



БҰЙРЫҚ

Астана қаласы

ПРИКАЗ

город Астана

**О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку
в Республике Казахстан**

В соответствии с подпунктами 5), 6) пункта 1 статьи 7, пунктом 5 статьи 112 Кодекса Республики Казахстан от 18 сентября 2009 года «О здоровье народа и системе здравоохранения», **ПРИКАЗЫВАЮ:**

1. Утвердить прилагаемые:

1) Стандарт здравоохранения «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку» (далее - ППМР) согласно приложению 1 к настоящему приказу;

2) отчетные формы для организаций здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, согласно приложению 2 к настоящему приказу.

2. Контроль за исполнением настоящего приказа возложить на Вице-министра здравоохранения Республики Казахстан Байжунусова Э.А.

3. Настоящий приказ вступает в силу со дня подписания.

Министр

С. Каирбекова

**Стандарт здравоохранения
«О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку
в Республике Казахстан»**

1. Общие положения

1. Настоящий Стандарт здравоохранения определяет организацию предоставления лечения ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных во всех организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь акушерско-гинекологического и педиатрического профилей.

2. В организациях здравоохранения размещаются информационные материалы по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции от матери к ребенку (далее - ППМР).

3. Медицинская помощь ВИЧ-инфицированным женщинам, детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, предоставляется во всех организациях здравоохранения.

4. Медицинская помощь предоставляется с соблюдением принципа конфиденциальности и требований законодательства в отношении разглашения тайны диагноза ВИЧ-инфекции.

5. Руководитель организации здравоохранения несет ответственность за организацию и обеспечение медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам, проведение антиретровирусной и постконтактной профилактики.

6. Медицинский персонал при предоставлении медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам обязан применять универсальные меры предосторожности для профилактики инфекций; передающихся через кровь, в соответствии с действующими нормативными правовыми актами.

7. В случае возникновения аварийной ситуации проводится регистрация случая и постконтактная профилактика антиретровирусными препаратами {далее - АРВ) проводится областными и городскими центрами СПИД.

8. В настоящем Стандарте использованы следующие термины и определения:

1) АРВ препараты, используемые для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и СПИД;

2) АРТ - антиретровирусная терапия;

3) консультирование при ВИЧ/СПИД - конфиденциальный диалог между клиентом и консультантом, помогающий человеку справиться со стрессом и

принять информированные и ответственные решения, связанные с ВИЧ/СПИДом;

4) ИППП- инфекции, передающиеся половым путем;

5) ИФА - иммуноферментный анализ;

6) контрацепция - предупреждение беременности с использованием каких-либо методов или средств;

7) постконтактная АРВ-профилактика - короткий курс приема антиретровирусных препаратов с целью снижения риска заражения ВИЧ после возможного инфицирования;

8) ПЦР - полимеразная цепная реакция;

9) СПИД - синдром приобретенного иммунного дефицита;

10) тестирование - диагностика ВИЧ-инфекции;

11) Z21 - бессимптомный инфекционный статус, вызванный вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ);

12) R75 - лабораторное подтверждение вируса иммунодефицита человека (ИБ№);

13) B20-B24 - болезнь, вызванные ВИЧ по Классификации болезней МКБ-10.

2. Организация консультирования и тестирования беременных на ВИЧ

9. Консультирование и тестирование беременных на ВИЧ в организациях здравоохранения, оказывающих медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля, фиксируется в медицинской документации, согласно приложению 1 к настоящему Стандарту.

10. До- и послетестовое консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции проводится всем беременным, в том числе и ВИЧ-инфицированным, с соблюдением конфиденциальности информации. Проводится консультирование по использованию презервативов для профилактики передачи ВИЧ-инфекции, ИППП, гепатитов «В» и «С», уменьшению риска передачи ВИЧ от матери к плоду, способах профилактики и лечения, вскармливанию новорожденного.

11. Не допускается отказ в оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и отказавшимся от тестирования женщинам.

12. При проведении профилактических осмотров женщинам фертильного возраста предлагается добровольное тестирование на ВИЧ с проведением до- и послетестового консультирования.

13. Тестирование на ВИЧ беременных проводится дважды:

1) первичное - при взятии на учет или перед прерыванием беременности;

2) повторное - при отрицательном результате первичного обследования в сроке 28-30 недель проводится ИФА.

14. Образцы крови беременных для исследования на ВИЧ доставляются в лабораторию Центра по профилактике и борьбы со СПИД с указанием в бланке срока беременности, даты взятия крови.

15. При ранее установленном диагнозе «ВИЧ-инфекция» у женщины до беременности, тестирование на ВИЧ не проводится.

16. В случае первичной поздней явки в женскую консультацию (свыше 28 недель) повторное тестирование беременной на ВИЧ проводится за 2 недели до предполагаемых родов.

17. Экспресс-тестирование на ВИЧ проводится в родильном доме согласно приложению 2 к настоящему Стандарту, с последующим обследованием в твердофазном иммуноферментном анализе:

- 1) всем необследованным женщинам;
- 2) при отсутствии второго результата теста на ВИЧ-инфекцию;
- 3) женщины, поступившие на роды без обменной карты;
- 4) обследованные на ВИЧ инфекцию однократно более 3 недель до поступления на роды.

18. В случае если беременная или ее партнер относятся к группе риска по инфицированию ВИЧ, то при поступлении женщины на роды необходимо проводить дополнительное экспресс-тестирование на ВИЧ.

19. В случае положительного экспресс-теста на ВИЧ-инфекцию проводятся мероприятия согласно алгоритму (приложение 3 к настоящему Стандарту), далее назначается консультация врача инфекциониста Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

20. Результаты каждого тестирования на ВИЧ с указанием даты!, номера, результата вносятся в форму № 111/у «Индивидуальная карта беременной и родильницы», форму № 113/у «Обменная карта родильного дома, родильного отделения больницы» согласно приказа Министра здравоохранения от 23 ноября 2011 года № 907 «Об утверждении форм первичной медицинской документации организаций здравоохранения».

3. Организация амбулаторно-поли Клинической помощи ВИЧ-инфицированным беременным

21. Наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной женщины осуществляется с учетом принципов конфиденциальности акушером-гинекологом женской консультации, организаций здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь совместно со специалистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

22. ВИЧ-инфицированность указывается в медицинских картах, журналах, направлениях в виде кода по МКБ-10 (B20-B24).

