



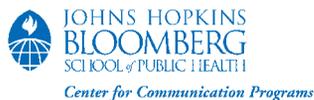
**ПРОФИЛАКТИКА
ПЕРЕДАЧИ
ВИЧ-
ИНФЕКЦИИ
ОТ МАТЕРИ
РЕБЕНКУ**

ПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ **ВИЧ**-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Пособие для медицинских
работников



Москва ■ 2004



*Проект
«Мать и Дитя»*

Разработчики: сотрудники проекта «Здоровая Россия 2020» **Е.В.Дмитриева, И.И.Рюмина, И.Л.Алесина, О.И.Волкова, М.Е.Крижановская.**

Рецензенты: **В.В.Покровский**, Руководитель Российского научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, академик РАМН; **Е.Е.Воронин**, Гл. врач Республиканской клинической инфекционной больницы Минздрава РФ, д.м.н., С.-Петербург; **И.С.Савельева**, Руководитель отдела международных научных программ НЦ АГиП РАМН, к.м.н.; **Е.Н.Байбарина**, Ведущий научный сотрудник НЦ АГиП РАМН, Гл. неонатолог Минздрава РФ, д. м. н.; **Н.В.Варгапетова**, Руководитель проекта «Мать и Дитя», Глава Представительства корпорации «Джон Сноу Инк» (США) в России; **А.В.Карпушкина**, Координатор проекта «Мать и Дитя», корпорация «Джон Сноу Инк» (США).

Редакторы: Нилл Х.Макки, Э.О.Шиманская.

Данное пособие разработано в рамках Проекта «Здоровая Россия 2020», который реализуется под руководством Центра коммуникативных программ Университета им. Джонса Хопкинса (JHU/ССР) при поддержке Агентства США по международному развитию (USAID), в сотрудничестве с Министерством здравоохранения и социального развития РФ и при участии проекта «Мать и Дитя», Джон Сноу Инк корпорейтед (JSI).

Пособие подготовлено с использованием доказательно обоснованных данных международной практики и наиболее авторитетных отечественных руководств и посвящено актуальной проблеме профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Пособие предназначено для широкого круга медицинских специалистов – акушеров-гинекологов, неонатологов, педиатров, акушерок, фельдшеров, медсестер, студентов медицинских вузов, – которые, как правило, не имеют опыта работы с ВИЧ-инфицированными пациентами в повседневной практике. Цель пособия – ознакомить различных специалистов с проблемой передачи ВИЧ от матери ребенку, принципами до- и послетестового консультирования беременных, основами профилактических мероприятий по предотвращению перинатального ВИЧ-инфицирования, методикой консультирования матерей. В пособии также рассказано о мерах предосторожности при проведении медицинских манипуляций и освещены правовые аспекты данной проблемы.

Пособие предполагается распространять вместе с **листовкой-подсказкой**, которая призвана помочь медицинским работникам в процессе консультирования, и **буклетом**, адресованным беременным женщинам.

Публикуется при содействии Отдела здравоохранения Агентства США по международному развитию, по условиям гранта No. 118-A-00-02-00156. В настоящем издании отражены мнения авторов, которые не обязательно совпадают с точкой зрения Агентства США по международному развитию.

Пособие одобрено Министерством здравоохранения и социального развития Российской Федерации и может быть использовано в практической работе учреждений здравоохранения.

При использовании рекомендаций, изложенных в данном пособии, необходимо учитывать стандарты профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, принятые в Российской Федерации.

ВВЕДЕНИЕ

Неуклонный рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), стал в последние годы серьезной проблемой для мирового общественного здравоохранения.

Российская Федерация также стоит на пороге эпидемии. Сегодня случаи ВИЧ-инфицирования зарегистрированы в 88 субъектах Российской Федерации; показатель числа инфицированных на 100 тыс. населения («пораженность») вырос со 121 в 2001 г. до 157 на начало 2003 г. (приложение №3). Если не принять срочных мер и не предотвратить эпидемию, к 2020 г., по разным оценкам, в России будет от 5 до 15 млн ВИЧ-инфицированных, что составит более 10% трудоспособного населения.

По состоянию на 1 июня 2004 г., в Российской Федерации зарегистрировано 281 895 ВИЧ-инфицированных, в том числе 9918 детей, из них 8458 рождены у ВИЧ-инфицированных матерей. Больных синдромом приобретенного иммунодефицита (СПИДом) зарегистрировано всего 1009 человек, из них 194 ребенка. Основная часть ВИЧ-инфицированных — молодые мужчины и женщины, причем женщины составляют более половины всех инфицированных, и их становится все больше. Только по официальным данным, среди ВИЧ-инфицированных 20% — молодежь в возрасте до 20 лет, а около 60% — молодые люди от 21 до 30 лет.

В России до недавнего времени около 70% случаев инфицирования ВИЧ приходились на долю потребителей инъекционных наркотиков (ПИН). Однако в последние годы начался новый этап эпидемии, когда риску инфицирования подвергаются не только представители «групп риска» — ПИН и люди, имеющие множество половых партнеров, но и население в целом. Начиная с 2001 г., все большее значение приобретает половой (гетеросексуальный) путь передачи ВИЧ-

инфекции; в 2002 г. удельный вес случаев гетеросексуальной передачи вируса составил 12%. По прогнозам ведущих специалистов в области профилактики и лечения ВИЧ/ СПИДа, этот путь передачи станет в ближайшее время основным. Только за 2001—2002 гг. число людей, заразившихся ВИЧ половым путем, увеличилось в три раза (с 4% до 12%).

Нежелание большинства населения, в том числе и медицинских работников, понимать, что проблема ВИЧ касается каждого, связано, прежде всего, с отсутствием достаточных знаний об инфекции, путях ее передачи и особенностях профилактики. Глобальное исследование, проведенное в 2003 г. всемирной службой Би-Би-Си в 15 странах, продемонстрировало осведомленность 69% россиян о том, что ВИЧ/СПИД может угрожать жизни; 25% опрошенных не считают эту болезнь потенциально опасной; 6% не смогли ответить. 94% россиян имели приблизительное представление о том, что такое ВИЧ/СПИД; 76% знали, что заразиться можно при незащищенном половом контакте; 80% знали о том, что ВИЧ передается посредством использования зараженных игл и шприцев; 59% знали, что болезнь передается от матери ребенку. Среди тех россиян, которые имеют представление о ВИЧ/СПИДе, 12% считают, что вирусом можно заразиться через предметы личной гигиены; 8% полагают, что ВИЧ/СПИД передается при пользовании туалетом, которым пользовался зараженный человек; соответственно, 8% думают, что можно инфицироваться, дотронувшись до инфицированного человека. 25% россиян, имеющих представление о ВИЧ/СПИДе, считают, что правительство предпринимает все необходимое для борьбы с распространением этой болезни; 69% придерживаются противоположного мнения.

1.

Общие сведения о ВИЧ-инфекции

ВИЧ-инфекция – болезнь, вызываемая ретровирусом, который поражает клетки иммунной, нервной и других систем и органов человека после длительного латентного периода. Выделяют 2 типа вируса с различными структурой генома, серологическими характеристиками и контагиозностью – ВИЧ-1 и ВИЧ-2. ВИЧ-1, обладающий большей контагиозностью, распространен в Европе, Восточной и Южной Африке, Азии, а ВИЧ-2 встречается преимущественно в Западной Африке. ВИЧ передается от человека человеку на всех стадиях заболевания. Зараженный человек остается источником инфекции пожизненно. Вирус содержится в крови, сперме, спинномозговой жидкости, грудном молоке, влагалищном и цервикальном секретах, которые являются источниками заражения. При развернутой клинической картине СПИДа вирусная нагрузка в этих биологических жидкостях возрастает. В жидкостях, содержащих ВИЧ в высоких концентрациях (кровь, сперма), вирус сохраняется достаточно долго; в других биологических жидкостях, с низкой концентрацией вируса, он весьма быстро инактивируется*.

В слюне, слезной жидкости и моче концентрация вируса невысока, поэтому заражение через эти биологические жидкости маловероятно. Контактным-бытовым, воздушно-капельным путем заражение ВИЧ не проис-

ходит; кровососущие насекомые также не являются переносчиками ВИЧ.

Пути передачи вируса – половой (гомо- и гетеросексуальные контакты), парентеральный – через зараженную кровь (при использовании нестерильных инструментов, введении наркотиков общими иглами и шприцами, переливании зараженной донорской крови или ее компонентов) и перинатальный (передача от матери ребенку во время беременности и родов, а также во время кормления грудью). В России случаи ВИЧ-инфицирования в педиатрической практике связаны с парентеральным путем передачи (внутрибольничные вспышки инфекции в 1988–1989 гг.).

Клетки иммунной системы защищают человека от микроорганизмов (бактерий, вирусов, простейших и др.), опухолевых клеток и других чужеродных агентов. Т4 клетки – Т-хелперы – активируют В-лимфоциты, вырабатывающие иммуноглобулины – антитела, которые связываются с антигенами. Образующийся комплекс антиген-антитело выводится из организма. ВИЧ относится к группе РНК-содержащих ретровирусов, поражает макрофаги и Т4 (CD4) лимфоциты. Вирусная РНК с помощью фермента ревертазы синтезирует ДНК, которая встраивается в генетический аппарат клетки, где может сохраняться в виде провируса пожизненно. При активизации провируса в зараженной клетке происходит интенсивное накопление

* ВИЧ нестойк во внешней среде, практически полностью инактивируется прогреванием при температуре 56°C в течение 30 мин. Вирус погибает при кипячении (через 1–3 минуты), а также под воздействием дезинфицирующих средств в концентрациях, обычно используемых в лабораторной практике. В то же время вирус устойчив к ультрафиолетовым лучам и ионизирующей радиации. В высушенном состоянии вирус может сохраняться в течение нескольких часов или дней.

новых вирусных частиц, что ведет к разрушению клеток и поражению новых. Содержащие вирус Т4 клетки не могут выполнять хелперную функцию. Они перестают синтезировать специфические антитела. Происходит постепенная деструкция иммунной системы.

При появлении вируса в организме, задолго до развития клинических проявлений СПИДа, начинают вырабатываться антитела к ВИЧ; поэтому существует понятие ВИЧ-инфекция. Следует различать понятия ВИЧ-инфицирование (бессимптомная стадия заболевания) и СПИД.

Классификация ВИЧ-инфекции (Покровский В.И. и др., 2001)

1. Стадия инкубации

2. Стадия первичных проявлений

Варианты течения:

- «А» – бессимптомная
- «Б» – острая ВИЧ-инфекция без вторичных (развивающихся вследствие иммунодефицита) заболеваний
- «В» – острая инфекция со вторичными заболеваниями.

3. Субклиническая стадия

4. Стадия вторичных заболеваний (4А, 4Б, 4В)

5. Терминальная стадия

По Международной классификации болезней (МКБ X пересмотр 1996 года), выделяются следующие варианты ВИЧ-инфекции:

- В20 – заболевание, обусловленное ВИЧ, которое сопровождается инфекционными и паразитарными заболеваниями
- В21 – заболевание, обусловленное ВИЧ, которое сопровождается злокачественными опухолями
- В22 – заболевание, обусловленное ВИЧ, которое сопровождается другими уточненными заболеваниями
- В23 – заболевание, обусловленное ВИЧ, которое сопровождается другим состоянием (например, деменцией)
- В24 – заболевание, обусловленное ВИЧ, неуточненное
- Z21 – бессимптомное носительство ВИЧ
- R75 – лабораторное выявление антител к ВИЧ.

К клиническим проявлениям СПИД-ассоциированного комплекса относятся: канди-

дозный стоматит, бацилярный ангиоматоз, оральная лейкоплакия, периферическая нейропатия, цервикальная дисплазия или карцинома *in situ*, рецидивирующий герпес, пневмоцистная пневмония, туберкулез, различные воспалительные заболевания, а также общие симптомы – лихорадка, длящаяся более одного месяца, потери в весе, диарея, общая слабость, потеря аппетита, гепатоспленомегалия, множественные фолликулиты, паротит, контактный моллюск.

Клинические проявления СПИДа сопровождаются снижением CD4 в крови до уровня менее 500–200 клеток/мкл, анемией, лейкопенией, повышением IgA и IgG.

ВИЧ/СПИД – это опасное для жизни неизлечимое заболевание. Выявление ВИЧ-инфекции может нередко означать изменение качества жизни и потерю психологической и социальной независимости (см. Разд. 11); информация, знания и прогнозы относительно лечения и эффективности профилактики ВИЧ весьма противоречивы и неполны.

С 1996 г. для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции используются высокоактивные антиретровирусные препараты, которые снижают вирусную нагрузку, замедляют прогрессирование заболевания, увеличивают продолжительность жизни пациентов и улучшают ее качество.

