

АКУШЕРСКИЕ ПРОБЛЕМЫ У ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН

O.В.Яковлева*, Т.Н.Глухова, И.Е.Рогожина

Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского, Саратов, Россия

© Коллектив авторов, 2019 г.

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин Саратовской области по данным ретроспективного анализа историй болезни за 2013–2018 годы. *Материалы и методы.* Проведен ретроспективный клинико — статистический анализ течения беременности, родов и послеродового периода по данным медицинской документации 282 ВИЧ-инфицированных беременных, находившихся на лечении в ГАУЗ ЭПЦ (г. Энгельс, Саратовская область, Россия) в 2013–2018 годах (основная группа). Группу сравнения составили пациентки, не инфицированные ВИЧ, находившиеся на лечении в ГАУЗ ЭПЦ в 2013–2018 годах. Для оценки статистической значимости различий использован стандартный пакет программ статистического анализа STATISTICA 10.0. *Результаты.* По сравнению с 2013 годом в 2018 году возраст ВИЧ-инфицированных беременных уменьшился ($p<0,05$). ВИЧ-инфицированные реже обращаются в женскую консультацию до 12 недели беременности ($p<0,05$). Установлена высокая частота коинфицирования ВИЧ-инфицированных женщин инфекцией мочевых ($p<0,05$) и половых путей ($p<0,05$), вирусами гепатитов С ($p<0,05$) и В ($p<0,05$), сифилисом в анамнезе ($p<0,05$). Отмечена высокая поражаемость этих женщин вирусными инфекциями: острой респираторной вирусной инфекцией ($p<0,05$), вирусом генитального герпеса ($p<0,05$), цитомегаловирусной инфекцией ($p<0,05$). Высока частота встречаемости инфекций, передающихся половым путем: урогенитально-хламидиоза ($p<0,05$), трихомонадного колпита ($p<0,05$). У ВИЧ-инфицированных беременных отмечается повышенная заболеваемость анемией ($p<0,05$), хроническим пиелонефритом ($p<0,05$), кожными заболеваниями ($p<0,05$), чаще встречается дефицит массы тела ($p<0,05$). При ВИЧ-инфицировании увеличивается частота оперативного родоразрешения ($p<0,05$), преждевременных родов ($p<0,05$), частота формирования маловесного к сроку гестации плода ($p<0,05$), а также перинатальной смертности ($p<0,05$). Резервом для снижения перинатальной смертности для новорожденных от ВИЧ-инфицированных матерей являются в прегравидарном периоде тестирование на ВИЧ, вирус гепатита С, коррекция веса пациентки, исключение железодефицитного состояния, выявление и санация очагов мочеполовой инфекции. При взятии на диспансерный учет необходим контроль и коррекция анемии, хронических инфекционных заболеваний, мониторирование состояния биоценоза влагалища, во второй половине беременности — контроль роста плода.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, коинфицирование, недоношенность, беременность, плод, новорожденный, роды

OBSTETRIC PROBLEMS IN HIV-INFECTED WOMEN

O.V.Yakovleva*, T.N.Glukhova, I.E.Rogozhina

Saratov State Medical University named after V.I.Razumovskii, Saratov, Russia

Objective: to study the features of the course of pregnancy and childbirth in HIV-infected women in the Saratov region according to a retrospective analysis of case histories for 2013–2018. *Materials and methods.* A retrospective clinical and statistical analysis of the course of pregnancy, childbirth and the postnatal period was carried out according to medical records of 282 HIV-infected pregnant women who were treated at the State Agrarian Medical Center (Engels, Saratov Region, Russia) in 2013–2018. (main group). The comparison group consisted of patients who were not infected with HIV who were treated at the SAUS EOC in 2013–2018. To assess the statistical significance of differences, the standard statistical analysis software package STATISTICA 10,0 was used. *Results.* Compared to 2013, in 2018, the age of HIV-infected pregnant women has decreased ($p<0,05$). HIV-infected people are less likely to go to a maternity clinic before the 12th week of pregnancy ($p<0,05$). A high frequency of co-infection of HIV-infected women with urinary infection ($p<0,05$) and genital tract ($p<0,05$), hepatitis C viruses ($p<0,05$) and B ($p<0,05$), and syphilis was found anamnesis ($p<0,05$). A high susceptibility of these women to viral infections was noted: acute respiratory viral infection ($p<0,05$), genital herpes virus ($p<0,05$), cytomegalovirus infection ($p<0,05$). The incidence of sexually transmitted infections is high: urogenital chlamydia ($p <0,05$), trichomonas colpitis ($p<0,05$). HIV-infected pregnant women have an increased incidence of anemia ($p<0,05$), chronic pyelonephritis ($p<0,05$),

