

©Т. В. Фартушок

*Львівський національний медичний університет імені Данила Галицького*

## ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я, ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК

ОСОБЛИВОСТІ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВ'Я, ПЕРЕБІГУ ВАГІТНОСТІ ТА ПОЛОГІВ У ВІЛ-ІНФІКОВАНИХ ЖІНОК. Досліджено особливості репродуктивного здоров'я, перебігу вагітності та пологів у 26 ВІЛ-інфікованих жінок. Враховуючи результати проведених обстежень, можна зробити такий висновок, що у ВІЛ-інфікованих вагітних відмічено збільшення числа передчасних пологів, несвоєчасного відходження навколоплідних вод, народження недоношених дітей.

ОСОБЕННОСТИ РЕПРОДУКТИВНОГО ЗДОРОВЬЯ, ТЕЧЕНИЯ БЕРЕМЕННОСТИ И РОДОВ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН. Исследованы особенности репродуктивного здоровья, течения беременности и родов у 26 ВИЧ-инфицированных женщин. Учитывая результаты проведенных исследований, можно сделать такой вывод, что у ВИЧ-инфицированных беременных увеличено число преждевременных родов, несвоевременного отхождения околоплодных вод, рождение недоношенных детей.

FEATURES OF REPRODUCTIVE HEALTH, PREGNANCY AND CHILDBIRTH IN HIV INFECTED WOMEN. The features of reproductive health, pregnancy and childbirth in 26 HIV-infected women. Given the results of the survey can conclude that HIV-infected pregnant observed increase in the number of premature birth, delayed discharge of amniotic fluid of premature children.

**Ключові слова:** ВІЛ-інфекція, вагітність, ускладнення вагітності, пологів.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, беременность, осложнения беременности, родов.

**Key words:** HIV infections, pregnancy, complications of pregnancy and childbirth.

**ВСТУП.** На сучасному етапі розвитку України здоров'я жінки є найважливішим інтегральним показником загального здоров'я нації та її відтворення [1]. Однією з причин розладу репродуктивного здоров'я населення слід назвати ВІЛ-інфікування та захворюваність на СНІД [2]. Починаючи з 1995 року, відбувається надзвичайно швидке зростання чисельності ВІЛ-інфікованих. Україна перебуває в епіцентрі епідемії ВІЛ у Східній Європі: кількість зареєстрованих нових випадків ВІЛ-інфікування майже вдвічі перевищує відповідний показник для Західної і майже в 14 разів - Центральної Європи [3, 4].

Поточний рівень розповсюдження ВІЛ в Україні складає загрозу розвитку країни. За оцінками міжнародних експертів, сьогодні в Україні живе 440 тисяч людей із ВІЛ/СНІДом (1,63 % населення країни віком 15-49 років) [5]. У 2010 році в Україні офіційно зареєстровано 18 973 ВІЛ-інфікованих осіб, жінки становлять близько 27 % [6,7]. Вірус імунодефіциту людини призводить до перинатального інфікування плода та новонародженого в 21-40 % випадків, може несприятливо впливати на перебіг вагітності, пологів, а також погіршувати стан здоров'я матері [8, 9]. При грудному вигодовуванні ВІЛ-трансмсія відбувається в 12-20 % випадків [10].

До теперішнього часу зібрано відносно мало даних про особливості перебігу вагітності і пологів у ВІЛ-інфікованих жінок, що дає підстави розглядати і ставитись до даного питання не лише як до акушерської, а й серйозної соціальної, психологічної проблеми, яка потребує свого подальшого вивчення та розробки напрямків її вирішення.

Метою нашої роботи було вивчення особливостей репродуктивного здоров'я, перебігу вагітності та

пологів у ВІЛ-інфікованих жінок з метою збереження та відновлення репродуктивного здоров'я і створення сприятливого впливу на якість життя в подальшому новонародженої дитини.

**МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ.** Під спостереженням перебували 26 ВІЛ-інфікованих вагітних жінок, які звернулись і були скеровані у пологовий стаціонар Львівської обласної клінічної лікарні протягом одинадцяти місяців від січня до грудня 2014 року. Усім пацієнткам проводився повний клініко-лабораторно-інструментальний комплекс обстежень відповідно до діючих протоколів № 716, 582, 786 та 900.

Спеціальні методи дослідження включали розроблення реєстраційних карт, де було відмічено місце проживання жінок, соціальний статус, застосування методів контрацепції, перебування узареєстрованому чи не зареєстрованому шлюбі, відображені секреторна, менструальна, статева, дітородна функції.

**РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ.** Групу обстеження склали 26 ВІЛ-інфікованих вагітних жінок віком від 19 до 38 років. Найбільша кількість жінок була у віці 31 рік - 3 (11,5 %) жінки, 23 роки - 2 (7,7 %) жінки, 24 роки - 2 (7,7 %) жінки, 33 роки - 2 (7,7 %) жінки, 34 роки - 2 (7,7 %) жінки, що є одним із чинників несприятливого перебігу вагітності, пологів та несприятливих перинатальних наслідків.

