

Ю.А. Галлямова, Л.В. Ставропольская

## ОСНОВНЫЕ СОЦИАЛЬНО-ГИГИЕНИЧЕСКИЕ СОСТАВЛЯЮЩИЕ ПРЕНАТАЛЬНОЙ ПРОФИЛАКТИКИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ

РМАПО (Москва)

Читинский филиал ГУ НЦ МЭ ВСНЦ СО РАМН (Чита)

*На основе данных официальной статистики и литературных сведений авторами освещены основные медико-социальные проблемы профилактики ВИЧ-инфекции у женщин репродуктивного возраста. Представлены собственные медико-демографический и статистический анализы социально-гигиенических характеристик 278 женщин, которые стали матерями за период 2000–2005 гг. в Республике Татарстан. Целью исследования являлось выявить характерные медико-социальные особенности ВИЧ-инфицированных матерей.*

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, социально-гигиенические факторы, беременность

## BASIC SOCIALLY-HYGIENIC COMPONENTS OF PREVENTIVE MAINTENANCE OF HIV-INFECTION AT PREGNANT WOMEN

Yu.A. Galliamova, L.V. Stavrapolskaya

Russian Medical Academy of Postgraduate Education, Moscow

Chita Branch of SC RRS ESSC SB RAMS, Chita

*On the basis of data of official statistics and literary data authors shine the basic medical and social problems of preventive maintenance of HIV-infection at women of reproductive age. Own demographic and statistical analyses of socially-hygienic characteristics of 278 women which became mothers for the period 2000–2005 in Republic Tatarstan are presented. The purpose of research was to reveal characteristic medical and social features of HIV-infected of mothers.*

**Key words:** HIV-infection, social factors-hygienic, pregnancy

Несмотря на многочисленные научные исследования этиологии, эпидемиологии, клинического течения ВИЧ-инфекции и внедрение эффективной антиретровирусной терапии, эпидемия ВИЧ/СПИД в мире продолжает развиваться. ВИЧ-инфекция как социально – значимое заболевание на сегодняшний день затронула все социальные слои и все возрастные группы населения. В настоящее время в Российской Федерации эпидемия ВИЧ находится на третьем этапе развития, так называемой, стадии «генерализованной» инфекции, которая характеризуется распространением ВИЧ среди всех слоев населения, с тенденцией роста полового пути передачи [1]. Если под первую волну попали гомосексуалисты и позднее – наркоманы, то теперь все больший процент новых заражений приходится на гетеросексуальные контакты, в связи с чем, все больше вовлекаются женщины. Следовательно, характерной чертой распространяющейся эпидемии является рост числа женщин, инфицированных вирусом, с 13,2 до 34,5 % с 2000 по 2003 г. соответственно, среди которых заражение половым путем в 2003 г. произошло в более половине случаев (59,7 %) [1, 2, 4, 6].

К сожалению, отмечается рост удельного веса числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин, количество родов у таких пациенток и рождение детей от них [1]. Ежедневно в мире рождается более 1,5 тыс. ВИЧ-инфицированных детей, ежегодно – более 300 тыс. [6]. В среднем из 100

детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, пятерым инфекция передается в период беременности, 15 – при родах, 10 – при грудном вскармливании [4].

Именно сейчас социальная составляющая проблемы крайне обострилась, ибо в эпидемиологии ВИЧ все большую роль стали играть социальные, экономические, культурные и демографические изменения, в том числе нестабильность общества, военные, гражданские и национальные конфликты, резкое возрастание миграционных процессов, появление беженцев, лиц без определенного места жительства и занятий, люмпенизация общества.

Хотя по наблюдениям, проведенным в ряде стран мира за беременными ВИЧ-инфицированными и небеременными ВИЧ-инфицированными женщинами, не было установлено различия в скорости прогрессирования заболевания, в уровне смертности и не обнаружено серьезного влияния беременности на рост вирусной нагрузки и на иммунную систему, С.С. Валихова и Ю.А. Топчин (2004) указывают на несколько особенностей у беременных ВИЧ-позитивных женщин. У таких пациенток чаще отмечаются неблагоприятный исход беременности; ранние самопроизвольные аборты, внематочные беременности, преждевременные роды и излитие околоплодных вод, отслойка плаценты; инфекционные осложнения во время течения беременности и послеродовом периоде; мертворождения. Все это может быть прямой

причиной ВИЧ или показателем сложного взаимодействия медицинских и социальных факторов [1].

