



ПРАВИТЕЛЬСТВО СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ СВЕРДЛОВСКОЙ ОБЛАСТИ

07 ИЮЛ 2017

ПРИКАЗ

№ 1173-п.

г. Екатеринбург

Об усилении мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области

В целях своевременного выявления ВИЧ-инфекции и проведения мероприятий по предотвращению вертикальной передачи ВИЧ, эффективного исполнения приказа Министерства здравоохранения Российской Федерации от 01.11.2012 № 572 н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология (за исключением использования вспомогательных репродуктивных технологий)», клинических рекомендаций (протокол лечения) «Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку», утвержденных ведущими специалистами в 2015г. и в связи с дополнением к СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции» от 21.07.2016 № 95, а также исполнения распоряжения Правительства Свердловской области от 19.09.2016 № 860-РП «О дополнительных мерах по ограничению распространения заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции), на территории Свердловской области на 2016-2020 годы»

П Р И К А З Ы В А Ю:

1. Утвердить:

- 1) Положение об организации медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией в период беременности, родов и в послеродовой период (приложение № 1);
- 2) форму отчета о работе учреждения родовспоможения по профилактике перинатального инфицирования ВИЧ среди женщин, относящихся к группе повышенного риска (приложение № 2);
- 3) форму отчета о работе женской консультации учреждения здравоохранения по обследованию половых партнеров беременных женщин на антитела к ВИЧ (приложение № 3);
- 4) форму отчета о работе врача инфекциониста учреждения здравоохранения по наблюдению за беременными женщинами, контактными с ВИЧ-инфицированным половым партнером (приложение № 4);
- 5) форму листа ведения беременной женщины с диагнозом В20, Z21 (по МКБ 10) для обменной карты (приложение № 5);

2. Руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области, имеющих в составе акушерские стационары и женские консультации:

1) организовать:

с 01.07.2017 работу по расширению объемов добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию в рамках выполнения государственного и муниципального задания;

повторное обучение сотрудников акушерских стационаров и женских консультаций работе с программным модулем «Автоматизированная система учета, диспансерного наблюдения за контактными с ВИЧ - инфицированными пациентами» в плане отправки извещений на случай завершения беременности у ВИЧ- инфицированной женщины родами или прерыванием беременности и извещений о новорожденном, рожденном ВИЧ- инфицированной матерью, с привлечением ОЦ СПИД;

использовать для оплаты труда работников службы родовспоможения и детства критерии оценки качества работы по профилактике вертикального инфицирования (пункт 40 приложения № 1 к настоящему приказу);

2) обязать заведующих службой родовспоможения, врачей акушеро-гинекологов, врачей инфекционистов:

использовать в своей работе приложения № 1-5, утвержденные настоящим приказом;

при отсутствии информации о тестировании на антитела к ВИЧ полового партнера женщины в течение беременности предлагать экспресс- тестирование на ВИЧ женщине в роддоме;

оформлять информированное согласие роженицы на проведение химиопрофилактики в родах и новорожденному или отказ от нее в медицинской документации;

вносить в историю родов информацию о приеме антиретровирусных препаратов (препарат, доза, часы приема);

указывать в выписных эпикризах новорожденных дозы и продолжительности курса лечения матери и ребенка (в случае лечения зидовудином новорожденного с пересчетом дозы при изменении веса);

проводить сверку с противотуберкулезной службой и кабинетом инфекционных заболеваний по наличию эпидемиологического неблагополучия (в том числе в случае смерти) по туберкулезу в семейно-квартирном очаге;

осуществлять взаимодействие с учреждениями социальной защиты населения при выявлении семей, попавших в тяжелую жизненную ситуацию, для организации их сопровождения;

обеспечить в срок до 3 суток ввод данных формы № 309/у, утвержденной приказом Минздрава России от 16.09. 2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ- инфицированными матерями») и формы «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ- инфицированной женщины» (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2012 № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области») в программный модуль «Динамическое наблюдение контактных» в соответствии с пунктами отчетной формы на женщину и ребенка;

3) обязать заведующих службой родовспоможения, врачей акушеро-гинекологов, эпидемиологов вести учет женщин, поступающих на роды без тестирования на антитела к ВИЧ в период беременности или не имеющих информации о тестировании на антитела к ВИЧ полового партнера, с предоставлением данных в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в период сдачи годового отчета (приложение №2 к настоящему приказу);

обязать заведующих женскими консультациями вести учет мужчин, обследованных на антитела к ВИЧ как половых партнеров беременных женщин, находящихся на диспансерном учете в женских консультациях, с предоставлением информации в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» к 20.07 и 20.01 ежегодно (приложение №3 к настоящему приказу);

обязать врачей инфекционистов вести учет беременных женщин, контактных с ВИЧ - инфицированным половым партнером, с предоставлением информации в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» к 20.07 и 20.01 ежегодно (приложение №4).

3. Начальникам территориальных отделов здравоохранения по Западному, Южному, Горнозаводскому округам, руководителям государственных учреждений здравоохранения Свердловской области «Ирбитская центральная городская больница» Чуракову А.В., и.о. главного врача «Краснотурьинская городская больница» А.Н. Малькову, главным врачам государственных и муниципальных учреждений здравоохранения Свердловской области обеспечить контроль организации работы и выполнения мероприятий, указанных в пункте 2 настоящего приказа.

4. Начальнику Управления здравоохранения Администрации г. Екатеринбурга Дорнбушу А.А.:

1) организовать

с 01.07.2017 работу по расширению объемов добровольного обследования на ВИЧ-инфекцию в рамках выполнения муниципального задания;

2) поручить главным врачам

повторное обучение сотрудников акушерских стационаров и женских консультации работе с программным модулем «Автоматизированная система учета, диспансерного наблюдения за контактными с ВИЧ- инфицированными пациентами» в плане отправки извещений на случай завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины родами или прерыванием беременности и извещении о новорожденном, рожденном ВИЧ- инфицированной матерью, с привлечением ОЦ СПИД;

использование для оплаты труда работников службы родовспоможения и детства критерии оценки качества работы по профилактике вертикального инфицирования (пункт 40 приложения № 1 к настоящему приказу);

обязать заведующих службами родовспоможения, врачей акушеро-гинекологов, врачей инфекционистов:

использовать в своей работе приложения № 1-5, утвержденные настоящим приказом;

при отсутствии информации о тестировании на антитела к ВИЧ полового партнера женщины в течение беременности предлагать экспресс-тестирование на ВИЧ женщине в роддоме;

оформлять информированное согласие роженицы на проведение химиопрофилактики в родах и новорожденному или отказ от нее в медицинской документации;

вносить в историю родов информацию о приеме антиретровирусных препаратов (препарат, доза, часы приема);

указывать в выписных эпикризах новорожденных дозы и продолжительности курса лечения матери и ребенка (в случае лечения зидовудином новорожденного с пересчетом дозы при изменении веса);

проводить сверку с противотуберкулезной службой и кабинетом инфекционных заболеваний по наличию эпидемиологического неблагополучия (в том числе в случае смерти) по туберкулезу в семейно-квартирном очаге;

осуществлять взаимодействие с учреждениями социальной защиты населения при выявлении семей, попавших в тяжелую жизненную ситуацию, для организации их сопровождения;

обеспечить в срок до 3 суток ввод данных формы № 309/у, утвержденной приказом Минздрава России от 16.09. 2003 № 442 «Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями») и формы «Извещение о случае завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины» (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2012 № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области») в программный модуль «Динамическое наблюдение контактных» в соответствии с пунктами отчетной формы на женщину и ребенка;

3) обязать заведующих службы родовспоможения, врачей акушеров-гинекологов, эпидемиологов вести учет женщин, поступающих на роды без тестирования на антитела к ВИЧ в период беременности или не имеющих информации о тестировании на антитела к ВИЧ полового партнера, с предоставлением данных в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в период сдачи годового отчета (приложение №2 к настоящему приказу);

обязать заведующих женскими консультациями вести учет мужчин, обследованных на антитела к ВИЧ как половые партнеры беременных женщин, находящихся на диспансерном учете в женских консультациях, с предоставлением информации в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» к 20.07 и 20.01 ежегодно (приложение №3 к настоящему приказу);

обязать врачей инфекционистов вести учет беременных женщин, контактных с ВИЧ - инфицированным половым партнером, с предоставлением информации в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» к 20.07 и 20.01 ежегодно (приложение №4 к настоящему приказу);

обязать заведующих службами родовспоможения, врачей акушеров-гинекологов, педиатров, эпидемиологов предоставлять первичную медицинскую документацию о

беременных, роженицах и детях, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей по запросу специалистов ГБУЗ СО «ОЦ СПИД».

5. Главному врачу ГБУЗ СО «Свердловский областной центр профилактики и борьбы со СПИД» Подымовой А.С.:

1) формировать федеральные заявки на антиретровирусные препараты для проведения химиопрофилактики ВИЧ-инфекции на этапе беременности, родов и новорожденному после родов и тест-системы для проведения диагностики ВИЧ-инфекции методами ИФА и ПЦР;

2) оказывать методическую помощь специалистам учреждений родовспоможения и педиатрической службы в части:

организации работы по предупреждению перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам,

повторного обучения сотрудников акушерских стационаров и женских консультаций работе с программным модулем «Автоматизированная система учета, диспансерного наблюдения за контактными с ВИЧ - инфицированными пациентами» в плане отправки извещений на случай завершения беременности у ВИЧ-инфицированной женщины родами или прерыванием беременности и извещений о новорожденном, рожденном ВИЧ-инфицированной матерью,

проведения мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и профилактике социального сиротства при ВИЧ-инфекции;

3) ежемесячно проводить анализ причин инфицирования новорожденных детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей с предоставлением информации в Научно-практический Центр ФКУ «Республиканская клиническая инфекционная больница» Минздрава России г. Санкт-Петербург;

4) ежеквартально проводить комиссионный разбор случаев инфицирования детей до 14-летнего возраста по результатам эпидемиологического расследования с участием врачей-специалистов системы родовспоможения, педиатров, организаторов здравоохранения и других заинтересованных специалистов на уровне территориальных отделов здравоохранения, Управления здравоохранения Администрации г.Екатеринбурга (по согласованию);

5) оформлять все случаи выявления инфицирования детей, представленные на комиссионный разбор, протоколом, с предоставлением его в отдел организации медицинской помощи матерям и детям Министерства здравоохранения Свердловской области;

6) организовать работу по подготовке и распространению информационных материалов, в части проведения информирования женщин и их партнеров по вопросам выявления, лечения и профилактики ВИЧ-инфекции.

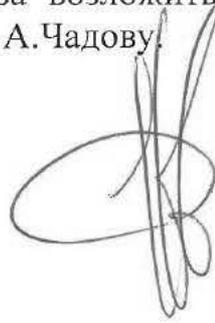
6. Приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2012 № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области» признать утратившим силу.

7. Настоящий приказ опубликовать на «Официальном интернет-портале правовой информации Свердловской области» (www.pravo.ru).

8. Копию настоящего приказа направить в 7-дневный срок в Главное управление Министерства юстиции Российской Федерации по Свердловской области и прокуратуру Свердловской области.

9. Контроль за исполнением приказа возложить на заместителя Министра здравоохранения Свердловской области Е.А.Чадову!

Министр

A handwritten signature in black ink, consisting of several overlapping loops and a vertical stroke, positioned between the word 'Министр' and the name 'И.М. Трофимов'.

И.М. Трофимов

**Положение об организации медицинской помощи женщинам с ВИЧ-инфекцией
в период беременности, родов и в послеродовой период**

Обследование беременных женщин на ВИЧ-инфекцию

1. Лабораторное обследование беременных женщин на наличие в крови антител к вирусу иммунодефицита человека (ВИЧ) проводится при постановке на учет по беременности при наличии информированного добровольного согласия, а в случае обследования несовершеннолетних младше 15 лет, а также признанных в установленном законом порядке недееспособными, если они по своему состоянию не способны дать информированное добровольное согласие, с добровольного согласия одного из родителей или иного законного представителя.

Результат обследования на ВИЧ- инфекцию в обменной карте беременной и родильницы должен быть заверен подписью и личной печатью врача.

Партнеры беременных женщин обследуются при постановке последних на учет в женской консультации по коду 109.а в 8-11 недель и при повторных обращениях по эпидемиологическим и клиническим показаниям в любые сроки беременности при наличии информированного добровольного согласия.

Беременные, имеющие ВИЧ- инфицированных партнеров, а также употребляющих психоактивные вещества, обследуются на антитела к ВИЧ при постановке на учет, а затем каждые 3 месяца, а также тестируются экспресс- методом (с подтверждением в дальнейшем стандартным методом) при поступлении в роды, независимо от количества исследований во время беременности.

Инфекционистам кабинетов инфекционных заболеваний (КИЗ или КДК), а также акушерам-гинекологам учреждений родовспоможения организовать проведение молекулярно-биологического обследования беременных на ДНК или РНК ВИЧ (ПЦР РНК или ДНК ВИЧ) при получении отрицательных результатов теста на антитела к ВИЧ, полученных стандартными методами в случае, если беременная женщина относится к группе высокого риска по ВИЧ-инфекции (употребление наркотиков внутривенно, незащищенные половые контакты с ВИЧ- инфицированным партнером в течение последних 6 месяцев).

В случае отказа от проведения обследования на антитела к ВИЧ об этом делается запись в медицинской документации с оформлением письменного отказа.

2. Повторное тестирование беременных женщин проводится при сроке беременности 28-32 недели.

3. Забор крови у женщин и ее партнера при тестировании на ВИЧ-инфекцию осуществляется в процедурном кабинете женской консультации (или поликлиники) с помощью «вакуумных систем для забора крови» с последующей передачей крови в лабораторию медицинской организации с направлением, в котором указываются персональные данные пациента без сокращений (по предъявленному паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность женщины или партнера): полные фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство, адрес места жительства; код партнера 109.г.

4. Тестирование на ВИЧ-инфекцию сопровождается обязательным дотестовым и послетестовым консультированием.

Послетестовое консультирование проводится беременным женщинам независимо от результата тестирования на ВИЧ-инфекцию и включает обсуждение следующих вопросов: значение полученного результата с учетом риска заражения ВИЧ-инфекцией; рекомендации по дальнейшей тактике тестирования; пути передачи и способы защиты от заражения ВИЧ-инфекцией; риск передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, родов и грудного вскармливания; методы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, доступные для беременной женщины с ВИЧ-инфекцией; возможность проведения химиопрофилактики передачи ВИЧ ребенку; возможные исходы беременности; необходимость последующего наблюдения матери и ребенка; возможность информирования о результатах теста полового партнера и родственников.

5. Беременных женщин с положительным или сомнительным результатом лабораторного обследования на антитела к ВИЧ врач акушер-гинеколог, а в случае его отсутствия - врач общей практики (семейный врач), медицинский работник фельдшерско-акушерского пункта, направляет в кабинет инфекционных заболеваний (далее КИЗ) или консультативно-диспансерный кабинет (далее КДК) учреждений здравоохранения, в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» для дополнительного обследования, постановки на диспансерный учет и решения вопроса о назначения антиретровирусной терапии или химиопрофилактики перинатальной трансмиссии ВИЧ.

Женщине и/или ее партнеру выдается на руки в письменном виде информация о выявлении антител к ВИЧ в одном экземпляре, второй экземпляр остается в медицинских документах учреждения здравоохранения по месту обследования.

При постановки на диспансерный учет врач КИЗ(КДК) или ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» уведомляет пациентов о выявлении ВИЧ-инфекции.

Не подлежит разглашению информация, полученная медицинскими работниками о положительном результате тестирования на ВИЧ-инфекцию беременной женщины, роженицы, родильницы, о проведении антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, о совместном наблюдении женщины со специалистами ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», о перинатальном контакте ВИЧ-инфекции у новорожденного, за исключением случаев, предусмотренных действующим законодательством.

6. Беременные женщины из группы риска по ВИЧ в любом сроке беременности направляются для проведения дополнительных видов исследований к инфекционисту КИЗ (КДК) учреждений здравоохранения, в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД».

Наблюдение беременной ВИЧ-инфицированной женщины

7. Наблюдение беременной женщины с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции осуществляется совместно врачом инфекционистом КИЗ (КДК), ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» и врачом акушером-гинекологом женской консультации по месту жительства.

8. Врач акушер-гинеколог женской консультации в период наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией направляет информацию в КИЗ (КДК), ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности для корректировки схем антиретровирусной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку и (или) антиретровирусной терапии и запрашивает из ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» информацию об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной женщины, режиме приема антиретровирусных препаратов, согласовывает необходимые методы диагностики и лечения с учетом состояния здоровья женщины и течения беременности.

9. В течение всего периода наблюдения беременной женщины с ВИЧ-инфекцией врач акушер-гинеколог женской консультации в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) отмечает в медицинской документации женщины ее ВИЧ-статус, наличие (отсутствие) и прием (отказ от приема) антиретровирусных препаратов, необходимых для профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, назначенных специалистами ГБУЗ СО «ОЦ СПИД»

Беременность ВИЧ-инфицированной женщины является показанием к назначению антиретровирусных препаратов (АРВП). При назначении химиопрофилактики заполняется информированное согласие на проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции женщине и новорожденному (образец прилагается).

АРВП с целью профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку показаны *всем* беременным ВИЧ-инфицированным женщинам *независимо от клинических проявлений, вирусной нагрузки (ВН) и CD4-клеток*. Вероятность передачи ВИЧ ребенку сохраняется даже при очень низких и неопределяемых уровнях ВН, кроме того, эффективность АРВП заключается не только в подавлении репликации ВИЧ, но и защите иммунной системы, снижении риска вторичных заболеваний, предотвращении прогрессирования ВИЧ-инфекции, увеличении продолжительности и качества жизни женщины.

Об отсутствии у беременной женщины антиретровирусных препаратов, отказе от их приема, врач акушер – гинеколог женской консультации информирует инфекциониста КИЗ (КДК), ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» для принятия соответствующих мер.

При назначении перинатальной химиопрофилактики и контроля ее проведения необходимо соблюдать следующий алгоритм:

1) специалист ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» назначает высокоактивную химиопрофилактику беременной ВИЧ-инфицированной женщине с учетом иммунологического и вирусологического обследования во 2 триместре, при более позднем обращении - в любом сроке;

2) мерой, предотвращающей заражение ВИЧ матери и ребенка, является назначение АРВП ВИЧ-инфицированному партнеру ВИЧ-серонегативной беременной, независимо от наличия у него показаний к началу терапии, на протяжении всей ее беременности и грудного вскармливания ребенка;

3) акушер-гинеколог женской консультации совместно с инфекционистом КИЗа (КДК) контролируют прием антиретровирусных препаратов (АРВП) или высокоактивной антиретровирусной терапии (ВААРТ), учитывая рекомендации специалистов ГБУЗ СО «ОЦ СПИД», и отражают в ф.025/у и индивидуальной карте беременной (соответственно).

ВААРТ, назначенная во время беременности женщине, должна продолжаться после родов.

10. В период диспансерного наблюдения за беременной женщиной с ВИЧ-инфекцией рекомендуется избегать процедур, повышающих риск инфицирования плода (амниоцентез, биопсия хориона и др.). Рекомендуется использование неинвазивных методов оценки состояния плода.

11. Антиретровирусная терапия назначается беременной женщине при выявлении клинических и иммунологических показаний к лечению с учетом стадии и фазы болезни, степени репликативной активности ВИЧ, сопутствующих заболеваний и состояний.

Выбор антиретровирусных препаратов у беременных осуществляется с учетом их эффективности, безопасности для матери и ребенка, а также возможных побочных действий.

Выбор схемы АРВТ:

1) АРВТ беременным назначается только по схемам высокоактивной антиретровирусной терапии, то есть она должна включать не менее трех антиретровирусных препаратов: два нуклеозидных ингибиторов обратной транскриптазы (2 НИОТ) плюс ингибитор протеазы (1 ИП) либо нуклеозидный ингибитор обратной транскриптазы (1 ННИОТ);

2) для составления схемы в первую очередь назначаются препараты из группы предпочтительных, при невозможности их применения - из группы альтернативных;

3) в схему АРВТ у беременной рекомендуется включить зидовудин; при наличии противопоказаний к его использованию - заменить его препаратом из группы альтернативных;

4) не рекомендуется назначать беременной комбинацию диданозин + ставудин (потенциально высокая токсичность и возможность развития тяжелого лактоацидоза), а также невирапин при $CD4 > 250$ кл/мкл (возможность развития иммуноопосредованной гепатотоксичности);

5) кратность применения ингибиторов протеаз у беременных составляет 2 раза в сутки, за исключением атазанавира/ритонавира, который назначается 1 раз в сутки;

6) прием схемы АРВТ продолжается в течение беременности и родов. Дальнейшее применение АРВТ зависит от клинической ситуации.

Таблица 1

Выбор антиретровирусных препаратов у беременных ВИЧ-инфицированных женщин

<i>Характеристика</i>	<i>Препараты</i>	<i>Дозировки</i>
Нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
<i>Предпочтительные</i>	Зидовудин	300 мг x 2 раза в сутки
	Ламивудин	150 мг x 2 РС или 300 мг x 1 раза в сутки
<i>Альтернативные</i>	Фосфазид	400 мг x 2 раза в сутки
	Абакавир	300 мг x 2 раза в сутки
	Ставудин	< 60 кг: 30 мг x 2 раза в сутки
	Диданозин	< 60 кг: 250 мг x 2 раза в сутки > 60 кг: 400 мг x 1 раза в сутки
Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
<i>Предпочтительные</i>	Невирапин	200 мг x 1 РС: 14 дней, далее 200 мг x 2 раза в сутки
<i>Недостаточно данных</i>	Этравирин	
<i>Не рекомендуется</i>	Эфавиренз	600 мг x 1 раза в сутки (возможно при отсутствии альтернатив)
Ингибиторы протеазы		
<i>Предпочтительные</i>	Лопинавир/ ритонавир	Таблетки: 400/100 мг x 2 РС; во II и III триместрах 600/150 мг x 2 раза в сутки Капсулы: 400/100 мг x 2 РС;
<i>Альтернативные</i>	Атазанавир	АТV 300 мг/RTV 100 мг x 2 раза в сутки
	Саквинавир (инвираза)	таблетки 1000 мг+Ритонавир 100 мг x 2 раза в сутки
<i>Недостаточно данных</i>	Дарунавир	

	Фосампренавир	
Ингибиторы интегразы		
<i>В особых случаях</i>	Ралтегравир	400 мг x 2 раза в сутки
Комбинированные нуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы		
<i>Предпочтительные</i>	Зидовудин/ Ламивудин	300 мг зидовудина, 150 мг ламивудина По 1 таблетке x 2 раза в сутки
<i>Альтернативные</i>	Абакавир/ Ламивудин	300 мг абакавира, 150 мг ламивудина По 1 таблетке x 2 раза в сутки
<i>В особых случаях</i>	Абакавир/ Зидовудин/ Ламивудин	300 мг абакавира, 300 мг зидовудина, 150 мг ламивудина По 1 таблетке x 2 раза в сутки

Эффективность антиретровирусной терапии оценивается по динамике вирусной нагрузки, CD4-лимфоцитов, клинических проявлений. *Необходимо исследовать вирусную нагрузку на сроке беременности 34-36 недель для определения тактики ведения и выбора схемы профилактики у ребенка.*

Наблюдение контактной по ВИЧ- инфекции беременной женщины.

12. Осуществляет инфекционист КИЗа(КДК), в соответствии с алгоритмом, указанном в пункте 1 данного приложения, и дает рекомендации в роды в соответствии с результатами обследования и сроками рискованного поведения.

Проведение перинатальной профилактики ВИЧ-инфекции в родовспомогательных учреждениях.

13. При поступлении на роды в акушерский стационар необследованных на ВИЧ-инфекцию женщин, женщин без медицинской документации или с однократным обследованием на ВИЧ-инфекцию, им рекомендуется лабораторное обследование экспресс-методом на антитела к ВИЧ с последующим подтверждением классическим методом ИФА по коду 109.б и ПЦР после получения информированного добровольного согласия в двух экземплярах.

При отсутствии подписи и печати врача, заверяющих «отрицательный» ВИЧ статус в обменной карте пациентки ведутся, как пациентки с неизвестным ВИЧ- статусом.

В случае отказа женщин от проведения обследования делается запись в медицинской документации с оформлением письменного отказа.

14. Тестирование на ВИЧ-инфекцию роженицы в акушерском стационаре сопровождается дотестовым и послетестовым консультированием, включающим информацию:

- о возможных результатах тестирования;
- о методах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку при положительном или сомнительном результате;
- о применении антиретровирусных препаратов;
- о способе родоразрешения;
- об особенностях вскармливания новорожденного (если после рождения ребенок не прикладывается к груди и не вскармливается материнским молоком, а переводится на искусственное вскармливание).

15. Обследование на антитела к ВИЧ с использованием диагностических экспресс-тест-систем, разрешенных к применению на территории Российской Федерации, проводится в лаборатории или приемном отделении акушерского стационара медицинскими работниками, прошедшими специальную подготовку.

Для исследования необходимо получение сыворотки или плазмы крови роженицы не менее 2-х мл.

Исследование проводится при температуре $+18^{\circ}\text{C}$ - $+24^{\circ}\text{C}$, в строгом соответствии с инструкцией, прилагаемой к конкретному экспресс-тесту.

16. В направлении, сопровождающем сыворотку или плазму крови, указываются персональные данные пациента без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность женщины): полные фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента.

17. При получении положительного результата быстрого теста в родовспомогательном учреждении или родах на дому, а также независимо от результата теста при наличии факторов риска инфицирования ВИЧ, необходимо незамедлительно начинать проведение курса химиопрофилактики беременной, в родах и новорожденному, а также мотивировать женщину на отказ от грудного вскармливания новорожденного с учетом добровольного согласия женщин (образец формы прилагается).

Одновременно, в течение суток, обеспечить проведение ИФА и ПЦР-диагностики ВИЧ-инфекции для определения тактики химиопрофилактики, наблюдения и лечения женщины и вскармливания ребенка.

18. В случае получения отрицательного результата при проведении экспресс-теста, при наличии в анамнезе женщины факторов риска инфицирования ВИЧ-инфекцией, принимается решение на отказ от грудного вскармливания ребенка до получения результатов ПЦР-диагностики ВИЧ-инфекции.

19. Для обеспечения профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в акушерском стационаре постоянно должен иметься необходимый запас антиретровирусных препаратов.

20. Акушер-гинеколог родильного дома отражает в истории родов и продолжает назначенную профилактическую АРВП во время беременности женщине, родов и назначает химиопрофилактику, рекомендуемую врачом инфекционистом.

21. Антиретровирусная профилактика во время родов в акушерском стационаре проводится:

- 1) у роженицы с ВИЧ-инфекцией;
- 2) при положительном результате экспресс-тестирования женщины в родах;
- 3) при наличии эпидемиологических показаний:

наличие в анамнезе у роженицы парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером;

при отрицательном результате обследования методом ИФА на ВИЧ-инфекцию, если с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 6 месяцев;

при отрицательном результате обследования молекулярным методом на ВИЧ-инфекцию, если с момента последнего парентерального употребления психоактивных веществ или полового контакта с ВИЧ-инфицированным партнером прошло менее 12 недель;

при сомнительном результате теста на ВИЧ-инфекцию у полового партнера;

при наличии в анамнезе женщины полового партнера потребителя инъекционных психоактивных веществ (независимо от его ВИЧ-статуса).

4) у рожениц не обследованных в период беременности или после 28 недели беременности, с одновременным направлением образцов крови на исследование молекулярных маркеров методом полимеразной цепной реакции (ПЦР ДНК ВИЧ):

в случае отрицательного результата теста химиопрофилактика отменяется и разрешается грудное вскармливание;

при положительном результате назначается химиопрофилактика и искусственное вскармливание;

5) в родах всем женщинам следует назначать внутривенно зидовудин, независимо от наличия и схемы АРВТ.

Не рекомендуется применение однократной дозы неврипина в родах у женщин, в связи с высоким уровнем формирования устойчивых штаммов ВИЧ.

22. Врачom-акушером-гинекологом принимаются меры по недопущению длительности безводного периода у рожениц более 4 часов.

23. Во время ведения родов у женщины с ВИЧ-инфекцией при живом плоде необходимо принять меры по исключению проведения процедур, повышающих риск инфицирования плода: родовозбуждение; перинео(эпизио)томия; амниотомия; наложение акушерских щипцов; вакуум-экстракция плода. Выполнение данных манипуляций производится только по жизненным показаниям.

24. Плановое кесарево сечение для профилактики интранатального заражения ребенка ВИЧ-инфекцией проводится (при отсутствии противопоказаний) до начала родовой деятельности и излития околоплодных вод в следующих случаях:

вирусная нагрузка перед родами более 1000 копий / 1 мл;

вирусная нагрузка перед родами не известна;

настоятельно рекомендуется, когда АРВТ не проводилась во время беременности.

25. При невозможности проведения химиопрофилактики в родах кесарево сечение может быть самостоятельной профилактической процедурой, снижающей риск заражения ребенка ВИЧ-инфекцией в период родов, при этом не рекомендуется его проводить при безводном периоде более 4 часов.

26. Окончательное решение о способе родоразрешения женщины с ВИЧ-инфекцией принимается врачом-акушером-гинекологом, ведущим роды, в индивидуальном порядке, с учетом интересов матери и плода, сопоставляя в конкретной ситуации пользу от снижения риска заражения ребенка при проведении операции кесарева сечения с вероятностью возникновения послеоперационных осложнений и особенностей течения ВИЧ-инфекции.

Профилактика ВИЧ-инфекции новорожденному

27. У новорожденного от ВИЧ-инфицированной матери сразу после рождения осуществляется забор крови для тестирования на ВИЧ-инфекцию с помощью «вакуумных систем для забора крови». Кровь направляется в лабораторию для ИФА-диагностики. В направлении указываются персональные данные ребенка/матери без сокращений (по паспорту или заменяющему его документу, удостоверяющему личность женщины): полные фамилия, имя, отчество, дата рождения, гражданство, адрес места жительства, код контингента (код 124.б).

27.1 Новорожденные дети, матери которых не были обследованы на ВИЧ-инфекцию во время беременности, также подлежат обследованию методом ИФА (код 124.а). Тактика дальнейшего наблюдения определяется по результатам данного обследования.

27.2 Обследованию на ПЦР ДНК ВИЧ подлежат:

- в первые 48 часов жизни новорожденные из группы высокого риска по ВИЧ (отсутствие наблюдения и/или профилактики во время беременности матери или плохая приверженность к лечению) в учреждении родовспоможения (рекомендуемое обследование);

- в возрасте 1-1,5 месяцев жизни амбулаторно после завершения профилактического курса АРВП, а затем в 4-6 месяцев в случае «отрицательного» первого результата по ВИЧ. При «положительном» результате первого обследования второе назначается незамедлительно.

28. Антиретровирусная профилактика новорожденному назначается после получения информированного добровольного согласия на лечение и проводится врачом-неонатологом или врачом-педиатром независимо от приема (отказа) антиретровирусных препаратов матерью в период беременности и родов:

Схема 1: Раствор зидовудина с первых четырех часов жизни; длительность курса- 4 недели; табл.1 или 2.

Показания:

- если у матери, получающей АРВП, неопределяемый уровень вирусной нагрузки перед родами (в сроке 34 - 36 недель), ребенку назначается раствор зидовудина (приоритетный препарат) перорально;

- неизвестный ВИЧ-статус матери или отрицательный результат, но в течении последних 12 недель беременности был половой незащищенный контакт с ВИЧ- инфицированным или наркозависимым партнером или парентеральное употребление психоактивных веществ;

- сомнительный результат теста на ВИЧ-инфекцию у полового партнера.

Схема 2: АРВТ тремя препаратами с первых четырех часов жизни (невирапин ежедневно 1 раз в сутки в течении 14 дней + зидовудин и ламивудин ежедневно 2 раз в сутки в течении 4 недель) табл.3.

Показания:

- если у матери, получающей АРВП, определяемый уровень вирусной нагрузки перед родами (в сроке 34 - 36 недель) или неизвестен;

- если мать не получала АРВП во время беременности и/или родов;

- если у матери, получающей АРВП, количество CD4- лимфоцитов было 200 клеток или ниже перед родами (в сроке 34 - 36 недель);

- у матери во время беременности отмечены эпизоды низкой приверженности к АРВТ.

Таблица №2

Дозирование зидовудина для проведения химиопрофилактики в течение 4 недель

Гестационный возраст ребенка, недель	Разовая доза		Количество приемов в сутки
	Пероральный раствор, мг/кг	Раствор для внутривенного введения, мг/кг	
Более 35 недель	4	3	2
30-35 недель	Первые две недели жизни:		
	2	1,5	2
	Старше 2 недель:		

	3	2,3	2
Менее 30 недель	Первые 4 недели жизни:		
	2	1,5	2
	Старше 4 недель:		
	3	2,3	2

Таблица №3

Гестационный возраст ребенка, недель	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза зидовудина	Суточная доза зидовудина
Более 35 недель	≤ 2,5	10 мг (1,0 мл)	20 мг (2,0мл)
	> 2,5	15 мг (1,5 мл)	30 мг (3,0мл)
Независимо от гестационного возраста	< 2,0	2 мг/кг	4 мг/кг

Таблица №4

Дозирование зидовудина, ламивудина и невирапина у детей при проведении профилактического курса

Возраст ребенка, недель	Масса тела ребенка при рождении, кг	Разовая доза	Суточная доза
Зидовудин (ретровир, раствор для приема внутрь 10 мг/мл)*			
Гестационный возраст более 35 недель	≤ 2,5	10 мг (1,0 мл)	20 мг (2,0мл)
	> 2,5	15 мг (1,5 мл)	30 мг (3,0мл)
Независимо от гестационного возраста	< 2,0	2 мг/кг	4 мг/кг
Ламивудин (раствор для приема внутрь, 10 мг/мл)*			
Менее 4 недель	независимо	2 мг/кг	4 мг/кг
Невирапин (суспензия для приема перорального применения, 10 мг/мл)**			
	< 2,0	2 мг/кг	2 мг/кг

С рождения в течение 2-х недель	2,0-2,499	10 мг (1,0 мл)	10 мг (1,0 мл)
	≥ 2,5	15 мг (1,5 мл)	15 мг (1,5 мл)

*применяется 2 раза в сутки независимо от приема пищи. Курс 4 недели

**применяется 1 раз в сутки независимо от приема пищи. Курс 2 недели

29. Оптимальное начало химиопрофилактики новорожденному - с четвертого часа жизни ребенка (до этого времени в организме ребенка действует препарат, полученный от матери в период беременности и родов). Более позднее начало химиопрофилактики снижает ее эффективность, начало химиопрофилактики после 72 часов жизни новорожденного, даже если он не кормился молоком матери, неэффективно.

30. Если же ребенок прикладывался к груди матери или кормился ее сцеженным молоком (то есть имел эпидемически значимый контакт по ВИЧ-инфекции уже после рождения), то, вне зависимости от продолжительности вскармливания материнским молоком, следует немедленно прекратить кормление материнским молоком и начать ребенку химиопрофилактику ВИЧ-инфекции по общепринятой методике (так как есть вероятность, что ребенок еще не успел инфицироваться). Однако если после последнего вскармливания молоком матери прошло более 72 часов, начинать проведение химиопрофилактики ВИЧ-инфекции ребенку нерезультативно.

31. ВИЧ-инфицированная родильница мотивируется лечащим врачом на отказ от грудного вскармливания. При выписке новорожденного неонатолог дает рекомендации по вскармливанию ребенка, а также выдает молочную смесь на 7 последующих суток.

В детской поликлинике участковый педиатр выписывает молочную смесь в полном объеме за счет средств областного бюджета.

32. Вакцинация БЦЖ-М детей, рожденных от ВИЧ-инфицированных матерей, проводится при наличии:

флюорографического обследования органов грудной клетки лиц из семейного окружения беременной женщины;

отсутствия признаков туберкулеза у матери по обзорному снимку легких после родов;

благополучия в семейно-квартирном очаге по туберкулезу;

полного трехэтапного курса химиопрофилактики у матери (в период беременности, родов и новорожденному).

Во всех случаях решение о вакцинации БЦЖ детей принимается индивидуально с учетом противопоказаний.

33. Дети, рожденные ВИЧ – инфицированными матерями при наличии высокого риска заражения подлежат обследованию на ДНК (РНК) ВИЧ в первые 48 часов жизни.

34. Дети, рожденные контактными с ВИЧ-инфицированными партнерами матерями, у которых не была достоверно исключена ВИЧ-инфекция во время беременности, после завершения профилактического лечения новорожденного, подлежат однократному обследованию на ВИЧ в ИФА и в ПЦР ДНК ВИЧ.

35. При выписке из акушерского стационара врач акушер-гинеколог консультирует женщину по контрацепции; врач-неонатолог (врач-педиатр) выдает матери антиретровирусные препараты на весь курс для новорожденного для продолжения антиретровирусной профилактики в домашних условиях в соответствии с действующими рекомендациями.

Наблюдение женщины и ребенка после родов

36. По клиническим показаниям ВИЧ-инфицированной женщине в роддоме назначается консультация инфекциониста, исследование на иммунный статус и вирусную нагрузку. Рентгенологическое обследование проводится всем ВИЧ-инфицированным женщинам, не обследованным более 6 месяцев.

37. После выписки из учреждения родовспоможения родильница направляется:
в женскую консультацию по месту жительства для диспансерного наблюдения в послеродовом периоде у гинеколога;
к инфекционисту кабинета инфекционных заболеваний (КИЗ);
к педиатру в детскую поликлинику.

Педиатр детской поликлиники при наблюдении ребенка, с перинатальным контактом по ВИЧ-инфекции, контролирует факт проведения лечения, назначенного новорожденному в родильном доме с коррекцией дозы препарата в зависимости от динамики массы тела.

Социальные мероприятия

38. При выявлении женщин, находящихся в трудной жизненной ситуации в период беременности и после родов, к работе с ними привлекаются сотрудники социальной защиты.

К факторам, формирующим развитие трудной жизненной ситуации у ВИЧ-инфицированных граждан, относятся:

Медицинские:

- 1) прогрессирование ВИЧ-инфекции, ухудшение физического состояния;
- 2) болезнь ребенка с угрозой жизни и здоровью (прогрессирование ВИЧ-инфекции, несоблюдение родителями рекомендаций по клиническому уходу за ребенком);
- 3) алкогольная или наркотическая зависимость;
- 4) в период беременности отказ от диспансерного наблюдения или от приема препаратов для химиопрофилактики, нарушения графика посещений специалистов, приема препаратов.

Социальные:

- 1) освобождение из мест лишения свободы;
- 2) отсутствие документов, удостоверяющих личность граждан;
- 3) материальные трудности;
- 4) невыполнение родительских обязанностей по отношению к ВИЧ-инфицированному ребенку;
- 5) отсутствие жилья;
- 6) увольнение с работы;

Психологические:

- 1) проблема адаптации к диагнозу;
- 2) отсутствие модели поведения в ситуации, связанной с положительным ВИЧ-статусом;
- 3) растерянность, чувство бессилия;
- 4) состояние глубокой депрессии;
- 5) страхи (жизни, смерти, будущего).

39. Информация о рождении ребенка от ВИЧ-инфицированной женщины, проведении антиретровирусной профилактики женщине в родах и новорожденному, способах родоразрешения и вскармливания новорожденного указывается в медицинской документации матери и ребенка (с кодом контингента) и передается:

в ГБУЗ СО «ОЦ СПИД» в срок 3 суток в соответствии с пунктами отчетной формы № 309/у, утвержденной приказом Минздрава России от 16.09.2003 № 442 «Об утверждении

учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ- инфицированными матерями» и формы «Извещение о случае завершения беременности ВИЧ- инфицированной женщины» (приказ Министерства здравоохранения Свердловской области от 28.11.2012 № 1383-п «О совершенствовании мероприятий по проведению профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Свердловской области») в программный модуль «Динамическое наблюдение контактных» на женщину и ребенка;

в детскую поликлинику, в которой будет наблюдаться ребенок.

