

ОСОБЛИВОСТІ ФІЗИЧНОГО РОЗВИТКУ ДІТЕЙ З ПЕРИНАТАЛЬНИМ ВПЛИВОМ МАТЕРИНСЬКОЇ СИФІЛІТИЧНОЇ ТА ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Н.М. Нечипоренко

Кафедра дерматовенерології НМАПО імені П.Л. Шупика

У статті наведено дані клініко-епідеміологічного моніторингу особливостей стану здоров'я немовлят, народжених від матерів з сифілітичною інфекцією під час вагітності, ВІЛ-інфікованих матерів та ВІЛ-інфікованих матерів, хворих на сифіліс. Результати отримані за даними аналізу 1038 історій хвороб, проведеного в період з 2008 по 2012 роки. В ході дослідження діти були розподілені на три групи залежно від інфекційного статусу матері під час вагітності: група Ld – діти, народжені від матерів, які мали сифілітичну інфекцію під час або до вагітності (n=296), група HIVd – діти, народжені від ВІЛ-інфікованих жінок (n=702), група HIVd+Ld – діти, народжені від ВІЛ-інфікованих жінок з сифілітичною інфекцією під час вагітності (n=40).

Ключові слова: ВІЛ, ВІЛ-інфекція, перинатальна трансмісія, сифіліс, вагітні, інфекції новонароджених.

Вступ

З часу виявлення перших випадків ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні (1987) відзначають динамічну зміну шляхів передачі інфекції, які зумовлюють темпи поширення інфекції: 1987–1994 рр. – переважно статевий шлях, поширення хвороби повільне; 1995–1998 рр. – переважно парентеральний шлях, поширення ВІЛ-інфекції бурхливе; 1999–2008 рр. – статевий шлях, збільшення числа ВІЛ-інфікованих серед вагітних і народжених ними дітей [1,2,4,9,13].

Останніми роками відмічається значне зниження сифілітичної інфекції серед населення України, але серед виявлених випадків на долю жіночого населення припадає майже половина хворих, причому як у нас, так і в країнах ближнього зарубіжжя [3,5,10]. Жінки репродуктивного віку становлять понад 60%, а значна частина з них прогнозує відтворення потомства [7,8,14]. Серйозною проблемою сифілісу є прогресуюче зростання рівня захворюваності серед вагітних, частка яких складає 8–14% від усіх хворих на сифіліс [3,8,11].

Національний комітет з питань протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу прогнозував, що другу хвилю епідемії СНІДу забезпечить вельми сприятлива для неї висока за темпами епідемія хвороб, що передаються статевим шляхом (ІПСШ) [12]. Як відомо, шляхи передачі збудників ІПСШ однакові з такими для ВІЛ/СНІДу і часто передаються разом. Більше того, ІПСШ значно полегшують процес інфікування людини ВІЛ і є його со-фактором. Наявність ІПСШ у ВІЛ-негативної особи може підвищити її вразливість до ВІЛ у 10 разів. За порівняно короткий час ІПСШ (за «сифілісним» маркером) набули в Україні епідемічного характеру поширення 2,9,13. Крім того, за даними різних авторів, сифілісом хворіє 18–70% ВІЛ-інфікованих [9,10,16,17,18]. Сифіліс у ВІЛ-інфікованих скоріше прогресує та проходить клінічні стадії, часто супроводжується атиповими клінічними проявами, а також може не відповідати на лікування та мати незвичайні результати серологічних досліджень, також можлива серонегативність. У ВІЛ-інфікованих рецидиви сифілісу після лікування трапляються досить часто [6,9,10,17,18]. В Україні 3,5% ВІЛ-позитивних жінок – серопозитивні за сифілісом. Частота передачі від матері до дитини серед них у 4 рази вища, ніж у жінок, в яких не виявлено антитіл до *Treponema pallidum* за інших рівних обставин (профілактика, термін розродження, тощо) [13].

Незважаючи на значне число наукових публікацій з проблеми впливу сифілітичної і ВІЛ-інфекції при так

званих «чистих» формах, в літературі відсутні дані про роль їх поєднаних варіантів у формуванні перинатальної патології, клінічного та серологічного перебігу, не встановлено епідеміологічні особливості змішаного інфікування. На жаль, останнім часом доводиться зустрічатися з поєднаними формами ІПСШ, що викликає певні труднощі при розробці плану лікувально-профілактичних заходів. Без урахування цих даних неможливе адекватне лікування та попередження передачі ВІЛ-інфекції та ІПСШ. Недосконалим в Україні є питання організації диспансерного нагляду за перебігом вагітності у ВІЛ-інфікованих хворих на сифіліс жінок та організація взаємодії між закладами охорони здоров'я, які надають медичну допомогу матерям та народженим ними дітям, шкірно-венерологічними закладами і Центрами боротьби та профілактики СНІДу. Попри численні дослідження остаточно не встановлено епідеміологічні особливості змішаного інфікування ІПСШ та ВІЛ; особливості клінічного та серологічного перебігу сифілісу у ВІЛ-інфікованих мають суперечливі дані, а питання лікування сифілісу у ВІЛ-інфікованих залишаються відкритими.

