

**МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ И СОЦИАЛЬНОГО РАЗВИТИЯ
РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ**

ПИСЬМО

28 августа 2006 г.

N 4614-BC

**ОБ ОРГАНИЗАЦИИ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ
ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ
И РОЖДЕННЫМ ИМИ ДЕТЯМ**

Министерство здравоохранения и социального развития Российской Федерации направляет методическое письмо "Организация медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям" для использования в работе лечебно-профилактических учреждений, оказывающих медицинскую помощь беременным ВИЧ-инфицированным и рожденным ими детям.

Заместитель Министра
В.И.СТАРОДУБОВ

**ОРГАНИЗАЦИЯ МЕДИКО-СОЦИАЛЬНОЙ ПОМОЩИ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМ
БЕРЕМЕННЫМ ЖЕНЩИНАМ И РОЖДЕННЫМ ИМИ ДЕТЯМ**

МЕТОДИЧЕСКОЕ ПИСЬМО

В современных условиях модернизации здравоохранения, направленной на повышение доступности и качества медико-социальной помощи, охрана материнства и детства, сохранение и укрепление здоровья населения в целом остаются стратегическими целями и приоритетными государственными задачами, обозначенные в послании Президента Российской Федерации Федеральному собранию от 10 мая 2005 г.

Настоящее методическое письмо подготовили специалисты Научного центра акушерства, гинекологии и перинатологии РАМН Кулаков В.И., Баранов И.И., Савельева И.С., Научно-практического центра по профилактике и лечению ВИЧ/СПИДа у беременных женщин и детей Росздрава Воронин Е.Е., Терентьева Ж.В., Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом Роспотребнадзора Покровский В.В., Юрин О.Г., Ладная Н.Н., Козырина Н.С., Кафедры инфекционных болезней РМАПО (г. Санкт-Петербург) Рахманова А.Г., Департамента медико-социальных проблем семьи, материнства и детства Минздравсоцразвития России Шарапова О.В., Садовникова В.Н.

Список сокращений

ВИЧ - Вирус иммунодефицита человека.
СПИД - Синдром приобретенного иммунодефицита.
АРВП - Анतिретровирусная профилактика.
АРВТ - Анतिретровирусная терапия.
ЛПУ - Лечебно-профилактические учреждения.
КС - Кесарево сечение.

Введение

Одной из наиболее острых проблем является распространение ВИЧ-инфекции среди населения, следствием которого является увеличение смертности, снижение численности трудоспособного населения, уменьшение количества родившихся детей, депопуляция, снижение жизненного уровня и темпов экономического роста. Проблемой, порожденной эпидемией ВИЧ-инфекции, является передача инфекции от матери к ребенку во время беременности, родов и грудного вскармливания, устройство отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными

матерями, в дома ребенка, оказание им медико-социальной помощи, их воспитание и образование.

КонсультантПлюс: примечание.

Абзац приводится в соответствии с официальным текстом документа.

Основными задачами лечебно-профилактической работы являются: достижение рождения неинфицированного ребенка от ВИЧ-позитивной матери, оказание лечебно-защитного ухода, организация службы постоянного ухода для женщин и детей с ВИЧ/СПИДом.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом в Российской Федерации за период с 1987 до 2005 г. зарегистрировано свыше 334 тысяч случаев ВИЧ-инфекции среди россиян, в том числе 17233 случая среди детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно. Реальное количество людей живущих с ВИЧ/СПИД превышает данные официальной статистики и по оценкам UNAIDS и Федерального центра СПИД <*> в России в 2005 г. 1,2% населения в возрасте 15-49 лет были инфицированы ВИЧ, что соответствует 940000 человек живущих с ВИЧ.

За весь период эпидемии в России умерло около 416 ВИЧ-инфицированных детей в возрасте от 0 до 17 лет включительно, из них от СПИДа - 159 детей.

ВИЧ-инфекцией в России чаще всего поражается молодежь. Из всех людей, живущих с ВИЧ/СПИД, у 82% впервые ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 15-30 лет. К 2006 году 84% живущих с ВИЧ/СПИД находились в возрасте от 18 до 35 лет.

В 2005 г. в России было выявлено 35526 новых случаев ВИЧ-инфекции, что на тысячу двести человек (4%) больше, чем в 2004 г. (34306). С 1987 по 2006 год умерло всего 10237 инфицированных ВИЧ, при этом, по данным статистической отчетной формы N 61, только за 2005 г. умерло 6122 инфицированных ВИЧ.