Предупредить распространение ВИЧ-инфекции среди женщин и их партнеров помогают следующие мероприятия:

- предоставление информации о возможности и путях заражения инфекциями, передаваемыми половым путем (ИППП), включая ВИЧ;
- пропаганда верности одному партнеру или снижения числа сексуальных партнеров, а также безопасных для здоровья сексуальных отношений (использование презервативов);
- создание условий для раннего выявления и надлежащего лечения ИППП, наличие которых повышает вероятность ВИЧ-инфицирования;
- обеспечение безопасности таких медицинских процедур, как переливание крови, а также создание необходимых гарантий для того, чтобы во всех лечебно-профилактических учреждениях соблюдались общепринятые меры профилактики внутрибольничных инфекций.

2.

Возможности профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

В общей структуре ВИЧ-инфицированных значительную долю составляют женщины фертильного возраста. В 2001 г. на их долю пришлось 25,1%, а в 2002 г. – более 33% случаев заражения. По данным ВОЗ, риск передачи ВИЧ от матери ребенку без использования современных методов профилактики составляет в Европе примерно 15–20%, в США – 15–30%, в Африке – 25–35%. Однако следует отметить, что с появлением новых методов профилактики и внедрением их в практическое здравоохранение эти цифры начали снижаться. Разноречивые данные о частоте перинатального инфицирования обусловлены неравномерным внедрением в клиническую практику различных стран эффективных методов профилактики.

В 2001–2002 гг. в России было отмечено удвоение числа инфицированных ВИЧ новорожденных. В 2002 г. их было зарегистрировано 6000. В декабре 2003 г. был издан Приказ № 606 Минздрава России от 19.12.2003 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ». Существуют доказательства того, что при комплексном использовании всех методов профилактики, эффективность которых подтверждена научными исследованиями, передачу вируса от матери ребенку можно снизить до 2%.

Методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, основанные на доказательных данных:

- антиретровирусная терапия во время беременности и родов;
- уменьшение времени контакта инфицированной крови и выделений матери с кожей и слизистыми оболочками ребенка

в родах, при показаниях – плановое кесарево сечение;

- назначение новорожденному с 8-го часа жизни антиретровирусной терапии азидотимидином в течение 6-ти недель или неврирапином в течение 3-х дней;
- отказ от кормления грудью и искусственное вскармливание младенца.

Методы, потенциально способные снизить вероятность передачи ВИЧ от матери ребенку:

- выявление и лечение инфекций, передаваемых половым путем;
- обогащение рациона питания беременных витамином А и поливитаминами;
- обработка родовых путей бактерицидным средством (0,25%-ным раствором хлоргексидина) в период родовой деятельности и завершения родового акта;
- использование препаратов внутривенных иммуноглобулинов;
- предупреждение реинфекции во время беременности.

Перед медицинскими работниками, оказывающими помощь беременным, стоят три задачи:

1. Обеспечивать адекватное наблюдение ВИЧ-положительных женщин.
2. Использовать возможности консультирования и информирования ВИЧ-отрицательных женщин о проблеме ВИЧ, а также о том, как уберечь себя от инфекции. Проводить качественное консультирование по вопросам безопасного сексуального поведения, использования презервативов и профилактики ИППП, включая ВИЧ.
3. Строить свою работу таким образом, чтобы свести к минимуму риск инфицирования ВИЧ как медицинских работников, так и пациентов.

3.

Значение обследования беременной женщины для эффективной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

Основной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку является консультирование при обследовании беременной женщины (тестирование на ВИЧ). Тестирование на ВИЧ – добровольная процедура, которая осуществляется в соответствии с Приказом Минздрава РФ № 170 от 16.08.1994 г. «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» и Приказом Минздрава РФ № 606 от 19.12.2003 г. «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» (см. Приложение). К сожалению, большинство медработников считают, что обследование беременной на ВИЧ является процедурой обязательной. Следствием такого подхода, как правило, становятся нарушения медицинской деонтологии и этики, а также прав пациента (см. Разд. 11). Тестирование беременных женщин в плановом порядке без их согласия или при отсутствии возможностей для консультирования является неприемлемым, поскольку негативные последствия таких мероприятий могут свести на нет эффективность дальнейших действий. Последствием принудительного обследования могут быть нежелание женщин пользоваться медицинской помощью из-за опасения дискримина-

ции, боязнь положительного диагноза и стигматизации со стороны медицинского персонала*.

Тестирование беременной на ВИЧ проводится с помощью определения специфических антител методами иммуноферментного анализа (ИФА) и иммунного блоттинга (ИБ). В экстренных случаях можно использовать экспресс тест-системы, применение которых регламентировано Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001 г. «Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека». Работа с одноэтапными простыми быстрыми 15-минутными иммунохроматографическими тестами не требует сложного оборудования и высокой квалификации персонала, однако необходима определенная подготовка и строгое следование инструкции. В дальнейшем результат должен подтверждаться проведением стандартных исследований.

Обычно проводится двукратное тестирование беременных – при первом обращении в женскую консультацию и в третьем триместре беременности (34–36 недель). Если женщина, поступившая на роды, не была обследована во время беременности или не прошла второе тестирование, врач должен предложить ей пройти обследование в родильном доме.

* Стигматизация – это предвзятое, негативное отношение к отдельному человеку или группе людей, связанное с наличием у него/них каких-либо особых свойств или признаков. Дискриминация, в отличие от стигматизации, проявляется в прямом ущемлении прав, ставящих одних граждан в худшее положение по сравнению с другими.

4.

Основные принципы консультирования

Консультирование – это двустороннее общение, в процессе которого медицинский работник помогает пациенту принять информированное решение. В основе консультирования по вопросам предотвращения передачи ВИЧ от матери ребенку лежит применение общих принципов консультирования к специфической ситуации, когда беременной нужно объяснить, не запугивая и не нагнетая тревогу, почему следует провести обследование на ВИЧ. Обучение консультированию должно стать неотъемлемой частью специальной подготовки медицинских специалистов, особенно акушеров-гинекологов, акушеров, педиатров и неонатологов. Процесс консультирования включает объективную оценку персонального риска передачи ВИЧ ребенку и поощрение превентивного поведения женщины.

Дотестовое консультирование дает женщине возможность принять информированное решение относительно обследования на ВИЧ и быть готовой к психоэмоциональному стрессу в случае положительного результата.

Послетестовое консультирование является неотъемлемой частью мероприятий по ведению ВИЧ-положительных женщин и оказанию психологической помощи, а также ассоциируется с широкими возможностями для распространения информации среди ВИЧ-отрицательных женщин в целях профилактики их инфицирования в будущем.

Методика консультирования, предложенная Центром коммуникативных про-

грамм Университета им. Джонса Хопкинса*, универсальна и может быть использована при проведении консультирования различных групп населения, включая беременных женщин. Эта методика носит название «ПОМОГИ» и состоит из шести элементов, или шагов:

- П** – Приветливость прежде всего
- О** – О чем расспросить пациента
- М** – Методы диагностики и лечения
- О** – Оценка персонального риска передачи ВИЧ ребенку
- Г** – Главное – объяснить перспективы и поощрить превентивное поведение
- И** – Информация об уходе за ребенком

Ввиду возможной дискриминации, стигматизации и упреков, с которыми может столкнуться любой ВИЧ-инфицированный человек, особенно беременная женщина, все большее значение приобретает гарантированное соблюдение конфиденциальности. Многие женщины просто не знают, а следовательно, не могут быть уверены в том, что любая информация об их здоровье является конфиденциальной. В свою очередь, и медицинский работник должен знать, что разглашение врачебной тайны уголовно наказуемо* (см. Разд. 11). Передача медицинских документов, содержащих информацию о состоянии здоровья пациента, в другие лечебные учреждения в соответствии с требованиями организации медицинской помощи, не является разглашением врачебной тайны.

* Университет им. Джонса Хопкинса – одно из ведущих учебных заведений Соединенных Штатов Америки. Центр коммуникативных программ университета, обладая уникальным опытом разработки и внедрения коммуникативных программ по вопросам здоровья и здорового образа жизни, является признанными мировым лидером в области общественного здравоохранения.

* Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. №5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.).

Очень часто беседа с беременной, прошедшей первый раз на прием, ограничивается «сбором анамнеза» и заполнением определенных граф в амбулаторной карте. Создание атмосферы взаимопонимания и искренней заинтересованности является основным принципом консультирования, причем это относится не только к лечащему врачу, но и ко всему персоналу лечебного учреждения. Необходимо правильно задавать вопросы, чтобы помочь женщине сформулировать все проблемы, которые ее тревожат, узнать о степени ее осведомленности по вопросам беременности, родов, а также ВИЧ-инфекции и других ИППП. Задавая вопросы, необходимо выяснить, какие обстоятельства могут повлиять на решение женщины сохранить беременность.

Во время дотестового консультирования врач предоставляет женщине основную информацию о ВИЧ, о том, какие результаты может дать тест на антитела, о последствиях инфицирования для нее и ребенка; рассказывает о методах профилактики инфицирования ребенка и об их эффективности.

Промежуток между проведением тестирования и получением готового результата должен быть, по возможности, коротким, поскольку женщина волнуется.

При послетестовом консультировании в случае отрицательного результата необходимо объяснить важность повторного обследования (из-за периода серонегативного «окна»), а также дать рекомендации о методах профилактики возможного инфицирования. В случае положительного результата необходимо объяснить разницу между ВИЧ-инфицированием и СПИДом, рассказать о риске и о методах профилактики передачи ВИЧ ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания, а также о перспективах. Необходимо оказать психологическую поддержку – помочь преодолеть тревогу и страх. Не следует настаивать на немедленном принятии решения, так как женщина в данной ситуации не способна адекватно воспринимать информацию и действовать рационально.

Медицинский работник не берет на себя принятие решений. Смысл консультирования заключается в том, чтобы предоставить женщине информацию и поддержку и тем самым помочь ей принять решение самосто-

ятельно (или при поддержке членов семьи, сексуального партнера). Для принятия информированного решения о сохранении или прерывании беременности, а, в случае сохранения, о проведении профилактического лечения, ВИЧ-инфицированным женщинам следует рассказать о возможности существенного снижения риска инфицирования плода и новорожденного при раннем начале химиотерапии.

Нередко медицинские работники навязывают прерывание беременности ВИЧ-инфицированной женщине, что напрямую связано с недостаточными знаниями не только особенностей ВИЧ-инфекции и принципов консультирования, но и основных положений российского законодательства. Медицинским работникам следует отдавать себе отчет в том, что предложение о прерывании беременности никогда не должно граничить с принуждением, а также в том, что все женщины, независимо от их ВИЧ-статуса, вправе сами решать, как будет складываться их репродуктивная жизнь.

Если будущая мать ВИЧ-положительна, очень высоки шансы того, что ее сексуальный партнер также ВИЧ-положителен. В этом случае необходимо обсудить с женщиной возможность его тестирования. В случае, если отец ВИЧ-положителен, а мать ВИЧ-отрицательна, матери следует объяснить необходимость проведения повторного тестирования через 3 месяца после первого, так как при первичном обследовании в крови уже инфицированной женщины еще могут отсутствовать антитела.

Наиболее частые ошибки при консультировании:

- попытка контролировать, а не поощрять выражение клиентом его чувств и потребностей;
- осуждение, свидетельством которого становятся высказывания, отражающие несоответствие систем ценностей клиента и консультанта;
- морализаторство, назидание и покровительственный тон – попытка либо объяснить людям, как им следует себя вести, либо управлять их жизнью;
- навешивание ярлыков вместо попытки понять мотивации человека, его страхи и беспокойства;

- бесосновательное разубеждение – попытка навязать неуместный оптимизм, упрощая видение проблемы пациентом;
- неприятие чувств пациента – утверждение, что эти чувства должны быть другими;
- попытка дать совет до того, как пациент получил достаточно информации или времени, чтобы прийти к собственному решению;
- допрос – использование вопросов обвинительного характера (вопрос «почему» может восприниматься как обвинительный);
- поощрение зависимости – увеличение потребности пациента в продолжающейся помощи консультанта;
- попытка путем лести или обмана убедить пациента принять новую форму поведения.

5.

Профилактика передачи ВИЧ от матери плоду в антенатальном периоде

Если ВИЧ-инфицированная женщина принимает решение сохранить беременность, перед медицинским персоналом встает задача не только поддержать здоровье самой беременной, но и максимально способствовать рождению здорового ребенка.

Если при обследовании женщины во время беременности установлено наличие ВИЧ-инфекции, ведение беременной проводится совместно специалистами территориального Центра ВИЧ/СПИДа и акушером-гинекологом в женской консультации по месту жительства.

Основные задачи диспансерного наблюдения:

- своевременное обследование беременной на ВИЧ и другие ИППП, проведение до- и послетестового консультирования при соблюдении конфиденциальности;
- наблюдение за течением беременности, оказание медицинской помощи в полном объеме;
- проведение эффективной профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- оказание социально-психологической поддержки.

