Профілактика вертикальної трансмісії

КЗ “Вінницький обласний клінічний Центр профілактики та боротьби зі СНІДом”

Акушер-гінеколог

Березовська Я. В.

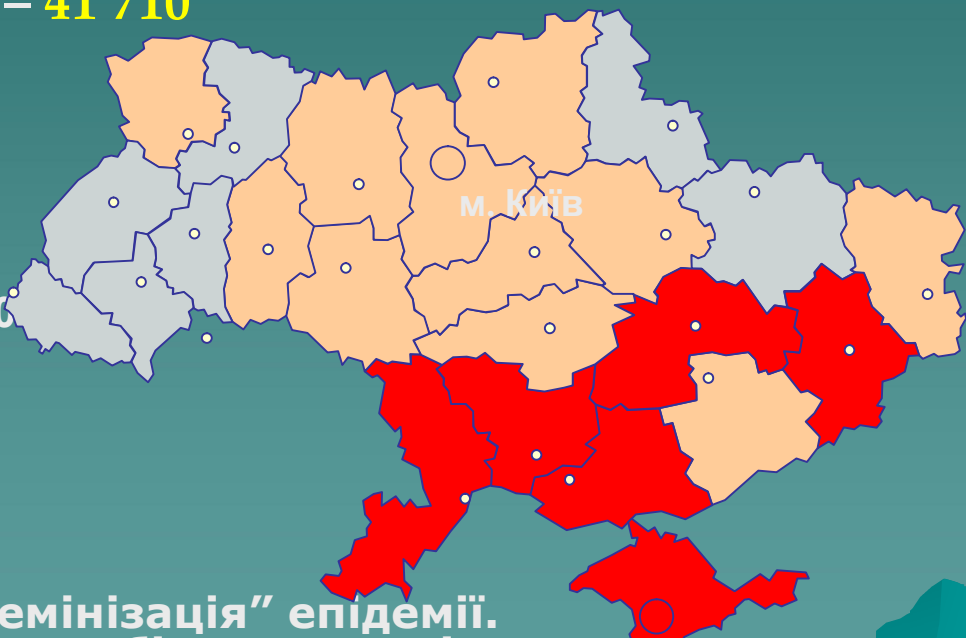
Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу в Україні на 01.01.2017 р.

Кумулятивна кількість:

ВІЛ-інфіковані особи – 297 424
хворі на СНІД – 92 897
померлі від СНІДу – 41 710

Медичний нагляд:

- ВІЛ-інфіковані особи –127 620 (298,2 на 100 тис. нас.)
- хворі на СНІД – 36 112 (80,3 на 100 тис. нас.)



В Україні продовжується "фемінізація" епідемії.
Частка жінок інфікованих ВІЛ щорічно збільшується і складає 45,5% від усіх нових випадків. У Вінницькій області за 2017 рік – 44,3 %
Рівень поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних в Україні найвищий у Європі і становив 0,32 у 2016році. У Вінницькій обл. у 2017 р – 0,24%

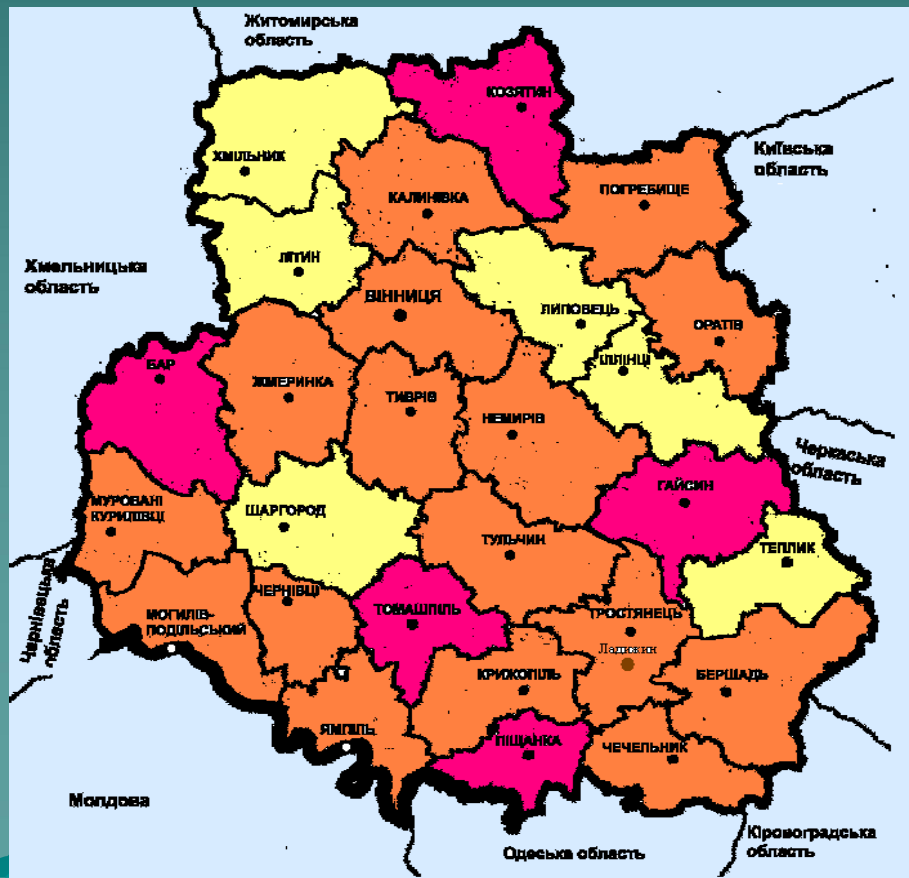
Епідемічна ситуація з ВІЛ-інфекції/СНІДу у Вінницькій обл. на 01.01.2018 р.

