

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации
Научно-практический центр Минздрава России по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у
беременных женщин и детей

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)

ДЕТИ, ЖЕНЩИНЫ И ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ В РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Информационно - аналитический обзор

Подготовлен по материалам исследования ситуации
в области профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку,
обеспечения медицинской помощью, социальной защитой
и возможностями развития детей раннего возраста,
рожденных ВИЧ-инфицированными матерями

*(В рамках работы Координационного Совета Минздрава России
по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку)*

Москва

2004

Информационно-аналитический обзор «Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации» подготовлен по материалам исследования, проведенного в десяти территориях, в большинстве которых отмечаются самые высокие в стране показатели распространенности ВИЧ-инфекции среди населения, в том числе, среди женщин. Подобное исследование проводилось в Российской Федерации впервые в рамках работы *Координационного Совета Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку* и при поддержке *Детского Фонда ООН (ЮНИСЕФ)*.

В данном обзоре приводятся и анализируются статистические данные по ВИЧ-инфекции среди женщин и детей по стране и в обследованных территориях, описывается и анализируется практика оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям, в том числе, по вопросу профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции. Большое внимание уделено вопросу жизнеустройства и оказания медицинской помощи «отказным» детям, рожденным от ВИЧ-инфицированных матерей. Обзор законодательной и нормативной базы по вопросам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа свидетельствует о предпринимаемых Министерством здравоохранения Российской Федерации мерах по внедрению комплексного подхода к профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. В обзоре содержатся предложения по улучшению качества медицинской помощи и оказанию социальной и психологической помощи детям, женщинам и семьям, затронутым ВИЧ-инфекцией, а также жизнеустройству «отказных» детей.

Обзор подготовлен группой специалистов и отражает точку зрения авторов, а не организаций, сотрудниками которых они являются.

Авторская группа:

Е.Е. Воронин, главный врач
Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ), руководитель Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России
Ж.В. Терентьева, заместитель главного врача РКИБ,
Л.Ю. Афонина, ведущий специалист научно-методического центра РКИБ,
Л.П. Королева, старший научный сотрудник Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН
Т.А. Епоян, координатор программы ЮНИСЕФ по ВИЧ/СПИДу в Российской Федерации

Координационный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации

Координационный совет Министерства здравоохранения Российской Федерации был создан в июне 2003 года для координации деятельности по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку во время беременности, родов и в период новорожденности, а также повышения эффективности реализации международных проектов и программ в этой области. К работе в совете привлечены организаторы здравоохранения, ведущие специалисты страны в этой области, представители Министерства труда и социального развития РФ и Министерства образования РФ, а также представители международных организаций (ЮНЭЙДС, ЮНИСЕФ, ЮНФПА, ВОЗ и других, занимающихся вопросами ВИЧ/СПИДа).

Научно-практический центр Минздрава России по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей

Научно-практический центр по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Министерства здравоохранения России организован в 1991г. на функциональной основе на базе Республиканский клинической инфекционной больницы Минздрава России. В Центре проходят лечение ВИЧ-инфицированные дети и беременные женщины из различных регионов страны. В настоящее время, Центр при РКИБ - это ведущее лечебное и научно-исследовательское учреждение в России по вопросам ВИЧ-инфекции у детей.

Детский фонд ООН (ЮНИСЕФ)

Детский Фонд ООН (ЮНИСЕФ) уполномочен Генеральной Ассамблеей ООН и правительствами стран - членов ООН поддерживать усилия национальных правительств и гражданского общества по реализации и защите прав детей в соответствии с Конвенцией о правах ребенка.

Представительство ЮНИСЕФ в Российской Федерации было открыто в 1997 году. ЮНИСЕФ сотрудничает с Министерством здравоохранения и социального развития РФ, Министерством образования РФ, Министерством иностранных дел РФ, другими министерствами и ведомствами и органами государственной власти субъектов Российской Федерации. Программная деятельность ЮНИСЕФ в Российской Федерации включает такие направления, как *охрана здоровья детей и их развитие в раннем возрасте, здоровье и развитие молодежи, профилактика ВИЧ/СПИДа, защита детей.*

Обращение к читателям

Ольга Шарапова,
Директор Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации

Уважаемые читатели!

Карел де Рой,
Представитель ЮНИСЕФ в Российской Федерации

СОДЕРЖАНИЕ

ВВЕДЕНИЕ	6
РАЗДЕЛ 1	
Обзор ситуации по ВИЧ-инфекции среди женщин и детей в обследованных территориях Российской Федерации	9
РАЗДЕЛ 2	
Обзор нормативной и правовой базы по оказанию медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям и по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку	18
2.1. Нормативно-правовая база федерального уровня	18
2.2. Нормативно-правовая база территориального уровня	22
РАЗДЕЛ 3	
Оказание медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и матерям	25
3.1. Обследование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию	25
3.2. Учет и наблюдение в период беременности	28
3.3. Дородовая помощь	30
3.4. Химиопрофилактика передачи ВИЧ от матери ребенку	32
3.5. Родовспоможение	34
3.6. Наблюдение ВИЧ-инфицированной женщины после родов	39
РАЗДЕЛ 4	
Оказание медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, проживающим в семье	41
РАЗДЕЛ 5	
Профилактика социального сиротства, жизнеустройство и оказание медицинской помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями и оставшихся без родительского попечения	14
5.1. Профилактика социального сиротства детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями	15
5.2. Жизнеустройство «отказных» детей	16
5.3. Диспансерное наблюдение «отказных» детей и оказание им медицинской помощи ...	17
Заключение	18
Приложение	19

ВВЕДЕНИЕ

Эпидемия ВИЧ/СПИДа, унесшая десятки миллионов человеческих жизней во всем мире, затронула Российскую Федерацию сравнительно недавно.

Первый подъем заболеваемости пришелся на 1996-1997гг., когда число инфицированных ВИЧ впервые перешло тысячный рубеж (начало 1996г.) и за два года увеличилось в шесть раз (более 6000 на конец 1997г.). С тех пор, вплоть до конца 2001 года, количество новых случаев заражения ВИЧ удваивалось и даже утраивалось ежегодно. Россия стала новым эпицентром глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа. По темпам распространения ВИЧ-инфекции Россия вышла на первое место в мире.

По данным Федерального научно-методического Центра по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России¹ (далее Федерального Центра СПИДа), с 2002 года наметился некоторый спад в темпах роста заболеваемости ВИЧ в Российской Федерации. Так, в 2003 году количество вновь выявленных случаев ВИЧ-инфекции составило 184,3 на 100 тысяч обследованных против 217,6 в 2002 году. Число новых случаев заражения ВИЧ в 2002 году (52349) уменьшилось по сравнению с 2001 годом (88577) на 40,9%, а в 2003 году (39699) - на 24,2% по сравнению с 2002г.

За первое полугодие 2004 года число новых зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования составило 15201, а общее число выявленных ВИЧ-инфицированных в России составило 286108 человек.

На фоне общего замедления темпов развития эпидемии ВИЧ вызывает тревогу рост доли женщин среди ВИЧ-инфицированных. По данным Федерального Центра СПИД, начиная с 2002 года более трети новых случаев инфицирования ВИЧ приходится на женщин. В первом полугодии 2004г. впервые доля женщин из числа вновь выявленных ВИЧ-инфицированных превысила 40%. На момент выявления доля женщин в наиболее активном репродуктивном возрасте (20-29 лет) составила 58,1% от общего числа ВИЧ-инфицированных женщин.

В период с 1987 по 31.12.2003г. при внутривенном употреблении наркотиков инфицировалось ВИЧ 26676 женщин, что составило 19,5% от числа всех лиц (суммарно мужчин и женщин), заразившихся этим путем, или 36,4% от числа всех зарегистрированных ВИЧ-инфицированных женщин. В 2003 году доля женщин, заразившихся ВИЧ при внутривенном употреблении наркотиков, составила 21,6% от всех зарегистрированных в этом году случаев инфицирования ВИЧ среди женщин (3431 из 15878). Таким образом, наметилась тенденция к уменьшению доли потребителей инъекционных наркотиков среди ВИЧ-инфицированных женщин.

С увеличением числа ВИЧ-инфицированных женщин резко возросло число рожденных ими детей. По данным Федерального Центра СПИДа, в 2002 году у ВИЧ-инфицированных матерей родился 2761 ребенок - в полтора раза больше, чем за все предыдущие годы, в 2003 году - 3111 детей, а за первое полугодие 2004 года - еще 1473. Таким образом, на 30.06.2004г. суммарное число детей, родившихся в Российской Федерации у ВИЧ-инфицированных матерей, достигло 9139, что составило 3,2% от числа всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования в стране.

Министерство здравоохранения Российской Федерации в рамках реализации федеральных целевых программ по предупреждению распространения ВИЧ/СПИДа в стране уделяет большое внимание вопросу профилактики и лечения ВИЧ-инфекции среди детей и женщин. В настоящее время реализуется федеральная целевая программа "Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006гг.)", одним из разделов которой является подпрограмма "Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (Анти-ВИЧ/СПИД)".

С 1999 года на базе Республиканской клинической инфекционной больницы Минздрава России (РКИБ) работает созданный на функциональной основе Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-

¹ Статистические показатели по ВИЧ/СПИДу по Российской Федерации, используемые во всех разделах отчета, взяты из информационных бюллетеней "ВИЧ-ИНФЕКЦИЯ", издаваемых Федеральным научно-методическим Центром по профилактике и борьбе со СПИДом Минздрава России.

инфекции у беременных женщин и детей. С 2004г. на РКИБ возложена функция проведения мониторинга ВИЧ-инфицированных детей и детей с перинатальным ВИЧ-контактом.

В настоящее время решается вопрос о создании на базе Научного Центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН центра по мониторингу ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

С июня 2003 года активно работает Координационный совет Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку. Издан ряд приказов Министерства здравоохранения РФ, регламентирующих вопросы проведения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, а также мониторинга ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей, рожденных ими.

В Российской Федерации повсеместно и систематически проводится обучение врачей всех специальностей по вопросам ВИЧ-инфекции, в том числе по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

Несмотря на проводимую в стране работу, направленную на предупреждение распространения ВИЧ/СПИДа, распространенность ВИЧ-инфекции в целом по Российской Федерации и в отдельных регионах продолжает расти. Показатель распространенности в 2003 году составил 185,2 на 100000 населения против 157,9 в 2002 году. По данным Федерального Центра СПИДа, в 2002 году 39% населения страны проживало в территориях с неблагоприятной эпидемической ситуацией, где диагноз ВИЧ-инфекции был установлен у 0,2% - 0,6% жителей.

В свете продолжающегося развития эпидемического процесса актуальной остается задача усиления комплекса мер по профилактике ВИЧ-инфицирования как населения в целом, так и передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

С этой целью в рамках деятельности Координационного совета Минздрава России по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, Управлением организации медицинской помощи матерям и детям и Департаментом государственного санитарно-эпидемиологического надзора при содействии Детского фонда ООН (ЮНИСЕФ) в июне - декабре 2003 года было проведено исследование ситуации в области передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в 10 территориях Российской Федерации.

Исследование проводилось с целью сбора фактического материала и анализа ситуации по вопросам:

- профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и взаимодействия по этому вопросу различных служб здравоохранения в территориях;
- обеспечения медицинской помощью и социальной защитой ВИЧ-инфицированных матерей и родившихся у них детей, в том числе "отказных";
- обеспечения ВИЧ-инфицированным детям раннего возраста возможностей для развития, обучения и социализации;
- профилактики социального сиротства ВИЧ-инфицированных детей и их дальнейшей институционализации.

Для проведения исследования были отобраны десять территорий с очень высокими, высокими и средними показателями распространенности ВИЧ среди населения в целом и детского населения в частности:

- Свердловская область и г.Екатеринбург;
- Московская область;
- г.Санкт-Петербург;
- Самарская область и г.Самара;
- Иркутская область и г.Иркутск;
- Оренбургская область и г.Оренбург;
- Челябинская область и г.Челябинск;
- Ленинградская область;
- Калининградская область и г.Калининград;
- Республика Татарстан и г.Казань.

При проведении исследования:

- осуществлялся сбор и анализ статистических данных по ВИЧ-инфекции среди женщин и детей в каждой территории;
- проводился экспертный опрос руководителей и специалистов территориальных органов управления здравоохранением, социальной защиты населения и образования, а также учреждений родовспоможения, территориальных центров по профилактике и борьбе с СПИДом (далее центров СПИДа) и учреждений социальной защиты населения по проблеме оказания медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, матерям и детям;
- был проведен обзор нормативных документов (приказов, методических рекомендаций), принятых

территориальными органами управления здравоохранением по вопросам оказания медицинской и социальной помощи женщинам и детям и, в частности, вопросам, связанным с профилактикой передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и обеспечением медицинской помощью ВИЧ-инфицированных беременных женщин, матерей и детей.

Исследование было проведено группой специалистов Научно-практического центра профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России в составе Е.Е.Воронина - главного врача; Ю.А.Фомина - заместителя главного врача по лечебной работе, Ж.В.Терентьевой - заместителя главного врача по организационно-методической работе, Л.Ю.Афониной - ведущего специалиста, Е.М.Мухиной - врача-инфекциониста, а также Т.В.Васильевой - врача-эпидемиолога Ленинградского областного центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

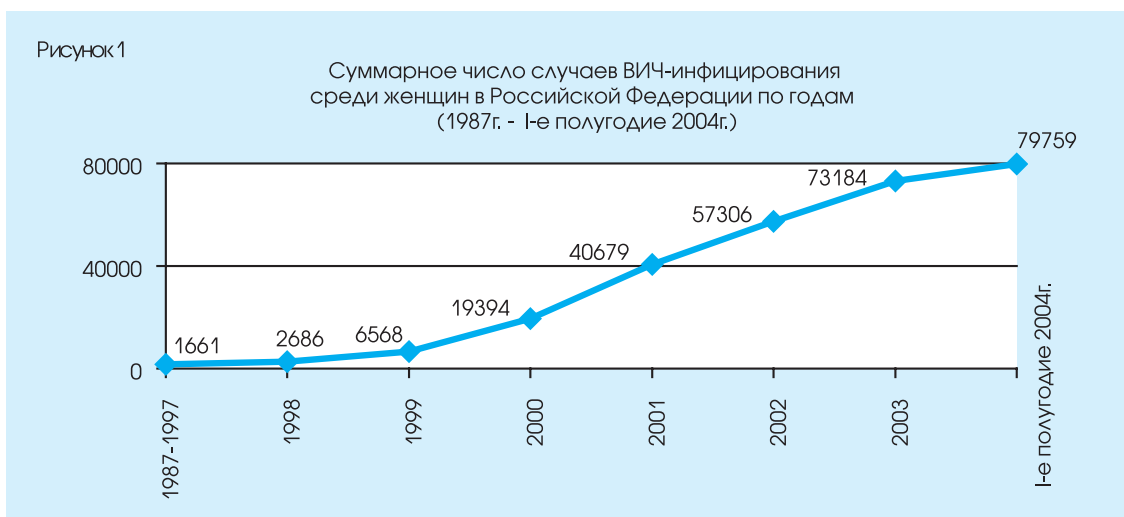
Обзор нормативных документов Минздрава России по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и оказания медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, матерям и детям был проведен Л.П.Королевой, старшим научным сотрудником Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

По материалам исследования был подготовлен данный информационно-аналитический обзор "Дети, женщины и ВИЧ-инфекция в Российской Федерации". В составлении обзора большую помощь оказали Т.А.Епоян, координатор программы ЮНИСЕФ по ВИЧ/СПИДу, и Л.П.Королева, старший научный сотрудник Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН.

