

КЛІНІКО-АНАМНЕСТИЧНІ ОСОБЛИВОСТІ ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ

С. Є. Савченко¹, Т. В. Коломійченко¹, О. І. Гервазюк^{1,2}

¹Національна медична академія післядипломної освіти
імені П. Л. Шупика, м. Київ,

²Київський міський центр репродуктивної
та перинатальної медицини, м. Київ

Вступ. Тромбогеморагічні ускладнення займають провідні місця в структурі материнських та перинатальних ускладнень. Наявність ВІЛ-інфекції призводить до тромботичних та, при прогресуванні клінічної стадії ВІЛ, до геморагічних ускладнень.

Мета дослідження: встановити особливості клініко-анамнестичних характеристик ВІЛ-інфікованих вагітних.

Матеріали та методи. Проаналізовані клініко-анамнестичні дані 160 вагітних. Основну групу склали 120 вагітних з ВІЛ-інфекцією, яка була поділена на підгрупи залежно від клінічної стадії ВІЛ. В I групу увійшли 40 вагітних з I клінічною стадією ВІЛ, в II — 40 жінок із II клінічною стадією ВІЛ та в групу III — 40 вагітних з III клінічною стадією. В контрольну групу увійшли 40 вагітних без ВІЛ-інфекції.

Результати. Частота самовільних викиднів в терміні до 12 тижнів вагітності достовірно превалювала саме у пацієнток II та III груп ($p < 0,05$). Особливу увагу заслуговують вкрай небезпечні стани для матері і плода у ВІЛ-інфікованих вагітних з II та III клінічними стадіями ($p < 0,05$), такі як прееклампсія, передчасне відшарування плаценти, перинатальні втрати, що дає привід до більш детального вивчення впливу ВІЛ-інфекції на систему згортання протягом гестації. Згідно даних анамнезу, для хворих II та III груп характерна патологія судин ($p < 0,05$).

Висновки. Результати гінекологічного, акушерського і соматичного анамнезів обґрунтовують доцільність проведення подальших клінічних досліджень особливостей системи гемостазу у вагітних з ВІЛ-інфекцією. Висока частота перинатальних ускладнень та втрат в анамнезі у жінок з ВІЛ вимагає поглибленого вивчення етіопатогенетичних факторів ризику розвитку цих патологій з метою розробки методів їх попередження.

Ключові слова: ВІЛ-інфіковані вагітні, клініко-анамнестична характеристика, перинатальні ускладнення, гестаційні ускладнення.

Вступ. Тромбогеморагічні ускладнення у вагітних, роділь та породіль залишаються актуальною проблемою акушерсько-гінекологічної та неонатологічної служб всього світу, враховуючи підвищений ризик для здоров'я та життя матері і перинатальних ускладнень при цих патологічних станах.

Відомо, що в організмі вагітної жінки відбуваються зміни в усіх органах та системах, зокрема в системі гемостазу, це — компенсаторно-приспосувальні реакції, які спрямовані на збереження балансу коагуляційної, антикоагуляційної та фібринолітичної систем крові для забезпечення нормального розвитку та функціонування системи «мати-плацента-плід» та попередження кровотеч в пологах та в післяпологовому періоді. Зміни системи гемостазу під час вагітності характеризуються переважанням коагуляційного стану і пригніченням антикоагуляційних компонентів та фібринолітичної ланки.[2, 4, 5].

Інфікування вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ) залишається надзвичайною проблемою у всьому світі, зокрема у нашій державі, де темпи зростання ВІЛ лишаються найвищими в Європі. Так, за період з 1987 р. по листопад 2017 р. в Україні офіційно зареєстровано 306 295 випадків ВІЛ-інфекції серед громадян України, у тому числі 97 584 випадків захворювання на СНІД, з них 51 093 дитини, що були народжені ВІЛ-інфікованими матерями [3].

ВІЛ-інфекція є хронічним системним захворюванням з перманентним впливом на імунну систему та, відповідно, на систему гемостазу з активацією гіперкоагуляційного стану, що обумовлює розвиток тромботичних та тромбоемболічних ускладнень у пацієнтів з даним захворюванням [1,7].

Мета-аналіз проведених досліджень [8] показав, що ризик розвитку судинно-серцевих захворювань на 61 % вище у ВІЛ інфікованих пацієнтів ніж у загальній популяції.

