

Федеральное государственное бюджетное образовательное
учреждение высшего образования "Красноярский государственный
медицинский университет имени профессора В.Ф.Войно-Ясенецкого"
Министерства здравоохранения Российской Федерации

Зав. кафедрой: д.м.н., профессор

Базина М.И.



**Реферат на тему: Ведение беременности и родов ВИЧ
инфицированных женщин**

Выполнила: ординатор 1-го года
кафедры акушерства и гинекологии ИПО

Яблончук Д.А.

Красноярск, 2019 г.

Введение

Особенностью эпидемии ВИЧ-инфекции сейчас является неуклонный рост женской заболеваемости. В Украине на сегодняшний день 48% ВИЧ-инфицированных составляют женщины, следствием чего является рост числа детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей.

ВИЧ-инфекция у беременной неизменно представляет существенные трудности для акушера. Перед врачами стоит задача снизить риск трансплацентарной передачи вируса плоду и поддерживать здоровье будущей матери. Ведение беременности должно осуществляться акушером и инфекционистом-вирусологом.

Необходимым фактором для того, чтобы ВИЧ – инфицированная женщина родила здорового ребенка, является профилактика вертикальной трансмиссии, которая заключается в предупреждении передачи ВИЧ от матери к ребенку на всех возможных этапах:

- перинатальный (период вынашивания плода) (возможное инфицирование плода ВИЧ через плаценту);
- родовой (в процессе родов) (возможное инфицирование плода ВИЧ, находящимся в секретах родовых путей);
- постнатальный период (возможное инфицирование плода ВИЧ, находящемся в молоке или крови матери).

По статистическим данным ВОЗ риск передачи ВИЧ от матери ребенку составляет: 20% - во время беременности, 60% - во время родов, 20% - при грудном вскармливании.

Течение ВИЧ-инфекции может ускориться и ухудшиться во время беременности в связи с иммуносупрессией, присущей гестационному процессу. ВИЧ может передаваться как в форме вируса, связанного с

клетками, так и в качестве свободного вируса. Также в качестве источника инфекции выступают ВИЧ-инфицированные клетки плаценты.

Рассмотрим подробнее механизмы основных рисков передачи ВИЧ от матери к ребенку на возможных этапах вертикальной трансмиссии:

Период вынашивания плода

Во время беременности мать может передать вирус из своего кровотока через плаценту плоду. Плацента позволяет питательным веществам из организма матери поступать в организм плода, и в норме защищает плод от инфекционных агентов, таких как ВИЧ, находящихся в материнской крови. Однако существует трансплацентарный перенос свободных вирионов в результате различных повреждений фетоплацентарного барьера (отслойка плаценты, плацентит, ФПН) с последующим взаимодействием вируса с СО4-лимфоцитами плода. Факторы, повышающие или изменяющие риск дородовой передачи вируса во время вынашивания плода:

- высокий материнский вирусный титр (количество вируса в крови матери);
- материнские нейтрализующие антитела (материнские антитела могут инактивировать ВИЧ у плода);
- воспаление плацентарной мембраны (в этом случае она не так эффективна против проникновения вируса);
- условия во время родов, приводящие к усилению воздействия на плод материнской крови (раннее отделение плаценты от матки, повреждение кожи младенца (акушерские щипцы));
- при наркотической зависимости: использование общих игл для введения наркотиков во время беременности;
- другие инфекционные заболевания (другие инфекции ослабляют иммунную систему матери, что увеличивает риск инфицирования ребенка ВИЧ).

Родовой период

Во время прохождения по родовому каналу, младенец подвергается воздействию крови и вагинального секрета инфицированной матери. Раннее отделение плаценты из материнской матки, а также все то, что приводит к повреждению кожных покровов ребенка, (например, применение акушерских щипцов) могут привести к повышению воздействия на ребенка материнской крови.

Послеродовой период

Большинство ВИЧ-инфицированных матерей не знают о наличии у себя инфекции и в основном инфицируют детей при грудном вскармливании. Этому может способствовать несколько предпосылок:

- грудное молоко - основное питание новорожденного, которое достаточно богато лейкоцитами, в том числе CD4 клетками;
- желудочно-кишечный тракт новорожденного не совершенен и активно поглощает альбумины;
- во время кормления грудью ребенок может подвергаться воздействию крови, если у матери повреждена кожа вокруг соска.

