

**МЕТОДИЧЕСКОЕ ПОСОБИЕ
«КОНСУЛЬТИРОВАНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ
БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН»**

ДЛЯ АКУШЕРОВ-ГИНЕКОЛОГОВ

Ассоциация пациентов и специалистов, помогающих людям с ВИЧ, вирусными гепатитами и другими социально значимыми заболеваниями «Е.В.А.»

Санкт-Петербург
2022г.

Методическое пособие подготовлено в рамках проекта «Сохранение и улучшение жизни беременным женщинам и мамам, живущим с ВИЧ, и уязвимым к инфекции» в рамках программы «MSD for Mothers».

Авторский коллектив:

Самарина Анна Валентиновна

Доктор медицинских наук, доцент, заведующий отделением материнства и детства СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», профессор кафедры социально-значимых инфекций и фтизиопульмонологии ПСПБ ГМУ им. акад. И. П. Павлова, главный детский внештатный специалист по ВИЧ-инфекции КЗ Санкт-Петербурга.

Халезова Надежда Борисовна

Кандидат медицинских наук, доцент кафедры психиатрии и наркологии ФБГОУ ВО Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. И.П. Павлова, врач-психиатр-нарколог СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями».

Рекомендуемый формат для цитирования: Методическое пособие «Консультирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин».

Текущая редакция отчета: 11.12.2022.

Комментарии к методическому пособию принимаются по адресу: office@evanetwork.ru.

Оглавление

Эпидемиология ВИЧ-инфекции у женщин	4
Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге	5
Причины материнской смертности в группе женщин, инфицированных ВИЧ	6
Характеристика ВИЧ-инфицированных беременных. Акушерские осложнения у женщин с ВИЧ	6
Психиатрические аспекты ВИЧ-инфекции у женщин	7
Распространенность и патогенез психических расстройств у женщин с ВИЧ-инфекцией	8
Психические расстройства в перинатальном периоде	9
Оценочный чек-лист приема ВИЧ-инфицированной беременной женщины акушером-гинекологом женской консультации с комментариями	11
Организация медицинской помощи беременным женщинам, их партнерам, ВИЧ-инфицированным бе- ременным женщинам	17
Список использованной литературы	18

Эпидемиология ВИЧ-инфекции у женщин

В мире более 40 лет развивается пандемия инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. К концу 2020 г. в мире жили с ВИЧ 37,7 (30,2-45,1) млн. человек. Женщины и девочки составляли 53% всех людей, живущих с ВИЧ [1].

Согласно Глобальной стратегии по СПИД на 2021-2026 гг. «Ликвидировать неравенство, покончить со СПИДом» к 2025 году 95% женщин должны получать необходимые услуги по профилактике, диагностике и лечению ВИЧ-инфекции, а также услуги по охране сексуального и репродуктивного здоровья [2].

В 2021 году среди всех живущих с ВИЧ россиян женщины составляли 37,6%. В последние годы отмечается рост доли женщин среди новых случаев ВИЧ-инфекции. В 2021 году она составила 40,5% и диагностировалась в более молодом возрасте по сравнению с мужчинами. Подавляющее большинство женщин с вновь выявленной ВИЧ-инфекцией находилось в репродуктивном возрасте (30—39 лет — в 37,5% случаев, 40—49 лет — в 29,3%, 20—29 лет — в 13,3%) и были инфицированы ВИЧ при гетеросексуальных контактах (86,7%), что обусловлено преобладанием полового пути передачи инфекции. Начиная с 2003 года основным путем заражения ВИЧ в РФ стал половой, что обусловило вовлечение в эпидемию женщин репродуктивного возраста, а следовательно, рост беременностей и родов у пациенток данной группы [3]. Женщины детородного возраста являются самым быстрорастущим ВИЧ-положительным населением в мире, и ежегодно у них рождаются более 1 миллиона младенцев [1].

Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией, превышающий среднероссийское значение, имели 22 субъекта Российской Федерации, включая Санкт-Петербург (991,9). В Российской Федерации в 2020 г. в 24 субъектах более 1% беременных были инфицированы ВИЧ, что свидетельствует о переходе этих регионов в генерализованную стадию, согласно классификации ВОЗ. В связи с увеличением среднего возраста инфицированных ВИЧ женщин в России и общей тенденцией демографического процесса в 2019-2021 годах наблюдалось снижение числа беременностей в группе ВИЧ-инфицированных женщин. В последние три года снизилось и число регионов страны, имеющих более 1% инфицированных ВИЧ среди беременных, однако в регионах с генерализованной стадией эпидемии ВИЧ-инфекции по-прежнему проживает треть (32,8%) населения страны. За весь период наблюдения к 31 декабря 2021 года в РФ ВИЧ-инфицированными матерями рождено 232 285 живых детей, у 12 107 из них была подтверждена ВИЧ-инфекция (5,2%). В 2021 году в России родилось 13 203 детей ВИЧ-инфицированными женщинами, у 146 из них (1,1%) установлен диагноз ВИЧ-инфекция [4].

Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге

В 2021 году в Санкт-Петербурге ВИЧ-инфицированными женщинами рождено 482 ребенка, у 3 из них установлен диагноз ВИЧ-инфекция, частота перинатальной передачи ВИЧ составила 0,6%, что более чем в 2 раза ниже среднероссийского показателя (см.рис.1, данные Санкт-Петербургского Центра СПИД, дата обращения 17.11.2022).

