

ВЕДЕНИЕ БЕРЕМЕННОЙ ПАЦИЕНТКИ С ВИЧ-ИНФЕКЦИЕЙ И МНОЖЕСТВЕННЫМИ ВТОРИЧНЫМИ ЗАБОЛЕВАНИЯМИ НА ФОНЕ ВЫРАЖЕННОГО ИММУНОДЕФИЦИТА

О. А. Чернявская ✉

Кафедра инфекционных болезней с эпидемиологией и тропической медициной, лечебный факультет, Волгоградский государственный медицинский университет, Волгоград

Возрастающее количество женщин, больных ВИЧ-инфекцией, и рост числа беременностей и родов среди них обуславливают актуальность изучения нетипичных случаев ведения таких пациенток. В настоящей статье проанализированы причины, приведшие к возникновению ситуации, когда беременная женщина с ВИЧ-инфекцией и выраженным иммунодефицитом обратилась за медицинской помощью только при возникновении тяжелых, опасных для жизни вторичных заболеваний. Рассмотрены особенности течения сочетанной с беременностью патологии, приведшей к гибели ребенка и матери. Дана оценка тактики ведения больной, разработаны рекомендации по ведению пациенток с подобными патологиями, а именно: обязательное психологическое сопровождение, настороженность в отношении возможного атипичного течения многих заболеваний, в частности, туберкулеза, максимальное расширение диагностического поиска.

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, беременность, выраженный иммунодефицит, вторичные заболевания, туберкулез

Благодарности: Тамаре Кувшиновой из Волгоградской областной клинической инфекционной больницы № 1 и Игорю Малуженко из Волгоградского областного центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями за предоставленные данные.

✉ **Для корреспонденции:** Чернявская Ольга Александровна
ул. Загорская, д. 1, кв. 43, г. Волгоград, 400065; chernyavolga@yandex.ru

Статья получена: 04.02.2017 **Статья принята к печати:** 11.02.2017

MANAGEMENT OF THE HIV-POSITIVE PREGNANT PATIENT WITH MARKED IMMUNODEFICIENCY AND MULTIPLE COMORBIDITIES

Chernyavskaya OA ✉

Department of Infectious Diseases with Epidemiology and Tropical Medicine, Medical Faculty, Volgograd State Medical University, Volgograd, Russia

Increasing HIV prevalence among women and growing numbers of HIV-positive patients who choose to become pregnant prompt a discussion of management strategies applied to such patients. In this work we analyze a case of a pregnant HIV-positive woman with marked immunodeficiency who started seeking medical advice only after she had developed severe life-threatening secondary conditions. We look at the progression of comorbidities that led to the death of the patient and her baby and evaluate the chosen treatment plan. We also propose recommendations for the management of patients with similar pathologies that include psychological care, vigilance against possible atypical progression of a comorbidity, such as tuberculosis, and extensive diagnostic evaluation.

Keywords: HIV-infection, pregnancy, expressed immunodeficiency, secondary diseases, tuberculosis

Acknowledgements: the author thanks Tamara Kuvshinova of Volgograd Regional Clinical Hospital for Infectious Diseases No.1 and Igor Maluzhenko of Volgograd Regional Center for AIDS and Infectious Diseases Prevention and Treatment for providing valuable data.

✉ **Correspondence should be addressed:** Olga Chernyavskaya
ul. Zagorskaya, d. 1, kv. 43, Volgograd, Russia, 400065; chernyavolga@yandex.ru

Received: 04.02.2017 **Accepted:** 11.02.2017

В последние годы в России отмечается увеличение числа случаев передачи ВИЧ-инфекции при половом контакте гетеросексуальных партнеров, поэтому возрастает и доля женщин среди людей, живущих с ВИЧ. В связи с этим повышается актуальность проблемы сочетания беременности и ВИЧ-инфекции: растет доля беременных женщин из числа социально благополучных, все больше инфицированных беременных женщин решают положительно вопрос о рождении ребенка [1–3].

Ведение таких пациенток представляет определенные трудности. Перед врачами стоят задачи по снижению риска трансплацентарной передачи вируса плоду и поддержанию здоровья будущей матери. При этом необхо-

димо, чтобы женщина смогла не только родить здорового ребенка, но и вырастить его. Поэтому женщинам с ВИЧ-инфекцией обязательно назначают высокоактивную антиретровирусную терапию, причем она должна быть своевременной, эффективной и безопасной [1, 4–6].

Беременность — сложный период в жизни любой женщины с точки зрения как физиологии, так и психологии. В этот период она эмоционально уязвима и беспомощна, нуждается в особой заботе и поддержке со стороны окружающих. Наличие ВИЧ-инфекции обуславливает ряд особенностей психического состояния и мотивов сохранения беременности [7]. В частности, показано, что ВИЧ-инфицированные беременные женщины относятся к себе

негативно, снижается социально-ролевая идентичность, устанавливаются противоречивые связи и зависимости между идентичностями, составляющими Я-концепцию [8]. Кроме того, течение беременности у ВИЧ-инфицированных женщин сопровождается более частым развитием осложнений, таких как гестоз, хроническая внутриутробная гипоксия плода, анемия беременных, угроза прерывания беременности, синдром задержки развития плода. Например, в исследовании Яценко [9] указанные состояния, несмотря на проводимую антиретровирусную терапию (АРВТ), отмечались в 23,5, 55,0, 23,7, 20,0 и 7,0 % случаев соответственно. Роды у женщин с положительным ВИЧ-статусом достоверно чаще осложняются их преждевременным наступлением и развитием аномалий родовой деятельности. Оперативное абдоминальное родоразрешение, снижая вероятность интранатального инфицирования плода, достоверно повышает риск послеродовых гнойно-септических осложнений и прогрессирования ВИЧ-инфекции у матери [10]. Особые проблемы возникают на фоне вторичных заболеваний. Если у женщины выраженный иммунодефицит, то такие заболевания угрожают жизни не только будущего ребенка, но и ее самой. Лечение вторичных инфекций затрудняется необходимостью выбора препаратов, оказывающих наименьшее негативное влияние на плод [11–14].