У хворих на ВІЛ-інфекцію відмічається протромботичний стан, внаслідок чого, ризик розвитку венозних тромбоемболій у них у 2–10 разів вищий ніж в загальній популяції [6, 7].

Vibas M. та співавт. представили багатофакторну модель факторів ризику розвитку тромбоемболізму при наявності ВІЛ-інфекції, де однією з пускових причин є вагітність [6].

Також, науково доведено, що у ВІЛ-інфікованих вагітних шанси на розвиток венозної тромбоемболії в 120 разів вищі, ніж у ВІЛ-інфікованих невагітних жінок та в 157 раз вище порівняно з ВІЛ-негативними вагітними [9], а перебіг вагітності у жінок з цією патологією часто супроводжується розвитком плацентарної дисфункції (ПД), затримкою росту плода (ЗРП), передчасними пологам та антенатальною загибеллю плода [1].

Поширеність ВІЛ-інфекції в Україні, ймовірні тромбогеморагічні ускладнення протягом гестації, пологів та в післяпологовому періоді, вимагають удосконалення принципів попередження негативного впливу ВІЛ на систему гемостазу, стан здоров'я і життя майбутньої матері та новонародженого.

Мета дослідження: встановити клініко-анамнестичні особливості ВІЛ-інфікованих вагітних.

Матеріали і методи дослідження. Був проведений аналіз клініко-анамнестичних даних 160 вагітних, що спостерігались та розроджувались на базі жіночої консультації та інфекційного акушерського відділення Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини.

Основну групу склали 120 вагітних з ВІЛ-інфекцією, яка була поділена на підгрупи в залежності від клінічної стадії ВІЛ. В I групу увійшли 40 вагітних з I клінічною стадією ВІЛ, в II групу — 40 жінок із II клінічною стадією ВІЛ та в групу III — 40 вагітних з III клінічною стадією ВІЛ-інфекції. У групу контролю увійшли 40 вагітних без ВІЛ-інфекції. З вибірки були виключені пацієнтки з багатоплідною вагітністю, іншою інфекційною патологією, відомою спадковою патологією системи гемостазу, важкою екстрагенітальною патологією, жінки із IV клінічною стадією ВІЛ, тощо.

З метою вивчення клініко-анамнестичних характеристик було проаналізовано соматичний, акушерсько-гінекологічний та анамнез життя обстежених жінок.

Отримані результати оброблені методами варіаційної статистики.

Результати та їх обговорення. Згідно результатів аналізу, вік вагітних обох груп не мав статистичної достовірної різниці

АКУШЕРСТВО ТА ГІНЕКОЛОГІЯ

і в середньому склав $29 \pm 2,64$ років у жінок основної групи та $25 \pm 3,95$ років у групі контролю.

Всі жінки основної групи отримували високоактивну антиретровірусну терапію (ВААРТ). Термін прийому ВААРТ склав до 2 років у 24 (60,0 %) жінок I групи, 26 (65,0 %) — II групи та 27 (67,5 %) — III групи. Більше 2 років ВААРТ приймали 16 (40,0 %) пацієнок I групи, 14 (35 %) хворих — II групи та 13 (32,5 %) жінок — III групи.

При аналізі менструальної функції обстежених жінок суттєвої різниці між групами виявлено не було. Так, було встановлено, що у більшості жінок обох груп менархе розпочалося в 13–15 років (в I групі у 37 (92,5 %) вагітних, в II — у 36 (90,0 %) пацієнок та у 33 (82,5 %) жінок III групи). У групі контролю, початок менструальної функції в цьому терміні виявився у 34 (85,0 %) вагітних.

Нормальна менструальна функція також спостерігалася у більшості жінок основної та контрольної групи: у 36 (90 %) пацієнок I групи, у 38 (95,0 %) — II групи, у 35 (87,5 %) жінок — III групи та у 39 (97,5 %) вагітних без ВІЛ-інфекції.

Для ВІЛ-інфікованих вагітних характерний ранній початок статевого життя (таблиця 1). Так, початок статевої активності до 16 років відмітили 22 (55,0 %) жінки I групи, 26 (65,0 %) — II групи, 29 (72,5 %) пацієнок III групи проти 6 (15,0 %) жінок групи контролю.