and skin diseases ($p<0,05$), and body mass deficiency is more common ($p<0,05$). In case of HIV infection, the frequency of operative delivery ($p<0,05$), premature birth ($p<0,05$), the frequency of formation of a low-weight fetus at a time of gestation ($p<0,05$), as well as perinatal mortality ($p<0,05$). The reserve for reducing perinatal mortality for newborns from HIV-infected mothers is in the pregravid period, testing for HIV, hepatitis C virus, correction of the patient's weight, elimination of the iron deficiency condition, detection and rehabilitation of urogenital foci. When taking to a dispensary account, control and correction of anemia, chronic infectious diseases, monitoring of the state of the vaginal biocenosis are necessary, in the second half of pregnancy — control of fetal growth.

Key words: HIV infection, co-infection, prematurity, pregnancy, fetus, newborn, childbirth

Для цитирования: Яковлева О.В., Глухова Т.Н., Рогожина И.Е. Акушерские проблемы у ВИЧ-инфицированных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2019. Т. 11, № 3. С. 23–29. DOI: <http://dx.doi.org/10.22328/2077-9828-2019-11-3-23-29>.

Введение. Установлено, что в настоящее время в популяции пациенток, инфицированных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), преобладают женщины репродуктивного возраста, так в Забайкальском крае их доля составляет 75,7% [1]. Учитывая, что половой путь распространения (74,05–83,8%) стал ведущим [1, 2], следует ожидать увеличения числа беременностей у женщин с этим заболеванием. На начало 2017 года в Саратовской области проживало 11 460 ВИЧ-инфицированных пациентов [2]. В Саратовской области показатель пораженности населения ВИЧ-инфекцией составил в 2017 году 459,68 на 100 000 [2], показатель интенсивности эпидемического процесса достиг $32,75 \pm 18,760 / 100 000$ [2]. Проведение трехэтапной антиретровирусной терапии (АРВТ) и широкий охват ВИЧ-инфицированных беременных АРВТ позволили снизить частоту вертикальной передачи возбудителя на территории Саратовской области до 1,9% [3].

Однако перед акушерами-гинекологами стоит важнейшая задача — не только предотвращение инфицирования новорожденных вирусом иммунодефицита человека, но и снижение в популяции ВИЧ-инфицированных беременных частоты осложнений беременности и родов, а также перинатальной смертности [4].

Цель: изучить особенности течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин Саратовской области по данным ретроспективного анализа историй болезни за 2013–2018 годы.

Материалы и методы. Проведен ретроспективный клинико-статистический анализ течения беременности, родов и послеродового периода по данным медицинской документации 282 ВИЧ-инфицированных беременных, находившихся на лечении в ГАУЗ «Энгельский перинатальный центр»

(ГАУЗ ЭПЦ) (г. Энгельс, Саратовская область, Россия) в 2013–2018 годах (основная группа). Группу сравнения составили пациентки, не инфицированные ВИЧ, находившиеся на лечении в ГАУЗ ЭПЦ в 2013–2018 годах. Для оценки статистической значимости различий использован стандартный пакет программ статистического анализа STATISTICA 10.0.

Результаты и их обсуждение. В 2013–2018 годах в ГАУЗ ЭПЦ находилось на лечении 282 ВИЧ-инфицированных беременных. Средний возраст беременных с ВИЧ был в 2013 году — $30,6 \pm 1,7$ года, в 2014 — $29,5 \pm 1,3$ года, в 2015 — $30,3 \pm 1,4$ года, в 2016 — $27,5 \pm 2,7$ года, в 2017 — $26,7 \pm 2,1$ года, в 2018 году — $26,3 \pm 1,2$ года. Однако по сравнению с 2013 годом возраст ВИЧ-инфицированных беременных в 2018 году уменьшился ($p<0,05$).

В основной группе (282 беременных) 89 пациенток было первородящими ($31,56 \pm 2,77\%$, в группе сравнения $42,85 \pm 0,31\%$, $p<0,01$).

Частота встречаемости первородящих в исследуемых группах представлена в таблице 1.

По данным медицинской документации, в основной группе беременность закончилась родами у 166 женщин ($58,87 \pm 2,93\%$), самопроизвольным абортом — у 52 пациенток ($18,44 \pm 2,30\%$), артифициальным абортом — у 57 человек ($20,21 \pm 2,39\%$), трубной беременностью — в 7 случаях ($2,48 \pm 0,92\%$). Результат исхода беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин представлен в таблице 2.

