

## **Информированность женщин и акушеров-гинекологов о профилактике вертикальной передачи ВИЧ-инфекции**

*В. Г. Канестри, А. В. Кравченко, О. А. Тишкевич, Е. Л. Голохвастова, И. А. Симонова*

В 2001 году, по оценкам ВОЗ, 800.000 детей до 15 лет были инфицированы ВИЧ, и из них — 90% дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями. Вероятность рождения инфицированного ребенка от зараженной матери сильно отличается в разных странах: в развивающихся странах частота передачи ВИЧ составляет 25-48% [1, 2]. В США, благодаря превентивным мероприятиям, только 3% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в 2000 г., были заражены ВИЧ [3], в Швейцарии — 2% [4]. Риск рождения инфицированного ребенка от зараженной ВИЧ матери снижается при химиопрофилактике противовирусными препаратами, санации родовых путей, родоразрешении путем Кесарева сечения, и при отмене грудного вскармливания [5, 6, 7, 8]. Показано, что беременность у женщин в ранних стадиях ВИЧ-инфекции, не существенно влияет на течение заболевания [5]. Применение комбинированной противовирусной терапии, которая способна на много лет задержать развитие СПИДа у инфицированных женщин, делает менее актуальным вопрос о дальнейшей судьбе родившегося ребенка. В последние годы в развитых странах (как правило, характеризующихся низкой рождаемостью) рождение ребенка от ВИЧ-инфицированных женщин рассматривается как позитивное явление.

В России число инфицированных ВИЧ женщин в детородном возрасте неуклонно растет. Так, по данным, имеющимся в распоряжении Федерального НМЦ по профилактике и борьбе со СПИД, в России в начале 2003 года было зарегистрировано 55.000 инфицированных ВИЧ женщин в возрасте 15-49 лет, и только в 2002 году было рождено 2777 детей. Широкое внедрение мероприятий по предупреждению передачи ВИЧ от матери ребенку требует кроме решения финансовых и технических задач, переподготовки медицинских кадров и обучения женщин.

Правильное обучение (консультирование) ВИЧ-позитивных женщин, по всей видимости, является определяющим фактором в сохранении беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Если до тестирования на антитела к ВИЧ искусственно прерывают беременность 3,5 женщин на 100 женщин в год, то после положительного результата тестирования — 6,1 [9]. В то же время до проведения консультирования и обучения на сохранение беременности согласны только 18% инфицированных женщин, а после консультирования и обучения — 58% [10].

В соответствии с действовавшими до последнего времени методическими рекомендациями МЗ РФ «в случае наступления беременности у инфицированной ВИЧ женщины участковый врач настоятельно указывает пациентке на необходимость ее искусственного прерывания до 12 недель» [11]. Такой подход, по нашему мнению, был изначально не вполне корректным, так как вынуждал врача лишать женщину выбора, тем более, что риск передачи ВИЧ в начале 90-х годов в России составлял всего лишь 25%, а при отмене грудного вскармливания — 17% [12]. В настоящее время в связи с новыми достижениями в области профилактики вертикальной передачи ВИЧ [5, 10] применение этой рекомендации является более чем сомнительным. Принятие женщиной решения о сохранении беременности должно строиться на врачебном консультировании, основанном на дифференцированном подходе, базирующемся на учете всего комплекса медицинских и социальных показателей.

Хотя, не зависимо от отношения медицинских работников к проблеме вертикальной передачи ВИЧ, многие ВИЧ-позитивные женщины продолжают беременеть и рожать детей, роль врачей в формировании выбора женщин остается высокой, так как и консультирование, само по себе может быть тенденциозным. Основной задачей данного исследования было изучение уровня знаний о ВИЧ/СПИДе и методах предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку среди ВИЧ-инфицированных женщин,

женщин, неинфицированных ВИЧ и медицинского персонала стационаров акушерско-гинекологического профиля, для последующей коррекции программ обучающих мероприятий.

