

Особенности беременности при ВИЧ-инфекции

Джииван Джонсон

*Институт репродуктивного здоровья, перинатологии,
акушерства и гинекологии
Медицинская школа Лос-Анджелеса
0078, Ереван, ул. Маркаряна, 6/2*

Ключевые слова: беременность, ВИЧ-инфекция, вертикальная транс-
миссия, антиретровирусная профилактика

Разработанная в 90-е годы долгосрочная программа «Безопасное материнство» предполагает дальнейшее совершенствование системы охраны здоровья матери и ребенка, обеспечение детородной функции женщин с рождением здорового потомства.

Синдром приобретенного иммунодефицита человека (СПИД), впервые в мире зарегистрированный в 1981 г. в США, на сегодняшний день выявлен уже во всех странах мира. К началу 2009 г., по данным ВОЗ, число людей, живущих с вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), в мире составило 45 миллионов человек. Согласно данным Программы развития ООН (United Nations Development Programme – UNDP), доля ВИЧ-инфицированных среди жителей Восточной Европы достигла 0,9 % и продолжает расти.

Ежедневно по всему миру ВИЧ-инфекцией заражаются до 7 000 молодых людей в возрасте до 25 лет, почти половина из них – молодые женщины, которым предстоит беременность и роды.

ВИЧ-инфекция – длительно текущая инфекционная болезнь, развивающаяся в результате инфицирования ВИЧ. В последнее время резко возросло число беременных женщин с ВИЧ-инфекцией [1, 3, 7, 11]. Проблема ВИЧ-инфекции у беременных актуальна и в том плане, что необходимо сохранить здоровье не только матери, но и плода, новорожденного и предупредить патологию периода детства и дальнейшей жизни ребенка. Заболеваемость ВИЧ-инфекцией имеет тенденцию к росту и в Армении, особенно среди лиц молодого возраста, болезнь которых в течение нескольких лет приводит к потере трудоспособности [12]. Подписав «Декларацию о приверженности

борьбе со СПИДом”, 180 стран мира, в том числе и Армения, взяли на себя ряд обязательств, одно из них – предотвратить передачу ВИЧ-инфекции от матери ребенку [8, 9, 14].

В недавнем прошлом ВИЧ-положительным женщинам рекомендовали прерывание беременности (аборт). Сейчас решение родить ребенка остается неотъемлемым правом каждой женщины, и наличие ВИЧ не является причиной для его ограничения. Но, как показывает статистика, ребенок от ВИЧ-положительной матери будет ВИЧ-инфицированным в 1 случае из 7.

По данным литературы [2, 4, 6], у ВИЧ-инфицированных есть все шансы родить здорового ребенка: согласно данным статистики, из ста инфицированных женщин, принимавших во время беременности соответствующую профилактическую терапию, лишь 2% передают инфекцию своим новорожденным детям. Тем не менее беременность с ВИЧ-инфекцией связана со множеством проблем как физического, так и медико-морально-этического плана.

Однако до настоящего времени остаются недостаточно изученными вопросы обоснования выбора методов химиопрофилактики перинатальной передачи ВИЧ, эффективности и безопасности использования различных препаратов с оценкой их побочных явлений.

Цель исследования – изучение особенностей течения ВИЧ-инфекции у беременных, оценка развития детей, рожденных от них, в возрасте от 0 до 18 месяцев и разработка профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Материал и методы

Согласно стандартам МЗ РА «О предоставлении амбулаторно-поликлинической акушерско-гинекологической помощи в Армении», с целью профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку всем беременным женщинам проводится добровольное предтестовое консультирование с последующим тестированием на ВИЧ.

Клиническое комплексное обследование беременных включало общий и гинекологический осмотр, УЗИ, гормональное и лабораторное исследования.

При получении ВИЧ-положительного результата беременная направляется из женской консультации в Центр по профилактике и борьбе со СПИДом для дообследования и подтверждения диагноза.

