

ні з традиційними антикоагулянтними та антиагрегантними засобами з метою оптимального відновлення неврологічного дефіциту при кардіоемболічних інсультах.

Література

1. Баркаган З.С., Момот А.П. Диагностика и контролируемая терапия нарушений гемостаза. – Москва: Нью-Диамед, 2001. – 296с.
2. Дубенко О.Е. Состояние системы гемостаза при кардиоэмболических инсультах // Укр. мед. часопис. – 2000. – № 5. – С. 92 – 94.
3. Кузнецов А.И., Одинак М.М., Шевченко Ю.Л. Выбор варианта антитромботической терапии при кардиогенной церебральной эмболии // Ж. неврол. и психиатрии. – 2001. – Вып. 9, приложение. – С. 177.
4. Селезнев К. Г. Основы клинической гирудотерапии // Лікування та діагност. – 2001. – № 4. – С. 36 – 40.
5. Сеселкина Т. Н. Гирудорефлексотерапия при лечении больных ишемическим инсультом в остром периоде // Рефлексотерапия. – 2003. – № 1. – С. 51 – 54.
6. Суслина З.А., Танашян М.М., Ерофеева О.В., Ионова К.Г. Особенности гемостатической активации и формирования церебральной эмболии при кардиоэмболических инсультах // Ж. неврол. и психиатрии. – 2001. – Вып. 9, приложение. – С. 138.
7. Шутов А.А., Каракулова Ю.В., Чудинов А.А. Патология системы гемостаза в остром периоде ишемического инсульта и возможности ее терапевтической коррекции // Ж. неврол. и психиатрии. – 1996. – № 8. – С. 45 – 49.
8. Powell C.J., Sawyers R.T. Heparin inhibits mammalian but not leech hyaluronidase // Thrombosis Research. – 1989. – V. 55. – P. 791– 796.

FEATURES OF BLOOD COAGULATION AND FIBRINOLYSIS IN CARDIOGENIC ISCHEMIC STROKES

L.T.Maksymchuk

Abstract. The indices of hemostasis which represent the state of the coagulable, fibrinolytic and anticoagulant systems of blood have been studied during the acute period of cardioembolic strokes. The application of hirudotherapy allows to achieve a more effective (in comparison with heparin) normalization of hemostasis, avoiding the development of threatening hemostasiologic syndromes at that.

Key words: cardioembolic stroke, coagulation, fibrinolysis, hirudotherapy.

State Medical University (Ivano-Frankivsk)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2. – P.37-40

Надійшла до редакції 24.03.2006 року

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

Р.М.Міщода

ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ В ЖІНОК ІЗ ХРОНІЧНИМ ВІРУСНИМ ГЕПАТИТОМ С

Кафедра охорони материнства та дитинства (зав. – доц. Ю.Ю.Бобик)
факультету післядипломної освіти Ужгородського національного університету

Резюме. У статті розглянуто перебіг вагітності в жінок із хронічним гепатитом С. Проведено аналіз перебігу 64 вагітностей у жінок із хронічною HCV-інфекцією і 100 вагітностей у жінок, що в подальшому народжували у фізіологічному відділенні з використан-

ням клінічного, лабораторного, статистичного та інструментальних методів дослідження.

Ключові слова: вагітність, хронічний гепатит С, ускладнення.

Вступ. Незважаючи 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 [1].

Вірусний гепатит С є найбільш розповсюдженою хворобою печінки у світі. Носіями його збудника є від 150 до 500 мільйонів людей [8]. Хронічний гепатит С (ХГС) в останні 5 років виїшов на перше місце щодо захворюваності та тяжкості ускладнень [4]. Його збудник є етіологічним фактором у 70% випадках хронічного гепа-

титу, 40% – цирозу печінки та 80% – гепатоцелюлярної карциноми [2]. Біля 70% усіх померлих від хронічних захворювань печінки припадає на частку ХГС [3].

В абсолютної більшості обстежених вагітних (98,8%) ВГС-інфекція характеризується хронічним перебігом, у тому числі латентна форма ВГС діагностується у 89,1% осіб, маніфестна у 9,6% [5].

