

ОЦЕНКА ТЕЧЕНИЯ ПОСЛЕРОДОВЫХ ГНОЙНО-ВОСПАЛИТЕЛЬНЫХ ОСЛОЖНЕНИЙ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ В ЗАВИСИМОСТИ ОТ СТАДИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

С.П. Посохова¹, Е.А. Ниточко¹, С.С. Шевченко²

¹Одесский Национальный медицинский университет

²Одесский областной перинатальный центр

Резюме

У статті наведено результати дослідження частоти й перебігу післяпологових гнійно-запальних ускладнень (ПГЗУ) у ВІЛ-інфікованих жінок залежно від стадії ВІЛ-інфекції. Обстежено 658 ВІЛ-інфікованих вагітних та 150 практично здорових вагітних (контрольна група). ВІЛ-інфіковані вагітні мали низку чинників ризику розвитку післяпологових гнійно-запальних ускладнень, таких як анемія, інфекції сечовивідних шляхів, захворювання, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ). Частота післяпологових гнійно-запальних ускладнень у групі ВІЛ-інфікованих жінок була у 2,95 раза вищою порівняно з контрольною. Найбільшу групу ризику з виникнення гнійно-запальних ускладнень після пологів становлять ВІЛ-інфіковані з III або IV стадіями ВІЛ-інфекції, які не отримували високоактивну антиретровірусну терапію та розроджувались шляхом операції ургентного кесарева розтину. Всього гнійно-запальних ускладнень у ВІЛ-інфікованих із III і IV стадіями ВІЛ-інфекції після кесарева розтину було 28,3%, що в 3 рази більше, ніж у першій групі, а після ургентного кесарева розтину в цій групі ПГЗУ було 34,4%, що в 1,9 раза більше, ніж у першій групі (18,1%). Таким чином, при плануванні методу розродження у ВІЛ-інфікованих вагітних необхідно враховувати чинники ризику післяпологових гнійно-запальних ускладнень.

Ключові слова

ВІЛ-інфіковані вагітні, стадії ВІЛ-інфекції, післяпологові гнійно-запальні ускладнення, чинники ризику, профілактика.

Проблеме ВИЧ-инфекции/СПИДа в мире уделяется особенное внимание. ВИЧ остается одной из основных проблем глобального обще-

ственного здравоохранения: за последние три десятилетия он унес более 36 миллионов человеческих жизней. 20-я Международная конференция по СПИДу (2016) призвала искоренить заболевание к 2030 году.

© С.П. Посохова, Е.А. Ниточко, С.С. Шевченко



В условиях возрастающей эпидемии ВИЧ/СПИДа в нашей стране и увеличения числа ВИЧ-инфицированных беременных большое значение имеет снижение частоты передачи ВИЧ от матери к ребенку [1-5]. Известно, что около 60-70% передачи ВИЧ происходит во время родов [2, 4]. Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ) во время беременности и родов, а также рациональное родоразрешение являются важными факторами для предупреждения передачи ВИЧ от матери к ребенку [2-4, 6, 8]. Европейские исследования показали, что электрокесарево сечение, проведенное до начала родовой деятельности и разрыва околоплодных оболочек, снижает частоту интранатального ВИЧ-инфицирования плода при высокой вирусной (более 1000 вирусных копий/мкл) или неизвестной вирусной нагрузке до 1-2% [2, 4, 9].

Наряду с этим, многие исследования указывают, что риск ВИЧ-трансмиссии при кесаревом сечении, проведенном с началом родовой деятельности или после разрыва околоплодных оболочек, такой же, как и при вагинальных родах [2, 4]. При безводном периоде более 4 часов родоразрешение путем кесарева сечения не влияет на частоту передачи ВИЧ от матери к ребенку, однако вызывает повышение послеродовых гнойно-септических осложнений [2, 4, 6-8]. Исследования ученых Американского колледжа акушеров-гинекологов показали, что у ВИЧ-инфицированных беременных, которые принимают высокоэффективную антиретровирусную терапию и имеют низкую вирусную нагрузку (менее 1000 вирусных копий/мкл) перед родами, риск послеродовых осложнений при операции кесарева сечения может превышать преимущества для снижения интранатальной трансмиссии ВИЧ [5-8].

Современные исследования показали, что ВИЧ-инфицированные женщины имеют большой риск возникновения послеродовых гнойно-септических осложнений, особенно после операции кесарева сечения, по сравнению с неинфицированными роженицами [2, 7, 8]. На возникновение послеоперационных гнойно-септических осложнений влияют ряд материнских и акушерских факторов, однако антибиотикотерапия после родоразрешения снижает их частоту [2, 4, 6-8].

