

**Методические рекомендации  
по профилактике передачи ВИЧ  
от матери ребенку  
на территории Волгоградской области**

**Волгоград 2017**

## **Методические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку на территории Волгоградской области разработаны:**

Главным внештатным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции комитета здравоохранения Волгоградской области, Главным внештатным специалистом по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции Минздрава России в Южном федеральном округе, главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями", Волгоград, к.м.н., О.А. Козыревым;

Главным внештатным специалистом по акушерству и гинекологии комитета здравоохранения Волгоградской области, главным врачом государственного бюджетного учреждения здравоохранения "Волгоградский областной клинический перинатальный центр №2", Волгоград, заслуженным врачом Российской Федерации, Т.А. Веровской.

## Список сокращений

АРВП	Антиретровирусные препараты
АРВТ	Антиретровирусная терапия
ВИЧ	Вирус иммунодефицита человека
ВН	Вирусная нагрузка- количество копий РНК ВИЧ в 1 мл плазмы
ДНК	Дезоксирибонуклеиновая кислота
ИИ	Ингибитор интегразы ВИЧ
ИП	Ингибиторы протеазы ВИЧ
ИФА	Иммуноферментный анализ
НИОТ	Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
ННИОТ	Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы ВИЧ
КС	Кесарево сечение
ПЦР	Полимеразная цепная реакция
РГЧ	Реакция гиперчувствительности
РНК	Рибонуклеиновая кислота
СПИД	Синдром приобретенного иммунодефицита
Ф-АЗТ	Фосфазид
АВС	Абакавир
АТV	Атазанавир
CD4	Регуляторные Т-лимфоциты с рецептором CD4
ddI	Диданозин
DRV	Дарунавир
d4T	Ставудин
EFV	Эфавиренз
ETR	Этравирин
FPV	Фосампренавир
IDV	Индинавир
LPV/RTV	Лопинавир/ритонавир
NVP	Невирарпин
RAL	Ралтегравир
RPV	Рилпивирин
RTV, r	Ритонавир
SQV	Саквинавир
TDF	Тенофовир
ZDV	Зидовудин
ЗТС	Ламивудин

## 1. Введение

ВИЧ-инфекция до настоящего времени остается неизлечимым заболеванием. Однако, своевременное применение препаратов, подавляющих размножение ВИЧ (антиретровирусная терапия), в сочетании с профилактикой и лечением оппортунистических заболеваний позволяет восстановить иммунную систему, предупредить развитие оппортунистических заболеваний (или привести к их исчезновению, если они уже появились), сохранить трудоспособность, улучшить качество жизни людей, зараженных ВИЧ, увеличить продолжительность их жизни.

Рост числа людей, зараженных вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ), и увеличение доли женщин среди них, а также ежегодный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин определяют чрезвычайную актуальность профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Вероятность передачи ВИЧ от матери к ребенку без проведения профилактических мероприятий составляет 20-40%. Применение специальных профилактических мероприятий снижает риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией от матери до 1-2%. Такого снижения можно добиться при сочетании приема антиретровирусных препаратов во время беременности, родов и в послеродовой период и ряда немедикаментозных мер, среди которых наиболее значимы: выбор тактики ведения родов с учетом снижения риска передачи ВИЧ от матери к ребенку и полной замены грудного вскармливания искусственным.

В качестве мероприятий, проводимых в рамках профилактики, важны своевременная диагностика ВИЧ-инфекции и выявление факторов высокого риска заражения ВИЧ у беременных, химиопрофилактика, проводимая с помощью антиретровирусных препаратов (АРВП) женщине и ребенку, тактика ведения беременности и родов, а также ведение ребенка в первые полтора года жизни, включающее отказ от грудного вскармливания.

Тактика профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку определяется совокупностью эпидемиологических, клинических и лабораторных показателей и подбирается для каждой конкретной женщины после консультирования с соответствующими специалистами.

Доказано, что наиболее важным фактором, влияющим на вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери плоду и ребенку, является концентрация вируса в крови женщины (так называемая вирусная нагрузка - ВН) во время беременности и родов, поэтому важно достичь ее неопределяемого уровня как можно раньше во время беременности. Это можно сделать с помощью антиретровирусной терапии (АРВТ), проводимой в период беременности и являющейся, таким образом, важнейшим компонентом в комплексе мероприятий, проводимых для профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Назначение АРВП ВИЧ-инфицированной женщине может быть необходимо не только для предотвращения заражения ребенка, но и с целью лечения самой женщины. При назначении АРВП необходимо минимизировать возможное неблагоприятное воздействие АРВП на плод, что особенно актуально в I триместре беременности. Поэтому сроки начала приема АРВП у беременной должны быть оптимальны с точки зрения эффективности лечения женщины, эффективности химиопрофилактики заражения ребенка и безопасности плода. Эти сроки определяются стадией ВИЧ-инфекции, количеством CD4-лимфоцитов и ВН.

## 2. Обследование беременных на наличие ВИЧ-инфекции

Согласно санитарным правилам СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции", утвержденным постановлением Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 года № 1 (в ред. Изменений № 1, утв. Постановлением Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 № 95) рекомендуется обследовать на антитела к ВИЧ всех беременных женщин.

Обследование на ВИЧ-инфекцию сопровождается до- и послетестовым консультированием.

Для своевременного выявления ВИЧ-инфекции и проведения мероприятий по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ необходимо обследовать всех беременных и их половых партнеров в установленные сроки.

Частота обследования на антитела к ВИЧ беременных и их половых партнеров:

1) всех беременных - при постановке на учет по беременности, а также на сроке гестации  $30 \pm 2$  недели;

2) беременных, не обследованных ранее во время беременности или обследованных только на 28-32 неделе беременности - при обращении в медицинские учреждения, при поступлении на роды (экспресс-методом с дальнейшим подтверждением стандартным методом);

3) беременных, имеющих ВИЧ-инфицированных партнеров, а также беременных, употребляющих психоактивные вещества, обследовать на антитела к ВИЧ при постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также тестировать экспресс-методом (с дальнейшим подтверждением стандартным методом) при поступлении на роды, независимо от количества исследований во время беременности;

4) половых партнеров - однократно при постановке беременной на учет.

