

Лабораторные анализы от декабря 2005 г.: высокая вирусемия (ДНК-ВГВ 1:10 000), отсутствие HBeAg, anti-HDV; положительная реакция на anti-HBe, АФП – 24,7 мЕ/мл (норма – до 15 мЕ/мл). Была направлена к онкологам с подозрением на опухоль в цирротически измененной печени, однако данное подозрение инфекционистов было отвергнуто.

При повторном обследовании через один год и 2 месяца высокая вирусемия сохранялась, HBeAg(-), anti-HBe(+), уровень АФП увеличился до 65,8 мЕ/мл. Объективно: множественные телеангиоэктазии, выраженная пальмарная эритема, асцит, отеки на ногах. Диагноз: цирроз печени в исходе HBV-инфекции в стадии декомпенсации (класс С по Чайлд-Пью; портальная гипертензия; асцит; ГЦК(?)).

Больная была повторно направлена к онкологам – диагноз подтвердился. В марте 2007 г. женщина умерла.

Особенностью HBeAg-негативного ХВГВ у данной больной является клинически малосимптомное, длительное течение болезни, которое не побудило ее вовремя обратиться к врачу. Вследствие этого диагноз был поставлен на стадии цирроза печени, осложнившегося развитием опухолевого процесса. Позднее обращение пациентов за медицинской помощью уже на стадии цирроза печени не является редкостью при ХВГВ.

Таким образом, HBeAg-негативный гепатит отличается неактивным течением болезни, отсутствием жалоб в течение длительного времени (по нашим данным, почти у 40% больных), скудностью лабораторных изменений (низкая вирусемия или ее отсутствие, незначительная патология функциональных проб печени и т.д.). Полученные результаты исследования подтвердили данные других авторов о зависимости формирования HBeAg-негативного гепатита от длительности болезни. Так, у 171 (84,2%) пациента эта клиническая форма наблюдалась на сроках 5–10 и более лет. Однако у 16% эта форма болезни имела место на ранних сроках заражения (до 5 лет). Несмотря на отсутствие активности заболевания, результаты биопсии печени показали у 91,7% больных признаки слабо и умеренно выраженного хронического гепатита, а у 33,3% фиброз в 1 балл.

У пациентов на любом этапе болезни сохраняется возможность активизации инфекционного процесса (по нашим наблюдениям, около 15% больных) с нарастанием вирусемии со всеми характерными последствиями, и при этом не исключается прогрессирование заболевания вплоть до развития цирроза печени и гепатоцеллюлярной карциномы. В этом плане HBeAg-негативный гепатит сохраняет особенности любого хронического вирусного гепатита: клинические симптомы обычно "запаздывают" и проявляются позднее, чем изменения лабораторных показателей, в том числе морфологических.

ВЫВОДЫ

1. HBeAg-негативный ХВГВ, несмотря на малоактивное клинико-лабораторное течение, в ряде слу-

чаев вызывает реактивацию инфекционного процесса и приводит к таким грозным последствиям, как цирроз печени и гепатоцеллюлярная карцинома.

2. Формирование HBeAg-отрицательного ХВГВ у взрослых больных может происходить уже на ранних сроках инфицирования.

3. Больные с HBeAg-негативным ХВГВ нуждаются в постоянном диспансерном наблюдении и динамическом контроле лабораторных анализов, особенно у лиц после 40 лет (ПЦР-диагностика, определение маркеров HDV-инфекции, функциональные пробы печени, АФП и др.).

УДК 616.08 : 578.826.6] – 022.363 : 618.63

Л.В. Ставропольская (Казань). Социально-гигиенические характеристики ВИЧ-позитивных матерей

Республика Татарстан по пораженности ВИЧ-инфекцией занимает 24-е место среди регионов Российской Федерации и 5-е место в Приволжском Федеральном округе (по данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ). На 01.01.2007 г. в Республике Татарстан был зарегистрирован 8661 случай ВИЧ-инфекции (показатель распространенности на 100 тыс. населения – 226,1). В последние несколько лет заболеваемость ВИЧ-инфекцией в республике стабилизировалась. Ежегодно выявляется от 700 до 800 новых случаев ВИЧ-инфекции. Как социально-значимое заболевание ВИЧ-инфекция на сегодняшний день затронула все социальные слои и все возрастные группы населения.

Более 90% ВИЧ-инфицированных лиц находятся в возрастной категории от 15 до 40 лет (репродуктивный возраст). С ростом гетеросексуального пути в эпидемиологический процесс все больше вовлекаются женщины. В последние несколько лет среди вновь выявленных случаев доля женщин достигает почти 50%, причем 90% из них фертильного возраста. Как следствие ежегодно растет число детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, в частности в Республике Татарстан ежегодно рождается более 100 таких детей.

На 01.01.2007 г. ВИЧ-инфицированными матерями были рождены 566 детей – у 40 из них диагностирована ВИЧ-инфекция. 336 детей были сняты с учета в связи с отсутствием ВИЧ-инфекции. 175 детей состоят на диспансерном учете по поводу перинатального контакта по ВИЧ-инфекции.

