

УДК 618.7:616.98:578.828 Н1У

ПОСЛЕРОДОВЫЕ ОСЛОЖНЕНИЯ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ

Громыко Н. Л., Барановская Е. И., Купрейчик Л. Г.

Учреждение образования

«Гомельский государственный медицинский университет»

Государственное учреждение

«Гомельский областной центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья»

г. Гомель, Республика Беларусь

Рост числа инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) среди лиц репродуктивного возраста ведет к увеличению количества беременностей и родов среди данной категории женщин [1]. Беременность и роды нередко протекают с осложнениями у ВИЧ-инфицированных женщин вследствие сочетанного влияния ВИЧ-инфекции и беременности [2].

ВИЧ-инфицированные женщины подвержены риску возникновения послеродовых осложнений, несмотря на способ родоразрешения [3]. От тактики ведения родов и послеродового периода зависит дальнейшее течение заболевания, темпы манифестации ВИЧ-инфекции. В настоящее время принято назначать антибиотикотерапию в послеродовом периоде ВИЧ-инфицированным родильницам, однако, не всегда это может предотвратить развитие послеродовых осложнений [3].

Цель работы

Изучить факторы, способствующие возникновению послеродовых осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных.

Материалы и методы

Проанализировано течение беременности, родов и послеродового периода у 72 ВИЧ-инфицированных беременных (1 группа) и 44 беременных без ВИЧ-инфекции (2 группа). Клиническая стадия ВИЧ/СПИДа выставлена по классификации ВОЗ 2002 г. (I–IV стадия).

Популяционный и субпопуляционный состав лимфоцитов определяли с помощью проточной лазерной цитофлюориметрии с использованием моноклональных антител с двойной и тройной меткой («Beckman Coulter», Франция) на проточном цитофлюориметре «Cytomics FC500» («Beckman Coulter», США) с помощью программного обеспечения «СХР 2.2» («Beckman Coulter», США).

Содержание иммуноглобулинов класса М к цитомегаловирусу (ЦМВ) в сыворотке крови и количественное содержание общих иммуноглобулинов класса G (IgG) в сыворотке крови проводили методом иммуноферментного анализа с использованием наборов реагентов ЗАО «Вектор-Бест» (Россия).

В работе использовались следующие математико-статистические методы: описательная статистика данных в группах (доля (P) и доверительный интервал доли (95 %ДИ)). Использован корреляционный анализ Тау Кендалла (коэффициент корреляции — τ). Для исследования связи бинарного признака с количественными показателями иммунитета и осложнениями беременности использован метод логистической регрессии (вычислен показатель χ^2 и p для модели в целом, отношение шансов (ОШ) с 95 % доверительным интервалом (ДИ) для оценки риска возникновения изучаемого события при изменении независимого признака). Статистически значимыми считали результаты при уровне $p \leq 0,05$.

Результаты и обсуждение

В 1 группе родоразрешение путем операции кесарево сечение проведено у 64 человек (89 %; 95 %ДИ 68–114), через естественные родовые пути — у 8 (11 %; 95 %ДИ 5–22). При этом плановое оперативное родоразрешение осуществлено у 38 (59 %; 95 %ДИ 42–82) беременных, экстренное — у 26 (41 %; 95 %ДИ 27–60) женщин.

Во 2 группе кесарево сечение выполнено 12 (27 %; 95 %ДИ 14–48) беременным, роды через естественные родовые пути проведены у 32 (73 %; 95 %ДИ 50–100).

Осложнения после родов в группе ВИЧ-инфицированных беременных были выявлены у 9 (13 %; 95 %ДИ 6–24) женщин, в группе беременных без ВИЧ-инфекции у 5 (11 %; 95 %ДИ 4–26). Среди ВИЧ-инфицированных родильниц, родоразрешенных оперативным путем, зарегистрировано 7 (11 %; 95 %ДИ 4–22) случаев послеродовых осложнений. После родов через естественные родовые пути, проходивших с осложнениями (дефект плаценты), потребовавшими оперативного лечения (кюретаж полости матки), выявлено 2 (25 %; 95 %ДИ 3–90) случая послеродовых осложнений.