Цель исследования — изучение факторов риска, частоты и течения послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных

женщин в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции и метода родоразрешения.

Материалы и методы

Под наблюдением находилось 658 ВИЧ-инфицированных беременных, родивших живых детей, которые были разделены на две группы. Первую группу составили 482 ВИЧ-инфицированных женщины с I и II стадиями ВИЧ-инфекции, которые получали высокоактивную антиретровирусную терапию (ВАРТ) во время беременности и родов. Путем операции кесарева сечения были родоразрешены 312 беременных (1А группа), 170 беременных (1Б группа) родили через естественные родовые пути. Вторую группу составили 176 ВИЧ-инфицированных беременных с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции, 50% их которых не получали ВААРТ во время беременности и родов по разным причинам. Из них 106 беременным (2А группа) было выполнено кесарево сечение, а 70 (2Б группа) родили через естественные родовые пути. Контрольную группу составили 150 практически здоровых неинфицированных беременных, из которых 50 (1К) было выполнено кесарево сечение, а 100 (2К) родили через естественные родовые пути. В первой группе плановое (электрокесарево сечение, с целью снижения интранатальной передачи ВИЧ, было выполнено 196 (62,8%) женщинам, во второй группе — 42 (39,6%). Плановое кесарево сечение у беременных контрольной группы было выполнено в 35 (70%) случаях.

Кесарево сечение всем ВИЧ-инфицированным и беременным контрольной группы было проведено в нижнем сегменте с применением синтетического шовного материала для прошивания послеоперационной раны. В послеоперационном периоде роженицы контрольной группы получали профилактическую антибактериальную терапию согласно протоколу. Все ВИЧ-инфицированные роженицы получали ВААРТ, антибактериальную терапию цефалоспорином II-III поколения в лечебном режиме на протяжении 5-7 дней и другие этиотропные препараты в зависимости от течения послеоперационного периода и сопутствующих заболеваний.

Диагноз послеродовых гнойно-воспалительных осложнений устанавливался традиционно, по клиническим и лабораторным показателям.

Результаты и их обсуждение

Возраст обследованных ВИЧ-инфицированных беременных колебался от 16 до 39 лет и в среднем составил $22,6 \pm 2,2$ года. До беременности потребителями инъекционных наркотиков (ПИН) были 24% беременных первой группы и 32,1% — второй, а во время настоящей беременности активными ПИН были беременные второй группы — 16 (9,1%). Половыми партнерами активных ПИН были 12,5%.

Первобеременных среди ВИЧ-инфицированных первой группы было 188 (39,1%), второй — 58 (32,9%). Отягощенный акушерский анамнез как искусственное прерывание беременности перед родами имели 42,9% ВИЧ-инфицированных женщин первой группы и почти каждая вторая во второй. Около 20% беременных контрольной группы имели также искусственные аборт перед родами.

Среди экстрагенитальной патологии у ВИЧ-инфицированных отмечался высокий удельный вес анемии: 364 (75,5%) случая в первой группе и 168 (95,5%) — во второй, что в 3 раза чаще по сравнению с контрольной группой. Инфекции мочевыводящих путей во время беременности выявлялись в 3,5 раза чаще у ВИЧ-инфицированных второй группы по сравнению с первой (2,2 и 7,9% соответственно) и в 3 раза чаще по сравнению с контрольной группой.

Заболевания, передающиеся половым путем (ЗППП), являются фактором риска, увеличивающим частоту послеродовых гнойно-воспалительных осложнений. Частота ЗППП у обследованных беременных, представленная на рис. 1, свидетельствует о том,

что ВИЧ-инфицированные второй группы с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции имели сочетание различных ЗППП перед родами.

Согласно нашим данным, кандидоз был у каждой второй ВИЧ-инфицированной II группы, у каждой третьей женщины I группы; трихомониаз имела каждая третья беременная второй группы и каждая пятая первой, что в 11-15 раз выше по сравнению с контрольной группой. Таких инфекций, как генитальный герпес, сифилис, не наблюдалось среди женщин контрольной группы. В то же время генитальный герпес был в 2,5 раза, а сифилис — в 2 раза чаще у женщин второй группы по сравнению с первой. Перед родами все ВИЧ-инфицированные беременные имели высокий риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений, особенно женщины второй группы. Известно, что своевременная диагностика и лечение ЗППП во время беременности являются важными профилактическими мероприятиями для снижения частоты интранатального инфицирования плода и послеродовых гнойно-воспалительных осложнений.

