

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

© Коханевич Є.В., Харченко Н.В., Міцода Р.М., 2006
УДК 618.2+618.4+618.6]-06:616.36-002-022

Є.В. Коханевич, Н.В. Харченко, Р.М. Міцода

ПІСЛЯПОЛОГОВИЙ ПЕРІОДУ ПОРОДІЛЬ З ХРОНІЧНОЮ HCV-ІНФЕКЦІЄЮ

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

Післяпологовий період у жінок з хронічною HCV-інфекцією перебігає на фоні більшої тривалості безводних проміжків і достовірно більшої крововтрати в родах, що призводить до підвищення ризику гнійно-запальних ускладнень, більшої кількості анемії та тривалішого перебування у стаціонарі.

Незважаючи на досягнення медицини, вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [1]. Найбільш розповсюдженою хворобою печінки у світі є гепатит С (ГС) – носіями його збудника є від 150 до 500 млн землян [2]. Хронічний ГС (ХГС) за останні 5 років вийшов на перше місце за рівнем захворюваності та тяжкістю ускладнень [3]. Його збудник є етіологічним фактором 70 % випадків хронічного гепатиту, 40 % – цирозу печінки та 80 % – гепатоцелюлярної карциноми [4, 5].

В абсолютній більшості обстежених вагітних (98,8 %) ГС-інфекція характеризується хронічним перебігом, у тому числі латентна форма ГС діагностується у 89,1 % хворих, маніфестна - у 9,6 % [6].

Дуже небагато відомо про вплив HCV-інфекції на перебіг гестації [1]. Частина науковців свідчить, що при вагітності ГС, як і ГА, особливого впливу на перебіг гестаційного процесу не має [7, 8]. З відсутністю впливу ГС на перебіг гестаційного процесу ми, разом з багатьма науковцями, погодитися не можемо [9]. Так, показано, що у позитивних анти-HCV жінок частота передчасних пологів складає 29 % [10]. У них спостерігається статистично достовірне збільшення кількості предекламписій та тривалості безводного проміжку [11]. Беручи до уваги, що ГС може бути пов'язаним з наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії хвороби вкрай несприятливий. Однак таке поєднання трапляється рідко [8].

Загальносвітова тенденція до підвищення захворюваності ХГС підтверджує необхідність подальшого вивчення впливу ХГС на перебіг післяпологового періоду.

Мета дослідження – простежити перебіг післяпологового періоду у жінок з ХГС для прогнозування та запобігання акушерським ускладненням.

Матеріали і методи

Проведений аналіз перебігу післяпологового періоду у 64 жінок з хронічною HCV-інфекцією, які народжували на базі пологового будинку № 4 Києва, і у 100 жінок, які народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Первинною документацією слугували індивідуальні карти вагітних та історії пологів.

За час проведення дослідження частота передчасних пологів у родбудинку № 4 коливалася від 4,9 до 6,2 % при 1,9-2,9 % у фізіологічному відділенні родбудинку Ужгорода. 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. Вагітні були розподілені на 2 групи: 1-у – контрольну (КГ) – склали жінки, що народжували в Ужгороді; 2-у – порівняння (ГП) – породіллі з ХГС.

Групи були зіставними за віком, соціальним станом (жінки заміжні), певною мірою за спеціальністю (домогосподарки або працювали 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 64 випадках ХГС мав характер інфекційного процесу з мінімальною активністю. У 6 жінок діагноз ХГС був встановлений за 1 рік до вагітності, у 8 породіль даний термін склав 1-2 роки, у 12 – від 3 до 5 років, у 2 – від 6 до 10, більше 10 років страждали на дану патологію 2 жінки. У 34 представниць Києва термін захворювання взагалі не був встановлений.

23,4 % родиль з HCV-інфекцією страждали на наркоманію під час гестації, а 7,8 % з них мали наркоманію в анамнезі, тобто практично кожна третя з них страждала залежністю до

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

або під час вагітності. Ці дані дозволяють нам не погодитися з твердженням про те, що поєднання НСV-інфекції та наркоманії трапляється рідко [11].

