

Соціальні та медичні аспекти проблеми асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції у вагітних

В.А. Камінський, Т.М. Аношина, Т.В. Коломійченко

Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

Мета дослідження: оцінити соціальні та медичні аспекти проблеми асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції (ГВІ) у вагітних.

Матеріали та методи. Проведений клініко-статистичний аналіз 1177 індивідуальних карт вагітних з ВІЛ за 5 років. Контрольну групу склали 200 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності.

Результати. Аналіз індивідуальних карт вагітних з ВІЛ виявив недостатній рівень обстежень на TORCH-інфекцію (74,7%). Частота ГВІ серед ВІЛ-інфікованих складала 42,3%. Найчастіше лабораторно виявлено ВПГ1/2 – 41,9%, ЦМВ – 22,4% та змішана інфекція (одночасно ВПГ1/2 та ЦМВ) – 28,1%, інші типи ГВІ зустрічались досить рідко. У 8,5% вагітних виявлено первинне інфікування герпесвірусами, у 27,2% – реактивація інфекції. ВІЛ-інфекція досить часто асоціювалась з іншими інфекціями: гепатит, грибові інфекції, токсоплазмоз, папіломавірусні інфекції, респіраторні інфекції, інфекції сечостатевої системи. Встановлений низький соціальний статус ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ, наявність шкідливих звичок, висока частота сполучених інфекцій та низька комплаєнтність до лікування, що є додатковими факторами перинатального ризику. Дані анамнезу свідчать про високу частоту артифіційних та мимовільних абортів і завершених вагітностей у жінок з ВІЛ-інфекцією та ГВІ. Перехід шляху ВІЛ-інфікування з парентерального на статевий підсилює роль герпесвірусної інфекції як кофактора переходу ВІЛ у СНІД та розвитку перинатальних ускладнень. Перебіг вагітності обтяжений у 84,3% жінок: висока частота плацентарної недостатності (41,3%), загроза переривання вагітності та загроза передчасних пологів, дистрес плода. Материнська смертність за 5 років була у 2 випадках (0,1%), в обох жінок була ГВІ, перинатальна – у 12 випадках, 8 (21,5%) з них – у жінок з ГВІ. 12,1% дітей народились у стані тяжкої асфіксії, з гіпотрофією – 31,3%, у 3,8% дітей у кінці 1-ї доби діагностовано внутрішньоутробну пневмонію.

Заключення. Встановлено високу частоту коінфекції ВІЛ та герпесвірусів, приєднання інших інфекцій та супутньої патології у таких жінок, їхню низьку соціальну адаптацію та схильність до лікування, негативний вплив герпесвірусної інфекції на перебіг ВІЛ-інфекції, стан жінки, перебіг вагітності, стан плода і новонародженого, що потребує індивідуального підходу до ведення таких жінок з урахуванням встановлених медико-соціальних аспектів проблеми.

Ключові слова: ВІЛ, герпесвіруси, вагітність, ускладнення, новонароджений.

Герпес є однією з найбільш поширених хвороб, що передається статевим шляхом і входить у спеціальну програму досліджень, проведених ВООЗ. За даними Національного медичного центру в Англії, генітальний герпес зустрічається у 7 разів частіше, ніж сифіліс. У країнах Європи серед хвороб, що передаються статевим шляхом, герпес посідає друге місце після статевого трихомоніазу [1].

Герпетична інфекція – група захворювань, спричинених вірусами герпесу людини 1–8 типів, найбільш поширені се-

ред яких вірус простого герпесу 1-го і 2-го типу та цитомегаловірус. При герпетичній інфекції вражаються не тільки епітеліальні, кровотворні, нервові клітини, але й Т-лімфоцити, що призводить до розвитку вторинного імунodefіциту та генералізованих форм хвороби [2].

