

УДК 618.3+618.39:618.7:616-092

© Ф. Ш. Хурамшин, 2011.

ВЛИЯНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ НА ТЕЧЕНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ, РОДОВ, ПОСЛЕРОДОВОГО ПЕРИОДА И ВЛИЯНИЕ БЕРЕМЕННОСТИ НА ТЕЧЕНИЕ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

Ф. Ш. Хурамшин

Кафедра акушерства и гинекологии №1 (зав. кафедрой – проф. В. А. Заболотнов),
 ГУ «Крымский государственный медицинский университет имени С. И. Георгиевского», г. Симферополь.

INFLUENCE OF HIV ON PREGNANCY, LABOR, POSTPARTUM AND EFFECT OF PREGNANCY ON COURSE OF HIV INFECTION

F. S. Khuramshyn

SUMMARY

The article presents the most significant data of literature on the impact of HIV on pregnancy, childbirth, postpartum and the effect of pregnancy on the course of HIV infection, as well as the fetus and newborn.

ВПЛИВ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ НА ПЕРЕБІГ ВАГІТНОСТІ, ПОЛОГІВ, ПІСЛЯПОЛОГОВОГО ПЕРІОДУ ТА ВПЛИВ ВАГІТНОСТІ НА ПЕРЕБІГ ВІЛ-ІНФЕКЦІЇ

Ф. Ш. Хурамшин

РЕЗЮМЕ

У статті наведено найбільш значні дані спеціальної літератури з питань впливу ВІЛ-інфекції на перебіг вагітності, пологів, післяпологового періоду та вплив вагітності на перебіг ВІЛ-інфекції, а також стан плода та новонародженого.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, роды, послеродовой период, антенатальный период.

Исследование американских и швейцарских ученых не выявили существенного влияния беременности на величину вирусной нагрузки. Беременность почти не влияет на развитие инфекции при бессимптомном течении болезни, но на поздних стадиях ВИЧ-инфекции может приводить к прогрессу заболевания. При соединении ВИЧ-инфекции и малярии значительно повышается риск материнской и перинатальной смертности. В зонах эпидемии ВИЧ-инфекции СПИД является одной из распространенных причин материнской смертности (20,0%). На современном этапе проводятся исследования относительно влияния беременности на прогресс ВИЧ-инфекции в случае применения высоко эффективной антиретровирусной терапии. Исследование в США (2004), проведенное у 759 женщин, живущих с ВИЧ, которые получали высокоактивную антиретровирусную терапию, показало, что беременность на фоне этой терапии сопровождалась низким риском прогресса ВИЧ-болезни, что объясняется улучшением иммунного статуса [3, 25].

По некоторым данным литературы, беременность также оказывает неблагоприятное влияние на дальнейшее течение ВИЧ-инфекции. Доказано, что у 45,0-57,0% беременных – бессимптомных носителей ВИЧ – при отсутствии современных методов лечения инфекция манифестирует в период 28-30 месяцев после родов [1, 2, 8]. Осложнения послеродо-

вого периода намного быстрее приводят к манифестации и генерализации течения ВИЧ-инфекции [13]. У женщин во время беременности функция иммунной системы изменяется. В начале беременности снижается уровень иммуноглобулинов и компонента, а также ослабляется клеточный иммунитет. Эти изменения во время беременности могут привести к прогрессу ВИЧ-инфекции [6].

У ВИЧ-инфицированных женщин беременность развивается, как правило, на фоне хронических воспалительных заболеваний половых путей: бактериальных вагинитов и кандидамикозов, специфических и неспецифических вульвовагинитов. Уровень гинекологических заболеваний у женщин с ВИЧ-статусом составляет 42,0%. Это существенно повышает уровень перинатальной трансмиссии ВИЧ в разные сроки беременности и приводит к возникновению многих осложнений [2, 3, 16].

Проведенные исследования показали неблагоприятное влияние ВИЧ-инфекции на беременность и появление осложнений на ранних и поздних сроках беременности. Так, число самопроизвольных выкидышей у ВИЧ-позитивных было в 1,8 раз больше, чем у неинфицированных. В Украине эта тенденция несколько отличается: самопроизвольные выкидыши в общей популяции беременных составили в 2007 г. 3,4%, среди ВИЧ-позитивных – 2,3% [16]. При изучении особенностей течения беременности у ВИЧ-инфициро-

ванных было отмечено увеличение количества преждевременных родов и рождения недоношенных детей (14,2-14,7%) [1, 2, 8]. Согласно данным ряда исследований, у ВИЧ-положительных беременных вдвое чаще происходят не только досрочные роды, но и преждевременная отслойка плаценты. Это указывает на необходимость дородовой подготовки ВИЧ-положительной женщины с целью предупреждения преждевременного рождения детей и других осложнений [16].