Вищенаведене визначає актуальність проведення досліджень, спрямованих на оцінку факторів ризику, аналіз фізичного і нервово-психічного розвитку, показників захворюваності у новонароджених і дітей першого року життя, народжених ВІЛ-інфікованими жінками, хворими на сифіліс, на оцінку ефективності та безпеки профілактичних заходів

Матеріал і методи дослідження

Робота проведена на кафедрі дерматовенерології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, на клінічній базі кафедри – Київській міській клінічній шкірно-венерологічній лікарні (КМКШВЛ), а також у Київському міському центрі СНІД (КМЦ СНІД) та в Київському міському центрі репродуктивної та перинатальної медицини (КМЦ РПМ) в період з 2008 року по 2011 рік. У дослідженні були використані безпосередній облік та документальний облік з викопіюванням даних з медичної карти стаціонарного хворого та медичної карти амбулаторного хворого КМКШВЛ; медичної карти амбулаторного хворого, історії розвитку дитини та контрольної карти диспансерного нагляду КМЦ СНІД; журналу запису пологів та журналу обліку новонароджених КМЦ РПМ, затверджені наказом МОЗ України.

У роботі проведено клініко-епідеміологічний аналіз історій хвороб вагітних жінок, які обстежувались та лікувались в умовах стаціонару КМКШВЛ в період з 2008 по 2012 роки з приводу сифілітичної інфекції під час вагітності, з подальшим диспансерним наглядом народжених ними дітей в консультативній поліклініці, а також жінок з позитивним ВІЛ-статусом під час вагітності з наступним спостереженням народжених ними дітей в КМЦ СНІД. Проведено порівняльну оцінку соціальних та клініко-епідеміологічних факторів вагітних жінок у матері з позитивним ВІЛ-статусом під час вагітності (n=714) та матерів з позитивними серологічними реакціями на сифіліс під час вагітності (n=319).

Всім пацієнткам та народженим від них дітям проводили повне клінічне і серологічне обстеження з верифікацією діагнозу сифіліс та ВІЛ у дерматовенеролога або інфекціоніста з наступним клініко-серологічним контролем. Діагноз ВІЛ-інфекції встановлювали інфекціоністи в КМЦ СНІД. Наявність сифілітичної інфекції підтверджувалась клінічними та лабораторними даними, позитивними результатами комплексу стандартних серологічних реакцій (КСР), а також специфічними реакціями на сифіліс: реакція імунофлюоресценції, імуноферментний аналіз з трепонемним антигеном. При зборі анамнезу зверталась увага на вік, умови проживання, сімейний стан, соціальний статус, наявність шкідливих звичок у матері, поведінковий характер батьків щодо вагітності та дитини, взаємини у родині, статевий та акушерсько-гінекологічний анамнез, основний діагноз матері під час вагітності та супутню патологію.

Результати дослідження та їх обговорення

Для проведення клінічного моніторингу особливостей стану здоров'я немовлят, народжених від матерів з сифілітичною інфекцією під час вагітності, ВІЛ-інфікованих матерів, та ВІЛ-інфікованих матерів, хворих на сифіліс, було проведено аналіз здоров'я 1038 дітей за основними клінічними параметрами здоров'я новонароджених. В ході дослідження було сформовано три групи дітей, залежно від наявності сифілітичної інфекції та/або ВІЛ-інфекції у матері під час вагітності: група L^a (n=296), група HIV^a (n=702), HIV^a+L^a (n=40).

Аналіз періоду новонародженості показав, що більшість дітей всіх груп були від другої та більше вагітності у матері: L^a – 66,5%, HIV^a – 61,2%, HIV^a+L^a – 72,5%. Від першої вагітності народилось 30,4%, 36,9% та 27,5% дітей в групах L^a, HIV^a та HIV^a+L^a відповідно. Першою живонародженою дитиною у матері було 62,2%, 61,5%, 57,5% немовлят в групах L^a, HIV^a та HIV^a+L^a відповідно. У досліджуваних групах було 49 відмовних дітей, що складало 2,7% в групі L^a, 5,7% в групі HIV^a та 12,5% в групі HIV^a+L^a.

Серед новонароджених дітей було зафіксовано 16 двійень: L^a – 5, HIV^a – 10, та HIV^a+L^a – 1. При розподілі за

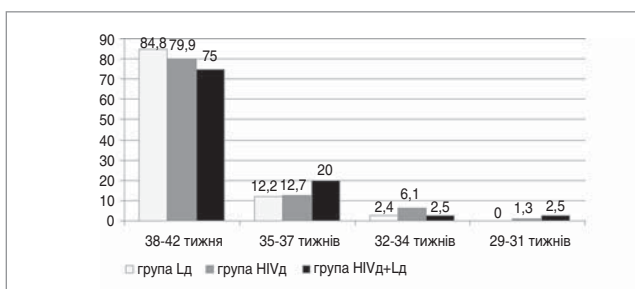


Рис. 1. Гестаційний вік новонароджених дітей

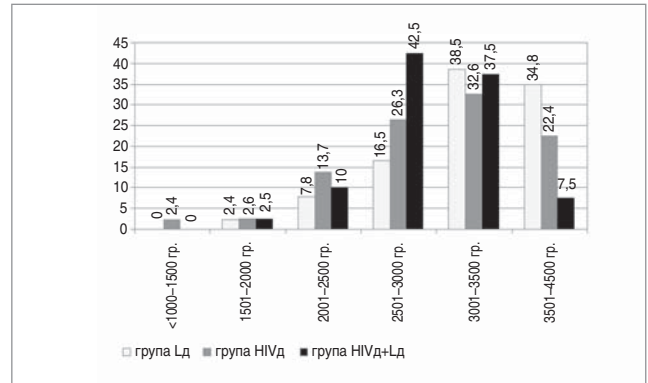


Рис. 2. Вагові показники новонароджених дітей

статтю відмічалась більшість новонароджених жіночої статі L^a – 53,7%, HIV^a – 51,4%, HIV^a+L^a – 57,5%, чоловічої L^a – 46,3%, HIV^a – 48,6%, HIV^a+L^a – 42,5%.

