

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку



Общий курс по ППМР Карманный справочник



А·М·С·З



Данный документ переведен и адаптирован Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ) при поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США).

В выпущенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) *Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)* входят:

- Программа и организация курса по ППМР
- Пособие для слушателей
- Пособие для преподавателей
- Карманный справочник
- Комплект слайдов
- Плакаты

Настоящий документ входит в Библиотеку по СПИДу Инфосети «Здоровье Евразии» (www.eurasiahealth.org/aids/eaknl).

Ресурсы «Здоровья Евразии» предоставляются бесплатно и могут свободно распространяться. Электронную версию настоящего документа можно размещать на других сайтах только для некоммерческих целей, без изменения содержания, с обязательным указанием Инфосети «Здоровье Евразии» в качестве источника, уведомлением электронной почтой по адресу library@mail.eurasiahealth.org и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» (www.eurasiahealth.org). Взимать плату за доступ к материалам «Здоровья Евразии» запрещается.

АМСЗ и «Здоровье Евразии» не отвечают за мнения, изложенные в данном документе. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала всецело лежит на читателе. АМСЗ и «Здоровье Евразии» не несут ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с данным документом.

Перевод осуществлён компанией EnRus (<http://www.enrus.ru/>), Москва, 2005 г.

Другие материалы по ВИЧ/СПИДу можно найти на сайте www.eurasiahealth.org/aids/eaknl

Данные для каталогизации изданий в библиотеке ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения.

Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Карманный справочник.

9 модулей в 1 т.

1. Синдром приобретенного иммунодефицита - терапия 2. ВИЧ-инфекция - терапия 3. Передача инфекций, вертикальный путь - профилактика и контроль 4. Грудное вскармливание - неблагоприятные последствия 5. Руководства I. Заглавие.

ISBN 92 4 159201 X

(NLM classification: WC 503.2)

© World Health Organization 2004

Все права защищены. Заказать публикации Всемирной организации здравоохранения можно в Отделе маркетинга и распространения ВОЗ: Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на воспроизведение и перевод публикаций ВОЗ — как в коммерческих, так и некоммерческих целях — просьба направлять в Отдел публикаций ВОЗ: Publications, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Использованные в данной публикации определения и подача материала не отражают взгляды Всемирной организации здравоохранения на юридический статус какой-либо страны, ее территории, города или власти, а также ее внутренние и внешние границы. Границы районов, в расположении которых согласие не вполне достигнуто, на картах нанесены приблизительно и обозначены пунктирной линией.

Упоминание в публикации тех или иных компаний или продуктов не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им большее предпочтение, чем аналогичным компаниям или продуктам, не упомянутым в данной публикации. Во избежание ошибок, названия компаний и патентованных препаратов пишутся с заглавной буквы.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует полноты и правильности содержащейся в настоящем издании информации и не несет ответственности за ущерб, вызванный ее использованием.

Выпущенный ВОЗ и CDC *Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку* включает полный набор пособий для подготовки медицинских работников. Помимо «Карманного справочника», в комплект входят:

- Программа и организация курса по ППМР
- Пособие для слушателей
- Пособие для преподавателей
- Комплект слайдов
- Плакаты
- Компакт-диск с файлами в формате MS[®] Word и Adobe Acrobat[®] к каждому компоненту учебной программы

Содержание

Введение.....	iii
Общие сведения о ВИЧ/СПИДе	1
Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (ВОЗ)	3
Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей (ВОЗ).....	5
Классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная CDC для эпидемиологического надзора.....	6
Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC.....	7
Стигматизация, дискриминация и международные права человека	12
Методы борьбы со стигматизацией и дискриминацией в рамках программ ППМР	13
Основные сведения о ППМР	14
Мероприятия ППМР	16
Антиретровирусная терапия у беременных	17
Антиретровирусная профилактика ПМР	24
Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ- статусом	29
Родовспоможение у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом.....	31
Послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ- статусом	32
Неонатальная помощь детям, рожденным ВИЧ- инфицированными женщинами	33
Рекомендации по вскармливанию	34
Вскармливание при наличии у матери ВИЧ- инфекции	35
Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки.....	42
Алгоритм консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания	45
Уход за молочными железами при кормлении грудью...46	
Кормление из чашки.....	47

Вскармливание в возрасте 6–24 месяцев	48
Службы тестирования на ВИЧ и консультирования	50
Виды тестов на ВИЧ	53
Диагностика ВИЧ-инфекции у младенцев и детей младшего возраста, контактировавших с ВИЧ	56
Навыки консультирования	58
Групповое предтестовое консультирование	59
Консультирование пар	60
Послетестовое консультирование	61
Консультирование и тестирование на ВИЧ в родах	62
Помощь ВИЧ-инфицированной матери после родов	63
Связь с местными службами лечения, помощи и поддержки	64
Профилактика и лечение оппортунистических инфекций	65
Профилактика пневмоцистной пневмонии у взрослых	66
Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза	67
Симптоматическая и паллиативная терапия	68
Лечение, помощь и поддержка для детей, контактировавших с ВИЧ	69
Профилактика пневмоцистной пневмонии у детей	71
Рекомендации ВОЗ по иммунизации	72
Помощь ребенку с выявленной ВИЧ-инфекцией	73
Рекомендации ВОЗ по назначению антиретровирусной терапии детям	74
Безопасная организация труда	75
Снижение риска заражения ВИЧ при оказании акушерской помощи	77
Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте	78
Синдром сгорания у медицинских работников	81
Контроль программы ППМР	83

Введение

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) — это комплекс всесторонних клинических и вспомогательных услуг, ориентированных на семью, который совместно с мероприятиями общественного здравоохранения направлен на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку. Программы ППМР подчеркивают важность осведомленности людей в своем ВИЧ-статусе и сохранения родителями ВИЧ-отрицательного статуса. Консультирование и тестирование на ВИЧ в клиниках дородовой и акушерской помощи способствует раннему выявлению ВИЧ-инфекции. Отделения и клиники данного профиля открывают ВИЧ-инфицированным женщинам путь к всесторонним мероприятиям ППМР, в том числе к АРВ терапии и профилактике, более безопасным методам родоразрешения и консультированию по вопросам вскармливания, а также являются отправной точкой помощи детям, рожденным такими женщинами.

«Карманный справочник» основан на практических сведениях, включенных в **«Пособие для слушателей» комплекта учебно-методических материалов для общего курса по ППМР**, и является справочным пособием для медицинских работников. В нем приведены четкие и краткие инструкции, в которых отражены самые современные рекомендации ВОЗ по предоставлению лечения, помощи и поддержки матерям и семьям, столкнувшимся с ВИЧ-инфекцией или ее угрозой, в условиях ограниченных ресурсов.

Ознакомится с полным перечнем ресурсов, использованных при разработке комплекта учебно-методических материалов для общего курса по ППМР, можно в разделе «Термины и ресурсы» **«Пособия для слушателей»** или **«Пособия для преподавателей»**.

Общие сведения о ВИЧ/СПИДе

ВИЧ — это *вирус иммунодефицита человека*. Этот вирус вызывает СПИД

В — Вирус

И — Иммунодефицита

Ч — Человека

- ВИЧ ослабляет иммунную систему — систему человеческого организма, защищающую его от инфекций и других болезней.
- В результате ослабления иммунной системы организм утрачивает способность сопротивляться болезням, в том числе инфекциям и некоторым онкологическим заболеваниям.

- **ВИЧ-инфицированный** — это человек, в организме которого имеется ВИЧ.
- **ВИЧ-положительный** — это человек, у которого тестирование на ВИЧ дало положительный результат.

СПИД — это *синдром приобретенного иммунодефицита*. СПИД представляет собой самую позднюю стадию ВИЧ-инфекции.

С — Синдром: сочетание симптомов или заболеваний, которые обусловлены ВИЧ-инфекцией

П — Приобретенного: не наследственного происхождения

И — Иммуно-: относящийся к иммунной системе

Д — Дефицита: неспособности защитить организм от болезни.

Типы ВИЧ: ВИЧ-1 и ВИЧ-2

- ВИЧ-1 наиболее распространен.
- Пути передачи обоих типов ВИЧ одинаковы; инфекция, обусловленная любым типом ВИЧ, характеризуется присоединением одних и тех же оппортунистических инфекций и чревата СПИДом.
- ВИЧ-2 менее заразен, период от заражения ВИЧ-2 до появления симптомов ВИЧ-инфекции дольше.
- ВИЧ-2 редко передается от матери ребенку.

Пути передачи ВИЧ

- Половой — при незащищенных половых контактах: вагинальных, оральных и анальных.
- Парентеральный — в частности, при употреблении инъекционных наркотиков.
- Вертикальный (от матери ребенку) — от ВИЧ-инфицированной матери ее ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания.

Основной путь передачи ВИЧ — половой. Чаще всего ВИЧ передается при гетеросексуальных половых контактах.

ВИЧ НЕ передается:

- при кашле и чихании;
- через укусы насекомых;
- через прикосновения и объятия;
- через поцелуй;
- через общественные бани, бассейны и др.;
- при пользовании общественным туалетом;
- при рукопожатии;

- при контактах с ВИЧ-инфицированными на работе или в учебном заведении;
- при пользовании общим телефоном;
- через питьевую воду и еду, а также при приготовлении пищи;
- через общие чашки, стаканы, тарелки и другую утварь.

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (ВОЗ)

Клиническая стадия I
<ul style="list-style-type: none">▪ Бессимптомное течение▪ Генерализованная лимфаденопатия 1 уровень функциональных возможностей: бессимптомное течение, нормальный уровень повседневной активности
Клиническая стадия II
<ul style="list-style-type: none">▪ Потеря веса менее 10% от исходного▪ Легкие поражения кожи и слизистых (себорейный дерматит, зудящие дерматозы, грибковые поражения ногтей, рецидивирующий афтозный стоматит, ангулярный хейлит)▪ Опоясывающий лишай за последние пять лет▪ Рецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит) И/или 2 уровень функциональных возможностей: клинические проявления, нормальный уровень повседневной активности
Клиническая стадия III
<ul style="list-style-type: none">▪ Потеря веса более 10% от исходного▪ Диарея неясной этиологии длительностью более 1 месяца▪ Лихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая) длительностью более 1 месяца▪ Кандидоз полости рта (молочница)▪ Волосистая лейкоплакия рта▪ Туберкулез легких▪ Тяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, гнойный миозит) И/или 3 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели менее 50% дневного времени

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков (ВОЗ)

(продолжение)

Клиническая стадия IV
<ul style="list-style-type: none">▪ ВИЧ-кахексия^a▪ Пневмоцистная пневмония▪ Церебральный токсоплазмоз▪ Криптоспоридиоз с диареей длительностью более 1 месяца▪ Внелегочный криптококкоз▪ Цитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки и лимфатических узлов (например, ретинит)▪ Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов или хроническим (более 1 месяца) поражением кожи и слизистых оболочек▪ Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия▪ Любой диссеминированный эндемический микоз▪ Кандидоз пищевода, трахеи, бронхов или легких▪ Диссеминированная или легочная инфекция, вызванная атипичными микобактериями▪ Сальмонеллезная септицемия (кроме <i>Salmonella typhi</i>)▪ Внелегочный туберкулез▪ Лимфома▪ Саркома Капоши▪ ВИЧ-энцефалопатия^b
<p>И/или 4 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели более 50% дневного времени</p>
<p>^a ВИЧ-кахексия: потеря веса более 10% от исходного и либо хроническая (более 1 месяца) диарея неясной этиологии, либо хроническая слабость в сочетании с длительной (более 1 месяца) лихорадкой неясной этиологии.</p> <p>^b ВИЧ-энцефалопатия: тяжелые когнитивные и/или двигательные расстройства, которые нарушают повседневную активность и прогрессируют в течение недель или месяцев в отсутствие других причин кроме ВИЧ-инфекции.</p>

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей (ВОЗ)

Клиническая стадия I
<ul style="list-style-type: none">▪ Бессимптомное течение▪ Генерализованная лимфаденопатия
Клиническая стадия II
<ul style="list-style-type: none">▪ Хроническая диарея неясной этиологии длительностью более 30 дней▪ Тяжелый хронический или рецидивирующий кандидоз у ребенка старше 28 дней▪ Потеря веса или отставание в физическом развитии неясной этиологии▪ Постоянная лихорадка неясной этиологии длительностью более 30 дней▪ Тяжелые рецидивирующие бактериальные инфекции, за исключением септицемии и менингита (например, остеомиелит, бактериальная — нетуберкулезная — пневмония, абсцессы)
Клиническая стадия III
<ul style="list-style-type: none">▪ Оппортунистические инфекции, включенные в критерии СПИДа▪ Выраженная задержка физического развития неясной этиологии^a▪ Прогрессирующая энцефалопатия▪ Злокачественные новообразования▪ Рецидивирующая септицемия или менингит
<p>^a Упорная потеря веса на >10% исходного или сохранение кривой «вес/рост» на уровне ниже 5-го перцентиля по двум последовательным измерениям, между которыми прошло более месяца при отсутствии других заболеваний.</p>

Классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная CDC для эпидемиологического надзора

Клинические категории			
Категория в зависимости от числа и доли лимфоцитов CD4	А	В	С*
мкл ⁻¹ (%)	Бессимптомная, ПГЛ или острая ВИЧ-инфекция	Наличие проявлений** (не относящихся к категориям А и С)	СПИД-индикаторные заболевания (определены в 1987 г.)
1 >500 мкл ⁻¹ (≥29%)	A1	B1	C1
2 200–499 мкл ⁻¹ (14–28%)	A2	B2	C2
3 <200 мкл ⁻¹ (<14%)	A3	B3	C3
<p>* Всем пациентам, состояние которых соответствует категориям А3, В3, или С1–3, ставится диагноз СПИДа либо на основании наличия патологического состояния, включенного в определение СПИДа (см. таблицу ниже), либо на основании числа CD4 <200 мкл-1.</p> <p>** Симптомы и заболевания, не включенные в категорию С, а) которые обусловлены ВИЧ-инфекцией или свидетельствуют о нарушении клеточного иммунитета, или б) течение которых ухудшается или они хуже поддаются лечению на фоне ВИЧ-инфекции. Примерами патологических состояний, отнесенных к категории В, служат бактериальный ангиоматоз; молочница (кандидоз рта и глотки); стойкий, часто рецидивирующий или плохо поддающийся лечению кандидозный вульвовагинит; дисплазия шейки матки (умеренная или тяжелая); рак шейки матки in situ; общие симптомы, в том числе лихорадка (38,5°C) или диарея >1 месяца; волосистая лейкоплакия полости рта; опоясывающий лишай (не менее двух эпизодов или поражение больше 1 дерматома); идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура; листериоз; воспалительное заболевание органов малого таза (особенно осложненное тубоовариальным абсцессом) и периферическая нейропатия (этими примерами список не исчерпывается).</p>			

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC

Иммунологическая классификация ВИЧ-инфекции по числу и доле лимфоцитов CD4 у детей разного возраста

Иммунологические категории	<12 мес.	1–5 лет	6–12 лет
	мкл ⁻¹ (%)	мкл ⁻¹ (%)	мкл ⁻¹ (%)
Категория 1. Признаки иммунодефицита отсутствуют	≥1500 (>25)	≥1000 (> 25)	≥500 (>25)
Категория 2. Признаки умеренного иммунодефицита	750– 1499 (15–24)	500– 999 (15–24)	200–499 (15–24)
Категория 3. Выраженный иммунодефицит	<750 (<15)	<500 (<15)	<200 (<15)

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей

КАТЕГОРИЯ N: БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых отсутствуют клинические проявления, обусловленные ВИЧ-инфекцией или у которых есть только одно патологическое состояние категории А.

КАТЕГОРИЯ А: ЛЕГКОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых выявлено не менее двух патологических состояний, перечисленных ниже, но нет ни одного состояния категорий В и С.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC *(продолжение)*

- Лимфаденопатия (лимфоузлы >0,5 см в более чем двух областях; симметричное двустороннее увеличение лимфоузлов = одна область)
- Гепатомегалия
- Спленомегалия
- Дерматит
- Паротит
- Рецидивирующие или стойкие инфекции верхних дыхательных путей, синусит или средний отит

КАТЕГОРИЯ В: УМЕРЕННОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых выявлены обусловленные ВИЧ-инфекцией симптомы и заболевания, не отнесенные к категориям А и С.

Примеры состояний и заболеваний категории В (список не полный):

- Анемия (<80 г/л), нейтропения (<1000 мкл-1) и тромбоцитопения (<100 000 мкл-1) сохраняющиеся >30 дней
- Бактериальный менингит, пневмония или сепсис (единичный эпизод)
- Стойкий (>2 месяцев) кандидоз полости рта и глотки (молочница), у детей старше 6 месяцев
- Кардиомиопатия
- Цитомегаловирусная инфекция, развившаяся у новорожденного (в первый месяц жизни ребенка)
- Рецидивирующая или хроническая диарея
- Гепатит
- Рецидивирующий стоматит, вызванный вирусом простого герпеса (более двух эпизодов в течение года)
- Бронхит, пневмония или эзофагит, вызванные вирусом простого герпеса, у новорожденного (в первый месяц жизни)

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC *(продолжение)*

- Опоясывающий лишай (либо не менее двух эпизодов, либо с поражением более одного дерматома)
- Лейомиосаркома
- Лимфоидная интерстициальная пневмония (ЛИП) или гиперплазия легочных лимфоузлов
- Нефропатия
- Нокардиоз
- Стойкая лихорадка (более месяца)
- Токсоплазмоз у новорожденного (в первый месяц жизни)
- Диссеминированная форма ветряной оспы (осложненное течение)

КАТЕГОРИЯ С: ТЯЖЕЛОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Тяжелые бактериальные инфекции, сочетанные или рецидивирующие (т. е. любое сочетание по крайней мере двух инфекционных заболеваний в течение двух лет, диагноз которых был подтвержден результатами посевов), следующих локализаций: септицемия, пневмония, менингит, инфекция костей или суставов, абсцесс внутреннего органа или любой полости организма (за исключением среднего отита, поверхностных абсцессов кожи и слизистых, а также инфекций, связанных с наличием постоянного катетера).

- Кандидоз пищевода или дыхательных путей (bronхов, трахеи, легких).
- Диссеминированный кокцидиоидомикоз (при наличии любого очага инфекции вне шейных и прикорневых лимфоузлов и легочной ткани).
- Внелегочный криптококкоз.
- Криптоспоридиоз или изоспориаз с диареей длительностью более месяца.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC *(продолжение)*

- Цитомегаловирусная инфекция у новорожденного (в течение первого месяца жизни), с поражением любых органов, кроме печени, селезенки или лимфоузлов.
- Энцефалопатия (в отсутствие других заболеваний, способных привести к аналогичным проявлениям), в течение двух и более месяцев наблюдается и прогрессирует по крайней мере один из следующих симптомов: а) задержка психомоторного развития или утрата ранее приобретенных навыков, умственная отсталость (по стандартным шкалам оценки развития или нейропсихологическим тестам); б) задержка развития головного мозга или приобретенная микроцефалия (по данным измерений окружности головы) или атрофия коры головного мозга (детям старше 2 лет показаны регулярные исследования с помощью КТ или МРТ); в) приобретенное симметричное двигательное расстройство, проявляющееся по крайней мере двумя из следующих нарушений: парез, патологические рефлекс, атаксия или нарушения походки.
- Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса: герпетические изъязвления кожи и слизистых, не заживающие в течение месяца, или герпетические бронхит, пневмония, эзофагит любой продолжительности у ребенка старше 1 месяца.
- Диссеминированный гистоплазмоз (с поражением любого органа, кроме легких, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Саркома Капоши.
- Первичная лимфома ЦНС.
- Лимфома Беркитта (лимфома из мелких клеток с нерасщепленными ядрами), или диффузная В-крупноклеточная лимфома (иммуобластная, диффузная гистиоцитарная) или лимфома неизвестного иммунологического фенотипа.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC *(продолжение)*

- Диссеминированный или внелегочный туберкулез, вызванный *Mycobacterium tuberculosis*.
- Диссеминированная микобактериальная инфекция, вызванная *Mycobacterium spp.*, кроме *Mycobacterium tuberculosis* (с поражением любого органа, кроме легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Диссеминированная инфекция, вызванная *Mycobacterium avium-intracellulare* или *Mycobacterium kansasii* (вне легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Пневмоцистная пневмония.
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.
- Рецидивирующая септицемия (кроме *Salmonella typhi*).
- Церебральный токсоплазмоз, развившийся у ребенка старше месяца.
- ВИЧ-кахексия (выраженная задержка физического развития ребенка при отсутствии других заболеваний, которые способны вызывать аналогичные симптомы):
 - а) упорная потеря веса на >10% исходного, ИЛИ
 - б) снижение кривой «вес/возраст» с пересечением по крайней мере двух процентилей (например, 95-го, 75-го, 50-го, 25-го, 5-го процентилей) диаграммы у ребенка в годовалом возрасте и старше, ИЛИ
 - в) сохранение в течение 30 дней и более кривой «вес/рост» на уровне 5-го перцентиля ПЛЮС а) хроническая диарея (т. е. жидкий стул не реже 2 раз в сутки в течение 30 дней и более), ИЛИ
 - г) постоянная или периодическая лихорадка в течение 30 дней и более (по данным регулярных измерений температуры тела)

Стигматизация, дискриминация и международные права человека

Стигмы — это предвзятые, неблагоприятные суждения о ком-либо или о чем-либо.

Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом, — это любые предвзятые, неблагоприятные суждения о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), либо подозреваемых в принадлежности к данной группе, а также об их близких и любимых, друзьях, социальной группе и сообществе.

Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом, — важнейшее препятствие для борьбы с распространением ВИЧ-инфекции.

Дискриминация — это предвзятое или обусловленное предрассудками обращение с человеком. Дискриминацию часто рассматривают в контексте прав человека. Она может влиять на здравоохранение, профессиональную деятельность, юридическую систему, социальное обеспечение и репродуктивную и семейную жизнь.

Стигматизация и дискриминация

Стигматизация свидетельствует о взглядах, а *дискриминация* проявляется в действиях и поведении. Дискриминация — это намеренная или случайная демонстрация предвзятого отношения (стигмы).

"Дискриминация в связи с известным или предполагаемым наличием ВИЧ/СПИДа не допустима действующими правозащитными нормами".

— Комиссия ООН по правам человека

Методы борьбы со стигматизацией и дискриминацией в рамках программ ППМР

Медицинские работники способны сократить стигматизацию и дискриминацию ЛЖВС многими способами.

- Сделать мероприятия ППМР частью стандартной дородовой помощи, предоставляемой всем женщинам.
- Привлекать половых партнеров/супругов ко всем мероприятиям в области ППМР.
- Проводить групповые и индивидуальные просветительские занятия, подчеркивающие роль половых партнеров в передаче ВИЧ и борьбе со стигматизацией женщин.
- Просвещать и обучать медицинских работников в области прав ЛЖВС и их семей.
- Применять универсальные меры предосторожности в отношении всех пациентов, независимо от установленного или предполагаемого ВИЧ-статуса.
- Хранить медицинскую тайну.
- Призывать персонал, осуществляющий ППМР, показывать пример окружающим.
- Способствовать развитию поддержки ЛЖВС со стороны сверстников и сообществ.
- Защищать права женщин.

Основные сведения о ППМР

Передача ВИЧ от матери ребенку (ПМР) — это вертикальная передача ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ее ребенку. ПМР — главная причина заражения ВИЧ новорожденных и детей.

Программы профилактики ПМР (ППМР) способны сократить риск ПМР и открыть ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям путь к лечению, помощи и поддержке. Программы ППМР являются комплексными и проводятся в соответствии с национальными протоколами и стандартами.

Основные мероприятия ППМР

- Консультирование и тестирование на ВИЧ
- АРВ терапия и АРВ профилактика
- Безопасное родовспоможение
- Безопасное вскармливание

Привлечение половых партнеров к ППМР

- Оба родителя должны знать о важности безопасного полового поведения во время беременности и грудного вскармливания
- Оба родителя должны пройти консультирование и тестирование на ВИЧ
- Оба родителя должны знать о ППМР и участвовать в ее мероприятиях

Термин «ПМР» не накладывает вину или стигму на женщину, у которой родился ВИЧ-инфицированный ребенок. За передачу ВИЧ-инфекции ребенку отвечают и мать, и отец.

Факторы риска ПМР во время беременности

- Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа).
- Вирусное, бактериальное или паразитарное поражение плаценты (особенно при малярии).
- Инфекции, передающиеся половым путем.
- Плохое питание матери (косвенный фактор).

Факторы риска ПМР во время родов

- Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа).
- Безводный период до начала родов более 4 часов.
- Инвазивные вмешательства в родах.
- Первый ребенок в многоплодных родах.
- Хориоамнионит (воспаление плодных оболочек).

Факторы риска ПМР при кормлении грудью

- Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа).
- Длительное грудное вскармливание.
- Ранний перевод на смешанное вскармливание (дополнение грудного молока жидкой или твердой пищей).
- Абсцесс молочной железы, трещины сосков, мастит.
- Плохое питание матери.
- Заболевания слизистой рта у ребенка (например, молочница, стоматит).