При выявлении положительных результатов пациента направляют для дальнейшего обследования в Государственное казенное учреждение здравоохранения «Волгоградский областной Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями», Волгоград (Далее - ГКУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ»), повторные плановые обследования с целью выявления ВИЧ-инфекции в таком случае не проводятся.

При получении сомнительных, а при высоком эпидемиологическом риске инфицирования - и отрицательных результатов ИФА, рекомендуется использовать методы определения нуклеиновых кислот ВИЧ (ДНК или РНК ВИЧ). При получении положительного результата ПНР, свидетельствующего о наличии ВИЧ-инфекции у беременной, рекомендуется назначить ей антиретровирусную терапию (Далее - АРВТ), независимо от срока гестации, продолжить АРВТ в течение всей беременности и в родах; назначить химиопрофилактику ребенку. Тактика

ведения беременности и родов определяется индивидуально в соответствии с клинической ситуацией.

Информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, совместном наблюдении женщины со специалистами ГКУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ», перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, не подлежит разглашению, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

### **3. Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной**

Наблюдение беременных с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, а также беременных с высоким риском инфицирования ВИЧ, осуществляется совместно врачом-инфекционистом и врачом акушером-гинекологом по месту жительства.

Всем беременным женщинам проводится обследование на определение уровня вирусной нагрузки ВИЧ (ВН ВИЧ) и количество СД4 клеток.

Наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной осуществляют инфекционист и акушер гинеколог ГКУЗ «ВО ЦПБ СПИД и ИЗ», а также акушер-гинеколог женской консультации по месту жительства. Врач акушер-гинеколог предоставляет инфекционисту информацию о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований, назначаемой терапии. Инфекционист предоставляет информацию о режиме антиретровирусной терапии, ее эффективности, переносимости, результатах проведенных им лабораторных исследований, дает рекомендации о целесообразности или нецелесообразности проведения родоразрешения путем планового кесарева сечения для снижения риска передачи ВИЧ в родах.

Беременная женщина с ВИЧ-инфекцией должна получить тот объем лечебно-диагностической помощи, который предусмотрен существующими рекомендациями, протоколами и стандартами медицинской помощи больным ВИЧ-инфекцией и беременным.

Исследование клинических проявлений, ВН и СД4 при первичном обследовании позволяет выявить показания для назначения антиретровирусной терапии с целью лечения ВИЧ-инфекции и безотлагательного ее начала. Эффективность АРВТ оценивается по динамике ВН, СД4-лимфоцитов, клинических проявлений. Показатель ВН ВИЧ является наиболее быстро реагирующим и значимым.

Исследование ВН ВИЧ проводится:

- 1) при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;

2) перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 недель назад);

3) при проведении АРВТ - каждые 4 недели до снижения ВН ниже определяемого уровня, затем не реже 1 раза в 12 недель;

4) настоятельно рекомендуется исследовать ВН на сроке беременности 34-36 недель для определения тактики ведения родов и выбора схемы профилактики ВИЧ у ребенка.

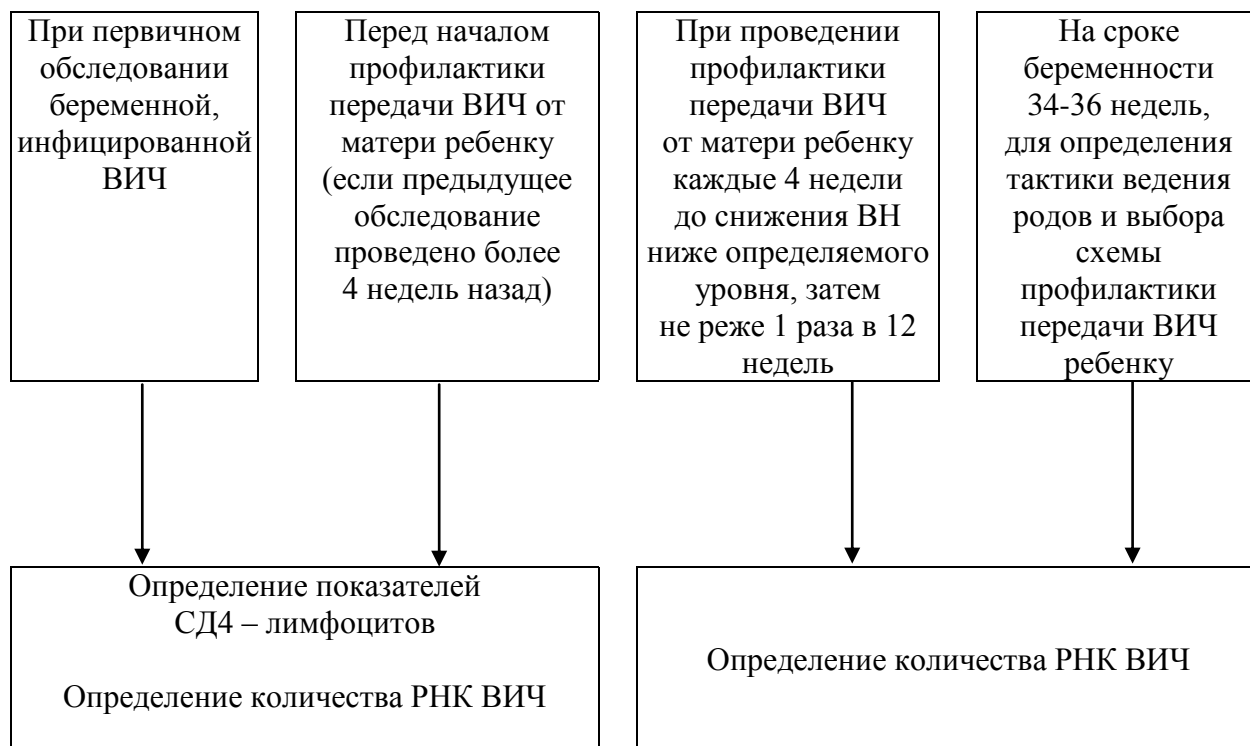
Исследование СД4-лимфоцитов проводится:

1) при первичном обследовании беременной, инфицированной ВИЧ;

2) перед началом АРВТ (если предыдущее обследование проведено более 4 недель назад);

3) при проведении АРВТ - через 4 и 12 недель от начала лечения, затем не реже 1 раза в 12 недель.

