

**Министерство здравоохранения и социального развития
Российской Федерации**

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ
И РОЖДЕННЫМ ИМИ ДЕТЯМ**

**МЕТОДИЧЕСКОЕ
ПИСЬМО**

**Москва
2006**



**МИНИСТЕРСТВО
ЗДРАВООХРАНЕНИЯ
И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**
(Минздравсоцразвития России)

Рахмановский пер., 3, г. Москва, ГСП-4, 127994
тел.: 928-44-53, факс: 928-50-58

28.08.2006 № 4614-BC

На № _____ от _____

Руководителям
органов управления
здравоохранением субъектов
Российской Федерации

Об организации медико-социальной помощи
ВИЧ-инфицированным беременным женщинам
и рожденным ими детям

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет методическое письмо «Организация медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям» для использования в работе лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь беременным ВИЧ-инфицированным и рожденным ими детям.

Приложение: на 8 стр. в 1 экз.

Заместитель Министра

В.И.Стародубов

ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И РОЖДЕННЫМ ИМИ ДЕТЯМ

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО

В современных условиях модернизации здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества медико-социальной помощи, охрана материнства и детства, сохранение и укрепление здоровья населения в целом остаются стратегическими целями и приоритетными государственными задачами, обозначенными в Послании Президента Российской Федерации Федеральному Собранию от 10 мая 2005 года.

Настоящее методическое письмо подготовили специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН Кулаков В.И., Баранов И.И., Савельева И.С., Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Росздрава Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В., Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора Покровский В.В., Юрин О.Г., Ладная Н.Н., Козырина Н.С., Кафедры инфекционных болезней РМАПО (г. Санкт-Петербург) Рахманова А.Г., Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России Шарапова О.В., Садовникова В.Н.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АРВП	- антиретровирусная профилактика
АРВТ	- антиретровирусная терапия
ВААРТ	- высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	- вирус иммунодефицита человека
КС	- кесарево сечение
СПИД	- синдром приобретенного иммунодефицита
ФНМЦ СПИД	- Федеральный научно-методический центр по профилактике и борьбе со СПИДом
ЮНЭЙДС	- Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ВВЕДЕНИЕ

Одной из наиболее острых проблем современности является распространение ВИЧ-инфекции среди населения, вследствие чего растет смертность, снижается численность трудоспособного населения и его жизненный уровень, замедляются темпы экономического роста, в ряде стран отмечается депопуляция. Эпидемия ВИЧ-инфекции затронула женщин и детей, поэтому актуальными стали вопросы предотвращения передачи ВИЧ от инфицированной матери ребенку во время беременности, родов и в период грудного вскармливания, жизнеустройства "отказных" детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, оказания им медико-социальной помощи, их воспитания и образования.

В связи с этим основными задачами лечебно-профилактической работы органов и учреждений здравоохранения являются: проведение профилактических мероприятий с целью рождения у ВИЧ-инфицированной матери неинфицированного ребенка, оказание женщинам и детям с ВИЧ лечебно-диагностической и профилактической помощи, организация их социально-психологического сопровождения в амбулаторно-поликлинических и стационарных учреждениях и организация службы долговременного ухода и поддержки для женщин и детей с ВИЧ/СПИДом.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, в Российской Федерации с 1987 по 2005 годы зарегистрировано свыше 334 тыс. случаев ВИЧ-инфекции, в том числе 17 233 случая среди детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Однако реальное число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, превышает данные официальной статистики. Так, по оценкам ФНМЦ СПИД и Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИДу, в России в 2005 году было более 940 тыс. ВИЧ-инфицированных, что составляет 1,2% населения в возрасте 15-49 лет.

Как и во всем мире, в России ВИЧ-инфекция чаще всего поражает молодежь. Так, у 82% людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15-30 лет. В 2006 году 84% живущих с ВИЧ/СПИДом - это молодые люди 18-35 лет.

