

## РЕКОМЕНДАЦІЇ ДЛЯ ВПРОВАДЖЕННЯ У ПРАКТИКУ ОХОРОНИ ЗДОРОВ'Я

УДК: 616-053.32:658.512:615.7

**Н. В. Котова**

Одеський національний медичний університет  
(м. Одеса, Україна)

ПЕРЕЛІК ПОСЛУГ НЕОНАТАЛЬНОЇ  
ДОПОМОГИ НА II–III РІВНІ ДІТЯМ,  
НАРОДЖЕНИМ ВІЛ-ІНФІКОВАНИМИ  
МАТЕРЯМИ

**Ключові слова:** діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, неонатальна допомога.

**Резюме.** У статті представлено перелік послуг неонатальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями: післяконтактна АРВ-профілактика новонародженій дитині, безпечне вигодовування дитини, діагностика антенатального інфікування ВІЛ, консультування матерів з питань прихильності до прийому АРВ-препаратів, медичного ведення дитини до уточнення ВІЛ-статусу. Пропонуються алгоритми консультування ВІЛ-інфікованих матерів неонатологами згідно із розробленим переліком послуг.

### Вступ

Метою стратегії ЮНЕЙДС «Прагнення до нуля» є зниження рівня перинатальної передачі ВІЛ до 2015 року до 0%. В Україні за перше десятиріччя XXI сторіччя ризик перинатальної передачі ВІЛ знизився з 27,8% до 4,7%. Подальше зниження перинатальної трансмісії ВІЛ вимагає зусиль не тільки спеціалістів з ВІЛ-інфекції, але й медичних працівників усіх рівнів медичної допомоги. У зв'язку із збільшенням числа ВІЛ-інфікованих вагітних зростає абсолютна кількість дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, у тому числі, з ВІЛ-інфекцією. Усе більша кількість лікарів різних спеціальностей стикається з проблемою надання допомоги цим дітям [1, 2].

Розвиток епідемії ВІЛ-інфекції в XXI столітті, її фемінізація призвели до того, що дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, і дітей з ВІЛ-інфекцією стає значно більше в усіх регіонах України. ВІЛ-інфекція і зниження імунітету у матерів, шкідливі звички, поширені серед ВІЛ-інфікованих жінок, негативно впливають на стан здоров'я їх дітей, як інфікованих, так і не інфікованих ВІЛ. Без специфічного лікування більше 50% дітей з ВІЛ-інфекцією вмирають до досягнення дворічного віку внаслідок опортуністичних інфекцій та інтрукурентних захворювань, таких як пневмонія, діарея, порушення харчування. Тому згідно із сучасними рекомендаціями, що ґрунтуються на засадах доказової медицини, починати антиретровірусну терапію (АРТ) у всіх ВІЛ-інфікованих дітей доцільно як можна раніше, після отримання першого позитивного результату тесту на наявність генетичного матеріалу ВІЛ методом полімеразної ланцюго-

вої реакції (ПЛР) [3,4]. За таких умов зростає роль неонатологічної служби не тільки з питань профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, але і у напрямку своєчасної діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, їх ефективного медичного ведення, спрямованого на збереження здоров'я і життя.

### Мета роботи

На підставі аналізу джерел літератури і власного досвіду обґрунтувати, які види неонатальної допомоги сприяють зниженню рівня перинатальної передачі ВІЛ, виявленню дітей з ризиком швидкого прогресування ВІЛ-інфекції та смерті в перші місяці життя; збереженню здоров'я дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, а також представити перелік послуг неонатальної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, та запропонувати алгоритми консультування ВІЛ-інфікованої матері в пологовому відділенні (будинку), згідно з переліком інформаційно-консультативних послуг.

Перелік створено за принципами концепції «пакета послуг», що передбачає визначення примірного переліку визначених втручань (послуг) відповідної якості, які є необхідними, ефективними та доступними для всього населення, розроблено за принципом наказу МОЗ України «Про затвердження та впровадження Примірного переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» від 13.04.2011 № 204 [5].

### Матеріали і методи дослідження

Розробка переліку послуг неонатальної допомоги на II–III рівні дітям ґрунтується на

результатах аналізу джерел літератури та тривалого медичного спостереження за дітьми, народженими ВІЛ-інфікованими матерями і ВІЛ-інфікованими дітьми в Одеському обласному і міському центрі профілактики та боротьби зі СНІДом та Одеської обласної дитячої клінічної лікарні. Під час медичного нагляду за дітьми вивчалися фактори ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, причини захворюваності та смертності дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, та ВІЛ-інфікованих дітей, причини неефективності АРТ і низької прихильності до тривалого лікування [6, 7]. При аналізі джерел літератури враховувалися ефективність і доказовість рекомендацій.