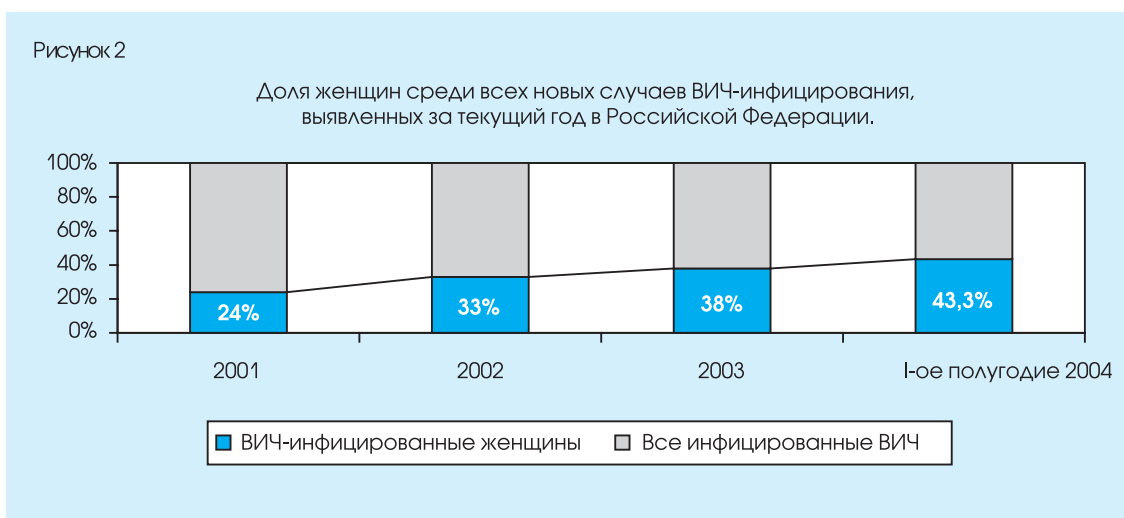
Исследовательская группа выражает признательность за помощь, оказанную в ходе подготовки и проведения исследования, руководителям и специалистам Управления организации медицинской помощи матерям и детям Минздрава России, отдела профилактики ВИЧ/СПИДа Департамента государственного санитарно-эпидемиологического надзора Минздрава России, Детскому фонду ООН (ЮНИСЕФ). Особая благодарность - руководителям и специалистам территориальных органов управления здравоохранением и центров профилактики и борьбы со СПИДом обследованных территорий за предоставление материалов, возможность посещения лечебно-профилактических учреждений и партнерство при проведении исследования.

1 ОБЗОР СИТУАЦИИ ПО ВИЧ-ИНФЕКЦИИ СРЕДИ ЖЕНЩИН И ДЕТЕЙ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

С 1987 года, когда началась официальная регистрации случаев ВИЧ-инфекции в Российской Федерации, по 31.12.2003г. было зарегистрировано 73184 случая ВИЧ-инфицирования у женщин. Если в период с 1987г. по 1997г. был зарегистрирован всего 1661 случай ВИЧ-инфекции среди женщин, то за последующие 6 лет (1998-2003гг.) - в 43 раза больше (71523), чем за предыдущие 11 лет (рисунок 1).



В последние три года доля женского населения среди вновь выявляемых случаев ВИЧ-инфицирования стабильно возрастает (рисунок 2).

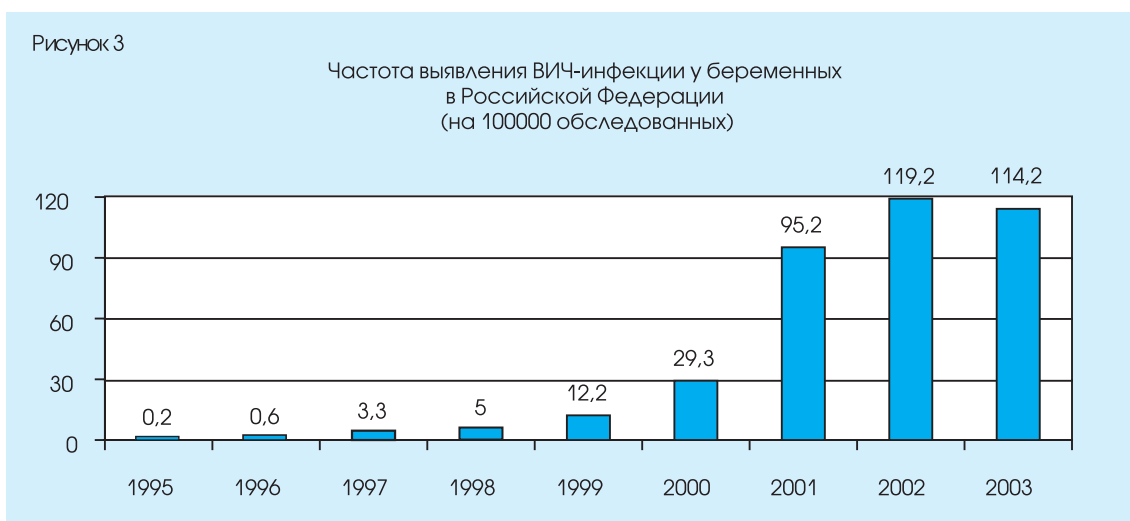


К концу 2003 года доля женщин составила 27% от числа всех ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации, а в обследованных территориях она превышала среднероссийский уровень и составила в

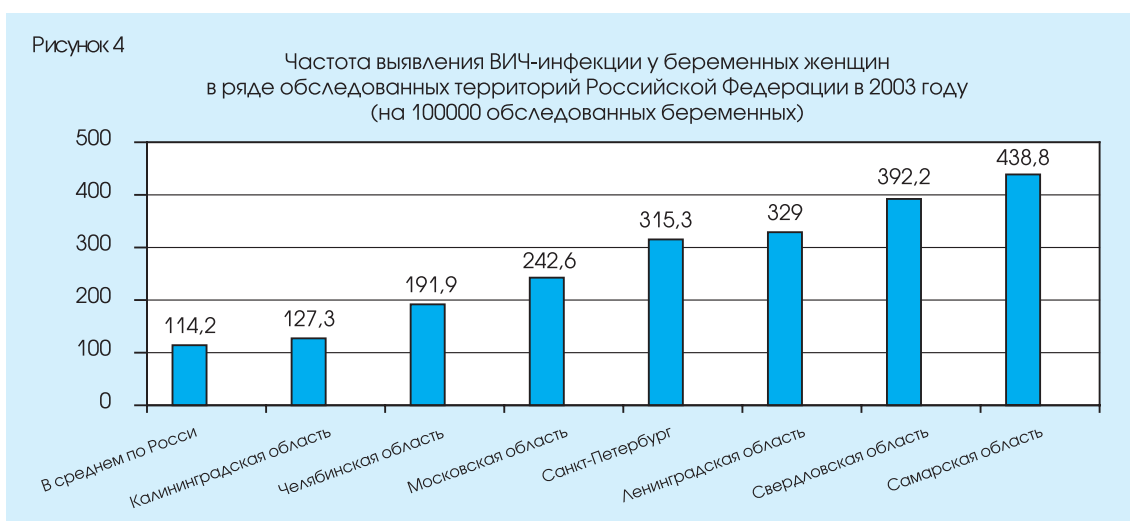
Калининградской области - 32%, в Санкт-Петербурге - 31%, в Ленинградской области - 30% и в Свердловской области - 29%.

ВИЧ-инфекция у беременных женщин

По данным Федерального центра СПИДа, за последние десять лет в Российской Федерации показатель выявляемости антител к ВИЧ у беременных женщин на 100000 обследованных беременных (здесь и далее - с учетом обратившихся для производства аборта) вырос почти в 600 раз - с 0,2 в 1994г. до 119,2 в 2002г. и 114,2 в 2003г. В 2003 г. этот показатель снизился по сравнению с 2002 годом на 4,2% (рисунок 3).



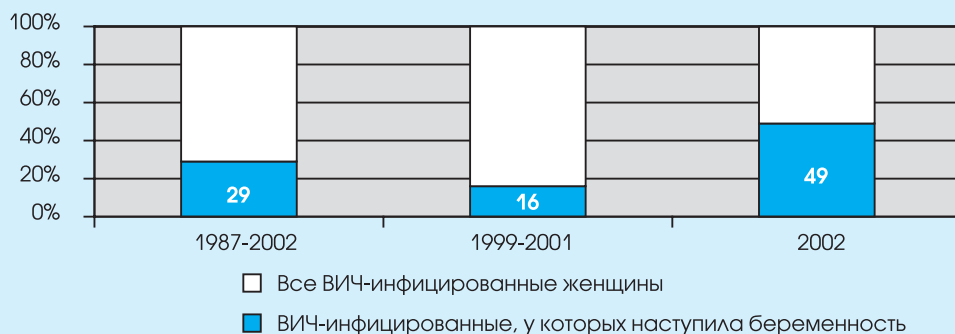
Практически во всех территориях, где проводилось исследование, показатель выявляемости ВИЧ-инфекции среди беременных (на 100000 обследованных беременных женщин) в 2003 году значительно превышал среднероссийский показатель и составил в Самарской области - 438,8, в Свердловской области - 392,2, в Ленинградской области - 329,0, в Санкт-Петербурге - 315,3, в Московской области 242,6, в Челябинской области - 191,9, в Калининградской области - 127,3 (Российская Федерация - 114,2) (рисунок 4).



По данным, полученным в обследованных территориях за период с 1987 по 2002гг., почти у каждой третьей ВИЧ-инфицированной женщины наступила беременность, причем за период с 1999 по 2001гг. беременность была зарегистрирована у каждой шестой женщины, а в 2002г. - у каждой второй (рисунок 5).

Рисунок 5

Доля женщин, у которых наступила беременность, от общего числа ВИЧ-инфицированных женщин в обследованных территориях (суммарно, в %)

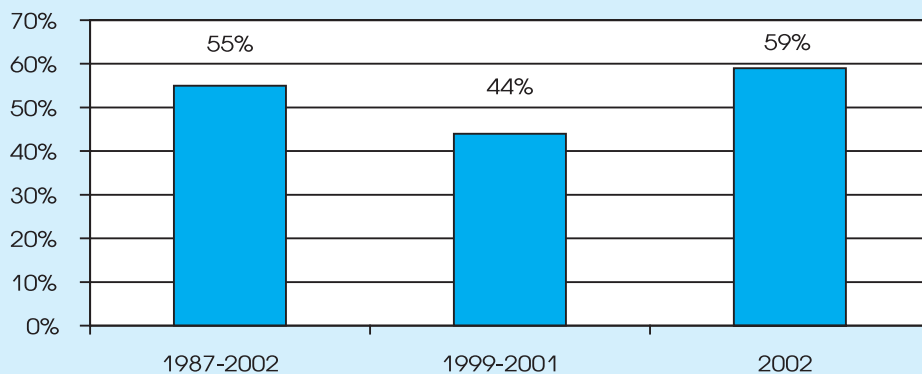


Так, в период с 1987 по 2002гг. в Калининградской области забеременело почти 60% ВИЧ-инфицированных женщин, в Челябинской области и в Республике Татарстан - 43% и 41% соответственно, а в Оренбургской области - всего 21% (каждая пятая женщина).

Более половины всех беременностей, имевших место у ВИЧ-инфицированных женщин в обследованных территориях за период с 1987г. по 2000г., закончились родами (55%), причем доля родов возрастает - в 1999-2001гг. она составила 44%, а в 2002г. возросла до 59% (рисунок 6).

Рисунок 6

Доля родивших из числа ВИЧ-инфицированных беременных женщин в обследованных территориях (суммарно, в %)

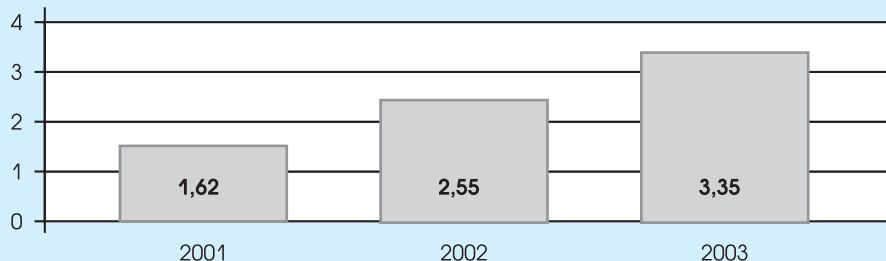


ВИЧ-инфекция у детей

Одновременно с увеличением числа ВИЧ-инфицированных женщин возрастает доля детей среди общего контингента ВИЧ-инфицированных. По данным Федерального центра СПИДа, на 31.12.2003г. дети в возрасте 0-14 лет, имеющие антитела в ВИЧ, составили 3,35% от общего числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации (9094 случаев из 270907), что в 1,3 раза превышает их долю в 2002 году (2,55%, или 5903 из 231208) и в 2 раза превышает их долю в 2001 году (1,62%, или 2897 из 178859) (рисунок 7).

Рисунок 7

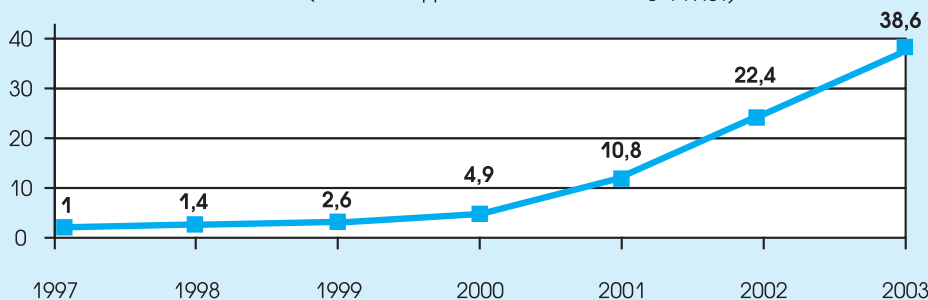
Суммарная доля детей (0-14 лет) от общего числа ВИЧ-инфицированных в Российской Федерации (в % на конец указанного года)



При сравнительно медленном приросте удельного веса детей среди всех ВИЧ-инфицированных показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди детского населения (0-14 лет) с 1998 года ежегодно практически удваивался (рисунок 8).

Рисунок 8

Динамика распространения ВИЧ-инфекции среди детского населения (0-14 лет) в Российской Федерации (на 100000 детского населения 0-14 лет)

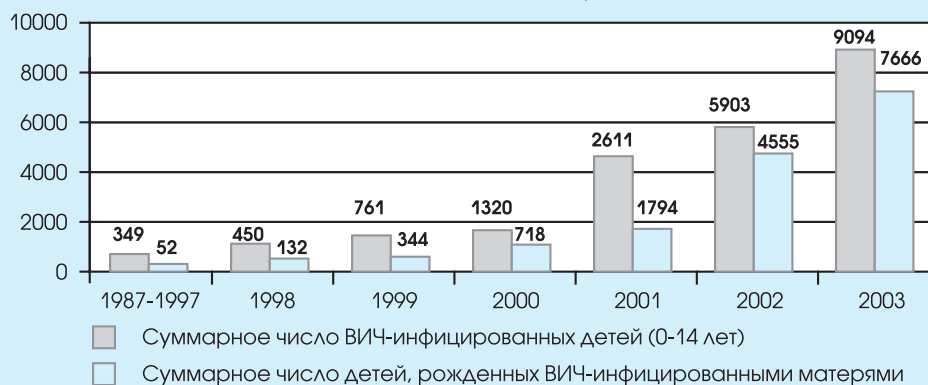


В 2003 году было зарегистрировано 3191 новых случая ВИЧ-инфекции у детей в возрасте 0-14, подавляющее большинство из этих детей родилось у ВИЧ-инфицированных матерей.

