**ЗМІСТ**

Вступ

Розділ I Аналіз профілактики ВІЛ-інфекції для вагітних

Розділ II Завдання із вирішення проблем ВІЛ-інфікованих

Розділ III Застосування АРВ, як метод профілактики

Висновки

Список використаної літератури

**ВСТУП**

Відомо, що розвиток епідемії ВІЛ/СНІДу в Європейському регіоні, починаючи з 1995 р., різко змінився і Україна стала лідером за темпами поширення ВІЛ/СНІДу. В період 1997 - 2005 рр. в Україні зареєстровано 10714 пологів від ВІЛ - інфікованих вагітних, більшість з них припадає на 2001-2005 рр. Не спадає поширеність ВІЛ серед вагітних в Україні. У 2004 р. даний показник склав 0,5 %, а в Одеській області перевищив 1 %. Природна частота передачі ВІЛ від інфікованої матері дитині (ЧПМД) – вертикальної трансмісії - доходить до 48 %, проте застосування сучасного комплексу профілактичних заходів дозволяє зменшити цей показник до 2 %. Програма профілактики трансмісії ВІЛ від матері дитині в України вже має певні досягнення: завдяки впровадженню комплексу профілактичних втручань ЧПМД зменшена до 8 %. Міністерство охорони здоров’я України ратифікувало ініціативу Всесвітньої організації охорони здоров’я щодо зменшення до 2 % частоти передачі ВІЛ новонародженому в Європейському регіоні. Реалізація цього завдання в Україні вимагає наукового дослідження та узагальнення досвіду чинних рекомендації щодо попередження передачі ВІЛ новонародженим дітям від інфікованих матерів та впровадження найбільш ефективних схем її профілактики. Практично значущими є такі напрямки досліджень, як удосконалення схем антиретровірусних (АРВ) препаратів, призначених під час вагітності, пологів та раннього неонатального періодів, удосконалення рекомендацій зі способу народження дитини, удосконалення заходів, що спрямовані на профілактику трансмісії ВІЛ у групах жінок з ризикованою поведінкою, подальше вивчення впливу супутніх факторів на частоту трансмісії ВІЛ немовляті.

Мета дослідження: Визначити оптимальні заходи з перинатальної профілактики ВІЛ щодо попередження передачі ВІЛ-інфекції новонародженим дітям на основі порівняння ефективності різних схем АРВ-профілактики вагітної, що впроваджені в родопомічних закладах та центрах по боротьбі та профілактиці СНІДу в умовах чинної в Україні системи надання допомоги ВІЛ-позитивним вагітним, породіллям та народженим ними дітям, включаючи медикаментозні впливи і методи прийняття пологів.

Завдання дослідження:

- Вивчити вплив АРВ-профілактики в перинатальному періоді на частоту ВІЛ- інфікування новонародженого.

- Визначити ефективність доступних в Україні схем АРВ-профілактики що призначалися під час вагітності та пологів.

- Визначити вплив на частоту вертикальної трансмісії ВІЛ новонародженому акушерських та соціальних чинників.

- Вивчити особливості перебігу раннього неонатального періоду у дітей, народжених ВІЛ- інфікованими матерями.

- Провести оцінку ефективності використання схем післяконтактної АРВ-профілактики новонародженому в ранньому неонатальному періоді.

Об’єкт дослідження: перебіг раннього неонатального періоду у дітей, які народжені ВІЛ-інфікованими матерями, і частота вертикальної трансмісії ВІЛ від матері до дитини.

Предмет дослідження: шляхи зниження вертикальної трансмісії ВІЛ, соціальні та медико-біологічні чинники ризику трансмісії ВІЛ від матері новонародженому.

Методи дослідження: клінічні, імунологічні, епідеміологічні, статистичні.

Теоретичне значення отриманих результатів. Вивчено ефективність заходів щодо попередження перинатальної трансмісії ВІЛ, впроваджених в Україні із застосуванням багатофакторного аналізу. Узагальнено дані про вплив супутніх чинників, таких як спосіб народження дитини, вік, освіта і наркотична залежність матері на частоту передачі ВІЛ новонародженому.

Практичне значення одержаних результатів. В рекомендаціях для навчальних програм студентам і слухачам наголошується на ролі інформаційних профілактичних заходів.

