**МинЗДРАВ УДМУРТИИ**

**Бюджетное учреждение здравоохранения Удмуртской Республики**

**«Удмуртский республиканский центр по профилактике и борьбе**

**со СПИДом и инфекционными заболеваниями»**

**(БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»)**

**Утверждаю:**

**Министр здравоохранения**

**Удмуртской Республики**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ В.М.Музлов**

**«\_\_20\_»\_\_\_\_\_02\_\_\_\_\_\_\_\_\_2012г.**

**Информационный бюллетень**

**О беременности и родах**

**у ВИЧ-инфицированных женщин**

**в Удмуртской Республике в 2008 – 2011 гг.**

Эмблема СПИДа

## Ижевск 2012

Информационный бюллетень «О беременности и родах у ВИЧ-инфицированных женщин в Удмуртской Республике в 2008-2011гг.» представляет собой анализ результатов работы врачей лечебно-профилактических учреждений республики (акушеров- гинекологов, педиатров, неонатологов, специалистов БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ») в 2008-2011гг, направленных на предотвращение заражения ВИЧ-инфекцией детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, содержит основные статистические данные, описывает изменения в тактике ведения беременных женщин и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в течение последнего года.

# Предназначен для начальников управлений здравоохранения, главных врачей государственных и муниципальных учреждений здравоохранения, врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров.

В составлении информационно-методического бюллетеня принимали участие специалисты БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»:

Горбунов О.Б. главный врач

Ромаданова Т.В., заместитель главного врача по амбулаторно-поликлиничес-кой помощи

Курина Н.В., заместитель главного врача по медицинской части

Лещева Г.Г., заведующая клинико-диагностическим отделением консультативной поликлиники

Ефимова С.Ф. – врач акушер-гинеколог клинико-диагностического отделения консультативной поликлиники

Под общей редакцией Л.А. Гузнищевой, заместителя министра здравоохранения Удмуртской Республики

**О беременности и родах у ВИЧ-инфицированных**

**в Удмуртской Республике в 2008 – 2011 гг.**

Всего в УР на 01.01.2012 года на диспансерном учете состоит 1255 ВИЧ – инфицированных женщин, из них фертильного возраста (от 18 до 45 лет) – 1189. В 2010 году их было 1060, в 2009 - 1131, в 2008 – 948 чел.

ВИЧ-инфекция продолжает оставаться одной из актуальных проблем здравоохранения, что обусловлено ее интенсивным распространением преимущественно среди молодых людей, как мужчин, так и женщин.

В последние годы ВИЧ-инфекция выявляется не только у женщин, часто меняющих половых партнеров и употребляющих внутривенные наркотики. Все чаще ВИЧ обнаруживается при случайных обследованиях женщин, не относящихся к группе риска. При этом большинство из них, не подозревая об инфекции, ведут обычную жизнь и планируют беременность.

Динамика роста числа впервые выявленных ВИЧ-инфицированных женщин в период 2008-2011 гг. отражена в диаграмме №1:

**Диаграмма 1**

**Динамика роста числа впервые выявленных ВИЧ – инфицированных женщин в период 2008 – 2011 годы**

В 2008 году всего впервые выявлено 125 женщин с ВИЧ-инфекцией, из них беременных – 44 (35,2 %), в 2009 – 132, их них беременных – 54 (40,9 %), 2010 году – 181, из них беременных 60 (33,1%), в 2011 – 239, из них беременных 69 (28,8 %).

Рост числа ВИЧ-инфицированных женщин, преимущественно активного репродуктивного возраста, приводит к неуклонному росту ВИЧ-инфицированных беременных.

Из диаграммы №2 также видно стабильное число случаев внематочной беременности: в 2009 году было 5 эпизодов (2,7%), в 2010г. зарегистрирован 1 случай (0,5% от общего числа завершенных беременностей), в 2011 – 4 (2%). Кроме того, увеличилось количество эпизодов замершей беременности: в 2009 году был лишь 1, а в 2010г. и 2011 по 3 случая (1,6% и 1,5 % соответственно от числа завершенных беременностей),. Это говорит о наличии у ВИЧ-инфицированных женщин дисгормональных нарушений в репродуктивной системе, часто рецидивирующих хронических воспалительных процессов вирусно-бактериальной этиологии в половых органах, а также влияния образа жизни (курение, злоупотребление алкоголем, употребление наркотических веществ), что способствует присоединению вторичных инфекций и прогрессированию стадии ВИЧ-инфекции, патологическому течению беременности.

