

Междисциплинарное консультирование ВИЧ-инфицированных беременных женщин

Шамаева Наталья Сергеевна

врач акушер-гинеколог СПб ГБУЗ «Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными
заболеваниями

г. Санкт-Петербург

Эпидемиологическая ситуация

- В Санкт-Петербурге за время наблюдения матерями, живущими с ВИЧ, рождено 11 146 живых детей
- 517 детям за время наблюдения в Санкт-Петербурге был установлен диагноз ВИЧ-инфекция
- 87% детей были инфицированы ВИЧ перинатально
- В 2022 году на диспансерном учете в СПб ЦС состояли 607 беременных женщин
- У 395 женщин беременность завершилась родами, рождено 400 живых детей
- Частота перинатальной передачи ВИЧ в 2020-2022 составила в СПб менее 1%, в 2022 году – 0,7%

- ВИЧ-инфицированные женщины чаще имеют сопутствующие психические и соматические расстройства, чем мужчины с ВИЧ-инфекцией, и женщины с негативным ВИЧ-статусом
- Наиболее частым психическим синдромом у ВИЧ-инфицированных беременных является астения, особенно при наличии низкого иммунного статуса, высокой вирусной нагрузки ВИЧ, сопутствующих заболеваний
- Кроме того, часто возникают тревожные и депрессивные состояния
- Психические расстройства могут оказывать негативное влияние на приверженность к АРТ, что вызывает риск вертикальной передачи ВИЧ

Мультидисциплинарный подход к оказанию помощи беременным женщинам в Санкт-Петербурге

- В оказании помощи беременной женщине, живущей с ВИЧ, принимают участие врачи-инфекционисты, эпидемиологи, акушеры-гинекологи, эпидемиологи, терапевты/кардиологи, фтизиатры, психиатры-наркологи, а также клинические психологи и специалисты по социальной работе
- Сотрудники НКО
- Равные консультанты
- Акушеры-гинекологи женских консультаций и родильных домов, перинатальных центров, неонатологи родильных домов и детских городских больниц

Клинический случай

- Пациентка 37 лет, на ДУ в СПб ЦС с 2009 года, путь инфицирования - половой. Образование высшее (музеевед), работает библиотекарем.
- С 2009 по 2019 годы – не наблюдалась в ЦС
- В 2019 году обратилась в ЦС для обследования, была начата АРТ по схеме АВС+ЗТС+ЕFV (появились жалобы на высыпания на коже, плохое самочувствие, тошноту, плохие сновидения, тревожность). Отменила АРТ сама («из-за побочных»), больше к врачам ЦС не обращалась
- В ноябре 2022 году обратилась в Центр СПИД по направлению врача женской консультации при сроке беременности 8 недель.

На приеме эмоционально-лабильна, плачет, негативно настроена к наблюдению в ЦС и приему АРТ (из-за негативного предшествующего опыта ее приема)

В последнем браке 5 лет, ВИЧ-статус мужа неизвестен, скрывает свой диагноз от партнера, очень боится, что он узнает

Не верит в диагноз ВИЧ-инфекция – «ВИЧ не существует», считает АРТ «токсичной химией, которая очень опасна для здоровья ее и будущего ребенка»

Консультация инфекциониста, акушера-гинеколога, психолога

Диагноз: ВИЧ-инфекция, 4А стадия, прогрессирование на фоне отмены АРТ. Анемия 1 ст. Тромбоцитопения (Тг 38). Тяжелый иммунодефицит (CD4 – 198 кл/мкл). Хронический бронхит, обострение. Беременность 8 недель. Дермоидная киста левого яичника (выявлена при беременности)

РНК ВИЧ- 1052 коп/мл

9 недель беременности – возобновление АРТ по схеме ЗТС+TDF+DTG

Консультация психолога.

Замкнута, закрыта, настроена формально. На приеме с мамой. Мать высказывает мысли о вреде лечения, не верит в диагноз дочери. Пациентка плохо осведомлена о ВИЧ-инфекции. Плачет, страх раскрыть диагноз партнеру. Страх приема АРТ- «ничего кроме цитрамона не принимаю», «все само пройдет». Имеет негативный опыт приема АРТ, сильно напугана побочными эффектами. Характерно отбрасывание мысли о болезни, о возможных ее последствиях. Характерны отказ от врачебного обследования и лечения, надежда на то, что «само все обойдется», легкость нарушений режима и врачебных рекомендаций, пагубно сказывающихся на течении болезни. Рекомендована повторная консультация психолога для укрепления приверженности, раскрытия диагноза партнеру.

