

Бугубаева М.М.

КЛИНИЧЕСКАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА ДЕТЕЙ, РОЖДЕННЫХ ОТ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ МАТЕРЕЙ

М.М. Bugubaeva

CLINICAL CHARACTERISTICS OF CHILDREN BORN FROM HIV-INFECTED MOTHERS

УДК:616/24

В работе даны результаты наблюдения в динамике за 70 детьми, рожденными от ВИЧ - позитивных матерей в Ошской области.

Ключевые слова: дети, эпидемиология, клиника, лечение, ВИЧ-инфекция.

In work supervision in dynamics for 70 children, born from a HIV - positive mothers of the Osh area is given.

Key words: children, epidemiology, clinical manifestation, treatment, a HIV-infection.

Рост ВИЧ-инфекции среди женщин репродуктивного возраста было основной причиной увеличения числа детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей. Состояние здоровья матери и отца, информированность и приверженность к специфической терапии влияет на качество жизни и развитие родившегося ребенка. Детальный анализ за 70 детьми с момента рождения, в раннем детском возрасте и их родителей позволил выявить определенные закономерности, характерные для этой инфекции в южном регионе Кыргызстана.

Почти все дети были из семьи коренной национальности (97,2%), чаще из Карасуйского района (42,9%), г.Ош (27,1%). У каждого второго ребенка отец имел постоянную работу, однако, у 5,7% детей отцы умерли, а у 4,3% не удалось установить наличие отца. Обращает на себя внимание, что в 22,9% случаев отцы были потребителями инъекционных наркотиков (ПИН), при этом обследованы из них на ВИЧ-инфекцию 74,3%, из них 44,3% оказались ВИЧ - позитивными.

Следует отметить, что 33,3% отцов отказались от обследования на ВИЧ-инфекцию. Основной путь передачи ВИЧ-инфекцию у родителей был половой. В отличие от предыдущих лет во время беременности у женщин, родивших этих детей, чаще (72,3%) была диагностирована ВИЧ-инфекция 1 клинической стадии, средняя величина СД4 составила $378,7 \pm 175,6$ кл/мл. При анализе выявили, что почти каждый второй ребенок (48,5%) родился от первой и второй по счету беременности. В то же время, 40% детей были рождены от 3 и 4-ой беременности. У 12,9% (9) матерей к моменту рождения наблюдаемых нами детьми были зарегистрированы предыдущие ВИЧ позитивные дети.

Профилактика передачи от матери ребенку

(ППМР) не проводилась только в 27,2% случаев, у остальных начиная с 24 недель беременности в течение 4-х недель (34,3%), с 28 по 40 неделю (15,8%), а 21,5% матерей получали АРВТ до беременности. В большинство (64%) получали 3 препарата и приверженность к АРВТ отмечена в 86,2%. Роды были как естественные (55,7%), так и через кесарево сечение (44,3%).

В основном дети родились доношенными (88,6%), до года у каждого третьего ребенка была анемия в сочетании с рахитом. Исключение грудного и смешанного вскармливания у детей до года позволяет снизить риск инфицирования от ВИЧ-позитивной матери. При анализе питания детей раннего возраста выявлено следующее: 65,7% детей с рождения были на искусственном вскармливании, 24,3% - на грудном (3-6 месяцев) с переходом на искусственное вскармливание и только 8,6% детей получали грудное вскармливание (рис.1). Следует отметить, что при последовательном грудном, затем – искусственном вскармливании, продолжительность грудного вскармливания была различной (рис.2).

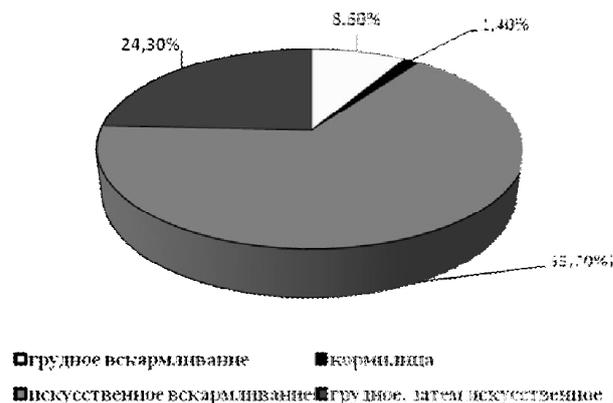


Рис. 1. Виды вскармливания у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей.