В целом тактика ведения беременных, инфицированных ВИЧ, достаточно хорошо разработана [1, 5, 6, 15, 16]. Ее использование в большинстве случаев приводит к рождению здорового малыша без вреда здоровью матери [1, 17]. Но бывают сложные случаи, которые не всегда заканчиваются благополучно. Ниже приведено клиническое наблюдение одного из них.

Описание клинического случая

Больная У., 31 год, поступила в инфекционный стационар 28 мая 2016 г. с жалобами на повышение температуры тела до 39 °С, слабость, общее недомогание, кашель с небольшим количеством мокроты, одышку, снижение аппетита, похудание (6 кг за месяц), потливость.

Из анамнеза заболевания известно, что заболела остро в конце апреля, когда появился озноб, температура тела повысилась до 39 °С, появился сухой кашель. Лечилась самостоятельно симптоматическими средствами (без эффекта). 20–24 мая 2016 г. прошла стационарное лечение: в соответствии с диагнозом «внебольничная пневмония» были назначены антибактериальная (цефтриаксон по 2 г в сутки внутримышечно) и патогенетическая терапия, на фоне которых отмечено некоторое улучшение, но лихорадка сохранялась. Больная самовольно покинула стационар. Через 2 дня появилась одышка, усилились слабость, недомогание, и 28 мая пациентка вновь обратилась в стационар и была госпитализирована.

При выяснении анамнеза жизни установлено, что больная беременна, срок беременности — 14 нед., но на учете по беременности не состоит. Беременность первая, желанная, в браке. Кроме того, в 2005 г. у пациентки была выявлена ВИЧ-инфекция, но, с ее слов, персонал лечебного учреждения отнесся к ней пренебрежительно, был груб, что вызвало у нее негативную реакцию, страх обращения за медицинской помощью, поэтому на диспансерные осмотры все эти годы она не являлась и лечение не получала. В 2015 г. перед вступлением в брак выполнила исследование на ВИЧ в анонимном кабинете. С ее слов, результат

отрицательный, но на предъявленном бланке было указано: «Референтное значение: «отрицательно»; результат ПЦР РНК ВИЧ: 104607 копий/мл». Т. е. полученные данные больная трактовала ошибочно. Также перенесла 4 операции по поводу врожденной патологии (расщелина неба и губы), последняя из которых была в 2005 г.

Эпидемиологический анамнез не отягощен.

Объективно при поступлении состояние пациентки было расценено как среднетяжелое. Имелся дефицит массы тела (рост — 169 см, вес — 42 кг, индекс массы тела был равен 14,7 кг/м²). Кожные покровы бледные, слизистая ротоглотки гиперемирована, зернистость задней стенки. Лимфатические узлы (подчелюстные, шейные, аксиллярные, паховые) увеличены до 0,7 см, безболезненные, подвижны. Со стороны дыхательной системы: перкуторно звук легочный, аускультативно дыхание жесткое, в нижних отделах ослаблено, хрипов нет. Тоны сердца приглушены. Язык обложен белым налетом. Живот увеличен в размере (за счет беременности). Другие органы и системы — без особенностей. По данным общего анализа крови, имелись признаки воспаления: нейтрофилез (92 %), лимфопения (6 %), высокая скорость оседания эритроцитов (75 мм/ч); по данным биохимического анализа крови, отмечены гипопроотеинемия, небольшая гипертрансаминаземия; по данным общего анализа мочи, умеренная протеинурия (подробнее результаты анализов здесь и далее приведены на рисунке). Был выставлен диагноз: «Вирусная инфекция неуточненная, течение средней тяжести. Внебольничная пневмония? Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением инфекционных заболеваний. Стадия 4Б, фаза прогрессирования без АРВТ. Генерализованная лимфаденопатия. Кахексия. Беременность 14 недель». Больной назначили цефтриаксон по 2,0 г в сутки внутривенно (в/в) капельно и патогенетическую терапию (в том числе инфузионно).

30 мая было отмечено ухудшение самочувствия пациентки: усиление одышки, слабости. Выявлено увеличение печени на 2,5 см. К терапии добавили глюкокортикостероиды (дексаметазон по 8 мг в сутки).

На следующий день, 31 мая, самочувствие У. продолжало ухудшаться: появились одышка в покое, сухой редкий кашель, боли в грудной клетке слева. Состояние было расценено как тяжелое. По результатам выполнения рентгенограммы легких вынесли заключение о двусторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии. Уточнили клинический диагноз: «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением бактериальной и грибковой инфекций. Стадия 4Б, фаза прогрессирования без АРВТ. Двусторонняя внебольничная полисегментарная пневмония (пневмоцистная?), тяжелое течение. ДН1. Кахексия. Кандидоз орофациальный. Беременность 14 недель». Изменили терапию: отменили цефтриаксон, назначили амоксицилин, ванкомицин, левофлоксацин, увеличили дозы глюкокортикостероидов, назначили кислородную поддержку, ингаляции сальбутамолом, отхаркивающие (флуимуцил), усилили инфузионную терапию (дозировки и способы введения здесь и далее указаны на рисунке). Были назначены дополнительные исследования, в т. ч. взятие мокроты (но взять не удалось). В течение дня состояние продолжало ухудшаться: SpO₂ — 73 %, частота сердечных сокращений — 145 в минуту, снижение диуреза до 500 мл/сут. В связи с усилением легочно-сердечной недостаточности пациентку перевели в реанимационное отделение.

