

# Особливості перебігу вагітності у жінок, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз

**Т.Л. Габорець**

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Туберкульоз залишається основним опортуністичним захворюванням у ВІЛ-інфікованих хворих і є основною причиною їхньої смерті. Останнім часом все частіше спостерігаються випадки вагітності серед жінок з даною патологією. У статті проаналізовано перебіг вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом, визначені рівні акушерських ускладнень, перинатальної патології та наведена порівняна характеристика ускладнень залежно від терміну виявлення захворювання та проведеного лікування. Ураховуючи отримані дані, зроблені висновки щодо можливості виношування вагітності ВІЛ-інфікованими жінками, які хворіють на туберкульоз, та прогнозу можливих ускладнень перебігу вагітності.

**Ключові слова:** вагітність, ВІЛ-інфекція, туберкульоз, акушерські та перинатальні ускладнення.

Масштаби епідемії ВІЛ-інфекції/СНІДу продовжують зростати. У віковій структурі захворюваності переважають особи віком 25–49 років. З 2008 року відбулась зміна шляхів передачі ВІЛ з парентерального на гетеросексуальний. Питома вага статевого шляху передачі у 2013 році дорівнювала 65,7%. Протягом останніх років спостерігається тенденція до збільшення питомих ваг нових випадків захворюваності на ВІЛ серед жінок репродуктивного віку.

Рівень поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування у 2013 році становив 0,39%. Поступово зменшується кількість жінок із уперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих вагітних з 74,4% у 2009 році до 49,4% у 2013 році.

Незважаючи на позитивні тенденції щодо зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних у цілому по Україні, в Одеській, Дніпропетровській, Донецькій, Миколаївській, Київській, Кіровоградській, Чернігівській областях епідемія поки не має ознак уповільнення. [1]

В Україні все ще реєструють випадки вперше діагностованої ВІЛ-інфекції під час повторного обстеження вагітних, що негативно впливає на рівень трансмісії ВІЛ від матері до дитини через несвоєчасність призначення профілактичного лікування.

Активне впровадження програм профілактики ВІЛ від матері до дитини дозволило знизити рівень передачі ВІЛ від матері до дитини. Так, частота передачі ВІЛ за останні десять років зменшилась в 7,5 разу (з 27,8% у 2001 до 3,7% у 2011 році) [1].

За даними офіційної статистики МОЗ України найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням в останні роки лишається туберкульоз, і, як наслідок, частіше зустрічаються випадки вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом.

Так, за інформацією ДУ «Український центр контролю за соціально небезпечними хворобами», а саме за даними звітної форми № 63 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» в Україні у 2012 році серед 4243 ВІЛ-інфікованих вагітних, кількість випадків вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом склала 84 (1,98%) особи; у 2013 році серед 4319 ВІЛ-інфікованих вагітних кількість таких випадків вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом склала 107 (2,48%).

Найбільший ризик появи або загострення туберкульозу припадає на першу половину вагітності й останні тижні перед пологамі. Критичними для жінки є також пологи і післяпологовий

період, коли відбувається раптова зміна діяльності організму та гормональних співвідношень [4,5].

Туберкульоз на сьогодні залишається основним інфекційним захворюванням, яке є причиною смерті ВІЛ-інфікованих, у тому числі ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку. Найбільший тягар ВІЛ-інфекції та туберкульозу припадає на жінок дітородного віку (15–49 років) [5], це в свою чергу пов'язано з найвищою захворюваністю жінок на туберкульоз та ВІЛ-інфекцію саме в репродуктивному віці. У разі захворювання на туберкульоз вагітної або жінки в післяпологовий період, значно зростає рівень материнської смертності, перинатальної патології та підвищується рівень передачі ВІЛ від матері до дитини. Поведені дослідження свідчать, що за наявності туберкульозу у ВІЛ-інфікованої жінки рівень передачі ВІЛ від матері до дитини збільшується у 2,5 разу [4, 5]. Одночасно існує ризик передачі туберкульозної інфекції новонародженому, за результатами проведених досліджень рівень передачі туберкульозу новонародженому від інфікованої матері може досягати 15% [3, 6].

## МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведено комплексне дослідження перебігу вагітності у 94 вагітних, які були розділені на три групи. Першу (I) клінічну групу склали 34 ВІЛ-інфіковані вагітні, у яких під час вагітності вперше діагностовано туберкульоз. Другу (II) клінічну групу склали 30 ВІЛ-інфікованих вагітних, у яких до вагітності вперше діагностовано туберкульоз та які отримали курс протитуберкульозної терапії. Третю (III) контрольну групу склали 30 ВІЛ-інфікованих вагітних.

Проведено клініко-статистичний аналіз перебігу вагітності та стану новонароджених від матерів основних груп та групи порівняння.

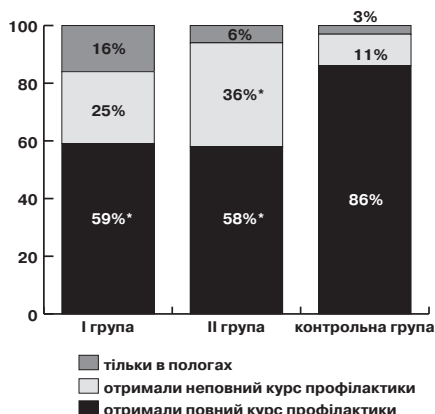
Критеріями включення до I групи стали наявність у жінки ВІЛ-інфекції та вперше діагностованого під час вагітності легеневого туберкульозу; до II групи – наявність ВІЛ-інфекції та залишкових змін після перенесеного легеневого туберкульозу, також жінкам даної групи було проведено курс протитуберкульозної терапії до вагітності; до контрольної групи – наявність у вагітної ВІЛ-інфекції. Метою розділення вагітних на перші дві групи дослідження було вивчення та проведення аналізу частоти ускладнень перебігу вагітності та пологів у ВІЛ-інфікованих жінок залежно від активності наявного туберкульозного процесу та впливу проведеного протитуберкульозного лікування.

За віком, соціальним статусом, паритетом вагітностей та пологів групи були близькими, що забезпечувало можливість порівняння результатів дослідження.

**Мета дослідження:** вивчення особливостей перебігу вагітності та пологів, визначення рівня акушерських та перинатальних ускладнень у жінок, хворих на ВІЛ-асоційований туберкульоз.

## РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Віковий діапазон усіх вагітних складав від 17 до 38 років. За оцінкою середнього віку вагітних в усіх групах достовірних розходжень не виявлено.



Примітки: \* – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок без туберкульозу ( $p < 0,05$ );

# – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок з залишковими змінами перенесеного туберкульозу ( $p < 0,05$ )

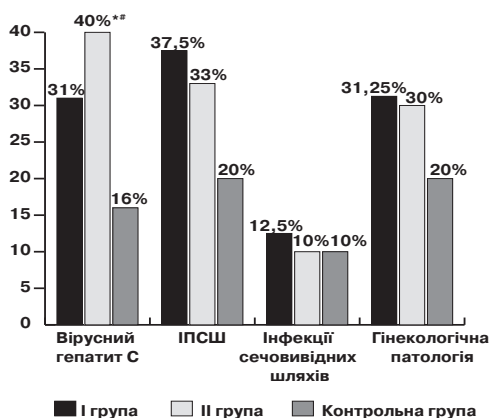
**Мал. 1. Профілактика вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини**

Визначення рівня акушерських та перинатальних ускладнень проводили за даними клінічного перебігу вагітності, даних ультразвукового дослідження (УЗД), результатами лабораторних досліджень.