Следует подчеркнуть, что все дети, родившиеся у ВИЧ-инфицированных матерей (то есть дети с перинатальным ВИЧ-контактом) условно относятся к ВИЧ-инфицированным и учитываются в статистической отчетности как ВИЧ-инфицированные наряду с остальными детьми с подтвержденным ВИЧ-статусом. Окончательно ВИЧ-статус у этих детей устанавливается в возрасте от 1,5 до 3 лет.

Рисунок 9

Суммарное число ВИЧ-инфицированных детей и детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, в Российской Федерации

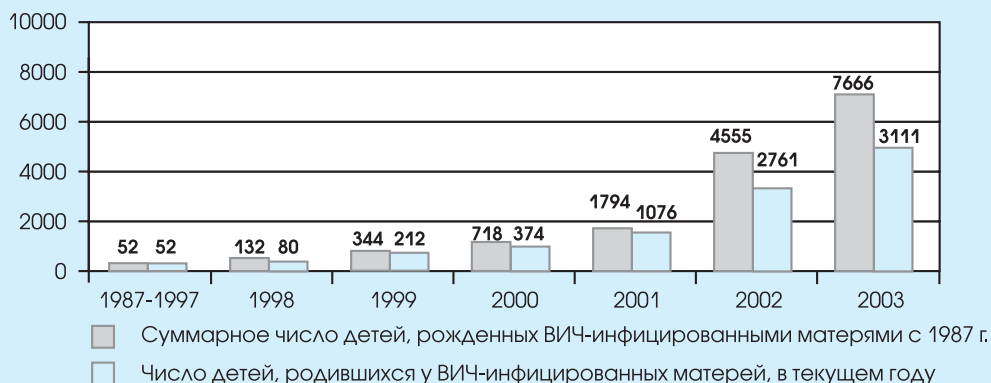


Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями

По данным Федерального Центра СПИДа, за четырнадцать лет (с 1987 года по 2000 год включительно) в Российской Федерации у ВИЧ-инфицированных матерей родилось всего 718 детей, в то время как в 2001 году их родилось более тысячи, в 2002 году - 2761 (в 2,5 раза больше, чем в предыдущем), а в 2003 году - более трех тысяч (рисунок 10).

Рисунок 10

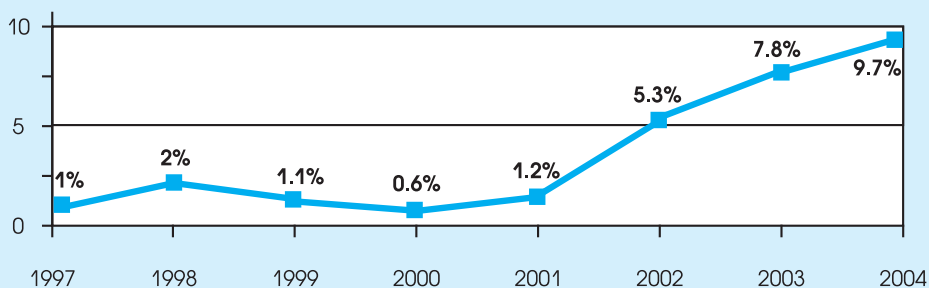
Число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, в Российской Федерации (ежегодно и суммарно)



Начиная с 2001 года, наряду с ростом абсолютного числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, резко увеличивается и их доля среди вновь выявленных в текущем году случаев ВИЧ-инфицирования (рисунок 11).

Рисунок 11

Доля детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, среди всех выявленных в текущем году случаев ВИЧ-инфицирования в Российской Федерации



Суммарно в обследованных территориях доля детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей с 1987 по 2003гг. включительно, составила 3,6% от всех зарегистрированных случаев ВИЧ-инфицирования в этих территориях (5242 от 145259), колеблясь от 1,0% в Республике Татарстан и 1,8% в Ленинградской области до 5,7% в Калининградской и 6,6% в Иркутской областях.

За период с 1987г. по 1999г. в обследованных территориях родилась треть детей от всех родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в Российской Федерации, а за период с 1987г. по 2003г. суммарная доля этих детей составила уже 68,4% (рисунки 12 - 13). При этом в обследованных территориях проживало 54% от всего ВИЧ-инфицированного населения страны.

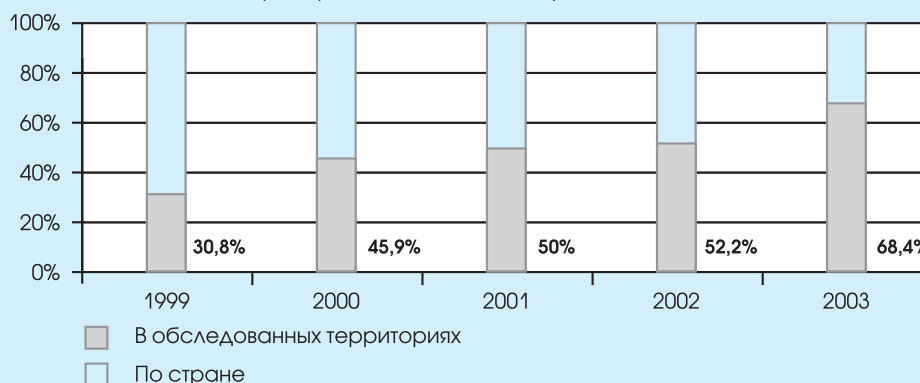
Рисунок 12

Рождение детей от ВИЧ-инфицированных матерей в Российской Федерации и в обследованных территориях (в абсолютных цифрах, суммарно на конец указанного года)



Рисунок 13

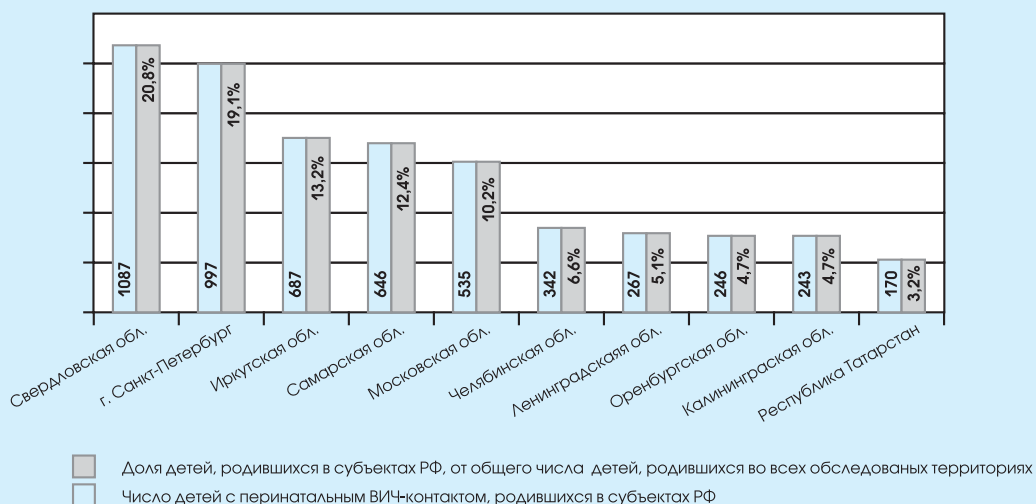
Доля детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей в обследованных территориях, от общего числа этих детей в Российской Федерации (суммарно с 1987 г. по конец указанного года в %)



К концу июня 2003 года число детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин в обследованных территориях, достигло 5220, причем 40% из них родилось в двух территориях - Свердловской области и в г. Санкт-Петербурге (рисунок 14).

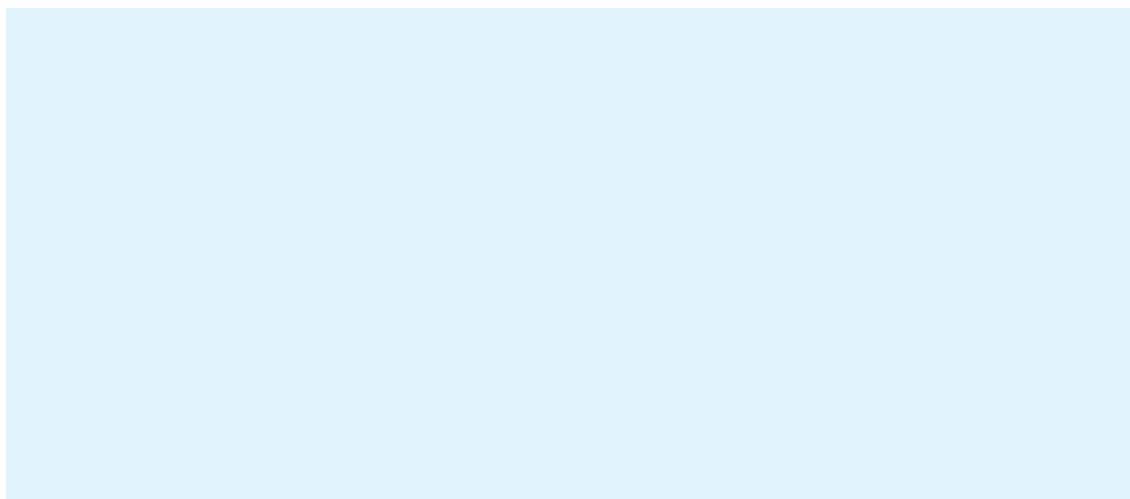
Рисунок 14

Дети с перинатальным ВИЧ-контактом, родившиеся в субъектах РФ (абсолютное число и доля в % от общего числа этих детей, родившихся в обследованных территориях на 30.06.2003 г.)



Смертность среди ВИЧ-инфицированных детей

На 31.12.2003г. в Российской Федерации проживало 8848 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 0 до 14 лет. За период с 1987г. по 31.12.2003г. умерло 237 ВИЧ-инфицированных детей этой возрастной группы (5,6% от числа всех умерших ВИЧ-инфицированных), из них 127 - с установленным диагнозом СПИДа (53,5% от числа умерших детей или 18% от числа всех умерших от СПИДа). Если среди умерших ВИЧ-инфицированных взрослых (15 лет и старше) доля умерших от СПИДа составила 14,5%, то среди умерших детей 0-14 лет - 53,5%, что подтверждает факт более быстрого прогрессирования ВИЧ-инфекции в стадию СПИД у детей.



По данным Федерального центра СПИДа, в обследованных территориях за весь период наблюдения от ВИЧ/СПИДа умерло 43 ребенка (в том числе трое больных СПИДом - 7,0%), из них почти половина детей умерла в Свердловской области (20) и еще 25% - в Самарской области (11). Доля умерших ВИЧ-инфицированных детей в обследованных территориях составила 18,1% от числа всех умерших ВИЧ-инфицированных детей в Российской Федерации.

Передача ВИЧ-инфекции от матери ребенку

В 2000г. в среднем по Российской Федерации диагноз ВИЧ-инфекции подтверждался у 19,3% детей с перинатальным ВИЧ-контактом при достижении ими возраста снятия с учета (18 месяцев - 3 года). По предварительным данным, в 2003г. коэффициент передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку снизился до 9,5%.

По данным исследования, в десяти территориях за весь период наблюдения (1987г. - 30.06.2003гг.) уточнение ВИЧ-статуса проведено у 761 ребенка с перинатальным ВИЧ-контактом. ВИЧ-инфицирование было подтверждено у 148 детей (19,4%) и снято у 613 детей. Доля детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ в обследованных территориях колебалась от 13,1% (каждый седьмой) в Свердловской области до 29,6% в Самарской и 33,3% (каждый третий) в Иркутской областях. Такой разброс показателей (более чем в 2 раза) объясняется разными возможностями при проведении перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции в территориях, применением различных препаратов и схем профилактики, а также разным уровнем социализации ВИЧ-инфицированных беременных.

Почти половина (46,6%) детей с подтвержденным ВИЧ-статусом проживала в трех из десяти обследованных территориях: Санкт-Петербурге (31 ребенок), в Калининградской и Иркутской областях (по 19 детей).

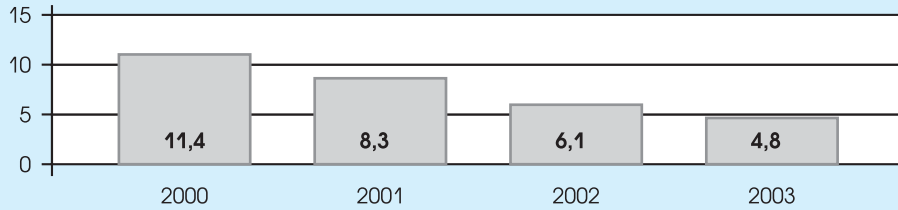
"Отказные дети"

На фоне достаточно высокого показателя отказа от новорожденных (около 14000 случаев ежегодно по стране в целом), начиная с середины 90-х годов стали регистрироваться случаи отказа ВИЧ-инфицированных матерей от своих детей. Только в акушерских стационарах за 2000-2003гг. было оформлено более 700 официальных отказов ВИЧ-инфицированных матерей от своих новорожденных детей. Многие ВИЧ-инфицированные женщины из числа потребителей наркотиков и других социально уязвимых групп покидали детей в родильном доме без официального оформления отказа от ребенка.

С ростом полового пути передачи ВИЧ-инфекции и вовлечением в эпидемический процесс большого числа "социально адаптированных" групп населения, доля "отказных" детей среди детей с перинатальным ВИЧ-контактом сократилась с 11,4% в 2000г. до 4,8% в 2003гг. (данные Минздрава России) (рисунк15).

Рисунок 15

Удельный вес "отказных" детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, в Российской Федерации

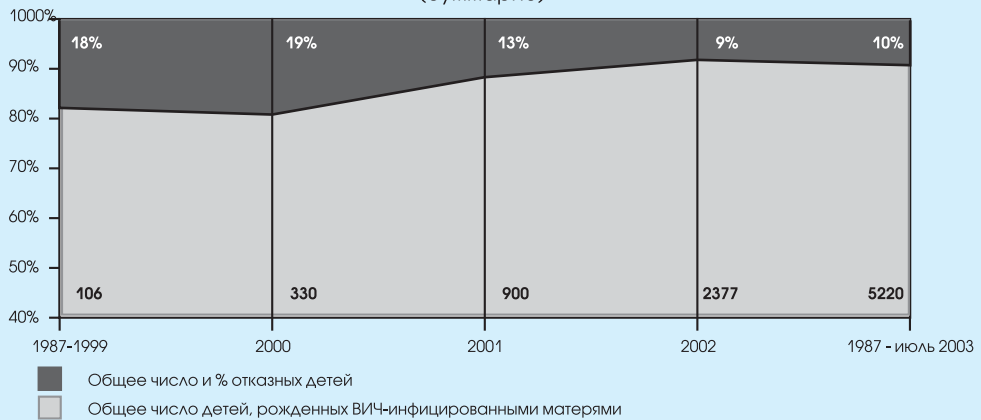


Уменьшение доли "отказных" детей с перинатальным ВИЧ-контактом указывает на растущее осознанное отношение ВИЧ-инфицированных беременных к материнству и уменьшение среди них доли асоциального контингента.

Так, в десяти обследованных территориях пик отказов от новорожденных пришелся на 2000г., когда в акушерских стационарах отказались от своих детей 19% ВИЧ-инфицированных матерей. В июле 2003г. доля "отказных" детей сократилась вдвое (рисунок 16).