Госпитализирована в КИБ им.Боткина для возобновления АРТ и обследования, лечения бронхита (амоксициллин)

12 недель беременности – на приеме у гинеколога ЦС сообщила, что в связи с жалобами на тошноту, рвоту и появление кашля с мокротой через 4 дня после выписки из стационара отменяла лечение на 3 дня

13 недель беременности – позвонила гинекологу и сообщила, что отменила АРТ в связи с появлением сыпи по всему телу. Сообщила, что после отмены АРТ чувствует себя значительно лучше. Приглашена на прием

14 недель беременности - настроена очень негативно, сообщила, что «не любит химию». В настоящее время АРТ не принимает. Беспокоит кашель с мокротой, связывает его с приемом ламивудина

Рекомендована консультация терапевта, гастроэнтеролога, психиатра, психолога.

Предоставила заключения терапевта и кардиолога Центра Алмазова. Диагноз: Лабильная артериальная гипертензия. (назначен допегит 250 мг). Проплапс митрального клапана. Токсикодермия (на а/б пеницилинового ряда). Хронический цистит. Хроническая рецидивирующая герпетическая инфекция (генитальный и лабиальный герпес).

Смена схемы АРТ: FTC+TDF+DTG

Консультация психолога. На приеме с мамой. Мать высказывает мысли о вреде лечения: «ребенок родится больным, со сниженным иммунитетом».

18 недель беременности – жалобы на тошноту, рвоту по утрам, снижение настроения, плаксивость, плохой сон

Консультация психиатра: психиатрической патологии не выявлено

Смена схемы АРТ: FTC+TDF+RAL

20 недель – по телефону с пациенткой: новой схемой АРТ не довольна, хочет вернуться на однократный режим приема АРТ (DTG). Приглашена на прием к гинекологу и психологу.

Консультация зав. инфекционным отделением и отделением материнства и детства: жалобы на появившиеся сложности с глотанием таблеток, изжогу, тошноту и рвотные позывы после приема АРТ.

Смена схемы АРТ с целью симплификации и повышения приверженности к лечению при беременности: TDF+FTC+RPV

Повторно рекомендована консультация гастроэнтеролога, прием церукала при тошноте и рвоте

22 недели: по телефону с пациенткой – новой схемой недовольна (рвота после приема таблетки до 6 раз)

Гастроэнтеролога не посещала, церукал не принимает.

TDF+FTC+RPV отменила и самостоятельно начала прием ЗТС+TDF +DTG (остались с прошлого приема). Отмечает, что эту схему стала переносить лучше

25 недель. Консультирована гастроэнтерологом. Диагноз: Дискения желчевыводящих путей. Хронический гастродуоденит, обострение. Эзофагит. Рефлюксная болезнь. Эрозивный гастрит? Рекомендовано: ФГДС, УЗИ ОБП.

РНК ВИЧ<40 коп/мл, CD4-281 кл/мкл, 18%, Tr-105

36 недель. РНК ВИЧ < 40 коп/мл, CD4-357 кл/мкл, 19%, Тг-68

Диагноз: Беременность 36 недель. ВИЧ-инфекция, 4А стадия, ремиссия на фоне АРТ. Анемия 1 ст. Тромбоцитопения (Тг 68). Высокий риск преэклампсии. Умеренный иммунодефицит (CD4 – 357 кл/мкл). Хронический бронхит. Артериальная гипертензия 1 ст. Пропалс митрального клапана гемодинамический незначимый. Токсикодермия (на а/б пеницилинового ряда). Хронический цистит. Хроническая рецидивирующая герпетическая инфекция (генитальный и лабиальный герпес). Дермоидная киста левого яичника (выявлена при беременности). Дискинезия желчевыводящих путей, изгиб желчного пузыря (по УЗИ). Хронический гастродуоденит, обострение. Рефлюксная болезнь. Эрозивный гастрит. Диффузные изменения поджелудочной железы.

Роды в 40 недель беременности путем операции КС. Родился мальчик, весом 3510 г, длиной 51 см. Овариоцистэктомия слева в связи с дермоидной кистой левого яичника.

ДНК ВИЧ у новорожденного на вторые сутки жизни и в 1,5 мес.- отрицательно

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



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

Междисциплинарное ведение беременности у ВИЧ-инфицированных женщин (акушерами- гинекологами, инфекционистами, психиатрами- наркологами, психологами , юристами и специалистами по социальной работе), позволяет оказать пациенткам максимально эффективную медицинскую, психологическую, социальную и юридическую помощь и снизить частоту акушерских осложнений, материнскую и младенческую смертность, вероятность перинатальной передачи ВИЧ.

Благодарю за внимание!