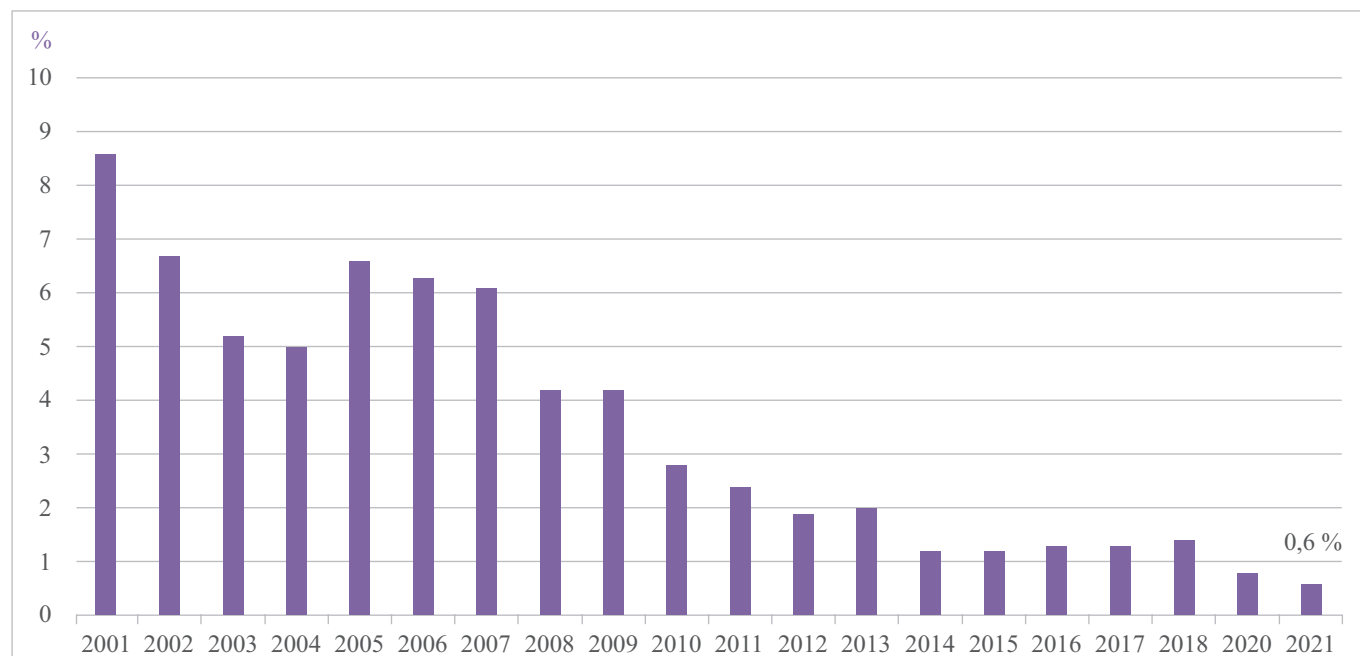


Рис.1. Частота перинатальной передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге, 2001-2021 гг.

В 2021 году в Санкт-Петербурге достигнуты целевые показатели по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ (Таблица 1, данные Санкт-Петербургского Центра СПИД, дата обращения 17.11.2022).

Год	2005	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020	2021	Целевые на 2021
ХП в период беременности, %	73,0	86,5	89,4	91,2	92,2	94,3	94,8	94,8	94,1	97,7	95,2
ХП в родах, %	98,0	92,1	89,7	95,3	94,1	94,5	94,8	96,8	96,8	97,1	95,3
ХП новорожденным, %	99,0	99,3	99,2	99,4	99,4	99,5	99,4	99,8	99,1	99,7	99,9
3-х этапная ХП, %	73,0	85,9	87,4	90,1	91,5	91,9	93,7	94,8	99,4	95,9	

Таблица 1. Профилактика перинатальной передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге, 2005-2021 гг.

Причины материнской смертности в группе женщин, инфицированных ВИЧ

Заболевания, связанные со СПИДом, несмотря на успехи лечения остаются основной причиной смерти среди женщин репродуктивного возраста [5]. В Санкт-Петербурге за период наблюдения отмечено снижение доли ВИЧ-инфицированных женщин в структуре материнской смертности с 43% в 2018 году до 3% в 2021 году, что связано с уменьшением доли беременных с парентеральным путем заражения ВИЧ, в том числе активных потребителей психоактивных веществ, увеличением социально-адаптированных ВИЧ-инфицированных беременных, начинающих антиретровирусную терапию (АРТ) до наступления беременности. Материнская смертность в основном обусловлена активным наркопотреблением при беременности и прогрессированием ВИЧ-инфекции в отсутствии АРТ и пренатального наблюдения.

Согласно данным ретроспективного исследования, в ходе которого были изучены медицинские документы 24 ВИЧ-инфицированных женщин, вошедших в статистику по материнской смертности в Санкт-Петербурге в 2014-2021 годах, было установлено, что доля ВИЧ-инфицированных женщин в структуре материнской смертности в 2014 году составила 5 пациенток (39% от общего числа беременных, вошедших в статистику материнской смертности за 2014 год), в 2015 году — 6 (46%), в 2016 — 4 (27%), в 2017 — 2 (17%), в 2018 — 3 (43%), в 2019 году — 2 (25%), в 2020 году — 1 (8%), в 2021 году — 1 (3%). Средний возраст ВИЧ-инфицированных беременных, включенных в исследование, составил $32,2 \pm 3,5$ лет. На учете в женских консультациях (ЖК) при беременности состояли только 3 женщины (12,5%), в Центр СПИД (ЦС) при беременности обратились лишь 2 пациентки (8,3%). Большинство беременных являлись активными потребителями наркотических веществ (87,5%, $n=21$), эти же женщины были коинфицированы хроническим вирусным гепатитом С (ХГС). Средний срок гестации на момент смерти составил $20,9 \pm 9,5$ недель (min-3 — max 36). Причинами смерти ВИЧ-инфицированных беременных явились: сепсис (37,5%, $n=9$), причем у 2 пациенток как осложнение криминального аборта, генерализованный туберкулез ($n=4$, 16,7%), пневмоцистная пневмония ($n=5$, 20,8%), двусторонняя вирусно-бактериальная пневмония как осложнение гриппа А/Н1N1-swine ($n=2$, 8,4%), ВИЧ-ассоциированный менингоэнцефалит ($n=1$, 4,2%) и только 2 случая материнской смертности (8,4%) связаны с акушерскими причинами (преждевременная отслойка нормально расположенной плаценты). ВИЧ-инфекция у всех беременных находилась в стадии СПИДа (4В стадия) и осложнялась такими СПИД-индикаторными заболеваниями, как: кандидоз пищевода, пневмоцистная пневмония, туберкулез, ВИЧ-энцефалит [6].