### Алгоритм обследования ВИЧ-инфицированных беременных на СД4, РНК ВИЧ





#### **4. Проведение АРВТ с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности**

АРВТ с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показана всем беременным ВИЧ-инфицированным женщинам, независимо от клинических проявлений, ВН и количества CD4-лимфоцитов. Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности менее 13 недель (или у ВИЧ-инфицированной женщины обнаружена беременность, соответствующая этому сроку), рекомендуется:

1) если у женщины имеются показания к началу АРВТ - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности;

2) если у женщины выявлена ВН > 100 000 копий/мл (высокий риск заражения плода) - начать АРВТ, не дожидаясь окончания I триместра беременности;

3) если показания к АРВТ (за исключением беременности) отсутствуют - начать прием АРВП сразу после окончания I триместра беременности.

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности от 13 до 28 недель (или ВИЧ-инфицированная женщина обратилась в эти сроки), рекомендуется начать АРВТ сразу после получения результатов исследования гемограммы, ВН и CD4.

Если ВИЧ-инфекция выявлена у женщины со сроком беременности 28 недель и более (или ВИЧ-инфицированная беременная обратилась в эти сроки), рекомендуется незамедлительно начать АРВТ по схеме 2 предпочтительных НИОТ (ZDV+3ТС или TDF+3ТС или TDF+FTC) плюс LPV/г или ATV/г:

1) прием препаратов следует начать сразу после забора крови для исследований, проводимых перед началом АРВТ (определение уровней РНК ВИЧ, CD4-лимфоцитов, общий и биохимический анализы крови), не дожидаясь их результатов;

2) в случае необходимости после получения результатов лабораторных исследований (например, выявление низкого уровня гемоглобина) назначенная схема может быть скорректирована;

3) у беременных с ВН 100 000 коп/мл и выше, начавших АРВТ на очень поздних сроках гестации (32 недели и более), в схему ВААРТ может быть включен ралтегравир четвертым препаратом в схеме.

АРВП назначаются беременным только по схемам высокоактивной АРВТ, которая должна включать не менее трех АРВП: 2 нуклеозидных ингибитора обратной транскриптазы (НИОТ) плюс ингибитор протеазы (ИП) либо нунуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (ННИОТ), либо ингибитор интегразы (ИИ).

Если беременность наступает у женщины, уже получающей АРВТ, то терапию продолжают:

1. не рекомендуется отменять АРВТ в I триместре беременности,

так как это может привести к выраженному увеличению ВН и ухудшению клинико-лабораторных показателей и, как следствие, повышению вероятности инфицирования ребенка;

2. рекомендуется продолжить текущую схему, если она эффективна, безопасна и хорошо переносится;

3. если в схему лечения входят препараты, не рекомендуемые для применения у беременных или недостаточно изученные, вопрос об их замене решается в индивидуальном порядке на основе оценки риска и пользы для матери и плода с учетом мнения пациентки.

## **5. Применение антиретровирусных препаратов во время родов и способ родоразрешения**

Назначение раствора Зидовудина внутривенно в родах показано:

1) всем ВИЧ-инфицированным женщинам независимо от наличия и схемы АРВТ:

- если ВН ВИЧ перед родами  $\geq 1000$  коп/мл или неизвестна;
- если ВН ВИЧ перед родами  $< 1000$  коп/мл;

2) при получении в учреждении родовспоможения положительного результата экспресс-теста на ВИЧ;

3) при наличии эпидемиологических показаний: внутривенное введение психоактивных веществ и/или незащищенные половые контакты с ВИЧ-инфицированным партнером в последние 12 недель настоящей беременности.

Женщины, начавшие принимать антиретровирусные препараты во время беременности, продолжают прием всех антиретровирусных препаратов в родах.

При применении в период беременности Ставудина его отменяют на время инфузии Зидовудина, затем возобновляют прием.

Внутривенная инфузия Зидовудина: при родах через естественные родовые пути - из расчета 2 мг/кг в течение первого часа родовой деятельности, затем из расчета 1 мг/кг/час до пересечения пуповины; при плановом КС расчет дозы как при естественных родах, введение препарата начинают за 3 часа до операции.

При невозможности применить в родах внутривенное введение Зидовудина - в качестве альтернативы рекомендуется назначить его перорально в начальной дозе 600 мг и далее по 400 мг через 3 и 6 часов. Следует учитывать, что по эффективности влияния на уровень передачи ВИЧ-инфекции ребенку во время родов пероральный прием Зидовудина значительно уступает его внутривенному введению.

При невозможности внутривенного введения Зидовудина у ВИЧ-инфицированных женщин, не получавших АРВП перед родами, предпочтительно применить схему, включающую однократный прием Невирапина (1 таблетка 200 мг) плюс Ламивудин + Зидовудин, которые

назначаются в стандартной терапевтической дозе и принимаются еще в течение 14 дней после родов.

Родоразрешение через естественные родовые пути может быть рекомендовано женщинам, получающим АРВТ во время беременности, если ВН ВИЧ перед родами  $< 1\ 000$  коп/мл.

Все акушерские манипуляции, которые могут привести к нарушению целостности кожных покровов ребенка в период родов (перинео/эпизиотомия, амниотомия, наложение акушерских щипцов, вакуум-экстракция плода, инвазивный мониторинг плода), должны быть строго обоснованы, не рекомендуется проведение данных процедур в рутинном порядке.

Для женщин, не получавших АРВТ в период беременности, крайне нежелательна продолжительность безводного периода более 4-6 часов, так как риск инфицирования ребенка увеличивается.