Рисунок 16

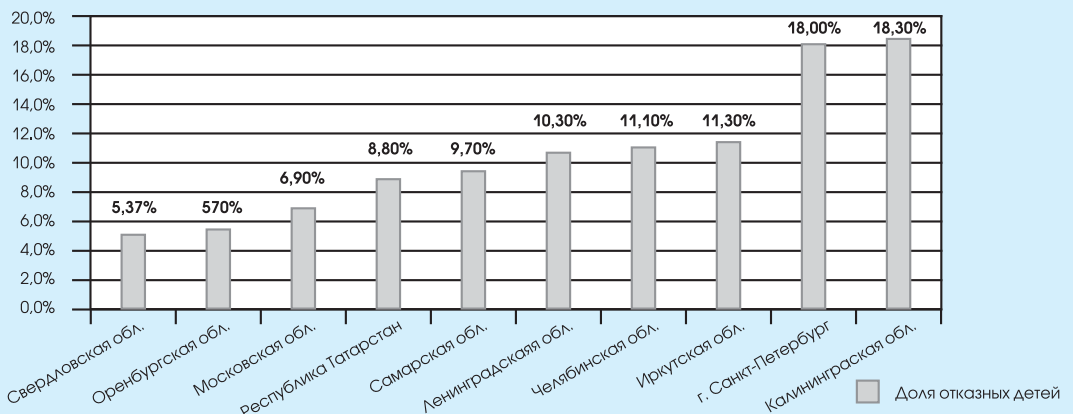
Для "отказных" детей от общего числа детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями в обследованных территориях (суммарно)



Наиболее велика доля "отказных" детей в Калининградской области и Санкт-Петербурге (18,3% и 18,0% соответственно), в то время, как в Свердловской и Оренбургской областях она составила только 5,4% - 5,7%. В остальных областях удельный вес отказных детей варьирует в пределах 8 - 11% (рисунок 17).

Рисунок 17

Доля отказных детей с перинатальным ВИЧ-контактом, в обследованных территориях (суммарно на 30.06.2003 г.)



В ряде территорий "отказные" дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, поступают в дома ребенка в достаточно короткие сроки (1-3 месяца).

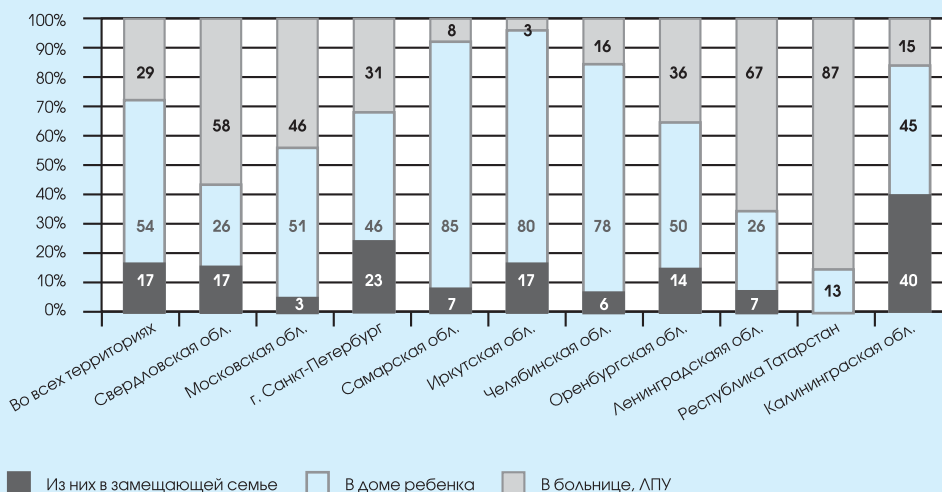
Однако в большинстве случаев вопрос о жизнеустройстве "отказных" детей решается сложно. Ожидая свободного места в доме ребенка, младенцы месяцами лежат в детских больницах, что негативно сказывается на их физическом, психическом и умственном развитии. Озобоченность вызывает тот факт, что на момент обследования в лечебно-профилактических учреждениях в Республике Татарстан находилось 87% "отказных" детей, в Ленинградской области - 67%, в то время как в Самарской области - всего 8% (рисунок 18).

Положительным является тот факт, что растет доля "отказных" детей, которые в дальнейшем были взяты для проживания и воспитания в замещающие семьи. Так, в целом в обследованных территориях в замещающих семьях проживает около 17% "отказных" детей (90 из 542), в то время как в Калининградской области - 40%, в Санкт-Петербурге - 23%, в Иркутской - 17% и в Свердловской - 16% (рисунок 18).

В восьми территориях в домах ребенка, в том числе специализированных для ВИЧ-инфицированных детей, проживает от 45% (Калининградская область) до 85% (Самарская область) от числа "отказных" детей в этой территории (рисунок 18).

Рисунок 18

Распределение "отказных" детей по месту их нахождения в обследованных территориях (в % на 30.06.2003 г.)



Таким образом, территории, выбранные для исследования, были одними из самых неблагоприятных в стране по распространенности ВИЧ-инфекции среди населения. В этих территориях в 1999-2003гг. был отмечен резкий подъем заболеваемости ВИЧ с вовлечением в эпидемический процесс большой доли молодых женщин. Это обусловило рождение большого числа детей с перинатальным ВИЧ-контактом. Эти территории одними из первых в стране столкнулись со всеми проблемами профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, а также с проблемами жизнеустройства большого числа "отказных" детей.

ОБЗОР НОРМАТИВНОЙ И ПРАВОВОЙ БАЗЫ ПО ОКАЗАНИЮ МЕДИЦИНСКОЙ И СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ ЖЕНЩИНАМ И ДЕТЯМ И ПО ПРОФИЛАКТИКЕ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ОТ МАТЕРИ РЕБЕНКУ

2

2.1. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ФЕДЕРАЛЬНОГО УРОВНЯ

ФЕДЕРАЛЬНЫЕ ЗАКОНЫ, ПОСТАНОВЛЕНИЯ И РАСПОРЯЖЕНИЯ ПРАВИТЕЛЬСТВА РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ, ПРИКАЗЫ И ИНСТРУКЦИИ МИНЗДРАВА РОССИИ

Доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, бесплатное предоставление всех видов квалифицированной и специализированной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным, запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных, предоставление определенных прав и льгот родителям, дети которых являются ВИЧ-инфицированными, социальная защита ВИЧ-инфицированных, а также льготы в области труда работникам учреждений здравоохранения, осуществляющим диагностику и лечение ВИЧ-инфицированных, гарантируются **Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» от 30.03.95. №38-ФЗ (с изменениями 18.07.96. №112-ФЗ, 07.01.97. № 8-ФЗ).**

Данный закон устанавливает:

- гарантии государства: доступность медицинского освидетельствования для выявления ВИЧ-инфекции, в том числе анонимного, (то есть бесплатное тестирование на ВИЧ всех групп населения), бесплатное предоставление ВИЧ-инфицированным всех видов медицинской помощи и бесплатное обеспечение их лекарственными средствами, бесплатный проезд к месту лечения и обратно в пределах Российской Федерации (для детей в возрасте до 18 лет – с одним из родителей);
- социальную защиту ВИЧ-инфицированных, в том числе несовершеннолетних и членов их семей:
 - 1) несовершеннолетним (детям до 18 лет) назначаются социальная пенсия, пособие и предоставляются льготы, установленные для детей-инвалидов законодательством Российской Федерации,
 - 2) лицам, осуществляющим уход за ВИЧ-инфицированными детьми, выплачивается пособие по уходу за ребенком-инвалидом в порядке, установленном законодательством Российской Федерации;
- запрет на ограничение прав ВИЧ-инфицированных, а именно - увольнение с работы, отказ в приеме на работу, отказ в приеме в образовательные учреждения;
- права родителей или иных законных представителей ВИЧ-инфицированных детей:
 - 3) сохранение непрерывного трудового стажа у одного из родителей в случае ухода за ВИЧ-инфицированным ребенком в возрасте до 18 лет,
 - 4) бесплатный проезд одного из родителей при сопровождении ВИЧ-инфицированного ребенка в возрасте до 18 лет до места лечения и обратно,
 - 5) совместное пребывание с детьми в возрасте до 15 лет в стационаре.

Постановлениями Правительства Российской Федерации с 1993 года были приняты и реализовывались три **федеральные целевые программы**, направленные на предупреждение распространения ВИЧ-инфекции в стране.

Первая **Федеральная целевая программа по предупреждению распространения заболеваний СПИДом в РФ «АнтиСПИД»** была принята на 1993-1995 гг.

Следующая программа **«Анти-ВИЧ/СПИД»** была принята на 1996-1997гг. и в период до 2000г., продлена на 2001г. и являлась логическим продолжением предыдущей программы.

В настоящее время реализуется **Федеральная целевая программа «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006гг.)»** одним из разделов которой является **подпрограмма**

«Неотложные меры по предупреждению распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека («Анти-ВИЧ/СПИД»)».

В рамках реализации указанных программ из средств федерального бюджета осуществлялась закупка тест-систем для диагностики ВИЧ и препаратов для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, что обеспечивало бесплатное обследование беременных на ВИЧ, а также проведение химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. В настоящее время закупка тест-систем и лекарственных препаратов производится субъектами Российской Федерации из собственных бюджетных средств.

Основы законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан от 22 июля 1993г. №5487-1 (с изменениями за 1998-2003гг.) регламентируют вопросы:

- сохранения врачебной тайны всем обратившимся за медицинской помощью, в том числе ВИЧ-инфицированным, а также меры наказания при ее разглашении;
- предоставления льгот ВИЧ-инфицированным детям, их родителям или лицам, их замещающим.

В статье 36 Основ законодательства за женщиной закреплено право самостоятельно решать вопрос о материнстве.

Прерывание беременности по медицинским показаниям при ВИЧ

В приказе МЗ РФ от 28.12.1993г. № 302 «Об утверждении перечня медицинских показаний для искусственного прерывания беременности» определено, что наличие ВИЧ-инфекции у беременной женщины признается основанием для прерывания беременности по медицинским показаниям при сроке беременности свыше 12 недель. Искусственное прерывание беременности по медицинским показаниям проводится только с согласия женщин.

Диспансерное наблюдение за ВИЧ-инфицированными женщинами в период беременности и обследование беременных на ВИЧ

В приказе Минздрава России от 12.02.2003г. №50 «О совершенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях» указано на необходимость двукратного обследования беременных на ВИЧ - при взятии на учет по беременности и в третьем триместре беременности.

Приказом Минздрава России от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» указано на необходимость совместного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин врачами акушерами-гинекологами и инфекционистами.

Кроме того, на ВИЧ-инфекцию обследуются все женщины, направляемые на искусственное прерывание беременности (приказ Минздравмедпрома России от 30.10.1995г. №295 «О введении в действие правил проведения обязательного медицинского освидетельствования на ВИЧ и перечня работников отдельных профессий, производств, предприятий, учреждений и организаций, которые проходят обязательное медицинское освидетельствование на ВИЧ», приложение 3, пункт 3).

Профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Приказом Минздрава России от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» утверждена Инструкция по профилактике передачи ВИЧ-инфекции. В Инструкции отражены:

- особенности диспансерного наблюдения и родоразрешения беременных с ВИЧ-инфекцией,
- применяемые схемы химиопрофилактики и оценка их эффективности,
- применяемые препараты и возможные осложнения при их использовании,
- особенности проведения противоретровирусной терапии у беременных и другие вопросы.

Родоразрешение ВИЧ-инфицированных беременных

В приказе Минздрава России от 26.11.1997г. №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» введен пункт о режиме работы акушерских стационаров при родоразрешении ВИЧ-инфицированных беременных. Согласно этому приказу, прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных в крупных городах осуществляется в специализированном родильном отделении, а при его отсутствии беременные направляются в родильный дом (отделение) общего типа, где роды принимаются в наблюдательном отделении в специально выделенной палате. В этой же палате родильница с ребенком находятся до выписки. При поступлении на роды необследованной женщины ее родоразрешение проводится в наблюдательном отделении.

Послеродовой отпуск ВИЧ-инфицированной родильнице

В соответствии с инструкцией Минздрава России от 23.04.1997г. №01-97 «Инструкция о порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах» роды у ВИЧ-инфицированной женщины

отнесены к осложненным в связи с тем, что беременность и роды у нее протекают на фоне сниженного иммунитета. Поэтому вне зависимости от течения родового акта послеродовой отпуск при одноплодных родах продлевается на 16 календарных дней, а его общая продолжительность составляет 86 календарных дней.

Защита медицинского персонала при приеме родов у ВИЧ-инфицированных женщин

Приказами Минздрава России от 26.11.1997г. №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» и от 24.11.1998г. №338 «О внесении изменений и дополнений в приказ Минздрава России от 26.11.1997г. №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах» предусмотрен комплекс мер, направленных на снижение вероятности заражения медицинского персонала при оказании медицинской помощи и уходе за ВИЧ-инфицированными беременными и родившимися у них новорожденными детьми, указан алгоритм действий для медицинского персонала при возникновении аварийных ситуаций.

Вакцинопрофилактика у детей

В приказе Минздрава России от 16.08.1994г. №170 «О мерах по совершенствованию профилактики и лечения ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» рассмотрены вопросы организации лечебно-диагностической помощи и диспансерного наблюдения за больными ВИЧ-инфекцией и СПИДом, в том числе вопрос вакцинопрофилактики у ВИЧ-инфицированных детей. Приказом предусмотрена вакцинация детей под наблюдением врачей-педиатров территориальных центров СПИДа с обязательным патронажем ребенка после вакцинации на 3-4-е и 10-11-е сутки.

В настоящее время в ряде случаев вакцинопрофилактика этих детей проводится в детской поликлинике по месту жительства. .

Рекомендации по вскармливанию

Согласно приказа Минздрава России от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» дети, рожденные у ВИЧ-инфицированных матерей, не прикладываются к груди матери и с момента рождения переводятся на искусственное вскармливание.

Рекомендовано также при родах у пациенток, не обследованных на ВИЧ, с согласия матери не прикладывать новорожденного к груди и не вскармливать его сцеженным материнским молоком до получения результата обследования матери на ВИЧ.

Питание детей

Обеспечение питанием детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных матерей, осуществляется на общих основаниях обеспечения питанием детей в возрасте до двух лет жизни в соответствии с приказом Минздрава России от 25.09.1992г. №256 «О неотложных мерах по улучшению положения детей в Российской Федерации» и постановлением Правительства Российской Федерации от 13.08.1997г. №1005 «Об упорядочении бесплатного обеспечения детей первого-второго года жизни специальными молочными продуктами детского питания».

Жизнеустройство ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей

Приказом Минздрава России от 03.06.2003г. №229 «О Единой номенклатуре государственных и муниципальных учреждений здравоохранения» в Единую номенклатуру введены специализированные дома ребенка для ВИЧ-инфицированных детей, в которых предусмотрено пребывание ВИЧ-инфицированных детей и детей с перинатальным ВИЧ-контактом до снятия их с диспансерного наблюдения в связи с отсутствием у них клинических и лабораторных проявлений инфицирования.

Необходимость открытия специализированных домов ребенка объясняется значительным ростом числа "отказных" детей, родившихся у ВИЧ-инфицированных женщин. Десятки "отказных" новорожденных месяцами и даже годами находились в детских больницах. Обычные дома ребенка не принимали детей с перинатальным ВИЧ-контактом, опасаясь того, что эти дети могут стать источником заражения остальных детей, проживающих там, и самих работников дома ребенка.