Психологическая поддержка таким женщинам оказывается начиная с этапа послетестового консультирования и затем продолжается

в Центре по профилактике и борьбе со СПИДом. При подтверждении ВИЧ-инфекции ведение беременной проводится совместно с акушером-гинекологом женской консультации и инфекционистом Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

Первые случаи ВИЧ-инфекции и СПИДа в РА были зарегистрированы в 1988 г. у мужчин, у женщин – в 1996 г., у детей – в 2001 г. В этом же году был зарегистрирован первый случай смерти ребенка от СПИДа.

С 1988 до 2011 гг. в Армении было зарегистрировано 1153 случая ВИЧ-инфекции, из них почти 1/3 составляют женщины – 340 (29,5%) и 22 (1,9%) – дети. Основным путем передачи вируса у женщин является гетеросексуальный путь.

Женщина с ВИЧ-инфекцией, решившись забеременеть, обязательно должна проконсультироваться с акушером-гинекологом по поводу выбора наиболее благоприятных условий для зачатия.

У женщин репродуктивного возраста с ВИЧ-инфекцией выясняли ее дальнейшие цели в плане материнства. Как правило, советовали инфицированным женщинам не прекращать принимаемое ранее лечение, чтобы избежать риска восстановления вирусной нагрузки.

Из 262 женщин с ВИЧ-инфекцией на фоне антиретровирусной (АРВ) терапии решили забеременеть только 5. Им было предложено не отказываться от АРВ терапии непосредственно перед зачатием, т.к. на сегодняшний день зафиксировано очень мало доказанных случаев рождения детей с патологиями, связанными с приемом АРВ препаратов, тогда как отказ от терапии повышает риск вертикальной передачи вируса от матери к ребенку до 40%.

В таблице представлены данные о зарегистрированных случаях ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных в Армении. Под нашим наблюдением находились 78 беременных с ВИЧ-инфекцией, из них у 73 ВИЧ-инфекция была выявлена во время беременности.

Большинство обследованных беременных 53(67,9%) были в возрасте от 18 до 25 лет, 18 (23.1%) были в зрелом (от 25 до 35 лет) репродуктивном возрасте и только 7 (8.9%) старше 36 лет. При оценке данных по возрасту становления и характеру менструальной функции у женщин с ВИЧ-инфекцией по отношению к возрасту менархе в армянской популяции ($12\pm 0,2$ лет) достоверной разницы в возрасте менархе мы не выявили ($12,6\pm 0,3$ лет).

При анализе репродуктивной функции женщин, было установлено, что большинство – 58 (75.6%) были первобеременными. Особое внимание мы обращали на частоту самопроизвольного

прерывания беременности. Сам факт прерывания беременности свидетельствует о наличии нарушений в организме и позволяет перспективно предположить вероятность наличия давнего инфицирования. У 9 (11.5%) обследованных имелись в анамнезе самопроизвольные аборт, что может свидетельствовать о влиянии инфекции на гормональную функцию яичника и плаценты, сопровождающиеся неполноценностью желтого тела беременности и плаценты.

Таблица

Репродуктивная функция у женщин с ВИЧ-инфекцией

Год	Число беременных с ВИЧ	Невынашивание беременности		Искусственный аборт	Роды	ВИЧ-состояние детей		
		самопроизвольный аборт	преждеврем. роды			негатив.	позитив.	в процессе обследования
2005	7	0	0	0	8	7	1	0
2006	6	0	0	1	5	5	0	0
2007	8	0	0	2	6	5	0	1
2008	8	3	1	1	6	4	0	2
2009	17	1	2	3	13	7	0	6
2010	17	2	1	4	11	1	0	10
2011	15	3	2	1	10	0	0	10
Общее кол-во	78	9	6	12	59	29	1	29

Бактериоскопическое исследование влагалищного мазка, взятого из трех точек шейки матки, уретры и влагалища и окрашенного по Граму, показало, что у большинства – 62 (79.5%) обследованных, имелись патологические классы микробиоценоза влагалища по типу дисбиоза и вагиноза, гарднерелла была обнаружена у 25 (32.1%), трихомоназ – у 8 (10.3%), кандидомикоз – у 45 (57.6%).