Кумулятивна кількість: ВІЛ-інфіковані особи – **5099**
хворі на СНІД – **2149**
померлі від СНІДу – **687**

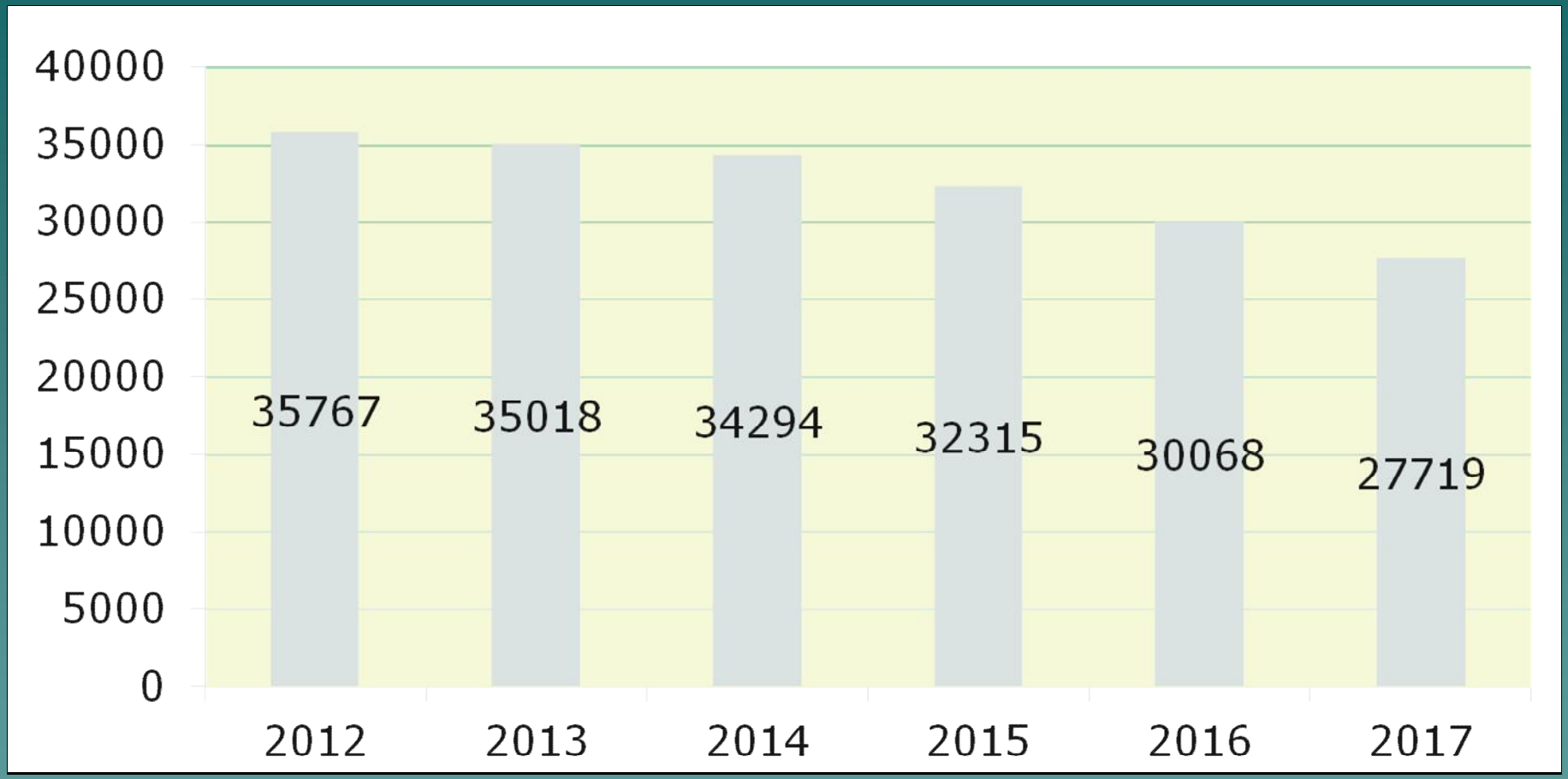
Медичний нагляд:

ВІЛ-інфіковані особи – **2798**(176,96 на 100 тис. нас.)
хворі на СНІД – **1203** (75,67 на 100 тис. нас.)