По имеющимся данным, частота передачи ВИЧ от матери ребенку составляет от 15–25 % в Европе и США до 25–40 % в Африке и Азии. Во многих развитых странах с внедрением в повседневную практику антиретровирусной терапии, частота передачи ВИЧ от матери ребенку снизилась до 4–8 % [1, 3, 6]. Перинатальная трансмиссия ВИЧ характерна для женщин, которые инфицированы ВИЧ-1, и очень редко отмечается при ВИЧ-2. Установлено, что чаще всего передача ВИЧ-1 от матери к ребенку происходит в поздние сроки беременности и во время родов (50–70 %), а внутриутробная передача в ранние сроки беременности реже (30–50 %). Вероятность инфицирования ВИЧ ребенка при грудном вскармливании колеблется в пределах 12–20 % и больше характерна для стран с традиционным длительным кормлением грудным молоком [1, 4, 5, 6].

На передачу ВИЧ от матери ребенку влияет целый ряд факторов, из которых пока не все полностью получили объяснение. Их можно разделить на вирусные, материнские, акушерские, плодные и младенческие факторы. И как уже указывалось выше, немаловажное значение имеют социальные причины, которые оказывают непосредственное влияние как на течение беременности, роды и состояние ребенка, так и на повышение риска передачи ВИЧ-инфекции. В частности известно, что разница в весе у детей, родившихся от ВИЧ-положительных и ВИЧ-негативных женщин в развитых странах, незначительна. Однако, в развивающихся странах отмечается низкий вес новорожденных от ВИЧ-положительных матерей, который обусловлен больше социальными факторами, такими как условия жизни и питание женщины во время беременности [1]. Риск передачи ВИЧ от матери ребенку увеличивают и некоторые поведенческие факторы женщины. К ним относятся табакокурение и злоупотребление матери наркотическими препаратами и алкоголем. Повышение риска передачи ВИЧ от матери ребенку связывают также с незащищенными половыми контактами во время беременности. По данным С.С. Валиховой, Ю.А. Топчина (2004), у женщин, имевших в период беременности свыше 80 случаев незащищенных половых контактов, уровень передачи ВИЧ достигает 30 % в сравнении с 9,1 % женщин, не имевших незащищенных контактов. Возможно, что это результат увеличения концентрации или разнообразия штаммов ВИЧ вследствие реинфекции или нового заражения. Наличие у беременных вульвовагинитов, воспалений шейки матки (эрозия), инфекций передаваемых половым путем коррелирует с повышением риска передачи ВИЧ, причем, ИППП, как установлено, увеличивают содержание вирусов в шеечно-вагинальных секретах.

Таким образом, проблема ВИЧ-инфекции это мультидисциплинарная проблема, которая требует неотложного решения психологических, педа-

гогических, социальных и других проблем, обеспечивающих профилактику ВИЧ/СПИД у женщин детородного возраста. Следовательно, профилактические меры должны включать не только медицинские, но и социальные мероприятия.

В первую очередь требуются изменения поведения беременных ВИЧ-инфицированных женщин, которые предусматривают:

- сокращение количества незащищенных половых контактов в период беременности;
- сокращение числа сексуальных партнеров в период беременности;
- изменение образа жизни, включая воздержание от приема наркотиков, алкоголя и курения [1].

Необходимы мероприятия, направленные на снижение уязвимости женщин в отношении ВИЧ путем повышения статуса женщины в обществе, повышения уровня информированности женщин о ВИЧ/СПИД и их профилактике, популяризацию безопасного секса, в том числе использование барьерных методов контрацепции, а также доступность и адекватное лечение инфекций передаваемых половым путем и других воспалительных заболеваний женской репродуктивной системы. За рамками изученного остаются и этико-правовые проблемы оказания медицинской помощи беременным с ВИЧ, в частности сохранение врачебной тайны, анонимность лечения и обследования, взаимоотношения врача и пациента и т.д. [1, 6, 4, 6].

