

стан, що виявляється поліпшенням гостроти зору, розширенням полів зору, запобіганням рецидивів судинних змін на очному дні.

3. Значне ефективне підвищення зорових функцій, запобігання розвитку ускладнень і рецидивів захворювань дозволяє рекомендувати тіотриазолін для комплексної терапії і профілактики при лікуванні діабетичних ретинопатій.

ЛІТЕРАТУРА

1. *Патогенетические особенности простой и пролиферативной диабетической ретинопатии* / Л. Т. Кашинцева, И. Р. Салдан, А. В. Артемов, Т. В. Дегтяренко // *Офтальмолог. журнал.* — 1988. — № 4. — С. 193-198.

2. *Рогозина Р. Д.* Наш опыт комплексной медикаментозной терапии диабетической ретинопатии // Там же. — 1974. — № 7. — С. 540-542.

3. *Краснов М. Л., Шульпина Н. Б.* Терапевтическая офтальмология. — М.: Медицина, 1985. — С. 559.

4. *Павловская Т. Я., Кашинцева Л. Т.* Эффективность применения внутривенного лазерного облучения крови в комплексном лечении больных с диабетической ангиопатией сетчатки и ретинопатией // *Офтальмолог. журнал.* — 2000. — № 2. — С. 45-49.

5. *Буянова О. В.* Лечение центральных хориоретинальных дистрофий с применением нового мембраностабилизирующего препарата — тиотриазолина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Одесса, 1996. — С. 22.

6. *Михальчик Т. С.* Клинико-биохимические аспекты применения тиотриазолина при тромбозах рети-

нальных вен: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Одесса, 1997. — С. 20.

7. *Беленичев И. Ф.* Целенаправленный поиск веществ с антиоксидантной активностью в ряду производных 1,2,4-триазола и хиназолина: Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Львов, 1991. — С. 21.

8. *Логай И. М., Соловьева В. П., Сотникова Е. П.* Тканевая терапия по методу акад. В. П. Филатова, основные направления и перспективы ее развития // *Офтальмолог. журнал.* — 1995. — № 2. — С. 68-73.

9. *Кровоснабжение и гемомикроциркуляция глаза при различных формах и стадиях диабетической ретинопатии* / И. Р. Салдан, Л. В. Козина, Н. В. Бакулева, К. Г. Драченко // Там же. — 1982. — № 8. — С. 473-476.

10. *Кацнельсон Л. А., Форофонова Т. И., Бунин А. Я.* Сосудистые заболевания глаза. — М.: Медицина, 1990. — С. 273.

УДК 618.4:616.98:578.828 ВІЛ

М. А. Волкова

ПРОБЛЕМА ПРОГРЕСУВАННЯ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ ПІСЛЯ ПОЛОГІВ

Одеський державний медичний університет

Відомо, що епідемія ВІЛ/СНІДу в Україні триває. Повідомляється про інфікування ВІЛ 1 % населення [1]. За даними CDC Центру (США), серед матерів ВІЛ-інфікованих дітей 47 % вживали наркотики, 22 % — мали сексуальні стосунки зі споживачами наркотиків [1]. Жінки більш сприйнятливі до ризику ВІЛ-інфікування, ніж їх статеві партнери, що обумовлено низкою біологічних і соціальних факторів. За даними деяких авторів, частота передачі ВІЛ від чоловіка до жінки у 2–3 рази вища [1; 2]. Щодня у світі інфікуються ВІЛ 14 000 осіб, з них 12 000 — віком від 15 до 49 років; особи від 15 до 24 років становлять близько 50 % від загальної кількості [1].

Питання впливу вагітності на перебіг ВІЛ-інфекції на сучасному етапі вивчено недостатньо. У всіх жінок, незалежно від ВІЛ-статусу, під час вагітності простежується знижен-

ня клітинного та гуморального імунітету. Це свідчить про небезпеку того, що вагітність може прискорювати прогресування хвороби. Сьогодні немає достовірної інформації щодо впливу вагітності та пологів на прогресування ВІЛ-інфекції у ранній період її розвитку, зростання вірусного навантаження та зниження кількості CD⁺-лімфоцитів [1; 3; 4]. Але на пізніх стадіях хвороби можливе прискорення її прогресування [1; 5].

Мета нашого дослідження — вивчення перебігу ВІЛ-хвороби у жінок після пологів протягом 2 років.

Матеріали та методи дослідження

Було обстежено 120 ВІЛ-інфікованих жінок протягом 1–2 років після пологів, які зверталися по медичну допомогу. Під час вагітності всі вони перебували в стадії безсимптомного

носійства ВІЛ. Крім загальноклінічного обстеження, визначали рівень CD⁺ та CD⁺-лімфоцитів, деяким пацієнткам — вірусне навантаження, щоб вирішити питання про доцільність призначення антиретровірусної терапії (АРТ).

Результати дослідження та їх обговорення

Середній вік жінок — (23±2,3) року. Споживачами ін'єкційних наркотиків (СІН) раніше були 27 % жінок, продовжували вживати наркотики після пологів 3 % жінок. Перші пологи були у 18 (15 %) жінок, другі — у 94 (78,3 %), треті — у 8 (6,7 %). Аборти після пологів мали 22 (18,3 %) обстежених.

Супровідні захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ), було виявлено у 68 (56,6 %) жінок. Найчастішими були такі інфекції, як кандидоз, трихомоніаз, герпес-вірусна інфекція.