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, при потребі, сканування органів гепатобіліарної системи. Діагноз ВГ встановлювали на підставі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних і лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало біохімічні тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу (проводили на програмованих термостатах-шейкерах Т-СУ і ST-3L за допомогою тест-систем «Вектор-Бест», Новосибірськ) та методом полімеразної ланцюгової реакції (використовували ампліфікатор «Терцій» ТП-4ПЦР-01). Діагноз верифікований інфекціоністом.

Статистична обробка результатів клінічного спостереження проведена за допомогою пакетів програм *STATISTICA 5.0* та *Excel 5.0*. Для оцінки достовірності отриманих даних використані t-критерій Стьюдента в модифікації Н.М. Амосова та співавт. [1] і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 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.

У всіх підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, що засвідчують числові дані: до 20 років – $(21,0 \pm 4,1) \%$ у КГ та $(20,3 \pm 5,0) \%$ у ГП; 21-25 років

– $(46,0 \pm 5,0)$ та $(42,2 \pm 6,2) \%$; 26-30 років – $(17,0 \pm 3,8)$ та $(23,4 \pm 5,3) \%$; 31-35 років – $(16,0 \pm 3,7)$ та $(14,1 \pm 4,3) \%$. Коефіцієнт кореляції вікових параметрів КГ та ГП склав 0,95, тобто між представленими групами існує сильний ступінь лінійного зв'язку.

Для більш повного відображення перебігу післяродового періоду та його взаємозв'язку з пологами вирішено навести саме тут дані про тривалість безводних проміжків і величину крововтрати в родах. У жінок КГ 54 % пологів супроводжувалися тривалістю безводного проміжку до 2 год при 32,8 % у ГП ($P < 0,01$). При тривалості даного періоду від 2 до 5 год співвідношення показників складало 16 до 26,6 % ($P > 0,05$) і 19 до 32,8 % ($P < 0,05$) при проміжку від 5 до 10 год. Збільшенням безводного періоду більше 10 год супроводжувалися 11 % пологів у жінок КГ та 7,8 % у ГП ($P > 0,05$). Середня тривалість проміжку у ГП склала 4 год 39 хв, при 3 год 45 хв у КГ ($P > 0,05$).

81 % пологів у фізіологічному відділенні та 46,9 % родів жінок з ХГС супроводжувалися крововтратою до 250 мл ($P < 0,001$). Крововтрата від 251 до 500 мл реєструвалася частіше у жінок з обсерваційного відділення – 40,6 проти 7,0 % ($P < 0,001$). Відсоток крововтрати об'ємом від 501 до 1000 мл є майже однаковим в обох групах – 12 % у КГ та 12,5 % у ГП ($P > 0,05$). Середня крововтрата у КГ склала 237,3 мл (середнє квадратичне відхилення (СКВ) 127,8) при 301,2 мл (СКВ 208,37) у ГП ($P < 0,05$).

Перебіг післяродового періоду відображений у таблиці 1.

Таблиця 1

Характеристика післяродового періоду

Ускладнення	КГ		ГП	
	n	%	n	%
Післяпологовий період без ускладнень	57	57,0	21	32,8
Гіпертермія 1 раз	22	22,0	15	23,4
Гіпертермія 1-3 рази	4	4,0	5	7,8
Гіпертермія більше 3 разів	3	3,0	3	4,7
Анемія I ступеня	6	6,0	18	28,1
Анемія II ступеня	3	3,0	4	6,3
Анемія III ступеня	-	-	1	1,6
Післяпологовий ендометрит	1	1,0	1	1,6
Гематометра	1	1,0	-	-

Особлива увага при аналізі післяродового періоду зверталася на підвищений ризик гнійно-запальних ускладнень, що відображено у реєстрації випадків підвищення температури тіла. Якщо при разовій гіпертермії значної різниці між групами не виявлено (22,0 % в КГ та 23,4 % у

ГП; $P > 0,05$), то при підвищенні температури тіла від 1 до 3 разів виявлена тенденція до зростання у ГП (4,0 % в КГ та 7,8 % у ГП; $P < 0,05$). Підвищення температури більше 3 разів виявлене у 3,0 % представниць КГ та 6,3 % у ГП ($P > 0,05$).