**РОЗДІЛ I Аналіз профілактики ВІЛ-інфекції для вагітних**

ВІЛ відноситься до групи РНК - складових ретровірусів. Мішенню вірусу є всі клітини людини, що несуть на своїй поверхні рецептор СД4, - в основному це СД4 - позитивні Т-лімфоцити (хелпери), а також всі клітки моноцитарно-макрофагальної системи, наприклад Купферовські клітини печінки, олігодендроцити головного мозку і тому подібне (саме з цим пов'язане те, що клінічні прояви при Віл-інфекції пояснюються не лише імунодефіцитом, але також і прямою дією вірусу на різні тканини).

Однією з важливих властивостей вірусу, з яким пов'язана неможливість елімінації ВІЛ з організму, є здатність вірусної ДНК (побудованою на матриці РНК за допомогою зворотної транскриптази) ставати частиною генетичного матеріалу клітки господаря. Це означає, що інфіковані клітини залишаються такими до кінця свого існування.

На ланцюжку вірусної РНК за допомогою ферменту ревертази (зворотної транскриптази) синтезується ДНК, яка вбудовується в генетичний апарат клітини людини, де може зберігатися у вигляді провіруса довічно. При активізації провіруса в зараженій клітці відбувається інтенсивне накопичення нових вірусних часток, що веде до руйнування кліток і поразки нових. Складові вірусу Т4-клітини не можуть виконувати хелперну функцію. Відбувається поступова деструкція імунної системи [12, с 17].

ВІЛ присутній в крові, спинномозковій рідині, спермі і вагінальних виділеннях інфікованих людей; передаватися іншим людям може лише в результаті попадання цих рідин в їх організми [7, с 10]. Таким чином, основними шляхами передачі ВІЛ є статевий, парентеральний і вертикальний.

Статевий шлях - незахищений (тобто без презерватива) оральний, вагінальний і анальний сексуальні контакти. ВІЛ не може проникнути через презервативи високої якості (виготовлені з латексу і поліуретану), проте передача вірусу можлива в разі неправильного використання презерватива або при його розриві під час сексуального контакту. ВІЛ присутній як в рідкій частині сперми, так і в присутніх в ній лімфоцитах і моноцитах (підвищення їх числа спостерігається при уретритах і епідидиміті). Ризик інфікування при статевих стосунках украй високий.

Парентеральний щлях найчастіше реалізується при багаторазовому використанні інструментів для ін'єкцій наркотиків, при переливанні інфікованої крові або її компонентів (еритроцитарна, тромбоцитарна або лейкоцитарна маси, свіжозаморожена плазма). Введення імуноглобулінів (у тому числі проти гепатиту В) в цьому відношенні безпечно, оскільки ці препарати прогрівають для інактивації вірусу або видаляють з них вірус іншим способом.

Вертикальний шляха - передача ВІЛ від інфікованої матері новонародженій дитині - є основним в розвитку дитячої Віл-інфекції.

Із збільшенням числа жінок, що живуть з ВІЛ/СНІДОМ, зростає кількість народжених ними дітей.

Перинатальна передача ВІЛ від матері дитині можлива під час вагітності, пологів або годування грудьми. Джерелом при Віл-інфекції новонароджених є, як правило, інфіковані матері.

Ризик вертикальної трансмісії без профілактичних заходів коливається від 10 до 40%, причому з них 15-30% доводяться на трансплацентарний шлях передачі вірусу (тобто внутріутробне зараження), 50-75% випадків зараження мають місце під час пологів і 10-20% - при грудному вигодовуванні [16, с 11].

При багатоплідній вагітності близнюк, що народився першим, має вищий ризик зараження від ВІЛ-інфікованої матері, чим дитя, що з'явилося на світ другим. Ризик інфікування плоду підвищений також при затяжних пологах, тривалому безводневому періоді і контакті плоду з великою кількістю материнської крові (епізіотомії, розривах піхви і шийки матки, накладенні електродів на голівку плоду). Чітко встановлена можливість зараження дітей при годуванні грудьми. Вірус виявлений як в молозиві, так і в грудному молоці ВІЛ-інфікованої матері.

Ризик зараження від ВІЛ-інфікованої матері при кесаревому розтині нижче, ніж при розродженні через природні родові щляхи [1, с 4].