23. Лабораторные и инструментальные методы исследования проводятся в соответствии с действующими протоколами диагностики и лечения.

24. Специалистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД определяются методы, сроки проведения АРВ профилактики/лечения беременной согласно приложению 4 к настоящему Стандарту.

25. При развитии акушерских осложнений или других неотложных состояниях медицинская помощь оказывается во всех организациях здравоохранения. По показаниям беременные направляются в республиканские профильные организации.

4. Организация стационарной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам

26. Родоразрешение проводится в плановом порядке в территориальных родовспомогательных организациях 2-3 уровня перинатальной помощи в зависимости от наличия сопутствующей акушерской или экстрагенитальной патологии.

27. Оптимальный метод родоразрешения выбирается в индивидуальном порядке согласно приложению 3 к настоящему Стандарту.

28. В случае развития спонтанной родовой деятельности роженице оказывается помощь в любой родовспомогательной организации.

29. При поступлении в родильный дом (отделение) необследованной на ВИЧ беременной, беременной имеющей высокий риск инфицирования ВИЧ, обследование проводится экспресс-методом обученным персоналом.

30. При получении положительного результата теста на ВИЧ тактика родоразрешения и профилактика передачи ВИЧ инфекции от матери к ребенку и новорожденному определяются согласно приложению 4 к настоящему Стандарту. В учетной медицинской документации указывается код в соответствии с МКБ-10.

31. Если при дальнейшем исследовании на ВИЧ в ИФА результат окажется отрицательным, профилактика прекращается.

32. В случае отказа пациентки от обследования на ВИЧ, проводится экспресс-диагностика на ВИЧ пуповинной крови для осуществления своевременной АРВ профилактики ВИЧ-инфекции у новорождённого.

33. ВИЧ-инфицированным беременным рекомендуется проводить плановое кесарево сечение в сроке не менее 38 недель при подтверждении зрелости плода.

34. Беременные, получающие эффективную терапию или АРВ-профилактику и имеющие к родам вирусную нагрузку менее 1000 копий/мл, могут рожать через естественные родовые пути.

35. При преждевременном излитии околоплодных вод, неподготовленных родовых путей и отсутствии противопоказаний со стороны роженицы оптимально оперативное родоразрешение путем кесарева сечения.

36. Сбор, хранение и утилизация использованных шприцев и других медицинских отходов (биоматериала) производится в соответствии с санитарными правилами «Санитарно-эпидемиологические требования к объектам здравоохранения», утвержденными постановлением Правительства Республики Казахстан.

37. В родильной палате настенным термометром измеряется температура воздуха, которая должна быть не менее + 25°C. Если ожидаются преждевременные роды, то температура воздуха в родильном зале должна быть не менее + 28°C и подогревается кувез для новорожденного, вызов неонатолога.

38. С началом родовой деятельности ведется партограмма, вагинальные исследования проводятся по показаниям.

39. Фетальный мониторинг, а также родостимуляция и родовозбуждение проводятся строго по показаниям с помощью инфузиомата (дозатора).

40. В первом периоде родов роженице рекомендуется легкий прием пищи и питья, частое опорожнение мочевого пузыря, не реже, чем через 2 часа.

41. С началом второго периода родов женщине рекомендуется принять удобное для нее положение (сидя, стоя, лежа на боку, лежа на спине).

42. Во втором периоде родов тактика выжидательная, потуги должны быть физиологичными и регулироваться самой роженицей. Не проводить защиту промежности, рассечение промежности производить по строгим показаниям после обработки антисептиком.

43. Для профилактики кровотечения рекомендуется активное введение третьего периода родов:

1) в течение первой минуты после рождения ребенка роженице внутримышечно вводится 10 ЕД окситоцина;

2) обученным врачом или акушеркой при каждом сокращении матки производятся контролируемые тракции за пуповину одной рукой с одновременной фиксацией тела матки над лоном другой рукой.

44. В послеродовом периоде АРВ-терапия и антибиотикотерапия проводится по показаниям.

45. При искусственном вскармливании новорожденного матери проводится подавление лактации.

46. Если роды произошли вне медицинской организации провести тестирование на ВИЧ экспресс-методом и ИФА согласно приложению 2.

47. В случае получения положительного результата теста необходимо начать АРВ-профилактику для ребенка не позднее 72 часов после рождения согласно приложению 4.

48. Всех родильниц консультируют по вопросам вскармливания ребенка, планирования семьи, безопасному половому поведению.

49. По каждому случаю окончания беременности у ВИЧ-инфицированной женщины акушером-гинекологом родовспомогательной организации подается информация в региональный Центр профилактики и борьбы со СПИД в течение 3 дней после выписки родильницы или после прерывания беременности согласно приложению 5 к настоящему Стандарту.

5. Организация услуг для ВИЧ-инфицированных женщин но вопросам планировании семьи

50. Консультирование по вопросам контрацепции, планировании беременности, профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ, уровня вирусной нагрузки и проведения АРТ проводится специалистами медицинских организаций акушерско-гинекологического профиля и Центров по профилактике и борьбы со СПИД, согласно приложению 6 к настоящему Стандарту.

51. Кабинеты планирования семьи организаций амбулаторно-поликлинического уровня обеспечивают ВИЧ-инфицированных пациенток контрацептивами.

52. В случае принятия беременной решения о прерывании беременности, последнее проводится на общих основаниях.

6. Организация помощи новорожденному, рожденному ВИЧ-инфицированной матерью

53. Помощь новорожденному должна включать все элементы помощи и ухода как за детьми, рожденными от матерей без ВИЧ-инфекции.

54. Ребенок должен родиться без активного участия акушерки, прорезывание головки и внутренний поворот плечиков должны происходить самопроизвольно.

55. Для соблюдения «тепловой цепочки», контакта «кожа-к-коже» ребенка принимают на согретую пеленку, высушивают промокательными движениями, показывают матери, обращая ее внимание на пол ребенка, и выкладывают ей на живот. Оценка состояния новорожденного проводится медицинским работником, принимающим роды в первые 30 секунд, о чем информируют мать. На новорожденного, находящегося на животе матери, надевают чистые, согретые шапочку и носочки и накрывают сухой, согретой пеленкой (не менее 2-х) и одеялом.

