

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



людини, та цервікальна дисплазія [2; 3]. Незважаючи на те, що урогенітальні інфекції головним чином однакові у ВІЛ-негативних і ВІЛ-позитивних жінок, у ВІЛ-інфікованих вони мають тенденцію до рецидивів, рефрактерні до терапії, їм притаманний більш тяжкий перебіг [2; 3].

Найчастішою рецидивною генітальною інфекцією у ВІЛ-інфікованих жінок є піхвовий кандидоз [2; 5]. Дослідження, проведені протягом 10 років, показали, що хронічні рецидивні кандидозні вагініти виявлено у 7–89 % ВІЛ-інфікованих жінок [2; 3].

У деяких роботах показано, що папіломавірусна інфекція людини спостерігається у 5 разів частіше у ВІЛ-інфікованих жінок, якщо кількість $CD4^+ < 200$ кл/мкл, ймовірність інфікування в такому випадку досягає 95 % [3].

Мета нашого дослідження — визначити роль урогенітальних інфекцій та частоту патології шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом перебувало 88 ВІЛ-інфікованих жінок, які проходили обстеження та лікування в Центрі здоров'я жінки, віком від 16 до 35 років (середній вік — 23,6 року). Патологія шийки матки була діагностована у 52 (59,1 %) жінок, які становили основну групу. До групи порівняння увійшли 34 ВІЛ-інфіковані пацієнтки, які не мали патології шийки матки. Контрольну групу становили 30

ВІЛ-негативних практично здорових жінок.

Усім жінкам було проведено клініко-лабораторне дослідження, яке включало загальний аналіз крові, загальний аналіз сечі, бактеріоскопічне та цитологічне дослідження піхвового і цервікального секрету, кольпоскопію, ультразвукове обстеження органів малого таза, а ВІЛ-інфікованим — імунологічне (кількість $CD4^+/CD8^+$).

Результати дослідження та їх обговорення

Усі обстежені ВІЛ-інфіковані жінки мали стадію безсимптомного носійства ВІЛ, тому антиретровірусне лікування їм не призначалося. Після пологів споживачів ін'єкційних наркотиків не було. Наявних ознак опортуністичних інфекцій вони не мали.

В анамнезі запальні захворювання органів малого таза мали 38 (43,1 %) ВІЛ-інфікованих жінок і лише 15 % — із контрольної групи.

Частота випадків урогенітальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих жінок становила 113 (128,4 %), що в 2,3 рази частіше, ніж у контрольній групі. Це свідчить про те, що ВІЛ-інфіковані жінки мають поєднання кількох урогенітальних інфекцій, які можуть спричинювати запальні захворювання органів статеві системи. У жінок основної групи, які мали патологію шийки матки, частота випадків урогенітальних інфекцій була в 1,4 рази більша, ніж у групі порівняння, та в 2,5 рази

більша порівняно з контролем. Ці дані підтверджують роль урогенітальних інфекцій у виникненні патології шийки матки у ВІЛ-інфікованих жінок.

Результати обстеження наявності урогенітальних інфекцій подано у таблиці.

Так, у ВІЛ-інфікованих жінок обох груп піхвовий кандидоз спостерігався у 2,3 рази частіше, ніж у контрольній групі. У кожній п'ятій ВІЛ-інфікованої жінки було діагностовано трихомоніаз.

У ВІЛ-інфікованих жінок із патологією шийки матки папіломавірусна інфекція спостерігалася в 2,7 рази частіше, ніж у групі порівняння, що свідчить про етіопатогенетичну роль цієї інфекції.

При цитологічному обстеженні дисплазія легкого та середнього ступеня була діагностована у кожній третій ВІЛ-інфікованої жінки основної групи, що в 2,5 рази більше порівняно з частотою її у групі контролю (8,2 %). Випадків дисплазії у контрольній групі не було.

При обстеженні ВІЛ-інфікованих жінок на $CD4^+/CD8^+$ -лімфоцити були одержані такі результати. Кількість $CD4^+$ -лімфоцитів у 28 (53,8 %) ВІЛ-інфікованих основної групи була менше 350 клітин/мкл, тобто спостерігався виражений імунодефіцит. Тимчасом кількість $CD4^+$ -лімфоцитів у групі порівняння коливалася від 600 до 1050 клітин/мкл, тобто вираженого імунодефіциту не спостерігалось. Вірусне навантаження у них не визначалося.

Таблиця

Склад мікрофлори піхви у обстежених жінок

Урогенітальні інфекції	Основна група, n=52	Група порівняння, n=36	Контрольна група, n=30
Бактеріальний вагіноз	18 (34,6 %)	8 (22,2 %)	7 (23,3 %)
Піхвовий кандидоз	22 (42 %)*	16 (41,6 %)*	5 (16,6 %)
Трихомоніаз	12 (23,1 %)*	8 (22,2 %)*	1 (3,3 %)
Генітальний герпес	3 (5,7 %)*	1 (2,7 %)*	—
Папіломавірусна інфекція	9 (17 %)*	—	—
Хламідіоз	11 (21,2%)*	5 (13,8 %)	4 (13,3 %)
Усього випадків	75 (144,2 %)*	38 (105,5 %)	17 (56,6 %)

Примітка.* — $P < 0,05$ порівняно з контрольною групою.



