

Клинико-иммунологические особенности течения беременности и родов при ВИЧ-инфекции

А.В. Горленко; Е.С. Ворошилина; В.И. Коновалов; А.Г.Сергеев; Л.Д. Кива

Кафедра акушерства и гинекологии; кафедра микробиологии Уральской государственной медицинской академии; городской центр по профилактике СПИДа, г. Екатеринбург

Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции привело к увеличению числа инфицированных женщин. По данным городского центра СПИДа на середину апреля 2004 года всего зарегистрировано 8705 ВИЧ-инфицированных, из них 2849 ВИЧ-инфицированных женщин, что составляет 32,73% от общего числа ВИЧ-инфицированных. Впервые беременная с ВИЧ-инфекцией в г. Екатеринбурге выявлена в 1993 году, а вторая - в 1998 году. С начала регистрации ВИЧ-инфекции в г. Екатеринбурге выявлено 1405 беременных женщин с положительным ВИЧ-статусом. В 2003 году из 520 ВИЧ-инфицированных беременных прервали беременность только 22,5%, остальные беременности закончились родами, что говорит о сохраняющемся росте числа новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей; так на апрель этого года диспансерному наблюдению подлежат 680 детей.

Беременность у ВИЧ-инфицированной женщины является фактором, способствующим активизации ВИЧ-инфекции. Изменения в иммунной системе, происходящие при ВИЧ-инфекции увеличивают риск активизации латентной вирусной или бактериальной инфекции, что, в свою очередь, может негативно сказаться на течение самой ВИЧ-инфекции. В результате повышается риск развития инфекционной патологии у плода.

По данным зарубежных авторов, частота распространения вирусных и бактериальных инфекций, передающихся половым путем (ИППП), выше у ВИЧ-инфицированных, чем у здоровых людей. Соответственно, и беременные женщины с ВИЧ чаще являются носителями возбудителей, вызывающих ИППП и соответствующую внутриутробную патологию плода чаще.

Целью нашего исследования явилось изучение акушерской патологии, исхода родов, послеродовых осложнений, особенностей иммуно-инфекционного статуса у беременных с ВИЧ-инфекцией.

Было проведено динамическое наблюдение и обследование ВИЧ-инфицированных беременных, находившихся на диспансерном учете в городском центре СПИДа и поступавших затем в роддом ГKB №40 г. Екатеринбурга. Диагноз ВИЧ был верифицирован до поступления женщины в роддом. Всего обследовано 114 ВИЧ-инфицированных беременных. Контрольную группу составили 102 ВИЧ-серонегативные беременные, которые состояли на учете в женских консультациях г. Екатеринбурга.

Был изучен социальный статус беременных и данные анамнеза. Все женщины были обследованы на наличие возбудителей инфекций, передающихся половым путем (хламидии, уреаплазмы, микоплазмы, вирус простого герпеса 1+2 типов (ВПГ 1+2), ЦМВ), методом ПЦР (тест-системы НПФ "Литех"). Кроме того, для верификации данных, полученных в ПЦР, определяли IgG и IgA к хламидии трахоматис ("Savyon"), IgG, IgM к ВПГ и ЦМВ ("Human"). Все женщины были обследованы на наличие АТ к вирусам гепатитов В и С в женских консультациях. Для оценки клеточного звена иммунитета проводили иммунофенотипирование лимфоцитов и определяли абсолютное и относительное содержание в сыворотке крови CD3 (Т-лимфоциты), CD19 (В-лимфоциты), CD4, CD8, CD16, рассчитывали соотношение CD4/CD8.

Результаты

Достоверно чаще ВИЧ-инфицированные беременные находились в возрастном промежутке от 19 до 25 лет; состояли в гражданском браке или были одиночками 42% и 34,5% соответственно. Большинство беременных не работали - 54,3%. Среди вредных привычек курение отметили 58,1% беременных с ВИЧ-инфекцией и всего 2% беременных без ВИЧ-инфекции. Наркотики в настоящем или в прошлом употребляли 36,5% пациенток с ВИЧ-инфекцией, тогда как в группе сравнения употребление

наркотиков отмечено не было. На учете в женской консультации состояли 89,7% беременных с ВИЧ-инфекцией и все беременные без ВИЧ-инфекции; средний срок взятия на учет по беременности составил - 16 недель и 10 недель соответственно с ВИЧ-инфекцией и без ВИЧ-инфекции.

Начало половой жизни приходилось у ВИЧ-инфицированных пациенток на возраст -16 лет, беременность в основном была второй, а роды - 1, которым предшествовал медицинский аборт.

Анализируя характер течения беременности у женщин с ВИЧ-инфекцией по сравнению с группой без ВИЧ-инфекции, установлено, что гестоз у ВИЧ-инфицированных беременных наблюдался почти в 3 раза чаще, чем у ВИЧ-серонегативных беременных (16,8% и 5,8%, соответственно ($p < 0,05$)), хроническая фетоплацентарная недостаточность - в 1,5 раза чаще (78,3% и 58,6%, соответственно ($p < 0,005$)). Также достоверно чаще у ВИЧ-инфицированных беременных выявляли СЗРП, гипотрофию плода, анемию и кольпит в разные сроки гестации. По остальным акушерским осложнениям достоверной разницы не выявлено.