Всем обследованным женщинам проведены полимеразная цепная реакция, основанная на экстракции ДНК из мазков шейки матки для выявления инфекций, передающихся половым путем, а также реакция Вассермана и бактериоскопическое исследование влагалищного мазка. В результате были обнаружены: рецидивирующие кандидоз и герпес

соответственно у 49(62.8%) и 35(44.8%). У каждой 5-й – цитомегаловирус, у 23 (29.5%) – хламидия и микоплазма.

Таким образом, выявлены высокий удельный вес инфекций, передающихся половым путем, – у 53 (67,9%), экстрагенитальные заболевания (вирусные гепатиты – 39,6%, частые ОРЗ – 25,1%).

С 2005 г. в Армении начали проводить АРВ профилактику трансмиссии ВИЧ-инфекции от матери к ребенку перспективным методом, называемым *тритерапия* [4, 5, 10, 13], комбинация из 3 препаратов. АРВ профилактику проводили тремя препаратами из перечисленных: зидовудин, ламивудин, левирапин, невирапин.

Полный курс АРВ профилактики получили 45 беременных. У 14 (31,1%) АРВ профилактику проводили на сроке 24-28 недель, на сроке 29-32 недели – у 26 (57,8%), 32 недели и выше – у 5(11,1%). У всех беременных с ВИЧ-инфекцией АРВ профилактика была назначена в зависимости от уровня вирусной нагрузки.

При низкой нагрузке (CD4 более 350 клеток/мм³) назначали один препарат в три этапа – в конце беременности, при родах и после родов – ребенку.

Роды обычно проводили плановым кесаревым сечением до разрыва оболочки плода, что также снизило риск передачи ВИЧ-инфекции. Если вирусная нагрузка беременной высокая, то начиная со второго триместра беременности ей назначали терапию тремя АРВ препаратами, прием которых прекращали после родов.

При такой терапии есть возможность выбора между кесаревым сечением и естественными родами.

Естественные роды увеличивают риск передачи инфекции от инфицированной матери ребенку, так как слизистые выделения шейки матки и влагалища содержат высокую концентрацию вируса. Чтобы снизить риск инфицирования новорожденного у 3 рожениц, рожавших через естественные родовые пути, применяли антисептическую обработку влагалища во время родов и кожи младенца после рождения, однако риск заражения все равно остается: у одного ребенка через 18 месяцев была зарегистрирована ВИЧ-инфекция.

При кесаревом сечении риск передачи инфекции намного ниже, но оперативное вмешательство может вызвать осложнения у роженицы, связанные с ослабленным вирусом иммунитетом.

Беременность на фоне приема препаратов АРВ профилактики протекала гладко, только у 6 (13,3%) беременных наблюдались тошнота, рвота, у 2 (4,4%) – понос, у 6 (13,3%) беременных прием АРВ

препаратов осложнялся токсикозом, но даже в этом случае не был отменен прием препаратов.

Беременным, принимавшим АРВ препараты, был назначен лабораторный контроль над показателями вирусной нагрузки и иммунного статуса (CD4).

Беременность и роды при ВИЧ-инфекции связаны с целым рядом специфических факторов, поэтому роды беременных инфицированных женщин проходят в Республиканском Институте репродуктивного здоровья, перинатологии, акушерства и гинекологии, куда будущим роженицам заранее дается направление.

Сразу после родов новорожденным была назначена АРВ профилактическая терапия невирапином в виде сиропа по определенной схеме. Таким детям было рекомендовано искусственное вскармливание.

Результаты и обсуждение

Беременным с ВИЧ-инфекцией предоставляли информацию о том, что при современной АРВ терапии передача ВИЧ-инфекции от матери к ребенку минимальна, вместе с тем они получали информацию о том, что беременность может осложнить течение болезни.

Нами проведено изучение течения беременности и родов у 78 беременных с ВИЧ-инфекцией, из них 12 (15.3%) прервали беременность искусственным абортom. АРВ профилактику получили 45 беременных.