Серед ВІЛ-позитивних осіб поширеність герпесвірусної інфекції значно вища [3]. Тому особливо актуальна ця інфекція у період епідемії ВІЛ в Україні, на тлі якої герпесвірусна інфекція є опортуністичною і СНІД-індикаторною, вважається частою причиною ураження ЦНС і внутрішніх органів. Останнім часом роль герпесвірусних інфекцій (ГВІ) як безпосередньої причини летальних випадків серед пацієнтів зі СНІДом стає все більш відчутною. Віруси простого герпесу у цієї категорії хворих є провідними етіологічними чинниками різноманітної патології. При традиційно доброякісному перебігу ГВІ на тлі імунodefіцитного стану можуть проявлятися в тяжких формах [4].

Групи ризику генітального герпесу такі самі, як і при вірусному гепатиті або ВІЛ-інфекції: особи з множинними і випадковими сексуальними контактами. Поширеності генітального герпесу сприяє алкоголізм та наркоманія, що призводять до безладного статевого життя і позашлюбних зв'язків [5].

Особливо небезпечне клінічне значення герпесвіруси мають при вагітності. ГВІ і цитомегаловірусна інфекція належать до TORCH-комплексу хвороб, які викликають внутрішньоутробну патологію [6–8].

Мета дослідження: оцінити соціальні та медичні аспекти проблеми асоціації ВІЛ та герпесвірусної інфекції у вагітних.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Проведений клініко-статистичний аналіз 1177 індивідуальних карт вагітних з ВІЛ, історій пологів та історій розвитку новонароджених, що народились на базі Київського міського центру репродуктології та перинатальної медицини за період 2009–2013 рр. Контрольну групу склали 200 вагітних з фізіологічним перебігом вагітності та пологів. До контрольної групи включали жінок, які були обстежені на ГВІ.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Встановлено, що серед 1177 жінок з ВІЛ у 879 (74,7%) у медичній документації є дані обстеження на ГВІ.

Частота ГВІ за 5 років серед ВІЛ-інфікованих складала 372 (42,3%), а серед жінок контрольної групи – 28,0% ($p < 0,05$). Протягом 5 років відмічено деяке зростання показника в обох групах жінок, темпи якого вищі в основній групі. Нами встановлена досить висока частота ГВІ, однак вона нижча за ті цифри, які наводяться у літературних джерелах (понад 90,0%).

У жінок з ВІЛ-інфекцією найчастіше лабораторно виявлено ВПГ1/2 – 41,9%, ЦМВ – 22,4% та змішана інфекція (одночасно ВПГ1/2 та ЦМВ) – 28,1%, інші типи ГВІ зустрічались досить рідко. Структура ГВІ у жінок контрольної групи була подібною, дещо вищою була частка ЦМВ (34,1%).

Таблиця 1

Показники соціального стану ВІЛ-інфікованих вагітних, абс. число, %

Показник	ВІЛ-інфіковані з ГВІ, n=372	ВІЛ-інфіковані без ГВІ, n=507	Контроль, n=200
Не працюють	314 (84,4)*	412 (81,3)*	37 (18,5)
Шлюб не зареєстрований	299 (80,4)*	393 (77,5)*	28 (14,0)
Вживання психотропних речовин:			
- тютюнопаління	66 (17,7)*	116 (22,9)*	5 (2,5)
- вживання алкоголю	60 (16,1)*	73 (14,4)*	2 (1,0)
- наркотичні речовини	31 (8,3)*	54 (10,7)*	-
- інші психотропні речовини	6 (1,6)	3 (0,6)	-
Не перебували на обліку з приводу вагітності	68 (18,3)*	77 (15,2)*	1 (0,5)

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника вагітних без ГВІ (p<0,05).

Таблиця 2

Розподіл вагітних за групами за терміном виявлення інфікування ВІЛ, абс. число, %

Термін виявлення ВІЛ-інфікування	Основна група, n=1177	З ГВІ, n=372	Без ГВІ, n=507
Під час вагітності	486 (41,3)	163 (43,8)	199 (39,3)
До 3 років	647 (54,9)	139 (37,3)*	308 (60,7)
Більше 3 років	44 (3,7)	38 (10,2)	-

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника вагітних без ГВІ (p<0,05).

