

© Міцода Р.М., 2006

УДК 618.2+618.4+618.6]-06:616.36-002-022

Р.М. Міцода

СТАН НОВОНАРОДЖЕНИХ, МАТЕРІ ЯКИХ СТРАЖДАЮТЬ НА ХРОНІЧНУ HCV- ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЮ

Київська медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика

Ранній неонатальний період (РНП) у новонароджених, матері яких страждають на коінфекцію HCV/ВІЛ, супроводжується 2,5-разовим збільшенням асфіксії I ступеня, 5-разовим зростанням гострих ішемічних уражень центральної нервової системи і статистично достовірним збільшенням числа гіпорексій та частоти ціанозу. 9,5 % цих дітей є недоношеними.

Незважаючи на досягнення медицини та постійне впровадження нових медичних технологій з метою контролю над інфекційними процесами, вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності.

Гепатит С (ГС) – найбільш розповсюджена хвороба печінки у світі – носіями його збудника є від 150 до 500 млн землян [1]. Хронічний ГС (ХГС) в останні 5 років вийшов на перше місце за захворюваністю та тяжкістю ускладнень. У структурі захворюваності ХВГ у країнах Західної Європи на частку HCV-інфекції припадає 60-80 %. Більше того, біля 70 % усіх померлих від хронічних захворювань печінки страждали саме на ХГС [2].

При вагітності ГС особливого впливу на перебіг гестаційного процесу не має [3, 4]. Беручи до уваги те, що ГС може бути пов'язаний з наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії цієї хвороби вкрай несприятливий. Однак таке поєднання трапляється рідко. Хоча з цим твердженням згодні не всі науковці. Так, німецькими вченими показано, що у жінок, в яких виявлено маркери ГС, частота передчасних пологів складає 29 % (при 19 % у контрольній групі), а частота кесаревого розтину сягла 42 %, при 21 % у популяції [5].

Коінфекція ВІЛ/HCV виявлена в 62,5 % пацієнтів [6]. Встановлено, якщо частота перинатальної передачі збудника ГС складає 5 %, то при коінфекції з ВІЛ вона зростає до 15-25 % [7-9]. У ВІЛ-інфікованих вагітність часто ускладнюється загрозою переривання, гестозом, анемією різного ступеня тяжкості, фетоплацентарною недостат-

ністю, що проявляється синдромом затримки внутрішньоутробного розвитку та гіпотрофією плода [10]. Особливо актуальною є проблема вивчення поєднання цих інфекцій у вагітних і вплив коінфекції на стан новонароджених від них.

Загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності ХГС і зростання числа ВІЛ-інфікованих підтверджують необхідність вивчення впливу коінфекції ВІЛ/HCV на перебіг раннього неонатального періоду (РНП) у дітей, народжених від жінок з цією патологією.

Мета дослідження – простежити перебіг РНП у новонароджених, матері яких страждають на HCV- та ВІЛ-інфекцію, для прогнозування акушерських ускладнень і запобігання їм.

Матеріали і методи

Проведений аналіз перебігу 63 РНП дітей від жінок з HCV- та ВІЛ-інфекцією, які народжували на базі пологового будинку № 4 Києва і 100 РНП немовлят, матері яких народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода (контрольна група). На кожен випадок заповнювали розроблену карту дослідження. Первинною документацією слугували індивідуальні карти вагітних, історії пологів та історії розвитку новонародженого.

Частота передчасних пологів в обстежених жінок пологового будинку № 4 коливалася від 4,9 до 6,2 %, при 1,9-2,9 % у контрольній групі. Цікаво, що кількість пологів, завершених оперативним абдомінальним шляхом, була більшою у жінок з фізіологічного відділення – 12-18 %, при 8,4-11,5 % у жінок з обсерваційного відділення. Перинатальна смертність зареєстрована меншою у родиль в Ужгороді – 7,4-9,0 при 10,6-14,6 % у Києві. Діти були розподілені на 2 групи: I – контрольну (КГ) – народжені в Ужгороді; II – порівняння (ГП) – новонароджені від жінок з коінфекцією HCV/ВІЛ.

Групи жінок однорідні за віком, соціальним станом, певною мірою за спеціальністю (домогосподині або працюють за фахом, що не пов'язаний з фізичними навантаженнями та контактом з тератогенними речовинами), проживають у межах одного часового поясу та умовах помірно-континентального клімату.

У всіх 63 випадках ХГС інфекційний процес перебігав з низьким рівнем реплікативної активності вірусу. Стосовно ВІЛ-інфекції, то усім породіллям виставлена стадія персистуючої генералізованої лімфаденопатії. В однієї жінки діагноз ХГС був встановлений за 1 рік до вагітності, у 2 цей термін склав 1-2 роки, у 8 – від 3 до 5 років, у 4 – від 6 до 10 років, більше 10 років страждали на дану патологію 6 жінок. У 42 осіб дата початку захворювання не встановлена. 22,2 % вагітних з коінфекцією HCV/ВІЛ страждали на наркоманію під час гестації, а 15,9 % мали залежність в анамнезі.