Важным моментом является доступность добровольного консультирования и тестирования на ВИЧ женщин до наступления беременности. Многие женщины, в том числе «социально адаптированные», узнают о своем ВИЧ-статусе только при обращении за родовым наблюдением, которое обычно включает ВИЧ-тестирование. До последнего времени профилактические программы, проводимые среди уязвимых групп населения России, не включали в себя медицинские аспекты обслуживания, хотя бесплатный анонимный медицинский сервис был востребован в уязвимых группах населения. Презрительное отношение, с которым в большинстве случаев сталкиваются ВИЧ-положительные женщины в консультации, отбивает у многих желание в принципе обращаться за медицинской помощью. Это особенно относится к «асоциальным» женщинам, многие из которых попадают в поле зрения врачей уже непосредственно при родах. По словам руководителя федерального СПИД-центра В. Покровского, каждая четвертая ВИЧ-положительная женщина не наблюдается у врача в период беременности, одной из причин которого служит плохое отношение медицинских работников [2].

По данным И.А. Тоскина (2006), существующие профилактические методы, оставшиеся в наследство от старых времен, в том числе факты продолжающейся практики милицейских рейдов, принудительного тестирования и лечения лиц с так называемым «асоциальным поведением» без их согласия, отталкивало людей от контактов с официальным здравоохранением и никак не влияло на

эпидемическую ситуацию. Поэтому большой проблемой для налаживания медицинского сервиса для членов данных групп является формирование доверительных взаимоотношений, позволяющих осуществлять медицинский сервис на долговременной основе. Так, представителями группы секс-бизнеса и употребляющими инъекционные наркотики востребована информационная помощь по ИППП и ВИЧ/СПИДу по телефону. Создание такого сервиса требует кроме налаживания медицинского компонента также развитие тесного сотрудничества с неправительственными организациями, осуществляющими профилактическую работу в контакте с целевыми сообществами. Открытие телефона доверия по вопросам ВИЧ-инфекции делает возможным не только консультирование по телефону, но и приглашение людей, нуждающихся в посещение медицинского кабинета [7].

Осведомленность о ВИЧ/СПИДе в российском обществе, при всей его образованности, остается практически на уровне десятилетней давности, когда СПИД в России был еще малоизвестным явлением. Значительная часть медицинских работников по-прежнему крайне недостаточно информирована или даже враждебно настроена в отношении ВИЧ-позитивных пациентов. Соответственно, крайне низким остается и общий уровень знаний среди населения. Особенно настораживает отношение современных подростков к проблеме ВИЧ/СПИД. У большинства подростков отсутствуют знания и широко распространены неверные представления и мифы об ВИЧ/СПИД. Например, исследования, проведенные Ю.А. Галлямовой (2005) и Ж.Ю. Шафрановой (2006) показали: каждый четвертый подросток убежден, что больной ВИЧ без ярко выраженной симптоматики не заразен при половом контакте, каждый пятый уверен, что можно сделать прививку от СПИДа. Изучение уровня информированности подростков о методах защиты от ВИЧ показало, что с одной стороны, почти все подростки безошибочно называют презерватив и взаимную верность партнеров. С другой стороны, подростки демонстрируют низкую информированность о других методах. В качестве надежных профилактических средств 64 % назвали применение антибиотиков, 42,1 % — подмывание, и даже прерванный половой акт (34,2 %), противозачаточные таблетки (20,3 %), внутриматочную спираль (18,1 %). Убежденность в необходимости использования презервативов для предохранения от ВИЧ, к сожалению, сопровождается мифом об их абсолютной надежности: только треть подростков понимают, что презерватив лишь снижает вероятность заражения. Подавляющее большинство рассматривают презерватив как 100 % гарант защищенности от ВИЧ/СПИД [3, 8].

Изучение ситуации в группах населения, считающихся традиционно уязвимыми в отношении ВИЧ-инфекции и ИППП в России (секс-работницы, мужчины, практикующие секс с мужчинами, потребители внутривенных наркотиков) до настоящего времени не дает полного представления о

характере распространенности заболеваний в этих сообществах.

Все вышеизложенное убедительно показывает, насколько актуальной является представленная тема, и диктует необходимость комплексного и всестороннего исследования социальной составляющей проблемы ВИЧ-инфицированных женщин и беременных в частности.

### ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Поскольку ВИЧ-инфекция у беременных имеет сложный социально-поведенческий контекст, целью нашего исследования явилось изучение специфических социально-гигиенических характеристик ВИЧ-инфицированных матерей в Республике Татарстан.

### МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ

Для решения поставленной цели, нами использованы медико-демографический и статистический анализы социально-гигиенических характеристик 278 женщин, которые стали матерями за период 2000 — 2005 гг. в Республике Татарстан.