За наявними даними можна вважати, що у 56 (8,5%) відмічено первинний інфекційний процес, який є особливо небезпечним для плода, у 179 (27,2%) – реактивація інфекції, тоді як у значно більшій частині жінок контрольної групи (86,0% проти 64,3% у жінок основної групи, p<0,05) спостерігався хронічний латентний перебіг інфекції без рецидивування під час вагітності. Такі результати підтверджують дані літератури про схильність опортуністичних інфекцій до рецидивування, що є суттєвим фактором ризику акушерських і перинатальних порушень.

Діагностично значущі рівні специфічних IgM та IgG в обох групах дослідження мали дуже широкий діапазон значень, проте медіана діапазону у ВІЛ-інфікованих вагітних була нижчою (5,2 МЕ/мл для IgM та 22,4 МЕ/мл для IgG проти 15,5 та 32,8 МЕ/мл у контрольній групі, p<0,05), що можливо зумовлено імунодефіцитом.

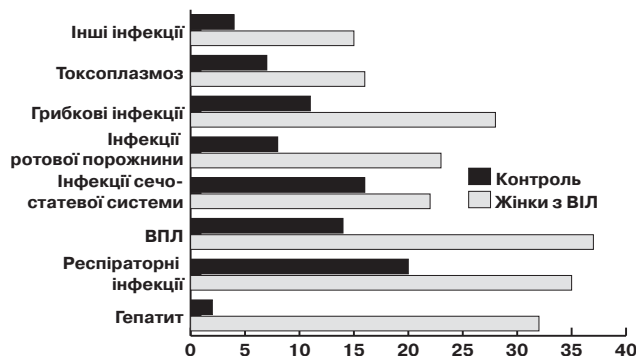
Як видно з мал. 1, ВІЛ-інфекція у жінок досить часто асоціюється з іншими інфекціями: гепатит (переважно гепатит С), грибові інфекції (досить часто вульвовагінальний кандидоз), токсоплазмоз, папіломавірусні інфекції, респіраторні інфекції, інфекції сечостатевої системи.

Для подальшого аналізу впливу ГВІ на перинатальні наслідки вагітності у разі ВІЛ-інфекції серед жінок основної групи виділили дві підгрупи: 1-а підгрупа – 372 історії жінок з ГВІ, 2-а підгрупа – 507 історій жінок без ГВІ.

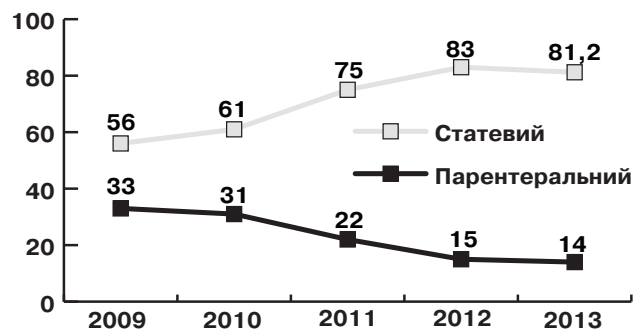
Аналіз соціального стану вагітних з ВІЛ показав (табл. 1), що переважна частина жінок основної групи не працювала (83,9% жінок з ГВІ та 80,1% – без ГВІ) і не перебувала у шлюбі (80% та 76,9% відповідно).

Відзначено також високу частоту шкідливих звичок. Про низьку соціальну адаптованість цих жінок свідчить також той факт, що майже п'ята частина з них не перебувала на обліку з приводу вагітності. Усі досліджені показники соціального стану жінок з ВІЛ достовірно відрізнялись від показників вагітних контрольної групи.