При сравнении исхода беременностей в 2013–2018 годах статистической разницы не получено ($p>0,05$).

В основной группе женскую консультацию до 12 недель беременности посетило 152 женщины ($55,27 \pm 4,03\%$, в группе сравнения — $88,88 \pm 0,35\%$,

Таблица 1

Частота встречаемости первородящих в исследуемых группах

Годы	2013	2014	2015	2016	2017	2018
ВИЧ-инфицированные беременные						
Всего человек, абс.	48	57	48	45	44	40
Первородящие беременные, абс. (%)	11 (22,91±6,06)	14 (24,56±5,70)	13 (27,08±6,41)	19 (42,22±7,36)	15 (34,09±7,14)	17 (42,05±7,80)
Группа сравнения						
Всего человек, абс.	4384	4350	4449	4181	3464	3354
Первородящие беременные, %	48,63±0,75	45,35±0,75	42,32±0,74	42,81±0,76	41,63±0,83	36,56±0,83

$p<0,05$). Следует отметить, что в 2013 году женскую консультацию до срока 12 недель беременности посетило 19 ВИЧ-инфицированных женщин ($41,30\pm7,11\%$, в группе сравнения — $86,51\pm0,31\%$), в 2014 — 31 пациентка ($57,40\pm6,54\%$, в группе сравнения — $89,62\pm0,36\%$), в 2015 — 29 пациенток

абортом (52 человека), беременность завершилась в первом триместре у 45 женщин ($86,54\pm4,73\%$) и во втором — у 7 ($13,46\pm4,99\%$). Все 7 случаев потери беременности во втором триместре (сроки прерывания 14–18 неделя) были связаны с восходящим инфицированием патогенной генитальной

Таблица 2

Исход беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин в 2013–2018 годах

Годы	Трубная беременность, абс. (%)	Артификальный аборт, абс. (%)	Самопроизвольный аборт, абс. (%)	Роды, абс. (%)	Итого, абс. (%)
2013	2 (4,17±2,88)	9 (18,75±5,63)	9 (18,75±5,63)	28 (58,33±9,32)	48 (100,0)
2014	3 (5,26±2,95)	12 (21,05±1,68)	10 (17,55±1,49)	32 (56,14±6,57)	57 (100,0)
2015	1 (2,08±2,05)	12 (25,00±6,25)	7 (14,59±5,09)	28 (58,33±7,11)	48 (100,0)
2016	0 (0,0)	13 (28,89±6,75)	8 (17,78±5,69)	24 (53,33±10,71)	45 (100,0)
2017	1 (2,27±2,24)	6 (13,64±5,11)	10 (22,73±6,24)	27 (61,36±7,25)	44 (100,0)
2018	0 (0,0)	5 (12,50±5,22)	8 (20,00±6,32)	27 (67,50±9,01)	40 (100,0)
Итого	7 (2,48±0,92)	57 (20,21±2,39)	52 (18,44±2,30)	166 (58,87±2,93)	282 (100,0)

($61,70\pm7,24\%$, в группе сравнения — $88,51\pm0,37\%$), в 2016 — 23 пациентки ($51,11\pm7,45\%$, в группе сравнения — $87,79\pm0,38\%$), в 2017 — 26 пациенток ($60,46\pm7,37\%$, в группе сравнения — $89,62\pm0,36\%$), в 2018 — 24 пациентки ($60,0\pm7,74\%$, в группе сравнения — $88,49\pm0,33\%$). Таким образом, имеется тенденция к более ранней диспансеризации ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с 2013 годом ($p<0,05$), однако ВИЧ-инфицированных с ранней явкой в женскую консультацию при беременности меньше, чем в группе сравнения ($p<0,05$).

В основной группе ни разу не посетило женскую консультацию при беременности 10 человек ($3,55\pm1,1\%$): в 2013 году — 4 пациентки ($8,69\pm1,19\%$), в 2014 году — 2 ($3,70\pm2,5\%$), в 2015 году — 2 ($4,25\pm2,97\%$), в 2016 году — 0% (ни одной пациентки), в 2017 году — 2 ($4,65\pm3,17\%$), в 2018 году — 0% (ни одной пациентки).

Среди ВИЧ-инфицированных пациенток, чья беременность закончилась самопроизвольным

флоры. В 43 ($82,69\pm5,25\%$) случаях установлен диагноз замершей беременности.

