

©І. І. Чермак, Д. А. Мартинова, В. М. Калюжна

ПВНЗ «Київський медичний університет УАНМ»

## ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ГРУПИ РИЗИКУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА

ОСОБЛИВОСТІ ПЕРИНАТАЛЬНОГО ДОГЛЯДУ У ПАЦІЄНТОК ІЗ ГРУПИ РИЗИКУ ВНУТРІШНЬОУТРОБНОГО ІНФІКУВАННЯ ПЛОДА. Наведені дані літератури про етіологію, патогенез, діагностику перинатальних інфекцій. Доведені чинники ризику внутрішньоутробного інфікування. Результати досліджень свідчать, що раннє звертання вагітних групи високого інфекційного ризику до сучасних акушерських центрів, дотримання алгоритму обстеження дозволяють своєчасно діагностувати інфекційні захворювання і прогнозувати ускладнення у матері та плода.

ОСОБЕННОСТИ ПЕРИНАТАЛЬНОГО НАБЛЮДЕНИЯ У ПАЦИЕНТОК ИЗ ГРУППЫ РИСКА ВНУТРИУТРОБНОГО ИНФИЦИРОВАНИЯ ПЛОДА. Приведены данные литературы об этиологии, патогенезе, диагностике перинатальных инфекций. Доказаны факторы риска внутриутробного инфицирования. Результаты исследований свидетельствуют, что раннее обращение беременных группы высокого инфекционного риска в современные акушерские центры, соблюдение алгоритма обследования позволяют своевременно диагностировать инфекционные заболевания и прогнозировать осложнения у матери и плода.

FEATURES OF PERINATAL CARE OF PATIENTS WITH HIGH RISK OF INTRAUTERINE FETAL INFECTION. Data about rate, aetiology, pathocenesis, diagnostics of perinatal infection in literature are given. Risk factors of intrauterine infection are presented. It has been proved that car ly appeal of high infectious risk pregnant women to modern obstetric centre, proper algorithm of medical examination help to diagnose infectious diseases timely and prognose complications in mother and fetus.

**Ключові слова:** перинатальні інфекції, плід, вагітність, діагностика.

**Ключевые слова:** перинатальные инфекции, плод, беременность, диагностика.

**Key words:** perinatal infection, fetus, pregnancy, diagnostics.

**ВСТУП.** Перинатальні інфекції (ПІ) – одна з провідних причин перинатальної і дитячої патології та смертності. Частота внутрішньоутробного інфікування (ВУІ) становить близько 10 % усіх вагітностей і значною мірою впливає на показники репродуктивних втрат. Так, частота ранньої неонатальної захворюваності і смертності за ВУІ варіює від 5,3 до 27,4 %, а мертвородженість сягає 16,8 % [1–5].

Якщо врахувати статистичні дані про те, що частота клінічно виражених форм ПІ становить 0,5–1 % у разі своєчасних пологів і збільшується до 3,5–16 % у разі передчасних пологів, то зрозуміло, що дана проблема має велике соціальне, медичне й економічне значення.

Водночас необхідно враховувати той факт, що інфікування матері не означає інфікування і захворювання плода і новонародженого. Тому дуже важливо розмежувати такі феномени, як взаємодія господаря та паразита, колонізація, адгезія мікробів, персистенція інфекції, «імунологічна пам'ять», а у разі вірусної інфекції відрізнити її реплікативну і нереплікативну стадії.

Для розвитку інфекційного захворювання плода, тяжкості ураження, локалізації і поширеності патологічного процесу, темпів реалізації та проявів патології мають значення вид збудника, його вірулентність, тропізм збудника до тканин плаценти і плода, а також якими шляхами мікроорганізми потрапили від матері до плода. Істотну роль відіграє стан захисних резервів матері і здатність плода до імунної відповіді. Для реалізації ВУІ важливий часовий фак-

тор, тобто термін вагітності, під час якого плід був інфікований, особливо вірусними агентами [1–5].

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Нами проведений аналіз наукової літератури та проаналізований власний досвід перинатального догляду у пацієнток з групи ризику внутрішньоутробного інфікування плода.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Враховуючи світову практику і власний досвід з ведення пацієнток, яким під час скринінгового обстеження встановлювався діагноз ВУІ, вважаємо за доцільне поставити під сумнів практику масового обстеження вагітних жінок на наявність ПІ. Широке використання несучасних методів діагностики, у тому числі і методу імуноферментного аналізу ПІ призводить до гіпердіагностики ВУІ, застосування невіривданого і шкідливого для матері і плода лікування, дуже великих матеріальних витрат, виникнення непорозумінь у сімейних стосунках.

