

БЕРЕМЕННОСТЬ, РОДЫ ПОСЛЕРОДОВЫЙ ПЕРИОД ПРИ ЭКСТРАГЕНИТАЛЬНОЙ ПАТОЛОГИИ. ПУТИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ТРАНСМИССИИ ВИЧ.

Профессор Талалаенко Ю.А.

ДонНМУ

Г.Донецк

Цель

- Ознакомление с экстрагенитальной патологией, ВИЧ инфекцией во время беременности. Этиология, патогенез, клиническая картина, диагностика, лечение, ведение беременности и родов.

План лекции.

- Актуальность темы.
- Заболевания сердечно-сосудистой системы и беременность.
- Заболевания мочевыделительной системы.
- Анемии беременных.
- Бронхиальная астма и беременность.
- Сахарный диабет и беременность.

Актуальность.

- Экстрагенитальные заболевания влияют на беременность, роды, перинатальную заболеваемость. В свою очередь беременность и роды нередко осложняют течение основного заболевания. В связи с этим сведения о течении беременности и родов при различных заболеваниях позволяют правильно вести беременность, сохранить здоровье женщины и получить здорового ребенка.

ЗАБОЛЕВАНИЯ СЕРДЕЧНО-СОСУДИСТОЙ СИСТЕМЫ И БЕРЕМЕННОСТЬ

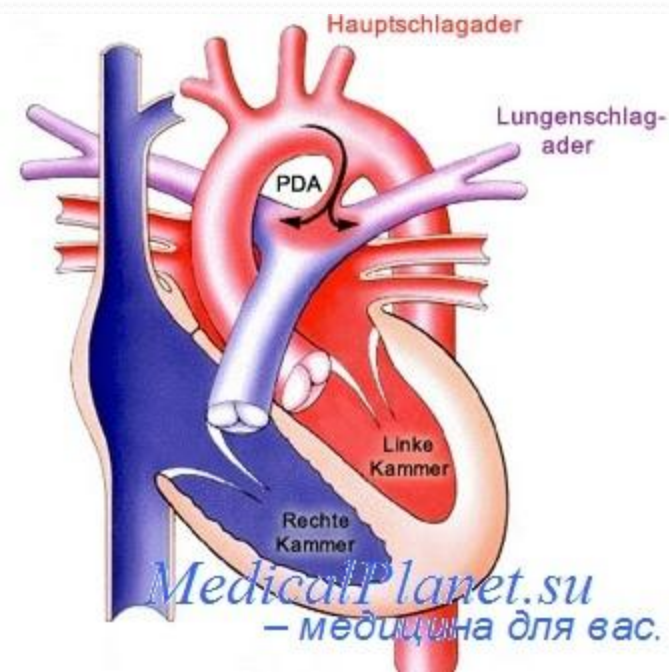
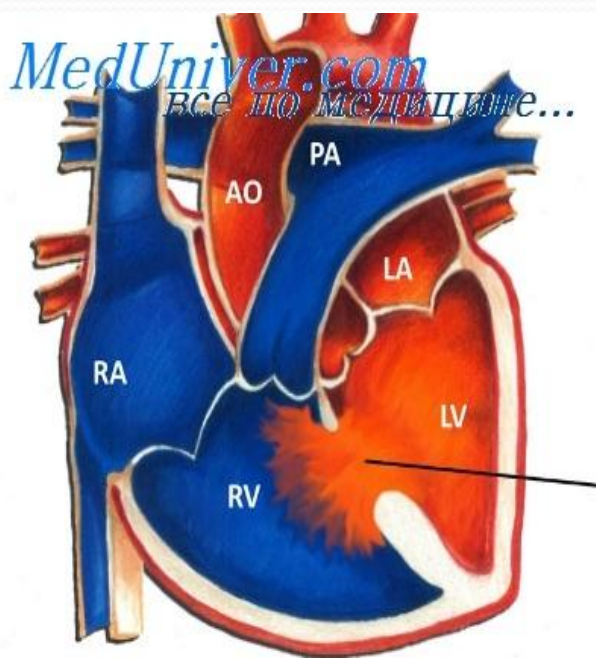
- Чаще всего из этой группы заболеваний у беременных встречаются приобретенные и врожденные пороки сердца, оперированное сердце, гипертоническая болезнь.

Врожденные пороки сердца.

- Частота врожденных пороков сердца у беременных составляет 3-5% всех пороков. Наиболее распространенными среди врожденных пороков сердца являются **дефект межпредсердной перегородки, межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток** (сейчас встречается редко благодаря хирургической коррекции в раннем возрасте), **коарктация аорты, тетрада Фалло, аортальный стеноз, миксоматозная дегенерация клапанов сердца при синдроме Марфана** (наследственная болезнь соединительной ткани), **синдром Эйзенменгера**.

Дефект межпредсердной перегородки, межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток

- При незначительных дефектах существенных изменений гемодинамики не происходит, при больших сброс крови слева направо приводит к гипертрофии левого желудочка вследствие его объемной перегрузки.

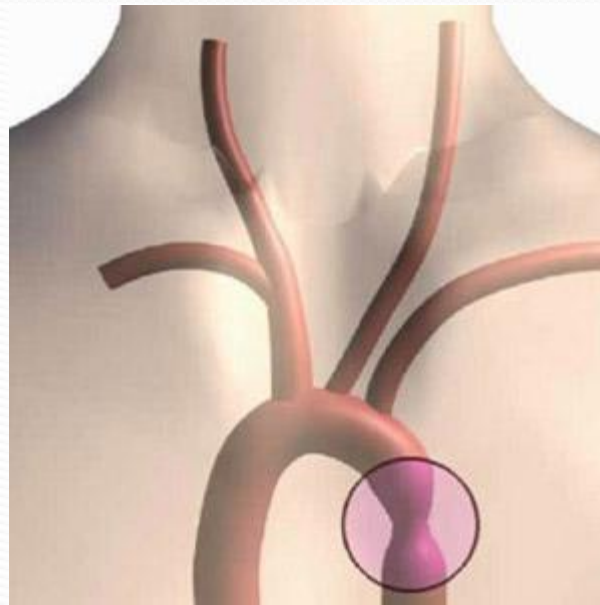


Дефект межпредсердной перегородки, межжелудочковой перегородки, открытый артериальный проток

- Указанные пороки сердца при отсутствии легочной гипертензии не осложняют течение беременности, а беременность отягощает течение заболевания сердца.
- При развитии необратимой легочной гипертензии (вследствие сброса крови слева направо) беременность противопоказана.