Характеристика ВИЧ-инфицированных беременных. Акушерские осложнения у женщин с ВИЧ

Основные характеристики ВИЧ-инфицированных женщин, завершивших беременность родами в Санкт-Петербурге в 2021 году ($n=479$):

Средний возраст — 34,2 года;

Длительность ВИЧ-инфекции более 10 лет — 31%, что определяет большую частоту соматической патологии и оппортунистических инфекций по сравнению с популяционными показателями;

Половой путь инфицирования — 76%;

Большинство находились на диспансерном учете (ДУ) в Центре СПИД до беременности — 82%;

Начали АРТ до наступления беременности — 61%;

Встали на ДУ по беременности в ЦС после 22 недель беременности — 10%.

Важным показателем, определяющим частоту перинатальной передачи ВИЧ, является доля женщин, начавших АРТ до наступления данной беременности. В 2021 году 61% ВИЧ-инфицированных женщин вступили в беременность на фоне АРТ и неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ. Несмотря на то, что большинство ВИЧ-инфицированных женщин, родивших детей, до беременности знали о наличии ВИЧ-инфекции, у каждой третьей был иммунодефицит, у 5% - тяжелый иммунодефицит на фоне отсутствия АРТ (Данные Санкт-Петербургского Центра СПИД, дата обращения 17.11.2022). В этом случае акушеры-гинекологи

еще на этапе планирования беременности у ВИЧ-инфицированных женщин могут затронуть тему лечения ВИЧ-инфекции. Если пациентка еще не начала прием АРВП, мотивировать на прием АРТ, объяснить, насколько это важно для нормального течения беременности и снижения риска частоты перинатальной передачи ВИЧ. Доказано, что достижение неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ и нормализация иммунного статуса, позволяют не только снизить частоту перинатального заражения ВИЧ до менее 1%, но и количество таких акушерских осложнений, как: преждевременные роды, анемия беременных, тромбоцитопения, акушерские кровотечения [7].

В то время, когда АРТ еще не применялась у ВИЧ-инфицированных беременных женщин, в данной группе пациенток отмечалась высокая частота осложнений беременности, родов и послеродового периода по сравнению с популяцией [8]. С момента начала использования высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ) при беременности, частота осложнений снизилась, но все равно оставалась на уровне выше популяционного. Несколько исследований показали, что даже применение АРТ ВИЧ-инфицированными беременными, не исключает повышенного риска неблагоприятных исходов беременности и родов [9]. Как правило, маркеры более продвинутых стадий ВИЧ-инфекции, такие как низкое количество CD4-лимфоцитов, оппортунистические инфекции, тромбоцитопения у беременных женщин могут являться факторами, увеличивающими частоту осложнений беременности и родов [10].

При проведении исследования частоты акушерских осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных в Санкт-Петербургском Центре СПИД было установлено, что анемия, тромбоцитопения, хронические урогенитальные инфекции (уреаплазменная, микоплазменная, хламидийная инфекции, вирус простого герпеса, урогенитальный кандидоз), преждевременные роды достоверно чаще встречались у пациенток с тяжелым иммунодефицитом и/или высокой вирусной нагрузкой (РНК ВИЧ >100 000 копий/мл). Угрозой прерывания осложнилась беременность у каждой второй беременной с тяжелым иммунодефицитом. Преэклампсия в среднем осложнила течение беременности у каждой третьей ВИЧ-инфицированной беременной. Преждевременными родами завершилась беременность у каждой третьей ВИЧ-инфицированной беременной с тяжелым иммунодефицитом. Показано, что уровень вирусной нагрузки у ВИЧ-инфицированных беременных имеет прямую корреляционную зависимость с частотой преждевременных родов: у пациенток с уровнем РНК ВИЧ >100 000 копий/мл частота данной патологии достигла 23%, а у пациенток с неопределяемым уровнем РНК ВИЧ — 17,9%.

Хроническая внутриутробная гипоксия плода наблюдалась у каждой второй беременной с тяжелым иммунодефицитом (54,8%) и/или уровнем РНК ВИЧ >100 000 копий/мл (52,8%).

Таким образом, назначение АРТ на этапе прегравидарной подготовки с достижением неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ и коррекции количества CD4-лимфоцитов позволит уменьшить риски возникновения осложнений беременности и родов в данной группе пациенток, максимально снизит риск хронической внутриутробной гипоксии плода и перинатального инфицирования ВИЧ [11].

Психиатрические аспекты ВИЧ-инфекции у женщин

У большого числа лиц, живущих с ВИЧ [12], возникают психические нарушения. Выделяют следующие причины для формирования психических расстройств у лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ):

Органические психические нарушения вследствие прямого действия ВИЧ на ЦНС. Примером органического психического расстройства является ВИЧ-деменция;

Симптоматические психические нарушения как проявлений ВИЧ-инфекции, к примеру, астенический синдром;

Психогенные психические расстройства: ВИЧ-инфекция как психическая травма, существенная угроза личности больного, его системе ценностей, отношениям с окружающими. Например, СПИДофобические переживания, депрессивная реакция на факт инфицирования, на ухудшение состояния, приведшее к утрате трудоспособности и социального статуса;

Коморбидные психические расстройства, т.е. сочетание психического заболевания и органического по-

ражения мозга (например, синдромы зависимости от психоактивных веществ (ПАВ) и ВИЧ-энцефалопатия, шизофрения и ВИЧ-энцефалопатия);

ВИЧ-инфекция в качестве пускового механизма для эндогенного процесса (например, эпизод эндогенной депрессии после ВИЧ-инфицирования);

Смешанные варианты.

Распространенность и патогенез психических расстройств у женщин с ВИЧ-инфекцией

ВИЧ-инфицированные женщины чаще имеют сопутствующие психические и соматические расстройства, чем мужчины, живущие с ВИЧ, и женщины с негативным ВИЧ-статусом [12]. Это может быть связано с тем, что вследствие своего психического состояния женщины могут быть подвержены высокому риску ВИЧ-инфицирования (высокая терпимость к насилию со стороны партнера, нерегулярное использование презервативов, коммерческий секс, употребление психоактивных веществ (ПАВ) по сравнению с женщинами без проблем с психическим здоровьем. В свою очередь, ВИЧ-инфицирование может привести к дебюту или усугублению психического расстройства у женщин из-за стигматизации и психологического стресса. В литературе описано, что женщины испытывают более чем в 3 раза больше проблем с психическим здоровьем после диагностирования ВИЧ-инфекции [13].