Пораженность ВИЧ-инфекцией населения России продолжает увеличиваться и составила в конце 2005 г. 225,6 на 100000 населения (против 200,7 в 2004 г.). К концу 2005 г. 0,4% взрослого населения страны в возрасте от 15 до 49 лет были официально зарегистрированы как ВИЧ-инфицированные. В возрастной группе россиян 18-24 года было зарегистрировано 1% ВИЧ-инфицированных. Среди 100 тысяч ВИЧ-инфицированных женщин, зарегистрированных на конец 2005 г., более 80% женщины активного репродуктивного возраста.

Эпидемия ВИЧ-инфекции в России находится в концентрированной стадии. К 2006 г. ВИЧ-инфекция в значительной степени распространилась среди инъекционных потребителей наркотиков, коммерческих сексуальных работников и, возможно, среди мужчин, имеющих секс с мужчинами.

В последние четыре года в стране происходит передача инфекции от уязвимых групп в основное население половым путем. С 2003 года в стране половым путем преимущественно заражаются молодые женщины. Как следствие, в 2005 г. в стране среди 2,9 миллионов беременных женщин было 12836 инфицированных ВИЧ (0,4%). Более половины всех беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин в 2005 г. закончились родами, причем удельный вес родов в этой группе из года в год возрастает, что повышает значение профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку.

Случаи ВИЧ-инфекции зарегистрированы во всех субъектах РФ. Самые высокие темпы распространения ВИЧ-инфекции наблюдаются в экономически развитых регионах России. Именно там и будут сконцентрированы негативные последствия эпидемии. В нескольких регионах в 2005 году эпидемия перешла в генерализованную стадию, которая характеризуется распространенностью ВИЧ-инфекции более 1% среди беременных женщин. Среди беременных женщин 1-1,8% ВИЧ-инфицированных в 2005 г. было зарегистрировано в 5 регионах: Самарской, Ленинградской, Свердловской, Челябинской и Ульяновской областях. Несколько других регионов стояли на пороге генерализованной эпидемии, территории, где среди беременных женщин зарегистрировано 0,7-0,9% ВИЧ-инфицированных в 2005 г., к ним относились: Тюменская область, Ханты-Мансийский А.О., Иркутская, Оренбургская, Калининградская, Тверская, Ивановская области, г. Москва, г. Санкт-Петербург, Пермская область.

В ряде российских городов, например, в Тольятти (Самарская обл.), Иркутске или Орехово-Зуево (Московская обл.), официально зарегистрированы с ВИЧ инфекцией 6-8% молодых мужчин в возрасте 18-30 лет, это означает, что реальное количество живущих с ВИЧ мужчин в этих городах еще выше и молодые женщины имеют высокий риск заражения ВИЧ-инфекцией половым путем.

Растет число ВИЧ-инфицированных беременных. В последние годы частота выявления новых случаев ВИЧ-инфекции у беременных возросла в 600 раз (с 0,2 на 100 тыс. тестированных на ВИЧ в 1995 г. до 119,4 - к 2002 г.). В 2003-2005 гг. количество новых случаев ВИЧ-инфекции у беременных оставалось на высоком уровне 113,3-111,4 на 100 тыс. тестированных. При этом количество новых случаев ВИЧ-инфекции, выявленных среди беременных, достигло максимального значения в 2002 г., в ряде территорий было выявлено до 0,4-0,6% ВИЧ-инфицированных: в Самарской, Ленинградской, Московской, Свердловской, Ульяновской областях

и г. Санкт-Петербурге. В 2005 г. количество новых случаев ВИЧ-инфекции выявленных у беременных составляло 504 на 100 тыс. тестированных (Самарская область), 408 (Свердловская область), 363 (Иркутская область), 323 (Ленинградская область), 359 (Ульяновская область), 241 (г. Санкт-Петербург), 235 (Челябинская область), 233 (Тюменская область), 232 (Московская область). Показатель пораженности ВИЧ-инфекцией беременных в 2005 г. в РФ превышал в 4 раза показатель количества выявленных новых случаев ВИЧ-инфекции в аналогичной группе. Это связано с тем, что большинство живущих с ВИЧ женщин, как инфицированных ВИЧ ранее, так и зараженных в последний год, находятся в молодом возрасте, ранее откладывали беременность и роды, а в последние годы все чаще имеют беременность.