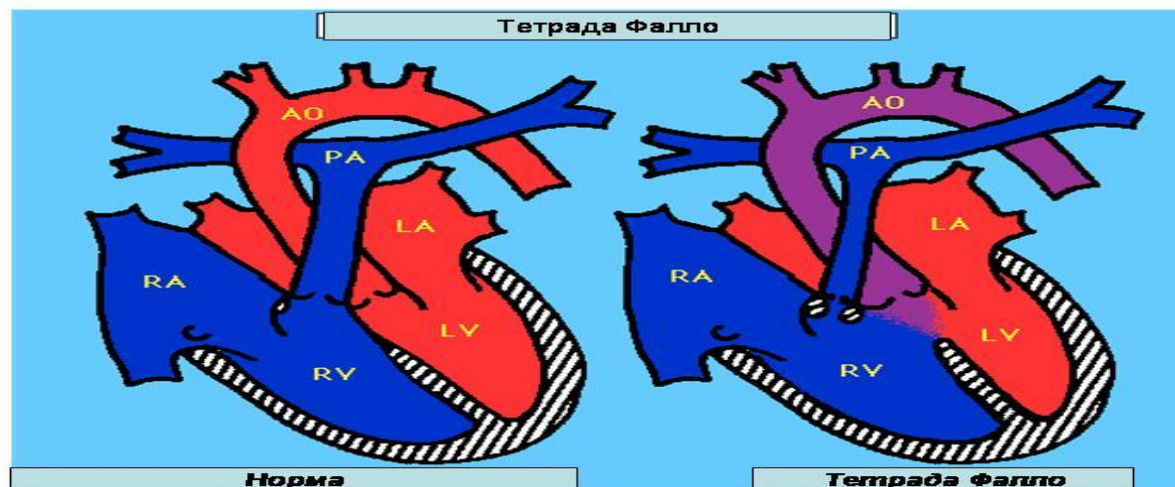
Коарктация аорты

- Беременность при коарктации аорты, как правило, протекает благоприятно. При длительно существующей гипертрофии левого желудочка во время беременности может развиться сердечная недостаточность, повышен риск расслаивания аорты. Из-за снижения плацентарного кровообращения возможна задержка роста плода.



Тетрада Фалло

- Порок сердца, включающий стеноз устья легочного ствола, гипертрофию правого желудочка, большой дефект межжелудочковой перегородки, декстропозицию аорты. Вследствие обструкции выносящего тракта правого желудочка возникает сброс крови справа налево, и в большой круг кровообращения поступает кровь с низким содержанием кислорода, развивается гипертрофия правого желудочка.

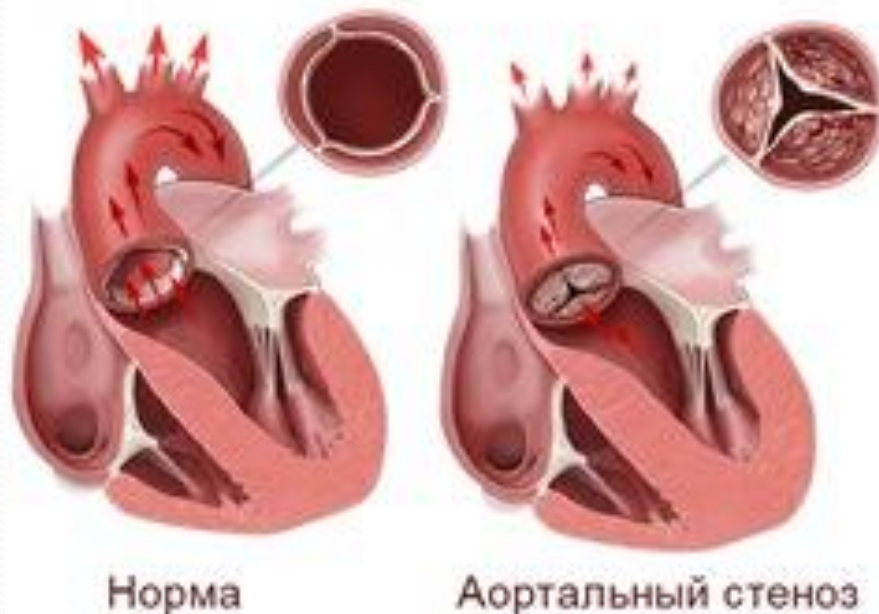


Тетрада Фалло

- Пациентки, которым проведена полная хирургическая коррекция данного порока, не входят в группу риска по осложнениям беременности и родов. После неполной хирургической коррекции отмечается высокий риск нарастания сердечной недостаточности даже при удовлетворительном состоянии вне беременности. Увеличенный сброс крови справа налево (через шунт) очень опасен в связи с риском тромбоэмболии сосудов головного мозга. Повышен риск невынашивания беременности.

Аортальный стеноз

- Бывает врожденным и приобретенным. Врожденный аортальный стеноз чаще возникает при двустворчатом аортальном клапане. Ограничение сердечного выброса влечет за собой снижение коронарного кровотока и ишемию миокарда

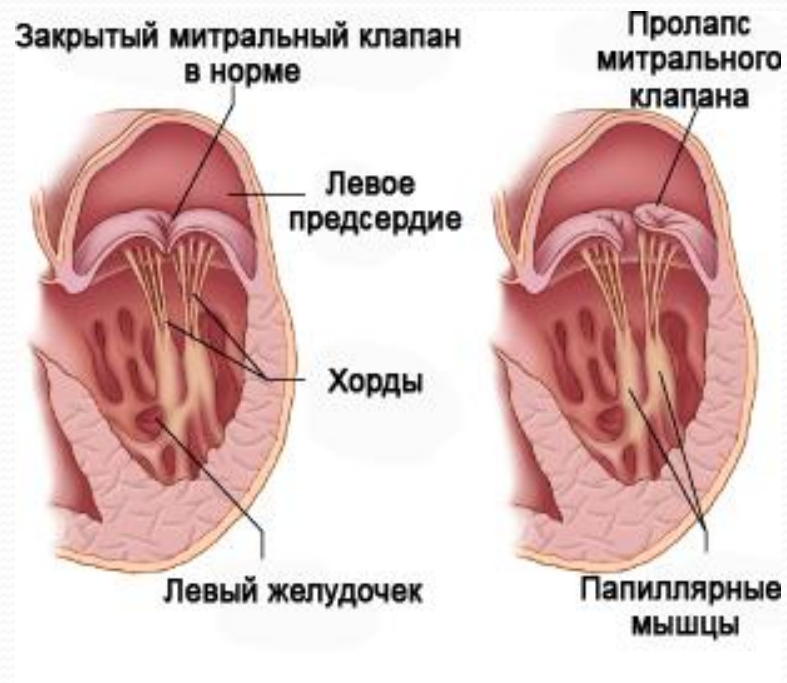


Аортальный стеноз

- Любая дополнительная нагрузка может вызвать стенокардию или развитие острой левожелудочковой недостаточности. Поскольку беременность значительно увеличивает нагрузку на сердце, при тяжелом аортальном стенозе прогноз неблагоприятный.
- При тяжелом аортальном стенозе показано прерывание беременности, поскольку материнская смертность достигает 15%.