Рівні ураженості ВІЛ-інфекцією перевищують середньобласний (320,74 на 100 тис. населення) у Ладижині (788,19), Гайсинському р-ні (470,48), Козятинському (412,61), Томашпільському (443,75), Тульчинському (406,45), Барському (424,42), Піщанському (420,81) районах. У м. Вінниці цей показник менше середньообласного – 243,24 на 100 тис. населення.



Обстеження по 109 коду (вагітних):

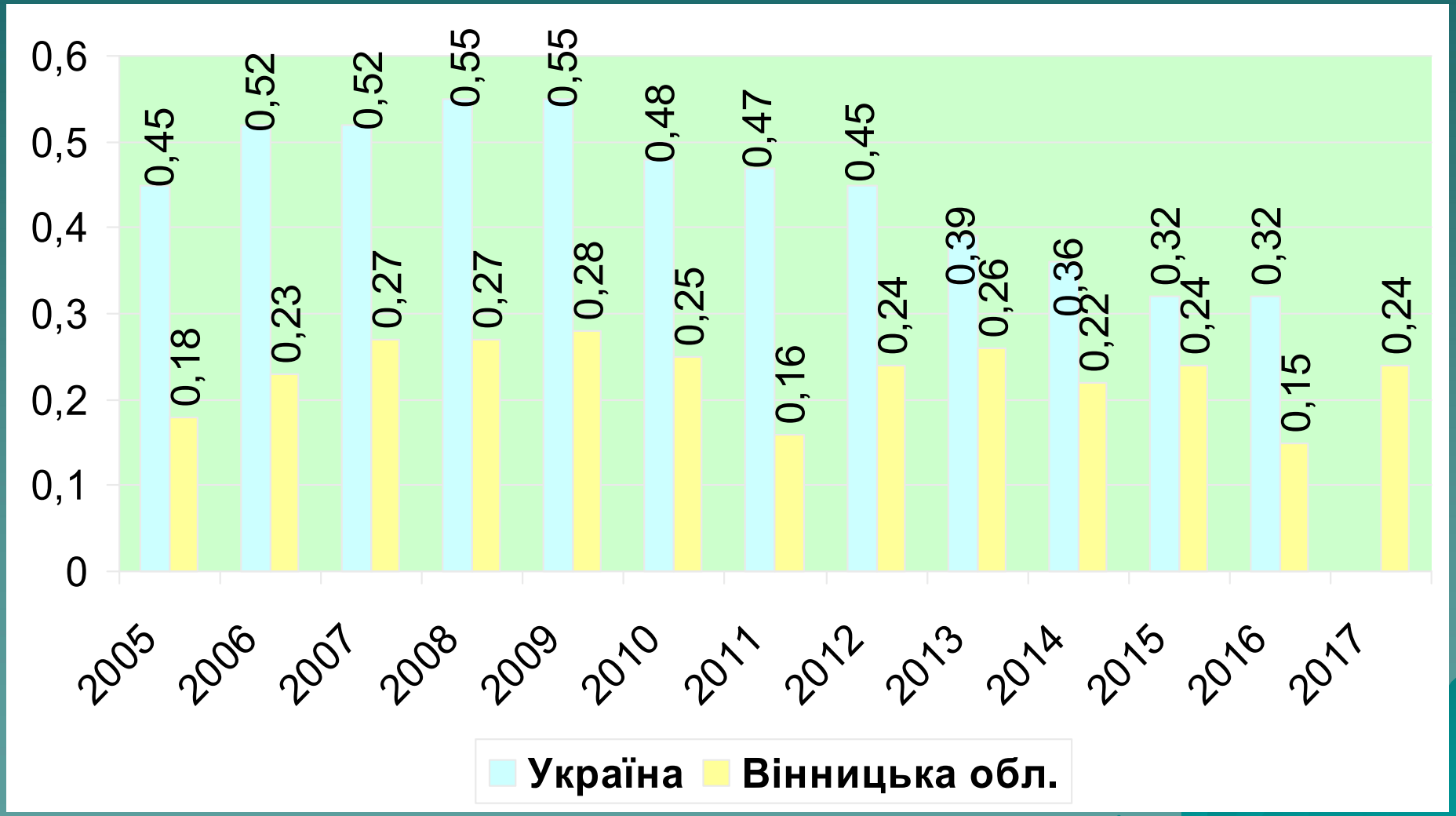


- За 2017 рік зроблено 27719 обстеження, що на 8,5% менше, ніж в 2016 (30068) і на 16,6 % менше, ніж в 2015 році (32315).