Вірогідність народження інфікованого дитяти від ВІЛ-позитивної матері коливається залежно від країни, культури, економічних умов. У економічно розвинених країнах і країнах з середнім достатком завдяки превентивним заходам (профілактика в період вагітності, в період пологів і новонародженому) удалося понизити відсоток вертикальної трансмісії ВІЛ до 2% і менше [8, с 18].

Для запобігання інфікуванню дитяти при грудному вигодовуванні рекомендується не прикладати до грудей і не годувати материнським молоком.

Вживання антиретровірусних препаратів для профілактики передачі ВІЛ від інфікованої жінки її дитяті під час вагітності і пологів (при відмові від подальшого грудного вигодовування молоком інфікованої жінки) значно знижує ризик зараження дитяти (з 30-40% до 0,5-3%).

Профілактика перинатального зараження ВІЛ включає вживання антиретровірусних препаратів в період вагітності, пологів, а також в новонародженого.

Найбільш успішні результати виходять при проведенні всього комплексу терапевтичних заходів (три рівні), проте якщо який-небудь з етапів здійснити не удається (наприклад, унаслідок пізнього виявлення Віл-інфекції у жінки), це не є підставою для відмови від наступного.

Перед призначенням АРВ лікар проводить бесіду з жінкою (консультування), в ході якої інформує вагітну про цілі вживання АРВ, роз'яснює вірогідність народження ВІЛ-інфікованої дитини при проведенні профілактики або відмові від неї, дає інформацію про можливі побічні ефекти від вживаних препаратів. Пацієнтці пропонується дати письмову інформовану згоду на проведення хіміопрофілактики [12, с 14].

Вагітній необхідно пройти тестування на ВІЛ з метою діагностики можливої ВІЛ-інфекції та здійснення заходів щодо профілактики поширення ВІЛ та ВІЛ-інфікованої вагітної та попередити ВІЛ-
інфікування новонародженого. Після детального пояснення спеціалістами про необхідність та порядок здійснення тестування на ВІЛ ви відповідно до існуючого законодавства приймаєте свідоме рішення і даєте згоду на проведення цієї процедури.

Вагітна має право відмовитися від тестування, проте в такому разі необхідно усвідомити, що вона бере повну відповідальність за майбутнє здоров'я дитини і в разі наявності в неї ВІЛ-інфекції позбавляється шансу попередити передачу ВІЛ дитині.

Тестування вагітних на ВІЛ-інфекцію здійснюється за спеціальною схемою ( яку пояснить лікар ) у відповідності до терміну вагітності під час узяття на облік з вагітності. Тестування на ВІЛ-інфекцію бажано
здійснювати якомога раніше для своєчасного призначення антиретровірусної терапії з метою попередження інфікування ВІЛ новонародженого. З цією метою вагітна повинна звернутися до лікаря-акушера-гінеколога
до 12 тижнів вагітності.

Якщо у вагітної не було можливості обстежитись на ВІЛ-інфекцію на етапі вагітності, сучасні можливості медичної галузі дають змогу з високим ступенем якості обстежитись у пологах за допомогою швидких або експрес-тестів у пологовому стаціонарі для здійснення ефективної медикаментозної профілактики передачі ВІЛ новонародженому.

Після отримання негативного результату вагітна повинна пам'ятати про існування ризику інфікування ВІЛ при небезпечній статевій поведінці (незахищені статеві контакти з декількома партнерами або з партнером, який має статеві стосунки з декількома жінками ); про необхідність періодичного спостереження за призначенням лікаря-акушера-гінеколога або інших спеціалістів.

Небезпека внутрішньоутробного інфікування плода протягом всієї вагітності повинна застерегти вагітну і спонукати до безпечної статевої поведінки під час вагітності.

У разі отримання позитивного результату на ВІЛ вагітна повинна бути інформована, що ці відомості є конфіденційними. Проте вагітна після поради або консультації із спеціалістами повинна усвідомити і повідомити спеціалістів , кого із родичів або близьких вона може повідомити про наявність ВІЛ-інфекції.

Після отримання позитивного результату на ВІЛ бажано обстежитись статевому партнеру. Вагітній у разі отримання позитивного результату на ВІЛ необхідно пройти додатково обстеження в Центрі профілактики та боротьби зі СНІД для уточнення діагнозу.

За умови виконання призначень спеціалістів з метою профілактики передавання ВІЛ від матері до дитини у ВІЛ-інфікованої матері може народитися дитина без ВІЛ-інфекції.