Для измерения температуры тела новорожденному используют электронный термометр. Температура новорожденного в родильной комнате измеряется дважды: через 30 минут после рождения и через 2 часа перед переводом в послеродовое отделение,

При рождении больного новорожденного или недоношенного ребенка, его помещают в подогретый кювез, температура воздуха в нем регулируется согласно установленным стандартам с учетом гестационного возраста и массы тела: 1000,0-1500,0 г. - (+) 33-35°C; 1500,0-2000,0 г. - (+) 32-34°C; 2000,0-2500,0 г. - (+) 30-32°C; более 2500,0 г. - (+) 28-30°C.

56. Отсасывание слизи у новорожденного из верхних дыхательных путей и рта проводится строго по показаниям (при окрашивании околоплодных вод меконием или кровью), одноразовой грушей или электроотсосом.

57. Пуповина пережимается сразу после рождения ребенка, первый зажим размещается на расстоянии 3-4 см и второй - 7-8 см от пупочного кольца. Саму культю вместе с зажимом укладывают под ребенка. Для предупреждения ВИЧ-инфицирования при возможном разбрызгивании крови, пересечение

пуповины следует проводить, предварительно наложив на нее небольшой марлевый тампон.

58. Купание ребенка при рождении не рекомендуется (при необходимости возможно через 6 часов). Загрязнение кожи младенца кровью или меконием удаляются легкими движениями стерильным ватным тампоном.

59. Вторичную обработку пуповины проводят через 2 часа в следующем порядке: на пуповинный остаток накладывают пластиковый зажим, который смыкают на расстоянии 0,3 см от пупочного кольца. Стерильными ножницами остаток пуповины отсекают на расстоянии 0,3-0,5 см от верхнего края зажима. Вторичную обработку пуповины можно проводить ранее 2-х часов, на животе матери.

60. Ребенок транспортируется вместе с мамой для соблюдения тепловой цепочки.

61. АРВ профилактика проводится всем новорожденным, рожденным ВИЧ - инфицированными матерями согласно приложению 4 к настоящему Стандарту.

62. Вакцинация новорожденных, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей проводится согласно действующего законодательства.

63. Всех новорожденных, не имеющих клинических симптомов ВИЧ-инфекции, следует вакцинировать против туберкулеза.

64. В учетной медицинской документации указывается код R75, и отмечается проведенное профилактическое лечение.

65. На каждый случай рождения ребенка представляется информация в региональный Центр профилактики и борьбы со СПИД в течение 3 дней после выписки или смерти ребенка согласно приложению 7 к настоящему Стандарту.

7. Вскармливание новорожденных, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

66. Оптимальным методом вскармливания младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, является искусственное вскармливание.

67. Дети, рожденные от ВИЧ-инфицированных матерей, обеспечиваются бесплатно адаптированными молочными смесями в полном возрастном объеме, с момента рождения и до 12 месяцев организациями ПМСП по месту жительства.

68. Консультирование по вопросам вскармливания проводится специалистами организаций родовспоможения и ПМСП:

- 1) в период беременности;
- 2) в послеродовом периоде;
- 3) во время диспансерного наблюдения ребенка.

69. Не допускается использование смешанного вскармливания ввиду повышения риска инфицирования ВИЧ.

8. Диспансерное наблюдение и ведение ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной матерью

70. Медицинское наблюдение ребенка осуществляется участковым врачом педиатром/врачом общей практики совместно со специалистом Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

71. Лечащему врачу необходимо обеспечить контроль проведения антиретровирусной профилактики ребенка на весь период лечения.

72. Плановые осмотры, консультации узких специалистов проводятся по общим рекомендациям, в соответствии с возрастом ребенка.

73. Особое внимание уделяется вопросам ранней диагностики ВИЧ, оценке нервно-психического и физического развития, поддержке наиболее безопасного метода вскармливания ребенка.

74. Контроль общего анализа крови проводится в 1, 6 и 12 месяцев, при показаниях - чаще.

75. Химиопрофилактика пневмоцистной пневмонии (ПЦП) показана всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проводится под контролем участкового педиатра:

- 1) назначается в возрасте 4-6 недель;
- 2) рекомендуемая схема: сироп триметоприм/сульфаметоксазол 40/200 мг в 5 мл назначается внутрь ежедневно по 2,5 мл для детей младше 6 месяцев или с массой тела менее 5 кг; а для детей старше 6 месяцев и до 5 летнего возраста по 5 мл ежедневно;
- 3) при каждом осмотре необходимо оценить переносимость препарата, соблюдение режима приема;
- 4) при получении двух отрицательных результатов ГЦР на ВИЧ у ребенка химиопрофилактика прекращается;
- 5) при положительном ВИЧ статусе - профилактика продолжается до 12 месяцев;
- 6) постоянная профилактика пневмоцистной пневмонии показана ВИЧ-инфицированным детям старше 12 месяцев с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции или пневмоцистной пневмонией в анамнезе.

76. Вакцинация, при установлении диагноза ВИЧ-инфекция, проводится после консультации врача Центра по профилактике и борьбе со СПИД.

77. ВИЧ-инфицированным детям со среднетяжелой и тяжелой иммуносупрессией и симптоматической ВИЧ-инфекцией и стадией СПИД противопоказаны вакцины против кори, эпидемиологического паротита, краснухи (КПК), комбинированные вакцины, содержащие противокоревую вакцину, а также другие живые вакцины.

78. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, находящихся на искусственном вскармливании, осуществляется согласно приложению 8 к настоящему Стандарту.

79. Снятие с диспансерного учёта ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, осуществляется специалистом центра профилактики и борьбы со СПИД на основании:

1) двух отрицательных результатов ПЦР ДНК в 4-6 недель (1) и в 12-16 недель (2);

2) отрицательного результата обследования ИФА в возрасте 12 месяцев (при условии отсутствия клинических проявлений ВИЧ-инфекции и отсутствия грудного вскармливания в последние 6 месяцев).

80. При сохранении положительного результата ИФА свыше 12 месяцев, срок диспансерного наблюдения продлевается индивидуально до исчезновения антител к ВИЧ.