При аналізі ступеня доношеності новонароджених виявлено, що гестаційний вік плоду на момент пологів був від 29 до 42 тижнів (рис. 1). Доношеними, тобто з терміном гестації 38–42 тижні, народилось більшість дітей в усіх досліджуваних групах, але більше доношених дітей відмічалось в групі L^a – 84,8%. Серед новонароджених групи HIV^a+L^a чверть дітей (25%) були недоношеними, серед яких з I ступенем недоношеності (термін гестації 35–37 тижнів) було 20,0% дітей, з II ступенем недоношеності (термін гестації 32–34 тижні) було 2,5% дітей, з III ступенем недоношеності (термін гестації 29–31 тиждень) також було 2,5% дітей. Серед новонароджених групи L^a недоношені 14,5% дітей з I та II ступенем недоношеності, серед новонароджених групи HIV^a недоношеними було 20,1% дітей з I, II та III ступенем недоношеності.

З нормальною масою тіла, тобто з вагою при народженні більше 2500 г, народились 89,9%, 81,3%, 87,5% дітей в групах L^a, HIV^a, HIV^a+L^a відповідно. З вагою менше 2500 г народились 10,1%, 18,7%, 12,5% дітей в групах L^a, HIV^a, HIV^a+L^a відповідно. Детальні дані про вагу обстежених дітей надані на рис. 2. Про ступень незрілості також свідчать показники довжини тіла новонародженого, що є більш сталою величиною, ніж маса. Незрілими вважаються новонароджені, які мають довжину тіла менше 45 см при народженні. Серед обстежених немовлят нормальну довжину тіла при народженні мали 92,6%, 90,7%, 92,5% дітей в групах L^a, HIV^a, HIV^a+L^a відповідно (рис. 3).

З метою визначення ступеня асфіксії новонародженого у досліджуваних групах дітей були проаналізовані показники за шкалою Апгар (рис. 4). У більшості досліджуваних немовлят (в групі L^a – 87,7%, HIV^a – 87,7%, HIV^a+L^a – 95%) стан через 1 хвилину після народження за шкалою Апгар оцінювався в 7–8 балів, а через 5 хвилин оцінку 7–8–9 балів отримали 95,1%, 95,4%, 97,5% дітей в групах L^a, HIV^a, HIV^a+L^a відповідно. Оцінка через 1 хвилину після народження в 4–6 балів, що відповідає

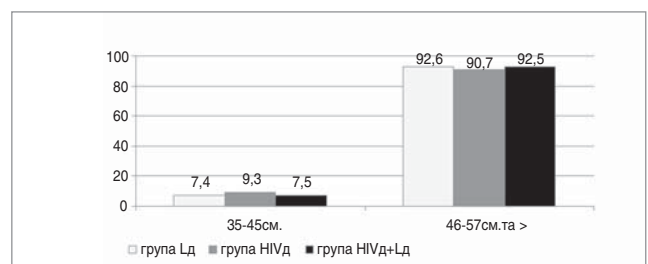


Рис. 3. Довжина тіла новонароджених дітей

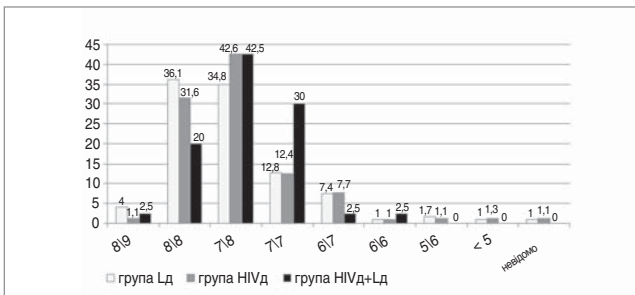


Рис. 4. Оцінка за шкалою АПГАР стану новонароджених дітей

середньому ступеню асфіксії, спостерігалась у 2,7%, 2,1% та 2,5% в групах Ld, HIVd, HIVd+Ld відповідно. Оцінка за шкалою Апгар при народженні в 0–3 бали відповідає важкій асфіксії, що спостерігалось у 1,0% новонароджених групи Ld та у 1,3% новонароджених групи HIVd. Оцінку 6 балів і нижче через 5 хвилин після народження отримали 3,7% дітей групи Ld, 3,4% дітей групи HIVd та 2,5% дітей групи HIVd+Ld, що було показанням для інтенсивної терапії або продовження реанімаційних заходів.

