

Післяпологовий період у породіль з хронічною HCV-інфекцією

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

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

Вступ. Не дивлячись на досягнення медицини, вірусні гепатити (ВГ) є суттєвою причиною підвищення захворюваності та смертності [1].

Найбільш розповсюдженою хворобою печінки у світі є ВГС – носіями його збудника є від 150 до 500 мільйонів землян [2]. Хронічний ГС (ХГС) за останні 5 р. вийшов на I місце по захворюваності та важкості ускладнень [3]. Його збудник є етіологічним фактором 70% випадків хронічного гепатиту, 40% – цирозу печінки та 80% – гепатоцелюлярної карциноми [4, 5].

В абсолютної більшості обстежених вагітних (98,8%) ВГС-інфекція характеризується хронічним перебігом, у тому числі латентна форма ВГС 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 ВГС, як і ВГА, особливого впливу на перебіг гестаційного процесу немає [7, 8]. З відсутністю впливу ГС на перебіг гестаційного процесу ми, разом з багатьма науковцями, погодитися не можемо [9]. Так, німецькими вченими показано, що у позитивних анти-ВГС жінок частота передчасних пологів складає 29% [10]. У них спостерігається статистично достовірне збільшення кількості передекламписій та тривалості безводного проміжку [12]. Беручи до уваги, що ВГС може бути пов'язаним з наркоманією, прогноз у вагітної в гострій стадії вкрай неблагоприємний. Однак таке поєднання зустрічається рідко [8].

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

Мета дослідження: простежити перебіг післяродового періоду у жінок з ХГС для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Матеріали та методи дослідження: проведений аналіз перебігу 64 післяпологових періодів у жінок з хронічною НСV-інфекцією, які народжували на базі пологового будинку № 4 Києва і 100 післяродових періодів у жінок, що народжували у фізіологічному відділенні пологового будинку Ужгорода. На кожен випадок заповнювалася розроблена карта дослідження. Вихідною документацією слугували індивідуальні карти вагітних та історії родів.

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 роділь в Ужгороді – 7,4-9 ‰, при 10,6-14,6‰ в Києві. Вагітні були розподілені на 2 групи: I – контрольну (КГ) – склали жінки, що народжували в Ужгороді; II – порівняння (ГП) – породіллі з ХГС.

Групи є однорідними за віком, соціальним станом (жінки заміжні), в певній мірі 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 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 років, більше 10 років страждали на дану патологію 2 жінок. У 34 представниць Києва термін захворювання взагалі не був встановлений.

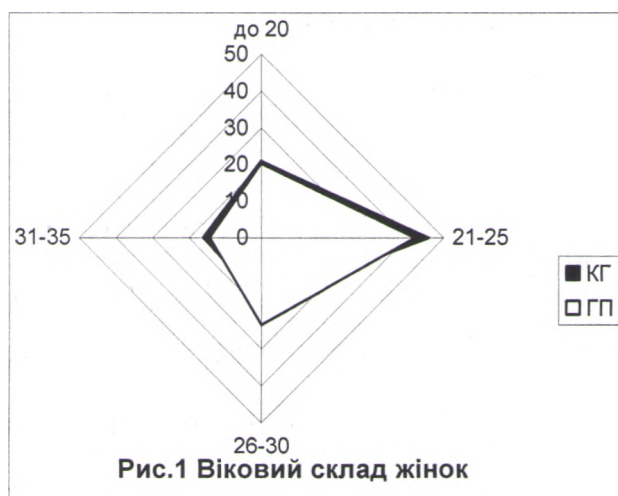
23,4% роділь з НСV-інфекцією страждали на наркоманію під час гестації, а 7,8% з них мали наркоманію в анамнезі, тобто практично кожна третя з них страждала залежністю до, або під час вагітності. Ці дані дозволяють нам не

погодитися з твердженням про те, що поєднання HCV-інфекції та наркоманії зустрічається рідко [11].