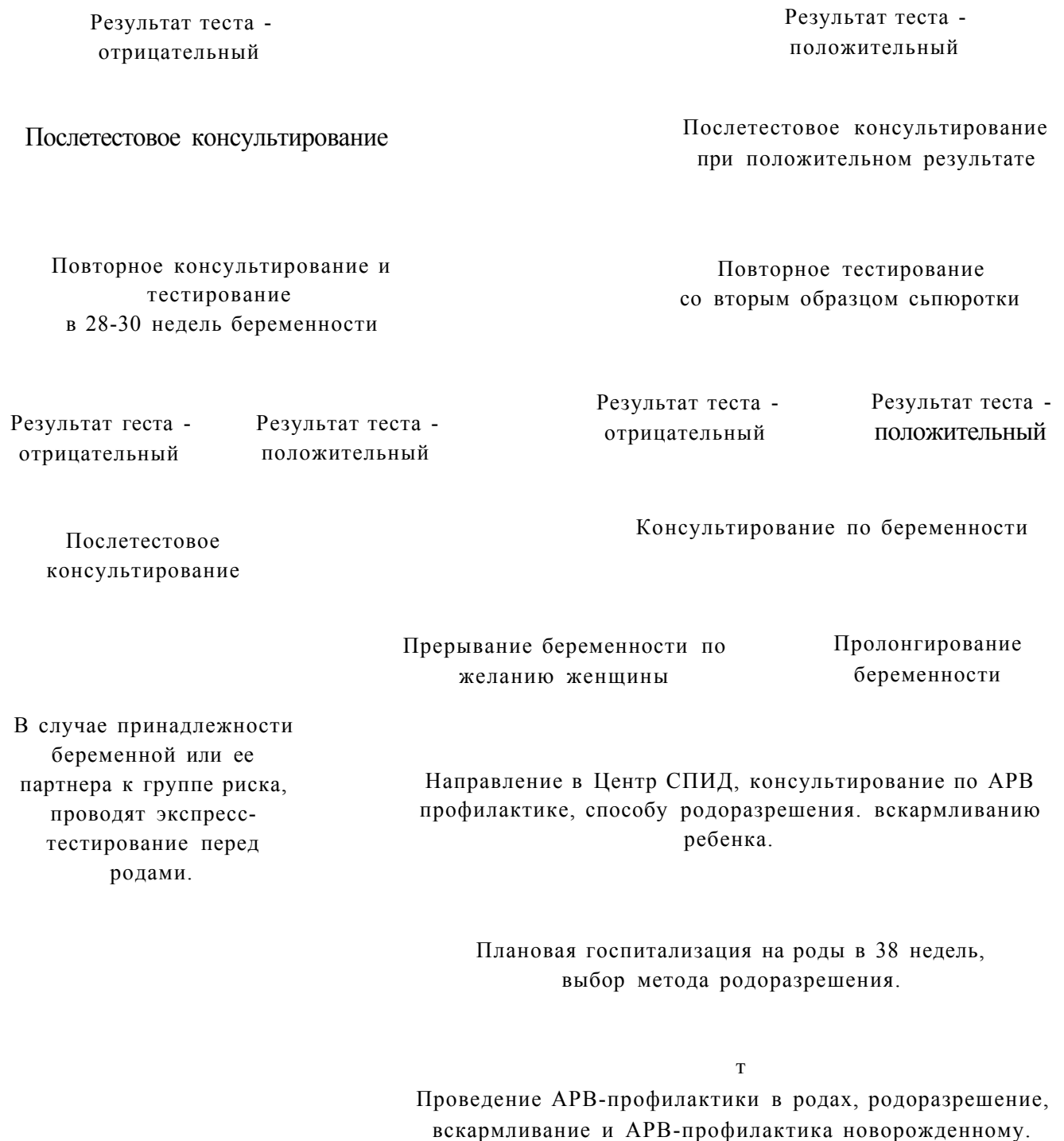
81. Наличие двух положительных результатов ПЦР ДНК и одного результата ПЦР РНК (вирусной нагрузки) указывает на ВИЧ - инфицирование и ребёнок переводится в диспансерную группу «ВИЧ-инфицированные дети».

82. Диагностика ВИЧ-инфекции у ребенка в возрасте старше 18 месяцев осуществляется по стандартам для взрослых.

Приложение 1
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

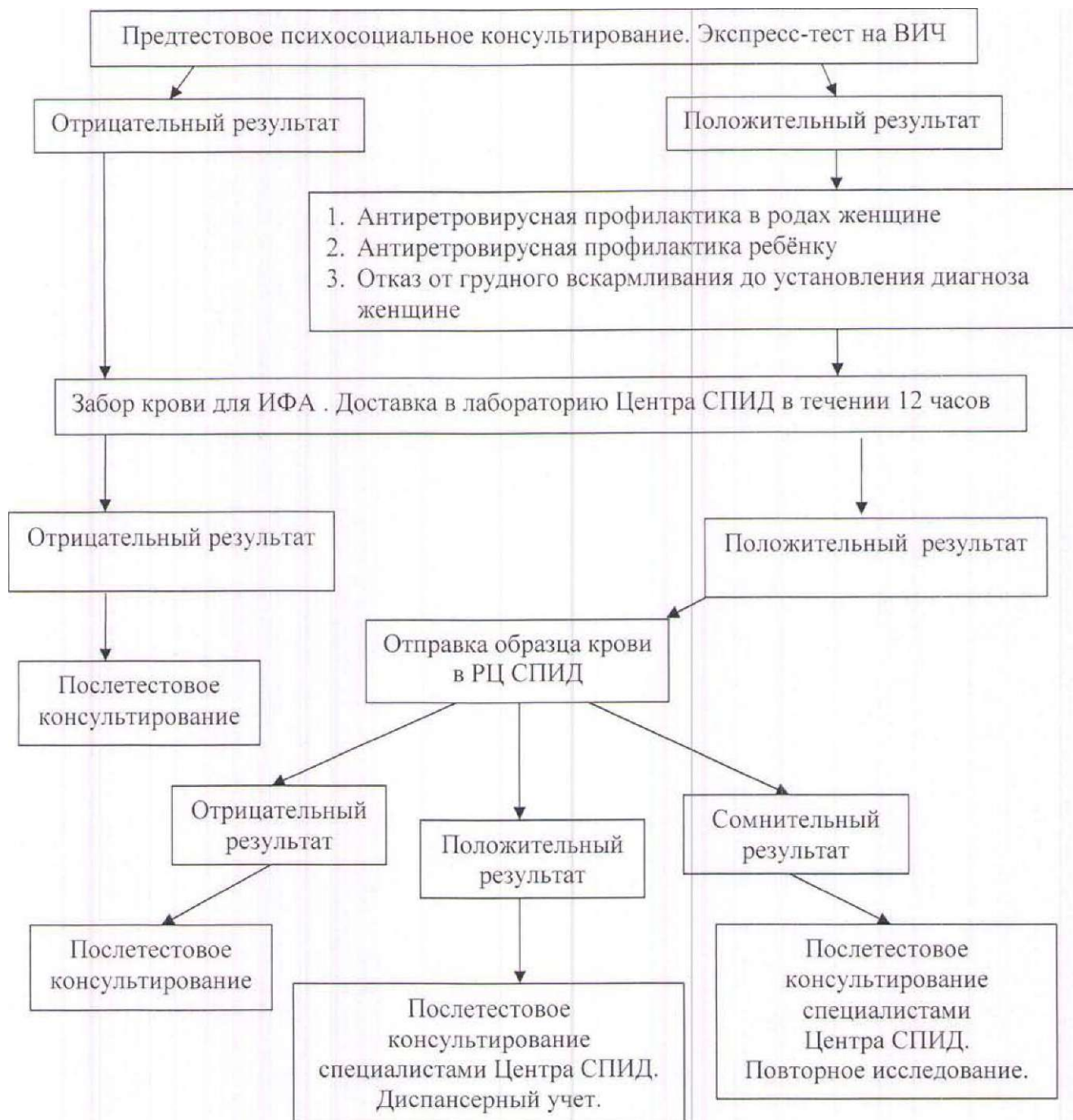
Алгоритм консультирования и тестирования на ВИЧ