3 питань надання соціальних послуг (психолога, юриста, соціального працівника/педагога) вагітна може звертатись до місцевих центрів соціальних служб для сім'ї, дітей та молоді, закладів соціального обслуговування та до недержавних організацій, що надають відповідні послуги.

Перелік зазначених організацій та закладів можна отримати в родопомічних та педіатричних лікувальних закладах.

Отже, сьогодні не викликає сумнівів той факт, що для поліпшення якості соціально-психологічного супроводу і патронажу вагітної жінки, матері, дитини і, як наслідок, реалізації механізмів профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ на всіх трьох етапах (до, в час і після пологів) необхідна злагоджена взаємодія некомерційних, недержавних сервісних для СНІДУ організацій і державних лікувально-профілактичних установ допомоги породіллі.

**РОЗДІЛ II Завдання із вирішення проблем ВІЛ-інфікованих**

Критерії профілактики попередження ВІЛ-інфікованих на державному рівні у зв'язку із відсотковим підвищенням розповсюдження проблеми СНІДу сягає все більшого значення. Так однією із ініціатив Міністерства охорони здоров'я України було створення та постійне внесення наукових змін та застосувань в інструкціях, положеннях та наказах з питань профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини зареєстрованих Міністерством юстиції законодавчим органом.

У відповідності з інструкцією Профілактичні заходи з питань профілактики ВІЛ-інфекції у жінок здійснюються відповідними методами та формами в:

- дошкільних, середніх, спеціалізованих та вищих навчальних закладах I-IV рівнів акредитації;

- закладах соціального обслуговування, притулків для дітей, центрів соціально-психологічної реабілітації;

- органах реєстрації актів цивільного стану;

- центрах здоров'я, центрах профілактики та боротьби зі СНІД; центрах планування сім'ї та репродукції людини, центрах репродуктивного здоров'я підлітків, у лікувальних закладах із сімейної медицини, педіатрії ("Клініках, дружніх до молоді"), акушерства та гінекології, дерматовенерології, наркології, медичної генетики;

- підвідомчих установах ДКВС.

Проведення профілактичних заходів забезпечують підготовлені спеціалісти за спільними програмами, затвердженими Міністерством охорони здоров'я України.

До проведення профілактичних заходів можуть залучатися представники недержавних організацій та волонтери, які пройшли підготовку із зазначених питань. Дозвіл на проведення цих заходів волонтери та НДО отримують у відповідних Міністерствах та їх підвідомчих установах.

У місцях масового перебування людей, в установах усіх форм власності розміщуються інформаційні матеріали з питань профілактики ВІЛ, погоджені з Міністерством охорони здоров'я України.

Питання профілактики ВІЛ включаються до обов'язкових навчальних програм дошкільних, середніх, спеціалізованих та вищих навчальних закладів I-IV рівнів акредитації, програм до - та післядипломної медичної та педагогічної освіти, спільних програм центрів планування сім'ї та регіональних органів освіти, програм підготовки та підвищення кваліфікації спеціалістів ЦСССДМ.

Питання профілактики ВІЛ центральні органи виконавчої влади висвітлюють відповідно до компетенції в засобах масової інформації, у тому числі при проведенні спеціальних акцій, просвітницьких заходів для груп населення з ризикованою поведінкою.

З метою профілактики ВІЛ жінкам пропонується при проведенні щорічних профілактичних гінекологічних оглядів обстежитись на ВІЛ з проведенням до та післятестового консультування.

Нареченим органами реєстрації актів цивільного стану відповідно до діючого законодавства надається інформація з питань необхідності та можливості обстеження на ВІЛ.

Правильне навчання (консультування) ВІЛ-позитивних жінок, видно, є визначальним чинником в збереженні вагітності у ВІЛ-інфікованих жінок. Якщо до тестування на антитіла до ВІЛ штучно переривають вагітність 3,5 жінок на 100 жінок в рік, то після позитивного результату тестування - 6,1 [9, с 15]. В той же час до проведення консультування і навчання на збереження вагітності згодні лише 18% інфікованих жінок, а після консультування і навчання - 58% [10, с 5].