При наблюдении во время беременности рекомендуется избегать любых инвазивных процедур, в ходе которых нарушается целостность кожных покровов, слизистых, увеличивается возможность контакта плода с кровью матери (амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и др.)

Химиопрофилактику в период беременности назначает врач Центра ВИЧ/СПИДа. Перед назначением химиопрофилактики проводится консультирование женщины, во время которого особое внимание уделяется вопросам эффективности назначенных препаратов, а также вероятности побочных эффектов. Профилактическое лечение (химиопрофилактика) назначается не ранее 14-ой недели беременности после консультирования женщины и при наличии ее письменного информированного согласия. При более поздних сроках беременности химиопрофилактика назначается с момента определения ВИЧ-инфицирования.

- Схема №1: **азидотимидин (тимазид, ретровир)** per os по 0,2 г три раза в день (суточная доза 0,6 г) в течение всей беременности.
- Схема №2: **фосфазид (никавир)** per os по 0,2 г каждые 8 часов – три раза в день

(суточная доза 0,6 г) – ежедневно в течение всей беременности. (см. Приложение № 1). В настоящее время существует достаточно доказательных данных, свидетельствующих о том, что применение азидотимидина (зидовудина) статистически значимо снижает частоту передачи ВИЧ-инфекции детям; использование азидотимидина (зидовудина) по сравнению с невирапином (вирамун) статистически более эффективно для профилактики передачи ВИЧ ребенку; длительный курс азидотимидина (зидовудина) во время беременности более эффективен, чем короткий.

При назначении антиретровирусной терапии необходимо учитывать приверженность пациентки к терапии. Это означает, что в течение оговоренного периода времени беременная вовремя принимает лекарство в не-

обходимой, предписанной врачом дозе, а также соблюдает рекомендации по диете. Каждый акушер-гинеколог, наблюдающий беременную, должен знать об особенностях консультирования при назначении беременной женщине антиретровирусной терапии. Важность соблюдения режима терапии следует подробно оговорить до того, как лечение будет назначено. Если из-за недостаточной дозы, нарушенного всасывания или несоблюдения режима терапии сывороточная концентрация препарата не достигает терапевтической, очень быстро возникает устойчивость (резистентность) к антиретровирусным препаратам. При наблюдении беременной следует учитывать возможность побочных эффектов, которые проявляются генерализованной липодистрофией, дислипопroteinемией, нарушением толерантности к глюкозе, остеопенией и т.д.

6.

Профилактика передачи ВИЧ от матери плоду в интранатальном периоде

Основная доля случаев передачи инфекции приходится на период родов (60–85%), тогда как случаи инфицирования в раннем периоде беременности встречаются реже; в третьем триместре риск инфицирования составляет 15–25%. Ведение родов у ВИЧ-инфицированной женщины имеет свои особенности, так как, по мнению большинства исследователей, ВИЧ-инфицированные новорожденные в основном заражаются во время родового акта. Продолжительность родового акта более 12 часов, безводный промежуток, длящийся более 4 часов, а также плацентарная недостаточность повышают риск передачи вируса ребенку. Риск возрастает также в случае развития хориоамнионита, что часто обусловлено наличием ИППП (сифилис, гонорея, хламидиоз,

генитальный герпес). Рекомендуется ведение родов с исключением амниотомии, а также эпизиотомии и перинеотомии, которые проводятся с целью профилактики растяжения тазового дна, разрыва промежности, родовой травмы. Следует отметить, что операция рассечения промежности нередко проводится без серьезных показаний, с профилактической целью. Важно помнить, что большинство родов можно успешно провести без перинео- и эпизиотомии.

При консервативном ведении родов на всем протяжении родового акта проводится санация родовых путей 0,25%-ным водным раствором хлоргексидина, хотя в настоящее время имеющихся данных недостаточно, чтобы судить об эффективности этой методики. Родовозбуждение и родостимуляцию

следует проводить только по строгим показаниям, когда невозможно оперативное родоразрешение. Такие способы родоразрешения, как акушерские щипцы, вакуум-экстракция, противопоказаны, так как увеличивают вероятность инфицирования.

Вопрос о тактике родоразрешения ВИЧ-инфицированной женщины до сих пор остается открытым и на сегодняшний день решается в каждом случае индивидуально, в зависимости от акушерской ситуации. С одной стороны, операция кесарева сечения позволяет ощутимо снизить риск передачи ВИЧ-инфекции, с другой – потенциальные преимущества кесарева сечения следует сопоставлять с риском оперативного вмешательства. Плановое гемостатическое кесарево сечение (до разрыва плодных оболочек) уменьшает риск передачи ВИЧ на 50%, однако кесарево сечение, выполненное по экстренным показаниям после отхождения околоплодных вод, не снижает риск заражения ребенка.

Техника гемостатического кесарева сечения как новый метод родовспоможения для ВИЧ-инфицированных рожениц был предложен М.Песареси с соавторами (2000 г.). Во время операции удается полностью изолировать новорожденного от организма матери благодаря сохранению целостности плодного пузыря и бескровному рассечению матки, тем самым избежав контаминации кожных покровов и слизистых оболочек новорожденного инфицированной кровью матери.

При проведении гемостатического кесарева сечения используются две пары перчаток; смена загрязненных кровью перчаток во время операции проводится перед вскрытием плодного пузыря. Всемирная Организация Здравоохранения рекомендует проводить плановое кесарево сечение в сроке беременности 38 и более недель, однако, по возможности, следует определять вирусную нагрузку: если этот показатель ниже 1000 копий/мл, роды можно вести консервативно. В последние годы использование комбинированной антиретровирусной терапии, приверженность пациентки к такой терапии и постоянный прием препаратов существенно снижают вероятность инфицирования ребенка и позволяют рекомендовать родоразрешение через естественные родовые пути.

Если ВИЧ-инфицирование установлено до или во время беременности, при поступлении женщины в родильный дом профилактическое лечение, начатое во время беременности **азидотимидином (ретровиром)** или **фосфазидом**, продолжается по прежней схеме с добавлением **невирапина (вирамун)** – 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности.

Если ВИЧ-инфицирование выявлено во время родов, профилактическое лечение роженице назначает и проводит акушер-гинеколог по двум основным схемам:

- Схема №1: **азидотимидин (ретровир)** в/в струйно 0,002 г (0,2 мл)/кг веса в течение первого часа родов, затем до момента пересечения пуповины 0,001 г (0,1 мл)/кг веса/час.
- Схема №2: **невирапин (вирамун)** 1 таблетка (0,2 г) per os однократно с началом родовой деятельности, в случае затяжных родов – повторить через 12 часов.

При невозможности проведения обследования химиопрофилактика женщине и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям. Каждый родильный дом должен быть обеспечен противовирусными препаратами для проведения химиопрофилактики.

ВИЧ-положительных женщин беспокоит не только вероятность передачи инфекции ребенку, но и возможная перспектива стать объектом негативного отношения со стороны врачей и сестринского персонала, а также неопределенность будущего. Основополагающий принцип в организации ухода за ВИЧ-инфицированными женщинами в родах заключается в том, чтобы медработники не только оказали им необходимую медицинскую и акушерскую помощь, но и окружили заботой.

Матерям должна быть предоставлена информация о том, как ухаживать за детьми, о факторах риска и преимуществах, связанных с выбором конкретного варианта вскармливания ребенка. Перед выпиской из родильного дома с женщиной должна быть проведена беседа о методах контрацепции, включая использование презервативов.

7. Общие рекомендации по уходу за детьми, рожденными у ВИЧ-инфицированных матерей

Поскольку ВИЧ-инфицирование плода происходит чаще в интранатальном периоде, следование приведенным ниже рекомендациям уменьшает вероятность заражения ребенка при рождении.

- Сразу после рождения ребенка необходимо, насколько возможно, сократить его контакты с кровью и влагалищными выделениями матери.
- Во избежание разбрызгивания крови, пересечение пуповины следует выполнять, предварительно наложив поверх ножниц небольшую марлевую салфетку.
- Все манипуляции с новорожденным, независимо от ВИЧ-статуса матери, должны проводиться в перчатках до тех пор, пока не будут удалены материнская кровь, околоплодные воды, влагалищный секрет, первородная смазка.
- Всем новорожденным в послеродовом периоде, независимо от ВИЧ-статуса, следует обеспечить необходимый температурный режим и проведение профилактики гипотермии.
- Для удаления материнской крови и биологических жидкостей сразу после рождения ребенка его необходимо насухо вытереть у постели матери с помощью полотенца, пеленки или хирургической салфетки. Допускается также мытье новорожденного в теплом водном растворе 0,25%-ного хлоргексидина.
- Отсасывание содержимого из полости рта и носа новорожденного с помощью назогастрального зонда не проводится, за исключением тех случаев, когда имеет место густое меконийное окрашивание околоплодных вод. Рекомендуется использовать механический отсос (при давлении ниже 100 мм ртутного столба) с одноразовыми катетерами соответствующего размера или с резиновой грушей. Не следует использовать приспособление для отсасывания содержимого с помощью рта (отсос De Lee).
- Для профилактики бленнореи новорожденных обработку глаз рекомендуется проводить эритромициновой или тетрациклиновой глазной мазью или 1%-ным раствором нитрата серебра.
- Новорожденного не прикладывают к груди и не кормят материнским молоком. Решение об отказе от кормления грудью женщина должна принимать сама, однако уже в женской консультации ей необходимо убедительно объяснить, что грудное вскармливание в два раза повышает вероятность инфицирования ребенка ВИЧ. Необходимо также дать основную информацию о смесях для искусственного вскармливания и о возможности предоставления бесплатного питания детям до года (такие социальные льготы существуют во многих регионах России). Кроме того, следует заранее позаботиться о наличии в детском отделении адаптированной искусственной смеси для такого новорожденного. Даже если мать приняла решение отказаться от грудного вскармливания, ребенка следует положить на ее тело для контакта «кожа к коже».
- Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции у новорожденного, родившегося у ВИЧ-инфицированной матери, проводится независимо от того, получала мать во время беременности и родов химиопрепараты или нет. Антитретровирусные препараты новорожденному назначает врач-неонатолог или педиатр с восьмого часа жизни, но не позднее 72 часов жизни. В случае более позднего назначения (после 72 часов жизни) эффективность профилактического действия препарата существенно снижается, так как ВИЧ внедряется в ДНК клеток организма ребенка.

- Схема №1: **азидотимидин** (сироп) per os 0,002 г (0,2 мл)/кг каждые 6 часов в течение 6 недель.
- Схема №2: **невиратин** (суспензия) per os 0,002 г (0,2 мл)/кг 1 раз в день в течение 3 дней.

Особенности вакцинации в неонатальном периоде

Профилактика вирусного гепатита В проводится в первые 12 часов жизни ребен-

ка вне зависимости от наличия контактов с гепатитом В. Профилактическая вакцинация против туберкулеза в родильном доме не проводится. Вакцинация вакциной БЦЖ-М проводится детям с отмененным диагнозом «перинатальный контакт по ВИЧ-инфекции» или детям с подтвержденным диагнозом «ВИЧ-инфекция», но при отсутствии иммунодефицита.

8.

Наблюдение за ребенком, рожденным у ВИЧ-инфицированной матери

За детьми, рожденными у ВИЧ-положительных матерей, должно проводиться регулярное последующее наблюдение, которое включает в себя:

- наблюдение специалистами Центра ВИЧ/СПИДа;
- наблюдение в детской поликлинике по месту жительства;
- осмотр специалистами;
- профилактическую вакцинацию, профилактику вторичных заболеваний.

Очень важно при консультировании дать матери исчерпывающие рекомендации по общим принципам ухода за новорожденным. Правильно подобранное питание, температурный режим, уход за кожей, общение с ребенком являются необходимыми условиями его роста и развития.

Несмотря на то, что ребенок может не быть инфицирован ВИЧ, многие врачи и медицинские сестры необоснованно связывают все патологические симптомы или нарушения в его развитии с возможным наличием ВИЧ. Следует подчеркнуть, что у ребенка, рожденного у ВИЧ-инфицированной матери, могут быть самые различ-

ные заболевания и проблемы, не связанные с ВИЧ-инфекцией.

К решению ВИЧ-инфицированных женщин относительно практики вскармливания новорожденного следует относиться с должным вниманием. Искусственное вскармливание является эффективным способом профилактики инфицирования ребенка и по этому вопросу женщина должна получить исчерпывающую информацию. При этом важно правильно подобрать для ребенка искусственное питание, так как это одна из основных проблем, волнующих родителей. Ингредиентный состав большинства современных заменителей грудного молока в значительной степени идентичен, что затрудняет для практического врача выбор оптимальной смеси. С другой стороны, у ребенка могут быть индивидуальные вкусовые пристрастия, а также неожиданные негативные реакции (аллергия или усиление болевого синдрома на фоне дисфункции желудочно-кишечного тракта) на наиболее адаптированные смеси при хорошей переносимости частично адаптированного продукта.