Мало відомо про вплив HCV-інфекції на перебіг вагітності [1]. Частина науковців свідчить, що при вагітності ВГС, як і ВГА, особливо-го впливу на перебіг гестаційного процесу немає

[8, 9]. Беручи до уваги, що ВГС може бути пов'язаний з наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії вкрай несприятливий. Однак таке поєднання трапляється рідко [7]. З відсутністю впливу інфекційного процесу, викликаного збудником ХГС на вагітність, деякі автори не погоджуються [9]. Так, німецькими вченими показано, що в позитивних анти-ВГС жінок частота передчасних пологів становить 29% (при 19% у контрольній групі) [10]. У жінок - носіїв ВГС спостерігається статистично вірогідне збільшення кількості прееклампсій та тривалості безводного проміжку [11].

Загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності на ХГС підтверджує необхідність подальшого вивчення впливу ХГС на перебіг вагітності.

Мета дослідження. Простежити перебіг вагітності в жінок із ХГС для прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріал і методи. Проведений аналіз перебігу 64 вагітностей у жінок із хронічною HCV-інфекцією, які в подальшому народжували на базі пологового будинку № 4 м. Києва і 100 вагітностей у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку м.Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Вихідною документацією слугували індивідуальні карти вагітних.

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. Кількість пологів, завершених оперативним абдомінальним шляхом, була більшою в жінок із фізіологічного відділення – 12-18%, при 8,4 – 11,5% у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність менша в роділь у м. Ужгороді – 7,4-9‰, при 10,6-14,6‰ у м. Києві. Вагітні розподілені на 2 групи: I – контрольну (КГ) – склали жінки, що в подальшому народжували в м. Ужгороді; II – порівняння (ГП) – вагітні з ХГС.

Групи однорідні за віком, соціальним станом (жінки заміжні), певною мірою за спеціальністю (домогосподині або працюють за фахом, що не пов'язаний із фізичними навантаженнями та контактом із тератогенними речовинами), проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

У всіх 64 випадках ХГС мав характер персистувального інфекційного процесу з низьким рівнем реплікативної активності вірусу, тобто латентної форми ХГС. У 6 жінок діагноз ХГС був встановлений за 1 рік до вагітності, у 8 вагітних даний термін склав 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 жінок з м. Києва термін початку захворювання взагалі не був встановлений.

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, за потреби, сканування органів гепато-біліарної систе-

ми. Діагноз ВГ встановлювався на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних. Комплексне лабораторне дослідження включало біохімічні тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу (проводився на програмованих термоста-тах-шейкерах Т-СУ и ST-3L за допомогою тест-систем «Вектор-Бест», Новосибірськ) та методом полімеразної ланцюгової реакції (використовувався ампліфікатор «Терцій» ТП-4ПЦР-01). Діагноз ВГ верифікований інфекціоністом.

Статистична обробка результатів клінічного спостереження проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0. Для оцінки вірогідності отриманих даних використані – t-критерій Стюдента в модифікації М.М. Амосова та співавт. і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%.

Результати дослідження та їх обговорення. Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розділена на вікові інтервали, причому жінки молодші 17 та старші 35 років у дослідження не включалися. Віковий склад жінок представлений на рисунку (дані наведені у відсотках).

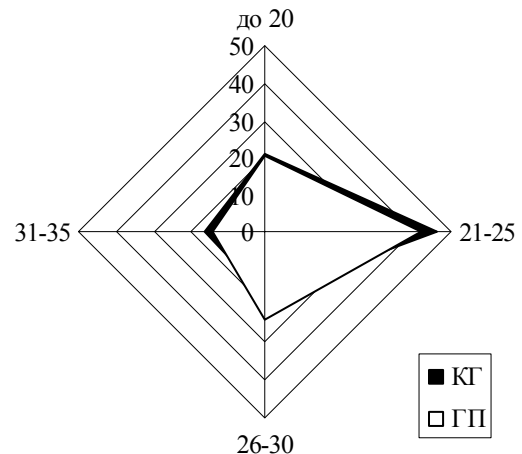


Рис. 1. Віковий склад жінок

У всіх підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, 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 склав 0,95, тобто між представленими групами існує сильний ступінь лінійного зв'язку.