За период с 1987 по 2005 год число родов у ВИЧ-инфицированных женщин в Российской Федерации составило более 27 тысяч. При этом за последние пять лет оно увеличилось в 9 раз (с 668 родов в 2000 г. до 6639 родов в 2005 г.). По данным государственного федерального статистического наблюдения (форма N 32 "Сведения о медицинской помощи беременным, роженицам и родильницам") ежегодно около 20% ВИЧ-инфицированных беременных не состоят на учете по беременности в женской консультации и поступают в родовспомогательные учреждения уже на роды.

За весь период эпидемии до конца 2005 г. от ВИЧ-инфицированных матерей родилось 27551 живых детей, из них только в 2005 г. 6699 детей. Кумулятивное число детей с подтвержденным диагнозом ВИЧ-инфекция вследствие перинатальной передачи составило 1463. На диспансерном наблюдении до установления диагноза находились к концу 2005 г. 14031 детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями.

Частота перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в Российской Федерации до 2001 года составляла 19,4%, после внедрения антиретровирусной профилактики этот показатель в 2002-2003 годах снизился до 10,8% по данным формы государственной статистической отчетности N 61, в 2004-2005 гг. - 7,5%. Невысокая эффективность профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции в России обусловлена недостаточным охватом АРВП беременных в связи с поздним выявлением большого количества женщин и/или отсутствием АРВ препаратов. При универсальном доступе к трехкомпонентной профилактике по схемам ВААРТ риск перинатальной передачи ВИЧ-инфекции снижается до 1-2%.

По данным Федерального научно-методического центра по профилактике и борьбе со СПИДом и формы государственной статистической отчетности N 61 диагноз ВИЧ-инфекция впервые установлен во время беременности в 2005 г. у 33% женщин (4252 новых случая ВИЧ-инфекции среди всех 12836 беременностей у ВИЧ-инфицированных).

По данным формы государственной статистической отчетности N 61 АРВП получили: во время беременности 67% ВИЧ-инфицированных, закончивших беременность родами, во время родов - 86% и среди новорожденных - 94%. Проведено кесарево сечение у 12,6% ВИЧ-инфицированных беременных закончивших беременность родами.

По данным мониторинга, проводимого Научно-практическим центром по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям (Санкт-Петербург, Усть-Ижора) в соответствии с приказом Минздрава России от 16.09.2003 года N 442 "Об утверждении учетных форм для регистрации детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями", на 12.04.06 г. получено 4569 оперативных донесений о рождении детей ВИЧ-инфицированными матерями на территориях РФ в 2005 г. (без учета данных по г. Москве).

Анализ полученных данных показал, что на учете в женских консультациях на различных сроках беременности состояли 76,2% ВИЧ-инфицированных беременных, 21,5% на учете не состояли и, как правило, поступали в учреждения родовспоможения на роды, о 2,3% женщин данные отсутствуют. Среди женщин, состоявших на учете в женской консультации, 29,5% встали на учет на сроке до 12 недель, 30,6% - от 12 до 23 недель, 14,9% - 24-35 недель, более 36 недель - 1,6%, в 23,4% случаев - данных нет. Диагноз ВИЧ-инфекция впервые установлен во время беременности у 63% женщин, закончивших беременность родами, у 37% беременных ВИЧ-инфекция была выявлена в течение предыдущих 2-4 лет.

Антиретровирусная профилактика (АРВП) перинатальной передачи ВИЧ-инфекции во время беременности, во время беременности и в родах или только в родах проведена у 84,6% женщин, рожавших в 2005 году; у 13,9% АРВП не проводилась из-за позднего установления диагноза ВИЧ-инфекции и/или из-за отсутствия антиретровирусных препаратов.

Несмотря на увеличение показателей проведения перинатальной профилактики матерям (84,6%) и новорожденным (90,6%), процент проведения трехэтапной АРВП остается низким и составляет лишь 56,1%. Недостаточный охват трехэтапной АРВП объясняется тем, что только 57,6% женщин получили антиретровирусные препараты в период беременности и в родах, 23,4% - только в родах, а 3,6% женщин только в период беременности.