С практической точки зрения это представляет некоторые сложности для врача, для

ребенка и для всей семьи при подборе оптимальной смеси. Критерием может быть только внимательное динамическое наблюдение за ребенком с оценкой его индивидуальных реакций и степени переносимости данного продукта. При выборе смеси необ-

ходимо учитывать соотношение возраста ребенка с видом смеси, степень адаптированности смеси и наличие в ней дополнительных ингредиентов, а также необходимость использования специальных лечебных смесей.

9. Методы диагностики ВИЧ-инфекции у детей

Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей включает серологические методы (иммуноферментный анализ – ИФА, иммунный блоттинг – ИБ), а также вирусологические (выявление р-24 антигена, определение ДНК-ВИЧ методом полимеразной цепной реакции (ПЦР), определение РНК-ВИЧ методом полимеразной цепной реакции, получение культуры вируса).

В организме младенцев, рожденных у ВИЧ-инфицированных матерей, будут выявляться материнские антитела к ВИЧ, поэтому все результаты тестирования на антитела (серологические методы) будут положительными примерно до 15–18-месячного возраста, по истечении которого материнские антитела исчезают. Это означает, что ВИЧ-инфицирование по результатам тестирования на антитела к ВИЧ можно диагностировать только по прошествии данного периода времени.

Порядок обследования детей серологическими методами:

- обследование при рождении, потом каждые 3 месяца до снятия с учета;
- вероятное исключение ВИЧ-инфекции – повторные отрицательные результаты по-

сле 12 месяцев жизни (2 и более при отсутствии гипогаммаглобулинемии и клинических проявлений ВИЧ-инфекции);

- исключение ВИЧ-инфекции – отрицательные результаты после 18 месяцев жизни;
- подтверждение ВИЧ-инфекции – положительные результаты после 18 месяцев жизни.

Поскольку с помощью метода ПЦР фрагменты генома вируса (вирусные капсидные белки) определяются прямым путем, влияние материнских антител не сказывается. При наличии такой методики диагноз можно поставить гораздо раньше (на 2–3-м месяце). Однако это довольно дорогостоящий тест, и на сегодняшний день в повседневной практике он широко не используется.

Порядок обследования детей вирусологическими методами:

- в первые 48 часов жизни;
- в 10–14 дней жизни;
- в 1–2 месяца жизни;
- в 4–6 месяцев жизни.

Исследование вирусной ДНК методом ПЦР в 4–6 месяцев жизни ребенка в 100% случаев позволяет установить факт инфицирования.

10. Пути профилактики ВИЧ–инфицирования медицинского персонала

Нет необходимости в изоляции ВИЧ-инфицированных женщин, равно как и в том, чтобы предпринимать какие-то особые меры предосторожности. Все сотрудники родовспомогательных учреждений должны быть информированы относительно методов профилактики профессионального заражения ВИЧ при выполнении своих профессиональных обязанностей ввиду возможного контакта с кровью и другими биологическими жидкостями организма. Тем не менее, как при проведении операции кесарева сечения, так и при ведении родов через естественные родовые пути в одинаковой степени возможно возникновение так называемых «аварийных ситуаций» (попадание крови на слизистую, укол, порез и т.д.) с риском профессионального заражения. Соблюдение всех мер защиты в повседневной медицинской практике и своевременно проведенные профилактические мероприятия при возникновении «аварийных» ситуаций снижают вероятность инфицирования персонала до нуля.

Общепринятые меры предосторожности, направленные на снижение риска передачи ВИЧ и прочих инфекций, должны предприниматься при ведении всех случаев, независимо от ВИЧ-статуса пациентов.

В ходе немногочисленных исследований было установлено, что риск передачи ВИЧ через поврежденную кожу составляет 0,32%, при попадании инфицированного биологического материала на неповрежденную кожу и слизистые – 0,03%.

Несмотря на то, что риску профессионального инфицирования подвержены медицинские работники, которые соприкасаются с кровью и ее компонентами, правила профилактики профессионального заражения распространяются на все лечебно-профилактические учреждения, независимо от их профиля. Основная задача – свести

к минимуму возможность загрязнения кожи и слизистых. С другой стороны, обработка рук требуется для защиты пациента от инфицирования патогенной флорой, которая может присутствовать на коже. Интактная кожа – лучший защитный барьер, а перчатки как важный компонент системы универсальных мер предосторожности создают дополнительную защиту, снижая риск:

- профессионального заражения при контакте с пациентами или биологическими жидкостями;
- контаминации персонала транзиторными возбудителями и последующей их передачи пациентам;
- заражения пациентов микробами, являющимися частью резидентной флоры рук медицинского персонала.

Вне зависимости от наличия ВИЧ-инфекции, мытье рук и использование перчаток обязательны:

- При всех акушерско-гинекологических манипуляциях (влагалищных осмотрах, приеме родов, ручном обследовании полости матки), когда не исключена вероятность кровотечения или выделения биологических жидкостей. Для удаления плаценты вручную используют перчатки с большими обшлагами.
- При уходе за новорожденными в первые сутки жизни.
- При хирургических вмешательствах, обработке любых раневых и открытых поверхностей, при проведении внутривенных, внутриартериальных, внутрисуставных и эндолумбальных пункций.
- При уходе за инфекционными больными и пациентами с нарушением иммунитета.
- При изготовлении лекарственных средств.
- При изготовлении питания.
- При контакте с загрязненным оборудованием и биологическими жидкостями.

Для соблюдения стерильности при проведении хирургических манипуляций необходимо использовать только одноразовые стерильные перчатки. Использование многоразовых перчаток для предотвращения попадания биологических жидкостей на кожу рук допустимо только при тех манипуляциях, где не соблюдается стерильность. При замачивании и дезинфекции перчаток увеличиваются «поры» в материале (резина, латекс), что способствует проникновению инфекционных агентов как к больному, так и от больного. Рекомендуется использование, по мере возможности, двойных перчаток при оперативных вмешательствах любого рода. Благодаря этой мере предосторожности значительно уменьшается количество крови, проникающей через перчатки в случае нарушения их целостности.

Использование одноразовых стерильных перчаток не исключает мытья рук. После работы и снятия перчаток необходимо обязательно вымыть руки проточной водой или, при невозможности, обработать тампоном, смоченным спиртосодержащим раствором.

Последовательность действий при мытье рук и использовании перчаток:

1. Снять кольца и другие украшения.
2. Вымыть руки (ладони и нижнюю треть предплечья) с жидким мылом под проточной водой. После этого повторно вымыть с мылом только ладони. Если используется твердое мыло, то с него смываются остатки пены. Твердое мыло необходимо хранить в специальной мыльнице с сеткой, чтобы оно было сухим.
3. После мытья рук нельзя дотрагиваться до крана. Лучше всего, чтобы краны были не закручивающимися, а задвигающимися. В последнем случае кран закрывается локтем. Закручивающиеся краны должен перекрыть кто-то из персонала. Для того чтобы закрыть кран, можно использовать бумажные полотенца.
4. Если невозможно использовать проточную воду, рекомендуется обрабатывать руки ватно-марлевым тампоном, смоченным в 70%-ном растворе спирта, или другими спиртосодержащими растворами.
5. Обсушить руки одноразовым бумажным полотенцем, или сухим чистым тканевым полотенцем, или стерильной сухой ветошью.

6. На сухие руки, вне зависимости от наличия ВИЧ-инфекции, надеть одноразовые стерильные перчатки соответствующего размера.
7. После проведения процедуры руки в перчатках вымыть под проточной водой, затем снять перчатки.
8. Вымыть руки под проточной водой с мылом, обсушить и обработать при необходимости питательным кремом.

Постоянное мытье рук, необходимое для медицинского персонала, нарушает целостность кожного покрова, вызывает сухость, шелушение и вторичное развитие инфекции. В связи с этим рекомендуется пользоваться питательными кремами для защиты естественного кожного покрова.

В случае появления аллергической реакции, которая нередко возникает при пользовании перчатками, необходим специальный подбор перчаток или использование специализированных перчаток с антиаллергической пропиткой.

Важным моментом профилактики профессионального заражения ВИЧ является предотвращение травм при манипуляциях с режущими и колющими инструментами (иглы, скальпель, ножницы, зажимы и др.); открывая бутылки, флаконы, пробирки с кровью, следует избегать порезов, уколов. Передача всех острых инструментов при операции должна осуществляться не из рук в руки, а через столик (инструментосборник). Необходимо использовать иглодержатели и исключить из практики такую манипуляцию, как надевание иглы на шприц пальцами рук (колпачок от использованной иглы следует положить на стол и в таком положении поместить в него иглу).

При появлении кожных ссадин и открытых ран необходимо наложение водонепроницаемых повязок. При приеме родов, в случае выполнения операций кесарева сечения или участия в операции в качестве ассистента, а также при наложении швов на промежность обязательно использование непроницаемого клеенчатого фартука, защищающего глаза козырька или очков.

При загрязнении рук кровью необходимо немедленно обработать их тампоном, смоченным 3%-ным раствором хлорамина

или 70%-ным раствором спирта, вымыть двукратно теплой водой с мылом и вытереть насухо индивидуальным полотенцем.

При повреждении кожных покровов (чаще всего рук) режущим или колющим инструментом необходимо обработать и снять перчатки, выдавить кровь из ранки, под проточной водой вымыть руки с мылом, обработать их 70%-ным раствором спирта, а рану – 5%-ным раствором йода.

При попадании крови на слизистые глаз необходимо сразу же промыть глаза водой или 1%-ным раствором борной кислоты; при попадании крови на слизистую носа – обработать нос 1%-ным раствором протаргола; при попадании на слизистую рта – обработать полость рта 0,05%-ным раствором марганцево-кислого калия или 1%-ным раствором борной кислоты.

После оценки риска заражения ВИЧ и изучения ВИЧ-статуса пациента необходимо как можно скорее начать химиопрофилактику. Если у медицинского работника, получившего травму, результат тестирования на ВИЧ отрицательный, а у пациента (возможного источника инфекции) – положительный, то медицинскому работнику проводят четырехнедельный курс антиретровирусной профилактики, во время которого отслеживают возможные побочные эффекты. Основной режим включает использование зидовудина в дозе 600 мг/день в 2–3 приема и ламивудина в дозе 150 мг/день в 2 приема. Усиленный режим подразумевает дополнительное к основному применение нельфинавира по 750 мг 3 раза в сутки или криксивана по 800 мг каждые 8 часов.

11.

Правовые вопросы: беременность и ВИЧ; дети, рожденные у ВИЧ- инфицированных матерей

Более 50 лет назад, в 1948 г., Генеральная Ассамблея ООН приняла Всеобщую Декларацию Прав Человека. Все положения этой декларации, безусловно, должны соблюдаться в отношении ВИЧ-инфицированных, включая беременных женщин. Для обеспечения соблюдения прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа необходимо:

- воспитывать у всех людей уважение к правам друг друга, чтобы каждый обращался с другим так, как хотел бы, чтобы обращались с ним/ней;

- обеспечивать каждому человеку доступ к информации и качественному медицинскому обслуживанию;
- помогать людям преодолевать страх, невежество и предрассудки, заставляющие их нарушать права других.

Следует признать, что права людей, живущих с ВИЧ, нарушаются во всем мире, в том числе и в России. Ниже приводятся примеры некоторых из таких нарушений.

Положения Всеобщей Декларации Прав Человека	Возможные нарушения
Право на личную свободу, безопасность и свободу передвижения	Принудительное обследование на ВИЧ, изоляция детей, рожденных у ВИЧ-инфицированных матерей, сегрегация ВИЧ-инфицированных заключенных
Свобода от бесчеловечного или унижающего достоинство обращения	Физическое, эмоциональное и психологическое насилие в отношении ВИЧ-инфицированных женщин Привлечение к участию в медицинских исследованиях без полного информирования и осознанного согласия
Право вступать в брак или близкие отношения, право иметь детей	Принудительное прерывание беременности или стерилизация Принудительное обследование на ВИЧ перед вступлением в брак Принудительное изъятие детей
Право на равный доступ к медицинскому обслуживанию	Отсутствие лекарств, презервативов, стерильных шприцев, необходимой диагностики и лечения Отказ в оказании медицинской помощи людям с ВИЧ, включая отказ в госпитализации Недоступность центров лечения от наркотической зависимости
Просвещение и образование	Отсутствие или недостаточный доступ к информации, которая позволила бы человеку принять информированное решение Отказ в доступе к образованию по причине ВИЧ-статуса
Равная защита закона	Отказ в доступе к правовой помощи или консультации, включая услуги адвоката Принудительное обследование обвиняемых в уголовных преступлениях
Право на личную жизнь	Нарушение конфиденциальности или разглашение диагноза без согласия пациента Обязательная официальная регистрация людей с ВИЧ в органах здравоохранения Выявление половых контактов и оповещение партнеров без согласия пациента Принудительное обследование новорожденных детей
Право на самоопределение	Запрет на создание сообществ ВИЧ-положительных или уязвимых людей Отсутствие доступа к понятной информации, которая давала бы возможность принимать информированные решения
Право на социальное обеспечение и жилище	Отказ в возможности иметь жилище или в доступе к социальным службам Выселение из квартиры на основании ВИЧ-статуса

Федеральный закон «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызванного вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)», принятый в августе 1995 г., является главным российским законодательным актом по ВИЧ/СПИДу, который регулирует широкий круг вопросов, связанных с тестированием

на ВИЧ, конфиденциальностью, антидискриминационными мерами и правами пациентов на медицинское обслуживание. В соответствии с этим законом, российское государство гарантирует ВИЧ-инфицированным гражданам анонимное и конфиденциальное тестирование на ВИЧ, до- и посттестовое консультирование; тщательный

эпидемиологический надзор, а также доступ к бесплатному медицинскому обслуживанию и социальной помощи. Закон обязывает правительство информировать население о развитии эпидемии, разрабатывать и осуществлять обучающие и информационные программы для населения с целью профилактики ВИЧ-инфекции, а также включать вопросы сексуального образования в школьные программы. Закон совершенно четко запрещает дискриминацию людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и констатирует, что ВИЧ-инфицированные граждане имеют все права и свободы, гарантированные Конституцией Российской Федерации, включая право на труд, право на жилище и право на медицинское обслуживание.