У 486 (41,3%) жінок діагноз ВІЛ-інфекції встановлений уперше в житті саме під час вагітності (табл. 2): переважно у термін 12–26 тиж вагітності (87,1%), у 3,2% – до 12 тиж, у 19,7% – після 26 тиж. За 3 роки до вагітності інфікування встановлено у 54,9% (37,3 та 60,7% відповідно) і у 3,7% (10,2% жінок з ГВІ) давність інфікування була більше 3 років.



Мал. 1. Частота інших інфекцій, асоційованих з ВІЛ у вагітних



Мал. 2. Шляхи інфікування ВІЛ в обстежених жінок

Епідеміологічний аналіз зазначив (мал. 2), що останнім часом у вагітних з уперше виявленим ВІЛ-інфікуванням відзначається переважання статевого шляху передачі ВІЛ над парентеральним (споживачі ін'єкційних наркотиків), що відповідає даним загальнодержавної статистики з оцінювання епідемічної ситуації з ВІЛ в Україні.

Таблиця 3

Шляхи інфікування ВІЛ-інфекцією жінок обстежених груп, абс.число, %

Шлях інфікування	ВІЛ-інфіковані, n=486	ГВІ, n=170	Без ГВІ, n=199
Парентеральний	112 (23,0)	29 (17,1)	51 (25,6)
Статевий	346 (71,2)	130 (76,5)	137 (68,8)
Невстановлений	28 (5,8)	11 (6,5)	11 (5,5)

Таблиця 4

Дані акушерсько-гінекологічного анамнезу, %

Показник	Група обстежених вагітних		
	З ВІЛ та ГВІ, n=372	З ВІЛ без ГВІ, n=507	Контрольна група, n=200
Артифіційний аборт	42,3*	45,7*	14,0
Мимовільний аборт	32,4*	25,3*	5,5
Завмерла вагітність	13,7*	10,6	3,0
Мертвонародження	10,3*	7,3*	0,5

Примітка: * – різниця достовірна відносно показника ВІЛ-інфікованих жінок без ГВІ (p<0,05).

Таблиця 5

Екстрагенітальні захворювання обстежених жінок, %

Патологія	З ВІЛ		Контрольна група, n=200
	з ГВІ, n=372	без ГВІ, n=507	
Серцево-судинні захворювання	4,3	5,6	3,5
Варикозна хвороба	9,4*	7,6	5,0
Захворювання нирок	12,7*	10,3*	3,0
Захворювання щитоподібної залози	3,7	5,4	3,0
Захворювання дихальної системи	4,3	3,5	2,0
Захворювання травної системи	11,2*	10,4	6,5
Алергія	8,4*	6,8	4,0

Примітка: * – різниця достовірна щодо показника здорових вагітних (p<0,05).

У табл. 3 представлено дані епідеміологічного аналізу залежно від наявності ГВІ. Достовірних відмінностей при цьому не встановлено, хоча частка жінок зі статевим шляхом інфікування у жінок з ГВІ була дещо вищою.

У результаті проведення ВАРТ у переважній більшості жінок у II половині вагітності вдалось досягти ВН нижче значущих рівнів при підвищенні рівня та відсоткового вмісту CD4+. При цьому у групі жінок з ГВІ дещо вищим був відсоток жінок з низькими рівнями CD4+ та високим ВН, що відповідає даним літератури про те, що асоційовані інфекції підвищують ВН.

Усі жінки з ВІЛ отримували ВАРТ з метою профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини (мал. 3), однак частина жінок не отримала повного об'єму терапії (порушення режиму, тільки в пологах).

Аналіз акушерсько-гінекологічного анамнезу свідчить про достовірно вищу частоту артифіційних та мимовільних абортів і завмерлих вагітностей у жінок з ВІЛ-інфекцією (табл. 4), у жінок з ГВІ встановлено достовірно вищу частоту мимовільних абортів (32,0 проти 25,0% жінок з ГВІ; p < 0,05).

