

СПИД И ОПОРТУНИСТИЧЕСКИЕ ВИРУСНЫЕ ИНФЕКЦИИ

ОСОБЕННОСТИ КЛИНИЧЕСКОГО ТЕЧЕНИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ

Е.А. Иоанниди, Н.А. Морозова

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной ВолГМУ

Проблема распространения ВИЧ-инфекции остается актуальной, об этом свидетельствует продолжающееся увеличение числа россиян, инфицированных ВИЧ. Общее число зарегистрированных случаев ВИЧ-инфекцией в России к концу 2004 г. превысило символический рубеж 300 тыс. человек, что составляет более 0,2% всего населения страны. Реальная пораженность ВИЧ-инфекцией взрослого населения, по оценкам разных экспертов, составляет от 0,5 до 1,0%, что, несомненно, делает ВИЧ-инфекцию важнейшей медицинской и социальной проблемой [5].

Если в начале эпидемии преобладал парентеральный путь инфицирования, то в настоящее время весьма актуален половой путь передачи инфекции, о чем свидетельствует увеличение доли женщин среди выявленных случаев ВИЧ-инфекции.

Клиническое течение заболевания широко отражено в мировой медицинской литературе, однако влияния пола человека на клинические проявления и течения ВИЧ-инфекции до конца не изучены.

Вопрос о возможных различиях в течении данной инфекции у мужчин и у женщин интересовал исследователей уже в самом начале эпидемии. Несомненно, различия в течении болезни у мужчин и женщин должны быть, особенно с учетом беременности и родов у женщин, и это является предметом многочисленных исследований в разных странах мира.

За 2004 г. в ГУЗ "Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями" г. Волгограда было зарегистрировано 248 ВИЧ-инфицированных беременных, из них беременность закончилась медицинским абортom в 61,4% случаях, родами в 38,6%.

Нами проведен анализ 101 медицинской карты ВИЧ-инфицированных женщин, наблюдавшихся в Центре по поводу беременности и получавших химиопрофилактику вертикальной трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери ребенку (со II триместра беременности и в родах). Средний возраст пациенток составил 18–20 лет (38%), 21–23 года (46%).

Из 101 женщины только у 25 (24%) беременность наступила на фоне диагностированной ВИЧ-инфекции, то есть данные женщины состояли на диспансерном учете и знали о наличии у них заболевания; у остальных 76 женщин (76%) ВИЧ-инфекция диагностирована на фоне беременности: 32% в I триместре беременности, 31% во II триместре и в III

триместре – у 12%. У большей части женщин ВИЧ-инфекция выявляется при обращении в женскую консультацию по поводу беременности.

У 5 женщин из 25 (срок инфицирования в среднем около 4 лет), у которых беременность развивалась на фоне ВИЧ-инфекции, стадия заболевания соответствовала IVA, у остальных – III. Все беременные женщины, у которых ВИЧ-инфекция выявлена на фоне беременности, стадия заболевания соответствовала III (по классификации В.В. Покровского 2001 г. [4]).

Среди беременных женщин, медицинские карты которых были проанализированы, выявлена следующая экстрагенитальная патология: 57% – хронический вирусный гепатит С, 10% – хронический вирусный микст гепатит В+С, 33% беременных ВИЧ-инфицированных женщин вирусных гепатитов не имеют.

Отягощенный акушерско-гинекологический анамнез имеют 85,7% женщин: самыми частыми заболеваниями являются хронический аднексит (19%), эрозия шейки матки (17%), ИППП, в частности кондилломатоз (11%), сифилис (8%), трихомониаз (5%). Следует отметить, что более трети женщин имели беременность и ранее, которые завершились проведением медицинским абортom.

У наблюдаемых нами женщин на фоне беременности в общем анализе крови имелись признаки нормохромной анемии различной степени выраженности, а также дрожжевой кольпит (100%), единичные случаи ОРВИ, нижнедолевой пневмонии, тяжелое течение и рецидив опоясывающего герпеса, у 32 женщин из 68, имеющих вирусный гепатит, отмечалось повышение трансаминаз в 2–3 раза.

По нашим данным, только у 8% пациенток выявлены нормальные показатели иммунного статуса в течение беременности и после родов, остальные женщины имели иммунодефицит различной степени выраженности (от 237 ± 15 до 415 ± 17 кл/мкл).

Рядом авторов [8] проводилось изучение иммунологической реактивности у здоровых беременных женщин, и было отмечено, что при нормальном течении беременности к концу III триместра отмечается тенденция к восстановлению показателей иммунного статуса до уровня здоровых небеременных женщин. Также было выявлено, что у 50% беременных к концу беременности иммунологическая реактивность остается сниженной как во втором, так и в начале третьего триместра, что может значительно осложнять родоразрешение и послеродовой период. В нашем исследовании мы проводили анализ показателей иммунного статуса ВИЧ-инфицированных беременных женщин, у которых нагрузка на иммунную систему увеличена вдвое за счет основного заболевания, а также беременности. Таким образом, выраженный иммунодефицит в III триместре у данной категории беременных еще более увеличивает риск развития осложнений в родах и послеродовом периоде, а также присоединение оппортунистических заболева-

ний.

