

С. П. Посохова

ЧАСТОТА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ЗАЛЕЖНО ВІД ПЕРЕБІГУ ПОЛОГІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ВАГІТНИХ

Одеський державний медичний університет

Вступ

На частоту передачі ВІЛ від матері до дитини впливають такі фактори: стан здоров'я вагітної, стадія ВІЛ-хвороби, перебіг вагітності та пологів, застосування антиретровірусної терапії під час вагітності та пологів, метод розродження, грудне вигодовування [1–3].

Відомо, що під час вагітності передача ВІЛ від матері до дитини відбувається у 23–27 % випадків, під час пологів — у 65–70 %, при грудному вигодовуванні — у 12–20 % [1; 3; 4].

Для зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів слід запобігати контакту плода з материнськими секретами. Передбачається, що механізм передачі ВІЛ-1 під час пологів включає прямий контакт шкіри та слизових оболонок дитини з шийковими і піхвовими секретами роділлі, поглинання вірусу з них, а також висхідний шлях інфікування через амніональні оболонки і навколоплідні води [1; 3–5].

Під час вагітності може збільшуватися концентрація ВІЛ у шийкових і піхвових секретах у 4 рази [3; 5].

Тривалість пологів не має такого значення для рівня передачі ВІЛ, як передчасний розрив навколоплідних оболонок [1; 4–6]. Тривалий безводний проміжок понад 4 год збільшує ризик інфікування майже вдвічі незалежно від методу роз-

родження [1; 7]. Більшість дослідників показали, що ризик трансмісії при кесаревому розтині, проведеному на початку пологів або після розриву навколоплідних оболонок, такий самий, як при пологах через природні пологові шляхи [1; 3; 7]. При безводному періоді понад 4 год кесарів розтин не впливає на частоту материнсько-плодової трансмісії ВІЛ (МПТВ) і призводить до високого рівня післяпологових гнійно-запальних ускладнень [1; 7].

Особливу роль у запобіганні інтранатального шляху ВІЛ-інфікування дитини відіграє метод розродження. Дослідження європейських вчених показали, що елективний кесарів розтин знижує рівень інтранатального ВІЛ-інфікування при високому (> 1000 вірусних копій в 1 мкл крові) або невідомому вірусному навантаженні до 1–2 % [1; 2; 7–10].

Метою нашого дослідження було вивчення особливостей перебігу пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних і вплив їх на частоту передачі ВІЛ від матері до дитини.

Матеріали та методи дослідження

Під нашим наглядом було 577 ВІЛ-інфікованих вагітних, розподілених на дві групи. Першу групу склали 375 ВІЛ-інфікованих вагітних, які приймали профілактичну антиретровірусну терапію (АРТ) під

час вагітності та пологів; другу — 202 жінки, які не приймали АРТ, дві третини з яких нерегулярно спостерігались, а 10 % надійшли під час пологів. Кожна група залежно від стану здоров'я дітей була розподілена на дві підгрупи: 1А (337 вагітних), які народили здорових дітей, 1Б (38 вагітних) — народили ВІЛ-інфікованих дітей; а також на групи 2А (147 здорових дітей), 2Б (55 ВІЛ-інфікованих дітей). Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в першій групі становила 10,1 %, у другій — 27,2 %. Контрольну групу склали 125 практично здорових неінфікованих вагітних.

Серед обстежених першо-вагітних було 141 (37,6 %) у першій групі, 63 (31,1 %) — у другій, 54 (43,2 %) — в контрольній. Вперше народжували в першій групі 240 (64 %) ВІЛ-інфікованих вагітних, у другій — 112 (55,4 %) і 63 (54,4 %) — у контрольній, тобто більше половини обстежених вагітних народжували вперше. Обтяжений акушерський анамнез, а саме штучні аборти, мали 162 (43,2 %) ВІЛ-інфіковані першої групи, 101 (50 %) — другої та 44 (35,2%) — контрольної групи. Отже, більшість ВІЛ-інфікованих вагітних мали обтяжений акушерський анамнез, що може впливати на перебіг вагітності, пологів та післяпологового періоду.