У процесі роботи використовувалися наступні методи дослідження – клінічний, лабораторний, ультразвукове дослідження плода та, при потребі, сканування органів гепато-біліарної системи. Діагноз ВГ встановлювався на основі анамнестичних, епідеміологічних, клінічних та лабораторних даних. Комплексне лабораторне обстеження включало б/х тести, виявлення в крові маркерів ВГ методом імуноферментного аналізу (проводився на програмованих термостатах-шейкерах Т-СУ и ST-3L за допомогою тест-систем «Вектор-Бест», Новосибірськ) та методом полімеразної ланцюгової реакції (використовувався 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 Стюдента в модифікації Амосова Н.М. та співавторів [1] і кореляційний аналіз. Критичним рівнем значимості приймалися 5%.

Результати 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. Віковий склад жінок представлений на рисунку 1(дані наведені у відсотках):



У всіх підгрупах досягнутий рівень значимості $P > 0,05$, що засвідчують числові дані: до 20 років – 21% +/- 4,1 у КГ та 20,3% +/- 5,0 у ГП ($t=0,11$); від 21 до 25 років – 46% +/- 5,0 та 42,2% +/- 6,2 ($t=0,48$); 26-30 років – 17% +/- 3,8 та 23,4% +/- 5,3 ($t=0,99$); 31-35 років – 16% +/- 3,7 та 14,1% +/- 4,3 ($t=0,34$). 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 та величину крововтрати в родах. У жінок КГ 54% пологів супроводжувалися тривалістю безводного проміжку до 2 год., при 32,8% у ГП ($P < 0,01$, $t=2,75$). При тривалості даного періоду від 2 до 5 год. співвідношення показників склало 16% до 26,6% ($P > 0,05$, $t=1,59$) і 19% до 32,8% ($P < 0,05$, $t=1,96$) при проміжку від 5 до 10 год. Збільшенням безводного періоду більше 10 год. супроводжувалися 11% пологів у жінок КГ та 7,8% ($P > 0,05$, $t=0,7$) у ГП. Середня тривалість проміжка у ГП склала 4 год. 39 хв., при 3 год. 45 хв. у КГ ($P > 0,05$, $t=1,4$).

81% пологів у фізіологічному відділенні та 46,9% родів жінок з ХГС супроводжувалися крововтратою до 250 мл ($P < 0,001$, $t=4,63$). Крововтрата від 251 до 500 мл реєструвалася частіше у жінок з обсерваційного відділення – 40,6% при 7% ($P < 0,001$, $t=5,1$). Відсоток крововтрати об'ємом від 501 до 1000 мл. є майже однаковим в обох групах 12% у КГ та 12,5% у ГП ($P > 0,05$, $t=0,1$). Середня крововтрата у КГ склала 237,3 мл (середнє квадратичне відхилення (СКВ) 127,8) при 301,25 мл (СКВ 208,37) у ГП ($P < 0,05$, $t=2,44$).

Перебіг післяродового періоду відображений у таблиці:

Таблиця 1

Характеристика післяродового періоду

Ускладнення	КГ		ГП	
	n	%	n	%
Післяпологовий період без ускладнень	57	57	21	32,8

Продовження табл. 1

Гіпертермія 1 раз	22	22	15	23,4
Гіпертермія 1-3 рази	4	4	5	7,8
Гіпертермія більше 3 разів	3	3	3	4,7
Анемія I ст.	6	6	18	28,1
Анемія II ст.	3	3	4	6,3
Анемія III ст.	-	-	1	1,6
Післяпологовий ендометрит	1	1	1	1,6
Гематометра	1	1	-	-

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% в КГ та 23,4% у ГП; $P > 0,05$, $t = 0,21$), то при підвищенні температури тіла від 1 до 3 разів виявлена тенденція до зростання у ГП (4% в КГ та 7,8% у ГП; $P < 0,05$, $t = 0,98$). Підвищення температури більше 3 разів виявлене у 3% представниць КГ та 6,3% у ГП ($P > 0,05$, $t = 0,94$).