1 июня сохранялись жалобы на слабость и кашель, состояние оставалось тяжелым, но была отмечена положительная динамика. 2 июня нормализовалась температура

тела (36,4 °C). Был получен результат иммунологического и вирусологического исследований: CD4⁺-Т-лимфоцитов — 4 клеток/мкл, CD8⁺-Т-лимфоцитов — 116 клеток/мкл, CD4/CD8 — 0,03; ПЦР РНК ВИЧ — 1615358 копий/мкл. Результаты исследований на маркеры вирусных гепатитов были отрицательными. Были проведены консультации акушера-гинеколога («Беременность 14 недель. Показаний для прерывания беременности нет») и фтизиатра («Больше данных за двустороннюю неспецифическую пневмонию»). Назначили туберкулиновые пробы и забор мокроты на *Mycobacterium tuberculosis* (3-кратно). 3 июня пациентка была переведена в инфекционное отделение. Исследование мокроты не было выполнено из-за отсутствия материала.

К 9 июня сохранялись жалобы на кашель и слабость. Жизненные показатели были в норме, в т. ч. температура тела. По результатам повторной рентгенографии легких сделали заключение о двусторонней нижнедолевой полисегментарной пневмонии в стадии разрешения. Отменили кислородную поддержку. На следующий день по настоянию больной выписали ее на амбулаторное лечение (с улучшением).

14 июня У. была осмотрена врачом-инфекционистом в Центре по профилактике и борьбе со СПИД. Пациентка жаловалась на сухой кашель, слабость и повышение температуры до 38,5 °C с 11 июня. Гинеколог подтвердил наличие беременности 16–17 нед. Общий анализ крови выявил тромбоцитопению, лейкопению, лимфопению и нейтрофилез. Больной назначена АРВТ (рисунок). 15 июня температура тела повысилась до 40 °C. У. была направлена на повторную госпитализацию в инфекционный стационар.

При поступлении в стационар состояние больной было расценено как тяжелое. Отмечены тахикардия и низкое артериальное давление; выступ печени на 2 см из-под края реберной дуги; сниженный диурез; анемия, нейтрофилез, лимфопения; нарастание лабораторного иммунодефицита. Пациентку перевели в реанимационное отделение. Назначили антибиотикотерапию (цефтриаксон, амоксициллин, клиндамицин), противогрибковый препарат флюконазол, дексаметазон, патогенетическую терапию. В последующие дни температура тела нормализовалась, жизненные показатели были стабильными, парциальное давление кислорода было в норме.

20 июня появились боли в грудной клетке слева (в области сердца), вновь повысилась температура тела (38,2–38,6 °C). На электрокардиограмме зафиксировали синусовую тахикардию. На следующий день боли в грудной клетке стали сильнее. По результатам рентгенографии легких сделали заключение о двусторонней нижнедолевой пневмонии в стадии разрешения. Выставили диагноз: «Двусторонняя внебольничная пневмония, тяжелое течение. ДН1. Инфекционный эндокардит, тяжелое течение. Легочно-сердечная недостаточность I–II. Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением бактериальной, грибковой инфекции, стадия 4В, фаза прогрессирования на фоне АРВТ. Генерализованная лимфаденопатия. Кахексия. Выраженный лабораторный иммунодефицит. Гипохромная анемия. Беременность 16–17 недель». 22 июня больная была переведена в кардиологическое отделение соматического стационара, где уточнили диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза прогрессирования на фоне АРВТ. Генерализованная лимфаденопатия. Двусторонняя полисегментарная пневмония, тяжелое течение. Перикардит. Левосторонний плеврит. Дефицит массы тела более 30 %.

Кахексия. Выраженный лабораторный иммунодефицит. Гипохромная анемия. Тромбоцитопения. Беременность 16–17 недель». Пациентка продолжала получать АРВТ, но отмечала плохую переносимость и нарушала режим приема препаратов.

27 июня методом ультразвукового исследования была установлена внутриутробная гибель плода. 29 июня беременность была прервана (на сроке 17–18 нед.). У больной продолжается лихорадка, в крови нарастает лейкоцитоз за счет палочкоядерных элементов.

30 июня выставлен диагноз: «Туберкулез легких. Экссудативный плеврит». Пациентка была направлена на стационарное лечение в противотуберкулезный диспансер, где назначили специфическую терапию по первому режиму (рифампицин + изониазид + этамбутол + пирразинамид). В связи с назначением рифампицина изменили схему АРВТ: отменили лопинавир/ритонавир и назначили эфавиренз.