Таблиця 1
Початок статевого життя у обстежених жінок, абс. (%).

Показник	I група n=40	II група n=40	III група n=40	Контрольна група n=40	
<16 років	22(55,0)*	26(65,0)*	29(72,5)*	6 (15,0)	
16–20 років	14 (35,0)*	11(27,5)*	10 (25,0)*	29 (72,0)	
>20 років	4 (10,0)	3(7,5)	1(2,5) *	5 (12,5)	

Примітка. * — різниця достовірна відносно показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$)

Також, жінки з ВІЛ-інфекцією мали більшу кількість статевих партнерів, ніж пацієнтки без інфекційної патології (табл. 2).

Так, частка жінок з кількістю партнерів 6 та більше серед жінок з ВІЛ (57,5 %, 65,0 % та 77,5 % відповідно у I, II та III групах) достовірно переважала таку у групі пацієнок без ВІЛ (17,5 %, $p < 0,05$).

Таблиця 2
Кількість статевих партнерів у обстежених жінок, абс. (%).

Показник	I група n=40	II група n=40	III група n=40	Контрольна група n=40
≤2	7(17,5)	5(12,5)*	3 (7,5)*	12(30,0)
3–5	10 (25,0)*	9(22,5)*	6 (15,0)*	21(52,5)
≥6	23 (57,5)*	26(65,0)*	31 (77,5)*	7(17,5)

Примітка. * — різниця достовірна відносно показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$)

Згідно результатів аналізу, на відміну від жінок контрольної групи переважна більшість пацієнок основної групи відносяться до соціально неблагополучних прошарків населення. Так, офіційно працевлаштовані лише 14 (35,0 %) пацієнок I групи, 12 (30,0 %) жінок II групи та 9 (22,5 %) обстежуваних III групи проти 36 (90,0 %) жінок контрольної групи ($p < 0,05$). 29 (72,5 %) обстежуваних I групи були робітницями фізичної праці, 27 (67,5 %) вагітних II групи та 31 (77,5 %) пацієнтка III групи проти 13 (32,5 %) жінок контрольної групи ($p < 0,05$).

Професійні шкідливості (хімічні речовини, шум, виробничий мікроклімат, неіонізуючі електромагнітні коливання, напруженість праці) під час роботи відмітили 24 (60,0 %) пацієнок I групи, 27(67,5 %) жінок II групи та 31 (75,0 %) обстежувана III групи проти 9 (22,5 %) вагітних групи контролю ($p < 0,05$).

Відмічена також різниця розподілів жінок основної та контрольної груп за сімейним станом. У офіційному шлюбі перебували 11 (27,5 %) пацієнок I групи, 13 (32,5 %) жінок II групи та 10 (25,0 %) вагітних III групи проти 33(82,5 %) обстежуваних контрольної групи ($p < 0,05$).

Палили серед обстежуваних I групи 29 (72,5 %) жінок, 32 (80,0 %) жінки II групи та 34 (85 %) — III групи проти 9 (22,5 %) вагітних контрольної групи ($p < 0,05$).

Кількість вагітних, що надмірно вживають алкогольні напої також переважала саме серед жінок основної групи: 21 (52,5 %) пацієнтка у групі I, 26 (65,0 %) — в групі II та 29 (72,5 %) — в III групі проти 7 (17,5 %) пацієнток групи контролю ($p < 0,05$).

Не виявлено достовірної різниці між порівнюваними групами за паритетом пологів. Більшість жінок з ВІЛ-інфекцією та без ВІЛ мали в анамнезі від 1 до 4 пологів: 31 (77,5 %) вагітна I групи, 34 (85,0 %) — II групи, 29 (72,5 %) — групи III та 33 (82,5 %) — групи контролю, відповідно.

У результаті аналізу гінекологічного анамнезу виявлено, що частота самовільних викиднів в терміні до 12 тижнів вагітності у I та контрольній групах практично не відрізнялась: 7 (17,5 %) проти 4 (10,0 %) ($p > 0,05$). Однак, із прогресуванням клінічної стадії ВІЛ відмічалась достовірно вища частота репродуктивних втрат: 21 (52,5 %) жінка у II групі та 29 (72,5 %) пацієнток III групи.