Алгоритм профилактических мероприятий

Для снижения рисков возможной передачи ВИЧ от матери к ребенку разработаны профилактические мероприятия.

Особенности ведения беременности:

- Консультирование беременных по вопросам, связанным с ВИЧ.

Консультирование помогает женщине принять информированное решение. В ходе дотестового консультирования необходимо сообщить беременной о том, что тестирование на ВИЧ носит добровольный характер. Одно временно с этим нужно подчеркнуть важность исследования - как для женщины, так и для ее будущего ребенка.

При отрицательном результате первого тестирования следует объяснить женщине необходимость повторного обследования: поскольку антитела к ВИЧ появляются в крови не раньше чем через две недели после заражения, при однократном тестировании вероятность ВИЧ-инфицирования не может быть исключена, даже если результат теста отрицательный.

При положительном результате тестирования для исключения ошибки необходимо сразу провести повторное обследование. Если женщина принимает решение о продолжении беременности, ей следует предоставить информацию об особенностях течения беременности на фоне ВИЧ-инфекции. В ходе консультирования целесообразно затронуть следующие вопросы:

- необходимость обследования партнера;
- эффективность современных методов профилактики ВИЧ-инфицирования ребенка во время беременности и родов;
- способы родоразрешения (показания к родоразрешению путем кесарева сечения);
- кормление новорожденного (искусственное вскармливание)
- основные принципы ухода за ребенком,
- порядок и сроки обследования ребенка;
- методы послеродовой контрацепции.

ВИЧ-инфицированные женщины обладают всеми правами обычных пациентов, в том числе правом на врачебную тайну.

- Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются акушером-гинекологом по месту жительства совместно с инфекционистом территориального Центра ВИЧ/СПИДа
- Беременность и роды во многих случаях повышают социальный статус ВИЧ – инфицированной женщины.
- Нет необходимости в изоляции ВИЧ-инфицированных женщин и их новорожденных младенцев, равно как и в особых мерах предосторожности при уходе за ними.

- Профилактическое лечение (химиопрофилактика) назначается не ранее 14-ой недели беременности после консультирования женщины и при наличии ее письменного информированного согласия. При более поздних сроках беременности химиопрофилактика назначается с момента определения ВИЧ-инфицирования.

Схема №1: азидотимидин (тимазид, ретровир) per os по 0,2 г три раза в день (суточная доза 0,6 г) в течение всей беременности.

Схема №2: фосфазид (никавир) per os по 0,2 г три раза в день (суточная доза 0,6 г) в течение всей беременности.

Женщины, получающие антиретровирусную терапию во время беременности, должны быть ознакомлены с возможными побочными эффектами лечения.

- Во время беременности необходимо избегать любых инвазивных процедур, при которых нарушается целостность кожных покровов и слизистых или увеличивается возможность контакта плода с кровью матери (амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и др.).
- Для оценки эффективности химиопрофилактики и исключения осложнений проводится плановое обследование (клинический анализ крови - через 2 недели, затем каждые 4 недели; уровень CD4 лимфоцитов - через 4,8,12 недель, «вирусная нагрузка» - через 4,12 недель).
- Существует необходимость соблюдения полноценного, сбалансированного питания, с преобладанием витаминов группы В, Е, С и А, фолиевой кислоты, минеральных добавок. Иногда необходима консультация диетолога.

Существует непосредственная связь между плохим питанием матери во время беременности и высоким риском передачи ВИЧ ребенку.

Особенности ведение родового периода:

- Способ рационального родоразрешения выбирается совместно с врачом-гинекологом центра СПИД, индивидуально, согласно утвержденному протоколу в зависимости от вирусной нагрузки.

В странах Западной Европы и в США очень распространенным путем ведения родов у женщин с ВИЧ-инфекцией является кесарево сечение. В Украине, как правило, придерживаются другого мнения и оперируют женщину по обычным для этой операции показаниям, так как слишком велик риск послеоперационных осложнений.

- Рекомендуется плановое «гемостатическое» кесарево сечение (до разрыва плодных оболочек), что снижает риск передачи ВИЧ на 50%. Выполнение кесарева сечения после отхождения околоплодных вод нецелесообразно.
- При консервативном ведении родов на всем протяжении родового акта проводится санация родовых путей 0,25%-ным водным раствором хлоргексидина.