Угроза прерывания в структуре патологического течения беременности при ВИЧ-инфекции занимает второе место и наблюдается от 20,6 до 32,0% [2, 8, 10]. При преждевременных родах повышается чувствительность к трансмиссии ВИЧ-инфекции новорожденными в связи с незрелостью иммунной системы у недоношенных детей [5, 9].

Нередко у ВИЧ-инфицированных беременных встречается бактериальная пневмония, инфекции мочевых путей и другие заболевания, вызванные условно-патогенной флорой. Среди молодых людей, живущих с ВИЧ, значительно чаще распространен Herpes Zoster. Ряд исследований свидетельствует о росте хориоамнионитов у ВИЧ-положительных беременных, особенно при условии наличия сопутствующих инфекций, передающихся половым путем [24, 26].

У ВИЧ-положительных беременных частота осложнений во время беременности, родов и в послеродовом периоде зависит от стадии ВИЧ-инфекции, состояния иммунной системы, наличия сопутствующих инфекций, передающихся половым путем. Назначение антиретровирусной терапии во время беременности приводит к снижению вирусной нагрузки до 1000 и меньше копий, увеличению количества Cd4+ лимфоцитов, профилактике оппортунистических инфекций, снижению уровня перинатального ВИЧ-инфицирования и сохранению здоровья [14, 16].

Достоверно чаще, чем в популяции, у ВИЧ-инфицированных женщин беременность осложняется анемией различной степени тяжести, угрозой прерывания, гестозом, фетоплацентарной недостаточностью, проявляющейся синдромом задержки внутриутробного развития и гипотрофией плода. Плацентарная недостаточность сопровождает практически все осложнения беременности. Частота ее при ВИЧ-инфекции достигает 50,0-60,0% [2, 7, 9, 10].

Даже бессимптомное носительство ВИЧ у беременной может сопровождаться выраженной плацентарной недостаточностью, которая способствует инфицированию, а иногда и гибели плода [1, 5, 7]. При морфологическом исследовании последа признаки относительной хронической плацентарной недостаточности в сочетании с хориоамнионитом зарегистрированы в 100% случаев. Риск трансплацентарной перинатальной трансмиссии ВИЧ увеличивается при наличии признаков отслойки плаценты, нарушения ее мембран и воспалительных процессов в плаценте [2, 10].

ВИЧ-инфицированные беременные относятся к группе риска по возникновению кровотечений во время беременности, родов и послеродового периода. Этому способствует более высокий уровень анемии, развитие тромбогеморрагического синдрома. Отмечается тромбоцитопения, связанная с наличием ВИЧ-антител, приводящих к деструкции тромбоцитов, а также с длительным приемом Ретровира (с 14-34-й недели). Развитию тромбогеморрагического синдрома также способствует нарушение функции печени, проявляющееся гипоальбуминемией, гипофибриногенемией, которые нарастают по мере прогрессирования иммунодефицита [13].

Одним из основных осложнений родов у рожениц с ВИЧ является преждевременный разрыв плодных оболочек (от 18,0 до 63,0%) [15]. Разные ученые основной причиной данного осложнения считают воспалительные изменения плодных оболочек. Преждевременному разрыву плодных оболочек способствует латентно протекающее инфицирование околоплодной жидкости. Микробному обсеменению околоплодных вод, а вместе с ними и плода при целом плодном пузыре способствует предыдущая колонизация половых путей условно-патогенными микроорганизмами, а также стафилококками группы В. По данным последних лет, преждевременный разрыв плодных оболочек в 2,6-3,8 раза чаще наблюдается у женщин с бактериальным вагинозом. У 86,1% ВИЧ-инфицированных беременных наблюдается, в основном, бессимптомное течение [1, 3, 8].

У 23,6% женщин в родах развивается патология родовой деятельности в виде слабости. Стремительные роды наблюдаются в 2,0% случаев. В каждом десятом случае возникает необходимость проведения инструментальной ревизии полости матки, обусловленной дефектом плацентарной ткани (6,0%) или возникновением гипотонического кровотечения в раннем послеродовом периоде (4,0%) [3]. В послеродовом периоде у ВИЧ-инфицированных женщин риск возникновения гнойно-воспалительных осложнений повышается до 20,0%. На течение послеоперационного периода у ВИЧ-инфицированных влияет наличие сопутствующей патологии (острой или хронической), состояние микробной экологии женщины, сочетание с TORCH-инфекцией [1, 26, 23, 28].