Тем не менее, многочисленные факты свидетельствуют о регулярном нарушении сформулированных в законе прав человека, что является не следствием недоработок в существующем законодательстве, а результатом неправильного выполнения Федерального закона о СПИДе, то есть стигматизацией, которая практически всегда приводит к девальвации личности. В общественном сознании стигма, связанная с медицинскими проблемами, обычно ассоциируется с теми болезнями, в которых считаются повинными сами люди. В большинстве случаев стигма, связанная с ВИЧ/СПИДом, развивается на основе сложившихся негативных установок и укрепляет их. В обществе существует мнение, что люди с ВИЧ/СПИДом «заслужили» своим поведением то, что с ними произошло. Зачастую это «дурное поведение» связано с сексом или общественно порицаемой деятельностью, такой как инъекционное употребление наркотиков.

Меры по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, особенно назначение антиретровирусных лекарственных препаратов и отказ от грудного вскармливания, дальнейшее наблюдение за ребенком, делают практически невозможным для ВИЧ-инфицированной женщины сохранить свой ВИЧ-статус в тайне от семьи и более широкого окружения. Если женщины боятся дискриминации и насилия в случае установления факта их ВИЧ-инфицирования, они не

пожелают или не смогут воспользоваться преимуществами, которые им предлагают, для защиты своих детей от инфекции. Особое внимание следует уделять, в частности, развитию непредвзятого отношения к проблеме ВИЧ/СПИДа со стороны медицинского персонала.

Одним из наиболее эффективных путей борьбы с такими явлениями служит информационно-просветительская деятельность. Информационные кампании направлены как на информирование, так и на смягчение и полное уничтожение стигматизации. Это не просто вопрос гуманного отношения к людям, непосредственно затронутым эпидемией ВИЧ. Стигматизация порождает замалчивание и игнорирование проблемы, загоняет ее в «подполье». В результате снижается эффективность всех программ борьбы с ВИЧ. Именно поэтому преодоление стигматизации является одной из задач информационных кампаний по профилактике ВИЧ.

Следует подчеркнуть, что медицинские работники должны принимать самое активное участие в проведении подобных кампаний. Информирование является наиболее очевидным способом увеличения знаний, смягчения отношений и установок, влияния на поведение. Информационные кампании играют важную роль, помогая людям понять необоснованность и несправедливость стигматизации и дискриминации. С их помощью можно изменить отношение отдельных лиц и всего общества к проблеме. В рамках профилактических программ и информационных кампаний важно добиваться того, чтобы любые формы дискриминации осуждались и против них принимались соответствующие меры. Кампания не должна сводиться лишь к регистрации или обозначению проблем; необходимо создавать положительные примеры для подражания и стимулировать позитивные действия.

Общество, в котором широко распространены дискриминация и стигматизация, не может решить проблему распространения ВИЧ-инфекции. Поэтому изменение общественного мнения – необходимая составляющая информационных кампаний и залог успеха всей работы по борьбе с ВИЧ.

Список использованной литературы

1. BBC News World Edition.
2. Chen F, Pau A.K., Piscitelli S.C. Update on preventing vertical transmission of HIV Type 1. *Am J Health-Sist Pharm* 57 (17): 1616–1623, 2000.
3. Family Planning/HIV Integration. Technical Guidance for USAID Supported Field Programs.
4. Medical Advocates for Social Justice. Руководство Службы общественного здравоохранения США по ведению лиц, имевших профессиональный контакт с вирусами гепатита В, С и ВИЧ, и рекомендации по постконтактной профилактике. – *MMWR*: June 29, 2001/50(RR11). – P. 1-42.
5. Recommendation for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant HIV-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-transmission in the USA. CDC 23.06.04
6. September 2003. USAID.
7. Sunday, 16 November, 2003, 12:19 GMT <http://news.bbc.co.uk/2/hi/europe/3274839.stm>
8. UNAIDS. (2002) Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. United Nations Joint Program on HIV/AIDS, Geneva.
9. UNAIDS. (Dec. 2003). AIDS Epidemic Update. United Nations Joint Program on HIV/AIDS, Geneva.
10. UNICEF and WHO. (2002). Young People and HIV/AIDS: Opportunity in Crisis, United Nations Children's Fund, UNAIDS, and World Health Organization.
11. USAID, UNAIDS, WHO and the POLICY Project. (Dec. 2003). The Level of Effort in the national response to HIV/AIDS: The AIDS Program Effort Index (API) 2003 Round.
12. WHO HIV/AIDS Treatment and Care Protocols for countries of the Commonwealth of Independent States. March 2004.
13. Беляева В.В., Покровский В.В., Кравченко А.К. Консультирование при ВИЧ-инфекции: Пособие для врачей. – М., 2003.
14. Бобкова М.Р. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей первого года жизни: Лекция/Заочная академия последипломного образования, 2001. – С. 25–32.
15. ВИЧ-инфекция и СПИД у детей. Диагностика, клиника, лечение и орг. мед. помощи: Рекомендации для врачей/Респ. клинич. инфекц. б-ца, Санкт-Петербург. НИИ эпидемиологии и микробиологии им. Пастера. – СПб, НИИЭМ, 1994. – 72 с.
16. Волминк Дж. Передача вируса иммунодефицита человека от матери ребенку. Поиск данных в мае 2001 г.//Доказательная медицина: Ежегодный справочник. – Вып. 2. – Часть 1. – М.: Медиа Сфера, 2003. – С. 572–583.
17. Воронин Е.Е. ВИЧ-инфекция у детей. Клинико-организационные аспекты: Автореф. дис. д-ра мед. наук. – СПб, 2001.
18. Горшкова Н.В. Клинико-эпидемиологическая характеристика ВИЧ-инфекции у детей с парентеральным путем инфицирования: По данным Волгоградского областного Центра по профилактике и борьбе со СПИД: Автореф. дис. канд. мед. наук: – СПб., 1998. – 24 с.
19. Джонсон М., Филипс А., Уилкинсон Д. ВИЧ-инфекция. Поиск и обновление данных в июле 2001г.//Доказательная медицина: Ежегодный справочник. – Вып. 2. – Часть 1. – М.: Медиа Сфера, 2003. – С. 531–543.
20. Запорожан В.Н., Аряев Н.Л., Котова Н.В. и др. ВИЧ-инфекция в перинатологии: Монография: Для врачей акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов, семейных врачей, организаторов здравоохранения, врачей-интернов и студентов/Под ред. В.Н. Запорожана, Н.Л. Аряева. – Київ: »Здоров'я», 2000. – 186 с.
21. Информационные кампании по ВИЧ/СПИДу: Пособие для организатора/Автор-составитель Алексева Е.Г. – Новосибирск: ОЛДЕН, 2003. – 216 с.
22. Козырев О.А. Клинико-иммунологические особенности ВИЧ-инфекции у детей при парентеральном заражении: Автореф. дис. канд. мед. наук. – СПб, 1998. – 20 с.

23. Кулаков В.И., Баранов И.И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку: Учеб. пособие для системы послевузовского проф. образования врачей акушеров-гинекологов, неонатологов, организаторов службы охраны материнства и детства. – М.: ВЕДИ, 2003 – 158 с.
24. Материалы рабочего совещания по разработке подходов к обеспечению комплексным медико-социальным сопровождением ВИЧ-инфицированных детей, матерей и беременных женщин/Москва, 26–27 февраля 2004 г. – М., 1992.
25. На пороге эпидемии. Необходимость неотложных мер в борьбе против СПИДа в России: Доклад рабочей группы США-Россия в борьбе против ВИЧ/СПИДа. – Трансатлантические партнеры против СПИДа, 2003.
26. Новое пособие по консультированию ПОМОГИ/Программа по демографической информации. – Центр коммуникативных программ Университета им. Дж. Хопкинса, 1998. – 32 с.
27. Обзор ситуации по ВИЧ/СПИДу. – Европейское региональное Бюро ВОЗ. – Декабрь 2003 г.
28. Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993 г. № 5487-1 (с изменениями от 2 марта 1998 г., 20 декабря 2000 г., 10 января, 27 февраля, 30 июня 2003 г.).
29. Основы ухода за новорожденным и грудное вскармливание: Руководство Европейского Регионального Бюро Всемирной Организации Здравоохранения, 2002.
30. Перфильева Г.М. Медицинским сестрам все о СПИДе: Учебное пособие. – Москва, 1992.
31. Песареси М., Гермосис С., Терронес С. Гемостатическое кесарево сечение: новый хирургический метод родовспоможения для ВИЧ-инфицированных рожениц. 13-я Международная конференция по СПИДу, Дурбан, Южная Африка, 9–14 июля 2000 г.
32. Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В., Деткова Н.В., Соколова Е.В., Воронин Е.Е., Афонина Л.Ю., Фомин Ю.А., Королева Л.П. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку: Учебное пособие. – Москва, 2003.
33. Попова И.А., Рахманова А.Г., Цинзерлинг В.А., Васильева М.В., Коростылева Ю.Г., Исаева Г.Н. Профилактика перинатального заражения от ВИЧ-инфицированных матерей: предварительные результаты//Педиатрия, № 3. – 2000. – С. 26–58.
34. Приказом Минздрава РФ №292 от 30.07.2001г. «Об использовании иммуноферментных тест-систем для выявления антител к ВИЧ в сыворотке крови человека».
35. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку. Стратегические варианты. – ЮНЭЙДС, 2001. – 23 с.
36. Песареси М., Гермосис С., Терронес С. Гемостатическое кесарево сечение: новый хирургический метод родовспоможения для ВИЧ-инфицированных рожениц. 13-я Международная конференция по СПИДу, Дурбан, Южная Африка, 9–14 июля 2000 г.
37. Рахманова А.Г. Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных. – СПб: НИИХ СПбГУ, 2001. – 163 с.
38. Руководство по адвокации. К Декларации о приверженности делу борьбы с ВИЧ/СПИДом: Специальная сессия по ВИЧ/СПИДу Генеральной Ассамблеи ООН, 2001/Подготовлено Международным советом СПИД-сервисных организаций (ICASO).
39. Руководство по медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам/Под ред. Джин.Р.Андерсен. Версия 2001 г. – USAID, АИНА.
40. Самое необходимое для позитивной женщины. – Просветительский Центр «ИНФО-Плюс».
41. Справка о ситуации ВИЧ-инфекции на 1 июня 2004 года. «Круглый стол» №3, 2004, с.94–95.
42. Фролов В. Распространение ВИЧ/СПИДа в России: Угроза национальной безопасности страны. – М., 2003.
43. Харит С.М., Ким О.А., Лянко Л.М., Лакоткина Е.А., Виноградова Е.Н. Иммунизация детей от ВИЧ-инфицированных матерей [Электронный ресурс]: <http://www.epid.ru/docs/evdoc8.html>
44. Шах Р., Брэдбир К. Женщины и ВИЧ-инфекция – состояние проблемы десять лет спустя: Обзорная информация//ИППП, № 6. – 2000. – С.12–18.
45. Энкин М., Кейрс М., Ренфрью М., Нейлсон Д. Руководство по эффективной помощи при беременности и родах. – СПб.: Петрополис, 2003. – С. 477.

ПРИЛОЖЕНИЕ

ПРИКАЗ от 19 декабря 2003 г. № 606
Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции
от матери ребенку и образца информированного согласия
на проведение химиопрофилактики ВИЧ

В целях обеспечения наиболее эффективного противодействия распространению ВИЧ-инфекции в Российской Федерации среди целевых групп населения и усиления мероприятий по предотвращению передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности

ПРИКАЗЫВАЮ:

1. Утвердить:

1.1. Инструкцию по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности (Приложение № 1).

