

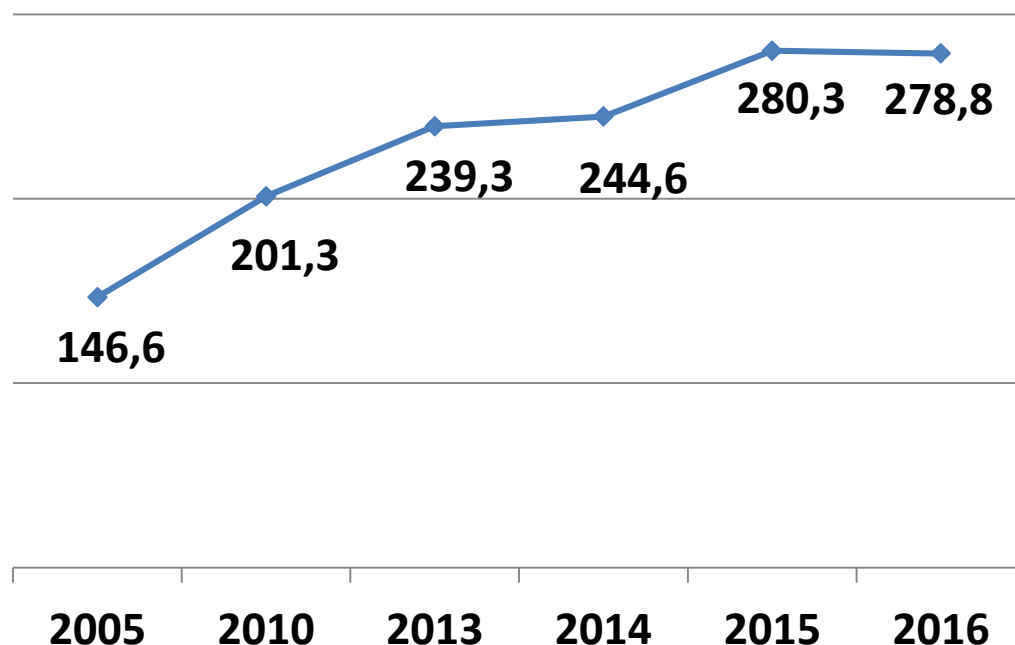
Дискордантные пары: диспансерное наблюдение, планирование семьи, сохранение здоровья

Инфекционист Гордон Е.О.
Эпидемиолог Посохова Л.А.
ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», 2018 год

Бесплодие в РФ

- Бесплодные браки составляют 15% от всех брачных пар¹.***

**Женское бесплодие в РФ по данным
Росстата 2005-2016 гг. на 100 000
женщин в возрасте 18-49 лет²**



¹Данные приведены Е.Н. Байбариной (сайт Департамента медицинской помощи детям и службы родовспоможения Министерства здравоохранения РФ)

²Федеральная служба государственной статистики.
Здравоохранение в России. Москва, 2017 год.

Бесплодие у ВИЧ-инфицированных

- **Статистики по РФ нет!!!**
- ¹Данные российских и зарубежных исследований говорят о большей частоте встречаемости бесплодия среди ВИЧ-инфицированных
- Проблемы: приказ МЗ РФ N107н от 30.08.12г. «говорит» только о дискордантных парах, без упоминания ВИЧ-конкордантных пар. Нет четкого алгоритма работы как с дискордантными парами, так и по взаимодействию двух служб и, соответственно, нет статистических форм для учета данных.

¹Клинико-морфологическая характеристика патологии эндометрия у ВИЧ-инфицированных женщин с трубно-перитонеальным бесплодием. Медведева В.В. 2017 г. Диссертационная работа.

Эффективность методов вспомогательной репродукции для достижения беременности у ВИЧ-инфицированных пациентов.

Назаренко Т.А. и др. Инфекционные болезни: новости, мнения, обучение. 2017 . №3. С. 77-83.