**Диаграмма 2**

**Завершение беременности у ВИЧ–инфицированных женщин в период 2002-2011 гг.**

**Диаграмма 3**

**Возрастная характеристика ВИЧ-инфицированных родивших женщин**

По диаграмме наглядно видно, что среди ВИЧ-инфицированных женщин большинство родов приходится в возрасте 20-29 лет (79 женщин), в возрасте до 20 лет – 7 человек. В то же время, с каждым годом увеличивается количество родов в возрастной группе от 30 - 35 лет: в 2009г. доля родивших в этой возрастной категории была 13,3%, в 2010г. – 19,1 % (19 женщин), а в 2011 - 19,8 % от общего числа родов (21 женщина).

Ежегодно наблюдается большее количество родов среди неработающих женщин с низким материальным уровнем, что затрудняет воспитание и вскармливание новорожденного. Данные о социальном статусе молодых мам представлены в диаграмме №4.

**Диаграмма 4**

**Социальный статус ВИЧ-инфицированных родивших женщин за период 2007-2011 гг.**

**Диаграмма 5**

**Путь инфицирования женщин, родивших в 2007-2011 гг.**

**Диаграмма 6**

**Сроки установления диагноза «ВИЧ – инфекция» в 2007-2011 гг.**

30 % женщин, сохранивших беременность в 2011 году, узнали о ВИЧ – инфицировании в период данной беременности. В одном случае ВИЧ – инфекция выявлена впервые в послеродовом период у женщины из группы риска в 2011 г. через 3 месяца после состоявшихся родов. Соответственно, на фоне отсутствия химиопрофилактики ВИЧ было зарегистрировано перинатальное инфицирование ВИЧ ребенка (г. Ижевск).

В 2011г. получено всего 182 сомнительных результатов на ВИЧ при обследовании беременных женщин, из них диагноз ВИЧ – инфекция подтвержден в 44 эпизодах (24,1%): Ижевск - 27 (14,8 %), Воткинск- 4 (2,1 %), Сарапул, Глазов, Завьялово, Можга – по 2 эпизода (по 1,09 %), Камбарка, Дебессы, Кез, Игра, Вавож – по 1 эпизоду (по 0,5 %).

По нашим наблюдениям, семейные пары, проживающие в дискордантных парах и осведомленные о ВИЧ-инфекции у супруга, предпочитают прегравидарную подготовку и заинтересованы в рождении здорового ребенка. В 2011 г. обратились в Центр 25 таких семейных пар, все они регулярно наблюдались совместно гинекологом Центра и по месту медицинского обслуживания с проведением ХП перинатального ВИЧ-инфицирования. Все указанные женщины родили здоровых детей. На 01.01.12 г. 16 женщин из дискордантных пар сохраняют беременность.

Большинство ВИЧ – инфицированных беременных женщин предпочитают наблюдаться по беременности одновременно по месту медицинского обслуживания и в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» (далее – центр СПИД). Регулярное совместное наблюдение увеличивается с каждым годом, и в 2011 г. составило 104 эпизода (98,1 %) (в 2010 году -81,3%). В 2011 г. не наблюдались 3 женщины, что составляет 2,9 % от общего числа женщин, сохранявших беременность в 2011 году.

В 2011г. из 106 родивших женщин не наблюдались ни в женских консультациях, ни в РЦ СПИД 3 пациентки, проживающие в г.Ижевске (ж/к МСЧ №12 и ГБ№7). Всем этим женщинам химиопрофилактика перинатального ВИЧ – инфицирования проводилась по экстренной схеме, втом числе в 2 случаях – двухэтапная, в одном – одноэтапная.

Рожденные дети находятся под наблюдением, ВИЧ – статус этих детей уточняется.

Улучшился в 2011 году показатель первой явки ВИЧ – инфицированных в ранних сроках беременности как в женскую консультацию, так и в центра СПИД:

**Диаграмма 7**

**Первая явка ВИЧ-инфицированных беременных женщин в женскую консультацию**

**Диаграмма 8**

**Первая явка ВИЧ–инфицированных беременных женщин в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ»**

Первая явка ВИЧ – инфицированных женщин в женскую консультацию до 12 недель в 2011 г. составила 69,8 % (2010г. - 33,3 %), в Центр СПИД – 67,9 %.(2010 г – 39,4 %)

Посещение Центра СПИД в ранние сроки беременности предпочитают пациентки, которые запланировали вторые роды на фоне ВИЧ – инфекции и заинтересованы в рождении здорового ребёнка и своевременного проведения всех этапов химиопрофилактики передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку.