Частота абортів в анамнезі також достовірно відрізнялись по обстежених групах. В основній групі, аборти відмітили 17 (42,5 %) жінок I групи, у 23 (57,5 %) вагітних групи II та 27 (67,5 %) жінок III групи проти 7 (17,5 %) вагітних без інфекційної патології ($p < 0,05$).

Ускладнення перебігу II половини попередніх вагітностей частіше відмічали ВІЛ-інфіковані вагітні (рисунок 1). Слід відмітити достовірно вищу частоту таких особливо загрозливими для життя матері та плода ускладнень такі ускладнення, як ЗРП та прееклампсія у вагітних з II та III стадією ВІЛ. Так, ЗРП було діагностовано у 11 (27,5 %) жінок I групи, 28 (70,0 %) — II групи, 35 (87,5 %) — III групи проти 9 (22,5 %) вагітних контрольної групи. Прееклампсія спостерігалась у 7 (17,5 %) пацієнток I групи, у 21 (52,5 %) вагітних II групи та 27 (67,5 %) жінок III групи проти у 5 (12,5 %) обстежуваних контрольної групи. Передчасне відшарування плаценти не зустрічалось у жінок I та контрольної групи, в групі II спостерігалось у 1 (2,5 %) жінки та у 5 (12,5 %) пацієнток III групи.

Перинатальні втрати в анамнезі відмічались у жінок з II та III клінічними стадіями ВІЛ: у 4 (10,0 %) та 6 (15,0 %) відповідно.

Тобто частота гестаційних та перинатальних ускладнень зростає із клінічною стадією ВІЛ-інфекції та не має статистич-

ної різниці між вагітними з I клінічною стадією та жінками контрольної групи.

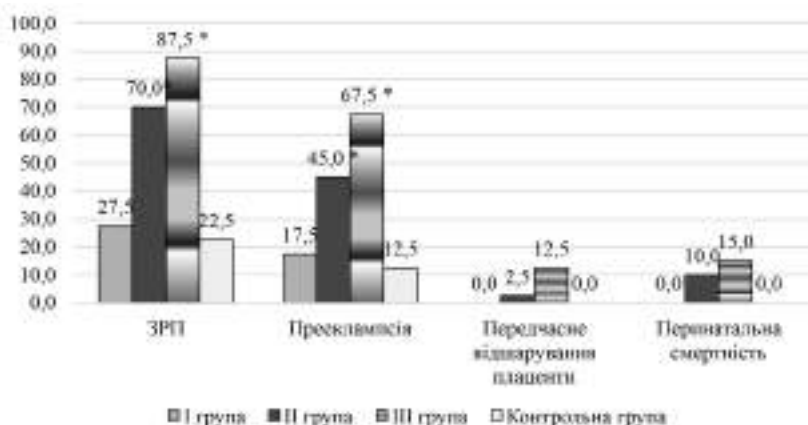


Рисунок 1. Частота ускладнень попередніх вагітностей, %.

Примітка. * — різниця достовірна відносно показника вагітних контрольної групи ($p < 0,05$)

Згідно даних соматичного анамнезу, для обстежуваних вагітних із ВІЛ-інфекцією характерна патологія судин, частота якої підвищується із зростанням клінічної стадії ВІЛ-інфекції. Так, епізод тромбозу глибоких вен (ТГВ) спостерігався у 7 (17,5 %) жінок II групи та у 9 (22,5 %) вагітних III групи. Серед обстежуваних вагітних I та контрольної груп випадків ТГВ в анамнезі не було. Тромбофлебіт поверхневих вен спостерігався у 2 (5,0 %) жінок I групи, у 8 (20,0 %) пацієнток II групи та у 7 (17,5 %) вагітних III групи проти 1 (2,5 %) вагітної контрольної групи.

При плановому огляді терапевта, варикозне розширення вен нижніх кінцівок було виявлено у 6 (15,0 %) жінок I групи, у 16 (40,0 %) вагітних II групи та 19 (47,5 %) — III групи проти 4 (10,0 %) жінок контрольної групи.