АРВП ВИЧ-инфекции новорожденным проведена в 92,6% случаев, у 6,8% детей она не проводилась, что связано с поздним установлением диагноза у матери и/или из-за отсутствия антиретровирусных препаратов; у 0,6% детей данные о проведении профилактики отсутствуют.

Операция кесарева сечения, потенциально снижающая риск передачи ВИЧ от матери ребенку, в 2005 г. была проведена у 17,2% женщин (преимущественно по акушерским показаниям в соответствии с действующими нормативными документами).

Большинство новорожденных, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей получали искусственное вскармливание. На грудном вскармливании от нескольких дней до нескольких месяцев находились 3,9% детей.

Удельный вес отказных детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей, в акушерских стационарах составил 5,3% (по данным формы государственной статистической отчетности N 32). Общее число отказных детей, рожденных ВИЧ-инфицированными матерями, за период 1987-2005 гг. составило около 2 тысяч.

Опыт наблюдения за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей, показал, что эти дети чаще подвержены различным тяжелым инфекциям, нередко с летальным исходом. Среди этой категории детей отмечаются высокие показатели смертности: показатель перинатальной смертности - 0,6% в 2,4 раза выше по сравнению с аналогичным среди детей общей популяции.

Основные принципы организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и рожденным ими детям

Организация медико-социальной помощи матери и ребенку осуществляется в соответствии с Основами законодательства Российской Федерации об охране здоровья граждан (в ред. Федерального законов от 02.03.1998 N 30-ФЗ, от 20.12.1999 N 214-ФЗ, от 02.12.2000 N 139-ФЗ, от 10.01.2003 N 15-ФЗ, от 27.02.2003 N 29-ФЗ, от 30.06.2003 N 86-ФЗ, от 29.06.2004 N 58-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ, с изм., внесенными Указом Президента РФ от 24.12.1993 N 2288) и Федеральным законом от 30.03.95 N 38-ФЗ "О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)" (в редакции Федеральных законов от 02.08.96 N 112-ФЗ, от 09.01.97 N 8-ФЗ, от 07.08.2000 N 122-ФЗ, от 22.08.2004 N 122-ФЗ), Постановлениями Правительства Российской Федерации: от 28.07.2005 г. N 461 "О программе государственных гарантий оказания гражданам Российской Федерации бесплатной медицинской помощи на 2005 год"; от 01.12.2004 г. N 715 "Об утверждении перечня социально значимых заболеваний и перечня заболеваний, представляющих опасность для окружающих"; от 27.12.2004 г. N 856 "Об утверждении Правил обеспечения бесплатными медикаментами для лечения ВИЧ-инфекции в амбулаторных условиях в федеральных специализированных медицинских учреждениях", а также ведомственными нормативными документами.

Важными направлениями в организации этой работы являются предотвращение инфицирования ВИЧ/СПИД среди подростков и молодых людей, обучение методам контрацепции, профилактика передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку, предоставление доступного современного лечения женщинам и детям с ВИЧ-инфекцией, социальной защиты и поддержки семьям и детям.

Основой организации медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и их детям, независимо от ВИЧ-статуса последних, является обеспечение этого контингента комплексным обследованием и лечением (АРВТ) в полном объеме, предоставление социальной помощи данной категории, мониторинг и оценка ситуации по ВИЧ-инфекции среди беременных и детей и информированность субъектов Российской Федерации о положении дел по данной проблеме.

Неуклонно возрастающее количество ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, привело к активному вовлечению в процесс оказания им медико-социальной помощи родовспомогательных и педиатрических учреждений. Для решения широкого спектра проблем у этой группы населения требуется привлечение большого круга специалистов медицинских, социальных и других организаций.

Совместная деятельность инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб должна быть направлена на первичную профилактику, выявление ВИЧ-инфицированных беременных и детей, привлечение их диспансерному наблюдению и лечению, обеспечение АРВП перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и адекватного обследования, социально-психологического сопровождения. В настоящее время в рамках одного специализированного учреждения - Центра по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, как правило, находящегося на уровне субъекта Российской Федерации, решить в целом все эти вопросы зачастую невозможно, поэтому назрела необходимость объединения усилий разных учреждений и организаций, которые постоянно работают с этой категорией населения. Целесообразно создать эффективный механизм оказания медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, который был бы применим в разных регионах Российской Федерации.