**Диаграмма 9**

**Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции в УР 2007– 2011 гг.**

Результатом проведенных организационных мероприятий (полученные результаты отражены в диаграмме) стало увеличение охвата полной трехэтапной специфической химиопрофилактикой пар «Мать – дитя», состоящих на диспансерном учете, с 92,5% в 2008 году до 97,1% в 2011г.

Остается стабильным процент женщин, не наблюдавшихся по беременности, которым проводилась химиопрофилактика перинатального ВИЧ-инфицирования по экстренной схеме (2 или 1 этап).

**Таблица 1**

**Экстренная химиопрофилактика в родах и новорожденному**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | в родах и новорожденному | | Новорожденному | |
| абс. | % от общего числа родов | абс. | % От общего числа родов |
| 2007 | 3 | 3,8 | 1 | 1,3 |
| 2008 | 2 | 3,0 | 1 | 1,5 |
| 2009 | 7 | 7,8 | 3 | 3,3 |
| 2010 | 6 | 6,06 | 1 | 1,0 |
| 2011 | 3 | 2,85 | 1 | 1,0 |

В 2011 году химиопрофилактика перинатального ВИЧ-инфицирования по экстренной схеме была проведена всего в 3 эпизодах, во всех 3 эпизодах родоразрешение осуществлялось в МУЗ «Городская клиническая больница №7» г.Ижевска.

Эффективность мероприятий по химиопрофилактике перинатальной трансмиссии ВИЧ-инфекции неоспорима: при проведении полной и своевременной трехэтапной профилактики вертикальной передачи ВИЧ совместно с отменой грудного вскармливания инфицирования детей по нашим данным не наблюдалось. Показатель перинатальной ВИЧ-трансмиссии в 2011 году составил 4,9% против 5,5% в 2010 году

**Таблица 2**

**Количество беременных женщин, получавших химиопрофилактику передачи ВИЧ**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Год | количество беременных женщин, получивших: | | | Число женщин без химиопрофилактики |
| монотерапию | битерапию | тритерапию |
| 2007 | 24 | 35 | 20 | 1 |
| 2008 | 4 | 14 | 44 | 5 |
| 2009 | 9 | 10 | 69 | 3 |
| 2010 | 3 | - | 89 | 7 |
| 2011 | - | - | 102 | 3 |

В настоящее время в качестве химиопрофилактики перинатального ВИЧ-инфицирования во всех случаях используется схема, состоящая из трех и более препаратов (так называемая ВААРТ).

В связи с тем, что ежегодно увеличивается число женщин в продвинутой стадии ВИЧ-инфекции, рекомендуется продолжение ВААРТ пожизненно после родоразрешения (в 2011 году АРТ была назначена пожизненно 19 пациенткам, в 2010 году - 18). Кроме того, у 7 женщин беременность протекала на фоне продолжения пожизненной АРТ, назначенной до беременности.

**Таблица 3**

**Количество родов и путь родоразрешения за период 2007 – 2011гг., абс.,%.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 |
| Число операций кесарево сечение | 27  (33,7%) | 22  (32,8%) | 32  (35,2 %) | 51  (51,5%) | 33  (31,14 %) |
| Родоразрешение через естественные родовые пути | 53  (67,3%) | 45  (68,2%) | 59  (64,8%) | 48  (48,48 %) | 73  (68,86 %) |
| Число повторных родов на фоне ВИЧ | 13  (6,3%) | 33 (19,3%) | 26  (28,6 %) | 35  (35.35 %) | 29  (27,3 %) |
| Всего родоразрешений | 80 | 67 | 91 | 99 | 106 |

Кесарево сечение на сегодня рассматривается как дополнительный метод профилактики рождения ВИЧ-инфицированного ребенка, поэтому, учитывая и высокое число послеродовых осложнений у женщин с иммунодефицитом, должен быть применен только тогда, когда все остальные методы уже использованы и не дали ожидаемого результата (наличие в крови матери перед родами определяемой вирусной нагрузки ВИЧ).

На сегодняшний день наблюдается тенденция к снижению числа родоразрешений путем кесарева сечения: если в 2009 и в 2010 годах количество родоразрешений путем кесарева сечения увеличивалось и в 2009г. составляло 32 случая (35,2%), а за 2010 год этот показатель вырос до 51,5%, то в отчетном году он вновь снизился до 31%.