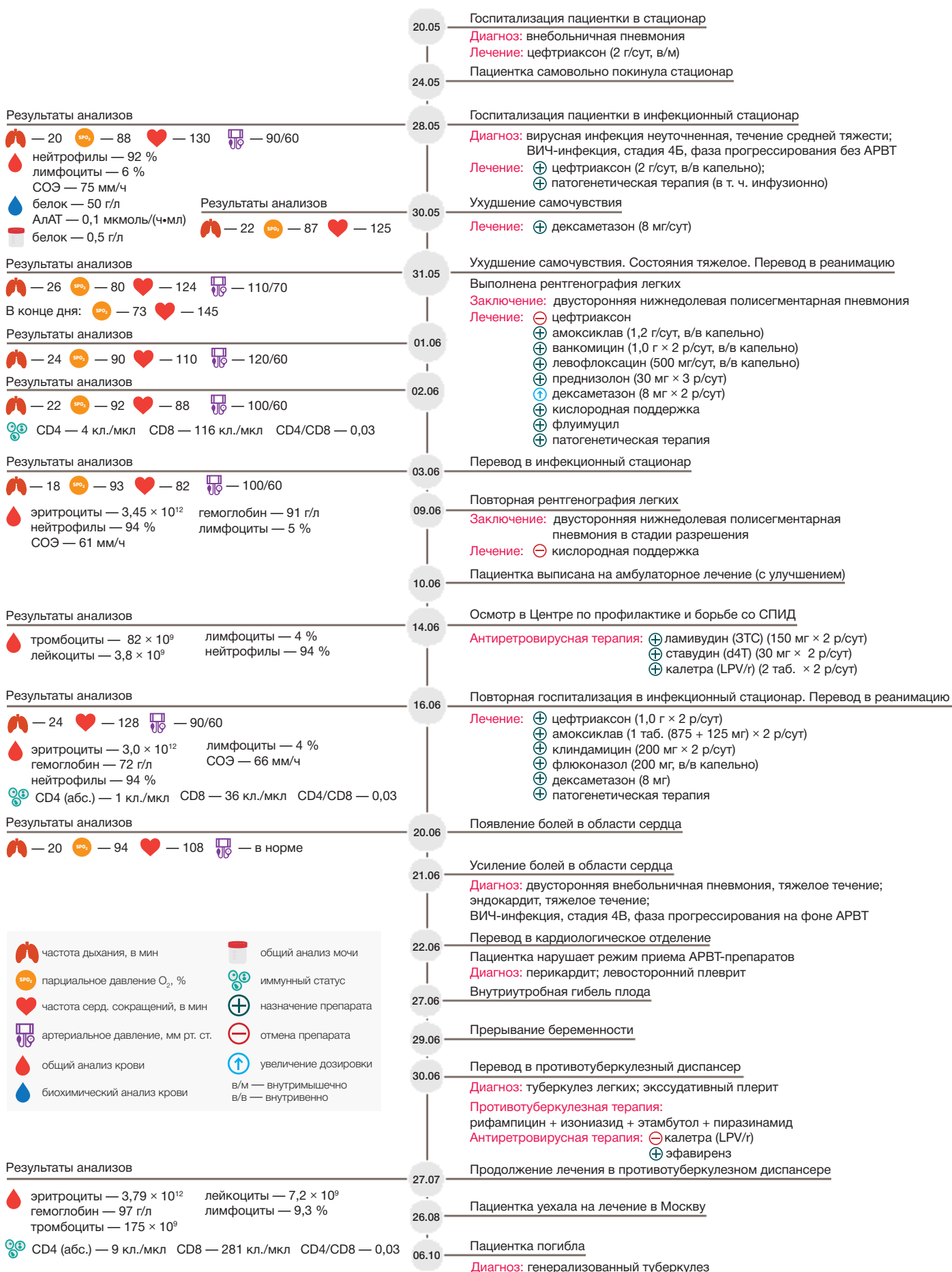
27 июля больная продолжает лечение в противотуберкулезном стационаре. Клинический диагноз: «ВИЧ-инфекция, стадия 4В, фаза ремиссии на фоне АРТ. Диссеминированный туберкулез легких в фазе инфильтрации и распада. КУМ (-). Туберкулезный полисерозит. Перикардит. Правосторонний экссудативный туберкулезный плеврит. КУМ (+) в экссудате. Туберкулезный папиллит. КУМ (+) в моче. IA(МБТ+) ГДУ. Пневмоцистная пневмония в анамнезе. Персистирующий оральная кандидоз. Выраженный лабораторный иммунодефицит». Иммунологически, вирусологически — положительная динамика.

26 августа стало известно, что пациентка уехала на лечение в другой регион (г. Москва). В связи с этим данных о дальнейшем течении заболевания нет. Однако позже было получено сообщение от мужа, что 6 октября пациентка умерла. Диагноз патологоанатомический: «Генерализованный туберкулез». Диагноз по МКБ X: «Болезнь, вызванная ВИЧ, с проявлением микобактериальной инфекции».

Обсуждение клинического случая

Описанный клинический случай не является типичным. Больная социально вполне благополучна, тем не менее, зная о своем инфицировании ВИЧ, не только не посещала диспансерные осмотры, но и длительно не обращалась за помощью, когда в ней возникла острая необходимость. Отрицание, которое является естественной психологической реакцией на сообщение диагноза серьезного заболевания и обычно заканчивается его принятием, у пациентки У. растянулось на многие годы. Очевидно, что этому способствовал первый негативный опыт взаимодействия с медиками. К сожалению, такой опыт — не редкость среди ВИЧ-инфицированных. По нашим данным, 64 % людей, живущих с ВИЧ, сталкивались с неэтичным поведением медицинских работников, причем 21 % — часто [18].

