

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку



Общий курс по ППМР Пособие для слушателей



А•М•С•З



Данный документ переведен и адаптирован Американским международным союзом здравоохранения (АМСЗ) при поддержке Агентства США по международному развитию (АМР США).

В выпущенный Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) и Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) *Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР)* входят:

- Программа и организация курса по ППМР
- Пособие для слушателей
- Пособие для преподавателей
- Карманный справочник
- Комплект слайдов
- Плакаты

Настоящий документ входит в Библиотеку по СПИДу Инфосети «Здоровье Евразии» (www.eurasiahealth.org/aids/eaknl).

Ресурсы «Здоровья Евразии» предоставляются бесплатно и могут свободно распространяться. Электронную версию настоящего документа можно размещать на других сайтах только для некоммерческих целей, без изменения содержания, с обязательным указанием Инфосети «Здоровье Евразии» в качестве источника, уведомлением электронной почтой по адресу library@mail.eurasiahealth.org и включением ссылки на сайт «Здоровья Евразии» (www.eurasiahealth.org). Взимать плату за доступ к материалам «Здоровья Евразии» запрещается.

АМСЗ и «Здоровье Евразии» не отвечают за мнения, изложенные в данном документе. Ответственность за интерпретацию и использование этого материала всецело лежит на читателе. АМСЗ и «Здоровье Евразии» не несут ответственности за какие бы то ни было ошибки, пропуски и другие возможные проблемы, связанные с данным документом.

Перевод осуществлён компанией EnRus (<http://www.enrus.ru/>), Москва, 2005 г.

Другие материалы по ВИЧ/СПИДу можно найти на сайте www.eurasiahealth.org/aids/eaknl

Данные для каталогизации изданий в библиотеке ВОЗ

Всемирная организация здравоохранения.

Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку. Пособие для слушателей.

1. Синдром приобретенного иммунодефицита - терапия 2. ВИЧ-инфекция - терапия 3. Передача инфекций, вертикальный путь - профилактика и контроль 4. Обучающие материалы 5. Руководства I. Заглавие.

ISBN 92 4 159205 2

(NLM classification: WC 503.2)

© **World Health Organization 2004**

Все права сохраняются. Заказать публикации Всемирной организации здравоохранения можно в Отделе маркетинга и распространения ВОЗ: Marketing and Dissemination, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (тел.: +41 22 791 2476; факс: +41 22 791 4857; эл. почта: bookorders@who.int). Запросы на воспроизведение и перевод публикаций ВОЗ — как в коммерческих, так и некоммерческих целях — просьба направлять в Отдел публикаций ВОЗ: Publications, World Health Organization, 20 Avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland (факс: +41 22 791 4806; эл. почта: permissions@who.int).

Использованные в данной публикации определения и подача материала не отражают взгляды Всемирной организации здравоохранения на юридический статус какой-либо страны, ее территории, города или власти, а также ее внутренние и внешние границы. Границы районов, в расположении которых согласие не вполне достигнуто, на картах нанесены приблизительно и обозначены пунктирной линией.

Упоминание в публикации тех или иных компаний или продуктов не означает, что Всемирная организация здравоохранения отдает им большее предпочтение, чем аналогичным компаниям или продуктам, не упомянутым в данной публикации. Во избежание ошибок, названия компаний и патентованных препаратов пишутся с заглавной буквы.

Всемирная организация здравоохранения не гарантирует полноты и правильности содержащейся в настоящем издании информации и не несет ответственности за ущерб, вызванный ее использованием.

Отпечатано в Соединенных Штатах Америки.

Выпущенный ВОЗ и CDC *Комплект учебно-методических материалов для общего курса по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку* включает полный набор пособий для подготовки медицинских работников.

Помимо «Пособия для слушателей», в комплект входят:

- Программа и организация курса по ППМР
- Пособие для преподавателей
- Комплект слайдов
- Карманный справочник
- Плакаты
- Компакт-диск с файлами в формате MS[®] Word и Adobe Acrobat[®] к каждому компоненту учебной программы

Благодарности

Настоящий комплект учебно-методических материалов подготовлен Департаментом по проблемам ВИЧ/СПИДа Всемирной организации здравоохранения (ВОЗ) совместно с Министерством здравоохранения и социальных служб США, Центрами по контролю и профилактике заболеваний США (CDC) и Глобальной программой по борьбе со СПИДом. Публикация пособий осуществлена ВОЗ, Министерством здравоохранения и социальных служб США и CDC. Основной вклад в разработку и испытание учебной программы внес коллектив в составе Тин Тин Синт (ВОЗ), Омотайо Болу, Кристиан Коста, Черил Майо и Андреа Шварценбрубер (CDC). Общее руководство и поддержка проекта: Рене Эпкини и Изабель де Зойза (ВОЗ), Натан Шаффер (CDC).

За работу с предварительными вариантами материалов ВОЗ и CDC выражают признательность Мэтью Черишу, Инэм Читсайк, Халиме Дао, Иану Граббу, Пегги Хендерсон, Айвану Хьютину, Рафаэлу Лопецоларте, Дэвиду Миллеру, Ноцигу Татьяне Ндондо, Кевину О'Рейли, Констанце Валленас и Майаде Йоузеф Фокс (ВОЗ); Джорджу Бисего, Трейси Крик, Бет Диллон, Крису Галавотти, Джоун Крафт, Джоелу Курицки, Мишель Макконнел, Дороти Мбори-Нгача, Джан Мур, Серине Ндиайе, Монике Нолан, Джозефу Петраглие, Роуз Прей, Ар Джей Симмондзу, Монике Смит (CDC); Элен Пивоц (Академия развития образования). ВОЗ и CDC благодарят Турму Голдман из Управления ресурсов и служб здравоохранения при Министерстве здравоохранения и социальных служб США и Эстель Куйн (АМР США) за поддержку, а также ЮНИСЕФ и ЮНФПА — за содействие.

ВОЗ и CDC благодарят Министерства здравоохранения и представительства в Гайане, Эфиопии, Мозамбике и Камбодже за помощь в проведении практических испытаний программы.

ВОЗ и CDC отмечают также видную роль Центра Франсуа-Ксавье Банью при Университете медицины и стоматологии штата Нью-Джерси, который возглавлял данную программу с момента ее разработки до практических испытаний и внесения поправок совместно с филиалом Университета Джонса Хопкинса JHPIEGO, а также ее проведения в рамках Университетской программы технического содействия совместно с CDC. Центр Франсуа-Ксавье Банью участвовал не только в разработке учебной программы, но и оказал неоценимую помощь в координации работы над проектом и выпуске окончательного варианта учебно-методических материалов. Со стороны Центра Франсуа-Ксавье Банью в работе над проектом участвовали Мэри Боулэнд, Вирджиния Олрид, Карен Форгаш, Мэгели Гарсиа, Нэнси Лернер-Вейс, Нэнси Парадис, Линда Поджерст, Энн Райлли, Моника Рейс, Наталиа Ривера и Дебора Сторм. Со стороны JHPIEGO в данном проекте участвовали Джин Андерсон, Линда Фогарти, Эмманьюэл Отолорин и Кай Спрат.

СОДЕРЖАНИЕ

СОДЕРЖАНИЕ	i
ВВЕДЕНИЕ	iv
МОДУЛЬ 1. Общие сведения о ВИЧ/СПИДе.....	11
ПРИЛОЖЕНИЕ 1-А. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей (ВОЗ).....	24
ПРИЛОЖЕНИЕ 1-В. Классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора	26
МОДУЛЬ 2. Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка. 36	
ПРИЛОЖЕНИЕ 2-А. ППМР у женщин, инфицированных ВИЧ-2.....	48
МОДУЛЬ 3. Мероприятия ППМР	50
ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А. Схемы антиретровирусной профилактики ПМР.....	68
ПРИЛОЖЕНИЕ 3-В. Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов	70
МОДУЛЬ 4. ВИЧ-инфекция и вскармливание	74
ПРИЛОЖЕНИЕ 4-А. Рекомендации ООН по вскармливанию при ВИЧ-инфекции у матери	93
ПРИЛОЖЕНИЕ 4-В. Преимущества кормления из чашки	94
ПРИЛОЖЕНИЕ 4-С. Введение прикорма в возрасте 6–24 месяцев	95
МОДУЛЬ 5. Стигматизация, дискриминация и ПМР	98
ПРИЛОЖЕНИЕ 5-А. Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека	115
ПРИЛОЖЕНИЕ 5-А. Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека (продолжение)	116
МОДУЛЬ 6. Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР	118
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-А. Роли и обязанности консультантов разного уровня подготовки	138
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-В. Сообщение родителям результатов тестирования ребенка на ВИЧ	139
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-С. Основные навыки консультирования	141
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Д. Предтестовое просвещение, упражнение 6.3.....	143
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Е. Памятка для послетестового консультирования при отрицательном результате теста на ВИЧ.....	148
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Ф. Памятка для послетестового консультирования при положительном результате теста на ВИЧ.....	149
ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Г. Сценарии ролевых игр по теме «Послетестовое консультирование» для упражнения 6.4. и Лист оценки консультации	150
МОДУЛЬ 7. Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой	152
ПРИЛОЖЕНИЕ 7-А. Туберкулез.....	166
ПРИЛОЖЕНИЕ 7-В. Справка о местных ресурсах.....	168
ПРИЛОЖЕНИЕ 7-С. Профилактика пневмоцистной пневмонии у взрослых и детей.....	169

МОДУЛЬ 8. Безопасность и помощь на рабочем месте	174
ПРИЛОЖЕНИЕ 8-А. Рекомендации по очистке и стерилизации оборудования и удалению заразных отходов	193
ПРИЛОЖЕНИЕ 8-В. Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте: образец протокола	196
МОДУЛЬ 9. Оценка программы ППМР	198
ПРИЛОЖЕНИЕ 9-А. Примеры индикаторов эффективности ППМР	210
ПРИЛОЖЕНИЕ 9-В. Образцы таблиц для учета ППМР в журналах дородовой и акушерской помощи	211
ПОСЕЩЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ БАЗЫ (факультатив)	215
Термины и ресурсы	219
Терминологический словарь	219
Справочник ресурсов	228

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

АМР США	Агентство США по международному развитию
АРВ	антиретровирусный
БЦЖ	бацилла Кальметта—Герена
ВААРТ	высокоактивная антиретровирусная терапия
ВИЧ	вирус иммунодефицита человека
ВОЗ	Всемирная организация здравоохранения
ДРП	дороговая помощь
ИППП	инфекция, передающаяся половым путем
ИФА	иммуноферментный анализ
ИББДВ	интегрированное ведение болезней детского возраста
КТ	компьютерная томография
ЛЖВС	люди, живущие с ВИЧ/СПИДом
ЛИП	лимфоидная интерстициальная пневмония
МРТ	магнитно-резонансная томография
НПО	неправительственные организации
ПГЛ	персистирующая генерализованная лимфаденопатия
ПКП	постконтактная профилактика
ПМР	передача ВИЧ от матери ребенку
ППМР	профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
ПЦР	полимеразная цепная реакция
РНК	рибонуклеиновая кислота
СПИД	синдром приобретенного иммунодефицита
КИТ	консультирование и тестирование на ВИЧ
ФАО	Организация ООН по вопросам продовольствия и сельского хозяйства
ЦНС	центральная нервная система
ЮНГАСС	специальная сессия Генеральной Ассамблеи ООН
ЮНИСЕФ	Детский фонд ООН
ЮНФПА	Фонд ООН по народонаселению
ЮНЭЙДС	Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДУ
CDC	Центры контроля и профилактики заболеваний, США



ВВЕДЕНИЕ

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Основные сведения о программах профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку

В конце 2003 г. в мире насчитывалось 40 млн людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС). В это число вошли 2,5 млн детей младше 15 лет. Только за прошлый год зарегистрировано 700 000 новых случаев ВИЧ-инфекции у детей, то есть в день вирус поражал 2000 детей. Преобладающее число этих случаев (90%) пришлось на страны Западной, Экваториальной и Южной Африки. Главной причиной ВИЧ-инфекции у детей служит передача ВИЧ от матери ребенку (ПМР) во время беременности, родов и кормления грудью. Всесторонняя программа профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) способна резко сократить число случаев ВИЧ-инфекции у детей. Кроме того, она позволяет сберечь здоровье их матерям и семьям, поскольку делает лечебные и профилактические мероприятия неотъемлемой частью охраны здоровья матери и ребенка.

Благодаря беспримерной целеустремленности международных организаций и правительств разных стран, а также появлению эффективных коротких и продленных курсов антиретровирусной профилактики, сегодня действенная национальная программа ППМР стала реальностью даже в странах с максимальным размахом эпидемии ВИЧ-инфекции.

Программы ППМР охватывают широкие слои взрослого населения (прежде всего, сексуально активного) и включают мероприятия, направленные на решение основных проблем здоровья семьи. Это позволяет разрабатывать на их основе новые национальные программы по лечению и профилактике ВИЧ-инфекции. Программы ППМР начинаются с первичной профилактики, что подчеркивает, насколько важно людям знать о своем ВИЧ статусе, а родителям — сохранять ВИЧ-отрицательный статус. Консультирование и тестирование (КИТ) в клиниках дородовой и акушерской помощи способствует раннему выявлению ВИЧ-инфекции и открывает ВИЧ-положительной женщине и ее будущему ребенку путь к всесторонней ППМР, которая включает АРВ терапию и профилактику, выбор наиболее безопасного метода родоразрешения и вскармливания.

Развертывание национальных программ

Пилотные программы, проведенные во многих странах, показали, что внедрение различных компонентов ППМР (в частности, АРВ профилактики в условиях ограниченных ресурсов) осуществимо. В большинстве стран на смену пилотным программам пришли национальные, а мероприятия ППМР стали обязательной частью дородовой помощи и охраны здоровья матери и ребенка.

Спектр национальных мероприятий ППМР постоянно расширяется в зависимости от возможностей и политики здравоохранения государства. Перед руководителями здравоохранения разных стран встает задача: определить, какие именно компоненты

программ ППМР могут быть распространены по всей стране, и способствовать их успешному внедрению, своевременно выпустив необходимые рекомендации. Чтобы такие программы были эффективны, необходим согласованный национальный план развития ресурсов для подготовки и поддержания мероприятий в области охраны здоровья матери и ребенка во всех регионах страны.

Международная поддержка

ППМР по-прежнему занимает центральное место в глобальных инициативах по борьбе с ВИЧ/СПИДом. В настоящее время развертывание программ ППМР считается ключевым этапом на пути к более широким мероприятиям по профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. Международное сообщество стремится повысить доступность лечения для ЛЖВС, и программы ППМР сегодня рассматриваются в качестве отправной точки для распространения более совершенных методов лечения и помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям. В связи с этим сегодня программы ППМР и новые международные инициативы по борьбе с ВИЧ/СПИДом получают все больше поддержки. Так, серьезную финансовую помощь национальным программам, направленным на борьбу с ВИЧ/СПИДом, оказывает Глобальный фонд по борьбе со СПИДом, туберкулезом и малярией. Большое значение придается возглавляемой Всемирной организацией здравоохранения (ВОЗ) инициативе ЮНЭЙДС «3 к 5», цель которой — обеспечить лечением 3 млн ВИЧ-инфицированных жителей развивающихся стран к 2005 г. Кроме того, поддержку борьбе с ВИЧ/СПИДом оказывает правительство США, осуществляющее Президентский план срочных мер по борьбе со СПИДом, в рамках которого будут выделены средства на лечение 2 млн и помощь 10 млн ВИЧ-инфицированных, а также на предотвращение 7 млн случаев ВИЧ-инфекции.

В число основных мероприятий, включенных в указанные международные инициативы, входят: повышение доступности КИТ, укрепление лечебно-профилактических служб, увеличение охвата населения ППМР и активное привлечение сообществ.

Подготовка кадров и развитие человеческих ресурсов

Для достижения поставленных целей инициативам по борьбе с ВИЧ/СПИДом необходимо обеспечить себя человеческими ресурсами на всех уровнях медицинского обслуживания. В частности, инициативе «3 к 5» для осуществления своих задач необходимо обучить 100 000 сотрудников по всему миру. Столь широкомасштабная подготовка кадров возможна только при тесном сотрудничестве сообществ, стран и международных организаций.

Стремительное распространение ВИЧ-инфекции требует объединить силы как на уровне мирового сообщества, так и в отдельных странах, чтобы максимально полно использовать уже имеющиеся человеческие ресурсы и готовить новые кадры. На данном направлении главная роль принадлежит обучению.

Создатели комплекта учебно-методических материалов для общего курса по ППМР предполагали, что он может стать основой учебных программ в разных странах и потребует лишь незначительной доработки в соответствии с местными условиями. Страны, уже начавшие готовить кадры для программ ППМР или разработавшие предварительные варианты учебных материалов, могут использовать этот комплект для редактирования и усовершенствования национальной учебной программы и курса по ППМР. Высокое качество просвещения и подготовки медицинских работников на областном, районном и местном уровнях — важнейшее условие распространения и долговременного успеха программ ППМР.

Обзор комплекта учебно-методических материалов для общего курса по ППМР

В данный комплект вошли научно обоснованные учебно-методические материалы по ППМР для использования в условиях ограниченных ресурсов. Комплект следует рассматривать в качестве компонента образовательной программы, отражающей направления и приоритеты национальной политики борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Учебно-методические материалы разделены на модули, посвященные основным задачам программы ППМР. Сроки, отведенные на изучение каждого модуля, не являются жесткими и могут быть изменены в соответствии с потребностями страны или региона.

ППМР включает всесторонние медицинские и вспомогательные мероприятия, осуществляемые в контексте общественного здравоохранения и направленные на предотвращение передачи ВИЧ от матери ребенку.

Разработка комплекта учебно-методических материалов

Комплект был разработан в результате ряда мероприятий.

- ВОЗ постоянно разрабатывала материалы, концепции и планы расширения программ для стран Восточной, Центральной и Южной Африки.
- В 2001 г. был осуществлен ряд поездок для ознакомления с пилотными проектами подготовки кадров по ППМР, используемыми в них методами и планами их расширения. Существенную помощь оказали преподаватели курсов ППМР, сотрудники Министерств здравоохранения, национальных программ борьбы со СПИДом, местных НПО и финансирующих организаций.
- В 2002 г. ВОЗ провела семинар, собравший консультантов из различных регионов. На нем были достигнуты соглашения по поводу содержания учебных пособий и методов подготовки кадров, в том числе была признана важность распространения учебных программ в масштабах каждой страны.
- В ноябре 2002 г. ВОЗ предложила Центрам контроля и профилактики заболеваний США (CDC) принять участие в разработке полного комплекта учебно-методических материалов.¹ CDC обратились с просьбой оказать техническую поддержку в разработке и практическом испытании материалов в два университета: Центр Франсуа-Ксавье Банью при Университете медицины и стоматологии штата Нью-Джерси и филиал Университета Джонса Хопкинса JHPIEGO.
- В Гайане, Эфиопии, Мозамбике и Камбодже учебно-методические материалы были испытаны на практике, что позволило оценить их эффективность и возможность адаптации к условиям ограниченных ресурсов.
- Учебно-методические материалы были переданы на рецензирование специалистам — преподавателям курсов ППМР из ВОЗ, CDC и разных стран.
- Учебно-методические материалы регулярно обновляются и дополняются новейшими данными ВОЗ и CDC о ППМР.

¹ Комплекты включают учебные и методические материалы по разным темам. В частности, в комплект могут войти раздаточный материал для слушателей, наборы слайдов, клинические рекомендации, вспомогательные материалы (например, карманный справочник, наглядные пособия), средства просвещения пациентов, тематические исследования и пособия для преподавателей.

Целевая аудитория

Настоящий курс предназначен для лиц, работающих (либо намеревающихся работать) в программах ППМР или медицинских учреждениях, осуществляющих ППМР. Целевую аудиторию составляют:

- врачи;
- медицинские сестры;
- акушерки;
- социальные работники;
- специалисты по работе с населением;
- консультанты;
- руководители программ.

Каждое отделение или учреждение, осуществляющее ППМР, может значительно повысить эффективность своей работы, направляя сотрудников на курсы специальной подготовки и затем назначая их на ключевые должности, что позволит им распространять полученные знания в коллективе.

Настоятельно рекомендуемый метод обучения — практическая подготовка клинического персонала. Всесторонне обучение (на рабочем месте или с отрывом от работы), особенно в таких областях как КИТ или консультирование по вопросам вскармливания, способно значительно повысить качество помощи, предоставляемой медицинскими работниками.

Используемые термины

Во всех пособиях термин «медицинские работники» приравнивается к понятию «работники здравоохранения». Им обозначены все лица, работающие в системе служб ППМР: врачи, медицинские сестры, акушерки, социальные работники, специалисты по работе с населением, консультанты и руководители программ. Термином «службы охраны здоровья матери и ребенка» обозначаются все медицинские службы, оказывающие помощь беременным, матерям и детям, а также службы охраны репродуктивного и детского здоровья. Службы охраны здоровья матери и ребенка осуществляют лечение, уход и поддержку, направленные на охрану и улучшение здоровья женщин детородного возраста, их детей (от новорожденных до подростков) и семей.

Задачи курса

Обучение на данном курсе позволяет приобрести знания и основные навыки в областях, обозначенных темами учебных модулей.

Модуль 1. Общие сведения о ВИЧ/СПИДе

Модуль 2. Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка

Модуль 3. Мероприятия ППМР

Модуль 4. ВИЧ-инфекция и вскармливание

Модуль 5. Стигматизация, дискриминация и ПМР

Модуль 6. Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР

Модуль 7. Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой

Модуль 8. Безопасность и помощь на рабочем месте

Модуль 9. Оценка программы ППМР

Данный курс по ППМР позволит медицинским работникам приобрести знания и основные навыки, необходимые для комплексного осуществления ключевых мероприятий ППМР

Медицинским работникам рекомендуется продолжать образование и распространять приобретенные знания и опыт в своих учреждениях и регионах.

И клиническая, и социальная работа немыслима без практического опыта. Слушателям следует понимать, что обучение на данном курсе должно стать фундаментом для дальнейшего профессионального роста.

Повышение квалификации может осуществляться путем дополнительного образования в таких сферах практической деятельности, как консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции и вскармливания, связи с общественностью. Многие навыки развиваются только в процессе практического применения, поэтому слушателям полезно самим искать возможности совершенствования полученных навыков, чтобы стать истинными профессионалами во всех областях ППМР.

Комплект учебно-методических материалов

Материалы, вошедшие в комплект, выпущены в печатном виде, а также на компакт-диске.

- **«Программа и организация курса по ППМР»** состоит из двух частей. Часть 1, **«Программа курса по ППМР»** предназначена лицам, отвечающим за разработку национальной программы подготовки по ППМР, адаптацию общего курса по ППМР к местным условиям и создание плана контроля эффективности учебных мероприятий. Часть 2, **«Организация курса по ППМР»** содержит полезную информацию для организаторов работы курсов по ППМР.
- **«Пособие для преподавателей»** охватывает всю учебную программу. В нем также обозначена роль преподавателя в планировании работы курса и даны методические рекомендации к каждому занятию.
- **«Пособие для слушателей»** — главное справочное пособие для слушателей курса. Оно состоит из вводной части, девяти учебных модулей, **терминологического словаря и справочника ресурсов**. Каждый учебный модуль посвящен определенной теме и включает сжатую информацию, задачи обучения, практические сведения и упражнения.
- **Комплект слайдов** включает слайды и другие наглядные пособия, на которых представлены основные тезисы по теме каждого учебного модуля.
- **Карманный справочник** — удобное пособие для медицинских работников, содержит краткие сведения по всем областям практической ППМР.
- **Плакаты** с основными сведениями о ключевых мероприятиях предназначены для размещения в медицинских учреждениях.

Расписание занятий

Данный общий курс по ППМР, включающий факультативное посещение клинической базы, рассчитан на 6 дней. В зависимости от исходного уровня подготовки аудитории, первоочередных задач и наличия средств, курс может быть продлен или сокращен. Ниже представлено расписание занятий общего курса.

Расписание занятий общего курса по ППМР

День	Программа
Организационное собрание (2 часа)	Открытие и представление курса
День 1	Модуль 1 Общие сведения о ВИЧ/СПИДе Модуль 2 Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка
День 2	Модуль 3 Мероприятия ППМР Модуль 4 ВИЧ-инфекция и вскармливание
День 3	Модуль 5 Стигматизация, дискриминация и ПМР Модуль 6 Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР
День 4	Модуль 7 Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой Модуль 8 Безопасность и помощь на рабочем месте
День 5	Модуль 9 Контроль программы ППМР Заккрытие курса
День 6 (половина дня, факультатив)	Посещение клинической базы, беседы с персоналом и посетителями с использованием заранее подготовленных вопросов

Знакомство и кодекс слушателя

Вводное упражнение 1. Карточка «Знакомство»	
Цель	Узнать, с какими опасениями связывают слушатели работу с ВИЧ-инфицированными женщинами, определить задачи обучения на данном курсе и предоставить слушателям возможность познакомиться
Время	30 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Изучите карточку, обратите внимание на названия колонок: «Опасения», «Цели» и «Преимущества».▪ Несколько минут обдумайте ответы на каждый вопрос. <p>Опасения. Чего Вы опасаетесь в работе с женщинами и детьми, больными СПИДом?</p> <p>Цели. Что именно Вы хотите обязательно узнать о ППМР во время обучения?</p> <p>Преимущества. Какими тремя преимуществами Вы обладаете как медицинский работник?</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Впишите ответы в соответствующие колонки.▪ Обсудите свои ответы с группой.

Вводное упражнение 2. Кодекс слушателя	
Цель	Разработать кодекс слушателя, включающий основные правила учебы на курсе, которые приемлемы для всех слушателей и позволят создать способствующую успешной учебе обстановку.
Время	20 минут
Инструкции	Примите участие в обсуждении основных правил учебы на курсе, необходимых для создания атмосферы, в которой вам ничто не мешает обсуждать вопросы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку. Кодекс поможет разработать требования к слушателям курса.



МОДУЛЬ 1. Общие сведения о ВИЧ/СПИДе

ЗАНЯТИЕ 1. Масштаб эпидемии ВИЧ/СПИДа

ЗАНЯТИЕ 2. Клиническое течение ВИЧ-инфекции и пути передачи ВИЧ

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Рассказать о глобальных и местных последствиях эпидемии ВИЧ-инфекции.
- Ответить на вопросы о ВИЧ/СПИДе, касающиеся женщин, детей и семей.
- Описать клиническое течение ВИЧ-инфекции.
- Рассказать о путях передачи ВИЧ.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 1

- Краткие сведения об эпидемиологической обстановке по ВИЧ-инфекции в данном районе, стране, регионе.
- Диаграмма распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных, получающих родовую помощь (примером такой диаграммы может служить рисунок 1.2) — по возможности.



«Карманный справочник» содержит основные положения по темам всех занятий модуля.

ЗАНЯТИЕ 1. Масштаб эпидемии ВИЧ/СПИДа

Рисунок 1.1. Эпидемиологические данные по всему миру



Распространенность ВИЧ-инфекции среди детей (2003 г.)

По оценкам ЮНЭЙДС на конец 2003 г.:

- Во всем мире насчитывалось около 40 млн людей, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС)
- 2,5 млн ЛЖВС — дети младше 15 лет
- 90% детей, живущих с ВИЧ/СПИДом, родом из Африки южнее Сахары
- В 2003 г. в мире было инфицировано ВИЧ 700 000 детей
- В 2003 г. от ВИЧ/СПИДа умерло около 500 000 детей

Распространение ВИЧ-инфекции в 2003 г.

Согласно данным ЮНЭЙДС, в 2003 г. *ежедневно* ВИЧ инфицировал 14 000 человек, из них:

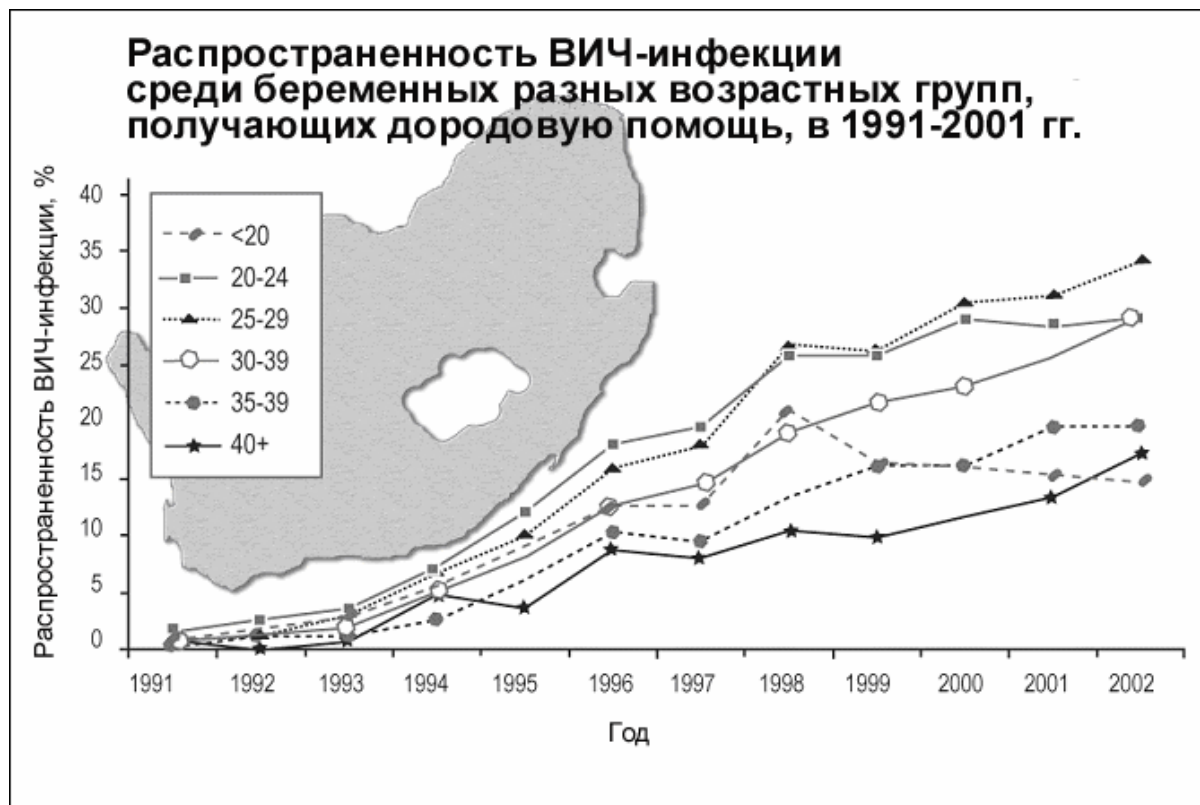
- около 6 000 молодых людей от 15 до 24 лет;
- почти 2 000 детей до 15 лет.
- Большинство новых случаев заражения детей ВИЧ было обусловлено передачей ВИЧ от матери ребенку (ПМР).

Таблица 1.1. Региональные показатели развития эпидемии ВИЧ/СПИДа (на конец 2003 г.)				
Регион	Взрослые и дети, живущие с ВИЧ/СПИДом	Взрослые и дети, инфицированные ВИЧ в 2003 г.	Распространенность среди взрослых*	Взрослые и дети, умершие от СПИДа в 2003 г.
Африка южнее Сахары	25,0–28,2 млн	3,0–3,4 млн	7,5–8,5	2,2–2,4 млн
Северная Африка и Ближний Восток	470 000–730 000	43 000–67 000	0,2–0,4	35 000–50 000
Южная и Юго-Восточная Азия	4,6–8,2 млн	610 000–1,1млн	0,4–0,8	330 000–590 000
Восточная Азия и Океания	700 000–1,3 млн	150 000–270 000	0,1–0,1	32 000–58 000
Латинская Америка	1,3–1,9 млн	120 000–180 000	0,5–0,7	49 000–70 000
Карибский бассейн	350 000–590 000	45 000–80 000	1,9–3,1	30 000–50 000
Восточная Европа и Центральная Азия	1,2–1,8 млн	180 000–280 000	0,5–0,9	23 000–37 000
Западная Европа	520 000–680 000	30 000–40 000	0,3–0,3	2 600–3 400
Северная Америка	790 000–1,2 млн	36 000–54 000	0,5–0,7	12 000–18 000
Австралия и Новая Зеландия	12 000–18 000	700–1000	0,1–0,1	<100
Всего	40 млн (34–46 млн)	5 млн (4,2–5,8 млн)	1,1 (0,9–1,3)	3 млн (2,5–3,5 млн)

* Доля взрослых (15–49 лет) ЛЖВС в 2003 г. от общей численности населения в 2003 г.

Диапазон данных в этой таблице определен, исходя из наиболее надежной доступной информации. По сравнению с предыдущими годами, данные за 2003 г. более точны. В настоящее время работа по дальнейшему повышению точности оценок продолжается, они будут опубликованы в середине 2004 г.

Рисунок 1.2. Распространенность ВИЧ-инфекции среди беременных в Южной Африке, 1991–2002 гг.



Большинство приведенных данных получено с помощью программ эпидемиологического надзора, которые собирают сведения в выборке клиник дородовой помощи. Этот метод основан на допущении, что показатель распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных очень близок к таковому среди взрослых (15–49 лет). Проведенное в Африке прямое сопоставление распространенности ВИЧ-инфекции среди беременных (по данным клиник дородовой помощи) и взрослого населения в пределах сообщества доказало достоверность данного метода оценки распространенности ВИЧ-инфекции.

Глобальные последствия эпидемии ВИЧ-инфекции

Последствия эпидемии ВИЧ/СПИДа особенно тяжелы в условиях ограниченных ресурсов и проявляются:

- неблагоприятным влиянием на экономическое развитие стран;
- резким повышением нагрузки на системы здравоохранения;
- снижением ожидаемой продолжительности жизни во многих странах;
- ухудшением показателей детской выживаемости;
- увеличением числа сирот.

Влияние эпидемии ВИЧ-инфекции на социальную жизнь человека

- Болезнь и страдание.
- Уменьшение продолжительности жизни.
- Потеря работы и дохода.
- Смерть членов семьи, горе, нищета и отчаяние.
- Препятствия к обращению за медицинской помощью, связанные со стигмами и дискриминацией.
- Ухудшение здоровья и выживаемости детей.
- Ослабление семейных и социальных связей.

Упражнение 1.1. Создание положительного настроения: обсуждение в группе	
Цель	Приступить к изучению общего курса по ППМР с оптимизмом, несмотря на ущерб, причиненный эпидемией ВИЧ-инфекции за последние десятилетия.
Время	20 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Подумайте, каких успехов удалось добиться Вашей стране в сфере борьбы с ВИЧ-инфекцией.▪ Запишите Ваши мысли на бумаге и поделитесь ими во время обсуждения в группе.

Основные сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе



Загляните в «Карманный справочник»

Определения ВИЧ-инфекции и СПИДа

ВИЧ — это вирус иммунодефицита человека. Этот вирус вызывает СПИД.

В: Вирус

И: Иммунодефицита

Ч: Человека

- ВИЧ разрушает иммунную систему, защищающую организм от инфекций и других заболеваний, поскольку поражает особый вид лейкоцитов (белых клеток крови), в результате чего функция иммунной системы ослабевает.
- Когда иммунная система ослабевает, организм утрачивает способность сопротивляться заболеваниям.
- Со временем иммунная система утрачивает способность сдерживать развитие ВИЧ-инфекции, и тогда возникают тяжелые и смертельные заболевания, в том числе другие инфекции и некоторые злокачественные опухоли.

«ВИЧ-инфицированный» — это человек, инфицированный ВИЧ.

«ВИЧ-положительный» — это человек, который получил положительный результат тестирования на ВИЧ.

СПИД — это *синдром приобретенного иммунодефицита* человека. Это поздняя стадия ВИЧ-инфекции.

- С:** Синдром — сочетание симптомов или заболеваний, которые обусловлены ВИЧ-инфекцией.
- П:** Приобретенного (т. е. не наследственного) — отличие от генетической или врожденной патологии, вызывающей нарушение функции иммунной системы.
- И:** Иммунного — ВИЧ разрушает иммунную систему и повышает восприимчивость к инфекциям.
- Д:** Дефицита — на фоне ВИЧ-инфекции возникает дефицит белых клеток крови (лейкоцитов) определенного типа.

Чем отличаются понятия «ВИЧ», «ВИЧ-инфекция» и «СПИД»?

- ВИЧ — это вирус, который вызывает инфекционное заболевание.
- У ВИЧ-инфицированного может не быть клинических проявлений заболевания, но тем не менее он может заражать других людей.

- У большинства ВИЧ-инфицированных со временем развивается СПИД. До наступления СПИДа может пройти от нескольких месяцев до 15 и более лет.
- СПИД — это комплекс тяжелых заболеваний и оппортунистических инфекций; от инфицирования до развития СПИДа обычно проходит длительное время.
- Диагноз СПИДа ставится по определенным клиническим и лабораторным критериям.

(См. приложение 1-А, в котором приведена клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции (ВОЗ), и приложение 1-В, в котором приведена классификация стадий ВИЧ-инфекции с определением стадии СПИДа, разработанная CDC для эпидемиологического надзора.)

Типы ВИЧ

Выделяют два типа вируса — ВИЧ-1 и ВИЧ-2. Пути передачи обоих типов ВИЧ одинаковы. Течение ВИЧ-1- и ВИЧ-2-инфекций характеризуется присоединением одинаковых оппортунистических инфекций и переходом в стадию СПИДа. ВИЧ-1 отличается большей распространенностью в мире. ВИЧ-2 обнаруживается преимущественно в Западной Африке, Анголе и Мозамбике.

Различия между ВИЧ-1 и ВИЧ-2

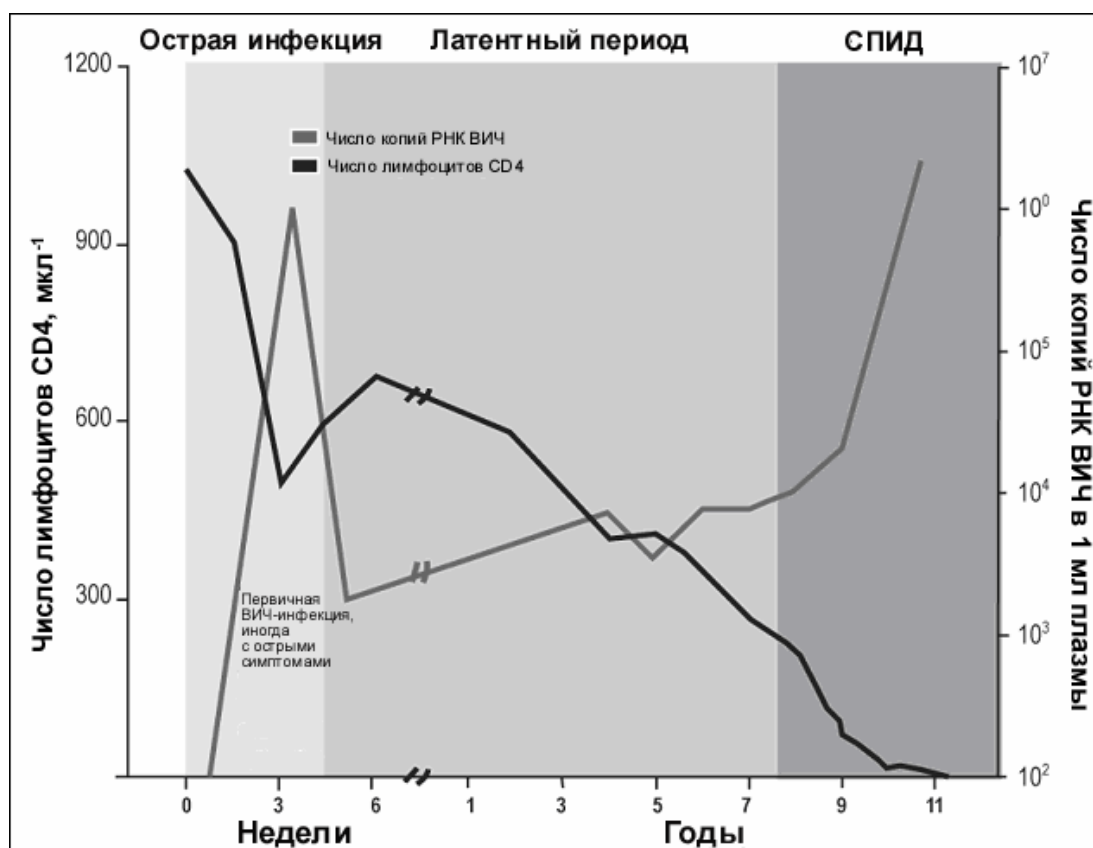
ВИЧ-2 менее заразен, нежели ВИЧ-1, а его патогенные свойства менее выражены, то есть от заражения до развития клинических проявлений проходит больше времени. В некоторых регионах наблюдаются случаи сопутствующей ВИЧ-1- и ВИЧ-2-инфекции. ВИЧ-2 реже передается от матери ребенку (в отсутствие профилактических мероприятий вероятность ПМР у детей, получающих грудное вскармливание, составляет 0–5%).

Обсуждение профилактики передачи ВИЧ-2 от матери ребенку (ППМР) включено в приложение 2-А модуля 2 «ППМР у женщин, инфицированных ВИЧ-2». Женщины, инфицированные и ВИЧ-1, и ВИЧ-2, должны следовать всем рекомендациям по ППМР для ВИЧ-1-инфицированных женщин.

ЗАНЯТИЕ 2. Клиническое течение ВИЧ-инфекции и пути передачи ВИЧ

Основные сведения о количестве лимфоцитов CD4 и вирусной нагрузке

Рисунок 1.3. Типичные изменения уровня вирусной нагрузки и количества лимфоцитов CD4



О прогрессировании ВИЧ-инфекции судят по изменению числа лимфоцитов CD4 и вирусной нагрузки. Когда ВИЧ активно размножается, он инфицирует и убивает лимфоциты CD4 — особую разновидность белых клеток крови (лейкоцитов), которые играют ключевую роль в защите организма от инфекций. Об активности ВИЧ-инфекции судят по снижению числа лимфоцитов CD4.

Число лимфоцитов CD4 определяют в крови. Данный показатель отражает состояние иммунной системы. У взрослых в норме число лимфоцитов CD4 составляет 600–1200 мкл⁻¹. Снижение показателя до 200 мкл⁻¹ и ниже сопровождается высоким риском оппортунистических инфекций.

Вирусная нагрузка — это концентрация вируса в крови. Ее можно измерить в образце крови с помощью полимеразной цепной реакции на рибонуклеиновую кислоту ВИЧ (ПЦР на РНК ВИЧ). Этот метод используется для определения эффективности антиретровирусной терапии.

Вирусная нагрузка достигает очень высокого уровня вскоре после заражения ВИЧ. С появлением антител к ВИЧ она резко падает, однако через несколько лет, когда число лимфоцитов CD4 сокращается, она вновь возрастает. Чем выше вирусная нагрузка, тем выше риск передачи ВИЧ. Как правило, высокая вирусная нагрузка через несколько лет после заражения служит признаком нарастания тяжести инфекции, иначе говоря, развития СПИДа (см. рис. 1.3).

Клиническое течение ВИЧ-инфекции

Сероконверсия

Антитела к ВИЧ обычно появляются в течение 3 месяцев после заражения. Самый ранний срок появления антител к ВИЧ составляет 2 недели после заражения, самый поздний — 6 месяцев. Промежуток времени от заражения ВИЧ до накопления в крови антител к ВИЧ в количестве, достаточном для положительного результата теста, называют периодом «окна».

Тогда как при большинстве заболеваний присутствие антител означает, что организм защищен от инфекции, при ВИЧ-инфекции оно свидетельствует о ее наличии.

Момент, когда в организме недавно инфицированного ВИЧ появляются антитела в количестве, определяемом лабораторными тестами, называется сероконверсией. Иногда она сопровождается острой лихорадочной реакцией с лимфаденопатией (появляются лихорадка, сыпь и боли в суставах, увеличиваются лимфоузлы).

В ходе тестирования на ВИЧ определяют либо антитела к ВИЧ, либо антигены ВИЧ в цельной крови, слюне или моче.

Если тестирование крови пациента на ВИЧ дает положительный результат (ВИЧ-инфекция имеется), пациента называют серопозитивным или ВИЧ-положительным.

Если тестирование крови пациента на ВИЧ дает отрицательный результат (ВИЧ-инфекция отсутствует), пациента называют серонегативным или ВИЧ-отрицательным.

Если результат тестирования на ВИЧ отрицателен, но последние три месяца пациент практиковал формы поведения, связанные с высоким риском заражения ВИЧ, тестирование необходимо повторить через три месяца.

Бессимптомная ВИЧ-инфекция

Отсутствие жалоб и видимых признаков болезни у ВИЧ-инфицированного характеризует *бессимптомную* стадию ВИЧ-инфекции. Физикальное исследование на этой стадии не выявляет никаких проявлений ВИЧ-инфекции.

Способность передавать ВИЧ не зависит от наличия у ВИЧ-положительного человека клинических проявлений ВИЧ-инфекции.

Продолжительность бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции бывает разной. У одних взрослых симптомы ВИЧ-инфекции появляются уже через несколько месяцев после заражения, у других бессимптомная стадия длится 15 и более лет.

У детей, инфицированных в результате ПМР, то есть заразившихся ВИЧ во внутриутробном периоде, во время родов или кормления грудью, бессимптомная стадия короче. У некоторых ВИЧ-положительных детей яркая симптоматика ВИЧ-инфекции развивается уже в первые недели жизни. У большинства детей симптомы появляются в двухлетнем возрасте; иногда дети чувствуют себя хорошо в течение нескольких лет.

Симптоматическая ВИЧ-инфекция

Появление у ВИЧ-инфицированного жалоб и клинических проявлений, связанных с ВИЧ-инфекцией, свидетельствует о наступлении *симптоматической* стадии ВИЧ-инфекции.

На этой стадии число лимфоцитов CD4 падает и иммунная система ослабевает.

Темп прогрессирования ВИЧ-инфекции зависит от типа вируса и особенностей организма, в том числе от общего состояния здоровья, состояния питания и иммунного статуса.

СПИД

Почти у всех ВИЧ-положительных людей со временем развиваются клинические проявления ВИЧ-инфекции и, в конце концов, ее поздняя стадия — СПИД. По мере прогрессирования

ВИЧ-инфекции число лимфоцитов CD4 продолжает снижаться, и восприимчивость к оппортунистическим инфекциям возрастает.

Оппортунистические инфекции вызываются безвредными для здорового человека микроорганизмами, которые способны спровоцировать заболевание только на фоне иммунодефицита. Например, среди ВИЧ-инфицированных распространена пневмоцистная пневмония.

Развернутая стадия ВИЧ-инфекции характеризуется оппортунистическими инфекциями легких, мозга, глаз и других органов. На стадии СПИДа часто развиваются пневмоцистная пневмония, цитомегаловирусная инфекция, токсоплазмоз, кандидоз, криптоспоририоз, гистоплазмоз, другие паразитарные, вирусные и грибковые инфекции, а также некоторые виды злокачественных новообразований, например саркома Капоши.

АРВ терапия способствует сохранению числа лимфоцитов CD4 и уменьшению вирусной нагрузки, увеличивает продолжительность бессимптомной стадии ВИЧ-инфекции и, в конечном счете, отодвигает наступление СПИДа.

Определение стадии ВИЧ-инфекции

Знание стадии ВИЧ-инфекции:

- помогает в ведении ВИЧ-инфицированных;
- позволяет установить сроки наблюдения и начала лечения;
- помогает определить прогноз заболевания и соответственно информировать пациента;
- необходимо для оценки эффективности новых методов лечения.

Классификация ВИЧ-инфекции, разработанная экспертами ВОЗ

Согласно классификации ВИЧ-инфекции, разработанной экспертами ВОЗ, в клиническом течении ВИЧ-инфекции выделяют четыре стадии (I–IV). (См. приложение 1-А.)

Классификация ВИЧ-инфекции у детей будет пересмотрена экспертами ВОЗ в 2004 году после консультации с ведущими специалистами по педиатрии. До этого классификацию ВИЧ-инфекции можно использовать для определения показаний к началу терапии в условиях ограниченных ресурсов.

Классификация ВИЧ-инфекции может быть изменена в соответствии с потребностями программы борьбы с ВИЧ-инфекцией в конкретной стране.

Классификация ВИЧ-инфекции, разработанная Центрами контроля и профилактики заболеваний (CDC) для эпидемиологического надзора

Классификация ВИЧ-инфекции, разработанная CDC для эпидемиологического надзора, включает клинические и иммунологические критерии (см. приложение 1-В). По данной классификации, при установлении диагноза учитываются клинические симптомы и число лимфоцитов CD4.

Пути передачи ВИЧ

Пути передачи ВИЧ: парентеральный, половой и вертикальный (передача ВИЧ от матери ребенку во время беременности, в перинатальном периоде и при грудном вскармливании).

В мире наиболее распространена передача ВИЧ половым путем, особенно при гетеросексуальном половом контакте.

Парентеральный путь

- Переливание ВИЧ-инфицированной крови.
- Непосредственный контакт слизистых или поврежденной кожи с ВИЧ-инфицированной кровью.

Половой путь

- Незащищенный половой контакт (вагинальный, оральный или анальный)
- Непосредственный контакт слизистых или поврежденной кожи с содержащими ВИЧ биологическими жидкостями организма, например, спермой, шеечно-влагалищным отделяемым.

Женщины детородного возраста особенно уязвимы для ВИЧ. Особенно часто заражение происходит при незащищенном половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнером.

Употребление наркотиков

- Инъекции наркотиков иглами или шприцами, загрязненными ВИЧ-инфицированной кровью.

Вертикальный путь (ПМР)

- Передача ВИЧ от ВИЧ-положительной матери ребенку во время беременности, родов и/или в процессе грудного вскармливания.

Нельзя заразиться ВИЧ :

- Воздушно-капельным путем (при кашле или чихании)
- Через укусы насекомых
- Через прикосновения или объятия
- Через поцелуи
- При посещении бассейнов и других мест общественного купания
- При посещении общественного туалета
- При рукопожатии
- При контактах с ВИЧ-инфицированным на работе или в школе
- При использовании общего телефона
- Через питьевую воду и еду, а также при приготовлении пищи
- При совместном использовании чашек, стаканов, тарелок и другой утвари

Стратегии борьбы с ВИЧ-инфекцией в рамках общественного здравоохранения

Парентеральный путь

- Обязательное тестирование донорской крови и ее продуктов на ВИЧ.
- Соблюдение универсальных мер предосторожности, в том числе:
 - использование средств индивидуальной защиты;

- соблюдение техники безопасности при использовании и утилизации острых инструментов;
- стерилизация инструментария;
- соблюдение техники безопасности при утилизации отходов, загрязненных биологическими жидкостями.

Половой путь

- Пропаганда воздержания или верности одному неинфицированному партнеру.
- Повышение осведомленности населения о необходимости соблюдения правил безопасных половых контактов и правильное и постоянное использование:
 - женских или мужских презервативов при вагинальном контакте;
 - презервативов без смазки при оральном контакте с половым членом;
 - зубных накладок, виниловых пленок или латексных трусиков при оральном контакте с половыми органами женщины;
 - особо прочных презервативов при анальном контакте.
- Профилактика, ранняя диагностика и лечение ИППП.
- Обеспечение доступа к консультированию и тестированию на ВИЧ (КИТ).

Постоянное и правильное использование презервативов обеспечивает защиту от ВИЧ, а также от других ИППП.

Употребление наркотиков

- Распространение информации о риске заражения ВИЧ при использовании загрязненных или общих шприцов и игл.
- Направление на лечение от наркотической зависимости.

Риск заражения ВИЧ возрастает при употреблении наркотиков в любой форме, поскольку оно притупляет критичность к собственному поведению и провоцирует на рискованные поступки. Даже редкое употребление алкоголя, марихуаны и других «тусовочных» психоактивных веществ повышает риск заражения ВИЧ.

Вертикальный путь (от ВИЧ-положительной матери ребенку)

- Проводить АРВ терапию по показаниям, исходя из возможностей.
- Проводить АРВ профилактику во время родов.
- Проводить АРВ профилактику новорожденному в соответствии с текущими рекомендациями.
- Предлагать матери плановое кесарево сечение, если оно целесообразно и безопасно.
- Ведение родов должно быть максимально безопасным.
- Обеспечить ВИЧ-инфицированных матерей и их семьи доступом к лечению и другим видам помощи, а также социальной поддержкой.
- Проводить консультации по вопросам вскармливания новорожденного.

(В модуле 2 «Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка» содержится подробная информация о комплексной ППМР.)

Модуль 1. Тезисы

- Масштабы распространения ВИЧ-инфекции соответствуют глобальной эпидемии.
- Число людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, продолжает расти.
- Эпидемия ВИЧ-инфекции распространяется особенно быстро в условиях ограниченных ресурсов.
- ВИЧ разрушает иммунную систему, что приводит к развитию оппортунистических инфекций.
- Промежуток от момента заражения до наступления СПИДа бывает разным, иногда — более 15 лет.
- В мире ВИЧ чаще всего передается половым путем при гетеросексуальных половых контактах.
- Женщины детородного возраста особенно уязвимы для ВИЧ. Наиболее часто заражение происходит при незащищенном половом акте с ВИЧ-инфицированным мужчиной.
- ВИЧ-инфицированные беременные могут передать ВИЧ своим детям.
- Риск передачи ВИЧ от матери ребенку можно в значительной степени снизить с помощью программ ППМР.

Упражнение 1.2. Интерактивная игра на закрепление знаний о ВИЧ-инфекции (участвуют 2–4 команды)	
Цель	В игровой форме повторить основные сведения и усвоить дополнительную информацию о ВИЧ/СПИДе.
Время	60 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Ответить на вопросы о ВИЧ/СПИДе из упражнения 1.2 (приведены после приложений).▪ Капитан команды должен записать ответы членов группы на предложенном листке с вопросами.▪ Капитанов по очереди просят выбрать вопрос из любой категории и ответить на него в течение 10 секунд. Если ответ верный, команда получает очки. В случае неверного ответа право ответа на вопрос переходит к другой команде.▪ Нельзя выбирать вопрос, на который уже был дан ответ.▪ Побеждает команда, которая первой отвечает на 6 вопросов из шести различных категорий.▪ Команда-победитель получает приз.

ПРИЛОЖЕНИЕ 1-А.

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей (ВОЗ)

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых

I клиническая стадия	
<ul style="list-style-type: none">Бессимптомное течениеГенерализованная лимфаденопатия <p>1 уровень функциональных возможностей: бессимптомное течение, нормальный уровень повседневной активности</p>	
II клиническая стадия	
<ul style="list-style-type: none">Потеря веса менее 10% от исходногоЛегкие поражения кожи и слизистых (себорейный дерматит, зудящие дерматозы, грибковые поражения ногтей, рецидивирующий афтозный стоматит, хейлит)Опоясывающий лишай за последние пять летРецидивирующие инфекции верхних дыхательных путей (например, бактериальный синусит) <p>И/или 2 уровень функциональных возможностей: клинические проявления, нормальный уровень повседневной активности</p>	
III клиническая стадия	
<ul style="list-style-type: none">Потеря веса более 10% от исходногоДиарея неясной этиологии длительностью более месяцаЛихорадка неясной этиологии (постоянная или рецидивирующая) длительностью более месяцаКандидоз полости рта (молочница)Волосистая лейкоплакия ртаТуберкулез легкихТяжелые бактериальные инфекции (например, пневмония, гнойный миозит) <p>И/или 3 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели менее 50% дневного времени</p>	
IV клиническая стадия	
<ul style="list-style-type: none">ВИЧ-кахексия^aПневмоцистная пневмонияЦеребральный токсоплазмозКриптоспоридиоз с диареей длительностью более месяцаВнелегочный криптококкозЦитомегаловирусная инфекция с поражением любых органов, кроме печени, селезенки и лимфатических узлов (например, ретинит)Инфекции, вызванные вирусом простого герпеса, с поражением внутренних органов или хроническим (более месяца) поражением кожи и слизистых оболочекПрогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатияЛюбой диссеминированный эндемический микоз	<ul style="list-style-type: none">Кандидоз пищевода, трахеи, бронховДиссеминированная или легочная инфекция, вызванная атипичными микобактериямиСальмонеллезная септицемия (кроме <i>Salmonella typhi</i>)Внелегочный туберкулезЛимфомаСаркома КапошиВИЧ-энцефалопатия^b
<p>И/или 4 уровень функциональных возможностей: в течение последнего месяца пациент проводил в постели более 50% дневного времени</p>	

a ВИЧ-кахексия: потеря веса более 10% исходного и либо хроническая (более месяца) диарея неясной этиологии, либо хроническая слабость в сочетании с длительной (более месяца) лихорадкой неясной этиологии.

b ВИЧ-энцефалопатия: тяжелые когнитивные и/или двигательные расстройства, которые нарушают повседневную активность и прогрессируют в течение недель или месяцев в отсутствие других причин кроме ВИЧ-инфекции.

Источник: World Health Organization (WHO), 2004. "Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach", 2003 Revision. Appendix D: WHO staging system for HIV infection and disease in adults and adolescents, p. 42. («Увеличение масштабов применения АРВ терапии в условиях ограниченных ресурсов: Руководство по применению методов общественного здравоохранения». ВОЗ, 2004 год, редакция 2003 года. Приложение D «Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков», стр.42).

Приложение 1-А. Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей (ВОЗ) (продолжение)

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей

I клиническая стадия
<ul style="list-style-type: none">▪ Бессимптомное течение▪ Генерализованная лимфаденопатия
II клиническая стадия
<ul style="list-style-type: none">▪ Хроническая диарея неясной этиологии длительностью более 30 дней▪ Тяжелый хронический или рецидивирующий кандидоз у ребенка старше 28 дней▪ Потеря веса или отставание в физическом развитии неясной этиологии▪ Постоянная лихорадка неясной этиологии длительностью более 30 дней▪ Тяжелые рецидивирующие бактериальные инфекции, за исключением септицемии и менингита (например, остеомиелит, бактериальная (нетуберкулезная) пневмония, абсцессы)
III клиническая стадия
<ul style="list-style-type: none">▪ Оппортунистические инфекции, включенные в критерии СПИДа▪ Выраженная задержка физического развития неясной этиологии^a▪ Прогрессирующая энцефалопатия▪ Злокачественные новообразования▪ Рецидивирующая септицемия или менингит

^a Упорная потеря веса на >10% исходного или сохранение кривой «вес/рост» на уровне ниже 5-го перцентиля по двум последовательным измерениям, между которыми прошло более месяца при отсутствии других заболеваний.

Источник: World Health Organization (WHO), 2004. "Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach", 2003 Revision. Appendix E: WHO staging system for HIV infection and disease in children, p. 44. («Увеличение масштабов применения антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: Руководство по применению методов общественного здравоохранения. Всемирная организация здравоохранения, 2004 год, редакция 2003 года. Приложение D «Клиническая классификация стадий ВИЧ-инфекции у детей», стр.44)

ПРИЛОЖЕНИЕ 1-В.

Классификация ВИЧ-инфекции у взрослых, подростков и детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора

Клинико-иммунологическая классификация ВИЧ-инфекции у взрослых и подростков, разработанная CDC для эпидемиологического надзора

	Клинические категории		
Категория в зависимости от числа и доли лимфоцитов CD4	А	В	С*
мкл ⁻¹ (%)	Бессимптомная, ПГЛ или острая ВИЧ-инфекция	Наличие проявлений** (не относящихся к категориям А и С)	СПИД-индикаторные заболевания (определены в 1987 г.)
1 >500 мкл ⁻¹ (≥29%)	A1	B1	C1
2 200–499 мкл ⁻¹ (14–28%)	A2	B2	C2
3 <200 мкл ⁻¹ (<14%)	A3	B3	C3

* Всем пациентам, состояние которых соответствует категориям А3, В3, или С1–3, ставится диагноз СПИДа либо на основании наличия патологического состояния, включенного в определение СПИДа (см. таблицу ниже), либо на основании числа CD4 <200 мкл⁻¹.

** Симптомы и заболевания, не включенные в категорию С, а) которые обусловлены ВИЧ-инфекцией или свидетельствуют о нарушении клеточного иммунитета, или б) течение которых ухудшается или они хуже поддаются лечению на фоне ВИЧ-инфекции. Примерами патологических состояний, отнесенных к категории В, служат бактериальный ангиоматоз; молочница (кандидоз рта и глотки); стойкий, часто рецидивирующий или плохо поддающийся лечению кандидозный вульвовагинит; дисплазия шейки матки (умеренная или тяжелая); рак шейки матки *in situ*; общие симптомы, в том числе лихорадка (38,5°C) или диарея >1 месяца; волосистая лейкоплакия полости рта; опоясывающий лишай (не менее двух эпизодов или поражение больше 1 дерматома); идиопатическая тромбоцитопеническая пурпура; листериоз; воспалительное заболевание органов малого таза (особенно осложненное тубоовариальным абсцессом) и периферическая нейропатия (этими примерами список не исчерпывается).

Источник: U.S. Centers for Disease Control and Prevention. 1992. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. (Центры контроля и профилактики заболеваний США. 1992 год. Уточненная классификация стадий ВИЧ-инфекции, включающая расширенные диагностические критерии СПИДа, для взрослых и подростков, разработанная для проведения эпидемиологического надзора, 1993 год)
MMWR 41(RR-17) <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018179.htm>

Приложение 1-В. Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора (продолжение)

Иммунологическая классификация ВИЧ-инфекции по числу и доле лимфоцитов CD4 у детей разного возраста

Иммунологические категории	<12 мес.	1–5 лет	6–12 лет
	мкл ⁻¹ (%)	мкл ⁻¹ (%)	мкл ⁻¹ (%)
Категория 1. Признаки иммунодефицита отсутствуют	≥1500 (>25)	≥1000 (> 25)	≥500 (>25)
Категория 2. Признаки умеренного иммунодефицита	750–1499 (15–24)	500–999 (15–24)	200–499 (15–24)
Категория 3. Выраженный иммунодефицит	<750 (<15)	<500 (<15)	<200 (<15)

Клиническая классификация ВИЧ-инфекции у детей

КАТЕГОРИЯ N: БЕССИМПТОМНОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых отсутствуют клинические проявления, обусловленные ВИЧ-инфекцией или у которых есть только одно патологическое состояние категории А.

КАТЕГОРИЯ А: ЛЕГКОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых выявлено не менее двух патологических состояний, перечисленных ниже, но нет ни одного состояния категорий В и С.

- Лимфаденопатия (лимфоузлы >0,5 см в более чем двух областях; симметричное двустороннее увеличение лимфоузлов = одна область)
- Гепатомегалия
- Спленомегалия
- Дерматит
- Паротит
- Рецидивирующие или стойкие инфекции верхних дыхательных путей, синусит или средний отит

Приложение 1-В.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора *(продолжение)*

КАТЕГОРИЯ В: УМЕРЕННОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

Дети, у которых выявлены обусловленные ВИЧ-инфекцией симптомы и заболевания, не отнесенные к категориям А и С.

Примеры состояний и заболеваний категории В (список не полный):

- Анемия (<80 г/л), нейтропения (<1000 мкл⁻¹) и тромбоцитопения (<100 000 мкл⁻¹) сохраняющиеся ≥30 дней
- Бактериальный менингит, пневмония или сепсис (единичный эпизод)
- Стойкий (>2 месяцев) кандидоз полости рта и глотки (молочница), у детей старше 6 месяцев
- Кардиомиопатия
- Цитомегаловирусная инфекция, развившаяся у новорожденного (в первый месяц жизни ребенка)
- Рецидивирующая или хроническая диарея
- Гепатит
- Рецидивирующий стоматит, вызванный вирусом простого герпеса (более двух эпизодов в течение года)
- Бронхит, пневмония или эзофагит, вызванные вирусом простого герпеса, у новорожденного (в первый месяц жизни)
- Опоясывающий лишай (либо не менее двух эпизодов, либо с поражением более одного дерматома)
- Лейомиосаркома
- Лимфоидная интерстициальная пневмония (ЛИП) или гиперплазия легочных лимфоузлов
- Нефропатия
- Нокардиоз
- Стойкая лихорадка (более месяца)
- Токсоплазмоз у новорожденного (в первый месяц жизни)
- Диссеминированная форма ветряной оспы (осложненное течение)

Приложение 1-В.

Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора (продолжение)

КАТЕГОРИЯ С: ТЯЖЕЛОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ

- Тяжелые бактериальные инфекции, сочетанные или рецидивирующие (т. е. любое сочетание по крайней мере двух инфекционных заболеваний в течение двух лет, диагноз которых был подтвержден результатами посевов), следующих локализаций: септицемия, пневмония, менингит, инфекция костей или суставов, абсцесс внутреннего органа или любой полости организма (за исключением среднего отита, поверхностных абсцессов кожи и слизистых, а также инфекций, связанных с наличием постоянного катетера).
- Кандидоз пищевода или дыхательных путей (бронхов, трахеи, легких).
- Диссеминированный кокцидиоидомикоз (при наличии любого очага инфекции вне шейных и прикорневых лимфоузлов и легочной ткани).
- Внелегочный криптококкоз.
- Криптоспоридиоз или изоспориаз с диареей длительностью более месяца.
- Цитомегаловирусная инфекция у новорожденного (в течение первого месяца жизни), с поражением любых органов, кроме печени, селезенки или лимфоузлов.
- Энцефалопатия (в отсутствие других заболеваний, способных привести к аналогичным проявлениям), в течение двух и более месяцев наблюдается и прогрессирует по крайней мере один из следующих симптомов: а) задержка психомоторного развития или утрата ранее приобретенных навыков, умственная отсталость (по стандартным шкалам оценки развития или нейропсихологическим тестам); б) задержка развития головного мозга или приобретенная микроцефалия (по данным измерений окружности головы) или атрофия коры головного мозга (детям старше 2 лет показаны регулярные исследования с помощью КТ или МРТ); в) приобретенное симметричное двигательное расстройство, проявляющееся по крайней мере двумя из следующих нарушений: парез, патологические рефлекссы, атаксия или нарушения походки.
- Инфекция, вызванная вирусом простого герпеса: герпетические изъязвления кожи и слизистых, не заживающие в течение месяца, или герпетические бронхит, пневмония, эзофагит любой продолжительности у ребенка старше 1 месяца.
- Диссеминированный гистоплазмоз (с поражением любого органа, кроме легких, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Саркома Капоши.
- Первичная лимфома ЦНС.
- Лимфома Беркитта (лимфома из мелких клеток с нерасщепленными ядрами), или диффузная В-крупноклеточная лимфома (иммунобластная, диффузная гистиоцитарная) или лимфома неизвестного иммунологического фенотипа.
- Диссеминированный или внелегочный туберкулез, вызванный *Mycobacterium tuberculosis*.
- Диссеминированная микобактериальная инфекция, вызванная *Mycobacterium spp.*, кроме *Mycobacterium tuberculosis* (с поражением любого органа, кроме легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Диссеминированная инфекция, вызванная *Mycobacterium avium-intracellulare* или *Mycobacterium kansasii* (вне легких, кожи, прикорневых и шейных лимфоузлов).
- Пневмоцистная пневмония.
- Прогрессирующая мультифокальная лейкоэнцефалопатия.

Приложение 1-В. Классификация ВИЧ-инфекции у детей, разработанная CDC для эпидемиологического надзора (продолжение)

КАТЕГОРИЯ С: ТЯЖЕЛОЕ СИМПТОМАТИЧЕСКОЕ ТЕЧЕНИЕ (продолжение)

- Рецидивирующая септицемия (кроме *Salmonella typhi*).
- Церебральный токсоплазмоз, развившийся у ребенка старше месяца.
- ВИЧ-кахексия (выраженная задержка физического развития ребенка при отсутствии других заболеваний, которые способны вызывать аналогичные симптомы): а) упорная потеря веса на >10% исходного, ИЛИ б) снижение кривой «вес/возраст» с пересечением по крайней мере двух процентилей (например, 95-го, 75-го, 50-го, 25-го, 5-го процентилей) диаграммы у ребенка в годовалом возрасте и старше, ИЛИ в) сохранение в течение 30 дней и более кривой «вес/рост» на уровне 5-го процентиля ПЛЮС а) хроническая диарея (т. е. жидкий стул не реже 2 раз в сутки в течение 30 дней и более), ИЛИ б) постоянная или периодическая лихорадка в течение 30 дней и более (по данным регулярных измерений температуры тела).

Источник: US Centers for Disease Control and Prevention. 1994. "Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age". MMWR (RR-22) (Центры контроля и профилактики заболеваний США, 1994 год. «Уточненная классификация стадий ВИЧ-инфекции у детей младше 13 лет».)

Модуль 1. Упражнения для слушателей

Упражнение 1.2.

Интерактивная игра на закрепление знаний о ВИЧ-инфекции (участвуют 2–4 команды)

Категория 1. Пути передачи ВИЧ

Вопрос	Ответ
Перечислите не менее трех путей передачи ВИЧ.	
Назовите два типа ВИЧ.	
В каких биологических жидкостях отмечается высокая концентрация ВИЧ?	
Каким путем ВИЧ передается в мире чаще всего?	
Какую систему организма атакует ВИЧ, и каковы последствия?	

Категория 2. Профилактика

Вопрос	Ответ
Перечислите основные индивидуальные меры профилактики.	
Универсальные меры предосторожности — это комплекс мероприятий, направленный на снижение риска передачи инфекций между пациентами и медицинскими работниками. Назовите не менее четырех универсальных мер предосторожности.	

Категория 3. Вскармливание

Вопрос	Ответ
Согласно определению ВОЗ, исключительно грудное вскармливание — это вскармливание ребенка только грудным молоком (включая сцеженное), за исключением _____ (заполните пропуск).	
Назовите две причины, почему кормление из чашки предпочтительнее кормления из бутылочки, когда мать выбирает искусственное вскармливание (а не грудное).	
В каком возрасте рекомендуется начинать вводить прикорм (включение в рацион ребенка дополнительных продуктов питания)?	
Назовите две причины, по которым ВИЧ-инфицированные женщины могут предпочесть вскармливанию молочными смесями кормление грудью.	

Категория 4. Тестирование

Вопрос	Ответ
Что определяют при проведении экспресс-теста на ВИЧ?	
Что такое период «окна», и какое значение он имеет для тестирования на ВИЧ?	
Назовите два преимущества экспресс-тестов на ВИЧ (перед ИФА).	

Категория 5. Передача ВИЧ от матери ребенку

Вопрос	Ответ
Если 100 ВИЧ-инфицированных женщин родят 100 детей, сколько детей, согласно статистике, будет инфицировано во время беременности?	
Если 100 ВИЧ-инфицированных женщин родят 100 детей, сколько детей, согласно статистике, будет инфицировано во время родов?	
Если 100 ВИЧ-инфицированных женщин родят 100 детей, сколько детей, согласно статистике, будет инфицировано в процессе грудного вскармливания?	
Назовите два материнских фактора риска, которые повышают вероятность передачи ВИЧ во время беременности.	
Назовите два материнских фактора риска, которые повышают вероятность передачи ВИЧ при грудном вскармливании.	

Категория 6. Лечение, помощь и социальная поддержка

Вопрос	Ответ
Назовите не менее двух мероприятий, которые следует осуществить во время патронажного посещения ВИЧ-инфицированной женщины в послеродовом периоде (в первые 6 недель после родов).	
Назовите один тест, с помощью которого можно выявить ВИЧ у ребенка до года.	
Назовите один из наиболее частых симптомов ВИЧ-инфекции у ребенка до года и старше.	

Категория 7. Профилактика ВИЧ-инфекции в медицинских учреждениях

Вопрос	Ответ
Назовите одно дезинфицирующее средство, инактивирующее ВИЧ.	
Если медицинский работник случайно уколется иглой, которая загрязнена кровью ВИЧ-инфицированного пациента, то какова вероятность заражения ВИЧ? A. 1% B. 5% C. 0,3% D. 20%	
Перечислите две меры предосторожности, снижающие профессиональный риск инфицирования ВИЧ при оказании акушерской помощи.	

Категория 8. Разное

Вопрос	Ответ
СПИД занимает _____ (выберите цифру) место в структуре смертности в Африке. A. 1 B. 2 C. 3 D. 4	
В каком регионе мира эпидемия ВИЧ/СПИДа распространяется наиболее быстро?	
Какова распространенность ВИЧ/СПИДа среди женщин в странах Африки южнее Сахары? A. 78% B. 72% C. 58% D. 48%	
Чем стигмы отличаются от дискриминации?	
Каковы различия между текущей и итоговой оценкой?	



МОДУЛЬ 2. Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка

- ЗАНЯТИЕ 1.** Комплексный подход к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей грудного и младшего возраста
- ЗАНЯТИЕ 2.** Передача ВИЧ от матери ребенку
- ЗАНЯТИЕ 3.** Комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста
- ЗАНЯТИЕ 4.** Роль служб охраны здоровья матери и ребенка в профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Описать комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста.
- Разъяснить вопросы, связанные с передачей ВИЧ от матери ребенку (ПМР).
- Описать четыре элемента комплексного подхода к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста.
- Описать роль служб охраны здоровья матери и ребенка в профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 3

- Элемент 3: Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку
 - Основные данные по местной, национальной и региональной эпидемиологии ПМР
 - Краткие сведения о местной и национальной политике по ППМР, программе ППМР и ее целях
- Элемент 4: Предоставление помощи, лечения и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям
 - Цели местных и национальных программ «ППМР-Плюс»
- Приложения: образцы брошюр для пациентов по методам снижения индивидуального риска (при наличии таких брошюр)



«Карманный справочник» содержит основные положения по темам всех занятий модуля.

ЗАНЯТИЕ 1. Комплексный подход к снижению заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей грудного и младшего возраста

Упражнение 2.1. Дискуссия: местная эпидемиология	
Цель	Изучить статистику Вашего региона по ВИЧ-инфекции и ППМР и обсудить ее значение
Время	10 минут
Инструкции	Изучите статистику по ВИЧ-инфекции и обсудите ее в группе, высказав свое мнение медицинского работника о факторах, способствующих нарастанию эпидемии ВИЧ-инфекции.

Для снижения заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей грудного и младшего возраста необходим комплексный подход, сочетающий четыре следующих элемента.

- Элемент 1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции.
- Элемент 2. Предупреждение нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин.
- Элемент 3. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.
- Элемент 4. Предоставление помощи, лечения и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям.

Определение

ППМР (профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку) — широко используемый термин для программ и мероприятий, направленных на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР).

Центральное место в снижении заболеваемости ВИЧ-инфекцией у детей грудного и младшего возраста занимает обеспечение доступа к комплексу мероприятий по охране здоровья матери и ребенка (дородовой, послеродовой и педиатрической помощи).

Отдельные элементы комплексного подхода подробно рассматриваются на следующих занятиях.

ЗАНЯТИЕ 2. Передача ВИЧ от матери ребенку

Упражнение 2.2. Дискуссия: местная терминология	
Цель	Обменяться терминами, используемыми в местных программах профилактики, лечения и помощи при ВИЧ/СПИДе.
Время	10 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Одного из членов группы попросят рассказать о риске передачи ВИЧ от матери ребенку во время беременности, родов и кормления грудью так, как если бы он рассказывал об этом пациентке.▪ Обсудите слова и выражения, которые будут полезны в беседе с беременными и будут понятны им. Ряд понятий, которые могут быть важны для обсуждения, включает: период «окна», презерватив, ВИЧ, вирус, антиретровирусные препараты, стигма, раскрытие ВИЧ-статуса.▪ Поделитесь с группой известными Вам терминами, которые используются в Вашем регионе для описания ВИЧ-инфекции и людей с ВИЧ.

Более научный термин для ПМР — это вертикальная передача или перинатальная передача инфекции. Большинство случаев заражения детей ВИЧ происходит в результате ПМР.

Термин «ПМР» не накладывает вину или стигму на женщину, у которой родился ВИЧ-инфицированный ребенок. Он не подразумевает злого умысла матери — женщина нередко не знает ни о своем ВИЧ-статусе, ни о риске заражения для ребенка. Использование этого термина не должно затмевать тот факт, что источником инфекции для семьи часто бывает половой партнер женщины.



Загляните в «Карманный справочник»

ПМР может произойти во время:

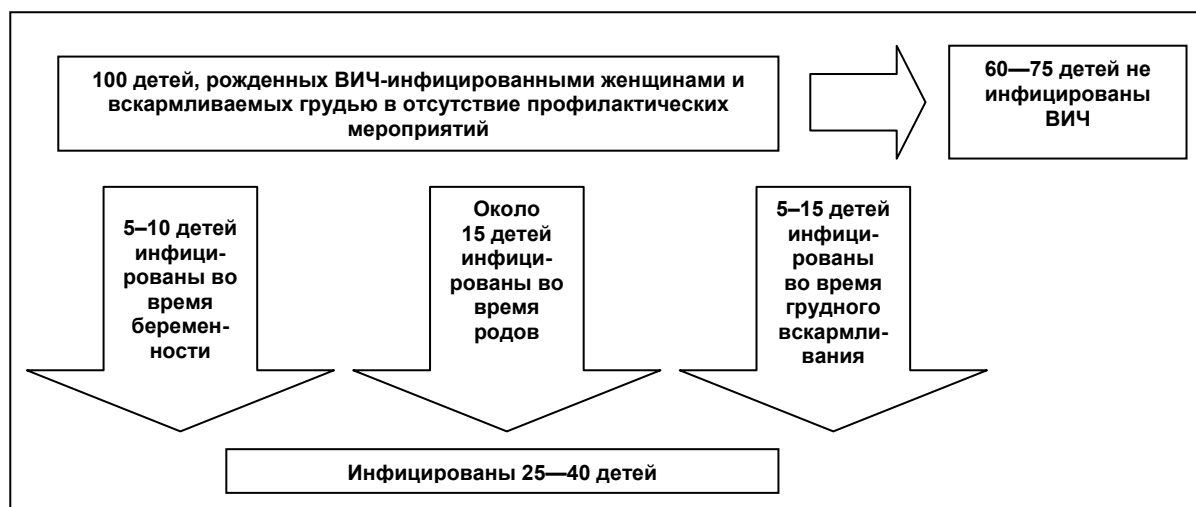
- беременности;
- родов;
- кормления грудью.

Риск передачи ВИЧ в отсутствие профилактических мероприятий

Чаще всего передача ВИЧ происходит во время родов, но грудное вскармливание тоже несет значительный риск передачи ВИЧ, и этот риск зависит от метода и длительности вскармливания.

На рис. 2.1. показано, что в отсутствие профилактических мероприятий (АРВ профилактики и терапии) ВИЧ-инфекция развивается почти у 40% детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами и вскармливаемых грудью.

Рисунок 2.1. Риск ВИЧ-инфекции у младенцев, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями



Примечание: на рисунке 2.1. представлена обобщенная картина — в разных странах и группах населения она может отличаться.

Факторы риска передачи ВИЧ

Известно множество различных факторов, увеличивающих риск передачи ВИЧ от матери ребенку.

- Риск ПМР зависит от целого ряда факторов, связанных с особенностями вируса, состоянием плода, матери и новорожденного, а также акушерскими вмешательствами.
- *Самый главный фактор риска ПМР — концентрация ВИЧ в крови матери (вирусная нагрузка). Наиболее высок риск ПМР при большой вирусной нагрузке, которая часто наблюдается при недавнем заражении ВИЧ и на поздних стадиях СПИДа.*

Среди факторов риска передачи ВИЧ есть как общие для беременности, родов и вскармливания, так и присущие только одному из этих периодов (табл. 2.1).

Таблица 2.1. Материнские факторы повышенного риска передачи ВИЧ

Беременность	Роды	Кормление грудью
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа) ▪ Вирусное, бактериальное или паразитарное заболевание плаценты (например, малярия) ▪ Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП) ▪ Плохое питание матери (косвенная причина) ▪ Потребление наркотиков 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа) ▪ Безводный период до начала родов более 4 часов ▪ Инвазивные вмешательства в родах, увеличивающие контакт ребенка с материнской кровью или другими биологическими жидкостями (эпизиотомия, наложение электродов на головку ребенка и т.п.) ▪ Первый ребенок в многоплодных родах ▪ Хориоамнионит (осложнение нелеченных ИППП или других инфекций) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Высокая вирусная нагрузка у матери (острая стадия ВИЧ-инфекции, поздние стадии СПИДа) ▪ Длительное грудное вскармливание ▪ Ранний перевод на смешанное вскармливание (дополнение грудного молока жидкой или твердой пищей) ▪ Абсцесс молочной железы, трещины сосков, мастит ▪ Плохое питание матери ▪ Заболевания слизистой рта у ребенка (например, молочница, стоматит)

ВИЧ-инфекция и беременность

Беременность сама по себе не влияет на скорость прогрессирования ВИЧ-инфекции и СПИДа. Однако у женщин с ВИЧ/СПИДом повышен риск осложнений беременности, включая риск преждевременных родов.

ЗАНЯТИЕ 3. Комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста

Программы ППМР нередко сводятся к АРВ профилактике, однако комплексный подход к профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста состоит из четырех элементов:

Элемент 1. Первичная профилактика ВИЧ-инфекции

Снижение числа ВИЧ-инфицированных беременных — самый эффективный способ сокращения частоты ПМР. ВИЧ-инфекция не угрожает ребенку, если его родители не инфицированы. Ниже описаны методы первичной профилактики.

Безопасное и ответственное половое поведение

Безопасное и ответственное половое поведение подразумевает — в зависимости от обстоятельств — отказ от раннего начала половой жизни, половое воздержание, снижение числа половых партнеров, использование презервативов. Пропаганда безопасного полового поведения проводится под девизом «Воздержание, верность, презерватив», который подразумевает воздержание от половых сношений, сохранение верности партнеру, не инфицированному ВИЧ, и правильное и постоянное использование презервативов.

По последним данным, у женщин растет число случаев заражения ВИЧ-инфекцией от мужчин-половых партнеров. Это говорит о насущной необходимости обучения людей правилам безопасного секса и изменению полового поведения в целом. Примером полового поведения, которое существенным образом сокращает распространение ВИЧ-инфекции, служит сохранение верности партнеру, не инфицированному ВИЧ.

На изменение поведения, связанного с риском заражения и передачи ВИЧ, направлена стратегия так называемого коммуникативного изменения поведения. В основу этой стратегии положен тот факт, что для изменения поведения одних только знаний недостаточно. Поведение зависит от многих факторов, среди которых влияние семьи, церкви и общества. Коммуникативное изменение поведения направлено на создание таких условий в семье, обществе и здравоохранении, которые бы способствовали изменению поведения людей на более безопасное.

К факторам риска ВИЧ-инфекции у женщин относятся бедность, необразованность, употребление наркотиков, жестокое обращение в семье, насилие со стороны мужчины, имеющего несколько половых партнеров, незащищенные половые контакты (особенно с несколькими половыми партнерами), отказ партнера использовать презерватив.

Для успешной реализации модели «Воздержание, верность, презерватив» — особенно среди молодых женщин — может потребоваться поддержка специальных программ. Медицинские работники могут помочь женщинам придерживаться безопасного полового поведения путем просветительской работы в обществе.

Обеспечение доступа к презервативам

При правильном и постоянном использовании презервативы помогают предотвратить передачу ВИЧ, особенно в условиях высокого риска. Одним из направлений деятельности программ, пропагандирующих использование презервативов для профилактики ВИЧ-инфекции, должно быть использование презервативов для ППМР.

Ранняя диагностика и лечение ИППП

Ранняя диагностика и лечение ИППП позволяет снизить заболеваемость ВИЧ-инфекцией среди населения в целом примерно на 40%. При лечении ИППП представляется возможность проводить просвещение по вопросам ВИЧ-инфекции и ПМР, а также направить пациентов на консультирование и тестирование.

Обеспечение широкого доступа к консультированию и тестированию

Консультирование и тестирование на ВИЧ (КИТ) нужно сделать доступными для всех женщин детородного возраста, поскольку от знания женщиной своего ВИЧ-статуса зависит проведение ППМР.

Консультирование ВИЧ-отрицательных женщин

Консультирование позволяет ВИЧ-отрицательным женщинам узнать о способах профилактики ВИЧ-инфекции у себя и своего ребенка. Оно также стимулирует женщин к безопасному половому поведению, обсуждению вопросов планирования семьи и проведению тестирования у партнера.

Упражнение 2.3. Игра «ИППП — рукопожатие»	
Цель	Изучить распространение ВИЧ и ИППП у людей, имеющих несколько половых партнеров, использующих и не использующих презервативы.
Время	30 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Возьмите листок бумаги из корзинки, но не смотрите, что на нем написано.▪ Подойдите к трем коллегам по группе и пожмите им руки. Важно, чтобы Вы запомнили тех, кому пожали руки.▪ После этого вернитесь на свое место и разверните листок.▪ В зависимости от того, что написано на листке, ведущий попросит Вас и людей, которым Вы пожали руки, встать или сесть.▪ Повторите все снова в соответствии с указаниями ведущего.

Элемент 2. Предупреждение нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин

При соответствующей поддержке женщины, знающие о своей ВИЧ-инфекции, могут избежать нежелательных беременностей. Это позволяет сократить число детей, которым угрожает ПМР.

Во всем мире из-за быстрого распространения ВИЧ-инфекции доступность эффективной контрацепции и услуг по планированию семьи становится важной как никогда. Большинство женщин в странах с ограниченными ресурсами не знают о своем ВИЧ-статусе. Доступность консультирования по вопросам планирования семьи и охват им женщин, которые знают о своей ВИЧ-инфекции или подозревают ее, а также их партнеров, имеет первостепенное значение в предупреждении нежелательных беременностей. Консультирование позволяет также обсудить смежные вопросы, касающиеся текущих или будущих рисков, и является необходимым условием снижения материнской и детской заболеваемости и смертности.

- *Эффективное планирование семьи позволяет избежать нежелательных беременностей и помочь ВИЧ-инфицированным женщинам сохранить свое здоровье и позаботиться о своей семье.*

- Безопасная и эффективная контрацепция и высококачественное консультирование по вопросам репродуктивного здоровья создают предпосылки для информированного принятия решений о беременности.

Элемент 3. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Под ППМР обычно понимают специальные программы, направленные на выявление ВИЧ-инфицированных беременных и проведение у них мероприятий по снижению риска ПМР.

Элемент 3 этого модуля содержит краткий обзор ППМР. Подробно мероприятия ППМР обсуждаются в Модуле 3.

К мероприятиям по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку относятся КИТ, антиретровирусная (АРВ) профилактика и терапия, безопасные родоразрешение и вскармливание. Под *АРВ профилактикой* понимают назначение АРВ препаратов беременной и ребенку с целью предотвращения ПМР.

Примечание. В данном учебном курсе рассматривается помощь женщинам, инфицированным ВИЧ-1. Информация о ППМР у женщин, инфицированных ВИЧ-2, приведена в *Приложении 2-А*.



Загляните в «Карманный справочник»

Основные мероприятия ППМР

- Консультирование и тестирование на ВИЧ.
- АРВ терапия и АРВ профилактика.
- Безопасное родоразрешение.
- Безопасное вскармливание.

Что дают эти мероприятия

- Выявляются ВИЧ-инфицированные женщины.
- Снижается вирусная нагрузка у беременной.
- Сокращается риск передачи ВИЧ ребенку во время родов.
- Снижается риск передачи ВИЧ ребенку при вскармливании.

Пути снижения риска ПМР

- Консультирование и тестирование на ВИЧ
- Антиретровирусная терапия и профилактика
- Плановое кесарево сечение (если оно безопасно и выполнимо)
- Безопасное родоразрешение
- Консультирование по безопасному вскармливанию ребенка
- По желанию женщины, раннее прерывание беременности, если это безопасно и не противоречит закону

В развитых странах, в которых ВИЧ-инфицированные женщины получают трехкомпонентную АРВ терапию и не кормят ребенка грудью, а плановое кесарево сечение безопасно, осуществимо и часто выполняется, частота ПМР сократилась примерно до 2%.

АРВ профилактика позволяет сократить частоту ПМР на 40—70%. Результаты лучше (близки к 70%), когда женщины не кормят грудью, так как существующие схемы АРВ профилактики предотвращают передачу ВИЧ только в начале грудного вскармливания. В настоящее время проходят исследования, которые покажут — позволяет ли АРВ профилактика сократить риск передачи ВИЧ на протяжении всего периода вскармливания.



Загляните в «Карманный справочник»

Привлечение партнера к ППМР

Мероприятия ППМР следует максимально расширять, они должны показывать, что ответственность за профилактику передачи ВИЧ несет не только мать, но и отец.

- Оба родителя должны знать о важности безопасного полового поведения во время беременности и грудного вскармливания.
- Оба родителя должны пройти консультирование и тестирование на ВИЧ.
- Оба родителя должны знать о ППМР и участвовать в ее мероприятиях.

Значение АРВ профилактики для матери

АРВ профилактика во время беременности не оказывает длительного воздействия на ВИЧ-инфекцию у самой женщины. Беременные с поздними стадиями ВИЧ-инфекции нуждаются в комбинированной АРВ терапии для снижения риска развития СПИД-индикаторных заболеваний. С ростом доступности лечения, предоставление АРВ профилактики и терапии станет взаимосвязанным.

Элемент 4. Предоставление лечения, помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям

Программы профилактики ВИЧ-инфекции у детей позволяют выявить большое число ВИЧ-инфицированных женщин, требующих особого внимания. Медицинская помощь и социальная поддержка, предоставляемые женщинам с ВИЧ/СПИДом, важны как для их собственного здоровья, так и для будущего их детей и семей.

Если женщина узнает, что ей, а также ее ребенку и партнеру будут предоставлены необходимое лечение и помощь, она охотнее согласится пройти консультирование и тестирование на ВИЧ и — если она окажется ВИЧ-положительной — выполнять рекомендации по ППМР.

Важно установить и укрепить связи между программами помощи и лечения и службами поддержки, чтобы обеспечить долговременную помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и их семьям.



Загляните в «Карманный справочник»

Лечение, помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных женщин

В число мероприятий для ВИЧ-инфицированных женщин входят:

- АРВ терапия;
- профилактика и лечение оппортунистических инфекций;
- симптоматическая терапия;
- поддержка по вопросам питания;
- помощь в охране репродуктивного здоровья, включая помощь в планировании семьи и консультирование;
- психосоциальная и общественная поддержка;
- паллиативная помощь.

Помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных детей

У детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, повышен риск заболеваний и истощения. Причин тому несколько.

- Они могут быть ВИЧ-инфицированы и потому заболевают даже при правильном питании и уходе.
- Дети на искусственном вскармливании лишены защиты от кишечных, респираторных и других инфекций и заболеваний, которую обеспечивает грудное молоко.
- Они могут получать плохой уход из-за болезни матери.
- Их семьи могут быть материально незащищенными из-за обусловленных СПИДом нетрудоспособности или смерти кормильца.

Помощь в вопросах питания ВИЧ-инфицированного ребенка

- Поддержите мать в выбранном ею методе вскармливания.
- Обучите мать правилам возмещения потерь жидкости у ребенка и первым мерам помощи ребенку при диарее.
- Наблюдайте за физическим и психическим развитием ребенка.
- Выявляйте признаки инфекций, которые могут нарушать питание ребенка.

Дети грудного и младшего возраста, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в регулярных — особенно в первые 2 года жизни — профилактических осмотрах, включающих вакцинацию, тестирование на ВИЧ и регулярную оценку питания, физического и психического развития. (См. Модуль 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой».)

ЗАНЯТИЕ 4. Роль служб охраны здоровья матери и ребенка в профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста

Службы охраны здоровья матери и ребенка

ВИЧ-инфекция — одна из самых серьезных проблем в области охраны здоровья беременных и новорожденных во многих развивающихся странах. Программы ППМР должны стать обязательной частью охраны здоровья матери и ребенка.

Охрана здоровья матери и ребенка включает в себя широкий ряд просветительских и медицинских мероприятий, помогающих матерям, их детям и семьям сохранить здоровье. *Все четыре элемента комплексной программы ППМР важны, однако главное место в ней занимает дородовая помощь, так как именно она открывает женщинам доступ к этим программам.* Программы охраны здоровья матери и ребенка содействуют ППМР, предоставляя:

- необходимую дородовую помощь;
- помощь в планировании семьи;
- АРВ терапию и профилактику;
- безопасное родовспоможение;
- консультирование и поддержку по выбранному матерью методу вскармливания.

Включение мероприятий ППМР в работу существующих служб охраны здоровья матери и ребенка принесет пользу всем матерям и детям. Многие элементы программ ППМР идут параллельно инициативам, которые разрабатываются или уже действуют в рамках качественной дородовой помощи, и дополняют их (например, инициативы «Безопасное материнство», «Больницы, дружественные ребенку», «Вскармливание ребенка» и «Спасение жизни новорожденным»).

Службы комплексной охраны здоровья матери и ребенка

- Исходят из того, что лучший способ профилактики ВИЧ-инфекции у детей — это первичная профилактика ВИЧ-инфекции у их родителей.
- Информировать ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом о методах предохранения от нежелательной беременности.
- Консультируют по раннему выявлению и лечению ИППП.
- Консультируют по вопросам ППМР.
- Объединяют медицинские и социальные службы и направляют в них пациентов. В задачи этих служб входят:
 - консультирование и тестирование на ВИЧ;
 - помощь по вопросам питания и вскармливания;
 - АРВ терапия;
 - психосоциальная и духовная поддержка (например, группы взаимопомощи, объединяющие ВИЧ-инфицированных женщин);
 - симптоматическая терапия;
 - паллиативная помощь;
 - материальная помощь.
- Обучают пациенток распознавать симптомы оппортунистических инфекций и предотвращать их.
- Обучают пациенток распознавать признаки побочного действия АРВ препаратов.
- Пропагандируют приверженность АРВ терапии.
- Обучают пациенток распознавать ранние проявления ВИЧ-инфекции у ребенка.

Включение ППМР в работу служб охраны здоровья матери и ребенка

Эффективное использование мероприятий ППМР в работе служб охраны здоровья матери и ребенка способствует улучшению помощи матерям, их детям и семьям.

- Медицинская и психосоциальная помощь, предоставляемая матери после родов, помогает ей сохранить здоровье.
- Службы охраны здоровья матери и ребенка проводят наблюдение за физическим и психическим развитием ребенка, обеспечивают помощь по вскармливанию, вакцинацию, раннее тестирование на ВИЧ. ВИЧ-инфицированным детям предоставляется дополнительная помощь, включая АРВ терапию.
- Службы охраны здоровья матери и ребенка предлагают членам семьи социальную поддержку, КИТ, направляют их в общественные программы поддержки и помогают преодолевать стигмы.

Программа ППМР

Комплексная программа ППМР обеспечивает долговременную и исчерпывающую помощь матери и ребенку.

Эта помощь начинается с обучения девочек-подростков первичной профилактике инфекций и включает предоставление лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам и их семьям.

Программы ППМР гарантируют женщинам обучение и помощь по снижению риска ПМР во время беременности, родов и вскармливания. Они оказывают поддержку матери и ребенку, которая особенно важна в критические периоды физического и психического развития ребенка. Комплексный подход обеспечивает связи с действующими общественными организациями и в конечном счете охватывает весь спектр задач, стоящих перед профилактикой и лечением ВИЧ-инфекции и ведением пациентов.

Модуль 2. Тезисы

- Для профилактики ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста необходим комплексный подход.
- Комплексный подход к ППМР включает 4 элемента
 - Первичная профилактика ВИЧ-инфекции.
 - Предупреждение нежелательных беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин.
 - Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку.
 - Предоставление лечения, ухода и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и семьям..
- В отсутствие профилактических мероприятий риск ПМР составляет 25—40%.
- Комплекс профилактических мероприятий позволяет снизить риск ПМР у кормящих женщин на 40%.
- АРВ профилактика не обеспечивает лечения ВИЧ-инфекции у матери, поэтому женщины нуждаются в дальнейшем долговременном лечении и поддержке.
- Службы охраны здоровья матери и ребенка могут быть отправной точкой в предоставлении комплекса услуг по лечению, помощи и поддержке ВИЧ-инфицированным женщинам и членам их семей.
- Связи с общественными организациями способствуют улучшению помощи, лечения и поддержки ВИЧ-инфицированным.

ПРИЛОЖЕНИЕ 2-А.

ППМР у женщин, инфицированных ВИЧ-2

Женщины, инфицированные ВИЧ-2, должны получать во время беременности, родов и в послеродовом периоде тот же объем помощи и те же направления в другие службы, что и женщины, инфицированные ВИЧ-1. Женщинам, инфицированным ВИЧ-2, следует предлагать пройти короткий курс АРВ профилактики ПМР согласно национальным и местным рекомендациям (если такие рекомендации существуют).

Основные сведения о инфекции, вызываемой ВИЧ-2 (приводятся по данным CDC на октябрь 1998 г.).

- Инфекция, вызванная ВИЧ-2, встречается преимущественно в Восточной Африке.
- Инфекция, вызванная ВИЧ-2, по сравнению с ВИЧ-1-инфекцией :
 - передается теми же путями;
 - тоже приводит к развитию СПИДа;
 - сопровождается сходными оппортунистическими инфекциями;
 - по-видимому, реже передается от матери ребенку;
 - прогрессирует медленнее и протекает не так тяжело.
- Тестирование на ВИЧ-1 и ВИЧ-2 рекомендуется в следующих случаях:
 - в обслуживаемой популяции встречается ВИЧ-2;
 - симптомы ВИЧ-инфекции (например, оппортунистические инфекции) развились у человека с отрицательным результатом теста на ВИЧ-1;
 - иммуноблоттинг на ВИЧ-1 дал неопределенный результат.
- Оптимальная тактика лечения инфекции, вызванной ВИЧ-2, пока не установлена, однако необходимо учитывать ряд фактов.
 - Ненуклеозидные ингибиторы обратной транскриптазы (ННИОТ), в частности невирапин, не эффективны против ВИЧ-2. Поэтому беременным и новорожденным для снижения риска ПМР рекомендуется зидовудин (особенно если заражение матери произошло во время беременности).
 - Эффективность терапии оценивать труднее, чем у женщин, инфицированных ВИЧ-1. В качестве ее показателей в настоящее время используют число лимфоцитов CD4 и клинические проявления иммунодефицита.
 - Необходимо учитывать желания пациентки: медицинский работник должен открыто обсудить с женщиной принятую тактику и методы лечения и помочь ей принять решение, которое будет для нее приемлемым.
 - Необходимо провести подробное эпидемиологическое расследование случая заражения ВИЧ-2.

Вскармливание

Женщинам, инфицированным ВИЧ-2, советуют следовать национальным и местным рекомендациям по вскармливанию, разработанным для женщин, инфицированных ВИЧ-1.



МОДУЛЬ 3. Мероприятия ППМР

ЗАНЯТИЕ 1. Антиретровирусная терапия и профилактика для ППМР

ЗАНЯТИЕ 2. Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

ЗАНЯТИЕ 3. Родовспоможение у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом

ЗАНЯТИЕ 4. Ранняя послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

ЗАНЯТИЕ 5. Неонатальная помощь детям, рожденным матерями с положительным или неизвестным ВИЧ-статусом

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Перечислить мероприятия по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР).
- Перечислить рекомендуемые и доступные в его регионе схемы применения АРВ препаратов.
- Рассказать о компонентах дородовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Разъяснить особенности родовспоможения у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Разъяснить особенности послеродовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом.
- Объяснить, в чем заключается первая помощь новорожденным при неизвестном или положительном ВИЧ-статусе у матери.

Перечень стандартов для включения в национальный план подготовки по ППМР

Занятие 1

- Национальные стандарты и рекомендации по антиретровирусной терапии и профилактике для ППМР

Занятие 2

- Национальные рекомендации по дородовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам
- Требования по соблюдению конфиденциальности в ходе дородовой помощи и ППМР и по ведению записей о ВИЧ-статусе пациентки в ее медицинской карте (если эти требования не включены в национальные рекомендации)

Занятие 3

- Национальные стандарты родовспоможения у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом
- Национальные стандарты по консультированию и тестированию на ВИЧ во время родов

Занятие 4

- Национальные рекомендации по ранней послеродовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Занятие 5

- Национальные рекомендации по первой помощи новорожденным при неизвестном или положительном ВИЧ-статусе у матери



Карманный справочник содержит основные сведения по темам всех занятий модуля.

ЗАНЯТИЕ 1. Антиретровирусная терапия и профилактика для предотвращения ПМР

АРВ терапия – длительный курс АРВ препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа у матери и предотвращения ПМР.

АРВ профилактика – короткий курс АРВ препаратов для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.

АРВ терапия

Целый ряд схем применения АРВ препаратов снижает риск ПМР как у кормящих, так и не кормящих женщин. Эти схемы снижают риск и предотвращают ПМР благодаря следующим механизмам: подавление репликации вируса и снижение вирусной нагрузки у матери, а также непосредственная защита ребенка от ВИЧ во внутриутробном периоде и после рождения. АРВ препараты эффективны как для лечения ВИЧ-инфекции у матери, так и для профилактики ПМР.

ВИЧ-инфицированные беременные, которым АРВ терапия показана по состоянию здоровья, должны ее получать согласно клиническим рекомендациям ВОЗ. Во время беременности АРВ терапия, если имеются к ней показания, улучшает здоровье матери и снижает риск передачи ВИЧ ребенку.

Показания к АРВ терапии (стадии ВИЧ-инфекции см. в приложении 1-А)

Если есть возможность подсчета лимфоцитов CD4, рекомендуется выяснить их исходное число и назначать АРВ терапию в следующих случаях:

- **стадия IV по классификации ВОЗ, независимо от числа лимфоцитов CD4;**
- **стадия III по классификации ВОЗ** (к ее критериям относятся ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, туберкулез легких, рецидивирующие бактериальные инфекции, рецидивирующий или хронический кандидоз слизистых) **с использованием в качестве вспомогательного критерия числа лимфоцитов $CD4 < 350 \text{ мкл}^{-1 2}$**
- **Стадия I или II по классификации ВОЗ, если число лимфоцитов $CD4 \leq 200 \text{ мкл}^{-1 3}$**

Если нет возможности определить число лимфоцитов CD4, рекомендуется назначать АРВ терапию в следующих случаях:

- **стадия IV по классификации ВОЗ, независимо от общего числа лимфоцитов;**
- **стадия III по классификации ВОЗ** (к ее критериям относятся ВИЧ-кахекия, хроническая диарея неясной этиологии, длительная лихорадка неясной этиологии, туберкулез легких,

² При определении показаний к немедленному началу АРВ терапии рекомендуется учитывать число лимфоцитов CD4. Например, туберкулез легких возможен при любом числе лимфоцитов CD4, а другие клинические критерии (хроническая диарея, длительная лихорадка и др.) могут быть вызваны другими, не связанными с ВИЧ, причинами.

³ Пока не ясно, показана ли АРВ терапия при числе лимфоцитов $CD4 > 200 \text{ мкл}^{-1}$ и, если показана, то при каком именно.

рецидивирующие бактериальные инфекции, рецидивирующий или хронический кандидоз слизистых), независимо от общего числа лимфоцитов⁴;

- стадия II по классификации ВОЗ, если общее число лимфоцитов CD4 ≤ 1200 мкл⁻¹⁵

АРВ терапия по время беременности

Женщинам, у которых ВИЧ-инфекция диагностирована во время беременности и есть показания к АРВ терапии, лечение желателно начинать как можно раньше. Во избежание нежелательного воздействия на плод АРВ терапию можно отложить до II триместра. Однако у тяжелобольных женщин лечение нужно начинать сразу, так как его польза перевешивает риск для плода. Антиретровирусный препарат ифавиренц считается тератогенным и в I триместре беременности не применяется; женщинам детородного возраста этот препарат назначают только на фоне надежной контрацепции. Рекомендации по применению АРВ препаратов у женщин детородного возраста, включая беременных, приведены в приложении 3-В.

Беременные, получающие АРВ терапию

Беременные, получающие АРВ терапию, нуждаются в постоянном наблюдении и помощи в рамках местной программы по ВИЧ/СПИДу. При сопутствующем туберкулезе требуется дополнительное лечение; во избежание побочных эффектов, которые возможны при сочетании АРВ препаратов и противотуберкулезных средств, эти женщины нуждаются в более пристальном наблюдении.

АРВ профилактика

Женщинам, которые не нуждаются в лечении (т.е. женщинам, у которых нет перечисленных выше показаний к АРВ терапии), а также женщинам, у которых нет возможности получить АРВ терапию, предлагают пройти АРВ профилактику ПМР. Существует несколько эффективных схем АРВ профилактики, и выбирая одну из них, нужно учитывать ее активность, безопасность, обоснованность и доступность, а также наличие лекарственной устойчивости. Полный перечень схем АРВ профилактики приводится в приложении 3-А.

Схема АРВ профилактики ПМР первого ряда

Зидовудин с 28-й недели беременности (если беременная обратилась позже, начать курс как можно раньше) и каждые 3 ч до окончания родов, а также невирапин однократно в начале родов для матери. Невирапин однократно и недельный курс зидовудина — ребенку.

⁴ Рекомендация начинать АРВ терапию у всех пациентов со стадией III независимо от общего числа лимфоцитов основана на едином мнении специалистов. В условиях крайне ограниченных ресурсов такая рекомендация позволит расширить доступ к АРВ терапии для пациентов клинических служб и программ лечения туберкулеза. Поскольку у взрослых и подростков со стадией III число лимфоцитов CD4 может быть выше 200 мкл⁻¹, некоторым из них АРВ терапия будет назначена до того, как число лимфоцитов снизится до 200 мкл⁻¹. Однако, если число лимфоцитов CD4 определить нельзя, специалисты считают раннее начало АРВ терапии оправданным.

⁵ Если определить число лимфоцитов CD4 нельзя и есть клинические проявления ВИЧ-инфекции, в качестве показания к началу терапии можно использовать общее число лимфоцитов $\square 1200$ мкл⁻¹. У пациентов с бессимптомным течением инфекции общее число лимфоцитов не имеет значения. Таким образом, если определение числа лимфоцитов CD4 недоступно, пациентам с бессимптомным течением ВИЧ-инфекции (стадия I по классификации ВОЗ) АРВ терапию не назначают, поскольку другого надежного критерия для условий с ограниченными ресурсами пока нет.

Информация о препаратах

Зидовудин

- При приеме внутрь быстро и полностью всасывается.
- Обычно хорошо переносится ребенком (включая внутриутробный период).
- Возможна легкая анемия, но обычно она проходит с отменой препарата.
- Можно принимать натощак или с пищей .

Невирапин

- При приеме внутрь всасывается быстро и полностью, легко проникает через плаценту.
- Большой период полувыведения препарата благоприятен для ребенка.
- Можно принимать натощак или с пищей.

Ламивудин

- При приеме внутрь быстро и полностью всасывается.
- Хорошо сочетается с другими препаратами, которые используются для лечения связанных с ВИЧ-инфекцией заболеваний.
- Можно принимать натощак или с пищей.

Рекомендации ВОЗ по продленным схемам профилактики

До недавних пор главное место в рекомендациях по ППМР занимал короткий курс профилактики (в условиях ограниченных ресурсов, например, короткий курс зидовудина или невирапина). В последних рекомендациях ВОЗ (2004 г.) предпочтение отдается продленным комбинированным схемам профилактики, а короткие схемы оставлены на случаи, когда продленная профилактика невозможна или не была предоставлена.

ЗАНЯТИЕ 2. Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Дородовая помощь

Дородовая помощь способствует сохранению здоровья женщины и благополучия семьи. Учитывая быстрое распространение ВИЧ-инфекции в мире, возможность ВИЧ-инфекции следует иметь в виду у каждой беременной.

Службы дородового наблюдения — это основной источник медицинской помощи для женщин детородного возраста. Включив ППМР в обязательный набор услуг дородовой помощи, можно улучшить медицинское обслуживание беременных и тем самым исходы беременностей в целом.

Данное занятие посвящено включению мероприятий ППМР в программы дородовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом.

Мероприятия дородовой помощи позволяют снизить риск ПМР. Хорошее медицинское обслуживание помогает ВИЧ-инфицированным женщинам дольше сохранять здоровье и лучше ухаживать за своими детьми. Известно, что в случае преждевременной смерти матери дети подвержены более высокой заболеваемости и смертности.

Для успешного выполнения программ ППМР дородовая помощь должна включать в себя ряд компонентов.

- Санитарно-просветительская работа.
- Просвещение по вопросам безопасного полового поведения и ВИЧ-инфекции.
- Консультирование и тестирование на ВИЧ.
- Консультирование и тестирование на ВИЧ партнера.
- Мероприятия по снижению риска ПМР.
- Консультирование по вопросам вскармливания и поддержка безопасного материнства, включая лечение малярии и туберкулеза в программе «Безопасное материнство».
- Диагностика и лечение инфекций, передающихся половым путем (ИППП).

Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам

Дородовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам включает полный набор услуг, оказываемых всем беременным. Однако при ВИЧ-инфекции требуется дополнительная акушерская и терапевтическая помощь (табл. 3.1).

В условиях ограниченных ресурсов ВИЧ-инфекция у женщин детородного возраста представляет собой сложную проблему. Первый шаг на пути к надлежащему лечению, помощи и поддержке, включая АРВ профилактики, — это выяснение ВИЧ-статуса женщины. Доступность экспресс-тестирования позволяет женщинам пройти тестирование и получить его результат уже при первом обращении за дородовой помощью. Когда ВИЧ-статус

известен, определяются показания к АРВ терапии и, в зависимости от них, женщине предлагается пройти лечение или профилактику.

Бывает, что тестирование недоступно, или женщина от него отказывается, и ее ВИЧ-статус остается неизвестным. Таких женщин относят в группу риска ПМР и предоставляют им соответствующее дородовое консультирование. Женщин с неизвестным ВИЧ-статусом нужно информировать о пользе, которую им принесет выяснение ВИЧ-статуса, и о возможности пройти тестирование при следующих визитах в службу дородовой помощи.

Профилактика оппортунистических инфекций

Профилактика оппортунистических инфекций позволяет снизить число инфекционных осложнений и смертность у ВИЧ-инфицированных беременных. Она позволяет также снизить риск патологии беременности, включая преждевременные роды, при которых возрастает риск ПМР.

Туберкулез — ведущая причина смертности ВИЧ-инфицированных, поэтому его профилактика, диагностика и лечение особенно важны. Информация о туберкулезе приводится в приложении 7-А.

Медицинские работники должны уделять особое внимание симптомам оппортунистических инфекций и следовать протоколам их профилактики. В приложении 7-С даны рекомендации по профилактике пневмоцистной пневмонии.

Диагностика и ведение связанных с ВИЧ заболеваний

Связанные с ВИЧ заболевания повышают риск ПМР. Для выявления симптомов прогрессирования ВИЧ/СПИДа женщин необходимо наблюдать.

Рецидивирующие и хронические инфекции

ВИЧ-инфицированные женщины подвержены различным инфекционным заболеваниям, их лечение можно проводить в соответствии с местными протоколами. В числе этих инфекций:

- туберкулез;
- инфекции мочевых путей;
- респираторные инфекции;
- рецидивирующий кандидозный вагинит;
- малярия.

Психосоциальная и общественная поддержка

Беременность — это трудный период для женщины, поэтому бывает важно оценить, достаточную ли поддержку она получает со стороны семьи и друзей. ВИЧ-инфицированные женщины имеют дополнительные основания для опасений о своем здоровье и здоровье ребенка, кроме того, они нередко беспокоятся, что об их ВИЧ-статусе станет известно кому-либо еще. Необходимо направлять женщин в группы взаимопомощи и организации, оказывающие поддержку людям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

Таблица 3.1. Обязательный набор мероприятий комплексной дородовой помощи
Сбор анамнеза: общий клинический и акушерский анамнез, психосоциальный анамнез, лекарственный анамнез, аллергические реакции, прием средств альтернативной медицины (в частности, фитопрепаратов).
Осмотр и физикальное исследование: выявление симптомов СПИДа, туберкулеза, малярии, ИППП и других заболеваний.
Гинекологический осмотр: включая осмотр в зеркалах и бимануальное исследование (если есть условия для такого осмотра).
Лабораторные исследования: анализ крови для выявления анемии, серодиагностика сифилиса; тестирование на ВИЧ по доступным в стране методикам и принятому протоколу информированного согласия; если женщина ВИЧ-положительна, по возможности определить число лимфоцитов CD4 и провести ПЦР на РНК ВИЧ (измерение вирусной нагрузки для оценки эффекта АРВ терапии).
Вакцинация против столбняка: при необходимости.
Оценка питания и консультирование: назначение препаратов железа и фолиевой кислоты, выявление анемии, оценка калорийности и полноценности рациона, выполнимые рекомендации по коррекции рациона с учетом доступных продуктов питания.
Скрининг ИППП: оценка риска ИППП. Диагностика и раннее лечение согласно протоколам. Консультирование по вопросам ИППП (включая симптомы и повышенный риск передачи ВИЧ). Обучение мерам профилактики передачи инфекций и повторного заражения.
Профилактика оппортунистических инфекций: проводится согласно принятым в стране протоколам.
Скрининг и лечение других инфекций: скрининг и лечение всех распространенных на данной территории бактериальных, грибковых и паразитарных заболеваний, включая гельминтозы. Лечение герпеса, кандидоза, пневмоцистной пневмонии и прочих СПИД-индикаторных оппортунистических инфекций.
Туберкулез — ведущая причина смертности у ВИЧ-инфицированных. Все женщины, обратившиеся за дородовой помощью, у которых кашель сохраняется более 2 недель, должны быть обследованы на туберкулез независимо от их ВИЧ-статуса. Для ВИЧ-инфицированных женщин, беременных и женщин, получающих АРВ терапию, существуют специальные протоколы лечения туберкулеза.
Малярия служит причиной высокой материнской и детской заболеваемости и смертности и повышает риск ПМР (из-за инфекционного процесса в плаценте). В эндемических районах необходима профилактика малярии, выявление острых случаев, активное и своевременное лечение. Рекомендуется использовать инсектициды и прикрывать кровати москитными сетками.
АРВ профилактика во время беременности: проводится согласно национальному протоколу ППМР.
АРВ терапия во время беременности: если есть показания, направить на лечение согласно национальным протоколам.
Консультирование по вопросам вскармливания: все женщины нуждаются в консультировании и поддержке по вскармливанию ребенка. Если ВИЧ-статус женщины неизвестен, рекомендовать и поощрять исключительно грудное вскармливание. ВИЧ-инфицированным женщинам рекомендовать искусственное вскармливание, если оно доступно, приемлемо, осуществимо и безопасно; в противном случае рекомендовать исключительно грудное вскармливание с ранним отнятием от груди.
Консультирование по опасным симптомам патологии беременности: проинструктировать женщину о возможных симптомах осложнений беременности (кровотечение, лихорадка, преэклампсия) и необходимости срочного обращения к врачу в случае их появления.
Консультирование по опасным симптомам ВИЧ/СПИДа: проинструктировать женщину о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении признаков прогрессирования ВИЧ-инфекции (оппортунистических инфекций, хронической упорной диареи, кандидоза, лихорадки, потери веса). При необходимости направить женщину в программы лечения СПИДа, если такие программы доступны.
Партнеры и семья: стресс, вызванный ВИЧ-инфекцией, и отсутствие поддержки могут ускорить прогрессирование ВИЧ-инфекции. Следует направлять женщин, их партнеров и членов семьи в группы взаимопомощи и общественные организации, предоставляющие поддержку.
План эффективной контрацепции: проинструктировать о необходимости постоянного использования презервативов во время беременности, после родов и в период кормления грудью, чтобы избежать новых инфекций, повторного заражения и передачи инфекции другим людям. Провести консультирование по долговременному планированию семьи, по возможности, пригласив на него партнера женщины.

Упражнение 3.1. Дородовая помощь: ситуационные задачи	
Цель	Изучить национальные и местные стандарты дородовой помощи и ППМР Изучить мероприятия дородовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам
Время	25 минут
Инструкции	<p>Часть 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ В течение нескольких минут ознакомьтесь с национальными и местными стандартами дородовой помощи и ППМР. ▪ Изучите написанные на карточке ключевые положения. ▪ Обменяйтесь с членами группы мнениями о том, насколько эти стандарты применимы в ваших лечебных учреждениях. <p>Часть 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Прочитайте две ситуационные задачи по дородовой помощи и обдумайте ответы на вопросы. ▪ Выскажите о сходстве и различиях этих двух ситуаций и ситуаций, с которыми Вам приходилось сталкиваться на работе. ▪ Расскажите о трудностях в связи с ВИЧ и ППМР, с которыми Вам пришлось столкнуться при оказании дородовой помощи.

Ситуационная задача 1

Селма, незамужняя женщина 22-х лет, впервые обратилась в женскую консультацию на 24-й неделе беременности. Проведенное в тот же день тестирование на ВИЧ дало положительный результат. Селма прошла послетестовое консультирование и намерена привести на тестирование своего партнера. У Селмы это первая беременность, в настоящее время срок 28 недель.

Какие мероприятия дородовой помощи необходимо провести?

Ситуационная задача 2

Вы работаете акушеркой в женской консультации. У Луизы, Вашей пациентки, беременность сроком 30 недель. Когда Вы спросили Луизу о ее планах на роды, она сказала, что собирается рожать дома. По словам Луизы, это у нее третий ребенок, и хотя она ВИЧ-инфицирована, беременность (как и прежние две) протекает легко. Вы видите, что женщина решительно настроена рожать дома.

Что Вы скажете Луизе?

Что можно сделать для решения задач дородовой помощи и ППМР в случае родов на дому? Каковы Ваши следующие шаги?

ЗАНЯТИЕ 3. Родовспоможение у ВИЧ-инфицированных женщин и женщин с неизвестным ВИЧ-статусом

У значительного числа ВИЧ-инфицированных беременных дети заражаются ВИЧ во время родов. Снизить риск ПМР можно, соблюдая правила родовспоможения, направленные на сокращение контакта плода с кровью и другими биологическими жидкостями матери.

Мероприятия, позволяющие снизить риск ПМР:

Проводить АРВ терапию и АРВ профилактику в родах согласно национальным протоколам

- Продолжать АРВ терапию (АРВ профилактику) или начать АРВ профилактику в родах с целью снижения вирусной нагрузки у матери и защиты ребенка.

Строго выполнять меры профилактики инфекций у всех пациенток

- Предпринимать универсальные меры предосторожности, включая использование защитных средств, безопасное обращение с острыми инструментами, стерилизацию оборудования, безопасное удаление отходов.

(Подробнее см. *Модуль 8 «Безопасность и помощь на рабочем месте»*.)

Не осматривать шейку матки без крайней необходимости

- Выполнять осмотр шейки матки только при крайней необходимости, обязательно соблюдая правила асептики.

Избегать затяжных родов

- Для ускорения родов использовать окситоцин, если это уместно.
- Для оценки показаний к акушерским вмешательствам использовать неинвазивный мониторинг состояния плода.

Избегать амниотомии

- Для оценки родовой деятельности использовать партограмму.
- Проводить амниотомию только при необходимости.

Избегать лишней травматизации в родах

- Избегать инвазивных манипуляций, включая взятие крови из головки плода и наложение электродов на головку плода.
- Избегать эпизиотомии.
- Сократить использование щипцов и вакуум-экстракторов.

Снизить риск послеродовых кровотечений

- Активно вести третий период родов.
- Сразу после рождения ребенка ввести окситоцин.
- Извлекать послед аккуратным потягиванием за пуповину.

- Выполнять массаж матки.
- Ушивать разрывы родовых путей.
- Тщательно удалять все остатки последа.

Использовать безопасное переливание крови

- Сократить число переливаний крови.
- Переливать только кровь, прошедшую исследование на ВИЧ, а также — по возможности — на сифилис, малярию и гепатиты В и С.

Выбор между кесаревым сечением и родами через естественные родовые пути

Кесарево сечение, выполненное до начала родов и излития вод, снижает риск ПМР.

Следует соотнести пользу и риск кесарева сечения и родов через естественные родовые пути, учитывая риск осложнений и риск, связанный с переливанием крови.

Способы снижения риска ПМР у женщин с неизвестным ВИЧ-статусом

В некоторых случаях ВИЧ-статус женщины, поступающей в роды, неизвестен. Она могла не получить дородовой помощи, или ей не было предложено пройти КИТ, или она от тестирования отказалась, или не получила его результат. Для ППМР у женщин с неизвестным ВИЧ-статусом проводят описанные ниже мероприятия

Консультирование и тестирование рожениц

Если есть возможность провести *экспресс-тестирование* (см. Модуль 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»):

- Предложить пройти экспресс-тестирование на ВИЧ, предоставив право отказаться.
- Рассказать о пользе тестирования на ВИЧ:
 - при положительном результате предоставляются АРВ профилактика ПМР, лечение и помощь.
- Рассказать о методике тестирования.
- Провести послетестовое консультирование.

Во время родов проводить консультирование и получить информированное согласие бывает трудно. Медицинский работник должен проявлять участие и оказывать женщине поддержку. Экспресс-тест можно выполнить во время родов, а послетестовое консультирование провести позже.

АРВ профилактика в родах

Для предотвращения ПМР ВИЧ-инфицированной роженице и ребенку может быть назначена АРВ профилактика. (Полный перечень рекомендованных схем приведен в приложении 3-А.)

АРВ профилактика без тестирования

- Проводится только в крайнем случае в областях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции, когда экспресс-тестирование недоступно.
- Проводится одной дозой невирапина.
- В послеродовом периоде должны быть предоставлены КИТ и другие мероприятия ППМР.

Упражнение 3.2. АРВ профилактика в родах: ситуационные задачи	
Цели	Изучить национальные стандарты по консультированию и тестированию на ВИЧ рожениц и АРВ профилактике. Обсудить проведение АРВ профилактики в родах.
Время	25 минут
Инструкции	<p>Часть 1</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ В течение нескольких минут ознакомьтесь с национальными стандартами по консультированию и тестированию на ВИЧ рожениц и АРВ профилактике. ▪ Изучите основные положения по карточке. ▪ Выскажите свое мнение о том, насколько эти стандарты выполнимы в Вашем учреждении, и расскажите о трудностях, с которыми Вы сталкиваетесь при выполнении этих стандартов в своей работе. <p>Часть 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Изучите две ситуационные задачи (см. ниже). ▪ Подумайте над ответами на поставленные вопросы и примите участие в их обсуждении в группе. ▪ Просмотрите основные положения на карточке. ▪ Выскажите о сходстве и различиях этих двух ситуаций и ситуаций, с которыми Вам приходилось сталкиваться. ▪ Расскажите о трудностях в связи с ВИЧ и ППМР, с которыми Вам пришлось столкнуться при родовспоможении.

Ситуационная задача 1

Консуэла поступила в родильное отделение. Это ее первые роды. Она дает Вам свою карту дородового наблюдения, в которой написано, что во время беременности было проведено тестирование на ВИЧ и обнаружена ВИЧ-инфекция. Воды отошли 4 часа назад, интервал между схватками составляет уже менее 3 минут. Дома Консуэла приняла таблетку невирапина. Осмотр показал раскрытие шейки матки на 5 см.

Помимо общих мероприятий родовспоможения какова Ваша главная задача?

Если обнаружится, что женщина не приняла невирапин, что Вы сделаете?

Ситуационная задача 2

Дебора поступила со схватками. Это у нее четвертые роды, беременность, по ее словам, протекала легко. Дебора не получала дородовой помощи и никогда не проходила тестирование на ВИЧ. Сейчас у нее регулярные схватки с интервалом около 2 минут. Осмотр показал раскрытие шейки матки 7 см.

Принимая во внимание национальные стандарты по консультированию и тестированию на ВИЧ рожениц, каковы Ваши дальнейшие действия?

ЗАНЯТИЕ 4. Ранняя послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам

Послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам может проводиться по обычной схеме, однако некоторым вопросам медицинские работники должны уделить дополнительное внимание:

Дальнейшая помощь

Убедите женщину в необходимости дальнейшего медицинского наблюдения и составьте план, включив в него:

- осмотры у гинеколога, включая цитологическое исследование мазков с шейки матки, если оно доступно;
- долговременное лечение, помощь и поддержку при ВИЧ/СПИДе и оппортунистических инфекциях, методы улучшения питания;
- лечение туберкулеза и малярии и контроль его результатов;
- направление на АРВ терапию (или обследование на предмет показаний к ней);
- направление на профилактику и лечение оппортунистических инфекций.

(Подробнее см. *Модуль 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой»*.)

Вскармливание

- Убедитесь, что до выписки из роддома женщина выбрала вид вскармливания.
- Поддержите женщину в ее выборе вида вскармливания. (Подробнее см. *Модуль 4 «ВИЧ-инфекция и вскармливание»*).
- Обучите женщину приемам вскармливания, до выписки убедитесь, что она все делает правильно.

Симптомы послеродовых инфекций

Перед выпиской убедитесь, что у женщины нет симптомов послеродовых инфекций, и проинструктируйте ее о необходимости обращения за медицинской помощью при появлении опасных симптомов, в числе которых:

- жжение при мочеиспускании;
- лихорадка;
- зловонные лохии;

- кашель, отхождение мокроты, одышка;
- покраснение, боль, гной или отделяемое в области операционной раны или эпизиотомии;
- выраженная болезненность внизу живота.

Инструктаж

- По уходу за промежностью и молочными железами.
- По безопасному удалению заразных принадлежностей, включая загрязненные лохиями и кровью прокладки.

Планирование семьи

Контрацепция и сохранение беременности должны обсуждаться с каждой женщиной в ходе дородовой помощи и затем в раннем послеродовом периоде. Главные задачи планирования семьи у ВИЧ-инфицированных женщин:

- предупреждение нежелательной беременности;
- надлежащее сохранение беременности, которое будет способствовать снижению материнской и детской заболеваемости и смертности.

(Подробнее см. Модуль 2 «Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка».)

Послеродовая помощь женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом

Женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом должен предоставляться тот же объем послеродовой помощи, что и ВИЧ-инфицированным женщинам (см. выше). Следует добиваться их согласия пройти тестирование на ВИЧ и следовать национальным рекомендациям по вскармливанию ребенка.

Тестирование на ВИЧ после родов позволит ВИЧ-инфицированной женщине:

- начать постконтактную АРВ профилактику у ребенка;
- выбрать безопасный метод вскармливания.

Упражнение 3.3. Ранняя послеродовая помощь ВИЧ-инфицированным женщинам: ситуационные задачи	
Цель	Изучить послеродовое ведение ВИЧ-инфицированных женщин.
Время	25 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ В течение нескольких минут ознакомьтесь с национальными стандартами послеродовой помощи. ▪ Прочитайте ситуационные задачи по ранней послеродовой помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и женщинам с неизвестным ВИЧ-статусом. ▪ Обдумайте ответы на поставленные вопросы и примите участие в обсуждении в группе. ▪ Изучите основные положения по карточке. ▪ Выскажите о сходстве и различиях этих двух ситуаций и ситуаций, с которыми Вам приходилось сталкиваться. ▪ Расскажите о трудностях, с которыми Вам приходится сталкиваться при оказании послеродовой помощи.

Ситуационная задача 1

Дебора поступила в родильное отделение без результата тестирования на ВИЧ во время беременности. Экспресс-тест на ВИЧ во время родов дал положительный результат. Узнав об этом, Дебора расстроилась, но согласилась принять таблетку неврирапина. Роды прошли без осложнений, родился здоровый мальчик, вес 2,4 кг, мать назвала его Уильямом. Заменители грудного молока в роддоме есть, но Дебора собирается кормить ребенка грудью. После родов прошло два часа, женщина отдыхает. Ее мать и муж находятся рядом.

Какая послеродовая помощь требуется этой женщине?

Какие ей требуются мероприятия по ВИЧ-инфекции?

Что Вы можете предпринять за оставшиеся до выписки женщины из роддома сутки?

Ситуационная задача 2

Консуэла ВИЧ-инфицирована. Она получала зидовудин и неврирапин для лечения и ППМР. Роды прошли быстро, родилась девочка весом 2 кг, ей дали имя Саманта. Консуэла решила кормить ребенка заменителями грудного молока; через 48 ч ее выпишут.

