

Курбаниязова М.З.,
Негмаджанов Б.Б.,
Раббимова Г.Т.,
Базарова Н.З.

ПРОФИЛАКТИКА ВЕРТИКАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Самаркандский государственный медицинский институт

Темп распространения ВИЧ-инфекции в настоящее время один из самых быстрых в мире [3]. За 25 лет своего распространения на планете Земля эпидемия ВИЧ-инфекции унесла жизни более 25 миллионов человек [10].

Расширение гетеросексуального пути передачи ВИЧ способствует преимущественному поражению лиц молодого, репродуктивного возраста от 15 до 30 лет – это 80% всех инфицированных [1, 6].

Генерализация эпидемии ВИЧ-инфекции накладывает особую ответственность, в том числе и на родовспомогательные учреждения, по обеспечению эффективности профилактики вертикальной трансмиссии вируса иммунодефицита человека от матери плоду [7].

Вертикальная трансмиссия ВИЧ означает передачу инфекции от ВИЧ-позитивной женщины ее ребенку во время беременности, родов или при грудном вскармливании [5]. При отсутствии профилактических мероприятий риск передачи ВИЧ от матери к ребенку соответствует 15-25% в развитых странах, 25-45% в развивающихся странах [11].

Приблизительно в 60% случаев передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку происходит во время родов [3, 8]. Родоразрешение путем операции кесарева сечения снижает риск передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку независимо от степени инфицированности и применения профилактического лечения [9].

Проблема ВИЧ-инфекция у беременных актуально и в том плане, что необходимо сохранить здоровье не только матери, но и плода, новорожденного и предупредить патологию периода детства и дальнейшей жизни ребенка [4].

Цель исследования: Улучшение комплекса мер профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Материалы и методы исследования: Проспективное изучение истории родов у женщин с ВИЧ-инфекцией, родоразрешившихся за 2009-2011 гг. Исследования проводились в акушерском стационаре, 1 и 3- родильного комплекса г. Самарканда.

Результаты исследования и их обсуждение. По данным наших исследований с 2006 по 2011 г. в родильном комплексе №3 количество родивших ВИЧ – позитивных женщин увеличилось в 6 раз. Из наблюдаемых нами 26 ВИЧ-инфицированных родивших женщин более половины были жительницы города Самарканд в возрасте от 19 до 34 лет. Являясь жительницами города, большинство женщин не имели препятствий для наблюдения в женской консультации или в центре по борьбе со СПИДом во время беременности, однако 4 (15%) женщин с ВИЧ – инфекцией не находились под родовым наблюдением.

По социальному положению 2(8%) женщины были незамужними, 24 (92%) женщин состоят в браке. ВИЧ – инфицированной до беременности была одна (4%) женщина. У 22 (84%) женщин ВИЧ – инфекция была впервые выявлена во время данной беременности при постановки на учёт в женскую консультацию. У 3 (12%) женщин ВИЧ-инфекция была выявлено в родильном комплексе.

При сборе анамнеза данного заболевания выяснилось, что вредные привычки имеют (инъекционные наркотики) -2 (8%) женщин; не имеют -24 (92%). Предполагаемый путь инфицирования: инъекционный у 2 (8%); половой у 2 (8%); гемотрансфузионный у 1 (4%); не уточненный у 21 (80%).

Анализ репродуктивной функции показал, что 16 (62%) женщин были повторно беременными. Из них у 12 (75%) женщин была IV и более беременность.

Из 26 ВИЧ – инфицированных женщин у 16 (62%) имеется отягощенный акушерско-гинекологический анамнез (ОАГА). Исследование акушерско-гинекологического анамнеза показало, что у 7 (44%) наблюдались самопроизвольные выкидыши; у 4 (25%) искусственные аборт; у 4 (25%) ранняя неонатальная смерть плода; первичное бесплодие наблюдалось у 2 (12%); неразвивающаяся беременность у 1 (6%); рубец на матке после операции кесарево сечение наблюдалось у 1 (6%); преждевременные роды у 1 (6%) и антенатальная гибель плода наблюдалось в 1 (6%) случае. Таким образом, у всех повторно беременных пациенток с ВИЧ - инфекцией имели место ОАГА.

Таблица 1. АРВ-терапия у ВИЧ-инфицированных женщин во время родов и в послеродовом периоде.

Во время родов	После родов
Зидовудин (300 мг) каждые 3 часа + Ламивудин (150мг) x 2 раза в сутки перорально до родоразрешения + Невирапин (200 мг) однократно перорально в начале родовой деятельности	Зидовудин (300 мг) + Ламивудин (150 мг) x 2 раза в сутки перорально на протяжении 7 суток

При изучении течения настоящей беременности данная беременность протекала без осложнений всего у 2 (8%). I-половина протекала на фоне угрозы прерывания у 3 (12%); ранний токсикоз беременных у 7 (29%); ОРВИ/ОРЗ у 1 (4%); ожоговая болезнь у 1 (4%); анемии различных степеней у 20 (83%). II-половина беременности протекала на фоне угрозы преждевременных родов у 3 (12%); ОРВИ/ОРЗ у 4 (16%); гестоз у 8 (32%).