Женщина должна участвовать в принятии осознанного решения по поводу выбора способа родоразрешения вместе с медицинским персоналом, наблюдающим за ней.

ВИЧ-инфекция у матери не является показанием для кесарева сечения у женщин, получающих противовирусные препараты, так как риск инфицирования плода при кесаревом сечении и естественных родах примерно одинаков. У ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших терапии во время беременности, в настоящее время методом выбора является абдоминальное родоразрешение.

В профилактике ВИЧ необходимо так называемое «элективное» или «плановое» кесарево сечение, которое производится до начала родов. В этом случае операция производится до разрыва оболочек плода, и есть данные о том, что это снижает риск для ребенка. Так называемое экстренное кесарево сечение, которое делают в случае проблем во время родов, риск передачи ВИЧ

не снижает, а в случае осложнений, может даже его повысить. Нельзя забывать о том, что любая операция - это дополнительная нагрузка для ВИЧ-положительной женщины, и ее следует предпринимать только в случае необходимости.

В случае ведения родов через естественные пути следует придерживаться правил ведения родов при любых вирусных инфекциях: снизить длительность безводного промежутка и избегать применения любых акушерских манипуляций, травмирующих кожные покровы плода. Для профилактики заражения в момент родов зидовудин принимают в капсулах.

- Родовозбуждение и родостимуляцию проводят только по строгим показаниям. Роды ведут с исключением амниотомии, эпизиотомии и перинеотомии. Использование акушерских щипцов, вакуум-экстракции противопоказано.
- На этапе родов риск передачи вируса тем меньше, чем короче промежуток между полным раскрытием шейки матки и появлением ребенка на свет.
- Если ВИЧ-инфицирование установлено до или во время беременности, при поступлении женщины в родильный дом профилактическое лечение, начатое во время беременности азидотимидином (ретровиром) или фосфазидом, продолжается по прежней схеме с добавлением невирапина (вирамун) - 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности.
- Если ВИЧ-инфицирование женщины выявлено во время родов, профилактическое лечение роженице назначает и проводит акушер-гинеколог по двум основным схемам:

Схема №1: азидотимидин (ретровир) в/в струйно 0,002 г (0,2 мл)/кг веса в течение первого часа родов, затем до момента пересечения пуповины 0,001 г (0,1 мл)/кг веса/час.

Схема №2: невирапин (вирамун) 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности, в случае затяжных родов - повторить через 12 часов.

- При невозможности проведения обследования химиопрофилактика женщине и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям (т.е. принадлежность к группе риска).

Особенности введение послеродового периода:

- Пересечение пуповины следует выполнять, предварительно наложив на ножницы небольшую марлевую салфетку.
- Все манипуляции с новорожденными, независимо от статуса матери по ВИЧ-инфекции, должны проводиться в перчатках до тех пор, пока не будут смыты материнская кровь и влагалищный секрет, околоплодные воды и первородная смазка.
- Ребенка следует вытереть насухо с помощью полотенца, пеленки или хирургической салфетки. Возможно мытье новорожденного в теплом водном 0,25%-ном растворе хлоргексидина.
- Если нет необходимости в реанимационных мероприятиях, новорожденного следует положить на тело матери для контакта «кожа к коже» в целях профилактики гипотермии.
- Отсасывание содержимого из полости рта и носа новорожденного с помощью назогастрального зонда не проводится, за исключением тех случаев, когда имеет место густое мекониальное окрашивание околоплодных вод.
- Рекомендуется ребенка к груди не прикладывать. Отказ от грудного вскармливания должен явиться результатом бережного консультирования и информированного выбора женщины, а не давления на нее со стороны медицинского работника.

Сразу после рождения ребенок переводится на искусственное вскармливание адаптированными молочными смесями.

- Антиретровирусные препараты новорожденному назначает врач-неонатолог или педиатр с восьмого часа жизни, но не позднее 72 часов жизни.

Схема №1: азидотимидин (сироп) per os 0,002 г (0,2 мл)/кг каждые 6 часов в течение 6 недель.

Схема №2: невирапин (суспензия) per os 0,002 г (0,2 мл)/кг 1 раз в день в течение 3 дней.