Темпы распространения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации не снижаются: в 2005 году было выявлено 35 526 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на 1,2 тыс. случаев (4%) больше, чем в 2004 году.

Пораженность населения России ВИЧ-инфекцией также продолжает увеличиваться и составила в 2005 году 225,6 случаев на 100 тыс. населения (против 200,7 в 2004 году). К концу 2005 года 0,4% жителей страны в возрасте 15-49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные, а в возрастной группе 18-24 лет доля ВИЧ-инфицированных достигла 1%. Из 100 тыс. ВИЧ-инфицированных женщин, зарегистрированных на конец 2005 года, более 80% находятся в активном репродуктивном возрасте.

По данным государственного федерального статистического наблюдения (отчетная форма № 61 "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией"), с 1987 по 2006 год умерло 10 237 ВИЧ-инфицированных граждан России, при этом около 60% из них (6 122) умерли в 2005 году. За весь период умерло 416 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно, из них от СПИДа - 159 детей.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России находится в концентрированной стадии (по определению ЮНЭЙДС, концентрированная стадия характеризуется уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди одной и более групп повышенного риска инфицирования ВИЧ более 5%, а среди беременных женщин в городских районах не превышает 1%). С 1987 по 2006 год ВИЧ-инфекция в значительной степени распространилась среди потребителей инъекционных наркотиков, работников коммерческого секса и среди мужчин, имеющих секс с мужчинами.

В последние четыре года в стране отмечается увеличение доли инфицированных ВИЧ половым путем. Большинство женщин активного репродуктивного возраста, инфицированных ВИЧ с 2003 года, заразились половым путем. В связи с этим увеличивается и число ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Так, в 2005 году среди 2,9 млн беременных женщин было зарегистрировано 12 836 инфицированных ВИЧ (0,44%). Более половины всех беременностей у ВИЧ-инфицированных

женщин в 2005 году закончились родами, причем удельный вес родов в этой группе беременных из года в год возрастает, что повышает значение профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции наблюдаются в экономически развитых регионах России, где и будут сконцентрированы негативные последствия эпидемии. В пяти субъектах России (Ленинградская, Самарская, Свердловская, Ульяновская и Челябинская области) в 2005 году эпидемия перешла в генерализованную стадию (по определению ЮНЭЙДС, генерализованная стадия характеризуется уровнем распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных женщин устойчиво выше 1%). В этих территориях среди всех беременных женщин доля ВИЧ-инфицированных составляет 1-1,8%.

Кроме того, на пороге генерализованной эпидемии находится 10 субъектов РФ (Ивановская, Иркутская, Калининградская, Оренбургская, Тверская, Тюменская области, Пермский край, города Москва и Санкт-Петербург, Ханты-Мансийский АО), где доля ВИЧ-инфицированных среди всех беременных женщин составила в 2005 году 0,7-0,9%. В ряде российских городов (например, Иркутске, Орехово-Зуево Московской области, Тольятти Самарской области и др.) 6-8% мужчин в возрасте 18-30 лет официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные, что значительно увеличивает вероятность заражения ВИЧ молодых женщин половым путем.

Растет число ВИЧ-инфицированных беременных. В последние годы частота выявления случаев ВИЧ-инфекции у беременных возросла почти в 600 раз (с 0,2 на 100 тыс. обследованных на ВИЧ беременных женщин в 1995 году до 119,4 в 2002 году). При этом количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных у беременных женщин, в ряде территорий (Ленинградская, Московская, Самарская, Свердловская, Ульяновская области и город Санкт-Петербург) достигло максимального значения 0,4-0,6% в 2002 году. В 2003-2004 годах частота выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин оставалась на высоком уровне и составляла 114,2 и 112,0 на 100 тыс. обследованных беременных соответственно. В 2005 году распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных женщин в расчете на 100 тыс. обследованных беременных составила в Самарской области 504, в Свердловской - 408, в Иркутской - 363, в Ульяновской - 359, в Ленинградской - 323, в Санкт-Петербурге - 241, в Челябинской области - 235, в Тюменской - 233, в Московской - 232.