Какая послеродовая помощь ей требуется?

Какие требуются мероприятия по ВИЧ-инфекции?

Как Вы можете поддержать ее в выборе вида вскармливания?

Какую помощь Вы можете ей предложить в оставшиеся сутки до выписки?

Какую дальнейшую поддержку Вы предусмотрите для нее?

ЗАНЯТИЕ 5. Неонатальная помощь детям, рожденным матерями с положительным или неизвестным ВИЧ-статусом

Неонатальная помощь детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, оказывается по стандартной схеме. Независимо от ВИЧ-статуса матери манипуляции с ребенком проводятся в перчатках, пока не будут смыты материнская кровь и секреты. Ребенка следует держать в тепле.

Первая помощь новорожденному

- Занимаясь ребенком, следует выполнять универсальные меры предосторожности. Инъекции требуется делать в перчатках, место инъекции протирать хирургическим спиртом. Необходимо выполнять принятые в учреждении правила сбора, хранения и удаления использованных игл.
- Следует пережимать пуповину сразу после рождения ребенка, не сцеживать пуповинную кровь. Отсекая пуповину, прикрыть ее одетой в перчатку рукой или марлевой салфеткой.
- При рождении головки очистить ребенку рот и нос марлевой салфеткой.
- Применять отсос только в случае окрашивания вод меконием. Использовать механический отсос с давлением менее 100 мм рт. ст. или спринцовку; не отсасывать жидкость ртом.
- Полотенцем вытереть ребенка насухо.
- Выяснить, какой вид вскармливания выбрала мать. Если она решила пользоваться заменителями грудного молока, положить ребенка на живот и грудь матери для соприкосновения кожи ребенка и матери, и помочь при первом кормлении. Если мать выбрала грудное вскармливание, помочь ей приложить ребенка к груди.
- Ввести ребенку витамин К, глазную мазь с нитратом серебра и БЦЖ согласно национальным рекомендациям.

АРВ профилактика

Новорожденному следует назначить АРВ профилактику в соответствии с принятым в стране протоколом (см. приложение 3-А).

Дальнейшая помощь

Помощь новорожденному оказывается по стандартной схеме. Тактика оказания помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями, описана в *Модуле 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой»*.

Дети, рожденные матерями с неизвестным ВИЧ-статусом

Чтобы снизить риск ПМР в раннем послеродовом периоде, нужно свести к минимуму контакт новорожденного с материнской кровью и биологическими жидкостями и провести ему АРВ

профилактику. Если ВИЧ-статус матери неизвестен и нет возможности его определить, помощь новорожденному оказывают в соответствии с национальными или местными стандартами.

- Если ВИЧ-статус матери неизвестен, нужно как можно скорее провести тестирование новорожденного на ВИЧ, получив согласие матери.
- В некоторых учреждениях с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции среди пациентов национальные рекомендации предусматривают назначение жидкой суспензии невирапина, 2 мг/кг внутрь однократно, всем новорожденным независимо от того, прошла мать тестирование на ВИЧ или нет; невирапин дают с согласия матери, как можно раньше после рождения.
- Мать следует проконсультировать по вопросам вскармливания ребенка, см. *Модуль 4 «ВИЧ-инфекция и вскармливание»*.

Упражнение 3.4. Первая помощь детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями: ситуационные задачи	
Цель	Изучить материал по АРВ профилактике и постнатальной помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями.
Время	25 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> • В течение нескольких минут ознакомьтесь с национальными стандартами постнатальной помощи детям, рожденным ВИЧ-инфицированными матерями. • Прочитайте ситуационные задачи (см. ниже). • Обсудите свои ответы с группой.

Ситуационная задача 1

Дебора только что родила сына Уильяма. Тестирование на ВИЧ во время родов дало положительный результат.

Какие неотложные мероприятия по ВИЧ-инфекции нужно провести у ребенка?

Что должна включать в себя дальнейшая помощь Уильяму?

Как Вы можете помочь Деборе получить дальнейшую помощь в области ВИЧ-инфекции для себя и ребенка?

Ситуационная задача 2

Саманта, новорожденная дочь ВИЧ-положительной Консуэлы, беспокойна и часто кричит. Свекровь Консуэлы, которая собирается помогать ухаживать за ребенком после выписки, навещая невестку в роддоме, обеспокоена состоянием ребенка. Случайно Вы услышали, как она твердит Консуэле что нужно кормить самой, а заменители молока ребенку не подходят.

Как Вы можете помочь Консуэле в этой тяжелой ситуации?

Какая поддержка нужна Консуэле со стороны программы ППМР, чтобы она смогла продолжать искусственное вскармливание после выписки?

Ситуационная задача 3. Роды на дому

У Луизы во время ее единственного за время беременности посещения женской консультации была обнаружена ВИЧ-инфекция. Женщина родила дома. На 6-й день после рождения дочери Терезы Луиза снова обратилась в консультацию. Состояние ребенка хорошее, признаков обезвоживания нет, девочка набирает вес. Луиза уверена, что у нее нет ВИЧ-инфекции, и что опасности для ребенка не существует. Она не дала Терезе сироп невирапина, потому что «ребенку это не нужно», и кормит дочь грудью.

Часто ли Вам приходится сталкиваться с подобной реакцией?

Какие действия Вы предложите матери?

Какие направления и дальнейшая помощь нужны этой женщине и ее ребенку?

Как Вы можете переубедить женщину изменить свое отношение к диагнозу и задуматься о риске для ребенка?

Модуль 3. Тезисы

- Включение мероприятий ППМР в обязательный набор услуг дородовой помощи позволяет улучшить медицинскую помощь беременным в целом и создает самые благоприятные условия для успеха программ ППМР.
- Мероприятия ППМР включают АРВ терапию и профилактику, методы безопасного родовспоможения, консультирование и поддержку по безопасному вскармливанию ребенка.
- АРВ терапия и профилактика снижают риск ПМР. Продленные комбинированные схемы профилактики более эффективны, но в условиях ограниченных ресурсов более приемлемыми могут быть короткие схемы.
- Профилактика пневмоцистной пневмонии, а также профилактика и лечение туберкулеза и малярии являются частью комплексной помощи ВИЧ-инфицированным матерям и их детям.
- Методы безопасного родовспоможения включают отказ от лишних инвазивных акушерских манипуляций и выполнение планового кесарева сечения в случаях, когда это безопасно и осуществимо.
- Во время беременности, родов и послеродового периода требуются консультирование и поддержка по вскармливанию, направленные на снижение риска ПМР.


ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР

Помощь и лечение при ВИЧ-инфекции должны предоставляться в дородовом и послеродовом периодах. Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными матерями, должны получать диспансерное наблюдение для диагностики ВИЧ-инфекции, профилактики оппортунистических инфекций, лечения и поддержки.

Препараты во всех схемах принимаются внутрь. Для всех детских схем применяются только детские лекарственные формы. В детских лекарственных формах выпускаются все основные препараты, используемые в современных схемах ППМР (зидовудин, невирапин, ламивудин). Необходимо следить за побочными эффектами и поддерживать мать в соблюдении назначений у ребенка.

ПРЕПАРАТЫ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	
Зидовудин и невирапин	Матери: зидовудин, 300 мг 2 раза в сут. с 28-й недели беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 300 мг в начале родов и затем каждые 3 ч до рождения ребенка + невирапин, 200 мг однократно в начале родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг или 6 мг сразу после родов* + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
		ИЛИ зидовудин, 600 мг, в начале родов + невирапин, 200 мг однократно в начале родов		ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения
Зидовудин	Матери: зидовудин, 300 мг 2 раза в сут. с 28-й недели беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 600 мг в начале родов ИЛИ зидовудин, 300 мг в начале родов и затем каждые 3 ч до рождения ребенка	—	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ зидовудин, 2 мг/кг 4 раза в сут. в течение 7 сут.
Зидовудин и невирапин ребенку (если мать не получала АРВ профилактику)	—	—	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. Если нет суспензии зидовудина для приема внутрь, как можно раньше дать невирапин, 2 мг/кг и повторно через 72 ч после рождения
Невирапин	—	Матери: невирапин, 200 мг однократно в начале родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения

 = Высокоэффективная схема

* Невирапин однократно можно дать ребенку сразу после рождения или перед выпиской из роддома. Многие программы ППМР показали, что такой подход более удобен, чем назначение невирапина через 72 ч после рождения.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-А.

Схемы антиретровирусной профилактики ПМР (продолжение)

ПРЕПАРАТЫ	ДО РОДОВ	В РОДАХ	ПОСЛЕ РОДОВ	
Зидовудин и ламивудин	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. с 36-й нед. беременности; если срок больше — назначить зидовудин как можно раньше	Матери: зидовудин, 300 мг в начале родов и каждые 3 ч до рождения ребенка + ламивудин, 150 мг в начале родов и каждые 12 ч до рождения ребенка	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. в течение 7 сут.	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг + ламивудин, 2 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
Зидовудин и ламивудин	—	Матери: зидовудин, 600 мг + ламивудин, 150 мг в начале родов, затем зидовудин, 300 мг каждые 3 ч + ламивудин, 150 мг каждые 12 ч до рождения ребенка	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг 2 раза в сут. в течение 7 сут.	Ребенку: зидовудин, 4 мг/кг + ламивудин, 2 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
Зидовудин + ламивудин + абакавир ИЛИ + саквинавир, усиленный низкой дозой ритонавира (саквинавир /ритонавир) ИЛИ + нелфинавир* (можно использовать для ППМР у женщин, которые не нуждаются в АРВ терапии)	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг + абакавир, 300 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й нед. беременности ИЛИ + саквинавир/ритонавир, 1000 мг/100 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й недели беременности. ИЛИ + нелфинавир, 1250 мг 2 раза в сут., начиная с 36-й недели беременности. Если срок больше — назначить абакавир ИЛИ саквинавир/ритонавир ИЛИ нелфинавир как можно раньше	Матери: Продолжать лечение по той же схеме, что и до родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения ИЛИ зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения + зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.
Зидовудин или ставудин + ламивудин + невирапин** (когда эта схема используется для лечения беременной, она обеспечивает и профилактику ПМР)	Матери: зидовудин, 300 мг + ламивудин, 150 мг + невирапин, 200 мг 2 раза в сут. ИЛИ ставудин, 40 мг + ламивудин, 150 мг + невирапин, 200 мг 2 раза в сут. с 36-й недели, если срок больше, то начинать лечение как можно скорее	Матери: Продолжать лечение по той же схеме, что и до родов	—	Ребенку: суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг, сразу после рождения ИЛИ зидовудин, 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут. ИЛИ суспензия невирапина для приема внутрь, 2 мг/кг сразу после рождения + зидовудин 4 мг/кг 2 раза в сут. в течение 7 сут.

* Женщинам, которым не нужна АРВ терапия, можно назначить альтернативные трехкомпонентные схемы профилактики ПМР. В III триместре беременности можно использовать такие схемы как зидовудин + ламивудин + нелфинавир и зидовудин + ламивудин + ифавиренц.

** Женщинам, которые нуждаются в АРВ терапии, эта схема рекомендуется в качестве схемы первого ряда. Однако в III триместре беременности можно назначать также зидовудин (или ставудин) + ламивудин + ифавиренц.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-В.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов

Клиническая ситуация	Рекомендации
А. ВИЧ-инфицированная женщина с показаниями к началу АРВ терапии ¹ , у которой возможно наступление беременности	<p>Схемы первого ряда: <i>зидовудин + ламивудин + невирапин или ставудин + ламивудин + невирапин</i></p> <p>Ифавиренц у женщин детородного возраста применяется только при условии надежной контрацепции. До назначения ифавиренца следует убедиться, что женщина не беременна.</p>
В. ВИЧ-инфицированная женщина, получающая АРВ терапию, у которой наступила беременность	<p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Продолжать лечение прежней схемой АРВ терапии², если она не содержит ифавиренц. Если женщина на I триместре беременности и получает схему с ифавиренцем, заменить ифавиренц невирапином или ингибитором протеазы.▪ Продолжать лечение той же схемой во время родов и после родов. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Если мать получает схему АРВ терапии первого или второго ряда: зидовудин 1 нед. <i>или</i> невирапин однократно <i>или</i> зидовудин 1 нед. и невирапин однократно.
С. ВИЧ-инфицированная беременная с показаниями к АРВ терапии ¹	<p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Те же рекомендации, что и для небеременных, за одним исключением: ифавиренц противопоказан в I триместре беременности.▪ Схемы первого ряда: зидовудин + ламивудин + невирапин или ставудин + ламивудин + невирапин.▪ Лечение можно отложить до начала II триместра беременности, но у тяжелобольных женщин лечение лучше начать раньше, т.к. его польза превосходит риск. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Зидовудин 1 нед <i>или</i> невирапин однократно <i>или</i> зидовудин 1 нед и невирапин однократно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-В.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов (продолжение)

Клиническая ситуация	Рекомендации
D. ВИЧ-инфицированная беременная без показаний к АРВ терапии ¹	Схема первого ряда: зидовудин и невирапин Женщина <ul style="list-style-type: none">Зидовудин с 28-й нед, если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать лечение той же дозой зидовудина в родах. Кроме того, в начале родов женщина должна получить одну дозу невирапина. Ребенок <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно или зидовудин курсом на 1 нед³.
	Альтернативная схема: только невирапин. Женщина <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно. Ребенок <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно.
	Альтернативная схема: только зидовудин. Женщина <ul style="list-style-type: none">Зидовудин с 28-й нед, если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать в родах. Ребенок <ul style="list-style-type: none">Зидовудин в течение 1 нед³.
	Альтернативная схема: зидовудин + ламивудин. Женщина <ul style="list-style-type: none">Зидовудин + ламивудин с 36 нед, если срок больше — начинать лечение как можно скорее. Продолжать во время родов и в течение 1 недели после родов. Ребенок <ul style="list-style-type: none">Зидовудин + ламивудин в течение 1 недели.
E. ВИЧ-инфицированная беременная с показаниями к АРВ терапии ¹ , но лечение пока не доступно	Следовать рекомендациям для ситуации D, однако предпочтительно использовать наиболее эффективную из доступных схему.
F. ВИЧ-инфицированная беременная с активным туберкулезом	Если АРВ терапия начата, можно назначить ⁴ : (зидовудин или ставудин) + ламивудин + саквинавир/ритонавир. Если лечение начинают в III триместре, можно назначить: (зидовудин или ставудин) + ламивудин + ифавиренц. Если АРВ терапию не начинают, следовать рекомендациям для ситуации D.

ПРИЛОЖЕНИЕ 3-В.

Рекомендации по применению антиретровирусных препаратов в различных клинических ситуациях у женщин детородного возраста в условиях ограниченных ресурсов (продолжение)

Клиническая ситуация	Рекомендации
Г. Роженица с неизвестным ВИЧ-статусом или ВИЧ-инфицированная роженица, которая до родов АРВ препаратов не получала	<p>Если позволяет время, предложить женщине с неизвестным ВИЧ-статусом пройти консультирование и тестирование на ВИЧ. Если результат положительный, начать АРВ профилактику в родах.</p> <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно. Если роженица поступила на поздней стадии родов, невирапин пропустить, следовать рекомендациям для ситуации Н. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно. <p>Женщина</p> <ul style="list-style-type: none">Зидовудин + ламивудин в родах и зидовудин + ламивудин в течение 1 недели после родов. <p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none">Зидовудин + ламивудин в течение 1 недели. <p>Если нет времени для тестирования на ВИЧ и консультирования во время родов, предложить их как можно скорее после родов. Если результат послеродового тестирования положительный, следовать рекомендациям для ситуации Н.</p>
Н. Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, которая не получала никаких АРВ препаратов	<p>Ребенок</p> <ul style="list-style-type: none">Невирапин однократно как можно раньше после рождения и зидовудин курсом на неделю. <p>Схема, начатая позже, чем на вторые сутки после рождения, скорее всего будет неэффективной.</p>

¹ Рекомендации ВОЗ по началу АРВ терапии у ВИЧ-инфицированных взрослых и подростков: если можно определить число лимфоцитов CD4, рекомендуется назначать АРВ терапию пациентам, у которых: стадия ВИЧ-инфекции IV по классификации ВОЗ, независимо от числа лимфоцитов CD4; стадия III (используя в качестве вспомогательного критерия число лимфоцитов CD4 < 350 мкл⁻¹); или стадии I и II и число лимфоцитов CD4 < 200 мкл⁻¹. Если нет возможности определить число лимфоцитов CD4, АРВ терапия рекомендуется пациентам со стадиями III и IV независимо от общего числа лимфоцитов и пациентам со стадией II, у которых общее число лимфоцитов менее 1200 мкл⁻¹.

² Необходимо проводить клинический и лабораторный мониторинг согласно рекомендациям ВОЗ по лечению ВИЧ-инфекции от 2003 г.

³ Если мать во время беременности принимала АРВ препараты менее 4 недель, ребенку можно продлить курс зидовудина до 4–6 недель.

⁴ Вместо саквинавира/ритонавира можно назначить абакавир, однако опыт применения абакавира у беременных ограничен. Если лечение туберкулеза проводится без рифампицина, можно начать АРВ схему, содержащую невирапин.

Источник: WHO. 2004. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants: guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. pp 39–41. [ВОЗ. 2004 г. *Антиретровирусные препараты для лечения беременных и профилактики ВИЧ-инфекции у младенцев: руководство по помощи, лечению и поддержке женщинам с ВИЧ/СПИДом и их детям в условиях ограниченных ресурсов*, с. 39–41].



МОДУЛЬ 4. ВИЧ-инфекция и вскармливание

- ЗАНЯТИЕ 1.** Общие рекомендации по вскармливанию
- ЗАНЯТИЕ 2.** Вскармливание в первые 6 месяцев жизни ребенка
- ЗАНЯТИЕ 3.** Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки
-

Изучив модуль, слушатель

- Ознакомится с действующими общими рекомендациями по вскармливанию детей с соблюдением принципов ППМР.
- Осознает важность подбора оптимального метода вскармливания для здоровья ребенка, его гармоничного роста и развития.
- Изучит основные методы вскармливания, их преимущества и недостатки.
- Ознакомится с алгоритмом консультирования ВИЧ-инфицированных матерей по поводу вскармливания.
- Поймет важность послеродовой помощи и поддержки для правильного вскармливания.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 2

- Национальные стандарты и рекомендации по вскармливанию детей с соблюдением принципов ППМР

Занятие 3

- Национальные рекомендации по проведению консультирования по вопросам вскармливания и по предоставлению поддержки



«Карманный справочник» содержит основные положения по темам всех занятий модуля.

ЗАНЯТИЕ 1. Общие рекомендации по вскармливанию

Лечение и профилактика ВИЧ-инфекции антиретровирусными (АРВ) препаратами позволили существенно снизить риск передачи ВИЧ от матери ребенку (ПМР). Однако АРВ профилактика не обеспечивает длительную защиту от ВИЧ для ребенка, находящегося на грудном вскармливании.

При отсутствии каких-либо мер профилактики риск заражения ребенка ВИЧ от инфицированной матери при кормлении грудью составляет 5–20%. Методы вскармливания, которые полностью отвечают национальным стандартам или стандартам ООН, позволяют снизить риск ПМР в процессе грудного вскармливания, а также раннюю детскую смертность от диареи и детских инфекций.

Основные сведения о вскармливании, детской выживаемости и обусловленных неполноценным питанием болезнях

- Недоедание и связанные с ним болезни служат причиной 60% случаев смерти детей младше 5 лет во всем мире и 50% случаев смерти детей младше 5 лет в Африке.
- В 2000 году во всем мире от недоедания умерло 3,7 млн человек, из которых большинство — дети младше 5 лет.
- Основная причина маловесности, заболеваемости и смертности детей — недостаточное питание, которое либо не является полноценным и сбалансированным, либо способствует развитию диареи.
- Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки способствует выбору оптимальных методов вскармливания, что позволяет обеспечить детей полноценным питанием и снизить детскую смертность.
- Консультирование и поддержка ВИЧ-положительных матерей способствует выбору ими оптимальных методов вскармливания, отвечающих принципам ППМР.

Рекомендации ООН по вскармливанию для ВИЧ-отрицательных матерей и матерей с неизвестным ВИЧ-статусом

- Исключительно грудное вскармливание (см. определение ниже) первые шесть месяцев жизни ребенка.
- Продолжать грудное вскармливание до двухлетнего возраста и дольше.
- Когда ребенку исполнится 6 месяцев, вводить прикорм — дополнительные продукты, которые обеспечивают ребенка полноценным сбалансированным питанием, отвечающим стандартам безопасности.

Женщин следует также предупредить о риске заражения ВИЧ на поздних сроках беременности и во время грудного вскармливания. Женщин с неизвестным ВИЧ-статусом необходимо попытаться убедить пройти тестирование на ВИЧ.

Определение

Исключительно грудное вскармливание — кормление только грудным молоком (включая сцеженное), исключая какие-либо другие продукты и напитки, в том числе воду. Единственное исключение — капли и сиропы, содержащие витамины, минеральные добавки или лекарственные препараты.

Рекомендации ООН по вскармливанию для ВИЧ-инфицированных матерей

- В случаях, когда искусственное вскармливание приемлемо, осуществимо и доступно, а обеспечить его непрерывность и безопасность возможно, ВИЧ-положительным матерям рекомендуется отказаться от грудного вскармливания (см. «Определения» ниже.)
- В других случаях в первые месяцы жизни ребенку рекомендуется исключительно грудное вскармливание.
- Чтобы свести к минимуму риск ПМР, ВИЧ-инфицированная мать должна отказаться от грудного вскармливания при первой возможности, приняв во внимание местные особенности, личные обстоятельства и недостатки искусственного вскармливания (риск неполноценного, несбалансированного питания, а также риск развития других инфекций).
- Все ВИЧ-положительные матери должны пройти консультирование, во время которого им предоставляют общую информацию о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания и помогают выбрать наиболее целесообразный в данной ситуации метод.
- Независимо от выбранного матерью метода вскармливания, ее следует поддерживать.

Оптимальный ранний срок прекращения грудного вскармливания не установлен — для каждой матери он свой и определяется обстоятельствами.

На основе изложенных рекомендаций каждой стране следует разработать собственные стандарты по вскармливанию для ВИЧ-инфицированных матерей.

Определения

Метод вскармливания

приемлем, если его выбору матерью не мешают традиции, социальные факторы, страх стигм и дискриминации;

осуществим, если мать (или другое лицо, ухаживающее за ребенком) располагает временем, знаниями, навыками и другими ресурсами, необходимыми для соблюдения его правил, а также поддержкой, позволяющей преодолеть негативное отношение родственников, друзей и общества к нему;

доступен, если мать и семья, при поддержке сообщества или системы здравоохранения, способны нести связанные с ним затраты (на молочную смесь, энергию, чистую воду), не ущемляя себя в медицинском обслуживании и питании;

непрерывен, если у матери есть возможность незамедлительно пополнять запасы необходимых средств для безопасного вскармливания на всем его протяжении;

безопасен, если при хранении и приготовлении молочной смеси соблюдаются все рекомендации и гигиенические нормы; объем и питательная ценность порций отвечают возрастным нормам; взрослый, приступая к кормлению ребенка, тщательно моет руки, а для кормления используется чистая посуда (предпочтительнее кормить из чашки).

Международный кодекс торговли заменителями грудного молока

В Международном кодексе торговли заменителями грудного молока отражена важность поддержки безопасных методов вскармливания. Согласно положениям данного кодекса, для обеспечения детей безопасным и полноценным питанием, следует:

- защищать и пропагандировать грудное вскармливание;
- способствовать правильному применению заменителей грудного молока, когда в нем имеется необходимость;
- соблюдать правила рекламы, приобретения и распространения заменителей грудного молока.

Даже в медицинских учреждениях стран, где принято решение обеспечивать ВИЧ-инфицированных матерей заменителями грудного молока, в соответствии с Кодексом не должно быть никакой информации о детских молочных смесях. Например, необходимо постоянно следить за тем, чтобы в медицинском учреждении не было никаких рекламных проспектов и плакатов о заменителях грудного молока, регулярно оставляемых рекламными агентами; медицинским работникам следует отказываться от бесплатных образцов молочных смесей и принадлежностей для искусственного вскармливания (например, бутылочек), а также других подарков с логотипами фирм, выпускающих заменители грудного молока, предлагаемых рекламными агентами, и не пользоваться предметами с логотипами таких фирм; необходимо также, чтобы смеси, выдаваемые в медицинском учреждении, не попадались на глаза женщинам, которые в них не нуждаются.

Упражнение 4.1 Оптимальные методы вскармливания: обсуждение в группе	
Цели	Рассмотреть общие стандарты, которым должны отвечать оптимальные методы вскармливания Обсудить применение национальных стандартов и протоколов вскармливания, отвечающих принципам ППМР
Время	15 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Ознакомьтесь с национальными стандартами и протоколами вскармливания, отвечающими принципам ППМР.▪ Насколько понятно и четко они написаны, не противоречат ли международным рекомендациям, применяются ли в Вашем учреждении?▪ Прочитайте вслух следующие критерии, написанные на плакате или доске:<ul style="list-style-type: none">▪ Приемлемость▪ Осуществимость▪ Доступность▪ Непрерывность▪ Безопасность▪ Вспомните матерей, с которыми Вы встречались. Как Вы думаете, готовы ли они осуществлять искусственное вскармливание в соответствии с перечисленными критериями?▪ Как Вы думаете, какие еще обстоятельства (например, культурные традиции, убеждения) могут повлиять на выбор метода вскармливания?

Указания по внедрению рекомендаций ООН по вскармливанию

- Обеспечить всех ВИЧ-положительных матерей консультированием, в ходе которого им будут предоставлены общие сведения о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания, а также даны рекомендации по выбору оптимального метода вскармливания в конкретных обстоятельствах.
- Поддержать мать в любом выборе.
- В каждом районе провести исследования и установить приемлемые, осуществимые, доступные, непрерывные и безопасные методы вскармливания для разных групп населения.
- Разработать просветительские материалы о ППМР, в том числе о передаче ВИЧ через грудное молоко; адресованные населению в целом, группам риска и семейным парам.
- Обучить необходимое количество консультантов вопросам вскармливания при ВИЧ-инфекции у матери, организовать их работу и обеспечить их поддержкой.
- При появлении новых сведений или рекомендаций организовывать учебные курсы для консультантов по вскармливанию.
- Повысить доступность консультирования для широких слоев населения, привлекая непрофессиональных консультантов, в том числе опытных матерей.

ЗАНЯТИЕ 2. Вскармливание в первые 6 месяцев жизни ребенка

Принятие решения о вскармливании

Выбирая наилучший метод вскармливания для своего ребенка, ВИЧ-инфицированные матери должны принять во внимание множество различных факторов. Согласно национальным стандартам, медицинские работники играют важную роль в выборе метода вскармливания, которая заключается в предоставлении консультирования, отвечающего определенным требованиям.

- Необходимо предоставить информацию о риске передачи ВИЧ ребенку в процессе грудного вскармливания.
- Необходимо обсудить преимущества и недостатки всех доступных методов вскармливания.
- При предоставлении информации о возможных методах вскармливания необходимо учитывать и уважать традиции, обычаи и убеждения местного населения.

Медицинские работники должны пропагандировать и поддерживать безопасные методы вскармливания, подходящие конкретной женщине и ее ребенку. Важно не только поддержать выбор женщины, но и направить ее к прошедшим специальную подготовку консультантам, которые будут помогать ей в вопросах вскармливания в течение первых двух лет жизни ребенка. В выполнении этой важной задачи одну из ключевых ролей играют такие программы, как инициатива «Больницы, дружественные ребенку». (См. занятие 3 «Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки».)

Желательно, чтобы ВИЧ-инфицированная женщина выбрала либо искусственное вскармливание, либо исключительно грудное вскармливание.

Искусственное вскармливание в первые 6 месяцев жизни ребенка

Искусственное вскармливание — вскармливание ребенка заменителями грудного молока (молочными смесями), при котором ребенок не получает ни капли грудного молока. Молочные смеси, приготовленные по всем правилам, обеспечивают ребенка всеми необходимыми питательными веществами до тех пор, пока он не сможет полностью перейти на обычную «взрослую» пищу. Заменители грудного молока могут быть приготовлены в домашних условиях или заводским методом и представляют собой молочные смеси, обогащенные витаминами и микроэлементами.

Если женщина выбирает искусственное вскармливание в первые 6 месяцев жизни ребенка, ей следует также выбрать вид молочной смеси. Предпочтительнее кормить ребенка не из бутылочки, а из чашки. (См. приложение 4-В.)

Метод 1.

Вскармливание готовой молочной смесью (серийного производства)

Преимущества и недостатки использования готовых молочных смесей приведены в таблице 4.1. В таблице 4.2 отражены потребности ребенка в сухой смеси в первые 6 месяцев жизни.

Таблица 4.1. Готовые молочные смеси	
Преимущества	
<ul style="list-style-type: none">▪ Готовые молочные смеси устраняют риск заражения ребенка ВИЧ.▪ Состав готовых молочных смесей разработан специально для детей.▪ Готовые молочные смеси содержат большинство питательных веществ, в которых нуждается ребенок.▪ Кормить ребенка смогут разные члены семьи.▪ Если мать болеет, до ее выздоровления кормить ребенка смогут другие люди.	
Недостатки	
<ul style="list-style-type: none">▪ Готовые молочные смеси не содержат антител, защищающих ребенка от инфекций. У детей, которые получают только готовые молочные смеси, чаще развиваются диарея и пневмония, повышен риск истощения.▪ Для предотвращения заболеваний, обусловленных неполноценным питанием, необходимо постоянно кормить ребенка качественной молочной смесью.▪ Готовые молочные смеси дороги.▪ Семье требуется приобрести чашки для кормления и моющие средства для чашек и других кухонных принадлежностей, используемых при приготовлении смеси.▪ Для безопасного приготовления готовой смеси требуется чистая вода, прокипяченная в течение нескольких секунд; что повышает затраты на энергию.▪ Если нет холодильника, то смесь необходимо готовить перед каждым кормлением, и днем, и ночью, строго соблюдая все правила.▪ Членам семьи, ухаживающим за ребенком, нужно научиться способу кормления из чашки, что потребует некоторого времени.▪ Мать должна полностью отказаться от грудного вскармливания, чтобы не подвергать ребенка риску заражения ВИЧ.▪ Члены семьи, друзья или соседи могут заинтересоваться ВИЧ-статусом матери, не кормящей своего ребенка грудью. (См. занятие 3).▪ Искусственное вскармливание не защищает от нежелательной беременности.	

Таблица 4.2. Потребность в сухой молочной смеси в первые 6 месяцев жизни		
Месяц	Число упаковок по 500 г в месяц	Число упаковок по 450 г в месяц
1	4	5
2	6	6
3	7	8
4	7	8
5	8	8
6	8	9
Всего	40	44

Метод 2.

Вскармливание молочной смесью домашнего приготовления (из молока животных)

Молочные смеси, приготовленные из молока животных в домашних условиях, можно использовать только при отсутствии готовых молочных смесей. В первые 6 месяцев жизни детям требуется в месяц около 15 литров модифицированной смеси, приготовленной из молока животных. Для профилактики анемии и других заболеваний, связанных с неполноценным питанием, детям необходимо давать микроэлементы и витамины в жидкой или порошкообразной форме. Для сохранения питательной ценности и сведения к минимуму риска заболеваний, связанных с неполноценным питанием, крайне важно соблюдать все гигиенические нормы при приготовлении смеси и условия хранения молока.

Смесь можно приготовить в домашних условиях, взяв за основу свежее молоко животных, цельное сухое или сгущенное молоко. Чтобы сделать молоко пригодным для вскармливания ребенка первых 6 месяцев жизни, необходимо модифицировать его, то есть разбавить определенным количеством кипяченой воды для снижения концентрации растворенных веществ и добавить сахар для повышения энергетической плотности. Соотношение воды и цельного молока зависит от вида животного. С 6 месяцев ребенку дают прикорм и неразведенное молоко.

В таблице 4.3 перечислены преимущества и недостатки молочных смесей, приготовленных в домашних условиях.

Пригодное и непригодное молоко

Готовить смесь для вскармливания можно не из всякого молока.

Молоко, пригодное для изготовления молочных смесей:

- свежее (неснятое или цельное) коровье, козье, овчье, буйволиное или верблюжье молоко;
- цельное сухое молоко;
- концентрированное молоко;
- молоко длительного хранения (прошедшее высокотемпературную обработку).

Молоко и напитки, непригодные для изготовления молочных смесей:

- свежее молоко животных, разбавленное неизвестным количеством воды;
- снятое или обезжиренное сухое молоко;
- сладкое или сгущенное молоко;
- жидкие зерновые каши;
- фруктовые соки, чай, травяные отвары, газированные напитки.

Дети, для вскармливания которых используется модифицированное молоко животных домашнего приготовления, нуждаются в дополнении рациона витаминами и микроэлементами, поскольку в молоке животных содержится недостаточное количество железа, цинка, фолиевой кислоты, витаминов А и С.

Таблица 4.3. Молочные смеси домашнего приготовления (из молока животных)

Преимущества

- При вскармливании ребенка молочными смесями домашнего приготовления устраняется риск заражения ребенка ВИЧ.
- Молочные смеси домашнего приготовления могут быть дешевле, чем готовые смеси промышленного производства; особенно легко наладить вскармливание смесью домашнего приготовления, если семья держит животных, которые дают молоко.
- Матери и другие лица, уже использующие готовую смесь, могут воспользоваться смесью домашнего приготовления при отсутствии готовой смеси.
- В кормлении ребенка смогут участвовать члены семьи.
- В случае болезни матери ребенка смогут кормить другие люди, пока она не поправится.

Недостатки

- Смеси домашнего приготовления не содержат антител, защищающих ребенка от инфекций.
- У детей, которые получают только молочную смесь домашнего приготовления, чаще развиваются диарея и пневмония, повышен риск истощения.
- Молочные смеси домашнего приготовления не содержат всех питательных веществ, витаминов и микроэлементов, которые нужны ребенку, особенно первых 6 месяцев жизни.
- Молочные смеси домашнего приготовления хуже перевариваются.
- Необходимо готовить смесь перед каждым кормлением, днем и ночью, если нет холодильника.
- Разводить молоко следует чистой водой, прокипяченной в течение 1–2 секунд, и добавлять в него сахар в количестве, указанном в инструкции.
- Мать должна полностью отказаться от грудного вскармливания, чтобы не подвергать ребенка риску заражения ВИЧ.
- Семье необходимо постоянно иметь дома свежее молоко, сахар, витаминно-минеральный комплекс в виде сиропа или порошка, источники энергии для кипячения воды и моющие средства для чашек и принадлежностей, используемых для приготовления смеси.
- Рекомендуется кормить ребенка из чашки, но на освоение этого метода потребуется потратить некоторое время (см. приложение 4-В.)
- Члены семьи, друзья или соседи могут заинтересоваться ВИЧ-статусом матери, не кормящей ребенка грудью. (См. занятие 3).
- Искусственное вскармливание не защищает от нежелательной беременности.

Грудное вскармливание

Матери, выбравшие грудное вскармливание, должны понимать, что

- 5—20% детей ВИЧ-положительных матерей заражаются ВИЧ при грудном вскармливании;
- АРВ профилактика во время родов и назначение ребенку АРВ препаратов на короткое время после рождения не обеспечивает ребенка, находящегося на грудном вскармливании, длительной защитой от заражения ВИЧ;
- риск передачи ВИЧ ребенку при грудном вскармливании выше при:
 - обострении ВИЧ-инфекции у матери (по клиническим или лабораторным признакам)
 - наличии у матери мастита, абсцесса молочной железы и прочих подобных состояний;
 - наличии у ребенка изъязвлений в ротовой полости.

Метод 1. Исключительно грудное вскармливание

Преимущества и недостатки исключительно грудного вскармливания приведены в таблице 4.4.

Таблица 4.4. Исключительно грудное вскармливание
<p>Преимущества</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Грудное молоко хорошо переваривается и обеспечивает ребенка всеми необходимыми питательными веществами и водой. В первые 6 месяцев жизни ребенок не нуждается в дополнительном питании и питье.▪ Грудное молоко всегда доступно и не требует приготовления.▪ Грудное молоко защищает детей от различных заболеваний, особенно диареи и пневмонии.▪ Грудное вскармливание способствует установлению тесного эмоционального контакта между матерью и ребенком.▪ Исключительно грудное вскармливание в первые месяцы жизни ребенка сопряжено с более низким риском передачи ВИЧ по сравнению со смешанным вскармливанием.▪ Грудное вскармливание снижает риск развития некоторых злокачественных опухолей у матери и уменьшает вероятность наступления новой беременности. <p>Недостатки</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Если мать ВИЧ-инфицирована, то в течение всего периода кормления грудью ребенок подвергается риску заражения ВИЧ.▪ Риск инфицирования ребенка ВИЧ при грудном вскармливании повышен, если у матери есть воспаление молочных желез (мастит) или трещины сосков, особенно кровоточащие.▪ Родственники, друзья или соседи могут настаивать на необходимости давать ребенку воду или другие напитки, какую-либо еду.▪ Почти всегда у матери достаточно молока, чтобы выкормить своего ребенка, однако многие матери беспокоятся, что у них не хватит молока на исключительно грудное вскармливание.▪ Грудное вскармливание подразумевает кормление ребенка по требованию — минимум 8–10 раз в сутки.▪ Работающие матери должны найти решение, как сохранить исключительно грудное вскармливание после выхода на работу; для этого, например, им необходимо несколько раз в день уединяться для сцеживания молока и хранить сцеженное молоко в прохладном месте.▪ Кормящие матери должны получать дополнительно 500 ккал/сут для сохранения исключительно грудного вскармливания в течение первых 6 месяцев жизни ребенка.

Метод 2. Исключительно грудное вскармливание с ранним отлучением от груди

ВИЧ-положительные матери, выбравшие грудное вскармливание, должны прекратить его при первой же возможности и перейти на искусственное вскармливание. Иными словами, как только искусственное вскармливание станет приемлемо, осуществимо, доступно, появится возможность его непрерывности и безопасности, с учетом условий проживания женщины, ее личных обстоятельств, а также рисков, связанных с искусственным вскармливанием ребенка соответствующего возраста.

Отмена грудного вскармливания может продолжаться от нескольких дней до нескольких недель. Прежде чем к ней приступить, ВИЧ-положительной матери требуется получить психологическую поддержку, консультации по сохранению здоровья молочных желез и вопросам искусственного вскармливания.

Преимущества и недостатки данного метода перечислены в таблице 4.5.

Таблица 4.5. Исключительно грудное вскармливание с ранним отлучением от груди
<p>Преимущества</p> <p>С отменой грудного вскармливания исчезает риск ПМР.</p>
<p>Недостатки</p> <ul style="list-style-type: none">▪ После отлучения от груди, если не удастся подобрать подходящую молочную смесь или нарушается инструкция по ее приготовлению, у ребенка могут развиваться заболевания, связанные с неполноценным питанием.▪ При несоблюдении гигиенических норм и инструкций по приготовлению смеси повышается риск диареи у ребенка.▪ Кормление из чашки занимает определенное время, и лицу, ухаживающему за ребенком, необходимо запастись терпением. По возможности, мать следует научить кормить ребенка из чашки сцеженным молоком до полной отмены грудного вскармливания. (См. приложение 4-В, в котором перечисляются преимущества кормления из чашки и описана его методика.)▪ Резкое отлучение от груди может вызвать у ребенка беспокойство и обезвоживание.▪ После прекращения грудного вскармливания следует вводить прикорм, для которого следует обеспечить доступность продуктов. Информация по введению прикорма после шестимесячного возраста дана в приложении 4-С.▪ Во время отлучения от груди мать может страдать от нагрубания молочных желез, которое чревато маститом, поэтому молоко важно частично сцеживать и выливать.▪ Матери, ведущие половую жизнь, могут забеременеть.▪ Раннее отлучение от груди не рекомендуется, если известно, что ребенок инфицирован ВИЧ.

Метод 3. Вскармливание донорским грудным молоком

В некоторых слоях населения ВИЧ-положительные матери предпочитают нанимать кормилиц для ребенка. Очень важно, чтобы матери были предупреждены о возможном риске передачи ВИЧ от кормилицы с положительным или неизвестным ВИЧ-статусом. В таблице 4.6 перечислены преимущества и недостатки вскармливания донорским грудным молоком.

Таблица 4.6. Вскармливание донорским грудным молоком

Преимущества

- Если кормилица не инфицирована ВИЧ, то риск заражения ребенка ВИЧ исчезает.
- Большинство приведенных выше преимуществ грудного вскармливания относится к вскармливанию донорским грудным молоком.

Недостатки

- Кормилица должна пройти тестирование на ВИЧ и получить отрицательный результат.
- Кормилица должна соблюдать меры предосторожности, чтобы не заразиться ВИЧ при кормлении грудью.
- Кормилице необходимо либо почти постоянно, днем и ночью, находиться рядом с ребенком, чтобы часто прикладывать его к груди, либо сцеживать молоко для кормления в ее отсутствие.
- Окружающие могут задавать матери неприятные вопросы, выясняя, почему она наняла кормилицу.

Примечание. Матери, решившей нанять кормилицу для своего ребенка, может потребоваться дополнительное обучение и поддержка. Например, мать и кормилицу нужно обучить технике сцеживания грудного молока, рассказать о температурной обработке грудного молока и услугах банков донорского молока.

Метод 4. Вскармливание сцеженным кипяченым грудным молоком

В таблице 4.7 перечислены преимущества и недостатки вскармливания сцеженным кипяченым грудным молоком.

Таблица 4.7. Вскармливание сцеженным кипяченым грудным молоком

Преимущества

- Кипячение молока убивает ВИЧ.
- Грудное молоко — наилучшая еда для детей, после кипячения в нем сохраняется основная часть питательных веществ.
- Грудное молоко всегда есть у матери.
- Кормить ребенка может любой член семьи.

Недостатки

- Кипяченое грудное молоко хуже обычного грудного молока защищает ребенка от инфекций, хотя и лучше, чем искусственные смеси.
- Сцеживание и кипячение молока требуют определенного времени и должны проводиться часто.
- Ребенка следует кормить из чашки; освоение этого метода требует времени.
- Грудное молоко необходимо хранить в прохладном месте и использовать в течение часа после кипячения.
- Необходимо иметь источники энергии для нагревания молока и чистую воду для мытья чашки ребенка и посуды для хранения молока.
- Окружающие могут задавать матери неприятные вопросы, выясняя, почему она сцеживает молоко.

Упражнение 4.2. Национальные стандарты и рекомендации по вскармливанию детей: обсуждение в группе	
Цели	<p>Ознакомиться с национальными стандартами по вскармливанию детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами.</p> <p>Рассмотреть преимущества и недостатки различных методов вскармливания, подумать, как повысить безопасность каждого метода и извлечь из него максимальную пользу для здоровья ребенка и матери.</p>
Время	20 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Прочитайте таблицы 4.1–4.6 («Пособие для слушателей»). Обсудите преимущества и недостатки каждого метода вскармливания, выскажите свое мнение. Запишите все мнения участников дискуссии на доске (большом листе бумаги). ▪ Обсудите записанные мнения. ▪ Обсудите препятствия, которые могут помешать тому или иному методу вскармливания соответствовать критериям, обсуждавшимся в предыдущем упражнении (упражнение 4.1) <ul style="list-style-type: none"> ▪ Приемлемость ▪ Осуществимость ▪ Доступность ▪ Непрерывность ▪ Безопасность ▪ Выскажите свое мнение о путях повышения безопасности вскармливания (для каждого метода вскармливания). ▪ Запишите пути повышения безопасности вскармливания, предложенные слушателями, на доске (для каждого метода вскармливания).

ЗАНЯТИЕ 3. Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки

Консультирование по вопросам вскармливания

ВИЧ-положительная женщина должна пройти консультирование по вопросам вскармливания, которое включает:

- информацию о риске ПМР при грудном вскармливании;
- информацию о преимуществах и недостатках каждого метода вскармливания;
- помощь в выборе наиболее подходящего для нее метода вскармливания и обучение навыкам, необходимым для применения выбранного метода вскармливания.

При обсуждении различных методов вскармливания необходимо учитывать и уважать местные традиции, обычаи и убеждения.

Как подготовить женщину, не кормящую грудью, к вопросам окружающих

Согласно культурным традициям многих народов, женщина должна кормить ребенка грудью не менее года. Если она не кормит ребенка грудью или рано отлучила его от груди, окружающие могут заподозрить, что она инфицирована ВИЧ. Как только женщина выбрала метод вскармливания (желательно сделать это во время беременности), медицинский работник должен помочь ей подготовиться отвечать на вопросы окружающих о вскармливании ее ребенка.

Во время консультирования медицинский работник должен подготовить женщину к вопросам окружающих. Например, ее можно спросить: «Что вы ответите, если свекровь или соседи спросят, почему вы не кормите ребенка грудью или почему вы прекратили кормить его грудью?» или «Что вы ответите своему мужу, который считает, что ребенка уже надо подкармливать кашей, а вы выбрали исключительно грудное вскармливание?» Медицинский работник должен помочь женщине заготовить ответы на подобные вопросы. В ходе консультации часто появляется возможность вновь обсудить раскрытие ВИЧ-статуса.

По мере расширения программы ППМР следует предпринимать усилия по повышению осведомленности населения и привлекать общественность к активной работе в области ППМР, что поможет ВИЧ-инфицированным женщинам чаще отказываться от грудного вскармливания или рано отменять его. Матерей, выбравших исключительно грудное вскармливание, тоже необходимо поддерживать.

Информацию о стигматизации матерей, выбравших искусственное вскармливание или рано отлучивших своих детей от груди, см. в *модуле 5 «Стигматизация, дискриминация и ПМР»*.

Окончательное решение о методе вскармливания ребенка остается за матерью, и ей следует оказывать поддержку, какой бы метод она ни выбрала.

Повышение квалификации в области консультирования по вопросам вскармливания и предоставления поддержки матерям

Консультирование ВИЧ-положительных матерей по вопросам вскармливания является неотъемлемым компонентом любой программы ППМР и требует наличия у консультантов специальных навыков. ВОЗ проводит 40-часовой курс обучения общим вопросам грудного вскармливания, консультированию по вопросам вскармливания и предоставлению поддержки матерям, а также трехдневный курс обучения консультированию по вопросам вскармливания для ВИЧ-инфицированных матерей. Медицинские работники, консультирующие по вопросам вскармливания, должны при любой возможности повышать квалификацию. Навыки, которыми должен обладать консультант по вскармливанию, включают: умение слушать и понимать женщину, строить с ней доверительные отношения, поддерживать и просвещать ее.

Консультирование по вопросам вскармливания, включающее обучение и предоставление поддержки матерям

- необходимо проводить как во время беременности, так и после родов;
- основано на знании действующих национальных или местных стандартов по вскармливанию; консультант должен быть осведомлен о ресурсах, доступных для матерей и семей;
- учитывает индивидуальные особенности каждой женщины: состояние здоровья, социальное положение, доход, принадлежность к определенной культуре, уровень знаний и так далее.

Консультирование по вопросам вскармливания с обучением и предоставлением поддержки матерям также включает

- предоставление информации о различных методах вскармливания, включая преимущества и недостатки каждого метода;
- обучение всем навыкам, необходимым для безопасного вскармливания;
- демонстрацию различных приемов, необходимых женщине для проведения вскармливания, и помощь в их освоении;
- поддержку стремления матери привлечь партнера и других членов семьи к принятию решений, касающихся вскармливания;
- поддержку, необходимую женщине, решившей раскрыть ВИЧ-статус близким.

Посещения консультанта

Консультирование ВИЧ-положительных матерей по вопросам вскармливания не должно ограничиваться однократной беседой; необходимо запланировать несколько встреч. Хотя бы одну беседу следует провести до родов, по возможности, спустя некоторое время после КИТ, а не сразу после сообщения женщине результата теста.

Консультант должен посетить мать и ребенка сразу после родов и запланировать следующий визит через 7 дней, чтобы оценить качество вскармливания и оценить состояние ребенка и матери.

Рекомендуется планировать встречи с консультантом ежемесячно, в дни, когда мать приходит с ребенком в клинику на плановый осмотр или вакцинацию. Дополнительные встречи требуются в особых случаях, например:

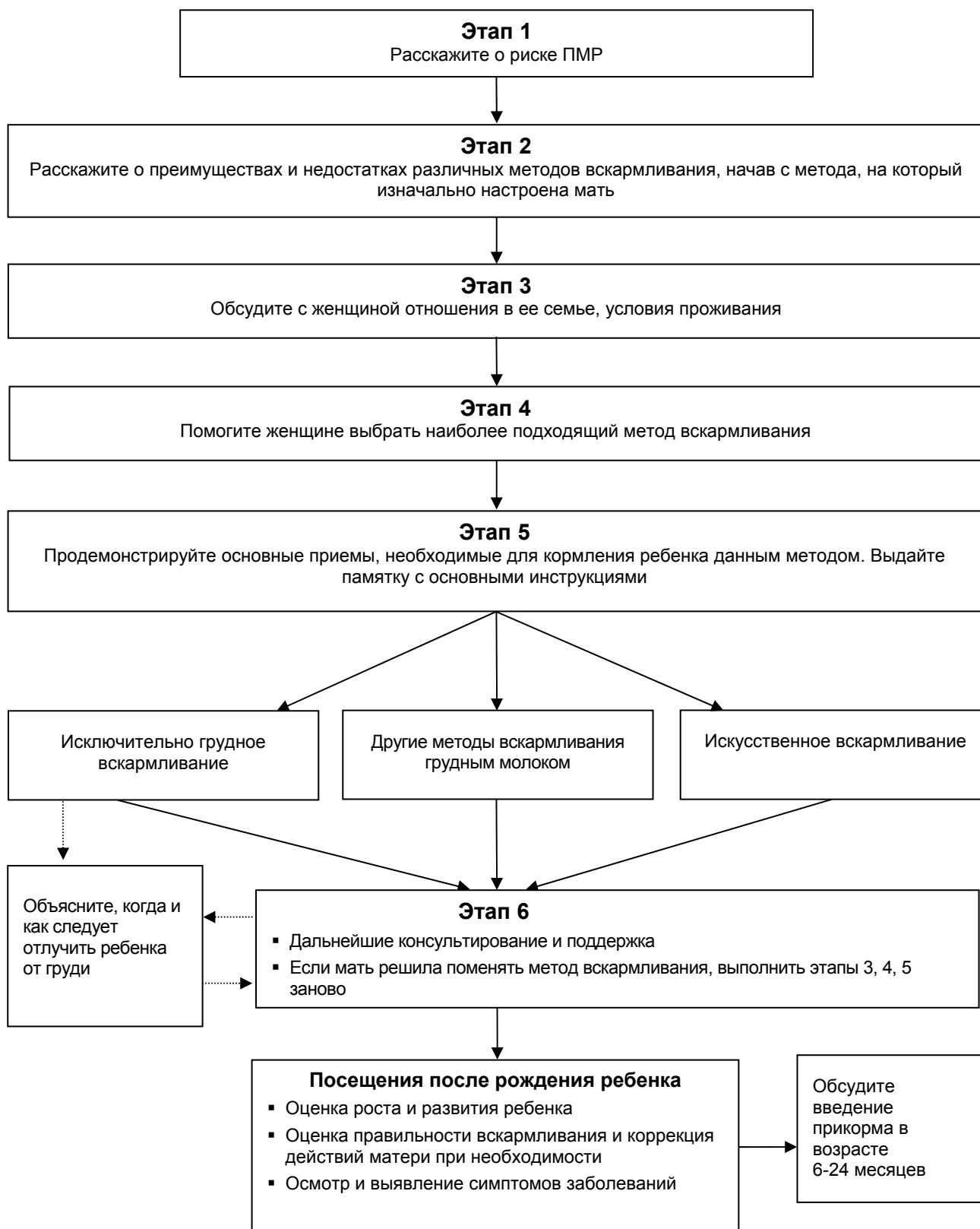
- при болезни ребенка;
- перед выходом матери на работу;
- перед переходом на другой метод вскармливания.

Алгоритм консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания

На рисунке 4.1. схематически показаны шесть этапов консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания. Используйте приведенный ниже алгоритм в соответствии с ситуацией:

Если это первое консультирование по вопросам вскармливания и ...
<p><i>женщина на раннем сроке беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–4-й этапы;▪ пригласите ее на консультацию в III триместре, чтобы она успела освоить выбранный метод вскармливания (этап 5). <p><i>женщина на позднем сроке беременности:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–5-й этапы. <p><i>женщина кормит ребенка грудью:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 1–5-й этапы согласно ситуации. <p><i>женщина кормит ребенка заменителями грудного молока:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ выполните 5-й и 6-й этапы согласно ситуации.
Если женщина уже была проконсультирована, выбрала метод вскармливания и...
<p><i>еще беременна или только что родила, но еще не обучена навыкам, необходимым для осуществления выбранного метода вскармливания:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 5-го этапа. <p><i>уже родила и кормит ребенка:</i></p> <ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 6-го этапа.
Если это плановая встреча с консультантом для наблюдения за процессом вскармливания...
<ul style="list-style-type: none">▪ начинайте с 6-го этапа.

Рисунок 4.1 Алгоритм консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания



Посещение клиники после рождения ребенка

Во время каждого посещения матерью клиники медицинские работники должны возвращаться к вопросам вскармливания и помогать решать наиболее актуальные проблемы. Повторение основных принципов вскармливания и предоставление матери нужной информации уменьшает риск развития заболеваний, связанных с неполноценным питанием, и способствует нормальному росту и развитию ребенка.

Упражнение 4.3. Консультирование по вопросам вскармливания и предоставление поддержки: ролевая игра	
Цели	Обсудить трудности, которые могут возникнуть при консультировании по вопросам вскармливания.
Время	70 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Слушателей просят разбиться на пары и еще раз просмотреть алгоритм консультирования ВИЧ-инфицированных женщин по вопросам вскармливания (рис. 4.1).▪ Договоритесь, кто будет играть роль консультанта, а кто — роль матери.▪ «Матери» получают у преподавателя описания своих игровых ситуаций.▪ Затем «матери» знакомятся с «консультантами по вопросам вскармливания», которые проводят консультирование в соответствии с алгоритмом.▪ По команде преподавателя слушатели меняются ролями.▪ Через 30 минут игра заканчивается, и слушатели делятся со всей группой полученным опытом, отвечая на следующие вопросы: «Консультанты по вскармливанию»:<ul style="list-style-type: none">▪ Возникали ли трудности при консультировании?▪ Какие этапы вызвали наибольшие сложности?▪ Каким образом можно повысить свою квалификацию в области консультирования по вопросам вскармливания?▪ Ощутили ли Вы необходимость владеть особыми навыками консультирования при работе с «матерями», которые напуганы, обеспокоены или расстроены мыслями о своем здоровье и здоровье ребенка.«Матери»:<ul style="list-style-type: none">▪ Какие основные сведения Вы получили в процессе консультирования?▪ Изменилось ли Ваше мнение по поводу выбранного метода кормления ребенка?▪ Если не изменилось, то почему?▪ Какие неожиданные проблемы возникли в процессе консультирования?▪ По вашему мнению, как должен был справиться с ними консультант?

Модуль 4. Тезисы

- Все ВИЧ-положительные женщины нуждаются в консультировании по вопросам вскармливания и предоставлении поддержки.
- Риск ПМР сохраняется в течение всего периода грудного вскармливания, если ВИЧ-инфицированная мать кормит ребенка сама.
- Мать имеет право сама выбирать метод вскармливания ребенка; медицинский работник должен поддержать ее выбор и оказать необходимую помощь.
- ВИЧ-положительным матерям настоятельно рекомендуется отказаться от грудного вскармливания, если искусственное вскармливание отвечает критериям приемлемости, осуществимости, доступности, непрерывности и безопасности.
- Если мать выбирает грудное вскармливание, то рекомендуемый метод — исключительно грудное вскармливание с ранним отлучением от груди.
- Консультирование, обучение и поддержка матерей служат залогом успешного вскармливания, отвечающего всем требованиям безопасности.
- Консультирование матери и регулярный патронаж ребенка необходимо проводить до достижения ребенком двухлетнего возраста.
- Медицинские работники, осуществляющие ГПМР, могут предотвратить неправильное или избыточное использование заменителей грудного молока тремя способами:
 - пропаганда грудного вскармливания среди населения в целом;
 - убеждение матерей, чьи дети не нуждаются в искусственном вскармливании, не использовать заменители грудного молока;
 - соблюдение Международного кодекса торговли заменителями грудного молока.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4-А.

Рекомендации ООН по вскармливанию при ВИЧ-инфекции у матери

Действующие (2003 года) рекомендации ООН по вскармливанию для ВИЧ-инфицированных матерей

- ВИЧ-положительным матерям настоятельно рекомендуется отказаться от грудного вскармливания, если искусственное вскармливание отвечает критериям приемлемости, осуществимости, доступности, непрерывности и безопасности (определения данных критериев см. в материалах к занятию 1).
- Во всех других случаях ООН рекомендует исключительно грудное вскармливание в течение первых месяцев жизни ребенка.
- Для сведения к минимуму риска ПМР матери, инфицированные ВИЧ, должны прекратить грудное вскармливание как можно раньше. Также следует учитывать национальные стандарты и рекомендации по вскармливанию, особенности места проживания матери, ее личные обстоятельства и риски, связанные с искусственным вскармливанием (риск других инфекций и заболеваний, связанных с неполноценным питанием).
- ООН рекомендует раннее прекращение грудного вскармливания (отлучение от груди может занять от нескольких дней до двух недель), признает трудность данной задачи и необходимость оказания поддержки матери и ребенку.
- Если ВИЧ-инфицированная мать принимает решение не кормить ребенка грудью или отнять ребенка от груди, консультанты и медицинские работники должны оказывать ей помощь и поддержку в течение по крайней мере первых двух лет жизни ребенка, чтобы обеспечить полноценное искусственное вскармливание.
- Необходимо осуществлять программы по повышению безопасности искусственного вскармливания для ВИЧ-инфицированных матерей и семей.
- Все ВИЧ-положительные матери должны пройти консультирование, во время которого им предоставляют общую информацию о преимуществах и недостатках различных методов вскармливания и помогают выбрать наиболее целесообразный в данной ситуации метод.
- Независимо от выбранного матерью метода вскармливания, ее следует поддерживать.

Для составления этого приложения были использованы следующие источники:

- *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для лиц, принимающих решения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.
- *HIV and infant feeding: Guidelines for health care managers and supervisors [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для организаторов здравоохранения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4-В. Преимущества кормления из чашки

Молочные смеси следует давать ребенку из чашки.

Медицинские работники должны объяснить матери и членам ее семьи, что кормление из чашки предпочтительнее кормления из бутылочки по ряду причин.

- Кормление из чашки безопаснее, поскольку чашку легче промыть мыльным раствором, чем бутылочку.
- Ходить с чашкой, наполненной смесью, неудобно, поэтому возможностей для размножения в смеси бактерий меньше.
- Во время кормления из чашки ребенка необходимо держать на руках, при этом ребенок получает больше родительского внимания и устанавливается более прочный психологический контакт с ребенком, чем при кормлении из бутылочки.
- Кормление из чашки лучше кормления ложкой, поскольку кормление ложкой требует больше времени, и мать может прекратить его прежде, чем ребенок насытится. Тем не менее, некоторые люди предпочитают пользоваться ложкой.

Кормление из бутылочки в большинстве случаев не рекомендуется, поскольку может навредить ребенку.

Необходимо отговаривать матерей использовать бутылочки с сосками по ряду причин.

- Кормление из бутылочки повышает риск диареи, заболеваний десен и зубов, отита.
- При кормлении из бутылочки ребенок в большей мере испытывает недостаток общения и родительского внимания во время кормления.
- Бутылочки и соски необходимо тщательно мыть ершиком, а затем стерилизовать кипячением; это требует затрат времени и энергии.
- Бутылочки и соски стоят дороже, чем чашки, и не всегда легко доступны.

Медицинские работники должны обучать матерей и членов их семей методике кормления из чашки.

Методика кормления ребенка из чашки

- Усадите ребенка к себе на колени прямо или полулежа.
- Поднесите чашку с молоком к губам ребенка.
- Наклоните чашку, чтобы молоко едва касалось губ ребенка; слегка надавите чашкой на нижнюю губу ребенка.
- Ребенок оживится и откроет рот и глаза.*
- **Не вливайте** молоко в рот ребенку. Просто поднесите чашку к губам ребенка, и пусть он сам его пьет.
- Когда ребенок насытится, он закроет рот и откажется есть.
- Измеряйте объем съеденной ребенком пищи после каждого кормления, подсчитывая, сколько он съел за сутки.

* Недоношенный обычно лакает молоко. Доношенный ребенок или ребенок более старшего возраста молоко всасывает, немного его проливая.

Источники:

- *HIV and infant feeding counselling tools. [Консультирование по вопросам вскармливания с учетом принципов ППМР]* ВОЗ, ЮНИСЕФ и АМР США, 2004 год. Находится в печати, выйдет в свет в конце 2004 года. Версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.
- *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для лиц, принимающих решения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.
- *HIV and infant feeding: Guidelines for health care managers and supervisors [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для организаторов здравоохранения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4-С.

Введение прикорма в возрасте 6–24 месяцев

Все дети, включая тех, кто продолжает вскармливаться грудью, нуждаются во введении прикорма примерно с шестимесячного возраста. **Прикормом** называется любая пища домашнего или промышленного изготовления, которая включается в рацион ребенка при возникновении потребности в дополнении грудного молока или молочных смесей другими питательными веществами.

Новые продукты питания служат дополнением к грудному молоку и его заменителям; на данном этапе вскармливания ими *нельзя* полностью заменить молоко. Введение прикорма не должно служить поводом для отлучения ребенка от груди.

На протяжении второго года жизни необходимо продолжать часто кормить ребенка грудью или давать ему готовые молочные смеси или другие виды молока из чашки.

Рекомендации по введению прикорма должны составляться исходя из наличия определенных продуктов питания в данной местности и местных традиций вскармливания. Основные принципы введения прикорма изложены ниже.

Введение прикорма

- Вводить прикорм начинают с шестимесячного возраста, маленькими порциями. Объем порций увеличивают по мере развития ребенка (см. таблицу ниже).
- После введения прикорма ребенок продолжает нуждаться в частых кормлениях грудным или любым другим молоком в течение дня.
- После шестимесячного возраста ребенку, не получающему грудное молоко, требуется 1–2 чашки молока животных в сутки.
- Для кормления детей старше 6 месяцев молоко животных разводить не нужно, но свежее молоко животных следует обязательно кипятить.
- Молоко, подвергшееся технологической обработке, пастеризованное или прошедшее высокотемпературную обработку, полностью готово к употреблению. По мере развития ребенка набор продуктов в его рационе необходимо расширять. Количество кормлений зависит от энергетической ценности продуктов, потребляемых в данной местности, и объема пищи, съедаемой ребенком во время каждого кормления. При отсутствии молока в рацион ребенка необходимо включить другие продукты животного происхождения или обогащенные продукты.
- В таблице ниже перечислены виды, частота и объем прикорма для среднего здорового ребенка. Если энергетическая ценность или объем пищи, съедаемой за одно кормление, невелики, могут потребоваться более частые кормления.
- У больных детей энергетические потребности повышаются, поскольку инфекционные заболевания ускоряют метаболизм. Энергетические потребности также повышены у истощенных детей, которым назначают лечебное питание.
- По мере взросления ребенка постепенно изменяйте консистенцию пищи и добавляйте новые продукты; рацион ребенка должен отвечать его потребностям в питательных веществах и возможности пережевывать пищу.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4-С.