Доступність обстежень та якість антенатального спостереження можуть бути обумовлені місцем проживання вагітної. Так, з усіх обстежених вагітних 3 (11,5%) були жителями міста Львова, 1 (3,8 %) жінка - жителька Івано-Франківська, 1 (3,8 %) жінка - жителька Кіровоградської області, 1 (3,8 %) жінка - жителька Тернопільської області, жителями Львівської

області - 17 (65,4 %) жінок, 4 (15,4 %) - проживали у райцентрах, 10 (38,5 %) були жителями сіл з необхідністю доїзду до центральної районної лікарні.

Одним із чинників ризику виникнення ускладнень вагітності та можливих перинатальних ускладнень є соціально-економічний статус вагітних. Серед обстежених вагітних безробітних було 8 (30,7 %) жінок, з вищою освітою - 3 (11,5 %) жінки, з середньою спеціальною освітою - 2 (7,7 %) жінки, середньою освітою - 4 (15,4 %) жінки, 2 (7,7 %) жінки були приватними підприємцями, фінансові труднощі мали близько 25 (96,2 %) жінок, в шлюбі були лише 8 (30,7 %) жінок, професійні контакти з кров'ю мала 1 (3,8 %) жінка.

Структура контрацептивної поведінки є такою: лише 9 (38,0 %) ВІЛ-інфікованих вагітних використовували бар'єрні методи контрацепції, не використовувала жодних методів кожна п'ята жінка, що є небезпечним фактором щодо поширення інфекції.

Середній вік менархе серед обстежених вагітних жінок склав  $12,86 \pm 0,5$  року. Болючі менструації відмічали - 12 (46,2 %) жінок, 10 (38,5 %) - відмічали рясні менструальні кров'янисті виділення (прокладки на 5 капельок і 3-4 прокладки в день), і 4 (15,4 %) жінки - нерегулярні менструації з частими затримками до 6-12 днів ( $P > 0,05$ ). Пізнь менархе (15 і більше років) мало місце у 3 (11,5 %) обстежених жінок. Аналіз менструальної функції обстежених вагітних показав, що у частини вагітних мали місце дисгормональні порушення, які впливають на напруженість протиінфекційного захисту організму і на процеси виношування вагітності. Порушення менструального циклу (гіпоменструальний синдром, поліменорея, дисфункціональні маткові кровотечі) спостерігалися у різні вікові періоди у 10 (38,5 %) вагітних жінок, проте за медичною допомогою ці жінки не звертались і відповідного лікування не отримували.

Згідно з результатами, отриманими при обстеженні ВІЛ-інфікованих хворих, частіше спостерігається урогенітальний кандидоз - 15 (59 %) жінок, мікоплазмоз - 10 (40 %) жінок, хламідіоз - 9 (37 %) жінок. Початок статевого життя -  $16,3 \pm 0,5$  року. Первинне непліддя виявлено у 10 (41 %) жінок, полікістоз яєчників - у 6 (23,1 %) жінок, аднексит - у 2 (7,7 %) жінок, ерозію шийки матки - у 6 (23,1 %) жінок, поліп шийки матки - в 1 (3,8 %) жінки, самовільні викидні в анамнезі мали 8 (30,8 %) жінок, лейоміому матки - 11 (45 %) жінок, гіперплазію ендометрія - 16 (65 %) жінок. Із супутньої патології 3 (11,3 %) жінки мали вірусний гепатит С, 1 (3,8 %) жінка мала хронічну радикулопатію попереково-крижового відділу хребта.

Необхідно відмітити, що серед обстежених жінок було 13 (50,0 %) повторно вагітних, 1 (3,8 %) жінка була вагітна двійнею. Самовільні викидні в анамнезі мали 6 (23,1 %) вагітних. У 1 (3,8 %) вагітної в анамнезі був кесарів розтин при II вагітності у 2009 році.

Аналізуючи перебіг даної вагітності, було встановлено, що вагітність ускладнилась анемією I ст. у 8 (30,8 %) вагітних, анемією II ст. у 3 (11,5 %) вагітних, пієлонеф-

ритом у 2 (7,7 %) випадках, прееклампсією легкого ступеня в 1 (3,8 %) жінки, прееклампсією середнього ступеня в 1 (3,8 %) жінки, прееклампсією важкого ступеня у 2 (7,7 %) жінок, загрозою переривання вагітності у I триместрі у 2 (7,7 %) вагітних, у I і II триместрі у 10 (38,5 %) вагітних, у II триместрі у 8 (30,8 %) вагітних, у III триместрі у 3 (11,5 %) вагітних, інволютивно-дистрофічними змінами у плаценті у 5 (19,2 %) вагітних, передчасним дозріванням плаценти у 7 (26,9 %) вагітних, хронічним дистресом плода у 5 (19,2 %) вагітних, ЗРЗП I ст. в 1 (3,8 %) вагітної, ЗРЗП II ст. в 1 (3,8 %) вагітної, багатовіддя в 1 (3,8 %) вагітної.