Согласно результатам нашего исследования, частота послеродовых гнойно-воспалительных осложнений составила 52 (10,7%) у ВИЧ-инфицированных первой группы, 65 (26,9%) — второй и всего 9 (6%) — контрольной (таб.).

Наибольшее число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений имело место после ургентного родоразрешения путем операции кесарева сечения.

Частота гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения у ВИЧ-инфицированных женщин второй группы была в 3,5 раза выше по сравнению с контрольной группой. Однако у ВИЧ-инфицированных первой группы с I-II стадиями ВИЧ-инфекции общее число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений было в 3,5 раза ниже по сравнению со второй группой, но в то же время в 1,7 раза выше, чем в контрольной группе. Во второй группе ВИЧ-инфицированных число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений после кесарева сечения было несколько выше по сравнению с таковым после родов.

Частота послеродовых гнойно-воспалительных осложнений отличалась у всех ВИЧ-инфицированных родильниц после ургентного и планового кесарева сечения (рис. 2). Наибольший процент гнойно-вос-

Рисунок 1

Частота ЗППП у обследованных беременных



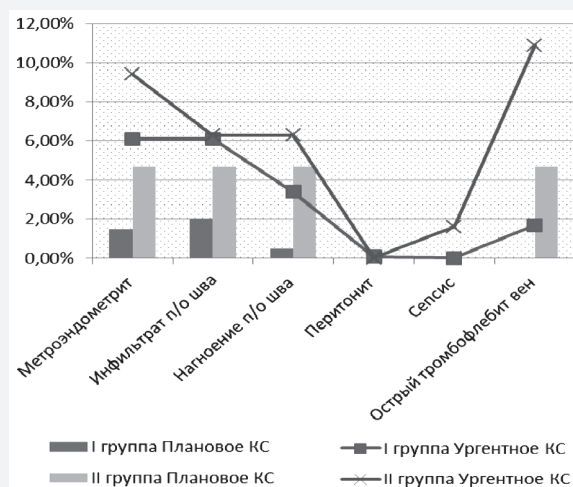
**Таблица**

Частота послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у обследованных беременных (абс., %)

Послеродовые гнойно-воспалительные осложнения	Первая группа (n=482)				Вторая группа (n=176)				Контрольная группа (n=150)			
	1А (n=312)		1Б (n=170)		2А (n=106)		2Б (n=70)		1К (n=50)		2К (n=100)	
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Эндометрит	10	3,2	4	2,3	8	7,5	3	4,2	1	2	1	10
Инфильтрат послеоперационного рубца	11	3,5	0	0	6	5,6	0	0	2	4	0	0
Нагноение послеоперационного рубца	5	1,6	0	0	6	5,6	0	0	0	0	0	0
Инфекция швов промежности	0	0	4	2,3	0	0	4	5,7	0	0	1	1
Перитонит	1	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Сепсис	0	0	0	0	1	0,9	0	0	0	0	0	0
Пневмония	1	0,3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Туберкулез	0	0	1	0,5	5	4,7	5	7,1	0	0	0	0
Инфекция мочевых путей	6	1,9	5	2,9	8	7,5	6	8,5	1	2	3	3
Острый тромбоз вен	2	0,6	1	0,5	9	8,4	4	5,7	0	0	0	0
Всего	37	11,9	15	8,8	43	40,5	22	31,1	4	8	5	5

Рисунок 2

Частота послеродовых гнойно-воспалительных заболеваний после планового и ургентного кесарева сечения



палительных осложнений был у ВИЧ-инфицированных второй группы после ургентного кесарева сечения — 22 (34,4%) случая, что в 1,9 раза больше, чем в первой группе (18,1%). После родоразрешения путем кесарева сечения в плановом порядке у рожениц первой группы было всего 8 (4,1%) гнойно-воспалительных осложнений, что в 4,6 раза ниже, чем у рожениц второй группы (19,1%). Таким образом, всего гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных с III и IV стадиями ВИЧ-инфекции после кесарева сечения было 30 (28,3%) случаев, что в 3 раза больше, чем в первой группе.

В 2 (0,9%) случаях после операции кесарева сечения наблюдались генерализованные

формы гнойно-воспалительных осложнений (перитонит и сепсис). Перитонит после операции кесарева сечения у ВИЧ-инфицированной первой группы возник на фоне трихомониаза, генитального герпеса, анемии вследствие несостоятельности швов на матке. Сепсис был у ВИЧ-инфицированной второй группы после ургентной операции кесарева сечения по поводу отслойки плаценты, на фоне туберкулеза, трихомониаза, выраженной анемии, постинъекционного абсцесса (после внутримышечного введения наркотических препаратов). При исследовании количества $CD4^+$ -лимфоцитов на фоне возникших осложнений количество их составило меньше 100 клеток/мкл, т.е. имел место выраженный иммунодефицит. Исход указанных выше генерализованных форм осложнений в обоих случаях благоприятный.

