

СОВРЕМЕННЫЕ АСПЕКТЫ ПРОФИЛАКТИКИ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПЕРЕДАЧИ ВИЧ В САНКТ-ПЕТЕРБУРГЕ

Д.А. Гусев^{1,2}, А.В. Самарина^{1,2}, Е.Б. Ястребова^{1,2}, О.Л. Мозалева¹

¹Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Санкт-Петербург, Россия

²Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. академика И.П. Павлова, Санкт-Петербург, Россия

Current state of prevention of mother-to-child HIV transmission in Saint-Petersburg

D.A. Gusev^{1,2}, A.V. Samarina^{1,2}, E.B. Yastrebova^{1,2}, O.L. Mozaleva¹

¹Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Saint-Petersburg, Russia

²First Saint-Petersburg State Medical University named after I.P. Pavlov, Saint-Petersburg, Russia

Резюме

Санкт-Петербург занимает лидирующие позиции в оказании помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и их детям. Совместные усилия специалистов Центра СПИД, женских консультаций, родовспомогательных учреждений обеспечивают низкую частоту перинатальной передачи ВИЧ (1,3 % в 2017 г.). В статье отмечены успехи и некоторые проблемы в оказании помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, анализ которых будет способствовать улучшению организации помощи при беременности, повышению приверженности к наблюдению и профилактике, дальнейшему снижению числа детей с перинатальным путем заражения.

Ключевые слова: планирование семьи у ВИЧ-инфицированных пациентов, серодискордантные пары, ВИЧ-инфицированные беременные, профилактика перинатальной передачи ВИЧ, обследование беременных женщин и их партнеров на ВИЧ.

Введение

За годы наблюдения в Санкт-Петербурге ВИЧ-инфицированными женщинами рождено 9057 детей, 3241 из которых — за последние 5 лет. Количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин в городе остается стабильным в течение нескольких последних лет. Несмотря на низкую частоту перинатальной передачи ВИЧ, анализ ситуации по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным женщинам на этапе планирования беременности и в течение беременности позволит оптимизировать данную работу и в перспективе снизить вероятность перинатального инфицирования.

Цель исследования — провести анализ оказания медицинской помощи серодискордантным парам и ВИЧ-инфицированным женщинам на этапе планирования беременности, в течение бе-

Abstract

Saint-Petersburg is among the leaders in medical treatment of HIV-positive pregnant women and their children. The joint efforts of AIDS Center, women's consultation clinics, and maternity hospitals ensure the low rate of mother-to-child HIV transmission (1.3 % in 2007). The article reviews some advances as well as problems related to the medical treatment of HIV-positive pregnant women. The analysis of those issues will contribute to creation of a better healthcare system for pregnant women, will raise the awareness of how important medical monitoring and preventive care are and will favour further reduction of mother-to child transmission.

Key words: planned parenthood for patients with HIV, seroconcordant relationships, HIV-positive pregnant women, prevention of mother-to-child transmission of HIV, HIV test for pregnant women and their partners.

ременности и родов для дальнейшего снижения частоты перинатальной передачи ВИЧ в Санкт-Петербурге.

Материалы и методы

Проведен проспективно-ретроспективный анализ медицинских карт 2442 беременных женщин, закончивших беременность родами в Санкт-Петербурге в 2014–2017 гг. В ходе проведения анализа оценены количество желанных беременностей в исследуемой группе, сроки постановки на диспансерный учет при беременности и начала профилактики перинатальной передачи ВИЧ, охват химиопрофилактикой при беременности, в родах и новорожденных. Статистическая обработка материала проводилась с использованием программ Excel, «Statistica 10».

Результаты и обсуждение

Количество беременностей и родов в данной группе остается стабильным в течение последних нескольких лет. Наибольшее количество родов у ВИЧ-инфицированных женщин зафиксировано в 2012 г. — 745, в 2017 г. зафиксировано 601 род, рождено 607 детей (рис. 1). Распространенность ВИЧ-инфекции среди родильниц в 2017 г. составила 0,9%. При этом отмечено существенное снижение доли ВИЧ-инфицированных женщин в структуре материнской смертности — 6,6% в 2017 г. по сравнению с 21% в 2016 г. и 28% в 2015 г. Данный факт можно объяснить изменением социального статуса ВИЧ-инфицированных женщин за счет вовлечения в эпидемию социально-благополучных женщин, инфицированных половым путем, а также значительным увеличением доли пациенток, начавших ВААРТ до наступления беременности (15,4% и 39,4% в 2014 и 2017 гг. соответственно).