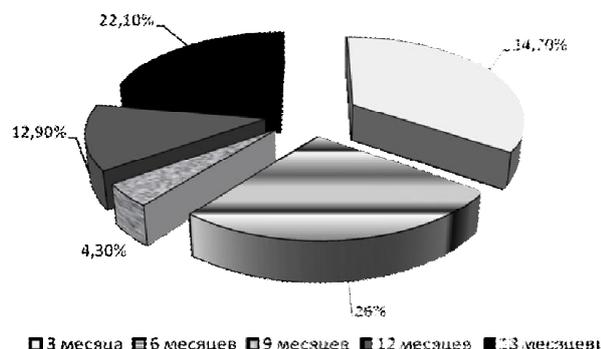


Рис. 2. Продолжительность грудного вскармливания у детей, рожденных от ВИЧ-позитивных матерей

Из перенесенных заболеваний выявлены ОРИ, ОКИ, частота которых не отличалась от детей, рожденных от женщин, не инфицированных ВИЧ-инфекцией, охват профилактическими прививками также составил 84,4%, не во время получали -13%, а 5,6% детей умерли не получив прививки. Среди ежеквартально обследованных детей в большинстве случаев выявляли развитие анемии 1 степени (гемоглобин – $105,3 \pm 16,0$), который сохранялся и на втором году жизни. Определение СД4 и СД8 на первом году жизни в 3 месяца среди обследованных дает высокие показатели ($2196,7 \pm 715,1$ и $1235,0 \pm 411,1$), который начинает снижаться только на втором году жизни и к 2 годам остается в пределах нормы ($1351,2 \pm 391,7$ и $1578,8 \pm 483,2$). Следует отметить, что изучение иммунного статуса этих обследованных нами детей, проводилось каждые три месяца, хотя число обследованных колебалось от 22% до 62,8%. Почти все дети (92,8%) получали бисептол для профилактики пневмоцистной пневмонии до 3 месяцев – 53,8%, с 3-х до 6 месяцев – 41,5% и с 6 месяца – 4,7%.

Антиретро вирусную терапию (АРВТ) получали 10% (7) детей, из них 3 до года и 2 до 18 месяцев по клинико-лабораторным показаниям, приверженность к терапии была хорошей у 5 из 7 детей.

ПЦР до 1 года сделано только у 1 ребенка в 2 месяца и у 2-х детей в 6 месяцев в России, остальным детям (58), что составляет 82,8% результаты ИФА дали положительный результат в 17,2% (10) случаев. Клинико-лабораторные показатели позволили выставить 1 клиническую стадию ВИЧ – инфекции 2 больным детям (20%), 2 стадию - 2 детям и 3 стадию ВИЧ – инфекции – 6 (60%). Не обследованы наблюдаемые нами дети методом ИФА на ВИЧ – инфекцию в 18 месяцев 12 из 70 детей из-за того, что умерли к этому возрасту от различных заболеваний

или отказались от обследования.

Состояние здоровья матери непосредственно влияет на уход за ребенком, поэтому определение СД4 матерей после родов позволило выявить у 19,4% (13) снижение СД4 до 200 кл/мл, что требовало особого внимания при наблюдении за этой семьей и пересмотра тактики лечения матери. К сожалению, к моменту уточнения диагноза (18 месяцев) ребенка, родившегося от ВИЧ – позитивной матери, тяжелые формы ВИЧ-инфекции – 3 клиническая стадия была обнаружена у 45,9% матерей (рис.3).

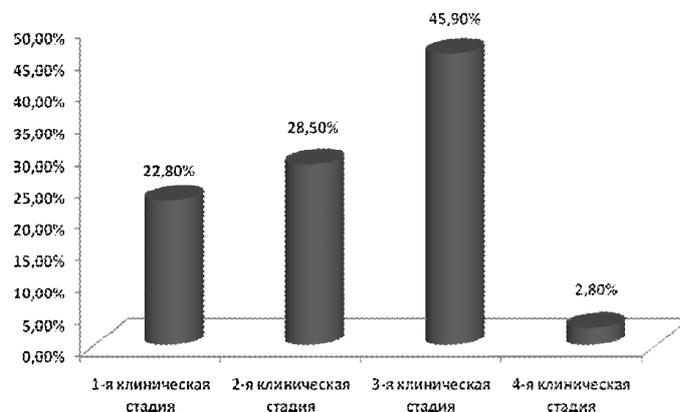


Рис. 3. Клинические стадии ВИЧ-инфекции матерей, при рождении ребенка.

С учетом иммунного статуса и клинических проявлений болезни к моменту уточнения диагноза ребенка (18 месяцев) получали АРВТ 60% матерей в виде комбинации трех антиретровирусных препаратов, на которые у каждой третьей матери были побочные реакции, требующие замены препаратов.

Учитывая, манифестную стадию ВИЧ-инфекции матерей мы проанализировали физическое развитие детей, пользуясь соотношением возраста, веса и роста. Оказалось, что к 3-м месяцам умеренное нарушение питания выявлено у 17,5% детей, у 6 месяцам- 24,0%, а к 9 месяцам на фоне коррекции лечения матерей, и наблюдения детей показатели нарушения питания уменьшились до 6,5%, к 1 году – 17,4%, а к 15 месяцам- 6,5%.

Таким образом, клинико-иммунологические показатели матери и ребенка позволяют в динамике корректировать питание и лечение, что способствует улучшению физического развития детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной матери.

Рецензент: к.м.н., доцент Джумагулова А.Ш.