За даними анамнезу серед жінок I групи тютюнову залежність мали 88% жінок, алкогольну залежність – 21%; наркотичну залежність – 46% жінок; в II групі тютюнову залежність мали 68% жінок, алкогольну залежність – 20%; наркотичну залежність – 40% вагітних. У контрольній групі зазначені показники були дещо нижчими: 55%, 11% та 11% відповідно.

Необхідно звернути увагу на той факт, що серед жінок, які були включені в дослідження, були вагітні з низьким соціальним рівнем, а саме – жінки не вмели ні писати, ні читати. Найвищий відсоток жінок з низьким соціальним рівнем спостерігався в I групі та склав 15,6%, в II та III групах по 3% відповідно.

Серед вагітних I групи на обліку з вагітності не перебували 16% жінок, з II групи – 6% вагітних та 3% вагітних з контрольної групи дослідження, відповідно профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ зазначені жінки отримали лише в пологах (мал. 1). Усі інші вагітні отримали профілактику вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини трьома антиретровірусними препаратами.



Примітки: \* – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок без туберкульозу ( $p < 0,05$ );

# – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок з залишковими змінами перенесеного туберкульозу ( $p < 0,05$ )

**Мал. 2. Частота супутньої патології в I, II та контрольній групах дослідження**

Серед супутніх захворювань у жінок усіх груп найчастіше зустрічались вірусні гепати В або С, а також їхнє поєднання, кандидозна інфекція, гінекологічна патологія, хронічні захворювання сечовивідних шляхів, а також інфекції, що передаються статевим шляхом (мал. 2).

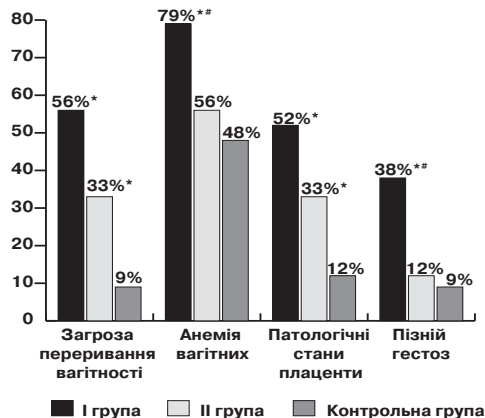
Серед діагностованих ускладнень перебігу вагітності в I групі найчастіше мали місце (мал. 3): загроза переривання вагітності – у 56% випадків, патологічні стани плаценти – у 52% жінок, анемія вагітних – у 79% жінок, пізній гестоз – у 38% випадків. У вагітних II групи: загроза переривання вагітності – у 33% жінок, патологічні стани плаценти – у 30% жінок, анемія вагітних – у 56% жінок, пізній гестоз – 12% жінок.

У контрольній групі: загроза переривання вагітності – у 9% жінок, анемія вагітних – у 48% жінок, патологічні стани плаценти – у 12% жінок.

Під час УЗД в I групі діагностовано: патологію плаценти – у 52% вагітних, затримку внутрішньоутробного розвитку плода – у 34% вагітних, зміни об'єму навколоплідних вод: багатоводдя – у 16%, маловоддя – у 25%. Натомість, у II групі ці показники виявилися дещо нижчими: патологія плаценти мала місце – у 33% випадків, затримка внутрішньоутробного розвитку плода – у 10% випадків, зміни об'єму навколоплідних вод: багатоводдя – у 6%, маловоддя – у 13% жінок. У контрольній групі спостерігались випадки патології плаценти – у 12% жінок.

З 34 досліджуваних випадків вагітності I групи – 2 випадки закінчилися перериванням вагітності на ранніх термінах (у терміні 4 та 9 тиж вагітності). У 32 випадках вагітність закінчилась пологами. Передчасні пологи у терміні до 34 тиж мали місце у 34% випадках, у терміні з 34 до 37 тиж – у 34% випадках. Натомість, у жінок II групи вагітність завершилась передчасними пологами у 13% випадків у терміні з 34 до 37 тиж. Серед вагітних контрольної групи спостерігався 1 випадок передчасних пологів (3%).