Консультирование и тестирование на ВИЧ беременной женщины
при первичном обращении к акушер-гинекологу



Приложение 2
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку»

Алгоритм диагностики ВИЧ у беременной в родах*



Примечание: * для не обследованных беременных, не состоявших на учете или относящихся к группе высокого риска инфицирования ВИЧ.

Приложение 3
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Алгоритм
ведения родов у ВИЧ-инфицированной женщины

1. Консультирование по выбору метода родоразрешения, с учетом акушерских и соматических (общих) противопоказаний (на уровне ЖК и ОЦ СПИД), контрацепции (ДХС. ВМС. другие)

II. Антиретровирусная профилактика (в соответствии с приложением №4)

Вагинальные роды

Кесарево сечение

Плановая госпитализация
(по показаниям)

Плановая госпитализация
в 37-38 недель

т

- 1) уменьшение числа осмотров шейки матки
- 2) избегать инвазивных процедур
- 3) строгий учет длительности безводного периода (не более 4 часов)
- 4) сокращение времени контакта плода с кровью и другими биологическими жидкостями матери

Уменьшение числа инвазивных манипуляций

т

Плановое кесарево сечение

т

Консультирование по:
планированию семьи (контрацепция),
вскармливанию ребенка,
ППМР.

Приложение 4
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Схемы
проведения АРВ профилактики ВИЧ-инфицированным
беременным и их новорожденным

1. Варианты применения АРВ профилактики у беременных ВИЧ-инфицированных женщин, не нуждающихся в АРТ по состоянию здоровья.

Мать

В период беременности: Начиная с 14-24 недель беременности до рождения ребенка.

Рекомендуемые схемы:

A2T**{300мг} через 12 часов или

AZT***(300Mг)+3TC(150мг)+БРУ/г{400/100мг} через 12 часов или

AZT(300Mг)+3TC(150мг)+ABC(300мг) через 12 часов или

AZT(300Mг)+3TC(150мг) через 12 часов + EFV (600мг 1 раз в сутки) или

TDF(300мг)+3TC(300мг) (или FTC 200мг) + EFV (600мг один раз в сутки)

Способ родоразрешения: при вирусной нагрузке менее 1000 копий/мл в сроке 32-36 недель рекомендуется родоразрешение через естественные родовые пути.

При сохраняющейся вирусной нагрузке более 1000 копий/мл рекомендуется плановое кесарево сечение в сроке 36-38 недель.

Ребенок

AZT 4 мг/кг каждые 12 часов в течение 4-6 недель

или NVP 2мг/кг 1 раз в день через 6-12 часов после рождения в течение 4-6 недель

AZT- зидовудин, ретровир,

NVP - невирапин. невиван.

3TC - ламивудин. зефикс. виролам.

LPV/г-лопинавир/ритонавир. калетра, алувия.

ABC - абакавир

EFV - эфаверенз. стокрин.

FTC - эмтрицитабин.

TDF - тенофовир

Примечание:

* при выявлении ВИЧ-инфекции у беременной в более поздних сроках АРВ-профилактика назначается при постановке на учет с применением схемы тритерапии

** монотерапия AZT применяется в случаях при ВЛ менее 10 000. отсутствия клинических проявлений ВИЧ-инфекции и первичной беременности,

*** при возникновении побочных эффектов на зидовудин (ретровир), его следует заменить на абакавир. тенофовир или ставудин.

2. Варианты применения схем АРУ препаратов у беременных ВИЧ-инфицированных женщин, нуждающихся в АРТ по состоянию здоровья.

Беременные, у которых количество лимфоцитов СД 4 менее 350кл/мкл и/или имеются клинические проявления болезни, нуждаются в лечении ВИЧ инфекции по состоянию здоровья независимо от срока гестации. Рекомендуемые схемы лечения:

Схема лечения	Дозировка	Особенности приема	Безопасность
AZT+3ТС+NVP	AZT 300 мг x 2 р/день 3ТС 150 мг x 2 р/день NVP 200 мг x 2 р/день	Может использоваться в виде постоянной комбинации NVP начинают с половинной дозы в первые 2 недели Прием NVP требует мониторинга гиперчувствительности и гепатотоксичности первые 12 недель	Прием AZT требует контроля за уровнем гемоглобина, риск анемии возрастает с увеличением длительности приема Режим не рекомендуется использовать у беременных женщин с СД4>250 кл/мкл
AZT+3ТС+LPV/r	AZT 300 мг x 2 р/день 3ТС 150 мг x 2 р/день LPV/r(400/100мг) x 2 р/день	Может использоваться в виде постоянной комбинации	Прием AZT требует контроль уровнем гемоглобина, риск анемии возрастает с увеличением длительности приема
AZT+3ТС+EFV	AZT 300 мг x 2 р/день 3ТС 150 мг x 2 р/день EFV 600 мг x 1 р/день	EFV рекомендован для женщин с туберкулезом Не рекомендуется использовать в первые 6 недель беременности. При назначении EFV после родов необходима эффективная контрацепция язя предупреждения последующих беременностей	Прием AZT требует контроль уровня гемоглобина, риск анемии возрастает с увеличением длительности приема Применение EFV в первые 6 недель беременности связано с риском развития дефектов нервной трубки (<1%)
TDF+3ТС (или FTC)+EFV	TDF 300 мг x 1 р/день 3ТС 300 мг x 1 р/день EFV 600 мг x 1 р/день или TDF 300 мг x 1 р/день FTC 200 мг x 1 р/день EFV 600 мг x 1 р/день	Комбинация TDF и 3ТС (или FTC) используется для лечения коинфекции вирусного гепатита В. EFV рекомендован для женщин с туберкулезом Не рекомендуется использовать в первые 6 недель беременности. При назначении EFV после родов необходима эффективная контрацепция для предупреждения последующих беременностей	TDF обладает нефротоксичностью, может вызывать остеопороз Применение EFV в первые 6 недель беременности связано с риском развития дефектов нервной трубки (<1%)