Оценка качества работы учреждений здравоохранения по перинатальной профилактике

40. Основными критериями качества работы учреждений и руководителей учреждений здравоохранения родовспоможения в части ВИЧ/СПИД, являются:

- 1) процент охвата химиопрофилактикой женщин во время беременности не менее 90%;
- 2) процент охвата химиопрофилактикой женщин в родах не менее 93%;
- 3) процент охвата химиопрофилактикой новорожденных не менее 98%;
- 4) процент инфицированности детей ВИЧ-инфекцией – не более 2 % от числа детей, рожденных двумя годами ранее;
- 5) отсутствие проведения химиопрофилактики в период беременности, родов и новорожденному без уважительной причины.

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

Я, _____, (ФИО полностью) _____ года рождения, настоящим подтверждаю свое добровольное согласие на прием лекарственных препаратов, направленных на предотвращение заражения моего будущего ребенка вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ).

Я подтверждаю, что мне разъяснено, почему проведение данной профилактики необходимо; разъяснено действие назначаемых мне и моему будущему ребенку препаратов.

Я проинформирована, что:

- по состоянию моего здоровья лечение по поводу ВИЧ-инфекции мне в настоящее время не нужно, и назначаемые мне препараты необходимы исключительно для предотвращения заражения моего будущего ребенка ВИЧ во время беременности и родов;

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

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

- тем не менее, даже при абсолютном соблюдении мною всех правил приема препаратов, полной гарантии предотвращения заражения моего будущего ребенка нет. Риск, что он родится зараженным, составляет около 2-3%. Однако, если назначенная мне химиопрофилактика не будет проводиться или будет проводиться мною с нарушениями, этот риск возрастет до 80%;

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

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

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моему здоровью, я буду проинформирована об этом для принятия мною решения о целесообразности дальнейшего ее проведения;

- если вследствие проведения химиопрофилактики возникнет угроза моей жизни или жизни моего будущего ребенка, химиопрофилактика может быть прекращена по решению лечащего врача. В этом случае мне должны быть разъяснены причины этого решения;

- назначенная мне химиопрофилактика может в любой момент быть прекращена по моему желанию;

- после родов я не должна прикладывать моего ребенка к груди и/или кормить его моим грудным молоком, так как это повысит риск его заражения.

Я обязуюсь:

- проходить медицинское обследование для контроля за действием назначенных мне препаратов по установленному графику, сдавать кровь на анализы;

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

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

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

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

Подпись пациентки _____ Дата _____

Врач _____ Дата _____

**Отчет
о работе женской консультации учреждения здравоохранения по обследованию половых партнеров беременных женщин на антитела к ВИЧ**

Наименование медицинской организации	Количество беременных женщин вставших на учет в ЖК в отчетный период	Количество женщин вынашивающих беременность в отчетный период	Количество обследованных на антитела к ВИЧ половых партнеров беременных женщин вынашивающих беременность в отчетный период	Количество половых партнеров беременных женщин с положительным результатом обследования на антитела к ВИЧ (из столбца № 4)	Направленно к инфекционисту (КИЗ, КДК, филиалы ОЦ СПИД) половых партнеров беременных женщин за отчетный период	Количество беременных женщин контактных с ВИЧ-инфицированным половым партнером за отчетный период*	Направлено к инфекционисту беременных женщин контактных с ВИЧ инфицированным половым партнером за отчетный период
1	2	3	4	5	6	7	8

*Количество беременных контактных женщин с ВИЧ – инфицированными половыми партнерами складывается из беременных контактных женщин, у которых половые партнеры были выявлены в отчетный период и из беременных женщин, у которых ВИЧ – инфицированные половые партнеры были выявлены ранее.

Консультации врача акушера-гинеколога

Дата направления к инфекционисту: « _____ » _____ год

В20 выявлен (при беременности/ранее): « _____ » _____ год

в сроке беременности _____ недель

Дата посещения женской консультации	Срок беременности	АРВТ (препараты)	Переносимость	Рекомендации

Рекомендации врача-инфекциониста для родильного дома:

1. Прием антиретровирусных препаратов до родов, в родах, после родов.

Проведение химиопрофилактики женщине и новорожденному в соответствии с приказом от 19.12.2003г. № 606 «Об утверждении инструкции по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку и образца информированного согласия на проведение профилактики ВИЧ»:

- в родах **роженце**:

* зидовудин (ретровир) в форме раствора в\в из расчета 2 мг\кг в течении первого часа родовой деятельности, затем 1 мг\кг\час до пересечения пуповины;

- в родах **ребенку** (подчеркнуть приоритетную схему):

*схема № 1: зидовудин (ретровир) в сиропе с первых 4 часов жизни внутрь 2 раза в день 4 недели;

* схема № 2: зидовудин (ретровир) в сиропе с первых часов жизни внутрь 2 раза в день 4 недели, ламивудин(эпивир) в растворе 2 мг\кг 2 раза в день 4 недели, невирапин (вираму) в сиропе из расчета 2 мг\кг 1 раз в день 14 дней.

Химиопрофилактика, назначенная женщине во время беременности, отменяется после родов.

2. Способ родоразрешения (оперативные или естественные роды):

- оперативные роды проводятся при вирусной нагрузке у женщины более 1000 копий в период беременности 34-36 недель или при отсутствии возможности обследования.

3. Отмена грудного вскармливания.

4. Наблюдение женщины и ребенка у врача-инфекциониста и педиатра по месту жительства (ГБУЗ СО «Областной центр профилактики и борьбы со СПИД» и его филиалы, клинико-диагностический кабинет учреждения здравоохранения в муниципальном образовании) после родов через 1–1,5 месяца.

Врач КДК (КИЗ), ГБУЗ СО «ОЦП СПИД» и его филиалов _____ м.п.