### **Материалы и методы**

Исследование выполнено на базе Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИД в 2001-2002 годах. Для оценки знаний и представлений разработаны 3 вида анкет: для инфицированных женщин, женщин с неизвестным ВИЧ статусом (предположительно неинфицированных) и медицинского персонала. Во всех трех анкетах блок вопросов о знаниях по ВИЧ/СПИДу был идентичен, что позволило сравнивать знания этих трех групп. Данный блок включал вопросы: о различиях ВИЧ-инфекции и СПИДа; факторах и путях передачи ВИЧ; излечимости СПИДа; возможности рождения незараженного ребенка от инфицированной ВИЧ матери; мерах, предотвращающих заражение ребенка и факторах, увеличивающих этот риск. У инфицированных и неинфицированных ВИЧ женщин изучалось: сексуальное поведение, акушерский анамнез, согласие на сохранение беременности в случае ее возникновения (для неинфицированных, если окажется, что они стали серопозитивными к ВИЧ), причины, по которым женщина пойдет на искусственное прерывание беременности (для неинфицированных, если окажется, что они стали серопозитивными к ВИЧ). У ВИЧ-инфицированных женщин также выяснялось, проводилась ли с ними беседа в медицинском учреждении о сексуальном поведении и допустимости беременности, кто проводил такую беседу, и что было рекомендовано; врачами какого медицинского учреждения рекомендовался аборт в случае наступления беременности. Анкета для врачей акушерско-гинекологического профиля также включала вопросы: о рекомендациях ВИЧ позитивным женщинам в отношении половой жизни, в отношении будущих беременностей, о тактике ведения беременности, о необходимости создания специализированного родильного дома для ВИЧ позитивных женщин.

Анонимное анкетирование проведено среди ВИЧ-инфицированных женщин, по различным причинам посетивших Федеральный, а также Смоленский и Кировский областные центры по профилактике и борьбе со СПИДом (94 человека); женщин, неинфицированных ВИЧ, обратившихся в женскую консультацию, и пациенток гинекологических отделений (155 человек); медицинского персонала стационаров акушерско-гинекологического профиля Московской области, а также врачей из 17 регионов России, обучавшихся на циклах повышения квалификации Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН (106 человек).

### **Результаты и обсуждения**

Наибольшее значение для наших исследований имели неправильные представления о ВИЧ-инфекции и путях передачи ВИЧ. Эти данные представлены в таблице.

Самый низкий уровень ошибок демонстрировали ВИЧ-инфицированные женщины. Это, несомненно, было связано с тем, что они проходили консультирование по проблеме ВИЧ-инфекции и в виду личной заинтересованности получали дополнительные знания из других источников. Чуть больше ошибок было сделано в этой группе лишь в вопросе о возможности излечения ВИЧСПИД, но это различие не было достоверным, и, возможно, имеет психологическое объяснение. Возможно, эта ошибка у ВИЧ-инфицированных женщин была связана с началом применения в практике высокоактивной антиретровирусной терапии.

«Неинфицированные женщины» и медики демонстрировали одинаково низкий уровень знаний. При этом в вопросах, требующих более специальных знаний (например, отличия ВИЧ и СПИД и методы предупреждения передачи ВИЧ в акушерской практике), акушеры-гинекологи выглядели несколько лучше, в то время как они достоверно хуже ответили на вопросы о путях передачи ВИЧ.

Особенно часто как фактор передачи указывалась слюна — 87,5% от всех неправильных ответов у неинфицированных женщин. Среди возможного пути передачи

ВИЧ в двух группах женщин было указано использование общей зубной щетки — около 14,5%, несколько неинфицированных женщин отметили, что заражение возможно при пользовании общей посудой, а так же при пользовании одной ванной, бассейном. Среди факторов передачи ВИЧ-инфекции, помимо крови, спермы и грудного молока, акушеры-гинекологи указывали и такие как слезы, слюна и моча. Среди неверно указанных путей передачи ВИЧ, помимо пользования общей зубной щеткой, посудой и ванной, была отмечена даже возможность заражения при чихании и кашле, а так же возможность заражения при рукопожатии.

9% ВИЧ позитивных женщин не знали, что рождение неинфицированного ВИЧ ребенка от инфицированной женщины возможно, познания в этой области у медиков оказались достоверно ниже, а у неинфицированных женщин существенно ниже. В качестве меры, предотвращающей заражение ребенка от серопозитивной женщины, чаще всего, во всех группах опрашиваемых, указывался аборт. Неправильное представление о том, что аборт является профилактическим мероприятием, является, по-видимому, проявлением устойчивой концепции «нет человека — нет и проблемы».