За анамнестичними даними наявності екстрагенітальних захворювань у жінок з ВІЛ-інфекцією (табл. 5) дещо вища частота захворювань нирок (12,7 та 10,3% у ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ та без ГВІ відповідно проти 3,0% жінок контрольної групи; p<0,05), варикозної хвороби, травної системи (11,2% у ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ проти 6,5% жінок контрольної групи; p<0,05) та алергій (8,4% у ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ проти 4,0% жінок контрольної групи; p<0,05). Достовірної відмінності за частотою екстрагенітальної патології у жінок основних груп не зазначено.

Перебіг вагітності був обтяжений у 84,3% вагітних групи спостереження (табл. 6).

Більш детальний аналіз засвідчив, що плацентарна недостатність відмічена у більш ніж у третини жінок основної групи проти 8,0% у жінок контрольної групи, причому у жінок з ГВІ її частота була суттєво вища, ніж без ГВІ (41,3 проти 35,4% відповідно; p<0,05). При ВІЛ-асоційованій вагітності встановлена також висока частота загрози переривання вагітності та загрози передчасних пологів (частіше при наявності ГВІ). Відмічена також дещо вища частота преєклампсії, значна частота анемії (74,2% та 68,3% відповідно у жінок з наявністю та відсутністю ГВІ), патології навколоплідних вод. На тлі виявленої плацентарної недостатності виявлено у 7 разів вищу у порівнянні



Мал. 3. Повнота отримання ВАРТ

Ускладнення перебігу вагітності у обстежених жінок, %

Показник	Вагітні з ВІЛ		Контрольна група, n=200
	з ГВІ, n=372	без ГВІ, n=507	
Ранній токсикоз	12,4	11,7	8,5
Загроза переривання вагітності	38,6 [^]	32,3 [*]	8,8
Загроза передчасних пологів	18,2 [^]	12,5 [*]	5,0
Плацентарна недостатність	41,3 [^]	35,4 [*]	8,0
Анемія	74,2 [*]	68,3 [*]	21,3
Дистрес плода	26,7 [*]	21,5 [*]	3,5
Прееклампсія	10,5 [*]	8,9	5,0
Патологія навколоплідних вод	32,4 [*]	26,4 [*]	2,0

Примітки: * – різниця достовірна щодо показника здорових вагітних (p<0,05); ^ – різниця достовірна щодо показника ВІЛ-інфікованих вагітних з без ГВІ (p<0,05).

з контролем частоту гіпоксії плода (при наявності ГВІ – 26,7%, без ГВІ – 21,5% проти 3,5% у жінок контрольної групи; p<0,05).

Материнська смертність за 5 років відмічена у 2 випадках (0,1‰), в обох жінок була ГВІ, перинатальна – у 12 випадках (1,0‰): 8 (0,7‰) – антенатальна і 4 (0,4‰) – неонатальна, причому 8 випадків перинатальної смертності відмічено у жінок з ГВІ 8 (21,5‰): 6 (16,1‰) і 2 (5,4‰) відповідно антенатальна і перинатальна.

Народились живими 1175 дітей у жінок з ВІЛ (370 та 509 за групами з ГВІ та без ГВІ) і 200 дітей у жінок контрольної групи.

Як видно з мал. 4, при народженні стан дітей основної групи був суттєво гіршим.

Так, 12,1% та 6,2% дітей основних груп народились у стані тяжкої асфіксії (p<0,05), тоді як у задовільному стані народилось 47,5% та 44,4% дітей проти 95,0% дітей контрольної групи (p<0,05).

У дітей основних груп зафіксований високий відсоток гіпотрофій: у дітей від жінок з ГРВІ 31,3%, без ГВІ – 25,7% (p<0,05) проти 8,5% у жінок контрольної групи (p<0,05). Порушенням був і перебіг періоду ранньої неонатальної адаптації у дітей ВІЛ-інфікованих матерів. Серед синдромів дизадаптації, частота яких суттєво вища при наявності ГВІ, найчастіше відмічались неврологічні порушення, синдром дихальних розладів, кон'югаційна жовтяниця; гастроінтестинальні розлади.