Пологи відбулись у 26 вагітних. Пологи ускладнились передчасним вилиттям навколоплідних вод у 5 (19,2 %) вагітних, раннім вилиттям навколоплідних вод у 7 (26,9 %) вагітних, гострим дистресом плода в 1 (3,8 %) вагітної, первинною слабкістю пологової діяльності у 5 (19,2 %) вагітних, дефектом посліду в 1 (3,8 %) вагітної. Передчасні пологи відбулись у 10 (38,4 %) вагітних. Структура передчасних пологів така: 32-33 тижні - 1 (3,8 %) вагітна, 35-36 тижнів - 3 (11,5 %) вагітні, 36-37 тижнів - 1 (3,8 %) вагітна. Пологи шляхом операції кесарського розтину відбулись у 12 (46,2 %) вагітних. Показаннями до операції кесарського розтину були: вірусне навантаження  $> 1000$  копій/мл у III триместрі вагітності у 8 (32,0 %) вагітних, дистрес плода в 1 (3,8 %) вагітної, прееклампсія важкого ступеня у 2 (7,7 %) вагітних, неповноцінність рубця на матці в 1 (3,8 %) вагітної. Інструментальна ревізія стінок порожнини матки проводилась у 4 (15,4 %) вагітних.

Пологи в термін відбулися у 16 (61,5 %) вагітних жінок, у тому числі в 37-38 тижнів гестації морфологічно незрілим плодом - у 2 (7,7 %) жінок. Всього народилось 27 дітей, з них хлопчиків 16 (61,5 %) та 10 (38,5 %) дівчаток.

Середня маса новонароджених дітей складала  $2638,95 \pm 66,02$  г. Недоношених народилось 7 (25,9 %) дітей. Оцінка за шкалою Апгар склала 7/8 балів - 6 (22,2 %) дітей. Серед патологій новонароджених переважають ЗВУР у 2 (7,4 %) дітей, дихальні розлади середнього ступеня важкості - 1 (3,7 %) дитина, підозра на внутрішньоутробне інфікування - 1 (3,7 %), тетрада Фалло - 1 (3,7 %) дитина, пієлоектазія лівої нирки плода - 1 (3,7 %) дитина.

**ВИСНОВОК.** Враховуючи результати проведених обстежень, можна зробити такий висновок, що у ВІЛ-інфікованих вагітних відмічено збільшення числа передчасних пологів, народження недоношених дітей та несвоєчасне відходження навколоплідних вод.

**ПЕРСПЕКТИВИ ПОДАЛЬШИХ ДОСЛІДЖЕНЬ.** Без відповідної стратегії, в якій особлива увага приділяється жінкам репродуктивного віку, неможливо досягнути глобального прогресу в боротьбі з ВІЛ/СНІДом. Проблема ВІЛ-інфекції та вагітності вимагає подальшого вивчення з метою покращення прогнозу для матері та дитини.

## Акушерство та гінекологія

### СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Антипкін Ю. Г. Репродуктивне здоров'я жінок як важлива складова покращення демографічної ситуації в Україні / Ю. Г. Антипкін // Журнал АМН України. - 2013. - Т. 13, № 3. - С. 476-485.
2. ВІЛ-інфекція та СНІД в Україні. Аналіз, профілактика, лікування // Зб. матеріалів з актуальних проблем протидії епідемії / МОЗ України. Український центр профілактики і боротьби зі СНІДом. - К. : Поліграфія, 2011. - 208 с.
3. Depression and mania in patients with HIV/AIDS. New York (NY) : New York State Department of Health, 2012 Jun. - 23 p.
4. Activation of human immunodeficiency virus type expression by Gardnerella vaginalis / Microbiology, Rush Univ, Chicago, IL 60612, USA // J. Infect. Dis. - 2009. - Vol. 179 (4). - P. 924-930.
5. ^nrtaception and fertility options in HIV// Reproductive Health Matters. - 2013. - № 5. - P. 46-66.
6. сипеп F. Update on prevention vertical transmission of HIV type 1 / F. Chen, A. K. Pau, S. U. Pistelli // Am. J. Health-Syst. Pharm. - 2012. - Vol. 57, № 17. - P. 1616-1623.
7. Dashe J. S. Opioid detoxification in pregnancy / J. S. Dashe, G. L. Jackson // Obsteta Gynecol. - 2012. - Vol. 92, № 5. - P. 854-858.
8. Bartlett J. G. Medical Management of HIV Infection / J. G. Bartlett, J. E. Gallant. - Baltimore, 2013. - 1 p.
9. Rachael Harker. HIV and AIDS statistics. - 2012. - P. 14.
10. Vertical transmission of HIV in 15-weeks fetus / S. Specher, G. Soumenroff, F. Puissant [et al.] // Lancen. - 2013. - Vol. 2. - P. 288-289.

Отримано 13.02.15