Під час вагітності анемія була у 92 (76,6 %) жінок. Через рік після пологів анемія залишилась у 65 (54,1 %) обстежених.

Прогресування хвороби відмічено у 21 (17,5 %) жінки. Споживачами наркотиків до вагітності серед них були 14 (66,7 %) осіб, продовжували вживати наркотики після пологів 7 (33,3 %). Палили під час вагітності та продовжували палити після пологів 18 (85,7 %) жінок з прогресуванням хвороби. Тільки одна жінка мала перші пологи, решта — другі-треті. З профілактичною метою під час вагітності 11 (62,8 %) жінкам проводили антиретровірусну терапію.

Усі жінки, в яких відмічено прогресування хвороби, мали виразний дефіцит маси тіла, у трьох була кахексія.

Серед жінок з прогресуванням хвороби, які не приймали ліків, померли 9 (42,8 %). Основними причинами смерті були опортуністичні інфекції: дисемінований туберкульоз (33,4 %), вірусний менінгоенцефаліт (22,2 %), пневмококова пневмонія (11,1 %), сепсис (22,2 %), кахексія, а також передозування наркотиків (11,1 %).

Антиретровірусну терапію було призначено 12 (57,2 %) жінкам з прогресуванням ВІЛ-

хвороби, основним критерієм якої була кількість CD4⁺/CD8⁺ лімфоцитів, підвищення рівня вірусного навантаження більше 50 000 копій/мкл крові.

Зниження рівня CD4⁺/CD8⁺ лімфоцитів спостерігалось протягом другого року після пологів. Так, серед 12 жінок кількість CD⁺-лімфоцитів <100 клітин була у 5 (41,6 %) обстежених, від 100 до 200 — у 7 (58,4 %). Вірусне навантаження більше 50 000 копій було у 4 (33,3 %) жінок, решті обстеження не проводилося.

Основними захворюваннями, діагностованими у 12 жінок на фоні вираженого імунодефіциту, були розповсюджені кандидоз травного тракту (2), туберкульоз легенів та лімфовузлів (2), рак шийки матки (1), генералізована герпес-вірусна інфекція (2), цитомегаловірусна інфекція (1), пневмоцистна пневмонія (2), сепсис (1), абсцеси та флегмони (1).

Усім було призначено високоєфективну антиретровірусну терапію з інгібіторами протеаз (3–4 препарати). На фоні лікування кількість CD4⁺-лімфоцитів зростає через 2–3 міс від початку терапії, стан хворих поліпшився. Нині вони перебувають під наглядом спеціалістів, дотримуються активного способу життя.

Висновки

1. Питання впливу вагітності на прогресування ВІЛ-хвороби потребує подальшого вивчення.

2. Згідно з нашим обстеженням, прогресування ВІЛ-хвороби спостерігалось через 1–2 роки після пологів у тих жінок, які мали стадію безсимптомного носійства ВІЛ (17,5 % випадків) та паритет 2–3 пологів.

3. Антиретровірусна терапія дозволяє підвищити імунний статус і зупинити прогресування хвороби.

4. Всім ВІЛ-інфікованим жінкам рекомендується обстеження імунного статусу вже протягом першого року після пологів.

ЛІТЕРАТУРА

1. Запорожан В. Н., Аряев Н. Л. ВІС-інфекція і СПІД. — К.: Здоров'я, 2003. — 624 с.

2. ВІС в перинатології / Под ред. В. Н. Запорожана, Н. Л. Аряева. — К.: Здоров'я, 2000. — 187 с.

3. Brettle R. P. HIV infection in women: immunological markers and the influence of pregnancy // AIDS. — 1995. — N 4. — P. 1177-1184.

4. Burns D. N. The influence of pregnancy on human immunodeficiency virus type 1 infection: antepartum and postpartum changes in human immunodeficiency virus type 1 viral load // Am. J. Obstet. Gynecol. — 1998. — N 178 (2). — P. 355-359.

5. Temmerman M. Human immunodeficiency virus and woman // J. Obstet. Gynecol. — 1994. — N 14 (Suppl 2). — P. 70-75.

УДК 618.146:578.828 ВІЛ

Т. В. Попова

РОЛЬ УРОГЕНІТАЛЬНИХ ІНФЕКЦІЙ ПРИ ПАТОЛОГІЇ ШИЙКИ МАТКИ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

Одеський державний медичний університет

Вступ

За коротку 20-річну історію пандемії ВІЛ-інфекції вірус уразив понад 60 млн осіб і посів четверте місце серед причин смертності молодих людей [1]. В умовах епідемії ВІЛ-інфекції важливо враховувати її вплив на стан репродуктивного здо-

ров'я жіночого населення. Характерною рисою цієї пандемії є підвищення рівня поширення ВІЛ-інфекції серед жінок. Фактори, які сприяють поширенню ВІЛ серед жінок, такі: відмова партнера користуватися презервативом, сексуальне насильство, безробіття серед жінок і важке матеріальне становище,

яке спонукає використовувати секс як засіб для існування.

У 40–45 % ВІЛ-інфікованих жінок при гінекологічному обстеженні виявляється більш ніж одне захворювання, серед них: піхвові кандидози, запальні захворювання органів малого таза, аногенітальні кондиломи, спричинені папіломавірусом