Слід зазначити, що у 14 (3,8%) дітей від ВІЛ-інфікованих матерів з ГВІ та 4 (0,8%) від матерів без ГВІ (p<0,05) наприкінці 1-ї доби діагностовано внутрішньоутробну пневмонію.

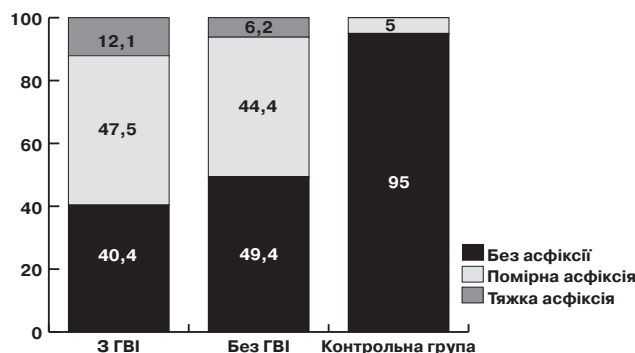
ВИСНОВКИ

Аналіз індивідуальних карт вагітних з ВІЛ виявив недостатній рівень обстежень на TORCH-інфекцію (лише у 74,7% випадків в медичній документації є дані обстеження на герпесвірусну інфекцію – ГВІ).

Частота ГВІ серед обстежених ВІЛ-інфікованих склала 42,3. Найчастіше лабораторно виявлено ВПГ1/2 – 41,9%, ЦМВ – 22,4% та змішана інфекція (одночасно ВПГ1/2 та ЦМВ) – 28,1%, інші типи ГВІ зустрічались досить рідко.

У 8,5% ВІЛ-інфікованих вагітних зазначене первинне інфікування герпесвірусами, яке є особливо небезпечним для плода, у 27,2% – реактивація інфекції, тоді як у значно більшої частини жінок контрольної групи (86,0%) спостерігався хронічний латентний перебіг інфекції без рецидивування під час вагітності.

Встановлений низький соціальний статус ВІЛ-інфікованих жінок з ГВІ, наявність шкідливих звичок, висока частота сполучених інфекцій та низька комплаентність до



Мал. 4. Розподіл дітей за станом при народженні

лікування, що є додатковими факторами перинатального ризику.

ВІЛ-інфекція досить часто асоціювалась з іншими інфекціями: гепатит (переважно гепатит С), грибові інфекції (досить часто вульвоагінальний кандидоз), токсоплазмоз, папіломовірусні інфекції, респіраторні інфекції, інфекції сечостатевої системи.

Дані анамнезу свідчать про високу частоту артіфіційних та мимовільних абортів і замерлих вагітностей у жінок з ВІЛ-інфекцією та ГВІ.

Перехід шляху ВІЛ-інфікування з парентерального на статевий також підсилює роль герпесвірусної інфекції як кофактора переходу ВІЛ у СНІД та розвитку перинатальних ускладнень.

Перебіг даної вагітності обтяжений у 84,3% вагітних: зазначена висока частота плацентарної недостатності (41,3%), загрози переривання вагітності та загрози передчасних пологів, дистресу плода.

Материнська смертність за 5 років відмічена у 2 випадках (0,1‰), в обох жінок була ГВІ, перинатальна – у 12 випадках, 8 (21,5‰) з них – у жінок з ГВІ.

Стан дітей від ВІЛ-інфікованих матерів при ГВІ також був дещо гіршим: 12,1% дітей народились у стані тяжкої асфіксії, з гіпотрофією – 31,3%. У 3,8% наприкінці 1-ї доби діагностовано внутрішньоутробну пневмонію.