У ВИЧ-инфицированных беременных достоверно чаще выявляли таких возбудителей заболеваний, передающихся половым путем, как хламидии и ЦМВ. Хламидии были выявлены у 10,5% ВИЧ-инфицированных женщин и отсутствовали у ВИЧ-серонегативных беременных, ЦМВ - у 29% и 13,7%, соответственно. Уреаплазмы, микоплазмы, ВПГ 1+2 типов в ряде случаев были обнаружены у женщин как с ВИЧ-инфекцией, так и без нее, статистически достоверной разницы в показателях этих групп установлено не было.

Моноинфекцию наблюдали у 39% женщин ВИЧ-инфицированных беременных, у 17,5% была выявлена смешанная инфекция. Чаще всего имело место сочетание ЦМВ и ВПГ 1+2 (у 5 женщин), ЦМВ и хламидии (у 3 женщин). У 2 пациенток выявили 3 и более видов инфекций одновременно.

Диагноз фетоплацентарной недостаточности, СЗРП, кольпита достоверно чаще был установлен у ВИЧ-инфицированных женщин с сопутствующей инфекционной патологией.

При оценке результатов иммунологического исследования беременные женщины были поделены на две подгруппы в зависимости от срока беременности (2 и 3 триместр), так как показатели клеточного иммунитета существенно меняются по мере прогрессирования беременности и в норме.

У ВИЧ-инфицированных беременных во 2 триместре выявлено достоверное снижение общего количества лейкоцитов, уменьшение

экспрессии CD4 клеток, CD16, увеличение CD8 клеток. Соотношение CD4/CD8, которое у здоровых беременных составляет 1, 56 упало у ВИЧ-инфицированных до 0,75. Эти изменения оказались еще более выраженными у беременных в 3 триместре. Особенно значимым являлся разрыв в количестве CD4, CD8, соотношении CD4/CD8. Несмотря на то, что клинически у всех женщин была установлена одна и та же стадия ВИЧ-инфекции - третья, т.е. латентная, у 70 % пациенток количество CD4 клеток в мкл было < 700 , что коррелирует с повышением риска передачи ВИЧ плоду.

Еще одно важное наблюдение: именно у женщин со сниженным количеством CD4 клеток выявляли в мазках ЦМВ. С фактом обнаружения других видов инфекций подобной корреляции не было выявлено.

Беременность закончилась в большинстве случаев срочными родами. Средняя продолжительность родового акта составила 8 часов и 6 часов соответственно в основной и сравниваемой группе; а безводный промежуток - 6,5 часов, причем родовое излитие вод отмечалось достоверно чаще в 25,3% у беременных с ВИЧ-инфекцией и у 10,4% ($p < 0,005$) беременных без ВИЧ-инфекции. Показатели слабости родовых сил и числа амниотомий достоверно не отличались у пациенток обследованных групп. Операция кесарево сечения была проведена в 3 раза реже в группе ВИЧ-инфицированных беременных. Кровопотеря в родах и при операции кесарево сечения не превышала допустимую. Послеродовый эндометрит был диагностирован у 2,4% родильниц с ВИЧ-инфекцией, при отсутствии послеродовых осложнений в контрольной группе.

Более 76% ВИЧ-инфицированных рожениц имели родовые травмы различной степени, что более чем в 2 раза больше, чем в группе сравнения, где доля травматизма составила 33%. Достоверно чаще у ВИЧ-инфицированных рожениц происходит разрыв половых губ, разрыв влагалища и разрыв шейки матки.

В группе с ВИЧ-инфекцией родилось 47 девочек и 36 мальчиков, в группе без ВИЧ-инфекции мальчиков было 51, а девочек 36. Средний вес при рождении не превышал 3 кг, рост 50 см, но достоверных отличий от группы сравнения не было. Оценка у всех детей на 1-й и 5-й минутах жизни по шкале Апгар составила 6 и 7 баллов.

Перинатальная смертность у женщин с ВИЧ-инфекцией составила 2,4%, в группе сравнения - 3,4% (результат недостоверный за счет малочисленности групп).

Результаты нашего исследования позволили сделать следующие выводы:

1. ВИЧ-инфекция при беременности осложняет течение гестационного периода и родов, и является фактором риска развития фето-плацентарной недостаточности, СЗРП, гипотрофии плода; преждевременного излития околоплодных вод, что в дальнейшем сказывается на послеродовой заболеваемости.

2. Послеродовые заболевания протекают в более тяжелой форме у ВИЧ-инфицированных рожениц.

3. Беременные с ВИЧ-инфекцией являются группой риска по ИППП, следствием чего является повышенный травматизм в родах.

4. ЦМВ в соскобах слизистой цервикального канала ВИЧ-инфицированных рожениц

выявлялась в 29% случаев, что в более чем в 2 раза превышает показатель, установленный при ПЦР-обследовании здоровых беременных.

Литература

1. А.Г. Рахманова. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных. - СПб.: Изд-во НИИХ СПбГУ, 2001. - 64с.
2. В.В. Покровский, О.Г. Юрин, В.В. Беляева, Е.В. Буравцова, Т.Н. Ермак, А.В. Кравченко, Е.Е. Воронин, Л.Ю. Афонина, Ю.А. Фомин. Клиническая диагностика и лечение ВИЧ-инфекции. - М.: ГОУ ВУНМЦ МЗ РФ, 2001. - 96 стр.