

DOI <https://doi.org/10.30525/978-9934-26-514-3-30>**PECULIARITIES OF THE COURSE OF PARVOVIRUS
IN PREGNANT WOMEN AND CHILDREN****ОСОБЛИВОСТІ ПЕРЕБІГУ ПАРВОВІРУСНОЇ ІНФЕКЦІЇ
У ВАГІТНИХ ТА ДІТЕЙ****Medrazhevskya Ya. A.**

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Propaedeutics of pediatric diseases
and patient care
National Pirogov Memorial Medical
University
Vinnytsia, Ukraine*

Медражевська Я. А.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри пропедевтики
дитячих захворювань з доглядом
за хворими дітьми
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Fik L. O.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Propaedeutics of pediatric diseases
and patient care
National Pirogov Memorial Medical
University
Vinnytsia, Ukraine*

Фік Л. О.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри пропедевтики
дитячих захворювань з доглядом
за хворими дітьми
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Malyk S. L.

*Candidate of Medical Sciences,
Associate Professor,
Associate Professor at the Department
of Neurology with Neurosurgery
National Pirogov Memorial Medical
University
Vinnytsia, Ukraine*

Малик С. Л.

*кандидат медичних наук, доцент,
доцент кафедри нервових хвороб
з нейрохірургією
Вінницький національний медичний
університет імені М. І. Пирогова
м. Вінниця, Україна*

Під час вагітності інфекції є однією з найбільш поширених причин фетальної та неонатальної смертності. Асимптоматичний перебіг інфекцій при народженні дитини може призводити до пізньої діагностики та лікування [1, с. 46; 2, с. 7]. Первинні інфекції під час вагітності несуть більш руйнівний характер в порівнянні з повторними інфекціями чи реактивацією інфекційних хвороб. Аналогічну ситуацію ми також спостерігаємо при інфекціях набутих в більш ранній гестаційний вік, котрі призводять до серйозніших патологій.

Інфекції вагітних, що впливають на розвиток плода, повинні бути діагностовані за допомогою усіх можливих ресурсів, котрі у свою чергу повинні бути доступними усім вагітним та жінкам, які лише планують свою вагітність. Тому що в багатьох випадках, навіть при первинному інфікуванні, хвороби перебігають безсимптомно, а діагноз, досить часто, залежить напряду від ефективних методів скринінгу. Вартість обстеження деяких інфекцій під час вагітності лягає на плечі сім'ї вагітної жінки. В багатьох областях найбільш специфічні та чутливі тести часто бувають недоступні. При підтвердженні інфекції у вагітної жінки внутрішньоутробну передачу збудника досить важко підтвердити. Тому в своєчасній та ранній діагностиці велику роль відіграє наявність легкодоступних та ефективних антенатальних скринінгів для майбутніх матерів, а також неонатальних скринінгів для новонароджених дітей.

Не останню роль також відіграє профілактика первинних інфекцій у вагітних: зміна стилю життя; виключення звичок, котрі призводять до підвищення ризику контакту з інфекційними агентами; просвітницька робота з жінками про проведення антенатальних скринінгів.

Парвовірус В19 (ПВ В19) або еритровірус В19 – це невеликий вірус, який викликає інфекційну еритему у дітей, артропатію у дорослих [3, с. 600]. та апластичні анемії у пацієнтів з підвищеним еритропоезом (наприклад – серповидноклітинна анемія у дітей). Парвовірусну інфекцію досить рідко діагностують у вагітних, але при інфікуванні вона викликає водянку (hydrops) плода та вроджену анемію.

Еритроцитарний AgP є клітинним рецептором для ПВ В19. Сам вірус є сильним інгібітором диференціації еритроцитів, викликає еритроцитарну аплазію та має цитотоксичний вплив на клітини – попередники еритроцитів.

ПВ В19 поширюється повітряно-краплинним та трансплацентарним шляхами, вражає лише людей. Формується тривалий імунітет після перенесеної інфекції. Але в літературних джерелах є повідомлення про повторне інфікування парвовірусом людей з ослабленим імунітетом. Біля 25–80% жінок до вагітності вже несприятливі до ПВ В19.