Без сумніву, необхідно вважати, що провідним шляхом вирішення даної проблеми є прегравідарна підготовка і виключення позашлюбних статевих контактів. На превеликий жаль, життя не є ідеальним, а ПІ справді існують, і необхідно враховувати, що легка, мало- або навіть безсимптомна інфекція у вагітної може призвести до тяжких уражень плода, навіть до його інвалідизації або загибелі.

В умовах скрутної економічної ситуації у державі та низької спроможності населення одержувати платні послуги вважаємо за доцільне обов'язкове використання державних коштів на безкоштовне обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком.

До групи високого ризику ВУІ необхідно зараховувати жінок з такими факторами ризику:

- вік вагітної та її чоловіка (партнера), умови праці і побуту, особливості харчування, наявність професійних шкідливостей, шкідливих звичок;
- генетична схильність до захворювань;
- дані соматичного анамнезу (наявність хронічних запальних процесів органів сечовидільної, дихальної систем, захворювань шлунково-кишкового тракту, інших екстрагенітальних захворювань);
- ранній початок статевого життя, часта зміна статевих партнерів, які мали епізоди уrogenітальних інфекцій;
- запальні захворювання матки, придатків матки, кольпіти в анамнезі;
- тривала внутрішньоматкова контрацепція;
- неодноразові штучні переривання вагітності;
- штучне переривання вагітності з ускладненим післяабортним періодом;
- мимовільне переривання вагітності в різні терміни, непрогресуюча вагітність;
- вади розвитку і антенатальна загибель плода;
- ускладнений перебіг післяпологового періоду попередніх пологів;
- багатоводдя, маловоддя, плацентарна недостатність, хронічна гіпоксія і/або затримка розвитку плода;
- несвоєчасне вилиття навколоплідних вод, аномалії пологової діяльності і відділення посліду, виражений травматизм м'яких тканин пологових шляхів;
- кольпіти та бактеріальний вагіноз, діагностовані під час вагітності;
- хірургічна корекція істміко-цервікальної недостатності під час цієї вагітності.

Звертають увагу й на захворювання новонародженого (везикульоз, кон'юнктивіт, пневмонія, синдром дихальних розладів, запальні захворювання головного мозку, гіпотрофія, тимо- і гепатоспленомегалія, сепсис та ін.), наявність у сім'ї дітей-інвалідів з дитинства, з дитячим церебральним паралічем або іншими захворюваннями центральної нервової системи різного ступеня тяжкості, з затримкою розвитку.

Клініко-лабораторне обстеження вагітних з високим інфекційним ризиком повинно містити: стандартні, специфічні і додаткові методи дослідження.

I. Стандартні методи дослідження.

1. За неускладненого перебігу вагітності до 28 тижнів огляд проводять 1 раз на місяць, з 28-го по

36-й – 1 раз у 2 тижні, а після 36-ти тижнів – щотижня (за наявності вірусної і/або бактеріальної інфекції нагляд за вагітною здійснюють частіше, за показаннями). Регулярно визначають масу тіла вагітної, її прибавку, висоту дна матки, обвід живота, вимірюють пульс, артеріальний тиск. Після 18–20 тижнів гестації вивчають дані про ворущіння плода.

2. Визначення групи крові, резус-фактора та титру антитіл до нього, серологічні проби на RW, HBS та HCV-антигени, клінічні аналізи крові та сечі, біохімічні, реологічні дослідження крові вагітних, мікроскопія піхвових мазків, кольпоцитограма, посів з носа, зівя і цервікального каналу на флору.

3. Обстеження крові вагітної на титр антитіл до фосфоліпідів, оскільки у цій групі пацієнток антифосфоліпідний синдром може бути безпосередньою причиною мимовільних викиднів та звичного невиношування.

4. УЗ-дослідження з плацентометрією і біометрією ембріона і плода необхідно проводити в кінці I триместру, в II триместрі – в терміні гестації 16–22 тижні, а також у III триместрі – у 33 і 36–38 тижнів вагітності.

5. УЗ-доплерометричне обстеження системи мати-плацента-плід з 19–20 тижня вагітності (у разі нормальних показників фето- і матково-плацентарного кровообігу повторюють кожні 3–4 тижні, у випадку порушення гемодинаміки – в процесі і одразу після лікування).

6. З 32–33 тижня вагітності призначають зовнішню кардіотокографію (КТГ) плода, визначають його біофізичний профіль, КТГ обов'язково повторюють у динаміці після курсу лікування хронічної гіпоксії плода і перед пологами.

Ехографічними ознаками, що вказують на ВУІ, є: патологія амніона і хоріона, порожнинні та підшкірні набряки, кальцифікати внутрішніх органів плода, зміни ехогенності внутрішніх органів плода, структурні дефекти (вади розвитку внутрішніх органів плода), гепатомегалія і спленомегалія.