У ВИЧ-положительных рожениц чаще возникают инфекционные осложнения в послеродовом периоде. Исследования показали, что при родоразрешении путем кесарева сечения увеличивается частота воспалительных осложнений, повышается материнская смертность, особенно у женщин с низким количеством Cd4+ лимфоцитов [20, 27].

Частота послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных в 2,1-2,7 раза больше по сравнению с контрольной группой. Число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных после родо-

разрешения путем операции кесарева сечения в 2 раза больше, чем после родов через естественные родовые пути. ВИЧ-инфицированные беременные имеют большое число таких факторов риска по возникновению послеродовых гнойно-воспалительных осложнений, как анемия, заболевания, передающиеся половым путем, инфекции мочевыводящих путей, которые необходимо учитывать и лечить при планировании родоразрешения у пациенток этой группы. Своевременная диагностика и лечение сопутствующих заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин во время беременности, определение иммунного статуса, применение антиретровирусной терапии позволяют снизить число послеродовых гнойно-воспалительных осложнений [19, 22]. Однако, мероприятия профилактики гнойно-септических осложнений в послеродовом и послеоперационном периодах у ВИЧ-инфицированных женщин разработаны недостаточно, схемы ведения послеродового периода недостаточно апробированы [13].

Перинатальная смертность в Украине, по данным мониторинга 2001-2003 годов, среди детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, почти в 4 раза, превышала уровень среди общей популяции новорожденных. За последние 3-4 года этот показатель снизился почти наполовину. Мертворождение в Украине встречается чаще у ВИЧ-инфицированных женщин (в 2006 г. – 10,9%), чем среди общего количества родов (в 2007 г. – 6,3%). По данным некоторых Центров в Африке, количество мертворожденных у ВИЧ-позитивных матерей почти в 2 раза выше, чем в общей популяции [17, 18, 21].

Обеспечение антиретровирусной терапией женщин, которые живут с ВИЧ, является важным фактором для снижения материнской смертности, эффективным методом предупреждения ВИЧ-инфекции среди детей и повышения выживания детей, рожденных ВИЧ-позитивными матерями, а также улучшения качества жизни самой женщины, что важно для профилактики сиротства и позитивного влияния на демографическую ситуацию [11, 12]. Женщины, которые нуждаются в высокоактивной антиретровирусной терапии, должны иметь неограниченный доступ к ней. При выборе режима высокоактивной антиретровирусной терапии необходимо учитывать возможность планируемой или непланируемой беременности. Таким образом, вопрос влияния беременности на ход ВИЧ-болезни нуждается в последующем изучении [16].

ЛИТЕРАТУРА

1. Ведення післяпологового періоду у ВІЛ-інфікованих жінок / Н. Н. Нізова, І. А. Бойченко, С. П. Посохова [та ін.] // Одеський медичний журнал. – 1999. – № 3. – С. 45–47.
2. ВИЧ-инфекция и беременность: современное состояние вопроса (обзор литературы) / Н. Н. Низо-

ва, С. П. Посохова, Т. Ю. Рачок [и др.] // Проблемы медицины. – 1999. – № 5 (9-10). – С. 63–65.

3. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / [В. В. Покровский, Т. Н. Ермак, В. В. Беляева и др.]. – ГЭОТАР Медицина, 2000. – 496 с.

4. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение / [Покровский В. И., Ермак Т. Н., Беляева В. В., Юрин О. Г.]; под ред. В. И. Покровского. – М: Гэотар медицина; 2000. – 461 с.

5. Гирін В. М. Навчальний посібник з лабораторної діагностики ВІЛ-інфекції / СНІДу / Гирін В. М., Дзюблик І. В., Порохницький В. Г. – К., 1999. – 160 с.

6. Горленко А. В. Анализ иммунологических показателей у беременных с ВИЧ-инфекцией / А. В. Горленко, О. А. Белых // Иммунология. – 2005. – Т. 26, № 3. – С. 167–170.

7. Гранитов В. М. ВИЧ-инфекция/СПИД, СПИД-ассоциированные инфекции и инвазии / Гранитов В. М. – М: Мед. книга, 2003. – 124 с.

8. Джин Р. Андерсон. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам / Джин Р. Андерсон. – США, 2003. – 216 с.

9. Єщенко О. Г. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ шляхом раціонального ведення вагітності та пологів у ВІЛ-інфікованих жінок: автореф. дис. на здобуття наук. ступеня канд. мед. наук : спец. 14.01.01 «Акушерство та гінекологія» / О. Г. Єщенко. – К; 2004. – 19 с.