Показаниями для операции плановое кесарево сечение являются:

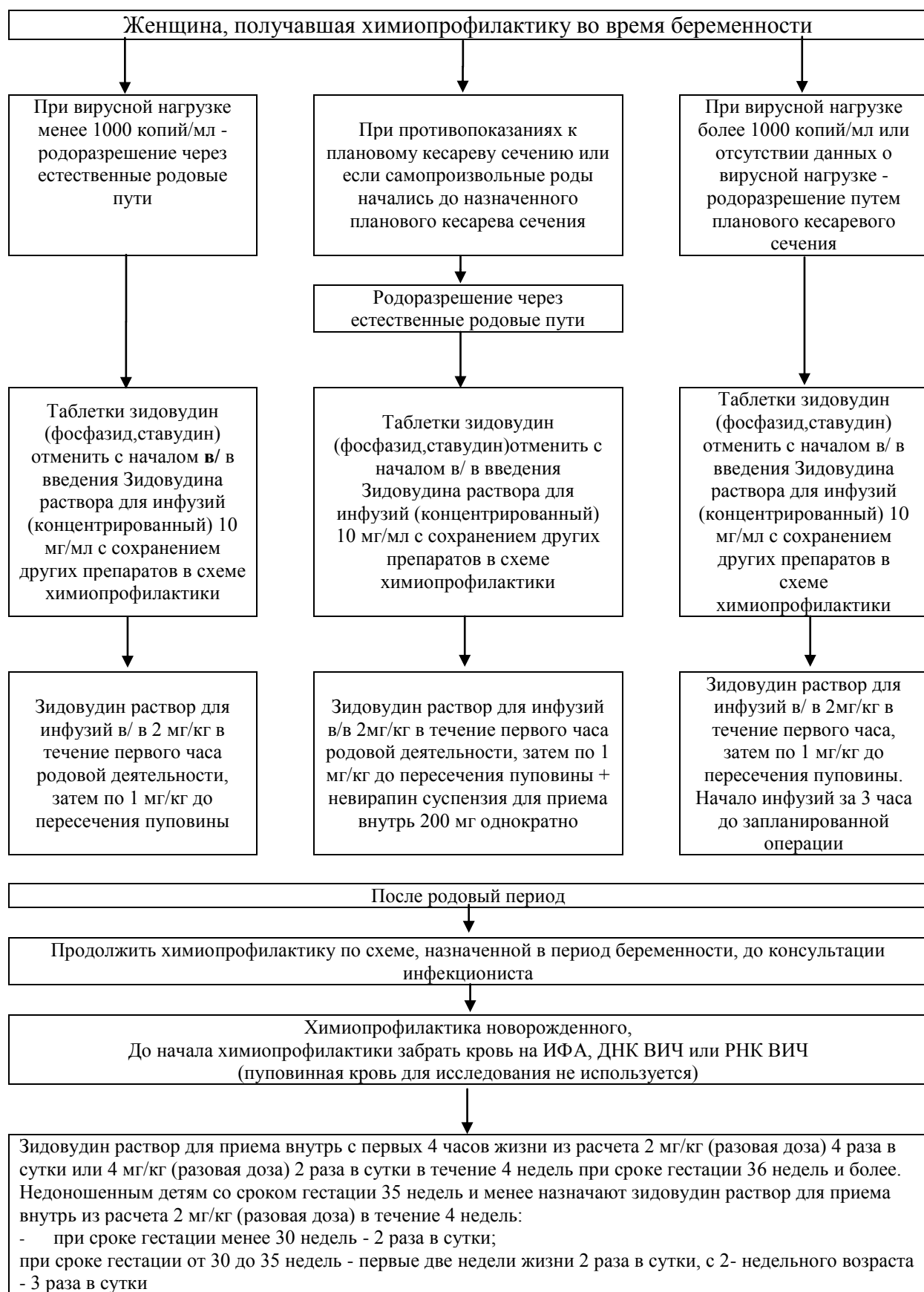
- 1) ВН ВИЧ перед родами  $\geq 1000$  копий/мл;
- 2) ВН ВИЧ перед родами неизвестна;

3) настоятельно рекомендуется проведение планового кесарево сечения в тех случаях, когда АРВТ не проводилась во время беременности и/или невозможно применить АРВП в родах.

Плановое кесарево сечение с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку проводится по достижении 38 недель беременности при отсутствии признаков родовой деятельности.

По акушерским показаниям родоразрешение ВИЧ-инфицированной беременной женщины путем планового или экстренного кесарево сечения может проводиться на общих основаниях.