Основным методом родоразрешения ВИЧ-инфицированных беременных женщин в Волгоградской области явились естественные роды, однако в 9 случаях было кесарево сечение, у трети женщин во время родов проводились различные оперативные вмешательства в виде эпизиотомии, перинеотомии, ушивания разрывов мягких тканей родовых путей.

Многими авторами отмечено, что беременность влияет на ВИЧ-инфекцию посредством более выраженного снижения иммунологической реактивности и замедленное восстановление ее после родов [1, 7]. В результате этого оппортунистические заболевания развиваются на фоне беременности с большей частотой, чем у небеременных ВИЧ-инфицированных женщин, отмечена более частая госпитализация по поводу бактериальной пневмонии, более быстрые темпы прогрессирования ВИЧ-инфекции.

В то же время наблюдается влияние ВИЧ-инфекции на беременность, особенно когда количество CD4 клеток становится менее 30%, чаще регистрируются преждевременные роды, мертворождение, низкая масса плода, хориоамнионит, послеродовой эндометрит. В целом, чем тяжелее заболевание, чем выше его стадия, тем более вероятны осложнения беременности. Данные наших исследований совпадают с данными литературных источников.

Нами так же отмечено, что ВИЧ-инфекция влияет на беременность посредством психологического стресса у женщин, вызывая опасения за здоровье будущего ребенка. Неоднозначное, порой предвзятое отношением к ним со стороны медицинского персонала усугубляет их психологические страдания, что и заставило нас обратить внимание на аспекты социально-психологической адаптации данной категории женщин, а также на отношении к ним в медицинском сообществе.

ЛИТЕРАТУРА

1. Акушерство и гинекология, ВИЧ-инфекция при беременности: <http://web.yaroslavl.ru/obstandgyn/index.shtml>.
2. Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В., Афонина Л.Ю. и др. Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации. – М.: МЗиСР РФ, Научно-практический центр МЗ России по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей, Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ), 2004.
3. Информационное письмо "О беременности и родах у ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации", МЗиСР РФ от 15.09.2004 №16-03/75-04-04.
4. Покровский В.В., Ермак Т.Н., Беляева В.В. и др. / ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. – М.: Гэотар медицина, 2000. – 190 с.
5. Покровский В.В. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2004. – № 4. – С. 4–6.
6. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. и др. // Информацион. бюл. – 2004. – № 26. – С. 4–6.
7. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-

инфицированным женщинам / Под. ред. Джин Р. Андерсон, версия 2001.

8. Серов В.Н., Сускова В.С., Шаров Е.В. и др. // Вопр. охраны материнства и детства. – 1986. – № 12. – С. 34–37.

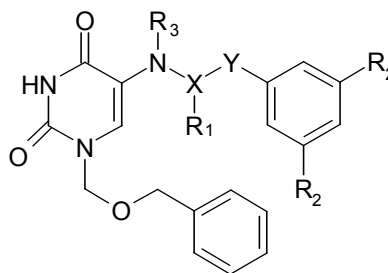
9. Соколова Е.В., Покровский В.В. // Эпидемиол. и вакцинопрофилактика. – 2003. – № 4 (11). – С. 41–44.

АНТИ-ВИЧ-1 АКТИВНОСТЬ НОВЫХ ПРОИЗВОДНЫХ 1-(БЕНЗИЛОКСИМЕТИЛ)-5-(АРИЛАМИНО)УРАЦИЛА

А.А. Лобачев*, А.А. Озеров, М.С. Новиков, Р.У. Букхайт

*НИИ фармакологии ВолГМУ, ImQuest BioScience Inc., Maryland, USA**

Соединения ряда 1-(бензилоксиметил)-5-(ариламино)урацила, являясь региоизомерными аза-аналогами известных и высокоактивных в отношении ВИЧ-1 производных 6-фенилтиоурацила, представляют собой новый перспективный класс антивирусных лекарственных веществ. Ранее в лаборатории синтеза противовирусных средств НИИ фармакологии ВолГМУ было обнаружено, что структурная модификация базовой структуры 1-(бензилоксиметил)-5-(ариламино)урацила, заключающаяся во введении дополнительных алкильных заместителей в различные положения боковой цепи при атоме азота N¹, привела в целом к снижению антивирусных свойств соединений данного ряда, повышению цитотоксичности и увеличению ингибиторной концентрации приблизительно на порядок [1]. В продолжение этих исследований нами был синтезирован новый ряд производных 1-(бензилоксиметил)-5-(ариламино)урацила, содержащих дополнительные алкильные заместители в ариламином фрагменте:



где X = связь, CH, CH₂; Y = связь, CH₂; R₁ = H, CH₃, C₃H₇; R₂ = H, CH₃; R₃ = H, CH₃

Результаты исследования противовирусных свойств синтезированных соединений *in vitro* в отношении ВИЧ-1 представлены в таблице.

Таблица

Анти-ВИЧ-1 активность *in vitro* новых производных 1-(бензилоксиметил)-5-(ариламино)урацила

Соединение	X	Y	R ₁	R ₂	R ₃	Ингибиторная концентрация (EC ₅₀), мкрМ	Цитотоксическая концентрация (CC ₅₀), мкрМ
------------	---	---	----------------	----------------	----------------	---	--