Можно предположить, что этот же фактор сыграл роль в том, что пациентка отказалась от ранней постановки на учет по беременности, что также способствовало ее неблагоприятному исходу. Право женщины самостоятельно решать вопрос о материнстве закреплено законодательно, и ВИЧ-инфицированная женщина, как и любая другая, может родить, если хочет [19]. Но наличие ВИЧ-инфекции накладывает на нее определенные обязательства: для рождения здорового ребенка она должна придерживаться разработанных рекомендаций, прежде всего — получать антиретровирусные препараты [1, 5, 6]. В данном случае, несмотря на то, что имело место осознанное желание



Краткая история болезни беременной женщины У., 31 год, больной ВИЧ-инфекцией

материнства (первая и при этом поздняя беременность, в браке), женщина нарушала режим приема препаратов после их назначения. Для повышения приверженности АРВТ следовало привлечь к работе с ней психолога, что является рутинной практикой при командном подходе к ведению такой категории больных [1]. Психологические проблемы у пациентки были выраженными, и консультации психолога были особенно необходимы. К сожалению, в стационарах специалисты данного профиля, как правило, отсутствуют. Психологическое сопровождение осуществляли муж, лечащие врачи, сотрудники медицинского университета.

Выбор схемы АРВТ в описанном случае был, по нашему мнению, обоснованным. Необходимо было не только предотвратить вертикальную передачу ВИЧ, но и сохранить жизнь пациентки, учитывая выраженный иммунодефицит ($CD4^+$ -Т-лимфоцитов — 4 клетки/мкл). Использование одной из наиболее предпочтительных схем у беременных, включающей зидовудин, ламивудин и лопинавир/ритонавир, было невозможно ввиду наличия анемии. Именно поэтому вместо зидовудина был назначен ставудин. Указанная схема соответствует концепции АРВТ для больных с исходно низким (менее 50 клеток/мкл) количеством $CD4^+$ -Т-лимфоцитов. Замена лопинавира на эфавиренз, связанная с плохой переносимостью первого, была вполне допустима, т. к. к этому моменту больная находилась уже во 2-ом триместре беременности. Однако, учитывая еще и наличие туберкулеза на фоне исходно низкого количества $CD4^+$ (менее 100 клеток/мкл), согласно Национальным рекомендациям по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией, можно было добавить четвертый препарат — энфувиритид, который не обладает негативным влиянием на плод, но мог повысить эффективность АРВТ [5, 6].

Беременность осложнилась и без того тяжелой ситуацией. Вызываемые ею изменения гормонального фона, на наш взгляд, могли усугубить иммунодефицит, который достиг у пациентки крайней степени, способствуя развитию вторичных инфекций. Самой опасной из них оказался туберкулез, который и стал причиной гибели больной.

Как известно, течение туберкулеза на фоне иммунодефицита протекает не совсем типично [1, 20–22]. При содержании $CD4^+$ -Т-лимфоцитов ниже 500 клеток/мкл заболевание развивается быстрее, реже выявляются деструктивные формы, в патологический процесс чаще вовлекаются серозные оболочки. При содержании $CD4^+$ -Т-лимфоцитов ниже 350 клеток/мкл особенностью туберкулеза органов дыхания становится склонность к поражению плевры, перикарда, ниже 200 клеток/мкл — милиарная и лимфогенная диссеминация с полиорганным поражением, выраженный изнуряющий синдром, лихорадка [1]. Все эти признаки были отмечены у пациентки У. При развитии глубокого иммунодефицита (менее 100 $CD4^+$ -Т-лимфоцитов/мкл) течение туберкулезной инфекции часто (до 40 % случаев) сопровождается развитием других вторичных заболеваний, что еще более затрудняет диагностику. В связи с практически полной утратой признаков продуктивного гранулематозного воспаления туберкулез у таких больных морфологически и клинически приобретает пневмониеподобное течение. В 30 % случаев яркая клиническая картина на 4–8 нед. опережает появление диссеминации, при этом у некоторых пациентов изменений на рентгенограмме нет [1]. Если вернуться к рассматриваемому клиническому случаю, то процесс протекал именно так. Поскольку рентгенологическая картина, ту-

беркулинодиагностика и диаскин-тест на фоне выраженного иммунодефицита становятся малоинформативными, для своевременного выявления туберкулеза приобретают особое значение морфологическое, бактериоскопическое и бактериологическое, а также молекулярно-генетическое исследования биологических жидкостей и биоптатов. Но и они, как показано в настоящем случае, не всегда выполнены и/или не всегда дают быстрый результат. Трудности диагностики, высокая вероятность генерализации туберкулезного процесса при значительном иммунодефиците являются основанием для назначения пациентам с содержанием $CD4^+$ -Т-лимфоцитов менее 200 клеток/мкл превентивного лечения [6]. По нашему мнению, уже в начале стационарного лечения пациентки У. были серьезные основания предположить у нее наличие поражения дыхательной системы смешанной этиологии, включающей туберкулезную (несмотря на отсутствие типичной рентгенологической картины), и рассмотреть вопрос о применении терапии *ex juvantibus*.

Скрытому на первых порах течению туберкулеза могло способствовать и наличие сопутствующего поражения пневмоцистной этиологии. Хотя *Pneumocystis jiroveci* не были обнаружены и диагноз не был подтвержден лабораторными методами, клинически в пользу данной патологии свидетельствовали постепенно нарастающая дыхательная недостаточность (и при этом скудность физикальных данных), высокие показатели CO_2 , низкие показатели SpO_2 (до 73 %), а также положительный эффект от терапии клиндамицином и глюкокортикостероидами.