Відповідно до методичних рекомендацій МОЗ, що діяли до останнього часу, «в разі настання вагітності у інфікованої ВІЛ жінки дільничний лікар настійно вказує пацієнтці на необхідність її штучного переривання до 12 тижнів» [11, с 22]. Такий підхід, на нашу думку, був спочатку не цілком коректним, оскільки вимушував лікаря позбавляти жінку вибору, тим паче, що ризик передачі ВІЛ на початку 90-х років складав всього лише 25%, а при відміні грудного вигодовування - 17% [12, с22]. В даний час у зв'язку з новими досягненнями в області профілактики вертикальної передачі ВІЛ [5, с 10] вживання цієї рекомендації є більш ніж сумнівним. Прийняття жінкою вирішення про збереження вагітності повинне будуватися на лікарському консультуванні, заснованому на диференційованому підході, що базується на обліку всього комплексу медичних і соціальних показників.

Хоча, не залежно від відношення медичних працівників до проблеми вертикальної передачі ВІЛ, багато ВІЛ-позитивних жінок продовжують вагітніти і народжувати дітей, роль лікарів у формуванні вибору жінок залишається високою, оскільки і консультування, само по собі може бути тенденційним.

Одним із досліджень було вивчення рівня знань про ВІЛ/СНІД і методи попередження передачі Віл-інфекції від матері дитині серед ВІЛ-інфікованих жінок, жінок, неінфікованих ВІЛ і медичного персоналу стаціонарів акушерсько-гінекологічного профілю, для подальшої корекції програм повчальних заходів.

Дослідження було виконане на базі Федерального науково-методичного центру по профілактиці і боротьбі з СНІД в 2001-2002 роках. Для оцінки знань і вистав розроблено 3 види анкет: для інфікованих жінок, жінок з невідомим ВІЛ статусом (імовірно неінфікованих) і медичного персоналу. У всіх трьох анкетах блок питань про знання по ВІЛ/СНІДу був ідентичний, що дозволило порівнювати знання цих трьох груп. Даний блок включав питання: про відмінності Віл-інфекції і СНІДУ; чинниках і шляхи передачі ВІЛ; виліковності СНІДУ; можливості народження незараженого дитяти від інфікованої ВІЛ матері; заходах, що запобігають зараженню дитяти і чинниках, що збільшують цей ризик. У інфікованих і неінфікованих ВІЛ жінок вивчалося: сексуальна поведінка, акушерський анамнез, згода на збереження вагітності в разі її виникнення (для неінфікованих, якщо виявиться, що вони стали позитивними до ВІЛ), причини, по яких жінка піде на штучне переривання вагітності (для неінфікованих, якщо виявиться, що вони стали позитивними до ВІЛ). У ВІЛ-інфікованих жінок також з'ясовувалося, чи проводилася з ними бесіда в медичній установі про сексуальну поведінку і допустимість вагітності, хто проводив таку бесіду, і що було рекомендоване; лікарями якої медичної установи рекомендувався аборт в разі настання вагітності. Анкета для лікарів акушерсько-гінекологічного профілю також включала питання: про рекомендації ВІЛ позитивним жінкам відносно статевого життя, відносно майбутніх вагітностей, про тактику ведення вагітності, про необхідність створення спеціалізованого пологового будинку для ВІЛ позитивних жінок.

Як висновок, виявлений невисокий рівень знань з проблеми ВІЛ/СНІДу і вертикальної передачі Віл-інфекції, як жіночого населення, так і акушерів-гінекологів, що є передумовою для посилення освітньої роботи як серед населення так і фахівців відповідного профілю.

**РОЗДІЛ III Застосування АРВ, як метод профілактики**

Завдяки впровадженню схем профілактики передачі ВІЛ від матері дитині в Україні, позначених в галузевій програмі “Попередження передачі ВІЛ від матері дитині 2001-2003”, за короткий період часу удалося понизити рівень перинатальної трансмісії майже в 4 рази. У 2005 р. він склав 7,7 %. На 2004-2008 рік прийнята Національна програма забезпечення профілактики Віл-інфекції, допомоги і лікування хворих на СНІД. У ній також велика увага приділяється профілактиці вертикальної передачі Віл-інфекції. Впровадження сучасних методів діагностики, що дозволяють достовірно визначити стадію захворювання і ВІЛ-статус дітей, а також використання високоактивних антиретровірусних препаратів дозволить істотно понизити рівень поширення цієї небезпечної інфекції.

АРВ препарати були розроблені для боротьби з ретровірусом ВІЛ.