Вищевикладене свідчить, що вагітні із ВІЛ-інфекцією мають ранній початок статевого життя та є більш сексуально активними, що є фактором ризику інфікування ВІЛ. Для цієї категорії характерне соціальне неблагополуччя (низький рівень

офіційного працевлаштування, зареєстрованого шлюбу), умов праці з профшкідливостями, а також прихильність до шкідливих звичок, таких як тютюнопаління та вживання алкогольних напоїв, що може негативно впливати на перебіг вагітності.

Даний аналіз встановив високу частоту гестаційних та перинатальних ускладнень в анамнезі у ВІЛ-інфікованих вагітних з II та III клінічною стадією ВІЛ-інфекції. Крім того, саме у цих вагітних спостерігається висока частота захворювань венозних судин як в анамнезі, так і при даній вагітності.

Висновки:

1. Для переважної більшості вагітних з ВІЛ характерні ранній початок статевого життя (до 16 років) та проміскуїтет (більше 6 сексуальних партнерів).

2. Більшість ВІЛ-інфікованих вагітних не мають офіційного працевлаштування, не перебувають у законному шлюбі, мають схильність до тютюнопаління та вживання алкоголю.

3. Гестаційні та перинатальні ускладнення, такі як преєклампсія, передчасне відшарування плаценти, самовільні викидні до 12 тижнів, затримка росту плода та перинатальні втрати спостерігаються частіше у вагітних з ВІЛ-інфекцією саме з II та III клінічними стадіями .

4. У обстежуваних вагітних з II та III стадіями ВІЛ-інфекції виявлена більш висока частота акушерських та перинатальних ускладнень та патології венозної системи як в анамнезі, так і на момент вагітності.

Перспективи подальших досліджень. Отримані результати дослідження з урахуванням літературних даних щодо негативного впливу ВІЛ на систему гемостазу обґрунтовують доцільність вивчення стану системи гемостазу у ВІЛ-інфікованих вагітних з метою розробки патогенетично обґрунтованої системи діагностики, профілактики та лікування тромбогеморагічних ускладнень у цієї категорії хворих.

ЛІТЕРАТУРА

1. Бицадзе В. О. [и др.]. Тромбофилия как важнейшее звено патогенеза осложненной беременности // Практическая медицина. — 2012. — № 9 (65).
2. Вереина Н. К. Динамика показателей гемостаза при физиологически протекающей беременности / Н. К. Вереина, С. П. Сеницын, В. С. Чулков // Клиническая лабораторная диагностика.— 2012.— № 2.— С. 43–45.

3. Інформаційний бюлетень № 48 «Віл-інфекція в Україні» від 2017 р.
4. Макацарія А.Д., Червенак Ф.А., Бицадзе В. О. Беременность высокого риска. — М., 2015.
5. Медведь В. И. Венозный тромбозмболизм в акушерстве. Основные положения международных и национальных рекомендаций // Медицинские аспекты здоровья женщины. — 2015. — №. 10. — С. 5–9.
6. Ahonkhai A.A., Gebo K.A., Streiff M.B. [et al.]. Venous thromboembolism in patients with HIV/AIDS: a case-control study.// J Acquir Immune Defic Syndr. — 2008. — № 48(). — P. 310–314.
7. Bibas M., Biava G., Antinori A. HIV-Associated Venous Thromboembolism.// Mediterr J Hematol Infect Dis. — 2011. — № 3(1):e2011030.
8. Islam F. M. [et al.]. Relative risk of cardiovascular disease among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis //HIV medicine. — 2012. — Vol. 13. — № 8. — P. 453–468.
9. Jansen J. M. [et al.]. Venous thromboembolism in HIV-positive women during puerperium: a case series// Blood Coagulation & Fibrinolysis. — 2008. — Vol. 19. — №. 1. — P. 95–97.

Особенности клиничко-анамнестических характеристик ВИЧ-инфицированных беременных

С. Е. Савченко, Т. В. Коломийченко, О. И. Гервазюк

Национальная медицинская академия последипломного образования имени П. Л. Шупика, г. Киев, Киевский городской центр репродуктивной и перинатальной медицины, г. Киев

Введение. Тромбгеморрагические осложнения занимают ведущие места в структуре материнских и перинатальных осложнений. Наличие ВИЧ-инфекции приводит к тромботическим и, при прогрессировании клинической стадии ВИЧ, к геморрагическим осложнениям.