Синдром Марфана

- Наследственная болезнь соединительной ткани. Поражение сердечно-сосудистой системы проявляется миксоматозной дегенерацией митрального клапана (пролапс) и кистозным медионекрозом аорты.



Синдром Марфана

- При пролапсе митрального клапана с умеренной регургитацией беременность протекает благоприятно
- При выраженной регургитации в связи с увеличением ОЦК во время беременности повышается риск левожелудочковой недостаточности.
- Выраженная дилатация корня аорты (более 4 см) на фоне изменений структуры сосудистой стенки во время беременности может привести к разрыву аорты, что является основной причиной смерти беременных с синдромом Марфана.

Синдром Эйзенменгера

- Развитие необратимой легочной гипертензии вследствие сброса крови слева направо в результате сообщения между системной (большой круг) и легочной циркуляцией (малый). Когда давление в легочной артерии превышает системное, направление сброса крови меняется (справа налево) и в большой круг начинает поступать бедная кислородом кровь.
- Материнская смертность достигает 50%. Беременность противопоказана.

Влияние на плод у беременных с врожденными пороками сердца.

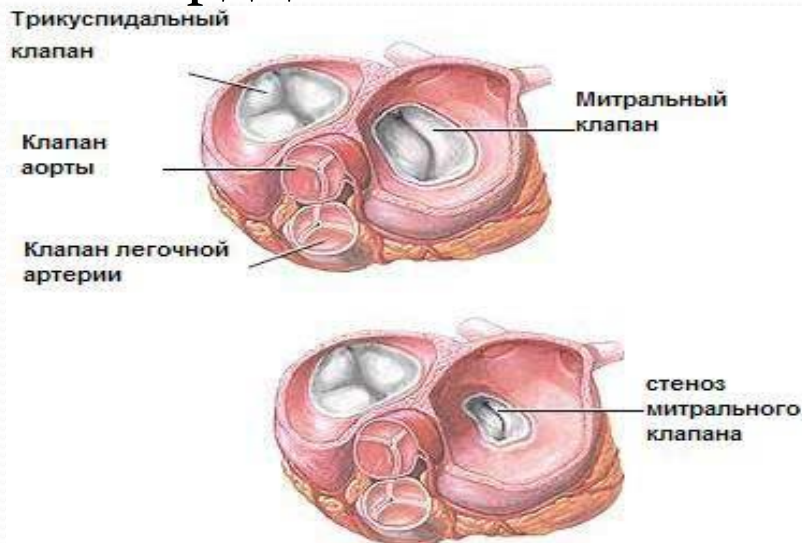
- Риск рождения ребенка с идентичным материнскому врожденным пороком сердца составляет 10-22%.
- Возможна задержка роста плода, перинатальная смертность высокая.
- Риск рождения ребенка с синдромом Марфана у матери с аналогичным заболеванием достигает 50%.

Приобретенные пороки сердца.

- Наиболее частой причиной приобретенных пороков сердца, которые встречаются у 7-8% беременных, является ревматизм.
- Как правило, поражается митральный клапан (митральный стеноз), реже аортальный.
- Обострение ревматизма во время беременности возможно в сроки до 14 нед, 20-32 нед,
- Высокий риск обострения ревматизма во время беременности имеют женщины, у которых последнее обострение заболевания отмечалось в предшествующие два года.

Митральный стеноз

- Сопровождается затруднением оттока крови из левого предсердия, что приводит к его дилатации, а в дальнейшем - к развитию легочной гипертензии.
- При тяжелом митральном стенозе прогноз неблагоприятный, так как увеличение ЧСС и ОЦК при беременности значительно повышает нагрузку на сердце.



Митральный стеноз

- При митральном стенозе I степени течение беременности, как правило, благоприятное.
- При выраженном митральном стенозе (II-III степень), когда диаметр предсердно-желудочкового отверстия 1,5 см или менее, беременность противопоказана.

Митральная

недостаточность.

- Гемодинамические сдвиги при недостаточности митрального клапана обусловлены неполным смыканием его деформированных створок, в результате чего во время систолы желудочков наряду с током крови в аорту возникает обратный ток крови в левое предсердие



здоровый
митральный
клапан



сильная регургитация
при существенном
пролапсе

sosudinfo.ru

Митральная

недостаточность.

- Беременность и роды при легкой митральной недостаточности протекают, как правило, без существенных осложнений.
- При выраженной митральной недостаточности со значительной регургитацией крови и резким увеличением левого желудочка во время беременности возможно развитие острой левожелудочковой недостаточности.
- При развитии сердечной недостаточности сохранение беременности нецелесообразно.

Гипертоническая болезнь

- Диагноз гипертонической болезни устанавливают на основании анамнеза, т.е. с учетом артериальной гипертензии до беременности. О гипертонической болезни может также свидетельствовать впервые проявившаяся в I триместре беременности артериальная гипертензия



Гипертоническая болезнь

- При тяжелых формах гипертонической болезни (АД 200/115 мм рт. ст. и выше с поражением сердца, мозга, сетчатки, почек и др.), что соответствует III стадии гипертонической болезни, беременность противопоказана.
- Наиболее частыми осложнениями беременности у пациенток с гипертонической болезнью являются гестоз (10-40%), отслойка плаценты, которая происходит в 2-3 чаще, чем при нормальном АД.
- При гипертонической болезни ухудшается маточно-плацентарный кровоток, поэтому возможны плацентарная недостаточность и задержка роста плода. При развитии гестоза на фоне гипертонической болезни риск задержки роста плода и хронической гипоксии плода возрастает до 30-40%.

Варикозная болезнь

- Встречается у 20-40% беременных. Высокая частота этого заболевания во время беременности во многом обусловлена повышением уровня прогестерона, который, помимо расслабляющего действия на сосудистую стенку угнетает выработку окситоцина, тонизирующего гладкую мускулатуру. Развитию варикозной болезни во время беременности способствует также увеличение ОЦК.