С 1987 по 2005 год число родов у ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации составило более 27 тыс. При этом за последние пять лет оно увеличилось почти в 10 раз (с 668 родов в 2000 году до 6639 родов в 2005 году). По данным государственного федерального статистического наблюдения (форма № 32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам"), ежегодно около 20% ВИЧ-инфицированных беременных не состоят на учете по беременности в женской консультации и поступают в родовспомогательные учреждения уже на роды.

За весь период эпидемии с 1987 по 2005 год у ВИЧ-инфицированных матерей родилось 27 551 живых детей, из них только в 2005 году - 6699 детей (24,3% от числа всех родившихся живыми). К концу 2005 года почти у половины детей с перинатальным ВИЧ-контактом ВИЧ-статус был уточнен, диагноз "ВИЧ-инфекция" был установлен у 1463 детей (10,8%). На диспансерном наблюдении до установления диагноза оставалось 14 031 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

По данным государственного федерального статистического наблюдения (отчетная форма № 61 "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией"), частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2001 года составляла в среднем 19,4%. После внедрения антиретровирусной профилактики этот показатель в 2002-2003 годах снизился до 10,8%, а в 2004-2005 годах он составил 7,5%. Недостаточно высокая эффективность профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции обусловлена недостаточным охватом АРВП беременных, что объясняется как поздним выявлением ВИЧ-инфекции у некоторых беременных женщин, необращением их в женские консультации в период беременности, так и, в ряде случаев, отсутствием антиретровирусных препаратов. При универсальном доступе к трехкомпонентной профилактике и, при показаниях, по схемам ВААРТ, риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции снижается до 1-2%.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом, диагноз "ВИЧ-инфекция" в 2005 году установлен во время беременности у 4252 женщин, или у 33% всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин (их общее число составило 12 836).

По данным отчетной формы № 61 "Сведения о контингентах больных ВИЧ-инфекцией", в 2005 году 67% ВИЧ-инфицированных беременных, закончивших беременность родами, получали АРВП во время беременности, 86% - во время родов. Новорожденные получили АРВП в 94% случаев. Проведено кесарево сечение у 12,6% ВИЧ-инфицированных беременных, закончивших беременность родами.

По данным мониторинга, проводимого Научно-практическим центром профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей (Республиканская клиническая инфекционная больница, г. Санкт-Петербург, пос. Усть-Ижора) в соответствии с приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 442 "Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями", на 12.04.2006 получено 4569 оперативных донесений о рождении детей у ВИЧ-инфицированных матерей в субъектах РФ в 2005 году (без учета данных по г. Москве).

Анализ полученных данных показал, что на учете в женских консультациях на различных сроках беременности состояли 76,2% ВИЧ-инфицированных беременных, 21,5% на учете не состояли и, как правило, поступали в учреждения родовспоможения на роды, о 2,3% женщин данные отсутствуют. Среди женщин, состоявших на учете в женской консультации, 29,5% встали на учет на сроке до 12 недель, 30,6% - в сроки от 12 до 23 недель, 14,9% - в сроки 24-35 недель, 1,6% - в сроки более 36 недель, в 23,4% случаев данные не указаны. У 63% ВИЧ-инфицированных женщин, закончивших беременность родами, диагноз "ВИЧ-инфекция" установлен во время беременности, у 37% беременных ВИЧ-инфекция была выявлена в предыдущие 2-4 года.

В 2005 году АРВП перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, во время беременности и в родах или только в родах была проведена у 84,6% родивших ВИЧ-инфицированных женщин; у 13,9% АРВП не проводилась вообще или из-за позднего установления диагноза "ВИЧ-инфекция", или из-за отсутствия антиретровирусных препаратов.