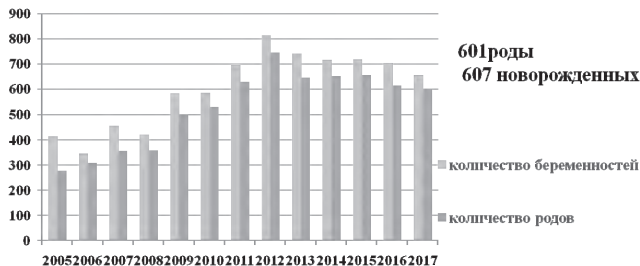


Рис. 1. Количество беременностей и родов у ВИЧ-инфицированных женщин в Санкт-Петербурге, 2005–2017 гг.

Одним из важных результатов работы можно назвать реализацию программы по планированию семьи у ВИЧ-инфицированных пациентов в Санкт-Петербурге, которая стартовала в 2007 г. вместе с международным проектом по репродуктивному здоровью ВИЧ-инфицированных женщин и продолжается до сих пор [1]. С 2011 г. в рамках территориальной программы на основании проведенного фармакоэкономического обоснования закупаются современные контрацептивы для предоставления ВИЧ-инфицированным пациентам, наблюдающимся в Центре СПИД. В 2018 г. приобретено контрацептивов на 1 200 000 рублей. Выбранные пациентами контрацептивы предоставляются после проведенного акушером-гинекологом Центра СПИД консультирования по планированию семьи. В настоящее время ассортимент методов контрацепции включает несколько видов комбинированных оральных контрацептивов, инъекционный контрацептив, имплантат, внутриматочные средства контрацепции и, конечно, презервативы, которые предлагаются всем пациентам независимо от того, какой метод контрацепции был выбран. В ходе

проведения данной работы доля нежеланных беременностей, завершившихся родами, продолжает снижаться — в 2014 г. она составляла 4,9%, в 2017 г. — 3,3%. Большинство беременностей у ВИЧ-инфицированных женщин являются желанными, хотя и не всегда запланированными (рис. 2).

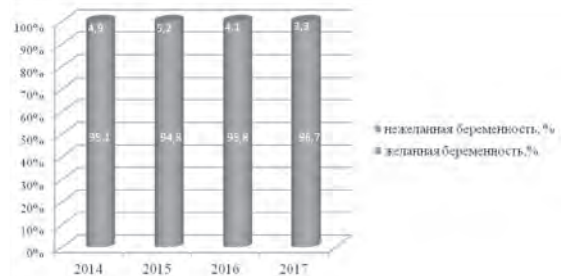


Рис. 2. Соотношение желанных и нежеланных беременностей, завершившихся родами, у ВИЧ-инфицированных женщин в Санкт-Петербурге (2014–2017 гг.), n = 1858, %

Количество нежеланных беременностей, закончившихся прерыванием в первом триместре, составило 54 (8,2%) в 2017 г. и 65 (9,1%) в 2014 г. Разумеется, количество искусственных прерываний беременности больше, чем отражено в статистике Центра СПИД, так как часть женщин предпочитают выполнять данную операцию в коммерческих клиниках. Тем не менее, с увеличением доли социально-адаптированных женщин, возможностью получения ВААРТ (высокоактивная антиретровирусная терапия) всеми женщинами, планирующими беременность, увеличением информированности пар о высокой вероятности рождения детей, не инфицированных ВИЧ, снижением стигматизации со стороны акушеров-гинекологов учреждений города, все большее число женщин настроены на рождение не только первого, но и последующих детей, а запланированная беременность с назначением терапии до ее наступления является одним из важных этапов профилактики перинатальной передачи ВИЧ [2, 3].

Группу ВИЧ-инфицированных родильниц с нежеланными беременностями составляют пациентки, которые по ряду причин не смогли прервать беременность в регламентированные сроки: позднее обращение пациенток в медицинские учреждения (женские консультации или Центр СПИД), активное потребление психоактивных веществ с поздней диагностикой наступившей беременности, обострение хронических заболеваний с выраженным ухудшением клинико-лабораторных показателей, продвинутые стадии ВИЧ-инфекции без лечения, сопровождающиеся такими состояниями, как тяжелая тромбоцитопения. Эта группа женщин сегодня нуждается в активной помощи акушеров-гинекологов, инфекционистов Центра

СПИД и подборе современной и эффективной контрацепции.