Антиретровірусна терапія, також відома як комбінована терапія, або високоактивна антиретровірусна терапія (ВААВРТ), є одночасним прийомом декількох антиретровірусних препаратів. Вона повинна включати стандартну комбінацію не менше чим трьох препаратів.

Лікування одним препаратом (монотерапія) неприйнятний, за винятком використання в профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитяти. Лікування двома препаратами також недопустимо.

АРВ не знищує ВІЛ. Прийом АРВ препаратів не перетворює ВІЛ позитивної людини на ВІЛ негативного; тому люди, які починають отримувати лікування АРВ препаратами, по колишньому повинні дотримувати правила безпечного сексу і уникати спільного використання шприців і інших інструментів.

У кожному мілілітрі крові ВІЧ інфікованої людини, не одержуючої лікування, можуть знаходитися мільйони частинок ВІЛ (це називаєтся вірусним навантаженням). АРВ препарати допомагають скоротити кількість таких часток до низького рівня, наприклад, менше 50 копій на мілілітр крові.

АРВ препарати знижують кількість часток ВІЛ вашому організмі, що сприяє відновленню імунної системи (шляхом збільшення числа клітин CD4) і підвищує шанси на успіх в боротьбі з інфекцією.

У певний момент у більшості ВІЛ інфікованих людей виникає потреба в лікуванні. Проте період, коли це лікування стає необхідним, у різних людей істотно відрізняється. Прогрес ВІЛ до стадії СНІД у різних людей відбувається з різною інтенсивністю. Інколи це трапляється дуже швидко, інколи не відбувається взагалі. Більшості людей, швидше за все, доведеться почати терапію АРВ препаратами приблизно через п'ять років після інфікування ВІЛ.

Не визначено точно, який період є «найкращим часом» спершу АРВ. Це рішення повинне прийматися після консультації з лікарем, залежно від багатьох медичних, практичних і емоційних аспектів. Основна мета - почати терапію АРВ препаратами тоді, коли можна запобігти виникненню безповоротних порушень у вашій імунній системі.

Результати аналізу на кількість клітин CD4, вірусне навантаження (якщо є) і історія появи симптомів, пов'язаних з ВІЛ, допоможе визначити, чи рекомендується в даний момент починати АРВ.

Лікування АРВ препаратами не буде почато під час першого візиту в лікарню, оскільки необхідно пройти підготовку при по потужності групи медичних і соціальних працівників, які надають АРВ. Це робиться для того, щоб допомогти правильно дотримувати режим прийому препаратів, тобто бути прихильними до терапії. Після початку АРВ постійна прихильність до лікування життєво необхідна.

Ліки, які личать одним людям, можуть викликати непереносимість в інших. У ідеалі, сама краща комбінація - перша комбінація. Тому треба прагнути підготуватись на початок лікування так, щоб зберегти прийом першої комбінації на максимальний термін. Деякі люди залишаються на своїй першій комбінації до семи років. Цього вони досягли шляхом ретельного дотримання режиму прийому, підтримки з боку друзів і родичів, але, в першу чергу, правильного підбору комбінації відповідно до свого ритму життя, звичок, супутніх обставин. Також поважно і те, які препарати є в наявності.

Проте лікар повинен переконатися в тому, що:

- комбінація, яка ви використовується, призводить до зниження кількості ВІЛ в крові до невизначного рівня;

- дотримування щоденного графіку їх прийому і необхідні дієтичні обмеження.

Таблиця 3.1

Прийом АРВ – препаратів

|  |  |
| --- | --- |
| Жінка | Дитина |
| Під час вагітності | Під час родів |
| Зидовудин 300мг + ламівудин 150мг + ритона вір із 28 неділі | Після родів припинити всі препарати | Невирапин 2мг/кг + зидовудин 4мг/кг кожні 12 год на протязі 7 днів |
| Зидовудин з 28 неділі 300мг 2 рази на добу | Зидовудин 300мг + невирапин 2мг/кг | Невирапин 2мг/кг + зидовудин 4мг/кг кожні 12 год на протязі 7 днів |
| Альтернативний режим | Альтернативний режим | Альтернативний режим |
| Зидовудин 300мг + ламівудин 150мг 2 рази на добу із 36 неділі | Зидовудин + ламивудин | Зидовудин 4мг/кг + ламивудин 2мг/кг кожні 12 год на протязі 7 днів |
| - | Невирипин 200мг | Неврапин 2мг/кг |