Установлены гендерные диспропорции в отношении распространенности посттравматического расстройства у лиц, живущих с ВИЧ (ЛЖВ) (у женщин до 36%, у мужчин до 6%), большого депрессивного расстройства (у женщин до 21,3%, у мужчин до 12,7%), тревожных расстройств (у женщин до 12%, у мужчин до 6%) [14].

В целом отношение в обществе к женщинам, живущим с ВИЧ, характеризуется высокой степенью стигматизации и социального порицания. Имеющиеся социальные проблемы усугубляют переживания из-за ВИЧ и ухудшают психическое состояние.

Вследствие выставленного диагноза возможны внутрисемейные проблемы, касающихся как дискордантных пар, так и в случае позитивного ВИЧ-статуса у обоих партнеров из-за обвинения партнера в инфицировании, подозрений в измене, недоверии в семье, чувства вины, агрессии в адрес партнера, страха инфицирования ВИЧ-негативного партнера и других переживаний. Одинокие женщины часто переживают из-за проблем с поиском партнера и созданием семьи из-за своего ВИЧ-статуса, и эти переживания у них представлены сильнее, чем у мужчин.

Также одной из социальных проблем, связанным с диагнозом ВИЧ-инфекция у женщин, являются проблемы с трудоустройством, т.к. требования к работе в некоторых профессиональных областях не допускают имеющегося ВИЧ-инфицирования. Вследствие проблем с трудоустройством возрастают и финансовые трудности.

К сожалению, одним из источников стигматизации являются медицинские работники, что в первую очередь, вызвано у них страхом инфицирования. Боязнь заражения связана с низкой осведомленностью или отсутствием знаний у многих медработников по поводу ВИЧ-инфекции [15]. Во всем мире многие женщины сталкиваются с проблемами, связанными с доступом к медицинским услугам в связи с ВИЧ-статусом.

Необходимо качественно повышать уровень образования медицинских работников и психологов в отношении ВИЧ-инфекции, путях и способах передачи, лечении, при работе с ВИЧ-инфицированными пациентами. О формировании позитивной установки на взаимодействие с ВИЧ-инфицированным пациентом важно позаботиться еще на этапе обучения студентов в медицинских вузах, чтобы бытовое негативное представление о пациенте не перешло в профессиональное.

Установление диагноза ВИЧ-инфекция и лечение АРТ у женщин, как правило, происходит позже, чем у мужчин. Таким образом, в связи с более поздней диагностикой ВИЧ-инфекции, женщины не получают антиретровирусную терапию, и соответственно усиливается влияние ВИЧ на ЦНС с формированием ВИЧ-энцефалопатических расстройств. Таким образом, распространенность органических психических расстройств,

так же, как и психогенных, у женщин выше, чем у мужчин.

Влияние тревоги и депрессии на прогрессирование ВИЧ-инфекции и смертность среди ЛЖВ может быть многогранным. Эмоциональные переживания могут негативно повлиять на иммунную систему, причем описано несколько возможных механизмов, включая хроническое воспаление. ВИЧ вызывает иммунную активацию в мозге, что может привести к истощению триптофана и, как следствие, снижению серотонина, тем самым усугубляя или поддерживая депрессивные симптомы [16]. Кроме того, поведенческие паттерны эмоциональных расстройств могут повлиять на результаты ВИЧ для здоровья. Так, к примеру, депрессивная симптоматика препятствует высокой приверженности к АРТ [17]. Симптомы депрессии, которые могут выступать в качестве потенциальных барьеров для лечения, включают чувство усталости, беспомощности, трудности с концентрацией внимания, нарушения сна, склонность к пренебрежению личными и общественными нуждами.

У женщин с длительной депрессией наблюдается значительно большее снижение уровня CD4-лимфоцитов и в 2 раза более высокая смертность, чем у женщин без депрессии. Хроническая депрессия в целом связана с большей прогрессией и смертностью от ВИЧ-инфекции. Причем связь между депрессивными симптомами и смертностью представлена сильнее, чем связь между отсутствием АРТ и смертностью, а риск смерти для женщин с депрессией, не получающих АРТ, более чем в 7 раз выше, чем у женщин без депрессии на АРТ [18].

Психические расстройства в перинатальном периоде

ВИЧ-инфицированные беременные женщины являются крайне уязвимыми для психических нарушений.

Наиболее частым психическим феноменом у беременных является астенический синдром. Необходимо ожидать появления астении при наличии низкого иммунного статуса, высокой вирусной нагрузкой ВИЧ, сопутствующих заболеваний.

Когнитивные нарушения могут возникать во время беременности, что характерно и в целом для нормально протекающей беременности. Риск ухудшения когнитивных процессов увеличивается при наличии их снижения и до беременности вследствие патологии ЦНС вследствие ВИЧ-энцефалопатии, оппортунистических инфекций, употребления ПАВ, черепно-мозговых травм и других патологий.

Для беременных женщин с ВИЧ-инфекцией характерны высокие показатели тревожных и депрессивных состояний. Наибольшие опасения своей частотой, выраженностью и плохим прогнозом вызывают депрессивные состояния во время беременности. В целом, депрессия является одним из наиболее распространенных психических расстройств среди беременных женщин с ВИЧ [19].

Перинатальная депрессия — это разновидность депрессии, которая возникает в перинатальный период (во время беременности и в течение 6 недель после родов). Распространенность антенатальной (дородовой) депрессии у ЛЖВ составляет 36-44%, а послеродовой — 21-31%. Столь высокие цифры распространенности антенатальной депрессии во многом обусловлены тем, что многие женщины узнают о своем ВИЧ-статусе во время беременности, что вызывает значительные негативные переживания.