Большинство родоразрешений путем операции кесарева сечения проводится в плановом порядке в зависимости от стадии ВИЧ-инфекции, вирусной нагрузки, клеток CD-4, согласно рекомендациям БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» и приказу Минздрава России №606 от 19.12.2003г. «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ ».

Число повторных родов на фоне ВИЧ-инфекции остается на высоком уровне: 2011г. – 29, 2010г. – 12 (18,5%), 2009г. – 26 (28,6%), 2008г. – 33 (19,3%).

В течение 2011г. беременность завершилась срочными родами у 93 пациенток (как и в 2010 году), что составило 87,7% от имевших беременность.

В 2011 году число абортов у ВИЧ-инфицированных женщин было меньше числа родов (94 против 106). Уровень абортов на 1000 ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста составил 73,0 (2010г – 81,1), по УР – 33,9 и 37,1 соответственно.

По республике за 2011г. имел место 1 случай мертворождения (г.Ижевск), в 2010г. – 2 (г.Сарапул, роды проведены в БУЗ «Перинатальный центр», Глазовский район).

**Таблица 4**

**Данные о контрацепции у пациенток,**

**состоящих на диспансерном учете в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ», абс.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Метод контрацепции** | **2008** | **2009** | **2010** | **2011 г.** |
| Введено ВМС | 8 | 7 | 6 | - |
| Гормональная | 13 | 11 | 63 | 98 |
| Спермициды | 9 | 9 | 11 | 13 |
| Барьерный | 32 | 21 | 37 | 43 |
| Воздержание | 6 | 4 | 6 | 7 |
| Стерилизация | 7 | 4 | 10 | 4 |
| Всего охвачено | 75 | 56 | 133 | 165 |

Как видно из таблицы, в 2011 году значительно увеличилось число женщин, получивших гормональные контрацептивы за счет средств бюджета Удмуртской Республики. Охват гормональной контрацепцией составил 7,42 на 100 фертильных женщин с ВИЧ (показатель по УР в 2010г. – 9,4).

Среди беременных женщин с ВИЧ-инфекцией стабильно высоким остается удельный вес асоциального контингента, что приводит к несвоевременной диагностике беременности и поступление в родильный дом с активной родовой деятельностью и нередко в потужном периоде, что затрудняет проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку. Благодаря тесному сотрудничеству с родильными домами необследованным и асоциальным женщинам при поступлении проводится обследование на ВИЧ-инфекцию с помощью экспресс-тестов и по эпидемическим показаниям проводится экстренная химиопрофилактика вертикального пути передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Каждая ВИЧ-инфицированная беременная женщина имеет не одну соматическую патологию, что приводит к патологическому течению беременности, преждевременным родам, послеродовым гнойно-септическим осложнениям. По данным БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» беременность у ВИЧ-инфицированных женщин протекает на фоне: инфекций половых путей (81%), анемии беременной (82%), вирусного гепатита (62,3%), герпетической инфекции (14%), инфекции мочевыводящих путей (5%).

С каждым годом увеличивается число женщин, имеющих ИППП. Среди ВИЧ-инфициро-ванных женщин встречаются все ИППП и, как правило, микст-инфекции. Большинство из них микоплазмы, уреоплазмы, ЦМВИ, а также ВПЧ высокого онкогенного риска, который приводит к фоновым заболеваниям и раку шейки матки, высокому риску внутриутробного инфицирования плода, патологическому течению беременности и послеродовым гнойно-септическим осложнениям. Беременные женщины на ИППП с 2010г. обследуются по месту медицинского обслуживания.

В 2011 году у женщин с ВИЧ – инфекцией проведено 65 исследований шейки матки на онкоцитологию. Результаты приведены на диаграмме:

**Диаграмма 10**

**Результаты исследований шейки матки на онкоцитологию**

**у женщин с ВИЧ-инфекцией в 2011 году**

По результатам исследования онкоцитологии патологию шейки матки имели 78% женщин с ВИЧ-инфекцией, прошедших обследование в 2011 году, 33% из них имеют дисплазию I-III ст., 15% - воспаление и 28% - пролиферацию клеток железистого эпителия.

