

В.И. Ашурова

УРОВЕНЬ ЗНАНИЙ ЖЕНЩИН И АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ О ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Республиканский специализированный научно-практический медицинский центр Педиатрии Министерства здравоохранения Республики Узбекистан

Резюме. В исследовании проанализирован уровень знаний о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, для последующего планирования и адаптивирования обучающих программ и мероприятий. Для оценки знаний медицинских работников использовались стандартные тесты, состоящие из 33 тестовых вопросов. Результаты исследования показали, что необходимо усиление обучения специалистов соответствующего профиля современным подходам к ВИЧ инфекции так и просветительной работы среди населения.

Ключевые слова: ВИЧ/СПИД, профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку, тестирование знаний специалистов.

Актуальность

В 2001 году, в мире по оценкам ВОЗ 800.000 детей до 15 лет были инфицированы ВИЧ, из них – 90% дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями. Вероятность рождения инфицированного ребенка от зараженной матери сильно отличается в разных странах: в развивающихся странах частота передачи ВИЧ составляет 25-48% [3, 4]. В США, благодаря профилактическим мероприятиям, только 3% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в 2000 г., были заражены ВИЧ [6], в Швейцарии – 2% [7]. Риск рождения инфицированного ребенка от зараженной ВИЧ-матери снижается при профилактике антиретровирусными препаратами, санации родовых путей, родоразрешении путем кесарева сечения, а также при отмене грудного вскармливания [7, 8, 9, 10]. В ряде исследований зарубежных авторов отмечено, что беременность у женщин в ранних стадиях ВИЧ-инфекции не существенно влияет на течение заболевания [7]. При этом важно отметить факт того, что применение высокоактивной антиретровирусной терапии способно снизить риск вертикального инфицирования новорожденных до 2% [1, 2].

В Республике Узбекистан число ВИЧ-инфицированных женщин в детородном возрасте также незначительно выросло. Так, по данным, имеющимся в распоряжении Республиканского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом было зарегистрировано увеличение доли инфицированных женщин с 12,4% в 2001 году до 24% в 2008 году. Отмечается рост полового пути передачи, к примеру, если в 2000 году его доля составляла 9,1%, то в 2008 году – 23,9%. По данным дозорного эпиднадзора (ДЭН), проведенного в 2005 году

Республиканским Центром по профилактике и борьбе со СПИДом, распространенность ВИЧ инфекции среди беременных составила в среднем 0,4% [2]. В 2006 году было протестировано на ВИЧ 41722 беременная женщина (всего 8% от общего количества беременных женщин в Республике Узбекистан). В 2006 году выявлено 156 ВИЧ-инфицированных, уже среди беременных женщин. По состоянию на начало 2007 года было зарегистрировано 334 ВИЧ-инфицированных беременных (кумулятивное число). Растет, соответственно, и число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей [2]. Если в 2000 году это был один ребенок, в 2008 году их зарегистрировано 299. Широкое внедрение мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку, требует кроме решения финансовых и технических задач, повсеместной и скорейшей переподготовки медицинских кадров и обучения женщин.

Правильное консультирование женщин репродуктивного возраста, по всей видимости, является определяющим фактором в регуляции ими своей репродуктивной функции. Мы не ставили задачей исследование по прерыванию беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. По литературным данным – до тестирования на антитела к ВИЧ, искусственно прерывают беременность 3,5 на 100 женщин в год, после положительного результата тестирования – 6,1 [12]. В то же время до проведения консультирования и обучения, на сохранение беременности согласны только 18% инфицированных женщин, а после консультирования и обучения уже 58% [13].

Принятие женщиной решения о сохранении беременности должно строиться на

врачебном консультировании, основанном на дифференцированном подходе, базирующемся на учете всего комплекса медицинских и социальных показателей. Хотя, независимо от отношения медицинских работников к проблеме вертикальной передачи ВИЧ, многие ВИЧ-позитивные женщины продолжают беременеть и рожать детей, однозначно при этом, что роль врачей в формировании выбора женщин остается высокой, так как консультирование, само по себе может повлиять на выбор женщины.

Мы в своем исследовании проанализировали уровень знаний о ВИЧ/СПИДе и методах профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку среди ВИЧ-инфицированных женщин, женщин, неинфицированных ВИЧ и медицинского персонала стационаров акушерского профиля, первичного звена, для последующего планирования и адаптации обучающих программ и мероприятий.