II. Специфічні методи дослідження (методи обстеження на наявність бактеріальної і/або вірусної інфекції). До них належать такі методи: вірусологічний, цитологічний, сероімунологічний методи, метод визначення вірусного генома, бактеріоскопічне і бактеріологічне дослідження, дослідження зскрібка з цервікального каналу методом полімеразної ланцюгової реакції.

Застосування специфічних методів дослідження доцільне у наступні терміни (табл. 1).

Оцінку результатів реакції з TORCH-антигенами доцільно здійснювати згідно з даними, наведеними у таблиці 2. Для попередження випадків гіпердіаг-

Таблиця 1. Терміни обстеження вагітних

Інфекція	Терміни обстеження		
	взяття на облік	28 – 30 тиж.	36 – 38 тиж.
Гонорея	+	+	+
Хламідії	+	+	+
Трихомоніаз	+	+	+
Токсоплазмоз	+	-	-
Цитомегалія	+	-	-
Гепатит В/С	+	+	-
Бактеріурія	+	+	+

Примітка. У випадку відсутності IgM та IgG у сироватці крові до токсоплазм та цитомегалії під час взяття на облік вагітних необхідно обстежувати і в інші терміни.

Таблиця 2. Оцінка результатів реакції з TORCH-антигенами

IgG	IgM	Оцінка результату
-	+	Рання фаза гострої інфекції
+	+	Гостра інфекція або загострення хронічної
+	-	Стан імунітету
-	-	Група ризику Немає інфекції Відсутній імунітет Загроза виникнення інфекції

ностики необхідно враховувати наявність у пацієнтки стану «імунологічної пам'яті».

У разі позитивних результатів IgG на наявність ПІ у низьких титрах та відсутності IgM робиться висновок про стан «імунологічної пам'яті». У разі перевищення норми IgG у 3 і більше разів і негативному IgM доцільне визначення IgG у динаміці (через 2–3 тижні).

Враховуючи можливу гіпердіагностику, вірусна інфекція має бути верифікована не менше ніж двома методами. Найбільш ймовірну інформацію про наявність ВУІ і стан внутрішньоутробного «пацієнта» в терміні вагітності 16–18 до 32 тижнів можна отримати у сучасно обладнаних акушерських стаціонарах у результаті бактеріо- і/або вірусологічних досліджень навколоплідних вод (отриманих шляхом трансабдомінального амніоцентезу) і фетальної крові (шляхом кордоцентезу). У навколоплідних водах визначають також рівень АФП (відхилення від нормативних показників, починаючи з 17–18 тижнів ге-

стації, вказують на високий ризик перинатальної патології).

III. Додаткові методи дослідження.

Додаткові методи дослідження складаються з біопсії трофобласта і хоріона, кордоцентезу, амніоцентезу, медико-генетичного консультування.

**ВИСНОВКИ.** Таким чином, успішність попередження ВУІ залежить від уважного ставлення самих пацієнтів до стану свого здоров'я. Здоровий спосіб життя, запобігання зараженню захворюваннями, що передаються статевим шляхом, є надійною запорукою планування і настання вагітності у здорової жінки. Для більшої впевненості в успішності перебігу вагітності, що планується, і народження здорової дитини вкрай необхідна консультація акушера-гінеколога з метою визначення ризику ВУІ, клінічного та лабораторного обстеження й санації вогнищ інфекцій, які визначені.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Забезпечення раннього звертання вагітних групи високого інфекційного ризику до сучасних акушерських центрів, дотримання алгоритму обстеження дозволять своєчасно діагностувати інфекційні захворювання і прогнозувати ускладнення у матері і плода, проводити профілактичні і лікувальні заходи. Це буде сприяти подальшому накопиченню наукового і практичного досвіду лікарів-перинатологів і приведе до реального зменшення рівнів материнської, перинатальної та дитячої захворюваності і смертності.

#### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Гриноу А. Врожденные, перинатальные и неонатальные инфекции / А. Гриноу, Д. Осборн, Ш. Сазерленд ; пер. с англ. – М. : Медицина, 2000. – 287 с.
2. Орджоникидзе Н. В. Алгоритм обследования беременных с высоким инфекционным риском / Н. В. Орджоникидзе, В. Л. Тютюник // Рус. мед. журнал. – 2001. – Т.9, № 6. – С. 215–217.
3. Орехов К. В. Внутриутробные инфекции и патология новорожденных / К. В. Орехов. – М. : Мед-практика, 2002. – 252 с.

4. Інфекції та вагітність : практ. посібник / [Венцківський Б. М., Заболотна А. В., Зелінський О. О., Сенчук А. Я.]. – Одеса : ОКФА, 2007. – 364 с.

5. Посібник з неонатології / пер. з англ. Д. Клорті, Е. Старк (ред.). – К. : Фонд допомоги дітям Чорнобиля, 2002. – 772 с.

Отримано 19.02.15