Методы ППМР

Первичная профилактика ВИЧ-инфекции

- Пропаганда безопасного и ответственного полового поведения.
- Обеспечение доступа к презервативам.
- Ранняя диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП).
- Обеспечение широкого доступа к тестированию на ВИЧ и консультированию.
- Консультирование ВИЧ-отрицательных женщин.

Предупреждение нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин

- Эффективное планирование семьи.
- Эффективные и безопасные методы контрацепции.
- Пропаганда безопасных половых контактов, в том числе использования презервативов.

Профилактика ПМР

- Консультирование и тестирование на ВИЧ.
- Антиретровирусная профилактика и терапия.
- Безопасное родовспоможение.
- Просвещение и поддержка в вопросах безопасных методов вскармливания.

Предоставление лечения, помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным матерям, их детям и семьям

- Обеспечение ВИЧ-инфицированных женщин лечением, помощью и поддержкой.
- Ранняя диагностика, помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных детей.
- Налаживание связей с общественными организациями для всесторонней помощи семье.

Антиретровирусная терапия у беременных

Антиретровирусные (АРВ) препараты подавляют репликацию вируса и снижают вирусную нагрузку у матери, а также непосредственно защищают ребенка от ВИЧ во внутриутробном периоде. АРВ препараты — эффективное средство лечения ВИЧ-инфекции у матери и профилактики ПМР.

АРВ терапию не следует путать с **АРВ профилактикой**.

Термины

АРВ терапия — длительный курс АРВ препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа у матери и предотвращения ПМР.

АРВ профилактика — короткий курс АРВ препаратов для снижения риска ПМР

Во время беременности назначаемая по показаниям АРВ терапия улучшает здоровье матери и снижает риск передачи ВИЧ ребенку. Ниже приведены показания к АРВ терапии.

Если есть возможность подсчета лимфоцитов CD4, рекомендуется выяснить их исходное число и назначать АРВ терапию в следующих случаях:

- **стадия IV по классификации ВОЗ**, независимо от числа лимфоцитов CD4
- **стадия III по классификации ВОЗ** (к ее критериям относятся ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, туберкулез легких, рецидивирующие бактериальные инфекции, рецидивирующий или хронический кандидоз слизистых) с использованием в качестве вспомогательного критерия числа лимфоцитов $CD4 < 350 \text{ мкл}^{-1a}$
- **Стадия I или II по классификации ВОЗ**, если число лимфоцитов $CD4 \leq 200 \text{ мкл}^{-1b}$

Если нет возможности определить число лимфоцитов CD4, рекомендуется назначать АРВ терапию в следующих случаях:

- **стадия IV по классификации ВОЗ**, независимо от общего числа лимфоцитов
- **стадия III по классификации ВОЗ** (к ее критериям относятся ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, туберкулез легких, рецидивирующие бактериальные инфекции, рецидивирующий или хронический кандидоз слизистых), независимо от общего числа лимфоцитов^c
- **стадия II по классификации ВОЗ**, если общее число лимфоцитов $CD4 \leq 1200 \text{ мкл}^{-1d}$

- ^a При определении показаний к немедленному началу АРВ терапии рекомендуется учитывать число лимфоцитов CD4. Например, туберкулез легких возможен при любом числе лимфоцитов CD4, а другие клинические критерии (хроническая диарея, длительная лихорадка и др.) могут быть вызваны другими, не связанными с ВИЧ).
- ^b Пока не ясно, показана ли АРВ терапия при числе лимфоцитов $CD4 > 200 \text{ мкл}^{-1}$ и, если показана, то при каком именно.
- ^c Рекомендация начинать АРВ терапию у всех пациентов со стадией III независимо от общего числа лимфоцитов основана на едином мнении специалистов. В условиях крайне ограниченных ресурсов такая рекомендация позволит расширить доступ к АРВ терапии для пациентов клинических служб и программ лечения туберкулеза. Поскольку у взрослых и подростков со стадией III число лимфоцитов CD4 может быть выше 200 мкл^{-1} , некоторым из них АРВ терапия будет назначена до того, как число лимфоцитов снизится до 200 мкл^{-1} . Однако если число лимфоцитов CD4 определить нельзя, специалисты считают раннее начало АРВ терапии оправданным.
- ^d Если определить число лимфоцитов CD4 нельзя и есть клинические проявления ВИЧ-инфекции, в качестве показания к началу терапии можно использовать общее число лимфоцитов $\leq 1200 \text{ мкл}^{-1}$. У пациентов с бессимптомным течением инфекции общее число лимфоцитов не имеет значения. Таким образом, если определение числа лимфоцитов CD4 недоступно, пациентам с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции (стадия I по классификации ВОЗ) АРВ терапию не назначают, поскольку другого надежного критерия для условий с ограниченными ресурсами пока нет.

При наличии показаний беременным АРВ терапию желательно начинать как можно раньше. Иногда АРВ терапию откладывают до II триместра. Однако при тяжелой ВИЧ-инфекции у беременной лечение нужно начинать сразу, так как его польза превышает риск для плода.

Беременные, получающие АРВ терапию, нуждаются в постоянном наблюдении и помощи в рамках местной программы по ВИЧ/СПИДу. При сопутствующем туберкулезе требуется дополнительная медикаментозная терапия, а для сведения к минимуму побочных эффектов □ соответствующая клиническая помощь.

На следующих страницах приведены рекомендации по АРВ терапии у ВИЧ-инфицированных женщин детородного возраста и беременных. Клиническое и лабораторное наблюдение следует проводить в соответствии с рекомендациями ВОЗ.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов

Клиническая ситуация	Рекомендации
<p>А. ВИЧ-инфицированная женщина с показаниями к началу АРВ терапии¹, у которой возможно наступление беременности</p>	<p>Схемы первого ряда: зидовудин + ламивудин + невирапин или ставудин + ламивудин + невирапин</p> <p>Ифавиренц у женщин детородного возраста применяется только при условии надежной контрацепции. До назначения ифавиренца следует убедиться, что женщина не беременна.</p>
<p>В. ВИЧ-инфицированная женщина, получающая АРВ терапию, у которой наступила беременность</p>	<p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Продолжать лечение прежней схемой АРВ терапии², если она не содержит ифавиренц. Если женщина на I триместре беременности и получает схему с ифавиренцем, заменить ифавиренц невирапином или ингибитором протеазы. ▪ Продолжать лечение той же схемой во время родов и после родов. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Если мать получает схему АРВ терапии первого или второго ряда: зидовудин 1 нед. ИЛИ невирапин однократно ИЛИ зидовудин 1 нед. + невирапин однократно.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов *(продолжение)*

С. ВИЧ-инфицированная беременная с показаниями к АРВ терапии¹

Женщина

- Те же рекомендации, что и для небеременных, но: ифавиренц противопоказан в I триместре беременности.
- Схемы первого ряда: зидовудин + ламивудин + невирапин или ставудин + ламивудин + невирапин.
- Лечение можно отложить до начала II триместра беременности, но у тяжелобольных женщин лечение лучше начать раньше, т.к. его польза превосходит риск.

Ребенок

- Зидовудин 1 нед. ИЛИ невирапин однократно ИЛИ зидовудин 1 нед. и невирапин однократно.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов (продолжение)

<p>D. ВИЧ-инфицированная беременная без показаний к АРВ терапии¹</p>	<p>Схема первого ряда: зидовудин + невирапин</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин с 28-й нед., если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать лечение той же дозой зидовудина в родах. Кроме того, в начале родов женщина должна получить одну дозу невирапина. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно или зидовудин курсом на 1 нед.³ <hr/> <p>Альтернативная схема: только невирапин</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно <p>Альтернативная схема: только зидовудин</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин с 28-й нед., если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать в родах. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин в течение 1 нед.³ <p>Альтернативная схема: зидовудин + ламивудин</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин + ламивудин с 36 нед., если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать во время родов и в течение 1 недели после родов. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин + ламивудин в течение 1 нед.
--	---

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов (продолжение)

Клиническая ситуация	Рекомендации
<p>Е. ВИЧ-инфицированная беременная с показаниями к АРВ терапии¹, но лечение пока не доступно</p>	<p>Следовать рекомендациям для ситуации D, однако предпочтительно использовать наиболее эффективную из доступных схему.</p>
<p>Ф. ВИЧ-инфицированная беременная с активным туберкулезом</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Если АРВ терапия начата, можно назначить⁴: (зидовудин или ставудин) + ламивудин + саквинавир/ритонавир. ▪ Если лечение начинают в III триместре, можно назначить: (зидовудин или ставудин) + ламивудин + ифавиренц. ▪ Если АРВ терапию не начинают, следовать рекомендациям для ситуации D.
<p>Г. Роженица с неизвестным ВИЧ-статусом или ВИЧ-инфицированная роженица, которая до родов АРВ препаратов не получала</p>	<p>Если позволяет время, предложить женщине с неизвестным ВИЧ-статусом пройти консультирование и тестирование на ВИЧ. Если результат положительный, начать АРВ профилактику в родах.</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно. Если роженица поступила на поздней стадии родов, невирапин пропустить, следовать рекомендациям для ситуации H. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно. <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин + ламивудин в родах и зидовудин + ламивудин в течение 1 недели после родов.

	<p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Зидовудин + ламивудин в течение 1 недели. <p>Если нет времени для тестирования на ВИЧ и консультирования во время родов, предложить их как можно скорее после родов. Если результат послеродового тестирования положительный, следовать рекомендациям для ситуации Н.</p>
<p>Н. Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, которая не получала никаких АРВ препаратов</p>	<p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Невирапин однократно как можно раньше после рождения и зидовудин курсом 1 нед. <p>Схема, начатая позже, чем на вторые сутки после рождения, скорее всего будет неэффективной.</p>

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов
(продолжение)

- ¹ Рекомендации ВОЗ по началу АРВ терапии у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков: если можно определить число лимфоцитов CD4, рекомендуется назначать АРВ терапию пациентам, у которых: стадия ВИЧ-инфекции IV по классификации ВОЗ, независимо от числа лимфоцитов CD4; стадия III (используя в качестве вспомогательного критерия число лимфоцитов CD4 < 350 мкл⁻¹); или стадии I и II и число лимфоцитов CD4 < 200 мкл⁻¹. Если нет возможности определить число лимфоцитов CD4, АРВ терапия рекомендуется пациентам со стадиями III и IV независимо от общего числа лимфоцитов и пациентам со стадией II, у которых общее число лимфоцитов менее 1200 мкл⁻¹.
- ² Необходимо проводить клинический и лабораторный мониторинг согласно рекомендациям ВОЗ по лечению ВИЧ-инфекции от 2003 г. в последней редакции.
- ³ Если мать во время беременности принимала АРВ препараты менее 4 недель, ребенку можно продлить курс зидовудина до 4—6 недель.
- ⁴ Вместо сакинавира/ритонавира можно назначить абакавир, однако опыт применения абакавира у беременных ограничен. Если лечение туберкулеза проводится без рифампицина, можно начать АРВ схему, содержащую невирапин.

Антиретровирусная профилактика ПМР

Если женщина не нуждается в АРВ терапии, либо АРВ терапия для нее недоступна, для снижения риска ПМР ей следует предложить АРВ профилактику в соответствии с национальными протоколами.

Высокоэффективная схема АРВ профилактики: матери — курс зидовудина с 28-й недели беременности (если беременная обратилась позже, начать курс как можно раньше), а также невирапин: однократно в начале родов; ребенку — невирапин однократно и недельный курс зидовудина.

С целью ППМР используются также другие схемы АРВ профилактики. Рекомендованные альтернативные схемы приведены ниже в таблице. Все схемы основаны на препаратах для приема внутрь. Детям необходимо назначать препараты в лекарственных формах для детей. Важно контролировать побочные эффекты препаратов и поддерживать мать, чтобы она соблюдала назначенный ей и ребенку режим АРВ профилактики.

Женщины нуждаются в лечении, помощи и поддержке в связи с ВИЧ-инфекцией как в дородовом, так и в послеродовом периоде. Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в наблюдении с целью выявления ВИЧ-инфекции, профилактике оппортунистических инфекций, лечении, помощи и поддержке.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР

Лечение, помощь и поддержка в связи с ВИЧ-инфекцией должны предоставляться как в дородовом, так и послеродовом периоде. Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в наблюдении с целью выявления ВИЧ-инфекции, профилактике оппортунистических инфекций, лечении, помощи и поддержке.

Препараты во всех схемах принимаются внутрь. Для всех детских схем применяются только детские лекарственные формы. В детских лекарственных формах выпускаются все основные препараты, используемые в современных схемах ППМР (зидовудин, невирапин, ламивудин). Необходимо следить за побочными эффектами и поддерживать мать в соблюдении назначений у ребенка.