В 2011 году проведено 83 ПЦР-исследования на BППП у женщин с ВИЧ-инфекцией. По результатам обследования в 73% эпизодов выявлена патология:

**Диаграмма 11**

**Результаты исследований шейки матки методом ПЦР на BППП**

**у женщин с ВИЧ-инфекцией в 2011 году**

Учитывая, что ВИЧ – инфицированные женщины имеют воспалительные заболевания органов малого таза, имеются противопоказания для применения ВМС. Гормональные контрацептивы назначаются с осторожностью, т. к. большинство пациенток являются потребителями психоактивных веществ, в связи с чем возникают трудности в регулярности приёма препарата. Кроме того, у части пациенток с ВИЧ есть сопутствующие вирусные гепатиты В или С, что также ограничивает использование данного метода контрацепции. Использование презервативов приветствуется не всеми женщинами в связи с нежеланием использования партнёром, сниженной чувствительностью, непереносимостью материала.

Наиболее эффективный метод контрацепции у женщин с ВИЧ инфекцией – это комбинация 2 методов, один из которых - использование презерватива, так как только в этом случае обеспечивается защита и от нежелательной беременности, и от передачи инфекции половым путем.

**Выводы.**

1.С каждым годом увеличивается число ВИЧ-инфицированных женщин фертильного возраста, соответственно растет число родов у женщин с ВИЧ, особенно среди социально неблагополучных слоев населения (активные потребители психоактивных веществ, безработные). Это, в свою очередь, повышает риск рождения ВИЧ-инфицированного ребенка.

2.Среди женщин половой путь передачи ВИЧ превалирует, вследствие - женщины более подвержены риску ВИЧ-инфицирования.

3.Высокий процент выявления ВИЧ во время беременности вкупе с отсутствием наблюдения во время беременности приводит к несвоевременному назначению химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку (БУЗ УР «Городская поликлиника №4» МЗ УР г. Ижевска, МУЗ «Городская больница №1» г.Воткинска, МЛПУ «Городская больница №2» г.Воткинска).

4.Отсутствует динамический контроль лабораторного мониторинга беременных женщин в ЛПУ по месту медицинского обслуживания (МУЗ «Городская больница №1» г.Глазова, МУЗ «Глазовская ЦРБ», МУЗ «Балезинская ЦРБ», МУЗ «Ярская ЦРБ», МУЗ «Городская больница №1» г.Воткинска, МЛПУ «Городская больница №2» г.Воткинска).

5.Недостаточная преемственность в работе женских консультаций, врачей участковых терапевтов, кабинетов инфекционных заболеваний, родильных домов, гинекологических отделений с БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ».

6.В 50% случаев информация о завершении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины не передается из ЛПУ в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ».

**Рекомендации руководителям учреждений здравоохранения в части повышения эффективности работы по профилактике перинатального инфицирования ВИЧ:**

1.Обеспечить взятие на диспансерный учет всех ВИЧ-позитивных женщин, а также женщин, постоянно проживающих с ВИЧ-инфицированными половыми партнерами. Регулярно (не реже 1 раза в квартал) обновлять базу данных и использовать ее в работе родильных домов, женских консультаций, гинекологических отделений.

2.Проведить экстренную химиопрофилактику передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов и новорожденному при наличии эпидемиологических показаний всем необследованным беременным, несмотря на наличие отрицательного результата тестирования женщины на ВИЧ в экспресс-тесте (согласно приказа Минздрава России от 19.12.03 №606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ – инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ»).

3.Обеспечить преемственность в работе врачей акушеров-гинекологов, инфекционистов и участковых терапевтов по выявлению асоциальных женщин среди ВИЧ-инфицированных, с осуществлением активного патронажа на дому.

4.Для современного выявления ВИЧ у женщин при обращении в женские консультации за медицинской помощью, при поступлении пациентки в родильный дом и в гинекологическое отделение обращать внимание на качество сбора эпидемиологического анамнеза.

5.Осуществлять раннюю постановку женщин на учет по беременности и своевременное определение у них ВИЧ-статуса, направление в БУЗ УР «УРЦ СПИД и ИЗ» при получении положительного результата

6.Обеспечить ведение ВИЧ-инфицированных беременных женщин согласно медицинских стандартов, утвержденных приказом Минздравсоцразвития России от 30.05.2005г. №375 «Об утверждении стандарта передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

7.Обращать особое внимание организации контрацепции ВИЧ-инфицированных женщин в т.ч. стерилизации повторно родивших, ведущих асоциальных образ жизни.

8.Активизировать консультативную работу с будущими матерями с целью профилактики отказов от новорожденных. При необходимости привлекать для совместной работы социальные службы по месту проживания неблагополучной семьи.

9.Обеспечить необходимое количество экспресс-тестов и лекарственных препаратов для проведения химиопрофилактики, обучить персонал родильных отделений правильной технике использования быстрых тестов и проводить регулярный контроль их использования.