По данным УЗИ у 4 (16%) ВИЧ-инфицированных беременных наблюдалось многоводие; маловодие отмечалось у 2 (8%); хроническая фетоплацентарная недостаточность у 2 (8%); хроническая гипоксия плода у 1 (4%); крупный плод был диагностирован 1 (4%) случае.

По данным анализа мазка взятых из влагалища у 22 ВИЧ-инфицированных женщин, у 14 (64%) были выявлены дрожжевые грибки рода *Candida*; 4 (18%) женщин имели 3 степень чистоты влагалищного мазка; 2 степень чистоты у 4 (18%).

Анализ проведенных исследований по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (ППМР) показал, что до беременности АРВ – терапию получала всего одна (4%) женщина; во время беременности получали АРВ – терапию 5 (19%) ВИЧ – инфицированных женщин. При поступлении в родильный комплекс и во время родов принимали АРВ - терапию 23 (88%). При выписке из родильного комплекса ВИЧ – инфицированных женщин прием АРВ - терапии составила 26 (100%).

При поступлении на родоразрешение все женщины с установленным ВИЧ - статусом 23 (88%) принимали АРВ терапию по приказу №74 (2009/18/03) Министерство здравоохранения Республики Узбекистан «О мерах по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения». Во исполнение Национального плана действий по профилактике распространения ВИЧ-инфекции в Республике Узбекистан на 2009-2011 гг., утвержденного Постановлением №1 Кабинета Министров Республики Узбекистан от 5 января 2009 г. с целью предупреждения вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку в учреждениях первичной медико-санитарной помощи и родовспомогательных учреждениях Министерства здравоохранения Республики Узбекистан.

Был изучен исход данной беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Роды разрешились через естественные родовые пути 6 (23%) женщин; родоразрешение путём операции кесарево сечение было выполнено у 20 (77%) ВИЧ – инфицированных женщин, из них плановое кесарево сечение применялось у 16 (62%) женщин, состоявших на учёте во время беременности. У 4 (15%) женщин без дородового наблюдения, кесарево сечение проводилось по экстренным показаниям в 100% случаев. Среди 20 ВИЧ-инфицированных женщин, которым было выполнено кесарево сечение, 7 (35%) выполнена ДХС (добровольная хирургическая стерилизация) по Помероу. Что говорит о том, что 27% от общего числа родов или 35% ВИЧ-инфицированных женщин, которым было выполнено операция кесарево сечение уже не будут рожать.

Таблица 2. Приём АРВ – терапии у новорожденных по Национальному протоколу (АРВ – терапия была начата в первые 8 часов после рождения ребенка)

Новорожденные	Название АРВ-препарата (сироп)	Доза	Продолжительность приёма
Доношенные 23(88%)	Зидовудин (ZDV) Ламивудин (ЗТС) Невирапин (NVP)	4 мг/кг x 2 раза в сутки 2 мг/кг x 2 раза в сутки 2 мг/кг	в течение 28 дней в течение 28 дней однократно
Недоношенные 2(8%)	Зидовудин (ZDV) Ламивудин (ЗТС) Невирапин (NVP)	1,5-2 мг/кг x 2 раза в сутки 0,7-1 мг/кг x 2 раза в сутки 0,7-1 мг/кг	в течение 28 дней в течение 28 дней однократно

У 6 (23%) женщин завершивших роды через естественные родовые пути: срочные роды произошли у 4 (15%); преждевременные роды 1 (4%); антенатальная гибель плода у 1 (4%).

Во время нашего исследования были изучены истории 26 новорожденных. Доношенными родились 23 (88%); недоношенными родились 2 (8%); мертворожденные составили 1 (4%).

Также была изучена структура заболеваемости новорожденных, из 25 новорожденных здоровыми родились - 21(84%); СДР (синдром дыхательных расстройств) выявлен у 1 (4%); ЗВУР (задержка внутриутробного развития) у 2 (8%); ГБН (гемолитическая болезнь новорожденного) у 1 (4%).

Так как одной из неотъемлемой частью профилактики передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку является вопрос о грудном вскармливании, был хорошо изучен и этот пункт в истории родов и в истории новорожденных.

Так в истории новорожденных фиксируется, что после проведенной консультации по вопросам грудного вскармливания 24 (96%) женщин отказались от нее и всего лишь одна женщина из-за неудовлетворительных бытовых условий, отказалась от искусственного вскармливания, и продолжала кормить грудью.

Таким образом, неблагоприятный социальный статус, употребление инъекционных наркотиков являются важным фактором, определяющий как особенности течения беременности, родов, состояние новорожденных, так и проведение химиопрофилактики перинатальной ВИЧ-трансмиссии [12]. В большинстве случаев эти женщины поздно обращались за медицинской помощью, а следовательно, поздно и/или в недостаточном объеме получали АРВ-профилактику. Отсутствие дородового наблюдения является причиной увеличения риска перинатальной передачи ВИЧ-инфекции, так как уже доказано, что роды на сроке ранее 35 недель беременности и масса тела ребенка менее 2500 г. являются дополнительными факторами риска передачи ВИЧ от матери ребенку [2].