Введение прикорма в 6–24 месяца (продолжение)

Возраст	Консистенция	Частота	Объем на одно полное кормление*
6 месяцев	Жидкая каша, протертые овощи, мясо и фрукты	2 раза в день, помимо частых кормлений молоком	2–3 столовые ложки
7–8 месяцев	Протертые продукты	3 раза в день, помимо частых кормлений молоком	Постепенно увеличивают до 2/3 чашки ⁺ на одно кормление
9–11 месяцев	Измельченная или протертая пища и продукты, которые ребенок может взять в руку	3 полных кормления плюс одно промежуточное (легкое) кормление между полными кормлениями плюс кормления молоком	3/4 чашки ⁺
12–24 месяца	Еда с общего стола, при необходимости измельченная	3 полных кормления плюс два промежуточных кормления между полными кормлениями плюс кормления молоком	Полная чашка ⁺
Если ребенок не получает грудное молоко, то он должен получать дополнительно 1–2 чашки молока в день и 1–2 дополнительных кормления в сутки.			

* Эту колонку следует адаптировать с учетом объемов кухонных принадлежностей, характерных для данной местности.

⁺ Чашка = 250 мл

- Предлагайте ребенку с 6 месяцев различные продукты, богатые питательными веществами. В ежедневном рационе ребенка, или как можно чаще, должны быть продукты животного происхождения, например, мясо, птица, рыба, яйца, молочные и другие богатые белком продукты, доступные в данной местности. Дети также должны ежедневно получать фрукты и овощи, богатые витамином А. Очень сложно удовлетворить потребности ребенка данного возраста в питательных веществах, ограничиваясь только вегетарианской пищей.
- Если в данной местности нет продуктов, содержащих все необходимые ребенку питательные вещества, и нет обогащенных (витаминизированных) продуктов, то для профилактики задержки роста и развития ребенок должен получать пищевые добавки, содержащие витамины и минеральные вещества.
- Не следует давать ребенку напитки с низкой пищевой ценностью, например, чай и кофе (которые препятствуют всасыванию железа) и сладкие напитки, в том числе газированные. Объем соков в рационе должен быть ограничен, чтобы не уменьшить потребление ребенком продуктов более высокой пищевой ценности.
- Не следует давать продукты, которыми ребенок может подавиться, например, те, что благодаря своей форме или консистенции могут легко попасть в дыхательные пути. Нельзя давать ребенку орехи, виноград и сырую морковь.

ПРИЛОЖЕНИЕ 4-С.

Введение прикорма в 6–24 месяца *(продолжение)*

Чуткость при кормлении ребенка

- Кормите детей до года сами и помогайте детям, которые едят самостоятельно, прислушивайтесь к ребенку, научитесь понимать, когда он голоден или сыт.
- Кормите медленно и терпеливо, поощряя ребенка есть, но *не кормите его насильно*.
- Заинтересовывайте ребенка едой, экспериментируя с различными комбинациями продуктов, вкусами и консистенцией пищи, особенно если ребенок отказывается от еды.
- Если ребенок быстро теряет интерес к еде, уберите предметы, которые могут его отвлечь.
- Во время кормления выражайте свою любовь к ребенку и поддерживайте с ним контакт; для этого разговаривайте с малышом, встречайтесь с ним глазами.

Соблюдение гигиенических норм при приготовлении пищи

- Мойте руки перед приготовлением пищи и кормлением ребенка.
- Соблюдайте условия хранения продуктов и готовьте еду непосредственно перед кормлением.
- Используйте чистые кухонные принадлежности при приготовлении пищи и сервировке стола.
- Еду для ребенка подавайте в чистой посуде.
- Старайтесь не пользоваться бутылочками при кормлении ребенка, поскольку их трудно держать в должной чистоте.

Питание при болезнях и аллергии

Если в семье были случаи аллергических заболеваний или непереносимости пищевых продуктов, то коровье молоко, яичный белок и рыбу можно вводить в рацион ребенка только после года, а орехи, особенно арахисовые, следует давать ребенку только после 3 лет.

Если позволяет возраст ребенка, во время болезни он должен получать обильное питье, его также нужно уговаривать есть полутвердую или твердую пищу. После выздоровления ребенку следует ввести дополнительный прием пищи в сутки и уговаривать его есть побольше.

Источники:

- *HIV and infant feeding counselling tools. [Консультирование по вопросам вскармливания с учетом принципов ППМР]* ВОЗ, ЮНИСЕФ и АМР США, 2004 год. Находится в печати, выйдет в свет в конце 2004 года. Версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm.
- *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для лиц, принимающих решения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.
- *HIV and infant feeding: Guidelines for health care managers and supervisors [ВИЧ-инфекция и вскармливание: руководство для организаторов здравоохранения]* ВОЗ и ЮНЭЙДС, 2003 год; версия руководства взята с сайта http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf 30 июля 2004 года; с изменениями.



МОДУЛЬ 5. Стигматизация, дискриминация и ПМР

- ЗАНЯТИЕ 1.** Общие сведения о стигматизации, дискриминации и защите прав человека на международном уровне
- ЗАНЯТИЕ 2.** Прояснение понятий (формирование личного мнения)
- ЗАНЯТИЕ 3.** Борьба со стигмами и дискриминацией в медицинском учреждении и обществе
-

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Определять и выявлять стигмы и дискриминацию, связанные с ВИЧ/СПИДом.
- Лучше понимать вопросы защиты прав человека на международном и национальном уровнях.
- Прояснить собственные взгляды и устремления применительно к профилактике и помощи при ВИЧ/СПИДе.
- Бороться со стигматизацией и дискриминацией при предоставлении ППМР.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 1

- Национальная политика по отношению к дискриминации, равноправию и правам человека
- Национальная политика по отношению к дискриминации, равноправию и правам лиц с ВИЧ-инфекцией
- Национальная и местная политика по отношению к правам пациенток в службах ППМР и дородовой помощи



Карманный справочник содержит основные положения занятий 1 и 3 данного модуля

ЗАНЯТИЕ 1. Общие сведения о стигматизации, дискриминации и защите прав человека на международном уровне

Упражнение 5.1. Интерактивная игра «Ярлыки»	
Цель	Помочь разобраться в значении стереотипных стигм.
Время	20 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Когда Вы войдете в аудиторию, Вам на спину прикрепят ярлык. Не старайтесь узнать, что на нем написано.▪ Ходите по аудитории и разговаривайте с другими слушателями. Каждый из вас в общении будет воспроизводить реакцию, соответствующую наклеенному на собеседнике ярлыку. В разговорах важно точно показывать общепринятое отношение к ярлыкам, но при этом не называть их.▪ Через 5—7 минут сядьте по местам и расскажите друг другу, какие ощущения испытывали во время общения.▪ Ориентируясь на реакции собеседников, постарайтесь угадать, какой ярлык был Вам наклеен.▪ Снимите ярлык и прочитайте его.▪ Во время обсуждения поделитесь с группой своими мыслями и ответьте на следующие вопросы:<ul style="list-style-type: none">▪ Угадали ли вы свой ярлык?▪ Каково испытывать на себе стереотипное отношение?▪ Каким для вас был полученный опыт?▪ Верно ли, что отношение окружающих поставило Вас в тупик или удивило?▪ Предложите конкретные способы сломать стереотипы и уменьшить стигматизацию в своем учреждении.

Понятия «стигма» и «дискриминация»

ВИЧ/СПИД является серьезнейшей проблемой не только современного здравоохранения, но и правозащиты. Стигматизация и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом делают положение человека, который знает, что он ВИЧ-инфицирован, тяжелым вдвойне. Причина стигматизации и дискриминации — страх людей перед заражением ВИЧ. Эти явления остаются серьезным препятствием для профилактики ВИЧ-инфекции, а также лечения, помощи и поддержки ВИЧ-инфицированных людей и их семей.

Сегодня стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом, все чаще считают отдельно стоящим важнейшим препятствием для борьбы с распространением ВИЧ-инфекции как на мировом уровне, так и в отдельных странах, городах и медицинских учреждениях.

Среди мер борьбы с эпидемией ВИЧ/СПИДа наиболее эффективны те, которые, помимо прочего, направлены на предотвращение стигматизации и дискриминации и защиту прав людей, инфицированных ВИЧ или подвергающихся риску заражения ВИЧ.

Что такое стигма?

Стигмы — это предвзятые, неблагоприятные суждения о ком-либо или о чем-либо.

Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом

Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом, — это любые предвзятые, неблагоприятные суждения о людях, живущих с ВИЧ/СПИДом (ЛЖВС), либо подозреваемых в принадлежности к данной группе, а также об их близких и любимых, друзьях, социальной группе и сообществе.

Стигмы нередко касаются не только ВИЧ-инфицированных, но и форм поведения, считающихся опасными заражением ВИЧ. Особенно жесткими стигмами окружены такие связываемые с конкретными болезнями формы поведения, от которых, по мнению окружающих, человек способен отказаться (проституция, употребление наркотиков).

Нередко самый тяжелый груз стигматизации в связи с ВИЧ/СПИДом ложится на людей из отвергаемых обществом слоев — малообеспеченных, представителей национальных меньшинств, мужчин, вступающих в половые связи с мужчинами, потребителей инъекционных наркотиков и работников секс-бизнеса. Кроме того, молва часто огульно относит к этим группам всех ВИЧ-инфицированных.

Что такое дискриминация?

Дискриминация — это предвзятое или обусловленное предубеждениями обращение с человеком. Дискриминацию часто рассматривают как ущемление прав человека в различных областях, таких как здравоохранение, профессиональная деятельность, юридическая система, социальное обеспечение и репродуктивная и семейная жизнь.

Стигматизация и дискриминация

Тогда как *стигматизация* свидетельствует о взглядах окружающих, *дискриминация* проявляется в действиях и поведении. Иными словами, дискриминация — это намеренная или случайная демонстрация предвзятого отношения (стигмы).

Стигмы и дискриминация взаимосвязаны. Стигматизированные люди часто становятся жертвами дискриминации и ущемляются в правах. Предвзятые суждения часто побуждают людей несправедливо вести себя — отказывать в услугах или ущемлять в правах.

Известно, что стигмы и дискриминация сопровождают многие обезображивающие или неизлечимые болезни, в том числе туберкулез, сифилис, лепру. Однако, при ВИЧ/СПИДе эти явления, вероятно, тяжелее, чем при других опасных для жизни заболеваниях.

Три компонента эпидемии ВИЧ/СПИДа

В эпидемии ВИЧ/СПИДа выделяют три компонента: эпидемию ВИЧ-инфекции, эпидемию СПИДа и эпидемию стигм, дискриминации и отчуждения. Третий компонент стал для международного сообщества не менее важной проблемой, чем сама болезнь.

Примеры дискриминации

- Медицинский работник отказывается обслуживать ВИЧ-инфицированного пациента.
- После смерти мужчины от СПИДа его жена и дети подвергаются остракизму среди родственников и соседей.
- Человека уволили с работы, когда стало известно, что он инфицирован ВИЧ.
- Человек не может найти работу с тех пор, как стало известно о наличии у него ВИЧ-инфекции.
- Женщину, которая решила не кормить ребенка грудью, окружающие сочли ВИЧ-инфицированной и отвернулись от нее.

Международное право и связанные с ВИЧ-инфекцией стигмы и дискриминация

Свобода от дискриминации — неотъемлемое право человека. Оно основано на принципах справедливости и должно соблюдаться всегда и везде. В недавно принятой Комиссией ООН по правам человека резолюции сказано: «Дискриминация в связи с известным или предполагаемым наличием ВИЧ/СПИДа не допустима действующими правозащитными нормами». Таким образом, дискриминация по отношению к ЛЖВС и людям, у которых подозревается наличие ВИЧ-инфекции, — прямое нарушение прав человека.

ЛЖВС сталкиваются с многочисленными и разнообразными проявлениями стигм и дискриминации. Их «награждают» ярлыками и подвергают дискриминации не только из-за ВИЧ-статуса, но и в силу их принадлежности к той или иной социальной группе. Так, женщин с ВИЧ/СПИДом, по данным финансируемого ЮНЭЙДС исследования в Индии и Уганде, часто стигматизируют с двух и даже трех сторон: как женщин, как ЛЖВС и как жен или вдов ВИЧ-инфицированных. Кроме того, женщинам угрожает стигма ВИЧ-инфицированной беременной или матери. Из-за подобных стигм женщинам, например, отказывают в медицинской, психологической или социальной помощи.

Защищать, уважать и соблюдать права человека с ВИЧ-инфекцией

- Все мужчины и женщины, независимо от ВИЧ-статуса, имеют право распоряжаться своей половой и репродуктивной жизнью и получать сведения и помощь, необходимые для охраны собственного здоровья и здоровья своей семьи.
- Дети имеют право жить, развиваться и быть здоровыми.
- Женщины и девочки имеют право получать сведения о ВИЧ/СПИДе и защищать себя от ВИЧ-инфекции.
- Женщины имеют право обращаться за тестированием на ВИЧ и консультированием и знать свой ВИЧ-статус.
- Женщины имеют право отказаться от тестирования на ВИЧ или не узнавать его результаты.
- Женщины имеют право принимать информированное решение о вскармливании своего ребенка и, независимо от решения, получать поддержку.

Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека, принятые на Втором международном совете по правам человека (июль 2002 г.), приведены в Приложении 5-А. Эти 12 рекомендаций призывают правительства всех стран пересмотреть принятые законы, правила, системы и нормы с тем, чтобы обеспечить защиту прав ВИЧ-инфицированных и тех, кто подвергается риску заражения ВИЧ.

ЗАНЯТИЕ 2. Прояснение понятий (формирование личного мнения)

Лицо стигмы

Стигмы, связанные с ВИЧ/СПИДом, отличаются сложностью, подвижностью и чрезвычайной устойчивостью. Соображения, изложенные ниже, могут стать ориентиром для разработки и проведения в рамках программ ППМР мероприятий по искоренению связанных с ВИЧ/СПИДом стигм и дискриминации.

Стигматизирующими бывают взгляды и действия

Многие люди не подозревают, что их взгляды и действия способствуют стигматизации. Порой человек навешивает на ВИЧ-инфицированных ярлыки и ущемляет их права невольно — словом, действием или мнением. Кроме того, убеждения и поведение людей нередко противоречат друг другу. Примеры тому приведены ниже.

- Будучи противником дискриминации и стигматизации, человек может полагать, что ЛЖВС раньше вели себя аморально, заслужили свою болезнь или наказаны Богом за грехи.
- Некто, утверждающий, будто знает, что ВИЧ не передается при обычных контактах, отказывается покупать продукты у ВИЧ-инфицированного продавца или не позволяет семье пользоваться посудой, которой пользовался ВИЧ-инфицированный.

Стигмы проявляются в словах

Речь — главное средство выражения стигм. Человек может незаметно для самого себя навешивать ярлыки на ВИЧ-инфекцию или ЛЖВС, используя по отношению к ним, казалось бы, невинные слова. Унизительные слова и выражения — лишь один вид речевой стигматизации. В некоторых странах, например, ВИЧ-инфекцию и ЛЖВС не принято называть прямо — эти слова заменяют описательными выражениями, такими как «известная болезнь» (ВИЧ-инфекция) или «ходячие трупы», «смертники» (ЛЖВС).

Стигмы подкрепляются невежеством и страхом

Формироваться и сохраняться стигмам позволяет неожиданный сплав обрывочных знаний и страха. Многим людям о передаче ВИЧ и профилактике ВИЧ-инфекции кое-что известно, но точных и глубоких знаний не хватает. Например, часто люди не видят разницы между ВИЧ-инфекцией и СПИДом, не знают о закономерностях развития болезни, продолжительности жизни ЛЖВС, излечимости оппортунистических инфекций. Для некоторых положительный результат тестирования на ВИЧ равносителен смертному приговору. Страх смерти настолько велик, что многие люди избегают общаться с теми, у кого подозревают наличие ВИЧ-инфекции, хотя и знают, что ВИЧ при обычных контактах не передается.

Стигмам и ВИЧ-инфекции сопутствуют позор и обвинения

Половая жизнь, мораль, позор, обвинения — спутники ВИЧ/СПИДа. Многие стигмы обусловлены тем, что ВИЧ передается половым. Часто люди полагают, что ВИЧ-инфицированный заразился в результате половых связей, неприемлемых для общества и вероисповедания. Нередко молва приписывает ВИЧ-инфицированным неразборчивость, легкомысленность или неспособность себя контролировать, а потому и вину за болезнь.

Стигмы затрудняют раскрытие ВИЧ-статуса

ВИЧ-инфицированным рекомендуется сообщать другим о своем ВИЧ-статусе, однако часто это трудно выполнимо и на деле происходит редко. Большинство специалистов считают, что держать в тайне наличие ВИЧ-инфекции не следует. Тем не менее, многие ВИЧ-инфицированные опасаются, что своей откровенностью навлекут на себя несправедливое отношение и стигмы. В то же время, раскрытие ВИЧ-статуса обладает рядом преимуществ:

- стимулирует партнера (партнеров) пройти тестирование на ВИЧ;
- помогает предотвратить передачу ВИЧ партнеру (партнерам);
- помогает получить поддержку партнера (партнеров), родных или друзей.

Стигмы бытуют даже в доброжелательной среде

Помощь и поддержка могут сочетаться со стигматизацией. Иногда родственники ВИЧ-инфицированных, любя и поддерживая их, ухаживая за ними, своим поведением (укорами, ворчанием) одновременно стигматизируют и дискриминируют их. Обычно они не осознают, что ущемляют права своих близких.

- Стигмы встречаются даже среди противников стигматизации ЛЖВС — как обычных людей, так и медицинских работников.
- Верные и неверные суждения о ВИЧ-инфекции могут сочетаться. Так, зная о путях передачи ВИЧ в целом, можно в чем-то быть правым, а в чем-то — нет.
- В одном и том же человеке доброжелательное отношение к ЛЖВС может сочетаться с предвзятым.
- Иногда родственники, искренне заботясь о ВИЧ-инфицированном и жалея его, одновременно его же порицают и ущемляют в правах.

Упражнение 5.2. Примеры стигм и дискриминации. Обсуждение в группе	
Цель	Рассмотреть примеры стигм и дискриминации.
Время	15 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Поделитесь примерами стигматизирующих и дискриминирующих посланий или взглядов, встречающихся:<ul style="list-style-type: none">▪ в средствах массовой информации (в газетах, телевизионных и радиопередачах);▪ в медицинских учреждениях;▪ на рабочем месте;▪ в религиозной общине;▪ в семье;▪ в сообществе.

Примеры стигм и дискриминации

В средствах массовой информации

- Распространение идеи о разделении ВИЧ-инфицированных на «виновных» (работники секс-бизнеса, потребители инъекционных наркотиков) и «невинных» (дети).
- Представление ВИЧ/СПИДа в качестве смертного приговора, способствующее укреплению тревоги, страха и убеждений в том, что к ВИЧ-инфекции нельзя относиться как к любому хроническому заболеванию.
- Упор на разделение полов и отнесение женщин к «слабому полу», закрепляющие уязвимость женщин к половому насилию и ВИЧ-инфекции.

В медицинских учреждениях

- Отказ ЛЖВС в помощи, лечении и поддержке.
- Предоставление ЛЖВС помощи низкого качества.
- Нарушение конфиденциальности.
- Обслуживание ЛЖВС в изолированных клиниках, способствующее усилению стигматизации и обособления.
- Использование средств инфекционного контроля (перчаток и др.) при работе не со всеми пациентами, а только с теми, которые могут быть ВИЧ-положительными.
- Совет или настойчивое предложение ВИЧ-инфицированным пройти процедуры, которые обычно пациентам не рекомендуют (стерилизацию, аборт и т. д.).

На рабочем месте

- Прием на работу только по результатам тестирования на ВИЧ.
- Отказ принять на работу ВИЧ-инфицированного или его близких.
- Требование регулярного тестирования на ВИЧ.
- Увольнение на основании ВИЧ-статуса.
- Нарушение конфиденциальности.
- Отказ работать рядом с ВИЧ-инфицированным из страха заразиться.

В религиозной общине

- Отказ ЛЖВС в праве участвовать в культовых обрядах и мероприятиях (например, похоронах).
- Препятствие вступлению ЛЖВС в брак.
- Ограничение доступа ЛЖВС к участию в жизни религиозной общины.

В семье и сообществе

- Изоляция ВИЧ-инфицированных.
- Препятствие к участию ЛЖВС в местных событиях.
- Отказ принимать в школу, ВИЧ-инфицированного ребенка или ребенка из семьи, столкнувшейся с ВИЧ.
- Изгнание из общества ЛЖВС, партнеров и детей ЛЖВС.
- Насилие по отношению к партнеру или супругу, у которого выявлен ВИЧ.
- Отказ в поддержке людям, потерявшим ВИЧ-инфицированного родственника, в том числе сиротам.

Последствия стигм

Вред и разрушительное воздействие стигм прослеживаются во всех сферах, касающихся ВИЧ/СПИДа — от профилактики и тестирования на ВИЧ до лечения и оказания помощи. Так, страх стать жертвой гонений и дискриминации мешает людям с неизвестным ВИЧ-статусом обратиться за тестированием на ВИЧ, а ВИЧ-инфицированным — за необходимой помощью. Кроме того, ЛЖВС, столкнувшись с предвзято настроенными медицинскими работниками, иногда получают неполноценную помощь.

- Стигмы способны ограничить возможности выбора в области здравоохранения, семейной и общественной жизни.
- Стигмы могут препятствовать осуществлению мер, способных спасти жизнь и сохранить качество жизни.

Стигмы в отношении ВИЧ/СПИДа поддерживают распространение ВИЧ

- Из-за стигм люди боятся проходить тестирование на ВИЧ.
- Стигмы мешают людям осознать собственный риск заражения ВИЧ.
- Стигмы препятствуют раскрытию ВИЧ-положительного статуса половым партнерам и людям, пользующимся общими инъекционными иглами.
- Из-за стигм ЛЖВС часто не решаются перейти к безопасным формам поведения, поскольку боятся получить ярлык ВИЧ-инфицированного.

Стигмы и дискриминация — причины социальной изоляции

Исследование в Южной Африке показало, что ВИЧ-инфицированные мужчины и женщины сталкиваются с социальной изоляцией и оскорблениями, их преследуют молва и сплетни, они лишаются крыши над головой и друзей. Один из участников исследования заметил: «Кое-кто говорит в тебе лицо, что больше не нуждается в твоей дружбе, а кое-кто просто избегает тебя». Другой рассказал: «Люди насмеются над ВИЧ-инфицированными, показывают на них пальцем».

Стигмы и дискриминация ограничивают доступность помощи

В силу связанных с ВИЧ/СПИДом стигматизации и дискриминации люди не решаются обращаться в медицинские и социальные учреждения, в результате риск передачи ВИЧ половым партнерам и детям растет. Во многих случаях таким людям больше всего нужны информация, просвещение и консультирование, однако они не могут их получить, даже если у них есть такая возможность.

Вторичные стигмы (стигматизация окружающих)

Нередко стигмы не ограничиваются ВИЧ-инфицированными, а распространяются на окружающих их людей, превращаясь в так называемые вторичные стигмы. **Вторичную стигму** иллюстрирует такой образ мысли: «Если я сяду рядом с больным СПИДом, люди подумают, что у меня тоже СПИД». Социальные работники и общественные консультанты, работавшие в программе ВИЧ/СПИДа в Южной Африке, рассказали, что, работая с ЛЖВС, сами становились объектами стигматизации.

Стигмы и ППМР

Стигмы и дискриминация создают препятствия к осуществлению ППМР. Примечательно, что во многих районах женщины не решаются прибегнуть к искусственному вскармливанию из страха, что их сочтут ВИЧ-инфицированными. На детей участниц программ ППМР нередко ложится груз вторичных стигм — окружающие полагают, что они тоже инфицированы.

Последствия стигм для программ ППМР

- Женщины не решаются обращаться за дородовой помощью.
- Люди боятся проходить консультирование и тестирование на ВИЧ, обращаться в службы ППМР
- Женщины боятся рассказывать своим партнерам о тестировании на ВИЧ и его результатах.
- Женщины не используют меры ППМР, в том числе АРВ терапию и профилактику.
- Женщины реже выбирают рекомендуемые для ППМР методы вскармливания (искусственное вскармливание, раннее отнятие от груди).

ЗАНЯТИЕ 3. Борьба со стигмами и дискриминацией в медицинском учреждении и обществе

Борьба со стигмами и программы ППМР

Чтобы привлечь больше женщин, программы ППМР должны проводить мероприятия по борьбе со стигмами, связанными с ВИЧ/СПИДом. Борьба со стигмами должна вестись на всех уровнях:

- на национальном уровне;
- на местном, общественном и культурном уровне;
- в отделениях, осуществляющих ППМР;
- на индивидуальном уровне.

Стигматизация — явление социальное, и бороться с ней следует на уровне сообществ. Социальная и культурная среда влияет как на персонал программ ППМР, так и на пациенток, поэтому бороться со стигмами и дискриминацией, связанными с ВИЧ/СПИДом, программы ППМР и сообщества должны вместе. На данном занятии будут рассмотрены мероприятия, которые могут проводить программы ППМР и обслуживаемые ими сообщества. Эти мероприятия решают массу задач, поэтому каждой программе необходимо определить первоочередные шаги и план дальнейших действий.

Национальный уровень

Общенациональным кампаниям в области ВИЧ/СПИДа и программным мероприятиям по защите прав ЛЖВС необходима политическая поддержка руководства страны. Государственные деятели, занимающие высокое положение, и другие видные представители общественности, такие как известные артисты и музыканты, могут возглавлять соответствующие движения и служить примером для подражания. Крайне важно заручиться официальной поддержкой и личными связями на уровне руководства страны, поскольку без них трудно добиться успеха на местах.

Для общенациональных инициатив, направленных на решение связанных с ВИЧ/СПИДом проблем и изменение обеспечивающих ППМР законов и медицинской практики, можно выделить ряд задач.

- Поддерживать и проводить законы, защищающие права ВИЧ-инфицированных лиц в целом и пациентов в частности.
- Поддерживать законы, защищающие права женщин в сферах здравоохранения, образования и занятости.
- Отстаивать законы, направленные на борьбу с дискриминацией на административном, финансовом и правовом уровнях.
- Поддерживать усилия государства по повышению доступности антиретровирусной терапии для нуждающихся в ней ВИЧ-инфицированных.
- Ходатайствовать о проведении качественных лечебных программ для людей, страдающих зависимостью.
- Призывать целевую аудиторию к гражданской активности и использовать ее помощь при разработке, развитии и изучении соответствующих программ и доктрин.
- Ходатайствовать о финансировании программ ППМР и подготовки их персонала.

- Заниматься популяризацией успехов программ, приглашая видных государственных и общественных деятелей в клиники для знакомства с ППМР.
- Доводить проблемы (например, недостаточное обеспечение средствами АРВ профилактики или молочными смесями для искусственного вскармливания) и пути их решения до сведения лиц, обладающих властью и возможностями решать такие проблемы на национальном уровне.
- Способствовать пониманию руководством страны важности программ ППМР.
- Призвать уважаемых граждан подать пример поведения по отношению к ЛЖВС в профессиональной и личной жизни:
 - призвать их нанимать на работу ВИЧ-инфицированных;
 - призвать их рассказывать о хорошей работе клиник ППМР населению и журналистам;
 - призвать их посещать службы для больных СПИДом;
 - призвать их высказываться против психического, словесного и физического насилия по отношению к ВИЧ-инфицированным женщинам;
 - напоминать им о необходимости лучшего финансирования программ помощи при ВИЧ/СПИДе;
 - предложить им пройти тестирование на ВИЧ.

Местный уровень

Просвещение и обучение в области ВИЧ/СПИДа

Просвещать и обучать сообщество в области ВИЧ/СПИДа необходимо. Прежде всего, это требуется ключевым фигурам, формирующим общественное мнение, а также повитухам и знахарям, медицинским работникам смежных учреждений, священникам, руководителям частных предприятий. Просветительские и обучающие мероприятия способны:

- повысить осведомленность в вопросах ВИЧ-инфекции;
- улучшить понимание проблем ЛЖВС;
- распространить знания о насилии в семье, с которым сталкиваются женщины после выявления у них ВИЧ-инфекции;
- через предводителей сообщества объяснить населению, что насилие над женщиной неприемлемо, аморально и незаконно;
- подвигнуть руководителей создавать благоприятные условия работы для ВИЧ-инфицированных;
- содействовать превращению мероприятий ППМР в неотъемлемую часть здравоохранения, профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа;
- ознакомить общественность с мероприятиями ППМР (в том числе с АРВ профилактикой и более безопасными методами вскармливания), подчеркнув важность поддержки ППМР в обществе и семье;
- повысить частоту направлений в службы ППМР и из них;
- обеспечить участие представителей общественности и ЛЖВС в организации, разработке и проведении программ просвещения по вопросам ВИЧ-инфекции, ее профилактики и помощи ВИЧ-инфицированным.

Осведомленность населения о мероприятиях ППМР

Осведомленность о мероприятиях ППМР помогает мужчинам и женщинам осознать, в чем заключаются их роли и обязанности по защите себя и своих близких от ВИЧ-инфекции.

Лучшая осведомленность населения способствует укреплению поддержки со стороны половых партнеров, родственников и сообществ. Как правило, лучше всего с ВИЧ-инфекцией справляются те, кого поддерживают семья и окружающие.

Так, родственники и близкие друзья могут напоминать ВИЧ-инфицированным вовремя принимать препараты. Близкие ВИЧ-инфицированной беременной часто обеспечивают ей возможность рожать в медицинском центре и следят, чтобы она соблюдала режим АРВ профилактики. Кроме того, они могут контролировать получение АРВ профилактики ребенком и помочь матери придерживаться более безопасного в отношении риска ПМР метода вскармливания.

Сотрудничество с сообществами

Развертывание служб ППМР требует сотрудничества с профессиональными, гражданскими и общественными организациями и образовательными учреждениями. Пропаганда ППМР в местных организациях повышает жизнеспособность мероприятий ППМР и обеспечивает им массовую поддержку.

Другие мероприятия на местном уровне

Дополнительно на уровне сообществ можно:

- улучшить обмен информацией и идеями между медицинскими работниками и другими лицами, оказывающими помощь ЛЖВС, организуя обсуждение частных случаев за круглым столом и общественные мероприятия;
- дополнить программу подготовки студентов медицинских учебных заведений (будущих медицинских сестер, акушерок и врачей).

Привлечение ЛЖВС

ЛЖВС следует привлекать к участию в национальных и местных программах. Деятельность такого рода расширяет возможности ЛЖВС. Кроме того, участие ЛЖВС в жизни сообщества помогает окружающим понять, что эти люди являются не источником проблемы ВИЧ/СПИДа, а помощниками в ее решении. Привлечение ЛЖВС к мероприятиям ППМР:

- помогает ЛЖВС приобретать и использовать на практике навыки общения, ведения переговоров, решения споров и принятия решений, что дает им возможность бороться со стигмами и дискриминацией, связанными с ВИЧ/СПИДом;
- способствует объединению ЛЖВС в борьбе со стигматизацией и дискриминацией;
- способствует активному участию ЛЖВС в мероприятиях национального и местного уровня, благодаря чему отношение населения к ЛЖВС улучшается;
- поддерживает организации и объединения ЛЖВС, в том числе те, что помогают ВИЧ-инфицированным добиваться признания и защиты своих прав.

Программы обучения ЛЖВС

Разработка и проведение специальных программ обучения помогает ЛЖВС отстаивать свои права и принимать активное участие в помощи своим братьям. Работая в качестве добровольцев, консультантов, членов правления или штатных сотрудников в различных программах (программах ППМР, обучения вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и помощи ВИЧ-инфицированным), ЛЖВС демонстрируют, что остаются полезными членами общества. Это помогает им вести полноценную жизнь и справляться с ВИЧ-инфекцией.

Уровень программ ППМР

Мероприятия ППМР должны проводиться на уровне сообществ при поддержке общественности. Программы ППМР часто отражают особенности сообществ, в которых проходят, однако они способны возглавить движение по изменению устоявшихся мнений и отношений, в том числе движение против стигматизации ЛЖВС и женщин, обращающихся в программы ППМР.

Внедрение мероприятий ППМР в службы дородовой помощи

Все мероприятия ППМР желательно включить в рамки дородовой помощи, предоставляемой всем женщинам. Это позволит предлагать добровольное тестирование на ВИЧ и просвещать всех посетительниц клиники, независимо от их мнения о своем риске ВИЧ-инфекции. Объединение служб, работающих в области ВИЧ/СПИДа, со стандартными клиниками дородовой помощи способствует стабилизации эпидемии ВИЧ/СПИДа.

Участие партнеров

Необходимо разработать методы привлечения половых партнеров женщин к участию во всех областях дородовой помощи. Это способствует просвещению мужчин в вопросах ППМР (таких как АРВ терапия и профилактика, выбор безопасного метода вскармливания) и позволяет им понять важность тестирования на ВИЧ, поддержки женщины и семьи в отношении ППМР в целом и АРВ профилактики и безопасного вскармливания в частности.

К примеру, две клиники в Кении пригласили мужчин посетить клинику ППМР, чтобы пройти КИТ и прослушать лекцию по ППМР, специально разработанную для мужской аудитории. В результате этих мероприятий программа:

- улучшила взаимопонимание по вопросам ППМР в семьях;
- повысила частоту тестирования на ВИЧ партнеров женщин, проходящих ППМР;
- повысила частоту раскрытия ВИЧ-статуса обоими партнерами.

Лекции и просветительские беседы

Групповое и индивидуальное просвещение (в клинике и за ее пределами) помогает привлечь внимание к роли мужчин в передаче ВИЧ и сокращает стигматизацию женщин.

Еще одна возможность избавить женщину от обвинений и призвать обоих партнеров разделить ответственность за соблюдение мер ППМР — консультирование пар.

В районах, где среди мужчин не принято сопровождать женщин в клинику дородовой помощи, просвещение целесообразно проводить в удобных для мужчин местах (на работе, в парикмахерских, барах, кафетериях).

Подготовка медицинских работников

Подготовка медицинских работников заключается в их просвещении и обучении необходимым навыкам. Успех или провал программы ППМР зависит от устремлений, навыков и опыта сотрудников. Главным условием успеха мероприятий ППМР служит подготовка медицинских работников всех уровней (руководителей, медицинских сестер, акушерок, врачей, социальных работников, консультантов и специалистов по работе с населением). Подготовка кадров должна включать:

- предоставление полной и точной информации о передаче и факторах риска инфекции;
- обучение методам борьбы со стигмами, связанными с ВИЧ/СПИДом.

Понимание прав и будущего ЛЖВС и их семей

Просвещение сотрудников программ ППМР заключается не только в предоставлении информации, но и в формировании взглядов, исправлении ошибочных представлений и оценке навыков.

Просвещение медицинских работников должно помочь им получить полное представление о жизни ЛЖВС и лучше понимать права ЛЖВС и их семей. Не прошедшие должной подготовки медицинские работники могут испытывать неоправданный страх, неправильно действовать, демонстрировать стигмы своими словами и поступками. Соответственно, обучение медицинских работников методам профилактики стигматизирующего поведения позволяет справиться с высокомерным отношением к образовательному, социальному, экономическому и социальному уровню ЛЖВС и помогает будущим сотрудникам программы исправить свои ошибочные взгляды.

В ходе подготовки необходимо стремиться привлечь внимание слушателей к словам, которые они используют по отношению к ВИЧ/СПИДу и ЛЖВС. Подготовка должна включать:

- упражнения, позволяющие слушателям оценить собственные взгляды и убеждения, способные спровоцировать стигматизирующие высказывания;
- свод правил сохранения врачебной тайны, борьбы с дискриминацией и инфекционного контроля, а также перечень последствий нарушения установленных правил и описание процедуры рассмотрения жалоб.

Инфекционный контроль

Все медицинские работники должны быть обеспечены средствами защиты (в том числе перчатками высокого качества и соответствующего размера), необходимыми для соблюдения правил инфекционного контроля и профилактики заражения ВИЧ на рабочем месте (*Модуль 8 «Безопасность и помощь на рабочем месте»*). Универсальные меры предосторожности должны применяться в отношении всех пациентов, независимо от установленного или предполагаемого ВИЧ-статуса.

Медицинская тайна

Конфиденциальность сведений о пациентах должны обеспечивать специально разработанные правила и процедуры. План их внедрения необходимо разработать отдельно. Конфиденциальность сведений в медицинском учреждении обсуждается также в *Модуле 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»*. Правила соблюдения конфиденциальности должны включать:

- правила регистрации и закрытого хранения сведений о пациентах;
- требование ни коим образом не выделять ни ЛЖВС, ни их медицинские документы (бумажные или электронные), исключив любые намеки на ВИЧ-статус;
- гарантии сохранения в тайне сведений о пациенте на всех этапах общения с медицинскими работниками — от регистрации до врачебной консультации.

В правилах соблюдения конфиденциальности должно подчеркиваться, что все личные беседы и консультации необходимо проводить наедине. Кроме того, в них должны быть указаны:

- правила сообщения медицинских сведений родственникам пациента (только с информированного согласия пациента);

- запрет на разглашение сведений о пациенте и порядок наложения взысканий при его нарушении;
- меры, которые может принять пациент для предотвращения утечки информации;
- требования к обучению персонала мерам соблюдения конфиденциальности;
- чрезвычайная важность соблюдения конфиденциальности и последствия ее нарушения для пациента и службы ППМР в целом.

Личный пример

Персонал, осуществляющий ППМР, должен показывать пример окружающим и обращаться с ЛЖВС так же, как с пациентами, у которых нет ВИЧ-инфекции. Медицинские работники служат образцом для подражания, и люди часто копируют их отношение к ЛЖВС. Персонал должен стремиться наладить контакты населения с ЛЖВС.

Знакомство с местным сообществом

Знакомство с местным населением помогает узнать, какие мнения и слухи о ВИЧ-инфекции бытуют в данном сообществе. В ходе программы ППМР любые неверные представления людей важно своевременно исправлять. В частности, в некоторых сообществах женщину, которая кормит ребенка из бутылочки или чашки, автоматически считают ВИЧ-инфицированной. Сотрудники служб ППМР должны разрушать подобные стереотипы в ходе консультирования и просветительских лекций и подчеркивать важность безопасных методов вскармливания для сокращения частоты ПМР.

Права женщин

Права женщин необходимо отстаивать. Женщине, у которой выявлена ВИЧ-инфекция, следует рассказать о ее правах и посоветовать, куда обратиться за помощью, в том числе юридической, если она столкнется со стигматизацией и дискриминацией.

Поддержка сверстниками и общественностью

Возможности поддержки со стороны сверстников и общественности следует развивать. Важно понимать, что группы поддержки на базе клиник дородовой помощи дают ВИЧ-инфицированным беременным возможность делиться опытом и налаживать связи с различными вспомогательными службами. Программа ППМР, в свою очередь, может поддержать такие группы.

- Поддержка программ наставничества. В Южной Африке проходит программа наставничества для ВИЧ-инфицированных беременных «Мамы — будущим мамам». Недавно родившие ВИЧ-инфицированные женщины возвращаются в клинику дородовой помощи в качестве наставниц и обучают, консультируют и поддерживают ВИЧ-инфицированных беременных.
- Поощрение работы матерей-наставниц. Эти женщины делятся личным опытом, способствуют лучшему соблюдению врачебных назначений, помогают выбрать метод вскармливания и налаживают связи со службами помощи и поддержки. Благодаря наставницам, молодые матери лучше понимают и чаще используют меры ППМР.
- Поощрение поддержки сверстниками. Необходимо советовать ЛЖВС наладить отношения со сверстником (с любым ВИЧ-статусом), который будет выступать в роли друга, спутника, советчика или наставника.

Привлечение ЛЖВС в программы ППМР помогает бороться со стигмами и дискриминацией и способствует пониманию и поддержке ВИЧ-инфицированных.

Консультирование и просвещение ЛЖВС

Консультирование и просвещение ЛЖВС на базе клиники, осуществляющей ППМР, или в смежных организациях помогает искоренять стигмы.

- Консультанты советуют ЛЖВС раскрыть ВИЧ-статус сначала родственникам, а потом и друзьям, поддерживают и помогают им в этом. Раскрытие ВИЧ-статуса способствует большей открытости ЛЖВС, что благоприятно отражается на отношении к ним.
- Консультанты должны уметь выявлять случаи насилия в семье, особенно над женщинами, и предоставлять поддержку и соответствующие направления женщинам, которым угрожает физическое, словесное или психическое насилие.

Роль руководителей программ ППМР

Руководители программ ППМР отвечают за включение в программу правил и методов защиты людей от дискриминации и стигматизации. Они также играют важную роль в разработке, внедрении и укреплении мер, направленных на соблюдение конфиденциальности. Ниже приведены некоторые способы борьбы со стигмами и дискриминацией, доступные руководителям программ ППМР.

- Поддержка борьбы с дискриминацией при приеме на работу и на рабочем месте.
- Поддержка ВИЧ-инфицированных трудящихся, способствующая сохранению возможности работать и добиваться профессиональных успехов.
- Разработка удобного расписания работы медицинских служб.
- Гарантия равноправия медицинского обслуживания при любом ВИЧ-статусе.
- Разработка порядка учета случаев дискриминации и мер взыскания для сотрудников, ущемивших права пациента.
- Распространение принципов программы среди сотрудников и пациентов, извещение пациентов о праве подавать жалобы на дискриминацию.

Кроме того, руководители программы ППМР должны способствовать соблюдению универсальных мер предосторожности всеми сотрудниками. Это помогает избавляться от стигм, обусловленных страхом перед инфекцией. Руководитель программы может:

- при необходимости усовершенствовать правила инфекционного контроля в отделении (клинике);
- обеспечить постоянное наличие средств инфекционного контроля;
- контролировать соблюдение мер инфекционного контроля персоналом;
- налагать взыскания на сотрудников за несоблюдение универсальных мер предосторожности;
- обеспечить доступность постконтактной профилактики (ПКП) для всех сотрудников при случайном контакте с кровью или биологическими жидкостями пациентов в соответствии с национальными или местными рекомендациями, если таковые существуют.

Упражнение 5.3. Общение с группой ЛЖВС	
Цель	Узнать об опыте общения ЛЖВС с системой здравоохранения
Время	60 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Следите за общением ведущего с гостями. Особое внимание уделяйте упоминаниям ЛЖВС о стигмах и дискриминации, с которыми они столкнулись в медицинском учреждении, в семье или сообществе. ▪ С разрешения ведущего задайте гостям вопросы. Внимательно следите, чтобы в Ваших вопросах не проскользнуло осуждение.

Модуль 5. Тезисы

- Стигмы — это взгляды, а дискриминация — поведение.
- Дискриминацию часто рассматривают как ущемление прав человека в различных областях, таких как здравоохранение, профессиональная деятельность, юридическая система, социальное обеспечение и репродуктивная и семейная жизнь.
- Стигмы и дискриминация взаимосвязаны: стигматизирующие взгляды часто выливаются в дискриминацию и нарушение прав человека.
- Международные и национальные декларации о правах человека закрепляют право человека на свободу от дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом.
- Сотрудники программ ППМР обязаны соблюдать права женщин и мужчин, независимо от их ВИЧ-статуса.
- Стигмы и дискриминация в связи с ВИЧ/СПИДом могут помешать ЛЖВС воспользоваться важнейшими мерами борьбы с ВИЧ и способны:
 - помешать раскрытию ВИЧ-статуса;
 - препятствовать выбору безопасных методов вскармливания;
 - ограничить доступ к просвещению, консультированию и лечению даже при наличии соответствующих служб и финансовых возможностей.
- Персонал программы ППМР способен сократить стигматизацию и дискриминацию в лечебном учреждении, сообществе и стране.
- Сотрудники программ ППМР должны служить образцом для подражания и в своей работе не делать различий между ЛЖВС и ВИЧ-отрицательными пациентами.
- ЛЖВС необходимо привлекать к участию на всех этапах программы ППМР.
- Важно привлекать в программу ППМР партнеров женщин и добиваться поддержки общественности.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5-А.

Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека

РЕКОМЕНДАЦИЯ 1.

Государство должно создать эффективную национальную концепцию борьбы с ВИЧ/СПИДом, гарантирующую применение принципов согласованности, причастности, открытости и подотчетности, способствующих включению политики по отношению к ВИЧ/СПИДу и обязанности по выполнению программы в данной области в деятельность всех ветвей власти.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 2.

Своей политической и финансовой поддержкой государство должно гарантировать, что на всех этапах разработки политики в области ВИЧ/СПИДа, внедрения и изучения ее программ будет учитываться общественное мнение, а общественные организации получают право эффективно выполнять свою роль, в том числе в областях правозащиты, соблюдения этических норм и прав человека.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 3.

Государство должно пересмотреть и реформировать законы в области общественного здравоохранения и убедиться, что они должным образом решают обусловленные ВИЧ/СПИДом проблемы общественного здравоохранения, а законы в отношении непреднамеренно передаваемых болезней не являются неуместными в случае ВИЧ/СПИДа и не противоречат международным обязательствам по правам человека.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 4.

Государство должно пересмотреть и реформировать уголовное законодательство и систему исправительных учреждений, чтобы обеспечить их соответствие международным обязательствам по правам человека и невозможность их неправомерного применения в случаях, связанных с ВИЧ/СПИДом, или направления против уязвимых групп населения.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 5.

Государство должно ввести или укрепить антидискриминационные и прочие законы, которые защищают уязвимые группы населения, людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и инвалидов от дискриминации как в государственном, так и частном секторе, гарантируют тайну, конфиденциальность и соблюдение этических норм при проведении исследований с участием человека, придают особое значение просвещению и общественному согласию, а также способствуют скорому и эффективному применению административных и гражданских правовых средств судебной защиты.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 6.

Государство должно принять законы, регулирующие предоставление материальных благ, услуг и информации, связанных с ВИЧ-инфекцией, чтобы гарантировать широкую доступность качественных профилактических средств и методов, необходимых сведений о профилактике ВИЧ-инфекции и помощи при ней, безопасных и эффективных препаратов по доступным ценам.

ПРИЛОЖЕНИЕ 5-А.

Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека *(продолжение)*

РЕКОМЕНДАЦИЯ 7.

Государство должно учредить и поддерживать службы юридической помощи, призванные просвещать пострадавших от ВИЧ/СПИДа людей в отношении их прав, предоставлять им бесплатную юридическую помощь в случае нарушения их прав и привлекать к их защите не только суды, но и дополнительные средства, в том числе министерства и ведомства юстиции, правозащитников, отделы по рассмотрению исков к медицинским работникам и учреждениям и комиссии по правам человека.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 8.

Государство совместно с обществом должно способствовать созданию благоприятных социальных и правовых условий для женщин, детей и прочих уязвимых групп населения, борясь с предубеждениями и несправедливостью по отношению к ним через диалог с общественностью, специальные службы социальной и медицинской помощи, поддержку общественных организаций.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 9.

Государство должно способствовать широкомасштабному и непрерывному распространению созидательного просвещения, образования и программ в средствах массовой информации, которые определенно направлены на искоренение приводящих к стигматизации и дискриминации в связи с ВИЧ/СПИДом взглядов и воспитание в обществе понимания и доброжелательности.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 10.

Государство должно удостовериться, что во всех государственных и частных организациях выработаны нормы поведения и отношения к проблемам ВИЧ/СПИДа, обеспечивающие внедрение принципов соблюдения прав человека в нормы профессиональной этики и деятельности, а также механизмы внедрения и укрепления таких норм.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 11.

Государство должно обеспечить контрольные и принудительные механизмы, гарантирующие защиту прав человека в связи с ВИЧ-инфекцией, в том числе прав людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, их семей и сообществ.

РЕКОМЕНДАЦИЯ 12.

Государство должно сотрудничать со всеми соответствующими программами и агентствами Организации Объединенных Наций, в том числе ЮНЭЙДС, чтобы обмениваться знаниями и опытом по вопросам обеспечения прав человека в связи с проблемой ВИЧ-инфекции, а также способствовать эффективной защите прав человека в контексте ВИЧ/СПИДа на международном уровне.

Источник: OHCHR, UNAIDS. 2002. *HIV/AIDS and Human Rights International Guidelines, Revised Guideline 6: Access to prevention, treatment, care and support.* [Международные рекомендации по ВИЧ/СПИДу и правам человека. Рекомендация 6. Доступ к профилактике, лечению, помощи и поддержке.] Женева, август 2002 г., стр. 10–12.



МОДУЛЬ 6. Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР

- ЗАНЯТИЕ 1.** Общие сведения о тестировании и консультировании беременных
- ЗАНЯТИЕ 2.** Тестирование на ВИЧ
- ЗАНЯТИЕ 3.** Предтестовое просвещение и консультирование
- ЗАНЯТИЕ 4.** Послетестовое консультирование
-

Изучив модуль, слушатель сможет:

- обсуждать включение тестирования на ВИЧ и консультирования в дородовую помощь;
- рассказать о роли медицинского работника в соблюдении конфиденциальности;
- просвещать беременных по вопросам тестирования на ВИЧ;
- объяснять значение положительного и отрицательного результата тестирования на ВИЧ;
- оценивать потребности женщин с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией.

Данный модуль позволит медицинскому работнику приобрести основные знания и исходные навыки, необходимые для осуществления тестирования на ВИЧ и консультирования в рамках дородовой помощи. Медицинским работникам рекомендуется, по возможности, повышать квалификацию в области консультирования и тестирования.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 1

- Позиция государства по отношению к тестированию на ВИЧ.
- Позиция государства по отношению к конфиденциальности.
- Национальные стандарты в отношении тестирования на ВИЧ по принципу добровольного включения и добровольного исключения, получения информированного согласия и раскрытия ВИЧ-статуса (если не оговорены в предыдущих пунктах).

Занятие 2

- Алгоритм тестирования на ВИЧ (например, применение экспресс-теста или ИФА).
- Алгоритм выяснения ВИЧ-статуса младенца, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, в том числе порядок применения тестов на антитела к ВИЧ и молекулярно-биологических тестов.
- Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной.

Занятие 3

- Национальные стандарты просвещения перед тестированием на ВИЧ, рекомендуемые или обязательные правила предтестового консультирования.

Занятие 4

- Национальные стандарты послетестового консультирования женщин с положительным и отрицательным результатом тестирования на ВИЧ.



Карманный справочник содержит основные положения по темам всех занятий модуля

ЗАНЯТИЕ 1. Общие сведения о тестировании и консультировании беременных

Службы консультирования и тестирования

Возможность проводить ППМР зависит от того, знает ли женщина свой ВИЧ-статус. Следовательно, службы консультирования и тестирования (КИТ):

- спасают жизни, выявляя ВИЧ-положительных женщин;
- открывают путь ко всем видам лечения, помощи и поддержки при ВИЧ/СПИДе;
- помогают пациенткам узнать о формах поведения, связанных с риском заражения и передачи ВИЧ, учат их избегать;
- должны быть доступны всем женщинам детородного возраста, особенно беременным;
- по возможности, должны быть доступны половым партнерам женщин.

Тестирование на ВИЧ — процесс, позволяющий определить, инфицирован ли человек ВИЧ.

Консультирование по вопросам ВИЧ — конфиденциальная беседа с медицинским работником, которая помогает пациенту оценить риск заражения или передачи ВИЧ.

В данном модуле термин «консультирование» означает индивидуальную или групповую беседу по вопросам тестирования на ВИЧ. *Консультантом* может быть любой работник здравоохранения: врач, медсестра, акушерка, педагог, прошедший специальную подготовку социальный работник или доброволец (приложение 6-А).

Сочетание тестирования на ВИЧ с консультированием помогает человеку больше узнать о ВИЧ/СПИДе и в будущем принимать осознанные решения.

Консультирование и тестирование с целью ППМР

КИТ с целью ППМР — это универсальное мероприятие, легко включаемое в работу любой службы, помогающей женщинам детородного возраста и беременным, такой как служба дородовой, акушерской и послеродовой помощи, планирования семьи и так далее. Все чаще КИТ включает как предтестовое, так и послетестовое консультирование.

В рамках дородовой помощи всех беременных следует информировать о:

- правилах безопасных половых контактов;
- профилактике и лечении инфекций, передающихся половым путем (ИППП);
- профилактике ВИЧ-инфекции у детей грудного и младшего возраста, в том числе мероприятиях ППМР;
- тестировании на ВИЧ, послетестовом консультировании и методах дальнейшего наблюдения;

Преимущества консультирования и тестирования с целью ППМР

ВИЧ-отрицательным беременным консультирование дает знания, помогающие избежать заражения ВИЧ.

ВИЧ-положительным беременным, знающим о своем ВИЧ-статусе, консультирование помогает:

- принять осознанное решение по поводу беременности;
- своевременно воспользоваться эффективными мерами ППМР:
 - АРВ терапией и профилактикой;
 - консультированием и помощью в вопросах вскармливания;
 - информацией и консультированием по вопросам планирования семьи;
 - выбором более безопасного метода родоразрешения;
- узнать о необходимости родов в отделении, соблюдающем универсальные меры предосторожности и применяющем более безопасные методы родоразрешения;
- обеспечить себя лечением, помощью и поддержкой на ранней стадии ВИЧ-инфекции;
- узнать, как не заразить ВИЧ других людей;
- обеспечить себя и своих будущих детей квалифицированным наблюдением и постоянной помощью;
- рассказать о результатах теста на ВИЧ половым партнерам и родственникам.

Недостатки консультирования и тестирования с целью ППМР

Недостатки, как правило, связаны с местными особенностями программ КИТ.

- Диагноз ВИЧ-инфекции может стать причиной стигматизации и дискриминации. Многие опасаются реакции близких на известие о таком диагнозе, но в большинстве случаев половые партнеры и родственники понимают и поддерживают женщину.

Главные принципы консультирования и тестирования с целью ППМР

Конфиденциальность

Соблюдение конфиденциальности входит в круг основных обязанностей каждого медицинского работника и служит залогом доверия пациентов. Все сведения, которыми обмениваются пациент и медицинский работник, должны сохраняться в тайне. Все вопросы, касающиеся ВИЧ-инфекции (прежде всего диагноз), следует обсуждать наедине, в изолированном помещении. Пациентку необходимо предупредить, что личные и медицинские данные, в том числе результаты тестирования на ВИЧ, могут быть переданы другим медицинским работникам для обеспечения ее необходимой медицинской помощью.

В то же время, следует подчеркнуть, что доступ к личным данным пациентки получают только медицинские работники, которые будут непосредственно помогать ей, причем им будет известна только необходимая для их работы информация.

Не только сведения, касающиеся ВИЧ-инфекции, но и все медицинские и регистрационные данные пациентки необходимо держать в тайне и хранить в надежном месте.

Информированное согласие

Следующий важнейший принцип КИТ — получение информированного согласия. В ходе него каждой пациентке в доступной форме предоставляются точные сведения о тестировании на ВИЧ и сообщается, что она имеет право и возможность отказаться от него.

В рамках программы ППМР письменное информированное согласие получать не обязательно, однако персонал обязан:

- убедиться, что пациентка поняла цель и пользу тестирования на ВИЧ;
- убедиться, что пациентка поняла, в чем состоит процесс КИТ;
- уважать решение пациентки относительно тестирования на ВИЧ.

Поддержка и помощь после тестирования

Каждой пациентке, прошедшей тестирование, следует предложить ознакомиться с его результатами. Сообщая результат, пациентке необходимо предоставить возможность получить соответствующую информацию и пройти послетестовое консультирование (на месте или по направлению).

Упражнение 6.1. Конфиденциальность. Ролевая игра.	
Цель	Повторить и применить принципы соблюдения конфиденциальности
Время	20 минут
	<ul style="list-style-type: none">▪ В игре участвуют двое желающих из числа слушателей. Их просят сесть перед аудиторией лицом друг к другу.▪ Один участник играет роль медицинского работника, другой — пациентки (Мэри).▪ Участники читают текст от лица героев по сценарию, выданному преподавателем.▪ Просмотрев сценку, все слушатели отвечают на вопросы.<ul style="list-style-type: none">▪ В подходящем ли месте происходит диалог?▪ Какие чувства, на ваш взгляд, испытывала Мэри во время этой процедуры?▪ Каким образом можно улучшить ситуацию?▪ Кто из сотрудников клиники получит доступ к сведениям о Мэри?▪ Как бы вы объяснили это Мэри?▪ Опишите основные трудности соблюдения конфиденциальности в вашем учреждении.

Тестирование на ВИЧ: добровольное включение и добровольное исключение

В учреждениях, предоставляющих ППМР и дородовую помощь возможны два подхода к тестированию на ВИЧ. В любом случае пациентке в доступной форме рассказывают о ВИЧ-инфекции, рисках и пользе тестирования на ВИЧ. Различия состоят в порядке получения согласия женщины на тестирование и разъяснены ниже.

- **Добровольное включение.** Пациентку информируют о ВИЧ-инфекции и тестировании на ВИЧ, а затем предлагают пройти тестирование или отказаться от него. Предложение делают в нейтральной доброжелательной форме. Положительный ответ должен быть однозначным, кроме того, его необходимо подтвердить устным или письменным информированным согласием (в соответствии с правилами учреждения). Согласие на тестирование требует от каждой женщины решительности.
- **Добровольное исключение.** Тестирование на ВИЧ включается в стандартный набор медицинских услуг наряду с просвещением по вопросам ВИЧ-инфекции. За женщиной сохраняется право отказаться от тестирования. При данном подходе тестирование является частью дородовой помощи и дополнительного согласия женщины не требует. В то же время, тестирование по принципу добровольного исключения остается добровольным. В случае отказа от него медицинский работник должен понять его причины и найти пути их устранения.

В рамках дородовой помощи предпочтительнее использовать тестирование по принципу добровольного исключения

В рамках дородовой помощи рекомендуется использовать тестирование на ВИЧ по принципу добровольного исключения.

- Тестирование по принципу добровольного исключения упорядочивает тестирование на ВИЧ и делает его стандартным исследованием в рамках дородовой помощи.
- При тестировании по принципу добровольного исключения ниже вероятность отказов от тестирования.
- Подход к тестированию закрепляется на государственном, областном, районном или местном уровне.
- Персонал программы ППМР должен придерживаться главных принципов КИТ (получение информированного согласия, соблюдение конфиденциальности, предоставление послетестовой помощи).

ЗАНЯТИЕ 2. Тестирование на ВИЧ

Общие сведения

Тесты на ВИЧ позволяют выявить либо антитела к ВИЧ (тесты на антитела к ВИЧ), либо сам вирус (молекулярно-биологические исследования) в крови, слюне или моче. Чаще всего тест проводят с кровью. Нередко результат одного теста следует подтверждать другим или другими тестами. Тесты на ВИЧ обладают высокой точностью, если методика их проведения соблюдена. Чтобы результаты тестов были достоверными, проводить их должен квалифицированный персонал.

Факторы, определяющие выбор учреждением метода тестирования на ВИЧ:

- национальные или местные рекомендации;
- наличие и опыт лаборатории, квалифицированных кадров;
- доступность расходных материалов, оснащенность лаборатории;
- проведение в стране исследования конкретного метода тестирования;
- стоимость тест-систем и расходных материалов.

Общие для всех методов тестирования процедуры

1. *Взятие образца.* Чаще всего берут кровь из пальца или вены на руке.
2. *Исследование образца.* Осуществляется либо на месте (экспресс-тест в клинике дородовой помощи или роддоме), либо в лаборатории.
3. Получение результата медицинским работником.
4. Сообщение результата пациентке в ходе послетестового консультирования.
 - У взрослых положительный результат теста на антитела к ВИЧ свидетельствует о наличии ВИЧ-инфекции.
 - Как правило, отрицательный результат теста означает отсутствие ВИЧ-инфекции.
 - В редких случаях отрицательный или сомнительный результат получают в периоде «окна» — промежутке времени между заражением ВИЧ и появлением антител к ВИЧ в количестве, достаточном для положительного результата теста. Обычно период «окна» составляет 4—6 недель с момента контакта с ВИЧ, но иногда достигает 3 месяцев. Отрицательный результат теста у пациентки с высоким риском инфекции необходимо подтверждать повторным тестированием через 3 месяца.
5. Послетестовое консультирование, поддержка, направление в другие службы.

Тесты на антитела к ВИЧ

Когда ВИЧ попадает в организм, тот вырабатывает особые белки — антитела. Для обнаружения антител используют следующие методы:

- экспресс-тест на ВИЧ;
- иммуноферментный анализ (ИФА);
- иммуноблоттинг.

В условиях дородовой помощи обычно используют экспресс-тест на ВИЧ и ИФА.

Экспресс-тесты

Общие для всех экспресс-тестов свойства:

- высокая точность при соблюдении методики;
- обычно проводятся с цельной кровью (капля крови, полученная из пальца, либо обычный образец крови), иногда — со слюной, собранной тампоном;
- не требуют специального лабораторного оборудования и охлаждения;
- результат получают не позже, чем через 30 минут;
- для теста достаточно единственного образца биологического материала;
- обучить проведению теста можно любого сотрудника клиники.

Преимущества экспресс-тестов:

- образцы можно исследовать на месте;
- результаты готовы в тот же день, что удобнее для пациентов;
- в отсутствие установленного наблюдения за пациенткой можно избежать потери контакта с ней;
- ВИЧ-положительным беременным можно сразу сообщить о мерах ППМР и возможностях лечения;
- нет зависимости от внешней лаборатории;
- меньше риск перепутать образцы и результаты.

Положительный результат экспресс-теста подтверждают либо другим экспресс-тестом, либо лабораторным исследованием. Если результаты тестов расходятся, третий тест обычно проводят в лаборатории. *Ориентировочный алгоритм экспресс-тестирования представлен на рис. 6.1.* Медицинским работникам рекомендуется следовать алгоритмам, установленным местными стандартами.

Большинство экспресс-тестов выявляют как ВИЧ-1, так и ВИЧ-2, но различий между типами вируса не делают. Для программ ППМР установить тип ВИЧ важно, поскольку невирапин, используемый для АРВ профилактики и терапии, против ВИЧ-2 бессилён. В районах с высокой распространённостью ВИЧ-2, необходимо использовать отдельные тесты на ВИЧ-1 и ВИЧ-2 и определять тип вируса.

Рисунок 6.1. Алгоритм экспресс-тестирования на ВИЧ (последовательное тестирование)



* Если положительный результат первого экспресс-теста получен во время родов, женщине рекомендуется назначить однократно невирапин с целью ППМР. Дальнейшее подтверждение диагноза проводится уже после родов.

ИФА

ИФА также используется для выявления антител к ВИЧ в крови, моче или слюне. Обычно кровь для исследования берут из вены на руке и отправляют в лабораторию. ИФА могут проводить только квалифицированные лаборанты.

Ниже перечислены недостатки ИФА.

- Для исследования собирают партию из 40—90 образцов.
- Положительный результат требует подтверждения либо повторным ИФА (тест-системой другого производителя), либо иммуноблоттингом. Иммуноблоттинг обладает высокой специфичностью отрицательного результата, то есть его отрицательный результат наверняка свидетельствует об отсутствии ВИЧ-инфекции. Для любого подтверждающего теста можно использовать исходный образец крови.

- Получение результата занимает от нескольких дней до нескольких недель. За это время женщина может выйти из поля зрения медиков или родить ребенка.
- Исследование проводится только в лаборатории квалифицированным персоналом.
- Требуется соблюдать температурный режим и хранить реактивы в холодильнике.

Молекулярно-биологические исследования

В отличие от тестов на антитела к ВИЧ, которые свидетельствуют о наличии ВИЧ косвенно, молекулярно-биологические исследования выявляют сам вирус. Молекулярно-биологические исследования проводятся квалифицированным персоналом лабораторий.

Существует два основных вида молекулярно-биологических тестов.

- Тест на антиген р24 выявляет один из белков (антигенов) ВИЧ.
- ПЦР (полимеразная цепная реакция) выявляет вирусную ДНК или РНК.
 - ПЦР на ДНК свидетельствует о присутствии в крови вируса и применяется для диагностики ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев.
 - ПЦР на РНК позволяет определить не только наличие, но и концентрацию вируса в крови (вирусную нагрузку).