Материалы и методы

Исследование выполнено на базе родильного комплекса Республиканского специализированного научно-практического медицинского центра Педиатрии с применением материалов по тестированию беременных женщин поступавших в родильные учреждения на роды (в связи с применением экспресс-тестирования на ВИЧ в учреждениях родовспоможения), в консультативной поликлинике и среди слушателей семинаров по ППМР, проведенных по всем областям в 2007-2009 годах. Для оценки знаний женщин, использовались анонимные карты по наиболее распространенным темам дородового консультирования (добровольного и конфиденциального). Для оценки знаний и представлений медицинских работников родовспоможения, службы первичной медико-санитарной помощи использовались стандартные тесты, состоящие из 33 тестовых вопросов для врачей (акушер-гинекологов, неонатологов, врачей общей практики, инфекционистов). Изучены 1400 вариантов ответов тестирования. Тесты включали вопросы: о различиях ВИЧ-инфекции и СПИДа; факторах и путях передачи ВИЧ; излечимости СПИДа; возможности рождения незараженного ребенка от инфицированной ВИЧ матери; мерах, предотвращающих заражение ребенка и факторах, увеличивающих этот риск. Анкета для врачей акушерско-гинекологического профиля также включала вопросы: о рекомендациях ВИЧ-позитивным женщинам в отношении половой жизни, в отношении будущих беременностей, о тактике ведения беременности, о ведении родов и послеродового периода, о вскармливании

новорожденного и антиретровирусной профилактики для беременной и ее ребенка.

Результаты и обсуждения

Наибольшее значение для наших исследований имели неправильные представления о ВИЧ-инфекции и путях передачи ВИЧ. Самый низкий уровень ошибок демонстрировали ВИЧ-инфицированные женщины. Это, несомненно, было связано с тем, что они не проходили консультирование по проблеме ВИЧ-инфекции, но, ввиду личной заинтересованности получали интересующие их знания из других источников. Чуть больше ошибок было сделано в этой группе лишь в вопросе о возможности излечения ВИЧ/СПИД, и возможно, это имеет психологическое объяснение. Возможно, эта ошибка у ВИЧ-инфицированных женщин была связана с началом применения в практике высокоактивной антиретровирусной терапии.

«Неинфицированные женщины» и медики демонстрировали одинаково низкий уровень знаний. При этом в вопросах, требующих более специальных знаний (например, отличия ВИЧ и СПИД, методы предупреждения передачи ВИЧ в акушерской практике), акушеры-гинекологи выглядели несколько лучше, в то время как они достоверно хуже ответили на вопросы о путях передачи ВИЧ.

Особенно часто как фактор передачи указывалась слюна – 87,5%, среди возможного пути передачи ВИЧ в двух группах женщин было указано использование общей зубной щетки – около 14,5%, несколько неинфицированных женщин отметили, что заражение возможно при пользовании общей посудой, а так же при пользовании одной ванной, бассейном. Среди факторов передачи ВИЧ-инфекции, помимо крови, спермы и грудного молока, акушеры-гинекологи указывали и такие, как слеза, слюна и моча. Среди неверно указанных путей передачи ВИЧ, помимо пользования общей зубной щеткой, посудой и ванной, была отмечена даже возможность заражения при чихании и кашле, а также возможность заражения при рукопожатии.

9% ВИЧ-позитивных женщин не осведомлены, что рождение неинфицированного ВИЧ-ребенка от инфицированной женщины возможно, познания в этой области у медиков оказались достоверно ниже, а у неинфицированных женщин существенно ниже. В качестве меры, предотвращающей рождение зараженного ребенка от ВИЧ-инфицированной женщины, чаще всего, во всех группах опрашиваемых, указывался аборт.

Неинфицированные женщины на вопрос, как они поступят с беременностью,

если окажется, что они инфицированы ВИЧ, лишь в 15 % случаев ответили, что сохраняют беременность. Как основные причины аборта в данном случае назывались: страх рождения ВИЧ-инфицированного ребенка – 77 %, боязнь не воспитать ребенка из-за болезни – 70 %, 75 % считали, что врачи будут против сохранения беременности.