1.2. Образец информированного согласия на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному (Приложение № 2).

2. Контроль за выполнением настоящего приказа возложить на Первого заместителя Министра Г.Г. Онищенко

Министр Ю.Л. Шевченко

Приложение № 1
УТВЕРЖДЕНО Приказом Министерства
здравоохранения Российской Федерации
от 19.12.2003 № 606

Инструкция по профилактике передачи ВИЧ-инфекции
от матери ребенку во время беременности, родов
и в период новорожденности

I. Общие положения

1.1. Данная инструкция предназначена для медицинских работников центров по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, службы детства и родо-вспоможения и работников других служб здравоохранения.

1.2. В настоящей инструкции определены этапы, методы и схемы применения отечественных и зарубежных противоретровирусных препаратов при беременности, в родах и в период новорожденности с целью предотвращения передачи ВИЧ от матери к ребенку, а также приведены сведения о диагностических системах и лекарственных препаратах, разрешенных к применению в России.

1.3. Возбудитель ВИЧ-инфекции — Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ) принадлежит к подсемейству лентивирусов семейства ретровирусов. Выделяют два типа вируса — ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Типы ВИЧ подразделяются на субтипы, обозначаемые латинскими буквами.

ВИЧ-инфекция распространена широко и может встречаться повсеместно. Для женщин основными факторами риска заражения являются половые контакты с больными ВИЧ-инфекцией, внутривенное употребление психоактивных веществ, большое количество половых партнеров. Благодаря особенностям передачи, ВИЧ-инфекция поражает преимущественно лиц молодого возраста.

1.4. Источником ВИЧ является зараженный человек во всех стадиях заболевания. Передача ВИЧ происходит при половых контактах, при переливании инфицированной кро-

ви и ее препаратов, при использовании контаминированного ВИЧ медицинского инструментария, от инфицированной матери ребенку во время беременности и родов, а также во время грудного вскармливания от инфицированной женщины ребенку и от инфицированного ребенка кормящей женщине.

ВИЧ циркулирует во внутренних жидкостях организма инфицированного человека в виде вирусной частицы — вириона, содержащего РНК вируса. Вирус поражает преимущественно клетки, несущие на своей поверхности рецептор CD4. Для патогенеза ВИЧ-инфекции важно, что к числу таких клеток относятся CD4 лимфоциты, необходимые для формирования полноценного иммунного ответа, и некоторые клетки нейроглии. Истощение популяции CD4 лимфоцитов приводит к развитию глубокого иммунодефицита и появлению тяжелых оппортунистических заболеваний, приводящих к гибели больного. Поражение нейроглии также может стать причиной угрожающих жизни поражений нервной системы.

1.5. Инкубационный период ВИЧ-инфекции (период от момента заражения до появления клинических проявлений болезни) продолжается от 2 недель до 6 и более месяцев. У 50–70% пациентов через несколько недель или месяцев после заражения наступает длящийся от нескольких дней до 2 месяцев период «острой инфекции». Обычно он проявляется лихорадкой, увеличением лимфатических узлов, стоматитом, пятнистой сыпью, фарингитом, диареей, увеличением селезенки, иногда явлениями энцефалита. Ранние клинические проявления ВИЧ-инфекции, за исключением увеличения лимфатических узлов, проходят, и затем в течение нескольких лет у зараженных лиц нет других клинических признаков ВИЧ-инфекции. Однако в этот период ВИЧ продолжает размножаться и происходит медленное снижение количества CD4-клеток. Когда защитные силы организма достаточно ослабевают, у пациента начинают возникать разнообразные оппортунистические заболевания, тяжесть которых в дальнейшем нарастает по мере снижения количества CD4-клеток. На этом этапе клиническая картина ВИЧ-инфекции определяется клинической картиной развившихся на ее фоне оппортунистических заболеваний.

Средняя продолжительность заболевания от момента заражения ВИЧ-1 до гибели составляет в среднем 13–15 лет. Некоторые больные погибают значительно раньше, отдельные пациенты живут более 20 лет. При заражении ВИЧ-2 заболевание прогрессирует несколько медленнее.

1.6. Диагностика ВИЧ-инфекции осуществляется путем комплексной оценки эпидемиологических данных, результатов клинического обследования и лабораторных исследований.

В настоящее время в России стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в реакции ИФА с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга. В 90–95% случаев заражения антитела к ВИЧ появляются в течение 3-х месяцев после инфицирования, у 5–9% — в период от 3 до 6 месяцев после заражения, а у 0,5–1% — в более поздние сроки (до 1 года). Наиболее ранний срок обнаружения антител — 2 недели от момента заражения. В крови детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, до конца первого года жизни присутствуют материнские антитела, поэтому обнаружение антител к ВИЧ в крови этого ребенка не может служить подтверждением его инфицирования.

В ряде случаев дополнительно применяются более сложные и дорогие методики, основанные на обнаружении самого ВИЧ, его антигенов и генетического материала.

1.7. При значительном распространении ВИЧ-инфекции она может играть существенную роль в заболеваемости и смертности населения. Медицинская помощь заболевшим требует существенных затрат на диагностику и лечение, но заболевание все равно остается неизлечимым. Поэтому наиболее существенными элементами противодействия эпидемии являются профилактические и противоэпидемические мероприятия.

II. Показания и противопоказания к применению метода

2.1. Показаниями для применения метода являются:

– для ВИЧ-инфицированной женщины – беременность сроком более 13 недель или роды;

- для ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери;
- возраст не более 72 часов (3 суток) жизни при отсутствии вскармливания материнским молоком;
- при наличии вскармливания материнским молоком (вне зависимости от его продолжительности) — период не более 72 часов (3 суток) с момента последнего вскармливания материнским молоком.

2.2. Противопоказанием для применения метода является беременность сроком менее 14 недель.

III. Применение метода

3.1. С целью химиопрофилактики могут применяться следующие противоретровирусные препараты:

Препараты		№ Государственной регистрации
Международное название	Торговое название	
Азидотимидин (АЗТ)	Ретровир	П-8-242-N 008440
	Тимазид	№ 2000/54/9
Невирапин	Вирамун	П-8-242-N 011046
Фосфазид (Ф-АЗТ)	Никавир	№ 99/358/4

3.2. Введение в практику методов химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку снижает вероятность заражения ребенка в 3—5 раз.

3.3. С целью проведения профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку всем беременным женщинам, которые планируют сохранить беременность, должно быть предложено тестирование на ВИЧ.

3.4. Следует проводить двукратное тестирование беременных: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании, в третьем триместре беременности (34–36 недель).

3.5. Женщинам, не тестированным на ВИЧ во время беременности, рекомендуется пройти тестирование при госпитализации в акушерский стационар на роды.

3.6. В экстренных ситуациях, при невозможности ожидания результатов стандартного тестирования на ВИЧ, решение о проведении химиопрофилактики принимается при обнаружении антител к ВИЧ с помощью экспресс тест-систем, разрешенных Минздравом России. Однако для установления женщине диагноза ВИЧ-инфекции результатов, полученных только с помощью экспресс теста, недостаточно — необходимо подтверждение диагноза методом ИФА и иммунного блоттинга.

3.7. Тестирование сопровождается консультированием, которое состоит из до- и послетестовых частей. Консультирование должно проводиться специалистами, прошедшими соответствующую подготовку. При дотестовом консультировании, помимо стандартных вопросов, задаваемых при любом тестировании на ВИЧ (что такое ВИЧ-инфекция, как можно предупредить заражение ВИЧ, для чего проводится тест, какие могут быть результаты тестирования), с беременной женщиной должны обсуждаться специфические вопросы:

- риск передачи ВИЧ ребенку в период беременности, родов и при грудном вскармливании;
- возможность проведения профилактики передачи ВИЧ ребенку;
- возможные исходы беременности;
- необходимость последующего наблюдения матери и ребенка;
- возможность информирования о результатах теста полового партнера (партнеров), родственников.

Во время послетестового консультирования необходимо повторить информацию, предоставляемую пациентке до тестирования. При послетестовом консультировании беременных, оказавшихся ВИЧ-инфицированными, следует более подробно остановиться на во-

просах взаимосвязи ВИЧ и беременности, риска передачи ВИЧ от матери ребенку и методах его предупреждения, вскармливания новорожденного, диагностики ВИЧ у ребенка, вопросах репродуктивного поведения женщины.

VI. Особенности диспансерного наблюдения и родоразрешения беременных с ВИЧ-инфекцией

4.1. Беременные женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции наблюдаются совместно инфекционистом территориального Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями (далее — Центр ВИЧ/СПИД) и акушером-гинекологом (в зависимости от условий каждой административной территории — в Центре ВИЧ/СПИД, в женской консультации по месту жительства, в специализированной женской консультации или в условиях специализированного приема и т.д.).

4.2. В период диспансерного наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной и родов рекомендуется избегать любой процедуры, при которой нарушается целостность кожных покровов, слизистых или увеличивается возможность контакта плода с кровью матери (амниоцентез, взятие проб ворсин хориона и т.д.).

4.3. Во время родов нежелателен длительный безводный период (более 4 часов), так как риск инфицирования ребенка, по данным исследований, увеличивается в 2 раза. При ведении родов через естественные родовые пути рекомендуется обработка влагалища 0,25% водным раствором хлоргексидина при поступлении на роды (при первом влагалищном исследовании), а при наличии кольпита — при каждом последующем влагалищном исследовании. Новорожденному ребенку проводится гигиеническая ванна с 0,25% раствором хлоргексидина (50 мл 0,25% раствора хлоргексидина на 10 литров воды).

4.4. Все акушерские манипуляции (процедуры) должны быть строго обоснованы. При живом плоде не рекомендуются родовозбуждение, родоусиление, перинео(эпизио)томия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, и т.д. Все эти процедуры повышают риск инфицирования плода и их назначение возможно лишь по жизненным показаниям.

4.5. Плановое кесарево сечение до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод (по достижении 38 недели беременности) предотвращает контакт плода с инфицированными секретами материнского организма и поэтому может являться методом профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку. При невозможности проведения химиопрофилактики плановое кесарево сечение может использоваться как самостоятельный метод профилактики в родах. Вместе с тем, ВИЧ-инфекция не является абсолютным показанием к кесареву сечению. Решение о способе родоразрешения принимается в индивидуальном порядке, учитывая интересы матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от вероятного снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с риском возникновения осложнений после операции (патологической кровопотери и развития септических осложнений).

V. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

5.1. Передача ВИЧ от матери ребенку возможна во время беременности, особенно на поздних сроках (15–25% от числа случаев заражения ребенка), во время родов (60–85%) и вскармливания молоком матери (12–25%). Риск инфицирования ребенка повышается, если мать была заражена в течение шести месяцев перед наступлением беременности или в период беременности, а также если беременность наступила на поздних стадиях ВИЧ-инфекции (стадия 4Б — 4В по Российской классификации ВИЧ-инфекции).

5.2. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку включает в себя:

- Химиопрофилактику в период беременности;
- Химиопрофилактику в период родов;
- Химиопрофилактику новорожденному;

Наиболее успешные результаты имеют место при проведении всех трех компонентов химиопрофилактики. Однако если какой-либо из компонентов химиопрофилактики провести не удастся, это не является основанием для отказа от следующего этапа.

5.3. Перед назначением химиопрофилактики врачом, назначающим ее, с женщиной проводится беседа (консультирование), в ходе которой беременную информируют о целях химиопрофилактики, разъясняется вероятность рождения ВИЧ-инфицированного ребенка при проведении профилактики или отказе от нее, дается информация о возможных побочных эффектах от применяемых препаратов. Пациентке предлагается подписать информированное согласие на проведение химиопрофилактики.

5.4. Если в период беременности ВИЧ-инфицированная женщина находится на диспансерном наблюдении по беременности, химиопрофилактику ей назначает врач инфекционист Центра ВИЧ/СПИД или врач-инфекционист ЛПУ (в зависимости от условий территорий), которые дают рекомендации по проведению химиопрофилактики во время родов (ее проводит врач акушер-гинеколог, ведущий роды) и новорожденному (ее назначает врач неонатолог или педиатр).

Если ВИЧ-инфицирование выявлено в период родов, химиопрофилактику роженице назначает и проводит врач акушер-гинеколог, ведущий роды (смотри схему), а новорожденному ребенку — врач неонатолог или педиатр (смотри схему).

5.5. Для предотвращения инфицирования новорожденного следует детей, родившихся от ВИЧ-инфицированной женщины, не прикладывать к груди и не кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание.

5.6. Применение полноценной химиопрофилактики на всех трех этапах значительно снижает риск заражения ребенка — с 28-50% до 3-8%. Такая эффективность при достаточной безопасности для матери и плода доказана лишь для схем с применением азидотимидина и/или невирапина.