ОРИГІНАЛЬНІ ДОСЛІДЖЕННЯ

Згідно з результатами дослідження, відсутня суттєва різниця між групами і у частоті анемії II ступеня (3,0 % в КГ та 6,3 % у ГП; $P>0,05$), а вже на анемію I ступеня достовірно частіше страждали представниці Києва (6,0 проти 28,1%; $P<0,001$). Анемія III ступеня зареєстрована в 1 випадку у ГП. Післяродовий ендометрит ускладнив післяпологовий період у жінок з досліджуваних груп по одному разу.

Основні показники біохімічного аналізу крові та ферменти сироватки крові, що характеризують роботу печінки, у даної категорії не виходили за межі норми, що є типовим саме для хронічного гепатиту С з мінімальною активністю. Рівень загального білірубину склав у середньому 14,0 мкмоль/л (при СКВ 5,7), середній показник загального білка був рівний 64,9 г/л (СКВ 8,8), рівень АлАТ - у середньому 27,5 МО/л (СКВ 17,4) при показнику АсАТ 26,5 МО/л (СКВ 15,4).

Тривалість перебування на лікарняному ліжку у КГ склала 4,65 дня (СКВ 1,97) при достовірному збільшенні у ГП - 6,2 (СКВ 2,8) ($P<0,001$). У представниць КГ післяродовий період у 57 % випадків перебігав без ускладнень при 32,8 % у жінок з ГП ($P<0,01$).

Висновок

Післяпологовий період у жінок з хронічною HCV-інфекцією перебігає на фоні більшої тривалості безводних проміжків та достовірно більшої крововтрати в родах, що призводить до підвищення ризику гнійно-запальних ускладнень, більшої кількості анемії та тривалішого перебування у стаціонарі.

Література

1. Долгушина Н.В., Макацария А.Д. Вирусные инфекции у беременных: Руководство для врачей. - М.: Триада-Х, 2004. - 143 с.
2. Харченко Н.В., Порохницький В.І., Топольницький В.С. Вірусні гепатити - К.: Фенікс, 2002. - 296 с.

3. Сысоева Е.П. Иммуные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами // Росс. журн. гастроэнтерол., гепатол., колопроктол. - 2001. - № 4. - С. 55-56.

4. Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю. Лечение хронического гепатита С в России // Там же. - 2001. - № 4. - С. 51-53.

5. 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.

6. Топольницький В.С., Гебеш В.В., Дегтяренко О.М. та ін. Діагностичне значення антитіл різного класу до ядерних антигенів вірусу гепатиту С у вагітних // Матер. наук.-практ. конф. і пленуму Асоціації інфекціоністів України. - Тернопіль: Укрмедкнига, 2004. - С. 213-214.

7. Шехтман М.М. Руководство по экстрагенитальной патологии у беременных. - М.: Триада, 2003. - 816 с.

8. Paternoster D.M., Fabris F., Palu G. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet. Gynecol. Scand. - 2002. - V. 81, N 2. - P. 99-103.

9. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Терапевт. архив. - 2000. - Т. 72, № 10. - P. 46-49.

10. 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.

11. Амосов Н.М., Сидаренко Л.Н., Минцер О.П. и др. Факторы риска протезирования митрального клапана // Грудная хирургия. - 1975. - № 3. - С. 9-16.

POST-DELIVERY PERIOD OF THE WOMEN WITH CHRONIC HCV-INFECTIОN DURING GESTATION

Ye.V. Kokhanevych, N.V. Kharchenko, R.M. Mitsoda

SUMMARY. The post-delivery period of the women who suffer from the chronic HCV-infection results in the increase of the rate of inflammatory complications, increase of the number of anemias and prolonged staying in the lying-in hospital, after longer period without amniotic fluid and reliable increase of the rate of bleeding in the labor.