Второй стороной вопроса репродуктивного здоровья пар, где инфицированы один или оба партнера, является помощь в реализации родительства с рождением ребенка, не инфицированного ВИЧ, а также сохранением здоровья неинфицированного партнера. В настоящее время совершен прорыв в организации доступа наших пациентов к услугам вспомогательных репродуктивных технологий (ВРТ). 30 августа 2012 г. Минздравом РФ был утвержден Приказ № 107н «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению», в котором декларировалось отсутствие ограничений для ВИЧ-инфицированных пациентов в получении такой помощи при соблюдении ряда условий [4]. В пункте 93 Порядка указано: «ВИЧ-инфекция не является противопоказанием к отбору пациентов для оказания медицинской помощи с использованием ВРТ». Однако ранее ВИЧ-инфицированные пациенты получали отказ в получении данных услуг даже на коммерческой основе по причинам стигматизации или отсутствия оборудования второго класса защиты в данных клиниках. В течение последних лет данный вопрос был решен, и ВИЧ-инфицированные пациенты направляются в клиники вспомогательных репродуктивных технологий при получении квот на данную помощь или получают данную услугу на хозрасчетной основе. Каждой паре, планирующей получение помощи с применением ВРТ, подкомиссией Центра СПИД выдается справка, подтверждающая отсутствие противопоказаний для данной процедуры, включая неопределяемую вирусную нагрузку у ВИЧ-инфицированного партнера на фоне ВААРТ, отсутствие активного туберкулеза и обострения хронического вирусного гепатита и т.д. В Санкт-Петербурге врачи-репродуктологи просят предоставить данную справку каждого ВИЧ-инфицированного пациента, обратившегося за специализированной помощью по вопросу ВРТ. В течение 2017–2018 гг. ВИЧ-инфицированным пациентам Центра СПИД выдано более 150 справок для получения услуг ВРТ.

Важным результатом работы по оказанию помощи ВИЧ-инфицированным женщинам является значительное снижение частоты перинатальной передачи ВИЧ. В 2017 г. данный показатель составил 1,3%, что ниже среднероссийского, составляющего 2% (рис. 3) [5].

Полученный результат основывается на взаимодействии специалистов Центра СПИД и ЛПУ города (женские консультации, Клиническая инфекционная больница им. С.П. Боткина, родильный дом № 16, детские городские больницы и др.) по проведению трехэтапной профилактики пери-

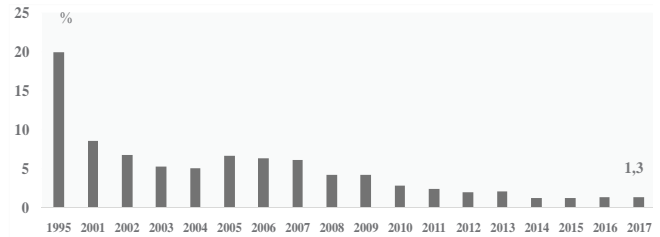


Рис. 3. Частота перинатального инфицирования ВИЧ в Санкт-Петербурге

натальной передачи ВИЧ: при беременности, в родах и новорожденным. Распоряжения Комитета по здравоохранению № 692-р от 20.12.2011 г. «О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку» [6] и № 145-р от 16.04.2013 г. «О внесении изменений в распоряжение от 20.12.2011 № 692-р» [7] способствовали организации взаимодействия между лечебно-профилактическими учреждениями города в вопросах оказания помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам и детям, рожденным ими. Принятые меры позволили достичь целевых показателей по проведению трехэтапной профилактики ВИЧ и снизить частоту инфицирования детей.