Варикозная болезнь

- *Лечение варикозной болезни нижних конечностей* заключается в **эластической компрессии** (эластичные чулки, колготки), которая способствует сдавлению подкожных вен, уменьшению застойных явлений и ускорению кровотока. Можно использовать ангиопротекторы: **эскузан** в таблетках, **детралекс**, **гинкор форте** и др.



Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА).

- Основная причина - тромбоз глубоких вен нижних конечностей, клапанные пороки сердца, протезированные клапаны сердца. Реже наблюдаются жировая, воздушная эмболия и эмболия околоплодными водами.
- При массивной тромбоэмболии развивается синдром острой сердечно-легочной недостаточности с болями в груди и внезапной потерей сознания. В менее тяжелых случаях (эмболия сегментарных артерий) отмечаются неспецифические симптомы: загрудинная боль, кашель, тахипноэ.

Тромбоэмболия легочных артерий (ТЭЛА).

- Лечение беременных с ТЭЛА проводится сосудистыми хирургами..
- При возникновении ТЭЛА в I триместре после лечения беременность следует прервать. Если ТЭЛА развивается во II-III триместрах, вопрос о сохранении беременности решается индивидуально
- При неэффективности лечения ТЭЛА беременную следует родоразрешить путем кесарева сечения.

АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

- Анемия, развивающаяся во время беременности (преимущественно во II или III триместре) вследствие недостаточного удовлетворения повышенной потребности организма матери и плода в веществах, необходимых для кроветворения.



АНЕМИИ БЕРЕМЕННЫХ

- **Классификация:**
- Легкая: Hb 109–90 г/л, количество эритроцитов $3,9-3,5 \times 10^{12}/л$, Ht 37–31%;
- Средняя : Hb 109–70 г/л, количество эритроцитов $3,4-2,5 \times 10^{12}/л$, Ht 30–24%;
- Тяжелая: Hb 69–40 г/л; количество эритроцитов $2,5-1,5 \times 10^{12}/л$, Ht 23–13%;
- Очень тяжёлая: Hb ≤ 40 г/л; количество эритроцитов менее $1,5 \times 10^{12}/л$, Ht $\leq 13\%$.

Факторы риска развития анемии беременных

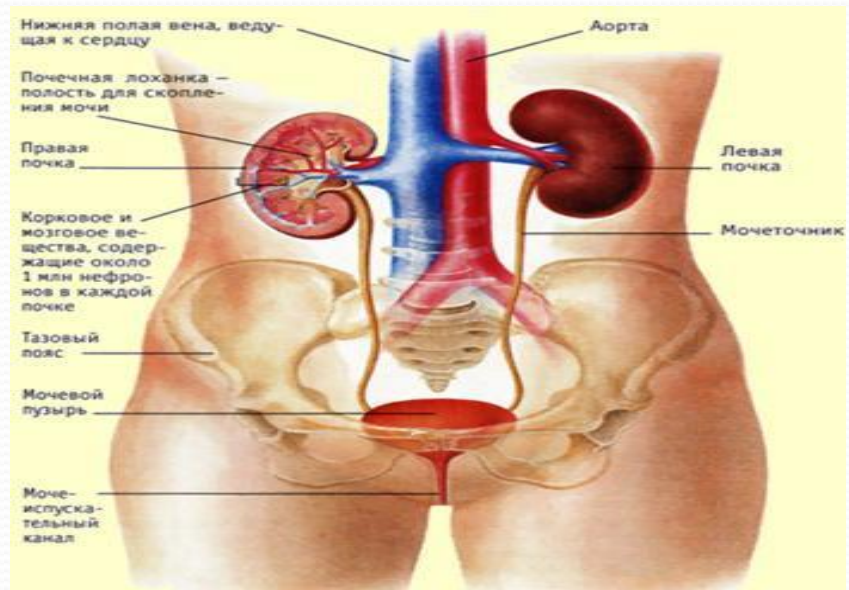
- • плохие бытовые условия: несбалансированное питание и недостаточное поступление с пищей железа, белков,
- витаминов, фолиевой кислоты, микроэлементов;
- • хронические интоксикации, в том числе солями тяжёлых металлов (вредное производство, проживание в экологически неблагоприятном регионе);
- • хронические заболевания: ревматизм, СД, гастрит, заболевания почек, хронические инфекции;
- • наличие анемии в анамнезе;
- • кровопотери во время беременности;
- • многоплодная беременность;
- • частые роды с длительным лактационным периодом;
- • неблагоприятная наследственность;
- • короткие промежутки между родами.

Лечение анемии

- **Немедикаментозное лечение** включает в себя диету, богатую железом и белком
- **Медикаментозное лечение. Этапы лечения:**
 - • Купирование анемии (восстановление нормального уровня Hb).
 - • Терапия насыщения (восстановление запасов железа в организме).
 - • Поддерживающая терапия (сохранение нормального уровня всех фондов железа). Суточная доза для профилактики анемии и лечения лёгкой формы заболевания составляет 60–100 мг железа, а для лечения выраженной анемии — 100–120 мг железа (для железа сульфата).
- Экспертами ВОЗ рекомендован также ежедневный прием фолиевой кислоты. Препараты железа принимают в сочетании с аскорбиновой и фолиевой кислотой в дозе 400 мкг.

ЗАБОЛЕВАНИЯ МОЧЕВЫДЕЛИТЕЛЬНОЙ СИСТЕМЫ У БЕРЕМЕННЫХ

- Среди экстрагенитальной патологии у беременных заболевания почек занимают второе место после сердечно-сосудистой патологии.
- У беременных с почечной патологией наиболее часто встречается пиелонефрит – до 33,8%, гломерулонефрит – у 0,1-0,2%, мочекаменная болезнь – у 0,2-0,8%.



