

4. First trimester placental and myometrial blood perfusion measured by 3D power Doppler in normal and unfavourable outcome pregnancies / E. Hafner, M. Metzenbauer, I. Stumpflen, et al.// Placenta. – 2010. - Vol.31(9). – P.756–763.
5. Predictive value of angiogenic factors and uterine artery Doppler for early- versus late-onset pre-eclampsia and intrauterine growth restriction / F. Crispi, E. Llorca, C. Dominguez, et al.// Ultrasound Obstet Gynecol. - 2008. - Vol.31. - P. 303-309.
6. Uterine artery Doppler flow studies in obstetric practice / R. Giordano. A. Cacciatore, M. Romano, et al.// Journal of Prenatal Medicine. – 2010. – Vol.4. – Is.4. – P.59-62.

УДК 618.2 - 089.163: 616.98

АНТЕНАТАЛЬНИЙ ДОГЛЯД ВІЛ-АСОЦІЙОВАНИХ ВАГІТНИХ В ЛУГАНСЬКІЙ ОБЛАСТІ

*КОРНІЄЦЬ Н.Г., ГОРДІЄНКО О.В., ВАЛІЄВ О.А.,
БОРОВЛЮВА Н.М., ПИЛИПЯК А.М.*

м. Луганськ

Однією з провідних проблем сучасного практичного акушерства залишається збереження репродуктивного здоров'я нації шляхом удосконалення принципів антенатального догляду і підвищення якості здоров'я новонароджених. Особливо актуально це сьогодні, коли захворюваність на ВІЛ/СНІД набула ознак пандемії, в центрі якої знаходиться в тому числі й Україна, а питома вага ВІЛ-асоційованих жінок в загальній популяції породіль країни постійно зростає [1, 4]. Радикальна зміна шляхів передачі ВІЛ-інфекції з переважанням гетеросексуального призвела до збільшення в Україні кількості новонароджених від ВІЛ-асоційованих матерів з 2498 у 2005 до 3898 у 2013 році, серед яких 3129 дітей з підтвердженим діагнозом ВІЛ-інфекції, в тому числі 849 хворих на СНІД. Виходячи з вищевказаного метою нашого дослідження є удосконалення тактики антенатального спостереження ВІЛ-асоційованих вагітних на підставі вивчення клініко-вірусологічних особливостей перебігу вагітності і пологів для покращення стану плода і новонародженого.

Матеріали і методи дослідження

Для досягнення поставленої мети нами проведено клініко-лабораторне обстеження 47 вагітних з ВІЛ-позитивним статусом, які знаходились на розродженні в обсерваційному відділенні Луганського міського пологового будинку у 2010-2013 роках. Групу співставлення склали 52 ВІЛ- негативні вагітні.

В процесі ретроспективно-проспективного аналізу медичних карт обстежуваних вагітних вивчалися якість соматичного здоров'я, перебіг вагітності і пологів, а також стан новонароджених. Комплексне обстеження ВІЛ-асоційованих вагітних крім традиційного акушерського спостереження включало клінічні, лабораторні і діагностичні дослідження. Для аналізу показників активності ВІЛ-інфекції і вибору методу розродження у жінок основної групи визначали вірусне навантаження і кількість CD4-лімфоцитів.

Жінки обстежуваних груп за віком, паритетом, місцем проживання, впливом екологічних факторів були однорідними, що в подальшому надало можливість судити про розбіжності, обумовлені наявністю перш за все ВІЛ-інфекції.

Результати дослідження та їх обговорення

Однією з характерних рис епідеміологічної ситуації в регіоні сьогодні є постійна питома вага ВІЛ-асоційованих жінок в загальній популяції породіль м. Луганська, яка коливається у межах 0,45-0,55% і немає тенденції до зниження. Серед вагітних переважають жінки (57,45%) із заздалегідь відомим ВІЛ-позитивним статусом, що свідчить про усвідомлене планування вагітності, незважаючи на те, що майже в кожній третій з них спостері-

галася маніфестація 3 і 4 клінічної стадії хвороби. У 42,55% вагітних позитивний ВІЛ статус вперше був виявленим під час даної вагітності в стадії безсимптомного вірусноносійства. При цьому 44,68% ВІЛ-інфікованих жінок мали високе вірусне навантаження (> 1000 копій/мл) і 34,04% низький вміст (до 350 кл/мл) CD4 клітин. В цілому для ВІЛ-асоційованих вагітних притаманні молодий вік (27,5 років), ранне коітархе (76,60%), середня базова освіта (89,36%), відсутність працевлаштування (80,85%) і визначених сімейних відносин (57,45%).