РЕЖИМ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
Зидовудин и невирапин	Матери: зидовудин, 300 мг 2 раза в сут. с 28-й недели беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 300 мг в начале родов и затем каждые 3 ч до рождения ребенка + невирапин, 200 мг однократно в начале родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг или 6 мг сразу после родов* + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
		ИЛИ зидовудин, 600 мг, в начале родов + невирапин, 200 мг однократно в начале родов		ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения
Зидовудин	Матери: зидовудин, 300 мг 2 раза в сут. с 28-й недели беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 600 мг в начале родов ИЛИ зидовудин, 300 мг в начале родов и затем каждые 3 ч до рождения ребенка	—	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ зидовудин, 2 мг/кг 4 раза в сут. в течение 7 сут.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР

(продолжение)

РЕЖИМ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
Зидовудин и невирапин ребенку (если мать не получала АРВ профилактику)	—	—	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. Если нет суспензии зидовудина для приема внутрь, как можно раньше дать невирапин, 2 мг/кг и повторно через 72 ч после рождения
Невирапин	—	Матери: невирапин, 200 мг однократно в начале родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения
Зидовудин и ламивудин	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. с 26-й нед беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 300 мг в начале родов и каждые 3 ч до рождения ребенка + ламивудин, 150 мг в начале родов и каждые 12 ч до рождения ребенка	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. в течение 7 сут.	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг + ламивудин, 2 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР

(продолжение)

РЕЖИМ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
Зидовудин и ламивудин	—	Матери: зидовудин, 600 мг + ламивудин, 150 мг в начале родов, затем зидовудин, 300 мг каждые 3 ч + ламивудин, 150 мг каждые 12 ч до рождения ребенка	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. в течение 7 сут.	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг + ламивудин, 2 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
Зидовудин + ламивудин + абакавир ИЛИ + саквинавир, усиленный низкой дозой ритонавира (саквинавир /ритонавир) ИЛИ + нелфинавир ** (эту схему можно использовать для ППМР у женщин, которые не нуждаются в АРВ терапии)	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг + абакавир, 300 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й нед. беременности ИЛИ + саквинавир/ритонавир, 1000 мг/100 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й недели беременности. ИЛИ + нелфинавир, 1250 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й недели беременности. Если срок больше — назначить абакавир ИЛИ саквинавир/ритонавир ИЛИ нелфинавир как можно раньше.	Матери: Продолжать лечение по той же схеме, что и до родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения ИЛИ зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР

(продолжение)

РЕЖИМ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	ПОСЛЕ РОЖДЕНИЯ
Зидовудин или ставудин + ламивудин + невирапин*** (когда эта схема используется для лечения беременной, она обеспечивает и профилактику ПМР)	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг + невирапин, 200 мг 2 раза в сут. ИЛИ ставудин, 40 мг + ламивудин, 150 мг + невирапин, 200 мг 2 раза в сут. с 36-й недели, если срок больше, то начинать лечение как можно скорее	Матери: Продолжать лечение по той же схеме, что и до родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг, сразу после рождения ИЛИ зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг + зидовудин 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.

*Невирапин однократно можно дать ребенку сразу после рождения или перед выпиской из роддома. Многие программы ППМР показали, что такой подход более удобен, чем назначение невирапина через 72 ч после рождения.

** Женщинам, которым не нужна АРВ терапия, можно назначить альтернативные трехкомпонентные схемы профилактики ПМР. В III триместре беременности можно использовать такие схемы как зидовудин + ламивудин + нелфинавир и зидовудин + ламивудин + ифавиренц.

***Женщинам, которые нуждаются в АРВ терапии, эта схема рекомендуется в качестве схемы первого ряда. Однако в III триместре беременности можно назначать также зидовудин (или ставудин) + ламивудин + ифавиренц.

 = Высокоэффективная схема

Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом включает ряд компонентов.

- Санитарно-просветительская работа.
- Просвещение по вопросам безопасного полового поведения и ВИЧ-инфекции.
- Поддержка безопасного материнства, включая лечение малярии и туберкулеза.
- Консультирование и тестирование на ВИЧ.
- Консультирование и тестирование на ВИЧ партнера.
- Мероприятия по снижению риска ПМР.
- Консультирование и поддержка по вопросам вскармливания.
- Диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Каждой женщине, впервые обратившейся за дородовой помощью, необходимо предлагать пройти тестирование на ВИЧ.

Иногда ВИЧ-статус женщины выяснить не удастся. В таких случаях беременность следует считать сопряженной с риском ПМР и вести ее соответствующим образом.

Проявления ВИЧ-инфекции

Проявления ВИЧ-инфекции, а также рецидивирующие или хронические инфекции оценивают и лечат в соответствии с показаниями.

Связь со службами лечения, помощи и поддержки

Для обеспечения комплексной непрерывной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам следует помочь наладить связи со службами психосоциальной и общественной поддержки.

Профилактика и лечение оппортунистических инфекций

Профилактика оппортунистических инфекций позволяет снизить частоту инфекционных осложнений и смертность у ВИЧ-инфицированных беременных, а также повысить их качество жизни.

К числу наиболее распространенных инфекций, требующих выявления, профилактики и лечения, относятся:

- туберкулез;
- инфекции мочевых путей;
- инфекции дыхательных путей;
- рецидивирующий кандидозный вульвовагинит;
- малярия.

Туберкулез распространен среди ЛЖВС. Если у женщины в течение двух и более недель сохраняется кашель, ей следует провести диагностику туберкулеза и при необходимости назначить лечение.

Выявление, профилактика и лечение туберкулеза и малярии должны проводиться согласно принятым в стране протоколам.

Родовспоможение у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом

Мероприятия по снижению риска ПМР при наличии у женщины ВИЧ-инфекции

Чтобы сократить риск ПМР, необходимо следовать стандартным правилам родовспоможения и использовать процедуры, направленные на сокращение контакта плода с кровью и другими биологическими жидкостями матери.

Мероприятия, позволяющие снизить риск ПМР во время родов

- Проводить АРВ терапию и профилактику согласно национальным протоколам.
- Использовать универсальные меры предосторожности.
- Сократить число осмотров шейки матки.
- Избегать:
 - затяжных родов;
 - преждевременной амниотомии;
 - неоправданной травматизации в родах (в частности, эпизиотомии и наложения электродов на кожу головки плода).
- Снижать риск послеродовых кровотечений.
- Использовать безопасное переливание крови.

Мероприятия по снижению риска ПМР при неизвестном ВИЧ-статусе женщины

Для снижения риска ПМР при неизвестном ВИЧ-статусе женщины проводят те же мероприятия, что перечислены выше (за исключением АРВ терапии), а также мероприятия, перечисленные ниже.

- Предложить пройти экспресс-тестирование на ВИЧ в родах, предоставив женщине право отказаться.
- Провести послетестовое консультирование.
- При необходимости назначить женщине и ребенку АРВ профилактику.
- В областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции при невозможности провести роженице тестирование на ВИЧ в крайнем случае допустимо назначить для профилактики невирапин однократно.

Послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам

Помощь ВИЧ-инфицированной женщине после родов включает ряд мероприятий.

- Продолжение стандартной медицинской помощи, в том числе выполнение цитологических мазков с шейки матки (по Папаниколау) и контроль инфекций наружных половых органов.
- Выявление и профилактика оппортунистических инфекций, малярии и туберкулеза.
- Направление на АРВ терапию по показаниям.
- Поддержка в вопросах вскармливания.
- Выявление признаков послеродовых инфекций, в числе которых:
 - жжение при мочеиспускании;
 - лихорадка;
 - зловонный лохий;
 - кашель, одышка;
 - сильная боль внизу живота;
 - покраснение, нагноение, отделяемое в области операционной раны или эпизиотомии.
- Планирование семьи.

Послеродовая помощь женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Женщина с неизвестным ВИЧ-статусом должна иметь возможность пройти консультирование и тестирование на ВИЧ.

Если женщина окажется ВИЧ-инфицированной, знание своего ВИЧ-статуса позволит ей:

- выбрать более безопасный метод вскармливания;
- начать АРВ профилактику своему ребенку;
- самой получать лечение и помощь в связи с ВИЧ-инфекцией.

Неонатальная помощь детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами

- Соблюдать универсальные меры предосторожности.
- Пережать пуповину сразу после рождения ребенка, не сцеживать пуповинную кровь. Прежде чем отсечь пуповину, прикрыть ее одетой в перчатку рукой или марлевой салфеткой.
- При рождении головки очистить ребенку рот и нос марлевой салфеткой.
- Применять отсос только в случае окрашивания вод меконием. Использовать механический отсос с давлением менее 100 мм рт. ст. или спринцовку; не отсасывать жидкость ртом.
- Полотенцем вытереть ребенка насухо.
- Выяснить, какой вид вскармливания выбрала мать. Если она выбрала искусственное вскармливание, положить ребенка матери на живот и грудь для тактильного контакта. Если мать выбрала грудное вскармливание, помочь ей приложить ребенка к груди.
- Ввести ребенку витамин К, глазную мазь с нитратом серебра и БЦЖ согласно национальным рекомендациям.
- Проводить АРВ профилактику в соответствии с протоколом.
- Рекомендовать матери регулярно приносить ребенка на осмотры к врачу для обследования, профилактики пневмоцистной пневмонии, тестирования на ВИЧ и иммунизации.

Рекомендации по вскармливанию

Рекомендации для ВИЧ-отрицательных матерей и матерей с неизвестным ВИЧ-статусом

- Исключительно грудное вскармливание в первые **шесть** месяцев жизни ребенка.
- Продолжать грудное вскармливание до двухлетнего возраста и дольше.
- Когда ребенку исполнится 6 месяцев, вводить прикорм — дополнительные продукты, которые обеспечивают ребенка полноценным сбалансированным питанием и отвечают стандартам безопасности.

Исключительно грудное вскармливание

Кормление только грудным молоком, исключая какие-либо другие продукты и напитки, в том числе воду. Единственное исключение — капли и сиропы, содержащие витамины, минеральные добавки или лекарственные препараты.

Рекомендации для ВИЧ-инфицированных матерей

- Если искусственное вскармливание приемлемо, осуществимо, доступно, безопасно и будет непрерывным, от грудного вскармливания рекомендуется отказаться.
- В других случаях в первые месяцы жизни рекомендуется исключительно грудное вскармливание.
- Отказаться от грудного вскармливания при первой возможности. Оптимальные сроки не установлены — в каждом случае они свои.
- Все ВИЧ-положительные матери должны получить консультацию по вопросам вскармливания.

Вскармливание при наличии у матери ВИЧ-инфекции

Выбор метода вскармливания ВИЧ-инфицированной беременной или матерью зависит от местных возможностей.

Искусственное вскармливание

Метод 1. Вскармливание готовой молочной смесью

- **Преимущества**
 - Нет риска передачи ребенку ВИЧ.
 - Состав готовых молочных смесей разработан специально для детей.
 - Готовые молочные смеси содержат большинство питательных веществ, в которых нуждается ребенок.
 - Кормить ребенка смогут разные члены семьи.
 - Если мать заболит, до ее выздоровления кормить ребенка смогут другие люди.

- **Недостатки**
 - Готовые молочные смеси не содержат антител, защищающих ребенка от инфекций.
 - Готовые молочные смеси дороги.
 - Выше риск диареи и пневмонии у ребенка.
 - Чтобы питание было полноценным, необходимо постоянно использовать только смеси высокого качества.
 - Чашки и прочую утварь требуется мыть с моющими средствами.

- Для безопасного приготовления готовой смеси требуется чистая вода, прокипяченная в течение 1—2 секунд, — растут затраты на энергию.
- Если нет холодильника, смесь приходится готовить и днем, и ночью.
- Ребенка необходимо кормить из чашки, а этот навык еще требуется приобрести.
- Мать должна полностью отказаться от грудного вскармливания, чтобы не подвергать ребенка риску заражения ВИЧ.
- Окружающие могут заинтересоваться ВИЧ-статусом матери, не кормящей своего ребенка грудью.

Метод 2. Вскармливание молочной смесью домашнего приготовления (из молока животных)

▪ **Преимущества**

- Нет риска передачи ребенку ВИЧ
- Молочные смеси домашнего приготовления часто дешевле и доступнее готовых смесей.
- Смесь домашнего приготовления можно использовать при отсутствии готовой смеси.
- Кормить ребенка смогут разные члены семьи.
- Если мать заболит, до ее выздоровления кормить ребенка смогут другие люди.

▪ **Недостатки**

- Молочные смеси домашнего приготовления не содержат антител, защищающих ребенка от инфекций.
- Молочные смеси домашнего приготовления не содержат всех питательных веществ,

витаминов и микроэлементов, необходимых ребенку, особенно в первые 6 месяцев жизни.