Пиелонефрит

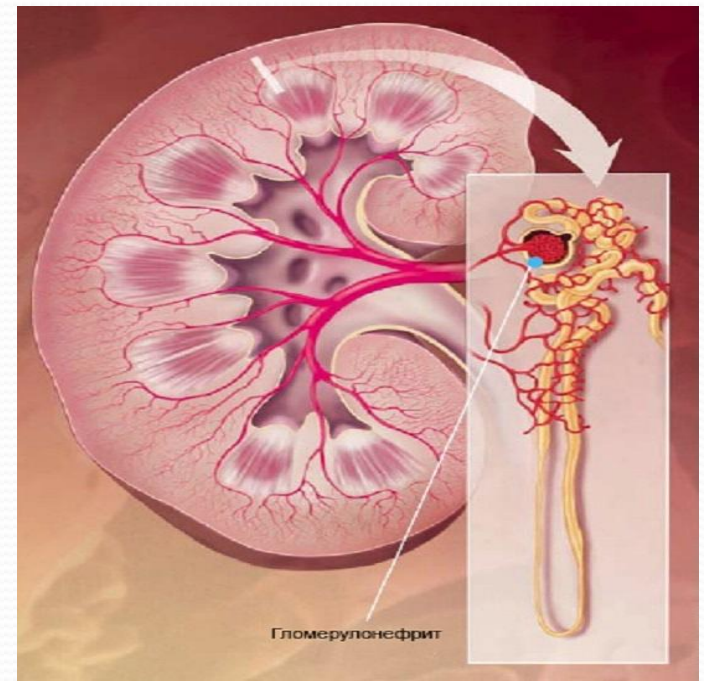
- Воспалительный процесс в почке с преимущественным поражением интерстициальной ткани ее, обусловленный специфической бактериальной инфекцией, с вовлечением в этот процесс лоханок и чашечек.
- **Гестационный пиелонефрит (ГП)** – это не особая нозологическая форма, он лишь совпадает по времени с гестационным периодом.

Пиелонефрит

- **Ведение беременности.**
- Своевременно и правильно леченый пиелонефрит не представляет серьезной опасности для развития беременности и плода. Больные пиелонефритом беременные должны быть госпитализированы при каждом обострении заболевания, при появлении признаков преэклампсии или ухудшении состояния плода. В последние годы для лечения тяжелых пиелонефритов беременных успешно применяют эфферентные методы лечения (плазмаферез, АУФОК, лазеротерапию).
- **Родоразрешение** при пиелонефрите рекомендуется через естественные родовые пути. В родах следует назначать спазмолитики, анальгетики, проводить профилактику асфиксии плода.

Гломерулонефрит

- Инфекционно-аллергическое заболевание с поражением клубочкового аппарата почек. Возбудителем болезни чаще всего является в-гемолитический стрептококк XII типа группы А.



Гломерулонефрит

- **Тактика ведения беременности.** При латентной форме хронического гломерулонефрита беременность допустима.
- При гипертонической и смешанной формах вследствие нарушения функции почек и системы кровообращения беременность противопоказана.
- Все больные гломерулонефритом должны быть взяты на учет до 12 недель беременности.
- Больные с латентной формой гломерулонефрита нуждаются в повторной госпитализации при обострении.
- Больные с нефротической формой должны быть госпитализированы столько раз и столько времени находиться в стационаре, сколько требует их состояние (иногда несколько месяцев до родов)
- Если острый гломерулонефрит женщина перенесла более чем за 1 год до наступления беременности и достигнуто полное излечение, беременность может быть сохранена, она обычно протекает без осложнений.
- При нефротической, гипертонической и смешанной формах развивается гипотрофия плода, а также возникает угроза его внутриутробной гибели. Поэтому в интересах плода целесообразно проводить лечение и досрочное родоразрешение в 36-38 недель в лечебных учреждениях III уровня аккредитации.

Мочекаменная болезнь

- Камни мочевыводящих путей встречаются у 0,1-0,12% беременных. Причинами мочекаменной болезни являются мочева инфекция, пиелонефрит, нередко – нарушение обменных процессов.
- Но интенсивность болей и гематурия у беременных выражены слабее, колики не столь мучительны, как вне беременности, макрогематурии почти не бывает. Во время беременности по этой причине часто происходит спонтанное отхождение камней

Мочекаменная болезнь

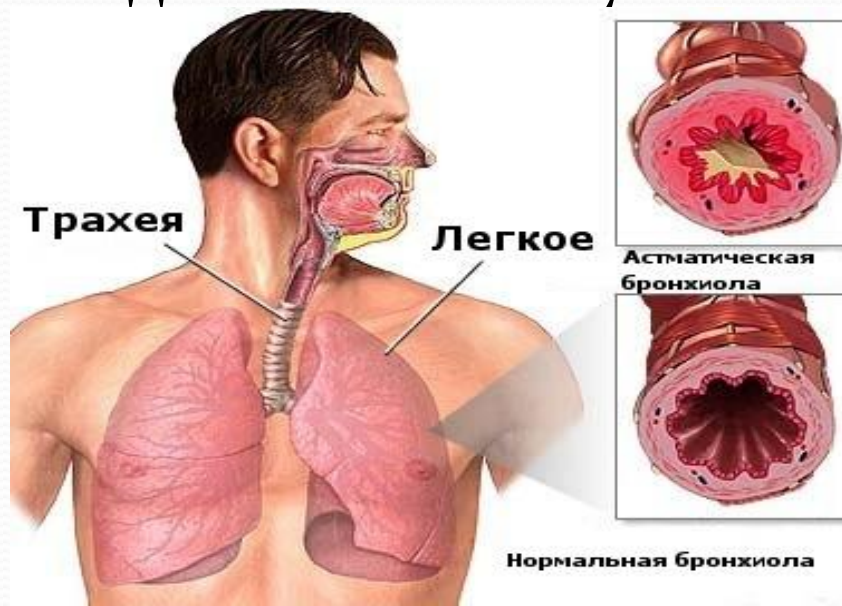
- **Ведение беременности.**
- Мочекаменная болезнь не является показанием к прерыванию беременности. Но частые тяжелые приступы могут привести к прерыванию беременности.
- Противопоказания к беременности возникают в случае присоединения тяжелой преэклампсии или при наличии признаков почечной недостаточности.
- Беременные, больные мочекаменной болезнью, наблюдаются в женской консуль-тации акушером-гинекологом и при необходимости консультируются урологом.

Мочекаменная болезнь

- **Операция показана:**
- – при анурии, вызванной закупоркой мочеточника камнем, не поддающейся лечению;
- – при септическом состоянии, обусловленном калькулезным пиелонефритом;
- – при пионефрозе;
- – при часто повторяющихся приступах почечной колики, если отсутствует тенденция к самопроизвольному отхождению камней.

Бронхиальная астма

- Хроническое рецидивирующее заболевание с преимущественным поражением бронхов.
- Основной признак — приступы удушья и/или астматический статус вследствие спазма гладких мышц бронхов, гиперсекреции, дискринии и отёка слизистой дыхательных путей.