Создание специализированных домов ребенка в ряде территорий позволило решить острую проблему длительного пребывания детей в лечебно-профилактических учреждениях, что вело к их отставанию в физическом, умственном и психическом развитии. Однако в некоторых территориях часть детей по-прежнему длительное время находится в больницах из-за отсутствия специализированных домов ребенка или, реже, из-за их переполненности.

Необходимо скорейшее принятие административных решений на уровне исполнительной власти субъектов Российской Федерации по вопросу жизнеустройства "отказных" детей с перинатальным ВИЧ-контактом, в том числе по их приему в обычные дома ребенка. При этом необходимо решить вопрос обучения персонала и дополнительной оплаты труда. Также необходимо преодолеть сложившийся в обществе и в среде медицинских работников стереотип мышления в отношении возможности заражения ВИЧ от этих детей.

Оказание социальной помощи ВИЧ-инфицированным

Общие вопросы оказания социальной помощи ВИЧ-инфицированным регламентируются Федеральным законом «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» от 30.03.1995. №38-ФЗ (с изменениями 18.07.96. №112-ФЗ, 07.01.97. № 8-ФЗ) (см. выше).

Решением Коллегии Минздрава России от 28.01.2003г. «О ходе выполнения подпрограммы «Анти-ВИЧ/СПИД» Федеральной целевой программы «Предупреждение и борьба с заболеваниями социального характера (2002-2006 годы) в 2002 году и задачах по совершенствованию работы по профилактике ВИЧ-инфекции в Российской Федерации» рекомендовано ввести в штат центров по профилактике и борьбе со СПИДом социальных работников, возложив на них в том числе обязанности по оказанию социальной помощи ВИЧ-инфицированным и их семьям.

Приказом Минздрава СССР от 14.05.1991г. №134 «О порядке назначения и выплаты пособия на детей в возрасте до 16 лет, инфицированных вирусом иммунодефицита человека или больных СПИДом» устанавливается назначение ежемесячного государственного пособия этим детям в размере минимальной заработной платы.

Создание ведущего учреждения по проблеме ВИЧ-инфекции у матерей и детей

Приказом Минздрава России от 19.04.1999г. №133 «О научно-практическом центре профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей» на Республиканскую клиническую инфекционную больницу Минздрава России (РКИБ) возложена функция ведущего лечебно-профилактического учреждения страны по оказанию медицинской и консультативной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, подготовке кадров и научно-методических материалов по данной проблеме.

Мониторинг ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей

С целью организации мониторинга беременных женщин и детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, анализа и оценки ситуации, принятия организационных мер изданы два приказа Минздрава России:

Приказ Минздрава России от 16.09.2003г. №442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями». Согласно этому приказу в Научно-практический центр профилактики и лечения ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей Минздрава России (РКИБ, г.Санкт-Петербург, пос.Усть-Ижора) направляются три учетные формы:

- извещение о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью;
- донесение о снятии с диспансерного наблюдения ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери, при отсутствии у него клинико-лабораторных проявлений ВИЧ-инфекции;
- донесение о подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного от ВИЧ-инфицированной матери (в дальнейшем направляется каждые полгода).

Приказ Минздрава России от 19.01.2004г. №9 «Об утверждении временной учетной формы №313/у «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины». Внедрение в жизнь этого приказа будет способствовать анализу и оценке ситуации по репродуктивному поведению ВИЧ-инфицированных женщин.

Научно- методическая помощь

По вопросам ВИЧ-инфекции у матерей и детей для медицинских работников разработан ряд методических рекомендаций и учебно-методических пособий, в том числе:

«Клиническая диагностика ВИЧ-инфекции», практическое руководство, авторы Покровский В.В., Юрин О.Г., Беляева В.В. и соавторы; Москва, 2002г.

«Противовирусная терапия ВИЧ-инфекции у детей. Химиопрофилактика и лечение ВИЧ-инфекции у беременных и новорожденных», автор Рахманова А.Г.; Санкт-Петербург, 2001г.

«ВИЧ-инфекция у детей», краткое руководство., авторы Рахманова А.Г., Воронин Е.Е., Фомин Ю.А.; Санкт-Петербург, 2003г.

«ВИЧ: профилактика передачи от матери ребенку», учебное пособие., авторы Кулаков В.И., Баранов И.И.; Москва, 2003г.

2.2. НОРМАТИВНО-ПРАВОВАЯ БАЗА ТЕРРИТОРИАЛЬНОГО УРОВНЯ

ПРИКАЗЫ ТЕРРИТОРИАЛЬНЫХ ОРГАНОВ УПРАВЛЕНИЯ ЗДРАВООХРАНЕНИЕМ

Помимо вышеперечисленных нормативных документов, изданных на федеральном уровне, в ряде субъектов Российской Федерации, в том числе и в обследованных, органами управления здравоохранением издавались приказы и другие регламентирующие документы по вопросам ВИЧ-инфекции у беременных женщин и детей. Приказы издавались с учетом эпидемиологической ситуации по ВИЧ, социально-экономических и демографических особенностей территорий.

Зачастую территориальные приказы на полтора-два года опережали появление соответствующих нормативных документов на федеральном уровне, особенно по вопросам профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку.

По вопросу *обследования беременных на ВИЧ, диспансерного наблюдения и родоразрешения ВИЧ-инфицированных беременных* были изданы приказы, регламентирующие порядок и сроки обследования, диспансерного наблюдения, определены родовспомогательные учреждения для родоразрешения ВИЧ-инфицированных беременных женщин в следующих территориях:

Свердловская область, г.Екатеринбург

Приказ Управления здравоохранения администрации г. Екатеринбурга от 20.08.2001г. № 403 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным г.Екатеринбурга»

г.Санкт-Петербург

Совместное распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации г.Санкт-Петербурга и Центра госсанэпиднадзора от 04.02.2002г. №29-р/4 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей»

Иркутская область

Приказы Комитета здравоохранения Администрации Иркутской области от 17.03.2003г. №116/4-л «О медицинском освидетельствовании на ВИЧ-инфекцию» и от 04.03.1999г. №86 «Об оказании акушерско-гинекологической помощи ВИЧ-инфицированным, контактным с ВИЧ-инфицированными»

Челябинская область, г.Челябинск

Совместный приказ Управления здравоохранения Администрации г.Челябинска и Центра госсанэпиднадзора от 17.04.2001г. №58/23 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным и больным в г.Челябинске».

Ленинградская область

Приказ Комитета здравоохранения Ленинградской области от 10.10.2001г. №522 «Об организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным и родившимся от них детям в Ленинградской области»

Калининградская область

Приказы Управления здравоохранения Администрации Калининградской области от 30.12.2000г. №299 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям» и от 31.03.2003г. №96 «О порядке госпитализации беременных, рожениц, гинекологических больных в родовспомогательные учреждения г.Калининграда и Калининградской области»

По вопросу *профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку*

официальных регламентирующих документов на федеральном уровне издано не было вплоть до 2003г. Однако в ряде субъектов РФ в связи с вовлечением в эпидемический процесс большой доли женщин активного репродуктивного возраста и резким увеличением числа случаев беременности и родов у них возникла острая необходимость в нормативном регулировании этих вопросов. В обследованных территориях за полтора-два года до издания приказа Минздрава России от 19.12.2003г. №606 были приняты приказы, утверждающие лекарственные препараты, применяемые с целью профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, схемы их применения, а также порядок обеспечения ими беременных.

Свердловская область, г.Екатеринбург

Приказ Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга от 20.08.2001г. № 403 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным г.Екатеринбурга»

г.Санкт-Петербург

Совместное распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации г.Санкт-Петербурга и Центра госсанэпиднадзора от 04.02.2002г. №29-р/4 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей»

Самарская область

Приказ Департамента по здравоохранению Самарской области «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в перинатальном периоде и внутриутробных случаев заражения».

Иркутская область

Совместный приказ Комитета здравоохранения Администрации Иркутской области и Центра госсанэпиднадзора от 09.06.2001г. №74/382 «О профилактике перинатального заражения ВИЧ-инфекцией и иммунопрофилактике детей с ВИЧ-инфекцией, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей»

Челябинская область, г.Челябинск

Совместный приказ Управления Управления здравоохранения администрации г.Челябинска и Центра госсанэпиднадзора от 23.12.2002г. №181/56. «О мерах по обеспечению квалифицированной лечебно-профилактической помощью ВИЧ-инфицированных беременных женщин и детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей».

Ленинградская область

Приказ Комитета здравоохранения Ленинградской области от 10.10.2001г. №522 «Об организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным и родившимся от них детям в Ленинградской области»

Калининградская область

Приказ Управления здравоохранения Администрации Калининградской области от 30.12.2000г. №299 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям».

По вопросам *диспансерного наблюдения за детьми с перинатальным ВИЧ-контактом и ВИЧ-инфицированными детьми* изданы приказы, определяющие лечебно-профилактические учреждения, в которых наблюдаются дети с перинатальным ВИЧ-контактом и порядок их наблюдения, в следующих территориях:

Свердловская область, г.Екатеринбург

Приказу Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга от 20.08.2001г. № 403 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным г.Екатеринбурга»

г.Санкт-Петербург

Совместное распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации г.Санкт-Петербурга и Центра госсанэпиднадзора от 04.02.2002г. №29-р/4 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, родившимся от ВИЧ-инфицированных матерей»

Самарская область

Приказом Департамента по здравоохранению Администрации Самарской области от 16.07.2002г. №261 «О мерах по совершенствованию диспансерного наблюдения и вакцинопрофилактики у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, и ВИЧ-инфицированных детей до 18 лет».

Иркутская область

Приказом Департамента здравоохранения г.Иркутска от 04.03.2002г. №42 «О дополнении к приказу №1/2 от 10.01.2002г. «Об оказании медицинской помощи ВИЧ-инфицированным больным».

Челябинская область, г.Челябинск

Совместный приказ Управления здравоохранения Администрации г.Челябинска и Центра госсанэпиднадзора от 05.12.2002г. №176/54 «О порядке допуска детей с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции в детские образовательные учреждения города»

Ленинградская область

Приказ Комитета здравоохранения Администрации Ленинградской области от 10.10.2001г. №522 «Об организации медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным и родившимся от них детям в Ленинградской области».

Калининградская область

Приказ Управления здравоохранения Администрации Калининградской области от 30.12.2000г. №299 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям».

По вопросу жизнеустройства ВИЧ-инфицированных детей, оставшихся без попечения родителей, в ряде территорий были изданы приказы, определяющие лечебно-профилактические и детские учреждения (дома ребенка) для жизнеустройства «отказных» детей.

г.Санкт-Петербург

Совместное распоряжение Комитета по здравоохранению Администрации г.Санкт-Петербурга и Центра госсанэпиднадзора от 21.11.2000г. №394-р/39 «О совершенствовании оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным пациентам в Санкт-Петербурге».

Самарская область

Приказ департамента по здравоохранению Самарской области от 24.05.2001г. №152 «О профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку в перинатальном периоде и внутриутробных случаев заражения».

Челябинская область, г.Челябинск

Приказ Управления здравоохранения Администрации г.Челябинска от 30.09.2002г. №146/1 «О перепрофилировании коечного фонда в доме ребенка №2»

Калининградская область

Приказ Управления здравоохранения Администрации Калининградской области от 30.12.2000г. №299 «О мерах по совершенствованию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям»

Полный перечень нормативной и правовой базы (на федеральном и территориальном уровнях) по оказанию медицинской и социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям и по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку приведен в Приложении.

3 ОКАЗАНИЕ МЕДИЦИНСКОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И МАТЕРЯМ

С целью сохранения здоровья женщины, рождения здорового ребенка и предотвращения социального сиротства новорожденных необходимо осуществление качественного диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и оказание им квалифицированной медицинской и социальной помощи на всех этапах, связанных с рождением ребенка: в период беременности, в родах и в послеродовом наблюдении и лечении. Это предполагает:

- своевременное обследование беременной женщины на ВИЧ-инфекцию с соблюдением конфиденциальности и предоставлением до и послетестового консультирования;
- диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированной беременной и оказание ей необходимой дородовой помощи;
- своевременное начало и качественное проведение трехэтапной медикаментозной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку; адекватное ведение родов, направленное на снижение риска инфицирования ребенка;
- консультирование ВИЧ-инфицированной беременной женщины и матери по вопросам вскармливания ребенка;
- наблюдение женщины и оказание необходимой медицинской помощи в послеродовом периоде, консультирование по вопросам контрацепции и дальнейшего репродуктивного поведения;
- социально-психологическое сопровождение ВИЧ-инфицированной беременной женщины, матери, ребенка и всей семьи;
- осуществление медико-социального патронажа социально уязвимых ВИЧ-инфицированных беременных женщин, матерей и детей, в том числе совместно с службами социальной защиты населения и с привлечением неправительственных организаций.

3.1. ОБСЛЕДОВАНИЕ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН НА ВИЧ-ИНФЕКЦИЮ

В связи с регистрацией первых случаев ВИЧ-инфицирования среди беременных женщин указанием Минздрава СССР от 13.02.89. №142-У было введено обязательное *обследование на ВИЧ* всех *беременных женщин*.

Однако из-за низких показателей выявляемости ВИЧ-инфекции у беременных (на фоне низкой заболеваемости ВИЧ в стране) письмом Минздрава России от 01.12.92. №01-15/7-25 было предложено обследовать на ВИЧ только беременных при направлении их на искусственное прерывание беременности, а из числа беременных, планирующих родить ребенка – «беременных женщин, употребляющих наркотики парентерально, занимающихся проституцией при взятии на учет по беременности и в 32 недели беременности».

В 1993г. в стране было обследовано почти 5 миллионов беременных; показатель выявляемости ВИЧ составил 0,1 на 100000 обследованных беременных. Тем не менее, предполагая рост распространенности ВИЧ-инфекции среди женского населения активного репродуктивного возраста и учитывая то, что беременные являются потенциальными донорами крови (абортной и плацентарной) и биологических тканей (плаценты), совместным письмом Минздрава России и Госкомсанэпиднадзора России от 11.03.93. было предусмотрено обследование беременных на ВИЧ-инфекцию в акушерско-гинекологических учреждениях.

В настоящее время действует приказ Минздрава России от 10.02.2003г. № 50 «О совер-

шенствовании акушерско-гинекологической помощи в амбулаторно-поликлинических учреждениях». По схеме динамического наблюдения беременных и родильниц, утвержденной приказом, предусмотрено двукратное обследование беременных на ВИЧ: при взятии на учет по беременности и в третьем триместре.

В соответствии с приказом Минздрава России от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ», обследование беременной на ВИЧ-инфекцию следует проводить двукратно: при первичном обращении по поводу беременности и, если инфицирование не было выявлено при первом тестировании, в сроке 34-36 недель. Если беременная не наблюдалась у врача акушера-гинеколога и обследование на ВИЧ во время беременности не проводилось, оно осуществляется при поступлении женщины на роды.

Особенности эпидемиологической ситуации по ВИЧ (резкий подъем заболеваемости, увеличение доли беременных женщин среди всех ВИЧ-инфицированных) в ряде территорий обусловили необходимость принятия в них нормативных документов, расширяющих показания для обследования беременных женщин на ВИЧ и периодичность обследования.

Так, в некоторых территориях с неблагоприятной эпидемиологической ситуацией по ВИЧ (Республика Татарстан, Калининградская и Ленинградская области) обследование проводилось трехкратно: при взятии на учет, после 30 недель и при поступлении на роды.