Основним шляхом інфікування 91,50% пацієнток основної групи вважали статевий і лише 8,51%, вказували на внутрішньовенне споживання наркотиків [2]. Взагалі для 59,57% цих пацієнток були притаманними шкідливі звички (у групі співставлення 9,38%), серед яких переважали паління (48,94%), вживання алкоголю (10,64%) та наркотиків (8,51%), що в кінцевому результаті визначало стан їхнього здоров'я. Так, 23,40% вагітних основної групи страждали на різноманітні варіанти вірусного гепатиту (С, С+В), 8,51% - туберкульоз, 12,77% - захворювання, що передаються статевим шляхом, 17,02% - системний кандидоз [3, 6, 7]. В той час, як для жінок групи співставлення найбільш характерними були захворювання серцево-судинної (18,75%) і сечовидільної систем (15,63%).

Ефективність антенатального догляду для ВІЛ-асоційованих вагітних визначається зниженням ступеня ризику вертикальної трансмісії ВІЛ-інфекції від матері до новонародженого, яка забезпечується в значній мірі своєчасним проведенням антиретровірусної терапії при вагітності. За нашими даними 23,40% ВІЛ-асоційованих вагітних не перебували під наглядом лікаря жіночої консультації, пояснюючи це небажанням розкривати свій ВІЛ-статус (45,45%), а також стигмами і дискримінаціями по відношенню до людей з ВІЛ-інфекцією (54,55%) [1, 2, 5]. Отже повноцінну профілактику вертикальної ВІЛ-трансмісії під час вагітності отримали тільки 85,11% жінок основної групи. У більшості випадків (87,50%) вагітним призначалася 3-х етапна хіміопрфілактика ВІЛ інфекції від матері до дитини відповідно до клінічного сценарію (під час вагітності, в пологах і дитині в неонатальному періоді); 5 (12,50%) вагітних отримали антиретровірусні препарати тільки у пологах.

Під час розродження, спосіб якого визначався клінічним сценарієм, 95,74% породіль і усі новонароджені від матерів з ВІЛ-асоційованим статусом отримали антиретровірусну терапію у повній відповідності до вимог наказу МОЗ України від 14.11.2007 р. №716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини». Рівень акушерських і перинатальних ускладнень у ВІЛ-асоційованих породіль в пологах залежить не лише від стадії хвороби, а й від наявності чинників, які підвищують ризик вертикальної трансмісії вірусу від матері до дитини під час вагітності [1, 5], до яких відносять шкідливі звички, наявність коінфекцій (27,66%) і захворювань, що передаються статевим шляхом (12,77%), відмову від профілактичної антиретровірусної терапії (14,89%), незбалансоване і недостатнє харчування (36,17%) тощо. У 46,81% вагітних основної групи анемія різного ступеня важкості розвинулася вже у другому триместрі вагітності і була резистентною до лікування; фето-плацентарна дисфункція (29,79%) із синдромом затримки розвитку плода (14,89%), рецидивуюча загроза переривання (14,89%) і гестаційний пієлонефрит (8,51%) найбільш часто ускладнювали перебіг вагітності. Поряд з цим у кожній 2-ї ВІЛ-асоційованої вагітної відзначалася маніфестація специфічних ускладнень у вигляді кандидозу ротової порожнини (17,02%), ангулярного хейліту (10,64%), себорейного дерматиту (4,026%) і генералізованої лімфаденопатії (6,38%). Внаслідок цього 68,09% вагітних основної групи в динаміці вагітності були госпіталізовані від одного до трьох разів, середня тривалість кожного випадку сягала $23,08 \pm 0,69$ днів, що віддзеркалює високі державні витрати на утримання і лікування цього контингенту хворих.