Количественные и качественные характеристики проблем, связанных с ВИЧ-инфицированием, могут существенно различаться в разных географических и административных территориях России. Особенности взаимодействия различных учреждений здравоохранения и социальных служб определяются совокупностью условий, связанных с уровнем пораженности и заболеваемости ВИЧ-инфекцией, адекватностью региональной нормативной правовой базы, ресурсным обеспечением родовспомогательных, педиатрических, социальных учреждений, центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД и финансовыми возможностями каждого субъекта Российской Федерации.

Организация системы взаимодействия инфекционной, родовспомогательной, педиатрической и социальной служб по оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям направлена на решение следующих задач:

- обеспечение консультирования по вопросам ВИЧ-инфекции и своевременного выявления ВИЧ-инфекции у беременных и детей;
- осуществление диспансерного дородового и послеродового наблюдения;
- проведение комплексной профилактики перинатальной передачи, включая более широкое применение трехэтапной АРВП;
- обеспечение нуждающихся высокоактивной АРВТ;
- обеспечение доступности искусственного вскармливания детей, родившихся от ВИЧ-инфицированных матерей;
- обеспечение социально-психологического сопровождения для женщин и детей;
- оценка эффективности проводимой профилактики и лечения, социально-психологического сопровождения;
- проведение обучения по вопросам ВИЧ-инфекции персонала, вовлеченного в оказание медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям.

На сегодняшний день проведение дородового и послеродового диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин и рожденных ими детей, АРВП перинатальной передачи проводится в родовспомогательных и педиатрических учреждениях. В территориальных центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД этой категории населения оказывается специализированная медицинская помощь (консультативная, диагностическая и лечебно-профилактическая). Но этот вид помощи не всегда является доступным из-за отдаленности учреждения от места проживания беременной женщины и ребенка, а также ее состояния по беременности, состоянию новорожденного в первые 18 месяцев жизни.

Учитывая, что в последние три года число ВИЧ-инфицированных беременных и соответственно рожденных ими детей неуклонно увеличивается, на акушеров-гинекологов и педиатров, работающих в центрах по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИД, ложится большая нагрузка по обеспечению приема и оказания помощи этой группе населения, контроля качества профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции и лечения. В этой связи меры профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку не должны применяться изолированно - по мере возможности их необходимо интегрировать в существующие инфраструктуры системы здравоохранения, обеспечивающие медицинский уход и охрану репродуктивного здоровья. Интеграция профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в родовспомогательную, педиатрическую и социальные службы уже начата в регионах, однако требует более четкого определения функций медицинских и социальных работников, основой которых являются виды и объемы помощи ВИЧ-инфицированным беременным и детям, уровень предоставления этой помощи.

Основные принципы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку

Серьезного снижения вероятности заражения ребенка от ВИЧ-положительной матери возможно достигнуть только при проведении всего комплекса мероприятий, включающих дотестовое и послетестовое консультирование беременной, тестирование, профилактику перинатальной передачи и, в случае необходимости, лечение ВИЧ-инфицированной беременной, рациональную тактику родоразрешения, искусственное вскармливание ребенка, дородовое и послеродовое диспансерное наблюдение за матерью и ребенком.

Своевременная полноценная комплексная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции снижает риск инфицирования ребенка до 1-2%.

Эффективная профилактика перинатальной передачи ВИЧ-инфекции снижает нагрузку на ЛПУ, небольшие ресурсы которых возможно направить на оказание медицинской помощи детям с другой патологией.

В России на федеральном уровне управление и реализация программы профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции осуществляется в рамках деятельности Координационного совета Минздравсоцразвития России. На государственном уровне разработаны

и утверждены приказы, стандарты и инструкции по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции для регуляции деятельности ЛПУ.

В территориях организация и управление программой осуществляется при тесном взаимодействии служб охраны материнства и детства и региональных центров по профилактике и борьбе с ВИЧ/СПИДом. Кроме того, с учетом эпидемиологической ситуации по ВИЧ, социально-экономических и демографических особенностей, в территориях изданы местные нормативные документы. К работе по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в России привлекается все большее число медицинских и социальных работников, в той или иной степени связанных с родовспоможением и детством. В оказании помощи в этой работе привлекаются не только врачи, но и средние медработники, психологи, педагоги, социальные работники.

Вместе с государственными структурами в работе по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в той или иной форме участвуют различные общественные и международные неправительственные организации.

