатків матки в групах Г (38,5 %) і А (28,6 %) порівняно з групами В (11,5 %) і Д (10,0 %).

При оцінці клінічного перебігу гестаційного процесу встановлено, що частота ток-

сикозів у першій половині вагітності в групах Б, В і Г була вірогідно вище, ніж у групах А і Д. У другій половині вагітності прееклампсія різноманітного ступеня тяжкості найчастіше відзначалася в групі Б (43,8 %), що свідчить про істотну роль цитомегаловірусу в генезі прееклампсії. Анемію у першій половині вагітності діагностовано в усіх групах у кожному четвертому випадку, а після 20 тиж — у кожному другому. Частота виявлення загрози переривання вагітності в першій половині була найбільш високою в групі А (50,0 %), а в другій — у групах Г (38,5 %) і В (34,6 %).

Це можна пояснити тим, що в усіх інфікованих жінок загострення вірусної інфекції відбувалося в другій половині вагітності і було проявом як інтоксикації, так і впливу вірусів на нервову тканину і систему в цілому. Найбільш високу частоту антенатальної загибелі плода відзначено в групі Г (7,7 %), а у крові в цих жінок був виявлений імуноглобулін М до цитомегалії і герпесвірусів.

Результати проведених функціональних методів дослідження (кардіотокографія) дозволяють зробити висновок, що ознаки внутрішньоутробного страждання плода виявлялися вірогідно частіше в жінок із загостренням асоційованих форм цитомегаловірусу і вірусу простого герпесу-2 порівняно з неінфікованими вагітними і жінками, вагітність у яких перебігала без загострення цих інфекцій.

Передчасні пологи в 34–36 тиж вагітності частіше спостерігалися в жінок групи Г (23,1 %), ніж групи Б (12,5 %); В (7,7 %); А (7,1 %) і Д (6,0 %). Отримані результати свідчать, що частота передчасних пологів вірогідно вища в жінок із загостренням асоційованих латентно-перебігаючих герпетичної і цитомегаловірусної інфекцій.



Аномалії розвитку пологової діяльності відзначені в групі А у 10,7 %; Б — у 12,5 %; В — у 15,4 %; Г — у 30,8 % і Д — у 12,0 %. З наведених даних очевидно, що в групі жінок, у яких під час вагітності виявлено загострення асоційованих форм цитомегаловірусної і герпетичної інфекції, вірогідно частіше спостерігалися аномалії розвитку пологової діяльності порівняно з контрольною групою. Отримані результати пояснюємо тим, що характер пологової діяльності залежить від стану фетоплацентарного комплексу, який страждає при загостренні поєднаних форм вірусної інфекції. Крім того, частота абдомінального розродження була вище в пацієнток групи Г (15,4 %) порівняно з групою Б (12,5 %); Д (12,0 %); А (10,7 %) і В (7,7 %). Показаннями в більшості випадків були аномалії пологової діяльності і гострий дистрес-синдром плода на фоні фетоплацентарної недостатності.

Аналізуючи основні перинатальні результати розродження, необхідно відзначити, що частота середньотяжких форм асфіксії була найбільш високою в групах Г.1 (25,0 %); Б.1 (16,7 %) і В.1 (15,4 %). Крім того, виявлено вірогідне зниження середньої маси і довжини тіла в групі новонароджених, що народилися від жінок із загостренням цитомегаловірусної і герпетичної інфекції. Одним із найчастіших ускладнень вагітності, що призводить до патологічної гіпербілірубінемії, є внутрішньоутробне інфікування. Слід зазначити, що інфікування викликає запальний процес гепатобіліарної системи і, крім того, є частою причиною тяжких гіпоксичних станів плода. За нашими даними, кон'югаційна жовтяниця частіше виявлялася в новонароджених із групи Б.1 (24,9 %) і В.1 (16,7 %).

У більшості дітей перших днів життя спостерігалася неврологічна симптоматика, що

відзначено у діагнозі неонатологів: «порушення церебрального статусу новонародженого» різноманітного ступеня тяжкості, частіше у групі Г.1 (44,4 %), що надалі було підтверджено результатами нейросонографії. Синдром підвищеної нервово-рефлекторної збуджуваності також частіше зустрічався в групі Г.1 (38,9 %), що виявлялося у вигляді хворобливого елемента, занепокоєння й іншої неврологічної симптоматики. Аналогічна закономірність спостерігалася і при оцінці частоти затримки внутрішньоутробного розвитку плода — Г.1 (38,9 %) відповідно.

З огляду на результати аналізу неспецифічних симптомів внутрішньоутробного інфікування у новонароджених можна зробити висновок, що в дітей, народжених від інфікованих вагітних жінок, цих симптомів було менше, ніж у жінок із загостренням вірусної інфекції. Діагноз внутрішньоутробного інфікування в ранньому неонатальному періоді вкрай утруднений у зв'язку з неспецифічністю симптомів із позитивними результатами лабораторних досліджень.

Висновки

Таким чином, як показали результати проведених досліджень, вагітні жінки зі змішаними формами латентного перебігу цитомегаловірусної і герпетичної інфекцій складають групу високого ризику щодо розвитку акушерських і перинатальних ускладнень. Для підтвердження активності інфекційного процесу, виявленого за допомогою серологічного методу, слід визначити ДНК вірусного геному методом ДНК-зондування або полімеразної діагностики. При виявленні активної форми герпетичної і цитомегаловірусної інфекції поряд із противірусною та імунокоригувальною терапією, необхідна корекція фетоплацентарної недостатності. Лікування ускладнень

вагітності і пологів, що частіше зустрічаються при активації латентно перебігаючої асоційованої цитомегаловірусної та герпетичної інфекцій проводиться загальноприйнятими методами, але з урахуванням необхідності лікування зазначених інфекцій.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Вдовиченко Ю. П., Глазков І. С., Кіяшко Г. П.* Роль порушень імунної системи у формуванні акушерських та перинатальних ускладнень // *Перинатологія та педіатрія*. — 2000. — № 3. — С.14-18.
2. *Глазков І. С., Шадлун Д. Р., Лисенко Б. М.* Особливості перинатальних втрат у жінок з урогенітальною інфекцією // *Одес. мед. журнал*. — 2000. — № 6. — С. 52-54.
3. *Маркін Л. Б., Луцик Б. Д., Попович А. І.* Хронічні інфекції в акушерстві та гінекології // *Зб. наук. праць III пленуму Асоціації акушерів-гінекологів України*. — Ужгород, 1999. — С. 336-338.
4. *Марков И. С.* Современная лабораторная диагностика TORCH-инфекций у женщин детородного возраста, беременных и детей. Сообщение 2. Лабораторная диагностика цитомегаловирусной (CMV) инфекции // *Здоровье женщины*. — 2001. — № 2 (6). — С. 83-90.
5. *Шадлун Д. Р.* Сучасні питання антенатальної загибелі плода на сучасному етапі // *Наук. вісн. Ужгород. ун-ту. Серія «Медицина»*. — 2001. — Вип. 15. — С. 160-162.
6. *Zueva E.* Antenatal Diagnostics of Intrauterine Infection of the Fetus in Pregnant with HSA Infection // *International Society for Immun. Reprod.* — Washington, 1995. — P. 121-123.