На развитие антенатальной депрессии влияют недавнее известие о ВИЧ-инфицировании, одинокий семейный статус, отсутствие социальной поддержки, безработица, незапланированная беременность, несоблюдение режима АРТ, низкая продолжительность приема АРТ, продолжающееся употребление ПАВ, насилие со стороны интимного партнера и история депрессии в прошлом. Отсутствие лечения антенатальной депрессии является фактором риска послеродовой депрессии.

По сравнению с женщинами с высоким иммунным статусом (число CD4 более 500 клеток/мм³), женщины с количеством CD4 во время беременности ≤ 200 клеток/мм³ в 3,1 раза чаще испытывают перинатальную депрессию.

Антенатальная депрессия может увеличить риск различных осложнений во время родов, включая длительные и тяжелые роды, и вызывать такие последствия для развития ребенка, как: низкий вес при рождении, преждевременные роды, задержку когнитивных функций и речи, общую задержку развития, поведенческие

и эмоциональные проблемы. Кроме того, депрессивные переживания влияют на поведение матери и увеличивают рискованное поведение, такое как употребление ПАВ. Антенатальная депрессия среди ВИЧ-инфицированных женщин может также ускорить прогрессирование ВИЧ-инфекции. Хотя антенатальная депрессия оказывает разрушительное воздействие на здоровье женщины и плода, она не получила большого внимания специалистов системы здравоохранения по сравнению с послеродовой депрессией.

Таким образом, все беременные ВИЧ-инфицированные женщины обязательно должны проходить психологическое тестирование на риск перинатальной депрессии.

К сожалению, многие ЛЖВ употребляют ПАВ как до, так и во время беременности. Распространенность синдромов зависимости от ПАВ у беременных точно не известна. Практически все наркотики вызывают задержку физического и умственного развития плода, а некоторые угрожают его жизни, учащают невынашивание, всевозможные пороки развития. Многочисленными медико-генетическими исследованиями доказано, что у детей, родители которых больны алкоголизмом и наркоманиями, существенно повышен риск развития этих же заболеваний. Кроме того, у большинства таких детей имеются те или иные характерологические и поведенческие расстройства: повышенная возбудимость, агрессивность, склонность к развитию депрессивных состояний и др. [20]. Употребление ПАВ во время беременности может стать причиной рождения ребенка со сформированной наркотической зависимостью — при активном употреблении ПАВ матерью абстинентный синдром диагностирован у большинства новорожденных.

Психические расстройства могут оказывать негативное влияние на приверженность к АРТ. В мире лишь 73,5% беременных с ВИЧ имеют оптимальную приверженность к АРТ. Вследствие низкой приверженности наблюдается рост вирусной нагрузки ВИЧ в организме, что вызывает риск вертикальной передачи ВИЧ [21].

В Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями был проведен эпидемиологический анализ психических расстройств у всех больных, обращающихся на первичный прием к врачу-психиатру-наркологу в 2001-21 годах. В структуре психических расстройств выявлены половые и возрастные различия. Отсутствие психических расстройств значительно чаще ($p < 0,05$) наблюдалось у мужчин. На уровне тенденции ($p > 0,05$) среди ВИЧ-инфицированных женщин по сравнению с мужчинами чаще встречались невротические и связанные со стрессом расстройства, депрессивные расстройства, в то время как у мужчин чаще наблюдались органические психические расстройства, наркомании и алкоголизм, аффективные расстройства, шизофрения.

Также в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями было углубленно обследовано 460 пациентов с ВИЧ-инфекцией, готовящихся к началу АРТ. Из них 49% мужчин, 51% женщин. Мужчины и женщины не различались по среднему возрасту ($37,8 \pm 9,1$ лет), стадиям ВИЧ-инфекции (4А стадия у 63%), длительности заболевания ($68,2 \pm 71$ месяцев). Определены значительные различия в уровне социальной адаптации, который у женщин изначально оказался значительно ниже, чем у мужчин. Женщины реже, чем мужчины употребляли психоактивные вещества (в особенности опиоиды и алкоголь).

У женщин чаще, чем у мужчин, возникали тревожные и ипохондрические переживания. Среди мужчин чаще наблюдался анозогнозический и гипозознозический тип отношения к болезни, в то время, как у женщин чаще наблюдался гиперозознозический (ипохондрический) тип отношения к болезни.

Было проведено клинико-динамическое наблюдение пациентов в течение 1-8 лет (с 2014 по 2022 годы). В динамике у мужчин чаще не было никакой связи между психическим и соматическим состояниями, а у женщин определялась сильная связь между телесным и психическим недугами: как соматическое состояние могло вызывать ухудшение психического расстройства, так и психическое состояние могло ухудшить соматическое здоровье (психосоматический параллелизм).

Несмотря на то, что длительность психического расстройства у мужчин была больше, чем у женщин, что в первую очередь было обусловлено длительным стажем зависимости от ПАВ, большая часть женщин получали психофармакологическое лечение как ранее, так и в течение всего периода наблюдения. Эффективность психотропных средств у женщин была значительно выше, чем у мужчин.

Соматическое состояние у женщин в динамике чаще ухудшалось, чем у мужчин (61% vs 42,9%).

Согласно характеристикам большинства женщин с ВИЧ-инфекцией, состоящих на учете в Санкт-Петербур-

бургском Центре СПИД, возможно описать наиболее типичный портрет пациенток: это женщины примерно 38 лет, с диагнозом 4А стадия ВИЧ-инфекция, давностью выявления ВИЧ-инфекции около 4,5 лет, не имеющие сопутствующих вирусных гепатитов. Наиболее частым является половой путь инфицирования ВИЧ. Уровень образования у большинства женщин средний, не работают или работают на среднеквалифицированных работах (продавец, менеджер и т.п.), уровень социальной адаптации высокий. Большая часть женщин замужем, есть дети с отрицательным ВИЧ-статусом. У большинства присутствует тревога за здоровье, за будущее, за близких. Критика к ВИЧ-инфекции адекватная. Преимущественная часть пациенток никогда не употребляла ПАВ. Скорость улучшения психического состояния низкая, психическое состояние значительно зависит от соматического статуса. Уровень приверженности к АРТ высокий. В ходе динамического наблюдения соматическое состояние ухудшается в связи с присоединением других заболеваний. Психическое и социальное состояние остается на прежнем уровне.