Под наблюдением остались 66 беременных. Частым отклонением течения беременности являлся ранний гестоз, который наблюдался почти у всех обследованных беременных, что можно объяснить приемом АРВ терапии. Чтобы свести к минимуму неприятные ощущения им рекомендовали есть чаще, через каждые 3 часа, небольшими порциями. За час до приема препаратов съесть сухое печенье или хлебцы, а минеральная вода, томатный или апельсиновый сок, чай с медом и имбирем натошак помогут избежать проявлений утренней тошноты.

Частым осложнением беременности явились невынашивание, сопровождающееся угрозой прерывания у 18 (27,3%), преждевременные роды – у 6 (9.09%), самопроизвольный выкидыш – у 9 (13,6%). Таким образом, течение ВИЧ-инфекции у беременных характеризуется увеличением частоты невынашивания беременности (самопроизвольный

аборт и преждевременные роды), что наблюдалось у 15 (19,2%) и почти в 3 раза превышает общенациональный уровень .

Перинатальная смертность имела место в 6 (77%) случаях, что почти в 6 раз превышает общенациональный уровень.

Под нашим наблюдением находились 59 детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, в возрасте от 0 до 18 месяцев. Каждый седьмой ребенок – 9 (15,3%) имел задержку внутриутробного развития, 6 (10.1%) – низкие антропометрические показатели. Гипоксически-ишемическое поражение ЦНС наблюдалось у 4 (6.8%), конъюгационная желтуха – у 11(18,6%), недоношенность различной степени – у 6(10,2%).

У детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, обнаружено отставание в физическом развитии в возрасте от 1 до 18 мес. Выявление у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, значительных нарушений физического и психомоторного развития требует более внимательного отношения к ним педиатров.

Из 66 беременных 61 (92,4%) родоразрешилась путем кесарева сечения, 5 – через естественные родовые пути.

Среди факторов, увеличивающих риск рождения инфицированного ребенка, нами выделены следующие:

- большое количество вирусов в крови, особенно в последнем триместре беременности и во время родов;
- низкий иммунный статус (ниже 200 клеток/мл);
- наличие коинфекций (гепатит С, вирус папилломы человека, генитальный герпес), а также инфекций, передаваемых половым путем (сифилис, кандидоз, бактериальный вагиноз);
- обострение хронических заболеваний;
- затяжные роды с длительным безводным периодом (более 4 часов);
- патологические изменения в плаценте.

После рождения ребенка высоким фактором риска передачи вируса от матери является грудное вскармливание, поэтому при ВИЧ-инфекции родильницам предоставлялась возможность перейти на искусственное вскармливание и дети обеспечивались молочными смесями. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, находились под постоянным наблюдением. Первые анализы крови детей на ВИЧ-инфекцию будут обязательно положительными, так как в их крови находятся антитела матери, поэтому окончательно определить, произошла передача вируса от матери или нет, можно будет только спустя 18 месяцев после родов.

Известно, что передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку может произойти во время беременности, в родах и послеродовом периоде при грудном вскармливании.

Выводы

1. В Армении с 2005г. регистрируется рост заболеваемости ВИЧ-инфекцией среди женщин детородного возраста –18-30 лет и среди беременных. Основным путем передачи вируса является гетеросексуальный путь.

2. Установлены факторы, осложняющие течение беременности у ВИЧ-инфицированных женщин, способствующие перинатальному заражению и нарушению развития детей: высокий удельный вес инфекций, передающихся половым путем, экстрагенитальные заболевания (вирусные гепатиты и частые ОРЗ – 15,1%),

3. Течение ВИЧ-инфекции у беременных характеризуется увеличением частоты невынашивания беременности и случаев перинатальной смертности.

4. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, в возрасте от 0 до 18 мес. имеют задержку внутриутробного развития, недоношенность, низкие антропометрические данные (44,5%), частое гипоксически-ишемическое поражение ЦНС, конъюгационную желтуху.

5. С целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку проводили АРВ терапию, родоразрешение путем кесарева сечения и исключали грудное вскармливание ребенка.