Несмотря на улучшение показателей проведения перинатальной профилактики (матерям - 84,6% и новорожденным - 92,6%), доля получивших трехэтапную АРВП (мать и ребенок) остается низкой и составляет всего лишь 56,1%. Недостаточный охват АРВП объясняется тем, что только 57,6% женщин получили антиретровирусные препараты в период беременности и в родах, 23,4% - только в родах, а 3,6% женщин - только в период беременности.

Антиретровирусная профилактика ВИЧ-инфекции новорожденным проведена в 92,6% случаев; у 6,8% детей она не проводилась, что связано с поздним установлением диагноза у матери или отсутствием антиретровирусных препаратов; данные о проведении профилактики у 0,6% детей отсутствуют.

Операция кесарева сечения, потенциально снижающая риск передачи ВИЧ от матери ребенку, в 2005 году была проведена у 17,2% женщин (преимущественно по акушерским показаниям и в соответствии с действующими нормативными документами).

Большинство новорожденных, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, получали искусственное вскармливание. На грудном вскармливании от нескольких дней до нескольких месяцев находились 3,9% детей.

По данным государственного федерального статистического наблюдения (отчетная форма № 32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам"), в 2005 году доля отказных детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, в акушерских стационарах составила 5,3%. Общее число отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями за 1987-2005 годы, составило около 2 тыс.

Опыт наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными матерями, показал, что они чаще подвержены различным тяжелым инфекциям, нередко с летальным исходом. Среди этой

категории детей отмечается высокий показатель перинатальной смертности в акушерских стационарах, в 2,4 раза превышающий аналогичный показатель среди детей в общей популяции.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И РОЖДЕННЫМ ИМИ ДЕТЯМ

Организация медико-социальной помощи матери и ребенку осуществляется в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в редакции Федеральных законов от 02.03.1998 № 30-ФЗ, от 20.12.1999 № 214-ФЗ, от 02.12.2000 № 139-ФЗ, от 10.01.2003 № 15-ФЗ, от 27.02.2003 № 29-ФЗ, от 30.06.2003 № 86-ФЗ, от 29.06.2004 № 58-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ с изменениями, внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 № 2288) и Федеральным законом "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" от 30.03.95 № 38-ФЗ (в редакции Федеральных законов от 02.08.96 № 112-ФЗ, от 09.01.97 № 8-ФЗ, от 07.08.2000 № 122-ФЗ, от 22.08.2004 № 122-ФЗ), Постановлениями Правительства Российской Федерации: от 28.07.2005 г. № 461 "О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год"; от 01.12.2004 г. № 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"; от 27.12.2004 г. № 856 "Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях", а также ведомственными нормативными документами.

Важными направлениями в организации этой работы являются предотвращение инфицирования ВИЧ среди подростков и молодых людей, обучение методам контрацепции, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, предоставление доступного современного лечения ВИЧ-инфекции у женщин и детей, в том числе ВААРТ, а также социальной защиты и поддержки семьям и детям.

Основой организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным, детям с перинатальным контактом по ВИЧ и ВИЧ-инфицированным детям является обеспечение их комплексным обследованием и лечением, в том числе ВААРТ в полном объеме, предоставление им необходимой психологической и социальной помощи, а также мониторинг и оценка ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных и детей в субъектах РФ и в Российской Федерации в целом.

Неуклонно возрастающее число ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей привело к активному вовлечению родовспомогательных и педиатрических учреждений в процесс оказания им медико-социальной помощи. Для решения широкого спектра проблем, существующих у этой группы населения, требуется привлечение большого круга специалистов медицинских, социальных и других организаций.

Совместная деятельность органов и учреждений здравоохранения (инфекционной, родо-вспомогательной, педиатрической служб) и социальной защиты населения должна быть направлена на первичную профилактику, выявление ВИЧ-инфицированных беременных и детей, привлечение их к диспансерному наблюдению и лечению, полное обеспечение АРВП перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и адекватного обследования, социально-психологического сопровождения.