Діагноз ВГ встановлювали на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало біохімічні тести, виявлення у крові маркерів ВГ та ВІЛ-інфекції методом імуноферментного аналізу (проводили на програмованих термоста-тах-шейкерах Т-СУ і ST-3L за допомогою тест-систем «Вектор-Бест», Новосибірськ) і методом полімеразної ланцюгової реакції (використовували ампліфікатор «Терцій» ТП-4ПЦР-01). Діагноз ВГ та ВІЛ-інфекції верифікований інфекціоністом.

Статистична обробка проведена за допомогою пакетів програм STATISTICA 5.0 та Excel 5.0. Для оцінки достовірності отриманих даних використані t-критерій Стюдента в модифікації Н.М. Амосова та співавторів [11] і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймали 5 %.

Результати досліджень та їх обговорення

Розглянуті найбільш фертильно активні категорії жінок. Категорія ВООЗ 15-49 років видозмінена та розбита на вікові інтервали, причому жінки, молодші 17 та старші 35 років, у дослідження не включалися. Віком

до 20 років було (21,0±4,1) % у КГ та (17,5±4,8) % – у ГП, від 21 до 25 років – відповідно (46,0±5,0) і (41,2±6,2) %, 26-30 років – (17,0±3,8) і (28,6±5,7) %, 31-35 років – (16,0±3,7) і (12,7±4,2) %. Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КГ та ГП склав 0,84, тобто між представленими групами існує сильний ступінь лінійного зв'язку. Оцінка стану новонародженого не була б повною без відображення певних характеристик родового процесу, що безпосередньо впливають на їх стан. Саме тому вирішено навести дані про характеристику навколоплодових вод.

Результати засвідчують статистично достовірне переважання кількості навколоплодових вод без ознак патологічних змін у КГ – 90,0 при 73,0 % у ГП (P<0,01). Маловоддям супроводжувалися тільки одні пологи у КГ. Багатоводдя ж частіше реєструвалося у жінок ГП – 4,8 при 3,0 % у КГ (P>0,05). Майже у 4 рази частіше (23,8 %) пологи у ГП супроводжувалися зеленим забарвленням навколоплодових вод, на противагу 6,0 % у жінок з КГ (P<0,01). Забруднення вод меконієм частіше спостерігалось у представниць Ужгорода – 4,0 при 3,8 % у ГП (P>0,05).

Стосовно розподілу новонароджених за статтю, то в КГ 54,0 % дітей були чоловічої та 46,0 % – жіночої статі, а у ГП співвідношення склало 39,7 до 60,3 %. Середні оцінки за шкалою Апгар на 1-й хвилині життя статистично достовірні більші у новонароджених КГ – 7,55±0,76 при 7,24±0,76 у ГП, а вже на 5-й хвилині ці показники були рівні 8,54±0,67 та 7,65±0,54 відповідно (P<0,001). Стан новонароджених відображений у таблиці 1.

Таблиця 1

Стан дітей під час перебування у стаціонарі

Ускладнення	КГ		ГП	
	n	%	n	%
Асфіксія I ступеня	5	5,0	8	12,7
Асфіксія II ступеня	2	2,0	3	4,8
Асфіксія III ступеня	1	1,0	-	-
Кефалогематома	3	3,0	2	3,2
Перелом ключиці	1	1,0	2	3,2
Внутрішньочерепна родова травма	-	-	1	1,6
Синдром дихальних розладів	6	6,0	2	3,2
Гостре ішемічне ураження ЦНС	1	1,0	3	4,8
Гіпорексія	16	16,0	27	42,9
Ціаноз	9	9,0	26	41,3
Парез Ерба	1	1,0	-	-
Внутрішньоутробна гіпотрофія	10	10,0	11	17,5
Недоношеність	-	-	6	9,5
Гемолітична жовтяниця	2	2,0	1	1,6
Кон'югаційна жовтяниця	9	9,0	-	-
Абстинентний синдром	-	-	3	4,8
Період адаптації без ускладнень	41	41,0	-	-

Виявлене більш ніж дворазове переважання кількості асфіксій I ступеня у новонароджених від жінок з коінфекцією над КГ (12,7 проти 5,0 %) ($P>0,05$, $t=1,63$). Якщо асфіксії III ступеня у ГП не було, то виявлене 2,5-разове переважання числа асфіксій II ступеня (4,8 проти 2,0 % відповідно) ($P>0,05$, $t=0,91$). Кефалогематоми ускладнили 3,0 % РНП дітей з Ужгорода та 3,2 % РНП новонароджених киян ($P>0,05$, $t=0,89$). Переломів ключиць у 3 рази більше у представників Києва – 3,2 проти 1,0 % у КГ ($P>0,05$, $t=0,89$). У свою чергу, у КГ виявлено тенденцію до зростання частоти синдрому дихальних розладів – 6,0 при 3,2 % у представників ГП ($P>0,05$, $t=0,87$).