Бронхиальная астма

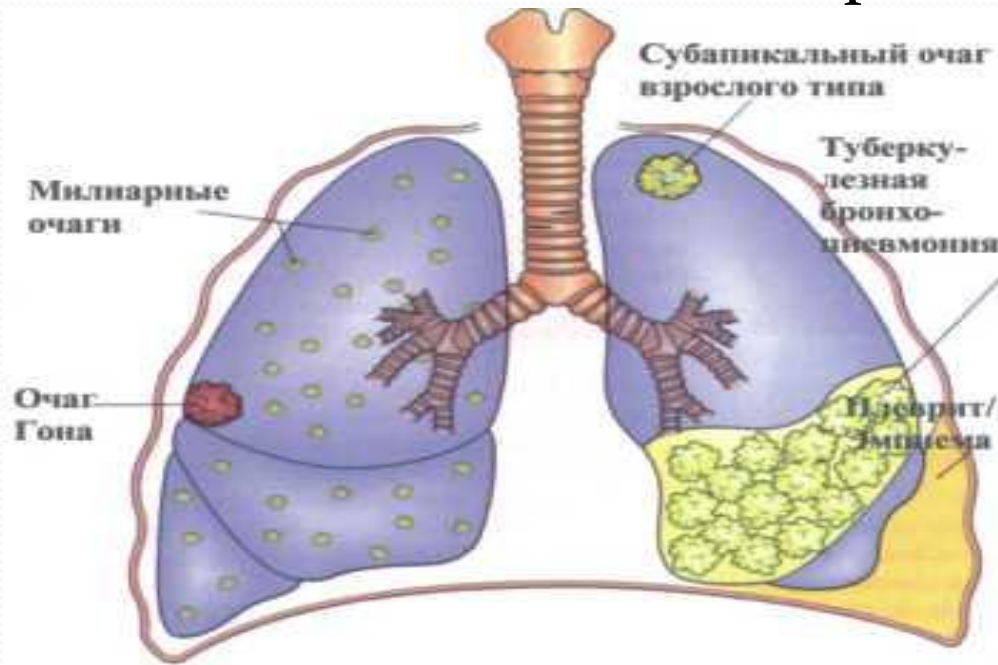
- К непосредственным причинам осложнённого течения беременности у больных БА относят:
- · изменения ФВД (гипоксия);
- · иммунные нарушения;
- · нарушения гемостатического гомеостаза;
- · метаболические нарушения.

Бронхиальная астма

- При БА в большинстве случаев беременность не противопоказана.
- Однако при неконтролируемом течении заболевания частые приступы удушья, вызывающие гипоксию, могут привести к развитию осложнений у матери и у плода. Так, у беременных, больных БА, развитие преждевременных родов отмечают у 14,2%, угрозу прерывания беременности — у 26%, ЗРП — у 27%, гипотрофию плода — у 28%, гипоксии и асфиксии плода при рождении — у 33%, гестозы — у 48%.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЁЗ

- Туберкулёз — специфическое инфекционно-воспалительное заболевание с преимущественным деструктивным поражением лёгочной ткани, вызываемое микобактериями туберкулёза.



БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЁЗ

- Прерывание беременности при туберкулёзе показано при:
 - · фиброзно-кавернозном туберкулёзе лёгких;
 - · активной форме туберкулёза костей и суставов;
 - · двустороннем туберкулёзе почек.
- При наличии показаний прерывание беременности следует проводить в ранние сроки. Прерывание в более поздние сроки выполняют по решению клиникоэкспертной комиссии.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЁЗ

- **Сроки и методы родоразрешения.**
- Роды стараются вести через естественные родовые пути.
- Показанием к КС считают тяжёлую акушерскую патологию.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ТУБЕРКУЛЁЗ

- **Профилактика туберкулеза у новорожденных.**
- Всех новорождённых необходимо подвергать профилактической вакцинации БЦЖ.
- После выписки из родильного дома женщина и новорождённый должны находиться под наблюдением в туберкулёзном диспансере, женской и детской консультациях.
- Новорождённых от матерей с активным туберкулёзом необходимо изолировать сразу после первичной обработки. Грудное вскармливание разрешается всем родильницам с неактивным туберкулёзом.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- Сахарный диабет сопровождается гипергликемией в результате дефекта секреции и/или действия инсулина. Распространенность сахарного диабета среди беременных составляет 0,5%.



САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- Выделяют диабет, существовавший у женщины до беременности (прегестационный диабет), который включает инсулинзависимый (1-й тип) и инсулинонезависимый сахарный диабет (2-й тип).
- Гестационный сахарный диабет - нарушение толерантности к глюкозе, возникающее во время беременности и, как правило, проходящее после родов. Эта форма сахарного диабета встречается с частотой 1-5%.

Влияние сахарного диабета на течение беременности, родов.

- Сахарный диабет любого типа неблагоприятно отражается на течении беременности.
- При сахарном диабете часто бывают невынашивание, гестоз, урогенитальная инфекция, многоводие, пороки развития, задержка роста плода, макросомия, гипоксия и внутриутробная гибель плода.
- Роды осложняются несвоевременным излитием околоплодных вод, слабостью родовой деятельности, клинически узким тазом, затруднением выведением плечевого пояса плода, высоким родовым травматизмом матери и плода в результате макросомии.

Влияние сахарного диабета на ранний неонатальный период.

- Дети, родившиеся от матерей, больных сахарным диабетом, имеют диабетическую фетопатию: большую массу тела, диспропорцию головки и туловища (окружность головки значительно меньше окружности плечевого пояса), отечность, гипертрихоз, петехиальную сыпь на коже лица и конечностей. Среди пороков развития наиболее часто встречаются аномалии ЦНС, сердца, костей, желудочно-кишечного тракта и мочевых путей.
- В периоде новорожденности адаптация к внеутробной жизни замедлена. В неонатальном периоде нередко наблюдаются постгипоксические осложнения со стороны ЦНС, гипогликемия, синдром дыхательных расстройств, полицитемия, гипербилирубинемия, гипокалиемия, гипомагниемия, гипокальциемия, кардиомиопатия.

Влияние беременности на течение сахарного диабета.