Отже, встановлено високу частоту коінфекції ВІЛ та герпесвірусів, приєднання інших інфекцій та супутньої патології у таких жінок, їхню низьку соціальну адаптацію та схильність до лікування, негативний вплив герпесвірусної інфекції на перебіг ВІЛ-інфекції, стан жінки, перебіг вагітності, стан плода і новонародженого, що потребує індивідуального підходу до ведення таких жінок з урахуванням встановлених медико-соціальних аспектів проблеми.

Социальные и медицинские аспекты проблемы ассоциации ВИЧ и герпесвирусной инфекции у беременных

В.В. Каминский, Т.Н. Аношина, Т.В. Коломийченко

Social and medical aspects of the association hiv and herpes virus infection in pregnant women

V.V. Kaminsky, T.M. Anoshina, T.V. Kolomiychenko

Цель исследования: оценить социальные и медицинские аспекты проблемы ассоциации ВИЧ и герпесвирусной инфекции (ГВИ) у беременных.

Материалы и методы. Проведен клинико-статистический анализ 1177 индивидуальных карт беременных с ВИЧ за 5 лет. Контрольную группу составили 200 беременных с физиологическим течением беременности.

Результаты. Анализ индивидуальных карт беременных с ВИЧ обнаружил недостаточный уровень обследований на TORCH-инфекцию (74,7%). Частота герпесвирусной инфекции среди ВИЧ-инфицированных составила 42,3%. Чаще всего лабораторно выявлен ВПГ1/2 – 41,9%, ЦМВ – 22,4% и смешанная инфекция (одновременно ВПГ1/2 и ЦМВ) – 28,1%, другие типы ГВИ встречаются довольно редко. У 8,5% беременных отмечено первичное инфицирование герпесвирусами, в 27,2% случаев – реактивация инфекции. ВИЧ-инфекция довольно часто ассоциировалась с другими инфекциями: гепатит, грибковые инфекции, токсоплазмоз, папилломовирусные инфекции, респираторные инфекции, инфекции мочеполовой системы. Установленный низкий социальный статус ВИЧ-инфицированных женщин с ГВИ, наличие вредных привычек, высокая частота сочетанных инфекций и низкая комплаентность к лечению являются дополнительными факторами перинатального риска. Данные анамнеза свидетельствуют о высокой частоте аборт и замерших беременностей у женщин с ВИЧ-инфекцией и ГВИ. Переход пути ВИЧ-инфицирования с парентерального на половой усиливает роль герпесвирусной инфекции как кофактора перехода ВИЧ в СПИД и развития перинатальных осложнений. Течение беременности отягощено у 84,3% женщин: высокая частота плацентарной недостаточности (41,3%), угрозы прерывания беременности и угрозы преждевременных родов, дистресса плода. Материнская смертность за 5 лет отмечена в 2 случаях (0,1%), у обеих женщин была ГВИ, перинатальная – в 12 случаях, 8 (21,5%) из них у женщин с ГВИ. 12,1% детей родились в состоянии тяжелой асфиксии, с гипотрофией – 31,3%, у 3,8% детей в конце первых суток диагностировали внутриутробную пневмонию.

Заключение. Установлена высокая частота коинфекции ВИЧ и герпесвирусов, присоединения других инфекций и сопутствующей патологии у таких женщин, их низкая социальная адаптация и склонность к лечению, негативное влияние герпесвирусной инфекции на течение ВИЧ-инфекции, состояние женщины, течение беременности, состояние плода и новорожденного, что требует индивидуального подхода к ведению таких женщин с учетом установленных медико-социальных аспектов проблемы.

Ключевые слова: ВИЧ, герпесвирусы, беременность, осложнения, новорожденный.

The objective: to evaluate the social and health aspects of the association of HIV and herpes infections (GVI) in pregnant women.

Patients and methods. Clinical and statistical analysis of 1177 individual cards of pregnant women with HIV for 5 years. The control group consisted of 200 pregnant women with physiological pregnancy.