### РЕЗУЛЬТАТЫ И ИХ ОБСУЖДЕНИЕ

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом МЗ РФ, Республика Татарстан по пораженности ВИЧ-инфекцией занимает 24 место среди регионов Российской Федерации и 5 место по Приволжскому Федеральному округу.

В Республике Татарстан на 01.01.2007 г. зарегистрировано 8661 случай ВИЧ-инфекции (показатель распространенности на 100 тыс. населения 226,1). За последние несколько лет заболеваемость ВИЧ-инфекцией в республике стабилизировалась. Ежегодно выявляется от 700 до 800 новых случаев ВИЧ-инфекции [5].

За последние несколько лет среди вновь выявленных случаев доля женщин достигает почти 50 %, из них 90 % — это женщины фертильного возраста. Как следствие ежегодно растет количество детей рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. Ежегодно в Республике Татарстан рождается более 100 детей от ВИЧ-инфицированных матерей. В настоящее время от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 566 детей, из них 40 детям выставлен диагноз «ВИЧ-инфекция». 336 детей сняты с учета с диагнозом «здоров по ВИЧ-инфекции». Остальные дети находятся на диспансерном учете с диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» [5].

Результаты данного исследования социально-гигиенических характеристик показали, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин находятся в возрастном промежутке 18 — 29 лет, это 248 матерей (89,2 %), в возрасте 14 — 17 лет — 16 (5,75 %) и 30 — 39 лет — 14 (5,05 %) (рис. 1). Большинство из них безработные — 152 (54,7 %), работающие — 81 (29 %), остальные учащиеся: школ — 5 (1,8 %), средних учебных заведений — 25 (9,0 %), высших учебных заведений — 15 (5,4 %) (рис. 2).

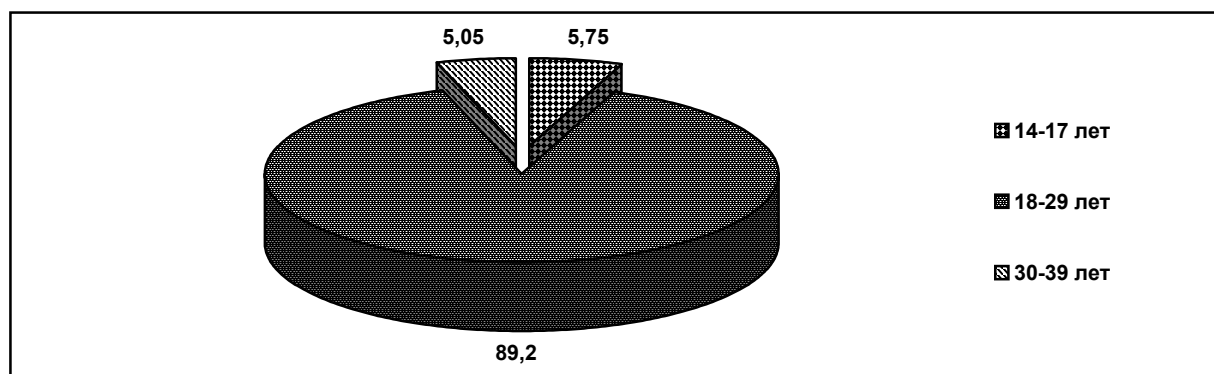


Рис. 1. Возрастная структура ВИЧ-инфицированных матерей.