Неинфицированные женщины на вопрос, как они поступят с беременностью, если окажется, что они инфицированы ВИЧ, лишь в 15% случаев ответили, что сохранят беременность. Как основные причины аборта в данном случае назывались: страх рождения ВИЧ-инфицированного ребенка — 77%, боязнь не воспитать ребенка из-за болезни — 20%, 6% считали, что врачи будут против сохранения беременности.

59% ВИЧ-позитивных женщин в случае наступления беременности желали бы ее сохранить. Среди женщин, выбравших аборт в случае наступления беременности, 60% указали, что сделали бы его из-за страха рождения инфицированного ВИЧ ребенка, 20% — из-за страха, что не смогут воспитать ребенка из-за болезни, и только 20% не хотели бы иметь ребенка.

Только 59% ВИЧ-положительных респонденток указали, что с ними проводилась беседа о половой жизни и возможности беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Эти данные указывают на недостаточный уровень консультирования и противоэпидемической работы.

82% серопозитивных к ВИЧ женщин указали, что ведут половую жизнь, причем 61% из них — с ВИЧ-инфицированным партнером. В качестве используемых методов контрацепции были указаны: презервативы — 68%, контрацептивные мази и пасты — 5%, прерванный половой акт — 14%, секс в безопасные дни — 5%, 9% — вообще не предохраняются. Из этих данных следует, что 32% ВИЧ-инфицированных женщин не предохраняются или предохраняются не достаточно надежно для предотвращения передачи ВИЧ. Это не исключает инфицирования партнеров, а в тех случаях, когда партнер инфицирован, заражения другими возбудителями, передающимися половым путем. Десятая часть не предохраняется и от беременности. Неудивительно, что после постановки диагноза ВИЧ-инфекция 32% ВИЧ позитивных респонденток имели одну беременность, а 5% — две-три беременности.

На вопрос о возможности сексуальной жизни у ВИЧ-инфицированной женщины 22% врачей акушеров-гинекологов ответили, что ВИЧ позитивная женщина не может иметь полового партнера, 42% — что инфицированной женщине необходимо найти ВИЧ положительного партнера и жить с ним, 72% — что может иметь полового партнера при обязательном использовании презерватива. Лишь 32% акушеров-гинекологов считали беременность допустимой.

Мнения акушеров-гинекологов о ведении беременности у ВИЧ-инфицированной женщины так же расходились: только 18% считали, что беременность можно сохранить, 16% — что в любом случае необходимо искусственное прерывание беременности, 11% стояли за аборт по социальным показаниям, 17% — за аборт при неадекватном психическом поведении женщины, 21% — за аборт при неудовлетворительном соматическом состоянии, 49% — за аборт при прогрессировании ВИЧ-инфекции,

57% считали, что необходимо консультирование ВИЧ позитивной женщины о возможных исходах беременности, и 62% были за самостоятельное решение женщины о сохранении или прерывании беременности.

Разнообразие ответов указывало на отсутствие единой концепции отношения к беременности ВИЧ-инфицированных и разный уровень готовности врачей к ведению беременности у ВИЧ-инфицированных женщин. Поэтому, можно предполагать, что действия врачей в отношении ВИЧ-инфицированных могут быть различными и не всегда адекватными. Не все врачи оставляли за женщиной решение проблемы сохранения беременности, более трети брали это решение на себя. При этом, если концепция аборта по клиническим или социальным показаниям имела некоторое логическое обоснование, то достаточно большая группа считала, что аборт является вообще «обязательным». (Не удивительно, что имеются сообщения о том, что ряд врачей по своей инициативе устраивали проведение аборт у ВИЧ-инфицированных после 25 недели беременности.)

Этот подтверждает и то, что при ответе на вопрос, рекомендовали ли вам врачи какого-либо медицинского учреждения аборт в случае наступления беременности, 9% инфицированных ВИЧ женщин указали врачей в женской консультации, 5% — терапевтов в поликлинике.

За создание специализированного родильного дома для ВИЧ-инфицированных женщин высказались 98% врачей, что указывало на явное желание почти всех опрошенных врачей самим не иметь дела с ВИЧ-инфицированными пациентками. Причиной этого в ряде случаев мог быть страх перед заражением (спидофобия), что следует из неправильных ответов на вопросы о путях передачи ВИЧ. В остальных случаях, врачи демонстрировали желание отгородить себя от решения проблем ВИЧ-инфицированных женщин. При этом многие респонденты-медики при заполнении анкет спрашивали, отвечать ли им «как их учат или как они считают», что указывает на достаточно стойкую форму спидофобии, сопровождаемую недоверием к «официальной», т. е. научной информации о ВИЧ-инфекции. По всей видимости, основой для формирования негативного отношения к возможности беременности ВИЧ-инфицированных женщин у части медицинских специалистов могли стать устаревшие рекомендации.