Для выявления группы риска среди ВИЧ-инфицированных беременных женщин, а значит профилактики акушерских осложнений, материнской смертности и перинатального заражения ВИЧ, разработан чек-лист, которым может пользоваться акушер-гинеколог женской консультации (Таблица 2.).

Оценочный чек-лист приема ВИЧ-инфицированной беременной женщины акушером-гинекологом женской консультации с комментариями

N	Перечень практических действий	Отметка о выполнении	Комментарий
1	Установить контакт с пациенткой (поздороваться, представиться)		
2	На первичном визите идентифицировать пациентку (попросить пациентку представиться, спросить, как к ней можно обращаться)		
3	Обращаться к пациентке старше 18 лет исключительно на «Вы»		
4	Обращаться к пациентке по имени, отчеству, а не по фамилии		
5	Предпочтительнее обращаться к коллегам в присутствии пациентки называя ее не «больная», а «пациентка»		
6	Сверить ФИО пациентки с индивидуальной картой беременной		
7	Задать вопрос о цели визита		

8	Открытые вопросы «Что привело Вас?», «Какие у Вас жалобы?».		Предпочтительно задавать открытые вопросы, которые дают возможность получить развернутые ответы и более полную информацию
9	Слушание ответов не вопросы, не перебивая рассказ		
10	Выявление других проблем через вопрос «Что Вас еще беспокоит?» или «Есть ли еще что-то, что важно обсудить?»		
11	Если пациентку что-то беспокоит, спросить, с чем пациентка связывает свои жалобы		
12	Не менее половины времени общения поддерживать зрительный контакт с пациенткой		
13	Задавать вопросы поочередно, а не одновременно несколько		
14	Рекомендуется обращение по имени, отчеству не менее 3 раз во время консультации		
15	Сформулировать наиболее вероятный диагноз и план лечения		
16	Рассказать на понятном пациентке языке без использования сложных медицинских терминов о планируемом лечении ВИЧ-инфекции		
Прием ВИЧ-инфицированной беременной с диагнозом, установленном до настоящей беременности			
17	Уточнить, состоит ли пациентка на диспансерном учете в ЦС		Если «да», то с какого года, как давно знает о диагнозе, наблюдается ли в ЦС в настоящее время
18	Спросить получает ли беременная антиретровирусную терапию (АРТ)		Если ответ «да», мотивировать беременную на продолжение АРТ в течение всей беременности и после родов. Предоставить информацию о безопасности АРТ, рекомендованной при беременности, для плода, о необходимости поддержания неопределяемой вирусной нагрузки ВИЧ в течение всей беременности для рождения ребенка, не инфицированного ВИЧ. Если беременная еще не получает АРТ, направить ее к акушеру-гинекологу ЦС для назначения АРТ, проконтролировать ее визит в ЦС по записи акушера-гинеколога ЦС в обменной карте или справке врача из ЦС

19	Спросить у пациентки, состоит ли она на учете по беременности у акушера-гинеколога ЦС		Если пациентка отвечает утвердительно, похвалить ее, если отрицательно - направить в ЦС как можно быстрее, проконтролировав визит в ЦС (запросить справку от врача ЦС)
20	Попросить вспомнить примерную дату последнего лабораторного обследования и его результаты (величину вирусной нагрузки ВИЧ и количество CD4-лимфоцитов)		На фоне АРТ уровень РНК ВИЧ должен быть ниже порога определения (<50 коп/мл), нормальное количество CD4-лимфоцитов >500 кл/мкл. Если беременная не помнит дату и результат обследования, попросить предоставить эти данные во время следующего визита в ЖК
21	Задать вопрос о наличии оппортунистических инфекций (туберкулез, кандидоз, в том числе кандидозный вульвовагинит, герпетическая инфекция и т.п.)		Если беременная сообщает о наличии оппортунистических заболеваний, необходимо уточнить, какое лечение она получает в ЦС. Если она не наблюдается в ЦС или не получает лечения, рекомендовать ей срочно обратиться к инфекционисту ЦС
22	Провести краткое консультирование беременной о профилактике перинатальной передачи ВИЧ, разъяснить важность наблюдения в ЦС и современного начала ХП		Важно сообщить беременной, что в настоящее время частота перинатальной передачи ВИЧ при своевременном начале и регулярном приеме АРТ при беременности составляет менее 1%
23	Попросить пациентку на следующий визит в ЖК принести справку от акушера-гинеколога ЦС с указанием диагноза по ВИЧ-инфекции, получаемой АРТ, величины вирусной нагрузки ВИЧ, рекомендаций по наблюдению в ЖК, даты следующего визита в ЦС		Акушер-гинеколог ЦС вклеивает запрошенные данные в обменную карту беременной, при ее отсутствии выдает справку пациентке для предоставления врачу ЖК

24	<p>На каждом повторном визите ВИЧ-инфицированной беременной проверять информацию по ВИЧ-инфекции, предоставленную акушером-гинекологом ЦС в письменном виде на бланке ЦС (получение АРТ, величину РНК ВИЧ, лечение оппортунистических заболеваний, если они есть)</p>	<p>Взаимодействие врача ЖК и ЦС при ведении ВИЧ-инфицированной беременной определяется Приказом МЗ РФ № 1130н 2020 года «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология»:</p> <p>1) Врач-акушер-гинеколог ЖК в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет в Центр СПИД, в том числе по защищенному каналу связи в сети Интернет и размещает в медицинской карте пациента (в том числе в электронной медицинской системе) информацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • о течении беременности, • сопутствующих заболеваниях, • осложнениях беременности, • результатах лабораторных исследований. <p>2) Запрашивает из Центра СПИД информацию:</p> <ul style="list-style-type: none"> • об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, • режиме приема АРВП, • согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности. <p>3) В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач-акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) АРВП, необходимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, назначенных специалистами Центра профилактики и борьбы со СПИД. Об отсутствии у беременной женщины АРВП, отказе от их приема, врач-акушер-гинеколог женской консультации информирует Центр СПИД</p>
25	<p>При отказе пациентки предоставить информацию о наблюдении в ЦС и получении АРТ при беременности акушер-гинеколог ЖК запрашивает информацию в ЦС путем составления официального запроса</p>	<p>См. клинические рекомендации МЗ РФ «ВИЧ-инфекция у беременных», 2021</p>