10. Запорожан В. Н. ВИЧ-инфекция в перинатологии: для врачей акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов, семейных врачей / Запорожан В. Н., Аряев Н. Л., Котова Н. В. – Киев, 2000. – 326 с.

11. Котова Н. В. Факторы, влияющие на перинатальную передачу ВИЧ / Н. В. Котова // Здоровье женщины. – 2007. – № 1. – С. 218–222.

12. Марциновская В. А. Оценка эффективности проведения профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ в некоторых регионах Украины / В. А. Марциновская // Здоровье женщины. – 2005. – № 4. – С. 142–145.

13. Однокоз Т. А. Анализ осложнений беременности, родов и послеродового периода при ВИЧ-инфекции / Т. А. Однокоз, В. В. Каминский // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1 (21). – С. 162–164.

14. Однокоз Т. О. Характеристика видового складу та популяційного рівня мікробного пейзажу слизової оболонки піхви ВІЛ-інфікованих роділей, вагітність яких перебігала на тлі бактеріального вагінозу / Т. О. Однокоз // Репродуктивное здоровье женщины. – 2006. – № 4. – С. 13–17.

15. Однокоз Т. О. Характеристика факторів неспецифічного імунного проти інфекційного захисту у ВІЛ-інфікованих вагітних у разі передчасного розриву плодових оболонок / Т. О. Однокоз // Репродуктивное здоровье женщины. – 2007. – № 1. – С. 214–217.

16. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ: навчальний посібник для курсантів післядипломної освіти вищих медичних навчальних закладів III-IV рівнів акредитації / [А. М. Кенней, Т. А. Александріна, О. М. Бабенко та ін.]. – Київ, 2008. – 252 с.
17. Посохова С. П. ВІЛ-інфекція та вагітність. Прогноз для матері та плода / С. П. Посохова // Педіатрія, акушерство та гінекологія. – 1999. – № 4. – С. 229–231.
18. Посохова С. П. Течение беременности и частота перинатальной трансмиссии ВИЧ у беременных с различными стадиями ВИЧ-инфекции / С. П. Посохова // Репродуктивное здоровье женщины. – 2005. – № 1. – С. 165–168.
19. Посохова С. П. Частота и профилактика послеродовых гнойно-воспалительных осложнений у ВИЧ-инфицированных женщин / С. П. Посохова // Репродуктивное здоровье женщины. – 2004. – № 3 (19). – С. 107–109.
20. Посохова С. П. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини залежно від перебігу пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних / С. П. Посохова // Одеський медичний журнал. – 2005. – № 1. – С. 88–91.
21. Стан проблеми ВІЛ-інфекції при вагітності в Україні / В. М. Запорожан, Т. К. Іркіна, Н. М. Нізова [та ін.] // Перинатологія та педіатрія. – 2002. – № 1. – С. 3–4.
22. Трубникова Л. И. Экспрессия антигена вируса иммунодефицита человека в цервикальной слизи как показатель степени риска интранатального заражения плода / Л. И. Трубникова, Л. М. Киселева, М. А. Иглина // Российский вестник акушера-гинеколога. – 2009. – Т. 9, № 2. – С. 8–11.
23. Complications According to Mode of Delivery Among Human Immunodeficiency Virus-Infected Women with CD4 Lymphocyte Counts of 500/microliter / D. H. VMs, J. Lambert, R. Stiehm [et al.] // Am. J. Obstet. Gyrecd. – 2001. – Vol. 183. – P. 100–107.
24. Dhanasekar G. Atypical presentation of HIV in a pregnant / G. Dhanasekar, A. Robertson, K. Nicholson // Ulster Medical Journal. – 2006. – Vol. 75, № 2. – P. 160–161.
25. Mc Donald C. National review of maternity care for women with HIV infection / C. Mc Donald, H. Curtis, de Ruiter // HIV Medicine. – 2006. – Vol. 7, № 5. – P. 275–280.
26. Perinatal transmission of HIV-1 from pregnant women with RNA level less than 1000 copies/ml / J. P. A. Ioannidis, E. J. Abrams, A. Amman [et al.] : In: Program and abstracts [«8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections»], (February 4-8, 2001). – Chicago, Illinois, 2001. – Abstract 517.8.
27. Shah S. S. Preventing HIV transmission during pregnancy / S. S. Shah, J. P. Mc Gowan // Infect. Med. – 2001. – Vol. 18, № 2. – P. 94–105.
28. Thorne C, for the European Collaboration Study. Antiretroviral therapy and cesarean section to reduce vertical transmission of HIV in Europe : In: Program and abstracts of [«The X111 International AIDS Conference»], (July 9-14, 2000). – Durban, South Africa, 2000. – Abstract MoOrC240.9.