

ВИПАДОК ТЯЖКОГО ПЕРЕБІГУ КОРУ У ВАГІТНОЇ

Білокобила С.О., Рябокони О.В., Ізбицька Н.Г., Оніщенко Т.Є., Рябокони Ю.Ю.
Запорізький державний медичний університет

За даними ВООЗ в 2017-2019 роках в країнах Європи відбулося значне зростання захворюваності на кір, яке характеризувалося переважанням серед захворілих дорослих. Популяційне дослідження стану протикорового імунітету у вагітних Запорізької області показало, що протягом останніх 10-ти років лише 60 % вагітних мали антитіла проти вірусу кору. Вважається, що втрата поствакцинальних протикорових антитіл відбувається у більшості дорослих вже через десять років після щеплення, що в сучасних умовах епідемічного неблагополуччя обумовлює необхідність розгляду питання додаткової вакцинації проти кору саме дорослих. Збільшення захворюваності на кір серед дорослих призводить до частішого виникнення захворювання у вагітних жінок. Зазначене вище доводить необхідність дослідження перебігу кору у вагітних.

Мета роботи – проаналізувати клінічний перебіг кору у вагітної 25 років, яка лікувалася у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР.

Матеріал та методи. Було проаналізовано клінічний перебіг кору у вагітної К., 25 років (карта стаціонарного хворого № 7554), яка лікувалася у КУ «Обласна інфекційна клінічна лікарня» ЗОР. Хвора мала дані епідеміологічного анамнезу щодо контакту з хворими на кір та діагноз був підтверджений виявленням IgM до вірусу кору в серологічній лабораторії ДУ "Запорізький обласний лабораторний центр МОЗ України" згідно рекомендацій ВООЗ (2013).

Результати. Хвора К., 25 років (карта стаціонарного хворого № 7554) надійшла до інфекційного стаціонару 21.12.2018 р. зі скаргами на підвищення температури тіла до 39,2 °С, кашель, задуху, дискомфорт в грудній клітці, біль в очних яблуках, висип на шкірі.

З анамнезу захворювання стало відомо, що захворіла 16.12.18 р. з підвищення температури тіла до 39,0-39,5 °С, сухого кашлю, болю в очних яблуках. Зазначені прояви зберігалися протягом чотирьох діб, з приводу чого 19.12.18 р. хвора звернулася за медичною допомогою та була госпіталізована з діагнозом «гостра респіраторна вірусна інфекція» в «Обласний перинатальний центр», оскільки хвора була вагітна зі строком гестації 30 тижнів. Рентгенологічно було діагностовано позагоспітальну правобічну нижньодольову пневмонію, яка розцінена як ускладнення грипу. Було призначено противірусне лікування осельтамівіром, оксигенотерапія в масковому режимі, проводилася антибактеріальна терапія, симптоматична терапія. Ввечері 20.12.18 р. на шкірі обличчя з'явився рясний макуло-папульозний висип, стан хворої значно погіршився за рахунок наростання ознак ендотоксикозу, появи токсичної енцефалопатії, дихальної недостатності II ступеня, яка проявилася швидким наростанням задухи до 40 на 1 хвилину, зниженням SaO₂ з 98 % до 93 %, незважаючи на постійну оксигенотерапію. З урахуванням появи характерного висипу, наявності позитивного симптому Філатова-Копліка у вагітної було

діагностовано «Кір, період висипу, тяжкий перебіг, ускладнений правобічною нижньодольовою пневмонією з дихальною недостатністю II ступеня».

Хвора негайно вночі 21.12.18 р. була переведена до реанімаційного відділення «Обласної інфекційної клінічної лікарні». При огляді стан вагітної пацієнтки був вкрай тяжкий, температура тіла 38,5 °С, виражені явища токсико-гіпоксичної енцефалопатії (епізоди загальмованості змінювалися агресивною поведінкою), на шкірі обличчя, груді, пліч рясний макуло-папульозний висип, одутлість обличчя, виражені явища склерокон'юнктивіту, гемодінаміку утримувала самостійно (артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст, пульс 115 на хвилину). Стан хворої швидко погіршувався за рахунок прогресування ознак дихальної недостатності: частота дихальних рухів збільшилася до 48 на хвилину, SaO₂ знизилася до 90 %, з'явився ціаноз губ, аускультативно дихання було ослабленим у нижніх відділах з обох сторін. З урахуванням наростання дихальної недостатності до II-III ступеня хвора була переведена на штучну вентиляцію легень (ШВЛ), на тлі якої SaO₂ збільшилася до 99 %. Уточнені дані анамнезу у родичів: був контакт з хворим на кір близько двох тижнів тому, вагітна проти кору не була щеплена взагалі. В результатах лабораторних даних при госпіталізації: незначно виражена анемія (ер. – 3,89x10¹²/л, Hb – 105 г/л), лейкоцитоз 10,8x10⁹/л, нейтрофільоз – 89 %, паличкоядерний зсув – 18 %, лімфопенія – 8 %, прискорення ШОЕ – 57 мм/год, тромбоцити в межах норми 363x10⁹/л; в печінкових пробах показники в межах референтних значень, незважаючи на вперше діагностований гепатит С «anti-HCV +», діагноз грип був виключений лабораторно при дослідженні крові методом полімеразної ланцюгової реакції, дослідження на anti-HIV дало негативний результат.