26	<p>При отказе пациентки посещать ЦС и / или получать профилактику перинатальной передачи ВИЧ информировать об этом специалистов ЦС, ознакомить беременную с информированным отказом от наблюдения в ЦС и получения АРТ при беременности (запросить в ЦС), просить беременную подписать данный отказ, переслать копию отказа в ЦС</p>		<p>См. клинические рекомендации МЗ РФ «ВИЧ-инфекция у беременных», 2021</p>
27	<p>При осмотре пациентки обращать внимание на наличие/отсутствие СПИД-индикаторных заболеваний. При их выявлении проконтролировать наблюдение женщины в ЦС, получение АРТ</p>		<p>На прогрессирование ВИЧ-инфекции могут указывать:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Хронические и рецидивирующие бактериальные, грибковые и вирусные заболевания кожи и слизистых, в том числе с рецидивирующая пиодермия; • Хронические воспалительные заболевания женской репродуктивной системы неясной этиологии; • Рак шейки матки (инвазивный); • Анемия и другие цитопении (лейкопения, тромбоцитопения, лимфопения) неясной этиологии
28	<p>При подозрении на употребление беременной психоактивных веществ, включая наркотические средства, алкоголя или сообщение беременной об их потреблении в настоящее время или в анамнезе направить ее на консультацию к психиатру-наркологу в ЦС через акушера-гинеколога ЦС</p>		<p>Применение психоактивных веществ, алкоголя снижает приверженность к наблюдению беременной в ЦС, профилактики перинатальной передачи ВИЧ, увеличивает риск материнской и младенческой смертности, частоту перинатальной передачи ВИЧ. СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней», приложение 13</p>
29	<p>В 34-36 недель беременности проконтролировать данные из ЦС о величине вирусной нагрузки ВИЧ у беременной. При отсутствии данных о величине РНК ВИЧ срочно направить ее в ЦС для проведения обследования и решения вопроса о месте и способе родоразрешения</p>		<p>Уровень РНК ВИЧ контролируется в 34-36 недель беременности с целью определения способа родоразрешения и объема профилактики перинатальной передачи новорожденному, возможной коррекции схемы АРТ у беременной. В норме уровень РНК ВИЧ перед родами должен быть <50 коп/мл. Данный показатель определяет риск перинатальной передачи ВИЧ (Клинические рекомендации МЗ РФ «ВИЧ-инфекция у беременных», 2021</p>

30	В случае наличия психологических проблем рекомендовать беременной консультацию психолога ЦС.		Большинство ВИЧ-инфицированных беременных нуждаются в динамической психологической поддержке, консультированию по поддержанию/формированию приверженности к АРТ при беременности
Прием беременной с положительным/неопределенным тестом на ВИЧ, полученным впервые при настоящей беременности			
31	Сообщить беременной результат обследования на ВИЧ		<p>СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Лицо, у которого выявлена ВИЧ-инфекция, при личном обращении гражданина или его законного представителя уведомляется специалистом о результатах обследования. Обследуемый направляется для установления диагноза ВИЧ-инфекции, оказания медицинской помощи в Центр по профилактике и борьбе со СПИД или уполномоченную медицинскую организацию с подачей информации в территориальный Центр по профилактике и борьбе со СПИД в письменном виде. • Результаты исследования по телефону, электронной почте, путем СМС-информирования не сообщаются. Результат выдается при личном обращении обследуемого или его законного представителя. • Диагноз болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека, устанавливается врачом Центра по профилактике и борьбе со СПИД или иной уполномоченной специализированной медицинской организации на основании комплекса эпидемиологических, клинических данных и лабораторных исследований (в том числе только на основании выявления ДНК или РНК ВИЧ)
32	Провести послетестовое консультирование		Во время послетестового консультирования необходимо повторить информацию, предоставленную пациентке до тестирования. При послетестовом консультировании беременных, оказавшихся ВИЧ-инфицированными, следует более подробно остановиться на методах снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку и безопасного вскармливания ребенка. Первое послетестовое консультирование проводится в том месте, где проводилось тестирование на ВИЧ (ЖК) (СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»)

33	Направить беременную в ЦС, проконтролировать ее постановку на диспансерный учет в ЦС при следующем визите в ЖК по записи врача ЦС в обменной карте беременной и справке из ЦС		
34	Предложить беременной помощь психолога ЖК или ЦС		

Кроме того, во время беседы необходимо учитывать следующие паттерны, которые могут сильно повлиять на психическое состояние пациенток, вызвать у них раздражение, уныние и другие негативные эмоции, способствующие большей самостигматизации и значительному ухудшению приверженности к лечению у данного врача в данном медицинском учреждении.

Общие рекомендации:

Не допускается путать понятия ВИЧ и СПИД (например, говорить: «больная СПИДом», несмотря на имеющийся диагноз ВИЧ-инфекция ниже 4В стадии);

Не допускается пренебрежительное отношение, оскорбления к пациенткам с ВИЧ-инфекцией;

Не допускается отказывать пациенткам с ВИЧ-инфекцией в парентеральных формах введения лекарственных препаратов.

Ведение беременности у ВИЧ-инфицированной женщины совместно со специалистами Центра СПИД (акушером-гинекологом, инфекционистом, психиатром-наркологом, психологом, специалистом по социальной работе, юристом) позволит оказать пациентке эффективную медицинскую, психологическую, социальную и юридическую помощь и снизить частоту материнской, младенческой смертности и перинатальной передачи ВИЧ.

Организация медицинской помощи беременным женщинам, их партнерам, ВИЧ-инфицированным беременным женщинам

Приказ МЗ РФ № 1130н 2020 года «Порядок оказания медицинской помощи по профилю «Акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)»

Постановление главного санитарного врача Об утверждении СанПиН 3.3686-21 «Санитарно-эпидемиологические требования по профилактике инфекционных болезней»

Клинические рекомендации МЗ «ВИЧ-инфекция у беременных» (2021) и «ВИЧ-инфекция у детей» (2020)

Приказ МЗ и СР №803н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», 2020 г.

