

урежение приступов - у 3,12% больных. Без эффекта лечение оказалось у 7,29% детей, ухудшение ЭЭГ - у 2,08% детей. Результаты лечения свидетельствуют, что у 55,21% больных наблюдалась ремиссия эпилептических припадков, причем до 6 месяцев она отмечалась у 58,49% ребенка; от 6 месяцев до 1 года - у 7,55% детей, свыше

1 года - у 33,96% детей. С урежением эпилептических приступов наблюдались 64,58% ребенка, у 40,32% из которых отмечалось урежение эпилептических приступов менее чем на 50%, у 53,23% - на 50-75% и у 6,45% - на 75-100%. Урежение и ремиссия приступов, а также основной показатель положительного лечения детей с

неэпилептическими пароксизмами, связанный с улучшением когнитивных функций, сна и показателей ЭЭГ, отмечены у подавляющего числа детей (90,62%). Приведенные данные свидетельствуют о том, что в результате коррекции лечения значительно возросла его эффективность.

Литература

1. Ахмедов Т.М. Распространенность эпилепсии у детей республика Азербайджан и перспектива развития эпилептологической службы: Дис.... на соиск. учен. степ канд. мед. наук. - Москва, 2011. - 97 с.
2. Воронкова К. В Рациональная антиэпилептическая фармакотерапия, руководство для врачей 2011г. -78с
3. Гузева В.И. Эпилепсия и неэпилептические пароксизмальные состояния у детей. - М.: Медицинское информационное агентство, 2010. - 568 с.
4. Зенков Л. Р. Эпилепсия клиническое руководство для врачей 2011г. - 67 с.
5. Tachibana N., Sugita Y., Farashima Y., Teshima. Shimizu T., Hishikawa Y. Polysomnographies characteristics of healthy, elderly subjects with somnambulism-like behaviors// Biol; Psychiatry. - 2011. Vol. 30: - P. 141
6. Tihuper P., Cerullo A., Cirignotta F., Cortelli P., Lugaresi E., Montagna P. Nocturnal paroxysmal? dystonia with short lasting attacks: three cases with evidence for an epileptic frontal lobe origin of seizures // Epilepsia: - 2010. - Vol. 31. -P: 549-556.
7. Tirosch E., Jaffe M. Apnea of infancy; seizures, and gastroesophageal reflux: an important but infrequent association// J. Child. Neurol.- 2012. - Vol. 11. № 2. - P: 98-100.

Муминов С.О.,
Курбанов Д.Д.,
Курбанова М. Т.

МИКРОФЛОРА ЦЕРВИКАЛЬНОГО КАНАЛА И ВЛАГАЛИЩА У ЖЕНЩИН С ХВЗПО И ЦМВ-ИНФЕКЦИЕЙ

ТашПМИ кафедра Акушерства и гинекологии, с детской гинекологией

Одной из наиболее распространенных и грозных вирусных инфекций, приводящих к серьезным осложнениям репродуктивного здоровья женщин, является цитомегаловирусная инфекция (ЦМВ- инфекция) [1, 3, 5]. Среди факторов так называемой физиологической иммунодепрессии, способствующих ее распространению и реактивации, основное место принадлежит беременности. Цитомегаловирус (ЦМВ) остается одной из наиболее частых причин внутриутробной и перинатальной инфекции, материнской и детской заболеваемости [2,4, 6, 7].

Цель исследования: Изучить микрофлору цервикального канала и

влагалища у женщин с ЦМВ-инфекцией.

Материалы и методы:

Проведено микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала на наличие условно-патогенной микрофлоры до и после лечения у 65 женщин с ХВЗПО и ЦМВ-инфекцией. Контрольную группу составили 20 здоровых женщин в возрасте от 20 до 35 лет. Средний возраст женщин с ХВЗПО - 26,6 года, причем возраст 76,6±2,6% женщин колебался в пределах 20-35 лет, т.е. совпадал с периодом активной половой жизни.

Проводили исследование с определением ДНК ЦМВ- инфекции в крови ПЦР методикой и титра антител к IgG методом ИФА.

Результаты и их обсуждение: У

65 женщин с ХВЗПО, находящихся под нашим наблюдением, проведено микробиологическое исследование отделяемого из цервикального канала на наличие условно- патогенной микрофлоры до и после лечения (табл. 1).

Таблица 1

Микрофлора цервикального канала и влагалища у женщин здоровых и с ЦВМИ

Микроорганизмы	Здоровые	Больные с ЦМВ- инфекцией, (n=65)	
	(n=20)	До лечения	после лечения
Роста нет	86,2±4,3 (56)	16,9±4,6 (11)	78,5±6,2 (51)
Рост микроорганизмов			
Streptococcus гр.Д	3,1±2,1 (2)	6,2±2,9 (4)	3,1 ±2,1 (2)
Staphylococcus epidermidis	4,6±2,6 (3)	10,8±3,8 (7)	6,2±3,0 (4)
St. aureus	0	1,5±1,5 (1)	-
E. coli	1,5±1,5 (1)	23,1±3,2 (15)	4,6±2,6 (3)
Грибы рода Candida	1,5±1,5 (1)	9,2±3,5 (6)	4,6±2,6 (3)

Трихомонады	0	6,2±2,9 (4)	-
Хламидии	0	20,0±4,9 (13)	-
Микоплазмы	0	3,1 ±2,1 (2)	-
Уреаплазма	3,1 ±2,1 (2)	24,6±5,3 (16)	4,6±2,6 (3)
Гарднереллы	0	10,8±3,8 (7)	-

В скобках указано абсолютное число

До лечения при бактериологическом посеве отделяемого из цервикального канала у 16,9±4,6% женщин с ЦМВ-инфекцией роста флоры не обнаружено. В 6,2±2,9% случаев высеяны Str. гр. Д, у 10,8±3,8% - St. epidermidis, у 23.1±3.2% - E. coli. Кроме того, хламидии выделены у 20,0±4,9% больных, уреаплазма - у 24,6±5,3%, гарднереллы - у 10,8±3,8%. Причем наиболее часто ЦМВ сочетается с уреаплазмой, E. coli и хламидиями.