Серед ВІЛ-інфікованих вагітних стадію безсимптомного носійства мали 93,7 %, решта



6,3 % — стадію СНІД-асоційованого комплексу.

Вік ВІЛ-інфікованих вагітних коливався від 16 до 44 років і дорівнював у середньому (23,6±2,2) року. Ін'єкційними споживачами наркотиків до вагітності були 28,1 % вагітних, статевими партнерами наркоманів — 12,5 % жінок.

Дані щодо перебігу пологів у обстежених вагітних подано у таблиці.

Результати дослідження та їх обговорення

Під час аналізу перебігу пологів у ВІЛ-інфікованих вагітних виявлено такі особливості. Так, передчасні пологи трапилися у 34 (5,9 %) ВІЛ-інфікованих жінок, що в кілька разів частіше, ніж у загальній популяції вагітних. У ВІЛ-інфікованих вагітних другої групи частота передчасних пологів становила 10,8 %, що втричі більше порівняно з пер-

шою групою. Передчасні пологи у вагітних, які народили ВІЛ-інфікованих дітей, сталися в 19 (20,4 %) випадках, що в 6,5 разу частіше порівняно з тими, які народили здорових дітей. Передчасні пологи — це фактор високого ризику для прогнозування народження ВІЛ-інфікованих дітей ($r=0,82$). Тому антенатальний нагляд за ВІЛ-інфікованими є важливим для запобігання невиношування вагітності та зменшення кількості ВІЛ-інфікованих дітей.

Передчасне вилиття навколоплідних вод відзначалося у 128 (22,1 %) ВІЛ-інфікованих жінок, що вдвічі частіше, ніж у контрольній групі. Передчасне вилиття навколоплідних вод переважало у жінок другої групи (26,7 %), що пояснюється відсутністю лікування супровідних захворювань, що передаються статевим шляхом (ЗПСШ) у цій

групі та можливим виникненням хоріонамніоніту. Передчасне вилиття навколоплідних вод у ВІЛ-інфікованих вагітних 1Б і 2Б груп трапилося в 45 (48,4 %) випадках, що в 2,8 разу частіше порівняно з 1А і 2А групами. Безводний період більше 4 год корелює з підвищеним ризиком інтранатального ВІЛ-інфікування плода ($r=0,82$). При безводному періоді понад 12 год у 53,6 % жінок в обох групах народилися ВІЛ-інфіковані діти.

Частота аномалій пологової діяльності у ВІЛ-інфікованих вагітних обох груп вірогідно не відрізнялася. Загалом було 62 (10,7%) випадків, що майже вдвічі більше порівняно з контрольною групою — 7 (5,6 %). При аномаліях пологової діяльності у 15 (36,5 %) жінок народилися ВІЛ-інфіковані діти, що може пояснюватися проникненням більшої кіль-

Таблиця

Перебіг пологів у обстежених вагітних

Перебіг пологів	Перша група, n=375				Друга група, n=202				Контрольна група, n=125	
	1А група, n=337		1Б група, n=38		1А група, n=147		2Б група, n=55			
	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%	Абс.	%
Пологи термінові	329	97,60±0,83	32	84,2±5,9	137	93,20±2,07	40	72,7±6,0	124	99,20±0,79
Передчасні пологи	7	2,1±0,78	5	13,20±5,49*	8	5,40±1,86	14	25,50±5,87**	0	0
Запізнілі пологи	1	0,30±0,29	1	2,60±2,58*	2	1,40±0,96	1	1,80±1,79	1	0,80±0,79
Безводний період:										
до 4 год	278	82,50±2,06	23	60,50±7,93	123	83,70±3,04	25	45,50±6,71	111	88,80±2,82
4–12 год	48	14,2±1,9	10	26,30±7,14	22	14,90±2,93	20	36,40±6,48**	13	10,40±2,73
>12 год	11	3,30±0,97	5	13,20±5,49*	2	1,40±0,96	10	18,10±5,33**	1	0,80±0,79
Аномалії пологової діяльності	25	7,40±1,43	7	18,40±5,22*	15	10,2±2,2	15	27,20±5,73**	11	8,80±2,53
Передчасне відшарування нормально розташованої плаценти	1	0,30±0,29	1	2,60±2,58*	1	0,70±0,68	2	3,60±2,51**	1	0,80±0,79
Гостра інтранатальна гіпоксія плода	11	3,30±0,97	10	26,30±7,14**	21	14,30±2,88	21	38,20±6,55**	5	4,00±1,75
Післяпологова кровотеча	12	3,60±1,01	2	5,20±3,60	11	7,50±2,17	3	5,50±3,07	2	1,60±1,12
Амніотомія, перинео- або епізіотомія	28	8,3±1,5	10	26,30±7,14*	23	15,6±2,9	17	30,90±6,23*	30	24,00±3,81