#### **Выводы**

1. Выявлен невысокий уровень знаний по проблеме ВИЧ/СПИДа и вертикальной передачи ВИЧ-инфекции, как женского населения, так и акушеров-гинекологов, что является предпосылкой для усиления просветительной работы как среди населения так и специалистов соответствующего профиля.
2. Требуется пересмотр действующих информационно-методических материалов по профилактике перинатальной передачи ВИЧ в соответствии с современными достижениями химиотерапии.

**Таблица 1. Неверные представления в группах респондентов по вопросам ВИЧ/СПИДа.**

Неверные представления	% указавших неверные ответы в группах		
	Неинфицированных ВИЧ женщин	ВИЧ-инфицированных женщин	Врачей акушеров-гинекологов
Неверные представления о различиях ВИЧ и СПИДа	48,4%	13,6%	30,5%
Указаны факторы, не являющиеся факторами передачи ВИЧ	7,1%	0%	25,6%
Неверно указаны пути передачи ВИЧ-инфекции	19,4%	17,3%	31,8%
Предположение, что ВИЧ/СПИД излечим	3%	5%	1%
Незнание метода профилактики, который лучше защитит от ВИЧ/СПИДа	7,1%	-	5,6%
Предположение, что у ВИЧ позитивной женщины рождение неинфицированного ребенка невозможно	41%	9%	16%
Неверно указаны меры, предотвращающие заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной женщины	45%	18%	23%

## Литература

1. Rogers M. F., Thomas P., Stradier T. et al. National surveillance for AIDS in Children // II international conference on AIDS. — Paris, 1986. — P. 99.
2. Chiolo F., Ricchi E., Costiglola B. et al. Vertical transmission of LAV/HTLV-III // II international conference on AIDS. — Paris, 1986. — li. 127.
3. Decreasing rates of perinatal HIV transmission in Los Angeles County (LAC): Trends from 1990-2000. Frederick T., Jackson-Alvarez J., Shin Y. S., Mascola L. // XIV International AIDS Conference, — Barcelona, 7-12 July 2002. — Abstract [TulieC4764].
4. Rudin C. Vertical HIV transmission in Switzerland: results of the Swiss mother+child HIV cohort study. // XIV International AIDS Conference, — Barcelona, 7-12 July 2002. — Abstract [WelieB5932].
5. UNAIDS. HIV in pregnancy: a review. // Geneva, 1999. — 69 p.
6. Read J. S. Cesarean section delivery to prevent vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1. Associated risks and other considerations. // Ann-N-Y-Acad-Sci., November 2000, — P. 918115-21.
7. Latham D. L. Reducing perinatal transmission of HIV: the experience of federally funded health centers. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996. — li. 158.
8. Shakarishvili A. Breastfeeding among HIV-infected women, Los-Angeles and Massachusetts. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996. — li. 158-159.
9. Kahn James G., Marcelle E. Placebo control trials of short-course antiretroviral regimens to reduce mother-to-child HIV transmission are essential to establish standard of care in Africa. // Update CD-ROM 12th World AIDS Conference, — Geneva 1998, — li. 813.
10. Stelihenson J., Calilier St. The effect of HIV diagnosis on the outcome of pregnancy. // XI international conference on AIDS. — Vancouver, 1996, — li. 126.
11. Организация акушерско-гинекологической помощи женщинам, инфицированным вирусом иммунодефицита человека и больным синдромом приобретенного иммунодефицита: Метод. рекомендации. / Кузнецова И. И., Жилин М. Ф., Наговицина Г. В. и др. — М., — 1992. — 16 с.
12. Кузнецова И. И. Роль женщины в распространении инфекции, вызываемой вирусом иммунодефицита человека. Диссертация на соиск. уч. ст. к.мн. — ЦНИИЭ, — М., 1992. — 130 с.
13. WHO. Prevention of mother-to-child transmission of HIV: selection and use of nevirapine. Technical notes. // Geneva, 2001. — 17 p.