Идентификация ЦМВ проведена ПЦР (65 женщин) и параллельно ИФА

(65 женщин). Совпадение результатов при постановке ПЦР и ИФА отмечено в 81,5% случаев.

Как видно из табл. 2, положительное прогностическое значение лабораторных маркеров ЦМВ-инфекции было высоким. Так, риск перинатальной патологии (неразвивающаяся беременность, уродства плода, антенатальная гибель плода) при положительном значении ДНК ЦМВ-инфекции и анти-ЦМВ-IgG в крови составил 49,2%.

Вместе с тем положительное значение таких широко используемых в практическом здравоохранении лабораторных критериев, как высокие титры анти-ЦМВ-IgG, для определения риска ЦМВ заражения плода оказался низким - 18,5%. Отсутствие анти-ЦМВ-IgM, возможно, связано с отсутствием «надежных» тест-систем в диагностических лабораториях, так как лабораторное исследование проводилось у женщин в период активного клинического проявления заболевания.

Таблица 2

Значение лабораторных маркеров ЦМВ-инфекции как фактора риска перинатальной патологии у женщин с ХВЗПО, %

Результат	ДНК ЦМВ-инфекции в крови	Анти-ЦМВ-IgG	Анти-ЦМВ-IgM	Высокий титр анти-ЦМВ-IgG	Клинические проявления (неразвивающаяся беременность, уродства, антенатальная гибель плода)
Положительный	100 (65)	81,5 (53)	-	18,5(12)	49,2 (32)
Отрицательный	-	18,5 (Q2)	-	-	-

В скобках указано абсолютное число

К сожалению, многие иммуноферментные тест-системы для определения ЦМВ-IgM дают до 30% ложноположительных результатов, что резко снижает клиническую значимость полученных результатов [5].

Наиболее высокое прогностическое значение имеет определение ДНК ЦМВ-инфекции в крови. У 43,3% (3А) женщин с наличием в крови ДНК ЦМВ-инфекции имела место серьезная перинатальная патология.

Для повышения диагностического и прогностического значения обнаружения ДНК ЦМВ в крови у женщин, особенно беременных, для

прогноза рождения детей с врожденной ЦМВ-инфекцией, вероятно, целесообразно проводить количественную оценку содержания ДНК ЦМВ в крови. Наличие в крови ДНК ЦМВ у женщин является признаком высокой активности инфекционного процесса. Именно этим женщинам необходимо проводить лечение препаратами, полностью элиминирующими вирус в крови. На период лечения необходимо использовать эффективные методы контрацепции, полностью предохраняющие от беременности, так как в этот период возможна передача вируса плоду.

Таким образом, ДНК ЦМВ, определяемая ПЦР в крови у женщин (особенно при количественной оценке), является маркером высокого риска поражения плода этим вирусом.

Выводы:

1. Обследование женщин с ХВЗПО и ЦМВ-инфекцией должно быть комплексным и включать микробиологический скрининг и мониторинг. Для идентификации ЦМВ необходимо определять ДНК ЦМВ (ПЦР) в крови, с последующим мониторингом за лечением методом ИФА с определением

титра анти-ЦМВ-IgG. Критерии излечения могут быть определены на основании ПЦР через 2-3 нед после окончания лечения.

Для идентификации ЦМВ и контроля над эффективностью лечения следует использовать ПЦР с параллельной постанов-

излечения учитывать отрицательный результат ПЦР через 2-3 нед после лечения.

кой ИФА. В качестве критерия

Литература

1. Аюпова Ф.М., Курбанова Б.М. Особенности изменения некоторых показателей в сыворотке крови и влагалищного смыва у женщин с нарушением репродуктивной функции при некоторых TORCH-инфекциях. // Патология. 2003. № 1. С. 35-38.
2. Белов В.Г., Молочникова Е.А. Цитомегаловирусная инфекция новорожденных. // Ультразвуковая диагностика. 1997. № 4. С. 6-7.
3. Краснопольский В.И., Серова О.Ф., Туманова В.А. и др. Влияние инфекции на репродуктивную систему женщин. // Рос вести, акуш.-гин. 2004. № 5. С. 26-29.
4. Ожегов А.М., Мальцев С.В., Мякишева Л.С. Клинико-иммунологическая характеристика активной цитомегаловирусной и сочетанной с ней инфекции у детей первого года жизни. // Педиатрия. 2001. № 1. С. 26-31.
5. Серов В.Н., Манухин И.Б., Кузьмин В.Н. Цитомегаловирусная инфекция в патологии беременности и плода. // Акуш. и гин. 1997. №3. С. 16-19.
6. Gaytant M.A., Steegers E.A., Semmekrot B.A. et al. Congenital cytomegalovirus infection: review of the epidemiology and outcome. // Obstet. Gynecol. Surv. 2002. 57. P. 245-256.
7. Malinger G., Lev D., Zahalka N. et al. Fetal cytomegalovirus infection of the brain. N. the spectrum of sonographic findings. // Amer. J. Neuroradiol. 2003. 24. P. 28-32.

о-
В,
у
ле-
ся
Ю-

л с
16й
и
ий
1дя
хо-
ив
1и
м
ме-
4ем