Майже у 5 разів частіше стан новонароджених з ГП ускладнювався гострими ішемічними ураженнями центральної нервової системи – 4,8 проти 1,0 % ($P>0,05$, $t=1,32$). Внутрішньочерепна родова травма виявлена в 1 новонародженого киянина. Випадки гіпорефлексій достовірно частіше реєструвалися у новонароджених з Києва (42,9 проти 16,0 %) ($P<0,001$). Ціаноз (періоральний і тотальний) діагностований у 41,3 і 9,0 % відповідно ($P<0,001$). Парез Ерба виявлено у 1 новонародженого з фізіологічного відділення.

На внутрішньоутробну гіпотрофію страждало 17,5 і 10,0 % новонароджених ($P>0,05$, $t=1,32$). Недоношеним був майже кожен 10-й представник ГП (9,5 %). Кон'югаційна жовтяниця 9 разів супроводжувала РНП у представників КГ і жодного з ГП. Випадки гемолітичної жовтяниці реєструвались з однаковою частотою – 2,0 і 1,6 % ($P>0,05$). Абстинентним синдромом страждали 4,8 % новонароджених киян.

У цілому, 41,0 % РНП у представників КГ перебігав без ускладнень, при відсутності таких серед дітей, народжених в обсерваційному відділенні, через виявлення у них антитіл до ВІЛ.

Зрозуміло, що кількість обстежених не є достатньою для остаточного визначення впливу коінфекції HCV/ВІЛ на РНП, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення. Можливо, було б цікавішим і показовішим дослідити ще й перебіг РНП у новонароджених, матері яких страждають на HCV- та ВІЛ-інфекцію без поєднання.

Висновок

РНП у новонароджених, матері яких страждають на коінфекцію HCV/ВІЛ, супроводжується 2,5-разовим збільшенням асфіксій I ступеня, 5-разовим зростанням гострих ішемічних уражень

центральної нервової системи і статистично достовірним збільшенням числа гіпорефлексій та частоти ціанозу. У 9,5 % ці діти є недоношеними.

Література

1. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Топольницький В.С. Вірусні гепатити. – Київ: Фенікс, 2002. – 296 с.
2. Сологуб Т.В., Соколов С.В., Скорина А.Д., Борганова М.В. Длительное проспективное наблюдение за носителями вируса ГВ с использованием клинико-лабораторных и морфологических исследований // Терапевт. архив. – 2001. – № 11. – С. 23-25.
3. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. – М.: Триада, 2003. – 816 с.
4. Paternoster D.M., Santarossa C., Grella P. et al. Viral load in HCV-RNA-positive pregnant women // Am. J. Gastroenterol. – 2001. – V. 96, N 9. – P. 2751-2754.
5. Hillemanns P., Dannecker C., Kimmig R., Hasbargen U. Obstetric risks and vertical transmission of hepatitis C virus infection in pregnancy // Acta Obstet. Gynecol. Scand. – 2000. – V. 79. – P. 543-547.
6. Машковський І.А., Мороз Л.В. Коінфекція ВІЛ/HCV // Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України. – Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. – С. 140-141.
7. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. – М.: Триада-Х, 2004. – 143 с.
8. Newell M.L., Pembrey L. Mother-to-child transmission of hepatitis C virus infection // Drugs Today (Barc). – 2002. – V. 38, N 5. – P. 321-337.
9. Roberts E.A., Yeung L. Maternal-infant transmission of hepatitis C virus infection // Hepatology. – 2002. – V. 36, N 5 (Suppl. 1). – P. S106-113.
10. Перинатальные инфекции: Практич. пособие / Под. ред. А.Я. Сенчука, З.М. Дубоссарской. – М.: МИА, 2005. – 318 с.
11. Амосов Н.М., Сидоренко Л.Н., Минцер О.П. и др. Факторы риска протезирования митрального клапана // Грудная хирургия. – 1975. – №3. – С. 9-16.

THE STATE OF THE NEWBORNS OF THE WOMEN SUFFERING FROM CHRONIC HCV- AND HIV-INFECTION

R.M. Mitsoda

SUMMARY. The early neonatal period of the newborns of the women suffering from the coinfection HCV/HIV resulted in the 2,5-multiple increase of the rate of the fetal asphyxia, 5-multiple increase of acute ischemic damages of the central nervous system and increase of hyporeflexia rate and cyanosis frequency. This newborns in 9,5% cases are from the preterm labor.