

УДК 311.42

ББК 51

АНАЛИЗ КЛИНИЧЕСКОГО СЛУЧАЯ БЕРЕМЕННОСТИ У ЖЕНЩИНЫ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ*

А.В. МИШИНА – ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: anuta_106@mail.ru

Т.В. НЕЗВАНОВА – ГБОУ ВПО ЮУГМУ Минздрава России

E-mail: midnight3110@mail.ru

Аннотация

Рассмотрен клинический случай беременности у женщины с ВИЧ-инфекцией, осложнившейся вторичным инфекционным эндокардитом трикуспидального клапана, правосторонней септической пневмонией. Дана характеристика ведения беременности, в статье показана тактика ведения пациентки при поступлении в стационар, метод и сроки родоразрешения.

Ключевые слова: беременность, ВИЧ-инфекция, инфекционный эндокардит.

ВИЧ – «чума XX века»... Почти 30 лет назад вирус иммунодефицита человека был впервые описан в его финальной стадии, позднее получившей название «Синдром Приобретенного Иммунодефицита» (СПИД).

Эпидемия, ныне ставшая пандемией, несет за собой угрозу безопасности человечества. Согласно данным ЮНЭЙДС (англ. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS сокращенно UNAIDS) в 2013 году число людей, живущих с ВИЧ, составляло 35 [33,2–37,2] миллионов человек. Более 42% ВИЧ-инфицированных – женщины, их доля постоянно увеличивается. Основной причиной ВИЧ-инфицирования детей моложе 15 лет остаётся передача инфекции от матери к ребёнку.

Профилактика передачи ВИЧ - инфекции от матери ребёнку является чрезвычайно актуальной задачей здравоохранения. Желанная беременность должна быть сохранена, при этом необходимо предпринять все меры для успешного проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребёнку.

Ведение беременности и родов осуществляется согласно приказа Минздрава РФ от 19.12.2003 №606 "Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ".

ВИЧ-инфекция является серьёзной проблемой в акушерстве, требует повышенного внимания со стороны учреждений здравоохранения и дифференцированного подхода к выбору терапии как матери, так и новорожденного.

Пациентка У., 30 лет, повторнобеременная первородящая.

Из анамнеза:

В 1997 году закрытая черепно-мозговая травма, сотрясение головного мозга, множественный перелом правой руки в следствие ДТП. С 2002 года героиновая наркоманка, ВИЧ-инфекция, инъекционный путь передачи, злоупотребление синтетическими наркотиками до настоящего момента. С 2007 года гепатит «С». Хронический бронхит, ремиссия. Табакокурение (выкуривает по 15 сигарет в день).

* Научный руководитель: проф., д.м.н. Узлова Т.В.

Беременность – 2, роды – 1. Искусственный аборт в 2007 году на сроке 12 недель без осложнений.

На учете по беременности состоит с 15 недель. Наблюдалась нерегулярно. В 14 недель беременности в центре по профилактике и борьбе со СПИД назначена терапия ВААРТ: калетра, никовир, эпивир, в 18 недель самостоятельно отменила. В 17 недель беременности была угроза самопроизвольного выкидыша, госпитализирована в стационар, из которого ушла самовольно. В 26 недель беременности перенесла ОРВИ, температура тела поднималась до 38,6 °С, назначен флемоксин, ведение терапевта на дому. На фоне ухудшения состояния в 27 недель госпитализирована в терапевтический стационар. При обследовании по данным ЭХОКС выявлены флотирующие вегетации на трикуспидальном клапане и пациентка переведена в Клинику ЮУГМУ в ОРИТ инфекционного отделения. При наличии вегетаций имеется риск эмболии с развитием инфарктов (почек, селезенки, легких, головного мозга) с одной стороны и сам воспалительный процесс становится причиной иммунных повреждений с поражением внутренних органов (нефрит, гепатит, васкулит и т.д.) с другой стороны. При поступлении состояние больной тяжелой степени тяжести, дыхательная недостаточность 1 степени. Начата комплексная терапия с использованием антибиотиков широкого спектра действия.