5.7. Если у больной в период беременности имеются показания к назначению противоретровирусной терапии, она должна назначаться с учетом необходимости профилактики передачи ВИЧ от матери плоду и максимальной безопасности для плода — раздел «Особенности проведения противоретровирусной терапии у беременных».

VI. Препараты, применяемые для химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

6.1. Азидотимидин (Zidovudine, Зидовудин, AZT, AZT, ZDV) — противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, нуклеозидных аналогов.

Коммерческие названия: Тимазид — капсулы по 0,1 г; Ретровир — капсулы по 0,1 и 0,3 г; Ретровир раствор для в/в введения (флаконы по 20 мл раствора — 0,01 г/мл, 0,2 г AZT во флаконе); Ретровир — сироп для детей (флаконы по 200 мл, 0,01 г/мл, 2 г AZT во флаконе).

Основные осложнения, возникающие при применении препаратов AZT — тошнота (наиболее частое осложнение), анемия, гранулоцитопения. Редкое, но наиболее тяжелое осложнение — лактоацидоз.

Препараты AZT не рекомендуется применять совместно с фосфазидом (Ф-A3T) и ставудином (d4T), так как они взаимно снижают эффективность.

6.2. Фосфазид (Ф-A3T, Phosphazide) — противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, нуклеозидных аналогов. Является фосфорилированным производным азидотимидина.

Коммерческое название Никавир, форма выпуска — таблетки по 0,2 г. Основное осложнение — тошнота.

При применении фосфазида осложнения возникают значительно реже, чем при применении азидотимидина. Может использоваться при непереносимости AZT и при развитии резистентности к нему. Не применяется совместно с AZT и d4T (взаимно снижают эффективность).

6.3. Невирапин (Nevirapine, NVP) — противоретровирусный препарат из группы ингибиторов обратной транскриптазы, не нуклеозидных аналогов.

Коммерческое название Вирамун, лекарственные формы — таблетки по 0,2 г. и суспензия для перорального применения, содержащая по 0,01 г препарата в 1 мл, 240 мл во флаконе.

При применении невирапина наиболее тяжелым осложнением является синдром Стивена-Джонса, поэтому при появлении крапивницы, пятнисто-папулезной сыпи, многоформной эритемы, а особенно при появлении пузырей, отеков, артралгии, лихорадки, конъюнктивита, слабости, высыпаний на слизистых оболочках применение невирапина должно быть немедленно прекращено.

VII. Химиопрофилактика в период беременности

7.1. В данном разделе приводятся схемы химиопрофилактики, применяемые при отсутствии показаний к противоретровирусной терапии. Химиопрофилактика вертикальной передачи ВИЧ начинается при сроке беременности не менее 14 недель (более раннее назначение не рекомендуется из-за возможного тератогенного эффекта). Если ВИЧ-инфекция у беременной была выявлена на более поздних сроках, химиопрофилактика начинается с момента установления диагноза ВИЧ-инфекции, даже если до родов осталось несколько дней.

7.2. Применяемые схемы химиопрофилактики:

Схема № 1 – Азидотимидин (тимазид, ретровир) перорально по 0,2 грамма каждые 8 часов (3 раза в день, суточная доза 0,6г) ежедневно весь период беременности до родов.

Схема № 2 — (может назначаться и при непереносимости схемы № 1) — Фосфазид (никавир) перорально по 0,2 грамма каждые 8 часов (3 раза в день, суточная доза 0,6г) ежедневно весь период беременности до родов.

7.3. При проведении химиопрофилактики проводятся контрольные обследования пациентки, целью которых является консультирование пациентки, оценка «комплаентности» (соблюдения режима лечения), оценка безопасности (выявление побочных эффектов приема препаратов), оценка течения ВИЧ-инфекции, выявление показаний к назначению противоретровирусной терапии. Обследования включает в себя консультирование пациентки, а также ее физикальное и лабораторное обследование.

Первое плановое обследование проводится через две, второе — через четыре недели после начала химиопрофилактики (то есть через две недели после первого обследования), затем — каждые четыре недели.

Поскольку наиболее частым из серьезных осложнений терапии препаратами азидотимидина являются анемия, гранулоцитопения и тромбоцитопения (реже), при каждом контрольном обследовании должен проводиться анализ крови с определением уровня гемоглобина, эритроцитов, тромбоцитов, лейкоцитарной формулы.

7.4. Для оценки эффективности химиопрофилактики и решении вопроса о целесообразности ее корреляции по завершении 4, 8, 12 недель химиопрофилактики, а также за 4 недели до предполагаемого срока родов проводится исследование уровня CD4 лимфоцитов. С этой же целью, через 4 и 12 недель химиопрофилактики и за 4 недели до предполагаемого срока родов рекомендуется провести определение уровня РНК ВИЧ («вирусной нагрузки») в крови.

7.5. При выявлении уровня CD4 лимфоцитов ниже 0,3 млрд/л или «вирусной нагрузки» более 30000 копий в мл рекомендуется повторить эти исследования через две недели и, при получении тех же результатов, начать высокоинтенсивную противоретровирусную терапию. Эту терапию необходимо также начинать по клиническим показаниям при развитии у пациентки вторичных заболеваний, связанных с ВИЧ-инфекцией. Уровень РНК ВИЧ в крови более 30000 копий в мл, выявленный при обследовании за 4 недели до предполагаемого срока родов, является дополнительным показанием к проведению операции кесарева сечения.

VIII. Химиопрофилактика во время родов

8.1. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов проводится с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку и назначается независимо от того, получала или не получала ВИЧ-инфицированная беременная химиопрофилактику во время беременности.

8.2. Если женщина не тестировалась на ВИЧ во время беременности, химиопрофилактика во время родов назначается на основании обнаружения у нее антител к ВИЧ в ре-

зультате тестирования, проведенного в акушерском стационаре (в том числе и с использованием экспресс тестов).

8.3. При невозможности проведения экспресс теста или своевременного получения результатов стандартного теста (ИФА), химиопрофилактика передачи ВИЧ во время родов и новорожденному назначается по эпидемиологическим показаниям (наличие в анамнезе парентерального употребления беременной психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером).

8.4. По эпидемиологическим показаниям даже при отрицательном результате обследования на ВИЧ химиопрофилактика во время родов и новорожденному назначается, если со времени парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель (12 недель — срок от момента заражения до появления антител в крови более чем у 90% лиц, заразившихся ВИЧ).

8.5. Во время родов применяются следующие схемы химиопрофилактики:

Схема № 1 — Азидотимидин (ретровир) в форме раствора для внутривенного введения. Препарат назначается с началом родовой деятельности до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины). В течение первого часа родов он вводится из расчета 0,002 г препарата (0,2 мл раствора) на 1 кг веса пациентки, а затем доза снижается до 0,001 г (0,1 мл) на 1 кг веса пациентки в час.

Схема № 2 — Невирапин (вирамуn) — 1 таблетка (0,2 грамма препарата) перорально однократно с началом родовой деятельности. Если роды продолжаются более 12 часов, необходимо повторить прием препарата в той же дозе. Если пациентка получала в период беременности азидотимидин или фосфазад, прием этого препарата во время родов продолжается по прежней схеме совместно с невирапином.

В мировой практике схема № 1 применяется более длительное время, ее эффективность и безопасность изучена лучше, чем при применении схемы № 2. Однако схема № 2 более дешева и проста в применении. Кроме того, добавление другого препарата (невирапин) к применяемому во время беременности азидотимидину способствует преодолению возможной резистентности к последнему.

8.6. Резервные схемы рекомендуются применять, если, по каким-либо причинам невозможно использовать одну из основных схем.

Схема № 3 — Азидотимидин (ретровир) перорально — 0,3 грамма с началом родовой деятельности, затем по 0,3 грамма каждые 3 часа до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины).

Схема № 4 — Фосфазад (никавир) перорально — 0,6 г с началом родовой деятельности, затем по 0,4 г каждые 4 часа до момента отделения ребенка от матери (пересечения пуповины). Если в период беременности больная получала азидотимидин, его следует отменить, как только начат прием фосфазада.

8.7. Вопрос о необходимости проведения женщине противоретровирусной терапии после родов решается на основании общих показаний.

IX. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции новорожденному

9.1. Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции ребенку, родившемуся от ВИЧ-инфицированной женщины, должна быть назначена независимо от того, проводилась или нет химиопрофилактика матери во время беременности и родов.

9.2. Кроме того, химиопрофилактика новорожденному проводится по эпидемиологическим показаниям, если:

– ВИЧ статус матери неизвестен, но она употребляла парентерально психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером.

– при отрицательном результате обследования матери на ВИЧ в течение последних 12 недель (срок от момента заражения до появления антител в крови более чем у 90% лиц, заразившихся ВИЧ) она парентерально употребляла психоактивные вещества или имела половой контакт с ВИЧ-инфицированным партнером.

9.3. Оптимальное начало химиопрофилактики новорожденному — с восьмого часа жизни ребенка (до этого времени в организме ребенка действует препарат, полученный от матери в период беременности и родов). Более позднее начало химиопрофилактики снижает ее эффективность.

9.4. Если инфицирование ребенка в процессе родов произошло, то в период от 0 до 72 часов жизни ребенка вирус иммунодефицита человека циркулирует в его крови, но, возможно, еще не внедрился в ДНК клеток организма новорожденного. В этом случае заражение еще можно предотвратить. После 72 часов жизни ребенка вирус уже внедрился в ДНК клеток его организма, и предотвратить размножение ВИЧ уже невозможно.

Поэтому начало химиопрофилактики после 72 часов жизни новорожденного, даже если он не кормился молоком матери, нерезультативно.

9.5. Если же ребенок прикладывался к груди матери или кормился ее сцеженным молоком (то есть имел эпидемически значимый контакт по ВИЧ-инфекции уже после рождения), то, вне зависимости от продолжительности вскармливания материнским молоком, следует немедленно прекратить прием материнского молока и начать ребенку химиопрофилактику ВИЧ-инфекции по общепринятой методике (так как есть вероятность, что ребенок еще не успел инфицироваться). Однако если после последнего вскармливания молоком матери прошло более 72 часов, начинать проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку нерезультативно.

9.6. С целью химиопрофилактики ВИЧ-инфекции новорожденному применяются жидкие пероральные формы азидотимидина и/или невирапина.

Схема № 1 Азидотимидин в форме сиропа перорально 0,002 г препарата (что соответствует 0,2 мл сиропа) на 1 кг веса ребенка строго каждые 6 часов в течение 6 недель. Необходимая разовая доза отмеряется с помощью шприца, прилагаемого к флакону. Первый прием препарата проводится через 8 часов после рождения, более позднее назначение менее эффективно. Ежедневно доза препарата пересчитывается в зависимости от веса ребенка. Так, например, при весе ребенка 3500,0 г (3,5 кг) разовая доза сиропа азидотимидина составит 0,7 мл (0,2 мл x 3,5 кг).

Схема № 2 — Невирепин в форме суспензии для перорального приема из расчета по 0,002 г препарата (0,2 мл суспензии) на 1 кг веса ребенка 1 раз в день в течение 3 дней с интервалом в 24 часа. Расчет разовой дозы суспензии невирапина аналогичен расчету разовой дозы сиропа азидотимидина. Первый прием препарата проводится через 8 часов после рождения, более позднее назначение менее эффективно.

Обе эти схемы могут рассматриваться как основные. Схема № 2 имеет преимущество в тех случаях, когда нет достаточной уверенности, что ребенок сможет получать регулярно химиопрофилактику в течение 6 недель.

9.7. С целью профилактики инфицирования новорожденного вирусом иммунодефицита человека через грудное молоко:

– детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, не следует прикладывать к груди и кормить материнским молоком, а сразу же после рождения переводить на искусственное вскармливание.

– детей, родившихся от женщин, не обследованных на ВИЧ, рекомендуется с согласия матери не прикладывать к груди и не вскармливать его сцеженным материнским молоком до получения отрицательного результата обследования матери на ВИЧ (при этом лактация у матери сохраняется — она сцеживает грудь).

9.8. Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, может сниматься с диспансерного учета по ВИЧ-инфекции в возрасте 18 месяцев при одновременном наличии трех следующих условий:

- отрицательный результат исследования на антитела к ВИЧ методом ИФА
- отсутствие гипогаммаглобулинемии
- отсутствие клинических проявлений ВИЧ-инфекции

Х. Особенности проведения противоретровирусной терапии у беременных

10.1. Противоретровирусная терапия, проводимая в период беременности, является одновременно и химиопрофилактикой вертикальной передачи ВИЧ, однако, может потребоваться ее коррекция с учетом действия препаратов на организм беременной и плода.

10.2. При назначении противоретровирусной терапии в период беременности или выявлении беременности у женщины, уже получающей противоретровирусную терапию, проводится ее консультирование с разъяснением возможного влияния лечения или отказа от его проведения на ее состояние и на здоровье будущего ребенка.