Выводы.

1. Количество родов, принятых у ВИЧ-инфицированных по 3-род. комп. г. Самарканд за последние годы увеличилось в 6 раз с одного случая в 2006 году до 6 случаев в 2010 году.

2. У 21 (80%) ВИЧ-позитивных женщин путь инфицирования не уточнен; 2 (8%) инфицированы половым путем; 2 (8%) потребители инъекционных наркотиков и у 1 (4%) гемотранфузионный путь инфицирования.

3. Течение беременности у ВИЧ-инфицированных женщин осложнилось: I-половина – угрозой прерывания у 3 (12%); токсикоз I-половины беременности у 7 (29%). II-половина беременности протекала на фоне угрозы преждевременных родов у 3 (12%); гестоз у 8 (32%). Данная беременность протекала гладко всего у 2 (8%).

4. По данным анализа влагалищного мазка ВИЧ-инфицированных женщин у 14 (64%) были выявлены дрожжевые грибки рода *Candida*.

5. До беременности АРВ-терапию получала всего 1 (4%) женщина; во время беременности 5 (19%); при поступлении в родильный комплекс 23 (88%), а при выписке из родильного комплекса его прием составил 26 (100%).

6. У 6 (23%) ВИЧ-инфицированных женщин родоразрешились через естественные родовые пути; 20 (77%) путем операции кесарево сечение. У 7(35%) выполнено ДХС по Померою. Наиболее рациональным методом родоразрешения является кесарево сечение в плановом порядке.

7. От грудного вскармливания отказались 24 (96%) женщин; а 1 (4%) продолжала кормить грудью.

Практические рекомендации

1. Амбулаторно-поликлинические учреждения акушерско-гинекологического профиля должны стать одним из основных звеньев по выявлению ВИЧ-инфекции у женщин, консультированию по вопросам контрацепции и планирования семьи у ВИЧ-инфицированных.

2. Все ВИЧ-позитивные беременные женщины должны наблюдаться до родов как в женской консультации по месту жительства, так и в региональных Центрах по борьбе со СПИДом.

3. Всем ВИЧ-инфицированным беременным в антенатальном периоде с 24 недель, в родах и в послеродовом периоде в течение 7 дней, а также у их новорожденных в течение 28 дней жизни проводить АРВ-профилактику.

4. Вопрос о методе родоразрешения ВИЧ-инфицированной беременной в каждом случае решать индивидуально в зависимости от акушерской ситуации, уровня вирусной нагрузки, социальной адаптации и желания женщины.

5. Всем беременным женщинам с ВИЧ-инфекцией осуществлять дородовую госпитализацию при сроке беременности 38 недель для планового кесарева сечения и для обеспечения полноценной АРВ-профилактики.

6. Учитывая, что риск передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку при грудном вскармливании составляет до 45%, следует отказаться от грудного вскармливания.

Использованная литература:

1. Абдуллаева М.А., Артыкбаева Д.Б., Ахмеджанова З.И. Ключевые факторы естественной резистентности при ВИЧ-инфекции // Реформирование санитарно-эпидемиологической службы. – Ташкент, 2008. –С. 8-10.
2. Бабаходжаева Д.И. Дородовое наблюдение в профилактике перинатальной передачи ВИЧ- инфекции // Вестник врача. 2009. №3, Самарканд. С. 357-358.
3. Глинский Н.В., Слободенюк В.К., Сайченко Н.П. Эпидемия ВИЧ-инфекции на территории Уральского Федерального округа // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2006. -36. – С. 9-13.
4. Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Юрин О.Г. Развитие эпидемии ВИЧ-инфекции в регионах Российской Федерации в 2007 г. // Эпидемиология и инфекционные болезни. – 2008. -№3. –С. 7-13.
5. Покровский В.В., Ладная Н.Н., Соколова Е.В. и др. // ВИЧ-инфекция: Инфекционные болезни. – 2003.—№25. –С. 23-25.
6. Приказ № 74 МЗ РУз от 18 марта 2009 года «О мерах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в родовспомогательных учреждениях системы Министерства здравоохранения»
7. Приказ № 480 МЗ РУз от 30 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан»
8. Развитие эпидемии СПИД, ЮНЭЙДС, ВОЗ, декабрь 2006.
9. Рахманова А.Г. СПИД // Секс. Здоровье. 2005. № 1(53). С. 2-3.
10. Scheduled Caesarean delivery and the prevention of vertical transmission of HIV infection, International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2001, 73(3):279-281.
11. Therapeutic and other interventions to reduce the risk of mother-to-child transmission of HIV-1 in Europe: the European Collaborative Study, British Journal of Obstetrics and Gynecology, 2000, 105:704-709.
12. World Health Organization: Antiretroviral drugs and the prevention of mother-to-child transmission of HIV infection in resource-constrained settings. Recommendations for use in 2004: Электронный ресурс <http://www.who.int/3bv5/publications/documents/cn/omtc2004.pdf>