## Алгоритм ведения беременных при проведении профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

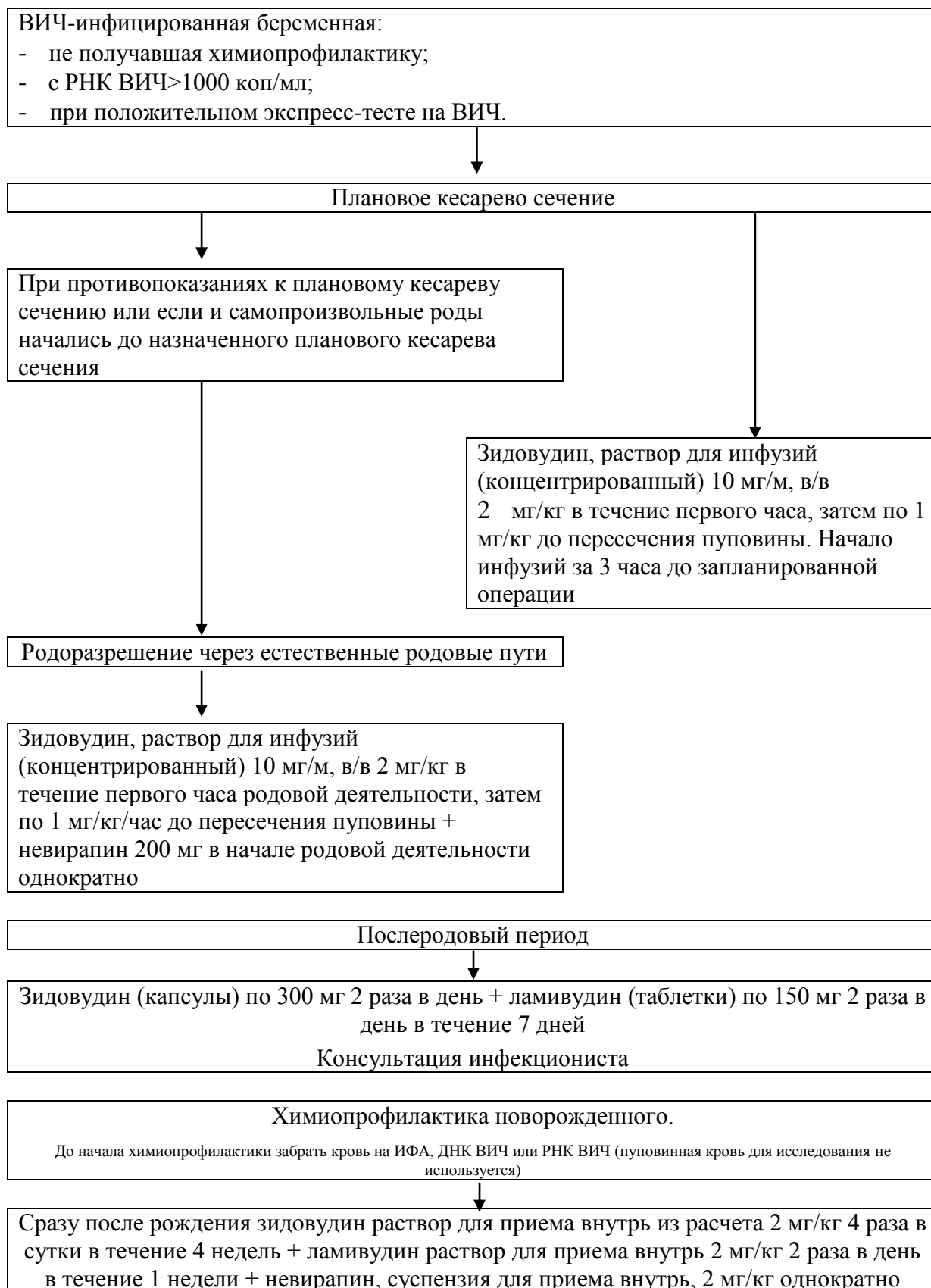


Примечание к таблице 2:

При отсутствии раствора зидовудина для инфузий:

- продолжить прием всех антиретровирусных препаратов по схеме, начатой во время беременности, за исключением зидовудина, фосфазида, ставудина:
- а) если беременная получала зидовудин, дать перорально 300 мг при начале родовой деятельности, затем каждые 3 часа в течение всего периода родов;
  - б) если беременная получала фосфазид, дать перорально 600 мг при наличии родовой деятельности, затем по 400 мг каждые 4 часа до конца родов;
  - в) если беременная получала ставудин, вместо него назначить зидовудин или фосфазид, как указано в пунктах а) и б).

## Алгоритм проведения экстренной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при поступлении женщины в родильное отделение



## **6. Вскармливание и назначение антиретровирусных препаратов ребенку для профилактики заражения ВИЧ**

Для предотвращения заражения детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, категорически не рекомендуется прикладывать их к груди и кормить материнским молоком, а сразу после рождения переводить исключительно на искусственное вскармливание.

Консультирование ВИЧ-инфицированных беременных и матерей по вопросам грудного вскармливания играет важную роль в профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку после родов и должно проводиться на протяжении всей беременности, в родах и после рождения ребенка.

Персонал медицинских учреждений, осуществляющих наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной, а также матери и ее ребенка, должен проводить повторные консультирования по вопросам грудного вскармливания и, при необходимости, прибегать к помощи психолога, социального работника, сотрудников органов опеки и попечительства.

В исключительных случаях, если женщина, несмотря на многократно проводимое консультирование, приняла осознанное решение кормить грудью, необходимо провести консультирование по безопасному грудному вскармливанию и его ранней отмене, назначить АРВТ с целью химиопрофилактики матери на весь период грудного вскармливания и ребенку.

Назначение антиретровирусных препаратов ребенку показано если:

- 1) у матери ВИЧ-инфекция - с первых часов жизни;
- 2) у матери выявлены антитела к ВИЧ перед родами - с первых часов жизни;
- 3) выявлены эпидемиологические показания - с первых часов жизни;
- 4) антитела к ВИЧ выявлены у матери после родов и/или у ребенка, если после прекращения их контакта (роды или прекращение грудного вскармливания) прошло не более 72 часов.

Выбор схемы АРВТ у ребенка:

- 1) схема 1.

Раствор Зидовудина перорально с первых 4 часов жизни; длительность курса 4 недели.

Показания:

- у ВИЧ-инфицированной матери перед родами (на сроке беременности 34 недели и более) неопределяемый уровень ВН ВИЧ;
- у матери обследование на ВИЧ в родах не проводилось или дало отрицательный результат, но в течение последних 12 недель беременности был незащищенный половой контакт с больным ВИЧ-инфекцией или парентеральное употребление психоактивных веществ.

2) схема 2.

Антиретровирусная терапия тремя препаратами с первых часов жизни (Невирапин ежедневно 1 раз в сутки в течение 14 дней плюс Зидовудин и Ламивудин ежедневно 2 раза в сутки в течение 4 недель).

Показания:

- у ВИЧ-инфицированной матери перед родами (на сроке беременности 34 недели и более) ВН ВИЧ более 30 000 коп/мл;
- мать ребенка не получала АРВП во время беременности.

У детей, получающих зидовудин, исследовать гемограмму через 4 недели от начала лечения и после окончания профилактического курса.

## **7. Особенности проведения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции у беременных с туберкулезом**

Необходимо помнить, что все активные формы туберкулеза (МКБ X A15-A19) являются медицинским показанием для прерывания беременности согласно Приказу Министерства здравоохранения и социального развития РФ от 03 декабря 2007 г. № 736 "Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности", однако если женщина желает сохранять беременность, рекомендуется:

- 1) обследовать на туберкулез всех беременных с ВИЧ-инфекцией;
- 2) руководствоваться Российскими рекомендациями по ведению больных ВИЧ-инфекцией с туберкулезом;
- 3) руководствоваться общими принципами назначения АРВТ у беременных;
- 4) назначить противотуберкулезные препараты и АРВТ независимо от срока беременности;
- 5) начать лечение туберкулеза; в течение 2-8 недель (в зависимости от количества СД4-лимфоцитов и времени, остающегося до родов) начать АРВТ.

Выбор схемы АРВТ осуществляют индивидуально, учитывая среди прочих факторов:

- 1) срок беременности;
  - 2) безопасность АРВТ для матери и плода;
  - 3) эффективность;
  - 4) профиль побочных действий;
  - 5) особенности фармакокинетики АРВП в сочетании с рифампицином.
- Особенности применения противотуберкулезных препаратов у ВИЧ-инфицированных пациентов связаны с множественными лекарственными взаимодействиями рифампицина и рифабутина с АРВП через систему цитохрома P450.