Примітка. * — $P<0,05$ — вірогідність різниці відносно показників у 1А, 2А групах; ** — $P<0,01$ — вірогідність різниці відносно показників у 1А, 1Б і контрольній групах.



кості материнської крові, особливо при дискоординованих переїмах, до плода. Підвищення частоти аномалій пологової діяльності у ВІЛ-інфікованих вагітних пояснюється обтяженим акушерським анамнезом у значного відсотка жінок і можливими запальними процесами матки після переривань вагітності, враховуючи частоту супровідних захворювань, що передаються статевим шляхом.

Передчасне відшарування плаценти у ВІЛ-інфікованих виявлялося вірогідно не частіше, ніж у контрольній групі. Тим же часом при передчасному відшаруванні плаценти у 60 % випадків народилися ВІЛ-інфіковані діти, що є важливим прогностичним фактором, який підвищує частоту інтранатального ВІЛ-інфікування плода, можливо, за рахунок масивного контакту плода з кров'ю матері.

Гостра інтранатальна гіпоксія плода виявлена у 20,8 % ВІЛ-інфікованих другої групи, що в 4 рази більше порівняно з першою групою і пояснюється відсутністю антенатального нагляду, лікування, пізньою госпіталізацією до стаціонару. Загалом гостра інтранатальна гіпоксія плода трапилася у 63 (10,9 %) ВІЛ-інфікованих жінок, що в 2,5 рази частіше порівняно з контролем. Гостру інтранатальну гіпоксію перенесли 26,3 % ВІЛ-інфікованих дітей першої групи, а другої — 38,2 %. Гостра інтранатальна гіпоксія плода, особливо на фоні хронічної гіпоксії, синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку плода, може бути важливим фактором, який підвищує ризик антенатального та інтранатального інфікування плода за рахунок збільшення частоти внутрішньоутробних дихальних рухів плода та ковтання інфікованих навколоплідних вод.

Післяпологова кровотеча трапилася у 28 (4,8 %) ВІЛ-інфікованих вагітних, що втричі частіше порівняно з контролем. Масивних акушерських кровотеч не було у жодному випадку.

Відомо, що інвазивний моніторинг та оперативні втручання, такі як амніотомія, перинео-епізіотомія та інші під час пологів можуть підвищувати частоту МПТВ. Епізіотомія та амніотомія були проведені у 78 (13,5 %) роділей. Частота інтранатального ВІЛ-інфікування плода становила 27 (34,6 %) випадків. Інвазивні втручання під час пологів корелюють з підвищенням ризику МПТВ під час пологів ($r=0,92$).

Ургентний кесарів розтин було проведено 25 (4,3 %) ВІЛ-інфікованим вагітним. При цьому частота народження ВІЛ-інфікованих дітей дорівнювала 11 (44,0 %) випадків, що вказує на відсутність профілактичного значення ургентного оперативного розродження. При розродженні шляхом елективного кесаревого розтину у 189 хворих жінок ВІЛ-інфікованих дітей народилося 8 (4,2 %) в обох групах, що в 10 разів менше порівняно з показником при ургентному кесаревому розтині. При пологах через природні пологові шляхи в обох групах ВІЛ-інфікованих жінок народилося 74 (20,4 %) ВІЛ-інфікованих дітей.

Таким чином, перебіг пологів має важливе значення для підвищення частоти інтранатального ВІЛ-інфікування плода.

Висновки

1. У ВІЛ-інфікованих вагітних частота інтранатального ВІЛ-інфікування плода підвищується при передчасних пологах в 6,5 рази.