Серьезное полиэтиологическое поражение легких, а именно: гипоксия как результат легочно-сердечной недостаточности, развившейся у больной, — стало, как нам представляется, одной из главных причин внутриутробной гибели плода. Немаловажным было и общее истощение, проявлявшееся не только значительным снижением массы тела, но и астеническим синдромом, анемией, гипопроотеинемией. Риск самопроизвольного прерывания беременности в данном случае можно оценить как очень высокий. Но даже при условии ее сохранения, была значительной вероятность серьезных последствий для здоровья ребенка. По данным одного из исследований, постгипоксические поражения ЦНС различной степени тяжести отмечались у 90,5 % детей, гематологические сдвиги в виде анемии легкой и средней степени тяжести — у 97,3 % детей [23]. В рассматриваемом случае женщина при желании могла не сохранять эту беременность. В перечне медицинских показаний для прерывания беременности ВИЧ-инфекция отсутствует, тем не менее в индивидуальных случаях, с учетом всех рисков и коллегиального рассмотрения (консилиума) прерывание беременности по этой причине возможно даже при сроке более 12 нед. С другой стороны, в этой ситуации операция может нанести существенный вред здоровью ВИЧ-инфицированной женщины и ухудшить прогноз основного заболевания [24, 25]. В любом случае выбор всегда остается за женщиной. Это трудное решение, и в подобных ситуациях, на наш взгляд, также обязательно психологическое сопровождение.

ВЫВОДЫ

Из описанного клинического наблюдения можно сделать ряд выводов.

Во-первых, необходимо проводить планомерную работу по повышению толерантности общества к людям,

живущим с ВИЧ, особенно в медицинской среде, что позволит увеличить эффективность взаимодействий «медицинский работник–пациент» и избежать неприятия лечения со стороны пациента.

Во-вторых, при ведении пациентов со сложным комплексом медицинских, психологических, этических проблем обязательно участие психолога, в том числе при стационарном лечении, для чего в штате инфекционного стационара следует предусмотреть наличие специалистов соответствующего профиля. В настоящее время при отсутствии в медицинском учреждении психолога его роль приходится исполнять лечащим врачам, которые не всегда располагают временем и обладают необходимой квалификацией. Можно рекомендовать привлечение в качестве психологов волонтеров из числа медицинских работников, студентов медицинских вузов (при письменном согласии пациентки), членов семьи, осведомленных о ВИЧ-инфицировании женщины.

В-третьих, залогом успеха ведения беременных женщин, больных ВИЧ-инфекцией, с выраженным иммуноде-

фицитом является максимально полное и быстрое выявление вторичных заболеваний и их адекватное лечение. Важно помнить, что очень часто возникающие на таком фоне поражения органов и систем имеют полиэтиологический характер и, как правило, атипичное течение. Врачам следует иметь постоянную настороженность и максимально расширять диагностический поиск, используя все доступные методы. Лечение должно быть адекватным. В тех случаях, когда не удается добиться определения возбудителя инфекционного процесса, лечение назначается эмпирически, с учетом совокупности всех факторов. В отдельных случаях, с нашей точки зрения, оправдано применение терапии *ex juvantibus*.

Наконец, несмотря на все усилия специалистов, успех гарантирован не всегда. Беременных женщин, больных ВИЧ-инфекцией, с выраженным иммунодефицитом необходимо осведомлять о возможных рисках. Для их оценки следует систематически проводить сбор и обобщение информации, для чего полезна автоматизация сбора данных, ее широкое внедрение в рутинную практику.