При необходимости сочетания АРВТ и лечения туберкулеза приоритет отдавать схемам с использованием рифабутина, так как рифампицин значительно снижает концентрацию большинства АРВП. Несмотря на то, что рифабутин также вступает во взаимодействие с АРВП, он может применяться в сочетании с большинством из них:

- 1) Эфавиренз снижает концентрацию рифабутина на 35%;
- 2) ингибиторы протеазы ВИЧ, усиленные ритонавиром, повышают концентрацию рифабутина в 2-3 раза;
- 3) все НИОТ и Невирапин не оказывают существенного влияния на метаболизм рифабутина.

При назначении рифабутина рекомендуются следующие схемы АРВТ у беременных:

1) 2 НИОТ плюс усиленные ритонавиром лопинавир, атазанавир, дарунавир или саквинавир: суточную дозу рифабутина уменьшают до 150 мг в сутки - через день или 3 раза в неделю;

2) 2 НИОТ плюс Невирапин: рифабутин назначают в стандартной дозе 300 мг в сутки - ежедневно или 3 раза в неделю;

3) 3 НИОТ (Абакавир + Ламивудин + Зидовудин): рифабутин назначают в стандартной дозе 300 мг в сутки - ежедневно или 3 раза в неделю; показания к применению схемы:

- ВН ВИЧ < 100 000 копий/мл у беременных, не получающих АРВТ;
- достигнутая вирусологическая эффективность, т.е. ВН ВИЧ ниже уровня определения, у беременных, получающих АРВТ;

4) 2 НИОТ плюс Эфавиренз: рифабутин назначают в дозе 450 мг в сутки ежедневно или 600 мг в сутки 3 раза в неделю; применение Эфавиренза возможно по окончании I триместра беременности.

Рифампицин является мощным индуктором системы цитохрома P450, он значительно ускоряет метаболизм АРВП - ИП и ННИОТ: концентрация ИП может снижаться более чем на 75%, Невирапин - на 20-58%, Эфавиренз - на 25%; совместное применение рифампицина с ИП не рекомендуется, с Невирапином - не рекомендуется большинством экспертов.

Если в схеме противотуберкулезной терапии необходимо применять рифампицин, рекомендуется назначение у беременных следующих схем АРВТ:

- 1) Абакавир + Ламивудин + Зидовудин:
  - беременным, не получающим АРВТ, с ВН ВИЧ < 100 000 копий/мл;
  - беременным, получающим АРВТ, при достижении вирусологической эффективности, т.е. ВН ВИЧ ниже уровня определения;

2) 2 НИОТ плюс Эфавиренз:

- по завершении I триместра беременности. У пациенток с весом более 60 кг при совместном приеме с рифампицином доза Эфавиренз должна составлять 800 мг 1 раз в сутки

3) 2 НИОТ плюс Невирапин:  
- при уровне CD4-лимфоцитов < 250 клеток/мкл;  
- эта схема может быть назначена при отсутствии альтернатив; необходимо проводить тщательный мониторинг эффективности АРВТ (исследование ВН ВИЧ). Ряд экспертов не рекомендуют назначать совместно рифампицин и Невирапин в связи с существенным снижением содержания Невирапин, а также возможным повышением риска гепатотоксичности.

Указанные выше АРВП, за исключением Эфавиренз, при их совместном применении с рифабутином или рифампицином назначают в стандартных дозах, применяемых у беременных.

### **8. Особенности проведения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции у беременных с хроническим вирусным гепатитом С**

Рекомендуется:

1) обследовать на вирусный гепатит С всех ВИЧ-инфицированных беременных;

2) назначать АРВТ ВИЧ-инфицированным беременным с хроническим вирусным гепатитом С в соответствии с Российскими рекомендациями;

3) перед назначением АРВТ провести консультирование по вопросам возможных проявлений гепатотоксичности АРВП; проводить оценку уровня печеночных трансаминаз через 2 недели от начала АРВТ, затем не реже 1 раза в месяц.

Не рекомендуется:

проводить специфическое лечение вирусного гепатита С у беременных с использованием препаратов интерферона альфа и пегилированного интерферона альфа.

Противопоказано:

назначение рибавирина.

Наличие хронического вирусного гепатита С у ВИЧ-инфицированной беременной не является дополнительным показанием к плановому кесареву сечению.

### **9. Особенности проведения химиопрофилактики вертикальной передачи ВИЧ инфекции у беременных с хроническим вирусным гепатитом В (В+D)**

Рекомендуется:

1) обследовать на вирусный гепатит В всех ВИЧ-инфицированных беременных;

2) руководствоваться Российскими рекомендациями по ведению больных, ко-инфицированных ВИЧ и вирусом гепатита В (В+D);

3) руководствоваться общими принципами назначения АРВТ у беременных;

4) если беременность наступила у женщины, получающей АРВТ:

- Тенофовир и Ламивудин не рекомендуется отменять на всем протяжении беременности (включая I триместр), а также после родов (это может привести к обострению гепатита);

5) если беременная нуждается в АРВТ для лечения ВИЧ-инфекции и/или есть показания для лечения вирусного гепатита В:

- назначить схему Тенофовир + Ламивудин (обладают активностью в отношении вируса гепатита В) плюс усиленные Ритонавиром Атазанавир или Лопинавир (при невозможности - альтернативные ИП);

- начать АРВТ, независимо от срока беременности;

- продолжать терапию на протяжении беременности, в родах и после родов;

6) если у беременной нет показаний для АРВТ с целью лечения ВИЧ-инфекции, а также нет показаний для лечения вирусного гепатита В:

- начать профилактический курс АРВТ как можно раньше после окончания I триместра беременности;

- по возможности не включать в схему Тенофовир и Ламивудин;

- продолжать терапию в течение беременности и родов;

7) перед назначением АРВТ провести консультирование по вопросам возможных проявлений гепатотоксичности АРВП; проводить оценку уровня печеночных трансаминаз через 2 недели от начала АРВТ, затем не реже 1 раза в месяц;

8) вакцинировать детей против вирусного гепатита В четырехкратно по схеме:

- в 1-й день жизни;

- в возрасте 1 месяца;

- в возрасте 2 месяцев;

- в возрасте 12 месяцев

Не рекомендуется:

проводить специфическое лечение вирусного гепатита В у беременных с использованием препаратов интерферона альфа и пегилированного интерферона альфа.