При проведении анализа 166 историй беременности и родов у женщин со сроком родоразрешения более 22 недель гестации выявлена высокая частота коинфицирования ($p<0,05$). Коинфицирование беременных основной группы инфекцией мочевых путей составило 32 человека ($19,28\pm3,06\%$, в группе сравнения — $4,95\pm0,31\%$, $p<0,05$), инфекцией половых путей — 132 ($79,52\pm3,13\%$, в группе сравнения — $19,1\pm0,39\%$, $p<0,05$), вирусом гепатита С — 78 ($46,99\pm3,87\%$, в группе сравнения — $1,97\pm0,29\%$, $p<0,05$), вирусом гепатита В — 7 ($4,22\pm1,56\%$, в группе сравнения — $1,23\pm0,30\%$, $p<0,05$), сифилис в анамнезе отмечен у 27 ($16,27\pm2,86\%$, в группе сравнения — $2,02\pm0,38\%$, $p<0,05$). Коинфицирование беременных основной группы инфекцией мочевых и половых путей, вирусами гепатитов С и В, сифилисом в анамнезе встречается значительно чаще, чем в группе сравнения.

Заболеваемость острой респираторной вирусной инфекцией составила у ВИЧ-инфицированных $44,72 \pm 3,85\%$ (в группе сравнения — $12,4 \pm 0,42\%$, $p < 0,05$), урогенитальным хламидиозом — $17,47 \pm 2,94\%$ (в группе сравнения — $7,6 \pm 0,36\%$, $p < 0,05$), трихомониазом — $9,63 \pm 2,28\%$ (в группе сравнения — $2,8 \pm 0,31\%$, $p < 0,05$), бактериальным вагинозом — $20,50 \pm 3,13\%$ (в группе сравнения — $19,7 \pm 0,45\%$, $p > 0,5$). Носительство вируса генитального герпеса у беременных основной группы составило $18,07 \pm 2,98\%$ (в группе сравнения — $1,9 \pm 0,34\%$, $p < 0,05$), носительство цитомегаловируса — $68,07 \pm 3,61\%$ (в группе сравнения — $9,3 \pm 0,38\%$, $p < 0,05$).

При анализе частоты встречаемости экстрагенитальной патологии у беременных основной группы выявлена железодефицитная анемия у $74,10 \pm 3,4\%$ (в группе сравнения — $33,6 \pm 0,41\%$, $p < 0,05$), хронический пиелонефрит — у $19,28 \pm 3,06\%$ (в группе сравнения — $4,95 \pm 0,32\%$, $p < 0,05$), существовавшая ранее артериальная гипертензия — у $4,21 \pm 1,56\%$ (в группе сравнения — $5,0 \pm 0,39\%$, $p > 0,05$), заболевание щитовидной железы — у $16,26 \pm 2,86\%$ (в группе сравнения — $16,6 \pm 0,51\%$, $p > 0,05$), кожные заболевания — у $15,06 \pm 2,78\%$ (в группе сравнения — $3,2 \pm 0,41\%$, $p < 0,05$), дефицит веса — $49,40 \pm 3,88\%$ (в группе сравнения — $2,7 \pm 0,33\%$, $p < 0,01$). Отмечается значительное превышение частоты дефицита веса, анемии, хронического пиелонефрита и кожных заболеваний у ВИЧ-инфицированных женщин.

При анализе осложнений при беременности в основной группе наблюдения установлено, что угроза прерывания беременности наблюдалась у 15 женщин ($9,03 \pm 2,22\%$, в группе сравнения — $21,32 \pm 0,69\%$, $p < 0,05$), плацентарные нарушения,

деворование плацентарная недостаточность в основной группе выявлена более чем в половине случаев (у 91 пациентки), что составило $54,82 \pm 3,86\%$ (в группе сравнения — $17,98 \pm 0,65\%$, $p < 0,05$).

При анализе проведения антиретровирусной терапии установлено, что до 14 недель беременности лечение получала 31 пациентка ($18,67 \pm 3,02\%$). Терапия проведена до 36 недель беременности у 156 беременных ($93,98 \pm 1,84\%$). Только интранатальная терапия у рожениц с последующим постнатальным введением препаратов АРВТ новорожденному проведена у 10 пациенток ($6,02 \pm 1,84\%$): в 2013 году — $14,29 \pm 5,05\%$ (4 человека), в 2014 — $6,25 \pm 3,21\%$ (2 человека), в 2015 — $7,14 \pm 3,72\%$ (2 человека), в 2016 — 0% (ни одного человека), в 2017 — $7,41 \pm 3,94\%$ (2 человека), в 2018 — 0% (ни одного человека). Только интранатальную терапию и постнатальную АРВТ новорожденного получили женщины, не стоявшие на диспансерном учете по беременности.