Асфіксія новонароджених, яка є продовженням внутрішньоутробної гіпоксії плоду, — це термінальний стан, пов'язаний з порушенням механізмів адаптації при переході від внутрішньоутробного існування до позаутробного життя. Ознаки асфіксії та гіпоксії тяжкого та середнього ступеня тяжкості в досліджуваних групах не були дуже високими, але те, що при народженні жодна дитина не мала оцінки за шкалою Апгар у 9 балів та тільки у 4,0% дітей в групі Ld, 1,1% дітей в групі HIVd, 2,5% дітей в групі HIVd+Ld на 5-й хвилині мали 9 балів, свідчить про асфіксію легкого ступеня у майже всіх (95%–97%) досліджуваних дітей. Достатньо низькі показники за шкалою Апгар у дітей всіх груп свідчать про значний відсоток порушень загального стану при народженні та знижену первинну спроможність дітей, народжених від інфікованих матерів, до адаптації.

З вищеведеного можна зробити висновки, що гестаційну незрілість та передчасні пологи провокує преморбідний стан вагітної, який обтяжений наявністю інфекційних хвороб або недостатньою елімінацією інфекційного агента з організму внаслідок неповноцінного лікування. У групі HIVd+Ld, де інфекційними агентами виступають одразу два чинники — ВІЛ та збудник сифілісу, — чітко простежуються найвищі показники недоношеності дітей (25%) порівняно з групою HIVd (20,0%) та групою Ld (14,6%).

Серед особливостей соматичного статусу новонароджених в групах спостереження відзначається досить високий відсоток дітей із затримкою внутрішньоутробного розвитку (ЗВУР). Так, в групі HIVd+Ld ці показники є найвищими і становлять 42,5%, в групі HIVd — 23,0% та в групі Ld — 16,2%.

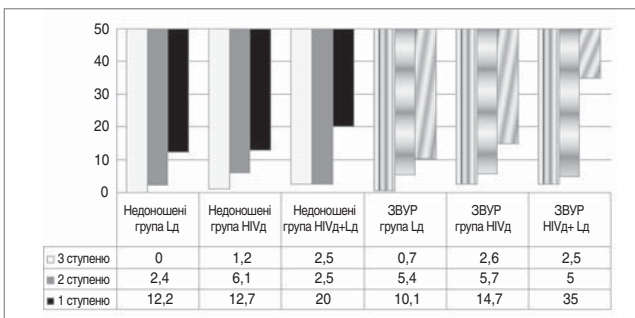


Рис. 5. Показники ступеня затримки внутрішньоутробного розвитку

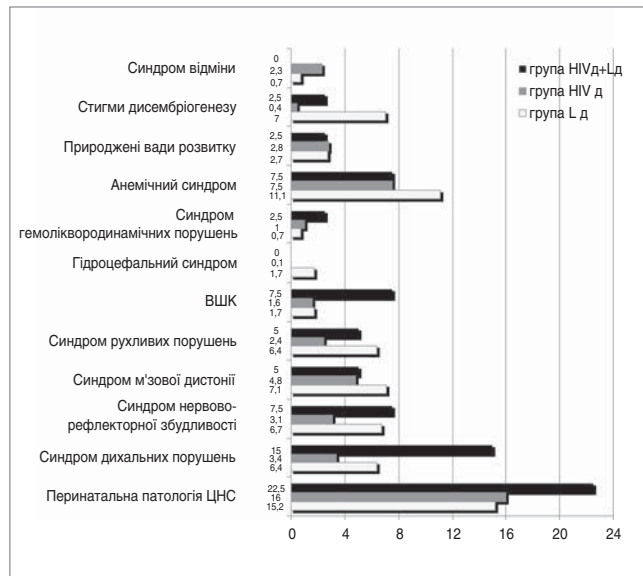


Рис. 6. Патологічні стани у дітей неонатального періоду

Серед патологічних станів періоду новонародженості у дітей всіх груп найчастіше зустрічалась саме перинатальна патологія центральної нервової системи (гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку, перинатальна енцефалопатія, синдром пригнічення ЦНС): група Ld — 15,2%, HIVd — 16,0%, HIVd+Ld — 22,5%, яка залежно від ступеню тяжкості пошкодження ЦНС проявлялась у вигляді різних станів та синдромів у новонародженого. Легкий ступень пошкодження ЦНС проявлявся у порушенні гемоліквородинаміки, що пов'язано з короткочасним гіпоксичним станом та зворотніми морфофункціональними змінами з оцінкою по шкалі Апгар 6–7 балів.

Средньоважкий ступінь є наслідком несприятливого перебігу ante- та інтранатального періоду розвитку, що проявлялась при народженні оцінкою за шкалою Апгар 4–5 балів, та відзначався синдромом нервово-рефлекторного збудження, зниженням м'язового тону, синдромом рухливих порушень. Важкий ступінь (оцінка за шкалою Апгар не менше 3 балів), який є наслідком пошкоджуючих факторів під час вагітності і під час пологів, проявлявся у вигляді набряку головного мозку, гідроцефального синдрому, внутрішньошлунковими крововиливами. При аналізі отриманих результатів простежується переважання проявів перинатальної патології ЦНС у дітей групи HIVd+Ld (22,5%) порівняно з групою II.

Поряд з перерахованими станами досить часто реєструвались синдром дихальних порушень (група Ld — 6,4%, група HIVd — 3,4%, група HIVd+Ld — 15,0%), анемічний синдром (Ld — 11,1%, HIVd — 7,5%, HIVd+Ld — 7,5%), природжені вади розвитку (Ld — 2,7%, HIVd — 2,8%, HIVd+Ld — 2,5%), стигми дисембріогенезу (Ld — 2,4%, HIVd — 0,4%, HIVd+Ld — 2,5%). Характерною особливістю було досить часте поєднання різних синдромів та станів у дітей, що призводило до досить тяжкого стану немовлят та вимагало продовження лікування у спеціалізованих реанімаційних відділеннях.