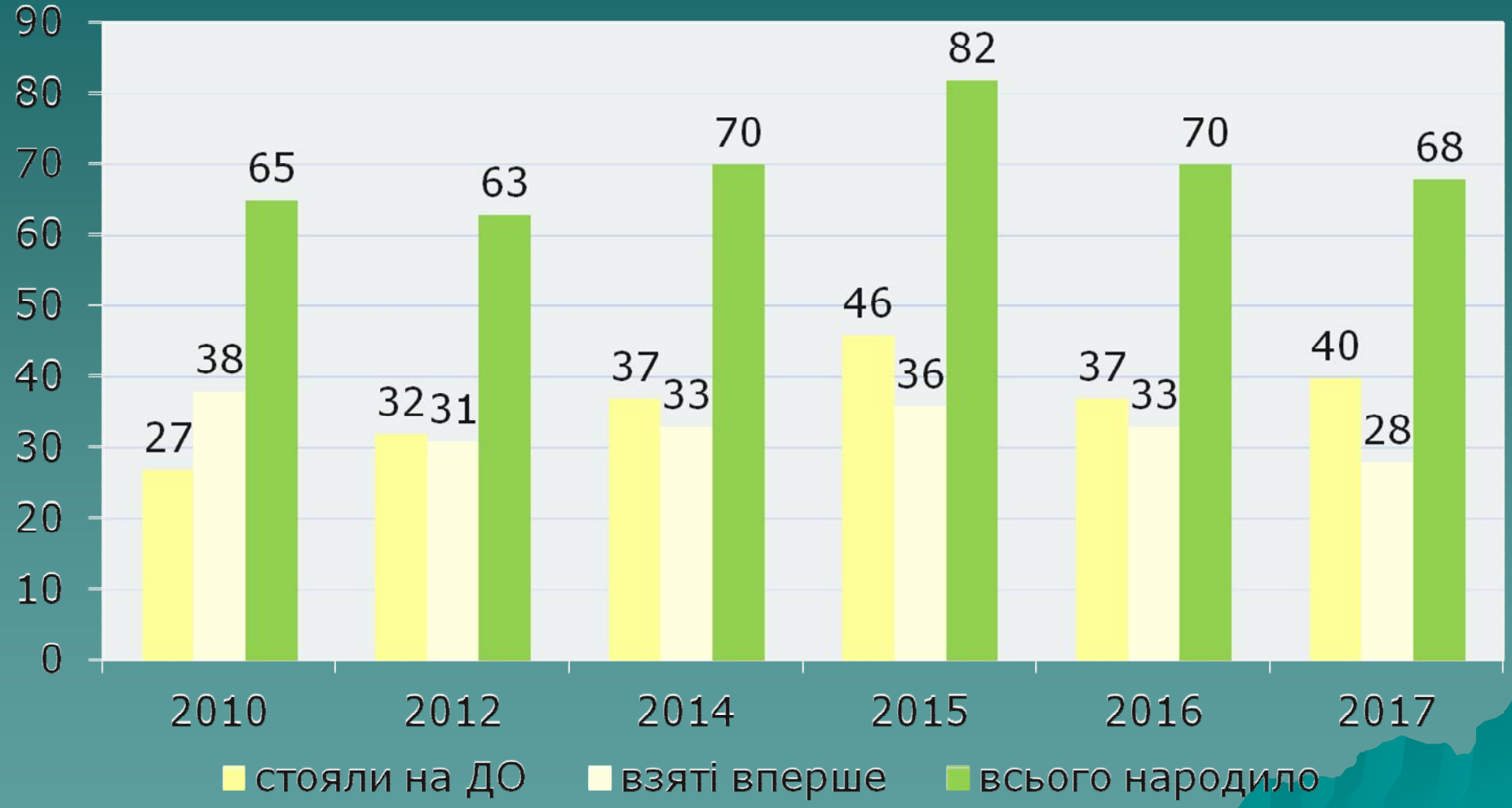
Виявлено по 109 коду (вагітних):

- Виявлено 33ВІЛ-позитивних вагітних, що на 43% більше, ніж в 2016 (23) та на 15,2 % менше, ніж в 2015 роках (38).

Рівень інфікування ВІЛ серед вагітних в Україні та Вінницькій обл. у %:



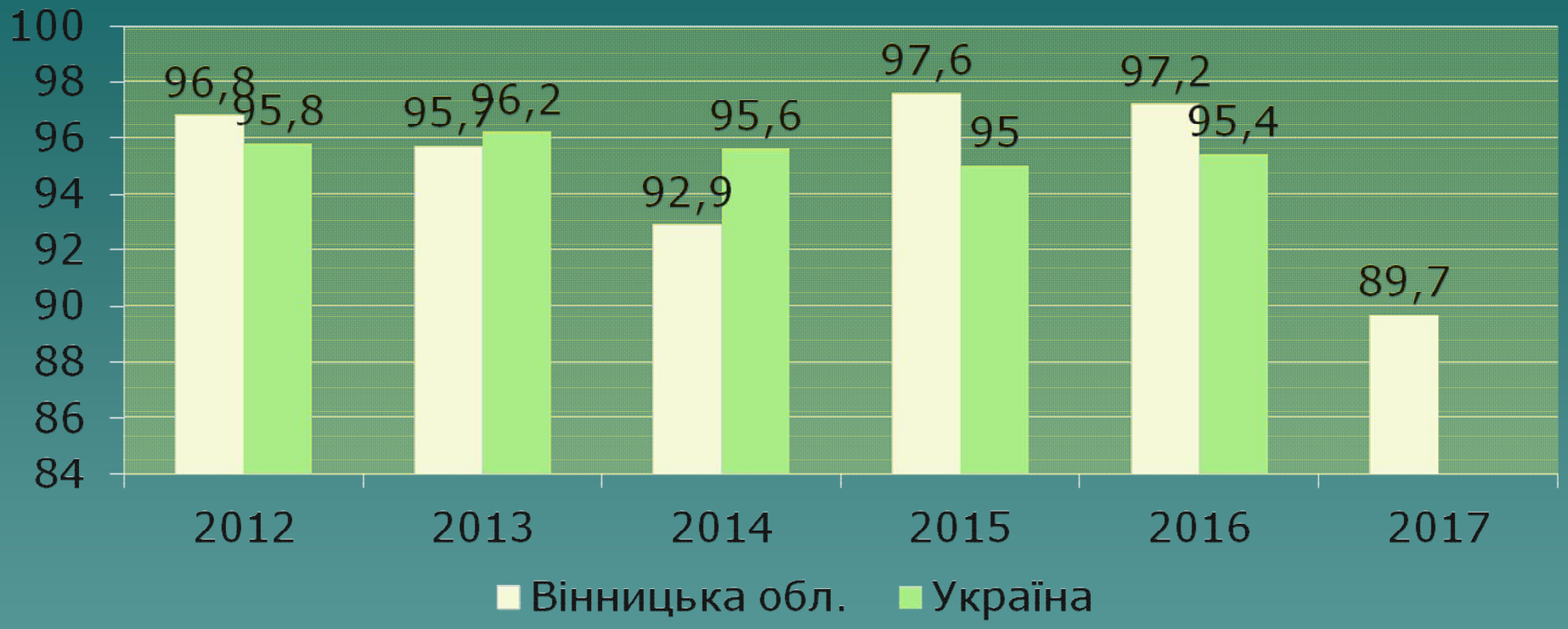
Співвідношення між жінками, які завагітніли і народили, знаючи про свій ВІЛ+ статус і жінками, що взнали про ВІЛ + статус під час теперішньої вагітності.



Діти, які народились від ВІЛ-інфікованих матерів у Вінницькій області (1995- 2017 р.р.)

За 2017 рік – 68 дітей, що на 2,9% менше, ніж за 2016 рік (70) і на 20,6 % менше, ніж у 2015 році (82).

Профілактика вертикальної трансмісії:

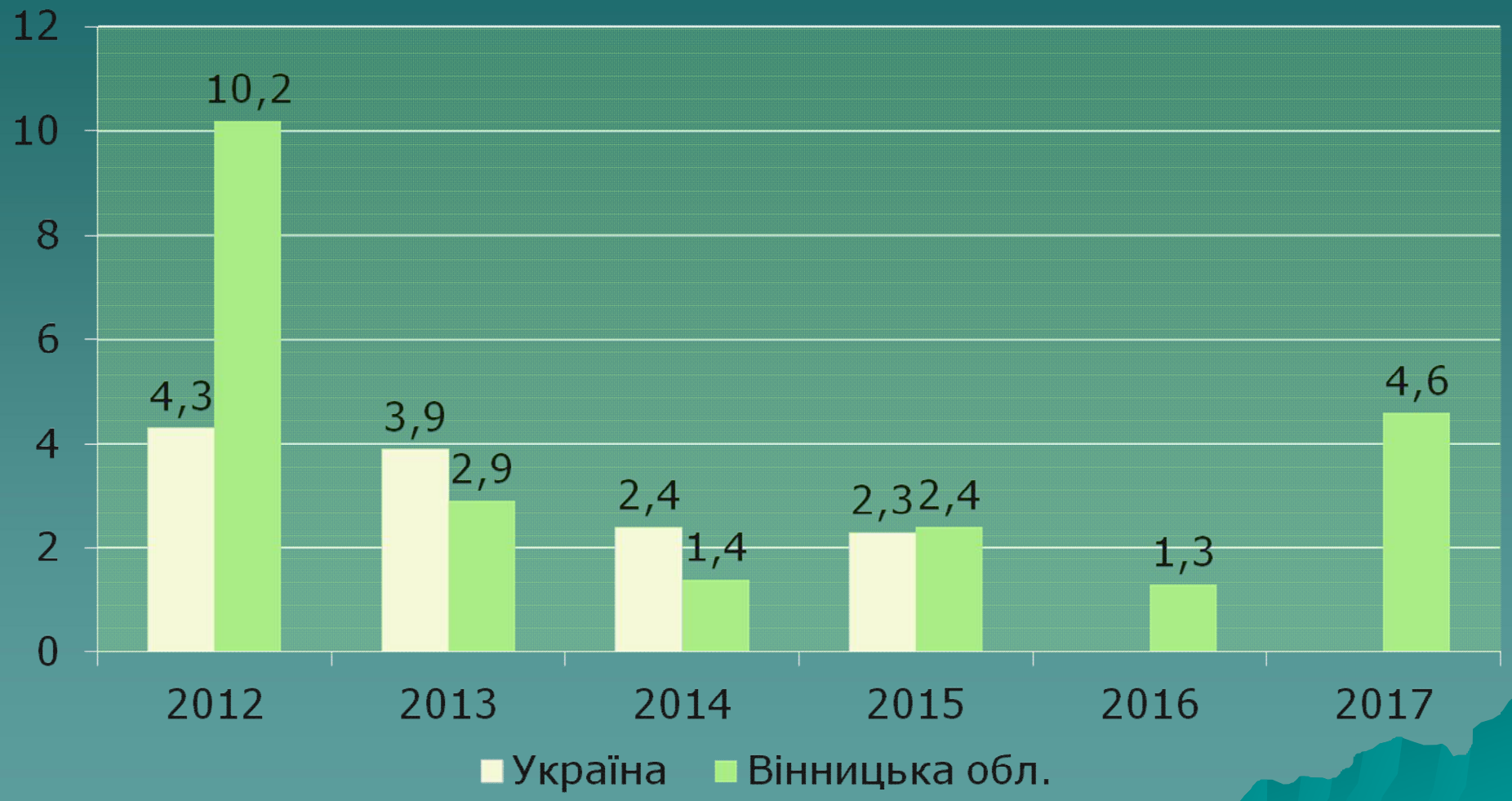


Отримали профілактику:
2017 – 61 вагітна (з 68), що склало 89,7%;
2016 – 69 вагітних (з 71), що склало 97,2%;
2015 – 80 вагітних (з 82), що склало 97,6%;
2014 – 65 вагітних (з 70), що склало 92,9%;
2013 – 67 вагітних (з 70), що склало 95,71%;

Профілактика вертикальної трансмісії :

- Не отримали:
- 2017 рік – 7 вагітних і 3 дитини (вагітні: 1 – категорична відмова; 3 - не стояли на обліку по вагітності; 3 – взяті після пологів; діти: 1 – категорична відмова матері, 1- надзвичайно мала вага при народженні+вади розвитку; 1- виявлена після народження);
- 2016 рік – 2 вагітних і 1 дитина (1 – категорична відмова; 1 - не стояла на обліку);
- 2015 рік – 2 вагітних (не стояли на обліку).
- 2014 рік – 5 вагітних і 1 дитина (1 – категорична відмова; 4 - не стояли на обліку, 1 дитина – атрезія кишківника);
- 2013 рік – 3 вагітних і 1 дитина (1 – категорична відмова; 2 - не стояли на обліку);
- 2012 рік – 2 вагітних і 1 дитина (1 – категорична відмова; 1 - не стояла на обліку);

Вертикальна трансмісія ВІЛ в Україні та Вінницькій області по рокам.



Скасовано!

Наказ МОЗ України від 14.11.2007 №716

« Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги Попередження передачі ВІЛ від матери до дитини»

Затверджено!

Наказ МОЗ України від 16.05.2016 №449

«Про затвердження та впровадження медико-технологічних документів зі стандартизації медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»»

- ГСТ2016-449-1а

Адаптована клінічна настанова «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини»

- ГСТ2016-449-1у

-Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини.

З початку 2016 року введений в дію наказ № **887** від 22.12.2015 **“Про затвердження змін до Клінічного протоколу антиретровірусної терапії ВІЛ-інфекції у дорослих та підлітків.”**

Згідно цього наказу усім ВІЛ-інфікованим вагітним жінкам призначається АРВ-терапія для лікування ВІЛ-інфекції у жінки та максимальної супресії вірусу для зниження ризику перинатальної передачі ВІЛ в незалежності від рівня CD4 + та терміну вагітності. Для жінок репродуктивного віку після пологів необхідно рекомендувати безперервно продовжувати АРТ

Ключові положення (1)
УКПМД «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» з питань організації обстеження на ВІЛ-інфекцію

- **Забезпечення 3-х кратного тестування на ВІЛ-інфекцію вагітної,**
При першому обстеженні вагітної на ВІЛ інфекцію, для уникнення випадків інфікування під час вагітності, пропонується (за згодою) обстеження на ВІЛ-інфекцію також її чоловіка (партнера).
- Тестування на ВІЛ проводиться усім вагітним за їх добровільної проінформованою згодою;
- Стандартне тестування на ВІЛ проводиться при взятті на облік. Якщо діагноз ВІЛ вже установлений – повторне обстеження - **не проводиться ;**