- Разводить молоко следует чистой водой, прокипяченной в течение 1–2 секунд, и добавлять в него сахар в количестве, указанном в инструкции.
- Если нет холодильника, смесь приходится готовить и днем, и ночью.
- Смеси на основе молока животных хуже перевариваются.
- Выше риск диареи, пневмонии или недостаточного питания у ребенка.
- Семье необходимо постоянно иметь дома свежее молоко, сахар, витаминно-минеральный комплекс в виде сиропа или порошка, источники энергии для кипячения воды и моющие средства для чашек и принадлежностей, используемых для приготовления смеси.
- Ребенка необходимо кормить из чашки, а этот навык еще требуется приобрести.
- Окружающие могут заинтересоваться ВИЧ-статусом матери, не кормящей своего ребенка грудью.
- Искусственное вскармливание не защищает от нежелательной беременности.

Смеси домашнего приготовления из молока животных можно использовать только в отсутствие готовых молочных смесей. В первые 6 месяцев жизни в месяц требуется около 15 литров смеси из молока животных.

Грудное вскармливание

Метод 1. Исключительно грудное вскармливание

- **Преимущества**
 - Грудное молоко хорошо переваривается и в первые 6 месяцев жизни обеспечивает ребенка всеми необходимыми питательными веществами и водой.
 - Грудное молоко всегда доступно и не требует приготовления.
 - Грудное молоко защищает детей от различных заболеваний, особенно диареи и пневмонии.
 - Грудное вскармливание способствует установлению тесного эмоционального контакта между матерью и ребенком.
 - В первые месяцы жизни ребенка риск передачи ВИЧ при исключительно грудном вскармливании ниже, чем при смешанном.
- **Недостатки**
 - На протяжении всего периода кормления грудью сохраняется риск ПМР.
 - Риск ПМР повышен, если у матери есть воспаление молочных желез (мастит) или трещины сосков, особенно кровоточащие.
 - Родственники, друзья или соседи могут настаивать на необходимости давать ребенку воду или другие напитки, какую-либо еду.
 - Почти всегда у матери достаточно молока, однако многие матери беспокоятся, что молока на исключительно грудное вскармливание у них не хватит.
 - Грудное вскармливание подразумевает кормление ребенка по требованию — минимум 8–10 раз в сутки.

- Работаящим матерям трудно придерживаться исключительно грудного вскармливания, в частности, им требуется несколько раз в течение рабочего дня уединиться для сцеживания молока и найти способ хранить его в прохладном месте.
- Кормящим матерям необходимо получать дополнительно 500–750 ккал/сут., чтобы сохранить исключительно грудное вскармливание в первые 6 месяцев жизни ребенка.

Метод 2. Исключительно грудное вскармливание с ранним отлучением от груди

- **Преимущества**
 - С отменой грудного вскармливания исчезает риск ПМР.
- **Недостатки**
 - Если не удастся подобрать подходящую молочную смесь или нарушается инструкция по ее приготовлению, у ребенка могут развиваться заболевания, связанные с неполноценным питанием, и диарея.
 - Кормление из чашки требует времени и терпения.
 - Резкое отлучение от груди может вызвать у ребенка беспокойство и обезвоживание.
 - Когда ребенку исполнится 6 месяцев, он будет продолжать нуждаться в молочных смесях в дополнение к прикорму.
 - Во время отлучения от груди мать может страдать от нагрубания молочных желез, которое чревато маститом, поэтому молоко важно сцеживать и выливать.
 - Матери, ведущие половую жизнь, могут забеременеть.

Раннее отлучение от груди не рекомендуется, если у ребенка выявлена ВИЧ-инфекция.

Метод 3. Вскармливание донорским грудным молоком

▪ **Преимущества**

- Если кормилица не инфицирована ВИЧ, то риск заражения ребенка ВИЧ исчезает.
- Сохраняется большинство приведенных выше преимуществ грудного вскармливания.

▪ **Недостатки**

- Кормилица должна пройти тестирование на ВИЧ и получить отрицательный результат.
- В течение всего периода кормления грудью кормилица должна соблюдать меры профилактики заражения ВИЧ.
- Кормилице необходимо либо почти постоянно, днем и ночью, находиться рядом с ребенком, чтобы часто прикладывать его к груди, либо сцеживать молоко для кормления в ее отсутствие.
- Окружающие могут интересоваться, почему мать наняла кормилицу.

Матери, решившей нанять кормилицу, может потребоваться дополнительное обучение и поддержка. Например, мать и кормилицу нужно обучить технике сцеживания грудного молока, рассказать о температурной обработке грудного молока и услугах банков донорского молока.

Метод 4. Вскармливание сцеженным кипяченым молоком

- **Преимущества**
 - При нагревании молока ВИЧ погибает.
 - Грудное молоко — наилучшая еда для детей, после кипячения в нем сохраняется основная часть питательных веществ.
 - Грудное молоко всегда есть у матери.
 - Кормить ребенка может любой член семьи.

- **Недостатки**
 - Кипяченое молоко не содержит ВИЧ, но хуже обычного грудного молока защищает ребенка от инфекций (хотя и лучше, чем искусственные смеси).
 - Сцеживание и кипячение молока занимают время и должны проводиться часто.
 - Ребенка необходимо кормить из чашки, а этот навык еще требуется приобрести.
 - Грудное молоко необходимо хранить в прохладном месте и использовать в течение часа после кипячения.
 - Необходимо иметь источники энергии для нагревания молока и чистую воду для мытья чашки ребенка и посуды для хранения молока.
 - Окружающие могут интересоваться, почему мать сцеживает молоко.

Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки

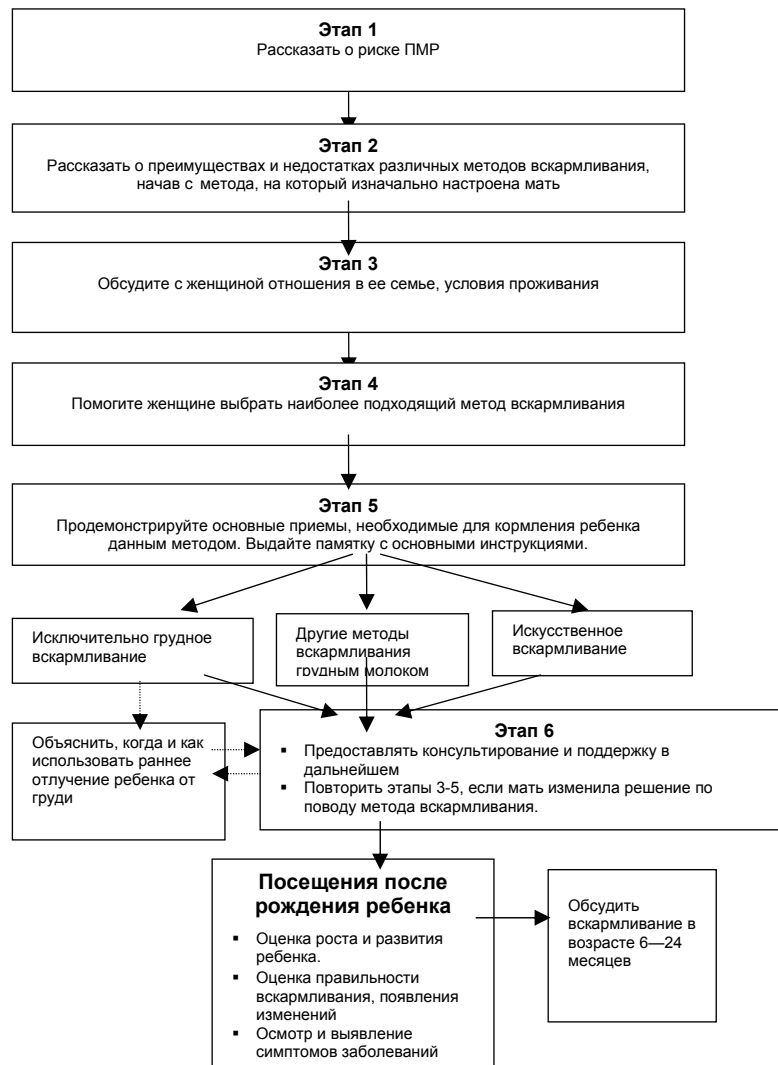
Консультирование, просвещение и поддержка по вопросам вскармливания может:

- проводиться в рамках дородовой и послеродовой помощи;
- основываться на национальных протоколах;
- учитывать обстоятельства жизни каждой женщины, ее потребности и предпочтения;
- включать просвещение в отношении методов вскармливания;
- вооружить женщину навыками безопасного вскармливания;
- привлечь партнера женщины или членов ее семьи к выбору метода вскармливания;
- поддержать женщину в раскрытии близким своего ВИЧ-статуса.

Особые навыки консультирования по вопросам вскармливания:

- умение слушать и понимать;
- умение вызывать доверие;
- предоставление поддержки;
- предоставление информации.

Алгоритм консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания



Практическое применение алгоритма

Если это первое консультирование по вопросам вскармливания и...
<p><i>женщина на раннем сроке беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–4-й этапы.▪ пригласите ее на консультацию в III триместре, чтобы она успела освоить выбранный метод вскармливания (этап 5). <p><i>женщина на позднем сроке беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–5-й этапы. <p><i>женщина уже кормит ребенка грудью:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–5-й этапы согласно ситуации. <p><i>женщина кормит ребенка заменителями грудного молока:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 5-1 и 6-1 этапы согласно ситуации.
Если женщина уже была проконсультирована, выбрала метод вскармливания и...
<p><i>она еще беременна или только что родила, но еще не обучена навыкам, необходимым для осуществления выбранного метода вскармливания:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 5-го этапа. <p><i>она уже родила и кормит ребенка:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 6-го этапа.
Если это плановая встреча с консультантом для наблюдения за процессом вскармливания...
<ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 6-го этапа.

Просвещение по вопросам вскармливания

Выработка грудного молока и его поступление в протоки молочных желез зависит от того, насколько активно ребенок сосет грудь. Чтобы добиться правильного сосания, ребенка важно правильно приложить к груди.

Помогите матери приложить ребенка к груди

- Убедитесь, что матери удобно и она спокойна.
- Мать должна сесть прямо и поднести ребенка к себе лицом к груди, полностью поддерживая его тело.
- Покажите матери, как держать молочную железу, поддерживая ее указательным пальцем снизу, а большим пальцем сверху (не слишком близко к соску).
- Объясните, как помочь ребенку взять грудь. Мать должна коснуться соском губ ребенка и, как только он откроет рот, придвинуть его к груди.
- Если необходимо, повторите все сначала, чтобы ребенок взял грудь как следует.

По правилам кормления грудью, ребенка требуется прикладывать к груди по требованию, не менее 8 раз в сутки.

Уход за молочными железами при кормлении грудью

Профилактика и лечение мастита

Трещины сосков и мастит, повышающие риск ПМР, маловероятны, если мать дает ребенку грудь правильно.

При трещинах сосков и мастите необходимо:

- стараться не давать ребенку пострадавшую молочную железу;
- сцеживать молоко из больной молочной железы, чтобы ускорить выздоровление и поддержать лактацию;
- 10–14 дней принимать антибиотики;
- для устранения неприятных ощущений принимать ибупрофен или парацетамол/ацетаминофен, накладывать теплые компрессы;
- возобновить кормление грудью, как только трещины заживут или мастит пройдет;
- отдыхать при любой возможности.

Нагрубание молочных желез

Возникает у женщин, которые не кормят грудью или резко прекратили грудное вскармливание.

Как справиться с нагрубанием молочных желез

- Носить хорошо поднимающий грудь бюстгальтер (не перевязывать грудь).
- Накладывать компрессы: теплые приносят успокоение, а холодные снимают отек.
- сцеживать молоко, чтобы снять тяжесть.
- Принимать обезболивающие препараты (например, ибупрофен, парацетамол).
- Медикаментозные средства для подавления лактации применять не рекомендуется.

Кормление из чашки

Чашки легче мыть. Кормление из чашки занимает меньше времени, чем кормление ложкой. При кормлении из чашки ребенок теснее контактирует с взрослым, чем при кормлении из бутылочки.

Кормление из бутылочки не рекомендуется, поскольку:

- повышает риск диареи, болезней зубов и отита у ребенка;
- бутылочки требуется стерилизовать кипячением;
- ребенок меньше контактирует и общается с матерью или другим взрослым.

Методика кормления из чашки

- Усадите ребенка к себе на колени прямо или полулежа.
- Поднесите чашку с молоком к губам ребенка.
- Наклоните чашку, чтобы молоко едва касалось губ ребенка; слегка надавите чашкой на нижнюю губу ребенка.
- Ребенок оживится и откроет рот и глаза.*
- **Не вливайте** молоко в рот ребенку. Просто поднесите чашку к губам ребенка, и пусть он сам его пьет.
- Когда ребенок насытится, он закроет рот и откажется есть.
- Измеряйте объем съеденной ребенком пищи после каждого кормления, подсчитывая, сколько он съел за сутки.