Серед дітей, народжених від матерів з сифілітичною інфекцією під час вагітності, ВІЛ-інфікованих матерів, та ВІЛ-інфікованих матерів, хворих на сифіліс, було виявлено 2 (0,3%) випадки раннього вродженого сифілісу в групі Ld, 33 (4,7%) випадки підтвердження ВІЛ-інфекції серед дітей групи HIVd, та 2 (5,0%) випадки підтвердження ВІЛ-інфекції серед дітей групи HIVd+Ld.

Для динамічного спостереження дітей з перинатальним контактом по ВІЛ та сифілісу з обстежених дітей було сформовано дві групи: група Д HIV+L, в яку увійшли діти, народжені від ВІЛ-інфікованих матерів, хворих на сифіліс (n=16), та група Д L, в яку увійшли діти, народжені від матерів, які мали сифілітичну інфекцією під час вагітності (n=16).

Зріст малюка та збільшення ваги тіла після народження відбувається за певними закономірностями, норми яких встановлені ВООЗ. За рекомендованими спеціальними формулами було розраховано вагу та зріст дітей в обстежуваних групах.

Середньоарифметичний показник ваги дітей в групі Д L становив — 3535 г, що в 1,3 разу більше, ніж в групі дітей Д HIV+L (2805 г). Серед дітей групи Д L було 2 дитини (12,5%), у яких при народженні відмічалась гіпотрофія, тобто вага при народженні була менша за 2501 г. В групі Д HIV+L таких дітей було 18,7%. Найменша вага при народженні (2200 г) відмічалась у хлопчика в групі Д HIV+L. Найвища вага була зафіксована у дитини групи Д L — 4940 г. У 9 (56%) дітей групи Д L та у 5 (31%) дітей групи Д HIV+L відмічався дефіцит фактичної маси в динаміці по відношенню до розрахункової, але всі отримані показники знаходились в дозвільних межах 5–10%. Таке уповільнене збільшення ваги у дітей групи Д L можна пояснити тим, що діти цієї групи здебільшого знаходились на грудному вигодовуванні, на відміну від дітей групи Д HIV+L, 100% яких знаходились на штучному вигодовуванні. Грудне молоко має оптимальний склад поживних речовин та має речовини, які сприяють їх кращому засвоєванню. Тому діти на природному вигодовуванні набирають вагу уповільнено, на відміну від однолітків, які отримують поживні суміші з високим вмістом вуглеводів. Вага — показник більш динамічний, на відміну від росту, який є більш стабільним. Тому у дітей досліджуваних груп ми визначали показники росту в динамічному спостереженні.

Нормальними показниками довжини тіла дітей при народженні, які також вказують на зрілість новонародженого, вважається 46–57 см. Серед обстежуваних новонароджених 1 (6,2%) дитина в групі Д HIV+L була з довжиною тіла 43 см та 1 (6,2%) дитина у групі Д L з довжиною 46 см, що вказує на їх морфологічну незрілість при народженні. Середньоарифметичний показник росту дітей в групі Д L становив 52,5 см, що на 5% перевищує показник зросту дітей в групі дітей Д HIV+L (49,9 см). Рістові показники дітей обох груп знаходяться в межах динамічного розвитку.

При аналізі даних обстеження дітей суміжними фахівцями, який обов'язково проводиться при первинній діагностиці немовлят з перинатальним контактом на ВІЛ та сифіліс, було виявлено, що більшість дітей обох груп найчастіше мали патологічні зміни з боку нервової системи, рентгенологічні ознаки змін кісток та патологічні стани, які спровоковані негативним впливом материнських та пологових чинників у внутрішньоутробному та інтранатальному періодах.

При огляді лікарями-педіатрами патологічних змін не виявлено у 50% дітей групи Д L та 37,5% дітей групи Д HIV+L. Серед патологічних станів в групі Д L були виявлені: недоношеність I ступеня — 2 (12,5%), гіпотрофія — I та II ступеня — 3 (18,7%), дисбіоз кишечника — 2 (12,5%), кандидоз ротової порожнини — 2 (12,5%), жовтяниця новонароджених — 1 (6,3%), анемічний синдром — 1 (6,3%), відкрите овальне вікно — 1 (6,3%). В групі Д HIV+L: недоношеність I та II ступеня — 3 (18,7%), гіпо-

трофія — I та II ступеня — 6 (37,5%), кандидоз ротової порожнини — 3 (18,7%), анемічний синдром — 2 (12,5%), відкрите овальне вікно — 1 (6,3%), персистенція фетального кровообігу — 1 (6,3%). При огляді офтальмологом було виявлено випадок дакриоциститу у 1 (6,3%) дитини групи Д L та збіжну косоокість внаслідок зміщення серединних структур головного мозку у 1 (6,3%) дитини групи Д HIV+L. Отоларингологом було зафіксовано прояви гострого риніту у 2 (12,5%) дітей групи Д L та у 1 (6,3%) дитини групи Д HIV+L. З боку нервової системи найчастіше відмічались стани, що виникають внаслідок гіпоксії та асфіксії плоду, — гіпоксично-ішемічне ураження головного мозку — 3 (18,7%) та 9 (56,3%), синдром підвищення нервово-рефлекторної збудливості та рухливих порушень — 4 (25,0%) та 4 (25,0%), синдром м'язової дистонії — 2 (12,5%) та 5 (31,3%), внутрішньошлуночковий крововилив I ступеня — 1 (6,3%) та II ступеня — 1 (6,3%) випадків у дітей в групі Д L та Д HIV+L відповідно. Синдром ліквородинамічних порушень — 1 (6,3%), синдром пригнічення ЦНС — 1 (6,3%), кефалогематома — 1 (6,3%) також зустрічались у дітей в групі Д HIV+L.