При вивченні анамнезу виявлено декілька цікавих результатів. Зокрема, встановлено вірогідне зростання числа артифіційних переривань у жінок з м.Києва – 14% представниць КГ при 59,4% у ГП ($t=6,43$; $P < 0,001$). Мимовільні викидні мали в анамнезі 7,8% представниць ГП при 2,0% у представниць м.Ужгорода ($t=1,6$; $P > 0,05$). На ерозію шийки матки страждало 10,9% жінок обсерваційного відділення, за відсутності даної патології у КГ. Окрім того, тільки в представниць

Таблиця

Перебіг вагітності у жінок досліджуваних груп

Нозологічна форма	КГ		ГП	
	n	%	n	%
Загроза мимовільного викидня	20	20	19	29,7
Загроза пізнього мимовільного викидня	14	14	18	28,1
Загроза передчасних пологів	10	10	1	1,6
Ранній токсикоз	6	6	6	9,4
Гестаційний набряк	4	4	1	1,6
Преєклампсія I-II ст.	2	2	2	3,1
Пієлонефрит вагітних	-	-	6	9,4
Фетоплацентарна недостатність	11	11	8	12,5
Анемія	18	18	15	23,4
ГРВІ	1	1	4	6,3
Наркоманія	-	-	15	23,4
Вагітність фізіологічна	36	36	-	-

м. Києва в анамнезі виявлялася наркоманія (7,8%). 9,4% жінок, що в подальшому народжували в обсерваційному відділенні, страждали на хронічний тонзиліт, за відсутності таких у КГ. Цікаво, що 13 (20,3%) представниць обсерваційного відділення до захворювання на ХГС перенесли апендектомію при 3% у КГ ($t=3,63$; $P<0,001$).

Ускладнення перебігу вагітності жінок досліджуваних груп представлені у таблиці.

Відповідно до даних таблиці, у жінок м. Києва встановлено зростання кількості загроз мимовільного викидня – 29,7% у ГП при 20% у КГ ($P>0,05$, $t=1,39$), при вірогідному переважанні загроз пізнього мимовільного викидня – 28,1% при 14% у КГ ($P<0,05$, $t=2,14$). У свою чергу, загроз передчасних пологів було більше в представниць м. Ужгорода – 10% при 1,6% ($P<0,05$, $t=2,5$) у ГП, хоча передчасними в подальшому були тільки пологи жінок м. Києва – 7,8%.

Зареєстрована тенденція до наростання частоти гестаційних набряків у КГ – 4% ($P>0,05$, $t=,98$) при 1,6% у ГП, а вже частота раннього токсикозу була більшою в представниць м. Києва – 9,4% та 6% ($P>0,05$, $t=0,78$) відповідно. Преєклампсії ускладнювали перебіг вагітностей жінок досліджуваних груп майже з однаковою частотою. 9,4% жінок з ХГС страждали на пієлонефрит вагітних під час вагітності, за відсутності таких у КГ.

Частота фетоплацентарної недостатності вища у представниць м. Києва – 12,5% ($P>0,05$, $t=0,29$) при 11% у КГ. 6,3% вагітних, що в подальшому народжували в обсерваційному відділенні, страждали на ГРВІ під час гестації при 1% таких у КГ ($P>0,05$, $t=1,65$). Також частіше вагітність у жінок з ГП супроводжувалася анемією – 23,4% при 18% у КГ ($P>0,05$, $t=0,83$).

Страждали на наркоманію під час гестації 23,4% вагітних з HCV-інфекцією, а якщо ще врахувати 7,8% жінок, що мали наркоманію в анамнезі, то практично кожна третя з них страждала залежністю до або під час вагітності. Ці дані дозволяють нам не погодитися з твердженням про те, що поєднання HCV-інфекції та наркоманії трапляється рідко [8]. На нашу думку, саме висо-

ка частота наркоманії, у HCV-інфікованих жінок переважно визначає вірогідне збільшення у даній категорії жінок частоти загроз пізнього самовільного викидня, а також відносно невисокий відсоток фетоплацентарної недостатності, що може бути пов'язано з нерегулярним відвідуванням лікаря жіночої консультації.

Висновки

1. Жінки з хронічною HCV-інфекцією частіше страждають на хронічний тонзиліт, а вагітності передують більша кількість артіфіційних переривань, мимовільних викиднів, ерозій шийки матки, 7,8% з них були наркоманами в минулому.

2. Для перебігу вагітності в цих жінок характерним є вірогідне підвищення числа загроз пізнього мимовільного викидня та збільшення числа пієлітів вагітних, анемії та ГРВІ, а 23,4% з них і надалі страждають на наркоманію.

Перспектива подальших досліджень. Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для повного визначення впливу ХГС на перебіг вагітності, але все ж може вказати можливі небезпечні ускладнення гестаційного процесу. Напевно, було б цікавим із практичного і наукового погляду провести порівняння перебігу вагітності з жінками, що страждають на інші вірусні гепатити.