Проведен консилиум в составе: начальник медицинской службы, зам главного врача по родовспоможению, заведующего кардиологией, фармаколога, заведующего ОРИТ инфекционного отделения. Учитывая соматическую патологию, больной показано досрочное родоразрешение после дообследования, стабилизации состояния и проведения профилактики дистресс-синдрома плода. Согласие пациентки было получено.

Через двое суток женщина была переведена в родильное отделение роддома.

Диагноз при поступлении в роддом:

Беременность 29 недель 1 день. Незрелая шейка матки. Вторичный инфекционный эндокардит трикуспидального клапана (флотирующие вегетации на трикуспидальном клапане), регургитация 3 степени. ХСН 1 степени по правожелудочковому типу, 3 функциональный класс. Злоупотребление наркотиками. Правосторонняя септическая пневмония, тяжелое течение, стадия разрешения. Анемия средней степени тяжести токсического генеза. ВИЧ-инфекция, стадия 4 А, фаза прогрессирования на фоне отсутствия ВААРТ.

Проведена инфузия ретровируса перед оперативным родоразрешением.

Операция: нижнесрединная лапаротомия. Кесарево сечение поперечным разрезом в нижнем маточном сегменте.

Родился живой недоношенный ребенок женского пола, массой 1300 г, рост – 32 см. Диагноз ребенка: РДС, ателектазы легкого. Острая дыхательная недостаточность легкой степени. Недоношенный гестационный возраст 29 недель. Неустановленный иммунный статус по ВИЧ.

Новорожденный находился в ПИТе на аппарате ИВЛ в течении 17 суток, получал этиопатогенетическую терапию, после чего был переведен на второй этап выхаживания новорожденных.

Пациентка наблюдалась в ОРИТ роддома в течение трех суток, после чего переведена в ОРИТ инфекционного отделения, где была продолжена терапия соматической патологии.

Таким образом осложненное течение беременности у женщины с ВИЧ инфекцией привело к досрочному родоразрешению, что потребовало дополнительных затрат в диагностике и лечении, и необходимости привлечения большого количества специалистов.

Важно динамическое наблюдение для своевременного выявления осложнений ВИЧ и их лечения.

Список литературы:

1. Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). – URL : <http://www.unaids.org> (дата обращения : 18.11.14г.).

2. Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ : приказ Минздрава РФ от 19.12.2003 № 606. – URL : http://arvt.ru/sites/default/files/law_MZ606.pdf (дата обращения : 18.11.14г.).
3. Покровский В.В. Клинические рекомендации по ВИЧ – инфекции и СПИДу. М. : ГЭОТАР Медиа, 2010. – 192 с.

THE ANALYSIS OF A CLINICAL CASE OF PREGNANCY IN A FEMALE PATIENT WITH HIV INFECTION

A.V. MISHINA – SUSMU
T.V. NEZVANOVA – SUSMU

Abstract

The clinical case of pregnancy in a female patient with HIV infection was analyzed. This pregnancy complicated by secondary infectious endocarditis of the tricuspid valve, the right-septic pneumonia. The article shows the treatment of the patient after admission to the hospital, the method of delivery.

Keywords: *pregnancy, HIV infection, infectious endocarditis.*

References

1. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). – URL : <http://www.unaids.org>.
2. On approval of the guidelines for prevention of HIV transmission from mother to child and sample informed consent for HIV chemoprophylaxis: the order of Ministry of Health of the Russian Federation from 19.12.2003 № 606. – URL : http://arvt.ru/sites/default/files/law_MZ606.pdf.
3. Pokrovsky V.V. Clinical guidelines on HIV - infection and AIDS. Moscow: GEOTAR Media, 2010. – 192 p.