Все женщины 1 группы в послеродовом периоде получили антибиотикотерапию препаратами цефалоспоринового ряда.

Структура послеродовых осложнений в 1 группе: субинволюция матки, лохиометра — 2; раневая инфекция — 2; инфекция мочевыводящих путей — 1; острые респираторные заболевания — 3; генерализация туберкулезного процесса — 1.

Структура послеродовых осложнений во 2 группе: субинволюция матки, лохиометра — 3; лихорадка без других клинических проявлений позднее 24 часов после родов — 2.

Нами выявлены следующие факторы, способствующие развитию послеродовых осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных:

1. Клиническая стадия ВИЧ-инфекции. У женщин с III и IV стадией заболевания шансы возникновения послеродовых осложнений выше, чем при I стадии ($\chi^2 = 5,14$; $p = 0,023$; ОШ = 13,64; 95 %ДИ 1,41–66,9).

2. Невынашивание беременности ($\chi^2 = 5,24$; $p = 0,022$; ОШ = 6,4; 95 %ДИ 1,3–30,4 для I триместра, $\chi^2 = 9,68$ $p = 0,001$; ОШ = 10,6; 95 %ДИ 2,2–50,9 для III триместра).

3. Инфекционно-воспалительные процессы во влагалище. При наличии неспецифического вагинита в I триместре беременности шанс возникновения послеродовых осложнений в 12 раз выше ($\chi^2 = 10,56$ $p = 0,001$; ОШ = 12; 95 %ДИ 2,4–58,4), а при наличии кандидозного вульвовагинита в II триместре в 4,8 раза выше ($\chi^2 = 3,96$ $p = 0,046$; ОШ = 4,8; 95 %ДИ 1,1–21,9), чем без указанной патологии.

4. Наличие маркеров цитомегаловирусной инфекции в сыворотке крови ($\chi^2 = 6,65$ $p = 0,009$; ОШ = 8,8; 95 %ДИ 1,7–44,9).

5. Шанс возникновения послеродовых осложнений увеличивается у беременных, заражение ВИЧ-инфекцией которых произошло внутривенным путем ($\chi^2 = 5,56$ $p = 0,018$; ОШ = 5,9; 95 %ДИ 1,3–26,2).

6. Изменение иммунофенотипа лимфоцитов периферической крови. Снижение числа Т-хелперов (CD3+CD4+) в I триместре ($\tau = -0,29$; $p = 0,046$) и соответственно иммунорегуляторного индекса (ИРИ) ($\tau = -0,36$ $p = 0,032$), а также уменьшение количества естественных киллеров (CD3-CD(16+56)+) в периферической крови ($\tau = -0,22$ $p = 0,014$) связано с возникновением послеродовых осложнений. У беременных с уровнем естественных киллеров менее 8 % выявлена связь между содержанием Т-хелперов (CD3+CD4+) в III триместре и осложнениями в послеродовом периоде ($\tau = -0,21$ $p = 0,040$).

Дополнительным фактором, осложняющим течение послеродового периода у ВИЧ-инфицированных беременных, является анемия перед родами. В 1 группе у 14 (19 %; 95 %ДИ 11–33) беременных перед родоразрешением выявлена анемия. Нами определена связь между возникновением инфекционных осложнений в послеродовом периоде и наличием анемии накануне родов ($\tau = +0,23$; $p = 0,004$). Железо играет значительную роль в обмене веществ, в том числе в работе иммунокомпетентной системы [5].

У ВИЧ-инфицированных женщин с послеродовыми осложнениями отмечается высокий уровень общего IgG в сыворотке крови до родов ($\tau = +0,29$; $p < 0,001$). IgG обладают высокой специфичностью, активно участвуют в иммунном ответе и регулируют его [4]. Наличие бактериальных, грибковых, паразитарных агентов вызывает ответную реакцию со стороны иммунной системы матери, которая проявляется клинически после родоразрешения.