- В первой половине беременности потребность в инсулине снижается на 50%. Это нужно учитывать, чтобы предотвратить гипогликемические состояния.
- Во второй половине беременности под влиянием гормонов плаценты, напротив, развивается инсулинорезистентность с увеличением потребности в инсулине, что требует увеличения дозы вводимого инсулина.
- К концу беременности гликемия и глюкозурия, как правило, снижаются, и дозу вводимого инсулина следует вновь уменьшать.
- В родах у пациенток с сахарным диабетом могут наблюдаться как гипергликемия и кетоацидотические состояния (из-за усиленной мышечной работы), так и гипогликемия

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- Для своевременной диагностики гестационного сахарного диабета (3-й тип) необходимо выявлять **беременных группы риска** на основании:
 - - отягощенной по диабету наследственности;
 - - гестационного сахарного диабета в анамнезе;
 - - глюкозурии или клинических симптомов диабета в предыдущую или данную беременность;
 - - содержания глюкозы в цельной капиллярной крови натощак более
 - 5,5 ммоль/л или через 2 ч после еды более 7,8 ммоль/л;
 - - нарушения жирового обмена;
 - - массы тела предыдущего ребенка при рождении более 4000 г или макросомии плода при данной беременности;
 - - многоводия;
 - - привычного невынашивания, необъяснимой гибели плода или врожденных аномалий его развития в анамнезе;
 - - артериальной гипертензии, тяжелых форм гестоза в анамнезе.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- *Ведение родов.*
- Оптимальным для родоразрешения является срок беременности 37-38 нед. Роды у беременных с сахарным диабетом, должны быть запланированными.
- Родоразрешение пациенток с сахарным диабетом через естественные родовые пути проводится при нормальных размерах таза; при отсутствии макросомии; головном предлежании плода; при отсутствии диабетических осложнений.
- С учетом возможных затруднений при рождении плечевого пояса плода (размеры плечевого пояса превалируют над размерами головки) в конце I периода родов осуществляется внутривенное капельное введение окситоцина.

- В родах необходимо адекватное обезболивание, а также постоянный контроль гликемии (каждые 4 ч) на фоне введения инсулина короткого действия.
- Инсулин пролонгированного действия вводить не рекомендуется в связи с риском развития гипогликемии, для профилактики которой при необходимости внутривенно капельно вводят 5% раствор глюкозы. К интенсивной инсулинотерапии возвращаются после перехода на обычный режим питания.
- Показаниями к кесареву сечению являются тяжелое состояние беременной (выраженные или прогрессирующие осложнения сахарного диабета), тазовое предлежание плода, крупный плод, а также осложнения беременности и родов, которые увеличивают риск перинатальных потерь.

САХАРНЫЙ ДИАБЕТ

- **Планирование беременности у больных сахарным диабетом** - реальная возможность снижения риска развития осложнений у матери и плода. Подготовку к беременности осуществляют акушер-гинеколог, эндокринолог, терапевт, окулист и невролог.
- До беременности необходимо добиться оптимального уровня компенсации заболевания (на протяжении не менее 3 мес).
- Больных сахарным диабетом 2-го типа, получающих сахаропонижающие препараты, перед планированием беременности необходимо перевести на инсулинотерапию.
- Противопоказанием к беременности при сахарном диабете являются прогрессирующие сосудистые осложнения.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- ВИЧ — вирус иммунодефицита человека.
- СПИД — синдром приобретённого иммунодефицита.
- ВИЧ-инфекция — стадийно развивающееся ретровирусное заболевание человека с парентеральным путём передачи возбудителя, характеризующееся хроническим течением и неуклонно прогрессирующим поражением иммунной, нервной и других систем с постепенным развитием СПИДа, проявляющегося оппортунистическими инфекциями, своеобразными опухолевыми поражениями и иммунопатологическими процессами.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Риск вертикальной передачи ВИЧ** колеблется в различных регионах от 13 до 52% (в среднем — 30–35%). В период беременности (если не проводилась программная противовирусная защита) возбудитель передаётся плоду в 20–25% случаев; при проведении названной программы риск можно снизить до 7,5%. 80% плодов инфицируются во время родов, причём в случае рождения двойни риск заражения первого ребёнка вдвое выше, чем у второго. У 10–20% родившихся детей инфицирование может происходить во время грудного вскармливания.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Классификация.** Стадии ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, на основании классификации Всемирной Организации Здравоохранения.
- **Клиническая стадия I**
- 1. Асимптоматическая.
- 2. Персистирующая генерализованная лимфаденопатия.
- **Клиническая стадия II**
- 3. Потеря в весе: потеря <10 процентов массы тела.
- 4. Незначительные кожно-слизистые проявления (себорейный дерматит, пруриго, грибковая инфекция ногтей, повторные язвенные поражения ротовой полости, хейлит уголков рта).
- 5. Herpes zoster в течение последних 5 лет.
- 6. Повторные инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит).

● Клиническая стадия III

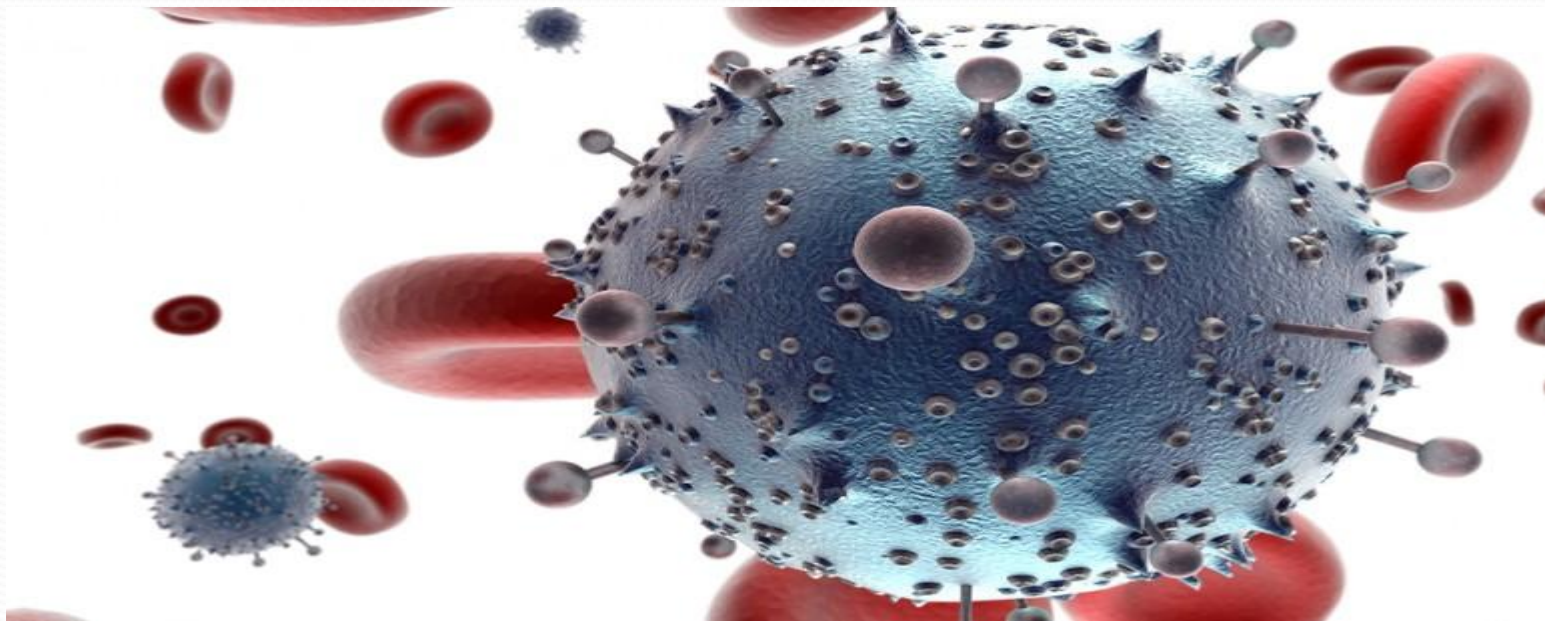
- 7. Потеря в весе: потеря >10 процентов массы тела.
- 8. Необъяснимая хроническая диарея, > 1 месяца.
- 9. Необъяснимая продолжительная лихорадка (перемежающаяся или постоянная) >1 мес.
- 10. Кандидоз ротовой полости.
- 11. Лейкоплакия ротовой полости.
- 12. Туберкулез легких в течение последнего года.
- 13. Тяжелая бактериальная инфекция (например, пневмония, пиомиозит).