Из 156 пациенток, начавших получать АРВТ до 36 недель беременности, высокая вирусная нагрузка к моменту родоразрешения отмечена у 23 пациенток ($14,74 \pm 2,83\%$). У всех 166 пациенток грудное вскармливание не проводилось.

Частота родов ВИЧ-инфицированных женщин в ГАУЗ ЭПЦ в 2013 году составила $0,63 \pm 0,11\%$, в 2014 — $0,73 \pm 0,13\%$, в 2015 — $0,63 \pm 0,11\%$, в 2016 — $0,57 \pm 0,12\%$, в 2017 — $0,78 \pm 0,13\%$, в 2018 году — $0,8 \pm 0,14\%$ от числа всех родивших. Родоразрешение в срок среди пациенток основной группы произошло у 135 женщин ($81,32 \pm 3,02\%$, в группе сравнения — $95,26 \pm 0,32$, $p < 0,05$), преждевременные роды произошли у 31 женщины ($18,68 \pm 3,02\%$, в группе сравнения $4,74 \pm 0,32$, $p < 0,01$). Динамика частоты преждевременных родов представлена в таблице 3.

Таблица 3

Динамика частоты преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных пациенток

Показатели	Годы					
	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Преждевременные роды у ВИЧ-инфицированных, абс. (%)	3 ($10,71 \pm 5,84$)	7 ($21,88 \pm 5,47$)	3 ($10,71 \pm 4,46$)	6 ($25,0 \pm 6,45$)	6 ($22,22 \pm 6,26$)	7 ($25,93 \pm 8,43$)
Частота преждевременных родов в группе сравнения, %	$4,51 \pm 0,31$	$4,72 \pm 0,32$	$4,71 \pm 0,32$	$4,33 \pm 0,29$	$4,85 \pm 0,33$	$5,32 \pm 0,34$

по данным ультразвукового исследования, отмечались у 62 беременных ($37,35 \pm 3,75\%$, в группе сравнения — $12,61 \pm 0,53\%$, $p < 0,05$), формирование маловесного к сроку гестации плода — у 39 женщин ($23,49 \pm 3,29\%$, в группе сравнения — $8,42 \pm 0,46\%$, $p < 0,05$). При гистологическом иссле-

дование плацентарная недостаточность в основной группе выявлена более чем в половине случаев (у 91 пациентки), что составило $54,82 \pm 3,86\%$ (в группе сравнения — $17,98 \pm 0,65\%$, $p < 0,05$).

Из 166 ВИЧ-инфицированных женщин роды через естественные родовые пути произошли у 96 ($57,83 \pm 3,83\%$), путем операции кесарево сече-

ние — у 70 ($42,17 \pm 3,82\%$, в группе сравнения $31,51 \pm 0,34\%$, $p < 0,05$). При доношенной беременности (135 женщин) родоразрешены путем операции кесарево сечение 53 пациентки ($39,26 \pm 4,20\%$). При недоношенной беременности (31 пациентка) родоразрешены путем операции кесарево сечение 17 человек ($54,84 \pm 8,93\%$).

Основными показаниями к оперативному родоразрешению послужили высокая вирусная нагрузка или положительный результат ВИЧ-теста (у ранее не обследованных лиц) — 33 беременных ($47,14 \pm 5,96\%$), плацентарные нарушения в стадии декомпенсации с формированием маловесного к сроку гестации плода — 29 женщин ($41,43 \pm 5,88\%$), дистресс плода, по данным кардиотокографического исследования, во время родоразрешения — 8 пациенток ($11,43 \pm 3,78\%$).

За 6 лет не отмечены случаи дородового или послеродового кровотечения. Имело место 2 случая ($1,2 \pm 0,84\%$) интраоперационного кровотечения, обусловленные истинным врастанием плаценты.

Гнойно-септические осложнения у ВИЧ-инфицированных женщин ограничивались местными формами: нагноение послеоперационного шва на передней брюшной стенке у 6 пациенток ($3,61 \pm 1,44\%$), инфицирование и расхождение швов на промежности — у 4 женщин ($2,41 \pm 1,17\%$).