2. Передчасне вилиття навколоплідних вод і збільшення безводного проміжку понад

4 год підвищує частоту інтранатального ВІЛ-інфікування плода ($r=0,82$), а при безводному проміжку більше 12 год у 53,6 % випадків народилися ВІЛ-інфіковані діти.

3. Ризик інтранатального ВІЛ-інфікування плода вдвічі підвищується через аномалії пологової діяльності, гостру інтранатальну гіпоксію плода, за якої кожна друга дитина народилася ВІЛ-інфікованою, та передчасне відшарування плаценти (60 % ВІЛ-інфікованих дітей).

4. Інвазивні втручання під час пологів (амніотомія, перинео- або епізіотомія) також підвищують частоту інтранатального ВІЛ-інфікування плода ($r=0,92$).

5. Розродження шляхом елективного кесаревого розтину у 10 разів знизило частоту передачі ВІЛ від матері до дитини порівняно з показником при ургентному кесаревому розтині та в 4,8 разу — порівняно з пологами через природні пологові шляхи.

6. При розродженні ВІЛ-інфікованих вагітних важливо прогнозувати фактори ризику інтранатального ВІЛ-інфікування з метою їх запобігання для зниження частоти передачі ВІЛ від матері до дитини.

ЛІТЕРАТУРА

1. ВІС в перинатології / Под ред. В. Н. Запорожана, Н. Л. Аряєва. — К.: Здоров'я, 2000. — 187 с.

2. Reducing of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment / E. M. Connor, R. S. Sperling, R. Gelver et al. // N. Engl. J. Med. — 1994. — Vol. 31, N 18. — P. 1173-1180.

3. Newel M. L. Mechanisms and timing of mother-to-child transmission of HIV-1 // AIDS. — 1998. — N 12. — P. 831-837.



4. Reggy A., Simonds R. J., Rogers M. Prevention perinatal HIV transmission // AIDS. — 1997. — N 6. — P. 61-67.

5. Tess B. N. et al. Breastfeeding, genetic, obstetric and other factors associated with mother-to-child transmission of HIV-1 in Sao Paulo State, Brazil // AIDS. — 1999. — Vol. 12, N 5. — P. 513-520.

6. Umans-Eckenhausem M. A., Lafeber H. N. Prolonged Rupture of Membranes and Transmission of the Human Immunodeficiency Virus // N.

Engl. J. Med. — 1996. — Vol. 335, N 14. — P. 1533-1534.

7. Douglas D. Timing Crucial in Perinatal HIV Transmission Prophylaxis // AIDS. — 2003. — N 17. — P. 1659-1665.

8. Elective cesarean section versus vaginal delivery in prevention vertical transmission: a randomised clinical trial. The European Mode of Delivery Collaboration // Lancet. — 1999. — Vol. 353, N 9158. — P. 1035-1038.

9. 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. // Program and abstracts 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; February 4-8, 2001. — Chicago, Illinois // Abstract 517.

10. Thorne C, for the European Collaboration Study / Antiretroviral therapy and cesarean section to reduce vertical transmission of HIV in Europe. Program and abstracts of the XIII International AIDS Conference; July 9-14, 2000. — Durban, South Africa // Abstract MoOrC 240.

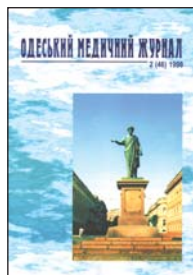
*Передплачуйте
і читайте*

ОДЕСЬКИЙ МЕДИЧНИЙ ЖУРНАЛ

Передплата приймається у будь-якому передплатному пункті

У випусках журналу:

- ◆ Теорія і експеримент
- ◆ Клінічна практика
- ◆ Профілактика, реабілітація, валеологія
- ◆ Нові технології
- ◆ Огляди, рецензії, дискусії



Ціна передплати на півріччя (три номери):

- для підприємств та організацій — 60 грн;
- для індивідуальних передплатників — 30 грн.

Передплатні індекси:

- для підприємств та організацій — 48717;
- для індивідуальних передплатників — 48405.