Одним из важных показателей является срок постановки ВИЧ-инфицированных беременных женщин на учет в женскую консультацию в первом триместре беременности. С 2014 по 2017 г. доля таких пациенток увеличилась с 50 до 66%. Постановка на диспансерный учет по беременности в первом триместре позволяет своевременно начать профилактику перинатальной передачи ВИЧ и снизить уровень РНК ВИЧ до неопределяемого уровня как можно раньше [2, 3]. Еще треть беременных встали на учет в женские консультации с 13-й до 22-й недели беременности. Важно отметить, что ВИЧ-инфицированные беременные часто встают на учет в женскую консультацию уже после обращения к акушеру-гинекологу Центра СПИД. В 2017 г. у 40,8% женщин беременность наступила на фоне ВААРТ, в 2018 г. — у 60%, тогда как в 2014 г. — только у 16% (табл. 1). Женщины, получающие ВААРТ до наступления беременности, не всегда спешат обращаться в женские консультации, зная, что самое главное для будущего ребенка уже сделали — начали и продолжают лечение. Имеет тенденцию к снижению число женщин, которые обратились впервые при беременности в женские консультации на более поздних сроках — в конце второго и в третьем триместрах беременности. По сравнению с 2014 г. доля таких беременных снизилась с 24,6% до 4,8% в 2017 г. При этом у 88% женщин при сроке беременности 34–36 недель был неопределяемый уровень РНК ВИЧ в крови, в 2016 г. — 83%.

Таблица 1

Сроки начала профилактики перинатальной передачи ВИЧ при беременности в 2014–2017 гг., n=2442

Сроки проведения профилактики перинатальной передачи ВИЧ	Количество беременных, n (%)			
	2014	2015	2016	2017
Начало ВААРТ до наступления беременности	108 (16,5%)	161 (24,6%)	202 (32,9%)	231 (40,8%)
Начало ВААРТ в I триместре беременности	117 (17,9%)	134 (20,5%)	89 (14,5%)	76 (13,3%)
Начало ВААРТ во II триместре беременности	257 (39,2%)	247 (37,8%)	250 (40,7%)	233 (41,1%)
Позднее начало ХП при беременности	173 (26,4%)	112 (17,1%)	25 (4,1%)	27 (4,8%)

В 2015 г. была разработана Государственная стратегия противодействия ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 г., целью которой является снижение частоты перинатальной передачи ВИЧ до 2% и менее в популяции без грудного вскармливания и до 5% и менее в популяции, практикующей грудное вскармливание [8]. Целевые индикаторы данной стратегии на 2017 г. и показатели по охвату перинатальной профилактикой ВИЧ в Санкт-Петербурге представлены в таблице 2.

В 2017 г. целевые индикаторы в Санкт-Петербурге были превышены по охвату профилактикой при беременности и в родах. При этом 34 ВИЧ-инфицированные женщины не получили профилактику при беременности: 19 знали о своем диагнозе, не наблюдались в Центре СПИД и/или в женской консультации (9 – активные наркопотребители), 14 – необследованные, без наблюдения в женской консультации и Центре СПИД (ВИЧ-инфекция выявлена при тестировании быстрым тестом при поступлении на роды со стандартным подтверждением), у одной женщины ВИЧ-инфекция выявлена после родов (без тестирования в третьем триместре, при тестировании быстрым тестом в родильном доме получен отрицательный результат с дальнейшим положительным результатом ИФА ИБ). В настоящее время законодательная база РФ не позволяет обязать беременных, отказывающихся от получения профилактики перинатального инфицирования, получать антиретровирусные препараты. Из 8 детей, рожденных в 2017 г. с установленным диагнозом ВИЧ-инфекции, 7 не получали профилактику перинатального инфицирования при беременности

в связи с отказами матерей или их низкой приверженностью к терапии. По сравнению с причинами перинатального инфицирования ВИЧ в 2012 г. [9], когда основной причиной перинатального инфицирования ВИЧ было отсутствие профилактики при беременности в связи с активным употреблением психоактивных веществ социально-неадаптированными беременными, в 2017 г. отказы от проведения профилактики были со стороны социально адаптированных женщин.

Согласно Постановлению Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 г. № 95 «О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»» рекомендуется обследовать на антитела к ВИЧ всех беременных женщин, а также партнеров всех женщин, поставленных на учет по беременности [10]. При этом в 2017 г. в Санкт-Петербурге на ВИЧ-инфекцию в Центре СПИД обследовано 350 мужей/партнеров беременных женщин, вставших на учет в женские консультации, что составляет менее 1% от всех партнеров. Учитывая ежегодное выявление ВИЧ-инфицированных детей, зараженных при грудном вскармливании матерями, серонегативными при беременности, низкий процент обследованных партнеров является фактором риска заражения беременных, кормящих матерей и детей, находящихся на грудном вскармливании. В 2017 г. выявлено 6 детей, рожденных в разные годы, инфицированных ВИЧ при грудном вскармливании. Факторами, ограничивающими обследование партнеров беременных женщин, являются: низкая доступность мест для проведения тестирования (только Центр СПИД), невозможность обследо-

Таблица 2

Охват профилактикой перинатального инфицирования беременных женщин, рожениц и новорожденных в Санкт-Петербурге в 2010–2017 гг.

Год	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	Целевые показатели на 2017 г.
ХП в период беременности	74,4	80,1	84,0	86,5	89,4	91,2	92,2	94,3	92
ХП в родах	88,7	90,3	91,8	92,1	89,7	95,3	94,1	94,5	93,5
ХП новорожденным	99,1	99,5	99,4	99,3	99,2	99,4	99,4	99,5	99,6
3-этапная ХП	72,5	80,0	80,0	85,9	87,4	90,1	91,5	91,9	–

вания в женской консультации, где наблюдается жена, отсутствие или некачественное дотестовое консультирование в женской консультации, которое должно объяснять важность данного обследования, низкий уровень информированности населения по вопросам ВИЧ-инфекции, стигматизация ВИЧ-инфицированных людей и связанный с этим страх получения положительного результата тестирования или раскрытия своего диагноза партнеру, в том числе беременной или кормящей грудью жене.

14 ноября 2018 г. КЗ Правительства Санкт-Петербурга подписано информационное письмо «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию», где указаны сроки тестирования беременных и их половых партнеров на ВИЧ-инфекцию, предоставлены бланки направления для обследования партнеров в Центре СПИД, а также отчетные формы для женских консультаций по проведению профилактики перинатального инфицирования ВИЧ и обследованию партнеров [11]. Согласно информационному письму, беременные женщины должны быть обследованы на ВИЧ при постановке на диспансерный учет, затем в 30 ± 2 недели. Беременные, имеющие высокий риск заражения ВИЧ (ВИЧ-инфицированные половые партнеры, отсутствие тестирования партнера на ВИЧ при данной беременности, употребление психоактивных веществ и др.), обследуются при постановке на учет, затем через каждые 3 месяца, а также при поступлении на роды экспресс-методом с дальнейшим стандартным подтверждением, независимо от количества исследований во время беременности.

Партнеры беременных женщин должны быть обследованы как минимум однократно при постановке беременной на учет. Обследование проводится в Центре СПИД при предъявлении документа, удостоверяющего личность. Результат тестирования вносится в обменную карту женщины. При отказе от обследования партнера отказ фиксируется в обменной карте беременной для возможности определения объема обследования и проведения профилактики при беременности и в родах. Важным показателем работы врачей женских консультаций будут данные по количеству ВИЧ-инфицированных беременных, получающих ВААРТ, а также доле обследованных на ВИЧ партнеров беременных женщин. Показатели ежеквартально будут предоставляться в Центр СПИД для проведения анализа ситуации и дальнейшей организации мероприятий по обследованию партнеров.

При проведении тестирования беременных женщин и их партнеров на ВИЧ важно правильно интерпретировать результаты обследования: расценивать все результаты тестирования на ВИЧ, кроме «отрицательного», как «положительные».

При получении «положительных», «сомнительных», «неопределенных» результатов обследования на ВИЧ, а также результата «в работе» необходимо в обязательном порядке направлять пациентов на консультацию в Центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями для проведения дополнительного обследования. Особенно важно срочно направить пациентов в специализированное учреждение, если женщина находится в конце второго – третьем триместре беременности, и время для проведения профилактики перинатального инфицирования ВИЧ в случае установления диагноза ограничено. В течение последних 3 лет причиной перинатального инфицирования ВИЧ в 2 случаях явилось позднее направление пациенток в Центр СПИД при получении результатов обследования «в работе» в третьем триместре беременности. К сожалению, отсутствие качественного послетестового консультирования в женской консультации, промедление с направлением в Центр СПИД, отсутствие контроля посещения Центра со стороны врача женской консультации не позволили своевременно начать профилактику при беременности и добиться значительного снижения вирусной нагрузки к моменту родов. В этих случаях, несмотря на принятые меры (назначение расширенной схемы ВААРТ, проведение планового кесарева сечения по эпидемиологическим показаниям), произошло заражение детей при беременности (положительные результаты обследования новорожденных в первые 48 ч после рождения методом ПЦР ДНК).