В умовах реанімаційного відділення 21.12.18 р. повторно проведено рентгенологічне дослідження: в проекції нижньої долі правого легкого інфільтрація легеневої тканини. Припинено застосування осельтамівіру, продовжено антибактеріальну терапію, підключено до комплексного лікування лазолван, біовен, глюкокортикостероїди.

22.12.18 р. раптово було відзначено зниження SaO₂ до 93 %, аускультативно зліва дихання практично було відсутнє, у зв'язку з чим було проведено рентген-контроль: тотальний ателектаз лівого легкого, правостороння нижньодольова пневмонія, інтубаційна трубка на рівні Th5. Було поведено бронхоскопію з метою санації. При проведенні бронхоскопії слизова оболонка трахеї гіперемірована з фібринозним нальотом в нижній частині трахеї, слизова оболонка правого та лівого бронхів гіперемірована, набрякла, ін'єцирована з фібринозними нальотами, слизова оболонка дольових та сегментарних бронхів дифузно набряклі, визначався слизово-гнійний рідкий секрет без домішок крові, проведена санація фізіологічним розчином, заключення: двосторонній ендобронхіт I-II ступеня. Після санаційної бронхоскопії дихання в лівому легкому було відновлено, SaO₂ підвищилася до 98 %. Вагітна хвора була оглянута акушером-гінекологом, серцебиття плода ритмічне 136-142 за 1 хв, при кардіотокографічному моніторингу оцінка по Fisher 8 балів.

23.12.18 р. з 14⁰⁰ з'явилися слизово-кров'яністі виділення зі статевих шляхів. При огляді акушером-гінекологом: матка приходить в тонус, положення плоду поздовжнє, серцебиття у плоду 150 за 1 хвилину, підтікають світлі навколоплідні води, розкриття шийки матки 5 см, плодового пузиря немає, передлежить головка. Було прийнято рішення вести пологи консервативно, активно вести роди в третьому періоді із застосуванням окситоцину. В 19⁴⁵ народилася жива недоношена дівчинка з вагою 1560 гр, оцінка за шкалою Апгар 4-5 балів. При огляді неонатологом стан дитини тяжкий за рахунок кардіо-респіраторних та неврологічних порушень, аускультативно в легенях крепітація, недоношеність 30 тижнів, дитина переведена на ШВЛ.

Після пологів проведено корекцію антибактеріальної терапії: призначено метронідазол, ванкоміцин, продовжено меропенем. При лабораторному контролі 24.12.18 р. відзначено поглиблення анемії (ер. – $3,1 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 97 г/л), зменшення лейкоцитозу – $9,4 \times 10^9/\text{л}$, відновлення показників лейкоформули: паличкоядерні – 4 %, лімфоцити – 29 %, залишилося прискореним ШОЕ – 57 мм/год; показники печінкових проб та функціональних проб нирок в межах референтних значень.

Хвора до 27.12.18 р. перебувала на апараті ШВЛ, SaO₂ була 96 %, рентгенологічно при неодноразовому контролі було зафіксовано появу певної позитивної динаміки: ліве легке звичайних розмірів без патології, справа в проекції нижньої долі визначалася інфільтрація легеневої тканини, інтубаційна трубка на рівні Th3. Проте в гемограмі від 27.12.18 р. транзиторно було відзначено ще більше поглиблення анемії (ер. – $2,8 \times 10^{12}/\text{л}$, Нб – 82 г/л), розвиток лейкемоїдної реакції зі збільшенням лейкоцитозу до $11,7 \times 10^9/\text{л}$, появою міелоцитів – 1 %, метаміелоцитів – 1 %, збільшенням паличкоядерних лейкоцитів до 8 %, появою токсичної зернистості нейтрофілів. Крім того, зафіксовано появу атипових мононуклеарів протягом двох діб в кількості 1-2 %. Показники печінкових проб та функціональних проб нирок залишалися в межах норми.