В настоящее время на уровне субъекта Российской Федерации действует, как правило, одно специализированное учреждение - Центр по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Решить все эти вопросы одному учреждению зачастую невозможно, поэтому назрела необходимость объединения усилий разных учреждений и организаций, которые постоянно работают с этой категорией населения. Целесообразно создать эффективный механизм оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, который был бы применим в разных регионах Российской Федерации.

Количественные и качественные характеристики проблем, связанных с развитием эпидемии ВИЧ/СПИДа, могут существенно различаться в разных административных территориях России.

Особенности взаимодействия учреждений здравоохранения и социальных служб определяются совокупностью условий, связанных с уровнем пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией в территории, адекватностью территориальной нормативной и правовой базы, ресурсным обеспечением учреждений здравоохранения и социальной защиты населения и финансовыми возможностями каждого субъекта Российской Федерации.

Организация системы взаимодействия различных учреждений здравоохранения (инфекционной службы, службы охраны материнства и детства) и социальной защиты населения по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям должна быть направлена на решение следующих задач:

- обеспечение профилактики распространения ВИЧ-инфекции;
- обеспечение консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей;
- осуществление диспансерного дородового и послеродового наблюдения беременной женщины, матери и ребенка;
- проведение комплексной профилактики перинатальной передачи, включая более широкое применение трехэтапной АРВП;
- обеспечение нуждающихся ВААРТ;
- обеспечение доступности искусственного вскармливания детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями;
- обеспечение социально-психологического сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин и детей;
- оценка эффективности проводимой профилактики, лечения и социально-психологического сопровождения;
- проведение обучения по вопросам ВИЧ-инфекции всего медицинского персонала, вовлеченного в процесс оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

На сегодняшний день проведение дородового и послеродового диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, АРВП перинатальной передачи проводятся в родовспомогательных и педиатрических учреждениях. Территориальные центры по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями оказывают этой категории населения специализированную медицинскую помощь (консультативную, диагностическую и лечебно-профилактическую). Но этот вид помощи не всегда является доступным из-за удаленности этого учреждения от места проживания беременной женщины и ребенка, а также из-за ее состояния в период беременности, состояния ребенка в первые 18 месяцев жизни и т.д.

Учитывая, что в последние три года число ВИЧ-инфицированных беременных и рожденных ими детей неуклонно увеличивается, на акушеров-гинекологов и педиатров, работающих в центрах по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, ложится большая нагрузка по обеспечению приема и оказания помощи этой группе населения, контролю качества профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и лечения ВИЧ-инфицированных женщин и детей. В этой связи меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, по возможности, должны интегрироваться в существующие инфраструктуры системы здравоохранения, обеспечивающие медицинский уход и охрану репродуктивного здоровья. Интеграция профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в родовспомогательную, педиатрическую и социальные службы уже начата в регионах, однако требует более четкого определения функций медицинских и социальных работников в вопросах оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

ОСНОВНЫЕ ПРИНЦИПЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

Значительного снижения вероятности перинатальной передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку можно достигнуть только при проведении всего комплекса мероприятий, включающих дотестовое

и послетестовое консультирование беременной, тестирование, трехэтапную профилактику перинатальной передачи и, в случае необходимости, проведение ВИЧ-инфицированной беременной ВААРТ, рациональную тактику родоразрешения, искусственное вскармливание ребенка, дородовое и послеродовое диспансерное наблюдение за матерью и ребенком. Своевременно начатая и полноценно проведенная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции снижает риск инфицирования ребенка до 1-2%.

В России управление и реализация программы профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции осуществляется на федеральном уровне в рамках деятельности Координационного совета Минздрава России. Разработаны и утверждены приказы, стандарты и инструкции по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции.

В субъектах РФ организация и управление программой профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку осуществляется при тесном взаимодействии служб охраны материнства и детства и территориальных центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями. Кроме того, с учетом эпидемиологической ситуации по ВИЧ, социально-экономических и демографических особенностей в территориях изданы местные нормативные документы. К работе по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку привлекается все большее число врачей и социальных работников, в той или иной степени связанных с родовспоможением и детством, а также средние медработники, психологи, педагоги.