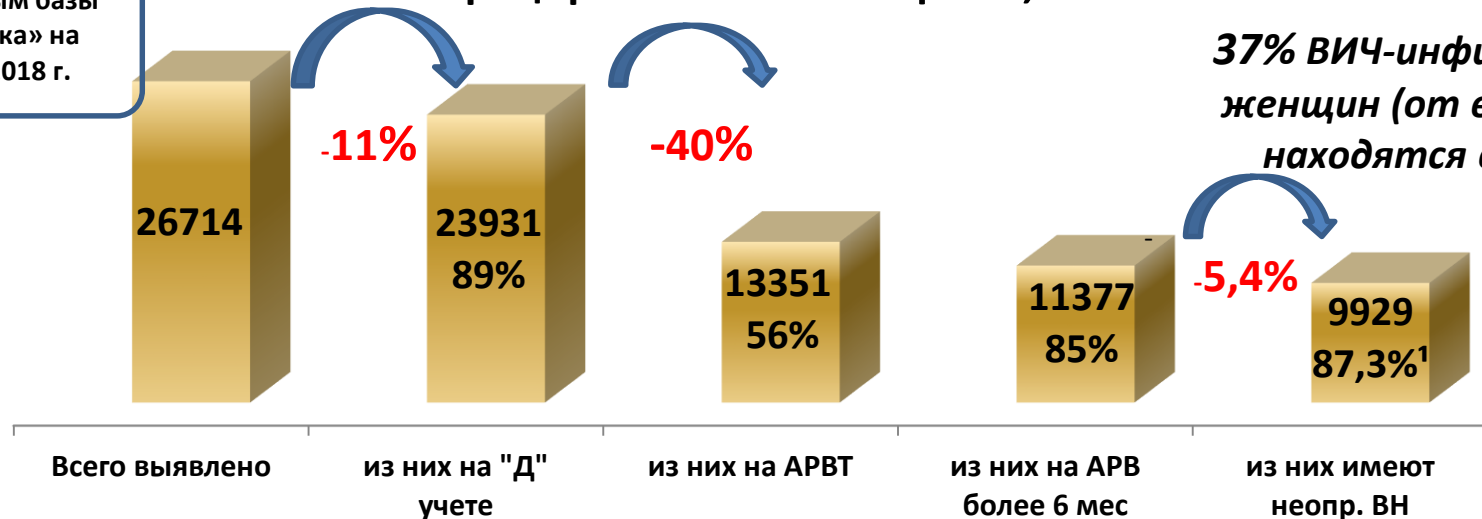
Pregnancy rates and predictors of conception, miscarriage and abortion in US women with HIV. Massad LS, Springer G, Jacobson L, Watts H, Anastos K, Korn A. AIDS 18(2):281-6, 2004

Presence of HIV-1 DNA in spermatozoa from HIV-positive patients: changes in the semen parameters. Cardona-Maya W, Velilla P, Montoya CJ, Cadavid A, Rugeles MT. *Curr HIV Res.* 2009;7(4):418-424.