10.3. В настоящее время в контролируемых клинических испытаниях на людях при применении противоретровирусных препаратов в первые 12 недель беременности безопасность для плода не доказана ни для одного из этих препаратов. Однако в исследованиях на животных такая безопасность была показана для диданозина (ddI), фосфазида (Ф-АЗТ), ритонавира, саквинавира и нельфинавира. Для остальных препаратов исследования по их безопасности для плода либо не проводились, либо проводятся и не завершены, либо показали наличие такой опасности (азидотимидин, зальцитабин, ифавиренц).

Способность противоретровирусных препаратов проникать через плацентарный барьер значительно варьирует. Она составляет для АЗТ — 85%, для ddC — 30–50%, для ddI — 50%, для d4T — 76%, для ЗТС — 100%, для невирапина — 100%, для индинавира и саквинавира — очень низкая. Для нельфинавира и ифавиренца — не изучено.

10.4. Беременным женщинам и женщинам, планирующим беременность, не следует назначать схемы противоретровирусной терапии, включающие ифавиренц, так как он является наиболее эмбриотоксичным из применяемых ныне противоретровирусных препаратов.

10.5. Назначение беременным женщинам препаратов d4T и ddI не рекомендуется фирмой производителем, так как на фоне приема этих препаратов у беременных описаны случаи развития лактоацидоза (хотя ddI, как указывалась выше, не токсичен для плода).

10.6. Рекомендуется, по возможности, избегать схем, включающих в себя индинавир как препарат, потенциально токсичный для будущего ребенка. Поэтому, если пациентка лечилась индинавиром до беременности, с ее наступлением рекомендуется заменить индинавир на другой ингибитор протеазы.

10.7. Если лечение приходится назначать в первые 14 недель беременности (из-за тяжести состояния беременной), предпочтительнее назначать схемы, включающие Ф-АЗТ как препарат, наименее опасный для плода на этих сроках беременности.

10.8. При наступлении беременности рекомендуется заменить ранее применяемые препараты: АЗТ или d4T на Ф-АЗТ, ddC или ddI на ЗТС, а из ингибиторов протеазы предпочтительнее использовать нельфинавир.

Если по каким-либо причинам невозможна замена АЗТ или d4T на Ф-АЗТ, то для лечения беременных предпочтение отдается АЗТ как препарату, при применении которого доказана способность снижать риск внутриутробного инфицирования плода. Если же по каким-либо причинам (выраженная анемия и/или гранулоцитопения, не позволившие перейти на длительный прием других препаратов), больная продолжает получать d4T вплоть до родов, рекомендуется с началом родовой деятельности осуществлять химиопрофилактику передачи ВИЧ при родах, используя АЗТ (при отсутствии в анамнезе угрожающих жизни побочных реакций на его введение) или невирапин. Прием d4T на весь период приема АЗТ необходимо прекратить, так как они снижают эффективность друг друга.

Поскольку одним из возможных осложнений при приеме препаратов из группы ингибиторов протеазы является развитие гипергликемии, беременным, получающим эти препараты, должно проводиться исследование уровня глюкозы в крови не реже одного раза в две недели. Кроме того, с целью самоконтроля, они должны быть информированы о проявлениях гипергликемии.

Использованные сокращения

AЗТ (AZT)	Азидотимидин (Тимазид, Ретровир, Зидовудин)
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВИЧ-инфекция	Заболевание, вызываемое ВИЧ
ИФА	Иммуноферментный анализ
ПЦР (PCR)	Полимеразная цепная реакция
СПИД	Синдром приобретенного иммунного дефицита
Ф-АЗТ	Фосфазид (Никавир)
BDNA	Реакция «Разветвление ДНК»
DdC	Зальцитабин (Хивид)
DdI	Диданозин (Видекс)
d4T	Ставудин (Зерит)
EFV	Ифавиренц (Efavirenz)
IDV	Индинавир (Криксиван)
NASBA	Реакция «Амплификация на основе полного генома»
NFV	Нельфинавир (Вирасепт)
NVR	Невирапин (Вирамун)
RT PCR	Реакция «Обратная транскрипция — ПЦР»
RTV	Ритонавир (Норвир)
SQV	Саквинавир (Инвираза)
ЗТС	Ламивудин (Эпивир)

**Приложение №2
УТВЕРЖДЕНО
Приказом Министерства
здравоохранения РФ
от 19.12. 2003 № 606**

ОБРАЗЕЦ

Информированное согласие на проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и новорожденному

Я (Фамилия, Имя, Отчество полностью), _____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека.

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов, что я получила информационный листок для больного и ознакомилась с ним.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ) во время беременности и родов.
- назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить их проникновение в организм моего будущего ребенка.
- чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен.

-
- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 8%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастает до 30%.
 - все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России.
 - как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована.
 - если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения.
 - если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения.
 - назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию.
 - после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- Проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы кровь.
- Принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача.
- Сообщать лечащему врачу о всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам.
- Сообщать лечащему врачу о всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов.
- Не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: _____ Дата: _____

Врач _____ Дата: _____
(ФИО, разборчиво)

(подпись)

СПРАВКА
о ситуации ВИЧ-инфекции на 1 июня 2004 года

По данным, предоставленным Российским научно-методическим центром по профилактике и борьбе со СПИДом, на 1 июня 2004 г. всего в России зарегистрировано (с начала учета 01.01.1987 г.) 281 895 ВИЧ-инфицированных. Ниже приводится таблица количества ВИЧ-инфицированных по регионам.

Регион	Количество ВИЧ-инфицированных					Из них больны СПИДом				Код
	всего	детей	число серо+ к ВИЧ детей, рожденных ВИЧ-инфицир. матерями*	из них умерло		всего	детей	из них умерло		
				всего	детей			всего	детей	
Без определенного места жительства	2790	18	7	41	0	4	0	1	0	1100
Республика Башкортостан	3838	149	145	166	9	8	1	7	1	1101
Республика Бурятия	2102	102	92	142	6	9	1	9	1	1102
Республика Дагестан	353	8	1	39	4	14	4	14	4	1103
Кабардино-Балкарская респ.	163	0	0	9	0	4	0	4	0	1104
Республика Калмыкия	154	77	4	64	43	97	60	56	37	1105
Республика Карелия	234	1	1	0	0	0	0	0	0	1106
Республика Коми	524	12	9	33	1	9	0	9	0	1107
Республика Марий Эл	402	28	27	10	0	4	0	4	0	1108
Республика Мордовия	343	1	0	6	0	1	0	1	0	1109
Республика Северная Осетия	314	9	9	13	0	3	0	3	0	1110
Республика Татарстан	5875	59	42	71	2	3	1	3	1	1111
Республика Тыва	15	1	0	1	0	1	0	1	0	1112
Удмуртская республика	2208	105	92	16	0	4	0	4	0	1113
Чечня	392	15	10	8	3	6	4	5	3	1114
Чувашская Республика	470	5	3	33	0	5	0	4	0	1115
Республика Саха (Якутия)	387	3	2	10	0	3	0	3	0	1116
Алтайский край	3127	40	32	101	0	7	0	7	0	1117
Краснодарский край	4567	235	200	11	1	6	1	5	1	1118
Красноярский край	5442	322	302	71	6	1	0	1	0	1119
Приморский край	4976	176	167	25	2	3	0	2	0	1120
Ставропольский край	333	24	8	39	7	19	9	16	6	1121
Хабаровский край	724	24	22	27	0	14	0	13	0	1122
Амурская область	113	2	2	1	0	1	0	1	0	1123
Архангельская область	137	5	3	8	0	3	0	3	0	1124
Астраханская область	175	9	6	16	1	8	1	6	1	1125
Белгородская область	324	20	18	32	1	8	0	8	0	1126
Брянская область	720	28	28	12	0	4	0	4	0	1127
Владимирская область	1334	54	51	3	1	3	0	2	0	1128
Волгоградская область	3956	71	10	117	32	61	37	43	25	1129
Вологодская область	691	11	6	12	0	2	0	2	0	ИЗО
Воронежская область	301	20	20	16	0	11	0	11	0	1131
Нижегородская область	3074	94	82	98	3	13	0	13	0	1132

* Диагноз не установлен. Уточнение диагноза –через 18 месяцев.

Ивановская область	2522	104	56	4	2	2	0	1	0	1133
Иркутская область	17042	1205	961	84	2	4	0	4	0	1134
Калининградская область	4508	257	250	64	3	18	1	14	0	1135
Тверская область	4125	39	30	15	0	4	0	3	0	1136
Калужская область	887	47	45	52	0	4	0	4	0	1137
Камчатская область	53	0	0	0	0	1	0	0	0	1138
Кемеровская область	6299	70	39	118	1	11	0	11	0	1139
Кировская область	165	6	5	9	1	3	0	3	0	1140
Костромская область	727	20	16	29	1	2	0	2	0	1141
Самарская область	20049	853	788	88	11	15	0	10	0	1142
Курганская область	1404	75	73	9	2	0	0	0	0	1143
Курская область	199	5	5	2	0	1	0	1	0	1144
Ленинградская область	7364	127	96	9	0	1	0	1	0	1145
Липецкая область	98	3	3	7	0	2	0	2	0	1146
Магаданская область	41	1	1	1	0	0	0	0	0	1147
Московская область	23973	1056	898	56	2	36	1	20	0	1148
Мурманская область	1255	6	4	37	0	27	0	12	0	1149
Новгородская область	622	18	17	3	0	0	0	0	0	1150
Новосибирская область	669	7	3	13	0	2	0	2	0	1151
Омская область	283	3	3	1	0	0	0	0	0	1152
Оренбургская область	11954	443	395	6	0	0	0	0	0	1153
Орловская область	695	23	22	43	0	9	0	9	0	1154
Пензенская область	737	10	8	39	0	6	0	6	0	1155
Пермская область	5214	21	9	3	0	2	0	2	0	1156
Псковская область	204	0	0	11	0	2	0	1	0	1157
Ростовская область	2903	268	148	145	48	152	65	127	43	1158
Рязанская область	1612	66	66	97	0	12	0	12	0	1159
Саратовская область	6049	22	11	13	0	1	0	1	0	1160
Сахалинская область	90	1	1	1	0	0	0	0	0	1161
Свердловская область	23480	1308	1211	636	24	33	2	25	2	1162
Смоленская область	375	12	9	23	1	7	1	6	1	1163
Тамбовская область	356	6	6	12	0	3	0	2	0	1164
Томская область	742	31	31	36	0	5	0	4	0	1165
Тульская область	3181	129	118	158	2	44	1	21	0	1166
Тюменская область	6331	62	41	221	4	7	0	7	0	1167
Ульяновская область	6133	352	341	211	10	6	0	4	0	1168
Челябинская область	13369	628	589	41	1	4	0	2	0	1169
Читинская область	1432	44	40	4	0	2	0	1	0	1170
Ярославская область	819	23	19	29	2	6	0	6	0	1171
Москва	19787	151	111	238	1	202	0	111	0	1172
Санкт-Петербург	23280	614	543	191	2	18	2	10	0	1173
Республика Ингушетия	438	7	7	14	0	0	0	1	0	1174
Агинский Бурятский АО	5	1	1	0	0	0	0	0	0	1175
Усть-Ордынск. Бурятск. АО	158	5	4	2	0	0	0	0	0	1176
Еврейская АО	22	0	0	1	0	1	0	0	0	1177
Чукотский АО	6	0	0	0	0	0	0	0	0	1178
Таймырский АО	43	2	2	1	0	0	0	0	0	1179
Республика Алтай	50	0	0	1	0	0	0	0	0	1180
Карачаево-Черкесская респ.	37	3	1	3	1	2	1	2	1	1181
Республика Хакассия	107	0	0	2	0	0	0	0	0	1182
Эвенкийский АО	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1183
Корякский АО	3	1	0	1	1	1	1	1	1	1184
Республика Адыгея	120	5	4	0	0	0	0	0	0	1185
Ямало-Ненецкий АО	908	И	8	37	0	3	0	3	0	1187
Ханты-Мансийский АО	8224	39	18	331	1	9	0	9	0	1188
Коми-Пермяцкий АО	15	0	0	0	0	0	0	0	0	1189
Итого:	281 895	9918	8458	4403	245	1009	194	700	128	

Настоящее пособие можно свободно цитировать, воспроизводить частично или полностью, а также переводить при обязательном указании источника.

Пособие нельзя продавать или использовать в коммерческих целях.

Изменения в тексте, дополнительное тиражирование руководства – полное или частичное – не могут быть осуществлены без согласования с проектом «Здоровая Россия 2020».

125009 Москва, Газетный пер., 3-5
тел. (095) 9335854, факс (095) 2298367
[URL: www.fzi.ru](http://www.fzi.ru)
Тираж 6 000 экз.
Распространяется бесплатно