В группе беременных без ВИЧ-инфекции нами выявлена связь между послеродовыми осложнениями и состоянием иммунной системы перед родами. Лимфопения ($\tau = -0,36$; $p = 0,001$), как за счет снижения Т-хелперов ($\tau = -0,26$; $p = 0,026$), так и за счет уменьшения цитотоксических лимфоцитов ($\tau = -0,24$; $p = 0,038$), приводит к нарушению течения послеродового периода. Связи с содержанием естественных киллеров в периферической крови в данной группе беременных не выявлено.

Патогенез послеродовых инфекционных заболеваний связан с взаимоотношениями условно-патогенной и патогенной микрофлоры и организма женщины на фоне измененного иммунного статуса. Выявленные нами факторы напрямую либо опосредованно связаны с наличием инфекционного агента, который в условиях иммуносупрессии проявляется клинически и вызывает как осложнение беременности, так и послеродовые заболевания.

Выводы

1. Наиболее часто послеродовые осложнения возникают у ВИЧ-инфицированных беременных с III и IV клинической стадией заболевания ($p = 0,023$), инфицирование которых произошло внутривенным путем ($p = 0,018$), имеющих маркеры ЦМВ инфекции в периферической крови ($p = 0,009$), течение беременности которых осложнилось наличием невынашивания ($p = 0,001$), анемии ($p = 0,004$) и инфекционно-воспалительных процессов во влагалище ($p = 0,001$).

2. Нарушения в иммунной системе приводят к возникновению послеродовых осложнений. У беременных без ВИЧ-инфекции имеет значение снижение общего количества лимфоцитов ($p = 0,001$), в т. ч. Т-хелперов ($p = 0,026$) перед родами. У ВИЧ-инфицированных женщин играет роль снижение Т-хелперов ($p = 0,040$) и естественных киллеров ($p = 0,014$) в периферической крови.

3. При ведении ВИЧ-инфицированных родильниц необходимо разрабатывать индивидуальную тактику ведения послеродового периода, применять антибиотикотерапию с учетом чувствительности микрофлоры, своевременно выявлять возникающие инфекционные осложнения, определять состояние иммунной системы (подсчет числа Т-хелперов, определение ИРИ, оценка содержания естественных киллеров).

ЛИТЕРАТУРА

1. Республиканский центр гигиены, эпидемиологии и общественного здоровья [Электронный ресурс] / Мин-во здравоохранения Республики Беларусь. — Минск, 2011. — Режим доступа: <http://www.rcheph.by>. — Дата доступа: 19.01.11.
2. Newell, M. L. Pregnancy and HIV infection: A European consensus on management / M. L. Newell, M. Rogers // AIDS. — 2002. — № 16. — P. 2–24.
3. Fiore, S. Higher rates of post-partum complications in HIV-infected than in uninfected women irrespective of mode of delivery / S. Fiore, M. L. Newell, C. Thorne // AIDS. — 2004. — Vol. 18(6). — P. 933–1038.
4. Дранник, Г. Н. Клиническая иммунология и аллергология / Г. Н. Дранник. — М.: МИА, 2003. — 604 с.
5. Шехтман, М. М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных / М. М. Шехтман. — М.: Трида, 1999. — 816 с.

УДК 616.126-002-022:616.126.3-089] (476)

ОСОБЕННОСТИ ТЕЧЕНИЯ ИНФЕКЦИОННОГО ЭНДОКАРДИТА ДО И ПОСЛЕ ХИРУРГИЧЕСКОЙ КОРРЕКЦИИ КЛАПАННЫХ ПОРОКОВ В РЕСПУБЛИКЕ БЕЛАРУСЬ

**Губич Т. С., Суджаева С. Г., Казаева Н. А.,
Суджаева О. А., Феоктистова Н. В.**

**Государственное учреждение
«Республиканский научно-практический центр «Кардиология»»
г. Минск, Республика Беларусь**

В последнее десятилетие клиническая картина инфекционного эндокардита (ИЭ) приобрела ряд особенностей и характеризуется разнообразием клинических форм и вариантов течения заболевания. Это обусловлено полиэтиологичностью заболевания, повышением устойчивости возбудителей ИЭ к антибактериальной терапии, большим ко-