При рентгенологічному дослідженні трубчастих кісток зміни відмічались у 5 (31,3%) дітей групи Д L та у 6 (37,5%) дітей групи Д HIV+L. У 6 (37,5%) та 7 (43,7%) дітей в групі Д L та Д HIV+L відповідно рентгенологічне дослідження не проводилось через відмову батьків.

На облік після обстеження та лікування своєчасно стали 10 немовлят у віці до 1 місяця, у 3-місячному віці — 1 дитина, у 6 місяців стали 2 дитини з групи. Взагалі не стали на облік 3 дитини. В 6-місячному віці контрольне обстеження пройшли 10 дітей, 6 дітей не стали та не продовжили нагляд. У всіх дітей в групі Д HIV+L, які проходили серологічний контроль, у 6-місячному настала 100% негативація. В групі дітей Д L на облік після обстеження та лікування своєчасно стали 12 немовлят у віці до 1 місяця, у 3-місячному віці — 1 дитина, взагалі не стали на облік 2 дитини. В 6-місячному віці контрольне обстеження пройшли 8 дітей, 8 дітей не стали та не продовжили нагляд. У всіх дітей групи, які проходили сероконтроль, у 6-місячному віці настала 100% негативація.

В Центрі СНІДУ під наглядом перебували всі діти досліджуваних груп. Позитивні результати обстеження на антитіла до ВІЛ, отримані у віці до 15 місяців, не вимагають підтвердження в реакції імунного блогу. Отримання двох і більше негативних результатів ПЛР-аналізу, два з яких були зроблені у віці 1 місяць і старше, а один — у віці 4 місяці і старше, є діагностичним критерієм, що свідчить проти ВІЛ-інфекції. ВІЛ-інфекція підтверджується при отриманні двох і більше позитивних результатів молекулярних досліджень роздільних зразків крові дитини. Серед дітей в дослідній групі Д HIV+L було діагностичне підтвердження перинатального інфікування у 1 (6,52%) дитини з встановленням діагнозу після 18 місяця життя: ВІЛ-інфекція, II клінічна стадія, генералізована лімфаденопатія.

В протоколах щодо ведення дітей з перинатальним контактом з ВІЛ вказується, що всі діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, а також всі діти з позитивними результатами дослідження на антитіла до ВІЛ повинні проходити нагляд та обстеження спільно підготовленими фахівцями-педіатрами центрів з профілактики та боротьби зі СНІДом та педіатрами амбулаторно-поліклінічної служби за місцем проживання. Виявлення антитіл до ВІЛ у пуповинній крові не є діагностичним критерієм ВІЛ-інфекції у дитини — це дослідження проводиться з метою епідеміологічного нагляду. Перше обов'язкове дослідження необхідно провести у віці 1–2 місяці. ВІЛ-інфекція під-

тверджується при отриманні двох і більше позитивних результатів молекулярних досліджень роздільних зразків крові дитини. Отримання двох і більше негативних результатів ПЛР-аналізу, два з яких були зроблені в віці 1 місяць і старше, а один — у віці 4 місяці і старше, є діагностичним критерієм, що свідчить проти ВІЛ-інфекції. Обстеження дитини на ВІЛ-інфекцію має супроводжуватися консультуванням батьків (осіб, які доглядають за дитиною), роз'ясненням значення отриманих результатів обстеження і обґрунтуванням необхідності проведення додаткових аналізів для остаточного встановлення діагнозу у дитини. Зняття з диспансерного обліку дитини, народженої ВІЛ-інфікованою жінкою, здійснює комісія, до складу якої входять не менше трьох лікарів (у тому числі спеціаліст Центру з профілактики та боротьби зі СНІДом). При вирішенні питання про відсутність ВІЛ-інфекції у дитини оцінюються анамнез, розвиток дитини, клінічний стан, результати лабораторних досліджень на ВІЛ-інфекцію, вік дитини, відсутність грудного вигодовування.

Згідно чинних інструкцій по диспансерному нагляду серопозитивних дітей, або дітей, народжених від серопозитивних у пологах матерів на сифіліс, повинні кожні 3 місяці проходити ретельне клінічне та серологічне обстеження до негативації серореакцій, які повинні знизитися до тримісячного віку і стати негативними до шестимісячного віку, якщо дитина була неінфікованою чи адекватно пролікованою. Якщо ці титри стабільні чи збільшуються після 6–12-місячного віку, дитина повинна пройти обстеження з проведенням спинномозкової пункції та пролікована за схемою лікування ВС. Серологічні реакції з трепонемним антигеном (РІФ, ІФА) не повинні використовуватися для оцінки ефективності терапії, оскільки після пасивної передачі материнських антитіл вони можуть залишатись позитивними в інфікованій дитині до 15-місячного віку. Позитивний трепонемним тест після 18-місячного віку може свідчити на користь ВС, тому у таких випадках необхідно провести нетрепонемний тест (РЗК із кардіоліпіновим антигеном). Якщо він виявляється негативним, то дитина не підлягає подальшому обстеженню та лікуванню, а у разі позитивності тре-

понемного тесту у віці 18 місяців дитина повинна пройти повне обстеження та лікування з приводу ВС. Про обстеження та реабілітацію дітей з перинатальним контактом з ВІЛ та сифілітичною інфекцією не згадується в жодній рекомендації.