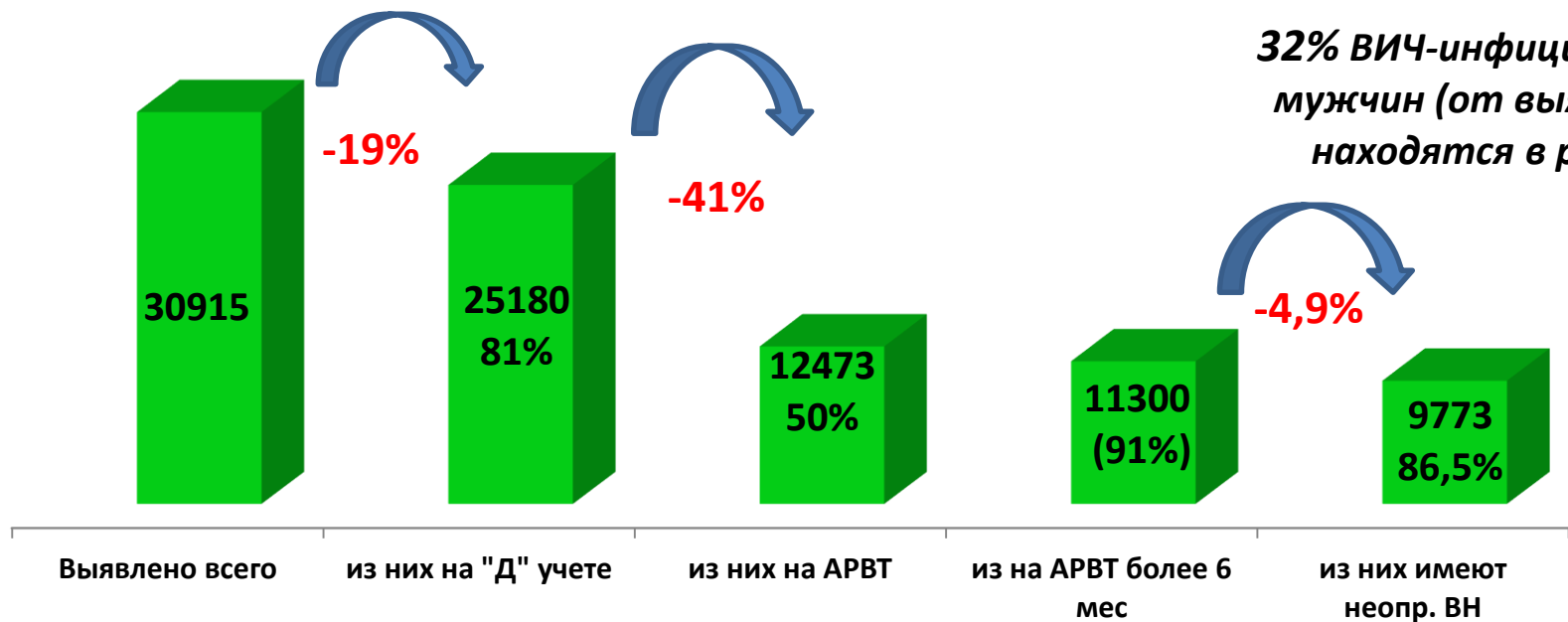
Decreased semen volume and spermatozoa motility in HIV-1-infected patients under antiretroviral treatment. Bujan L, Sergerie M, Moinard N, et al. *J Androl.* 2007;28(3):444-452.

По данным базы
«Клиника» на
18.09.2018 г.

ВИЧ-инфицированные женщины, 15-49 лет



ВИЧ-инфицированные мужчины, 15-49 лет



¹Puskas CM, Kaida A, Miller CL. и др. «The gender gap: a longitudinal examination of men's and women's art adherence in british columbia, 2000-2014» AIDS. 2017 Jan 21.

Исследование на базе ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»

- Анализ данных по дискордантным парам, планирующим зачатие как методом ВРТ, так и естественным способом. Было выделено 3 группы дискордантных пар, которые наблюдались в КДО №2 ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»:
- **1 группа:** дискордантные пары, получившие заключение инфекциониста на возможность проведения ВРТ (данные за 2017 год, n=110 пар).
- **2 группа:** дискордантные пары, беременность у которых наступила/не наступила естественным путем, но первое обращение в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» было на этапе планирования беременности (данные за 2013-2017 гг., n=26 пар).
- **3 группа:** дискордантные пары, беременность у которых наступила естественным путем, но первое обращение в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» было уже по факту беременности (данные за 2013-2017 гг., n=206 пар).

**1 группа: характеристика ЛЖВ и их контактных, обратившихся в Центр СПИД с целью получения
медицинского заключения о возможности проведения ВРТ (2017 год, n=110 пар)**

2017 год (110 пар)	Женщина ВИЧ+, мужчина контактный (n=49)	Мужчина ВИЧ+, женщина контактная (n=61)
Возраст ВИЧ+	32,94 ±3,03	36,56 ±4,36
Основные факторы заражения :		
Внутривенное употребление ПАВ	30,6% (15 чел)	54,1% (33чел)
Незащищенные половые контакты	68,4% (34 чел)	45,9% (28чел)
Длительность заболевания :	8,48 ±4,95	6,52 ±5,07
Длительность АРВТ :	n=46 (93,9%)	n=52 (85,3%)
	3,53±2,87	3,12±2,8
Количество CD4	645,12 ±224,4	563,57 ±239,06
Количество CD4 менее 200	2% (1чел.)	7% (4 чел.)
Вирусная нагрузка	неопределяемая	неопределяемая
Гепатит С в анамнезе	28,6% (14 чел.)	52,5% (32 чел.)
Возраст контактного:	34,96 ±5,49	33,81 ±4,44
Проведена процедура с применением ВРТ:	20,4% (10 чел.)	11,5% (7 чел.)
беременность	2	2
роды	4	4
	6 (60%)	6 (85,7%)
прерывание	1	0
отриц. результат	3	0
нет информации об исходе процедуры	0	1
Нет информации о проведении процедуры с применением ВРТ	44,5%(22 чел)	47,5%(29 чел)
В очереди ожидания	34,7 %(17 чел.)	24,6% (15 чел.)
Направлены на ВРТ в институт им. Отто г. Санкт-Петербург	-	10 (16,4 чел.)