Перебіг пологів ускладнився передчасним розривом плодових оболонок в I групі – у 65% випадків; слабкістю пологової діяльності – 12%, швидкими (стрімкими) пологами – 34%; у II групі передчасний розрив плодових оболонок спостерігався у 26% випадків, слабкість пологової діяльності – 26%, швидкі (стрімкі) пологи – 6%; в контрольній групі: передчасний розрив плодових оболонок спостерігався у 9% випадків, слабкість пологової діяльності – 12% швидкі (стрімкі) пологи – 3%. Розродження жінок природним шляхом відбулось у 75% випадках, шляхом кесарева розтину – у 25% в I групі, 60% та 40% – в II групі та 74% та 26% в III групі відповідно. Патологічний пе-



Примітки: \* – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок без туберкульозу ( $p < 0,05$ );

# – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок з залишковими змінами перенесеного туберкульозу ( $p < 0,05$ )

**Мал. 3. Відсоток ускладнень вагітності у жінок I, II та контрольної груп дослідження**

ребіг третього періоду пологів у жінок I групи спостерігався у 37% жінок (мали місце гіпотонічна кровотеча та затримка частин плаценти та оболонки в порожнині матки), що було зумовлено передчасними пологами та запальними і дегенеративними змінами в плаценті, II групи – 12% та III – 3% відповідно.

Слід зазначити, що в I групі спостерігався 1 випадок антенатальної загибелі плода у терміні вагітності 27 тиж, що склало 3,2%, у 2 випадках дитина померла в неонатальний період, що склало 6,3%. У жінок I групи в стані важкої асфіксії (3–1 бала за шкалою Апгар) народилось 7 дітей (22,5%), в асфіксії середньої важкості (5–4 бала за шкалою Апгар) – 6 дітей (19,3%), в асфіксії легкого ступеня важкості (7–6 бала за шкалою Апгар) – 15 дітей (48,4%). У жінок II групи в асфіксії середньої важкості народилось 2 дитини (6%) та 12 дітей (40%) – в асфіксії легкого ступеня важкості. У контрольній групі оцінка всіх новонароджених за шкалою Апгар була 7 балів та вище, при чому частка народжених дітей в асфіксії легкого ступеня становила 34%.

Слід зазначити, що у жінок I та II груп спостерігались випадки народження дітей з малою масою тіла при народженні, так у жінок I групи дослідження з 9 випадків термінових пологів у 4 новонароджених маса тіла при народженні була нижчою за 2500 г, у жінок II групи – у 6 випадках з 28 випадків термінових пологів.

У ході проведеного дослідження було отримано дані, що 2 (5,9%) жінки з I групи дослідження померли від ВІЛ-асоційованого туберкульозу легень через 3 міс після пологів.

## ВИСНОВКИ

За результатами дослідження проведено аналіз щодо порівняння частоти ускладнень вагітності серед жінок досліджуваних груп.

Так, загроза переривання вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок з активним туберкульозним процесом була в 1,7 разу вища, ніж у ВІЛ-інфікованих жінок з наявними залишковими змінами після перенесеного туберкульозу, і в 6,2 разу вища, ніж у ВІЛ-інфікованих жінок, не хворих на туберкульоз.

## Особенности течения беременности у женщин, больных ВИЧ-ассоциированным туберкулезом Т.Л. Габорец

Туберкулез остается основным оппортунистическим заболеванием у ВИЧ-инфицированных больных и является основной причиной их смерти. В последнее время все чаще наблюдаются случаи беременности среди женщин с данной патологией. В статье проанализированы течение беременности у женщин с ВИЧ-ассоциированным туберкулезом, определены уровни акушерских осложнений, перинатальной патологии и приведена сравнительная характеристика осложнений в зависимости от срока выявления заболевания и проведенного лечения. Учитывая полученные данные, сделаны выводы о возможности вынашивания беременности ВИЧ-инфицированными женщинами, которые болеют туберкулезом, и прогноза возможных осложнений течения беременности.