Література

1. Долгушина Н.В., Макацарія А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2004. – 143 с.
2. Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю. Лечение хронического гепатита С в России // Рос. ж. гастроэнтерол., гепатол. колопроктол. – 2001. – №4. – С. 51-53.
3. Сологуб Т.В., Соколов С.В., Скорина А.Д., Борганова М.В. Длительное проспективное наблюдение за носителями вируса ГВ с использованием клиничко-лабораторных и морфологических исследований // Терапевт. арх. – 2001. – № 11. – С. 23-25.
4. Сысоева Е.П. Иммунные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами // Рос. ж. гастроэнтерол. гепатол., колопроктол. – 2001. – № 4. – С. 55-56.

5. 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 // Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмед-книга. – 2004. – С. 213-214.
6. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Гопольницький В.С. Вірусні гепатити – К.: Фенікс, 2002. – 296 с.
7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
8. 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). - P. 99-103.
9. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter Arkh. -2000. - № 72(10). - P. 46-9.
10. 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. - P. 543-547.
11. Latt N.C., Spencer J.D., Beeby P.J., McCaughan G.W., Saunders J.B., Collins E., Cossart Y.E. Hepatitis C in injecting drug-using women during and after pregnancy // J Gastroenterol Hepatol. - 2000.- № 15(2). - P. 175-181.

PREGNANCY COURSE IN WOMEN WHO SUFFERED FROM CHRONIC HCV-INFECTION

R.M.Mitsoda

Abstract. The paper deals with the course of pregnancy in women who suffered from chronic HCV-infection. An analysis of the course of 64 pregnancies in women with chronic HCV-infection and 100 pregnancies in women, parturiting in the future at the physiological unit with the use of clinical, laboratory, statistical and instrumental methods of investigation, has been carried out.

Key words: pregnancy, chronic HCV-infection, complications.

National University (Uzhorod)

Buk. Med. Herald. – 2006. – Vol.10, №2.- P.40-43

Надійшла до редакції 7.02.2006 року

УДК 616.98 : 616.12 – 073.97

В.Д.Москалюк

ЗМІНИ ЕЛЕКТРОКАРДІОГРАМ У ХВОРИХ НА ГОСТРІ РЕСПІРАТОРНІ ВІРУСНІ ІНФЕКЦІЇ

Кафедра інфекційних хвороб (зав. – проф. А.М.Сокол)
Буковинського державного медичного університету, м. Чернівці

Резюме. Вивчено електрокардіографічні зміни у хворих на грип А, грип В, аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ) неуточної етіології, які проявлялися порушеннями ритму та провідності, зміною фази реполяризації у вигляді депресії сегмента ST та/або інверсії

зубця Т. Встановлено, що найбільш суттєві зміни реєструвалися у хворих на грип А та грип В, менш виражені – у хворих на аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ, неуточної етіології.

Ключові слова: гострі респіраторні вірусні інфекції, електрокардіографія.

Вступ. На теперішній час спостерігається високий рівень захворюваності населення України на інфекційні хвороби [1,2]. Найбільшу питому вагу серед них займають гострі респіраторні вірусні інфекції (ГРВІ), завдяки яким держава несе значні економічні збитки, та які мають суттєвий вплив на здоров'я людей [3,4,6]. Значну частину ускладнень ГРВІ становлять ураження серцево-судинної системи, що є однією з головних причин летальних наслідків та інвалідизації інфекційних хворих [3,5].

Вивченню електрокардіографічних ознак ураження серцево-судинної системи у хворих на ГРВІ останнім часом присвячено поодинокі роботи, і оцінка змін проводилась переважно за однією нозологічною формою (зокрема при грипі) тільки в період розпаду хвороби [2].

Мета дослідження. Провести порівняльний аналіз змін електрокардіограм у хворих на грип А, грип В, аденовірусну і респіраторно-синцитіальну інфекції та ГРВІ, нез'ясованої етіології в динаміці [5].

Матеріал і методи. Обстежено 320 військовослужбовців строкової служби в динаміці, які перебували на стаціонарному лікуванні в інфекційному відділенні базового військового госпіталю м. Чернівці, віком від 18 до 22 років, з них – 76 (23,7%) – на грип А, 64 (20,1%) – на грип В; у 65 (20,3%) пацієнтів діагностовано аденовірусну інфекцію, у 58 (18,1%) – респіраторно-синцитіальну інфекцію, у 57 (17,8%) – ГРВІ, нез'ясованої етіології. Діагноз встановлювався за загальноприйнятими критеріями з урахуванням клінічних, епідеміологічних, лабораторних і серологічних даних.