29 % ВИЧ – позитивных женщин в случае наступления беременности желали бы ее сохранить. Среди женщин, выбравших аборт, в случае наступления беременности, 70 % указали, что сделали бы его из-за страха рождения инфицированного ВИЧ ребенка, 80 % – из-за страха, что не смогут воспитать ребенка из-за болезни, и 50 % женщин, просто не хотели иметь ребенка.

Только 39 % ВИЧ-положительных женщин, участвовавших в опросе указали, что с ними проводилась беседа о половой жизни и возможности беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Эти данные указывают на недостаточный уровень консультирования и противоэпидемической работы.

91 % ВИЧ-инфицированных женщин указали, что ведут половую жизнь, причем 67 % из них – с ВИЧ-инфицированным партнером. В качестве используемых методов контрацепции были указаны: презервативы – 17 %, контрацептивные мази и пасты – 4 %, внутриматочная спираль у – 14 %, прерванный половой акт – 22 %, секс в безопасные дни – 6 %, 37 % – вообще не предохраняются. Из этих данных следует, что 83 % ВИЧ-инфицированных женщин не предохраняются или предохраняются не достаточно надежно для предотвращения передачи ВИЧ. Это не исключает инфицирования партнеров, а в тех случаях, когда партнер инфицирован, заражения другими типами ВИЧ и другими возбудителями инфекций, передающимися половым путем.

На вопрос о возможности сексуальной жизни у ВИЧ-инфицированной женщины, 58 % врачей акушеров-гинекологов ответили, что ВИЧ позитивная женщина не может иметь полового партнера, 47 % – что инфицированной женщине необходимо найти ВИЧ положительного партнера и жить с ним, 38 % – что может иметь полового партнера при обязательном использовании презерватива. Лишь 31 % акушеров-гинекологов считали беременность допустимой.

Мнения акушеров-гинекологов о ведении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины расходились, только 18 % считали, что беременность можно сохранить. 46 % вра-

чей считали, что в любом случае, необходимо искусственное прерывание беременности, 31 % высказались за аборт по социальным показаниям, 29 % – за аборт при неудовлетворительном соматическом состоянии, 49 % – за аборт при прогрессировании ВИЧ-инфекции, 17 % считали, что необходимо консультирование ВИЧ позитивной женщины о возможных исходах беременности, и 22 % были за самостоятельное решение женщины о сохранении или прерывании беременности.

Разнообразие ответов указывало на отсутствие единой концепции отношения к беременности ВИЧ-инфицированных и разный уровень готовности врачей к ведению беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Поэтому, можно предполагать, что действия врачей в отношении ВИЧ-инфицированных могут быть различными и не всегда адекватными. Не все врачи оставляли за женщиной решение проблемы сохранения беременности, более трети брали это решение на себя. При этом, если концепция аборта по клиническим или социальным показаниям имела некоторое логическое обоснование, то достаточно большая группа считала, что аборт является вообще «обязательным». (Не удивительно, что до сих пор у ВИЧ-инфицированных женщин в сроках более 12 недель прерывают беременность «по медицинским показаниям»).

Это подтверждает и то, что при ответе на вопрос, рекомендовали ли им врачи какого-либо медицинского учреждения аборт, в случае наступления беременности, 49 % инфицированных ВИЧ женщин указали врачей в женской консультации, 25 % – терапевтов в поликлинике.

За работу специализированного родильного дома для ВИЧ-инфицированных женщин высказались 98 % врачей, что указывало на явное желание почти всех опрошенных врачей самим не иметь дела с ВИЧ-инфицированными пациентками. Причиной этого в ряде случаев мог быть страх перед заражением, что следует из неправильных ответов на вопросы о путях передачи ВИЧ. В остальных случаях, врачи продемонстрировали желание отгородить себя от решения проблем ВИЧ-инфицированных женщин. При этом многие опрошенные нами медицинские работники при заполнении анкет спрашивали, отвечать ли им «как их учат, или как они считают», что указывает на достаточно стойкую форму страха перед заражением, сопровождаемую недоверием к «официальной», т. е. научной информации о ВИЧ-инфекции. По всей видимости, основой для формирования негативного

отношения к возможности беременности ВИЧ-инфицированных женщин у части медицинских специалистов могли стать устаревшие рекомендации и отношение к проблеме, как к «чуме 21 века», укоренившееся у целого поколения врачей.