В 2 случаях дети были инфицированы перинатально при неправильной интерпретации «неопределенного» результата обследования. Женщин, находящихся в третьем триместре беременности, при получении данного результата не направили в Центр СПИД, а результаты тестирования не были внесены в обменную карту. При поступлении в родильные дома отсутствие результатов тестирования в третьем триместре не было замечено врачами, не проводилось тестирование с помощью быстрого теста, а также профилактика перинатального инфицирования в родах и новорожденным, дети были приложены к груди в родильном зале и далее вскармливались грудным молоком. Результатом врачебной халатности стало инфицирование новорожденных. Оба случая были обсуждены на городских врачебных комиссиях.

Заключение

Таким образом, низкая частота перинатального инфицирования ВИЧ в Санкт-Петербурге обусловлена реализацией программы по планированию семьи, снижением сроков постановки ВИЧ-инфицированных беременных на учет в женские консультации и Центр СПИД, увеличением доли

женщин, начавших ВААРТ до наступления беременности, своевременным стартом химиопрофилактики у большинства беременных, ранее не получавших терапию, взаимодействием специалистов женских консультаций и родильных домов с гинекологами Центра СПИД с целью контроля приверженности беременных к наблюдению и получению ВААРТ, увеличением охватом профилактикой при беременности, в родах и новорожденным с превышением целевых показателей. Перевод новорожденных с высоким риском перинатального инфицирования в детские городские больницы для проведения расширенной профилактики и своевременного обследования также явился важной мерой профилактической программы.

Основными причинами перинатального инфицирования детей в последние годы явились: СПИД-диссидентство с отказом матерей от профилактики перинатальной передачи ВИЧ, низкий социальный и образовательный уровень женщин, заражение детей при грудном вскармливании от матерей, большинство из которых были серонегативными при беременности и инфицировались ВИЧ перед родами или после них половым путем, не зная о том, что партнер ВИЧ-положительный. Низкий уровень охвата тестированием половых партнеров беременных женщин в городе обусловил высокую частоту инфицирования детей при грудном вскармливании.

Вопросами, требующими решения и способными в перспективе снизить частоту перинатального заражения, являются расширение охвата обследованием партнеров беременных женщин с увеличением перечня учреждений для проведения тестирования, изменение законодательной базы по организации мер в отношении ВИЧ-инфицированных беременных и рожениц ВИЧ-диссидентов, отказывающихся от получения профилактики перинатального инфицирования, особенно при беременности, повышение информированности врачей женских консультаций и родильных домов в области оценки результатов тестирования на ВИЧ беременных и их партнеров, повышения качества до- и послетестового консультирования беременных и их партнеров, дальнейшее улучшение контроля врачами женских консультаций за приверженностью к ВААРТ женщинами при беременности. Важным направлением работы должны стать мероприятия по элиминации стигмы в отношении ВИЧ-инфицированных пациентов, что снизит страх перед тестированием на ВИЧ и увеличит приверженность к наблюдению и лечению, в том числе при беременности.

Литература

1. Самарина, А. В. Факторы, определяющие выбор метода контрацепции у ВИЧ-инфицированных женщин /

А. В. Самарина [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 1. — С. 57–68.

2. ВИЧ-инфекция: профилактика перинатальной передачи вируса иммунодефицита человека. Клинические рекомендации. Национальная ассоциация специалистов по диагностике, профилактике и лечению ВИЧ-инфекции. — 2017. — 55 с.

3. Применение антиретровирусных препаратов в комплексе мер, направленных на профилактику передачи ВИЧ от матери к ребенку, Клинические рекомендации (протокол лечения), 2015.

4. Приказ МЗ РФ № 107н от 30.08.2012 «О порядке использования вспомогательных репродуктивных технологий, противопоказаниях и ограничениях к их применению»

5. Латышева, И.Б. Мониторинг и оценка мероприятий по профилактике передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку на территории Российской Федерации в 2008–2017 годах / И.Б. Латышева, Е.Е. Воронин // Информационный бюллетень. — 2017. — 44 с.

6. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 692-р от 20.12.2011 года «О предупреждении передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку»

7. Распоряжение Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга № 145-р от 16.04.2013 года «О внесении изменений в распоряжение от 20.12.2011 № 692-р»

8. Распоряжение Правительства Российской Федерации от 20.10.2016 года № 2203-р «Государственная стратегия противодействия ВИЧ-инфекции в РФ на период до 2020 года и дальнейшую перспективу», www.static.government.ru

9. Самарина, А. В. Динамика и анализ причин передачи ВИЧ от матери к ребенку в Санкт-Петербурге / А. В. Самарина [и др.] // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2012. — Т. 4, № 3. — С. 9–18.

10. Постановление Главного государственного санитарного врача РФ от 21.07.2016 N 95 «О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции»

11. Информационное письмо Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга от 14.11.2018 года «О проведении обследования на ВИЧ-инфекцию»

References

1. Samarina, A. V. Faktory, opredelyayushhie vybor metoda kontratshepcii u VICH-inficirovannyx zhenshhin / A. V. Samarina, N. Yu. Akatova, M. K. Uajtme'n, D. M. Kissin [i dr.] // VICH-infekciya i immunosupressii. — 2012. — T. 4, № 1. — S. 57–68.

2. VICH-infekciya: profilaktika perinatal'noj peredachi virusa immunodeficitnogo cheloveka. Klinicheskie rekomendacii. Nacional'naya associaciya specialistov po diagnostike, profilaktike i lecheniyu VICH-infekcii, 2017, 55 s.

3. Primenenie antiretrovirusnyx preparatov v komplekse mer, napravlennyx na profilaktiku peredachi VICH ot materi k rebenku, Klinicheskie rekomendacii (protokol lecheniya), 2015.

4. Prikaz MZ RF № 107n ot 30.08.2012 «O poryadke ispol'zovaniya vspomogatel'nyx reproduktivnyx texnologij, protivopokazaniyax i ogranicheniyax k ix primeneniyu»

5. Laty'sheva I.B., Voronin E.E. Monitoring i ocenka meropriyatij po profilaktike peredachi VICH-infekcii ot materi rebenku na territorii Rossijskoj Federacii v 2008-2017 godax. Informacionnyj byulleten'. 2017, 44 s.

6. Rasporyazhenie Komiteta po zdравоохранению Pravitel'stva Sankt-Peterburga № 692-r ot 20.12.2011 goda «O preduprezhdenii peredachi VICH-infekcii ot materi rebenku»

7. Rasporyazhenie Komiteta po zdravooxraneniyu Pravitel'stva Sankt-Peterburga № 145-r ot 16.04.2013 goda «O vnesenii izmenenij v rasporyazhenie ot 20.12.2011 № 692-r»

8. Rasporyazhenie Pravitel'stva Rossijskoj Federacii ot 20.10.2016 goda № 2203-r «Gosudarstvennaya strategiya protivodejstviya VICH-infekcii v RF na period do 2020 goda i dal'nejshuyu perspektivu», www.static.government.ru

9. Samarina, A. V. Dinamika i analiz prichin peredachi VICH ot materi k rebenku v Sankt-Peterburge / A. V. Samarina, E. B.

Yastrebova, A.G. Raxmanova, Yu. A.Tixonova [i dr.] // VICH-infekciya i immunosupressii. — 2012. — Т. 4, № 3. — S. 9–18.

10. Postanovlenie Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha RF ot 21.07.2016 N 95 «O vnesenii izmenenij v SP 3.1.5.2826-10 «Profilaktika VICH-infekcii»

11. Informacionnoe pis'mo Komiteta po zdravooxraneniyu Pravitel'stva Sankt-Peterburga ot 14.11.2018 goda «O provedenii obsledovaniya na VICH-infekciyu»

Авторский коллектив:

Гусев Денис Александрович — главный врач Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, д.м.н., профессор; тел.: 8(812)251-08-53, e-mail: gusevden-70@mail.ru

Самарина Анна Валентиновна — заведующая отделением материнства и детства Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, доцент кафедры социально значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова, д.м.н.; тел.: 8(812)407-83-11, e-mail: avsamarina@mail.ru

Ястребова Елена Борисовна — врач-педиатр Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, профессор кафедры социально значимых инфекций Первого Санкт-Петербургского государственного медицинского университета им. академика И.П. Павлова, д.м.н., доцент; тел.: 8(812)407-83-14, e-mail: elena_yastrebova@inbox.ru.

Мозалева Ольга Леонидовна — врач акушер-гинеколог отделения материнства и детства Центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями; тел.: 8(812)4078326, e-mail: bonnie@nxt.ru