**ВИСНОВКИ**

На частоту вертикальної трансмісії ВІЛ найбільший вплив мають такі фактори ризику, як передчасні пологи (раніше 37 тиж. гестації (р=0,003) і вік матері старіше 30 років (р=0,03). Наркоманія вагітної є опосередкованим чинником збільшення ризику трансмісії ВІЛ новонародженому через високу частоту передчасних пологів (p<0,001) та в 5 разів (p<0,001) рідший прийом АРВ-препаратів під час вагітності. Вища освіта матері виявляється таким потужним попереджувальним чинником, що дає змогу зменшити ЧПМД у 2,4 рази (р=0,06).

Перебіг раннього неонатального періоду серед дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, характеризується більшою частотою недоношеності, синдрому затримки внутрішньоутробного розвитку та синдрому відміни, ніж у загальній популяції новонароджених (р=0,001) .

Ефективність схеми післяконтактної профілактики ВІЛ у ранньому неонатальному періоді кількісно залежить від терміну початку прийому матір’ю АРВ під час вагітності і пологів. Для тих клінічних ситуацій, коли мати не приймала АРВ-препаратів під час вагітності та пологів, жодна з призначених схем післяконтактної профілактики (одна або дві дози невірапіну або зидовудин на протязі 7 діб у комбінації з однією дозою невірапіну) не виявилася ефективною у порівнянні з контролем (р=0,9). Тому дітям, матері яких зовсім не отримали АРВ-профілактики під час вагітності і пологів, необхідно пропонувати більш потужні схеми післяконтактної профілактики.

**СПИСОК ВИКОРИСТАНОЇ ЛІТЕРАТУРИ**

1. Рахманова А. Г., Виноградова В. В., Воронин Е. Е. и др. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку: метод. пособие для медицинской и социально-психологической службы. СПб., 2005. С. 8–9.

2. Покровский В. В., Ермак Т. Н., Беляева В. В. и др. ВИЧ-инфекция: клиника, диагностика и лечение. М.: ГЭОТАР-МЕД, 2003. 488 с.

3. Кулаков В. И., Баранов И. И. ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку. М., 2003.

4. Ястребова Е. Б. Характеристика летальных исходов у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами//СПИД. СЕКС. ЗДОРОВЬЕ. 2005. № 2.

5. Воронин Е. Е. ВИЧ-инфекция у детей. Клинико-организационные аспекты: автореф. дис. ... д-ра мед. наук. СПб., 2001.

6. Рюмина И. И. Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку: лекция. М., 2004.

7. Покровский В. В. и др. Профилактика передачи ВИЧ от матери к ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности: инструкция для медицинских работников центров по профилактике и борьбе со СПИДом и инфекционными заболеваниями, службы детства и родовспоможения. Ижевск, 2003.

8. Покровский В. В. Материалы конференции по паллиативной помощи при ВИЧ-инфекции. М., 2005.

9. Покровский В. В., Юрин О. Г., Беляева В. В. и др. Рекомендации по профилактике вертикальной передачи ВИЧ от матери к ребенку: учеб. пособие. М., 2003.

10. Рахманова А. Г., Воронин Е. Е., Фомин Ю. А. ВИЧ-инфекция у детей. СПб., 2003.

11. Фаучи Э., Лейн К. ВИЧ-инфекция и СПИД. М., 2004. Гл. 38.

12. Інструкція про порядок профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини

13. ВІЛ-інфекція в Україні// Інформ. бюлетень, № 23. – К., 2004.

14. Жилка Н. Я. Організація системи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні. – К.: Огляд, 2003.

15. Міжнародний Альянс з ВІЛ/СНІД в Україні. – http://www.aidsalliance.kiev.ua.

16. Попередження трансмісії ВІЛ від матері до дитини: Навч. посібник для акушерів-гінекологів, неонатологів, педіатрів, інфекціоністів, сімейних лікарів, організаторів охорони здоров’я, лікарів-інтернів і студентів/ В.М. Запорожан, М.Л. Аряєв, Н.В. Котова та ін. – К.: Акві-К, 2003.

17. Mayaux M. J., Burgard M., Teglas J. P. et al. Neonatal characteristics in rapidly progressive perinatally acquired HIV-1 diseases//The French Pediatric HIV Infection Study Group. JAMA. 1996; 257 (8): 606–610.