Выводы

1. Выявлен невысокий уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа и вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, как женского населения, так и акушеров — гинекологов, неонатологов, что является предпосылкой для усиления обучения специалистов соответствующего профиля современным подходам к ВИЧ инфекции так и просветительной работы среди населения.

2. Необходимы обучающие семинары по «дотестовому консультированию на ВИЧ» для специалистов первичной медико-санитарной помощи — это расширит возможности профилактики, повысит уровень информации среди женщин фертильного возраста по проблеме ВИЧ.

3. Повышение уровня знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа снизит стигму к людям живущим с ВИЧ, которая наиболее выражена среди медицинских работников.

4. Требуется динамический пересмотр действующих обучающих материалов по профилактике перинатальной передачи ВИЧ в соответствии с протоколами Всемирной Организации Здравоохранения.

LEVEL OF AWARENESS OF WOMEN AND OBSTETRICIAN-GYNECOLOGISTS ABOUT PREVENTIVE MEASURES OF VERTICAL TRANSFER OF HIV INFECTIONS

V.I.Ashurova

Summary. Correct consultation of women at childbearing age is a determinative factor in regulation of reproductive function. The role of doctors in building the awareness of women remains high. We analyzed standard tests that consisted of 33 test type questions for the doctors (obstetrician-gynecologists, neonatologists and infectiologists) and the responds on obtaining the history of HIV infected mothers. Identified level of knowledge on the problem of HIV/AIDS and vertical transfer of it showed the necessity of teaching primary health care to specialists by modern approaches towards HIV infections. This will increase effectiveness of prevention of vertical transfer of HIV and decrease the risk of it to 2%.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Лечение и помощь при ВИЧ/СПИДе. Клинические протоколы для Европейского региона ВОЗ. 2007. Женева. 551 стр.
2. Министерство здравоохранения Республики Узбекистан. Приказ № 480 от 30 октября 2007 года «О совершенствовании профилактических мероприятий и организации медико-социальной помощи в связи с ВИЧ-инфекцией в Республике Узбекистан». Ташкент. 2007. 208 стр.
3. Rogers M. F., Thomas P., Stradier T. et al. National surveillance for AIDS in Children // II international conference on AIDS. — Paris, 1986. — P. 99.
4. Chiolo F., Ricchi E., Costigtola B. et al. Vertical transmission of LAV/HTLV-III // II international conference on AIDS. — Paris, 1986. — li. 127.
5. Decreasing rates of perinatal HIV transmission in Los Angeles County (LAC): Trends from 1990-2000. Frederick T., Jackson-Alvarez J., Shin Y. S., Mascola L. // XIV International AIDS Conference, — Barcelona, 7-12 July 2002. — Abstract [TulieC4764].
6. Rudin C. Vertical HIV transmission in Switzerland: results of the Swiss mother + child HIV cohort study. // XIV International AIDS Conference, — Barcelona, 7-12 July 2002. — Abstract [WelieB5932].
7. UNAIDS. HIV in pregnancy: a review. // Geneva, 1999. — 69 p.
8. Read J. S. Cesarean section delivery to prevent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. Associated risks and other considerations. // Ann-N-Y-Acad-Sci., November 2000, — P. 15-21.
9. Liarham D. L. Reducing perinatal transmission of HIV: the experience of federally funded health centers. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996. — li. 158.
10. Shakarishvili A. Breastfeeding among HIV-infected women, Los-Angeles and Massachusetts. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996. — li. 158-159.
11. Kahn James G., Marcelle E. Placebo control trials of short-course antiretroviral regimens to reduce mother-to-child HIV transmission are essential to establish standard of care in Africa. // Ulidate CD-ROM 12th World AIDS Conference, — Geneva 1998, — li. 813.
12. Stelihenson J., Calilier St. The effect of HIV diagnosis on the outcome of pregnancy. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996, — li. 126.
13. Кузнецова И. И. Роль женщины в распространении инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. Диссертация на соиск. уч. ст. к.мн. — ЦНИИЭ, — М., 1992. — 130 с.
14. WHO. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use of zidovudine. Technical notes. // Geneva, 2001. — 17 p.