Поступила 14.02.12

Հղիության առանձնահատկությունները ՄԻԱՎ վարակի դեպքում

Ջիլվան Ջոնսոն

Հայաստանում արձանագրվել է ՄԻԱՎ վարակի հաճախակա-նության բարձրացում կանանց, ինչպես նաև հղիների շրջանում, հաս-կապես երիտասարդ՝ 18-30 տարեկանների խմբում:

Մեր կողմից իրականացվել է ՄԻԱՎ վարակ ունեցող 78 հղի կանանց հղիության ընթացքի առանձնահատկությունների ուսումնա-սիրություն: Հայտնաբերվել է սեռական ճանապարհով փոխանցվող

վարակների, հղիության կրելախախտի, պերինատալ մահացության, պտղի ներարգանդային աճի դանդաղման, նորածնի կենտրոնական նյարդային համակարգի հիպօքսիկ-իշեմիկ խանգարումների բարձր հաճախականություն:

Մորից երեխային ՄԻԱՎ վարակի փոխանցման կանխարգելման նպատակով իրականացվել է անտիռետրովիրուսային կանխարգելում, կեսարյան հատում և կրծքով կերակրման բացառում:

Peculiarities of pregnancy in HIV cases

Jeevan Jonson

Frequency of HIV cases in Armenia has raised among women and pregnant women, particularly among 18-30 aged young women.

Peculiarities of the course of pregnancy among 78 pregnant women with HIV were investigated. High frequency of STI's, miscarriages, perinatal mortality, intrauterine growth retardation, infant-hypoxic-ischemic disorders of central nervous system was determined.

Antiretroviral prevention treatment, caesarean section and refrain from breast-feeding were applied to prevent mother-to-child HIV transmission.

Литература

1. *Бэк Л., Ян К.* Женщины и СПИД – современное состояние вопроса. Акуш. и гин., 1990, т.12, с. 48-50.
2. *Исаева Г.Н., Смольская Т.Т., Коровина Г.И. и др.* Оценка перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции у новорожденных. Рус. журн. ВИЧ/СПИД и родственные проблемы. СПб., 1999, т. 3, 1, с. 129 (мат. 7-й междунар. конф. по СПИДу, 24-28 мая 1999, СПб).
3. Глобальная стратегия борьбы со СПИДом. Женева, 1994, с. 18-19.
4. *Лобзин Ю.В., Иванов К.С.* ВИЧ-инфекция. Проблемы антиретровирусной терапии. Новости фармакотерапии. СПб., 1998, 5-6, с.120-123, 123-139.
5. *Островский В.А., Малин А.А.* Лекарственные средства против ВИЧ/СПИД. Тенденции и перспективы. Рус. журн. ВИЧ/СПИД и родственные проблемы. СПб., 1998, т. 2, 1, с. 61-67.
6. *Покровский В.И., Анджалидзе О.Г., Урываев Л.В., Решетникова Л.Н.* СПИД – глобальная проблема века. О перспективах развития научных исследований по проблеме СПИД, Вестн Рос. АМН, 2002, 10/15, с. 3-8.
7. *Рахманова А.Г.* Актуальные проблемы ВИЧ-инфекции. Междунар. мед.-биол. конгр. по СПИДу. СПб., 26-30 мая 1997, с. 3079.

8. AIDS and the Newborn: Report on a WHO Consultation 9-10 april 2007. Copenhagen, 2010, P. 20.
9. *Falloon J., Eddy J., Wicner L., Pizzo P.A.* Human immunodeficiency virus infection in children, *J. Pediatr.*, 1989; 114: 1: 1-30.
10. *Tanne J.H.* AIDS epidemic grows but response slows. *Br. Med. J.*, 2008; 305: 6847: 209.
11. *Ramachandran P.* HIV infection and maternal and child health. *Ind. J. Pediatr.*, 2010; 55: 3: 341-351.
12. Report. Assessment of the Prevention of Mother to Child HIV Transmission Program in the Republic of Armenia, Yerevan, 2010.
13. *Rogers M.F., White C.R., Sanders R. et al.* Lack of transmission of human immunodeficiency virus from infected children to their household contacts. *Pediatrics*, 1990; 85: 2: 210-214.
14. *Shirley J.R., Ross S.A.* Risk of transmission of human, immunodeficiency virus by bite of an infected toddler. *J. Pediatr.*, 1989; 114: 3: 425-427.