ТОЕ+ЗТС(или FTO+NVP	TDF 300 мг х 1 р/день ЗТС 150 мг х 2 р/день NVP 200 мг х 2 р/день <i>или</i> TDF 300 мг х 1 р/день FTC 200 мг х 1 р/день NVP 200 мг х 2 р/день	Комбинация TDF и ЗТС (или FTC) используется для лечения коинфекции вирусного гепатита В. NVP начинают с половинной дозы в первые 2 недели Прием NVP требует мониторинга гиперчувствительности и гепатотоксичности первые 12 недель	TDF обладает нефротоксичностью, может вызывать остеопороз
------------------------	---	---	--

Способ родоразрешения: при вирусной нагрузке менее **1000** копий/мл в сроке **32-36** недель рекомендуется родоразрешение через естественные родовые пути.

При сохраняющейся высокой вирусной нагрузке более 1000 копий/мл рекомендуется плановое кесарево сечение.

Новорожденным: рекомендуется прием AZT 4 мг/кг каждые 12 часов в течение 4-6 недель или NVP 2мг/кг 1 раз в день через 6-12 часов после рождения в течение 4-6 недель.

3. Варианты применения схем АРВ препаратов у беременных, которые начали АРТ до беременности.

Если у беременной, поступающей на учет по поводу беременности, уже выявлена ВИЧ инфекция и она принимает АРТ по состоянию здоровья, следует продолжать текущую схему лечения. Если схема содержит эфавиренц, а срок беременности не превышает 28 дней, нужно заменить эфавиренц на лопинавир/ритонавир 400/100мг или невирапин 200 мг каждые 12 часов. Если беременность выявлена после первых 28 дней - замена эфавиренца не является целесообразной.

В родах и после рождения ребенка женщина продолжает начатую схему лечения.

Способ родоразрешения: при вирусной нагрузке менее 1000 копий/мл в сроке 32-36 недель рекомендуется родоразрешение через естественные родовые пути.

При сохраняющейся высокой вирусной нагрузке более 1000 копий/мл рекомендуется плановое кесарево сечение.

Новорожденным рекомендуется прием AZT 4 мг/кг каждые 12 часов в течение 4-6 недель или NVP 2мг/кг 1 раз в день через 6-12 часов после рождения в течение 4-6 недель.

4. Варианты применения схем АРВ препаратов у беременных женщин, впервые обратившихся за помощью к моменту родов (не получавшие АРВ профилактику во время беременности)

Роженицам, не получавшим дородовой помощи или поступающим на роды без наличия результатов обследования на ВИЧ, рекомендуется пройти до- и послетестовое консультирование и тестирование на ВИЧ -экспресс-методом в родовспомогательном учреждении. В случае получения положительного результата экспресс-теста женщина должна получить одну из схем АРВ профилактики ПМР представленных в таблице:

Мать

В родах:

- 1) NVP 200 мг однократно и AZT 300 мг + ЗТС 150 мг повторяя каждые 12 часов, продолжив после родов AZT + ЗТС в течение 7 дней.
- 2) если доступен раствор AZT для в/в введения, инфузию следует проводить весь период родов, в случае проведения планового кесарева сечения начать за 4 часа до оперативного вмешательства. Доза AZT 2мг/кг. в/в капельно в течение первого часа, затем 1 мг/кг в час до перерезания пуповины.

Рекомендовано родоразрешение методом кесарева сечения.

Ребенок

AZT 4 мг/кг два раза в сутки в течение 6 недель + ЗТС 2 мг/кг два раза в сутки в течение 6 недель + NVP 2мг/кг один раз в сутки в течение 6 недель.

Ребенку необходимо определить ВИЧ статус методом ПЦР ДНК и РНК ВИЧ (ВН) в возрасте 4-6 недель. При положительных результатах анализов продолжить прием всех трех препаратов (см. Протокол лечения ВИЧ-инфекции у детей)

5. Женщины, у которых произошли роды вне медицинского учреждения

Если женщина не получала дородовую помощь (нет данных об обследовании на ВИЧ во время беременности) рекомендуется провести дотестовое консультирование, тестирование на ВИЧ экспресс-методом и послетестовое консультирование. В случае получения положительного результата экспресс-теста на ВИЧ необходимо начать АРВ профилактику для ребенка не позднее 72 часов после рождения по схеме, указанной в варианте 4, У женщины проводится забор крови для проведения дальнейшего исследования в ИФА и ИБ.

Приложение 5
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Информация по окончанию беременности
у ВИЧ-инфицированной беременной*

Наименование лечебного учреждения		
1. Ф.И.О.		
2. Дата рождения		
3. Домашний адрес		
постоянный	временный	
4. Место работы (учебы)		профессия
5. Отношение к группе риска (с какого времени употребляет наркотики}		
6. Дата постановки на учет по беременности в женской консультации		
при сроке беременности		
7. Дата поступления в стационар		в сроке недель
беременности		
8. Госпитализация плановая		экстренная
9. Обследована на ВИЧ с положительным результатом (дата)		
№		(указать)
исследование (ИБ, ИФА, экспресс-тест)		
10. Полный клинический диагноз		
11, Профилактическое лечение в период беременности назначено (дата, срок беременности)		
препарат	доза	
препарат	доза	
препарат	доза	
12, Профилактическое лечение в период родов (дата)		
препарат	доза	отменен
препарат	доза	отменен
препарат	доза	отменен
13. Не проводилось проф. лечение (причина)		