С июня 2001 года в Республике Татарстан введена особая схема обследования на ВИЧ беременных из групп риска (имеющих полового партнера - ВИЧ-инфицированного или потребителя инъекционных наркотиков). В соответствии с этой схемой при раннем взятии на учет по беременности и при регулярном диспансерном наблюдении беременная группы риска обследуется на ВИЧ-инфекцию до 5-6 раз. Это позволяет как можно раньше выявить у беременной женщины ВИЧ-инфекцию и своевременно начать перинатальную химиопрофилактику.

Согласно Федеральному закону от 30.03.95. №38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекция)» диагностическое обследование на ВИЧ-инфекцию проводится с **предварительным (дотестовым) и последующим (послетестовым) консультированием** по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции.

Дотестовое консультирование проводится врачами женских консультаций во всех обследованных территориях за исключением Оренбургской области, где оно проводится только в Центре СПИДа обученным специалистом. **Послетестовое консультирование** после получения положительного результата обследования беременной женщины на ВИЧ-инфекцию проводится либо в женской консультации (Иркутская, Ленинградская и Свердловская области), либо в Центре СПИДа (Оренбургская, Челябинская, Калининградская, Московская, Самарская области, Республика Татарстан).

В настоящее время в России стандартной процедурой лабораторного подтверждения диагноза ВИЧ-инфекции является обнаружение антител к ВИЧ в реакции ИФА (иммуноферментный анализ) с последующим подтверждением их специфичности в реакции иммунного блоттинга.

Результаты экспресс-диагностики не являются окончательными и требуют подтверждения в реакции ИФА и иммунного блоттинга.

На момент проведения исследования, **экспресс-диагностика** ВИЧ-инфекции в акушерских стационарах при поступлении на роды необследованных женщин не проводилась в четырех из десяти обследованных территориях - Оренбургской, Ленинградской, Московской и Свердловской областях (в настоящее время акушерские стационары г.Оренбурга и Оренбургской области обеспечены экспресс-тест-системами). Наиболее частая причина, по которой не применялась экспресс-диагностика, - это отсутствие экспресс-тест-систем из-за недостатка средств для их приобретения.

Вопрос обязательного проведения экспресс-диагностики на ВИЧ в акушерских стационарах приобретает особую актуальность в связи тем, что в целом по Российской Федерации каждая пятая (20,5%) из числа родивших ВИЧ-инфицированных женщин в 2003г. не наблюдалась в период беременности и поступала на роды необследованной.

СИТУАЦИЯ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Свердловская область, г.Екатеринбург

Экспресс-диагностика ВИЧ-инфекции у беременных, не состоявших на учете в женской консультации и Центре СПИДа, проводится во всех родильных домах города Екатеринбурга.

г.Санкт-Петербург

Беременные женщины обследуются при взятии на учет по беременности и в сроке 35-36 недель. Дотестовое консультирование проводится в женских консультациях по месту наблюдения женщины.

Экспресс-диагностика проводилась в двух обсервационных родильных домах города, куда поступали на роды женщины, не обследованные на ВИЧ-инфекцию. С марта 2004г. началось обеспечение всех родильных домов экспресс тест-системами и препаратами для экстренной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку.

Иркутская область

Обследование на ВИЧ проводится при взятии на учет по беременности и в сроке 34-36 недель.

В связи с резким увеличением числа женщин, не состоящих на учете по беременности и поступающих на роды необследованными, в области испытывается недостаток тест-систем для экспресс-диагностики.

Челябинская область, г.Челябинск

Обследование на ВИЧ проводится при первом обращении женщины в женскую консультацию и в сроке 36 недель.

В 2003 году лабораторные службы области не испытывали дефицита в тест-системах, ими были обеспечены все акушерские стационары.

Ленинградская область

Все беременные с их согласия обследуются на ВИЧ трехкратно: при взятии на учет, в третьем триместре беременности и при поступлении в родильное отделение. В женских консультациях до- и послетестовое консультирование проводится участковым врачом акушером-гинекологом или доверенным врачом по ВИЧ.

Республика Татарстан

Беременные женщины подлежат обязательному медицинскому освидетельствованию на ВИЧ-инфекцию при взятии на учет в женской консультации, затем в 32 недели беременности и в родах, если с момента обследования прошло более 3 месяцев.

Приказом Минздрава Республики Татарстан от 27.06.2001г. №611 определено, что обследование беременных, имеющих полового партнера - ВИЧ-инфицированного или потребителя инъекционных наркотиков, проводят однократно во время 1-го и 2-го триместров и ежемесячно во время 3-го триместра с целью раннего выявления ВИЧ-инфекции и своевременного проведения перинатальной профилактики. Всем поступающим на роды необследованным на ВИЧ беременным или не имеющим обменных карт проводится обследование на ВИЧ экспресс-методами.

Калининградская область

Обследование на ВИЧ-инфекцию проводится трехкратно: при взятии на учет в женской консультации, в 32-34 недели и при поступлении на роды. Врач, назначающий обследование, обязательно проводит дотестовое консультирование.

Распределение тест-систем по медицинским учреждениям осуществляет областной Центр СПИДа. Экспресс-диагностика доступна только в рабочее время в родильном доме №4 г.Калининграда, куда направляются на роды все женщины, не обследованные на ВИЧ.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В ходе исследования было установлено, что качество проводимого до- и послетестового консультирования не всегда бывает достаточно высоким. Это связано с нехваткой обученных специалистов как в центрах СПИДа, так и в акушерско-гинекологических учреждениях. Высокая нагрузка на акушеров-гинекологов, ведущих прием в женских консультациях, не позволяет им уделять достаточно времени для качественного до- и послетестового консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции.

В обследованных территориях отмечен низкий охват экспресс-диагностикой беременных, поступающих на роды необследованными, что обусловлено недостаточной обеспеченностью акушерских стационаров экспресс тест-системами.

Для улучшения качества до- и послетестового консультирования и тестирования на ВИЧ всех беременных, поступающих на роды необследованными, необходимо:

- обеспечить все акушерские стационары экспресс тест-системами и провести обучение персонала методике обследования;
- повысить контроль на всех уровнях за проведением экспресс-диагностики и химиопрофилактики (по показаниям) у необследованных на ВИЧ беременных, поступающих на роды;
- обеспечить обучение врачей акушеров-гинекологов амбулаторной и стационарной сети, а также специалистов центров СПИДа по вопросам до- и послетестового консультирования.

3.2. УЧЕТ И НАБЛЮДЕНИЕ В ПЕРИОД БЕРЕМЕННОСТИ

После выявления у беременной ВИЧ-инфекции, женщина берется на учет в территориальный (муниципальный) Центр профилактики и борьбы со СПИДом. Одновременно она продолжает наблюдаться у врача акушера-гинеколога (в женской консультации по месту проживания, в специализированной женской консультации, в условиях специализированного приема, в Центре СПИДа - в зависимости от территориальных условий).

Для наблюдения за ВИЧ-инфицированной беременной женщиной, роженицей, родильницей и ребенком в различных лечебно-профилактических учреждениях используются те же утвержденные Минздравом России формы медицинской документации, что и для остальных беременных.

Однако в некоторых территориях используются дополнительные формы учета. Так, в Иркутской области ВИЧ-инфицированным беременным присваивается эпидемиологический номер Центра СПИДа. В Самарской и Московской областях проводится мониторинговый контроль. В Екатеринбурге ведется компьютерный учет ВИЧ-инфицированных беременных. В Санкт-Петербурге ведется журнал учета ВИЧ-инфицированных беременных, пришедших на прием к гинекологу Центра СПИДа (форма произвольная).

Сроки взятия на учет ВИЧ-инфицированных беременных в обследованных территориях, как и в целом в Российской Федерации, варьируют и зависят от времени обращения самих женщин в лечебно-профилактическое учреждение по поводу беременности.

По данным исследования, в Калининградской области в 2002г. на ранних сроках беременности (до 12 недель) встало на учет 30% ВИЧ-инфицированных беременных, на поздних сроках (свыше 12 недель) – 34%, не состояло на учете 36%. У 7% женщин, поступивших на роды необследованными, ВИЧ-инфекция выявлена во время родов.

В Челябинской области, где женские консультации, центры (кабинеты) планирования семьи и Центр СПИДа работают в тесной взаимосвязи между собой, ВИЧ-инфицированные женщины вставали на учет по беременности в сроке 12-16 недель в 36% случаев, после 28 недель – в 30%.

В Оренбургской области 38% ВИЧ-инфицированных беременных женщин встали на учет в сроке свыше 28 недель беременности.

Наиболее благополучная ситуация отмечена в Московской области, где, по данным областного Центра СПИДа, 67% ВИЧ-инфицированных женщин встали на учет в ранние сроки беременности.

Таблица 2

Сроки взятия на учет ВИЧ-инфицированных беременных женщин
в обследованных территориях в 2002г.

Территория	До 12 недель	Свыше 12-16 недель	Свыше 28-30 недель	Не состояли
Свердловская обл.	*	Около 30%		*
Московская обл.	67%	27%		6%
Самарская обл.	*	47%	10%	*
Иркутская обл. ¹	*	33%		18%
Челябинская обл.	36%		30%	*
Оренбургская обл.	*	35%	38%	*
Ленинградская обл.	*	66%	19%	*
Калининградская обл.	30%	34%		36%

¹-данные по Областному перинатальному центру г.Иркутска

* - нет сведений

Всех ВИЧ-инфицированных беременных женщин можно условно разделить на три группы:

- осознанно сохраняющих беременность. Как правило, диагноз «ВИЧ-инфекция» устанавливается у них до наступления беременности или на ранних сроках, они регулярно наблюдаются у врача акушера-гинеколога;
- обратившихся в лечебно-профилактическое учреждение по поводу беременности на поздних сроках беременности и/или нерегулярно наблюдающихся во время беременности;
- не состоящих на учете и не наблюдающихся во время беременности, в основном из числа социально дезадаптированного контингента.

Все территории испытывают трудности, связанные со взятием на учет и наблюдением в женских консультациях и центрах СПИДа социально дезадаптированных ВИЧ-инфицированных беременных. Такие женщины в большинстве своем не обследуются и не наблюдаются во время беременности, поэтому они не получают адекватную химиопрофилактику перинатальной ВИЧ-инфекции и часто отказываются от своих детей.

В небольших населенных пунктах женщины боятся обследоваться на ВИЧ-инфекцию в связи с возможным разглашением тайны диагноза. Нерешенной остается проблема стигматизации ВИЧ-инфицированных пациентов со стороны родных и друзей, работодателей, а также медицинского персонала лечебных учреждений, куда они обращаются за помощью. Боязнь предвзятого отношения со стороны медицинских работников иногда удерживает женщин от своевременного обращения в женскую консультацию по поводу беременности, а при подтверждении диагноза ВИЧ-инфекции - от обращения в Центр СПИДа и продолжения наблюдения в женской консультации.

В крупных территориях, к числу которых относятся почти все обследованные регионы, у ВИЧ-инфицированных беременных женщин, проживающих в отдаленных районах, не всегда есть возможность посещать областные центры СПИДа, в том числе и из-за финансовых затруднений.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Таким образом, практически все территории сталкиваются с такими трудностями, как:

- поздняя явка ВИЧ-инфицированных беременных для взятия на учет в женскую консультацию по беременности и в Центр СПИДа;
- нежелание получать социально дезадаптированными (в большинстве своем наркозависимыми) беременными женщинами родовую помощь – они не обращаются в женскую консультацию для взятия на учет по беременности и для наблюдения;
- опасение разглашения своего ВИЧ-положительного статуса беременными женщинами;
- предвзятое отношение, в том числе со стороны медицинских работников, к ВИЧ-инфицированным беременным и их новорожденным.

Возможные пути решения этих проблем:

- повышение профессиональных знаний медицинских работников по вопросам ВИЧ-инфекции;
- повышение качества до- и послетестового консультирования;
- преодоление предвзятого отношения части медицинских работников к ВИЧ-инфицированным;
- организация совместного патронажа социально уязвимых ВИЧ-инфицированных беременных женщин службами медицинской и социальной помощи;
- мобилизация общественных и благотворительных организаций на оказание материальной, социальной и психологической помощи ВИЧ-инфицированным беременным.

Для выявления и организации диспансерного наблюдения за социально дезадаптированными беременными ВИЧ-инфицированными женщинами (в большинстве своем активными потребительницами психоактивных веществ) следует использовать возможности программ снижения вреда, налаживать сотрудничество женских консультаций и центров СПИДа с наркологическими службами и общественными организациями, работающими в области профилактики наркозависимости и ВИЧ/СПИДа.

3.3. ДОРОДОВАЯ ПОМОЩЬ

Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным беременным женщинам оказывается амбулаторными и стационарными учреждениями акушерско-гинекологической службы и территориальными центрами СПИДа и осуществляется в порядке, установленном нормативными документами Минздрава России.

В соответствии с Приказом Минздрава России от 19.12.2003г. №606 «Об утверждении Инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение химиопрофилактики ВИЧ» наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно инфекционистом Центра СПИДа и акушером-гинекологом женской консультации или другого амбулаторно-поликлинического учреждения в зависимости от условий каждой административной территории.

На момент проведения исследования в семи из десяти обследованных территориях ВИЧ-инфицированная беременная женщина наблюдалась врачом акушером-гинекологом по месту жительства и консультировалась акушером-гинекологом Центра СПИДа. В структуре центров СПИДа трех областей (Ленинградская, Московская и Свердловская) не было должности акушера-гинеколога, и ВИЧ-инфицированные беременные женщины наблюдались только акушером-гинекологом по месту жительства.

В городе Санкт-Петербурге диспансерное наблюдение за беременными осуществляется в общем порядке с учетом рекомендаций специалистов городского Центра по профилактике и борьбе со СПИДом.

В Самарской области ВИЧ-инфицированная беременная женщина наблюдается в Центре СПИДа и женской консультации, врач которой за 10-14 дней до предполагаемого срока родов сообщает о пациентке заведующему родильным отделением, где планируются роды. При необходимости оказания специализированной медицинской помощи беременная может быть госпитализирована в любой стационар. Центр социальной помощи «Семья» оказывает ВИЧ-инфицированным беременным психологическую и социальную поддержку.

Организация наблюдения за ВИЧ-инфицированными беременными в ряде территорий имеет свои особенности.

СИТУАЦИЯ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Свердловская область, г.Екатеринбург

ВИЧ-инфицированная беременная консультируется в Центре СПИДа, где берется на учет и в дальнейшем наблюдается один раз в три месяца. Осуществляется консультация психолога. Женщинам предлагается посещать действующую при Центре СПИДа «Школу для ВИЧ-инфицированных пациентов». В программу занятий школы включен раздел «Я планирую свою жизнь», посвященный вопросам планирования семьи, особенностям течения беременности, профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. При школе работает телефон доверия.

Иркутская область.

Все беременные с ВИЧ-инфекцией состоят на учете в женской консультации по месту жительства. При наличии тяжелой экстрагенитальной патологии и ВИЧ в стадии СПИДа беременные наблюдаются и родоразрешаются в ведущем родовспомогательном учреждении области - областном перинатальном центре.

Оренбургская область

ВИЧ-инфицированная беременная наблюдается в установленном порядке: в городах – в женской консультации по месту жительства, в сельской местности – на фельдшерско-акушерских пунктах (ФАПах) и в центральных районных больницах (ЦРБ). Для госпитализации ВИЧ-инфицированных беременных с осложненным течением беременности при сроке свыше 26 недель и их родоразрешения в области выделены два родильных дома - в г.Оренбурге и в г.Орске.