Выводы

Исходя из вышеизложенного, можно сделать следующие выводы:

1. Частота послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных обеих групп в 2,95 раза больше по сравнению с контрольной группой (17,7 и 6% соответственно).
2. ВИЧ-инфицированные беременные имеют большое число таких факторов риска для возникновения послеродовых гнойно-воспалительных осложнений, как анемия, ЗППП, инфекции мочевыводящих путей, которые необходимо учитывать и лечить при планировании родоразрешения у этой группы.

3. Наибольшую группу риска по возникновению гнойно-воспалительных осложнений после родов составляют ВИЧ-инфицированные, которые имеют III или IV стадии ВИЧ-инфекции, были родоразрешены путем операции ургентного кесарева сечения, имеют ЗППП, анемию, не получавшие ви-сокоактивную антиретровирусную терапию.
4. Своевременная диагностика и лечение сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных, лечение ВИЧ-инфекции позволит снизить число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений.

Надійшла до редакції 17.03.2017 р.

Список использованной литературы

1. ВІЛ-інфекція в Україні: інформ. бюлетень № 46 МОЗ України. — К., 2016. — 38 с.
2. Запорожан В.М. ВІЛ-інфекція і СНІД / В.М. Запорожан, Н.Л. Аряєв. — 2-е вид., перероб. і доп. — К.: Здоров'я, 2004. — 634 с.
3. Зведене керівництво з використання антиретровірусних препаратів для лікування і профілактики ВІЛ-інфекції. Рекомендації з позиції охорони здоров'я. — ВООЗ, 2013. — 273 с.
4. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Оптимизация клинической тактики и эффективные методы ликвидации новых случаев ВИЧ-инфекции у детей. Клинический протокол для Европейского региона ВОЗ (обновленная версия 2012 г.). — ВОЗ, 2012. — 71 с.
5. Соціально-демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні (анотований звіт ДУ «Український центр контролю за сохворобами МОЗ України»). — ЮНІСЕФ, Інститут соціології НАН України, 2013.
6. British HIV Association guidelines for the management of HIV infection in pregnant women. — 2012.
7. Hargrove J.W. Mortality among HIV-positive postpartum women with high CD4 cell counts in Zimbabwe // AIDS. — 2010. — Vol. 24. — P. F11–F14.
8. Ford N., Mofenson L., Shubber Z. et al. Safety of efavirenz in the first trimester of pregnancy: an updated systematic review and meta-analysis // Aids. — 2014. — Vol. 28, Suppl 2. — P. S123–131.
9. Kourtis A.P., Ellington S., Pazol K. et al. Complication of cesarean deliveries among HIV-infected women in the United States // AIDS. — 2014. — Vol. 28 (17). — P. 2609–2618.
10. World Health Organization (2010). PMTCT Strategic Vision 2010–2015: Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. — Geneva: World Health Organization, 2015.
11. WHO/HIV/2012. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Programmatic update. — 2013.

Evaluation of course of postpartum infection complications in HIV-infected patients depending on the stage of HIV infection

S.P. Posokhova, E.A. Nitotchko, S.S. Tschevtchenko

Abstract

Studies have been conducted on the frequency and course of postpartum infection complications (PIC) in HIV-infected women, depending on the stage of HIV infection. 658 HIV-infected pregnant women and 150 practically healthy pregnant women (control group) were examined. HIV-infected pregnant women had a number of risk factors for the development of postpartum purulent-inflammatory complications, like anemia, urinary tract infection, STDs. The frequency of postpartum purulent-inflammatory complications in the group of HIV-infected women was 2.95 times higher than in the control group. The greatest risk group for the occurrence of infection complications after childbirth is HIV-infected with stage III or IV of the HIV infection that were delivered through an urgent cesarean section that did not receive highly active antiretroviral therapy. Total infection complications in HIV-infected patients with stage III and IV stage of HIV infection after cesarean section were 28.3%, that is 3 times more than in the first group, and after urgent cesarean section in this group the rate of PIC was 34.4%, that is 1.9 times more than in the first group (18.1%). Thus, when planning the method of delivery in HIV-infected pregnant women, it is necessary to take into account risk factors for postpartum infection complications.

Keywords: HIV-infected pregnant women, stages of HIV infection, postpartum infection complications, risk factors, prevention.