27.12.18 р. була знята з апарату ШВЛ. Стан хворої тяжкий, частота дихання 22 за 1 хвилину, SaO₂ в межах 94-95 % на тлі оксигенотерапії в масковому режимі, гемодинаміка стабільна (артеріальний тиск 110/70 мм.рт.ст, пульс 68 за 1 хв), в свідомості, команди виконує, оцінка за шкалою Глазго 12 балів, аускультативно дихання жорстке з обох сторін.

З 28.12.18 р. по 31.12.18 р. стан хворої стабільно тяжкий, частота дихання 16 за 1 хвилину, SaO₂ в межах 95-96 % при оксигенотерапії в масковому режимі, без оксигенотерапії 94 %. Аускультативно в нижніх відділах легень розсіяні хрипи. Гемодинаміка стабільна. Рентгенологічно від 28.12.18 р. зберігалася інфільтрація легеневої тканини в проекції нижньої долі справа. Діагноз кору був підтверджений виділенням IgM до вірусу кору (№ 203 від 28.12.18 р.).

Заключний діагноз: «Кір (IgM до вірусу кору позитивні), типова форма, тяжкий перебіг. Позагоспітальна правостороння пневмонія, IV група. Ателектаз лівого легкого. Гостра дихальна недостатність III ступеню. Токсико-гіпоксична енцефалопатія. набряк головного мозку. Вагітність I 30 тижнів, пологи I. Хронічний гепатит C (anti-HCV +) вперше встановлений». Хвора для

подальшого лікування 31.12.18 р. була переведена до пульмонологічного відділення «Обласної клінічної лікарні».

Висновок. Наведене клінічне спостереження демонструє розвиток вкрай тяжкого ускладненого перебігу кору у нещепленої раніше вагітної 25 років, що призвело до передчасних пологів в термін гестації 30 тижнів.

ДОСВІД ЗАСТОСУВАННЯ ПРЕПАРАТУ ЛЮТЕІНА ДЛЯ ЛІКУВАННЯ ДИСМЕНОРЕЇ У ЖІНОК З МЕТАБОЛІЧНИМ СИНДРОМОМ

Грідіна І.Б.

Запорізький державний медичний університет

В основі цілої низки гінекологічних захворювань лежить недостатність ендогенної продукції прогестерону [1]. Для корекції таких патологічних станів застосовують препарати, що містять прогестерон [3,4]. Лікарські засоби, котрі застосовують для цього, часто характеризуються наявністю виражених побічних ефектів, незручністю приймання для пацієнтки або високою вартістю. Побічні ефекти багато в чому є зумовленими недостатньою спорідненістю активних компонентів цих препаратів із натуральним прогестероном [2,3,]. Це є особливо важливим для пацієнток з метаболічним синдромом.

Одним із прогестеронвмісних препаратів є Лютеїна, котра має ряд переваг перед своїми аналогами. Зокрема, препарат містить прогестерон, ідентичний до натурального, що зумовлює мінімізацію ймовірності виникнення побічних ефектів; крім того, дуже важливо, що Лютеїна має прийнятну ціну.

Лютеїна – гормональний препарат, що містить екзогенний аналог гормона жовтого тіла – прогестерон, котрий призводить до утворення нормального ендометрію в жінок, переходу слизової оболонки матки з проліферативної фази в секреторну, а при заплідненні сприяє створенню умов, що є необхідними для розвитку заплідненої яйцеклітини. Прогестерон зменшує скоротливість і збудливість гладком'язового шару матки та маткових труб, запобігає розвитку підвищеного тонуусу матки на ранніх термінах вагітності, а також запобігає викидню [1,2,4]. Крім того, прогестерон має виражену антиандрогенну активність, антиальдостеронову дію, призводить до збільшення діурезу [1,3].

Крім впливу на репродуктивну систему жінок прогестерон може мати такі системні ефекти, як регуляція глюкози в плазмі крові, підвищення температури тіла, стимуляція дихальної активності та підвищення рівня амінокислот у плазмі крові [1,2].

Препарат Лютеїна при застосуванні відповідно до інструкції не чинить контрацептивного ефекту.

При сублінгвальному й інтравагінальному застосуванні прогестерон добре абсорбується в системний кровоплин. Пік плазмової концентрації при вагінальному застосуванні досягається протягом 6-7 годин, при сублінгвальному – протягом 1-6 годин [1,5]. Для прогестерону є характерним високий ступінь зв'язку з білками плазми, у тому числі з альбумінами і транскортином. Прогестерон накопичується в ендометрії матки.