Профилактическое лечение ВИЧ-инфекции у ребенка проводится вне зависимости от того, получала мать лечение во время беременности и родов или нет.

Вывод

Перечисленные выше возможные способы снижения риска передачи инфекции ребенку имеют своей целью снизить вирусную нагрузку матери и свести к минимуму возможный контакт ребенка с инфицированными биологическими жидкостями матери, такими, как секреторные выделения из шейки матки или влагалища, кровь, грудное молоко. Если женщина принимает все эти меры предосторожности, возможно снизить риск в значительной степени. Однако, риск, связанный с прохождением АРТ и с кесаревым сечением, как для матери, так и для ребенка, существует и должен обсуждаться. Долговременные последствия приема сильнодействующих препаратов ВИЧ-негативным ребенком до сих пор неизвестны. Кроме того, нельзя недооценивать важность грудного вскармливания с эмоциональной и культурной точки зрения для некоторых матерей.

Список использованной литературы:

1. Баранов И. И. Анализ течения родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин / И. И. Баранов // Материалы VII Российского форума «Мать и дитя».-2005.- С.25-26.
2. Иванова Э. С. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ / Э. С. Иванова, Н. Н. Воробьева, Т. К. Рысинская и др. // Эпидемиология и инфекционные болезни. 2007. - №1. - С. 44-46.
3. Кулаков В. И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. Учебное пособие / В. И. Кулаков, И. И. Баранов. М. : ВЕДИ, 2003. -158с.
4. Мамедова С. Р. Особенности течения беременности, родов, послеродового периода и состояние новорожденных у женщин с ВИЧ- инфекцией: автореф. дис. . канд. мед. наук / С. Р. Мамедова ; М. СПб., 2003. 41 с.
5. Покровский В. В. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку: Учебное пособие / В. В. Покровский, О. Г. Юрин, В. В. Беляев и др. . М. : Медицина для Вас, 2003. - 29с.
6. Ряполов Е. М. Беременность и роды у ВИЧ-инфицированных женщин: автореф. дис. канд. мед. наук / Е. М. Ряполов ; - М. -2005. 26с.
7. Сенаторова Л. В. Особенности течения и исхода беременности у женщин, инфицированных ВИЧ / Л. В. Сенаторова // Вестник новых медицинских технологий. 2006. - Т. 13, №3. - С. 148-151.
8. Фомин Ю. А. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку / Ю. А. Фомин, И. М. Улюкин, Л. А. Афолина и др. //Акушерство и гинекология. -2005. -№4. -С. 49-51.
9. Цинзерлинг В. А. Перинатальная патология при ВИЧ-инфекции / В. А. Цинзерлинг, О. Л. Красногорская, М. Е. Васильева // Архив патологии. - 2005. №5. -С. 48-51.

Федеральное государственное бюджетное образовательное учреждение высшего образования
 "Красноярский государственный медицинский университет имени профессора В.Ф. Войно-
 Ясенецкого" Министерства здравоохранения Российской Федерации

РЕЦЕНЗИЯ НА РЕФЕРАТ

Кафедра Акушерства и гинекологии
(наименование кафедры)

ИПО

Рецензия К.М.Н., доцента каф. Шапошниковой
(ФИО, ученая степень, должность рецензента)

Скагеркина Виктория

на реферат ординатора _____ года обучения по специальности Акушерство
и гинекологии Людмила Дарья Викторовна
(ФИО ординатора)

Тема реферата Верхние конечности и роды
при инфантильной тазобедренной дисплазии

Основные оценочные критерии

№	Оценочный критерий	положительный/отрицательный
1.	Структурированность	+
2.	Актуальность	+
3.	Соответствие текста реферата его теме	+
4.	Владение терминологией	+
5.	Полнота и глубина раскрытия основных понятий темы	+
6.	Логичность доказательной базы	+
7.	Умение аргументировать основные положения и выводы	+
8.	Источники литературы (не старше 5 лет)	+
9.	Наличие общего вывода по теме	+
10.	Итоговая оценка	<u>5 бал.</u>

Дата: 15 апреля 20 19 год

Подпись рецензента

Скагеркина В.
(подпись)

Шапошников В.
(ФИО рецензента)

Подпись ординатора

Людмила Д.
(подпись)

Людмила Д.
(ФИО ординатора)