

ГЕСТАЦИОННАЯ БЕЗОПАСНОСТЬ ПРИ ФАРМАКОТЕРАПИИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ У БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН: ПОЗИЦИЯ КЛИНИЧЕСКОГО ФАРМАКОЛОГА

Василевский И.В.

Белорусский государственный медицинский университет,

Минск, Беларусь

(Опубликовано: Международная научно-практическая конференция «Актуальные вопросы ВИЧ-инфекции». Материалы. СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2019.- С.235-237.)

Цель. Применение лекарственных средств (ЛС) во время беременности остается одним из наиболее сложных и недостаточно изученных вопросов клинической фармакологии и практической медицины. Особые требования к гестационной безопасности при фармакотерапии предъявляются при ВИЧ-инфекции у беременных женщин. Задача антиретровирусной терапии (АРВТ) при беременности состоит в том, чтобы с одной стороны, предотвратить вертикальную передачу ВИЧ от матери ребенку, а с другой – обеспечить оптимальное лечение беременной с минимальным нежелательным действием ЛС на организм матери и еще не родившегося ребенка. Целью данного сообщения является анализ современных подходов по обеспечению гестационной безопасности при фармакотерапии ВИЧ-инфекции у беременных женщин.

Материалы и методы. Используются литературные данные по изучаемому вопросу.

Результаты и обсуждение. Выбор режима АРВТ у беременных женщин предусматривает наличие резистентности вирусного профиля, безопасность и эффективность ЛС для матери и плода, потенциальную возможность взаимодействия с другими ЛС и фармакокинетические особенности применяемых препаратов при беременности. Существуют следующие группы антиретровирусных препаратов (АРВП): 1) нуклеозидные/нуклеотидные ингибиторы обратной транскриптазы (НИОТ); 2) ненуклеозидные ингибиторы

обратной транскриптазы (ННИОТ); 3) ингибиторы протеаз (ИП); 4) ингибиторы слияния; 5) ингибиторы интегразы (ИИ), которые стали основным компонентом современных схем АРВТ (А.В.Кравченко, 2009; В.И. Шахгильдян, 2017).

Исследования, представленные на конференции IAS 2017, обосновывают тот факт, что ИИ (ралтегравир и долутегравир) эффективны и безопасны при беременности, а в обновленных Рекомендациях EACS 9.0 (2017) ИИ занимают лидирующие позиции для использования у беременных в составе режимов терапии первой линии в качестве ЛС предпочтительного выбора для быстрого снижения вирусной нагрузки (ВН ВИЧ) и достижения неопределяемой ВН ВИЧ к моменту родов. С позиций клинической фармакологии и гестационной безопасности для плода следует, тем не менее, указать, что ралтегравир (RAL) по FDA относится к С-категории действия на плод, а долутегравир (DTG) к категории В.

Введение в клиническую практику высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРВТ) позволило в существенной степени модифицировать естественное течение ВИЧ-инфекции у беременных женщин. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам рекомендуется комбинация схем, по крайней мере, из трех АРВП (В.В.Покровский с соавт., 2016). В плане гестационной безопасности следует тщательно учитывать возможные нежелательные эффекты АРВП как при воздействии на организм беременной, так и на развивающийся плод, а также при взаимодействии с другими ЛС, назначенными беременным по сопутствующим показаниям (подробно представлены в Рекомендациях EACS 9.0, 2017).

Анализ особенностей течения беременности и родов у ВИЧ-инфицированных женщин, а также состояния их новорожденных свидетельствует о возможных серьезных осложнениях периода гестации в данных случаях. В частности, И.О.Маринкин с соавт. (2015) по данным Новосибирского городского перинатального центра указывают, что у 203-х ВИЧ-инфицированных женщин течение беременности осложнилось плацентарной недостаточностью в 37,4% случаев, преждевременные роды отмечены у 32%

женщин (у не имевших ВИЧ-инфекции этот показатель составил 9,5%, $P < 0,05$), преэклампсия была диагностирована у 14,8% беременных с ВИЧ-инфекцией, синдром задержки роста плода выявлен в 18,2% , аномалии родовой деятельности осложнили течение родового акта у 50 рожениц (28%) (у женщин не имевших ВИЧ-инфекции указанные осложнения отмечены лишь в 9,1% случаев, $P < 0,05$). По данным Е.А.Иоанниди с соавт. (2006) только у 8% пациенток выявлены нормальные показатели иммунного статуса в течение беременности и родов, остальные женщины с ВИЧ-инфекцией имели иммунодефицит различной степени выраженности. У детей от ВИЧ-инфицированных матерей в 35 раз чаще наблюдалось перинатальное поражение центральной нервной системы (соответственно 76,7% против 2,1% в контроле, $P < 0,001$), родовой травматизм новорожденных регистрировался в 2 раза чаще (соответственно 2,6% и 1,1% в контроле, $P < 0,05$) (С.В.Черкасова, 2018).

Выводы. С учетом результатов продолжаемых исследований о влиянии ВААРВТ на акушерские условия, необходимой стратегией является усиление эпиднадзора за побочными явлениями, связанными с использованием ВААРВТ у данных женщин, мониторинг уровня РНК ВИЧ и числа лимфоцитов CD4+ у них, а также выявление патологических отклонений у плодов и новорожденных при фармакотерапии ВИЧ-инфицированных беременных женщин.