**Недоношенный обычно лакает молоко. Доношенный ребенок или ребенок более старшего возраста молоко всасывает, немного его проливая.*

Вскармливание в возрасте 6–24 месяцев

Общие рекомендации

Примерно с шестимесячного возраста все дети, в том числе получающие грудное вскармливание, нуждаются во введении прикорма. С возрастом потребность ребенка в прикорме растет.

- Ребенок продолжает нуждаться в грудном молоке или молочной смеси. Ребенку, которому исполнилось 6 месяцев, требуется 1–2 чашки молока животных в сутки.
- Детям старше 6 месяцев молоко животных разводить не требуется. Однако его необходимо продолжать кипятить.
- Молоко, подвергшееся технологической обработке, пастеризованное или прошедшее высокотемпературную обработку, полностью готово к употреблению.
- По мере развития ребенка прикорм занимает все большее место в его рационе. Число кормлений зависит от энергетической ценности продуктов, потребляемых в данной местности, и объема пищи, съедаемой ребенком во время каждого кормления. При отсутствии молока в рацион ребенка необходимо включить другие продукты животного происхождения или обогащенные продукты.
- У больных детей энергетические потребности повышаются, поскольку инфекционные заболевания ускоряют метаболизм. Энергетические потребности также повышены у истощенных детей, которым назначают лечебное питание.

Виды продуктов, частота кормлений и объем прикорма в зависимости от возраста ребенка

Возраст	Консистенция	Частота	Объем на полное кормление*
6 месяцев	Жидкая каша, протертые овощи, мясо и фрукты	2 раза в день, помимо частых кормлений молоком	▪ 2–3 столовые ложки
7–8 месяцев	Протертые продукты	3 раза в день, помимо частых кормлений молоком	▪ 2/3 чашки ⁺
9–11 месяцев	Измельченная или протертая пища и продукты, которые ребенок может взять в руку	3 полных кормления плюс одно промежуточное (легкое) кормление между полными кормлениями плюс кормления молоком	▪ 2/3 чашки ⁺
12–24 месяца	Еда с общего стола, при необходимости измельченная	3 полных кормления плюс два промежуточных кормления между полными кормлениями плюс кормления молоком	1 чашка ⁺
Если ребенок не получает грудное молоко, дополнительно давайте 1–2 чашки молока в сутки и увеличьте число приемов пищи на 1–2 в день.			

* Данная таблица должна быть адаптирована к местным условиям, для указания объема следует использовать обычную в данной местности посуду.

+ Чашка = 250 мл

Службы тестирования на ВИЧ и консультирования

- Открывают путь ко всем видам лечения, помощи и поддержки при ВИЧ/СПИДе.
- Выявляют формы поведения, связанные с риском заражения и передачи ВИЧ, учат их избегать.
- Должны быть доступны всем женщинам детородного возраста, особенно беременным, а также их половым партнерам.

В службах дородовой и акушерской помощи используют два подхода к тестированию на ВИЧ

Тестирование на ВИЧ по принципу добровольного включения

- Пациентку информируют о ВИЧ-инфекции и тестировании на ВИЧ.
- Пациентка соглашается или отказывается пройти тестирование.
- Согласие необходимо подтвердить устным или письменным информированным согласием.

Тестирование на ВИЧ по принципу добровольного исключения

- Тестирование на ВИЧ включено в стандартный набор медицинских услуг.
- Пациентку информируют о тестировании на ВИЧ.
- Пациентка может отказаться от тестирования, но отдельного согласия на него у нее не спрашивают.

В рамках дородовой помощи рекомендуется использовать тестирование по **принципу добровольного исключения**

Определения

Тестирование на ВИЧ — процесс, позволяющий определить, инфицирован ли человек ВИЧ.

Консультирование по вопросам ВИЧ — конфиденциальная беседа с медицинским работником, которая помогает пациенту оценить риск заражения или передачи ВИЧ.

Три главных принципа

1. Конфиденциальность

- Гарантирует, что все сведения, которыми обмениваются пациент и медицинский работник, сохраняются в тайне.
- Пациентке сообщают, что доступ к ее личным данным получают только медицинские работники, которые будут непосредственно помогать ей, причем только в необходимом для их работы объеме.
- Все медицинские документы и записи хранятся в надежном месте.

2. Информированное согласие

Получение информированного согласия — это процедура, во время которой пациент получает точные и четкие сведения о тестировании на ВИЧ, благодаря тому, что:

- пациенту разъясняют цель и пользу тестирования на ВИЧ;
- медицинский работник убеждается, что пациент понял суть консультирования и тестирования;
- любое решение пациента о прохождении тестирования уважается.

3. Поддержка и помощь после тестирования

Результат тестирования на ВИЧ сообщается только лично. Одновременно пациентке необходимо предоставить возможность получить соответствующую информацию и пройти послетестовое консультирование (на месте или по направлению).

Тестирование на ВИЧ

Тесты на ВИЧ позволяют выявить либо антитела к ВИЧ, либо антигены ВИЧ.

Основные этапы тестирования

1. Получение образца. Чаще всего берут кровь из пальца или вены на руке.
2. Исследование образца. Осуществляется либо на месте (например, экспресс-тест в клинике дородовой помощи), либо в лаборатории.
3. Получение результата медицинским работником.
4. Сообщение результата в ходе послетестового консультирования.

Виды тестов на ВИЧ

Молекулярно-биологические исследования

Непосредственно выявляют ВИЧ в крови.

- Тест на антиген **p24** выявляет один из белков (антигенов) ВИЧ.
- ПЦР (полимеразная цепная реакция) выявляет вирусную **ДНК** или **РНК**.
 - ПЦР на ДНК свидетельствует о присутствии в крови вируса и применяется для диагностики ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев.
 - ПЦР на РНК позволяет определить не только наличие, но и концентрацию вируса в крови (вирусную нагрузку).

Тесты на антитела к ВИЧ

- Иммуноферментный анализ (ИФА)
- Иммуноблоттинг
- Экспресс-тест на ВИЧ

Период «окна» и выявление антител к ВИЧ

Тесты на антитела к ВИЧ высокочувствительны, однако существует период «окна» — промежуток времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ в количестве, достаточном для положительного результата теста.

Обычно период «окна» составляет 4—6 недель с момента контакта с ВИЧ, но иногда достигает 3 месяцев. Отрицательный результат теста у лиц с высоким риском инфекции необходимо подтверждать повторным тестированием через 3 месяца.

ИФА

- ИФА используют для выявления антител к ВИЧ в крови, моче или слюне.
- Кровь для исследования берут из вены на руке.
- Для исследования собирают партию из 40—90 образцов.
- Образцы для исследования необходимо направлять в лабораторию.
- Получение результата занимает от нескольких дней до нескольких недель.
- Требуется соблюдать температурный режим и хранить реактивы в холодильнике.

Экспресс-тесты

- Обладают высокой точностью при соблюдении методики.
- Проводятся с цельной кровью (обычно достаточно получить каплю крови из пальца).
- Не требуют специального лабораторного оборудования и охлаждения.
- Могут выполняться с единственным образцом.
- Результат обычно получают в течение 30 минут.
- Провести тест может сотрудник клиники.

Алгоритм экспресс-тестирования на ВИЧ (последовательное тестирование)

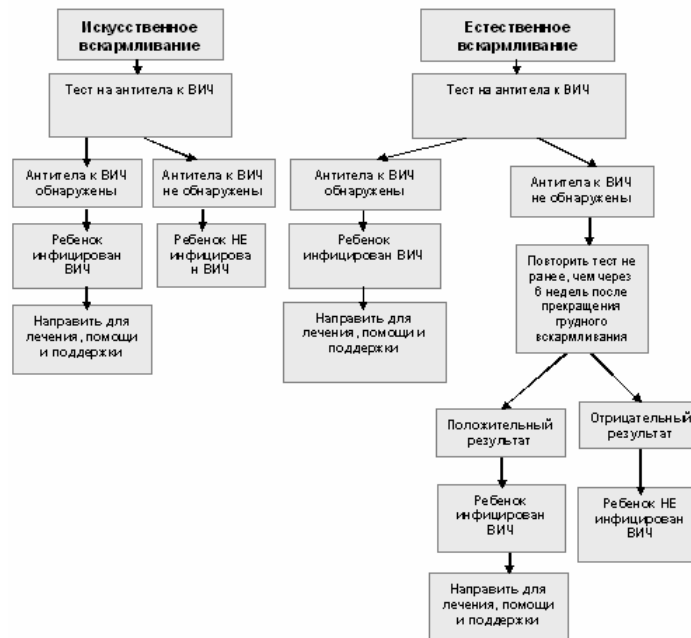


*Если положительный результат первого экспресс-теста получен во время родов, женщине рекомендуется назначить однократно неврирапин с целью ППМР. Дальнейшее подтверждение диагноза проводится уже после родов.

Диагностика ВИЧ-инфекции у новорожденных и детей младшего возраста, контактировавших с ВИЧ

АРВ профилактика сокращает, но не устраняет риск ПМР, поэтому в программы должен быть установлен порядок наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами, и алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у них.

Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у детей 18 месяцев и старше с применением тестов на антитела к ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов



Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев с применением тестов на антитела к ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов



*Рекомендуемые молекулярно-биологические исследования: ПЦР на ДНК ВИЧ и ПЦР на РНК ВИЧ

Навыки консультирования

Сопереживание — понимать чувства пациента, не высказывая осуждения.

Умение активно слушать — уделять внимание словам и невербальным сообщениям, отражающим чувства и тревоги собеседника.

Открытые и уточняющие вопросы — вопросы, начинающиеся со слов «как», «что» или «почему», побуждающие собеседника отвечать подробно.

Умение придерживаться темы — умение помочь собеседнику не забывать о задачах беседы.

Коррекция ложных представлений — умение чутко исправлять заблуждения и восполнять пробелы в знаниях собеседника.

Основа построения добрых отношений между консультантом и пациентом — взаимное уважение и полная конфиденциальность.

Групповое предтестовое консультирование

Необходимо адаптировать объем и сложность информации к образовательному уровню группы. Важно использовать методики, облегчающие усвоение материала, и отвечать на вопросы слушателей. Кроме того, следует пропагандировать переход к безопасному поведению, в том числе соблюдение правил безопасных половых контактов. Ниже перечислены темы, которые следует осветить.

- Основные сведения о ВИЧ/СПИДе.
- ИППП и ВИЧ.
- ПМР и ППМР.
- Процедура тестирования на ВИЧ.
- Польза и риск, связанные с тестированием на ВИЧ.
- Соблюдение конфиденциальности.
- Значение положительного и отрицательного результатов тестирования.
- Поиск служб, оказывающих помощь при ВИЧ-инфекции.
- Планирование семьи.
- Индивидуальное консультирование и оценка личного риска ВИЧ-инфекции.
- Консультирование и тестирование пар.

Важно отмечать слушателей, нуждающихся в индивидуальном консультировании, и помогать им получить его.

Консультирование пар

Особенности консультирования пар

- Установить контакт с обоими партнерами.
- Оценить осведомленность каждого из партнеров в вопросах ВИЧ/СПИДа.
- Не допускать во время беседы господства одного из партнеров.
- Удостовериться в желании пары пройти тестирование.
- Разъяснить процедуру тестирования и получения результатов. Узнать:
 - как они хотят получить результаты?
 - как они могут поддержать друг друга?
- Подчеркнуть преимущества осведомленности в ВИЧ-статусе каждого партнера и пары, обсудить возможные неблагоприятные последствия.
- Обсудить, как партнеры отнесутся к несовпадению результатов тестирования (инфицированности одного из партнеров).
- Узнать, для кого еще результаты тестирования пары могут иметь значение.

Послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование ВИЧ-положительной и ВИЧ-отрицательной женщины преследует ряд общих целей:

- ознакомить с результатами тестирования на ВИЧ;
- помочь осознать результат тестирования;
- предоставить поддержку, информацию и направления;
- рекомендовать отказ от опасных форм поведения;
- способствовать раскрытию ВИЧ-статуса и выяснению ВИЧ-статуса партнера.

Если женщина ВИЧ-отрицательна...

Рассказать о профилактике ВИЧ-инфекции в будущем и сообщить о высоком риске ПМР при заражении ВИЧ во время беременности и кормления грудью.

Если женщина ВИЧ-положительна...

- Обсудить первоочередные проблемы.
- Обсудить раскрытие ВИЧ-статуса и обследование партнера.
- Посоветовать продолжить дородовое наблюдение и подчеркнуть важность родов в отделении, проводящем мероприятия ППМР.