14. Исход беременности: 1) срочные роды (дата)	срок	беременности
2) преждевременные роды (дата)		срок беременности
3) прерывание беременности по медико-социальным показанием (дата)		срок беременности
4) криминальный аборт (дата)		срок беременности
5) самопроизвольный выкидыш (дата)		срок беременности
б) кесарево сечение (дата)		срок беременности
7) антенатальная гибель плода (дата)		срок беременности
15. Осложнения:		
16. Течение послеродового периода		
17. Проведенное консультирование (подчеркнуть): по планированию семьи, контрацепции, профилактике ИППП. вскармливанию ребенка, уходу за новорожденным, социально-психологическая помощь, другое		
18. Контрацепция		
19. Дата выписки		
20. Прочие сведения:		
Дата заполнения		
Лечащий врач		
Руководитель учреждения		
Тел. №		
* «Информация по окончанию беременности у ВИЧ-позитивной беременной» заполняется в лечебном учреждении, на каждый случай окончания беременности у ВИЧ-позитивной женщины и подается в региональный Центр профилактики и борьбы со СПИД в течение 3 дней после выписки родильницы или после прерывания беременности		

Приложение 6
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Контрацепция для ВИЧ-инфицированных женщин

1. Консультирование проводится по общим правилам. Рекомендации по контрацепции должны быть индивидуальными, отвечать требованиям каждой женщины или пары и учитывать стадию ВИЧ-инфекции, лечение, образ жизни и личные пожелания.

1. Использование латексных презервативов - остается предпочтительным методом предупреждения нежелательной беременности и профилактики передачи ВИЧ и ИППП. т.е. происходит двойная защита.

3. Гормональные методы контрацепции могут быть использованы только для профилактики беременности, но не обеспечивают защиту от ВИЧ. ИППП.

4. Внутриматочная контрацепция не рекомендуется при III или IV клинических стадиях ВИЧ-инфекции. ВМС и гормональные контрацептивы усиливают риск развития ВИЧ и поэтому не рекомендуются.

5. Метод лактационной аменореи - неприемлем, т.к. ВИЧ-инфицированным не рекомендуется грудное вскармливание.

6. Методы, основанные на признаках фертильности, и прерванный половой акт характеризуются высокой частотой неудач из-за типичных ошибок при их использовании, поэтому не следует рекомендовать эти методы как ВИЧ-положительным, так и неинфицированным ВИЧ женщинам.

7. Добровольная хирургическая стерилизация (ДХС) осуществляется при письменном информированном согласии в установленном порядке. Все пациенты, независимо от их ВИЧ-статуса, должны понимать необратимость процедуры стерилизации, и им необходимо предоставить информацию об альтернативных методах контрацепции. Показания и противопоказания к стерилизации у ВИЧ-положительных и неинфицированных ВИЧ пациентов одинаковы.

8. Контрацепция для женщин, принимающих АРВ препараты:

1) некоторые АРВ-препараты, особенно нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы и ингибиторы протеазы, могут снижать или повышать биологическую доступность гормональных контрацептивов:

2) не рекомендуется применять оральные контрацептивы при лечении следующими препаратами: Атазанавир (ATV), Фосампренавир (FPV), Лопинавир/ритонавир (LPV/r), Нелфинавир (NFV), Ритонавир (RTV), Саквинавир (SQV), Ифавиренц (EFV), Невирапин (NVP).

3) до начала лечения EFV рекомендуется сделать тест на беременность.

4) ВМК, содержащие медь или левоноргестрел, не оказывают влияния на прием АРВ препаратов.

9. Женщинам, получающим АРВ-терапию и лечение туберкулеза:

1) рекомендуется негормональные методы контрацепции;

2) допустимо использование оральных контрацептивов, содержащих большую дозу эстрогена (50 µg), если пациентке назначен EFV, APV или ATV;

3) Депо Провера может применяться вместе с рифампицином.

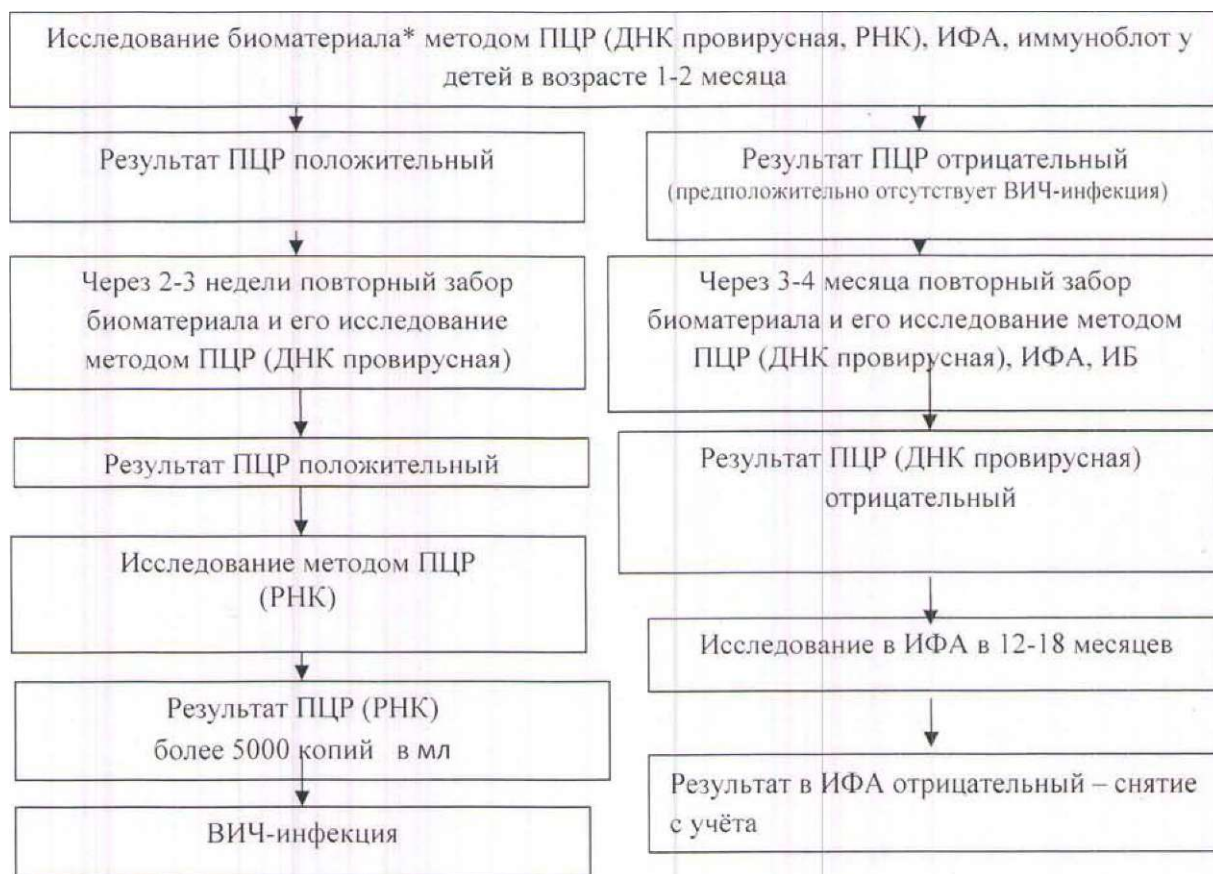
Приложение 7
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Информация на ребенка перинатальным контактом В.20*