Наличие хронического вирусного гепатита В у ВИЧ-инфицированной беременной не является дополнительным показанием к плановому кесареву сечению.

## **10. Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями**

Для диагностики ВИЧ-инфекции у детей в возрасте до 18 месяцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, используют методы, направленные на выявление генетического материала ВИЧ (ДНК или РНК).

Метод выявления ДНК ВИЧ является предпочтительным. При наличии высокого риска заражения ВИЧ исследование проводится в первые 48 часов жизни ребенка (нельзя исследовать кровь из пуповины) и в возрасте 14 - 21 дня. Первое обязательное исследование на ДНК/РНК ВИЧ проводится через 2 недели после окончания курса АРВТ.

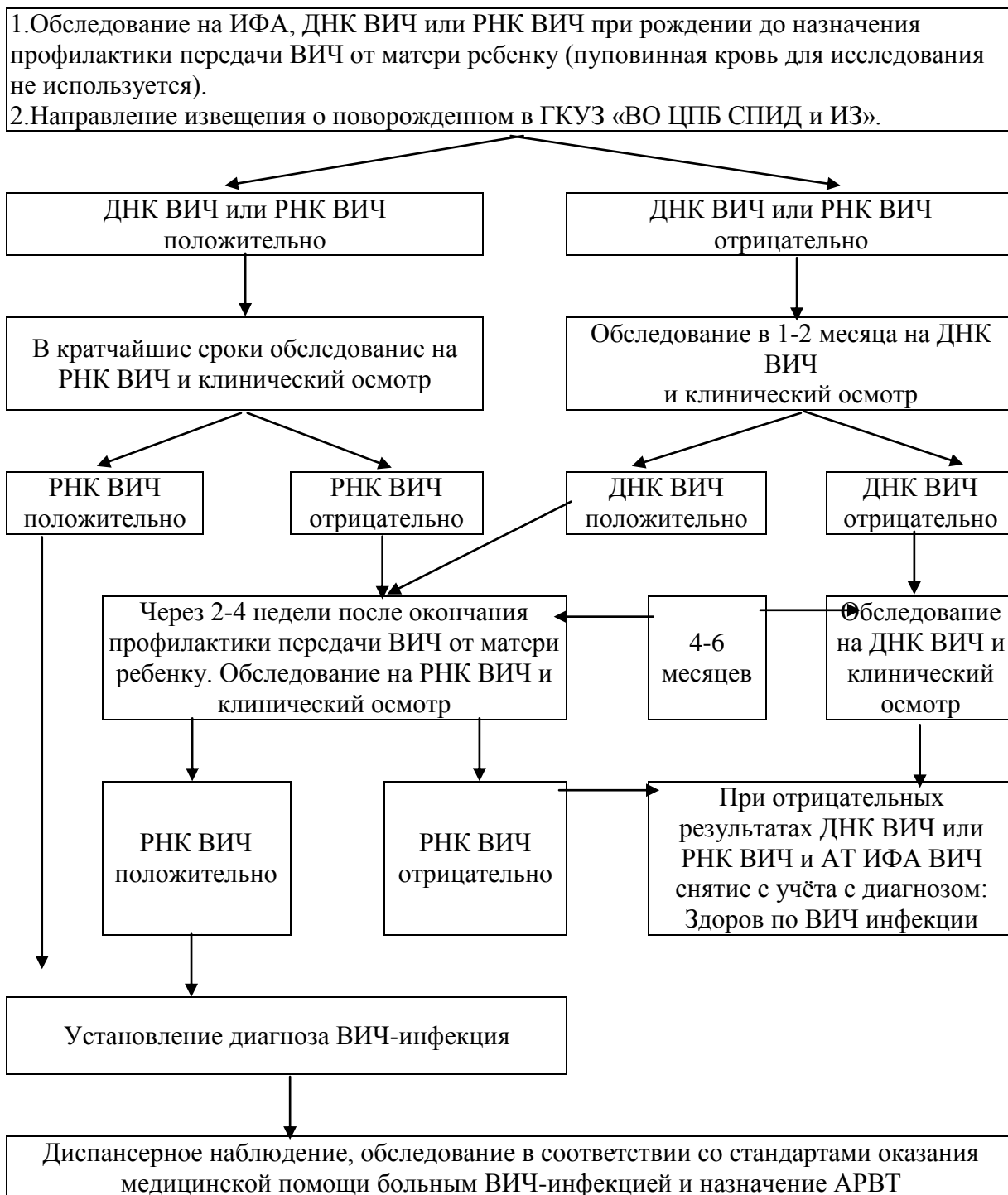
При получении положительного результата второе исследование проводится в кратчайшие сроки. При получении отрицательного результата второе обязательное исследование проводится в возрасте 4 - 6 месяцев. Получение положительных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в двух отдельно взятых образцах крови у ребенка в любом возрасте является лабораторным подтверждением диагноза ВИЧ-инфекции.

Получение двух отрицательных результатов обследования на ДНК ВИЧ или РНК ВИЧ в возрасте 1,5 - 2 месяцев и 4 - 6 месяцев (при отсутствии грудного вскармливания) свидетельствует против наличия у ребенка ВИЧ-инфекции, однако снятие ребенка с диспансерного учета по поводу интранатального и перинатального контакта по ВИЧ-инфекции может производиться в возрасте старше 6 месяцев.

Кроме того, обследование на антитела к ВИЧ по контакту (после снятия с диспансерного учета) рекомендуется проводить в возрасте 3 лет.

Диагностика ВИЧ-инфекции у детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями и достигших возраста 18 месяцев, осуществляется так же, как у взрослых.

## Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей



Приложение 1  
к методическим рекомендациям  
по профилактике передачи ВИЧ  
от матери ребенку  
на территории Волгоградской  
области

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

Я (Фамилия, Имя, Отчество полностью), \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, действие которых направлено на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека или/и лечение ВИЧ-инфекции.

**Я подтверждаю**, что мне разъяснено, почему прием данных лекарств необходим, разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов.