### Результати дослідження та їх обговорення

Згідно із рекомендаціями ВООЗ (2012 р.), дані, що доводять ефективність спеціальних методів первинної обробки новонароджених, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, відсутні. Догляд за новонародженими здійснюють за стандартною методикою. Першою, найбільш важливою послугою, що спрямована на збереження здоров'я дітей, є післяконтактна антиретровірусна (АРВ) профілактика, яку слід починати проводити новонародженій дитині якомога раніше, обов'язково в перші 4 години життя (табл. 1, пункт 1) (1А) [3].

Діючи рекомендації з післяконтактної АРВ-профілактики новонародженим в Україні передбачають призначення новонародженій дитині:

- якщо мати отримувала АРВ-профілактику або АРТ щонайменше 4 тижні – зидовудину і ламівудину на 7 днів та невірапіну одноразово;
- якщо мати не отримувала АРТ, або АРВ-профілактику, або отримувала її менше 4 тижнів – зидовудину і ламівудину на 28 днів, а невірапіну одноразово.

Згідно з новими рекомендаціями ВООЗ (2012), які будуть впроваджуватися в Україні у найближчий час, післяконтактну АРВ-профілактику 1 або 3 АРВ-препаратами слід призначати усім новонародженим дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, на 28 днів (вибір препаратів залежить від схеми, яку отримувала мати) [3, 8]. Така рекомендація буде вимагати від неонатологів нової послуги – консультування матері з питань прихильності до АРВ-профілактики вдома та забезпечення матері АРВ-препаратами на 28 діб вдома (табл. 1, п. 2).

Поняття «прихильність до лікування або АРВ-профілактики» в контексті ВІЛ-інфекції включає суворе дотримання режиму прийому

всіх АРВ-препаратів: у повній призначеній дозі; в точно визначений час, без пропусків і запізнень; із дотриманням рекомендацій щодо прийому їжі та інших препаратів; з правильним зберіганням ліків. Прихильність до прийому АРВ-препаратів є основою успішності, як профілактики, так і лікування ВІЛ-інфекції, тому що є головним фактором, що визначає ступінь пригнічення вірусу у відповідь на дію препаратів [3, 4]. Низька прихильність до прийому АРВ-препаратів призводить до коливань концентрації ліків у крові та, як результат, до вірусологічної невдачі специфічної профілактики / лікування. Ризик вірусологічної невдачі зростає пропорційно збільшенню пропущених доз АРВ-препаратів. Для отримання максимального ефекту від лікування / профілактики потрібно приймати правильним чином не менше 95 % призначених доз АРВ-препаратів. Прихильність менше 80 % вважається незадовільною і швидко призводить до вірусологічної невдачі специфічного лікування / профілактики [9].

Науковими дослідженнями з високим рівнем доказовості виявлені стратегії, спрямовані на максимальну прихильність до прийому АРВ-препаратів: порядок лікування повинен бути обговорений до початку прийому АРВ-препаратів (1С); для формування і підтримки високого рівня прихильності до прийому АРВ-препаратів дуже важливо, щоб між медичними працівниками та пацієнтом (батьками дитини) були встановлені довірчі відносини (1В) [4].

Пропонується наступний алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері щодо прихильності до тривалого профілактичного прийому АРВ-препаратів дитиною:

- 1) інформувати про шляхи передачі ВІЛ від матері до дитини та про зниження ризику передачі ВІЛ під дією АРВ-препаратів;
- 2) розповісти про механізм дії АРВ-препаратів та про ключову роль прихильності до лікування у пригніченні реплікації ВІЛ;
- 3) розповісти, як приймати кожен препарат, надати письмові рекомендації, скільки яких препаратів давати і в який час;
- 4) навчити матір відміряти кожен АРВ-препарат і навчити давати дитині ліки;
- 5) обговорити можливі перешкоди виконанню призначень і порадити, як їх усунути;
- 6) порадити технічні засоби, які допомагають не пропустити прийом ліків, надати інформацію про групи взаємодопомоги ВІЛ-інфікованих жінок.

Виключно грудне, а також змішане вигодовування без застосування АРТ у матері пов'язані з істотним ризиком післяпологовий

передачі ВІЛ. Штучне вигодовування адаптованими сумішами повною мірою виключає ризик передачі ВІЛ від матері до дитини після народження [3]. В Україні штучне вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, доступно, забезпечується безкоштовно для сім'ї, як правило, може бути безпечним для дитини. Проте в окремих випадках штучне вигодовування може бути неприйнятним для матері (наприклад з релігійних переконань), у цьому випадку матері слід призначити АРТ на весь період грудного вигодовування, що значно знизить ризик післяпологового інфікування дитини ВІЛ. Консультування матері з питань вибору виду вигодовування дитини та забезпечення безпечного для дитини виду вигодовування – третя неонатальна послуга (табл. 1, п. 3).