Згідно результатів дослідження, відсутня суттєва різниця між групами і у частоті анемії II ст. (3% в КГ та 6,3% у ГП; $P > 0,05$, $t = 0,94$), а вже на анемію I ст. достовірно частіше страждали представниці Києва (6% в КГ та 28,1% у ГП; $P < 0,001$, $t = 3,63$). Анемія III ст. зареєстрована у одному випадку у ГП. Післяродовий ендометрит ускладнив післяпологовий період у жінок з досліджуваних груп по 1 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 вірусного гепатиту С з мінімальною активністю. Рівень загального білірубіну склав у середньому 14,0 мкмоль/л (при середньоквадратичному відхиленні (СКВ) 5,7), середній показник загального білка був рівний 64,9 г/л (СКВ 8,8), рівень аланінамінотрансферази

склав у середньому 27,5 МО/л (СКВ 17,4) при показнику аспартатамінотрансферази 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) ($P < 0,001$, $t = 4,2$). У представниць КГ післяродовий період у 57% випадків протікав без ускладнень, при 32,8% у жінок з ГП ($P < 0,01$, $t = 3,15$).

Висновки. Післяпологовий період у жінок з хронічною HCV-інфекцією протікає 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.

Перспективи подальших досліджень. Зрозуміло, що вивчення даної проблеми не може бути обмежене 64 випадками, але все ж може вказати тенденційно небезпечні ускладнення.

Є.В. КОХАНЕВИЧ

Н.В. ХАРЧЕНКО

Р.М. МІЦОДА

Післяпологовий період у породіль з хронічною HCV-інфекцією. Коханевич Є.В., Харченко Н.В., Міцода Р.М. Національна медична академія післядипломної освіти ім. П.Л. Шупика.

Мета: простежити перебіг післяродового періоду у жінок з ХГС для прогнозування та попередження акушерських ускладнень.

Матеріал та методи: простежено перебіг післяродового періоду 64 жінок з ХГС та 100 жінок, що народжували у фізіологічному відділенні з використанням клініко-лабораторних, інструментальних та статистичних методів дослідження.

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

Ключові слова: післяродовий період, вірусний гепатит С, ускладнення.

The afterconfinement period of the women who are suffered from the the chronic HCV-infection during gestation. E.V. Kokhanevych, N.V. Kharchenco, R.M. Mitsoda. National Medical Academy of Postgraduate Education named after P.L.Shupuka.

The aim of investigation: analysis of the afterdelivery period of the women who are suffered from the chronic HCV-infection in order to prognosis and warning of the obstetrics complications.

Materials and methods: we examined 64 afterchildbirth period of the women who are suffered from the chronic HCV-infection and 100 afterlabor period of the women with normal gestation using clinical, laboratory, instrumental and statistical methods of investigation.

Conclusion: the afterchildbirth period of the women who are suffered from the chronic HCV-infection resulted in the increase of the rate of the inflammatory complications, increase of the number of anemia and more standing indwelling in the lying-in hospital, after more longer period without amniotic fluid and increase of the rate of bleeding in the labor.

Key words: afterchildbirth period, viral hepatitis C, complications.

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., Гопольницький В.С. Вірусні гепатити – К.: Фенікс, 2002. – 296 с.

3. Сысоева Е.П. Иммуные цитопении у больных хроническими вирусными гепатитами // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 2001. – № 4. – С. 55-56.
4. Ивашкин В.Т., Надинская М.Ю. Лечение хронического гепатита С в России // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. – 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 клиничко-лабораторных и морфологических исследований // Терапевтический архив. – 2001. – № 11. – С. 23-25.
6. Топольницький В.С., Гебеш В.В., Дегтяренко О.М., Галузинський В.П. та ін. Діагностичне значення антитіл різного класу до ядерних антигенів вірусу гепатиту С у вагітних // Матеріали науково-практичної конференції 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., Santarossa C. et al. Intra-hepatic cholestasis of pregnancy in hepatitis C virus infection // Acta Obstet Gynecol Scand. -2002. № 81(2). - P. 99-103.
9. Iushchuk N.D., Kuz'min V.N. Viral Hepatitis C and pregnancy // Ter Arkh. -2000. № 72(10). - P. 46-9.
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. № 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.