Кроме того, они наблюдаются в центрах СПИДа по зональному принципу (в области открыто три центра СПИДа - в Оренбурге, Орске, Шарлык).

Челябинская область

В Челябинской области функционируют два центра СПИДа (в Челябинске и Магнитогорске). Организованы городские (районные) кабинеты по профилактике и борьбе со СПИДом при городских и центральных районных больницах, в которых выделены «доверенные врачи по ВИЧ».

В городах Челябинске и Магнитогорске диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных беременных осуществляется врачами женских консультаций по месту жительства с проведением консультаций у акушера-гинеколога Центра СПИДа. В районах, удаленных от городов Челябинска и Магнитогорска, ВИЧ-инфицированные беременные наблюдаются у акушера-гинеколога по месту жительства и у доверенных врачей по ВИЧ.

Ленинградская область

Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных беременных проводится по месту жительства врачами акушерами-гинекологами и врачами-инфекционистами кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ).

Ленинградский областной Центр СПИДа, расположенный на базе Республиканской клинической инфекционной больницы (РКИБ), оказывает ВИЧ-инфицированным беременным консультативно-диагностическую (до- и послетестовое консультирование, определение ВИЧ-статуса, рекомендации по вопросам планирования семьи и методам контрацепции) и лечебно-профилактическую (проведение химиопрофилактики и антиретровирусной терапии) помощь. В штате Центра СПИДа есть 2 врача-инфекциониста, которые осуществляют наблюдение за ВИЧ-инфицированными беременными. Акушера-гинеколога и педиатра в Центре СПИДа нет.

Калининградская область

ВИЧ-инфицированные беременные наблюдаются врачами акушерами-гинекологами как в женской консультации по месту жительства, так и в областном Центре СПИДа. Учитывая небольшую территорию области и немногочисленность населения, специалисты Центра имеют возможность при необходимости выезжать в любой район, а пациенты – приезжать в Центр.

На базе одной из женских консультаций г.Калининграда создана женская амбулатория «Маленький мир», где при желании может наблюдаться ВИЧ-инфицированная женщина из любой территории области, осуществляется консультация психолога. С женщинами проводится работа по планированию семьи, подготовке к родам, укреплению привязанности матери к будущему ребенку. Амбулатория работает в тесной связи с областным Центром СПИДа.

Кроме того, в городе Калининграде работает «Уличная клиника», где оказывается помощь всем обратившимся женщинам, в том числе ВИЧ-инфицированным, не имеющим паспорта, регистрации по месту жительства или медицинского полиса.

Республика Татарстан

Практически повсеместно налажено взаимодействие между Центром СПИДа и доверенным врачом женской консультации, что позволяет осуществлять обмен информацией и мониторинг ВИЧ-инфицированных беременных.

В Минздрав Республики Татарстан еженедельно подается оперативная информация о числе ВИЧ-инфицированных беременных, родах, о проведенной перинатальной химиопрофилактике, о новорожденных, об осуществляемом диспансерном наблюдении за детьми с перинатальным ВИЧ-контактом. Проводится планомерная работа по охране репродуктивного здоровья женщин, в том числе из числа социально дезадаптированных. В городе Казани всем женщинам с наркозависимостью и коммерческим секс-работницам, даже не имеющим регистрации по месту жительства и медицинских полисов, при их желании осуществляется искусственное прерывание беременности на бюджетной основе (бесплатно). Это позволяет значительно сократить число нежеланных беременностей и, соответственно, «отказных» детей.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

В обследованных территориях при оказании дородовой помощи ВИЧ-инфицированным беременным отмечается следующее:

- сложности с организацией консультирования ВИЧ-инфицированных беременных из отдаленных районов врачами-инфекционистами Центра СПИДа для назначения химиопрофилактики и контроля за ее проведением;
- затруднения, в том числе финансового характера, возникающие у беременных женщин при необходимости приезда в областной Центр СПИДа для обследования и консультации. Многие центры СПИДа, в свою очередь, не всегда могут организовать выезды специалистов в районы области;
- сложности с наблюдением и госпитализацией беременных женщин, проживающих в отдаленных районах, с манифестными стадиями ВИЧ-инфекции, тяжелой экстрагенитальной патологией, отягощенным акушерско-гинекологическим анамнезом;
- неукомплектованность ряда центров СПИДа врачами акушерами-гинекологами.

Для улучшения качества дородовой помощи необходимо:

- обучение и переподготовка специалистов в районных лечебно-профилактических учреждениях по вопросам ВИЧ/СПИДа;
- проведение систематической работы по профилактике социального сиротства детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, на всех этапах дородового наблюдения в женских консультациях, в центрах СПИДа, с привлечением специалистов таких
- социальных служб, как центры помощи семье и детям, общественных организаций; доукрепление всех территориальных центров СПИДа и их филиалов врачами акушерами-гинекологами для обеспечения консультативного наблюдения за ВИЧ-инфицированными беременными совместно с врачами женских консультаций.

3.4. ХИМИОПРОФИЛАКТИКА ПЕРЕДАЧИ ВИЧ ОТ МАТЕРИ К РЕБЕНКУ

Эффективность химиопрофилактики передачи ВИЧ от матери ребенку зависит от многих факторов, в том числе и от ее своевременного начала и качественного проведения.

Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку проводится в тех случаях, когда ВИЧ-инфекция выявлена у женщины во время беременности или при поступлении ее на роды.

Химиопрофилактика *во время беременности* назначается при сроке беременности не менее 14 недель, а если ВИЧ-инфекция была выявлена на более поздних сроках — начиная с момента установления диагноза ВИЧ-инфекции, даже если до родов осталось несколько дней.

Химиопрофилактика *во время родов* назначается независимо от того, получала или не получала ВИЧ-инфицированная беременная химиопрофилактику во время беременности.

Химиопрофилактика ВИЧ-инфекции *новорожденному* назначается независимо от того, проводилась или нет химиопрофилактика матери во время беременности и родов.

Полнота проведения химиопрофилактики зависит от времени диагностики ВИЧ-инфицирования беременной. Так, если ВИЧ-инфекция выявлена в период беременности, проводится трехэтапная

профилактика (женщине во время беременности и в родах, новорожденному). Если диагноз установлен в родах, проводится двухэтапная профилактика (женщине в родах и новорожденному), а если после родов – только новорожденному.

В настоящее время для химиопрофилактики используются следующие препараты, разрешенные к применению Минздравом России: азидотимидин (АЗТ) (торговое название – ретровир, тимазид), невирапин (торговое название – вирамун), фосфазид (Ф-АЗТ) (торговое название – никавир).

В рамках реализации федеральных целевых программ, направленных на профилактику и борьбу с ВИЧ/СПИДом, Минздравом России осуществлялась централизованная закупка препаратов для химиопрофилактики, которые затем поставлялись в субъекты РФ в соответствии с заявками территориальных центров СПИДа. В дальнейшем центры СПИДа выдавали эти препараты ВИЧ-инфицированным беременным женщинам бесплатно.

В настоящее время в связи с разграничением полномочий между федеральными органами управления и органами управления субъектов Российской Федерации закупка препаратов производится из средств территориальных и местных бюджетов. ВИЧ-инфицированным беременным женщинам препараты для химиопрофилактики по-прежнему выдаются бесплатно.

Из-за отсутствия до недавнего времени единых закрепленных приказом Минздрава России схем химиопрофилактики перинатальной ВИЧ-инфекции, а также недостаточной обеспеченности центров СПИДа препаратами, в субъектах Российской Федерации применялись различные схемы, утвержденные приказами территориальных органов управления здравоохранением. Все применяемые схемы базировались на рекомендациях ВОЗ (протокол 076) и методических рекомендациях российских специалистов.

На момент проведения исследования (апрель-ноябрь 2003г.) трехэтапная химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку осуществлялась в Московской, Самарской, Иркутской, Оренбургской, Челябинской, Ленинградской, Калининградской областях, в Республике Татарстан и в городах Екатеринбурге и Санкт-Петербурге.

В Свердловской области за период с 2001г. по март 2003г. большинство ВИЧ-инфицированных женщин (73,4%) получили химиопрофилактику в родах, а во время беременности - только 2,1%. В Самарской области за этот же период времени химиопрофилактика во время беременности проведена в 35,4% случаев.

Таблица 3

Диспансерное наблюдение и проведение химиопрофилактики у ВИЧ-инфицированных беременных женщин и их детей в обследованных территориях на 30 марта 2003 года.

Территория	Число родов	ВИЧ-инфекция выявлена во время или после родов		Не состояли на учете по беременности		Получившие химиопрофилактику		
		(абс.ч.)	% от родивш.	(абс.ч.)	% от родивш.	Во период беременности (абс. – %)	В родах (абс. – %)	Новорожденному (абс. – %)
Свердловская обл.	608	54	8,9%	77	12,7%	13-2,1%	446-73,4%	н/д
Екатеринбург	479	н/д***	н/д	н/д	н/д	16-3,3%	335-69,9%	н/д
Московская обл.	535	н/д	н/д	66	12,3%	341-63,7%	383-71,6%	н/д
Санкт-Петербург	750	н/д	н/д	н/д	н/д	534-71,2%	439-58,5%	н/д
Самара	646	н/д	н/д	123	19,0%	229-35,4%	413-63,9%	н/д
Иркутская обл.	687	214	31,1%	181	26,9%	240-35,7%	288-42,9%	245-27,4%
Оренбургская обл.	246	15	6,1%	60	24,4%	104-42,3%	52-21,1%	214-52,8%
Челябинская обл.	344	67	19,5%	67	19,6%	115-33,6%	149-43,6%	66-30,1%**
Ленинградская обл.	267	н/д	н/д	28	10,5%	172-64,4%	203-76,0%	202-79,5%
Калининградская обл.	225	н/д	н/д	94	42,2%	115-51,6%	102-45,7%	123-74,5%

* - данные за период 2001-2003 годы включительно ** - данные только по г.Челябинску *** - нет данных

В последние годы (2001-2002гг.) в обследованных территориях доля женщин, получавших химиопрофилактику во время беременности, не увеличилась и оставалась на уровне 40% (рисунок 19). Наметилась тенденция к увеличению доли женщин, получавших химиопрофилактику в родах. Однако около 40% ВИЧ-инфицированных беременных не получали химиопрофилактику в родах.

Рисунок 19

Дородовое наблюдение и проведение перинатальной химиопрофилактики у ВИЧ-инфицированных беременных женщин в обследованных территориях (1996г. - март 2003г.)



СИТУАЦИЯ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Свердловская область, г.Екатеринбург

В Свердловской области и в г.Екатеринбурге ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, состоящим на учете, трехэтапная химиопрофилактика назначается с 28-32 недель беременности. Из-за отсутствия экспресс тест-систем в акушерских стационарах не обследованные на ВИЧ во время беременности роженицы не имеют возможности обследоваться на ВИЧ в родах.

г.Санкт-Петербург

ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, состоящим на учете, трехэтапная химиопрофилактика назначается с 14 недель беременности. Беременные женщины получают препараты по решению комиссии Центра СПИДа. При принятии решения комиссия учитывает фактор приверженности беременной терапии.

До марта 2004г. препараты для химиопрофилактики из Центра СПИДа получали только 3 родовспомогательных учреждения, выделенные для приема родов у ВИЧ-инфицированных и необследованных женщин. С марта 2004г. начато обеспечение всех родильных домов города экспресс тест-системами и препаратами для профилактики ВИЧ-инфекции в родах.

Самарская область

Центр СПИДа выдаёт препараты для перинатальной профилактики беременным женщинам на руки и снабжает ими родильные дома. При раннем выявлении ВИЧ-инфекции у беременных и своевременном взятии их на учет химиопрофилактика проводится с 14 недель.

Иркутская область

В связи с большим числом родов у ВИЧ-инфицированных женщин и недостатком препаратов перинатальная химиопрофилактика на бюджетной основе (бесплатно) проводится с 28-32 недель беременности, даже в случаях раннего выявления ВИЧ (до 14 недель). При желании и возможности ВИЧ-инфицированные беременные могут начать химиопрофилактику с 14-й недели.

По клиническим и эпидемиологическим показаниям проводится химиопрофилактика в родах даже в случаях, когда ВИЧ-статус роженицы не известен.

Челябинская область

В областном центре и других городах области при раннем выявлении ВИЧ-инфекции у беременных и своевременном взятии их на учет химиопрофилактика проводится с 14 недель. Во всех акушерских стационарах городов Челябинска и Магнитогорска имеется запас препаратов для проведения химиопрофилактики в родах и новорожденному.

Оренбургская область

Перинатальная химиопрофилактика проводится дифференцированно в зависимости от сроков

выявления ВИЧ-инфекции у женщины: при раннем выявлении – с 26 недель беременности, при позднем – с момента выявления. Беременные женщины, наблюдающиеся в Центре СПИДа, получают там на руки препараты для проведения химиопрофилактики на все три этапа. Если ВИЧ-инфицированная женщина поступает на роды без препаратов, в акушерских стационарах Оренбурга, Орска и Новотроицка используется имеющийся запас. Однако в родильных отделениях центральных районных больниц препараты для проведения химиопрофилактики отсутствуют.

Ленинградская область

Препараты для проведения химиопрофилактики на всех трех этапах выдаются беременным женщинам на руки в областном Центре СПИДа. Для экстренной профилактики все акушерские стационары Ленинградской области имеют запас препаратов.

Калининградская область

Химиопрофилактика начинается с 14 недель беременности или сразу после выявления ВИЧ-инфекции у беременной женщины. Препараты для проведения химиопрофилактики на всех трех этапах выдаются беременным женщинам на руки в областном Центре СПИДа.

Возможность проведения экспресс-диагностики и химиопрофилактики имеется только в родильном доме №4 г.Калининграда, куда госпитализируются для родоразрешения беременные с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции и необследованные беременные женщины. При поступлении таких женщин в другие акушерские стационары области возможность проведения экстренной профилактики в родах отсутствует.

Республика Татарстан

Химиопрофилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку начинается с 14 недель беременности. Полной трехэтапной профилактикой охвачено 70% из числа всех родивших ВИЧ-инфицированных женщин. Это объясняется, с одной стороны, жесткими требованиями Минздрава Татарстана к соблюдению медперсоналом учреждений родовспоможения и Центра СПИДа установленных алгоритмов профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, а с другой стороны, широким вовлечением в эпидемический процесс социально адаптированных лиц.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Относительно невысокий уровень охвата ВИЧ-инфицированных беременных перинатальной профилактикой в обследованных территориях объясняется несколькими причинами:

- недостаточным обеспечением акушерских стационаров общего типа экспресс тест-системами и препаратами для проведения химиопрофилактики в родах и новорожденному; в ряде регионов экспресс тест-системами и препаратами обеспечиваются только специализированные акушерские стационары;
- большой долей асоциального контингента среди ВИЧ-инфицированных беременных, которые вообще не наблюдаются в период беременности и поступают на роды не обследованными на ВИЧ-инфекцию (более 20% в целом в Российской Федерации в 2003г.);
- сокрытием частью ВИЧ-инфицированных беременных своего статуса из-за опасения предвзятого отношения к себе и своему новорожденному со стороны медперсонала учреждений родовспоможения, а также из-за боязни разглашения диагноза.