Пропонується наступний алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері з питань безпечного годування дитини:

1) інформувати про шляхи передачі ВІЛ та ризик інфікування дитини при грудному вигодовуванні;

2) роз'яснити переваги та недоліки штучного вигодовування адаптованими сумішами та грудного вигодовування з одночасними прийомом АРТ, починаючи з більш прийняттого для матері;

3) обговорити з матір'ю її особисту / сімейну ситуацію і можливості годувати дитину штучно;

4) допомогти матері зробити усвідомлений вибір виду вигодовування дитини, виходячи з її персональної ситуації та наявності умов для штучного вигодовування;

5) надати письмові рекомендації, як годувати дитину;

6) продемонструвати на практиці й навчити матір, як годувати дитину;

7) інформувати матір про порядок безкоштовного отримання молочної суміші або АРВ-препаратів.

Якщо мати прийняла рішення годувати дитину штучно, необхідно забезпечити цей вид вигодовування у пологовому відділенні (будинку) (табл. 1, п. 4).

Передача ВІЛ дитині може відбутися антенатально або у пологах. За умови зниження перинатальної трансмісії ВІЛ в результаті впровадження АРВ-профілактики матері та розродження ВІЛ-інфікованих жінок шляхом кесарського розтину частка дітей з антенатальним інфікуванням збільшується до 80–90% [10, 11]. Антенатальне інфікування ВІЛ та високе вірусне навантаження на першому місяці життя – доведені фактори ризику швидкого

прогресування ВІЛ-інфекції та високого ризику смерті в перші місяці життя дитини (1В) [3, 4]. Виявлення дітей з антенатальним інфікуванням ВІЛ дозволяє рано почати АРТ. Доведено, що ранній початок АРТ зберігає дитині здоров'я і життя (1А) [3, 4]. Тестування крові дитини на ДНК ВІЛ методом ПЛР (у цільній крові або у сухій краплі крові) у віці 48 годин для виявлення антенатального інфікування ВІЛ рекомендовано ВООЗ і включено у Національний уніфікований клінічний протокол з діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у дітей, але поки не впроваджено в Україні. Для підвищення доступності цього дослідження у всіх пологових відділеннях (будинках) країни необхідно впровадити методику відбору крові методом сухої краплі, тому що тільки цей метод може забезпечити транспортування зразків до централізованої лабораторії [12]. Будь-яке тестування на ВІЛ повинно супроводжуватися дотестовим консультуванням (табл. 1, п. 5).

Пропонується наступний алгоритм дотестового консультування при тестуванні дитини для виявлення антенатального інфікування ВІЛ:

1) розповісти матері про ризик передачі ВІЛ дитині під час вагітності та в пологах, інформувати матір про мету тестування дитини і метод, яким воно проводиться;

2) інформувати про добровільність і безкоштовність тестування, про конфіденційність даних про його проведення і про його результат;

3) інформувати про можливі результати тестування і наслідки (позитивний результат – негайно почнуть АРТ дитині та ще раз відберуть зразок крові на аналіз, негативний результат – відберуть другий зразок крові на аналіз і продовжать нагляд за дитиною);

4) інформувати про порядок отримання результату тесту на ВІЛ: де, хто, коли повідомить результат; мотивувати мати своєчасно звернутися за результатом;

5) надати матері психологічну підтримку та отримати її письмову інформовану згоду на тестування дитини на ВІЛ методом ПЛР.

Є стандартні послуги неонатальної допомоги, які мають особливості або частіше необхідні дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями (табл. 1, п. 6). Діти, народжені ВІЛ-інфікованими матерями, не повинні вакцинуватися проти туберкульозу до виключення діагнозу ВІЛ-інфекції на підставі 2 негативних результатів ПЛР, отриманих у віці після 1 місяця і після 3 місяців [3]. У дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, вище ризик синдрому раптової смерті немовлят, що