Цель исследования: проследить особенности клиничко-анамнестических характеристик ВИЧ-инфицированных беременных.

Материалы и методы. Был проведен клиничко-анамнестический анализ 160 беременных. Основную (I) группу составили 120 беременных с ВИЧ-инфекцией, которая была разделена на подгруппы в зависимости от клинической стадии ВИЧ. В I группу вошли 40 беременных с I клинической стадией ВИЧ, в II — 40 женщин со II клинической стадией ВИЧ и в группу III — 40 беременных с III клинической стадией. В контрольную группу вошли 40 беременных без ВИЧ-инфекции.

Результаты. Частота самопроизвольных выкидышей в сроке до 12 недель беременности достоверно превалировала

именно у пациенток II и III групп ($p < 0,05$). Особого внимания заслуживают крайне опасные состояния для матери и плода у ВИЧ-инфицированных беременных с II и III клиническими стадиями ($p < 0,05$), такие как преэклампсия, преждевременная отслойка плаценты, перинатальные потери, что дает повод к более детальному изучению влияния ВИЧ-инфекции на процесс гестации. Согласно данным анамнеза, для больных II и III групп характерна патология сосудов ($p < 0,05$).

Выводы. Результаты анализа гинекологического, акушерского и соматического анамнезов обосновывают целесообразность в проведении дальнейших клинических исследований особенностей системы гемостаза у беременных с ВИЧ-инфекцией. Высокая частота перинатальных осложнений и потерь в анамнезе у женщин с ВИЧ требует углубленного изучения этиопатогенетических факторов риска развития этих патологий с целью разработки методов их предупреждения.

Features of clinical and anamnestic characteristics of HIV-infected pregnant women

S. Ye. Savchenko, T. V. Kolomyichenko, O. I. Hervaziuk

**Shupyk National Medical Academy of Postgraduate Education,
Kyiv,**

Kyiv City Center of Reproductive and Perinatal Medicine, Kyiv

Introduction. Thrombohemorrhagic complications take leading positions in the structure of maternal and perinatal complications. The presence of HIV infection leads to thrombotic and hemorrhagic complications with the progression of the clinical stage of HIV.

The aim of the study is to follow up the features of clinical and anamnestic characteristics in HIV-infected pregnant women.

Materials and methods. A clinical and anamnestic characteristics analysis of 160 pregnant women was conducted. A target group included 120 HIV-infected pregnant women who were subdivided according to the HIV-infection clinical stage: subgroup I included 40 pregnant women with clinical stage I of HIV-infection, subgroup II consisted of 40 women with clinical stage II and subgroup III comprised 40 pregnant women with clinical stage III. Forty pregnant women without HIV-infection made a control group.

Results. The incidence of miscarriages before 12 weeks of gestation reliably prevailed in patients of subgroups II and III ($p < 0.05$). Of particular concern are extremely dangerous conditions for the mother and the fetus in patients with clinical stages II and III ($p < 0.05$) such as preeclampsia, placental abruption, postpartum hemorrhage, and perinatal losses, necessitating more detailed study of the impact of HIV-infection on gestation. According to the anamnesis, vascular pathologies were peculiar to patients from subgroups II and III ($p < 0.05$).

Conclusions. The results of gynecological, obstetric and somatic anamnesis confirm the advisability of further clinical studies of coagulation features in HIV-infected pregnant women. The high frequency of perinatal complications and losses in the above category of women provides a rationale for an in-depth study of the etiopathogenetic risk factors in order to develop methods for their prevention.

Key words: HIV-infected pregnant women, clinical-anamnesic characteristics, perinatal complications, gestational complications.

Відомості про авторів:

Савченко Сергій Євгенійович — доктор медичних наук, професор кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, проспект Героїв Сталінграда, 16, тел.: (044) 411-92-33.

Коломійченко Тетяна Василівна — провідний науковий співробітник кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика. Адреса: м. Київ, проспект Героїв Сталінграда, 16, тел.: (044) 411-92-33.

Гервасюк Ольга Ігорівна — аспірант кафедри акушерства, гінекології та репродуктології Національної медичної академії післядипломної освіти імені П. Л. Шупика, лікар акушер-гінеколог Київського міського центру репродуктивної та перинатальної медицини. Адреса: м. Київ, проспект Героїв Сталінграда, 16.