Сероконверсія по специфічному IgG фіксується в 1,5–13,5% випадків серед 30–50% вагітних жінок, котрі не мали раніше імунітету до парвовірусу В19. Також частота інфікування значно підвищуються при контакті вагітної жінки з дітьми дошкільного віку. Трансплацентарний шлях ураження ПВ В19 фіксується в 30–50% гострої парвовірусної інфекції.

У дітей найбільш поширена клінічна форма ПВ В19 – це інфекційна еритема. Початок захворювання розпочинається з інтоксикаційного синдрому (нездужання, лихоманка, міалгія, озноб ті ін.), котрий триває

2–5 діб. Потім з'являється яскраво-червоний висип (еритема) – зазвичай на обох щоках. Згодом він може поширитися на руки, тулуб, стегна та сідниці, де висип має рожевий, мереживний, злегка піднятий вигляд. Висипання можуть свербіти, особливо на підшвах ніг. Висипання через 7–10 діб зникають.

При враженні плода ПВ В19 в терміні гестації 13–20 тижнів може розвинутих неімунна водянка плода, що супроводжується анемією, гіпоксією, гепатитом та кардитом з формуванням печінкової та серцевої недостатності. Пошкодження гепатоцитів відбувається двома шляхами: безпосередньо вірус вражає гепатоцит та опосередковано – відкладання гемосидерину в печінці. За допомогою ультразвукового дослідження фіксується кардіомегалія, рідина в плевральній та абдомінальній порожнинах, перикарді, набряк плаценти [4, с. 605]. При своєчасному лікуванні у 83% випадках важкі наслідки можливо уникнути [5, с. 49].

Заразний період при інфікуванні ПВ В19 триває від 4–7 днів (до початку симптоматики) та до 2-х тижнів (після висипки). Тривалість між гострою материнською інфекцією до захворювання плода приблизно від 2 до 6 тижнів. Ризик розвитку несприятливих ситуацій для плоду дуже низький [6, с. 318], але він підвищується, якщо інфікування відбулося під час 1 та 2 триместрів вагітності, найнебезпечніший період – 9–16 тижнів вагітності.

Діагностика ПВ В19 проводиться імуноферментним аналізом (ІФА)–IgM в сироватці крові визначається одночасно з появою симптоматики (12–14 доба після інфікування), свого максимуму рівень імуноглобуліну досягає на 30 день хвороби, а потім протягом 2–3 місяців поступово знижується. На 5–7 добу клінічних маніфестацій в сироватці крові можна визначити IgG, що зберігається в подальшому декілька років. При появі у вагітних інфекційної еритеми та наявності артропатій або з анамнезу відомо про контакт з хворим на парвовірусну інфекцію рекомендовано забір крові з подальшим дослідженням ПЛР чи/або ІФА [5, с. 49].

Наразі специфічного лікування ПВ В19 не існує. Проводиться симптоматична терапія нестероїдними протизапальними препаратами чи гормонами, гемотрансфузія (еритромасою та ін.).

Література:

1. Кондратюк Л. О., Безродна О. В. Парвовірусна інфекція у дорослих: серія клінічних випадків в постпандемічний період. *Медицина сьогодні і завтра*. 2024. № 93(3). С. 44–53.

2. Bihari Ch., Rastogi A., Saxena P. et al. Parvovirus B 19 associated hepatitis. *Hepatitis Research and Treatment*. 2013. Article ID472027. P. 1–9.
3. Kerr JR, Bracewell J, Laing I, Matthey DL, Bernstein RM, Bruce IN, Tyrrell DA. Chronic fatigue syndrome and arthralgia following parvovirus B19 infection. *J Rheumatol*. 2002. № 29(3). P. 595–602.
4. Courtier J., Schauer G. M., Parer J. T., Regenstein A. C., Callen P. W., Glenn O. A. Parvovirus. B19 infection during pregnancy and risks to the fetus. *Ultrasound Obstet Gynecol*. 2012. № 40 (5). P. 604–606.
5. Nadimpalli S. S., Miller R. S., Kamath V.M., et al. Congenital Parvovirus B 19 Infection: Persistent Viremia and Red Blood Cell Aplasia. *Open Forum Infectious Diseases*. 2015. № 2(2). P. 49.
6. Ornoy A., Ergaz Z. Parvovirus. B 19 infection during pregnancy and risks to the fetus. *Birth Defects Res*. 2017. Mar 15. 109(5). P. 311–323.