наименование лечебного учреждения		
1. Ф.И.О.		
2. Число, месяц и год рождения		
3. Ф.И.О. матери		
4. домашний адрес ио месту жительства родителей (родственников):		
5. Направлен в дом ребенка _ _ _ _ _ дата направления		
и. полный клинический диагноз при рождении		
7. Профилактическое лечение назначено		
после рождения	через	часов
препарат		отменен
препарат		отменен
препарат	л о ч а	отменен
о. гсиснок получал грудное вскармливание		продолжительности
искусственное вскармливание		
9. Результаты клинико-биохимических исследований-		
ОАК		
ОАМ		
Б/х анализ крови		
10. Вакцинация:		
11. Консультации специалистов		
12. Дата выписки		
13. Рекомендации		
14. Умер (дата, диагноз)		
Прочие сведения		
Дата заполнения		
Лечащий врач		
Руководитель учреждения		
1 ел. №		
* «Информация на ребенка перинатальным контактом В20 заполняется в лечебном учреждении на каждый случай рождения ребенка от матери с диагнозом В.20 и подается в региональный центр профилактики и борьбы со СПИД в течении 3 дней после выписки ребенка или смерти		

Приложение 8
к Стандарту здравоохранения
«О профилактике передачи
ВИЧ-инфекции от матери к ребенку»

Алгоритм лабораторной диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными и больными СПИДом матерями и находящихся на искусственном вскармливании



* Биоматериалом для исследования методом ПЦР для выявления провирусной ДНК является цельная кровь; для выявления РНК - плазма крови; для ИФА и иммуноблота - сыворотка крови;

В случае положительного результата на ВИЧ-инфекцию в ИФА у ребенка в возрасте 12 месяцев проводится дополнительное его обследование в возрасте 18 месяцев в ИФА.

Приложение 2
к приказу Министра здравоохранения
Республики Казахстан
« ____ » _____ 2012 года № _____

**Отчетные формы для медицинских организаций, оказывающих
медицинскую помощь акушерско-гинекологического профиля**

1. Отчет для амбулаторно-поликлинических организаций акушерско-гинекологического
профиля по ГППМР

Наименование медицинской организации:		
Отчетный месяц	200	года
1	Число беременных, взятых на учет	
2	Число проведенных прерываний беременности	
3	Число беременных, прошедших консультирование по ВИЧ (до- и послетестовое)	
4	Число беременных прошедших первичное тестирование на ВИЧ	
5	Число беременных прошедших повторное тестирование на ВИЧ	
6	Число беременных с положительным результатом тестирования на ВИЧ - в том числе ПИН (потребительниц инъекционных наркотиков)	
7	Число ВИЧ-инфицированных женщин, которым была проведена контрацепция, в т.ч. по видам:	
	- латексные мужские презервативы	
	- барьерные + гормональные контрацептивы	
	- барьерные + внутриматочные контрацептивы (ВМК)	
8	Число ВИЧ-инфицированных беременных, начавших АРВ-профилактику во время беременности	

2. Отчет для стационаров акушерско-гинекологического профиля по ПППМР

Наименование медицинской организации:		
Отчетный месяц	200	года
1	Число поступивших беременных	
2	Количество родов	
3	Число поступивших беременных, нуждающихся в обследовании на ВИЧ	
4	Число беременных, прошедших консультирование по ВИЧ (до- и послетестовое)	
5	Число беременных прошедших первичное тестирование на ВИЧ	
	- из них обследованные экспресс-тестированием	
6	Число беременных прошедших повторное тестирование на ВИЧ	
	- из них обследованные экспресс-тестированием	

7	Число беременных, выявленных с положительным результатом тестирования на ВИЧ в род/доме (отделении)	
8	Число ВИЧ-инфицированных беременных, которым было проведено прерывание беременности (всего)	
9	Число ВИЧ-инфицированных женщин, которым была проведена контрацепция (по видам)	
10	Число ВИЧ-инфицированных беременных, потребителей инъекционных наркотиков	
П	Число ВИЧ-инфицированных беременных, получивших АРВ-профилактику во время родов	
12	Число ВИЧ-инфицированных беременных, не получивших АРВ-профилактику во время родов	
13	Число ВИЧ-инфицированных беременных, родивших естественным путем	
14	Число ВИЧ-инфицированных беременных, у которых проведено плановое кесарево сечение (ИКС)	
15	Число новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей	
	- из них получили АРВ-профилактику	
	- из них на искусственном вскармливании	
	- из них, рожденных от матерей с наркотической зависимостью	
	- число новорожденных, получивших лечение абстинентного синдрома	

Примечание.

1. Данные, которые должны предоставляться медицинскими организациями, имеют большое значение для разработки основных индикаторов доступности и эффективности услуг по ППМР. Такие индикаторы способствуют планированию государственных закупок изделий медицинского назначения с целью обеспечения безопасности на рабочем месте, медикаментов для профилактики и лечения ВИЧ-инфекции и ВИЧ-связанных заболеваний, тест-систем лабораторной диагностики ВИЧ и сопутствующих инфекций и т.д.

2. Статистические данные собираются в каждом соответствующем медицинском учреждении на регулярной основе.

3. Отчетные данные подаются ежемесячно не позднее 5-го числа следующего за отчетным в МИАЦ (областной/городской), затем МИАЦ (областной/городской) систематизированные отчетные данные направляют в ТОО «Мединформ» до 10-го числа.

4. ТОО «Мединформ» ежемесячно до 15 числа следующего за отчетным месяцем систематизированные отчетные данные в разрезе регионов и по республике передает в уполномоченный орган в области здравоохранения и местные органы государственного управления здравоохранением, республиканский и региональные Центры профилактики и борьбы со СПИД.