Вместе с государственными структурами в работе по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в той или иной форме участвуют различные общественные организации, как местные, так и международные.

Несмотря на имеющиеся трудности с материально-техническим обеспечением программы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, необходимо отметить приоритет данного направления при решении вопросов финансирования как на федеральном, так и на региональном уровнях. Органы управления здравоохранением мобилизуют имеющиеся материальные ресурсы, развивают новые направления деятельности, способствуя интеграции служб, внедрению новых диагностических и лечебных технологий, контролируют эффективность проводимых мероприятий, взаимодействуют с общественными организациями.

В комплексе мер по реализации программы прослеживаются все стратегические компоненты профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных на различных уровнях оказания медицинской помощи беременным, молодежи и женщинам репродуктивного возраста. Более 80% ВИЧ-инфицированных женщин в том или ином объеме охвачены программой профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции на разных этапах беременности или во время родов. Проводятся мероприятия по вовлечению в программу группы потребителей инъекционных наркотиков, придан новый импульс работе по санитарному просвещению населения.

Вместе с тем в реализации программы профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ в РФ остается множество нерешенных проблем, требующих комплексного межведомственного подхода на всех уровнях оказания медико-социальной помощи женщинам и детям.

ВЫВОДЫ

Основными мероприятиями по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции являются:

1. Совершенствование нормативных документов:

- 1.1. по профилактике ВИЧ-инфекции среди женщин;
- 1.2. по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным, рожденным ими детям (стандарты и клинические протоколы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку);

1.3. по повышению профессиональной подготовки медицинских работников родовспомогательных, педиатрических и социальных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и детям;

1.4. по интеграции профилактики ВИЧ/СПИДа в службу родовспоможения, педиатрическую и социальную службы;

1.5. по улучшению практики планирования семьи для ВИЧ-инфицированных;

1.6. по содержанию ВИЧ-инфицированных детей в домах ребенка и детских домах.

2. Совершенствование лечебно-профилактических и диагностических мероприятий, внедрение действующих нормативно-правовых документов:

2.1. применение стандартов медицинской помощи (приказы Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 № 375 "Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку" и № 374 "Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией");

2.2. проведение консультирования всех беременных и информированного добровольного тестирования на ВИЧ дважды за период беременности (при взятии на диспансерное наблюдение по беременности и в 34-36 недель) или при поступлении на роды, если тестирование не было проведено в течение 34-36-й недели беременности (что позволяет выявить случаи ВИЧ-инфицирования беременной с учетом "серонегативного окна" во время предыдущего исследования и провести АРВП);

2.3. повышение охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин трехэтапной (в период беременности, в родах и ребенку после рождения) АРВП;

2.4. применение рациональной тактики родоразрешения (КС) и искусственного вскармливания ребенка, значительно снижающих риск инфицирования новорожденных;

2.5. проведение консультирования ВИЧ-инфицированных женщин после родов по вопросам планирования семьи;

2.6. внедрение современных подходов к диспансерному наблюдению за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей, раннему установлению диагноза "ВИЧ-инфекция" у новорожденного;

2.7. обеспечение комплексного обследования ВИЧ-инфицированных женщин и детей и обеспечение нуждающихся лечением в полном объеме с применением ВААРТ;

2.8. реализация родового сертификата (в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения), способствующего своевременной постановке женщины на учет по беременности, проведению диагностических и профилактических мероприятий.

3. Совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией:

3.1. совершенствование, стандартизация и унификация отчетных и учетных форм государственного федерального статистического наблюдения;

3.2. проведение мониторинга ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей;

3.3. оценка охвата и качества проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в каждом субъекте РФ и в целом по стране;

3.4. улучшение взаимодействия структур, осуществляющих эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией, а также мониторинг и оценку противодействия развитию эпидемии ВИЧ-инфекции среди женщин и детей.

Методическое письмо издано при содействии
Детского фонда Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ)