

Гордон Е.О., Подымова А.С., Кадыров Д.А.

Анализ причин перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области и пути совершенствования профилактики

Государственное бюджетное учреждение здравоохранения Свердловской области «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД», г. Екатеринбург

Gordon E.O., Podymova A.S., Kadyrov D.A.

Analysis of causes of the perinatal transmission of HIV-infection in the Sverdlovsk region and the ways of prevention development

Резюме

С целью выявления основных причин инфицирования детей ВИЧ проанализированы 570 историй болезни ВИЧ-инфицированных детей и результаты эпидемиологических расследований. Выделены основные проблемы на примере Свердловской области и разработан комплекс мероприятий, направленных на снижение передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку,

Ключевые слова: ВИЧ-инфекция, перинатальная передача, профилактика половых партнёры беременных женщин

Summary

In order to identify the main causes of HIV infections among children 570 records HIV-infected children were studied and analyzed the results of epidemiological investigations on each case of HIV-infection in a child. As result of research was developed by a set of measures aimed at reducing the transmission of HIV from mother to child, was identified the main problems on the example of the Sverdlovsk region and possible ways of solutions.

Key words: HIV infection, perinatal transmission, prevention, sexual partners of pregnant women

Введение

Свердловская область относится к наиболее пораженным ВИЧ-инфекцией субъектам Российской Федерации. На 31.12.2015 года показатель поражённости превысил средний российский в 3 раза, составив 1600,0 на 100 тысяч населения. В развитии эпидемического процесса при ВИЧ-инфекции особая значимость принадлежит вовлечению женщин и реализации вертикального пути передачи вируса от матери ребёнку. В Свердловской области с 2002 года доля ВИЧ-инфицированных среди беременных женщин превышает 1%, что по критериям ВОЗ соответствует генерализованной стадии эпидемии. За последние пять лет данный показатель составил $1,78 \pm 0,13\%$, что в 2,4 раза выше, чем по России ($0,75\%$).

С 2008 года Свердловская область занимает первое место среди регионов России по абсолютному числу детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных женщин. Заражение ребенка от ВИЧ-инфицированной матери возможно во время беременности, во время родов и при грудном вскармливании [1]. Применение антиретровирусной терапии (АРВТ) во время беременности и родов, а также новорожденному позволяет снизить частоту передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку до 1-2% [2].

Цель - разработка комплекса мероприятий, направленных на снижение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребёнку, на основе анализа причин перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области.

Материалы и методы

Ретроспективный медико-статистический анализ результатов эпидемиологических расследований и историй болезни 570 ВИЧ-инфицированных детей, выявленных в Свердловской области за период с 2008 по 2015 гг.

Результаты и обсуждение

Абсолютное число детей, рождённых от ВИЧ-инфицированных матерей, за исследуемый период увеличилось в 1,6 раза (с 927 в 2008 году до 1444 в 2015 году). Между тем, не наблюдается роста показателей инфицирования детей из перинатального контакта (таблица 1).

В целях организации перинатальной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку (ППМР) приказом Министерства здравоохранения Свердловской области № 1383-п от 28.11.2012г. «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области»

Таблица 1. Показатели инфицирования ВИЧ детей из перинатального контакта ВИЧ по Свердловской области за 2008-2015 гг.

Год рождения детей	Число детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, абс.	% инфицирования
2008	927	3,8
2009	987	3,9
2010	1 054	3,7
2011	1 113	3,4
2012	1 229	3,5
2013	1 397	3,6
2014	1 558	3,4
2015	1 444	3,1

Таблица 2. Показатели качества проведения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в Свердловской области за 2013-2015 гг., %

Годы	Доля женщин, получивших химиопрофилактику в период беременности	Доля женщин, получивших химиопрофилактику в родах	Доля новорожденных, получивших химиопрофилактику
2013	88,3	92,4	99,2
2014	86,2	91,8	99,3
2015	88,0	92,2	98,8
В среднем	87,5± 2,1	92,1± 0,6	99,1± 0,5

были определены показатели, характеризующие критерии качества проведения ППМР, основными из которых являются доля ВИЧ-инфицированных женщин, получивших химиопрофилактику (ХП) в период беременности и в родах, а также доля новорожденных, получивших химиопрофилактику. Указанные выше показатели за период 2013-2015 гг. составили, соответственно, 87,5%± 2,1%, 92,13%± 0,6% и 99,1%± 0,5% (табл. 2).

За все годы наблюдения эпидемии ВИЧ-инфекции в Свердловской области (с 1998 г.) подтверждено 892 случая ВИЧ-инфекции у детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей. За период с 2008 по 2015 гг. диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден 570 детям, то есть 63,9% от общего числа ВИЧ-инфицированных детей из перинатального контакта.

Проведенный нами ретроспективный анализ позволил выделить 10 основных групп причин инфицирования детей (таблица 3).

Установленные причины инфицирования детей нами подвергнуты углубленному анализу, на основе ко-

торого в регионе разработан комплекс мероприятий, медико-профилактических технологий, направленных на снижение передачи ВИЧ-инфекции от матери к ребенку.

Как видно из таблицы 3, по итогам за период 2008-2015 гг. 363 ребенка (63,7%) были инфицированы ВИЧ от своих матерей в силу отсутствия либо неэффективности первого этапа ППМР, а именно: при отсутствии наблюдения ВИЧ-инфицированной беременной женщины как в женской консультации, так и в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», наличии серонегативного окна и грудного вскармливания, низкой приверженности к проведению ППМР (прерывание и нерегулярный прием АРВТ).

Анализ показал, что по причине отсутствия наблюдения беременной женщины в женской консультации и в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» за исследуемый период инфицировано 125 детей, или 21,9% с колебаниями от 13,0% в 2009 г. до 29,6% в 2015 г. В эту группу вошли ВИЧ-инфицированные женщины, выявленные до беременности, но не обращавшиеся за медицинской помощью в течение беременности (рисунок 1).

Таблица 3. Причины инфицирования детей с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции в Свердловской области за 2008-2015 гг.

Показатели	2008г	2009г	2010г	2011г	2012г	2013г	2014г	2015г	Итого
1. Беременная не наблюдалась в женской консультации и в ОЦ СПИД									
Кол-во детей, абс:	23	7	17	11	12	15	19	21	125
%	18,3	13,0	25,8	18,6	17,6	27,3	26,8	29,6	21,9
2. Серонегативное окно, грудное вскармливание									
Кол-во детей, абс:	18	15	11	12	20	16	15	20	127
%	14,3	27,8	16,7	20,3	29,4	29,1	21,1	28,2	22,3

3. Низкая приверженность ППМР									
Кол-во детей, абс:	18	9	14	9	16	13	16	16	111
%	14,3	16,6	21,2	15,3	23,5	23,6	22,5	22,5	19,5
4. Беременная наблюдалась в женской консультации, но не в ОЦ СПИД									
Кол-во детей, абс:	33	12	4	2	3	1	5	-	60
%	26,2	22,2	6,1	3,5	4,4	1,8	7,0	-	10,5
5. Алкоголизация, наркомания									
Кол-во детей, абс:	15	6	9	6	1	5	3	4	49
%	11,9	11,1	13,6	10,2	1,5	9,1	4,2	5,7	8,6
6. Недостижение неопределяемого уровня вирусной нагрузки к 34-36 нед. беременности									
Кол-во детей, абс:	6	-	3	7	6	-	-	-	22
%	4,8	-	4,5	11,7	8,8	-	-	-	3,9
7. Отказ от АРВТ во время беременности									
Кол-во детей, абс:	-	2	1	2	3	2	4	5	19
%	-	3,7	1,5	3,5	4,4	3,6	5,7	7,0	3,3
8. Скрытие диагноза									
Кол-во детей, абс:	9	1	1	2	2	-	2	-	17
%	7,1	1,9	1,5	3,5	3,0	-	2,8	-	3,0
9. Инфицирование на фоне полного курса трехэтапной химиопрофилактики									
Кол-во детей, абс:	1	2	3	1	2	-	3	3	15
%	0,8	3,7	4,5	1,7	3,0	-	4,2	4,2	2,6
10. Другие причины									
Кол-во детей, абс:	3	-	3	7	3	3	4	2	25
%	2,3	-	4,5	11,7	4,4	5,5	5,7	2,8	4,4
ВСЕГО									
Всего, абс.	126	54	66	59	68	55	71	71	570
%	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

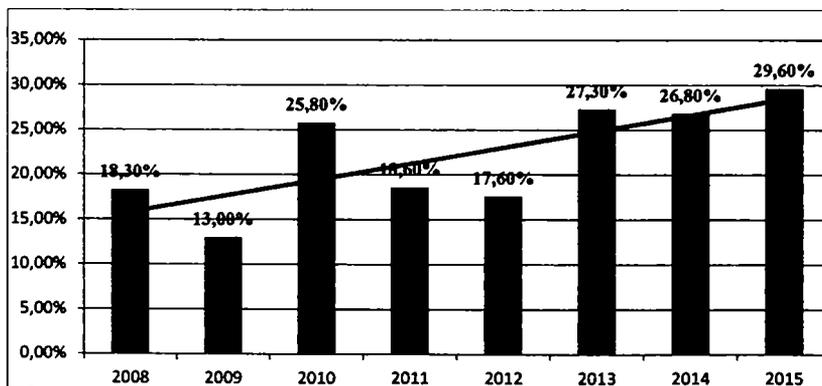


Рисунок 1. Инфицирование детей ВИЧ в Свердловской области по причине отсутствия наблюдения беременной ВИЧ-инфицированной матерью в медицинском учреждении, 2008-2015 гг., %

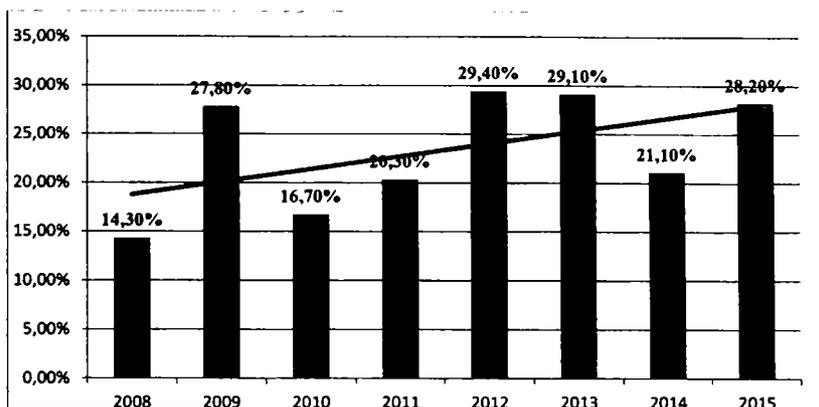


Рисунок 2. Инфицирование детей ВИЧ в Свердловской области по причине серонегативного окна и грудного вскармливания, 2008-2015 гг., %

Медицинские вмешательства по минимизации влияния данной причины на инфицирование детей крайне затруднительны, поскольку на этапе беременности женщины не обращались за медицинской помощью. В связи с этим следует отметить, что существует статья 122 Уголовного кодекса РФ, предусматривающая уголовную ответственность за «заражение другого лица ВИЧ-инфекцией лицом, знавшим о наличии у него этой болезни». Однако в отношении беременной женщины и ее будущего ребенка эта статья не может быть применима, поскольку человек до рождения не обладает конституционной правоспособностью [3]. По нашему мнению, требуется изменение действующего федерального законодательства в части определения меры ответственности матери за жизнь и здоровье своего будущего ребенка, включая правовое регулирование вопроса об определении конституционной правоспособности ребенка до его рождения, а также понятия «обязательности» проведения ППМР матерью (например, на этапе отделения патологии новорожденных).

Серонегативное окно во время беременности и последующее грудное вскармливание – наиболее тревожная причина инфицирования детей. За 2008-2015 гг. эта группа составила 127 детей, или 22,3% (рисунок 2). Всего с начала эпидемии в Свердловской области на 01.01.2016 г. 19,9% ВИЧ-инфицированных детей (178 чел.) не состояли на учете в ОЦ СПИД по факту перинатального контакта с ВИЧ-инфицированной матерью, а были выявлены по клиническим (82 ребенка, 46,1%) и эпидемиологическим показаниям (80 детей, 44,9%), а также как «случай-

ная» находка при поступлении в детские дома и приюты, взятии под опеку, усыновлении (16 детей, 9,0%).

Актуальность этой причины инфицирования детей будет сохраняться, поскольку пока не удается своевременно выявлять всех ВИЧ-инфицированных партнеров женщин, планирующих беременность. Как видно из таблицы 4, за изучаемый период 25,8% детей, которым был установлен диагноз ВИЧ - инфекция, с рождения не состояли на учете в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД». Наличие «серонегативного окна» у матери в период беременности не позволило провести ППМР, а вследствие отсутствия наблюдения ребенка по перинатальному контакту, своевременно установить ему диагноз «ВИЧ-инфекция», что утяжеляет прогноз течения заболевания.

Особая группа детей – это дети, выявленные по клиническим проявлениям (82 ребенка), т. к. в большинстве случаев они находились на стадии вторичных проявлений и требовали скорейшего назначения АРВТ [8]. Вследствие позднего выявления и, соответственно, позднего начала антиретровирусной терапии 8 детей (10%) умерли по причине прогрессирования ВИЧ-инфекции. Это говорит о том, что в условиях генерализованной эпидемии недостаточно осуществлять только лишь обследование беременной женщины без обследования их половых партнеров.

В связи с актуальностью проблемы в Свердловской области вышеназванный приказ № 1383-п, предписывает однократное обследование половых партнеров беременных женщин (ППБЖ) с целью исключения «серонегативного окна» как причины заражения женщин и детей.

Таблица 4. Динамика выявления ВИЧ-инфекции у детей с перинатальным контактом по ВИЧ в Свердловской области за 2008 - 2015 гг.

	2008 г.	2009 г.	2010 г.	2011 г.	2012 г.	2013 г.	2014 г.	2015 г.	итого
Выявлено детей, всего									
абс.:	126	54	66	59	68	55	71	71	570
В том числе по клинике и эпидпоказаниям после выявления ВИЧ-инфекции у матери									
абс.:	29	13	11	23	20	16	71	21	147
%	23,0	24,0	17,0	39,0	29,0	29,0	20,0	30,0	25,8

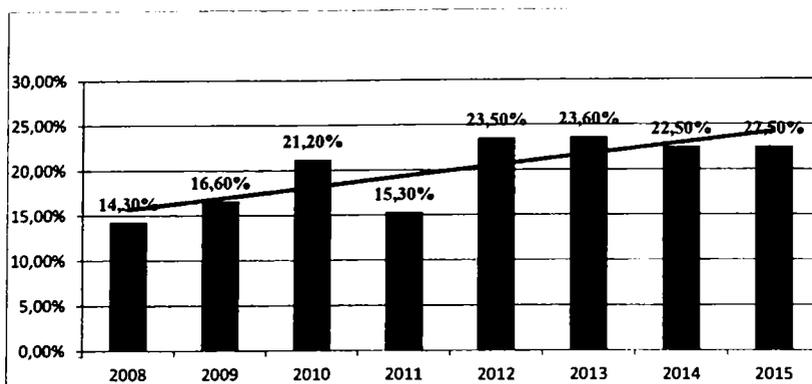


Рисунок 3. Инфицирование детей ВИЧ в Свердловской области по причине прерывания или нерегулярного приема АРВТ, 2008-2015 гг., %

Обследование ППБЖ было начато со второго полугодия 2013 года, за 2013 – 2015 гг. зарегистрировано 184,7 тысяч беременных женщин, вставших на диспансерный учет в женских консультациях, обследовано 46,3% их половых партнеров (более 85,5 тысяч), среди обследованных ППБЖ выявлено 575 случаев ВИЧ-инфекции, в том числе, у 427 диагноз поставлен впервые.

Еще один «инструмент», снижающий риск инфицирования ребенка, это обследование методом ПЦР ДНК (РНК) ВИЧ женщины, поступающих в акушерский стационар без требуемой кратности тестирования на ВИЧ в период беременности. В 2015 году в Свердловской области на этапе родильного дома было обследовано методом ПЦР 1692 женщины. Процент положительных результатов составил 2,7% что в 9 раз выше данных скрининговых исследований по коду 109 (обследование беременной). Ретроспективный анализ результатов ПЦР диагностики при обследовании женщин непосредственно в акушерских стационарах свидетельствует, что 80,0% положительных результатов ПЦР ДНК (РНК) ВИЧ получены при тестировании женщин, у которых ВИЧ-инфекция была выявлена до настоящей беременности. Причинами, послужившими поводом для обследования женщины в роддоме, явились: отсутствие данных тестирования на антигена к ВИЧ в период беременности, наличие последнего результата тестирования на ВИЧ в сроке беременности до 28 недель, отсутствие информации о результате обследования на ВИЧ полового партнера, эпидемиологические показания (употребление наркотиков, последний незащищенный половой контакт менее 12 недель до родов, др.).

При оценке вирусной нагрузки (ВН) женщин, обследованных методом ПЦР РНК ВИЧ в акушерском стационаре, получены данные, свидетельствующие о высоком уровне ВН и, следовательно, высокой степени риска передачи инфекции новорожденному ребенку. По нашим данным, только у 3,6% женщин этой группы, уровень ВН не превышал 150 коп/мл. Уровень ВН от 10 000 копий и свыше 150 000 отмечался у 85,7% обследованных данным методом. Таким образом, женщины данной группы имели к моменту родов высокую вирусную нагрузку, что создает реальные предпосылки реализации вертикальной

передачи ВИЧ – инфекции ребенку. В целях снижения риска перинатального инфицирования новорожденным назначалась АРВТ в связи с получением положительного результата исследования крови матери методом ПЦР ДНК (РНК) ВИЧ.

Внедрение ПЦР диагностики требует доработки в вопросах охвата подлежащих контингентов, своевременной и правильной транспортировки образцов в лабораторию, оформления направлений, своевременного получения информации о результатах исследования. Исследование методом ПЦР ДНК/РНК ВИЧ у женщин, не обследованных в период беременности на антигена к ВИЧ или обследованных в сроке до 28 недель беременности, является информативным, позволяет оперативно оценить ВИЧ статус женщины в течение первых 24-48 часов после родов, определить риск инфицирования и дальнейшую тактику ведения ребенка. С учетом высокой стоимости исследования необходимо дифференцированно подходить к вопросу назначения данного вида лабораторной диагностики. В этих условиях еще большую актуальность приобретают данные эпидемиологического анамнеза, в первую очередь, у женщин, имеющих факторы рискованного поведения.

Учитывая низкую приверженность ВИЧ-инфицированных женщин профилактике, мы должны констатировать необходимость введения понятия «обязательности» контроля за ППМР у ребенка, например, на 3-м этапе ППМР, в том числе, в отделении патологии новорожденных. В свою очередь, потребуются выделение данной медицинской услуги (в виде стандарта, стоимости) в рамках системы ОМС.