От ВИЧ-инфицированных женщин родилось 170 детей, 129 ($75,88 \pm 3,27\%$) новорожденных родилось с оценкой по шкале Апгар 8 баллов и 41 ($24,12 \pm 3,28\%$) — с оценкой 7 баллов. Не было рождения детей в состоянии тяжелой асфиксии. У 39 пациенток отмечен маловесный к сроку гестации новорожденный ($23,49 \pm 3,29\%$, в группе сравнения — $10,2 \pm 0,44\%$, $p < 0,05$) и только в 2 случаях ($1,20 \pm 0,83\%$, в группе сравнения — $10,71 \pm 0,46\%$, $p < 0,05$) имела место макросомия. При дальнейшем клиническом обследовании и проведении нейросонографии поставлен диагноз церебральной ишемии у 76 новорожденных ($44,71 \pm 3,81\%$, в группе сравнения — $14,96 \pm 0,49\%$, $p < 0,05$). Значимых пороков развития новорожденных не было, у 3 ($1,76 \pm 0,83\%$) новорожденных имела место пиелоэктазия.

Мертворождаемость за 6 лет составила 2 случая ($11,76 \pm 2,47\%$, в группе сравнения $4,54 \pm 0,31\%$ $p < 0,05$), ранняя неонатальная смертность — 1 ребенок ($5,88 \pm 1,80\%$, в группе сравнения $0,97 \pm 0,14\%$, $p < 0,005$), перинатальная смертность — $17,64 \pm 2,92\%$ (в группе сравнения $5,51 \pm 0,34\%$, $p < 0,05$).

Заключение. За период наблюдения (2013–2018 гг.) возраст ВИЧ-инфицированных беременных уменьшился с $30,6 \pm 1,7$ года до $26,3 \pm 1,2$ года ($p < 0,05$). Среди ВИЧ-инфицированных женщин первородящих меньше, чем в популяции беременных ($p < 0,01$). ВИЧ-инфицированные беременные реже обращаются в женскую консультацию до 12 недели беременности, чем в популяции в целом ($p < 0,05$), однако в 2018 году по сравнению с 2013 годом обращаемость ВИЧ-инфицированных пациенток стала более ранней ($p < 0,05$). Установлена высокая частота коинфицирования ВИЧ-инфицированных женщин инфекциями мочевых ($p < 0,05$) и половых путей ($p < 0,005$), вирусами гепатитов С ($p < 0,05$) и В ($p < 0,05$), сифилисом ($p < 0,05$), что соответствует данным О.Н.Новиковой и Е.М.Швец (2017)[5]. Женщины указанной группы подвержены другим вирусным заболеваниям: острую респираторную вирусную инфекцию ($p < 0,05$), вирус генитально-го герпеса ($p < 0,05$), цитомегаловирусная инфекция ($p < 0,05$). В нашем исследовании выявлена меньшая частота встречаемости у ВИЧ-инфицированных беременных цитомегаловирусной инфекции (68,07%), по сравнению с данными Л.И.Жуковой, Ю.Г.Шахвердяна (2018)[6] — 90,5%. Вместе с тем, по полученным нами данным, коинфицирование вирусами гепатитов С ($46,99 \pm 3,87\%$) и В ($4,22 \pm 1,56\%$) среди ВИЧ-инфицированных женщин в ГАУЗ ЭПЦ выше, чем в наблюдениях Д.А.Ниаури и др. (2016)[7](38,6%). Частота инфицирования мочеполовой системы, выявленная в нашем исследовании, соответствует данным Д.А.Ниаури (2016)[7](51,9–61,5%). Высока частота встречаемости инфекций, передающихся половым путем: урогенитального хламидиоза, трихомониаза. Частота бактериального вагиноза не превышала популяционных значений ($p > 0,05$), в работах О.Н.Новиковой, Е.М.Швец (2017) [5] получены данные ($p > 0,05$) о преобладании у ВИЧ-инфицированных беременных этой патологии.

У ВИЧ-инфицированных женщин отмечается повышенная заболеваемость анемией ($p < 0,05$), хроническим пиелонефритом ($p < 0,05$) и кожными заболеваниями ($p < 0,05$), чаще выявляется дефицит веса ($p < 0,01$). В наших исследованиях заболеваемость патологией щитовидной железы не превышала популяционной, что не соответствует данным О.Н.Новиковой, Е.М.Швец (2017) [5] ($p < 0,01$), выявившим более высокий уровень заболеваемости. Высокая вероятность микст-коинфицирования, недостаточная элиминация оппортуни-

стической инфекции, а также наличие значимой для формирования плацентарной недостаточности экстрагенитальной патологии приводят у ВИЧ-инфицированных женщин к более высокой частоте возникновения преждевременных родов ($p<0,01$).

За 6 лет наблюдения в ГАУЗ ЭПЦ не было пациенток с преэкламсией, эти данные не соответствуют мнению С.М.Воеводина и др. (2018) [8] (28,6%). При ВИЧ-инфицировании высока частота развития маловесного к сроку гестации плода ($p<0,05$), что соответствует данным О.Н.Новиковой, Е.М.Швец (2017) [5]. Высокая частота плацентарной недостаточности, маловесного к сроку гестации плода, преждевременных родов приводят к высокой перинатальной смертности, несмотря на значительную частоту оперативного родоразрешения.