Висновки

1. При вивченні даних офіційної статистики кількості дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів, хворих на сифіліс, не знайдено жодного офіційного документу з підтверджуючими даними. Тобто в Україні офіційно відсутній облік дітей з перинатальним контактом з ВІЛ та сифілісом.

2. Гестаційну незрілість та передчасні пологи провокує преморбідний стан вагітної, який обтяжений наявністю ВІЛ-інфекції та сифілісу або недостатньою елімінацією інфекційного агента з організму внаслідок неповноцінного лікування. При одночасному впливі ВІЛ-інфекції та сифілітичної інфекції на плід відзначаються найвищі показники гестаційної незрілості та недоношеності.

3. Дітям з перинатальним контактом з ВІЛ та сифілітичною інфекцією властиве ураження ЦНС різного ступеня тяжкості, що є наслідком несприятливого перебігу анте- та інтранатального періоду розвитку. При одночасному впливі ВІЛ-інфекції та сифілітичної інфекції у перинатальному періоді у новонароджених дітей частіше реєструються прояви патології ЦНС

4. Серед дослідної групи дітей було зафіксовано 2 (0,3%) випадки раннього природженого сифілісу у дітей, народжених від матерів, хворих на сифіліс під час вагітності, 33 (4,7%) випадки ВІЛ-інфікування серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, та 2 (5,%) випадки серед дітей, народжених від ВІЛ-інфікованих матерів з сифілітичною інфекцією під час вагітності. Отримані данні свідчать про високу ймовірність інфікування дітей з перинатальним контактом з ВІЛ та з перинатальним контактом на сифіліс.

5. На даний час відсутні рекомендації щодо лікування та реабілітації дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, хворими на сифіліс.

ЛІТЕРАТУРА

1. Барлетт Дж. Клинические аспекты ВИЧ-инфекции. 2012 [Электронный ресурс] / Дж. Барлетт, Дж. Галлант. — Режим доступа : URL http://www.eurasiahealth.org/attaches/82168/MMHIV_2012_Final.pdf. — Название с экрана.
2. ВІЛ-інфекція в Україні : інформаційний бюлетень № 35 [Електронний ресурс]. — Режим доступа : URL : http://www.aidsalliance.org.ua/ru/library/pdf/cs_bul35.pdf. — Назва з екрану.
3. Волкославская В. Н. О заболеваемости инфекциями, передающимися половым путем, в Украине / В. Н. Волкославская, А. Л. Гутнев // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2011. — № 1. — С. 10—12.
4. Запорожан В. Н. ВІЛ-інфекція і СНІД : [посібн.] / В. М. Запорожан, М. Л. Аряев. — 2-е вид., перероб. і доп. — К. : Здоров'я, 2004. — 635 с.
5. Комиссарова Н. Г. Сифилис у беременных, аспекты тактики и диагностики / Н. Г. Комиссарова, А. Г. Шевченко // Вестн. последиплом. мед. образования. — 2010. — № 1. — С. 65—66.
6. Лечение ВИЧ-инфекции. 2009 : пер. с англ. / под ред. К. Хоффмана, Ю. К. Рокштро. — М. : Р. Валент, 2010. — 648 с.
7. Лечение и профилактика сифилиса / Ю. К. Скрипкин, А. А. Кубанова, В. А. Аковбян [и др.] // Вестн. дерматол. и венерол. — 2000. — № 1. — С. 62—67.
8. Мавров Г. И. http://www.e-catalog.name/x/1/x.exe?Z21ID=&Z21DBN=XONMB_PRINT&P21DBN=XONMB&S21STN=1&S21REF=&S21FMT=fullw_print&C21COM=S&S21CNR=&S21P01=0&S21P02=0&S21P03=M&S21STR= Влияние сифилиса на течение беременности и внутриутробное развитие плода / Г. И. Мавров, Т. В. Губенко // Дерматол. та венерол. — 2002. — № 4. — С. 41—43.
9. Мавров Г. И. Инфекції, що передаються статевим шляхом, — один із чинників поширення вірусу імунодефіциту людини [Електронний ресурс] / Г. И. Мавров. — Режим доступа : URL : <http://immuno.health-ua.com/article/274.html>. — Назва з екрану.
10. Панкратов В. Г. Заболеваемость сифилисом, ВИЧ-инфекцией и другими ИППП в Республике Беларусь: исторические, эпидемиологические и прогностические аспекты [Электронный ресурс] / В. Г. Панкратов, А. Л. Навроцкий, О. В. Панкратов. — Режим доступа : URL : http://www.bsnu.by/index.php?option=com_content&view=article&id=3547:2010-05-21-08-12-07&catid=167:22002&Itemid=52. — Название с экрана.
11. Перинатальные инфекции : [практ. пособ. для врачей-гинекологов и неонатологов, врачей-интернов и студентов ст. курсов мед. вузов] / под ред. А. Я. Сенчука, З. М. Дубоссарской. — М. : МИА, 2005. — 318 с.
12. Про затвердження Державної програми «Репродуктивне здоров'я нації» на період до 2015 року [Електронний ресурс] : постановою Кабінету Міністрів України № 1849 від 27.12.2006 р. — Режим доступа : URL : <http://zakon1>.