Таким чином, у ВІЛ-інфікованих жінок при прогресуванні імунodefіциту збільшується кількість урогенітальних інфекцій, рівень дисплазій та частота патології шийки матки.

Лікування урогенітальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих жінок проводилося за загальноприйнятими схемами. Антибактеріальну терапію призначали з урахуванням чутливості мікрофлори. Кольпоскопічне і цитологічне дослідження при патології шийки матки проводили після лікування та повторно через 6 міс. Усі хворі перебувають під спостереженням для продовження подальшого дослідження.

Висновки

1. У всіх обстежених ВІЛ-інфікованих жінок наявна одна

або сполучення кількох урогенітальних інфекцій, з-поміж яких найчастіше зустрічалися кандидоз, трихомоніаз, папіломавірусна інфекція.

2. При наявності урогенітальних інфекцій у ВІЛ-інфікованих жінок частота патології шийки матки становила 59,1 %.

3. У 28 % ВІЛ-інфікованих жінок з патологією шийки матки спостерігався виражений імунodefіцит (зменшення кількості CD4⁺-лімфоцитів), тобто при прогресуванні ВІЛ-хвороби частота патології шийки матки зростає.

4. Усім ВІЛ-інфікованим жінкам рекомендується регулярне клініко-лабораторне обстеження для своєчасної діагностики та лікування урогенітальних інфекцій, патології шийки матки.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бохман Я. В., Лютра И. К. Рак шейки матки. — Кишинев: Штиинца, 1991. — 239 с.

2. *Innovative Approaches to Cervical Cancer Prevention* / P. O. Blumental, P. Ringers, N. McIntosh, L. Gaffikin // *Medscape Women's Health*. — 2001. — Vol. 6, N 6.

3. Gibbs D. M., Sweet S. *Infectious of the Female Genital Tract*. — 4ed. — 2001.

4. *Lower genital tract infection among HIV-infected and high-risk uninfected women (findings of the Women's Interagency HIV Study (WIHS))* / R. M. Greenblat, P. Bacchetti, S. Barkan et al. // *Sex Trans Dis*. — 1999. — Vol. 26, N 3. — P. 143-151.

5. *Association between HIV infection and cervical neoplasia: for clinical care of women at risk for both conditions* / J. S. Mandelblatt, M. Fans, K. Garibaldi et al. // *AIDS*. — 1993. — N 6. — P. 183-188.

6. *Prevalence and incidence of gynecologic disorders among women infected with human immunodeficiency virus* / H. L. Minkoff, D. Eisenberger Matityahu, J. Feldman et al. // *Am. J. Obstet. Gynecol.* — 1999. — Vol. 180, N 4. — P. 824-836.

УДК 618.3-06:616.8-009.24]-06:616.61/63

О. В. Бондар

ДИФЕРЕНЦІАЛЬНА ДІАГНОСТИКА ПОРУШЕНЬ У СИСТЕМІ УРОЛІТІАЗУ ПРИ ПРЕЕКЛАМПСІЇ НА ПІЗНІХ ТЕРМІНАХ УСКЛАДНЕНИХ ВАГІТНОСТЕЙ

Одеський державний медичний університет

У симптомокомплексі преєкламписі на пізніх термінах вагітності найчастіше відзначаються маркери ниркової недостатності: протеїнурія, лейкоцитурія, гіпертензія, набряки. За ступенем виразності даних маркерів судять про тяжкість супровідної ниркової недостатності. Лікувальна тактика найчастіше зводиться до симптоматичного лікування: гіпотензивні препарати, безсольова дієта, загальнозміцнювальна вітамінотерапія [4].

У багатьох дослідженнях відзначається, що рівень протеїно- і лейкоцитурії далеко не завжди відбиває тяжкість нефрологічної патології, а гіпертензія на пізніх термінах вагітності може бути і не ниркового генезу.

Більш надійними критеріями, що диференціюють харак-

тер ниркових порушень, є уропротеїни, які екстрагують із сечею і позначаються як білки Тамма — Хорсвала (БТХ), що є компонентами мембран клубочково-каналцевого апарату нирок. Виявлення цих білків у сечі свідчить про приєднання уролітіазної патології [1–3].

Разом з тим, як показано в дослідженнях Н. А. Лісової (2000), характер уролітіазних порушень не можна прогнозувати тільки на факті детекції уропротеїнів у сечі. Проблема у тому, що якщо вони екстрагуються в низькомолекулярній формі, то вони не є субстратом для каменеутворення, більше того, у мономерній формі уропротеїни виявляють захисну дію щодо каменеутворення. Якщо ж у сечі детектуються полімерні форми уропротеїнів, то досить висока можливість

каменеутворення з відповідним водно-сольовим зрушенням у всьому організмі. Менш диференційованою є роль уропротеїнів із незначним рівнем полімеризації.

Таким чином, за результатами вивчення вмісту уропротеїнів у сечі можна диференціювати такі варіанти передбачуваних ниркових порушень:

1 — відсутність уропротеїнів;

2 — наявність мономерних БТХ;

3 — виявлення високополімерних форм БТХ;

4 — наявність відносно низькополімерних форм БТХ.

Зазначмо, що тільки 4-й варіант не дає чіткої верифікації характеру супровідної ниркової патології.

У доступній літературі нами не виявлено робіт, присвячених