● Клиническая стадия IV

- 14. Синдром астенизации (потеря >10 процентов массы тела, плюс необъяснимая хроническая диарея в течение более 1 месяца или хроническая слабость и необъяснимая продолжительная лихорадка в течение более 1 месяца).
- 15. Пневмония, вызванная *Pneumocystis Carinii*.
- 16. Токсоплазмоз головного мозга.
- 17. Криптоспоридиоз с диареей в течение более 1 месяца.
- 18. Криптококкоз внелегочный.
- 19. Цитомегаловирусная инфекция любого органа за исключением печени, селезенки или лимфоузлов.
- 20. Инфекция *Herpes Simplex* с поражением кожно-слизистых покровов в течение более 1 месяца, или с висцеральным поражением любой продолжительности.
- 21. Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.
- 22. Любой диссеминированный эндемический микоз (например, гистоплазмоз, кокцидиомикоз).
- 23. Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов и легких.
- 24. Атипичный микобактериоз, диссеминированный.
- 25. Нетипичная сальмонеллезная септицемия.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Этиология.**
- Возбудитель заболевания — Вирус иммунодефицита человека из семейства *Retroviridae*, представлен двумя типами:
- ВИЧ-1 (HIV-1) и ВИЧ-2 (HIV-2) с многочисленными подтипами. ВИЧ-1 больше распространён в Северной Америке и Европе. ВИЧ-2 встречается главным образом в Западной Африке.



БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- Осложнения гестации
- Наиболее частым и тяжёлым осложнением гестации является перинатальное инфицирование плода ВИЧ, которое в отсутствие мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ от матери к ребёнку в полном объёме может достигать 30-60% (при адекватной профилактике трансмиссии вируса от матери к плоду этот процент снижается до 8% и ниже (Россия), в некоторых странах до 1%).

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Лабораторные исследования**
- При первичном обращении женщины в женскую консультацию по поводу беременности проводят анамнестическое обследование и акушерско-гинекологический осмотр, уточняют возможные факторы риска ВИЧ-инфицирования. Далее женщине предлагают пройти лабораторные обследования, рекомендованные при беременности.
- Специфическая диагностика ВИЧ-инфекции проводится только с согласия больного (или его юридических правопреемников). Выделение и идентификацию ВИЧ осуществляют в лабораториях, оборудованных для работы с возбудителями 1-й и 2-й группы опасности.
- Согласно приказу Минздрава №606 и приказу Минздравсоцразвития №375 тест на ВИЧ включён в перечень рутинных тестов, предлагаемых во время беременности всем женщинам, планирующим сохранение беременности.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Цели лечения** Супрессия ВИЧ, коррекция иммунных нарушений, лечение оппортунистических инфекций, опухолевых, аутоиммунных болезней.
- Лечение проводят с учётом стадии и фазы заболевания, степени вирусной нагрузки, глубины иммунологических нарушений, возраста больного, наличия сопутствующих болезней. Разработаны программы противовирусной терапии
- ВИЧ/СПИД у беременных с главной целью — предотвратить (или максимально снизить риск) инфицирование плода и новорождённого.
- В последние годы активно разрабатывают новые подходы к терапии ВИЧ-инфицированных больных с использованием генноинженерных технологий (CD4-soluble, блокаторы хемокиновых рецепторов, ингибиторы регулярных генов, вакцинотерапия и пр.).
- Основа современного лечения больных ВИЧ/СПИД — высокоактивная антиретровирусная терапия (Highly Active Antiretroviral Therapy). В настоящее время созданы и применяют несколько десятков препаратов из 4 групп: нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы, ингибиторы протеазы.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- **Профилактика и прогнозирование осложнений гестации.**
- Значительная часть ВИЧ-инфицированных предпочитают прерывание беременности на ранних сроках. В стадии СПИДа беременность встречается редко.
- У ВИЧ-инфицированных беременных на ранних сроках заболевания гестация протекает без особенностей, частота её осложнений, как правило, не превышает популяционного уровня.
- Главное осложнение — риск заражения плода и новорождённого ВИЧ.
- К достижениям последних лет можно отнести разработку антиретровирусной монотерапии беременных с ВИЧ/СПИД для профилактики инфицирования плода. Используют зидовудин из группы нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы.
- Альтернатива зидовудина — невирапин из группы Оценка эффективности терапии проводят по клиническим данным (если они есть), но главное — по величине вирусной нагрузки и данным количественной оценки клеточного звена иммунитета. Новорождённому назначают Азидотимидин в сиропе.

БЕРЕМЕННОСТЬ И ВИЧ/СПИД

- Беременность может быть прервана (по желанию женщины) в принятые в акушерстве сроки.
- Если женщина намерена вынашивать плод, то следует добиваться срочных родов через естественные родовые пути.
- ВИЧ-инфицированная женщина должна неукоснительно выполнять все указания и сроки обследования, назначаемые врачом. Безукоризненное соблюдение режима назначенной терапии антиретровирусными препаратами позволит снизить риск заражения плода (до 8% и ниже; без терапии риск достигает 30%).