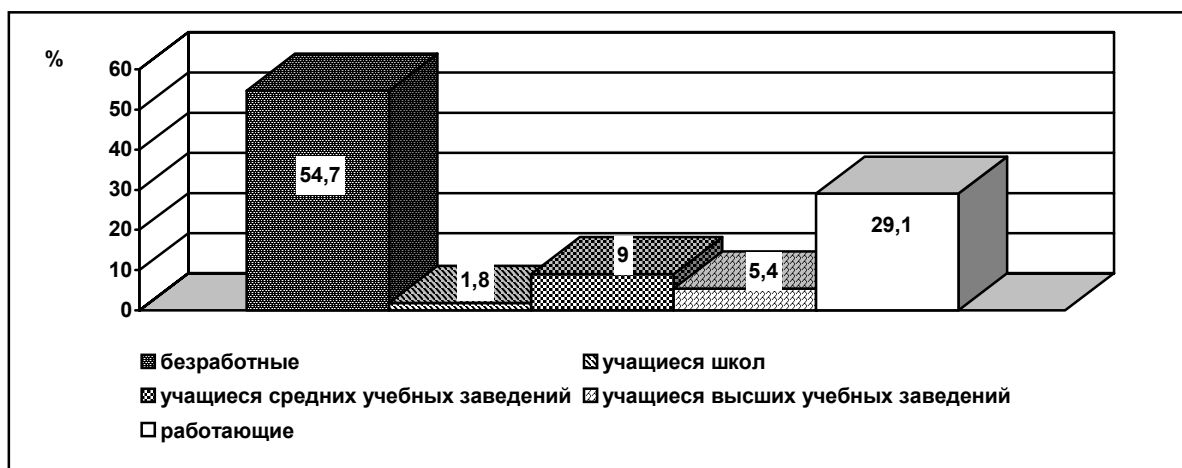


Рис. 2. Распределение ВИЧ – инфицированных матерей по социальному статусу.

Более половины ВИЧ-инфицированных матерей были замужем или находились в гражданском браке (56,1 %). Среди путей заражения ВИЧ-инфекцией половой отмечен у 136 (48,9 %) матерей, внутривенный – 137 (48,9 %), не установлен – 5 (1,8 %).

Более трети ВИЧ-инфицированных женщин (38,7 %) активно выявлены, из них 13,5 % были задержаны органами Министерства внутренних дел, 13,7 % состояли на учете в наркологическом диспансере, 10 % – в кожно-венерологическом диспансере, 1,5 % – в психоневрологическом диспансере.

### ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, путь инфицирования у ВИЧ-позитивных матерей в равных долях может быть как внутривенным, так и половым. В более половине случаев (54,7 %) это безработные женщины и в большинстве случаев состоящие в браке. Преобладающее большинство из них находятся в возрасте 18 – 29 лет. Но настораживает тот факт, что более 13 % из них привлекались к ответственности правоохранительными органами и состояли на учете в наркологическом диспансере.

Несмотря на то, что все основные тактические моменты перинатальной профилактики закреплены приказами МЗ РТ, ее конечный результат будет определяться тем, насколько полно каждой

ВИЧ-инфицированной женщине будет представлена качественная, своевременная помощь и консультация.

Данные научной литературы и результаты нашего исследования диктуют необходимость расширения исследований для выявления групп повышенного риска, нуждающихся в медико-социальной защите и дифференцированном подходе. Результаты исследования могут быть использованы в качестве источника объективной информации для обоснования и реализации мер медицинского, социального и этического характера, направленных на дородовую профилактику ВИЧ-инфекции.

### ЛИТЕРАТУРА

1. Валихова С.С. Особенности проявления ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных. Принципы профилактики вертикального пути передачи ВИЧ / С.С. Валихова, Ю.А. Топчин // Методические рекомендации для врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров. – Новосибирск, 2004. – 56 с.
2. ВИЧ-инфекция Информационный бюллетень / В.В. Покровский, Н.Н. Ладная, Е.В. Соколова, Е.В. Бурцова. – 2005. – С. 10 – 16.
3. Галямова Ю.А. Клинико-социальные, организационные и этико-правовые основы профилак-

тики инфекций, передаваемых половым путем: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — 2005. — 49 с.

4. Запорожан В.Н. ВИЧ-инфекция и СПИД / В.Н. Запорожан, Н.Л. Аряев // Здоровье. — 2004. — С. 294 — 340.

5. Носов Н.Н. Информационный бюллетень № 23 по эпидситуации в Приволжском федеральном округе / Н.Н. Носов. — 2005. — С. 1 — 4.

6. Объединенная программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИД (ЮНЭЙДС), Всемирная организация здравоохранения Развитие

эпидемии СПИД: состояние на декабрь 2006 г. / ЮНЭЙДС, ВОЗ. — Женева, 2006. — С. 1 — 3.

7. Тоскин И.А. Организация адекватной медицинской помощи в уязвимых в отношении ИППП и ВИЧ-инфекции группах населения: Автореф. дисс. ... докт. мед. наук. — 2005. — 48 с.

8. Шафранова Ж.Ю. Отношение современного подростка к социально-опасной патологии и его поведение (на примере ИППП и ВИЧ-инфекции): Автореф. дисс. ... канд. мед. наук. — 2006. — 22 с.