Обстеження вагітних:

- 1. Вагітні, які були взяті на облік у І триместрі (до 12-ти тижнів):
- - перше обстеження при взятті на облік
- - друге обстеження в 20-24 тижні вагітності
- - трете обстеження в 32-36 тижнів вагітності: у разі негативних результатів 1 і 2 обстежень, у випадках, якщо вагітна відноситься до груп підвищеного ризику, серодискордантних пар (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнет)

Обстеження вагітних(2):

- При взятті вагітної на облік *пізніше 23 тиж.* вагітності, їй проводиться тестування крові методом ІФА як найшвидше.
- При отриманні негативного результату необхідно провести повторне обстеження на ВІЛ не пізніше 32 тиж. вагітності.
- При взятті вагітної на облік *пізніше 30 тиж.* вагітності, їй проводиться тестування крові методом ІФА чи експрес - методом.
- При отриманні негативного результату, повторне обстеження проводиться експрес – методом в пологах.

*Показання для обстеження вагітних на ВІЛ за допомогою **швидких тестів** у пологовому стаціонарі:*

- - вагітні, які не перебували під наглядом під час вагітності;
- - вагітні, які не мають відомостей в обмінній карті пологового будинку, пологового відділення лікарні (форма № 113/о) або довідки про результати досліджень з виявлення серологічних маркерів ВІЛ;
- - вагітні, які відносяться до груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ;
- вагітні з дискордатної пари (ВІЛ-негативна вагітна жінка, ВІЛ-позитивний партнер).

Клінічні сценарії перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки

1. ВІЛ-інфікована жінка ніколи не отримувала АРТ

- **Обґрунтування:**

- Усі ВІЛ-інфіковані вагітні жінки повинні отримувати комбіновану АРТ, незалежно від кількості CD4. Комбінована АРТ знижує ризик передачі ВІЛ від матері до дитини та зберігає здоров'я жінки. АРТ вагітній слід призначати одразу після встановлення ВІЛ-статусу. Чим раніше досягається супресія ВІЛ у вагітної, тим нижчий ризик трансмісії. На рішення щодо режиму/схеми АРТ мають впливати загальний стан жінки (нудота, блювота), супутні стани та захворювання, кількість CD4, ВН та рівень прихильності до прийому АРТ.

Клінічні сценарії перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки

2. ВІЛ-інфікована жінка отримувала АРТ до початку вагітності

- **Обґрунтування:**

- ВІЛ-інфіковані вагітні, які отримували комбіновану АРТ до початку вагітності, продовжують лікування підчас вагітності поточним режимом АРТ, за умови його ефективності (стійка супресія ВІЛ, невизначальний рівень ВН) та задовільної переносимості.
- За умови вірусологічної неефективності (ВН > 1000 копій/мл) та перед прийняттям рішення щодо зміни режиму/схеми терапії розглядається можливість визначення антиретровірусної стійкості ВІЛ (тест на резистентність).

Клінічні сценарії перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки

3. ВІЛ-інфікована вагітна має попередній досвід АРВ профілактики або терапії, проте на даний час АРТ не отримує

- **Обґрунтування:**

- Важливо отримати детальну інформацію щодо попередніх режимів профілактики або лікування, у тому числі дані з вірусологічної ефективності, переносимості антиретровірусних лікарських засобів, прихильності. Питання щодо проведення тесту на визначення антиретровірусної резистентності ВІЛ повинно розглядатися.
- Вибір схеми АРТ повинен базуватись на даних тесту на резистентність та історії попереднього лікування. Вибір наступного режиму АРТ здійснює спеціаліст з АРТ у дорослих, відповідно до стандартів лікування дорослих та з урахуванням тератогенного впливу АРВ-препаратів.

Клінічні сценарії перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки

4. Втрата вірусологічної супресії під час вагітності

- **Обґрунтування:**

- Оскільки рівень ВН у матері корелює із ризиком перинатальної трансмісії ВІЛ, вірусологічна супресія має бути досягнута якнайшвидше . Якщо рівень ВН ВІЛ у вагітної такий, що визначається після адекватного періоду лікування (> 8-12 тижнів АРТ), слід розглянути питання щодо прихильності до лікування (особливо якщо рівень ВН недостатній для визначення резистентності: ВН < 2000 копій/мл).
- Спеціаліст з АРТ у дорослих може розглянути питання щодо модифікації режиму лікування. Плановий кесарів розтин рекомендується ВІЛ-інфікованим вагітним з рівнем ВН ВІЛ > 50 копій/мл на момент пологів.