Учитывая постоянный значительный рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин и вероятность их поступления на роды в акушерский стационар общего типа (обычный), необходимо во всех территориях решить вопрос обеспечения *всех без исключения акушерских стационаров экспресс тест-системами и препаратами для химиопрофилактики в родах и новорожденному.*

Также необходимо:

- усиление взаимодействия службы родовспоможения и центров СПИДа с целью оказания непрерывной и качественной медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам;
- обучение акушеров-гинекологов всех акушерских стационаров особенностям ведения родов и послеродового периода у ВИЧ-инфицированных женщин, а также проведению химиопрофилактики в родах; обучение неонатологов всех акушерских стационаров проведению химиопрофилактики новорожденному и особенностям течения периода новорожденности;
- организация совместного патронажа социально уязвимых ВИЧ-инфицированных беременных женщин работниками служб социальной помощи населению и учреждений здравоохранения с целью обеспечения дородового наблюдения и проведения перинатальной химиопрофилактики во время беременности.

3.5. РОДОВСПОМОЖЕНИЕ

Прием родов у ВИЧ-инфицированных беременных в крупных городах осуществляется в специализированном родильном отделении. При его отсутствии беременные направляются в акушерский стационар общего типа, прием родов производится в наблюдательном отделении в специально выделенной палате, где родильница с ребенком находится до выписки. Неисследованная беременная женщина и беременная, поступившая на роды без медицинской документации, также поступает на роды в наблюдательное отделение акушерского стационара общего типа. Данный порядок родовспоможения у ВИЧ-инфицированных женщин определен приказом Минздрава России от 26.11.1997г. №345 «О совершенствовании мероприятий по профилактике внутрибольничных инфекций в акушерских стационарах».

В соответствии с вышеуказанным приказом, в субъектах Российской Федерации и в крупных городах для организации родовспоможения ВИЧ-инфицированным беременным выделялись акушерские стационары. Рост числа родов у ВИЧ-инфицированных женщин в России сопровождался ростом числа таких специализированных родильных отделений.

Как показала практика, ВИЧ-инфицированная женщина может поступить на роды в любой акушерский стационар общего типа. Поэтому каждое учреждение родовспоможения должно быть готово к приему родов у ВИЧ-инфицированных женщин.

При поступлении на роды неисследованной беременной женщины медицинский персонал должен вести роды у нее, как у потенциально ВИЧ-инфицированной.

В большинстве обследованных регионов ВИЧ-инфицированная женщина направляется на роды в наблюдательный родильный дом. Как правило, эти акушерские стационары определены приказами территориальных органов управления здравоохранением и являются специализированными для приема родов у ВИЧ-инфицированных беременных.

Хорошо осознавая то, что ВИЧ-инфицированная женщина может поступить на роды в любой акушерский стационар общего типа, центры СПИДа во всех обследованных территориях совместно с акушерско-гинекологическими службами проводят подготовку медицинского персонала родовспомогательных учреждений по вопросам ВИЧ-инфекции.

Таблица 4

Родовспомогательные учреждения, оказывающие помощь ВИЧ-инфицированным женщинам в обследованных территориях (абс.число)

Территория	Наблюдательные / специализированные акушерские стационары	Наблюдательное отделение акушерского стационара общего типа
Свердловская область	-	все
г.Екатеринбург	1	все
Московская область	Большинство ВИЧ-инфицированных беременных поступает на роды «самотеком» в родильное отделение клинической инфекционной больницы №2 г.Москвы	все
г.Санкт-Петербург	3	все
Самарская область	1	все
Иркутская область	1	все
Оренбургская область	2	все
Челябинская область	7	все
Ленинградская область	Роды у ВИЧ-инфицированных беременных проводятся в городской инфекционной больнице №30 г.Санкт-Петербурга	все
Калининградская область	1	все
Республика Татарстан	1	все

В Республике Татарстан, Свердловской и Московской областях роды у ВИЧ-инфицированных беременных женщин принимают в подавляющем большинстве случаев в акушерских стационарах общего типа в условиях наблюдательных отделений, а в Оренбургской, Калининградской, Челябинской, Ленинградской областях и г.Екатеринбурге обследованные ВИЧ-инфицированные беременные направляются на роды в специализированные акушерские стационары. В Самарской и Иркутской областях женщины с ВИЧ-инфекцией рожают в акушерских стационарах по месту жительства, а при наличии клинических проявлений ВИЧ/СПИДа или тяжелой экстрагенитальной патологии – в акушерских стационарах высокой степени риска.

СИТУАЦИЯ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Свердловская область и г.Екатеринбург

Роды у ВИЧ-инфицированных беременных – жительниц Свердловской области проводятся в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа, а у проживающих в г.Екатеринбурге – в специализированном родильном отделении при городской клинической больнице №40.

Практически все акушерские стационары Свердловской области имеют палаты для ВИЧ-инфицированных беременных и обученный персонал.

Московская область

Большинство ВИЧ-инфицированных беременных женщин самостоятельно («самотеком») поступает на роды в родильное отделение клинической инфекционной больницы №2 г.Москвы; остальные рожают в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа.

Практически все акушерские стационары Московской области имеют средства индивидуальной защиты на случай приема родов у ВИЧ-инфицированной женщины и обученный персонал.

г.Санкт-Петербург

ВИЧ-инфицированные беременные, состоящие на учете в Центре СПИДа и наблюдавшиеся в женской консультации, направляются для родоразрешения в клиническую городскую инфекционную больницу №30 им.С.П.Боткина, где создано специализированное отделение для ВИЧ-инфицированных рожениц. Беременные женщины, не обследованные на ВИЧ и/или не состоявшие на учете в период беременности, родоразрешаются в наблюдательных родильных домах №15 и №16. Кроме того, все акушерские стационары города обеспечены медикаментами для проведения химиопрофилактики в родах, имеют обученный персонал.

Самарская область

Роды у ВИЧ-инфицированных беременных проводятся в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа, а у беременных с клиническими проявлениями ВИЧ-инфекции – в родильном доме №4 г.Самары.

Иркутская область

ВИЧ-инфицированные беременные рожают в акушерских стационарах общего типа по месту жительства, а при наличии клинических проявлений ВИЧ/СПИДа или тяжелой экстрагенитальной патологии – в областном перинатальном центре, являющимся акушерским стационаром высокой степени риска.

Практически во всех акушерских стационарах области выделены боксы/палаты для приема родов и оказания акушерско-гинекологической помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, имеется обученный медицинский персонал.

Челябинская область

ВИЧ-инфицированные беременные, проживающие в г.Челябинске и в г.Магнитогорске, госпитализируются на роды в плановом порядке (дородовая госпитализация) в родильные дома, выделенные для приема родов у этого контингента беременных; но роды у ВИЧ-инфицированных зарегистрированы практически во всех акушерских стационарах.

В остальных территориях области ВИЧ-инфицированные беременные рожают в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа, а при осложненном течении беременности направляются на роды в областной родильный дом и в родильное отделение клиники Челябинской государственной медицинской академии – акушерские стационары высокой степени риска.

Ленинградская область

Родовспоможение у ВИЧ-инфицированных беременных, состоявших на учете в областном Центре СПИДа, осуществляется в специализированном родильном отделении клинической городской инфекционной больницы №30 им.С.П.Боткина в Санкт-Петербурге. Необследованные беременные рожают в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа по месту жительства.

Оренбургская область

Оказание стационарной медицинской помощи в период беременности и в родах ВИЧ-инфицированным беременным осуществляется в двух специализированных родильных домах (по одному в г.Оренбурге и г.Орске), за которыми закреплены все территории области.

При приеме родов у ВИЧ-инфицированных беременных в акушерских стационарах общего типа возникал ряд сложностей, связанных с отсутствием экспресс тест-систем, нехваткой препаратов для проведения химиопрофилактики и средств индивидуальной защиты персонала.

Калининградская область

Для оказания стационарной акушерской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам Калининградской области выделен специализированный родильный дом №4, в который поступают на роды и необследованные беременные.

ВИЧ-инфицированные беременные госпитализируются в этот родильный дом в сроке 30-32 недели беременности для проведения обследования и мероприятий по пренатальной охране плода; кроме того, они в плановом порядке госпитализируются на роды.

В остальных городах и районах области необследованные беременные женщины поступают на роды в наблюдательные отделения акушерских стационаров общего типа, в которых есть обученный персонал и средства индивидуальной защиты для персонала. Однако экспресс-диагностика и, при показаниях, химиопрофилактика не проводятся из-за отсутствия экспресс тест-систем и препаратов.

Республика Татарстан

Роды у ВИЧ-инфицированных женщин проводятся в наблюдательных отделениях акушерских стационаров общего типа и в родильном отделении городской больницы №4 города Казани. В эти же отделения поступают необследованные беременные женщины, а также женщины без медицинской документации (обменных карт). Всем поступившим на роды необследованным женщинам проводится диагностика ВИЧ-инфекции экспресс-методом.

В республике ведется мониторинг случаев родов у ВИЧ-инфицированных, информация подается в течение суток после родов в Центр СПИДа и в дальнейшем в Минздрав Республики Татарстан, что позволяет принимать оперативные решения.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

При оказании стационарной акушерской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам в обследованных территориях отмечалось следующее:

- не во всех акушерских стационарах имелись экспресс тест-системы для диагностики ВИЧ-инфекции, из-за чего часть не обследованных до родов беременных не тестировалась на ВИЧ-инфекцию при поступлении на роды и, следовательно, не получала химиопрофилактику (при показаниях);
- не во всех акушерских стационарах имелся запас препаратов для экстренной химиопрофилактики;
- недостаток средств индивидуальной защиты медперсонала, разового инструментария и белья;
- недостаточная подготовка по вопросам ВИЧ-инфекции врачей акушеров-гинекологов и неонатологов (педиатров) акушерских стационаров, особенно в сельских районах;
- предвзятое, подчас негативное отношение медперсонала акушерских стационаров к ВИЧ-инфицированным беременным и роженицам, что сами медработники объясняют;
- принадлежностью части ВИЧ-инфицированных рожениц к группе активных потребителей психоактивных веществ;
- недостатком средств индивидуальной защиты для медперсонала и недостаточными социальными гарантиями на случай профессионального инфицирования;
- сокрытием частью ВИЧ-инфицированных женщин своего ВИЧ-статуса.

Так как ВИЧ-инфицированная беременная и беременная, поступающая на роды необследованной (то есть потенциально ВИЧ-инфицированная), может поступить на роды в **любой акушерский стационар общего типа**, каждый из них должен быть готов к приему родов у **ВИЧ-инфицированных женщин и иметь**

- тесты для экспресс -диагностики ВИЧ-инфекции,
- препараты для проведения химиопрофилактики,
- средства индивидуальной защиты персонала,
- персонал должен быть обучен алгоритму действий при возникновении аварийной ситуации в родах.

3.6. НАБЛЮДЕНИЕ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННОЙ ЖЕНЩИНЫ ПОСЛЕ РОДОВ

Роды у ВИЧ-инфицированной женщины отнесены к осложненным в связи с тем, что беременность и роды у нее протекают на фоне сниженного иммунитета. Поэтому, в соответствии с инструкцией Минздрава России о порядке предоставления послеродового отпуска при осложненных родах, послеродовой отпуск у ВИЧ-инфицированной женщины вне зависимости от течения родов продлевается на 16 календарных дней, а его общая продолжительность составляет 86 календарных дней.

Наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин после родов осуществляется врачами акушерами-гинекологами по месту жительства так же, как и всех родивших, в порядке, определенном Минздравом России. Кроме того, они дополнительно наблюдаются специалистами центров СПИДа.

Послеродовое наблюдение включает:

- патронаж ВИЧ-инфицированной родильницы на дому врачом акушером-гинекологом;
- консультирование по вопросу планирования семьи и, при желании женщины, проведение послеродовой контрацепции на бюджетной основе (бесплатно);
- оказание психологической поддержки и социальной помощи, в том числе и с целью предотвращения отказа матери от ребенка.

Наблюдение женщины после родов во всех обследованных территориях осуществляется совместно врачами акушерами-гинекологами женских консультаций по месту жительства и специалистами центров СПИДа (за исключением тех случаев, когда женщина не может посещать Центр СПИДа из-за большой удаленности ее места проживания от Центра СПИДа).

В Свердловской, Московской, Самарской областях послеродовое наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин осуществляется специалистами центров СПИДа в течение двух месяцев. В Ленинградской области женщина наблюдается в областном Центре СПИДа в течение 18 месяцев после родов с регулярностью один раз в квартал. В Санкт-Петербурге через два месяца после родов женщина госпитализируется в стационар Центра СПИДа для углубленного обследования и уточнения тактики дальнейшего ведения и необходимости назначения ей противоретровирусной терапии.

Как и в стране в целом, в обследованных территориях противоретровирусную терапию после родов (при показаниях) получает лишь часть нуждающихся женщин, что связано с невозможностью обеспечить всех нуждающихся противоретровирусными препаратами за счет бюджетных средств (бесплатно) из-за их высокой стоимости.

СИТУАЦИЯ В ОБСЛЕДОВАННЫХ ТЕРРИТОРИЯХ

Челябинская область

В городах Челябинске и Магнитогорске наблюдение ВИЧ-инфицированных женщин после родов осуществляется врачами акушерами-гинекологами и инфекционистами центров СПИДа. В других территориях – акушерами-гинекологами женских консультаций по месту жительства.

В г.Челябинске послеродовой патронаж ВИЧ-инфицированных женщин осуществляется врачом акушером-гинекологом женской консультации практически во всех случаях, а их диспансерное наблюдение после родов осуществляется в течение года.

Оренбургская область

В г.Оренбурге ВИЧ-инфицированная мать и ее новорожденный ребенок осматриваются непосредственно в акушерском стационаре инфекционистом и педиатром Центра СПИД.

После выписки из родильного дома послеродовой патронаж ВИЧ-инфицированной женщины проводится в обязательном порядке врачом акушером-гинекологом женской консультации в течение первых 7 суток. Затем осмотр проводится через 1,5-2 месяца.

Калининградская область

Наблюдение ВИЧ-инфицированной женщины после родов осуществляется совместно доверенными врачами женских консультаций (акушерами-гинекологами) по месту жительства и специалистами (инфекционистом и акушером-гинекологом) Центра СПИДа. Доверенные врачи обеспечивают явку родильницы и ее новорожденного в Центр СПИДа через месяц после родов.

ВЫВОДЫ И ПРЕДЛОЖЕНИЯ

Основными **проблемами**, с которыми сталкивались обследованные территории при осуществлении послеродового наблюдения ВИЧ-инфицированных женщин, являлись:

- нежелание самой женщины наблюдаться у специалистов центров СПИДа и в женских консультациях (например, в г.Екатеринбурге несвоевременная явка ВИЧ-инфицированных женщин после родов в Центр СПИДа отмечена в 30% случаев);
- отсутствие возможности у женщины посещать Центр СПИДа из-за большой удаленности Центра СПИДа от ее места проживания;
- недоукомплектованность некоторых центров СПИДа психологами и социальными работниками для психолого-социального сопровождения ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и после родов.

Для улучшения качества наблюдения за ВИЧ-инфицированными женщинами после родов необходимо:

- в приоритетном порядке обеспечивать ВИЧ-инфицированных женщин после родов препаратами для проведения противоретровирусной терапии, учитывая, что беременность и роды являются дополнительной нагрузкой на организм ВИЧ-инфицированной женщины. Сохранение здоровья и продление жизни ВИЧ-инфицированной матери позволит ребенку как можно дольше жить в семье под родительской опекой;
- обеспечить женщинам после родов, проживающим в отдаленных от центра СПИДа районах, возможность посещения центра СПИДа для плановых осмотров ее и новорожденного ребенка;
- обеспечить ВИЧ-инфицированных женщин по их желанию послеродовой контрацепцией на бюджетной основе (бесплатно);
- улучшить психолого-социальное сопровождение ВИЧ-инфицированных женщин в период беременности и после родов сотрудниками центров СПИДа.