Правила послетестового консультирования

- Убедиться, что женщина готова узнать результат теста.
- Сообщить результат четко, ясно, спокойным голосом.
- Дать женщине время осознать результат теста.
- Используя открытые вопросы, убедиться, что женщина поняла результат теста.
- Определить основные проблемы женщины.
- Рекомендовать обследование партнера и выдать необходимые направления.
- Дать женщине адреса и номера телефонов соответствующих медицинских служб.

Консультирование и тестирование на ВИЧ в родах

Женщины с неизвестным ВИЧ-статусом

Иногда в родильные отделения поступают женщины, которые не получали дородовой помощи или не проходили во время беременности тестирования на ВИЧ. В таких случаях экспресс-тестирование на ВИЧ и АРВ профилактика ПМР проводятся в соответствии с национальными стандартами.

Консультирование и тестирование на ВИЧ после родов позволяет:

- определить ВИЧ-статус матери и оценить необходимость АРВ профилактики для ребенка;
- сориентироваться в вопросах вскармливания и предоставить матери соответствующую поддержку;
- рассказать матери о повышенном риске инфекции;
- связать мать со службами лечения, помощи и общественной поддержки.

Помощь ВИЧ-инфицированной матери после родов

Медицинские работники могут проследить, чтобы после родов ВИЧ-инфицированная женщина пришла к врачу для послеродовой консультации или получила такую консультацию на дому.

Если роды происходили дома, женщину необходимо обследовать через неделю после родов и затем — повторно — на 6-й неделе после родов.

Задачи помощи в послеродовом периоде:

- оценка состояния женщины;
- поддержка в вопросах вскармливания;
- помощь в области полового и репродуктивного здоровья.

Ниже перечислены виды помощи, к которым ВИЧ-инфицированной женщине необходимо обеспечить доступ. Если они предоставляются в вашем медицинском учреждении, сообщите, как их получить, если они предоставляются в других организациях — выдайте направления.

- Профилактика и лечение оппортунистических инфекций.
- АРВ терапия — по показаниям и при возможности.
- Симптоматическая и паллиативная помощь.
- Нормализация питания.
- Социальная и психологическая поддержка.
- Конфессиональная поддержка.
- Помощь на дому.

Женщины, получавшие АРВ терапию во время беременности, продолжают лечиться и наблюдаться в программе помощи ВИЧ-инфицированным. Если диагноз ВИЧ-инфекции был поставлен во время беременности и женщина не получает АРВ терапию, ее необходимо направить в программу помощи ВИЧ-инфицированным для лечения и наблюдения.

Связь с местными службами лечения, помощи и поддержки

Связь служб охраны здоровья матери и ребенка и организаций для ВИЧ-инфицированных

- Службы охраны здоровья матери и ребенка открывают ВИЧ-инфицированной женщине, ее детям и родственникам путь к ППМР, лечению, помощи и поддержке.
- Предоставление помощи и лечения семье, столкнувшейся с ВИЧ, требует участия различных специалистов и служб.
- Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в тщательном наблюдении и соответствующей помощи.
- Пропаганда здорового образа жизни, методов профилактики и лечения заболеваний — часть всесторонней комплексной помощи.
- Специалисты по лечению ВИЧ-инфекции, участвующие в ведении женщин и детей, могут предоставлять консультации, АРВ терапию, оказывать текущую помощь в лечении ВИЧ-инфекции.

Связь со специализированными программами здравоохранения

Комплексная медицинская помощь семьям, столкнувшимся с ВИЧ-инфекцией, требует взаимосвязи со службами:

- планирования семьи;
- лечения ИППП;
- профилактики и лечения малярии и туберкулеза;
- наркологии;
- нормализации питания.

**Связь с общественными организациями,
оказывающими помощь при СПИДе**

Неправительственные организации (НПО),
конфессиональные организации и подобные им
объединения часто обеспечивают ВИЧ-
инфицированных матерей и членов семей ВИЧ-
инфицированных лечением, помощью и
поддержкой.

Профилактика и лечение оппортунистических инфекций

Инфекции серьезно осложняют состояние ВИЧ-инфицированных. Профилактика оппортунистических и других инфекций помогает женщине сохранить нормальное самочувствие, поддержать иммунную систему и повысить качество жизни.

Для выполнения перечисленных ниже задач следуйте национальным и принятым ВОЗ рекомендациям.

- **Профилактика и лечение малярии**
Для профилактики малярии в районах с высокой ее распространенностью рекомендуется завешивать кровать обработанными инсектицидами москитными сетками.
- **Профилактика, выявление и лечение туберкулеза**
По оценкам, у 40% ВИЧ-инфицированных в течение жизни развивается туберкулез. В каждом случае, особенно в странах с высокой распространенностью туберкулеза, необходимо следовать принятым в стране протоколам профилактики, выявления и лечения туберкулеза.
- **Иммунизация**
Иммунизация должна проводиться в установленном порядке, который соответствует национальным рекомендациям и рекомендациям ВОЗ для ВИЧ-инфицированных взрослых.

Профилактика пневмоцистной пневмонии у взрослых

Категория	Рекомендации для взрослых
Показания и длительность профилактики	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Все лица с симптомами ВИЧ-инфекции (стадии II, III и IV по классификации ВОЗ). ▪ Бессимптомная ВИЧ-инфекция у лиц с числом лимфоцитов CD4 менее 500/мкл или соответствующе низким общим числом лимфоцитов. ▪ Триметоприм/сульфаметоксазол следует принимать пожизненно или до тех пор, пока на фоне АРВ терапии число лимфоцитов CD4 не повысится до 500/мкл и более.
Схема приема препаратов	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Рекомендуемая доза: триметоприм/сульфаметоксазол, 960 мг 1 раз в сутки (по 1 таблетке препарата в двойной дозе или по 2 обычные таблетки в день).
Лекарственные формы	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Как правило, таблетки для приема внутрь.
Побочные эффекты, требующие замены препаратов	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Тяжелые кожные реакции, такие как фиксированная токсидермия или синдром Стивенса—Джонсона; почечная или печеночная недостаточность; выраженное угнетение кроветворения.

Профилактика, диагностика и лечение туберкулеза

Профилактика, выявление, лечение туберкулеза, а также эпидемиологический надзор в отношении туберкулеза проводятся согласно национальным рекомендациям. Профилактика туберкулеза, наряду со стандартизованными методами лечения активного и латентного туберкулеза, является частью комплексной медицинской помощи ЛЖВС.

Профилактика туберкулеза показана ВИЧ-инфицированным, у которых пробы на туберкулез дали положительный результат, а активный туберкулез был исключен.

ВИЧ-инфицированным, проживающим в районах с высокой распространенностью туберкулеза, в отсутствие возможности проведения кожных проб на туберкулез рекомендуется профилактическое лечение латентного туберкулеза: изониазид курсом 6—9 мес.

ВИЧ-инфицированным с активным туберкулезом с целью профилактики вторичных бактериальных инфекций и паразитарных инвазий необходимо назначать триметоприм/сульфаметоксазол.

При туберкулезе у женщин, принимающих пероральные контрацептивы, беременных и ВИЧ-инфицированных, принимающих АРВ препараты, противотуберкулезные средства назначать можно при условии тщательного подбора лекарственной терапии и строгого клинического наблюдения.

Симптоматическая и паллиативная терапия

Раннее выявление и устранение симптомов способно улучшить самочувствие и эмоциональное состояние женщины, повысить качество ее жизни.

Чтобы своевременно проводить симптоматическую терапию, скажите пациентке о необходимости сообщать о следующих симптомах ВИЧ-инфекции:

- тошнота и рвота;
- повышенная утомляемость;
- кожные нарушения;
- боль (ранее лечение боли — ключ к успеху обезболивания);
- психические расстройства.

Паллиативная терапия

ориентирована на пациента и его семью и:

- обеспечивает доступ к информации и уважает выбор пациента;
- добивается оптимального качества жизни;
- предвидя возможные страдания, предотвращает и лечит их;
- отвечает физическим, эмоциональным, социальным и духовным нуждам.

Консультации по вопросам питания позволяют:

- избежать осложнений, связанных с неправильным питанием;
- предотвращать бактериальные инфекции;
- сохранить здоровье и повысить иммунитет.

Лечение, помощь и поддержка для детей, контактировавших с ВИЧ

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, повышен риск заболеваний и задержки развития даже после проведения АРВ профилактики.

Регулярные осмотры, своевременное выявление симптомов ВИЧ-инфекции и ранняя диагностика ВИЧ-инфекции — залог нормального роста и развития ребенка, особенно в первые 2 года жизни.

Мать следует предупредить, что при малейшем заболевании ребенка и любом поводе для тревоги о его здоровье она должна как можно раньше обратиться к врачу.

Задачи медицинских осмотров

- Выявление и лечение распространенных заболеваний.
- Оценка роста и развития ребенка.
- Выявление симптомов ВИЧ-инфекции.
- Тестирование на ВИЧ (согласно протоколам).
- Профилактика пневмоцистной пневмонии.
- Иммунизация по графику.
- Лечение гельминтозов (по показаниям).
- Выявление, профилактика и лечение туберкулеза и малярии.
- Помощь и консультирование по вопросам вскармливания, питания и АРВ терапии (по показаниям).

Симптомы ВИЧ-инфекции у ребенка, контактировавшего с ВИЧ

Специфичность для ВИЧ-инфекции	Симптомы
Часто встречаются у ВИЧ-инфицированных детей, в отсутствие ВИЧ-инфекции наблюдаются во время болезней	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Хронический рецидивирующий средний отит с отделяемым ▪ Хроническая или рецидивирующая диарея ▪ Задержка развития ▪ Туберкулез
Часто встречаются у ВИЧ-инфицированных детей, в отсутствие ВИЧ-инфекции наблюдаются редко	<p>Тяжелые бактериальные инфекции, особенно рецидивирующие</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Хронический или рецидивирующий кандидоз рта ▪ Хронический паротит (часто безболезненный) ▪ Генерализованная стойкая лимфаденопатия в двух и более анатомических областях (кроме паховой) ▪ Гепатоспленомегалия ▪ Стойкая или рецидивирующая лихорадка ▪ Неврологические расстройства ▪ Опоясывающий лишай в пределах одного дерматома ▪ Хронический генерализованный дерматит, не поддающийся терапии
Встречаются только при ВИЧ-инфекции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Пневмоцистная пневмония ▪ Кандидоз пищевода ▪ Лимфоидная интерстициальная пневмония ▪ Опоясывающий лишай с поражением нескольких дерматомов ▪ Саркома Капоши

Профилактика пневмоцистной пневмонии у детей

Категория	Рекомендации для контактировавших с ВИЧ младенцев
Показания и длительность профилактики	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Дети, контактировавшие с ВИЧ, с возраста 6 недель: по меньшей мере — в течение 6 месяцев, предпочтительно — до исключения диагноза ВИЧ-инфекции. ▪ ВИЧ-инфицированные дети младше 12 месяцев независимо от наличия симптомов и числа лимфоцитов CD4. ▪ Дети старше 12 месяцев, наблюдающиеся в рамках первичной медицинской помощи и включенные в программу ППМР, у которых имеются симптомы ВИЧ-инфекции, выявлен СПИД, доля лимфоцитов CD4 менее 15% (при возможности получить данные) или ранее была выявлена пневмоцистная пневмония.
Схема приема препаратов	Триметоприм (ТМП), 150 мг/м ² , и сульфаметоксазол (СМК), 750 мг/м ² , 1 раз в сутки
Лекарственные формы	Суспензия для приема внутрь: ТМП 8 мг/мл и СМК 40 мг/мл В отсутствие суспензии можно давать измельченные таблетки.
Побочные эффекты, требующие замены препаратов	Тяжелые кожные реакции, такие как фиксированная токсидермия или синдром Стивенса—Джонсона; почечная или печеночная недостаточность; выраженное угнетение кроветворения

Рекомендации ВОЗ по иммунизации

Возраст ребенка	Вакцина
При рождении	БЦЖ*, ПВ-0
6 недель	АКДС-1, ПВ-1
10 недель	АКДС-2, ПВ-2
14 недель	АКДС-3, ПВ-3
9 месяцев ²	Против кори ²
<p>Сокращения:</p> <p>БЦЖ = бацилла Кальметта — Герена ПВ = живая полиомиелитная вакцина АКДС = адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина</p>	
<p>¹ Национальные рекомендации, основанные на распространенности заболеваний в данной стране, могут быть дополнены другими видами вакцинации (например, против желтой лихорадки и т. д.).</p> <p>² Дополнительная доза противокоревой вакцины назначается в 6 месяцев по следующим показаниям:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ доля кори в структуре заболеваемости и смертности детей младше 9 месяцев превышает 15%; ▪ вспышка кори; ▪ дети из группы риска смерти от кори, а именно: <ul style="list-style-type: none"> ▪ с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции; ▪ проживающие в лагерях беженцев; ▪ госпитализированные; ▪ пострадавшие в чрезвычайных ситуациях. <p>* В странах с низкой распространенностью туберкулеза назначать БЦЖ ВИЧ-инфицированным детям не следует, в странах с высокой распространенностью туберкулеза БЦЖ рекомендуется назначать всем детям без клинических проявлений ВИЧ-инфекции.</p>	

Помощь ребенку с выявленной ВИЧ-инфекцией

Родителям тяжело как подозревать ВИЧ-инфекцию у ребенка, так и знать о ее наличии у него. Обсуждая диагноз ребенка и доступные виды помощи с родителями, медицинские работники должны проявлять сочувствие и подтверждать конфиденциальность сведений.