**Ключевые слова:** беременность, ВИЧ-инфекция, туберкулез, акушерские и перинатальные осложнения.

## Сведения об авторе

Габорец Татьяна Леонидовна – Национальная медицинская академия последилового образования имени П.Л. Шупика, 04112, г. Киев, ул. Дорогожицкая, 9; тел.: (097) 530-94-64

## СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. ВІЛ-інфекція в Україні / Інформаційний бюлетень, № 41. – 2014 рік.
2. Савула М.М. ВІЛ-асоційований туберкульоз і вагітність / М.М. Савула // Інфекційні хвороби. – 2011. – № 1. – С. 92–94.
3. Adhikari M. HIV-Associated Tuberculosis in the Newborn and Young Infant /
4. Gupta A. Maternal tuberculosis: a risk factor for mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus/ R. Bhosale,

Випадки передчасного розриву плодкових оболонок у жінок I групи спостерігались у 2,5 разу частіше, ніж у вагітних II групи та у 6 разів частіше, ніж у вагітних контрольної групи.

Частота передчасних пологів серед вагітних I групи була вища в 11,3 разу, ніж у вагітних II групи, та у 22,6 разу, ніж у вагітних контрольної групи. Також, у жінок з активним ВІЛ-асоційованим туберкульозом у 50% випадків вагітність закінчилась передчасними пологами у терміні вагітності до 34 тиж, і, як наслідок, народженням дітей з більш глибокими ступенями недоношеності.

Наявні ускладнення перебігу вагітності впливали на стан плацентарного комплексу, а, відповідно, і на розвиток плода. Слід зазначити, що у жінок I та II груп, на відміну від контрольної групи, мало місце народження дітей з малою масою тіла при народженні та ознаками затримки внутрішньоутробного розвитку плода. Тільки серед жінок I групи спостерігались випадки антенатальної та неонатальної смертності, що склали 3,2% та 6,3% відповідно, та народження у 21% випадків дітей з важким ступенем асфіксії.

У результаті проведеного дослідження встановлено, що наявність активного туберкульозного процесу під час вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок є фактором високого ризику ускладнень перебігу вагітності, пологів та перинатальних ускладнень.

У свою чергу, вагітність та пологи знижують імунний захист організму чим погіршують перебіг, як ВІЛ-інфекції, так і туберкульозу, сприяючи розвитку більш прогресивної стадії даних захворювань, підтвердженням чого може бути те, що 5,9% жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом померли через 3 міс після пологів.

Ураховуючи зазначене вище, питання можливості збереження та виношування вагітності у жінок з ВІЛ-асоційованим туберкульозом потребує вирішення в кожному індивідуальному випадку. Так, за наявності активного туберкульозного процесу у ВІЛ-інфікованої вагітної, збереження та виношування вагітності не є бажаним через високий ризик розвитку акушерських та перинатальних ускладнень. За наявності залишкових змін перенесеного туберкульозу у ВІЛ-інфікованої вагітної виношування вагітності можливе під спільним наглядом акушера-гінеколога, лікаря-фтизіатра та лікаря-інфекціоніста.

## Features of the course of pregnancy in women with HIV-associated tuberculosis T.L. Gaborets

Tuberculosis remains a major opportunistic disease in HIV-infected patients and is the leading cause of death in these patients. In recent times there are cases of pregnancy among women with this pathology. The article analyzes the parsed during pregnancy in women with HIV-associated TB, defined levels of obstetric complications and perinatal pathology and comparative characterization of complications depending on the time of detection of the disease and the treatment. Considering the obtained data, conclusions about the possibility of pregnancy in HIV-infected women who suffer from tuberculosis and forecast the possible complications of pregnancy.

**Key words:** pregnancy, HIV infection, tuberculosis, obstetrical and perinatal complications.

Статья поступила в редакцию 03.12.2014