Целью настоящего исследования являлось изучение специфических социально-гигиенических характеристик ВИЧ-инфицированных матерей. Нами проведен анализ социально-гигиенических характеристик у 278 ВИЧ-инфицированных женщин, которые за период 2000–2005 гг. стали матерями. Возрастная структура: 14–17 лет – 16 (5,5%), 18–29 лет – 248 (89%), 30–39 лет – 14 (5%). Среди ВИЧ-инфици-

рованных матерей было 5 (1,8%) учащихся школ, 25 (9,0%) – средних учебных заведений, 15 (5,4%) – вузов, 81 (29,0%) – работали, 152 (54,7%) были безработными.

156 (56,1%) ВИЧ-инфицированных матерей были замужем или находились в гражданском браке, 122 (43,8%) в браке не состояли или были разведены.

Половой путь заражения ВИЧ-инфекцией отмечался у 136 (48,9%) матерей, внутривенный – у 137 (48,9%), не установлен – у 5 (1,8%).

13,5% лиц были задержаны органами Министерства внутренних дел, 13,7% состояли на учете в наркологическом диспансере, 10,0% – в кожно-венерологическом диспансере, 1,5% – в психоневрологическом диспансере.

Таким образом, путь инфицирования у ВИЧ-позитивных матерей в равных долях может быть как внутривенным, так и половым. Возраст большинства из них варьировал от 18 до 29 лет. Несмотря на то что все основные тактические моменты перинатальной профилактики закреплены приказами МЗ РТ, ее конечный результат будет определяться тем, насколько полно каждой ВИЧ-инфицированной женщине будут оказаны качественная своевременная помощь и консультации.

УДК 618.2/.7 – 039.71

Т.Н.Шигабутдинова, А.А.Хасанов (Казань). Роль пренатального воспитания в снижении частоты осложнений беременности и родов

Проблема нормальных родов, самостоятельного рождения живого, здорового и доношенного ребенка является наиболее актуальной в современном акушерстве. Во многих родильных домах частота нормальных родов составляет 20–30%, а в перинатальных центрах – 10–15%.

В структуре причин патологического течения беременности и родов наблюдаются экстрагенитальные заболевания и осложнения беременности, которые вынуждают акушеров назначать ту или иную медикаментозную терапию. Когда эта терапия не приводит к желаемому эффекту, акушеры вынуждены ставить вопрос о досрочном родоразрешении. Лекарственные средства, вводимые беременной, могут не только усугубить дистресс плода, но и привести к срыву уже напряженных компенсаторных механизмов единой функциональной системы *мать–плацента–плод*. Эта саморегулирующаяся организация избирательно объединяет структуры и процессы для решения важной задачи – рождения в срок здорового ребенка. Любое вторжение в эту природную программу на любом уровне может привести к непредсказуемым или, точнее, к весьма предсказуемым последствиям.

С самого зачатия необходимо способствовать и может быть искусственно создавать у беременной

положительный эмоциональный фон. Положительный фон формирует ту стержневую функциональную систему *мать–плацента–плод*, которая способна не только "родить" живого доношенного ребенка, но и создать оптимальную адаптацию женщины и ее ребенка к беременности, родам и послеродовому периоду. Эта система ответственна за формирование родовой доминанты, обезболивание родов, своеобразной эйфории у роженицы за счет выхода эндоморфинов.

Во время беременности происходит перестройка психики женщины. Этот важный период нередко протекает на фоне испытываемого ею страха. Часто сами врачи усиливают страхи у женщин, излишне акцентируя их внимание на имеющуюся или возможную патологию. При работе с беременными необходимо создавать обстановку эмоциональной поддержки, снижая уровень страха перед предстоящими родами.

В сложных условиях уменьшения бюджетного финансирования здравоохранения необходимо разрабатывать и внедрять технологии безопасного материнства, не требующие существенных материальных затрат. Удовлетворяет все вышеперечисленные требования, на наш взгляд, широкое внедрение в практическое акушерство пренатального воспитания.

Цель исследования: на основании изучения течения беременности, родов, состояния новорожденных оценить целесообразность применения пренатального воспитания.

Мы изучали психоэмоциональный статус беременных, а также особенности течения беременности и родов у женщин, прошедших и не прошедших пренатальной подготовки, оценивали состояние новорожденных, матери которых прошли пренатальное воспитание, и сравнивали их с контрольной группой.

Анамнез течения беременности, родов, послеродового периода проанализирован у 400 женщин, изучены ФПК, состояние плодов и новорожденных (см. табл.). Беременные были подразделены на 2 группы. Первую (контрольную) группу составили 200 женщин, не прошедших пренатальное воспитание, вторую (основную) – также 200 женщин, получивших пренатальную подготовку. В исследование не были включены беременные с инфекциями, передаваемыми половым путем, и антифосфолипидным синдромом. Беременные были в возрасте от 17 до 41 года (в среднем $27,8 \pm 0,5$ года). Впервые родящих было 213, повторно – 187. Пренатальную подготовку получали в основном первобеременные и первородящие женщины в возрасте 20–35 лет.

Исследовали уровень эстриола и прогестерона в крови, производили ультразвуковую фетометрию, доплерометрию, кардиотокографию, морфологическое исследование плаценты, психологические тесты по Ч.Д. Спилбергеру и Ю.Л. Ханину, рисуночные тесты.

Пренатальное воспитание проводилось в женской консультации по программе индивидуальных