Литература

1. Покровский В. В., редактор. ВИЧ-инфекция и СПИД: национальное руководство. М.: ГЭОТАР-Медиа; 2013. 608 с.
2. Мордык А. В., Пузырева Л. В., Довгополюк Е. С., Левахина Л. И. Анализ ситуации по ведению беременных женщин с ВИЧ-инфекцией на территории Сибирского федерального округа за период с 2005 по 2013 гг. Мед. альманах. 2015; 5 (40): 89–92.
3. Иоанниди Е. А., Осипов А. В., Бондаренко А. И. Эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции у беременных в Волгоградской области. Вестн. ВолгГМУ. 2016; 2 (58): 45–7.
4. Дерезлазова Ю. А., Жебелева Ю. А., Овсяникова А. В. Реализация репродуктивной функции у ВИЧ-инфицированных женщин Пермского края. Наука и Мир. 2015; 3 (5): 89–90.
5. Афонина Л. Ю., Воронин Е. Е., Фомин Ю. А., Козырина Ю. А., Юрин О. Г., Покровский В. В. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. Клинический протокол. Эпидемиол. и инфекц. бол. Актуальн. вопр. 2013; 3 (Прилож.): 1–16.
6. Покровский В. В., Юрин О. Г., Кравченко А. В., Беляева В. В., Ермак Т. Н., Канестри В. Г. и др. Национальные рекомендации по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией. Эпидемиол. и инфекц. бол. Актуальн. вопр. 2015; 6 (Прилож.): 72 с.
7. Ульянич А. Л., Ишмухаметова Л. Э. Особенности психического состояния и мотивов сохранения беременности у беременных женщин с ВИЧ-положительным статусом. В сб.: Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции: Материалы Международной научно-практической конференции; 30–31 мая 2016 г.; Санкт-Петербург, Россия. СПб.: Санкт-Петербургская общественная организация «Человек и его здоровье»; 2016. с. 184–8.
8. Коваленко С. Н., Романцов М. Г., Грибанова С. В. Структура самоосознания ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Фунд. исслед. 2010; (3): 62–7.
9. Яценко Д. С. Течение беременности, родов и состояние новорожденных у женщин, инфицированных ВИЧ-инфекцией. Бюл. мед. интернет-конф. 2015; 5 (5): 448.
10. Маринкин И. О., Поздняков И. М., Лузан О. Д., Стариков Н. В., Тимофеева Ю. С. Особенности течения беременности и родов у ВИЧ-серопозитивных женщин. Мед. и обр. в Сибири. 2015; (3): 71.
11. Каюкова С. И., Демихова О. В., Бессараб Т. П., Корнилова З. Х., Амансахедов Р. Б., Идрисова Л. С. Ведение беремен-
- ности и родов у пациентки с ВИЧ-инфекцией и туберкулезом множественных локализаций (клиническое наблюдение). Рос. вестн. акуш.-гин. 2013; 13 (6): 65–9.
12. Джонсон Дж. Особенности беременности при ВИЧ-инфекции. Мед. наука Армении. 2012; 52 (1): 116–24.
13. Шалонина Т. Г., Костян И. Р., Алехина К. А. Особенности исходов беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин. В сб.: Материалы III Южно-Уральского форума перинатологов, акушеров-гинекологов, неонатологов; 11 ноября 2016 г.; Челябинск, Россия. Челябинск: Изд-во ЮУГМУ; 2016. с. 36–9.
14. Рыбакова Т. Н. Течение беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин. Арх. акуш. и гин. им. В. Ф. Снегирева. 2016; 3 (4): 215–6.
15. Сизова Н. В., Самарина А. В., Ефимов Г. А. Назначение антиретровирусной терапии женщинам в различные периоды жизни. ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. 2013; 5 (3): 34–41.
16. Беляков Н. А., Рахманина Н. Ю., Рахманова А. Г., редакторы. Женщина, ребенок и ВИЧ. Сер. Библиотека журнала «ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии». СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр; 2012.
17. Мельников А. С., Рукояткина Е. А., Фунден Р. А., Латышева И. Б. Женщина и ВИЧ-инфекция, современное состояние проблемы. Педиатр. 2015; 6 (1): 5–10.
18. Чернявская О. А., Иоанниди Е. А. Влияние характера ролевых интеракций «медицинский работник–пациент» на субъективную оценку качества медицинской помощи людям, живущим с ВИЧ. Мед. вестн. Юга России. 2015; (4): 94–9.
19. Масленцева Н. Ю. ВИЧ-положительные женщины: между стигмой и правом. Актуальн. вопр. совр. науки. 2015; 2 (6): 95–9.
20. Викторова И. Б., Нестеренко А. В., Зимина В. Н. Коинфекция (ВИЧ-инфекция/туберкулез) у беременных женщин. Туберк. и бол. легких. 2015; (12): 8–18.
21. Сахелашвили М. И., Савула М. М., Буртняк Т. В., Майовецкая Н. С., Остапюк Л. Р., Павленко М. Л. и др. Особенности течения ВИЧ-ассоциированного туберкулеза у беременных. Туберк., легочн. бол., ВИЧ-инфекция. 2010; 3 (3): 064–7.
22. Голубовская О. А., Климанская Л. А., Юрченко А. В., Федоренко С. В., Рудюк Н. М., Сукач М. М. Коинфекция ВИЧ/туберкулез: некоторые особенности течения. Клини. инфектол. и паразитол. 2015; 1 (12): 79–88.
23. Пышкина Т. В., Новичков Д. А., Турищева М. А., Аристанбе-

кова М. С. Факторы риска во время беременности и в родах у женщин с ВИЧ-инфекцией. Бюл. мед. интернет-конф. 2013; 3 (2): 68.

24. Аксенова-Сорохтей Ю. Н., Кузнецова Т. А., Бабаян В. Л. Искусственное прерывание беременности при ВИЧ-статусе (медико-правовой аспект). Журн. науч. и приклад. исслед. 2016; (3): 74–7.

25. Кадырова А. Ф., Лунченков Н. Ю., Бардовский С. П. Влияние положительного ВИЧ-статуса женщины на решение о сохранении или прерывании беременности. Вестн. РГМУ. 2015; (2): 40–1.