По причине низкой приверженности к проведению ППМР, когда беременная прерывала или нерегулярно принимала АРВТ, за исследуемый период инфицировались 111 детей, или 19,5%, от 14,3% в 2008 г. до 23,6% в 2013 г. (рисунок 3).

При оценке вирусной нагрузки в третьем триместре беременности в этой группе матерей не были достигнуты критерии вирусологической эффективности проводимой АРВТ. Следует отметить, что мониторинг показателя вирусной нагрузки осуществляется в динамике на всем

протяжении беременности при каждой явке к инфекционисту. Согласно «Национальным рекомендациям по диспансерному наблюдению и лечению больных ВИЧ-инфекцией», при наличии приверженности и получении АРВТ уже к 4-8 неделе после начала лечения ожидается снижение уровня РНК ВИЧ (вирусной нагрузки) в 10 раз, к 12-16 неделе – ниже 400 копий/мл, а через 24 недели – ниже 50 копий/мл (ниже уровня определения).

Приверженность – основа залога успешного лечения. Минимальная приверженность, необходимая для эффективности антиретровирусной терапии, составляет 90-95% [4]. К числу факторов риска неприверженности и потенциально способных повлиять на формирование приверженности АРВТ, можно отнести: холостой/незамужний статус больного и проживание с родителями; принадлежность к лицам с отсутствием высшего и среднего специального образования; принадлежность к лицам, принимающим алкоголь чаще 1 раза в неделю; замену одной схемы лечения на другую при отсутствии объективных причин и мотивации больного к приему АРВТ; высокий уровень лекарственной нагрузки при приеме АРВТ (более 7 таблеток в день) [5]. Поэтому консультирование беременной женщины по приверженности должно осуществляться при каждом посещении врача, а особое внимание следует уделять женщинам, имеющим факторы риска формирования приверженности. Для осуществления мероприятий по химиопрофилактике ППМР нередко требуется одновременно помочь женщине решить проблемы социального и психологического характера. В Свердловской области разработана и внедрена модель медико-социального сопровождения женщин, начиная с этапа выявления факторов риска, обследования и выявления ВИЧ-инфекции, с участием учреждений здравоохранения, правоохранительных органов, учреждений социального обслуживания населения и пункта низкого порога доступа к обследованию, профилактике и медико-социальным услугам [6]. На базе ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и его филиалов в территориях Свердловской области работают мультипрофессиональные команды в составе врача инфекциониста, медицинской сестры, психолога, специалиста по социальной работе и, при необходимости, равный консультант, которые обеспечивают медико-социальное и психологическое сопровождение. Кроме этого, в соответствии с приказом Министерства здравоохранения Свердловской области и Министерства социальной политики Свердловской области «Об организации дополнительных мероприятий по противодействию распространению ВИЧ-инфекции в учреждениях здравоохранения и учреждениях социального обслуживания населения Свердловской области» (2014 г.), определена схема передачи информации о беременной женщине, находящейся в трудной жизненной ситуации, с дальнейшим составлением индивидуального плана профилактических мероприятий [7].

Причина инфицирования детей, связанная с наблюдением беременной только в женской консультации, но не у инфекциониста ОЦ СПИД, за исследуемый период зарегистрирована у 10,5% (60 женщин). Если в 2008 году

доля этой причины составляла 26,2%, то к 2014 году за счет отлаженного взаимодействия между акушерско-гинекологической службой и ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» удалось добиться снижения в 3,7 раза, а в 2015 году данная причина не зафиксирована. Во всех ЛПУ области внедрен единый алгоритм наблюдения ВИЧ-инфицированной беременной женщины. Создан персонифицированный учет ВИЧ-инфицированных беременных женщин в женской консультации, своевременное направление женщины на прием к инфекционисту в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», его филиалы или в КДК (КИЗ) муниципальных образований области, организован мониторинг сроков очередной явки к инфекционисту и соблюдения режима приема АРВТ.