Уровень передачи ВИЧ оценивать пока рано

2 группа: характеристика ЛЖВ и их контактных, беременность у которых наступила/не наступила естественным путем, но первое обращение в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» было на этапе планирования беременности (2013-2017 гг , n=26 пар)

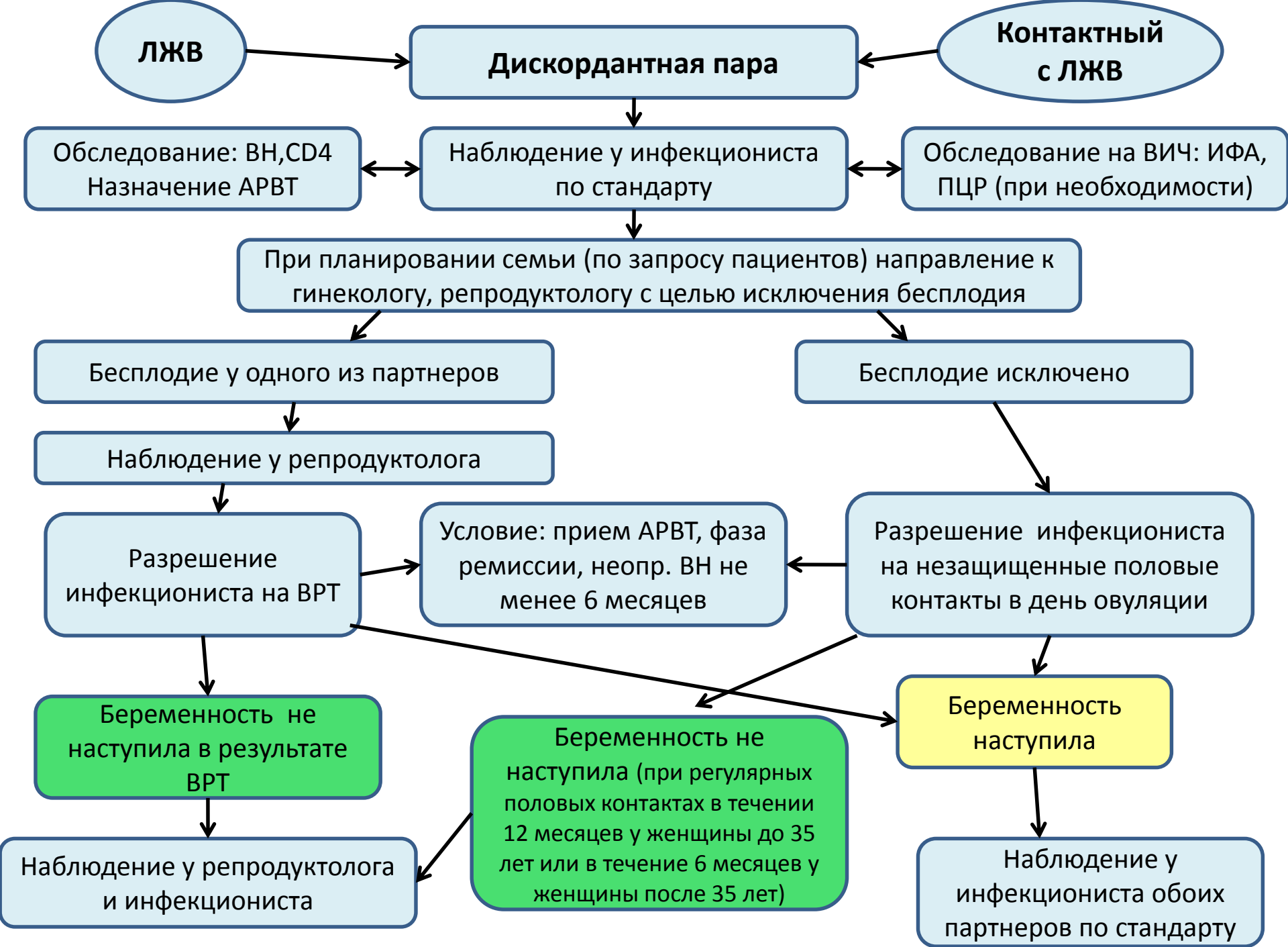
2013-2017гг (26 пар)	Мужчина ВИЧ+, женщина контактная (n=26)
Возраст ВИЧ+	34,58 ±3,34
Основные факторы заражения :	
Внутривенное употребление ПАВ	69,2% (18чел)
Незащищенные половые контакты	30,8% (8чел)
Длительность заболевания :	9,07 ±5,02
Длительность АРВТ :	3,12±2,71
Количество CD4	475,88 ±187,95
Количество CD4 менее 200	7,6% (2 чел.)
Вирусная нагрузка	неопределяемая
Гепатит С в анамнезе	38,4% (10 чел.)
Возраст контактного:	32,65 ±3,54
Зачатие естественным путем:	n=26
беременность	4
роды	10
	14 (53,8%)
Выкидыш/регресс	3
Беременность не наступила	6
Беременность не наступила, направлены на ВРТ	3