Клінічні сценарії перебігу вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки

5. Припинення АРТ у період вагітності

- **Обґрунтування:**

- ВІЛ-інфіковані вагітні, які отримували комбіновану АРТ до вагітності та звернулись про взяття на облік у першому триместрі, продовжують лікування під час вагітності за поточним режимом, за умови його ефективності (стійка супресія ВІЛ, невизначальний рівень ВН) та задовільної переносимості.
- Якщо АРВ-препарати спричинили стани, які загрожують життю вагітної, або розвинулися інші захворювання/стани, які виключають пероральний прийом медикаментів, всі АРВ-препаратів повинні бути зупинені одночасно і комбінована АРТ повинна бути відновлена якнайшвидше після усунення вказаних станів.

4.3. Алгоритм ведення пологів. Доношена вагітність або передчасні пологи 34-37 тижнів на фоні АРТ (вірусне навантаження ВІЛ визначається на 36-му тижні вагітності)

Вірусне навантаження <50 копій/мл РНК ВІЛ

Вагінальні пологи або кесарів розтин за наявності акушерських показань

План ведення пологів - як у ВІЛ-негативних жінок відповідно до акушерського протоколу за винятком інвазивного моніторингу

Продовжити АРТ

Вірусне навантаження > 50 копій/мл РНК ВІЛ або невідоме

Спонтанні пологи або передчасне вилиття навколоплодових вод

Продовжити АРТ

Активна пологова діяльність, безводний період > 4-х годин

Початок пологів, безводний період < 4-х годин

Відсутня пологова діяльність, цілі води

Продовжити АРТ

Плановий кесарів розтин на 38-му тижні вагітності

Вагінальні пологи за принципами безпечного консервативного ведення пологів:

- **уникати необґрунтованих вагінальних оглядів**
- **санація пологових шляхів**
- **не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу, накладання акушерських щипців, вакуум-екстрактора**
- **запобігати довготривалим пологам, за необхідності призначати окситоцин, простогландини**
- **профілактика післяпологової кровотечі та септичних ускладнень**

Терміновий кесарів розтин

Алгоритм ведення пологів. Передчасні пологи до 34-х тижнів вагітності

Передчасне вилиття навколоплодових вод

Продовжити або почати АРТ

Антибіотикопрофілактика
Профілактика РДС плоду кортикостероїдами
Контроль ознак ВУІ

Відсутні ознаки ВУІ, хоріонамніоніту

Пролонгування вагітності

Поява ознак ВУІ, хоріонамніоніту

Родозбудження окситоцином, простогландинами

Вагінальні пологи

додатково призначити невірапін 200 мг не менше чим за 2 години до пологів

Загроза переривання вагітності, навколоплодові води цілі

Продовжити або почати АРТ

Токолітична терапія
Профілактика РДС плоду кортикостероїдами

Пролонгування вагітності

Кесарів розтин за акушерськими показаннями

додатково призначити невірапін 200 мг не менше чим за 2 години до операції

Алгоритм ведення пологів. ВІЛ - інфекція виявлена безпосередньо перед або під час пологів

Позитивний результат серологічного або швидкого (експрес) тесту на ВІЛ

Спонтанні пологи або передчасне вилиття навколоплодових вод невідкладна АРВ - профілактика: невірапін 200 мг1 таб. одноразово; додатково призначити «фарм» супровід: тенофовіру дизопроксил /емтрицитабін 300/200 мг 1таб. х 1 раз на добу протягом 2-х тижнів

Відсутня пологова діяльність, цілі води невідкладна АРВ - профілактика: невірапін 200 мг 1 таб. одноразово; додатково призначити «фарм» супровід: тенофовіру дизопроксил /емтрицитабін: 300/200 мг 1таб. х 1 раз на добу протягом 2-х тижнів

Активна пологова діяльність, безводний період > 4-х годин

Початок пологів, безводний період < 4-х годин

Терміновий кесарів розтин

Вагінальні пологи за принципами безпечного консервативного ведення пологів:

- уникати необґрунтованих вагінальних оглядів
- санація пологових шляхів
- не рекомендується рутинне проведення амніотомії, епізіотомії, інвазивного моніторингу, накладання акушерських щипців, вакуум-екстрактора
- запобігати довготривалим пологам, за необхідності призначати окситоцин, простогландини
- профілактика післяпологових кровотеч та септичних ускладнень

Після пологів протягом до 2-х тижнів обстежити на наявність серологічних маркерів ВІЛ, CD 4, вірусне навантаження для уточнення діагнозу та стадії ВІЛ - інфекції. Призначити АРТ пожиттєво за наявності показань та прихильності до лікування (скерувати до Центру СНІД, кабінету «Довіра»)

Велике прохання!

Вчасно заповнювати та передавати до Центру ОФ 501/1 (про взяття на облік ВІЛ-інфікованої вагітної) та 501/2 (про закінчення вагітності у ВІЛ-інфікованої жінки) згідно наказу №612 від 03.08.12.

Дякую за увагу!