Перебіг вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок характеризується високою питомою вагою передчасних пологів (23,41%), яка майже в 2 рази перевищує аналогічний показник у групі співставлення. Передчасні пологи найбільш часто розвивалися у жінок з маніфестацією 3 і 4 клінічної стадії хвороби [8, 9], на тлі вірусного гепатиту С в асоціації з акушерськими ускладненнями. Для ВІЛ-асоційованих вагітних притаманне переважання абдомінального розродження шляхом елективного кесаревого розтину за М.Писарезі (59,57%), основними показаннями до якого є високе вірусне навантаження (44,68%) і дистрес плода

(14,29%). Інфекційні умови для розродження через природні пологові шляхи мали лише 15,79% жінок основної групи, але питома вага природнього розродження у них реально сягала 40,43% за рахунок усвідомленої відмови від кесарського розтину. Серед ускладнень пологового акту у ВІЛ-асоційованих породіль достовірно частіше реєструвалися ранній розрив плодового міхура і аномалії пологової діяльності.

Перинатальна смертність у новонароджених основної групи, яка склала 4,1%, і її структура (глибока морфо-функціональна незрілість на тлі недоношеності та внутрішньоутробна пневмонія), значне (385 грамів) зниження середньої ваги при народженні, зростання питомої ваги дітей, що народилися в стані асфіксії різного ступеня важкості, свідчать про значний негативний вплив ВІЛ-інфекції у матері на внутрішньоутробний розвиток дитини і необхідність удосконалення тактики антенатального догляду.

Висновки

Питома вага ВІЛ-асоційованих жінок в загальній популяції породіль м. Луганська складає 0,45-0,55% і немає тенденції до зниження. Прогресування ВІЛ-інфекції при вагітності супроводжується збільшенням частоти екстрагенітальної патології, розвитком опортуністичних інфекцій, захворювань СНІД-асоційованого комплексу і акушерських ускладнень. Новонароджені від ВІЛ-асоційованих матерів в 2 рази частіше потребують терапії на 2-му етапі виходжування немовлят за рахунок порушень процесів адаптації і неврологічних розладів у неонатальному періоді. Виходячи з цього прегравідарна підготовка ВІЛ-асоційованих жінок поряд з рутинним призначенням фолатів і санацією осередків хронічної інфекції повинна включати адекватне консультування з метою формування усвідомленої відповідальності за здоров'я внутрішньоутробного плода і новонародженого.

ЛІТЕРАТУРА

1. Заболотнов В.А. Беременность и состояние новорожденных у юных ВИЧ-инфицированных женщин / В.А. Заболотнов, А.Н. Рыбалка, Ф.Ш. Хурамшин // *Здоровье женщины*. – 2009. – № 8 (44). – С.238-239.
2. Иванова Э.С. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ / Э.С. Иванова, Н.Н. Воробьева, Т.К. Рысинская, О.К. Мышкина, Е.А. Земскова // *Эпидемиология и инфекционные болезни*. – 2007. – №1. – С.44-46.
3. Калюжна Л.Д. Сифілітична інфекція у ВІЛ-інфікованих вагітних: вплив асоційованої інфекції на перебіг вагітності та перинатальні ускладнення / Л.Д. Калюжна, Н.М. Нечипоренко // *Український журнал дерматології, венерології, косметології*. – 2012. – № 2 (45). – С.102-106.
4. Майоров М.В. ВИЧ и беременность / М.В. Майоров, Е.А. Жуперкова, С.И. Жученко // *Провизор*. – 2010. – С.10-12.
5. Нечипоренко Н.М. Порівняльна соціоепідеміологічна і клінічна характеристика жінок із сифілітичною інфекцією під час вагітності, ВІЛ-інфікованих вагітних та ВІЛ-інфікованих вагітних, хворих на сифіліс // *Здоровье женщины*. – 2012. – № 10 (76). – С.145-151.
6. Садовникова В.Н. Актуальные проблемы медико-социального обеспечения беременных женщин с ВИЧ-инфекцией и их новорожденных / В.Н. Садовникова // *Здравоохранение Российской Федерации*. – 2010. – № 1. – С.7-10.
7. Baluch A. Current perioperative management of the patient with HIV / A. Baluch, H.Maass, C.Rivera // *Middle East J. Anesthesiol.* – 2009. – №20 (2). – P.167-177.
8. Jong E. The hemostatic balance in HIV-infected patients with and without antiretroviral therapy: partial restoration with antiretroviral therapy / E. Jong, S. Louw, J.C. Meijers // *AIDS Patient Care STDS*. – 2009. – №12. – P.1001-1007.
9. Lorenzi P. Antiretroviral therapies in pregnancy: maternal, fetal and neonatal effects / P. Lorenzi, V.M. Spicher, B. Laubereau // *AIDS*. – 2008. – №18. – P. F241-F247.