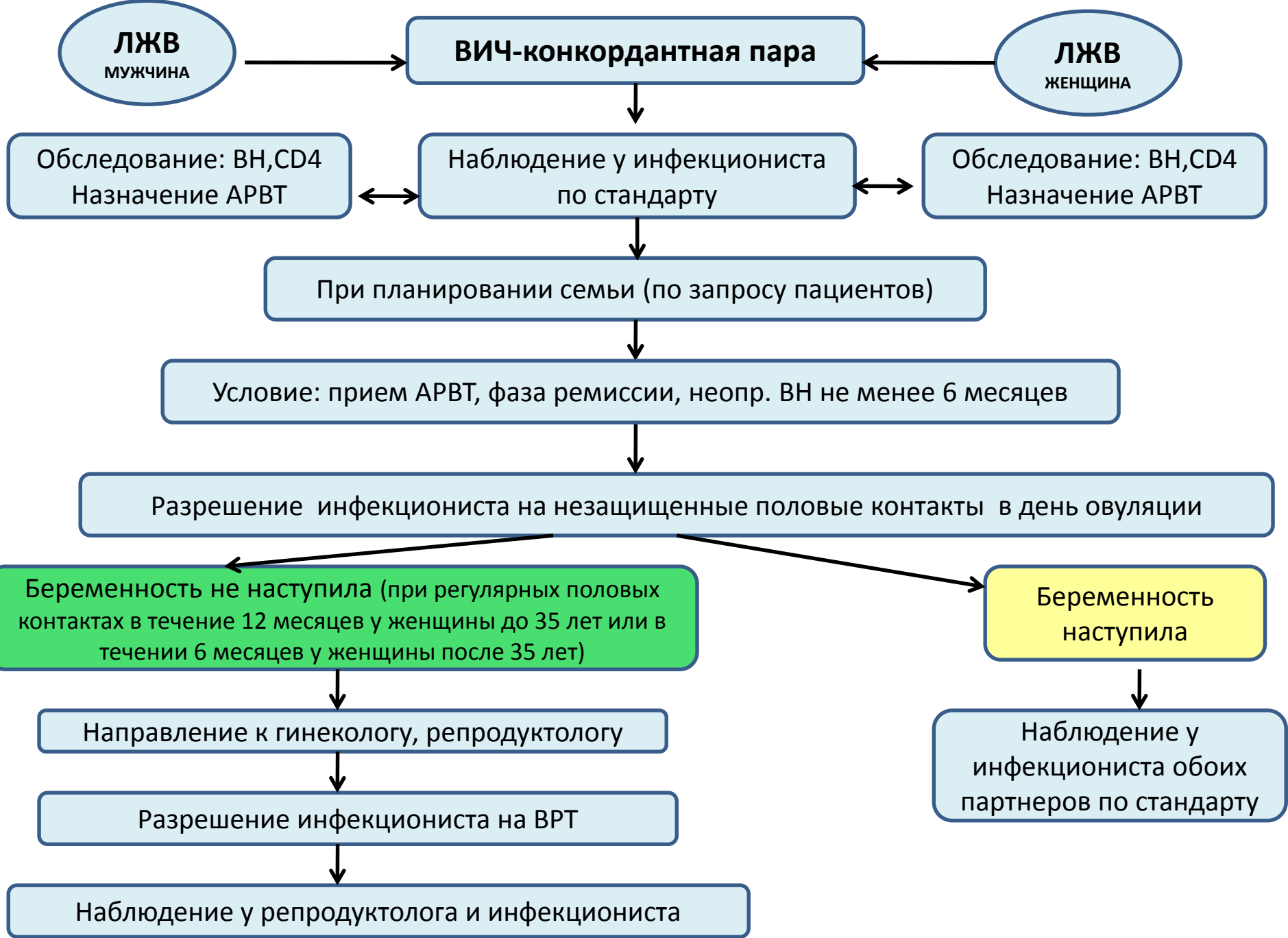
Уровень передачи ВИЧ 0%

3 группа: характеристика ЛЖВ и их контактных, беременность у которых наступила естественным путем, но первое обращение в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» было по факту беременности (2013-2017гг, N=206 пар)

2013-2017 год (206 пар)	Мужчина ВИЧ+, женщина контактная (n=206). На момент обращения контактной
Возраст ВИЧ+	33,5 ±4,5
Основные факторы заражения :	
Внутривенное употребление ПАВ	63% (130чел)
Незащищенные половые контакты	37% (76чел)
Длительность заболевания :	5,24 ±5,42
Длительность АРВТ :	n=84 (40,8%)
	4,16±2,48
Вирусная нагрузка	
неопределяемая	n=80 (38,8%)
Определяемая (n=126)	41596±98793,39
Количество CD4	480,82 ±250,2
Количество CD4 менее 200	11,1% (23 чел.)
Гепатит С в анамнезе	61,7% (127 чел.)
Возраст контактного:	30,19 ±5
Первая явка к инфекционисту контактного (нед.)	22,01±9,38
роды	202 (98%)
нет информации об исходе беременности	4 (2%)
Уровень передачи ВИЧ среди женщин	2,4% (n=5)
Уровень передачи ВИЧ среди детей	0,4% (n=1)

Уровень передачи ВИЧ 2,4% (5 женщин)





Нормативные документы

Нормативные документы, регламентирующие работу с контактными ЛЖВ

- СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»
- Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 13.04.2010 №317-п « О порядке выявления, диспансерного наблюдения и снятия с учета контактных с ВИЧ-инфицированными и при аварийных ситуациях
- Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 07.07.2017 №1173-п « Об усилении мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области»

Нормативный документ, регламентирующий порядок использования методов вспомогательных репродуктивных технологий , в т.ч. у дискордантных пар

- Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 №107-н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

В настоящее время отсутствуют!!!

- 1) Алгоритм ведения дискордантных пар при планировании семьи;
- 2) Алгоритм ведения конкордантных пар
- 3) Учетные формы (при взаимодействии двух служб: инфекционист-специалисты акушерско-гинекологической службы)

Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 №107-н

«Мужчине и женщине, независимо от наличия у них ВИЧ-инфекции, или одинокой ВИЧ-инфицированной женщине назначается консультация врача-инфекциониста по результатам которой оформляется выписка из медицинской документации с указанием стадии и фазы ВИЧ-инфекции, результатов лабораторного обследования в течение последних 3 месяцев (уровень лимфоцитов (СД 4), вирусная нагрузка) и **медицинского заключения о возможности проведения ВРТ в настоящее время или целесообразности отсрочить проведение ВРТ до достижения субклинической стадии заболевания, фазы ремиссии и неопределяемого уровня РНК ВИЧ.**»

Что такое ремиссия?