Алкоголизация, наркомания у беременной как причина инфицирования встречалась у 49 (8,6%) детей. С данной группой женщин работает мультипрофессиональная команда: психосоциальное сопровождение и работа с равными консультантами, имевшими опыт употребления психоактивных веществ и находящихся в ремиссии.

Некачественная химиопрофилактика, то есть АРВТ после 28 недель беременности, а также назначение монотерапии и дитерапии, что недостаточно эффективно снижает вирусную нагрузку, послужила причиной инфицирования у 22 детей (3,9%). Под отсутствием эффективного снижения ВН принималось недостижение неопределяемого уровня ВН к 34-36-й неделе беременности. В последние три года данная причина не встречается, поскольку со стороны акушеров-гинекологов, инфекционистов клиничко-диагностических кабинетов и центра СПИД был усилен контроль за полнотой и своевременностью приема АРВТ ВИЧ-инфицированной беременной женщиной.

Следует отметить, что нами выявлена негативная тенденция к росту официальных отказов от химиопрофилактики - от 3,7% в 2009 г. до 7,0% в 2015 г. под влиянием ВИЧ-диссидентов, по религиозным причинам, а также из-за боязни раскрытия ВИЧ статуса перед родственниками. В общей структуре причин инфицирования за изучаемый период доля отказов составила 3,3% (19 детей).

Соккрытие диагноза ВИЧ-инфекции у матери, в том числе с подделкой медицинской документации, явилось причиной инфицирования у 0% детей.

У 15 детей (2,6%) ВИЧ-инфекция выявлена не смотря на эффективную трёхэтапную химиопрофилактику, то есть даже при достижении неопределяемого уровня вирусной нагрузки к 34-36-й неделе беременности и проведении всех этапов ППМР. Процент инфицирования соответствует среднестатистическим данным в Российской Федерации. Так, в 2013 г. в Российской Федерации вероятность вертикальной передачи ВИЧ, рассчитанная по методологии «Spectrum» Объединенной программы ООН по ВИЧ/СПИД, составила 3,3% [9].

К другим причинам наиболее часто относятся нахождение в СИЗО, прибытие из других территорий.

В соответствии с современными рекомендациями, при всех выше рассмотренных причинах инфицирования, кроме выявления ВИЧ-инфекции у ребенка, несмотря на эффективную трёхэтапную химиопрофилактику,

требуется назначение «усиленной» профилактики новорожденному [10]. Одним из препаратов, включенных в схему профилактики у ребенка, является ламивудин в форме раствора для приема внутрь («эпивир»). Между тем, в инструкции по применению данного препарата в разделе противопоказаний обозначен возраст младше 3-х месяцев, что делает невозможным его применение у новорожденных. В случае возникновения и разрешения конфликтной ситуации в правовом поле, приоритетной является «инструкция», и без официального разъяснения неонатологи не вправе применять данный препарат. С целью повышения эффективности проводимых профилактических мероприятий в соответствии с современными рекомендациями считаем необходимым пересмотреть инструкции к антиретровирусным препаратам по возрастным ограничениям.

Заключение

По результатам исследования выделено десять групп причин инфицирования детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, при перинатальном контакте. Отмечено снижение удельного веса таких причин инфицирования как некачественная химиопрофилактика, наблюдение беременной только в женской консультации, но не у инфекциониста ОЦ СПИД. Высокий процент сохраняют такие причины как отсутствие наблюдения ВИЧ-инфицированной беременной женщины в женской консультации и в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», наличие серонегативного окна и грудного вскармливания, низкая приверженность к проведению ППМР, отмечен рост числа отказов от химиопрофилактики.

Для предупреждения передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку необходимо выработать комплекс дополнительных мероприятий как на региональном, так и на федеральном уровне, в части изменения действующего законодательства: повышение ответственности самой матери за жизнь и здоровье своего будущего ребенка (определение конституционной правоспособности ребенка до его рождения) и обязанности проведения третьего этапа ППМР (на этапе отделения патологии новорожден-

ных), что в свою очередь требует определения данной медицинской услуги (стандарта, оплаты) в рамках системы ОМС.