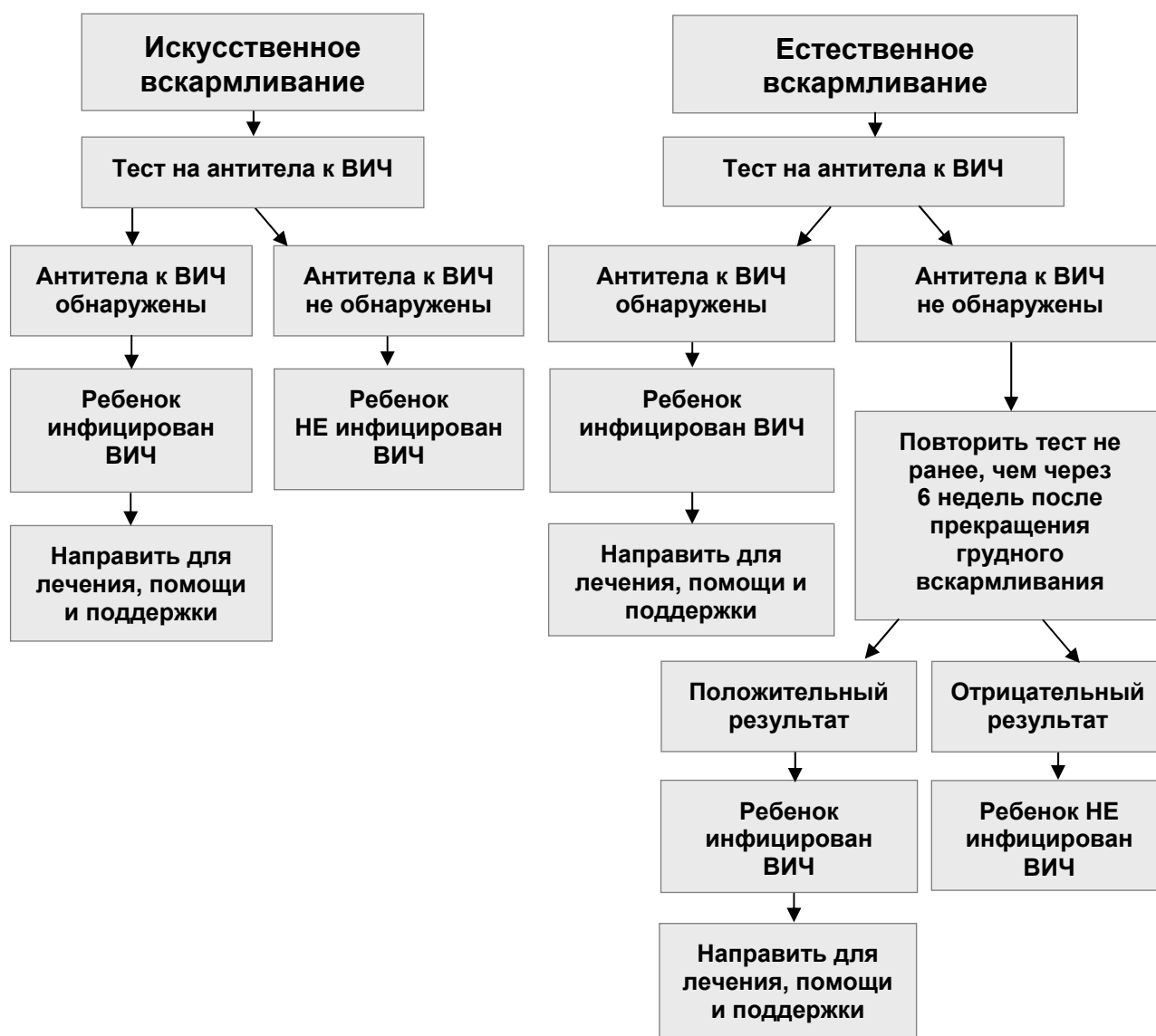
Упражнение 6.2. Демонстрация экспресс-теста	
Цель	Изучить этапы экспресс-тестирования.
Время	25 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Укажите 2—3 теста на антитела к ВИЧ. ▪ Слушатель-доброволец садится лицом к инструктору или преподавателю, выступающему в роли медицинского работника. Собственно тестирование проведено не будет — воссоздается только его обстановка. ▪ Следите за общением медицинского работника с «пациентом» при воспроизведении ситуации тестирования по принципу добровольного включения и добровольного исключения. ▪ Наблюдайте за выполнением всех этапов экспресс-тестирования.

Диагностические исследования у новорожденных и детей младшего возраста, контактировавших с ВИЧ

АРВ профилактика сокращает, но не устраняет риск ПМР, поэтому персонал программы должен разработать или принять установленный порядок наблюдения за детьми, рожденными ВИЧ-инфицированными женщинами, и алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у них.

В условиях ограниченных ресурсов молекулярно-биологические исследования не всегда доступны. В таких случаях необходимо следовать алгоритму диагностики ВИЧ-инфекции у детей 18 месяцев и старше, который представлен на рис. 6.2.

Рисунок 6.2. Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у детей 18 месяцев и старше с применением тестов на антитела к ВИЧ в условиях ограниченных ресурсов



Если у ребенка, контактировавшего с ВИЧ, появляются симптомы ВИЧ-инфекции, решающую роль играют ранняя диагностика и лечение. Соответствующие вопросы обсуждаются в Модуле 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой».

Тест на антитела к ВИЧ у детей младше 18 месяцев

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев, особенно в условиях ограниченных ресурсов, затруднена. Еще более ситуацию осложняет грудное вскармливание. Поскольку материнские антитела проникают через плаценту, у всех рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами детей тест на антитела к ВИЧ положителен, каким бы ни был ВИЧ-статус самого ребенка. Материнские антитела сохраняются в крови ребенка достаточно долго, поэтому проводить тест на антитела у детей младше 18 месяцев, особенно получающих грудное вскармливание, бессмысленно — результаты в любом случае недостоверны. В условиях ограниченных ресурсов женщины обычно кормят грудью, поэтому первый тест на антитела к ВИЧ целесообразно проводить, когда ребенку исполнится 18 месяцев в соответствии с алгоритмом, представленным на рис. 6.2. В странах, где доступно многократное тестирование и искусственное вскармливание, а детей рано отнимают от груди, тест можно провести ребенку 9-18 месяцев. В любом случае, следует учитывать, что для подтверждения ВИЧ-статуса тест потребуется повторить, когда

ребенку исполнится 18 месяцев. В *приложении 6-В* даны рекомендации по послетестовому консультированию родителей.

Если ребенок получает *искусственное вскармливание* или был отнят от груди 6 и более недель назад:

- отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ у ребенка 18 месяцев и старше свидетельствует об отсутствии у него ВИЧ-инфекции;
- обнаружение антител к ВИЧ у ребенка 18 месяцев и старше свидетельствует о наличии у него ВИЧ-инфекции.

ИЛИ

- отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ у ребенка 9—18 месяцев свидетельствует об отсутствии у него ВИЧ-инфекции;
- обнаружение антител к ВИЧ у ребенка 9—18 месяцев может свидетельствовать о сохранении в его крови материнских антител, поэтому тест следует повторить в возрасте 18 месяцев.

Если ребенок получает *грудное вскармливание*:

- отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ у ребенка 18 месяцев и старше, получавшего грудное вскармливание в последние 6 недель, следует подтвердить повторным тестом через 6 недель после отнятия ребенка от груди;
- обнаружение антител к ВИЧ у ребенка 18 месяцев свидетельствует о наличии у него ВИЧ-инфекции.

Молекулярно-биологические исследования у детей

Молекулярно-биологические исследования, такие как ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ, выявляют в крови ребенка сам вирус, поэтому их целесообразно проводить раньше, чем тесты на антитела к ВИЧ. Обследование ребенка вскоре после рождения позволяет сразу же проконсультировать его мать по вопросам вскармливания, а если он окажется инфицирован ВИЧ, то раньше начать его лечение.

Программы ППМР должны обладать четкими практическими рекомендациями по диагностике ВИЧ у детей, в которых учтена доступность диагностических тестов и указаны методы ранней диагностики, которыми, по возможности, следует пользоваться в первую очередь. Достоверные результаты, на основании которых можно принимать решения о начале АРВ терапии и другой помощи, молекулярно-биологические исследования дают с возраста 6 недель. На рис. 6.3. представлен образец алгоритма диагностики с применением молекулярно-биологических тестов, который можно использовать, если такие тесты доступны. Если доступность молекулярно-биологических тестов ограничена, в том числе в силу скудного финансирования, показанием к молекулярно-биологическому исследованию, *независимо от вида вскармливания*, служит появление у ребенка младше 18 месяцев симптомов ВИЧ-инфекции.

При *искусственном вскармливании* тест можно проводить с возраста 6 недель.

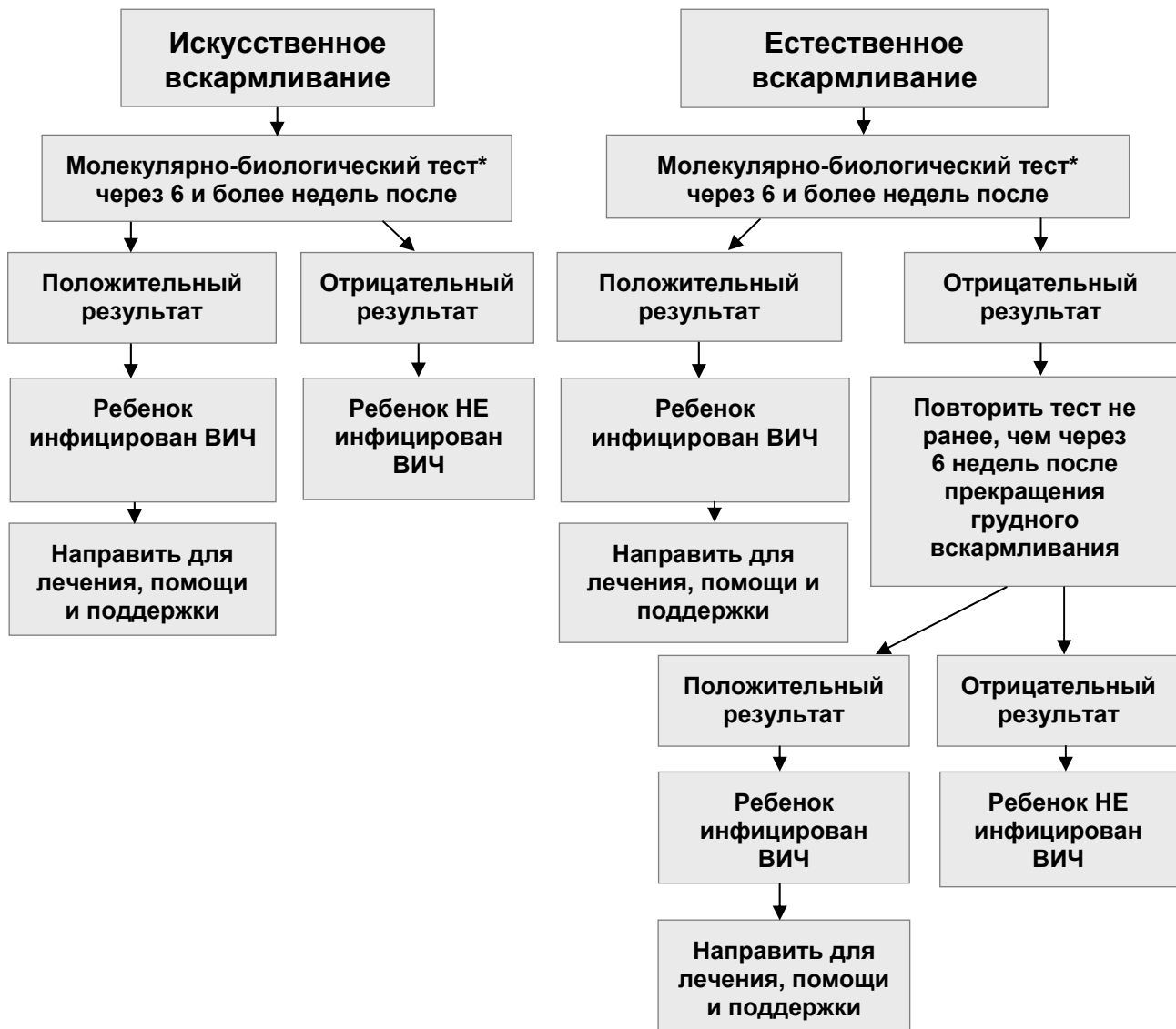
- Если ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ положительна, ребенок инфицирован ВИЧ.
- Если ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ отрицательна, ребенок не инфицирован ВИЧ.

Детей, получающих *грудное вскармливание*, целесообразно обследовать в возрасте 6 недель—6 месяцев.

- Если ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ положительна, ребенок инфицирован ВИЧ.
- Если ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ отрицательна, тест следует повторить через 6 недель после полного отнятия ребенка от груди.

- Если через 6 недель после полного отнятия от груди ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ отрицательна, ребенок не инфицирован ВИЧ.
- Если через 6 недель после полного отнятия от груди ПЦР на ДНК или РНК ВИЧ положительна, ребенок инфицирован ВИЧ.

Рисунок 6.3. Алгоритм диагностики ВИЧ-инфекции у детей младше 18 месяцев с применением молекулярно-биологических тестов в условиях ограниченных ресурсов



*Рекомендуемые молекулярно-биологические исследования: ПЦР на ДНК ВИЧ и ПЦР на РНК ВИЧ

ЗАНЯТИЕ 3. Предтестовое просвещение и консультирование

Предтестовое просвещение

Предтестовое просвещение начинается с предоставления общих сведений о ВИЧ/СПИДе. При работе с группой с этой целью можно использовать печатные материалы, видеофильмы, слайды и ролевые игры. Кроме того, просвещение по вопросам ВИЧ/СПИДа важно продолжать и во время последующих встреч с беременной в рамках дородового наблюдения.

Предтестовое просвещение помогает женщине и ее половым партнерам подготовиться к тестированию и понять сведения, которые будут предоставлены в ходе последующих консультаций. Просвещение не следует путать с индивидуальным предтестовым консультированием, которое помогает пациентке оценить собственный риск заражения ВИЧ в связи с практикуемыми формами поведения и осознать соответствующие задачи и проблемы.

Обычно предтестовое просвещение проводится в форме групповых занятий, а осуществляет его медицинский работник, прошедший подготовку в области консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции. Кроме того, в ходе просветительских занятий медицинские работники и консультанты выявляют пациентов, нуждающихся в индивидуальном предтестовом консультировании и направлении во вспомогательные службы.

Индивидуальное предтестовое консультирование

По возможности, индивидуальное предтестовое консультирование проводят в рамках обычной встречи с женщиной в рамках дородовой помощи. Если это неосуществимо, индивидуальное консультирование и прояснение вопросов, возникших во время занятий в группе, проводят по направлению медицинского работника. Консультант должен оценить потребность женщины в индивидуальной консультации, ориентируясь на принятые в клинике или стране рекомендации. В некоторых странах индивидуальную консультацию, в частности, назначают женщинам, у которых имеются основания для беспокойства, вопросы или сомнения. Основные навыки консультирования описаны в приложении 6-С.

Темы предтестового просвещения и консультирования

- Основные сведения о ВИЧ/СПИДе
- Передача ВИЧ и профилактика ВИЧ-инфекции
- ПМР и ППМР
- Процедура тестирования на ВИЧ
- Польза и риски тестирования на ВИЧ
- Конфиденциальность сведений
- Значение положительного, отрицательного и сомнительного результата тестирования
- Службы поддержки при ВИЧ-инфекции
- Планирование семьи
- Возможность и преимущества консультирования и тестирования пар
- Оценка индивидуального риска инфицирования

Групповое предтестовое консультирование

Главные задачи консультанта, осуществляющего предтестовое консультирование в группе:

- адаптировать объем и сложность информации к образовательному уровню группы;
- пропагандировать переход к безопасному поведению, в том числе соблюдение правил безопасных половых контактов;
- использовать учебно-методические разработки, такие как видеофильмы и ролевые игры для лучшего усвоения группой основных понятий;
- обладать знаниями и навыками, позволяющими уверенно отвечать на вопросы;
- оценивать потребность в индивидуальном консультировании и направлениях.

Каждая женщина должна получить все сведения, необходимые для принятия информированного решения о тестировании на ВИЧ. Большинство специалистов считает, что медицинские работники должны советовать женщинам пройти тестирование на ВИЧ при первой же встрече в рамках дородовой помощи, поскольку многие беременные обращаются к врачу лишь незадолго до родов или всего раз. Обычаи некоторых народов таковы, что сама женщина согласиться на тестирование не может — ей необходимо присутствие родственника, который принимает решения в семье. В таких случаях сотрудникам служб дородовой помощи целесообразно организовать визиты таких родственников, чтобы побеседовать с ними и провести предтестовое консультирование в том же объеме, что и при индивидуальном консультировании женщины.

Если КИТ является частью дородовой помощи, женщин необходимо заверять, что отказ от тестирования ни в коей мере не ограничит им доступ к положенной помощи. Отказавшейся от тестирования женщине следует сказать, что, если она передумает и решит пройти тестирование на ВИЧ, оно может быть проведено во время любого следующего визита.

Консультирование пар

По возможности, медицинские работники должны привлекать к КИТ в рамках дородовой помощи не только женщин, но и их половых партнеров.

Преимущества консультирования пар

- Консультирование партнера беременной женщины позволяет посоветовать ему придерживаться правил безопасных половых контактов, пользоваться презервативами и сократить число половых партнеров.
- В ходе консультации медицинский работник может подчеркнуть ответственность мужчины за охрану здоровья его жены, партнерши, семьи.
- Одновременное тестирование обоих партнеров на ВИЧ позволяет снизить вероятность обвинения женщины в том, что она принесла ВИЧ в семью.
- Выявление несовпадающих по ВИЧ-статусу пар (один партнер ВИЧ-положительный, другой — ВИЧ-отрицательный) позволяет в ходе консультирования обсудить правила безопасных половых контактов.

Несовпадение пары по ВИЧ-статусу

Несовпадающие по ВИЧ-статусу пары встречаются часто. Многие женщины считают, что результат тестирования на ВИЧ автоматически свидетельствует о ВИЧ-статусе партнера. Другими словами, женщина полагает, что, если она ВИЧ-отрицательна, то и ее партнер ВИЧ-отрицателен. Это не всегда так. Если партнер ВИЧ-положителен, заражение женщины может произойти во время беременности, что связано с крайне высоким риском ПМР.

Обязанности медицинского работника по ведению пары

Медицинский работник должен стремиться убедить женщину с любым ВИЧ-статусом уговорить своего партнера обратиться в службу дородовой помощи для тестирования на ВИЧ. Женщине проще раскрыть свой ВИЧ-статус и направить партнера на тестирование, если медицинский работник квалифицирован, способен предложить выход из сложной ситуации и посоветовать, что сказать партнеру. Партнера женщины можно также направить в службы добровольного КИТ. В этом случае желательно предоставить конкретные сведения: расписание работы службы, адрес и спектр предоставляемой помощи. Если женщина или ее партнер получают положительный результат теста на ВИЧ, пару необходимо направить на лечение, в службы помощи и социальной поддержки.

Основные этапы консультирования пар

- Установить контакт с каждым партнером.
- Заверить пару в конфиденциальности сведений и своей поддержке.
- Оценить осведомленность каждого из партнеров в вопросах ВИЧ/СПИДа.
- Не допускать во время беседы господства одного из партнеров.
- Разъяснить процедуру тестирования.
- Обсудить послетестовое консультирование.
- Спросить, хотят ли партнеры узнать результаты теста вместе или по отдельности. Большинство специалистов считает, что лучше одновременно сообщать результаты обоим партнерам, подготавливая таким образом почву для послетестового консультирования пары.
- Указать на вероятность несовпадения по ВИЧ-статусу (инфицированности одного из партнеров) и подготовить пару к такому результату тестирования.
- Рассказать о мероприятиях ППМР (АРВ профилактика, выбор метода вскармливания и др.).
- Подчеркнуть преимущества осведомленности в своем ВИЧ-статусе и обсудить возможные неблагоприятные последствия.
- Узнать, для кого еще результаты тестирования могут иметь значение.
- Убедиться в желании пары пройти тестирование.
- Подготовить направление пары для дальнейших консультаций в случае необходимости.

Упражнение 6.3. Просвещение. Обсуждение в подгруппах	
Цель	Изучить сведения, предоставляемые в рамках предтестового просвещения, и попробовать себя в роли консультанта, осуществляющего групповое просвещение
Время	45 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Группа разбивается на три подгруппы. Каждой подгруппе предлагается принять участие в одной из трех «Лекций» (см. приложение 6-D).▪ Один из участников подгруппы записывает наиболее важные моменты обсуждения лекции.▪ По завершению обсуждения представитель каждой подгруппы раскрывает изученную тему перед всей группой.▪ Ориентируясь на вопросы и ответы из приложения 6-D, слушатели обсуждают, как можно организовать групповое просвещение по каждой теме.▪ Слушатели выступают перед группой по очереди. Возможность выступить предоставляется каждому.

ЗАНЯТИЕ 4. Сообщение результатов тестирования и послетестовое консультирование

Послетестовое консультирование

Любой результат тестирования на ВИЧ, как положительный, так и отрицательный, следует сообщать лично. Первая консультация после тестирования должна проводиться наедине с каждой пациенткой. Исключение составляет только послетестовое консультирование пар.

Послетестовое консультирование ВИЧ-положительной и ВИЧ-отрицательной женщины преследует ряд общих целей:

- ознакомить с результатами тестирования на ВИЧ;
- помочь осознать результат тестирования;
- ознакомить с соответствующими мерами ППМР;
- предоставить поддержку, информацию и направления;
- рекомендовать отказ от опасных форм поведения;
- способствовать раскрытию ВИЧ-статуса и выяснению ВИЧ-статуса партнера.

Если женщина ВИЧ-отрицательна...

Отрицательный результат теста на антитела к ВИЧ означает, что женщина не инфицирована ВИЧ или находится в периоде «окна».

Послетестовое консультирование позволяет ВИЧ-отрицательной женщине узнать, как защитить себя и своего ребенка от ВИЧ. Очень важно дать женщине понять, что заражение ВИЧ во время беременности и кормления грудью сопряжено с высоким риском ПМР. Для ВИЧ-отрицательной женщины послетестовое консультирование — это стимул для перехода к безопасным половым контактам и обсуждения вопросов планирования семьи, а также возможность узнать о вероятности несовпадения партнеров по ВИЧ-статусу и привлечь партнера к тестированию на ВИЧ (см. Занятие 3). Этапы послетестового консультирования ВИЧ-отрицательных женщин описаны в приложении 6-Е.

Задачи послетестового консультирования при отрицательном результате теста на ВИЧ

- Обсудить значение результата теста.
- Рассказать о профилактике ВИЧ-инфекции в будущем.
- Сообщить о высоком риске ПМР при заражении ВИЧ во время беременности и кормления грудью.
- Сообщить о возможности получить консультацию в любое время.

Если женщина ВИЧ-положительна...

Положительный результат теста свидетельствует, что женщина инфицирована ВИЧ. Консультирование женщин с положительным результатом тестирования на ВИЧ — сложная задача. Одни пациентки реагируют на положительный результат теста спокойно, другие отказываются в него верить. Медицинскому работнику на протяжении консультации следует сохранять доброжелательность, сочувствие и уверенность. Ему важно помнить, что он умеет сообщать неприятные сведения, и опираться на свой опыт.

Беременная может обратиться в службу дородовой помощи незадолго до родов или единственный раз, поэтому во время послетестового консультирования необходимо рассказать ей все основные сведения о ППМР. Кроме того, медицинский работник должен попытаться убедить ВИЧ-положительную женщину не уклоняться от дородового наблюдения. Во время следующих встреч в рамках дородовой помощи следует закреплять знания женщины о ППМР и продолжать консультирование. Наконец, пациентку необходимо направить на лечение, в службы помощи и поддержки.

Этапы послетестового консультирования ВИЧ-положительной женщины подробно описаны в приложении 6-Ф.

Задачи послетестового консультирования при положительном результате теста на ВИЧ

- Обсудить значение результата теста.
- Определить, осознает ли женщина смысл результата, и дать ей возможность выразить свои чувства.
- Обсудить первоочередные проблемы.
- Разъяснить главные вопросы ППМР. Обсудить АРВ терапию и профилактику, выбор метода вскармливания.
- Обсудить раскрытие ВИЧ-статуса и обследование партнера.
- Посоветовать продолжить дородовое наблюдение и подчеркнуть важность родов в отделении, проводящем мероприятия ППМР.

Раскрытие ВИЧ-статуса

Обсуждать раскрытие ВИЧ-статуса можно уже на первой послетестовой консультации. Сообщение своего ВИЧ-статуса партнеру и родственникам способно помочь женщине:

- убедить партнера (партнеров) пройти тестирование на ВИЧ,
- предотвратить передачу ВИЧ партнеру (партнерам),
- получить доступ к мероприятиям ППМР,
- получить поддержку со стороны партнера (партнеров) и родственников в отношении ППМР, лечения, посещения служб помощи и поддержки.

Женщина имеет право выбирать, когда и как лучше раскрыть свой ВИЧ-статус, и ее решение следует уважать. Раскрытие ВИЧ-статуса бывает чревато неблагоприятными последствиями для женщины. В некоторых сообществах ВИЧ-инфицированные женщины и их семьи сталкиваются с гонениями и дискриминацией (см. *Модуль 5 «Стигматизация, дискриминация и ПМР»*). Если женщина считает, что партнер(ы) и семья могут отнестись к сообщению о ее ВИЧ-статусе отрицательно, консультант может помочь женщине найти способ решения этой проблемы и подсказать, как вести себя в той или иной ситуации при раскрытии ВИЧ-статуса.

Последующие визиты в службу дородовой помощи

В большинстве стран беременным рекомендуется регулярно посещать службы дородовой помощи. Однако в условиях ограниченных ресурсов женщины нередко обращаются за дородовой помощью лишь раз, причем иногда незадолго до родов.

Ниже перечислены темы, которые необходимо обсудить с беременной, впервые обратившейся за дородовой помощью, и развивать во время последующих ее визитов, если таковые будут.

- Мероприятия ППМР (Модуль 3 «Мероприятия ППМР»).

- Методы вскармливания (Модуль 4 «ВИЧ-инфекция и вскармливание»).
- Помощь и лечение, предоставляемые женщине и ее ребенку в дальнейшем (Модуль 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой»).
- Социальная поддержка (Модуль 7 «Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой» и Модуль 8 «Безопасность и помощь на рабочем месте»).
- Планирование семьи (Модуль 2 «Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка»).

Упражнение 6.4. Послетестовое консультирование. Ролевая игра в подгруппах.	
Цель	Применить навыки послетестового консультирования в ролевой игре
Время	60 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Изучите «Лист оценки консультации» (приложение 6-G) в подгруппе (примерно 6 слушателей). ▪ Каждая подгруппа получает два сценария консультации (приложение 6-G): при положительном и отрицательном результате теста. ▪ Каждый сценарий разыгрывают два слушателя: они садятся лицом друг к другу, один играет роль «пациента», другой — «консультанта». ▪ Ориентируясь на «Лист оценки консультации», пара воспроизводит ситуацию по сценарию. Если «консультант» испытывает затруднение, его роль может взять другой слушатель, коснувшись плеча «консультанта». ▪ По завершению сценки ее участники в течение 5 минут обсуждают ситуацию с подгруппой и отвечают на вопрос «Было ли в беседе упущено что-либо важное?» ▪ Слушатели меняются ролями, пока каждый не испытает себя в роли консультанта (если время позволяет, по двум сценариям). ▪ Ответьте на вопросы: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Как вы себя чувствовали в роли консультанта? ▪ Назовите самый сложный для вас момент консультации. ▪ Поняли ли вы, как применять во время консультации основные навыки общения? ▪ Что вам понравилось в консультировании?

Консультирование и тестирование женщин, у которых к моменту родов ВИЧ-статус не установлен

Иногда ВИЧ-статус женщины к моменту родов не установлен. Так случается, если женщина отказалась от тестирования на ВИЧ при дородовом наблюдении или не проходила дородового наблюдения. Рекомендации по консультированию и тестированию на ВИЧ рожениц с неизвестным ВИЧ-статусом могут быть установлены государственными или местными стандартами. Провести консультирование и получить информированное согласие во время родов бывает сложно, поэтому в таких случаях рекомендуется использовать тестирование по принципу добровольного исключения (см. Занятие 1), а послетестовое консультирование проводить после родов. Решение о назначении АРВ препаратов в таких случаях должно быть основано на государственных или местных стандартах (см. *Модуль 3 «Мероприятия ППМР»*). В одних случаях есть возможность назначить АРВ профилактики и матери, и ребенку, а в других — только ребенку.

Модуль 6. Тезисы

- Предтестовое просвещение, тестирование на ВИЧ и послетестовое консультирование должны быть доступны всем беременным женщинам; выбор тестирования на ВИЧ по принципу добровольного исключения или добровольного включения определяют национальные или местные стандарты.
- Медицинский работник и медицинское учреждение обязаны соблюдать конфиденциальность сведений о ВИЧ-статусе.
- Тестирование на ВИЧ половых партнеров и консультирование пар приветствуются.
- Рекомендуемым методом тестирования на ВИЧ в условиях дородовой помощи является экспресс-тест с получением результатов в тот же день.
- Диагностика ВИЧ-инфекции у детей сложна, но необходима для организации клинической помощи.
 - Стандартная диагностика проводится с помощью тестов на антитела к ВИЧ в возрасте 18 месяцев.
 - Ранняя диагностика возможна при использовании ПЦР.
- Послетестовое консультирование необходимо всем женщинам.
 - ВИЧ-отрицательным женщинам следует указать на важность профилактики ВИЧ-инфекции.
 - ВИЧ-положительным женщинам необходимо предоставить направления в программу ППМР, на лечение, в службы помощи и поддержки.
- Всех женщин, независимо от их ВИЧ-статуса, следует навязывать открытого обсуждения вопросов ВИЧ-инфекции.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-А.

Роли и обязанности консультантов разного уровня подготовки

Уровень подготовки	Роль и обязанности
Старший консультант (координатор, контролер) Опытный консультант, прошедший повышение квалификации по консультированию	<ul style="list-style-type: none">▪ Поддержка консультантов и контроль их работы▪ Оценка консультантов▪ Занятия с группами консультантов▪ Утверждение направлений в сложных случаях▪ Иногда — помощь группам взаимопомощи и наблюдение за их деятельностью
Профессиональный консультант Консультант, являющийся специалистом сестринского дела, педагогики или смежной области, проходящий постоянную подготовку	<ul style="list-style-type: none">▪ Пред- и послетестовое консультирование▪ Консультирование пар▪ Текущее консультирование▪ Поддержка консультантов-сверстников и непрофессиональных консультантов▪ Выявление и оценка неблагоприятных последствий, психических расстройств и показаний к специализированной помощи
Консультант-сверстник Консультант из одного социального слоя с пациентами. Часто это женщина, участвовавшая в проекте ППМР, или коллега по работе, молодежный консультант или консультант с ВИЧ/СПИДом	<ul style="list-style-type: none">▪ Защита интересов и мобилизация сообществ▪ Просвещение по вопросам ВИЧ и профилактике▪ Текущее и поддерживающее консультирование в неосложненных случаях▪ Вовлечение ЛЖВС в общественную деятельность и жизнь сообщества
Непрофессиональный консультант Консультант, прошедший подготовку по пред- и послетестовому и текущему консультированию	<ul style="list-style-type: none">▪ Пред- и послетестовое консультирование в простых случаях▪ Текущее и поддерживающее консультирование в неосложненных случаях
<p>Источник: World Health Organisation (WHO). 2003 (July). <i>Guidance on the Provision of T & C for Women in Antenatal Care, Childbirth, and Resource-Constrained Settings</i> [Draft]. [Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ). 2003 г. (июль). <i>Руководство по КИТ женщин в рамках дородовой и акушерской помощи и в условиях ограниченных ресурсов</i> (проект)].</p>	

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-В.

Сообщение родителям результатов тестирования ребенка на ВИЧ

Подготовка к беседе с родителями или опекунами ребенка.

- Убедитесь, что у Вас на руках имеются результаты тестирования ребенка и сообщите об этом родителям.
- Назначьте встречу.

Приветствие родителей и налаживание контакта.

- Спросите родителей или опекуна, появились ли у них вопросы с момента взятия крови у ребенка. Ответьте на вопросы и сообщите, что они смогут обращаться за консультацией по всем важным вопросам.

Сообщение результатов тестирования на ВИЧ.

- Задайте вопрос: «Готовы ли вы узнать результат тестирования ребенка на ВИЧ?»
- Спокойным тоном сообщите: «Результат тестирования ребенка положительный. Это означает, что ребенок инфицирован ВИЧ».
- Сделайте паузу и дождитесь реплики родителей, прежде чем продолжать. Позвольте родителям выразить свои чувства.
- Если родители хотят сами увидеть результат теста, покажите им его.
- Проверьте, что родители поняли значение результата теста. Обсудите и поддержите чувства родителей.
- Поясните, что анализ крови показал наличие в организме ребенка ВИЧ — вируса, вызывающего СПИД. Напомните, как проходила процедура тестирования, и убедитесь, что родители поняли значение результата. Расскажите о достоверности исследования. Дайте родителям возможность побыть в тишине.
- Заверьте родителей в том, что, хотя ВИЧ-инфекция не излечима, другие инфекции, угрожающие ребенку, лечению поддаются. Подчеркните, что до появления связанных со СПИДом заболеваний может пройти много лет. Расскажите о доступных методах АРВ терапии ВИЧ-инфекции.
- Помните, что многие люди воспринимают диагноз ВИЧ-инфекции как смертельный приговор. Будьте готовы к таким реакциям родителей, как горе, шок, недоверие, отрицание и гнев. Оказывайте необходимую поддержку.

Обсуждение охраны здоровья ребенка.

- Подчеркните необходимость иммунизации.
- Расскажите о правильном питании.
- Отметьте, что ребенку с ВИЧ-инфекцией, как любому другому ребенку, необходимо вести активную жизнь и при любой возможности играть.
- Расскажите о важности своевременной медицинской помощи и профилактики. Если ребенку еще нет 12 месяцев, подчеркните важность профилактики пневмоцистной пневмонии, обеспечьте возможность получить триметоприм/сульфаметоксазол и расскажите, как давать его ребенку.
- Дайте направление на лечение ВИЧ-инфекции и в службы поддержки, если эти виды помощи не оказываются в вашем учреждении.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-В.

Сообщение родителям результатов тестирования ребенка на ВИЧ (продолжение)

Обзор универсальных мер предосторожности.

- Заверьте родителей, что при тесном общении ВИЧ-инфицированного ребенка с родственниками и здоровыми детьми ВИЧ не передается.
- Расскажите, что при смене пеленок и подгузников перчатки надевать не обязательно, при контакте с кровью ребенка следует использовать средства защиты, а открытые раны необходимо прикрывать повязкой.

Оценка риска ВИЧ-инфекции у других членов семьи.

- Узнайте о наличии братьев и сестер, которые могли заразиться ВИЧ, организуйте их консультирование и тестирование. Семье для этого могут потребоваться время и поддержка.

Определение круга поддержки.

- Определите наличие поддержки у каждого члена семьи.
- Оцените психическое состояние матери и других членов семьи.
- Направьте родственников в группу взаимопомощи по их желанию.
- Выдайте родителям памятки о службах поддержки, которые они при желании смогут изучить дома.

Обсуждение вопросов конфиденциальности.

- Поднимите вопрос о раскрытии ВИЧ-статуса.
- Расскажите о мерах соблюдения конфиденциальности в клинике.

Оценка понимания членами семьи диагноза, методов лечения и помощи при каждой встрече.

- Оцените осведомленность родителей и предоставьте им необходимую информацию.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-С. Основные навыки консультирования

Сопереживание

Сопереживание подразумевает отождествление себя с собеседником и понимание ситуации, в которой он находится, чувств, которые он испытывает, и стимулов, которые им руководят. Сопереживать — значит видеть мир глазами другого человека и ощущать его так же, как он. Консультант должен внимательно слушать пациента, пытаясь понять его положение и чувства, не выказывая осуждения. Сопереживание нельзя путать с жалостью.

Умение активно слушать

Человек, умеющий активно слушать, обращает внимание на слова и действия собеседника и выказывает уважение, заинтересованность и сопереживание. Чтобы активно слушать, не достаточно прислушиваться к словам. Необходимо понимать смысл сказанного и отмечать чувства и тревоги пациента, проявляющиеся в жестах, интонациях, мимике и позе.

Открытые и уточняющие вопросы

Открытые вопросы — это те, на которые нельзя ответить одним словом. Часто они начинаются со слов «как», «что» или «почему». Такие вопросы побуждают собеседника свободно выражать свои чувства и сообщать относящиеся к делу сведения. Уточняющие вопросы задаются, чтобы прояснить чувства собеседника и сообщаемую им информацию. Такие вопросы часто необходимы консультанту, чтобы получить более полное представление о чувствах пациента и ситуации, в которой он находится.

Умение придерживаться темы

Нередко пациенты испытывают массу проблем и обо всем пытаются рассказать сразу. Важно, чтобы консультант и пациент не отходили от темы беседы. Иногда для этого консультанту требуется возвращать пациента к теме или переносить решение того или иного вопроса на следующий этап беседы. Если пациент хочет обсудить другие переживания или личные проблемы, консультант должен рассмотреть возможность направить его к другим специалистам или в службы поддержки.

Коррекция ложных представлений

Обязанность консультанта — предоставлять пациенту точные сведения и выводить его из заблуждения. Консультант должен вовремя замечать ложные представления пациента и сразу их исправлять. Это следует делать осторожно, чтобы не смущать пациента и не вынуждать его обороняться. Подробно разъяснять все факты не обязательно.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-С.

Основные навыки консультирования *(продолжение)*

Отличительные черты хорошего консультанта

- Устанавливает контакт с пациентом, уважительно приветствуя его, представившись и разъяснив свою роль консультанта.
- Выделяет первоочередные задачи, будь то профилактика ВИЧ-инфекции, тестирование на ВИЧ, вскармливание, планирование семьи или лечение и помощь при ВИЧ-инфекции.
- Чутко отмечает культурные и психологические особенности пациента, способные повлиять на его решения.
- Не выказывает осуждения, проявляет уважение и доброжелательность по отношению к пациенту.
- Предоставляя информацию пациенту, проявляет чуткость и использует понятные выражения.
- Побуждает пациента задавать вопросы.
- Активно выслушивает тревоги пациента.
- Замечает потребность пациента в дополнительной помощи и поддержке, дает соответствующие направления.
- Понимает невербальные сообщения (язык тела) и реагирует на них.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-D.

Предтестовое просвещение, упражнение 6.3

Лекция. Подгруппа 1

Введение

Лекции с группами можно проводить в учреждениях дородовой помощи. В своей подгруппе ознакомьтесь с предлагаемыми ниже темами и обсудите основные положения, которые следует охватить в ходе лекции. Руководствуйтесь приведенными далее вопросами и ответами.

- Общие сведения о ВИЧ-инфекции и СПИДе.
- Пути и профилактика передачи ВИЧ.
- Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП), и ВИЧ.
- Передача ВИЧ от матери ребенку и ее профилактика.

В чем различие между ВИЧ-инфекцией и СПИДом?

ВИЧ — это вирус, который является возбудителем СПИДа. Человек может заразиться ВИЧ, но не знать об этом. Инфицированный человек может многие годы чувствовать себя нормально. СПИД — это болезнь, которую вызывает ВИЧ. СПИД развивается, когда под воздействием ВИЧ защитные системы организма истощаются.

ВИЧ-инфекция и СПИД неизлечимы, однако есть препараты, способные предотвратить сопутствующие инфекции. Кроме того, есть препараты, способные подавлять вирус и обеспечивать ВИЧ-инфицированным хорошее самочувствие в течение многих лет.

Какова ситуация в нашей стране? Сколько ВИЧ-инфицированных? Сколько из них мужчин, женщин и детей?

Расскажите группе последние статистические данные о распространенности ВИЧ-инфекции, а также ее частоте среди женщин, обращающихся в клиники дородовой помощи и за лечением ИППП.

Какие бытуют заблуждения о ВИЧ-инфекции?

Расскажите группе о расхожих представлениях и заблуждениях, касающихся ВИЧ-инфекции и СПИДа.

Как можно заразиться ВИЧ?

Самая распространенная причина заражения ВИЧ — незащищенный половой контакт с ВИЧ-инфицированным. Ребенок может заразиться ВИЧ от матери. Передача вируса может произойти во время беременности, родов или кормления грудью. Кроме того, ВИЧ передается через общие инструменты для инъекции (иглы, шприцы) наркотиков или других препаратов (вакцин, витаминов). Заразиться ВИЧ можно через любые загрязненные кровью других людей острые предметы, такие как лезвия или иглы, с какой бы целью они не использовались (для пирсинга, наложения декоративных шрамов). Иногда ВИЧ передается при переливании крови, не прошедшей тестирование на ВИЧ.

Как уберечься от ВИЧ-инфекции?

- Половое воздержание — отказ от половых контактов.
- Не инфицированным половым партнерам — сохранять верность друг другу.
- Ограничиться единственной половой связью с неинфицированным партнером.
- Не принимать наркотики.
- Не пользоваться чужими и загрязненными кровью иглами.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-D.

Предтестовое просвещение, упражнение 6.3 (продолжение)

Когда риск заражения ВИЧ высок?

- При незащищенном половом контакте с ВИЧ-инфицированным партнером.
- При опасном поведении, в том числе при наличии многих половых партнеров, практике анальных половых контактов.
- При приеме наркотиков и использовании общих игл.
- Когда ВИЧ-статус полового партнера неизвестен.
- На фоне инфекций, передающихся половым путем (гонореи, сифилиса и др.) — они повышают риск заражения ВИЧ в 2–5 раз.

Как можно снизить риск заражения ВИЧ?

Позвольте аудитории высказаться и предложите свои меры, например, такие:

- Не вступать в половой контакт с партнером из группы риска.
- Если у вас несколько партнеров, всегда пользоваться презервативами.
- Поговорить с партнером о тестировании на ВИЧ.
- Обсудить опасения, связанные с ВИЧ, с партнером или другом.
- Воздерживаться от употребления алкоголя и наркотиков.
- Избегать мест, которые провоцируют вас на опасное поведение.
- Воздерживаться от половых контактов или всегда пользоваться презервативами, пока вы с партнером не пройдете тестирование на ВИЧ.

Что вы можете сделать, чтобы снизить риск заражения ВИЧ?

- Подчеркните, что важнее сделать небольшие и оправданные изменения в образе жизни, а не ставить перед собой невыполнимые задачи, скажем, никогда больше не вступать в половые контакты. Предложите пациентам обсудить свои планы с близким другом или доверенным лицом.

Как ВИЧ передается от ВИЧ-инфицированной матери ребенку?

- Если ВИЧ-инфицированная женщина беременна, ее ребенок может получить от нее вирус или внутриутробно (во время беременности и родов), или при кормлении грудью.
- Риск внутриутробной передачи ВИЧ ребенку существует, но ВИЧ-инфицированная женщина может родить здорового ребенка. Ребенок отделен от матери плацентой, которая действует подобно фильтру. Таким образом, системы кровообращения матери и ребенка разделены. Это снижает риск внутриутробной передачи ВИЧ от матери ребенку. Однако иногда ВИЧ из крови матери проникает в кровоток ребенка. В таком случае ребенок может заразиться внутриутробно.
- Существует еще два пути передачи ВИЧ от матери ребенку. Особенно высока вероятность заражения ребенка во время родов. Это связано с тем, что ребенок непосредственно контактирует с кровью матери. Кроме того, ВИЧ может попасть в организм ребенка, когда мать кормит его грудью.
- Определить наличие ВИЧ-инфекции у новорожденного сложно. Тем не менее, ребенка обследуют по правилам, установленным в роддоме.
- Отрадно, что существуют препараты, способные значительно сократить риск передачи ВИЧ от матери ребенку во время родов. Эти препараты позволяют семье надеяться на рождение здорового малыша.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-D.

Предтестовое просвещение, упражнение 6.3 (продолжение)

Что такое профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку или программа ППМР?

Эта программа помогает снизить вероятность рождения ВИЧ-инфицированного ребенка у ВИЧ-инфицированной женщины. Она состоит из нескольких частей.

- Консультирование и тестирование на ВИЧ — не инфицированной ВИЧ женщине помогает защитить себя и свою семью от ВИЧ, а ВИЧ-инфицированной женщине дает возможность получить помощь и сократить риск передачи ВИЧ ребенку.
- Антиретровирусная терапия — назначение препаратов, которые снижают риск передачи ВИЧ ребенку.
- Консультирование и помощь в вопросах безопасного вскармливания.
- Направление на лечение, в программы помощи и поддержки.

Лекция. Подгруппа 2

Введение

Лекции с группами можно проводить в учреждениях дородовой помощи. В своей подгруппе ознакомьтесь с предлагаемыми ниже темами и обсудите основные положения, которые следует охватить в ходе лекции. Руководствуйтесь приведенными далее вопросами и ответами.

- Процедура тестирования на ВИЧ.
- Польза и неблагоприятные последствия тестирования на ВИЧ.
- Конфиденциальность.
- Значение положительных и отрицательных результатов теста.

Как проходит тестирование на ВИЧ?

- Пройти тестирование предлагается всем беременным. Каждая имеет право отказаться от него.
- Тест показывает, инфицирована ли женщина ВИЧ. Очень редко, в случаях недавнего контакта женщины с ВИЧ, тест не может выявить инфекцию. Поэтому женщинам, которые могли заразиться ВИЧ недавно, рекомендуется пройти тестирование через 3 месяца после опасного заражением контакта.
- Положительный результат теста означает, что в крови женщины обнаружен ВИЧ. Он не свидетельствует о том, что женщина больна СПИДом и не позволяет предсказать, когда она заболеет. Отрицательный результат теста означает, что в организме женщины нет ВИЧ.
- Расскажите о тесте, применяемом в вашем учреждении (экспресс-тест или ИФА).

Чем полезно знание результата теста на ВИЧ?

- Зная свой ВИЧ-статус, женщина может осознанно решить судьбу своей беременности.
- Если женщина инфицирована ВИЧ, знание ВИЧ-статуса поможет ей получить специализированную помощь и защитить своего ребенка от ВИЧ.
- Знание ВИЧ-статуса позволяет не допустить передачу ВИЧ другим людям.
- Чем раньше установлен ВИЧ-статус, тем легче строить планы на будущее.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-D.

Предтестовое просвещение, упражнение 6.3 (продолжение)

- Узнав об отсутствии у себя ВИЧ-инфекции, женщина может защитить себя и свою семью от ВИЧ.
- Существует множество методов профилактики, способных повысить качество жизни и продлить жизнь женщины.
- Появляется все больше препаратов для лечения ВИЧ-инфекции. Они уменьшают вредное воздействие ВИЧ на организм и продлевают жизнь.

Каковы неблагоприятные последствия тестирования на ВИЧ?

- Взятие крови (из пальца или вены руки) может вызвать у женщины неприятные ощущения.
- Доступ в программы профилактики, помощи, лечения и поддержки может быть затруднен, но необходимые направления женщина получит.
- При получении положительного результата теста иногда возникает риск стигматизации и дискриминации.

Кто может узнать результаты Вашего теста на ВИЧ?

- Результаты теста являются предметом врачебной тайны и относятся к закрытым медицинским сведениям. Узнать их может только медицинский работник, занимающийся лечением женщины или оказанием ей помощи, причем только при необходимости. Женщина имеет право решить, кому еще сообщать эти сведения, а также получает право на поддержку при раскрытии своего ВИЧ-статуса.

Лекция. Подгруппа 3

Введение

Лекции с группами можно проводить в учреждениях дородовой помощи. В своей подгруппе ознакомьтесь с предлагаемыми ниже темами и обсудите основные положения, которые следует охватить в ходе лекции. Руководствуйтесь приведенными далее вопросами и ответами.

- Выявление служб поддержки ВИЧ-инфицированных.
- Планирование семьи.
- Индивидуальное консультирование и оценка риска.
- Консультирование и тестирование пар.

Какие службы помощи ВИЧ-инфицированным имеются в вашем сообществе?

Предложите слушателям подумать, какая помощь может им потребоваться, если они или их партнеры окажутся инфицированы ВИЧ. Программы ППМР предоставляют многие виды помощи женщине, ее ребенку и семье:

- помощь в вопросах питания;
- консультирование пар;
- лечение и препараты для предотвращения передачи ВИЧ ребенку;
- препараты для профилактики оппортунистических инфекций;
- духовную поддержку и направления в конфессиональные организации;
- группы взаимопомощи;
- занятия по обучению безопасным методам вскармливания;

- программы обеспечения безопасности воды.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-D.

Предтестовое просвещение, упражнение 6.3 (продолжение)

Кому полезно посещать занятия по планированию семьи?

- Занятия по планированию семьи, по возможности, лучше посещать обоим партнерам. Они смогут узнать о правилах пользования презервативами и безопасных половых контактах, позволяющих не только избежать распространения ВИЧ, но и нежелательных беременностей.
- В регионах, где половые контакты во время беременности и вскоре после родов традиционно не практикуют, полученные на занятиях сведения позволят узнать о допустимости интимных отношений при условии соблюдения мер безопасности.
- Мужчины на занятиях осознают свою роль защитников здоровья и благополучия женщины и семьи.

В каких случаях требуется индивидуальная консультация?

- Консультанты определяют необходимость индивидуального предтестового консультирования, опираясь на рекомендации, установленные государством или клиникой. В некоторых странах индивидуальную консультацию назначают только при наличии опасений или вопросов у женщины. Такая консультация позволяет женщине обсудить деликатные вопросы, не опасаясь огласки.
- Если персонал клиники дородовой помощи или программы ППМР не может ответить на вопросы пациентки (например, по поводу ИППП или опасных половых контактов), на индивидуальной консультации она может получить интересующие ее сведения, а также советы по сокращению риска для нее и партнера.

В чем преимущества консультирования пар?

- Каждый человек имеет право узнать все, что его интересует о ВИЧ-инфекции и СПИДе и путях передачи ВИЧ.
- Партнеры могут вместе узнать риск и пользу тестирования на ВИЧ и преимущества знания ВИЧ-статуса, причем им будет гарантирована полная конфиденциальность.
- Вдвоем партнеры могут обсудить вопросы планирования семьи, разделить ответственность за предотвращение незапланированных беременностей и передачи ВИЧ.
- Совместная консультация помогает партнерам осознать, насколько их отношения важны для сохранения здоровья семьи и планирования будущего.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Е.

Памятка для послетестового консультирования при отрицательном результате теста на ВИЧ

Консультирование — это общение с пациентом (пациенткой), которое позволяет консультанту наладить контакт с ним (ней), ответить на его (ее) вопросы и убедиться, что он (она) понял (поняла) сообщенные сведения.

- ✓ Убедитесь, что у вас на руках имеются результаты тестирования пациентки и сообщите ей об этом.
- ✓ Поприветствуйте пациентку.
- ✓ Узнайте, не появились ли у пациентки за время, прошедшее с момента тестирования, вопросы. Ответьте на вопросы и сообщите, что она может и впредь обращаться за консультацией по всем важным вопросам.
- ✓ Вкратце напомните содержание предтестового просвещения и консультирования. Поясните, что хотите убедиться, что пациентка запомнила важные сведения.
- ✓ Скажите, что результат теста получен, и четко сообщите его. Произнесите спокойным тоном: «Результат вашего теста отрицательный».
- ✓ Сделайте паузу и дождитесь реплики пациентки, прежде чем продолжить беседу. Дайте ей возможность выразить свои чувства.
- ✓ Убедитесь, что пациентка поняла значение результата теста.
- ✓ Оцените чувства и переживания пациентки, поддержите ее.
- ✓ Если заражение ВИЧ могло произойти недавно, сообщите о необходимости повторного тестирования.
- ✓ Обозначьте конкретные мероприятия по снижению риска.
 - Направить партнера на тестирование и, если он не инфицирован ВИЧ, сохранять верность друг другу.
 - Пользоваться презервативами.
 - Ограничить число половых партнеров.
- ✓ Еще раз обсудите раскрытие ВИЧ-статуса партнеру и обследование партнера.
- ✓ Расскажите о возможности несовпадения пары по ВИЧ-статусу.
- ✓ Сообщите о возможности консультирования пар.
- ✓ Расскажите об особой важности профилактики заражения во время беременности и кормления грудью и объясните, насколько такие меры сокращают риск ВИЧ-инфекции у ребенка.
- ✓ Спросите, есть ли у пациентки сомнения или вопросы. Сообщите, к кому она может обратиться при возникновении вопросов.
- ✓ Обсудите вопросы поддержки и содержание дальнейших консультаций.
- ✓ Напомните женщине, что во время беременности она и ее родственники могут в любой момент обратиться за консультацией или направлениями, необходимыми для планирования будущего и получения помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Ф.

Памятка для послетестового консультирования при положительном результате теста на ВИЧ

Консультирование — это общение с пациентом (пациенткой), которое позволяет консультанту наладить контакт с ним (ней), ответить на его (ее) вопросы и убедиться, что он (она) понял (поняла) сообщенные сведения.

- ✓ Поприветствуйте пациентку.
- ✓ Убедитесь, что у вас на руках имеются результаты тестирования пациентки и сообщите ей об этом.
- ✓ Узнайте, не появились ли у пациентки за время, прошедшее с момента тестирования, вопросы. Ответьте на вопросы и сообщите, что она может и впредь обращаться за консультацией по всем важным вопросам.
- ✓ Вкратце напомните содержание предтестового просвещения и консультирования. Поясните, что хотите убедиться, что пациентка запомнила важные сведения.
- ✓ Скажите, что результат теста получен и четко сообщите его. Произнесите спокойным тоном: «Результат вашего теста положительный».
- ✓ Сделайте паузу и дождитесь реплики пациентки, прежде чем продолжить беседу. Дайте ей возможность выразить свои чувства.
- ✓ Убедитесь, что пациентка поняла значение результата теста.
- ✓ Оцените чувства и переживания пациентки, поддержите ее.
- ✓ Помогите пациентке успокоиться.
- ✓ Сообщите о важнейших задачах ППМР. Обсудите и поддержите предварительные решения пациентки в следующих областях:
 - антиретровирусная терапия и профилактика;
 - выбор метода вскармливания;
 - планирование деторождения;
 - правильное питание;
 - сохранение положительного отношения к жизни и направление в лечебно-профилактические службы;
 - своевременное обращение за медицинской помощью, профилактикой и лечением оппортунистических инфекций;
 - помощь в стрессовых ситуациях и системы поддержки.
- ✓ Объясните, что результат теста женщины не имеет отношения к ВИЧ-статусу партнера, и ему необходимо пройти тестирование.
- ✓ Обсудите вопросы раскрытия ВИЧ-статуса и получения поддержки.
- ✓ Расскажите о мерах профилактики передачи ВИЧ партнеру и повторного заражения:
 - применение презервативов;
 - снижение риска передачи ВИЧ другим и выявление и лечение ИППП.
- ✓ Определите источники поддержки (родственники, друзья, общественные и профессиональные организации) и возможности лечения. Дайте необходимые направления.
- ✓ Если у пациентки есть ребенок, обсудите и запланируйте его тестирование.
- ✓ Спросите, есть ли у пациентки сомнения или вопросы. Сообщите, к кому она может обратиться при возникновении вопросов.
- ✓ Напомните женщине, что во время беременности она и ее родственники могут в любой момент обратиться за консультацией или направлениями, необходимыми для планирования будущего и получения помощи.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-G.

Сценарии ролевых игр по теме «Послетестовое консультирование» для упражнения 6.4. и Лист оценки консультации

Сценарии для консультаций при отрицательном результате теста на ВИЧ

Сценарий 1. Шонде 17 лет. В течение года она встречается с молодым человеком. Три месяца назад они начали практиковать незащищенные половые контакты, и Шонда забеременела. Она подозревает, что ее молодой человек может быть заражен ВИЧ, поскольку не был ей верен, хотя и отрицает это. Впервые придя в клинику дородовой помощи, Шонда решила на всякий случай пройти тестирование на ВИЧ.

Сценарий 2. Пол и Мэри женаты 2 года. Сейчас они планируют родить ребенка. До женитьбы Пол пробовал принимать наркотики и использовал общие иглы. У него никогда не было симптомов ВИЧ-инфекции, но до зачатия ребенка супруги решили пройти тестирование.

Сценарий 3. Лайза учится на курсах освоения компьютеров. Сейчас она на третьем триместре беременности. Сейчас у нее надежные отношения с отцом будущего ребенка, но раньше у нее было много половых партнеров и она практиковала незащищенные половые контакты. После первого посещения клиники дородовой помощи она поняла, что могла быть инфицирована ВИЧ. Лайза не хочет заразить своего партнера и ребенка, поэтому решила пройти тестирование.

Сценарии для консультаций при положительном результате теста на ВИЧ

Сценарий 1. Дебби предоставляет услуги сексуального характера на автостраде, и каждую неделю у нее бывает по несколько половых партнеров. Она просит мужчин использовать презервативы, но многие отказываются. Сейчас она на 28-й неделе беременности и впервые пришла в клинику дородовой помощи. Ее беспокоит безопасность ребенка, и она решила пройти тестирование на ВИЧ.

Сценарий 2. Маргарет и Стивен женаты 6 лет, у них трое детей. Маргарет на втором триместре беременности, ожидается двойня. В прошлом году супруги примерно 4 месяца жили врозь. В этот период у Стивена была связь с женщиной, которая, как он узнал позже, была ВИЧ-инфицированной. Маргарет знает об этом и понимает, что может заразить будущего ребенка, если окажется ВИЧ-инфицированной. Стивен отказался от тестирования, но сегодня пришел вместе с женой, чтобы узнать результат ее теста.

Сценарий 3. Кристина работает в административно-хозяйственной части клиники дородовой помощи. Она знакома со всеми сотрудниками, а недавно узнала, что ждет своего первого ребенка. До работы в клинике Кристина проходила лечение в общественной программе реабилитации для потребителей наркотиков. Об этом в клинике никому не известно. Она знает, что в связи с прежним образом жизни ей необходимо обследоваться на ВИЧ. Кристина обратилась к одному из сотрудников клиники с просьбой помочь ей пройти тестирование. Она очень боится огласки и хочет, чтобы результаты были известны только ей и этому медицинскому работнику.

ПРИЛОЖЕНИЕ 6-Г. Лист оценки консультации

Лист оценки консультации		
Наблюдая за ролевой игрой, оцените навыки консультирования коллег, отмечая галочками соответствующие ячейки.		
Навыки	Конкретные приемы, слова и поведение	<input checked="" type="checkbox"/>
Установление контакта	▪ Приветствует пациента, пожимает руку, если это уместно	<input type="checkbox"/>
	▪ Предлагает сесть	<input type="checkbox"/>
	▪ Разговаривая, наклоняется к пациенту	<input type="checkbox"/>
	▪ Устанавливает зрительный контакт (уместно)	<input type="checkbox"/>
	▪ Проявляет интерес к пациенту	<input type="checkbox"/>
	▪ Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>
Выслушивание	▪ Смотрит на пациента	<input type="checkbox"/>
	▪ Жестами и позой показывает внимание к собеседнику	<input type="checkbox"/>
	▪ Использует зрительный контакт, показывая внимание и интерес (уместно)	<input type="checkbox"/>
	▪ Мимикой демонстрирует заботу и интерес	<input type="checkbox"/>
	▪ Осторожно поощряет собеседника словами («да», «хорошо» и т. д.).	<input type="checkbox"/>
	▪ Проверяет, правильно ли понял слова пациента	<input type="checkbox"/>
	▪ Периодически резюмирует сказанное пациентом	<input type="checkbox"/>
	▪ Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>
Сопереживание	▪ Комментирует проблемы пациента, указывая при этом его сильные стороны	<input type="checkbox"/>
	▪ Отражает слова пациента, демонстрируя понимание	<input type="checkbox"/>
	▪ Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>
Вопросы	▪ Основные данные (демографические и т. д.) узнает с помощью закрытых вопросов	<input type="checkbox"/>
	▪ Не злоупотребляет закрытыми вопросами	<input type="checkbox"/>
	▪ Для получения более подробной информации использует открытые вопросы	<input type="checkbox"/>
	▪ Характер вопросов свидетельствует о заинтересованности, заботе и участии, ощущения допроса не возникает	<input type="checkbox"/>
	▪ Задает целесообразные вопросы	<input type="checkbox"/>
	▪ Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>
Уточнения	▪ Проверяет, правильно ли понял слова пациента	<input type="checkbox"/>
	▪ Использует фразы: «Вы хотите сказать, что...?» или «Поправьте меня, если я ошибаюсь...» и т. д.	<input type="checkbox"/>
	▪ Другое (укажите)	<input type="checkbox"/>
Предоставление специальных сведений (по предтестовому консультированию, процедуре тестирования, результатам тестов, послетестовому консультированию)	▪ Предоставил сведения о ВИЧ	<input type="checkbox"/>
	▪ Рассказал о процедуре и результатах тестирования	<input type="checkbox"/>
	▪ Обсудил вопросы конфиденциальности	<input type="checkbox"/>
	▪ Разъяснил значение результатов теста	<input type="checkbox"/>
	▪ ВИЧ-отрицательному пациенту рассказал, как сохранить ВИЧ-отрицательный статус	<input type="checkbox"/>
	▪ ВИЧ-положительному пациенту рассказал о значении результата теста и ППМР	<input type="checkbox"/>



МОДУЛЬ 7. Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой

ЗАНЯТИЕ 1. Связь с местными службами лечения, помощи и поддержки для матерей и семей

ЗАНЯТИЕ 2. Лечение, помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных матерей

ЗАНЯТИЕ 3. Лечение, помощь и поддержка для детей, контактировавших с ВИЧ

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Описать потребности ВИЧ-инфицированных женщин и контактировавших с ВИЧ детей в лечении, помощи и поддержке.
- Определить возможности поддержки для женщин, детей и семей на уровне местного сообщества.
- Создать и укрепить связи женщин и подвергшихся риску заражения ВИЧ и ВИЧ-инфицированных детей со службами лечения, помощи и поддержки.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу

Занятие 1

- Список местных организаций, оказывающих медицинскую и социальную помощь матерям и семьям с ВИЧ-инфекцией

Занятие 2

- Рекомендации по ведению женщин, инфицированных ВИЧ, после родов
- Рекомендации по профилактике и лечению оппортунистических инфекций, таких как пневмоцистная пневмония и туберкулез
- Национальные рекомендации по лечению и помощи при ВИЧ-инфекции у взрослых, в том числе по проведению АРВ терапии
- Национальные рекомендации по симптоматической и паллиативной помощи, нормализации питания, социальной и психологической помощи (если не были упомянуты ранее)

Занятие 3

- Рекомендации по текущему наблюдению и иммунизации детей, контактировавших с ВИЧ
- Клинические рекомендации по ведению и лечению (в том числе АРВ терапии) ВИЧ-инфицированных и контактировавших с ВИЧ детей



Карманный справочник содержит основные положения по темам всех занятий модуля

ЗАНЯТИЕ 1. Связь с местными службами лечения, помощи и поддержки для матерей и семей

Лечение, помощь и поддержку, которые ВИЧ-инфицированные женщины получают после рождения ребенка, а также помощь их детям и семьям можно улучшить, наладив связи с местными организациями, которые предоставляют медицинскую помощь при ВИЧ/СПИДе, оказывают социальную поддержку и защищают права пациентов. Крайне важно, чтобы для женщин, детей и семей, столкнувшихся с ВИЧ-инфекцией, лечение и помощь не ограничивались ППМР.

Наладить связь можно разными путями

- Разработчики программы могут включить службы ППМР в действующие службы охраны здоровья матери и ребенка.
- Медицинские работники могут расширить спектр предоставляемой помощи, выдавая пациентам необходимые направления и затем отслеживая получение ими помощи в соответствующих организациях.
- Представители общественности, в том числе консультанты, могут содействовать женщинам в налаживании связей с лечебными и вспомогательными службами и получении в них помощи.

Связь служб охраны здоровья матери и ребенка и организаций для ВИЧ-инфицированных

- Службы охраны здоровья матери и ребенка открывают ВИЧ-инфицированной женщине, ее детям и родственникам путь к ППМР, лечению, помощи и поддержке.
- Подготовка кадров (развитие человеческого потенциала) и разработка программы ППМР позволяют сделать ППМР неотъемлемой частью охраны здоровья матери и ребенка.
- Предоставление помощи и лечения семье, столкнувшейся с ВИЧ, требует участия различных специалистов и служб.
- Все дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в тщательном наблюдении и соответствующей помощи.
- Специалистам по работе с общественностью из служб охраны здоровья матери и ребенка можно поручить рассказывать семьям о здоровом образе жизни и методах профилактики, а также о службах помощи и поддержки.
- Специалисты по лечению ВИЧ-инфекции, участвующие в ведении женщин и детей, могут предоставлять консультации, АРВ терапию, оказывать текущую помощь в лечении ВИЧ-инфекции.

Связь со специализированными программами здравоохранения

- Специализированные программы здравоохранения предоставляют узкоспециализированную помощь в таких областях, как планирование семьи, лечение ИППП и наркология.
- Для ВИЧ-инфицированных женщин важны также программы по борьбе с различными заболеваниями, в частности, с туберкулезом. В ряде стран туберкулез чрезвычайно распространен и служит ведущей причиной смерти при ВИЧ-инфекции (см. приложение 7-А).
- Особой важностью для ЛЖВС обладают программы нормализации питания.

Связь с общественными организациями, оказывающими помощь при СПИДе

Связь с организациями, действующими на базе сообщества, позволяет ВИЧ-инфицированным женщинам и их семьям справляться с отчуждением, стигмами и эмоциональными перегрузками, часто сопровождающими диагноз ВИЧ-инфекции. Кроме того, они дают инфицированной женщине возможность помогать на добровольной или оплачиваемой основе другим людям, столкнувшимся с ВИЧ.

- Неправительственные организации (НПО), профессиональные организации и подобные им объединения часто обеспечивают ВИЧ-инфицированных матерей и членов семей ВИЧ-инфицированных лечением, помощью и поддержкой.
- Связь медицинских программ с общественными и профессиональными организациями способствует повышению качества помощи.
- Профессиональные организации и народные целители часто оказывают дополнительную социальную поддержку.
- Многие общественные организации занимаются просвещением и КИТ, распространяют знания о профилактике ВИЧ-инфекции и безопасном сексе.
- Благодаря связям с программами в области питания, профилактики и лечения малярии и туберкулеза, женщинам проще получить необходимую помощь.
- Сотрудничая с общественными программами, медицинские учреждения получают возможность направлять пациентов на консультации, в группы просвещения и поддержки сверстников, в объединения ЛЖВС.
- Организации ЛЖВС — важнейший источник поддержки для женщин, у которых в рамках программы ППМР был выявлен ВИЧ, а также их семей.
- Общественные организации часто оказывают ЛЖВС конкретную помощь: обеспечивают их жильем и транспортом, доставляют продукты, предлагают юридическую защиту и консультации, помогают зарабатывать на жизнь.

Объединение общественных организаций с общими целями

- Официально устанавливает связи между программами в области охраны здоровья матери и ребенка, системами здравоохранения и, по возможности, общественными программами.
- Когда сотрудники общественных и медицинских организаций узнают о существовании и возможностях других служб, доступность помощи для ЛЖВС возрастает и расширяется.

Упражнение 7.1 Связь с общественностью: обсуждение в подгруппах	
Цель	<p>Определить спектр помощи для ЛЖВС на местном уровне.</p> <p>Способствовать связям и сотрудничеству организаций.</p> <p>Упростить направление пациентов в общественные организации.</p>
Время	60 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Слушатели делятся на подгруппы в соответствии с местом их жительства или работы. ▪ Каждая подгруппа выбирает секретаря, который будет записывать полученные сведения, и докладчика, который позже представит группе собранную информацию. ▪ Ориентируясь на форму, представленную в приложении 7-В, выясните, какие в вашем сообществе имеются ресурсы и запишите их. ▪ Группируя организации по сферам деятельности, указанным в левой колонке, постарайтесь ответить на следующие вопросы. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Знаете ли вы организации, действующие в указанных сферах? ▪ Знаете ли вы адрес, схему проезда и расписание работы каждой организации? ▪ Известно ли вам, с кем следует связаться и к кому нужно обратиться направляемому вами пациенту в каждой из указанных организаций? ▪ Есть ли в списке сфера, в которой ни одна из известных вам организаций не действует? ▪ Знаете ли вы организации, сфера деятельности которых в списке не указана? ▪ Знакомы ли вы с ключевыми фигурами сообщества, которые могли бы помочь расширить этот список ресурсов? ▪ На заполнение формы у вас есть 35 минут. ▪ После заполнения формы докладчики от каждой подгруппы рассказывают о найденных ресурсах остальным слушателям.

ЗАНЯТИЕ 2. Лечение, помощь и поддержка для ВИЧ-инфицированных матерей

Помощь ВИЧ-инфицированной женщине после родов

Медицинские работники обязаны проследить за тем, чтобы после родов в медицинском учреждении ВИЧ-инфицированная женщина пришла к врачу для послеродовой консультации или получила такую консультацию на дому.

Если роды происходили дома, женщину необходимо обследовать через неделю после родов и затем — повторно — на 6-й неделе после родов.

Ниже перечислены обязательные компоненты послеродовой консультации.

Оценка состояния

- Оценить заживление тканей.
- Оценить степень сокращения матки.
- Убедиться, что послеродовое кровотечение прекратилось.

Поддержка в вопросах вскармливания

(См. также *Модуль 4 «ВИЧ-инфекция и вскармливание»*.)

- Оценить процесс кормления.
- Помочь матери обеспечить безопасность выбранного метода вскармливания.
- Выяснить, поддерживают ли родственники выбранный метод вскармливания.
- Вместе с матерью разработать план решения возможных проблем.

Помощь в области полового и репродуктивного здоровья

(См. также *Модуль 2 «Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка»*)

- Обсудить двойную пользу применения презервативов (как средства профилактики ИППП, в том числе ВИЧ-инфекции, и средства планирования семьи).
- Поддержать выбранный матерью метод контрацепции.
- Обсудить важность безопасных половых контактов для профилактики передачи ВИЧ-инфекции и других ИППП.
- Посоветовать методы раннего лечения ИППП, рассказать о первых симптомах ИППП и сообщить, куда обращаться для их диагностики и лечения.
- Ответить на все вопросы женщины по поводу безопасных половых контактов.

Смежные службы лечения ВИЧ-инфекции, помощи и поддержки

Послеродовой период идеален для налаживания связей ВИЧ-инфицированной женщины со службами всесторонней помощи, которые смогут поддержать ее здоровье, предотвратить осложнения и улучшить качество жизни с ВИЧ.

Женщине следует обеспечить доступ к различным видам помощи: одни могут предоставляться на месте, другие — в общественных организациях.

- Профилактика и лечение оппортунистических инфекций
- АРВ терапия — по показаниям и при возможности
- Симптоматическая и паллиативная помощь
- Нормализация питания
- Социальная и психологическая поддержка
- Конфессиональная поддержка
- Помощь на дому

Профилактика и лечение оппортунистических инфекций

Инфекции серьезно осложняют состояние ВИЧ-инфицированных. Профилактика оппортунистических и других инфекций помогает женщине сохранить нормальное самочувствие и поддержать иммунную систему.

Профилактика и лечение малярии

Для профилактики малярии в районах с высокой ее распространенностью рекомендуется завешивать кровать обработанными инсектицидами москитными сетками. Лечение и профилактику малярии проводят согласно национальным рекомендациям.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

Для профилактики пневмоцистной пневмонии у взрослых ВОЗ рекомендует использовать триметоприм/сульфаметоксазол при наличии любого из показаний, приведенных в приложении 7-С. Этот препарат также снижает риск ряда других бактериальных инфекций и токсоплазмоза.

Профилактика, выявление и лечение туберкулеза

По оценкам, у 40% ВИЧ-инфицированных в течение жизни развивается туберкулез. В каждом случае, особенно в странах с высокой распространенностью туберкулеза, необходимо следовать принятым в стране протоколам профилактики, выявления и лечения туберкулеза (общие рекомендации см. в приложении 7-А).

Иммунизация

Иммунизация должна проводиться в установленном порядке, который соответствует национальным рекомендациям и рекомендациям ВОЗ для ВИЧ-инфицированных взрослых.

Антиретровирусная терапия

АРВ профилактика во время беременности сокращает риск ПМР, однако матери она долговременной пользы не приносит. При необходимости (т. е. при наличии клинических показаний к АРВ терапии) для подавления вирусной нагрузки и повышения качества жизни женщинам следует назначать АРВ терапию.

Антиретровирусная терапия

Обеспечение ВИЧ-инфицированных женщин антиретровирусной терапией улучшается. Женщин, прошедших ППМР, необходимо связать со службами медицинской помощи для женщин и их семей (программа «ППМР-плюс»). Этот процесс поддерживается международными и национальными стандартами и рекомендациями, в частности,

рекомендациями по назначению АРВ терапии (рекомендации ВОЗ представлены в приложении 3-В).

Задача АРВ терапии — комбинируя АРВ препараты, добиться максимального сокращения вирусной нагрузки на максимально долгий срок. Сочетание трех и более АРВ препаратов, именуемое высокоактивной антиретровирусной терапией (ВААРТ), подавляет репликацию ВИЧ.

Польза АРВ терапии:

- улучшает состояние здоровья;
- сокращает частоту ПМР;
- сокращает частоту госпитализаций по поводу ВИЧ-инфекции;
- сокращает смертность от СПИДа.

Чтобы вероятность лекарственной устойчивости была ниже, а эффективность АРВ терапии — выше, пациенты должны строго соблюдать врачебные назначения. Залогом успеха программ лечения ВИЧ/СПИДа являются технологии повышения соблюдаемости врачебных назначений и творческий подход к их разработке. В частности, полезны такие методы:

- просвещать пациенток и добиваться их готовности к терапии до ее начала;
- помнить, что сразу после родов женщине требуется дополнительная помощь;
- использовать удобные и действенные вспомогательные средства — коробочки для таблеток, письменные инструкции и т. д.;
- изучив график работы, режим питания и сна пациентки, найти самое удобное время для приема препаратов;
- поддерживать соблюдение терапии и разработать меры преодоления препятствий к нему, не противоречащие традициям общества.

Симптоматическая и паллиативная терапия

Симптомы ВИЧ-инфекции нередко мешают семейной и социальной жизни ЛЖВС. Необходимо устранить их, чтобы качество жизни возросло. Такие частые симптомы ВИЧ-инфекции, как тошнота, рвота, утомляемость и кожные нарушения, легко поддаются лечению. Боль, потерю веса и истощение, развивающиеся по мере прогрессирования заболевания, изучать и лечить сложнее, но это позволяет улучшить самочувствие, активность и эмоциональное состояние пациентов.

Паллиативная терапия ориентирована на пациента и его семью и:

- обеспечивает доступ к информации и уважает выбор пациента;
- добивается оптимального качества жизни;
- предвидя возможные страдания, предотвращает и лечит их;
- отвечает физическим, эмоциональным, социальным и духовным нуждам.

Консультации по вопросам питания, помощь и поддержка

Из-за проявлений ВИЧ-инфекции и СПИДа приготовление и прием пищи нередко затруднены. Некоторые из таких проявлений и пути их преодоления, направленные на поддержание нормального питания, приведены в приложении 7-D.

Чтобы избежать осложнений, связанных с неправильным питанием, и смягчить побочное действие препаратов, женщинам, которые получают АРВ терапию, необходимо рассказать о требованиях к режиму питания и рациону. Обеспечить нормальным питанием ребенка и, следовательно, заложить основу для его роста и развития, позволяют консультирование женщины по вопросам вскармливания до родов и поддержка выбранного ею метода вскармливания после них.

У ЛЖВС иммунитет ослаблен, и они подвержены бактериальным инфекциям, поэтому важно подчеркивать необходимость соблюдения правил гигиены при приготовлении пищи.

Правильное питание, занятия спортом, отдых, соблюдение правил гигиены и отказ от вредных привычек, таких как курение, злоупотребление алкоголем и наркотиками, способствуют сохранению здоровья и повышению иммунитета.

Социальная и психологическая помощь

Во многих сообществах ЛЖВС сталкиваются с предвзятостью окружающих (см. *Модуль 5 «Стигматизация, дискриминация и ПМР»*), поэтому ВИЧ-инфицированные женщины часто отказываются раскрывать свой ВИЧ-статус партнерам, родственникам или друзьям. Кроме того, молодая мать, узнавшая о наличии у себя ВИЧ-инфекции только перед родами, часто не успевает свыкнуться со своим диагнозом. Регулярно оценивать психическое состояние пациентки и предоставлять ей психологическую и социальную поддержку важно на всех стадиях ВИЧ-инфекции. Ниже перечислены виды помощи, которые женщине необходимо предоставить на месте или по направлению.

- Помощь женщине в принятии диагноза ВИЧ-инфекции.
- Психосоциальная поддержка ВИЧ-инфицированной матери и ее ребенка при неизвестном и положительном ВИЧ-статусе ребенка.
- Поддержка местным сообществом, в том числе направление в местные общественные и профессиональные программы.
- Групповое консультирование сверстников и поддержка медицинскими организациями и НПО.
- Поддержка и консультирование ВИЧ-инфицированных женщин и их партнеров в вопросах раскрытия ВИЧ-статуса.

Конфессиональная поддержка

Участие конфессиональных организаций обеспечивает ВИЧ-инфицированную мать духовной и психосоциальной поддержкой. Важно также, что они помогают женщинам ощутить себя частью большой, сочувствующей общины. Во многих программах конфессиональные организации обеспечивают своих подопечных всесторонней помощью и поддержкой, в том числе лечением и уходом.

Помощь на дому

В условиях ограниченных ресурсов, когда стационарная и амбулаторная помощь в силу тех или иных причин недоступна, для ЛЖВС часто организуется помощь на дому. Такой вид помощи обладает целым рядом преимуществ для пациентов, их семей и сообществ:

- помощь предоставляется в знакомой обстановке, в окружении близких, позволяя пациенту оставаться в курсе семейных дел;
- расходы на медицинское обслуживание сокращаются;
- в помощи ЛЖВС участвуют местные жители, что позволяет избавить сообщество от мифов и предрассудков;
- нагрузка на систему здравоохранения ослабевает.

Медицинские работники могут оказывать психосоциальную поддержку как самостоятельно, так и направляя женщин в общественные организации. Местные организации помощи при СПИДе оказывают социальную поддержку в группах просвещения сверстников и клубах взаимопомощи, направляют пациентов в другие службы.

Упражнение 7.2. Проблемы после родов: ситуационная задача	
Цель	Подготовить слушателей к решению распространенных проблем, о которых женщины рассказывают во время послеродовых визитов
Время	30 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ В своей подгруппе внимательно изучите ситуационную задачу. ▪ Выберите секретаря подгруппы, который будет записывать ключевые проблемы. ▪ В своей подгруппе за 15 минут составьте список проблем, которые должен решить медицинский работник, и обсудите пути их решения. Секретарь должен записывать ключевые проблемы. ▪ После обсуждения каждая подгруппа рассказывает остальным слушателям о ключевых проблемах и путях их решения.

Ситуационная задача

Пациентке Би 24 года. Во время последней беременности у нее была выявлена ВИЧ-инфекция. Би и ее ребенок получали необходимые препараты для ППМР в соответствии с рекомендациями местной программы. Би пришла на плановую консультацию через 6 недель после родов.

Би предпочла кормить ребенка только грудью. Ей кажется, что ребенок постоянно голоден, и она волнуется, достаточно ли у нее молока. Дополнительно Би дает ребенку витамины. Би с мужем, который тоже инфицирован ВИЧ, хотели бы возобновить половую жизнь. Би слышала, что ей не придется предохраняться, поскольку во время кормления грудью забеременеть невозможно.

Осмотр показал, что Би чувствует себя нормально. У основания соска правой молочной железы обнаружена трещина длиной 0,3 см. Покраснения, повышения температуры, признаков местной инфекции не наблюдается. По словам Би, она стала больше уставать и сил у нее сейчас примерно вдвое меньше, чем обычно, других жалоб не предъявляет. Би спрашивает, улучшится ли ее самочувствие, если она начнет принимать препараты от ВИЧ-инфекции.

Муж Би ждал ее в приемной. В настоящее время он не работает. Пока Би одевалась, он сказал: «Я всегда заботился о своей семье, но сейчас денег взять негде и я не представляю, как нам быть. Мне кажется, Бог наказывает меня за то, что я заразил свою жену ВИЧ».

С какими важными проблемами столкнулись Би и ее муж?

ЗАНЯТИЕ 3. Лечение, помощь и поддержка для детей, контактировавших с ВИЧ

ППМР сокращает риск передачи ВИЧ от матери ребенку, но не устраняет его полностью. Регулярные текущие осмотры крайне необходимы всем детям, рожденным ВИЧ-инфицированными женщинами и женщинами с неизвестным ВИЧ-статусом. Это относится и к детям, которые получали АРВ профилактику, поскольку контакт с ВИЧ, даже если он не привел к заражению, повышает у ребенка риск болезней и задержки развития.

О тестировании на ВИЧ и критериях диагностики ВИЧ-инфекции у детей сообщается в *Модуле 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»*. Сроки и методики тестирования определяются методом вскармливания и доступностью тест-систем.

Регулярные медицинские осмотры и профилактика

Чтобы обеспечить ребенка необходимой помощью и правильным питанием, его необходимо наблюдать — в медицинском учреждении или дома. График осмотров обычно определен национальными рекомендациями, можно руководствоваться и приведенными ниже указаниями.

- Если ребенок родился дома, настоятельно рекомендуется осмотреть его немедленно после рождения и затем через 7 суток (оценить прибавку в весе). Если ребенок получал АРВ профилактику, необходимо учитывать специальные соображения (см. приложение 3-А).
- Дальнейшие осмотры рекомендуется планировать соответственно национальному графику иммунизации. ВОЗ рекомендует следующие сроки плановых осмотров:
 - в возрасте 6, 10 и 14 недель;
 - с 14 недель до 1 года — раз в месяц;
 - с 1 года до 2 лет — раз в 3 месяца.

Мать следует предупредить, что при малейшем заболевании ребенка или любом поводе для тревоги о его здоровье необходимо как можно быстрее обратиться к врачу.

Иммунизация

Дети ВИЧ-инфицированных женщин должны быть иммунизированы согласно национальным или местным рекомендациям. Соответствующие рекомендации ВОЗ приведены в приложении 7-Е.

Помощь в вопросах питания и вскармливания

Как обсуждалось в *Модуле 4 «ВИЧ-инфекция и вскармливание»*, при каждом осмотре медицинский работник должен оценить успешность выбранного матерью метода вскармливания и предоставить соответствующую поддержку. Питание ребенка особенно важно обсуждать в раннем возрасте, когда его рацион постепенно пополняется.

Особого внимания требуют дети с задержкой развития. Важно оценить правильность вскармливания, у детей старше 6 месяцев — полноценность рациона. Рекомендации по питанию следует давать с учетом доступности продуктов, условий жизни семьи и традиций. Необходимо исключить такую причину задержки развития, как сопутствующие инфекции. Если они обнаружены, их требуется безотлагательно лечить.

Во время каждого осмотра ребенка медицинский работник должен:

- оценить наличие распространенных болезней и назначить соответствующее лечение согласно рекомендациям *интегрированного ведения болезней детского возраста (ИВБДВ)*;
- оценить неспецифичные симптомы и состояния, которые могут быть обусловлены ВИЧ-инфекцией, используя, по возможности, алгоритмы ИВБДВ для ВИЧ-инфекции;

- провести тестирование на ВИЧ в соответствии с рекомендациями, изложенными в *Модуле 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»*;
- провести профилактику пневмоцистной пневмонии согласно рекомендациям ВОЗ (приложение 7-С) или местным рекомендациям;
- провести профилактические мероприятия:
 - оценить развитие ребенка, при его задержке определить ее причины,
 - свериться с графиком иммунизации, выполнить необходимую вакцинацию (приложение 7-Е),
 - провести профилактику пневмоцистной пневмонии,
 - при высоком риске гельминтозов или согласно рекомендациям ИВБДВ провести дегельминтизацию,
 - провести диагностику и, по показаниям, профилактику или лечение туберкулеза;
- по показаниям и в соответствии с национальными рекомендациями назначить профилактику и лечение малярии;
- по показаниям и в соответствии с национальными рекомендациями провести лечение анемии;
- проконсультировать ухаживающих за ребенком лиц по вопросам питания, рациона, АРВ терапии и др.;
- убедиться, что мать ребенка имеет возможность получать помощь в области планирования семьи и собственного здоровья.

Здоровье ребенка тесно связано с состоянием его матери, поэтому во время регулярных встреч с ребенком необходимо осматривать и его мать, оценивать ее питание. При необходимости матери следует давать направления в соответствующие службы помощи.

Профилактика пневмоцистной пневмонии

Пневмоцистная пневмония — ведущая причина смерти ВИЧ-инфицированных детей младшего возраста. Для профилактики этого заболевания каждый ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной женщиной, должен получать триметоприм/сульфаметоксазол: с 6 недель жизни по крайней мере до 6 месяцев или пока у него не будет исключена ВИЧ-инфекция. В целом, профилактику пневмоцистной пневмонии у детей, контактировавших с ВИЧ, рекомендуется проводить до 1 года или получения отрицательного результата молекулярно-биологического исследования на ВИЧ (см. *приложение 7-С.*)

Тестирование на ВИЧ

АРВ профилактика сокращает, но не устраняет риск ПМР. В связи с этим необходимо определить или учредить службы наблюдения и тестирования на ВИЧ для детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, а также службы, предоставляющие лечение таким детям. Риск инфицирования ВИЧ после рождения особенно высок у детей, получающих грудное вскармливание, причем заражение наиболее вероятно в первые месяцы жизни. Лабораторная диагностика ВИЧ-инфекции у детей, контактировавших с ВИЧ, обсуждается в *Модуле 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»*.

Состояние и обследование новорожденного ребенка ВИЧ-инфицированной женщины

Обследовать ребенка, рожденного ВИЧ-инфицированной женщиной, с симптомами ВИЧ-инфекции, необходимо согласно рекомендациям ИВБДВ для районов с высокой распространенностью ВИЧ-инфекции.

У новорожденных самыми частыми проявлениями ВИЧ-инфекции служат: маловесность, задержка развития, пневмония (в том числе пневмоцистная), кандидоз рта (молочница), лимфаденопатия, увеличение околоушных желез, рецидивирующие инфекционные отиты,

стойкая диарея и туберкулез (таблица 7.1.). Медицинские работники должны научить мать и всех, кто ухаживает за ребенком, распознавать первые признаки этих состояний и рекомендовать немедленно обращаться к врачу при их обнаружении.

Симптоматическая терапия, в частности, регидратация растворами для приема внутрь при острой диарее, диета для наращивания прибавки в весе, а также профилактика пневмоцистной пневмонии и выявление туберкулеза — важнейшие мероприятия охраны здоровья ВИЧ-инфицированного ребенка.

Таблица 7.1. Симптомы ВИЧ-инфекции у ребенка, контактировавшего с ВИЧ	
Специфичность для ВИЧ-инфекции	Симптомы
Часто встречаются у ВИЧ-инфицированных детей, в отсутствие ВИЧ-инфекции наблюдаются во время болезней	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Хронический рецидивирующий средний отит с отделяемым ▪ Хроническая или рецидивирующая диарея ▪ Задержка развития ▪ Туберкулез
Часто встречаются у ВИЧ-инфицированных детей, в отсутствие ВИЧ-инфекции наблюдаются редко	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Тяжелые бактериальные инфекции, особенно рецидивирующие ▪ Хронический или рецидивирующий кандидоз рта ▪ Хронический паротит (часто безболезненный) ▪ Генерализованная стойкая лимфаденопатия в двух и более анатомических областях (кроме паховой) ▪ Гепатоспленомегалия ▪ Стойкая или рецидивирующая лихорадка ▪ Неврологические расстройства ▪ Опоясывающий лишай в пределах одного дерматома ▪ Хронический генерализованный дерматит, не поддающийся терапии
Встречаются только при ВИЧ-инфекции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Пневмоцистная пневмония ▪ Кандидоз пищевода ▪ Лимфоидная интерстициальная пневмония ▪ Опоясывающий лишай с поражением нескольких дерматомов ▪ Саркома Капоши

Помощь ребенку с выявленной ВИЧ-инфекцией

Родителям тяжело как подозревать ВИЧ-инфекцию у ребенка, так и знать о ее наличии у него. Обсуждая диагноз ребенка с родителями, медицинские работники должны проявлять сочувствие и соблюдать конфиденциальность. В их обязанности также входит предоставление родителям сведений о доступных видах помощи для ребенка (см. *Модуль 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ с целью ППМР»*, приложение 6-В).

Помощь при ВИЧ-инфекции в системе охраны здоровья матери и ребенка

В ряде стран рекомендации в области педиатрии, в том числе рекомендации по ИВБДВ, были доработаны с тем, чтобы учесть особые потребности детей с ВИЧ-инфекцией и помочь медицинским работникам лучше обслуживать детей с подозреваемой или подтвержденной ВИЧ-инфекцией. Соблюдение этих рекомендаций будет способствовать включению методов помощи детям с клинически выраженной ВИЧ-инфекцией в работу служб охраны здоровья матери и ребенка.

Антиретровирусная терапия

Если АРВ терапия доступна, при наблюдении за ребенком необходимо отслеживать признаки ВИЧ-инфекции (в том числе, по возможности, лабораторные), при которых АРВ терапия показана, а при их выявлении направлять ребенка на лечение.

Прежде чем начать лечение, необходимо выяснить последние сведения о препаратах и лечении, оценить готовность родственников ребенка начать лечение и их способность соблюдать врачебные назначения. Принимать решения о начале терапии следует согласно международным и национальным стандартам и рекомендациям.

Если исследовать число лимфоцитов CD4 возможно, решения по поводу АРВ терапии следует принимать на основании доли лимфоцитов CD4, а не их числа, которое с возрастом меняется.

Серопозитивным детям младше 18 месяцев ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию в следующих случаях

У ребенка диагноз ВИЧ-инфекции подтвержден молекулярно-биологическими исследованиями (ПЦР на ДНК ВИЧ, либо ПЦР на РНК ВИЧ, либо ловушечным ИФА на антиген p24) и наблюдается:

- ВИЧ-инфекция стадии III (т. е. СПИД) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и любая доля лимфоцитов CD4, или
- ВИЧ-инфекция стадии II по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и, в качестве дополнительного критерия, доля лимфоцитов CD4 <20%, или
- ВИЧ-инфекция стадии I (т. е. бессимптомная) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и доля лимфоцитов CD4 <20% (в отсутствие симптомов ВИЧ-инфекции АРВ терапию следует назначать только при возможности определять долю лимфоцитов CD4).

Если молекулярно-биологические исследования для подтверждения диагноза недоступны, но исследовать число лимфоцитов CD4 возможно, ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию, если у серопозитивного ребенка с ВИЧ-инфекцией стадии II или III по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей доля лимфоцитов CD4 <20%. В таких случаях тест на антитела к ВИЧ необходимо повторить, когда ребенку исполнится 18 месяцев, или позже, чтобы окончательно прояснить диагноз. АРВ терапию продолжают только при положительном результате теста.

Серопозитивным детям 18 месяцев и старше ВОЗ рекомендует начинать АРВ терапию в следующих случаях:

- ВИЧ-инфекция стадии III (т. е. СПИД) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и любая доля лимфоцитов CD4, или
- ВИЧ-инфекция стадии II по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и, в качестве дополнительного критерия, доля лимфоцитов CD4 <15%, или
- ВИЧ-инфекция стадии I (т. е. бессимптомная) по предложенной ВОЗ классификации ВИЧ-инфекции у детей и доля лимфоцитов CD4 <15%.

У детей, получающих грудное вскармливание, риск ВИЧ-инфекции сохраняется, пока оно не будет прекращено. Следовательно, отрицательный результат молекулярно-биологического или серологического теста в возрасте 1 года не исключает инфицирования ребенка в дальнейшем, если мать продолжает кормить его грудью.

Упражнение 7.3 Проявления ВИЧ-инфекции у младенцев	
Цель	Ознакомить слушателей с симптомами и состояниями, часто наблюдаемыми у ВИЧ-инфицированных детей
Время	20 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перечислите самые частые первые признаки ВИЧ-инфекции у детей; преподаватель впишет ответы в перекидные листы. ▪ Перечислите органы и системы организма, которые чаще всего страдают на ранних стадиях ВИЧ-инфекции; преподаватель впишет ответы в перекидные листы. ▪ Группа делится на подгруппы. Каждая подгруппа получает карточку с заголовком: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Желудочно-кишечный тракт ▪ Дыхательная система ▪ Иммунитет ▪ Впишите в карточку все симптомы ВИЧ-инфекции, которые подходят к заголовку. Определите, насколько симптом специфичен для ВИЧ-инфекции, и дайте рекомендации по его лечению и профилактике. ▪ Выберите докладчика, который расскажет о работе подгруппы остальным слушателям.

Модуль 7. Тезисы

- Преемственность помощи обеспечивают связи между службами ППМР, охраны здоровья матери и ребенка и местными службами лечения, помощи и поддержки для ВИЧ-инфицированных, в том числе действующими на базе НПО и конфессиональных организаций.
- Связь с НПО и конфессиональными организациями помогает семьям, живущим с ВИЧ/СПИДом получить социальную поддержку и помощь в жилищных вопросах, передвижениях, доставке продуктов и поиске заработка.
- Послеродовая помощь включает клиническое обследование, поддержку в вопросах вскармливания, планирование семьи и направление в службы помощи и поддержки при ВИЧ-инфекции.
- Дети, рожденные ВИЧ-инфицированными женщинами, нуждаются в дальнейшем наблюдении, в рамках которого оцениваются рост и развитие, проводится иммунизация и профилактика инфекций. Кроме того, у них необходимо выяснить ВИЧ-статус.
- Рекомендации по ИВБДВ помогают медицинским работникам включить помощь детям с клинически выраженной ВИЧ-инфекцией и неизвестным ВИЧ-статусом в работу служб охраны здоровья матери и ребенка.
- Программы «ППМР-плюс» обеспечивают ВИЧ-инфицированным женщинам, их детям и родственникам доступ к АРВ терапии.
- Сроки и методики тестирования на ВИЧ детей младшего возраста зависят от метода вскармливания и доступности тест-систем.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-А. Туберкулез

Общие сведения

На фоне ВИЧ-инфекции возрастает восприимчивость к туберкулезу, латентные или недавние очаги инфекции *Mycobacterium tuberculosis* стремительно прогрессируют, повышен риск рецидивов туберкулеза, а его течение осложнено. Туберкулез считается ведущей причиной смерти ВИЧ-инфицированных, в течение жизни им заболевает 40% ЛЖВС.

В странах Западной, Экваториальной и Южной Африки до 70% больных с легочными формами туберкулеза являются ВИЧ-инфицированными. Профилактика, выявление, ведение и лечение туберкулеза становятся первоочередной задачей помощи ВИЧ-инфицированным. Соответственно, профилактика, выявление, ведение и лечение ВИЧ/СПИДа становятся первоочередной задачей помощи больным туберкулезом.

Диагностика

Самый частый симптом легочного туберкулеза — кашель. Каждого пациента, обратившегося или поступившего в медицинское учреждение с кашлем, сохраняющимся 2—3 недели, необходимо обследовать на туберкулез. Другие симптомы туберкулеза:

- лихорадка;
- кровохарканье;
- похудание;
- боль в груди;
- повышенная утомляемость.

Вакцина БЦЖ

БЦЖ — это живая аттенуированная вакцина, которую вводят внутрикожно маленьким детям для профилактики тяжелого туберкулеза. Новорожденным и детям младше 3 месяцев вводят 0,05 мл БЦЖ, а детям старше 3 месяцев — 0,1 мл.

ВОЗ не рекомендует вводить БЦЖ детям с симптомами ВИЧ-инфекции (т. е. со СПИДом). Стандарты применения БЦЖ у детей без симптомов ВИЧ-инфекции определяются риском туберкулеза в данном районе:

- если риск туберкулеза повышен, БЦЖ рекомендуется вводить при рождении или вскоре после него в соответствии со стандартными графиками иммунизации не инфицированных ВИЧ детей;
- в районах с низкой распространенностью туберкулеза и применением БЦЖ в качестве стандартного элемента иммунизации, пациентам с подозрением на ВИЧ-инфекцию и подтвержденным ее диагнозом БЦЖ вводить не следует.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-А. Туберкулез (продолжение)

Лечение

Лечение активного и латентного туберкулеза проводится по стандартным протоколам. Каждая страна устанавливает рекомендации по выявлению, лечению и наблюдению случаев туберкулеза. Профилактика туберкулеза должна быть обязательной частью стандартного набора помощи для ЛЖВС. Ее рекомендуется проводить как ВИЧ-инфицированным с положительными результатами тестирования на туберкулез, так и тем, у кого активный туберкулез исключен.

Профилактика также может быть целесообразна у ВИЧ-инфицированных из районов с высокой распространенностью туберкулеза, где кожные пробы на туберкулез не доступны. Для профилактической терапии латентного туберкулеза рекомендуется использовать изониазид в течение 6—9 месяцев.

Кроме того, для профилактики вторичных бактериальных и паразитарных инфекций ВИЧ-инфицированным с активным туберкулезом рекомендуется назначать триметоприм/сульфаметоксазол.

Особый подход к подбору противотуберкулезных препаратов требуется у женщин, принимающих пероральные контрацептивы, а также у беременных и ВИЧ-инфицированных, принимающих АРВ препараты. В то же время, тщательное наблюдение и ведение позволяет назначать ВИЧ-инфицированным с туберкулезом АРВ терапию и противотуберкулезные средства одновременно. В новой редакции (2003 г.) рекомендаций ВОЗ «*Распространение антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: рекомендации по лечению для использования в общественном здравоохранении*» представлены современные сведения о проведении АРВ терапии у лиц, получающих противотуберкулезные средства.

Видную роль в выявлении и лечении туберкулеза, а также в предоставлении ВИЧ-инфицированным с туберкулезом направлений на лечение и наблюдение способны сыграть сотрудники первичной медицинской помощи и программ ППМР.

Источник: WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. WHO: Geneva. [ВОЗ, 2004 г. *Распространение антиретровирусной терапии в условиях ограниченных ресурсов: рекомендации по лечению для использования в общественном здравоохранении*. ВОЗ: Женева] Получено 30 июля 2004 г. с сайта <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugsguidelines.pdf>

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-В. Справка о местных ресурсах

В данную форму вносится контактная информация о службах помощи семьям, живущим с ВИЧ/СПИДом.

ОБЩЕСТВЕННЫЕ ОРГАНИЗАЦИИ, ПОДДЕРЖИВАЮЩИЕ ПРОГРАММУ ППМР		
Сфера деятельности	Имеются	Требуются
Добровольное консультирование и тестирование для партнеров		
Медицинская помощь (ИППП, репродуктивное здоровье, лечение туберкулеза и т. д.)		
Помощь при ВИЧ/СПИДе и АРВ терапия		
Помощь в вопросах питания		
Группа или клуб взаимопомощи		
Общественные службы поддержки при СПИДе и конфессиональные организации		

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-С.

Профилактика пневмоцистной пневмонии у взрослых и детей

Примечание. В настоящее время разрабатываются новые рекомендации по оказанию помощи при ВИЧ-инфекции в условиях ограниченных ресурсов. Когда они будут выпущены, содержание данного раздела будет изменено.

Категория	Рекомендации для взрослых
Показания и длительность профилактики	<ul style="list-style-type: none">▪ Все лица с симптомами ВИЧ-инфекции (стадии II, III и IV по классификации ВОЗ).▪ Бессимптомная ВИЧ-инфекция у лиц с числом лимфоцитов CD4 менее 500/мкл⁻¹ или соответствующе низким общим числом лимфоцитов.▪ Триметоприм/сульфаметоксазол следует принимать пожизненно или до тех пор, пока на фоне АРВ терапии число лимфоцитов CD4 не повысится до 500/мкл⁻¹ и более.
Схема приема препаратов	<ul style="list-style-type: none">▪ Рекомендуемая доза: триметоприм/сульфаметоксазол, 960 мг 1 раз в сутки (по 1 таблетке препарата в двойной дозе или по 2 обычные таблетки в день).
Лекарственные формы	<ul style="list-style-type: none">▪ Как правило, таблетки для приема внутрь.
Побочные эффекты, требующие замены препаратов	<ul style="list-style-type: none">▪ Тяжелые кожные реакции, такие как фиксированная токсидермия или синдром Стивенса—Джонсона; почечная или печеночная недостаточность; выраженное угнетение кроветворения.
Категория	Рекомендации для контактировавших с ВИЧ младенцев
Показания и длительность профилактики	<ul style="list-style-type: none">▪ Дети, контактировавшие с ВИЧ, с возраста 6 недель: по меньшей мере — в течение 6 месяцев, предпочтительно — до исключения диагноза ВИЧ-инфекции.▪ ВИЧ-инфицированные дети младше 12 месяцев независимо от наличия симптомов и числа лимфоцитов CD4.▪ Дети старше 12 месяцев, наблюдающиеся в рамках первичной медицинской помощи и включенные в программу ППМР, у которых имеются симптомы ВИЧ-инфекции, выявлен СПИД, доля лимфоцитов CD4 менее 15% (при возможности получить данные) или ранее была выявлена пневмоцистная пневмония.
Схема приема препаратов	<ul style="list-style-type: none">▪ Триметоприм (ТМП), 150 мг/м², и сульфаметоксазол (СМК), 750 мг/м², 1 раз в сутки
Лекарственные формы	<ul style="list-style-type: none">▪ Суспензия для приема внутрь: ТМП 8 мг/мл и СМК 40 мг/мл▪ В отсутствие суспензии можно давать измельченные таблетки.
Побочные эффекты, требующие замены препаратов	<ul style="list-style-type: none">▪ Тяжелые кожные реакции, такие как фиксированная токсидермия или синдром Стивенса—Джонсона; почечная или печеночная недостаточность; выраженное угнетение кроветворения
<p>РАЗРАБОТАННАЯ ВОЗ КЛАССИФИКАЦИЯ ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ПРИВЕДЕНА В ПРИЛОЖЕНИИ 1-А. Источник: World Health Organisation (WHO). 2003. <i>A Reference Guide on HIV-Related Care, Treatment, and Support of HIV-Infected Women and Their Children in Resource Constrained Settings</i>. WHO: Geneva [Draft]. [ВОЗ. 2003 г. <i>Справочное руководство по предоставлению помощи, лечению и поддержки ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям в условиях ограниченных ресурсов</i>. ВОЗ: Женева (Проект)].</p>	

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-D. Методы улучшения питания ЛЖВС

Симптом	Рекомендации
Лихорадка и сниженный аппетит	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Пить высококалорийные, обогащенные белками напитки, фруктовые соки. ▪ В течение всего дня небольшими порциями принимать любимую мягкую пищу с приятным вкусом и консистенцией. ▪ По возможности перекусывать высококалорийными продуктами. ▪ Часто пить.
Воспаление рта и глотки	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Исключить из рациона цитрусовые, помидоры, пряную пищу. ▪ Воздерживаться от чрезмерно сладкой пищи. ▪ Пить высококалорийные, обогащенные белками напитки, по возможности, через соломинку. ▪ Пища должна быть комнатной температуры или холоднее. ▪ Есть мягкую, густую пищу: пудинги, каши, пюре из картофеля, моркови и других некислых овощей и фруктов и т. д.
Тошнота и рвота	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Есть малыми порциями, избегать переедания. ▪ Есть сухари и другие пресные, сухие продукты. ▪ Воздерживаться от пищи с выраженным запахом. ▪ Пить разведенные фруктовые соки, другие напитки, бульоны. ▪ Есть простую вареную пищу: каши, картофель, фасоль.
Учащенный жидкий стул	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Есть бананы, фруктовое пюре, разваренный рис, овсяную кашу. ▪ Есть часто понемногу. ▪ Исключить из рациона молочные продукты, чтобы выяснить, не они ли вызвали расстройство. ▪ Сократить потребление жирной пищи. ▪ Исключить продукты, содержащие нерастворимую клетчатку («грубую пищу»). ▪ Часто пить.
Нарушение всасывания жиров	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Исключить из рациона растительное и сливочное масло, маргарин и продукты, их содержащие или на них приготовленные. ▪ Есть только постное мясо. ▪ Есть фрукты, овощи и другие нежирные продукты.
Тяжелая диарея	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Часто пить. ▪ Пить регидратирующие растворы. ▪ Пить разведенные соки. ▪ Есть бананы, фруктовое пюре, разваренный рис, овсяную кашу.
Слабость и сонливость	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Стараться не готовить, чтобы сберечь время и силы. ▪ Есть свежие фрукты, не нуждающиеся в приготовлении. ▪ Часто перекусывать высококалорийными продуктами. ▪ Пить высококалорийные, обогащенные белками напитки. ▪ Ежедневно выделять для еды особе время.

Источник: Woods, MN: 1999. Dietary recommendations for the HIV/AIDS patient. *Nutritional Aspects of HIV Infection [Рекомендации по питанию пациентов с ВИЧ/СПИДом. ВИЧ-инфекция и питание.]*, ed. T. Miller and SL. Gorbach, Arnold Press, London. стр. 191–203.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-Е. Рекомендации ВОЗ по иммунизации¹

Возраст ребенка	Вакцина
При рождении	БЦЖ*, ПВ-0
6 недель	АКДС-1, ПВ-1
10 недель	АКДС-2, ПВ-2
14 недель	АКДС-3, ПВ-3
9 месяцев ²	Против кори ²
Сокращения: БЦЖ = бацилла Кальметта — Герена ПВ = живая полиомиелитная вакцина АКДС = адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина	
<p>¹ Национальные рекомендации, основанные на распространенности заболеваний в данной стране, могут быть дополнены другими видами вакцинации (например, против желтой лихорадки и т. д.).</p> <p>² Дополнительная доза противокоревой вакцины назначается в 6 месяцев по следующим показаниям:</p> <ul style="list-style-type: none">▪ доля кори в структуре заболеваемости и смертности детей младше 9 месяцев превышает 15%;▪ вспышка кори;▪ дети из группы риска смерти от кори, а именно:<ul style="list-style-type: none">▪ с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции;▪ проживающие в лагерях беженцев;▪ госпитализированные;▪ пострадавшие в чрезвычайных ситуациях. <p>* В странах с низкой распространенностью туберкулеза назначать БЦЖ ВИЧ-инфицированным детям не следует, в странах с высокой распространенностью туберкулеза БЦЖ рекомендуется назначать всем детям без клинических проявлений ВИЧ-инфекции.</p>	

Всем детям, контактировавшим с ВИЧ, необходимо проводить иммунизацию в полном объеме и в соответствии с возрастом. Поскольку у большинства ВИЧ-инфицированных детей в первый год жизни выраженного иммунодефицита не наблюдается, для оптимального иммунного ответа иммунизацию по достижении соответствующего возраста следует проводить как можно раньше.

БЦЖ и вакцина против желтой лихорадки. Дети подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекции и ее симптомами не должны получать вакцину против желтой лихорадки. В то же время при рождении, когда у большинства ВИЧ-инфицированных детей симптомы отсутствуют, а ВИЧ-статус неизвестен, вакцинацию БЦЖ проводить необходимо.

Живая полиомиелитная вакцина. Если на момент проведения вакцинации по графику у ребенка наблюдается диарея, отменять вакцинацию не следует. Однако вакцинация на фоне диареи не считается полноценной, поэтому после прекращения диареи ребенку необходимо дать дополнительную дозу вакцины.

ПРИЛОЖЕНИЕ 7-Е. Рекомендации ВОЗ по иммунизации (продолжение)

Адсорбированная коклюшно-дифтерийно-столбнячная вакцина. Рецидивирующие судороги, заболевание центральной нервной системы, а также возникновение судорог в течение 3 суток после введения АКДС являются противопоказаниями к вакцинации АКДС. В таких случаях вместо АКДС следует вводить АДС (адсорбированный дифтерийно-столбнячный анатоксин), в остальном иммунизация проводится без изменений.

Вакцина против гепатита В. ВОЗ рекомендует включить иммунизацию против гепатита В в стандартный график иммунизации всех детей во всех странах. Ниже приведены схемы вакцинации против гепатита В.

- **Схема 1.** Вакцину против гепатита В вводят в возрасте 6, 10 и 14 недель (3 дозы), одновременно с АКДС. Недостаток схемы: она не защищает ребенка от заражения гепатитом В в перинатальном периоде.
- **Схема 2.** Вакцину против гепатита В вводят при РОЖДЕНИИ и в возрасте 6 и 14 недель (3 дозы); при этой схеме 2-я и 3-я дозы вакцины против гепатита В вводятся одновременно с 1-й и 2-й дозами АКДС.
- **Схема 3.** Вакцину против гепатита В вводят при РОЖДЕНИИ, в возрасте 6, 10 и 14 недель (4 дозы); при этой схеме последние 3 дозы вакцины против гепатита В вводятся одновременно с дозами АКДС.

В странах с высокой распространенностью гепатита В среди матерей и высокой частотой перинатальной передачи вируса гепатита В предпочтительно использовать схему 2 или 3. Введение 3 доз (схема 2) дешевле, однако на практике, возможно, несколько сложнее, поскольку в этом случае в возрасте 6, 10 и 14 недель набор вакцин должен быть разным. Схема с применением 4 доз (схема 3) на практике удобнее, но она дороже, так что может стать неосуществимой из-за недостатка вакцин.

Вакцина против Haemophilus influenzae типа В. Вводят в возрасте 6, 10 и 14 недель. В некоторых районах рекомендуется по возможности вводить дополнительную дозу вакцины в возрасте 12—18 месяцев.

Источники: По WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2001. *Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services. Management guidelines, including information for health workers and parents.* [ВОЗ, Департамент вакцин и биологических препаратов. 2001 г. *Введение вакцины против гепатита В в практику иммунизации детей. Рекомендации по ведению, в том числе информация для медицинских работников и родителей*]. Получено 30 июля 2004 г. на сайте: www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www613.pdf
WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2000. *Introduction of haemophilus influenzae type B vaccine into immunization programmes: Management guidelines, including information for health workers and parents.* [ВОЗ, Департамент вакцин и биологических препаратов. 2000 г. *Введение вакцины против Haemophilus influenzae типа В в программы иммунизации. Рекомендации по ведению, в том числе информация для медицинских работников и родителей*]. Получено 30 июля 2004 г. на сайте: <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF99/www9940.pdf>



МОДУЛЬ 8. Безопасность и помощь на рабочем месте

- ЗАНЯТИЕ 1.** Универсальные меры предосторожности и безопасная организация труда
- ЗАНЯТИЕ 2.** Техника безопасности при работе с инструментами и обеззараживание оборудования
- ЗАНЯТИЕ 3.** Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте
- ЗАНЯТИЕ 4.** Поддержка для медицинских работников
-

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Описать методы профилактики заражения ВИЧ в медицинских учреждениях.
- Охарактеризовать универсальные меры предосторожности в контексте ППМР.
- Рассказать о порядке и принципах обеззараживания оборудования.
- Оценить риск заражения на рабочем месте и перечислить методы снижения риска при оказании акушерской и неонатальной помощи.
- Рассказать о мероприятиях, необходимых при контакте с ВИЧ на рабочем месте.
- Перечислить меры по снижению стресса и оказанию поддержки медицинским работникам и лицам, ухаживающим за больными.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу
<p>Занятие 1</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Национальные рекомендации, стандарты и предписания по универсальным мерам предосторожности при оказании акушерской и дородовой помощи. <p>Занятие 2</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Национальные рекомендации, стандарты и предписания по технике безопасности при работе инструментами и обеззараживанию оборудования, не вошедшие в занятие 1.▪ Национальные рекомендации по снижению риска заражения при оказании акушерской помощи. <p>Занятие 3</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Национальные рекомендации по постконтактной профилактике (ПКП).



Карманный справочник содержит основные положения по темам всех занятий модуля.

ЗАНЯТИЕ 1. Универсальные меры предосторожности и безопасная организация труда

Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции

Заражение ВИЧ-инфекцией возможно при контакте с кровью или другими биологическими жидкостями; это может быть непосредственный контакт с их источником (например, раной) или укол загрязненной иглой.

В медицинских учреждениях большинство случаев заражения ВИЧ обусловлено контактами с кровью; примесь крови может содержаться в различных биологических жидкостях.

Почти все случаи заражения ВИЧ у медицинских работников обусловлены уколом иглой при оказании помощи ВИЧ-инфицированному. Это происходит при выполнении:

- внутривенных инъекций;
- взятия проб крови;
- гемодиализа;
- переливания крови.

Передачу ВИЧ-инфекции *от пациента пациенту* можно предотвратить с помощью дезинфекции и стерилизации оборудования и принадлежностей, используемых для инвазивных вмешательств.

Передачу инфекции в медицинских учреждениях можно предотвратить с помощью мероприятий инфекционного контроля, включая универсальные меры предосторожности, безопасную организацию труда и непрерывное обучение персонала методам профилактики инфекций.

С кровью передаются возбудители различных инфекций — вирусы, бактерии и многие другие патогенные микроорганизмы, находящиеся в крови. В их числе вирусы гепатита В и С, возбудители сифилиса и бруцеллеза, вирус иммунодефицита человека (ВИЧ). В этом учебном модуле основное внимание уделено ВИЧ.

Универсальные меры предосторожности

Универсальные меры предосторожности — это мероприятия, направленные на защиту медицинских работников и пациентов от инфекций, передающихся с кровью.

Обследовать всех пациентов на все инфекции до оказания помощи невозможно технически и не оправдано экономически. Поэтому предпринимать те или иные меры предосторожности нужно исходя из характера выполняемой процедуры, а не из фактического или предполагаемого ВИЧ-статуса пациента.

Определение

Универсальные меры предосторожности — набор простых, но эффективных мер, направленных на защиту медицинских работников и пациентов от заражения инфекциями, вызываемыми широким рядом возбудителей, в том числе передающимися с кровью вирусами. Эти меры должны выполняться в отношении всех пациентов, независимо от диагноза.

Безопасная организация труда

Безопасная организация труда подразумевает выполнение универсальных мер предосторожности, управление условиями труда и непрерывное обучение персонала методам профилактики инфекций.

На практике выполнение универсальных мер предосторожности означает

- Мытье рук до и после непосредственного контакта с пациентами.
- Проведение дезинфекции или стерилизации всех принадлежностей и оборудования, применяемых для инвазивных вмешательств.
- Запрещение надевания колпачков на иглы двумя руками; надевание колпачков на иглы только при необходимости и только одной рукой.
- Использование только одноразовых игл и лезвий для скальпеля.
- Безопасное хранение использованных игл (инъекционных и шовных) и других острых инструментов (лезвий, скальпелей, скарификаторов, ножниц) в жестких водонепроницаемых контейнерах.
- Использование перчаток при контакте с биологическими жидкостями, поврежденной кожей и слизистыми.
- Использование масок, защитных очков и халатов (или пластиковых фартуков) при процедурах, во время которых возможно разбрызгивание биологических жидкостей.
- Ношение водонепроницаемых повязок поверх всех порезов и ссадин.
- Быстрое и тщательное удаление брызг крови и других биологических жидкостей.
- Использование безопасных методов сбора, хранения и удаления отходов.

Управление условиями труда

Основная задача — обеспечить выполнение универсальных мер предосторожности, его контроль и периодическую оценку.

- Разработать и внедрить правила отчетности и порядок профилактических мероприятий в случае контакта с ВИЧ на рабочем месте.
- Обучать персонал при поступлении на работу и регулярно инструктировать в дальнейшем.
- Проводить мероприятия по поддержке персонала, направленные на снижение стресса, разобщенности и синдрома сгорания (в частности, обеспечить доступ к средствам защиты).
- Предусмотреть и удовлетворить различные потребности ВИЧ-инфицированных медицинских работников.
- Обеспечить защитную одежду и оборудование, включая перчатки, пластиковые фартуки, халаты, защитные очки и другие средства защиты.
- Обеспечить наличие и правильное использование дезинфицирующих средств для обработки загрязнений кровью и другими биологическими жидкостями.
- Пополнять запас жестких водонепроницаемых контейнеров и сделать их легко доступными для персонала.

Непрерывное обучение персонала методам профилактики инфекций

- Ознакомить всех работников, включая добровольцев и консультантов из групп взаимопомощи, с принятыми в учреждении правилами инфекционного контроля.
- Обеспечить проведение вводного и текущего инструктажа по технике безопасности при работе с инфицированным оборудованием и материалами для всех сотрудников, работающих с кровью и другими биологическими жидкостями (врачей, медсестер, санитарок, вспомогательного персонала и пр.).
- Добиться, чтобы ответственные лица регулярно проверяли соблюдение техники безопасности и оценивали укомплектованность средствами защиты.

Упражнение 8.1. Снижение риска передачи ВИЧ при оказании акушерской помощи: ситуационная задача	
Цель	Изучить выполнение универсальных мер предосторожности в условиях высокого риска, используя материалы занятия.
Время	20 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Пусть кто-нибудь из членов группы вслух прочитает задачу. Во время чтения каждого абзаца обдумайте ответы на вопросы.▪ Изучите основные положения на карточке.▪ Расскажите, как поступают в таких ситуациях в Вашем учреждении.▪ Расскажите о трудностях, с которыми Вам приходится сталкиваться на работе при выполнении универсальных мер предосторожности.

Ситуационная задача

Маргарет поступила в родильное отделение местной больницы. Она протягивает Вам карту, в которой написано, что она наблюдалась в соседней женской консультации. По поставленному в карте коду Вы узнаете, что женщина ВИЧ-инфицирована. Женщина говорит, что у нее регулярные схватки с интервалом около 2 минут. Вы проводите влагищное исследование и приходите к выводу, что до рождения ребенка остается не менее 2 часов. Вы назначаете ей профилактику невирапином.

Предписывает ли медицинским работникам клинический протокол Вашего учреждения надевать перчатки при работе с ВИЧ-инфицированными? В соответствии с универсальными мерами предосторожности, будут ли требования по использованию перчаток одинаковы для всех рожениц независимо от их ВИЧ-статуса?

Достаточно ли перчаток в Вашем учреждении и есть ли перчатки разных размеров?

Что известно о связи ПМР и влагищного исследования у ВИЧ-инфицированных беременных?

Прошло уже несколько часов, как у Маргарет отошли воды. Силы Маргарет на исходе. После проверки партограммы принято решение назначить окситоцин для ускорения родов.

Почему важно сократить безводный период у ВИЧ-инфицированных рожениц?

Шейка матки полностью раскрыта, начинается второй период родов. После рождения головки Вы марлевым тампоном тщательно очищаете рот и нос ребенка от жидкости. Вскоре с последней потугой ребенок рождается полностью. Вы передаете ребенка одетому в перчатки ассистенту, который вытирает ребенка насухо и оказывает новорожденному дальнейшую помощь. Затем рождается плацента.

Какая защитная одежда необходима при родовспоможении?

Что необходимо предусмотреть для безопасного удаления использованных при родовспоможении острых инструментов? Есть ли в Вашем учреждении удобно размещенные контейнеры для грязных инструментов?

Какие предписания существуют в Вашем учреждении по удалению отходов? Что следует делать с плацентой и инфицированными материалами?

Роды у Маргарет были 12-ми родами, которые Вы приняли за последние сутки. Вам нужно идти домой, Вас ждет семья, но коллега, который должен Вас сменить, еще не пришел. Вы говорите со своим начальником, он может найти Вам замену.

Почему так важно, чтобы Вы не оставались на работе еще на одну ночную смену?

В Вашем учреждении есть кто-нибудь, кто сможет заменить Вас при необходимости?

ЗАНЯТИЕ 2. Техника безопасности при работе с инструментами и обеззараживание оборудования

Техника безопасности при работе с острыми инструментами, их сбор, хранение и удаление

У медицинских работников большинство случаев заражения ВИЧ на рабочем месте происходит в результате укола загрязненными иглами или острыми инструментами. Это возможно при надевании колпачков на иглы, очистке и неправильном сборе, хранении и удалении острых инструментов.

Рекомендации по использованию стерильных принадлежностей для инъекций

- Использовать стерильные шприцы и иглы для каждой инъекции и каждого набора препарата в шприц. Если одноразовых игл и шприцев нет, использовать принадлежности, пригодные для паровой стерилизации.
- Использовать новые, прошедшие контроль качества одноразовые шприцы и иглы.
- Не надевать колпачки на иглы руками и не проводить других манипуляций с использованными иглами. Если надеть колпачок необходимо, делать это одной рукой.
- Сразу — на месте использования — складывать шприцы и иглы в жесткие водонепроницаемые контейнеры, герметично их закрывать, не дожидаясь заполнения доверху.
- Уничтожать или хранить использованные иглы и шприцы таким образом, чтобы никто не мог ими воспользоваться и чтобы избежать загрязнения грунтовых вод.

Если необходимо надеть на иглу колпачок, делать это следует одной рукой

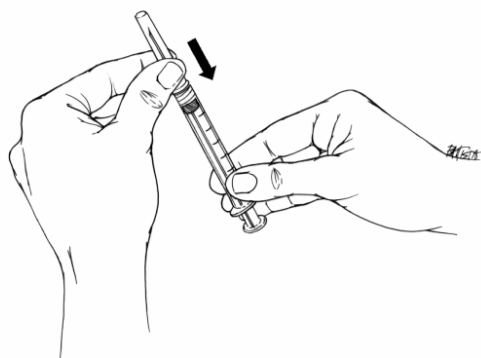
- Положить колпачок на твердую ровную поверхность.
- Держа в руке шприц, иглой подцепить колпачок (см. этап 1, рис. 8.1).
- Когда кончик иглы будет закрыт колпачком, поднять шприц иглой вверх (вертикально), чтобы игла смотрела на потолок.
- Указательным и большим пальцами другой руки захватить колпачок над его устьем и плотно надеть его на канюлю (место под колпачком, где игла соединяется со шприцем) (этап 2, рис. 8.1).

Рисунок 8.1. Надевание колпачка одной рукой.

Этап 1: подцепить колпачок



Этап 2: плотно надеть колпачок



Правила безопасного обращения с острыми инструментами

- Всегда держите инструмент острым концом от себя и рядом стоящих.
- Подавайте скальпели и другие острые инструменты тупым концом вперед или кладите их на стол или другую плоскую поверхность, откуда их легко взять.
- Берите острые инструменты по одному, не берите инструменты и иглы горстью.

Контейнеры для острых инструментов

Использование контейнеров для грязных острых инструментов позволяет предотвратить ранения ими. Контейнеры должны быть снабжены плотной крышкой, быть жесткими (не прокалываться иглой), водонепроницаемыми, прочными и устойчивыми (не должны случайно открываться). Если пластиковых и металлических контейнеров нет или они слишком дороги, используйте контейнеры из толстого картона, которые отвечают требованиям ВОЗ. *Если таких картонных контейнеров нет, острые инструменты можно складывать в:*

- банки с крышкой;
- бутылки из толстого пластика;
- коробки из толстого пластика;
- плотные картонные коробки.

Рекомендации по безопасному использованию контейнеров для острых инструментов

- Все контейнеры должны быть надписаны «Для острых инструментов» и снабжены наглядными инструкциями по использованию и удалению контейнера.
- Контейнеры следует помещать как можно ближе к месту использования острых инструментов, но не на проходе. Контейнер должен быть удобно размещен (желательно на расстоянии вытянутой руки) и не мешать работе. Не следует размещать контейнеры рядом с выключателями светильников, вентиляторами и терморегуляторами, чтобы никто не мог случайно попасть в контейнер рукой.
- По возможности прикрепите контейнеры к стене или другой поверхности. Контейнеры должны стоять на такой высоте, чтобы работникам было удобно их использовать и заменять.
- Никогда не используйте контейнеры для острых инструментов повторно и не отдавайте их в обработку для последующего использования.
- Контейнеры должны быть четко маркированы, чтобы никто не мог нечаянно использовать их как обычный контейнер для мусора.
- Герметично закрывайте контейнер, когда он полон на $\frac{3}{4}$. Не заполняйте картонные контейнеры более чем на $\frac{3}{4}$.
- Не встряхивайте контейнер с целью уплотнить его содержимое и освободить для инструментов дополнительное место.

Мытье рук

Чтобы снизить риск передачи возбудителей инфекций, передающихся с кровью, и других патогенных микроорганизмов пациентам и персоналу медицинских учреждений, настоятельно рекомендуется выполнять ряд правил.

- Мыть руки водой с мылом, потирая их под струей воды не менее 15 секунд.
- Использовать спиртсодержащие средства для рук (или антибактериальное мыло) и воду для обычного обеззараживания и антисептической обработки рук.

Рекомендации по гигиене рук

Мыть руки перед	<ul style="list-style-type: none">▪ Надеванием перчаток▪ Осмотром пациента▪ Любой процедурой, при которой возможен контакт с кровью или биологическими жидкостями▪ Манипуляциями с загрязненными инструментами и материалами (например, повязками)▪ Едой
Мыть руки после	<ul style="list-style-type: none">▪ Снятия перчаток▪ Осмотра пациента▪ Любой процедуры, при которой был контакт с кровью или другими биологическими жидкостями▪ Манипуляций с загрязненными принадлежностями, например, повязками и использованными инструментами▪ Контакта с биологическими жидкостями, слизистыми оболочками, поврежденной кожей и раневыми повязками▪ Манипуляций с загрязненными инструментами и принадлежностями▪ Посещения туалета

Мытье рук

Мытье рук обычным мылом и водой — один из наиболее эффективных методов профилактики инфекций и борьбы с их распространением.

Индивидуальные средства защиты

Индивидуальные средства защиты предохраняют от инфекций пациентов и персонал. По возможности используйте:

- перчатки;
- фартуки;
- защиту для глаз;
- защиту для ног.

Если средства для пополнения защитных средств ограничены, в первую очередь следует обеспечить персонал перчатками.

Перчатки

Использование отдельной пары перчаток при работе с каждым пациентом позволяет предотвратить передачу инфекций от человека к человеку. Перчатки рекомендуется надевать:

- при вероятном контакте с кровью, биологическими жидкостями, слизистыми оболочками, поврежденной или рассеченной кожей;
- при выполнении инвазивных процедур;
- при работе с загрязненными принадлежностями.

Правила пользования перчатками

- Носите перчатки подходящего размера.
- Для защиты рук от сухости, трещин и шелушения часто наносите на них увлажняющие средства на водной основе. Не применяйте жирные лосьоны и кремы для рук, так как они повреждают латекс медицинских перчаток.
- Не носите колец, так как на них могут скапливаться бактерии, грибы и другие патогенные микроорганизмы.
- Коротко подстригайте ногти (они должны выступать над подушечками пальцев не более чем на 3 мм). Под длинными ногтями могут скапливаться бактерии, грибы и другие патогенные микроорганизмы. При длинных ногтях выше риск порвать перчатки.
- Храните перчатки в защищенных от холода и источников тепла местах, так как излишне высокая или низкая температура повреждает их.

Фартуки

Резиновые и пластиковые фартуки создают дополнительную водонепроницаемую защиту для медицинского работника.

Защита для глаз

Защита для глаз, например пластиковые защитные очки, щитки и экраны защищают глаза от случайных брызг крови и других биологических жидкостей.

Защита для ног

Резиновая или кожаная обувь обеспечивает дополнительную защиту для ног от ранений острыми или тяжелыми предметами при их случайном падении. Обувь важно содержать в чистоте. Не желательно носить сандалии, открытую обувь и обувь из мягких материалов.

Стратегия для условий с ограниченными ресурсами

Универсальные меры предосторожности трудно выполнять при плохом оснащении и отсутствии защитных средств. *Используйте ресурсы экономически эффективно*, правильно расставьте приоритеты при закупке и использовании защитных средств (например, если перчаток не хватает, используйте их для родовспоможения и наложения швов, а не для выполнения обычных инъекций и застилания постелей).

Главный способ *профилактики заражения ВИЧ на рабочем месте* — это сокращение контактов с кровью. Учреждения должны разработать и использовать методы защиты, которые позволят им предоставлять пациентам эффективную помощь без ущерба личной безопасности.

Обеззараживание оборудования

Метод обезвреживания и удаления загрязнений с инструментов и другого оборудования должен соответствовать:

- степени риска передачи инфекций данным инструментом или оборудованием;
- пригодности данного инструмента или оборудования для того или иного вида обработки.

Термины

Обеззараживание: первый этап подготовки оборудования для безопасной работы. Предусматривает замачивание в 0,5% хлорном растворе в течение 10 минут⁶. Этот этап очень важен для уничтожения вируса гепатита В и ВИЧ.

Очистка: тщательное мытье горячей водой с мылом — обязательный этап подготовки оборудования к дезинфекции и стерилизации. Очистка обеспечивает:

- удаление большей части микроорганизмов;
- удаление пыли, солей, грязи, органических и других загрязнений, которые могут содержать микроорганизмы.

Дезинфекция: химическая обработка для удаления большинства известных патогенных микроорганизмов. Уничтожает не все формы микроорганизмов (например, бактериальные споры сохраняются).

Стерилизация: уничтожение всех микроорганизмов.

Дезинфекция и стерилизация

Подробные рекомендации по обеззараживанию оборудования и обезвреживанию инфицированных отходов приведены в приложении 8-А. В ходе обычной процедуры обеззараживания оборудования следует:

- надеть толстые перчатки;
- подготовить оборудование к очистке, разобрав его на части;
- вымыть оборудование с мылом и горячей водой перед дезинфекцией или стерилизацией;
- если возможно разбрызгивание биологических жидкостей, надеть дополнительные защитные средства, включая фартук, халат, защитные очки и маску;
- тщательно промыть оборудование после химической дезинфекции.

Безопасная организация труда

Своевременное пополнение и правильное распределение расходных материалов и других ресурсов являются необходимой частью работы по снижению риска заражения ВИЧ на рабочем месте. Для снижения риска следует:

- оценить риск на рабочем месте;
- найти способы удовлетворения потребностей в ресурсах;
- разработать стандарты и протоколы по безопасности на рабочем месте, снижению риска, постконтактной профилактике и первой помощи;

⁶ Чтобы приготовить 0,5% хлорный раствор из жидкого бытового отбеливателя, содержащего 3,5% хлора, смешайте отбеливатель с водой в пропорции 1:7 (на 1 часть отбеливателя возьмите 6 частей воды). «Частью» может быть любая единица измерения (грамм, стакан, литр и даже бутылка). Дополнительную информацию можно найти на сайте <http://www.engenderhealth.org/ip/instrum/inm7.html>.

- обеспечить оптимальную рабочую нагрузку на персонал;
- предпринять меры по профилактике и снижению стресса у медицинских работников;
- обучать новичков правилам профилактики инфекций;
- обеспечить непрерывное обучение персонала и надзор за выполнением техники безопасности.

Снижение риска при оказании акушерской помощи

При оказании акушерской помощи существует самый высокий риск контакта с ВИЧ-инфицированной кровью и другими биологическими жидкостями. Рекомендации по безопасному родовспоможению, направленные на снижение риска, приведены в *Модуле 3 «Мероприятия ППМР»*.

При оказании акушерской помощи медицинские работники должны:

- предоставлять необходимую помощь и проявлять отзывчивость по отношению ко всем пациенткам независимо от их ВИЧ-статуса;
- действовать таким образом, чтобы обезопасить себя и своих коллег от заражения ВИЧ на рабочем месте.

Правила безопасности при оказании акушерской помощи

- Повреждения кожи и ранки закрывать водонепроницаемыми повязками.
- Если вероятен контакт с биологическими жидкостями, надевать перчатки.
- При родовспоможении надевать водонепроницаемые пластиковые фартуки.
- Класть все острые инструменты в лоток, а не передавать из рук в руки.
- При ручном отделении плаценты надевать длинные перчатки.
- При наложении швов использовать иглодержатели, не касаться иглы пальцами.
- Работники с дерматитом не должны работать в акушерских отделениях.
- Если эпизиотомия необходима, для ушивания использовать иглу подходящего размера (21G, 4 см, изогнутую) и иглодержатель.
- По возможности надевать перчатки при всех вмешательствах.
- При кесаревом сечении и наложении швов после эпизиотомии желательно надевать экран для лица.
- При попадании брызг крови на кожу, немедленно промыть загрязненный участок водой с мылом. Если кровь попала в глаза, промыть глаза водой.
- Удаление твердых отходов (например, окровавленных повязок, плаценты) проводить согласно местным предписаниям.

Упражнение 8.2. Перечень ресурсов «Безопасная организация труда»: обсуждение в группе	
Цель	Сравнить и сопоставить доступность ресурсов, методов и материалов для защиты персонала в местных программах.
Время	15 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Изучите перечень ресурсов «Безопасная организация труда» (см. ниже). ▪ Обсудите в группе использование каждой категории ресурсов в Ваших учреждениях. Поделитесь идеями, которые помогают Вашему учреждению справляться с нехваткой ресурсов. ▪ Изучите основные положения на карточке. ▪ Расскажите о проблемах и трудностях, с которыми Вам приходится сталкиваться в работе.

Упражнение 8.2. Перечень ресурсов «Безопасная организация труда»

Индивидуальные средства защиты
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Перчатки разных размеров ▪ Фартуки ▪ Защита для глаз ▪ Защита для ног ▪ Водонепроницаемые перевязочные средства
Оборудование и материалы
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Чистящие и дезинфицирующие средства ▪ Оборудование для стерилизации ▪ Контейнеры для использованных игл и острых инструментов ▪ Водонепроницаемые контейнеры для грязных принадлежностей ▪ Спиртсодержащие средства для рук или антибактериальное мыло
Стандарты безопасности
<ul style="list-style-type: none"> ▪ По выполнению универсальных мер предосторожности ▪ По удалению заразных и токсичных отходов ▪ По стерилизации оборудования ▪ По обращению с острыми инструментами и их удалению ▪ По проведению постконтактной профилактики, включая назначение АРВ препаратов и вакцинацию против гепатита В ▪ По сокращению контактов с источниками инфекций в условиях высокого риска, включая родовспоможение
Обучение и контроль
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Вводный инструктаж по профилактике инфекций для новичков ▪ Непрерывное обучение персонала: закрепление навыков безопасного обращения с оборудованием ▪ Контроль выполнения правил безопасности и оценка обеспеченности расходными материалами

ЗАНЯТИЕ 3. Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте

Постконтактная профилактика

Любой из перечисленных ниже контактов несет для медицинского работника угрозу заражения ВИЧ, если контакт касается крови, тканей или биологических жидкостей с видимой примесью крови:

- чрескожный контакт (например, укол иглой или порез острым инструментом);
- контакт со слизистыми оболочками или поврежденной кожей (например, обветренной, оцарапанной или воспаленной).

Чтобы снизить риск заражения после контакта с ВИЧ на рабочем месте используют короткий (например, месячный) курс АРВ препаратов. Такой курс называется постконтактной профилактикой (ПКП) и является важнейшей частью комплекса мер предосторожности, направленных на сокращение риска заражения на рабочем месте.

При оказании медицинской помощи риск заражения в результате случайного укола иглой низкий (менее 1%). Большинство случаев заражения происходит при уколе иглой или порезе острым инструментом, которые использовались у ВИЧ-инфицированного пациента. При контакте с инфицированными биологическими жидкостями и тканями риск заражения ВИЧ, по-видимому, ниже, чем при контакте с инфицированной кровью.

Риск заражения при уколе иглой и контакте с кровью и другими биологическими жидкостями существует, если:

- не выполняются правила безопасности при обращении с иглами и не выполняются универсальные меры предосторожности;
- правила удаления отходов недостаточно четкие или не выполняются;
- не хватает защитных средств;
- среди пациентов много ВИЧ-инфицированных.

Для сокращения потребности в ПКП, необходимы национальные планы обучения и профессиональной подготовки основных групп работников, сталкивающихся по роду деятельности с медицинскими отходами.

Предоставление ПКП медицинским работникам позволяет:

- удерживать от увольнения сотрудников, которые из-за страха заражения ВИЧ могут сменить работу;
- повысить готовность и мотивацию персонала к работе с ВИЧ-инфицированными;
- снизить частоту заражения ВИЧ на рабочем месте у медицинских работников.

Исчерпывающий протокол ПКП должен предусматривать мероприятия по профилактике контактов с ВИЧ и другими возбудителями на рабочем месте, включая:

- порядок надзора и оценки выполнения универсальных мер предосторожности;
- предписания по безопасному удалению заразных отходов;
- меры по достаточному обеспечению защитными средствами (предусматривающие замену одних средств другими при необходимости).

Образец протокола ПКП приведен в приложении 8-В.

Протокол ПКП должен

- Содержать рекомендации по проведению ПКП в медицинском учреждении.
- Использоваться для регулярного обучения персонала и руководителей.
- Гарантировать доступность КИТ, а также АРВ препаратов для ПКП.
- Гарантировать тестирование на ВИЧ перед началом ПКП и после ее завершения.
- Гарантировать тестирование на антитела к ВИЧ при появлении симптомов, характерных для острой лихорадочной стадии ВИЧ-инфекции.
- Предусматривать во время постконтактного консультирования обучение медицинского работника правилам профилактики передачи ВИЧ другим лицам.
- Предусматривать обследование контактировавших лиц и начало ПКП в течение 72 ч после контакта, а также наблюдение за побочным действием АРВ препаратов в течение 2 недель и более.
- Предусматривать регистрацию контактов на рабочем месте в журнале учета.
- Предписывать медицинским работникам сообщать обо всех производственных травмах, чтобы они заносились в журнал учета.

Рекомендации по проведению ПКП

Медицинские работники должны сообщать о случае контакта с ВИЧ на рабочем месте сразу после того, как он произошел. Безотлагательное экспресс-тестирование пациента, с биологическими жидкостями которого произошел контакт, позволяет оценить необходимость в ПКП и избежать неоправданного назначения АРВ препаратов и появления их побочных эффектов. Если есть основания для ПКП, ее следует начинать как можно раньше — лучше в первые 2 часа после контакта.

Персонал, имеющий риск заражения передающимися с кровью инфекциями на рабочем месте, необходимо обучать принципам проведения ПКП при поступлении на работу и в дальнейшем в ходе непрерывного обучения. В настоящее время нет предпочтений какой-то одной схеме ПКП, однако рекомендуется назначать сразу два или три препарата, так как это эффективнее профилактики одним препаратом.

При выборе препаратов для ПКП нужно учитывать:

- тип травмы и инструмента;
- вирусную нагрузку и схему АРВ терапии у пациента, с кровью которого произошел контакт;
- доступность АРВ препаратов в учреждении.

Важность доступа к АРВ препаратам для ПКП на месте

Поскольку ПКП следует начинать как можно раньше после контакта (лучше в первые 2 часа), в учреждении постоянно должен быть запас хотя бы двух комплектов АРВ препаратов с круглосуточным доступом к ним.

АРВ профилактика должна проводиться в соответствии с национальным или местным протоколом.

Желательна консультация специалиста по ВИЧ-инфекции, особенно в случаях, когда возможно заражение штаммом ВИЧ с лекарственной устойчивостью.

Важно, чтобы медицинские работники, начавшие ПКП, могли беспрепятственно получить полный комплект АРВ препаратов для месячного курса профилактики. Рекомендуется, чтобы курс профилактики составлял не менее двух, но не более четырех недель.

В некоторых случаях ПКП сопровождается побочными эффектами, включая тошноту, рвоту, головную боль, потерю аппетита. Беременным и женщинам детородного возраста противопоказан ифавиренц, так как он вреден для плода; в остальном ограничений в ПКП нет. Программы ППМР должны оказывать получающим ПКП работникам поддержку и помощь при появлении побочных эффектов.

Упражнение 8.3. Ситуационная задача по ПКП: обсуждение в подгруппе	
Цель	Изучить выполнение протоколов ПКП
Время	30 минут
Инструкции	<ul style="list-style-type: none">▪ Прочитайте ситуационную задачу (см. ниже).▪ Вместе со своими коллегами по подгруппе запишите на листке бумаги действия, которые необходимы для выполнения протокола ПКП.▪ Под руководством преподавателя обсудите каждый пункт протокола в группе.▪ Обсудите трудности и препятствия, с которыми сталкиваетесь на рабочем месте.

Ситуационная задача

Медсестра Андерс заканчивала свою смену в родильном отделении. Удаляя у роженицы иглу из вены руки, медсестра Андерс случайно уколола палец.

При таком контакте что первым делом должна сделать медсестра Андерс?

Перечислите все последующие действия согласно протоколу ПКП.

ЗАНЯТИЕ 4. Поддержка для медицинских работников

Синдром сгорания

Медицинские работники, постоянно работающие с ВИЧ-инфицированными беременными (или беременными с неизвестным ВИЧ-статусом) и их детьми, подвержены эмоциональному переутомлению — так называемому «синдрому сгорания».

Причиной синдрома сгорания служит длительный стресс и перенапряжение на работе. Характерные признаки этого состояния:

- эмоциональное истощение: чувство беспомощности, депрессия, злость и раздражение;
- изменения личности: пренебрежение служебными обязанностями, нарастание цинизма в отношении к пациентам и коллегам;
- снижение работоспособности из-за объективного или ошибочного восприятия бесполезности или ненужности своих усилий.

Признаки синдрома сгорания	
<p>Поведенческие</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Частая смена настроения▪ Обжорство или пренебрежение едой▪ Злоупотребление алкоголем или курением▪ Появившаяся подверженность несчастным случаям <p>Когнитивные</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Неспособность к принятию решений▪ Забывчивость, плохая концентрация внимания▪ Ранимость, болезненная чувствительность к замечаниям	<p>Физические</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Высокое артериальное давление▪ Сердцебиение, тремор▪ Сухость во рту, потливость▪ Расстройства ЖКТ <p>Производственные</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Учащение пропусков на работе▪ Стычки с сотрудниками▪ Снижение производительности труда несмотря на удлинение рабочего времени▪ Вялость, снижение интереса к работе

Производственные факторы риска синдрома сгорания

- Перегрузка, слишком короткие перерывы на отдых или их отсутствие.
- Длинный рабочий день.
- Плохая организация труда (работники не могут эффективно использовать свои навыки).
- Неадекватные руководство и поддержка.
- Недостаточные обучение и практическая подготовка по специфике работы.

Индивидуальные факторы риска синдрома сгорания

- Нереальные цели и ожидания от своей работы.
- Низкая самооценка.
- Тревожность
- Уход за пациентами со смертельными болезнями.

Индивидуальные способы борьбы с синдромом сгорания

Обратитесь за поддержкой к другим людям, позаботьтесь о себе, больше уделяйте времени отдыху, например чтению и физическим упражнениям — они помогают ослабить синдром сгорания.

Способы борьбы с синдромом сгорания

- Найдите или организуйте группы взаимопомощи.
- Найдите доверенное лицо — человека, который выслушает Вас, поддержит, поможет советом.
- Прочитайте книги или послушайте кассеты, помогающие бороться со стрессом.
- Поступите на курсы повышения квалификации (это может быть новый курс или повторение уже пройденного).
- Делайте регулярные перерывы в течение рабочего дня.
- Уделяйте время себе и своим близким.
- Занимайтесь спортом, правильно питайтесь, уделяйте достаточно времени отдыху.

Упражнение 8.4. Синдром сгорания в контексте ППМР: обсуждение в группе

Цель	Изучить факторы, провоцирующие развитие синдрома сгорания, и разработать творческую стратегию профилактики.
Время	45 минут
Инструкции	Примите участие в обсуждении факторов, вызывающих эмоциональное переутомление и синдром сгорания в условиях ППМР, а также в разработке творческой стратегии профилактики этого состояния. Руководя обсуждением, преподаватель может задавать членам группы вопросы о том, что в их учреждениях может повлиять с течением времени на отношение сотрудников к работе. Преподаватель может также спросить о Ваших собственных способах борьбы со стрессом, а также о том, что могло бы сделать Вашу работу легче.

Модуль 8. Тезисы

- Универсальные меры предосторожности должны выполняться при работе со всеми пациентами, независимо от диагноза.
- К основным универсальным мерам предосторожности относятся:
 - мытье рук;
 - соблюдение техники безопасности при работе, хранении и удалении острых инструментов;
 - использование индивидуальных средств защиты;
 - обеззараживание оборудования;
 - безопасное удаление заразных отходов;
 - безопасная организация труда.
- Укол иглой, загрязненной кровью ВИЧ-инфицированного пациента, — самая частая причина заражения ВИЧ на рабочем месте.
- Очистка, дезинфекция и стерилизация всех инструментов, используемых для инвазивных вмешательств, снижают риск передачи инфекций от пациента пациенту.
- Соблюдение техники безопасности при родовспоможении снижает риск заражения на рабочем месте.
- Короткий курс АРВ препаратов снижает риск ВИЧ-инфекции после контакта на рабочем месте.
- Синдром сгорания обусловлен тяжелым длительным стрессом на работе, его можно предотвратить или ослабить с помощью индивидуальных и организационных мер.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8-А.

Рекомендации по очистке и стерилизации оборудования и удалению заразных отходов

Уровень риска	Оборудование	Метод обеззараживания
Высокий или критический риск	Оборудование и инструменты для инвазивных вмешательств	<p>Стерилизация (уничтожение всех микроорганизмов, включая ВИЧ).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Предпочтительный метод — стерилизация паром под давлением (автоклавирование).▪ Газовая стерилизация (оксидом этилена) или другие низкотемпературные методы для оборудования, чувствительного к нагреванию.▪ Химическая стерилизация с тщательной предварительной очисткой и соблюдением инструкций.
Умеренный или докритический риск	Оборудование и инструменты, касающиеся поврежденной кожи или слизистых оболочек	<p>Стерилизация жаром или паром.</p> <p>Высокоактивная дезинфекция (при которой погибают все микроорганизмы за исключением большинства бактериальных спор).</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Кипячение 20 минут (при увеличении высоты над уровнем моря — дольше).▪ Химическая дезинфекция глутаровым альдегидом, стабилизированной перекисью водорода, хлором или надуксусной кислотой с последующим ополаскиванием стерильной водой или водопроводной водой и спиртом; лучше сушить под принудительной подачей воздуха. <p>Примечание. Среднеактивные дезинфектанты, используемые для условий умеренного риска, убивают не все вирусы, грибы и бактериальные споры.</p>
Низкий или некритический риск	Оборудование и инструменты, касающиеся неповрежденной кожи	<p>Выполнить слабоактивную дезинфекцию разведенным бактерицидным моющим раствором, изопропиловым спиртом или раствором бытового отбеливателя в разведении 1:500.</p>

По возможности инструменты и оборудование для условий высокого, или критического, риска должны быть одноразовыми и поставляться в стерильной упаковке.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8-А.

Рекомендации по очистке и стерилизации оборудования и удалению заразных отходов *(продолжение)*

Очистка

Очистка подразумевает удаление всех инородных веществ (грязи, биологических жидкостей, увлажняющих средств) с предметов путем их мытья или чистки с щеткой с использованием воды и моющих средств (или мыла). Моющих средств и горячей воды как правило достаточно для обычной очистки полов, кроватей, туалетов, стен и клеенок.

Для очистки загрязнений, содержащих биологические жидкости:

- наденьте толстые резиновые перчатки и удалите жидкость впитывающим материалом;
- сложите использованный материал в водонепроницаемый контейнер.

При обращении с грязным бельем соблюдайте следующие правила:

- надевайте перчатки, но и в них сократите контакт с бельем насколько это возможно;
- не сортируйте и не застирывайте белье в лечебных помещениях;
- белье, обильно загрязненное биологическими жидкостями, транспортируйте в непромокаемых герметичных мешках;
- складывайте белье загрязнениями внутрь.

Безопасное удаление заразных отходов

Задачи безопасного удаления отходов

- Защитить людей, контактирующих с отходами, от травм;
- Предотвратить передачу инфекции медицинским работникам и местному населению.

Для удаления твердых отходов, загрязненных кровью, другими биологическими жидкостями, лабораторными образцами или биологическими тканями:

- положить отходы в непромокаемые контейнеры и сжечь, или
- закопать в землю на глубину 2,5 м, на расстоянии не менее 30 м от источника воды.

Для удаления жидких отходов, включая кровь и другие биологические жидкости:

- вылить жидкость в канализацию или выгребную яму.

Рекомендации по удалению острых инструментов

Одноразовые острые инструменты, например инъекционные иглы, требуют осторожного обращения, поскольку именно они чаще всего служат источником травм для медицинских работников. Если эти инструменты выбрасываются на общую свалку, они представляют опасность для населения.

Правила безопасного удаления контейнеров с острыми инструментами

- Надеть толстые перчатки.
- Когда контейнер заполнится на три четверти, герметично закрыть его крышкой, пробкой или клеящей лентой.
- Убедиться, что из контейнера не торчат острые инструменты.
- Удалить контейнер с острыми инструментами на сжигание, заливку или захоронение.
- Снять перчатки.
- Вымыть руки и вытереть их насухо чистым полотенцем или высушить воздухом.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8-А.

Рекомендации по очистке и стерилизации оборудования и удалению заразных отходов (продолжение)

Сжигание контейнеров с отходами

Высокая температура при горении уничтожает отходы и убивает микроорганизмы. Этот метод сокращает объем отходов и гарантирует, что инструменты никто не возьмет и не использует повторно.

Заливка контейнеров с отходами

Заливка рекомендуется в качестве простейшего метода безопасного удаления острых инструментов. Для заливки острые инструменты собирают в жесткий водонепроницаемый контейнер. Когда контейнер заполнится на три четверти, его доверху заливают цементом (строительным раствором), жидким пенопластом или глиной. Когда материал затвердеет, контейнер герметично закрывают и выбрасывают на свалку, хранят или закапывают в землю.

Захоронение отходов

В медицинских учреждениях с ограниченными ресурсами захоронение отходов на территории учреждения или поблизости от нее может быть единственным доступным способом безопасного удаления отходов. Необходимо соблюдать следующие предосторожности.

- Ограничить доступ к месту захоронения. Обнесите место захоронения забором, чтобы туда не проникли дети и животные.
- Желательно отграничить место захоронения материалом, плохо пропускающим воду (например, цементом или глиной).
- Место для захоронения отходов должно быть удалено не менее, чем на 30 м от водоисточников, чтобы избежать заражения питьевой воды.
- Убедиться, что в выбранном месте имеется хороший дренаж и не застаивается вода, что оно расположено ниже уровня колодцев и находится вне паводковой зоны.
- Дно ямы для захоронения должно быть не менее, чем на 1,5 м выше уровня грунтовых вод с учетом его сезонных подъемов.

Приложение включает оригинальные материалы и адаптированные материалы из следующих источников:

- Tietjen, Bossemeyer, McIntosh. *Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources*. JHPIEGO Corporation, Baltimore, March 2003. [Титьен, Боссемайер, Макинтош. «Профилактика: Руководство для медицинских учреждений с ограниченными ресурсами». JHPIEGO, Балтимор, март 2003 г.] http://www.reproline.jhu.edu/english/4moreh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm
- International Council of Nurses, World Health Organization (WHO) and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. *Fact Sheet 11 HIV and the workplace and Universal Precautions (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives)*. [Международный совет медсестер, Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2000 г. Информационный бюллетень 11, «ВИЧ, рабочее место и универсальные меры предосторожности» (Информационные бюллетени по ВИЧ/СПИДу для медсестер и акушерок)], http://www.who.int/health-services-delivery/hiv_aids/English/fact-sheet-11/index.html
- World Health Organization (WHO) and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 1999. *HIV in Pregnancy: A Review*. Pp 39–42. Retrieved 3 June 2004. [Всемирная организация здравоохранения (ВОЗ) и Объединенная программа ООН по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС). 1999 г. «ВИЧ у беременных: обзор», с. 39–42, данные от 3 июня 2004 г.], http://www.who.int/reproductive-health/publications/rhr_99_15/rhr99-15.pdf

ПРИЛОЖЕНИЕ 8-В.

Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте: образец протокола

Неотложные мероприятия

Каждый медицинский работник, подвергшийся случайному контакту с кровью или другими биологическими жидкостями, должен предпринять ряд действий.

- Промыть рану или участок кожи, на который попала кровь или другие биологические жидкости, водой с мылом.
- При чрескожных контактах (если была повреждена кожа), если появилось кровотечение, не останавливать его в течение нескольких секунд, после чего промыть поврежденный участок водой с мылом.
- При попадании биологических жидкостей на слизистые оболочки, промыть их водой.
- Можно использовать местные антисептики.
- Не орошать рану едкими веществами (например, содержащими хлор) и не вводить антисептики и средства для дезинфекции в рану шприцем.
- Немедленно сообщить руководителю или ответственному лицу о произошедшем контакте, его типе и предпринятых действиях.

Узнав о контакте, руководитель должен предпринять ряд мер.

- Выяснить характер контакта и оценить риск заражения.
- Сообщить о контакте пациенту и получить его согласие на тестирование на ВИЧ.
- Сообщить медицинскому работнику о риске заражения и получить его согласие на тестирование на ВИЧ.
- Провести экспресс-тестирование у пациента и медицинского работника в соответствии с правилами процедуры. Если экспресс-тестирование недоступно, отправить оба образца крови в ближайшую лабораторию, выполняющую тестирование на ВИЧ.
- Немедленно направить медицинского работника к ближайшему специалисту по ведению травм такого типа.
- Незамедлительно оказать поддержку медицинскому работнику и предоставить ему информацию о постконтактной профилактике (ПКП).
- Записать сведения о контакте в журнал учета или соответствующий бланк и передать информацию лицу или ведомству, ответственному за ведение таких контактов.
- Соблюдать конфиденциальность при ведении всех касающихся контакта записей.

ПРИЛОЖЕНИЕ 8-В.

Мероприятия при контакте с ВИЧ на рабочем месте: образец протокола *(продолжение)*

ПКП

- При каждом контакте на рабочем месте нужно начинать ПКП в течение 2 часов после контакта, независимо от того, известен ВИЧ-статус пациента или нет.
- Если получен отрицательный результат тестирования пациента на ВИЧ, нужно сразу отменить ПКП.
- Если пациент ВИЧ-инфицирован (тест дал положительный результат), нужно продолжать ПКП.
- АРВ терапию следует проводить в соответствии с национальным или местным протоколом. Рекомендуются продолжать лечение не менее 2 недель, но не более 4 недель. Желательна консультация специалиста по ВИЧ-инфекции, особенно если у пациента предполагается лекарственная устойчивость ВИЧ.
- Если первое после контакта тестирование медицинского работника на ВИЧ дало положительный ответ, проконсультировать работника о результате теста и направить в программы помощи и лечения ВИЧ/СПИДа.
- Всегда иметь в запасе не менее двух комплектов одобренных для ПКП схем АРВ препаратов с круглосуточным доступом к ним.
- Если первый после контакта тест на ВИЧ у медицинского работника отрицательный, повторить тестирование через 6 недель, 3 и 6 месяцев.
- Необходимо обеспечить работнику медицинское наблюдение в течение 6 месяцев.
- Если за это время произойдет сероконверсия (отрицательный результат тестирования сменится на положительный) — что бывает редко — направить работника в программы помощи и лечения при ВИЧ/СПИДе.

Постконтактное консультирование медицинского работника

- Медицинский работник должен быть проконсультирован о том, что ему следует воздерживаться от половых сношений или использовать презервативы в течение 6 месяцев после контакта (или до получения третьего отрицательного результата тестирования).
- Медицинский работник не должен становиться донором крови, плазмы, органов, тканей и спермы в течение 6 месяцев после контакта (или до получения третьего отрицательного результата тестирования).
- Женщины должны воздерживаться от кормления грудью в течение 6 месяцев после контакта (или до получения третьего отрицательного результата тестирования).
- Консультирование должно предусматривать поддержку медицинскому работнику и, при необходимости, его супругу (супруге) или половому партнеру, чтобы помочь им преодолеть стресс и другие последствия контакта.

Источник: Приводится с изменениями по: CDC. 2001. Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. MMWR 50(No. RR-11): 1-42. 30 July 2004, [Центры контроля и профилактики заболеваний, 2001 г. «Обновленные рекомендации общественного здравоохранения США по ведению контактов на рабочем месте с вирусами гепатита В и С и ВИЧ и рекомендации по постконтактной профилактике». MMWR 50(No. RR-11): 1-42. 30 июля 2004 г.] <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf> and World Health Organization. Post-exposure prophylaxis Retrieved 30 July 2004, [Всемирная организация здравоохранения. «Постконтактная профилактика», данные на 30 июля 2004 г.] <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/index.html>



МОДУЛЬ 9. Оценка программы ППМР

- ЗАНЯТИЕ 1.** Общие сведения о программном цикле
- ЗАНЯТИЕ 2.** Индикаторы программы ППМР: глобальные, национальные и медицинского учреждения
- ЗАНЯТИЕ 3.** Контроль ППМР в медицинском учреждении
-

Изучив модуль, слушатель сможет:

- Рассказать о программном цикле.
- Рассказать о предназначении глобальных и национальных индикаторов ППМР.
- Понять роль медицинского работника в оценке программы ППМР.

Настоящий модуль позволяет получить общее представление об оценке программ ППМР и приобрести основные навыки, необходимые для нее. Части медицинских работников целесообразно пройти дополнительное обучение в области наблюдения и оценки программ ППМР.

Перечень стандартов для включения в национальную учебную программу
<p>Занятие 2</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Национальные индикаторы ППМР▪ Индикаторы ППМР медицинского учреждения <p>Приложения</p> <ul style="list-style-type: none">▪ Полный набор отчетных форм для программ ППМР

ЗАНЯТИЕ 1. Общие сведения о программном цикле

Планирование и внедрение программы ППМР — этапы программного цикла, в котором медицинские работники играют важную роль. Для успешного осуществления программы ППМР необходимо выполнить все этапы цикла.

Программный цикл

Программный цикл составляют следующие этапы: изучение ситуации, планирование, осуществление, контроль и, наконец, оценка эффекта программы общественного здравоохранения.

Примечательно, что этапы программного цикла схожи с этапами ведения пациента. Так, пять этапов национальной программы ППМР в точности совпадают с этапами ведения пациента, в ходе которых медицинский работник:

- изучив состояние пациента на основании данных анамнеза и физикального исследования, ставит диагноз;
- составляет план лечения;
- осуществляет план лечения;
- контролирует изменения в состоянии пациента;
- оценивает эффект лечения по данным лабораторных тестов и повторного обследования, а также со слов пациента.

Изучение

На первом этапе программы необходимо проанализировать состояние проблемы, а именно изучить потребности. В программе ППМР проблему отражают число ВИЧ-инфицированных женщин и число умерших от ВИЧ/СПИДа младенцев. Кроме того, можно определить, где проблема стоит острее (в городах или сельской местности) и какие шаги следует предпринять в первую очередь.

Планирование

Следующий шаг — составить план конкретных программ лечения, помощи и поддержки, направленных на ППМР, которые позволят удовлетворить потребности, выявленные на этапе изучения. Планирование решает конкретные вопросы: какие медицинские учреждения будут осуществлять мероприятия ППМР в начале программы; как программа будет расширяться; сколько медицинских работников и каких специальностей необходимо подготовить; какие расходные материалы, оборудование и площади потребуются.

Кроме того, на этапе планирования разрабатываются рекомендации по программе (например, национальные рекомендации по ППМР), ее бюджет, а также план наблюдения и оценки программы.

Цели и задачи программы ППМР тоже устанавливаются на этапе планирования. Скажем, цель программы — предоставлять претестовое просвещение 100% женщин, которые впервые обратились в службы дородовой помощи, и проводить тестирование на ВИЧ 95% из них. Быстро прийти к этой цели нереально, но сотрудникам программы можно помочь на

этом пути, установив промежуточные задачи, в частности, конкретный прирост охвата населения за определенный срок.

Осуществление

Третий этап — проведение мероприятий ППМР в соответствии с планом. Осуществление программы включает подготовку кадров, стандартные процедуры контроля деятельности медицинских работников и включение мероприятий ППМР в работу действующих служб охраны здоровья матери и ребенка. Часто осуществление новой программы начинается с ее пилотного испытания в медицинском учреждении. Пилотное испытание может проводиться до полномасштабного осуществления программы и позволяет обнаружить и решить первые проблемы на ее пути.

Контроль

Следующий этап цикла — контроль осуществления программы ППМР. На этом этапе выясняется, как работают службы и осуществляется программа в целом. Приведем примеры показателей, позволяющих контролировать успешность осуществления программы: число охваченных пациентов, процент пациенток родовых служб, прошедших тестирование на ВИЧ, процент ВИЧ-инфицированных женщин, родивших в осуществляющем ППМР учреждении и получавших АРВ препараты для ППМР.

Оценка

Последний этап цикла — оценка программы ППМР, то есть выяснение ее вклада в общественное здравоохранение. С этой целью полезно ответить на следующие вопросы: Что мешает полному внедрению программы? Сколько случаев ВИЧ-инфекции у младенцев удалось предотвратить? Как можно усовершенствовать программу для скорейшего решения поставленных задач?

Чтобы оценить успех программы, важно сопоставить ее результаты с исходно поставленными задачами.

Этапы программы осуществляются непрерывно, формируя программный цикл. Данные, полученные в ходе наблюдения, следует рассматривать в качестве основы для новых планов и их осуществления. Такой подход создает широкое поле для наблюдения и оценки, повышает возможности выполнения планов и способствует долговечности проектов.

ЗАНЯТИЕ 2. Индикаторы программы ППМР: глобальные, национальные и медицинского учреждения

Что такое «индикатор»?

Индикаторы — это показатели, отражающие ситуацию. Индикаторы позволяют судить о каждом этапе программного цикла. В приложении 9-А приведены примеры индикаторов эффективности ППМР.

Индикаторы программ ППМР

Глобальные индикаторы

Глобальные индикаторы обычно отражают завершающие этапы программного цикла и некоторые важнейшие результаты программы. Основой для них служат национальные индикаторы. Глобальные индикаторы:

- отражают современное положение и успехи ППМР в мире, используя незначительное число сводных показателей;
- свидетельствуют об усредненных успехах стран в области ППМР;
- помогают финансирующим организациям оценивать эффективность затрат и выбирать приоритетные направления финансирования на будущее.

Пример глобального индикатора ППМР. Доля ВИЧ-положительных беременных, прошедших полный курс АРВ профилактики ПМР.

Национальные индикаторы

Национальные индикаторы, как правило, охватывают разные этапы программного цикла. Для их получения используются данные, полученные на местном уровне. Национальные индикаторы:

- отражают задачи, цели и действия национальной программы по ВИЧ/СПИДу;
- оценивают эффективность ППМР на национальном уровне;
- включают установленные ВОЗ глобальные индикаторы ППМР.

Пример национального индикатора ППМР. Доля проживающих в стране беременных, которые посетили службу дородовой помощи хотя бы раз, получили результат теста на ВИЧ и прошли послетестовое консультирование.

Индикаторы медицинского учреждения

Индикаторы медицинского учреждения — это собранные в нем сведения. Они необходимы как для наблюдения за программой и ее оценки, так и для обеспечения населения медицинской помощью высокого качества. На основании индикаторов медицинского учреждения рассчитываются национальные и глобальные индикаторы. Индикаторы медицинского учреждения:

- позволяют определять задачи и следить за результатами деятельности по предоставлению ППМР всем нуждающимся женщинам и детям;
- помогают выявлять успехи, неудачи и проблемы;
- помогают находить решения задач, связанных с повышением охвата населения и улучшением качества медицинской помощи.

Пример индикатора медицинского учреждения. Доля женщин, охваченных предтестовым просвещением в рамках дородовой помощи и согласившихся пройти тестирование на ВИЧ.

Упражнение 9.1 Изучение требований к расчету индикаторов. Обсуждение в подгруппах	
Цель	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Обсудить, какие сведения требуются для наблюдения за конкретным индикатором и каким образом их следует собирать и накапливать. ▪ Понять важность единообразия терминологии при сборе данных. ▪ Ознакомиться с наблюдением за программой на национальном уровне
Время	25 минут
Инструкции	<p>Распределитесь по подгруппам. Представьте, что вы — член национальной группы контроля ППМР, консультирующий Министерство здравоохранения по индикаторам для наблюдения за программой ППМР. Рассматриваемый вами индикатор — доля ВИЧ-инфицированных беременных, получивших АРВ профилактику в соответствии с национальными рекомендациями. Обдумайте следующие вопросы:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ В чем суть данного индикатора? (Что он измеряет?) ▪ Какие сведения необходимы, чтобы оценить данный индикатор в полной мере? (Например, знание протокола ППМР, используемых для ППМР препаратов и т. д.) ▪ Почему это индикатор важен? ▪ Какие индикаторы медицинского учреждения используются для расчета этого индикатора? ▪ Один слушатель из каждой подгруппы должен записывать ответы на перекидные листы, чтобы затем представить их группе.

ЗАНЯТИЕ 3. Контроль программы ППМР в медицинском учреждении



Карманный справочник содержит основные положения 3-го занятия модуля

В чем заключается контроль?

Контроль — это регулярная оценка ключевых параметров программы.

Контроль программы ППМР помогает:

- оценивать осуществление программы;
- выявлять и исправлять недочеты программы;
- повышать эффективность использования ресурсов.

Поскольку полученные в результате контроля сведения позволяют судить о многих аспектах осуществления программы и вносить изменения в нее, это занятие посвящено отслеживанию данных, которые регистрируются в журналах и отчетах любого медицинского учреждения.

В чем заключается оценка?

Оценка — это выявление изменений, произошедших в результате того или иного мероприятия.

Формальная оценка программы ППМР показывает степень влияния программы на индикаторы. Чтобы понять, каким образом программа влияет на изменение индикаторов, формальную оценку следует проводить регулярно.

Что такое система контроля?

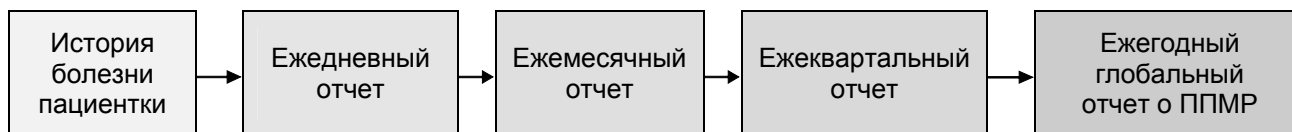
Система контроля — набор методов наблюдения за мероприятиями программы. В программе ППМР контролю должны подлежать все мероприятия, направленные на предоставление минимального набора услуг по предотвращению передачи ВИЧ от матери ребенку, в который входят:

- консультирование и тестирование на ВИЧ беременных;
- АРВ терапия и профилактика ППМР;
- консультирование по вопросам вскармливания и помощь в его осуществлении;
- консультирование по вопросам планирования семьи или направление в соответствующие службы.

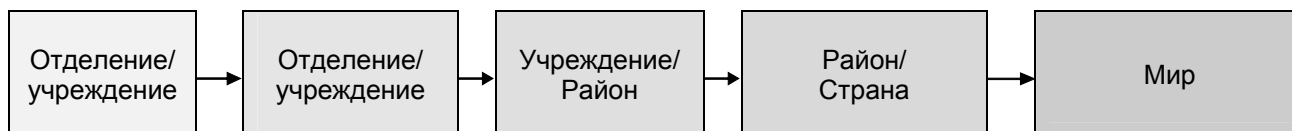
Обычно данные об этих мероприятиях регистрируются в медицинском учреждении. Данные из всех медицинских учреждений района накапливаются на районном уровне, а данные всех районов страны — на национальном уровне (рис. 9.1).

Рисунок 9.1. Перемещение данных

Регистрационная форма



Место накопления



Особенности системы контроля программы ППМР

Система контроля ППМР включает:

- четкое определение индикаторов;
- стандартные бланки, источники и методы сбора данных;
- четкие рекомендации и протоколы.

В рекомендациях и протоколах могут быть указаны: необходимые методы контроля качества, частота составления отчетов и пути их направления, предназначение и распространение отчетных данных.

В идеале сведения о мероприятиях ППМР, проводящихся в службе дородовой или акушерской помощи, должны регистрировать сотрудники в рамках стандартной процедуры сбора данных по охране здоровья матери и ребенка. Собранные данные необходимо периодически подытоживать в сводных отчетах для руководства местной программы.

В приложении 9-В приведены образцы таблиц по ППМР, которые можно включить в типовые журналы дородовой и акушерской помощи, а также образцы сводных ежемесячных отчетов о ППМР.

В каждом медицинском учреждении, осуществляющем ППМР, должны быть назначены ответственные за контроль с четко обозначенным кругом обязанностей. Так, важно определить сотрудников, которые будут заниматься:

- сбором данных;
- анализом данных;
- составлением отчетов;
- распространением отчетных данных;
- использованием отчетных данных.

Принятие решений на основании данных контроля

Сведения, получаемые в ходе контроля, необходимо периодически пересматривать. Это позволяет оценивать успешность программы и совершенствовать ее мероприятия. Данные контроля используются для принятия решений по программе ППМР на местном, национальном и глобальном уровнях.

Рассмотрим пример принятия решений на основании индикатора медицинского учреждения.

Доля женщин, родивших в осуществляющем ППМР отделении, которые знают о своем ВИЧ-статусе

Допустим, руководство отделения, осуществляющего ППМР, узнало, что доля знающих о своем ВИЧ-статусе пациенток невелика. Прежде чем составить рекомендации, направленные на улучшение ситуации, руководству необходимо понять, почему она возникла. Для этого необходимо ответить на ряд вопросов.

- Сколько не знающих о своем ВИЧ-статусе пациенток получали дородовую помощь?
- Добилась ли клиника дородовой помощи поставленной цели по охвату пациенток тестированием на ВИЧ?
- Соответствует ли процедура тестирования на ВИЧ и консультирования во время родов установленному протоколу?

В зависимости от ответов на эти или подобные вопросы руководство должно разработать рекомендации. Варианты рекомендаций для указанных вопросов приведены ниже.

- Активнее привлекать беременных в службы дородовой помощи.
- Усовершенствовать методы дородовой помощи, чтобы повысить охват беременных тестированием и консультированием.
- Развить кадровые ресурсы родильного отделения для повышения частоты тестирования на ВИЧ и консультирования во время родов.

Упражнение 9.2. Применение индикаторов. Обсуждение в подгруппах	
Цель	Объяснить данные контроля службы ППМР и составить примерные рекомендации по улучшению ее работы.
Время	15 минут
Инструкции	<p>В данном упражнении ваша подгруппа играет роль руководителей и сотрудников напряженно работающего отделения ППМР на окраине столицы. Главный врач больницы вызвал вас на совещание, чтобы вы разъяснили ему данные годового отчета о ППМР. Начав совещание, он написал на доске:</p> <p><i>Число и доля беременных, получивших АРВ профилактики</i></p> <p>Главный врач сообщил, что, по данным Минздрава, в 2003 г. в стране АРВ профилактики получили только 25% ВИЧ-инфицированных беременных. Чтобы подчеркнуть важность индикатора, он написал на доске: «25%». Далее он отметил, что ваша служба оказалась в числе отличающихся минимальной частотой применения АРВ профилактики — ее получают лишь 18% пациенток. Эту цифру главный врач тоже написал на доске. Он пояснил, что собрал на данное совещание «лучших, блестящих клиницистов и руководителей отделения ППМР нашей больницы», чтобы понять, почему индикатор настолько низок, и ждет ответа.</p> <p>Обсудите в своей подгруппе следующие вопросы.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Как объяснить данные контроля, то есть, почему, на ваш взгляд, так мало женщин получали АРВ профилактики? ▪ Определите, какие дополнительные сведения необходимы, чтобы разобраться в причинах получения такого индикатора. ▪ Выберите наиболее удовлетворительное объяснение ситуации. Определите рекомендации, которые помогут персоналу вашего отделения устранить разрыв между теорией и практикой.

Как убедиться в пользе сбора данных?

Чтобы собранные данные способствовали принятию правильных решений и повышению эффективности программы ППМР, они должны быть точными и своевременными. Кроме того, точные сведения необходимы для обеспечения качества медицинской помощи.

Результаты контроля полезны только при высокой достоверности данных, зарегистрированных в журналах клиники и историях болезни.

Лицам, ответственным за сбор сведений о работе служб ППМР и состоянии здоровья пациентов, настоятельно рекомендуется соблюдать ряд требований.

- *Понимать, какие данные необходимо собрать.* Прежде чем зарегистрировать тот или иной индикатор, убедиться, что требуется именно он.
- *Регистрировать данные по мере их поступления.* Каждый раз, выполняя процедуру, беседуя с ВИЧ-инфицированной пациенткой, выписывая АРВ препарат, получая результат теста, выдавая направление или осуществляя любое другое мероприятие ППМР, вносить необходимые данные в соответствующий бланк.
- *Регистрировать все данные.* Убеждаться, что бланк заполнен полностью. Иногда для этого потребуется отметить, что не было сделано.
- *Всегда придерживаться одного и того же метода регистрации данных.* При регистрации каждого индикатора всегда использовать одни и те же определения и единицы измерения. Иногда, это невозможно, поскольку, например, с появлением новых методов лечения и технических средств определения и единицы измерения могут меняться. Если соблюсти однообразие в регистрации данных невозможно, необходимо сделать пометку, пояснив, что изменилось.

Медицинские работники обязаны знать ответственных за контроль лиц, регулярно и точно регистрировать данные и понимать, как и когда сообщать полученные сведения и индикаторы.

Медицинские работники способны сделать контроль максимально точным и непрерывным, для этого им следует поддерживать обратную связь по следующим направлениям:

- действие системы контроля в целом;
- полезные средства обмена информацией;
- пригодность используемых бланков для точной и непрерывной регистрации данных.

Упражнение 9.3. Заполнение принятых в учреждении бланков по ППМР	
Цель	Ознакомиться с бланками регистрации данных о ППМР
Время	15 минут
Инструкции	Преподаватель будет показывать принятые в регионе бланки регистрации данных о ППМР. Слушателям следует обсудить, какие данные требуется внести в бланк и как их получить.

Модуль 9. Тезисы

- Программный цикл составляют следующие этапы:
 - изучение;
 - планирование;
 - осуществление;
 - контроль;
 - оценка.
- Индикаторы — глобальные, национальные и медицинского учреждения — отражают продвижение программы к установленным целям.
- Контроль состоит в постоянном отслеживании сведений о программе.
- Точные журналы и отчеты медицинских учреждений необходимы для контроля и оценки программ ППМР.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9-А.

Примеры индикаторов эффективности ППМР

Глобальные и национальные индикаторы ППМР¹

- Наличие национальных рекомендаций по профилактике ВИЧ-инфекции у младенцев и детей младшего возраста и ведению детей младшего возраста, соответствующих международным или общепризнанным стандартам.
- Доля учреждений и пунктов в государственном секторе, при миссионерских организациях и на рабочем месте, предоставлявших в последние 12 месяцев минимальный набор услуг по профилактике ВИЧ-инфекции у младенцев и детей младшего возраста.
- Доля беременных, посетивших службу дородовой помощи по крайней мере один раз, которые получили результат тестирования на ВИЧ и прошли послетестовое консультирование.
- Доля ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших за последние 12 месяцев полный курс АРВ профилактики ПМР в соответствии с национальным протоколом терапии.
- Доля ВИЧ-положительных детей, рожденных ВИЧ-положительными женщинами.

¹ Источник. UNAIDS, World Health Organization. 2004. *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. [ЮНЭЙДС, ВОЗ. 2004 г. *Национальное руководство по контролю и оценке программ, направленных на профилактику ВИЧ-инфекции у младенцев и детей младшего возраста*.] Получено 6 июня 2004 г. на сайте: http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/nationalguideyoungchildren.pdf

Образцы индикаторов ППМР медицинского учреждения

- Доля обратившихся за дородовой помощью женщин, прошедших предтестовое консультирование.
- Доля обратившихся за дородовой помощью женщин, прошедших тестирование на ВИЧ.
- Доля ВИЧ-инфицированных женщин, получивших результаты теста на ВИЧ и прошедших послетестовое консультирование.
- Доля ВИЧ-отрицательных женщин, получивших результаты теста на ВИЧ и прошедших послетестовое консультирование.
- Число мужчин-партнеров, прошедших тестирование на ВИЧ.
- Число наблюдающихся в службах дородовой помощи женщин, получающих АРВ ППМР.
- Доля женщин, у которых к моменту родов ВИЧ-статус был не установлен.
- Доля женщин с неизвестным ВИЧ-статусом, которым тестирование на ВИЧ было проведено во время или после родов.
- Доля ВИЧ-инфицированных женщин, прошедших полный курс АРВ ППМР.
- Доля рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами младенцев, получавших АРВ препараты.
- Доля ВИЧ-инфицированных женщин, намеренных использовать искусственное вскармливание.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9-В.

Образцы таблиц для учета ППМР в журналах дородовой и акушерской помощи

Журнал дородовой помощи (ДРП)

(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			(6)	(7)	(8)
Дата начала ДРП	Рег. №	Дата предтестового консультирования	Дата тестирования на ВИЧ	Результат теста на ВИЧ			Дата послетестового консультирования	Назначенная АРВ терапия	Дата начала АРВ терапии
(число, месяц, год)		(число, месяц, год)	(число, месяц, год)	П	О	Н	(число, месяц, год)	(невирапин, зидовудин, невирапин + зидовудин, ВААРТ)	(число, месяц, год)

Журнал партнера пациентки ДРП

(1)	(2)	(3)	(4)			(5)
Рег. №	Дата предтестового консультирования	Дата тестирования на ВИЧ	Результат теста на ВИЧ			Дата послетестового консультирования
	(число, месяц, год)	(число, месяц, год)	П	О	Н	(число, месяц, год)

Журнал акушерской помощи

(1)	(2)	(3)			(4)		(5)	(6)	(7)	(8)	(9)	(10)			
Дата	Рег. №	ВИЧ-статус по данным ДРП			Результат теста на ВИЧ во время/после родов		АРВ терапия во время беременности	Длительность АРВ терапии во время беременности, недели			АРВ терапия во время родов	Дата введения АРВ препарата ребенку	АРВ препарат, получаемый ребенком при выписке	Вскармливание	
(число, месяц, год)		П	О	Н	П	О	(зидовудин, зидовудин + ламивудин, ВААРТ)	< 2	2-4	>4	(невирапин, зидовудин, невирапин + зидовудин, ВААРТ)	(число, месяц, год)	(зидовудин)	Ест.	Иск.
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
								<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

Источник: CDC. Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission – Monitoring System (PMTCT-MS) [Центры контроля и профилактики заболеваний. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку — система контроля (ППМР-СК)], проект, июнь 2004 г.
 П = положительный, О = отрицательный, Н = неизвестный;

ПРИЛОЖЕНИЕ 9-В.

Образцы таблиц для учета ППМР в журналах дородовой и акушерской помощи (продолжение)

Образец бланка для сводного ежемесячного отчета о ППМР в отделении дородовой помощи (ДРП)

Учреждение:	Тип учреждения:	Отчетный месяц:
Участок:	Район:	
Дата заполнения бланка:	Отчетный год:	

Консультирование и тестирование в рамках ДРП

Все женщины, получившие ДРП за отчетный месяц	Число
ДРП 01. Число женщин, впервые обратившихся за ДРП в этом месяце	_____
ДРП 02. Не прошли предтестовое консультирование	_____
ДРП 03. Прошли предтестовое консультирование	_____
ДРП 04. Не прошли тестирование на ВИЧ	_____
ДРП 05. Прошли тестирование на ВИЧ	_____
ДРП 06. Результат теста отрицательный	_____
ДРП 06.1. Прошли послетестовое консультирование	_____
ДРП 06.2. Не прошли послетестовое консультирование	_____
ДРП 07. Результат теста положительный	_____
ДРП 07.1. Прошли послетестовое консультирование	_____
ДРП 07.2. Не прошли послетестовое консультирование	_____
ДРП 08. Тест пройден, но результат неизвестен/утерян	_____

Консультирование и тестирование партнера в рамках ДРП

Данный индикатор не связан непосредственно с числом женщин, впервые обратившихся за ДРП в этом месяце.

ДРП 09 Число партнеров, прошедших тестирование на ВИЧ	_____
ДРП 09.1. Результат теста отрицательный	_____
ДРП 09.2. Результат теста положительный	_____
ДРП 09.3. Тест пройден, но результат неизвестен/утерян	_____

Использование антиретровирусных препаратов в рамках ДРП

Число женщин, начавших прием препаратов за отчетный месяц. Данный индикатор не связан непосредственно с индикаторами раздела «Консультирование и тестирование в рамках ДРП».

ДРП 10. Начали прием или получали невирапин	_____
ДРП 11. Начали прием или получали зидовудин	_____
ДРП 12. Начали прием или уже принимали ВААРТ	_____

Источник: CDC. *Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission – Monitoring System (PMTCT-MS)* [Центры контроля и профилактики заболеваний. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку — система контроля (ППМР-СК)], проект, июнь 2004 г.

ПРИЛОЖЕНИЕ 9-В.

Образцы таблиц для учета ППМР в журналах дородовой и акушерской помощи (продолжение)

Образец бланка для сводного ежемесячного отчета о ППМР в родильном отделении

Учреждение:	Тип учреждения:	Отчетный месяц:
Участок:	Район:	
Дата заполнения бланка:	Отчетный год:	Число
РОД 01. Число родивших женщин		_____
РОД 02. Число женщин, прошедших тестирование на ВИЧ в рамках ДРП.....		_____
РОД 02.1. Число женщин с отрицательным результатом теста в рамках ДРП.....		_____
РОД 02.2. Число женщин с положительным результатом теста в рамках ДРП.....		_____
РОД 03. Число женщин, у которых к моменту родов ВИЧ-статус был не установлен		_____
РОД 04. Число женщин, которым тест на ВИЧ был проведен во время/после родов		_____
РОД 04.1. Число ВИЧ-отрицательных.....		_____
РОД 04.2. Число ВИЧ-положительных.....		_____
<i>В следующий раздел вносятся данные только о ВИЧ-положительных женщинах, родивших живого ребенка.</i>		
РОД 05. Всего ВИЧ-положительных женщин (РОД 02.2. + РОД 04.2)		_____
РОД 06. Число принимавших зидовудин в рамках ДРП.....		_____
РОД 06.1. Принимали зидовудин <2 недель		_____
РОД 06.2. Принимали зидовудин 2—4 недели.....		_____
РОД 06.3. Принимали зидовудин >4 недель		_____
РОД 07. Число принимавших невирапин.....		_____
РОД 08. Число принимавших только невирапин		_____
РОД 09. Число получавших высокоактивную антиретровирусную терапию (ВААРТ).....		_____
РОД 09.1. Получали ВААРТ <2 недель.....		_____
РОД 09.2. Получали ВААРТ 2—4 недели		_____
РОД 09.3. Получали ВААРТ >4 недель.....		_____
РОД 10. Число женщин, чьи дети получали невирапин		_____
РОД 11. Число женщин, чьи дети получали АРВ препараты при выписке.....		_____
РОД 12. Число женщин, выбравших грудное вскармливание		_____
РОД 13. Число женщин, выбравших искусственное вскармливание		_____

Источник: CDC. *Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission – Monitoring System (PMTCT-MS)* [Центры контроля и профилактики заболеваний. Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку — система контроля (ППМР-СК)], проект, июнь 2004 г.



ПОСЕЩЕНИЕ КЛИНИЧЕСКОЙ БАЗЫ (факультатив)



Продолжительность: половина рабочего дня

Цель посещения клинической базы

Цель посещения клинической базы — закрепить полученные знания, предоставив слушателям возможность пронаблюдать за практическим применением ППМР в клинике дородовой помощи, родильном отделении или медицинском центре, осуществляющем дальнейшее ведение молодых матерей.

Время и задачи посещения клинической базы

Посещение клинической базы возможно в любое время после изучения модуля 6 «Консультирование и тестирование на ВИЧ в целях ППМР». При необходимости посещение клинической базы может быть перенесено на неделю после завершения учебного курса. Время посещения и встречи во время него планируются в соответствии с поставленными задачами, возможные варианты которых приведены ниже.

- Пронаблюдать за просвещением по вопросам ВИЧ.
- Пронаблюдать за консультированием.
- Пронаблюдать за выполнением экспресс-теста.
- Пронаблюдать за предоставлением советов и поддержки по АРВ терапии и профилактике.
- Пронаблюдать за консультированием по вопросам вскармливания.
- Пронаблюдать за соблюдением универсальных мер предосторожности в родильном отделении.
- Ознакомиться с ведением случаев контакта с ВИЧ на рабочем месте, в том числе с постконтактной профилактикой.
- Обсудить контроль программы ППМР.
- Пронаблюдать за предоставлением поддержки ВИЧ-инфицированным.
- Пронаблюдать направление пациентов в службы лечения, помощи и поддержки и их дальнейшее ведение.

Руководство по посещению клинической базы

Данное руководство является справочным пособием для посещения клинической базы, осуществляющей ППМР. Предлагаемые вопросы могут быть заданы медицинским работникам, заведующему отделением или руководителям программы. Их необходимо просмотреть заранее и адаптировать к ситуации. Во время посещения клинической базы важно внимательно слушать и получать дополнительные сведения, отмечая устройство отделения, поведение сотрудников во время общения с пациентами, количество пациентов и общую обстановку.

Дородовая помощь (ДРП)

- Сколько пациенток получают ДРП за месяц?
- Сколько пациенток впервые обращаются за ДРП в месяц?
- Как обычно проходит первое посещение женщиной отделения ДРП?
- С кем она встречается?
- Какие мероприятия проводятся?
- Куда затем направляется женщина?

Консультирование и тестирование на ВИЧ

- Тестирование предлагают всем пациенткам? Тестирование проводится по принципу добровольного исключения или добровольного включения?
- Какие предтестовые мероприятия проводятся?
 - Просвещение групп
 - Индивидуальное предтестовое консультирование
 - Предтестовое консультирование пар
 - Текущее консультирование по вопросам ВИЧ для женщин, отказавшихся пройти тест.
- Как проходит тестирование на ВИЧ (взрослых и детей)?
 - Вид теста
 - Алгоритм тестирования
 - Место выполнения тестов
 - Персонал, выполняющий тесты
 - Среднее число тестов в неделю
 - Описание процедуры сообщения результатов теста.

АРВ терапия и профилактика для снижения риска ПМР

- Какие схемы используются?
- Какие основные сведения и рекомендации сообщают во время консультации по АРВ терапии и профилактики для снижения риска ПМР?
- Как осуществляется обеспечение ВИЧ-инфицированных женщин и их детей АРВ препаратами?

Роды и послеродовая помощь

- Сколько детей рождается в месяц?
- Какова примерная доля родов на дому?
- Какова примерная доля рожениц, знающих свой ВИЧ-статус?

Вскармливание
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Какие основные сведения о вскармливании предоставляются? ▪ Обеспечивают ли матерей молочными смесями? ▪ Когда проводится консультирование по вопросам вскармливания? ▪ Как осуществляется поддержка выбранного матерью метода вскармливания?

Стигматизация, дискриминация и ПМР
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Какие мероприятия или шаги предпринимаются для соблюдения конфиденциальности? ▪ Какие мероприятия или шаги предпринимаются для борьбы со стигмами и дискриминацией в отделении? ▪ О каких тревогах или случаях, связанных со стигмами и дискриминацией, чаще всего рассказывают пациентки?

Обеспечение матерей и семей лечением и поддержкой
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Налажены ли связи с другими программами и службами, предоставляющими перечисленные ниже услуги? <ul style="list-style-type: none"> ▪ Помощь на дому ▪ Психосоциальная помощь людям, живущим с ВИЧ/СПИДом ▪ Планирование семьи ▪ АРВ терапия ▪ Помощь в вопросах вскармливания ▪ Консультирование и тестирование ▪ Как осуществляется наблюдение за ведением пациенток в службах, в которые они были направлены?

Обеспечение безопасности и помощи на рабочем месте
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Каким образом консультанты получают эмоциональную поддержку, делятся опытом и борются с эмоциональными перегрузками? ▪ Как бы Вы описали взгляды персонала на программу ППМР, вознаграждение за труд, поддержку и нагрузку на рабочем месте? ▪ Достаточно ли, на Ваш взгляд, в отделении оборудования и расходных материалов для обеспечения мероприятий инфекционного контроля? ▪ Как в отделении утилизируются потенциально зараженные отходы, одноразовые инструменты и расходные материалы (повязки, шприцы и т. д.)? ▪ Как осуществляется стерилизация инструментов и оборудования?

Оценка программы ППМР
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Как осуществляется сбор данных о ППМР и составляются отчеты? ▪ Покажите, пожалуйста, бланки, в которые Вы вносите данные о своих действиях, направленных на ППМР. ▪ Как контролируется качество собранных данных и отчетов? ▪ Расскажите, пожалуйста, как сведения о программе ППМР используются для ее усовершенствования.



Терминологический словарь

Анемия	Состояние, при котором снижено количество или концентрация эритроцитов или гемоглобина.
Аntenатальная помощь	Медицинская помощь беременной и плоду (неродившемуся ребенку) до начала родов. Используется также термин «дородовая помощь».
Антибиотик	Лекарственный препарат, вызывающий гибель микроорганизмов — возбудителей инфекций.
Антиген	Вещество, способное запускать иммунный ответ с выработкой антител для защиты реакции организма от инфекций и других болезней.
Антиретровирусная профилактика	Короткий курс антиретровирусных препаратов для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.
Антиретровирусная терапия	Длительное применение антиретровирусных препаратов для лечения ВИЧ/СПИДа у матери и профилактики ППР.
Антиретровирусные препараты	Лекарственные препараты, которые замедляют репликацию ВИЧ и прогрессирование ВИЧ-инфекции.
Антитело	Специфический сывороточный белок, вырабатываемый В-лимфоцитами в ответ на попадание в организм инородного белка (антигена).
Бактерии	Тип микроорганизмов, вызывающих инфекции.
Безопасные половые контакты	Половое поведение, снижающее риск заражения и передачи ВИЧ и других ИППП, в частности использование презервативов и других барьерных средств. См. Незащищенные половые контакты.
Вертикальная передача	См. Передача ВИЧ от матери ребенку.

Вирус иммунодефицита человека (ВИЧ)	ВИЧ вызывает СПИД. Проникая в лимфоциты, ВИЧ разрушает иммунную систему, защищающую организм от инфекций. ВИЧ передается с кровью, продуктами крови, спермой, влагалищным секретом и грудным молоком.
Вирусная нагрузка Вирусы	Концентрация ВИЧ в крови по данным ПЦР на РНК ВИЧ. Тип микроорганизмов, вызывающих инфекции.
Вмешательство	Действие или стратегия, направленные на конкретную проблему или вопрос и предполагающие конкретный результат.
Возбудители, передающиеся с кровью	Микроорганизмы, в частности вирусы и бактерии, заражение которыми возможно при контакте с кровью больного.
Высокоактивная антиретровирусная терапия (ВААРТ)	Применение трех и более АРВ препаратов с целью подавить репликацию вируса и прогрессирование ВИЧ-инфекции и снизить вирусную нагрузку до подпорогового (не поддающегося измерению) уровня.
Гельминтоз	Заболевание, вызываемое паразитическими червями.
Гематокрит	Процент эритроцитов в крови.
Гематологический	Имеющий отношение к крови.
Гемоглобин	Белок, который находится в эритроцитах и переносит кислород.
Гепатит	Воспалительное заболевание печени, вызванное бактериями, вирусами, паразитами, алкоголем, лекарственными средствами, токсичными веществами или переливанием несовместимой крови.
Гепатомегалия	Отек или увеличение печени.
Герпес	Вирусная инфекция, при которой во рту, на половых органах или в других областях образуются изъязвления.
Готовые молочные смеси	Заменители грудного молока, промышленно изготовленные в соответствии со стандартами Комиссии по продовольственному кодексу, предназначенные для питания детей первых месяцев жизни до введения в их рацион прикорма.
Грибы	Микроорганизмы, способные вызывать ряд инфекций, включая кандидоз (молочницу). Грибковые инфекции часто развиваются при иммунодефицитах, включая СПИД.
Дегидратация	Потеря жидкости, обезвоживание организма.
Дезинфекция	Уничтожение большинства или всех микроорганизмов (кроме бактериальных спор) с помощью жидких химических средств или влажной пастеризации (75°C в течение 30 мин после очистки детергентами).

Диарея	Жидкий стул более 3 раз в сутки ежедневно на протяжении более 2 недель.
Дискриминация	Действие или поведение, основанное на предубеждении. Дискриминация — это путь выражения (преднамеренно или случайно) мыслей, выражающих стигму.
Домашние молочные смеси	Заменители грудного молока, приготовленные дома из натурального или переработанного молока животных, разбавленного в достаточной мере водой и обогащенного сахаром и микрокомпонентами пищи.
Донорское грудное вскармливание	Грудное вскармливание, которое проводит кормилица (не мать ребенка).
Задержка развития	Потеря веса или постепенное устойчивое снижение прибавки веса по данным из карты развития ребенка.
Заменители грудного молока	Любые продукты, изготовленные промышленным или иным способом для частичной или полной замены грудного молока, независимо от того, насколько они соответствуют своему назначению. Заменителями грудного молока могут быть готовые молочные смеси и домашние (на основе коровьего молока или молока других животных).
Иммунизация	Вакцинация в целях защиты от инфекций путем введения ослабленных или убитых форм патогенных микроорганизмов с целью активации иммунного ответа без развития развернутой клинической картины болезни. Против ВИЧ вакцины пока не разработано.
Иммунная система	Совокупность клеток и белков, обеспечивающих защиту организма от потенциально вредных, патогенных микроорганизмов, включая бактерии, вирусы и грибы.
Иммуноблоттинг	Лабораторное исследование на специфические антитела, которое проводится для подтверждения положительных результатов двух ИФА. Иммуноблоттинг — подтверждающее исследование, часто используемое для верификации результатов других исследований.
Иммунодефицит	Слабость или неполноценность иммунной системы, выявляемая по низкому числу лимфоцитов CD4. См. также Угнетение иммунитета.
Иммуноферментный анализ (ИФА)	Лабораторное исследование для выявления антител к ВИЧ в биологических жидкостях. Положительный результат ИФА обычно подтверждают другими исследованиями, например, повторным ИФА или иммуноблоттингом.
Индикаторы	Итоговые показатели, используемые для оценки ситуации. Они дают информацию о каждом этапе цикла программы ППМР.

Интегрированное ведение болезней детского возраста (ИББДВ)	Подход к охране здоровья ребенка, разработанный ВОЗ и ЮНИСЕФ, в центре внимания которого стоит здоровье ребенка в целом. ИББДВ направлено на снижение детской смертности, заболеваемости и инвалидности, а также на улучшение физического и психического развития детей младше 5 лет.
Интранатальный	Происходящий во время родов.
Инфекции, передающиеся половым путем (ИППП)	Заболевания, заражение которыми возможно при половом акте (вагинальном, оральном, анальном). К многочисленному ряду ИППП относятся герпес, ВИЧ-инфекция, сифилис. Все ИППП предотвратимы.
Инфекция	Проникновение и размножение микроорганизмов в макроорганизме.
Исключительно грудное вскармливание	Кормление только грудным молоком (в том числе сцеженным), исключая какие-либо другие продукты и напитки, в том числе воду. Единственное исключение — капли и сиропы, содержащие витамины, минеральные добавки или лекарственные препараты.
Искусственное вскармливание	Вскармливание грудного ребенка, исключая грудное молоко. Для искусственного вскармливания, которое проводится до возраста, в котором ребенок может быть переведен на питание обычными продуктами, используются молочные смеси, содержащие необходимые для ребенка питательные вещества в соответствии с его возрастом. В первые 6 месяцев для искусственного вскармливания используют заменители грудного молока, включая готовые (промышленного изготовления) или домашние смеси, обогащенные микрокомпонентами пищи. Начиная с 6 месячного возраста вводят прикорм.
Истощение (синдром)	Состояние, которое характеризуется потерей более 10% веса в сочетании с хронической диареей неясной этиологии (длительностью более 1 месяца) или с хронической слабостью и длительной лихорадкой неясной этиологии (длительностью более 1 месяца). Используется также термин «кахексия».
Итоговые показатели	Данные о результатах программы, например, число обученных людей.
Клетка	Основная единица живой материи.
Комбинированная АРВ терапия	Применение трех или более антиретровирусных препаратов с целью более эффективного лечения ВИЧ-инфекции и подавления вирусной нагрузки.
Комиссия по продовольственному кодексу	Создана в 1963 г. Организацией ООН по вопросам продовольствия и сельского хозяйства (Food & Agricultural Organization, ФАО) и ВОЗ для разработки стандартов,

рекомендаций и другой информации по продуктам питания, включая практические руководства Объединенной программы FAO/ВОЗ по стандартам на пищевые продукты. Основные цели этой программы — защита здоровья потребителей и обеспечение добросовестной деловой практики в торговле продовольственными товарами, и координация всех продовольственных стандартов, принятых международными правительственными и неправительственными организациями.

Консультирование	Конфиденциальный диалог между пациентом и медицинским работником, цель которого — помочь пациенту. Термин «консультирование» используется также в отношении обсуждения врачом и пациентом вопросов по тестированию на ВИЧ, во время которого пациенту помогают оценить его риск заражения и передачи ВИЧ.
Кормление из чашки	Кормление, предполагающее питье из открытой чашки, независимо от ее содержимого.
Криптококк	Микроорганизм из класса грибов, который поражает центральную нервную систему (головной и спинной мозг) и вызывает криптококковый менингит. Симптомы включают лихорадку, головную боль, рвоту, потерю аппетита. Тяжелая оппортунистическая инфекция у людей с ВИЧ/СПИДом.
Криптоспориდიум	Микроорганизм, поражающий кишечный тракт. Симптомы включают диарею, боль в животе, потерю веса. Оппортунистическая инфекция.
Лейкоциты	Клетки иммунной системы, участвующие в защите организма от инфекций и других болезней. К лейкоцитам относятся лимфоциты (Т- и В-лимфоциты), гранулоциты, макрофаги и др.
Лекарственная устойчивость вируса	Изменения в геноме ВИЧ, которые снижают эффективность антиретровирусных препаратов. Обычно устойчивость развивается на фоне лечения. Самые частые причины — неверно подобранная схема лечения и низкая соблюдаемость назначений.
Лимфаденопатия	Увеличение и отек лимфатических узлов. При ВИЧ-инфекции обычно увеличиваются шейные, подмышечные и паховые лимфоузлы.
Лимфоциты	Разновидность лейкоцитов, вырабатываемая в лимфоидных органах и играющая основную роль в иммунном ответе. Находятся в крови, лимфе и лимфоидной ткани.

Лимфоциты CD4	Разновидность Т-лимфоцитов — клеток иммунной системы, обеспечивающих защиту от инфекций. При активном размножении ВИЧ проникает в лимфоциты CD4 и приводит к их гибели.
Малярия	Инфекция, характеризующаяся циклическим появлением озноба, лихорадки и потливости, вызванная паразитами, передаваемыми при укусе mosкитов.
Медицинский работник	Врач, медсестра, акушерка, организатор работы по программе и другие специалисты, в чьи обязанности входит непосредственная работа с пациентами или лабораторные исследования в лечебном учреждении.
Молочница (кандидозный стоматит)	Грибковая инфекция полости рта, протекающая в виде белых бляшек или творожистого налета на слизистой.
Незащищенный половой контакт	Половой акт без использования презервативов и других барьерных средств (из латекса или полиуретана), при котором происходит контакт с кровью, спермой или влагалищным секретом партнера.
Нейтропения	Низкий уровень нейтрофилов в крови; встречается при ВИЧ-инфекции.
Нейтрофил	Разновидность лейкоцитов; уничтожает чужеродные организмы, включая бактерии и грибы.
Неонатальная помощь	Медицинская помощь новорожденному (ребенку с момента рождения до 28 дня жизни).
Оппортунистическая инфекция	Заболевание, вызванное условно-патогенными микроорганизмами, т.е. микроорганизмами, которые для лиц с нормальной иммунной системой безопасны, а у лиц с угнетенным иммунитетом способны вызывать тяжелые заболевания.
Острое заболевание	Заболевание, например пневмония, которое начинается внезапно и обычно продолжается недолго. Многие острые заболевания поддаются медикаментозной терапии.
Осуществление	Целенаправленные действия для достижения поставленной цели. Эта фаза деятельности наступает после определения целей и согласования стратегии.
Оценка	Отслеживание изменений ситуации, наступивших в результате вмешательства. Формальная оценка программы ППМР покажет, какой вклад внесла программа в изменения индикаторов.
Пандемия	Распространение болезни (например, малярии, ВИЧ-инфекции) на большой территории с поражением очень большой части населения.

Патогенные микроорганизмы	Микроорганизмы, включая бактерии, вирусы и грибы, способные вызывать инфекции.
Передача ВИЧ от матери ребенку (ППМР)	Передача ВИЧ от ВИЧ-инфицированной матери ребенку во время беременности, родов или кормления грудью. Используются также термины вертикальная передача и перинатальная передача.
Перинатальная передача ВИЧ	См. Передача ВИЧ от матери ребенку. Также известна как вертикальная передача.
Период «окна»	Время между заражением ВИЧ и появлением положительного результата исследования на антитела; обычно составляет 4—6 недель, редко до 3 месяцев.
Пневмоцистная пневмония	Тяжелая, угрожающая жизни легочная инфекция; протекает с лихорадкой, сухим кашлем и одышкой.
Побочный эффект	Нежелательное действие или эффект препарата или лечения.
Полимеразная цепная реакция (ПЦР)	Метод исследования, который позволяет обнаружить вирус и определить его количество в крови. ПЦР на ДНК ВИЧ позволяет судить о наличии вируса в крови (или другом исследуемом материале). ПЦР на РНК ВИЧ определяет так называемую вирусную нагрузку — концентрацию вируса в крови (или другом исследуемом материале).
Помощь на дому	Предоставление лечения и ухода лицам с ВИЧ/СПИДом на дому.
Постконтактная профилактика (ПКП)	Короткий курс АРВ-препаратов (например, в течение месяца) после профессионального контакта (контакта на рабочем месте) с кровью, тканями или другими биологическими жидкостями, содержащими видимую примесь крови) для снижения риска заражения ВИЧ. К профессиональным контактам относят чрескожный контакт (например, укол иглой или порез острым инструментом), а также контакт со слизистыми оболочками или поврежденной кожей (например, обветренной кожей, оцарапанной или пораженной дерматитом). ПКП является частью комплекса Универсальных мер предосторожности, направленного на снижение риска заражения инфекциями на рабочем месте.
Постнатальная помощь	Медицинская помощь матери и ребенку в течение 6 недель после родов. Постнатальная помощь необходима для поддержания здоровья матери и ребенка и должна включать профилактику, раннюю диагностику и лечение осложнений и заболеваний, консультирование и помощь по вскармливанию, питанию матери, планированию семьи, вакцинации ребенка, а также направление в службы, оказывающие многопрофильную помощь.

Прекращение грудного вскармливания	Полное отнятие ребенка от груди, включая сосание.
Пренатальная помощь	См. Антенатальная помощь.
Прикорм	Любая пища (готовая или приготовленная самостоятельно), которая дается ребенку в дополнение к грудному молоку или его заменителям. Как правило, прикорм вводят детям старше 6 мес.
Профилактика	Мероприятия, направленные на предотвращение болезни (первичная профилактика) или ее симптомов (вторичная профилактика). <i>Профилактика ПМР</i> — применение антиретровирусных препаратов для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку.
ПЦР на ДНК	Полимеразная цепная реакция (ПЦР) на ДНК ВИЧ — лабораторное исследование для выявления вируса в крови. Используется в диагностике ВИЧ-инфекции у детей до 18 месяцев жизни.
ПЦР на РНК	Полимеразная цепная реакция на РНК ВИЧ (другое название — «исследование вирусной нагрузки») — исследование для выявления вируса и измерения числа вирусных частиц в крови. Высокая вирусная нагрузка связана со СПИДом и обычно указывает на плохой прогноз.
Раскрытие ВИЧ-статуса	Сообщение о своем ВИЧ-статусе другим людям. Считается, что раскрытие ВИЧ-статуса следует поощрять. Однако многие ВИЧ-инфицированные не раскрывают свой ВИЧ-статус, опасаясь нежелательного лечения и гонений. Положительные стороны раскрытия ВИЧ-статуса: привлечение партнера (партнеров) к тестированию на ВИЧ; предупреждение передачи ВИЧ партнеру (партнерам); получение поддержки со стороны партнера (партнеров), семьи и друзей.
Распространенность	Процент населения, пораженного болезнью в данное время.
Ребенок, контактировавший с ВИЧ	Ребенок, рожденный ВИЧ-инфицированной матерью, который подвергался риску заражения ВИЧ во внутриутробном периоде, в родах или во время грудного вскармливания.
Репликация	Образование двух или более копий чего-либо.

Серопозитивный	Положительный результат исследования крови на наличие инфекции. Исследование может указывать на наличие антител к возбудителю (антитело-позитивный) или наличие возбудителя или его белков (антиген-позитивный).
Синдром приобретенного иммунодефицита (СПИД)	<p>Термин для обозначения поздней стадии ВИЧ-инфекции.</p> <p>С: Синдром — группа симптомов или болезней, развивающихся в результате ВИЧ-инфекции. П: Приобретенного — в отличие от врожденных, генетически обусловленных нарушений иммунитета, СПИД — не наследственное заболевание. И: Иммуно — страдает иммунная система Д: Дефицита — снижается способность противостоять болезням.</p> <p>Критериями СПИДа обычно считаются число лимфоцитов CD4 менее 200 мкл⁻¹ и некоторые оппортунистические состояния, которые часто развиваются на фоне глубокого иммунодефицита.</p>
Смешанное вскармливание	Кормление ребенка не только грудным молоком, но и другой пищей (твердой или жидкой).
Соблюдение назначений	Прием препаратов в точном соответствии с предписаниями врача, без пропусков доз.
Специфичность	Способность исследования точно определять лиц, у которых нет заболевания. Например, у обычного тестирования на ВИЧ специфичность может составлять 90%. Если с помощью этого метода обследовать 100 здоровых лиц, то только у 90 из них результат будет отрицательным (т.е. будет сделан вывод об отсутствии у них заболевания). У остальных 10 человек тоже нет болезни, однако тест покажет, что болезнь есть. У этих 10% результат будет ложноположительным. Если цель исследования — подтвердить диагноз, чтобы назначить лечение, следует выбирать метод исследования с наиболее высокой специфичностью, поскольку чем выше специфичность исследования, тем меньше вероятность получить ложноположительный результат.
Спленомегалия	Увеличение селезенки.
Стерилизация	Полное удаление или уничтожение микроорганизмов паром под давлением, сухим жаром, оксидом этилена или другими газами, или длительным замачиванием в растворах антисептиков.
Стигма	Любые отрицательные взгляды или враждебность по отношению к людям с ВИЧ/СПИДом или к людям, у которых предполагается ВИЧ-инфекция, а также к их близким, людям, тесно контактирующим с ними, входящим в одну социальную группу или общественные объединения.

Текущий контроль	Постоянное отслеживание информации или индикаторов по программе, а также итоговых показателей с помощью ведения записей и регулярных отчетов. Также называется мониторингом программы.
Тромбоцитопения	Аномально низкое число тромбоцитов вследствие болезни, реакции на лекарственные препараты или токсической реакции на химиотерапию. При очень низком числе тромбоцитов возможны кровотечения.
Тромбоциты	Клетки крови, участвующие в ее свертывании. См. также Тромбоцитопения.
Туберкулез	Заразная бактериальная инфекция, поражающие легкие и другие органы. Туберкулез — респираторная инфекция и передается в основном при кашле. Это самая частая и тяжелая сопутствующая и оппортунистическая инфекция при ВИЧ/СПИДе.
Угнетение иммунитета	Нарушение иммунных функций организма и невозможность нормальной иммунной защиты. Угнетение иммунного ответа может быть вызвано некоторыми препаратами (например, используемыми для химиотерапии) и заболеваниями (например, ВИЧ-инфекцией).
Универсальные меры предосторожности	Набор простых, но эффективных мер, направленных на защиту медицинских работников и пациентов от заражения инфекциями, вызываемыми широким рядом возбудителей, включая передающиеся с кровью вирусы. Эти меры должны выполняться в отношении всех пациентов, независимо от диагноза.
Фермент	Белок, облегчающий биохимические реакции, но не входящий в состав конечных продуктов реакции.
Хориоамнионит Хроническое заболевание	Воспаление плодных оболочек. Любое стойкое нарушение здоровья, которое может поддаваться медикаментозной терапии, но до конца не излечивается.
Цикл программы	Последовательный процесс, включающий анализ ситуации, планирование, осуществление программы, текущий контроль и оценку деятельности по программе общественного здравоохранения.
Цитомегаловирус	Вирус, который поражает различные системы органов. Может вызывать пневмонию, ретинит, диарею и другие поражения. Возбудитель оппортунистических инфекций.
Число лимфоцитов CD4	Число лимфоцитов CD4 в крови — показатель, который отражает состояние иммунной системы. В норме составляет 600—1200 клеток/мкл. У взрослого человека падение числа лимфоцитов CD4 ниже 200 мкл ⁻¹

сопряжено с существенным повышением риска оппортунистических инфекций.

Эзофагит	Инфекция или воспаление пищевода. Оппортунистическая инфекция.
Экспресс-тест на ВИЧ	Простое исследование, позволяющее обнаружить антитела к ВИЧ в крови и других биологических жидкостях менее чем за 30 минут.
Энцефалопатия	Дегенерация головного мозга, которая приводит к нарушению повседневной активности и прогрессирует в течение недель или месяцев.
Эпидемия	Поражение болезнью или угроза распространения болезни в очень большой группе населения (территориальной или социальной) одновременно.
Эритроциты	Клетки крови (красные кровяные тельца), обеспечивающие транспорт кислорода ко всем тканям организма с помощью гемоглобина.
ELISA	Enzyme Linked Immunosorbent Assay, см. ИФА.
In utero	«В матке», внутриутробно.
Mycobacterium avium-intracellulare	Возбудители опасных инфекций, распространенные в почве и пыли, способные проникать в стенку кишечника и других органов. Используется также термин «Mycobacterium avium – комплекс» (МАК). Инфекции, вызванные <i>Mycobacterium avium-intracellulare</i> , обычно обнаруживаются у лиц с числом лимфоцитов менее 50 мкл^{-1} . Характерные симптомы: ночные поты, потеря веса, слабость, диарея, увеличение селезенки. Оппортунистическая инфекция.



Справочник ресурсов

Ключевые ресурсы по общим вопросам ППМР

Brocklehurst P, J Volmink. 2002. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection (Cochrane Review), *The Cochrane Library*, Issue 3. Update Software: Oxford, England.

Center for HIV Information. 2004. *Women, children, and HIV: resources for prevention and treatment*. 3rd ed. 19 August 2004, www.womenchildrenhiv.org

DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

Rutenberg N et al. 2003b. HIV voluntary counseling and testing: An essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV. Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctvct.pdf>

WHO. 2004. *Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Guidelines on care, treatment and support for women living with HIV/AIDS and their children in resource-constrained settings*. WHO: Geneva. 19 August 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/guidelines/en/>

WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. WHO: Geneva. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/en/arvdrugsguidelines.pdf>

AIDS Education and Training Centers National Resource Center. 2003. U.S. public health service perinatal guidelines: Recommendations for the use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1 infected women for maternal health and to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Includes 49 slides, 6 case studies, and speaker notes. 30 July 2004, http://aidsetc.org/ppt/nrc_perinatal_guidelines_11-03.ppt

Bulterys M et al. 2002. Advances in the prevention of mother-to-child HIV-1 transmission: Current issues, future challenges. *AIDScience* 2(4). 30 July 2004, <http://aidsscience.org/Articles/aidsscience017.asp>

- Dabis F (ed). PMTCT Intelligence Report. Bordeaux Working Group. 30 July 2004, http://www.who.int/reproductive-health/rtis/MTCT/monthly_publications/ir-12-2001pdf
- Granich R, J Mermin. 2001. *HIV, Health, and Your Community: A Guide for Action*. Hesperian Foundation: Berkeley, CA.
- John Snow, Inc./DELIVER. 2003. Guide for Quantifying HIV Test Kits. John Snow, Inc./DELIVER, for the US Agency for International Development: Arlington, VA. 30 July 2004, http://www.deliver.jsi.com/pdf/g&h/guide_quantifying.pdf
- Kriebs J. 2002. The global reach of HIV: Preventing mother-to-child transmission. *J Perinat Neonatal Nurs* 16(3): 1–10.
- Luzuriaga K, J Sullivan. 2002. Pediatric HIV-1 infection: Advances and remaining challenges. *AIDS Rev* 4(1): 21–26.
- Marshall M, K Adjei-Sakyi. August 2003. Female condom and dual protection: training for community-based distributors and peer educators. Centre for Development and Population Activities (CEDPA): Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.cedpa.org/publications/dualprotection/dualprotection.html>
- Rutenberg N et al. 2003a. Family planning and PMTCT services: Examining interrelationships, strengthening linkages. Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctfp.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003c. *Infant feeding counseling within Kenyan and Zambian PMTCT services: How well does it promote good feeding practices?* Horizons Research Summary. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctif.pdf>
- US Health & Human Services (HHS) and Centers for Disease Control & Prevention (CDC) Global AIDS Program (GAP) Training Team. 2004 January. Developing a strategy for effective training: Guiding principles and key approaches. Draft.
- US Public Health Service Task Force. (June 23, 2004) Recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. 15 August 2004, www.aidsinfo.nih.gov/guidelines/perinatal/PER_062304.html
- WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. Fact Sheet 10: Women and HIV and mother-to-child transmission (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives). Unpublished. 30 July 2004, http://www3.who.int/whosis/factsheets_hiv_nurses/fact-sheet-10/index.html

Ключевые источники интернета по ППМР в условиях ограниченных ресурсов

<http://www.cdc.gov/nchstp/od/gap>

Глобальная программа борьбы со СПИДом (GAP), осуществляемая Центрами контроля и профилактики заболеваний, направлена на помощь в профилактике ВИЧ-инфекции, совершенствование помощи и поддержки ВИЧ-инфицированным и создание потенциала для глобальной борьбы с пандемией ВИЧ/СПИДа. Программа осуществляет финансовую и техническую поддержку через партнерства между сообществами, правительствами и национальными и международными организациями, работающими в условиях ограниченных ресурсов.

<http://www.jhpiego.org/>

Филиал Университета Джонса Хопкинса JHPIEGO посредством пропаганды, обучения и курсов повышения квалификации помогает организаторам здравоохранения, преподавателям и просветработникам повышать доступность и качество медицинской помощи в условиях ограниченных ресурсов Африки, Азии, Латинской Америки и стран Карибского бассейна.

http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm

Сайт ВОЗ, посвященный здоровью и развитию детей и подростков, предлагает информацию о питании детей грудного и младшего возраста и также список ключевых ресурсов в этой области.

<http://www.who.int/3by5/en>

Программа ВОЗ по предоставлению лечения ВИЧ/СПИДа трем миллионам человек к концу 2005 г.

<http://www.WomenChildrenHIV.org>

<http://WomenChildrenHIV.org.za>

Эти сайты-близнецы пропагандируют самую современную клиническую информацию и предлагают ресурсы для обучения по ППМР и сопряженным темам. Представлены лучшие методы ППМР и помощи ВИЧ-инфицированным женщинам, детям и семьям в условиях ограниченных ресурсов.

<http://www.cdc.gov/hiv/dhap.htm>

Сайт Центров контроля и профилактики заболеваний (CDC) содержит информацию по ВИЧ/СПИДу в США.

<http://www.fhi.org>

Международная организация «Здоровье семьи» ставит своей задачей удовлетворение потребностей сообществ и стран, пострадавших от ВИЧ/СПИДа. Публикации содержат самую современную и исчерпывающую информацию по всем сторонам профилактики и лечения ВИЧ/СПИДа и нацелены на передачу опыта, приобретенного в течение многих лет борьбы с ВИЧ/СПИДом в развивающихся странах.

<http://www.fightglobalaids.org>

Студенческая глобальная кампания борьбы со СПИДом — национальная студенческая организация, которая с помощью пропаганды, агитации и средств массовой информации борется за прекращение глобальной пандемии ВИЧ/СПИДа. Организация также занимается сбором средств для зарубежных студенческих организаций по борьбе со СПИДом и тем самым оказывает поддержку их деятельности по борьбе со СПИДом на планете.

http://www.globalhealth.org/view_top.php3?id=227

Всемирный совет здравоохранения добивается, чтобы все, кто прикладывает усилия к повышению качества и справедливости в мировом здравоохранении, имели доступ к информационным ресурсам, необходимым для успешной работы. Стремясь к этой цели, Совет служит глашатаем глобальных направлений здравоохранения и достигнутого прогресса.

<http://www.popcouncil.org/hivaids/index.html>

Направлениями деятельности Совета по проблемам народонаселения являются преодоление последствий эпидемии; изучение инфекционного процесса и определяющих факторов эпидемии; работа профилактической направленности; помощь в разработке политики по борьбе с эпидемией; борьба со стигматизацией и дискриминацией; содействие лечению, уходу и поддержке для ВИЧ-инфицированных.

<http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm>

Мультимедийная программа «ReproLearn» предлагает врачам, научным сотрудникам и преподавателям в области здравоохранения техническую информацию, необходимую для высококачественной медицинской помощи и обучения медицинских работников по вопросам помощи женщинам с ВИЧ/СПИДом.

<http://www.safemotherhood.org>

Инициатива «Безопасное материнство» объединяет мировые усилия по снижению смертности и заболеваемости у беременных и рожениц.

<http://www.synergyaids.com>

Проект «Синергия» предоставляет техническую поддержку и помощь АМР США в разработке, оценке и координации программ по ВИЧ/СПИДу, а также оценке и передаче приобретенного опыта.

<http://www.unaids.org>

ЮНЭЙДС (Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу) предоставляет информацию по эпидемиологии, лечению и развитию программ в области ВИЧ/СПИДа.

http://www.usaid.gov/pop_health/aids

АМР США (Агентство США по международному развитию) — это независимое агентство федерального правительства США, которое разрабатывает программы защиты интересов сообществ и поддержки для людей с ВИЧ/СПИДом, а также оказывает помощь сиротам и детям из семей, пострадавших от ВИЧ/СПИДа. АМР США также оказывает поддержку центрам добровольного тестирования и консультирования.

<http://www.who.int/hiv/en>

ВОЗ (Всемирная организация здравоохранения) предоставляет информацию по эпидемиологии, лечению и развитию программ в области ВИЧ/СПИДа.

http://www.worldbank.org/hiv_aids/globalprogram.asp

Всемирный банк работает с развивающимися странами, пострадавшими от ВИЧ/СПИДа. Программа по СПИДу предлагает всеобъемлющее обучение и поиск информации по тактике и ведущим методам борьбы с ВИЧ/СПИДом.

Модуль 1 — Общие сведения о ВИЧ/СПИДе

Ключевые ресурсы
CDC. 1992. 1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults. <i>MMWR Morb Mortal Wkly Rep</i> 41(RR-17).

DeCock K et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

Bradley-Springer L et al. (eds). 2002. *Human Immunodeficiency Virus Infection: 2002 Sourcebook for the Healthcare Clinician*. Unpublished. 30 July 2004, http://www.aidsetc.org/pdf/tools/sourcebook_2002_mpaetc.pdf

Bradley-Springer L. 1999. *HIV/AIDS Nursing Care Plans, 2nd Edition*. Skidmore-Roth Publishing: El Paso, TX.

Lawn J et al. 2003. Part One: The unheard cry for newborn health, in *The Healthy Newborn: A Reference Manual for Program Managers*. Unpublished. pp. 1.1–1.64. 30 July 2004, http://www.careusa.org/careswork/whatwedo/health/downloads/healthy_newborn_manual/part1.pdf
Полное руководство представлено на сайте:
<http://www.care-package.org/careswork/whatwedo/health/hpub.asp>

CDC. 1998. Human Immunodeficiency Virus Type 2. 30 July 2004, <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hiv2.htm>

CDC. 1994. 1994 Revised classification system for human immunodeficiency virus infection in children less than 13 years of age. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 43(RR-12): 1–10.

Kirton C (ed). 2003. *ANAC's Core Curriculum for HIV/AIDS Nursing*, 2nd ed. Sage: Thousand Oaks, CA.

Kitahata M. 2002. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 325: 954–957.

Lyll E (ed). 2001. British HIV Association. Guidelines for the management of HIV infection in pregnant women and the prevention of mother-to-child transmission. *HIV Med* 2: 314–334.

Marais H et al. 2002. Report on the Global HIV/AIDS Epidemic. UNAIDS: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/globalreports/barcelona/brglobal_aids_report_en_pdf.pdf

McCoy D et al. 2002. *Interim Findings on the National PMTCT Pilot Sites: Lessons and Recommendations*. Health Systems Trust: Durban, South Africa. 30 July 2004, http://www.doh.gov.za/aids/docs/2002/pmct/PMTCT_Interim1.pdf

Mofenson L and P Munderi. 2002. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *J Acquir Immune Def Syndr* 30: 200–215.

Pantaleo, G, C Graziosi and A S Fauci. 1993. The immunopathogenesis of human immunodeficiency virus infection. *N Engl J Med* 328(5): 327–335.

Tuomala R et al. 2002. Antiretroviral therapy during pregnancy and the risk of an adverse outcome. *N Engl J Med* 364: 1863–1870.

- UNAIDS. 2003. *AIDS Epidemic Update 2003*. UNAIDS: Geneva. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.unaids.org/Unaid/EN/Resources/Publications/corporate+publications/aids+epidemic+update+-+december+2003.asp>
- UNAIDS. 2003. Regional HIV/AIDS statistics and features, end of 2003. Retrieved 30 July 2004, from http://www.unaids.org/html/pub/topics/epidemiology/slides02/slide02_epicore2003_en_ppt.ppt
- University of British Columbia. *The Therapeutic Guidelines for the Treatment of HIV/AIDS and Related Conditions* [electronic version]. 30 July 2004, <http://cfeweb.hivnet.ubc.ca/guide/page/secta/consa.html>
- WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. [2003 Revision]. WHO: Geneva. Annex E: WHO staging system for HIV infection and disease in adults and adolescents, p. 61, 30 July 2004, http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
- WHO and the Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). 2000. Fact Sheet 10: Women and HIV and mother-to-child transmission (Fact sheets on HIV/AIDS for nurses and midwives). Unpublished. 30 July 2004, http://www3.who.int/whosis/factsheets_hiv_nurses/fact-sheet-10/index.html

Модуль 2 — Основные сведения о профилактике ВИЧ-инфекции у матери и ребенка

Ключевые ресурсы

Preble EA, EG Piwoz. 2001. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Africa: Practical Guidance for Programs*. Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project/Academy for Educational Development: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.aed.org/publications/healthpublications/mtctjuly17.pdf>

Rutenberg N et al. 2002. *Integrating HIV prevention and care into maternal and child health care settings: Lessons learned from Horizon studies*. The Population Council: New York.

WHO. 2001. *New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications: Conclusions and Recommendations*. WHO Technical Consultation on Behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. WHO: Geneva.

Askew I, M Berer. 2003. The contribution of sexual and reproductive health services to the fight against HIV/AIDS: A review. [electronic version]. *Reproductive Health Matters* 11 (22): 51–73. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/frontiers/journals/AskewBerer.pdf>

Baggaley R et al. *Men Make a Difference: Involving Fathers in the Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission*. Unpublished. 30 July 2004, <http://topics.developmentgateway.org/pmtct/rc/filedownload.do?itemId=249493>

Callahan K, L Cucuzza. *Family Planning Plus: HIV/AIDS Basics for NGOs and Family Planning Program Managers. Integrating Reproductive Health and HIV/AIDS for NGOs, FBOs & CBOs, Vol. 1*. Centre for Development and Population Activities (CEDPA): Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.cedpa.org/publications/familyplanningplus/familyplanningplus.html>

CDC. 1998. *Human Immunodeficiency Virus Type 2*. 30 July 2004, <http://www.cdc.gov/hiv/pubs/facts/hiv2.htm>

DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.

DeZoysa I. 2002. Strategic approaches for preventing HIV infections in infants: Balancing priorities in different settings. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7–12 July.

Epstein H et al. 2002. *HIV/AIDS Prevention Guidance for Reproductive Health Professionals in Developing-Country Settings*. The Population Council and UNFPA: New York. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/hivaidsguidance.pdf>

Gaillard P et al. 2002. Reduction of HIV in infants: WHO strategic approaches. Presented at the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain, 7–12 July.

- Hankins C. 2002. Preventing mother-to-child transmission of HIV in developing countries: Recent developments and ethical considerations. *Reprod Health Matters* 8(15): 87–92.
- Howard-Grabman L, G Snetro. 2002. *How to Mobilize Communities for Health and Social Change*. Save the Children and Johns Hopkins University Center for Communication Programs/Population Communication Services: Baltimore, MD.
- Lawn J et al. 2003. Part One: The unheard cry for newborn health, in *The Healthy Newborn: A Reference Manual for Program Managers*. Unpublished. pp. 1.1–1.64. Retrieved 30 July 2004, from http://www.careusa.org/careswork/whatwedo/health/downloads/healthy_newborn_manual/part1.pdf
- Moore M. 2003. *A Behavior Change Perspective on Integrating PMTCT and Safe Motherhood Programs: A Discussion Paper*. The CHANGE Project AED: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.changeproject.org/pubs/PMTCT-SafeMotherhood.pdf>
- Preble EA and EG Piwoz. 2002. *Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV in Asia: Practical Guidance for Programs*. Linkages Project/Academy for Educational Development: Washington, DC. Retrieved 30 July 2004, from <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003a. *Family planning and PMTCT services: Examining interrelationships, strengthening linkages*. *Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctfp.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003b. *HIV voluntary counseling and testing: an essential component in preventing mother-to-child transmission of HIV*. *Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctvct.pdf>
- Rutenberg N et al. 2003c. *Infant feeding counseling within Kenyan and Zambian PMTCT services: How well does it promote good feeding practices? Horizons Research Summary*. Population Council: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctif.pdf>
- White V et al. 2003. *Men and Reproductive Health Programs: Influencing Gender Norms*. The Synergy Project: Washington, DC. 30 July 2004, http://www.synergyaids.com/SynergyPublications/Gender_Norms.pdf
- Wilson, P. 1999. *Our Whole Lives; Sexuality Education for Grades 7-9*. Unitarian Universalist Association: Boston. www.uua.org/bookstore.

Модуль 3 — Мероприятия ППМР

Ключевые ресурсы

Anderson JR. 2002. *Care of Women with HIV Living in Limited Resource Settings: HIV and Pregnancy*. Johns Hopkins HIV Women's Health Program: Baltimore, MD. 30 July 2004, <http://www.reproline.jhu.edu/video/hiv/tutorials/English/index.htm>

Dabis F and V Leroy. 2000. Preventing mother-to-child transmission of HIV: Practical strategies for developing countries. *AIDS Read* 10(4): 241–244.

Perinatal HIV Guidelines Working Group, US Public Health Service Task Force. 2004. Public health service task force recommendations for use of antiretroviral drugs in pregnant HIV-1-infected women for maternal health and interventions to reduce perinatal HIV-1 transmission in the United States. Retrieved 19 September 2004, from <http://AIDSinfo.nih.gov>

Anderson JR (ed). 2001. *A Guide to the Clinical Care of Women with HIV*. US Department of Health and Human Services, Health Resources and Services Administration: Rockville, MD.

Besser M et al. 2002. *Changing Obstetric Practices in the Context of HIV: An Evaluation of Service Provision in the National PMTCT Learning Sites*. Health Systems Trust: Durban, South Africa. 30 July 2004, <ftp://ftp.hst.org.za/pubs/pmtct/pmtctobs.pdf>

Bhana N et al. 2002. Zidovudine: A review of its use in the management of vertically-acquired pediatric HIV infection. *Paediatr Drugs* 4(8): 515–553.

Brocklehurst P and J Volmink. 2002. Antiretrovirals for reducing the risk of mother-to-child transmission of HIV infection [Abstract]. *Cochrane Database Syst Rev* (1): CD003510. 30 July 2004, http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi?cmd=Retrieve&db=PubMed&list_uids=12076484&dopt=Abstract

Bulterys M et al. 2002. Role of traditional birth attendants in preventing perinatal transmission of HIV. *BMJ* 324: 222–225.

CDC. 2002. *The Science of HIV Prevention: A Review of Proven Approaches and Future Directions*. CDC: Atlanta, GA.

Chris Hani Baragwanath Hospital Perinatal HIV Research Unit. 2004. South African Patient Brochures on HIV Infection, Testing, Treatment, and Management during Pregnancy. 30 July 2004, <http://www.womenchildrenhiv.org/wchiv?page=pi-13-00>

Connor EM and RS Sperling et al. 1994. Reduction of maternal-infant transmission of human immunodeficiency virus type 1 with zidovudine treatment for the pediatric aids clinical trials group protocol 076 study group. *NEJM* 331: 1173–1180. 30 July 2004, <http://content.nejm.org/cgi/content/full/331/18/1173>

- Cunningham C et al. 2002. Development of resistance mutations in women receiving standard antiretroviral therapy who received intrapartum nevirapine to prevent perinatal human immunodeficiency virus type 1 transmission: A substudy of pediatric AIDS clinical trials group protocol 316. *J Infect Dis* 186(2): 181–188.
- Dabis F and DK Ekouevi et al. 2003. Effectiveness of a short course of zidovudine + lamivudine and peripartum nevirapine to prevent HIV-1 mother-to-child transmission. The ANRS 1201 ditrame-plus trial, Abidjan, Cote d'Ivoire. *IAS Conf HIV Pathog Treat 2003 Jul 13–16; 2nd: Abstract No. 219 Antiviral Therapy* 8(Suppl. 1):S236. 30 July 2004, <http://www.aegis.com/conferences/2ndiashivpt/219.html>
- DeCock KM et al. 2000. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: Translating research into policy and practice. *JAMA* 283(9): 1175–1182.
- Gielen AC et al. 2001. Quality of life among women living with HIV: The importance of violence, social support and self-care behaviors. *Soc Sci Med* 52(2): 315–322.
- Hirschhorn L et al. 2003. *Tool to Assess Site Program Readiness for Initiating Antiretroviral Therapy (ART)*. John Snow (for the US Agency for International Development): Boston, MA.
- International Perinatal HIV Group. 1999. The mode of delivery and the risk of vertical transmission of human immunodeficiency virus type 1: A meta-analysis of 15 prospective cohort studies. *N Engl J Med* 340(13): 977–987.
- Ioannidis et al. 2001. Perinatal transmission of human immunodeficiency virus type 1 by pregnant women with RNA virus loads <1000 copies/ml. *J Infect Dis* 183: 539–545.
- Israel E, M Kroeger. 2003. Integrating prevention of mother-to-child HIV transmission into existing maternal, child, and reproductive health programs. *Pathfinder International Technical Guidance Series*, No. 3. Pathfinder International: Watertown, MA. 30 July 2004, http://www.pathfind.org/site/DocServer/Technical_Guidance_Series_3_PMTCTweb_01.pdf?docID=242
- Jackson JB et al. 2003. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: 18-month follow-up of the HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 2003.362(9387):859-868.
- Kourtis A et al. 2001. Understanding the timing of HIV transmission from mother to infant. *JAMA* 285(6): 709–712.
- Kroeger M. 2002. *ARV Prophylaxis for Prevention of MTCT of HIV in a Resource Poor Setting*. Linkages Project, Academy for Educational Development: Washington, DC.
- Lindgren S, C Ottenbald and A Bohlin. 1998. Pregnancy in HIV-infected women. counseling and care—12 years' experiences and results. *Acta Obstet Gynecol Scand* 77: 532–541.
- Malonza I et al. 2003. The effect of rapid HIV testing on uptake of perinatal HIV-1 interventions: A randomized clinical trial. *AIDS* 17: 113–118.
- McIntyre J and G Gray. 2002. What can we do to reduce mother to child transmission of HIV? *BMJ* 324: 218–221.

- Mofenson LM. 2003. Advances in the prevention of vertical transmission of human immunodeficiency virus. *Sem Pediatr Infect Dis* 14: 295-308.
- Mofenson L, P Munderi. 2002. Safety of antiretroviral prophylaxis of perinatal transmission for HIV-infected pregnant women and their infants. *J Acq Immune Defic Syndr* 30(2): 200–215.
- Moodley D et al. 2003. A multicenter randomized controlled trial of nevirapine versus a combination of zidovudine and lamivudine to reduce intrapartum and early postpartum mother-to-child transmission of human immunodeficiency virus type 1. *J Infect Dis* 187: 725–735.
- Peiperl L. 2002. *Antiretroviral treatments to reduce mother-to-child transmission of HIV*. Unpublished. 30 July 2004, <http://www.hivinsite.com/InSite.jsp?page=kbr-07-02-03&doc=3098.0098>
- Petra Study Team. 2002. Efficacy of three short-course regimens of zidovudine and lamivudine in preventing early and late transmission of HIV-1 from mother-to-child in Tanzania, South Africa and Uganda (Petra Study): A randomized double-blind, placebo-controlled trial. *Lancet* 359: 1178–1186.
- Preble EA, D Huber, E Piwoz. 2003. *Family Planning and the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: Technical and Programmatic Issues*. Advance Africa: Washington DC.
- Shaffer N, R Chuachoowong et al. 1999. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. Bangkok Collaborative Perinatal HIV Transmission Study Group. *Lancet* 353: 773–780.
- UNAIDS. 2003. *A conceptual framework and basis for action: HIV/AIDS stigma and discrimination*. World AIDS Campaign 2002–2003, UNAIDS Best Practice Collection. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS: Geneva.
- UNICEF. 2002. *Mother-to-child transmission of HIV: A UNICEF FACT Sheet*. UNICEF: New York.
- USAID/Synergy. 2004. *Women's Experiences with HIV Serodisclosure in Africa: Implications for VCT and PMTCT*. Meeting Report. Washington, DC, 2 April 2003. USAID: Washington, DC. March 30 July 2004, <http://www.synergyaids.com/documents/VCTDisclosureReport.pdf>
- Wiktor SZ, E Ekpini et al. 1999. Short-course oral zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Abidjan, Côte d'Ivoire: a randomised trial [electronic version]. *Lancet* 353(9155): 781–5.
- WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Treatment guidelines for a public health approach*. [2003 Revision]. WHO: Geneva. 30 July 2004, http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf
- WHO and UNAIDS. Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa. UNAIDS and WHO Press Release 7/00. 30 July 2004, <http://hivinsite.ucsf.edu/InSite?page=md-01-01&doc=3098.0061>

Модуль 4 — ВИЧ-инфекция и вскармливание

Ключевые ресурсы

Nduati R et al. 2000. Effect of breast feeding and formula feeding on transmission of HIV-1: A randomized clinical trial. *JAMA* 283: 1167–1174.

WHO and UNAIDS. 2004. *HIV and infant feeding counselling tools*. Currently in print, to be available in late 2004 from http://www.who.int/child-adolescent-health/NUTRITION/HIV_infant.htm

WHO. 2000. New Data on the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Their Policy Implications. *WHO Technical consultation on behalf of the UNFPA/UNICEF/WHO/UNAIDS Inter-Agency Task Team on Mother-to-Child Transmission of HIV. 11–13 October 2000, Geneva*. WHO: Geneva. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/CHILD_HEALTH/MTCT_Consultation.htm

WHO 2000. *HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course. Participant's Manual*. WHO: Geneva. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Participants_Manual.pdf

Black R, C Victora. 2002. Optimal duration of exclusive breastfeeding in low income countries. *BMJ* 325: 1252–1253.

Coutsoudis A, N Rollins. 2003. Breast-feeding and HIV transmission: The jury is still out. *J Pediatr Gastroenterol Nutr* 36(4): 434–442.

Coutsoudis A et al. 2001. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: Prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS* 15: 379–387.

Coutsoudis A et al. 1999. Influence of infant-feeding patterns on early mother-to-child transmission of HIV-1 in Durban, South Africa: A prospective cohort study. South African Vitamin A Study Group. *Lancet* 354: 471–476.

Ezzati M et al. and the Comparative Risk Assessment Collaborating Group. 2002. Selected major risk factors and global and regional burden of disease. *Lancet* 360: 1347–1360.

Fawzi W et al. 2002. Transmission of HIV-1 through breastfeeding among women in Dar es Salaam, Tanzania. *J Acq Immune Defic Syndr* 31: 331–338.

Fowler M, M Newell. 2002. Breast-feeding and HIV-1 transmission in resource-limited settings. *J Acq Immune Defic Syndr* 30(2): 230–239.

Mbori-Ngacha D et al. 2001. Morbidity and mortality in breastfed and formula-fed infants of HIV-1 infected women: A randomized clinical trial. *JAMA* 286(19): 2413–2420.

- Regional Centre for Quality of Health Care (RCQHC) and the USAID. 2003. *Counselling Mothers on Infant Feeding for the Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Job-Aid for Primary Health Care Workers*. RCQHC: Kampala, Uganda.
- Rousseau CM et al. 2003. Longitudinal analysis of human immunodeficiency virus type 1 RNA in breast milk and of its relationship to infant infection and maternal disease. *J Infect Dis* 187 (5): 741–747.
- Shapiro, RL et al. 2003. Low adherence to recommended infant feeding strategies among HIV-infected women: results from the pilot phase of a randomized trial to prevent mother-to-child transmission in Botswana. *AIDS Education and Prevention* 15 (3): 221–230. The Guilford Press.
- Taha TE et al. 2003. Short postexposure prophylaxis in newborn babies to reduce mother-to-child transmission of HIV-1: NVAZ randomized trial. *Lancet* 362: 1171–1177.
- WHO Secretariat, Fifty-Fifth World Health Assembly. 2002. *Infant and Young Child Nutrition: Global Strategy on Infant and Young Child Feeding*. 30 July 2004, http://www.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA55/ea5515.pdf
- WHO. 2001. The optimal duration of exclusive breastfeeding. *Report of an Expert Consultation, 28–30 March 2001, Geneva, Switzerland*. WHO Department of Nutrition for Health Development/Department of Child and Adolescent Health and Development: Geneva. 26 September 2003, http://www.who.int/nut/documents/optimal_duration_of_exc_bfeeding_report_eng.pdf
- WHO. 2000. *HIV and Infant Feeding Counselling: A Training Course. Trainer's Guide*. WHO: Geneva. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_Inf_Feeding/Trainers%20_Guide.pdf
- WHO and UNAIDS. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for decision-makers*, 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_DM.pdf
- WHO and UNAIDS. 2003. *HIV and infant feeding: Guidelines for health care managers and supervisors*. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/HIV_IF_MS.pdf
- WHO, CDD Programme, and UNICEF 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Director's Guide*. Unpublished. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Breastfeeding/Directors_Guide.pdf
- WHO, CDD Programme, and UNICEF 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Trainer's Guide*. Parts 1–4. Unpublished. 30 July 2004, <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>
- WHO, CDD Programme, and UNICEF. 2002. *Breastfeeding Counselling: A Training Course. Participant's Manual*. Parts 1–4. Unpublished. 30 July 2004, <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/NUTRITION/BFC.htm>
- WHO 2001. *Breastfeeding and Replacement Feeding Practices in the Context of Mother-To-Child Transmission of HIV: An Assessment Tool for Research*.

Unpublished. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/NUTRITION/Tool-breast_feeding.htm

Модуль 5 — Стигматизация, дискриминация и ПМП

Ключевые ресурсы

CDC. 2000. *HIV-related knowledge and stigma*. 30 July 2004, <http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm4947a2.htm>

Mukasa S et al. 2001. Uganda: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in UNAIDS Best Practice Collection. 30 July 2004, http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC590-Uganda_en%26%2346%3bpdf

Aggleton P. 2001. Comparative analysis: Research studies from India and Uganda. HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in UNAIDS Best Practice Collection. 30 July 2004, http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC650-CompAnal_en%26%2346%3bpdf

Bharat S. 2001. India: HIV and AIDS-related discrimination, stigmatization and denial, in *UNAIDS Best Practice Collection*. 30 July 2004, http://www.unaids.org/en/other/functionalities/ViewDocument.asp?href=http%3a%2f%2fgva-doc-owl%2fWEBcontent%2fDocuments%2fpub%2fPublications%2fIRC-pub02%2fJC587-India_en%26%2346%3bpdf

Busza J. 1999. Literature review: Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities, in *Horizons Global Operations Research on HIV/AIDS/STI Prevention and Care*. The Population Council: New York.

Gilbert L, L Walker. 2002. Treading the path of least resistance: HIV/AIDS and social inequalities. A South African case study. *Soc Sci Med* 54: 1093–1110.

Gilmore N, M Somerville. 1994. Stigmatisation, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: Overcoming 'them' and 'us.' *Soc Sci Med* 39(9): 1339–1358.

Health Resources and Services Administration, US Department of Health and Human Services, 2003. *Stigma and HIV/AIDS: A review of the literature—introduction*: Rockville, MD. 30 July 2004, <http://hab.hrsa.gov:80/publications/stigma/introduction.htm>

International Center for Research on Women (ICRW). 2002. *Addressing HIV-related stigma and resulting discrimination in Africa: a three-country study in Ethiopia, Tanzania, and Zambia* [Information Bulletin]. 30 July 2004, http://www.icrw.org/docs/Stigma_Africa_InfoBulletin_302.pdf

- International Center for Research on Women (ICRW). 2002. *Understanding HIV-related stigma and resulting discrimination in sub-Saharan Africa. Emerging themes from early data collection in Ethiopia, Tanzania and Zambia* [Research Update]. 30 July 2004, http://www.icrw.org/docs/Stigma_ResearchUpdate_062502.pdf
- Kidd R. 2003. *Anti-Stigma toolkit: A research-based adult education curriculum to address stigma and discrimination against PLWHAs*. The CHANGE Project, Academy for Educational Development/The Manoff Group: Washington, DC.
- Malcolm A et al. 1998. HIV and AIDS-related stigmatisation and discrimination: Its form and contexts. *Critical Public Health* 8(4): 347–370.
- Moore M. 2003. *A behavior change perspective on integrating PMTCT and safe motherhood programs: A discussion paper*. The CHANGE Project: Washington, DC.
- Panos Institute. 2001. Stigma, HIV/AIDS and prevention of mother-to-child transmission: Women, children, and HIV. Resources for prevention and treatment CD ROM, in *HIV InSite and Global Strategies for HIV Prevention*, 2nd ed. Panos Institute: Washington, DC.
- Parker R, P Aggleton. 2003. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 57(1): 13–24.
- Parker R, P Aggleton, K Attawell, J Pulerwitz, L Brown. 2002. *HIV/AIDS-related stigma and discrimination: A conceptual framework and an agenda for action*. Horizons Program, The Population Council, Inc.: New York.
- Rutenberg N, ML Field-Nguer, L Nyblade. 2001. *Community involvement in the prevention of mother-to-child transmission of HIV: Insights and recommendations*. The Population Council, ICRW, Glaxo: New York.
- Seaton R (ed). 2003. *HIV/AIDS stigma in HRSA care action*. US Department of Health and Human Services Health Resources & Services Administration, HIV/AIDS Bureau: Rockville, MD.
- UNAIDS. An overview of HIV/AIDS-related stigma and discrimination [Fact Sheet]. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/Publications/Fact-Sheets02/FSstigma_en_doc.htm
- UNAIDS/IPU. 1999. *Handbook for legislators on HIV/AIDS, law and human rights: Action to combat HIV/AIDS in view of its devastating human, economic and social impact*. UNAIDS/IPU: Geneva. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc259-ipu_en_pdf.pdf
- UNAIDS, OHCHR. 2002. HIV/AIDS and human rights, international guidelines: Third international consultation on HIV/AIDS and human rights [Guideline 6]. Geneva, 25–26 July, 2002. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub02/JC905-Guideline6_en_pdf.pdf
- UNAIDS. 1993. *Stigma and discrimination*. Fact sheet. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/publications/fact-sheets03/fs_stigma_discrimination_en_pdf.pdf

- UNAIDS and WHO. *Fighting HIV-related intolerance: Exposing the links between racism, stigma and discrimination*. (Prepared in consultation with the Office of the High Commission for Human Rights). 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/BPracism_en_doc.htm
- Valdiserri R. 2002. HIV/AIDS stigma: An impediment to public health. *Am J Public Health* 92: 341–342.
- Weiss MG, J Ramakrishna. 2001. Interventions: Research on reducing stigma. Presented at Stigma and Global Health: Developing a Research Agenda. Bethesda, MD. 30 July 2004, <http://www.stigmaconference.nih.gov/WeissPaper.htm>
- World Bank. 2000. *Confronting AIDS*. Oxford University Press: New York.
- WHO. HIV/AIDS World AIDS Campaign 2002–2003, Live and Let Live. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/events/wad2003/dec1/en/>

Модуль 6 — Тестирование на ВИЧ и консультирование с целью ППМР

Ключевые ресурсы

WHO and CDC. 2004. *Rapid HIV Tests: Guidelines for Use in HIV Testing and Counselling Services in Resource-Constrained Settings*. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/en/rapidhivtests/en.pdf>

WHO. 2003. *The right to know. New approaches to HIV testing and counselling*. WHO: Geneva. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/pub/vct/pub34/en/print.html>

CDC. 2001. Revised guidelines for HIV counseling, testing, and referral and revised recommendations for HIV screening pregnant women. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50(RR-19).

Commonwealth Regional Health Community Secretariat (CRHCS). 2002. *HIV/AIDS voluntary counselling and testing: review of policies, programmes and guidance in East, Central and Southern Africa*. CRHCS: Arusha, Tanzania.

Family Health International. 2004. *Preparedness of voluntary counseling and testing centers in Kenya to provide family planning*. 30 July 2004, <http://www.fhi.org/en/RH/Pubs/Briefs/KenyaVCT.htm>

Family Health International. 2003. *HIV voluntary counseling and testing: A reference guide for counselors and trainers*. Family Health International: Research Triangle Park, NC.

Family Health International. 2003. *Models of HIV voluntary counselling and testing (VCT) service delivery*. 30 July 2004, <http://www.fhi.org/en/HIVAIDS/Publications/FactSheets/vctmodels.htm>

Kankasa C et al. 2002. *Why do women accept VCT during antenatal care? The experience the prevention of mother-to-child transmission of HIV program in Zambia*. Horizons Project, The Population Council: Washington, DC.

Pronyk PM et al. 2002. The introduction of voluntary counselling and rapid testing for HIV in rural South Africa: From theory to practice. *AIDS Care* 14(6): 859–865.

UNAIDS. 2001. *Counselling and voluntary HIV testing for pregnant women in high HIV prevalence countries: Elements and issues*. UNAIDS: Geneva. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub01/jc245-couns&test_en_pdf.pdf

Модуль 7 — Обеспечение матерей и семей с ВИЧ-инфекцией лечением, помощью и поддержкой

Ключевые ресурсы

Food & Agriculture Organization of the United Nations (FAO) and WHO. 2002. *Living well with HIV/AIDS: a manual on nutritional care and support for people living with HIV/AIDS*. <http://www.fao.org/DOCREP/005/Y4168E/Y4168E00.HTM>

Rutenberg N, ML Field-Nguer, L Nyblade. Undated. *Community involvement in initiatives to prevent mother-to-child transmission of HIV*. The Population Council and the International Center for Research on Women. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/mtct.pdf>

Demarco R, M Lynch, R Board. 2002. Mothers who silence themselves: A concept with clinical implications for women living with HIV/AIDS and their children. *J Pediatr Nurs* 17(2): 89–95.

Kitahata M et al. 2002. Comprehensive health care for people infected with HIV in developing countries. *BMJ* 325: 954–957.

Mbori-Ngacha D, O Ogutu. 2002. *Integrating the prevention of mother-to-child transmission of HIV into existing maternal and child health services in PMTCT training curriculum*. Horizons, Kenya PMTCT Project.

Moss WJ, CJ Clements, N Halsey. 2003. Immunization of children at risk of infection with human immunodeficiency virus. *Bulletin of the World Health Organization* 81:61–70. 30 July 2004, [http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81\(1\)61-70.pdf](http://www.who.int/docstore/bulletin/pdf/2003/bul-1-E-2003/81(1)61-70.pdf)

Woods, MN: 1999. Dietary recommendations for the HIV/AIDS patient. In: *Nutritional Aspects of HIV Infection*, ed. T. Miller and SL. Gorbach, Arnold Press, London. pp 191–203

Working Group on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children. 2004. *Guidelines for the use of antiretroviral agents in pediatric HIV infection*. 30 July 2004, http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/pediatric/PED_012004.pdf

WHO. 2004. *Scaling up antiretroviral therapy in resource-limited settings: Recommendations for initiating antiretroviral therapy in adults and adolescents with documented HIV infection*. 30 July 2004, http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/arvrevision2003en.pdf

WHO. July 2003. *A reference guide on HIV-related care, treatment and support of HIV infected women and their children in resource-constrained settings [Draft]*. 30 July 2004, www.ahfngi.org/global_pdf/refguide_toc.doc

WHO. 2003. Emergency scale up of antiretroviral therapy in resource limited settings: Technical and operational recommendations to achieve 3 by 5. 30 July 2004, http://www.who.int/3by5/publications/documents/en/zambia_doc_final.pdf

- WHO and Child and Adolescent Health and Development. 2002. *Integrated management of childhood illness* [IMCI] guidelines. 30 July 2004, <http://www.who.int/child-adolescent-health/integr.htm>
- WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2001. Introduction of hepatitis B vaccine into childhood immunization services. Management guidelines, including information for health workers and parents. 30 July 2004, www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF01/www613.pdf
- WHO, Regional Office for Africa, IMCI Unit, Division for Prevention. 2001. *Report on the workshop on adaptation of IMCI guidelines to include HIV/AIDS, Harare, 18 to 23 June 2001: Draft*. 30 July 2004, http://www.who.int/child-adolescent-health/New_Publications/HIV/report_HIV_Harare.htm
- WHO, Department of Vaccines and Biologicals. 2000. *Introduction of haemophilus influenzae type B vaccine into immunization programmes: Management guidelines, including information for health workers and parents*. 30 July 2004, <http://www.who.int/vaccines-documents/DocsPDF99/www9940.pdf>
- WHO, UNAIDS. 2000. *Provisional WHO/UNAIDS secretariat recommendations on the use of cotrimoxazole prophylaxis in adults and children living with HIV/AIDS in Africa*. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/publications/irc-pub04/recommendation_en_pdf.pdf

Модуль 8 — Безопасность и помощь на рабочем месте

Ключевые ресурсы

CDC. 2001. Updated US public health service guidelines for the management of occupational exposure to HBV, HCV and HIV and recommendations for postexposure prophylaxis. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 50(No. RR-11): 1–42. 30 July 2004, <http://www.cdc.gov/mmwr/PDF/rr/rr5011.pdf>

WHO. 2004. Post-exposure prophylaxis. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/index.html>

WHO. 2003. His life and her trust are in your hands. [electronic version]. 30 July 2004, <http://www.injectionsafety.org>

WHO. 2003. Secretariat of the Safe Injection Global Network. Health care worker safety. Aide-memoire. 30 July 2004, http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/AM_HCW_Safety_EN.pdf

CDC. 1996. *Exposure to blood—what health-care workers need to know*. 30 July 2004, http://www.cdc.gov/ncidod/hip/blood/exp_blood.htm

CDC. 1989. Guidelines for transmission of human immunodeficiency virus and hepatitis B virus to health care and public-safety workers. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 38(S-6).

Israel E, M Kroeger. 2003. *Integrating prevention of mother-to-child transmission into existing maternal, child, and reproductive health programs*. Pathfinder International: Watertown, MA, pp 9–11. 30 July 2004, <http://www.pathfind.org>

Mountain Plains AIDS Education & Training Center in Consultation with the National Clinicians' Postexposure Prophylaxis (PEP) Hotline. 2002. *PEP steps: A quick guide to postexposure prophylaxis in the health care setting*. 30 July 2004, <http://www.uchsc.edu/mpaetc/images/PEP%20web.pdf>

Tietjen L, D Bossemeyer, N McIntosh. 2003. Prevention: Guidelines for Healthcare Facilities with Limited Resources. [electronic version]. JHPIEGO Corporation, Baltimore. MD. 30 July 2004, http://www.reproline.jhu.edu/english/4morerh/4ip/IP_manual/ipmanual.htm

UCSF Center for AIDS Prevention Studies. *Fact sheet: What is post-exposure prevention (PEP)?* [electronic version]. 30 July 2004, <http://www.caps.ucsf.edu/PEP.html>

WHO. 2003. *Post exposure prophylaxis*. 30 July 2004, <http://www.who.int/hiv/topics/prophylaxis/en/print.html>

WHO. 2001. Best infection control practices for skin-piercing intradermal, subcutaneous, and intramuscular needle injections. 30 July 2004, http://www.who.int/injection_safety/toolbox/en/LeafletBestPracticesPrinter.pdf

Модуль 9 — Оценка программы ППМР

Ключевые ресурсы

Family Health International and The Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation. 2003. Baseline assessment tools for preventing mother-to-child transmission (PMTCT) of HIV. 30 July 2004, <http://www.fhi.org/NR/rdonlyres/ejkelmgqgkbungmsmuzbeaiys3rjpgbnzed5jtygb26iny2vhlk4naexoprcwoy6u6e5vnsfcd4yga/PMTCTreportcorrectedFINAL.pdf>

Preble EA, EG Piwoz. 2001. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: Practical guidance for programs. Support for Analysis and Research in Africa (SARA) Project, Academy for Educational Development: Washington, DC. 30 July 2004, <http://www.aed.org/publications/healthpublications/mtctjuly17.pdf>

UNICEF, UNAIDS, WHO and Children's Fund Organisation. September 2001. Local monitoring and evaluation of the integrated prevention of mother to child transmission in low-income countries. [electronic version] Draft. 30 July 2004, http://www.unaids.org/html/pub/Publications/IRC-pub03/ME2001_en_doc.htm

Health Communication Partnership. 2003. *The new p-process, steps in strategic communication*. 30 July 2004, <http://www.hcpartnership.org/Publications/P-Process.pdf>

Kanshana S, R Simonds. 2002. National program for preventing mother-child HIV transmission in Thailand: Successful implementation and lessons learned. *AIDS* 16(7):953–959.

McCoy D et al. 2002. Interim findings on the national PMTCT pilot sites: Lessons and recommendations. Health Systems Trust, Department of Health: South Africa.

MEASURE evaluation HIV guide. 2000. 30 July 2004, <http://www.cpc.unc.edu/measure/publications/unaids-00.17e/un-00.17e-en.pdf>

Preble EA, EG Piwoz. 2002. *Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Asia: Practical guidance for programs*. Linkages Project. 30 July 2004, <http://www.aed.org/publications/AsiaPMTCT.pdf>

Rutenberg N, S Kalibala, C Baek, J Rosen. 2003. *Programme Recommendations for the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV: A Guide for Managers*. UNICEF. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/pmtctunicefevalprogmgr.pdf>

Rutenberg N, S Kalibala, C Mwai. 2002. *Integrating HIV Prevention and Care into Maternal and Child Health Care Settings: Lessons Learned from Horizon Studies*. The Population Council: New York.

Stringer EM et al. 2003. Prevention of mother-to-child transmission of HIV in Africa: Successes and challenges in scaling-up a nevirapine based program in Lusaka, Zambia. *AIDS* 17(9): 1377–1382.

Synergy Project. 2003. *APDIME toolkit resources for HIV/AIDS program managers* [CD-ROM]. 30 July 2004, <http://www.synergyaids.com/>

USAID. 2003. Meeting discusses effective programs for preventing mother-to-child HIV transmission. [electronic version] Washington, DC, 16 December 2003. The Population Council: Washington, DC USA. 30 July 2004, <http://www.popcouncil.org/horizons/mtgs/dcmtct03.html>

Wilson D. 2001. *HIV/AIDS rapid assessment guide*. [electronic version]. Family Health International: Research Triangle Park, NC. 30 July 2004, http://www.dec.org/pdf_docs/PNACP112.pdf

UNAIDS and World Health Organization. 2004. *National Guide to Monitoring and Evaluating Programmes for the Prevention of HIV in Infants and Young Children*. 30 July 2004, http://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/nationalguideyoungchildren.pdf

Дополнительную информацию можно получить:

Всемирная организация здравоохранения
Департамент ВИЧ/СПИДа
20, Avenue Appia, CH-1211 Geneva 27, Switzerland
E-mail: hiv-aids@who.int
<http://www.who.int/hiv/en>

ISBN 92 4 159205 2



9 789241 592017