- rada.gov.ua/cgi-bin/laws/main.cgi?nreg =1849-2006-%EF . — Назва з екрану.
13. Торн К. Профилактика ВІЛ-інфекції серед новонароджених. Документування та вивчення досвіду України / К. Торн, М.-Л. Ньювелл, Н. Жилка. — К., 2007. — 94 с.
 14. Шувалова Е. П. Инфекционные болезни / Е. П. Шувалова. — 5-е изд., перераб. и доп. — М.: Медицина, 2001. — 623 с.
 15. Щербакова Ю. В. Заболеваемость сифилисом в Украине / Ю. В. Щербакова // Клин. иммунол. Аллергол. Инфектол. — 2009. — № 1. — С. 82—85.
 16. Hall C. S. Syphilis and HIV [Electronic resource] / C. S. Hall, G. Bolan. — Way of access : URL : <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=kb-05-01-04> . — Title from the screen.
 17. Maternal syphilis infection is associated with increased risk of mother-to-child transmission of HIV in Malawi / V. Mwapasa, S. J. Rogerson, J. J. Kwiek [et al.] // AIDS. — 2006. — Vol. 20, № 14. — P. 1869—1877.
 18. Miller B. A. Syphilis and HIV: The Intersection of Two Epidemics [Electronic resource] / B. A. Miller, C. B. Hicks. — Way of access : URL : <http://aids-clinical-care.jwatch.org/cgi/content/full/2010/903/1> . — Title from the screen.

ОСОБЕННОСТИ ФИЗИЧЕСКОГО РАЗВИТИЯ ДЕТЕЙ С ПЕРИНАТАЛЬНЫМ ВЛИЯНИЕМ МАТЕРИНСКОЙ СИФИЛИТИЧЕСКОЙ И ВИЧ ИНФЕКЦИИ

Н.М. Нечипоренко

Национальная медицинская академия последиplomного образования им. П.Л. Шупика, г. Киев

В статье представлены данные клинико-эпидемиологического мониторинга особенностей состояния здоровья новорожденных, рожденных от матерей с сифилитической инфекцией во время беременности, ВИЧ-инфицированных матерей и ВИЧ-инфицированных матерей, больных сифилисом во время беременности. Результаты получены по данным анализа 1038 историй болезней, проведенного в период с 2008 по 2012 годы. В ходе исследования дети были разделены на три группы в зависимости от инфекционного статуса матери во время беременности: группа Ld — дети, рожденные от матерей, имевших сифилитическую инфекцию во время или до беременности (n=296), группа HIVd — дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин (n=702), группа HIVd + Ld — дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных женщин с сифилитической инфекцией во время беременности (n=40).

Ключевые слова: ВИЧ, ВИЧ-инфекция, перинатальная трансмиссия, сифилис, беременные, инфекции новорожденных.

FEATURES OF THE PHYSICAL DEVELOPMENT OF CHILDREN WITH PRENATAL INFLUENCE MATERNAL SYPHILIS AND HIV INFECTION

N. Nechiporenko

P.L. Shupik National Medical Academy of Postgraduate Education. Kiev

The article presents the clinical and epidemiological features of monitoring the health of infants born to mothers with syphilis infection during pregnancy, HIV-infected mothers and HIV-infected patients with syphilis while pregnant mothers. The results were obtained by analyzing the histories of 1038, carried out in the period from 2008 to 2012. In the study, children were divided into three groups depending on the infection status of the mother during pregnancy: Ld group — children born to mothers who had a syphilis infection during or before pregnancy (n=296), group HIVd — children born to HIV-infected women (n=702), the group HIVd + Ld — children born to HIV-infected women with syphilis infection during pregnancy (n=40).

Key words: HIV, HIV-infection, prenatal transmission, syphilis, pregnant, neonatal infections.

НОВОСТИ

В Киеве создали реестр детей, больных эпилепсией

В столице создали реестр детей, больных эпилепсией, — этот опыт будут распространять на всю Украину. Об этом сообщил главный детский невролог МЗ Украины Владимир Мартынюк, сообщили в пресс-службе КГГА.

Необходимость создания реестра больных детей эпилепсией заключается в возможности оптимизации их реабилитации, образования и социальной адаптации — утверждают специалисты. Также во время круглого стола столичные медики рассматривали современные подходы к диагностике и лечению детей.

Кроме того, группа компаний «Медэксперт» презентовала социальную программу «Детство без ограничений — путь в будущее», которая призвана объединить

усилия специалистов разных областей и направлена на реабилитацию, социализацию и интеграцию в общество детей с неврологическими и психическими заболеваниями.

Дети, больные эпилепсией, проходят лечение в Киевском городском центре детской эпилепсии, который работает на базе неврологического отделения Киевской городской детской клинической больницы № 1. Ежегодно медицинскую помощь в Центре получают более тысячи детей. Специалисты Центра используют самые современные терапевтические методики и препараты. Лечатся маленькие киевляне бесплатно.

Источник: <http://medexpert.org.ua>