Необходимо изменение нормативной базы в части обследования на ВИЧ-инфекцию половых партнеров беременных женщин, с оплатой данного раздела работы женских консультаций за счет средств обязательного медицинского страхования.

Требуется разработка и внедрение стандартов оказания медицинской помощи в части наблюдения женщины у инфекциониста (как контактной) и стандарта наблюдения дискордантных пар.

Следует продолжать работу с персоналом родильных домов по вопросам до тестового консультирования, сбора эпидемиологического анамнеза для принятия решения о назначении химиопрофилактики беременной из группы риска и ее новорожденному. Необходимо внедрить в деятельность акушерских стационаров обследование женщин, относящихся к группам риска, методом ПЦР ВИЧ в целях определения риска инфицирования и дальнейшей тактики ведения ребенка, а также своевременной постановки ребенка на диспансерный учет по перинатальному контакту и предупреждения потери его из группы учета.

Требуется формирование юридической оценки деятельности «ВИЧ-диссидентского» движения как несущего угрозу жизни и здоровью, в том числе несовершеннолетним гражданам Российской Федерации.

С целью повышения эффективности проводимых профилактических мероприятий в соответствии с современными рекомендациями необходимо пересмотреть инструкции к антиретровирусным препаратам по возрастным ограничениям. ■

Гордон Евгения Олеговна, ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», врач-инфекционист, Подымова Анжелика Сергеевна, к.м.н., ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», главный врач, Кадыров Дмитрий Алексеевич, ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», врач-эпидемиолог, Автор, ответственный за переписку - Евгений Гордон, тел. (343) 286-30-14

Литература:

1. Вирус иммунодефицита человека - медицина / Под ред. Н.А.Белякова и А.Г.Рахмановой - СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. – 2010. – 442 с.
2. Клинические рекомендации по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребёнку: ФГУ РКИБ МЗ и СР РФ, ФНМЦ СПИД. 2009.
3. Зайцева А.М. Начало жизни человека как граница конституционной правоспособности. «Конституционное и муниципальное право», 2012 №10.
4. Paterson DL, Swindells S, Mohr J. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. //Ann. Intern. Med., 2000. - V133. - P.21-30.
5. Сирота Н.А., Юзук Н.Д., Федяева О.Н. Проблема низкой приверженности АРВТ у больных ВИЧ-инфекцией и способы их выявления // Клиническая и медицинская психология: исследования, обучение, практика: электрон. науч. журн. – 2014. – N 3 (5). – С. 10
6. Прохорова О.Г., Ножкина Н.В. Развитие профилактики и медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и детям в Свердловской области // Вестник РГМУ. Научный медицинский журнал Российского национального исследовательского медицинского университета им. Н.И.Пирогова. – 2013. - №5-6. – С. 106-110
7. Прохорова О.Г., Подымова А.С., Ножкина Н.В. Ак-

- туальные вопросы противодействия распространению ВИЧ-инфекции среди женщин // *Инфекционные болезни*. – 2014. – Том 12. – Приложение 1 «Материалы VI Ежегодного Всероссийского Конгресса по инфекционным болезням (Москва, 24-26 марта 2014 г.)». – С. 256.
8. Гордон Е.О., Волынская М.М., Подымова А.С., Кива Л.Д. Выявление ВИЧ-инфекции у детей по клиническим показаниям. Сборник материалов конференции. Международная научно-практическая конференция: Актуальные вопросы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, 2015; с 189.
 9. Ладная Н.Н., Соколова Е.В., Тушина О.И. и др. ВИЧ-инфекция у женщин и детей в Российской Федерации в 2013г. Научное издание Дети и ВИЧ: Проблемы и перспективы. Материалы конференции СПб.: Изд-во «Человек и его здоровье», 2014.
 10. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку: Клинические рекомендации (протокол лечения), 2015.