**Я проинформирована**, что:

назначенные мне препараты должны подавлять размножение вируса в моем организме и предотвратить проникновение ВИЧ в организм моего будущего ребенка;

чем лучше я буду соблюдать режим приема препаратов, тем меньше вероятность, что мой будущий ребенок будет заражен;

тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет 1-2%. Однако, если я не буду принимать назначенные мне лекарства или буду принимать их с нарушениями, этот риск возрастает до 30%;

все назначаемые мне и моему будущему ребенку лекарственные препараты разрешены к применению в России;

как и любое лекарственное средство, назначенные мне и моему будущему ребенку, препараты могут вызывать некоторые побочные реакции, о возможном появлении которых я информирована;

если вследствие приема назначенных мне лекарств возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

если вследствие приема назначенных мне лекарств возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика/лечение могут быть прекращены по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

я могу прекратить принимать назначенные мне лекарства в любой момент по моему желанию, однако мне разъяснено, что это повысит вероятность заражения ВИЧ моего будущего ребенка и может стать причиной прогрессирования ВИЧ-инфекции у меня;

что прикладывание моего ребенка к груди и/или кормление его моим грудным молоком повысит риск его заражения;

что искусственное вскармливание - наиболее безопасный метод вскармливания моего ребенка.

**Я обязуюсь:**

проходить медицинское обследование для контроля действия назначенных мне препаратов по установленному графику, заполнять предусмотренные для этого анкеты, сдавать на анализы крови;

принимать назначенные мне лекарственные препараты строго в соответствии с предписанием лечащего врача;

сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме назначенных мне препаратов или прекращении их приема по каким-либо причинам;

сообщать лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии моего здоровья и делать это незамедлительно (в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом назначенных мне препаратов;

не принимать, не посоветовавшись с лечащим врачом, назначившим мне химиопрофилактику/лечение, какие-либо другие лекарственные препараты (даже если они назначаются другим врачом). Если же прием этих лекарств неизбежен (например, в неотложных или экстренных случаях), обязательно сообщать об этом лечащему врачу.

Подпись пациентки: \_\_\_\_\_

Подпись врача: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Приложение 2  
к методическим рекомендациям  
по профилактике передачи ВИЧ  
от матери ребенку  
на территории Волгоградской  
области

Информированное согласие на проведение антиретровирусной терапии  
у ребенка с целью предотвращения перинатального заражения  
ВИЧ-инфекции от матери

(подписывает лицо, осуществляющее уход за ребенком)

Я \_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво)  
настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на лечение моего ребенка

\_\_\_\_\_  
(Фамилия, Имя, Отчество полностью разборчиво)

\_\_\_\_\_  
(Дата рождения)

лекарственными препаратами, направленными на предотвращение заражения  
ребенка ВИЧ-инфекцией от матери.

**Я подтверждаю, что мне разъяснено:**

почему проведение данного лечения необходимо моему ребенку; действие назначаемых моему  
ребенку препаратов; как необходимо давать моему ребенку назначенные препараты; возможное  
побочное действие препаратов, назначенных моему ребенку; что мой ребенок должен проходить  
регулярные обследования, в том числе сдавать кровь, для диагностики ВИЧ-инфекции и оценки  
безопасности назначенного лечения и выявления возможного побочного действия лекарств; в какие  
сроки я должна приводить ребенка на обследование; что профилактический эффект может быть  
достигнут при неукоснительном соблюдении всех рекомендаций, данных мне лечащим врачом.

**Я осознаю, что:**

при отсутствии химиопрофилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку вероятность  
заражения составляет до 40%; назначение антиретровирусных препаратов позволяет снизить вероятность  
ВИЧ-инфицирования ребенка до 1-2%; назначенное моему ребенку лечение может в любой момент быть  
прекращено по моему желанию; если вследствие проведения лечения возникнет угроза здоровью моего  
ребенка, я буду проинформирована об этом для принятия решения о целесообразности дальнейшего его  
проведения; если вследствие проведения лечения возникнет угроза жизни моего ребенка, это лечение  
может быть прекращено по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены  
причины этого решения; все лекарственные препараты, назначаемые моему ребенку, разрешены к  
применению в России; как и любое лекарственное средство, назначенные моему ребенку препараты  
могут вызывать некоторые побочные реакции, информация о которых предоставлена мне моим лечащим  
врачом.

**Я обязуюсь:**

по установленному графику приводить своего ребенка на медицинское обследование для контроля  
воздействия назначенных ему препаратов, заполнять предусмотренные для этого анкеты, давать  
разрешение на взятие крови на анализы; давать назначенные моему ребенку лекарственные препараты  
строго в соответствии с предписанием лечащего врача; выполнять рекомендации лечащего врача по  
уходу за моим ребенком, его кормлению; сообщать лечащему врачу обо всех нарушениях в приеме  
назначенных моему ребенку препаратов или прекращении лечения по каким-либо причинам; сообщать  
лечащему врачу обо всех изменениях в состоянии здоровья моего ребенка и делать это незамедлительно  
(в течение суток), если я считаю, что эти изменения связаны с приемом препаратов, назначенных моему  
ребенку; не посоветовавшись с лечащим врачом, не давать моему ребенку какие-либо лекарственные  
препараты и не делать прививки (даже если лекарства и прививки назначаются другим врачом). Если же  
прием этих лекарств неизбежен (например, в экстренных случаях), незамедлительно сообщать об этом  
лечащему врачу; сообщить врачу, назначившему моему ребенку лекарственные препараты в экстренных  
случаях, что ребенок получает препараты для профилактики заражения ВИЧ-инфекцией.

Подпись лица, осуществляющего  
уход за ребенком: \_\_\_\_\_

Дата: \_\_\_\_\_

Врач: \_\_\_\_\_ Дата: \_\_\_\_\_  
(Фамилия И.О., разборчиво) (подпись)

## Литература:

1. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1 "Об утверждении СП 3.1.5.2826-10 "Профилактика ВИЧ-инфекции".
2. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 08 ноября 2012 г. №689н "Об утверждении порядка оказания медицинской помощи взрослому населению при заболевании, вызываемом вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)"
3. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 19.12.2003 №606 "Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ".
4. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 1 ноября 2012 г. №572н "Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю "акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)"
5. Методические рекомендации "Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку", рекомендованные письмом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 03.06.2015 №15-4/10/2-2661.