- клиническая ремиссия – это отсутствие вторичных заболеваний;
- вирусологическая ремиссия – неопределяемый уровень ВН;
- иммунологическая ремиссия – что это?
Повышение количества CD4 до уровня безопасного в отношении развития оппортунистических инфекций (т.е. больше 200 клеток), является приемлемым, а повышение более 350 клеток – адекватным результатом лечения

Профилактика туберкулеза

- Одно из показаний: снижение количества CD4+-лимфоцитов до 350 клеток/мкл и **менее**. (Инструкция по химиопрофилактике туберкулеза у взрослых больных ВИЧ-инфекцией (2016 год); клинические рекомендации. ВИЧ-инфекция у взрослых, 2017 год)

Категория действия на плод по FDA — C (инструкция по применению, РЛС).
RANDOMIZED TRIAL OF SAFETY OF ISONIAZID PREVENTIVE THERAPY DURING OR AFTER PREGNANCY. Amita Gupta and others¹, March 4–7, 2018 | Boston, Massachusetts

Таким образом, при разрешении на ВРТ у ВИЧ-инфицированных женщин необходимо учитывать и уровень CD4 клеток, то есть более 350 клеток/мкл.

• **Заключение врачебной комиссии о возможности проведения процедуры, с применением вспомогательных репродуктивных технологий***

• от _____ № _____

• **ФИО пациента:** _____

• Дата рождения: _____

• Адрес регистрации/проживания: _____

• Находится на диспансерном учете по заболеванию (код по МКБ-10): _____. Этапный эпикриз прилагается.

• Стадия, фаза ВИЧ-инфекции: _____

• Назначена АРВТ с _____

• Уровень лимфоцитов (CD4) (кл/мкл): _____ (дата, результат)

• Уровень вирусной нагрузки (коп/мл): _____ (дата, результат)

• **ФИО полового партнера (указать обязательно):** _____

• Дата рождения: _____

• Адрес регистрации/проживания: _____

• **ВИЧ-статус полового партнера:**

• 1) отрицательный

• Находится на диспансерном учете по заболеванию (код по МКБ-10): Z 20.6 (контактный с В20 партнером). Дата последнего незащищенного контакта: _____ Результаты обследования (более 6 мес. от даты последнего незащищенного контакта) _____ (дата, результат)

• 2) положительный

• Находится на диспансерном учете по заболеванию (код по МКБ-10): _____. Этапный эпикриз прилагается.

• Стадия, фаза ВИЧ-инфекции: _____

• Назначена АРВТ с _____

• Уровень лимфоцитов (CD4) (кл/мкл): _____ (дата, результат)

• Уровень вирусной нагрузки (коп/мл): _____ (дата, результат)

• **ЗАКЛЮЧЕНИЕ:** _____

• _____

• **Члены комиссии: заведующий отделением** _____

• **инфекционист** _____

• _____ Подпись _____ ФИО _____

• М.П.

• Заключение получено: _____, _____

• _____ дата _____ подпись пациента _____

• *Копии заключения и этапного эпикриза находятся в индивидуальной амбулаторной карте пациента

Заключение на ВРТ

1) противопоказаний для проведения ВРТ в настоящее время нет

или

2) отсрочить проведение ВРТ до достижения фазы ремиссии

(фаза ремиссии: отсутствие клинических проявлений вторичных заболеваний, неопределяемая ВН не менее 6 месяцев от начала АРВТ, уровень CD4 клеток ≥ 350 кл/мкл (для женщин))

Выводы

- 1) данные нашего анализа показали необходимость ведения дискордантных пар, начиная с этапа планирования зачатия;
- 2) проекты алгоритмов по ведению дискордантных и конкордантных пар позволяют четко определить тактику диспансерного наблюдения при участии врача-инфекциониста и акушера-гинеколога;
- 3) унифицированная форма «Заключение врачебной комиссии о возможности проведения процедуры, с применением вспомогательных репродуктивных технологий» отражает в полном объеме все требования приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 30.08.2012 №107-н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»;
- 4) необходимо наладить межведомственное взаимодействие с медицинскими организациями на территории СО, оказывающими медицинскую помощь пациентам, страдающим бесплодием по обмену информацией и отчетной документацией;
- 5) совместная работа врача-инфекциониста и врача акушера-гинеколога при планировании семьи у пар, затронутых ВИЧ-инфекцией, позволит сохранить здоровье партнеров и рождение здорового ребенка.

Спасибо за внимание!