Наиболее частым показанием к оперативному родоразрешению была высокая вирусная нагрузка перед родоразрешением или выявление ВИЧ у необследованной роженицы, что соответствует данным О.Н.Новиковой, Е.М.Швец (2017) [5]. Структура перинатальной смертности в ГАУЗ ЭПЦ соответствует данным В.Г.Волкова (2017) [9] и свидетельствует, прежде всего, о недостаточном наблюдении за состоянием плода в антенатальный период.

Следует заключить, что резервом для снижения перинатальной смертности у ВИЧ-инфицированных матерей являются в прегравидарном периоде тестирование на гепатит С, коррекция веса пациентки и железодефицитного состояния, выявление и санация очагов мочеполового инфицирования. С целью снижения вертикальной передачи ВИЧ, улучшения исходов беременности для матери и новорожденного при планировании беременности следует рекомендовать тестирование пары на заболевания, передающиеся половым путем, оценку и проведение коррекции психического здоровья, отказ от курения, употребления алкоголя и наркотических препаратов, обучение сбалансированному питанию. Уже в прегравидарном периоде необходимо создавать мотивацию необходимости ранней диспансеризации при беременности и тщательного наблюдения за развитием плода. Во время беременности необходима ранняя профилактика железодефицитного состояния и быстрое лечение анемии, хронических инфекционных заболеваний, мониторирование состояния биоценоза мочеполовой системы, проведение во второй половине беременности контроля за ростом плода и компенсированностью функции плаценты.

ЛИТЕРАТУРА/REFERENCES

1. Ерофеева Л.Г., Мочалова М.Н., Ахметова Е.С., Казанцева Е.В., Новопашина Г.Н., Мудров В.А. Особенности ВИЧ-инфекции у женщин Забайкальского края // Забайкальский медицинский вестник. 2014. № 2. С. 105–110. URL:<https://elibrary.ru/item.asp?id=21633607>. [Erofeeva L.G., Mochalova M.N., Akhmetova E.S., Kazantseva E.V., Novopashina G.N., Mudrov V.A. Features of HIV infection in women of the TRANS-Baikal territory. *TRANS-Baikal Medical Bulletin*, 2014, No. 2, pp. 105–110. URL:<https://elibrary.ru/item.asp?id=21633607> (In Russ.)].
2. Сотскова В.А., Шульдяков А.А., Колоколов О.В., Абрамян Т.Л., Потемина Л.П., Царева Т.Д., Перминова Т.А. Основные характеристики эпидемии ВИЧ-инфекции на территории Саратовской области // Современные проблемы науки и образования. 2017. № 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26761> (Дата обращения 02.05.2019). [Sotskova V.A., Shuldyakov A.A., Kolokolov O.V., Abramyan T.L., Potemina L.P., Tsareva T.D., Perminova T.A. Main characteristics of the HIV epidemic in the Saratov region. *Modern Problems of Science and Education*, 2017, No. 5. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=26761> (May 02, 2019) (In Russ.)].
3. Ющук Н.Д., Масляков В.В., Аристанбекова М.С. Проблемы профилактики перинатальной передачи ВИЧ // Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2019. Т. 8, № 1. С. 47–51. URL: <http://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-11006> (Дата обращения 03.05.2019). [Yushchuk N.D., Maslyakov V.V., Arystanbekova M.S. Problems of prevention of perinatal transmission of HIV. *Infectious Diseases: News, Opinions, Training*, 2019, Vol. 8, No. 1, pp. 47–51. URL: <http://doi.org/10.24411/2305-3496-2019-11006> (May 03, 2019) (In Russ.)].
4. Алексина А.Г., Блесманович А.Е., Петров Ю.А. Беременность, роды, состояние плода и новорожденного у матерей с ВИЧ-инфекцией // Современные проблемы науки и образования. 2018. № 3. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27538> (Дата обращения 03.05.2019). [Alekhnina A.G., Blesmanovich A.E., Petrov Yu.A. Pregnancy, childbirth, a fetus and newborn from mothers with HIV infection. *Modern Problems of Science and Education*, 2018, No. 3. URL: <http://science-education.ru/ru/article/view?id=27538> (May 03, 2019) (In Russ.)].
5. Новикова О.Н., Швец Е.М. Факторы риска и особенности течения беременности, родов и состояния новорожденного у ВИЧ-инфицированных женщин // Мать и дитя в Кузбассе. 2017. Т. 3, № 70. С. 16–20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-i-osobennosti-techeniya-beremennosti-rodov-i-sostoyaniya-novorozhdennogo-u-vich-infitsirovannyh-zhenschin> (Дата обращения 03.05.2019). [Novikova O.N., Shvets E.M. Risk factors and features of the course of pregnancy, childbirth and the state of the newborn in HIV-infected women. *Mother and Child in Kuzbass*, 2017, Vol. 3, No. 70, pp. 16–20. URL: <https://cyberleninka.ru/article/n/faktory-riska-i-osobennosti-techeniya-beremennosti-rodov-i-sostoyaniya-novorozhdennogo-u-vich-infitsirovannyh-zhenschin> (May 03, 2019) (In Russ.)].