Нормативные акты субъекта РФ (Информационное письмо Комитета по здравоохранению «Об увеличении охвата обследованием населения на ВИЧ-инфекцию» от 26.02.2020 г. N 04/16 — 39/20-0-0; Информационное письмо Комитета по здравоохранению «Об обследовании беременных и их половых партнеров на ВИЧ-инфекцию, наблюдении ВИЧ-инфицированных беременных и беременных, контактных по ВИЧ-инфекции в женских консультациях и Центре СПИД» от 11 марта 2022 г.)

Список использованной литературы

- Информационный бюллетень «Всемирный день борьбы со СПИДом 2021». ЮНЭЙДС, 2021. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_ru.pdf.
- End Inequalities. End AIDS. Global AIDS Strategy 2021-2026, UNAIDS, Geneva, 2021. 100 p. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_en.pdf.
- Ладная Н.Н., Покровский В.В., Соколова Е.В., Чекрыжова Д.Г. ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ СРЕДИ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ // Материалы VII Санкт-Петербургского форума по ВИЧ-инфекции с международным участием. — СПб., 2022. — С.95.
- Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Покровский В.В. ОСНОВНЫЕ ТЕНДЕНЦИИ РАЗВИТИЯ ЭПИДЕМИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ В 2021 ГОДУ// Материалы конференции - СПб.: «Человек и его здоровье», 2022 г. — С.5-13).
- We've got the power — Women, adolescent girls and the HIV response. UNAIDS/JC2985, Geneva, 2020. 51 p. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_women-adolescent-girls-and-hiv_en.pdf.
- Мозалева О.Л., Самарина А.В. МАТЕРИНСКАЯ СМЕРТНОСТЬ СРЕДИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ ЖЕНЩИН В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ // Материалы конференции - СПб.: «Человек и его здоровье», 2022 г. — С.152-153.
- Мозалева О.Л., Самарина А.В. Частота акушерских осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных женщин в зависимости от уровня РНК ВИЧ и количества CD4-лимфоцитов. Журнал инфектологии. Приложение 1, 2020. т. 12. 3. с. 165-166.
- Ross A., Van der Paal L., Lubega R., Mayanja B. N., Shafer L. A., Whitworth J. HIV-1 disease progression and fertility: the incidence of recognized pregnancy and pregnancy outcome in Uganda. *AIDS*. 2004;18(5):799—804. doi: 10.1097/00002030-200403260-00012.
- Chen J. Y., Ribaud H. J., Souda S., et al. Highly active antiretroviral therapy and adverse birth outcomes among HIV-infected women in Botswana. *Journal of Infectious Diseases*. 2012;206(11):1695—1705. doi: 10.1093/infdis/jis553; Ezechi O. C. , Gab-Okafor C. V. , Oladele D. A. , et al. Pregnancy, obstetric and neonatal outcomes in HIV positive Nigerian women. *African journal of reproductive health*. 2013;17(3):160—168.
- Zijenah L. S., Moulton L. H., Iliff P., Nathoo K., Munjoma M. W., Mutasa K., Malaba L., Zvandasara P., Ward B. J., Humphrey J. ZVITAMBO Study Group. Timing of mother-to-child transmission of HIV-1 and infant mortality in the first 6 months of life in Harare, Zimbabwe. *AIDS*. 2004;18:273—280. doi: 10.1097/00002030-200401230-00017.
- Мозалева О.Л., Самарина А.В. Частота акушерских осложнений у ВИЧ-инфицированных беременных женщин в зависимости от уровня РНК ВИЧ и количества CD4-лимфоцитов. Журнал инфектологии. Приложение 1, 2020. т. 12. 3. с. 165-166.
- Gaynes B, Pence B, Eron J, Miller W. Prevalence and comorbidity of psychiatric diagnoses based on reference standard in an HIV+ patient population. *Psychosom Med*. 2008;70(4):505—511.
- Orza L, Bewley S, Logie CH, et al. How does living with HIV impact on women's mental health? Voices from a global survey. *J Int AIDS Soc*. 2015;18(5 S): n/a.
- Noble RE. Depression in women. *Metabolism*. 2005;54(5 Suppl 1):49—52.
- Незнанов Н.Г., Халезова Н.Б., Кольцова О.В., Селютин Е.В., Погодина С.А., Рида О.А.Х. О проблеме стигматизации больных с ВИЧ-инфекцией со стороны медицинских работников. *Доктор.Ру*. 2016. № 4 (121). С. 49-54.
- Remien RH, Stirratt MJ, Nguyen N, Robbins RN, Pala AN, Mellins CA. Mental health and HIV/AIDS: the need for an integrated response. *AIDS*. 2019;33(9):1411—1420.
- Turan B, Smith W, Cohen MH, et al. Mechanisms for the negative effects of internalized HIV-related stigma on antiretroviral therapy adherence in women: The mediating roles of social isolation and depression. *J Acquir Immune Defic Syndr* (1999). 2016;72(2):198—205.
- Pence BW, Mills JC, Bengtson AM, et al. Association of Increased Chronicity of Depression With HIV Appointment Attendance, Treatment Failure, and Mortality Among HIV-Infected Adults in the United States. *JAMA*

Psychiatry. 2018;75(4):379—385. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.4726.

World Health Organization. Global HIV/AIDS Response: Epidemic Update and Health Sector Progress Towards Universal Access: Progress Report 2011. Geneva: World Health Organization; 2011.

ПСИХОАКТИВНЫЕ ВЕЩЕСТВА И БЕРЕМЕННОСТЬ А.А. Оразмурадов, Е.Е. Комарова, Т.В. Златовратская, С.Д. Семятов, П.П. Огурцов Вестник РУДН, серия Медицина, 2009, № 7, с.316-325.

Rahman A, Bunn J, Lovel H, Creed F. Association between antenatal depression and low birthweight in a developing country. Acta Psychiatr Scand. 2007;115(6):481—486. doi:10.1111/j.1600-0447.2006.00950.x.