Несмотря на имеющиеся трудности с материально-техническим обеспечением программы, необходимо отметить приоритет данного направления при решении вопросов финансирования, как на федеральном, так и на региональном уровнях. Органы управления здравоохранением мобилизуют имеющиеся материальные ресурсы, развивают новые направления деятельности, способствуя интеграции служб, внедрению новых диагностических и лечебных технологий, контролируют эффективность проводимых мероприятий, взаимодействуют с общественными организациями.

В комплексе мер по реализации программы прослеживаются все четыре стратегических компонента профилактики ВИЧ-инфекции у новорожденных на различных уровнях оказания медицинской помощи беременным, молодежи и женщинам репродуктивного возраста. Более 80% ВИЧ-инфицированных женщин в том или ином объеме охвачены программой профилактики вертикальной передачи ВИЧ-инфекции на разных этапах беременности или во время родов. Проводятся мероприятия по вовлечению в программу группы потребителей инъекционных наркотиков, придан новый импульс работе по санитарному просвещению населения.

Вместе с тем, в реализации программы профилактики вертикальной трансмиссии ВИЧ в РФ остается множество нерешенных проблем, требующих комплексного межведомственного подхода на всех уровнях оказания медико-социальной помощи женщинам и детям.

Выводы

Основными мероприятиями по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции являются:

1. Совершенствование нормативных документов по:

1.1. профилактике ВИЧ-инфекции среди женщин;

1.2. оказанию медико-социальной помощи ВИЧ-инфицированным беременным, рожденным ими детям (стандарты и клинические протоколы профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку);

1.3. повышению профессиональной подготовки медицинских работников родовспомогательных, педиатрических и социальных учреждений, оказывающих медико-социальную помощь ВИЧ-инфицированным женщинам и детям;

1.4. интеграции профилактики ВИЧ/СПИДа в службу родовспоможения, педиатрическую и социальную службы;

1.5. улучшению практики планирования семьи для ВИЧ-инфицированных;

1.6. содержанию ВИЧ-инфицированных детей в домах ребенка.

2. Лечебно-профилактические и диагностические мероприятия:

2.1. применение стандартов медицинской помощи (приказы Минздравсоцразвития России от 30.05.2005 N 375 "Об утверждении стандарта профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку" и N 374 "Об утверждении стандарта медицинской помощи детям, больным ВИЧ-инфекцией");

2.2. проведение консультирования всех беременных и информированного добровольного тестирования на ВИЧ дважды за период беременности (при взятии на диспансерное наблюдение по беременности и в 34-36 недель), или при поступлении на роды, если тестирование не было проведено в 34-36 недели беременности, позволяющее выявить случаи ВИЧ-инфицирования беременной с учетом "серонегативного окна" при предыдущем исследовании и проводить дородовую АРВП;

2.3. повышение охвата ВИЧ-инфицированных беременных женщин трехэтапной (в период беременности, в родах и ребенку после рождения) АРВП;

2.4. применение рациональной тактики родоразрешения (КС) и искусственного вскармливания ребенка, значительно снижающих риск инфицирования новорожденных;

2.5. проведение консультирования ВИЧ-инфицированных женщин после родов по вопросам планирования семьи;

2.6. внедрение современных подходов к диспансерному наблюдению за детьми, рожденными от ВИЧ-инфицированных матерей, раннему установлению диагноза ВИЧ-инфекции у новорожденного;

2.7. обеспечение комплексного обследования ВИЧ-инфицированных женщин и детей и лечения (нуждающихся) в полном объеме;

2.8. реализация "родового сертификата" (в рамках реализации приоритетного национального проекта в сфере здравоохранения), способствующего своевременной постановке женщины на учет по беременности, проведению диагностических и профилактических мероприятий.

3. Совершенствование эпидемиологического надзора за ВИЧ-инфекцией.

3.1. Совершенствование, стандартизация и унификация отчетных и учетных форм государственного федерального статистического наблюдения.

3.2. Проведение мониторинга за ВИЧ-инфекцией у беременных женщин и детей, охватом и качеством проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции.

3.3. Внедрение индикаторов оценки качества проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в каждом регионе и в целом по стране.

3.4. Улучшение взаимодействия структур осуществляющих эпидемиологический надзор за ВИЧ-инфекцией, а также мониторинг и оценку противодействия развитию эпидемии ВИЧ инфекции среди женщин и детей.