Если АРВ терапия доступна, медицинские работники должны:

- отслеживать признаки ВИЧ-инфекции;
- определять показания к АРВ терапии согласно национальным и принятым ВОЗ протоколам;
- направлять ребенка в службы лечения, помощи и социальной поддержки.

Рекомендации ВОЗ по назначению антиретровирусной терапии детям

Серопозитивным детям младше 18 месяцев ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию в следующих случаях:

У ребенка диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден молекулярно-биологическими исследованиями (ПЦР на ДНК ВИЧ, либо ПЦР на РНК ВИЧ, либо ловушечным ИФА на антиген р24) и наблюдается:

- ВИЧ-инфекция стадии III (т. е. СПИД) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и любая доля лимфоцитов CD4, или
- ВИЧ-инфекция стадии II по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и, в качестве дополнительного критерия, доля лимфоцитов CD4 <20%, или
- ВИЧ-инфекция стадии I (т. е. бессимптомная) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и доля лимфоцитов CD4 <20% (в отсутствие симптомов ВИЧ-инфекции АРВ терапию следует назначать только при возможности определять долю лимфоцитов CD4).

Если молекулярно-биологические исследования для подтверждения диагноза недоступны, но исследовать число лимфоцитов CD4 возможно, ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию, если у серопозитивного ребенка с ВИЧ-инфекцией стадии II или III по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей доля лимфоцитов CD4 <20%. В таких случаях тест на антитела к ВИЧ необходимо повторить, когда ребенку исполнится 18 месяцев, или позже, чтобы окончательно прояснить диагноз. АРВ терапию продолжают только при положительном результате теста.

Серопозитивным детям 18 месяцев и старше ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию в следующих случаях:

- ВИЧ-инфекция стадии III (т. е. СПИД) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и любая доля лимфоцитов CD4, или
- ВИЧ-инфекция стадии II по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и, в качестве дополнительного критерия, доля лимфоцитов CD4 <15%, или
- ВИЧ-инфекция стадии I (т. е. бессимптомная) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и доля лимфоцитов CD4 <15%.

У детей, получающих грудное вскармливание, риск ВИЧ-инфекции сохраняется, пока оно не будет прекращено. Следовательно, отрицательный результат молекулярно-биологического или серологического теста в возрасте 1 года не исключает инфицирования ребенка в дальнейшем, если мать продолжает кормить его грудью.

Безопасная организация труда

Почти все случаи заражения ВИЧ у медицинских работников обусловлены ранениями загрязненными кровью острыми инструментами или иглами. Риск ранений повышен при надевании колпачков на инструменты (иглы), мытье, очистке инструментов и неправильном хранении медицинских отходов.

Передачу ВИЧ-инфекции **от пациента пациенту** можно предотвратить с помощью дезинфекции и стерилизации оборудования и принадлежностей, используемых для инвазивных вмешательств.

Универсальные меры предосторожности

Набор простых, но эффективных мер, направленных на защиту медицинских работников и пациентов от заражения инфекциями, вызываемыми широким рядом возбудителей, в том числе передающимися с кровью вирусами. Эти меры должны выполняться в отношении всех пациентов, независимо от диагноза.

Универсальные меры предосторожности включают:

- мытье рук в течение по крайней мере 15 секунд до и после непосредственного контакта с пациентами;
- дезинфекцию или стерилизацию всех загрязненных кровью принадлежностей и инструментов;
- отказ от надевания колпачков на иглы;
- использование только одноразовых игл и лезвий для скальпеля.

Рекомендации по использованию стерильного инструментария для инъекций

- Для каждой инъекции, а по возможности и для разведения каждого препарата использовать стерильные шприц и иглу.
- Не надевать колпачок на использованную иглу и избегать прочих манипуляций с иглами.
- Если колпачок на иглу надевать приходится, действовать только одной рукой.
- Использованные шприцы с иглами немедленно помещать в специально отведенные жесткие, не протекающие контейнеры.
- Не заполнять контейнеры для острых инструментов до самого верха, никогда не использовать их повторно.
- Уничтожать или хранить использованные иглы и шприцы таким образом, чтобы никто не мог ими воспользоваться и чтобы избежать загрязнения грунтовых вод.

Контейнеры для острых инструментов

Если пластиковых и металлических контейнеров нет или они слишком дороги, используйте контейнеры из толстого картона, которые отвечают требованиям ВОЗ. Если таких картонных контейнеров нет, острые инструменты можно складывать в:

- банки с крышкой;
- бутылки из толстого пластика;
- коробки из толстого пластика;
- плотные картонные коробки.

Снижение риска заражения ВИЧ при оказании акушерской помощи

При оказании акушерской помощи риск контакта с ВИЧ-инфицированной кровью и другими биологическими жидкостями наиболее высок.

Правила безопасности при оказании акушерской помощи

- Повреждения кожи и ранки закрывать водонепроницаемыми повязками.
- Надевать перчатки соответствующего размера и качества, при ручном отделении плаценты надевать длинные перчатки.
- При родовспоможении надевать водонепроницаемые пластиковые фартуки.
- Изменить технику проведения хирургических манипуляций: при наложении швов использовать иглодержатели и иглы соответствующего размера.
- При необходимости надевать защитные очки или экран для лица.
- Брызги крови с кожи смывать водой с мылом. Глаза, промывать только чистой водой.
- Придерживаться правил безопасного удаления твердых отходов (например, окровавленных повязок, плаценты).

Стратегия для условий с ограниченными ресурсами

Универсальные меры предосторожности трудно выполнять при плохом оснащении и отсутствии защитных средств. *Используйте ресурсы экономически эффективно*, правильно расставьте приоритеты при закупке и использовании защитных средств.

Сведите к минимуму контакты с кровью. Помогите в разработке и внедрении методов защиты, которые позволят предоставлять пациентам эффективную помощь без ущерба личной безопасности.

Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте

Неотложные мероприятия

При случайном контакте с кровью или биологическими жидкостями каждый медицинский работник должен:

- промыть рану и кожу вокруг водой с мылом;
- при чрескожных контактах (если была повреждена кожа), если появилось кровотечение, не останавливать его в течение нескольких секунд, после чего промыть поврежденный участок водой с мылом;
- при попадании биологических жидкостей на слизистые оболочки, промыть их водой;
- можно использовать местные антисептики;
- не орошать рану едкими веществами (например, содержащими хлор);
- немедленно сообщить руководителю или ответственному лицу о произошедшем контакте, его типе и предпринятых действиях.

Узнав о контакте, руководитель должен:

- выяснить характер контакта и оценить риск заражения;
- сообщить о контакте пациенту и получить его согласие на тестирование на ВИЧ;
- получить согласие медицинского работника на тестирование на ВИЧ после контакта;
- по возможности, в обоих случаях провести экспресс-тестирование;
- незамедлительно поддержать медицинского работника, проинформировать его о постконтактной профилактике (ПКП).
- направить медицинского работника к специалисту и на консультацию;
- соблюдать конфиденциальность всех записей.

Рекомендации по ПКП

Безотлагательное экспресс-тестирование пациента, с биологическими жидкостями которого произошел контакт, позволяет оценить необходимость в ПКП и избежать неоправданного назначения АРВ препаратов и появления их побочных эффектов. Если есть основания для ПКП, ее следует начинать как можно раньше — лучше в первые 2 часа после контакта.

Персонал, имеющий риск заражения передающимися с кровью инфекциями на рабочем месте, необходимо обучать принципам проведения ПКП при поступлении на работу и в дальнейшем в ходе непрерывного обучения. В настоящее время нет предпочтений какой-то одной схеме ПКП, однако считается, что профилактика двумя или тремя препаратами эффективнее, чем одним.

При выборе препаратов для ПКП нужно учитывать:

- тип травмы и инструмента;
- вирусную нагрузку и схему АРВ терапии у пациента, с кровью которого произошел контакт;
- доступность АРВ препаратов в учреждении.

Важность доступа к АРВ препаратам для ПКП на месте

Поскольку ПКП следует начинать как можно раньше после контакта (в первые 2 часа), в учреждении постоянно должен быть запас хотя бы двух комплектов АРВ препаратов с круглосуточным доступом к ним. АРВ профилактика должна проводиться в соответствии с национальным или местным протоколом.

Желательна консультация специалиста по ВИЧ-инфекции, особенно в случаях, когда возможно заражение штаммом ВИЧ с лекарственной устойчивостью.

*Важно, чтобы медицинские работники, начавшие ПКП, могли **беспрепятственно** получить по крайней мере первые две дозы АРВ препаратов для ПКП согласно национальным рекомендациям. Рекомендуемая продолжительность курса ПКП: не менее двух и не более четырех недель.*

В некоторых случаях ПКП сопровождается побочными эффектами, включая тошноту, общее недомогание, головную боль, потерю аппетита. Беременным и женщинам детородного возраста противопоказан ифавиренц, так как он вреден для плода; в остальном ограничений в ПКП нет. Программы ППМР должны оказывать получающим ПКП работникам поддержку и помощь при появлении побочных эффектов. Поддержку на протяжении курса ПКП и помощь в устранении побочных эффектов медицинским

работникам должна предоставлять программа ППМР.

После контакта с ВИЧ на рабочем месте медицинскому работнику необходимо обеспечить консультирование по вопросам ПКП в течение 6 месяцев или до получения третьего отрицательного результата тестирования на ВИЧ.

В течение 6 месяцев после контакта или до получения третьего отрицательного результата тестирования на ВИЧ медицинский работник должен:

- соблюдать правила безопасных половых контактов или воздерживаться от половых сношений;
- воздерживаться от кормления грудью;
- отказываться от донорства крови, плазмы, тканей, спермы и органов.

Синдром сгорания у медицинских работников

Медицинские работники, постоянно работающие с ВИЧ-инфицированными беременными (или беременными с неизвестным ВИЧ-статусом) и их детьми, подвержены эмоциональному переутомлению — так называемому «синдрому сгорания». Причиной этого состояния служит длительный стресс и перенапряжение на работе.

Риск синдрома сгорания у медицинских работников особенно велик в силу перегрузок и постоянного контакта с людьми, больными тяжелыми, связанными с высокой смертностью заболеваниями, такими как СПИД.

Признаки синдрома сгорания

- Перемены в настроении, обжорство или пренебрежение пищей, расстройства сна.
- Появление подверженности несчастным случаям.
- Неспособность к принятию решений, плохая концентрация внимания, забывчивость.
- Болезненная чувствительность к замечаниям.
- Высокое артериальное давление, сердцебиения, сухость во рту, желудочно-кишечные расстройства.
- Конфликтность.
- Снижение активности и производительности труда.

Индивидуальные способы борьбы с синдромом сгорания

- Найдите группы взаимопомощи.
- Найдите доверенное лицо — человека, который выслушает Вас, поддержит, поможет советом.
- Поступите на курсы повышения квалификации (новый или уже пройденный), научитесь новым полезным в работе навыкам.
- Делайте регулярные перерывы в течение рабочего дня.

Наиболее важные меры:

- Занимайтесь спортом, правильно питайтесь, уделяйте достаточно времени отдыху.
- Уделяйте время себе и своим близким.

Контроль программы ППМР

Контроль — это регулярная оценка ключевых параметров программы, который помогает:

- оценивать осуществление программы;
- выявлять и исправлять недочеты программы;
- повышать эффективность использования ресурсов.

Система контроля ППМР включает:

- четкое определение индикаторов – показателей, отражающих ситуацию;
- стандартные бланки, источники и методы сбора данных;
- четкое распределение обязанностей по:
 - сбору данных;
 - анализу данных;
 - составлению отчетов;
 - распространению отчетных данных;
 - использованию отчетных данных

Правила, позволяющие собирать достоверные данные

- Понимать, какие данные необходимо собрать.
- Регистрировать данные:
 - по ходу получения;
 - полностью;
 - всегда одни и тем же методом.

Дополнительную информацию можно получить:

Всемирная организация здравоохранения
Департамент ВИЧ/СПИДа
20, Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 159201 X



9 789241 592017