References

1. Pokrovskii VV, editor. VICH-infektsiya i SPID. National guide. Moscow: GEOTAR-Media; 2013. 608 p. Russian.
2. Mordyk AV, Puzyreva LV, Dovgopolyuk ES, Levakhina LI. [Analysis of situation of pregnancy administration in the case of HIV positive women in the territory of Siberia Federal District in the period from 2005 to 2013]. Medicinskij al'manah. 2015; 5 (40): 89–92. Russian.
3. Ioannidi EA, Osipov AV, Bondarenko AI. [Epidemiological profile of HIV-infected pregnant women in the Volgograd region]. Vestnik Volgogradskogo gosudarstvennogo meditsinskogo universiteta. 2016; 2 (58): 45–7. Russian.
4. Dereglazova YuA, Zhebeleva YuA, Ovsyanikova AV. [Reproductive function implementation at HIV infected women of Perm krai]. Nauka i Mir. 2015; 3 (5): 89–90. Russian.
5. Afonina LYu, Voronin EE, Fomin YuA, Kozyrina YuA, Yurin OG, Pokrovskii VV. Primenenie antiretrovirusnykh preparatov v komplekse mer, napravlenykh na profilaktiku peredachi VICH ot materi rebenku. Clinical protocol. Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. Aktual'nye voprosy. 2013; (3 Suppl): 1–16. Russian.
6. Pokrovskii VV, Yurin OG, Kravchenko AV, Belyaeva VV, Ermak TN, Kanestri VG, et al. Natsional'nye rekomendatsii po dispansernomu nablyudenyu i lecheniyu bol'nykh VICH-infektsiei. Epidemiologiya i infektsionnye bolezni. Aktual'nye voprosy. 2015; (6 Suppl). 72 p. Russian.
7. Ul'yanich AL, Ishmukhametova LE. Osobennosti psikhicheskogo sostoyaniya i motivov sokhraneniya beremennosti u beremennykh zhenshchin s VICH-polozhitel'nym statusom. In: Aktual'nye voprosy VICH-infektsii: Proceedings of the International Theoretical and Practical Conference; 2016 May 30–31; Saint-Petersburg, Russia. St. Petersburg: Sankt-Peterburgskaya obshchestvennaya organizatsiya "Chelovek i ego zdorov'e"; 2016. p. 184–8. Russian.
8. Kovalenko SN, Romantsov MG, Gribanova SV. [Structure of self-comprehension of HIV-infected of pregnant women]. Fundamental'nye issledovaniya. 2010; (3): 62–7. Russian.
9. Yatsenko DS. Techenie beremennosti, rodov i sostoyanie novorozhdennykh u zhenshchin, infitsirovannykh VICH-infektsiei. Bülleten' medicinskih internet-konferencij. 2015; 5 (5): 448. Russian.
10. Marinkin VO, Pozdnyakov IM, Luzan OD, Starikov NV, Timofeeva JS. [Features of gestation course and labors at HIV-seropositive women]. Meditsina i obrazovanie v Sibiri. 2015; (3): 71. Russian.
11. Kaiukova SI, Demikhova OV, Bessarab TP, Kornilova ZKh, Amansakhedov RB, Idrisova LS. [Pregnancy and labor management in a patient with HIV infection and tuberculosis at multiple sites (a clinical observation)]. Rossiyskiy vestnik akusheraginekologa. 2013; 13 (6): 65–9. Russian.
12. Jonson J. [Peculiarities of pregnancy in HIV cases]. Meditsinskaya nauka Armenii. 2012; 52 (1): 116–24. Russian.
13. Shalonina TG, Kostyan IR, Alekhina KA. Osobennosti iskhodov beremennosti i rodov u VICH-infitsirovannykh zhenshchin. In: Materialy III Yuzhno-Ural'skogo foruma perinatologov, akusherovginekologov, neonatologov; 2016 Nov 11; Chelyabinsk, Russia. Chelyabinsk: South-Ural State Medical University Press; 2016. p. 36–9. Russian.
14. Rybakova TN. Techenie beremennosti i rodov u VICH-infitsirovannykh zhenshchin. Arkhiv akusherstva i ginekologii imeni VF Snegireva. 2016; 3 (4): 215–6. Russian.
15. Sizova NV, Samarina AV, Yefimov GA. [Art prescription to women at different life periods]. VICH-infektsiya i immunosupressii. 2013; 5 (3): 34–41. Russian.
16. Belyakov NA, Rakhmanina NYu, Rakhmanova AG, editors. Zhenshchina, rebenok i VICH. Series of Biblioteka zhurnala "VICH-infektsiya i immunosupressii". St. Petersburg: Baltiiskii meditsinskiy obrazovatel'nyi tsentr; 2012. Russian.
17. Mel'nikov AS, Rukoyatkina EA, Funden RA, Latysheva IB. [Women and HIV infection, current status of the problem]. Pediatr. 2015; 6 (1): 5–10. Russian.
18. Chernyavskaya OA, Ioannidi EA. [The influence of character of role interaction «the medical worker–patient» on value judgment of quality of medical care to the people living with HIV]. Meditsinskiy vestnik Yuga Rossii. 2015; (4): 94–9. Russian.
19. Maslentseva NY. [HIV-positive women: between stigma and the right]. Aktual'nye voprosy sovremennoi nauki. 2015; 2 (6): 95–9. Russian.
20. Viktorova IB, Nesterenko AV, Zimina VN. [Co-infection (HIV/tuberculosis) in pregnant women]. Tuberkulez i bolezni legkikh. 2015; (12): 8–18. Russian.
21. Sakhelashvili MI, Savula MM, Burtajak TV, Majovetska NS, Ostapjuk LR, Pavlenko ML, et al. [Peculiarities of the course of HIV-associated tuberculosis in pregnant women]. Tuberkulez, legochnye bolezni, VICH-infektsiya. 2010; 3 (3): 064–7. Russian.
22. Golubovska O, Klymanska L, Yurchenko A, Fedorenko S, Rudyuk N, Sukach M. [HIV/tuberculosis coinfection: some peculiarities of clinical course]. Klinicheskaya infektologiya i parazitologiya. 2015; 1 (12): 79–88. Russian.
23. Pyshkina TV, Novichkov DA, Turishcheva MA, Aristanbekova MS. Faktory riska vo vremya beremennosti i v rodakh u zhenshchin s VICH-infektsiei. Bülleten' medicinskih internet-konferencij. 2013; 3 (2): 68. Russian.
24. Aksenova-Sorokhitei YuN, Kuznetsova TA, Babayan VL. Isskusstvennoe preryvanie beremennosti pri VICH-statuse (mediko-pravovoi aspekt). Zhurnal nauchnykh i prikladnykh issledovaniy. 2016; (3): 74–7. Russian.
25. Kadyrova AF, Lunchenkov NY, Bordovsky SP. The influence of HIV status on woman's decision to maintain or terminate pregnancy. Bulletin of Russian State Medical University. 2015; (2): 40–1.