Results. Analysis of individual cards of pregnant women with HIV found insufficient to TORCH-infection survey (74,7%). The frequency of herpes infections in HIV-infected patients was 42,3%. The most common laboratory revealed HSV1/2 – 41,9%, CMV – 22,4% and mixed infection (both HSV1/2 and CMV) – 28,1%, other types of AIT is quite rare. At 8,5% of pregnant women stated primary infection herpes viruses, 27,2% – the reactivation of infection. HIV infection is often associated with other infections: hepatitis, fungal infections, toxoplasmosis, papillomovirusnoy infections, respiratory infections, infections of the genitourinary system. Fixed low social status of HIV-infected women with AIT, the presence of harmful habits, a high frequency of co-infections and low compliance to treatment, are additional factors of perinatal risk. History data indicate a high rate of abortions and missed abortion in women with HIV infection and GVI. Going the way of HIV infection with parenteral on sex strengthens the role of herpes virus infection as a cofactor transition from HIV to AIDS, and the development of perinatal complications. The current pregnancy burdened with 84,3% of women: high incidence of placental insufficiency (41,3%), the threat of miscarriage and preterm labor, fetal distress. Maternal mortality in 5 years was noted in 2 cases (0,1%), both women were GVI, perinatal – in 12 cases, 8 (21,5%) of them women with AIT. 12,1% of children were born in a state of severe asphyxia, malnutrition with 31,3%, from 3,8% of the children at the end of 1st day intrauterine diagnosed pneumonia.

Conclusions. The high frequency of co-infection of HIV and herpes viruses, joining other infections and comorbidity in these women, their low social adaptation, and susceptibility to treatment, the negative impact of herpes infection in the course of HIV infection, the condition of women during pregnancy, the fetus and the newborn, which requires individual approach to the management of women based on established medical and social aspects of the problem.

Key words: HIV, herpes, pregnancy, complications, newborn.

Сведения об авторах

Каминский Вячеслав Владимирович – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр-т Героев Сталинграда, 16

Аношина Татьяна Николаевна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр-т Героев Сталинграда, 16

Коломийченко Татьяна Васильевна – Кафедра акушерства, гинекологии и репродуктологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, 04210, г. Киев, пр-т Героев Сталинграда, 16.
E-mail: tanyakolom@gmail.com

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. До питання про герпетичну інфекцію як актуальну проблему сьогодення / В.П. Борак, Л.Б. Романюк, В.Т. Борак, Н.Я. Кравець // Актуальна інфектологія. – 2016. – № 2 (11). – С. 53–58.
2. Исаков В.А., Архипова Е.И., Исаков Д.В. Герпесвирусные инфекции человека. СПб.: СпецЛит, 2013. – С. 51–198.
3. Спектр и частота оппортунистических заболеваний у больных ВИЧ-инфекцией / Голохвастова Е., Царенко С., Литвинова Н. и др. // Врач, 2012. – № 6. – С. 26–30.
4. ВИЧ-инфекция, вторичные и сопутствующие заболевания / Под ред. Н.А. Белякова, В.В. Рассохина, Е.В. Степановой. Тематический архив. – СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, 2014. – 368 с.
5. Кузьмин В.Н. Современный взгляд на клиническое течение, диагностику и терапию генитального герпеса у женщин / В.Н. Кузьмин // Consilium Medicum. – 2014. – № 6. – С. 55–60
6. Васильев В.В. Врожденные инфекции в практике семейного врача / Российский семейный врач. – 2013; Т. 17 (1): 16–27.
7. Савченко Т.Н., Агаева М.И., Дергачева И.А. Особенности иммунопатогенеза герпесвирусных инфекций во время беременности (обзор литературы) // Вестник РГМУ. 2014. – № 4. – С. 18–21.
8. Попова А.Ф., Пастушенков В.Л. Клинические и лабораторные аспекты герпетической инфекции у пациенток с невынашиванием беременности // Журнал акуш. и жен. болезн. – 2010. – № 6. – С. 58–68.

Статья поступила в редакцию 10.11.2016