6. Жукова Л.И., Шахвердян Ю.Г. Цитомегаловирусная инфекция у беременных женщин с ВИЧ-инфекцией // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2018. Т. 10, № 3. С. 40–47. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-3-40-47> (Дата обращения 03.05.2019). [Zhukova L.I., Shakhverdyan Yu.G. Cytomegalovirus infection in pregnant women with HIV infection. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2018, Vol. 10, No. 3, pp. 40–47. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2018-10-3-40-47> (May 03, 2019) (In Russ.)].
7. Ниаури Д.А., Колобов А.В., Цинзерлинг В.А., Гзгзян А.М., Джемлиханова Л.Х., Колобова О.Л., Хубулава Н.В. Плацента человека как эпидемический фактор риска вертикальной передачи ВИЧ в условиях коморбидности // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2016. Т. 8, № 4. С. 7–16. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2016-8-4-7-16> (Дата обращения 03.05.2019). [Niauri D.A., Kolobov A.V., Tsinzerling V.A., Gzgzyan A.M., Dzhemlikhanova L.Kh., Kolobova O.L., Khubulava N.V. Human placenta as an epidemic risk factor for vertical transmission of HIV in the context of comorbidity. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2016, Vol. 8, No. 4, pp. 7–16. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2016-8-4-7-16> (May 03, 2019) (In Russ.)].
8. Воеводин С.М., Шеманаева Т.В., Щеголев А.И., Пархоменко Ю.Г. Плацентарная дисфункция у ВИЧ-инфицированных беременных // Акушерство и гинекология. 2018. № 9. С. 41–47. URL:<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.9.41-47> (Дата обращения 03.05.2019). [Voevodin S.M., Shemanaeva T.V., Shchegolev A.I., Parkhomenko Yu.G. Placental dysfunction in HIV-infected pregnant women. *Obstetrics and Gynecology*, 2018, No. 9, pp. 41–47. URL:<https://dx.doi.org/10.18565/aig.2018.9.41-47> (May 03, 2019) (In Russ.)].
9. Волков В.Г. Перинатальная смертность среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2017. Т. 9, № 3. С. 98–102. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2017-9-3-98-102> (Дата обращения: 03.05.2019). [Volkov V. G. Perinatal mortality among HIV-infected pregnant women. *HIV Infection and Immunosuppressive Disorders*, 2017. Vol. 9, No. 3, pp. 98–102. URL:<https://doi.org/10.22328/2077-9828-2017-9-3-98-102> (May 03, 2019) (In Russ.)].

Статья поступила 23.05.2019 г.

Контактная информация: Яковлева Ольга Владимировна, e-mail: jkovlevaov@yandex.ru

Коллектив авторов:

Яковлева Ольга Владимировна — к.м.н., доцент кафедры акушерства и гинекологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112, e-mail: jkovlevaov@yandex.ru;

Глухова Татьяна Николаевна — д.м.н., профессор кафедры акушерства и гинекологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112, e-mail: gluchova05@mail.ru;

Рогожина Ирина Евгеньевна — д.м.н., профессор, зав. кафедрой акушерства и гинекологии Федерального государственного бюджетного образовательного учреждения высшего образования «Саратовский государственный медицинский университет им. В.И.Разумовского» Министерства здравоохранения Российской Федерации, 410012, Саратов, ул. Большая Казачья, 112, e-mail: itg.r@yandex.ru.

Уважаемые читатели журнала
«ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии»!
 Сообщаем, что открыта подписка на 2020 год.
ПОДПИСНОЙ ИНДЕКС:
 каталог НТИ ОАО Агентство «Роспечать»
 в разделе: Здравоохранение. Медицина. — **57990**
 Подписная цена на 1-е полугодие 2020 года (2 выпуска) — **950 руб.**