Таблиця 1

## Перелік послуг неонатальної допомоги на II–III рівні дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями

Послуга	Опис послуги	Практичні та технічні навички	Необхідне обладнання	Знання
1. Медичний нагляд за новонародженою дитиною: проведення післяконтактної АРВ-профілактики	1. Призначення дитині, народженій ВІЛ-серопозитивною матір'ю, АРВ-препаратів. 2. Забезпечення прийому АРВ-препаратів у пологовому відділенні (будинку). 3. Забезпечення матері АРВ-препаратами на весь період АРВ-профілактики вдома.	1. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом щодо забезпечення дитини АРВ-препаратами. 2. Призначення необхідної АРВ-профілактики. 3. Робота з середнім медичним персоналом щодо виконання призначень.	1. АРВ-препарати: зидовудин, ламівудин, невірапін	1. Знати діючі накази МОЗ України, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
2. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю з питань прихильності до АРВ-профілактики вдома.	1. Консультування матері щодо прихильності до АРВ-профілактики. 2. Навчання матері відміряти необхідну кількість АРВ-препаратів. 3. Навчання матері давати дитині АРВ-препарати вдома.	1. Навички ефективного спілкування та консультування.	1. Алгоритм консультування матері щодо прихильності до АРВ-профілактики.	1. Знати діючі накази МОЗ України, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
3. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота з матір'ю з питань вибору виду вигодовування дитини та забезпечення безпечного для дитини виду вигодовування.	1. Консультування з питань безпечного вигодовування дитини. 2. Навчання матері безпечно годувати дитини (готувати адаптовану суміш). 3. Інформування матері, де можна отримати безкоштовно адаптовану суміш (у разі штучного вигодовування).	1. Навички ефективного спілкування та консультування. 2. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом.	1. Методичні та інформаційно-просвітницькі матеріали щодо безпечного вигодовування немовлят. 2. Алгоритм консультування матері з питань вигодовування дитини, народженої ВІЛ-інфікованою матір'ю.	1. Знати діючі накази МОЗ України щодо вигодовування немовлят, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
4. Медичний нагляд за новонародженою дитиною: штучне вигодовування новонародженої дитини.	1. Призначення адаптованої молочної суміші новонародженій дитини. 2. Організація штучного вигодовування молочною сумішшю новонародженої дитини у пологовому відділенні (будинку).	1. Розрахунок адаптованої суміші. 2. Організація штучного вигодовування у пологовому відділенні (будинку). 3. Робота із середнім персоналом щодо здійснення безпечного штучного вигодовування дитини	1. Методичні матеріали з питань штучного вигодовування новонароджених. 2. Адапована молочно суміш. 3. Обладнання для приготування суміші і пристосування для штучного вигодовування новонародженої дитини.	1. Знати діючі накази МОЗ України, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
5. Виявлення антенатального інфікування ВІЛ шляхом тестування крові на ДНК ВІЛ методом ПЛР (у цільній крові або у сухій каплі крові) у віці дитини 48 годин.	1. Дотестове консультування матері. 2. Отримання письмової інформованої усвідомленої згоди матері на тестування дитини на ВІЛ. 3. Відбір зразка крові для дослідження та забезпечення його транспортування до лабораторії.	1. Навички ефективного спілкування та консультування. 2. Співпраця з територіальним центром профілактики та боротьби зі СНІДом. 3. Робота з середнім медичним персоналом щодо безпечного відбору крові у дитини із ризиком ВІЛ-інфекції.	1. Алгоритм дотестового консультування. 2. Наявність витратних матеріалів для відбору крові для її дослідження на ДНК ВІЛ методом ПЛР.	1. Знати діючі накази МОЗ України щодо до тестового консультування при тестуванні на ВІЛ, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у дітей.

## Продовження таблиці 1

## Перелік послуг неонатальної допомоги на II–III рівні дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями

Послуга	Опис послуги	Практичні та технічні навички	Необхідне обладнання	Знання
6. Стандартні послуги неонатальної допомоги, які мають особливості або частіше необхідні дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями.	1. Вакцинація. 2. Консультування з питань профілактики синдрому раптової смерті немовлят. 3. Діагностика та лікування НАС.	1. Навички ефективного спілкування та консультування. 2. Вміння виявляти і лікувати НАС.	1. Алгоритми консультування: - щодо особливостей вакцинації дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, до уточнення ВІЛ-статусу; - щодо профілактики синдрому раптової смерті немовлят 2. Шкала Фіннеган. 3. Препарати для лікування НАС.	1. Знати діючі накази МОЗ України щодо вакцинації, медичної допомоги новонародженим, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини.
6. Профілактична та інформаційно-просвітницька робота с матір'ю з питань подальшого медичного ведення дитини.	1. Консультування з питань: - порядку подальшого медичного нагляду за дитиною; - ранньої діагностики ВІЛ-інфекції; - профілактики пневмоцистної пневмонії; - з питань особливостей догляду за дитиною.	1. Навички ефективного спілкування та консультування.	1. Алгоритми консультування з питань: - порядку медичного нагляду за дитиною; - ранньої діагностики ВІЛ-інфекції; - профілактики пневмоцистної пневмонії - з питань особливостей догляду за дитиною.	1. Знати діючі накази МОЗ України, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, уніфікований та локальний клінічний протокол щодо діагностики та лікування ВІЛ-інфекції у дітей.

ймовірно зумовлено поширеністю тютюнопаління серед ВІЛ-інфікованих осіб, іншими шкідливими звичками у батьків. Близько 4,7 % ВІЛ-інфікованих матерів в Україні є активними споживачами ін'єкційних наркотиків, що значно вище, ніж у загальній популяції вагітних. Тому усіх дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями, слід оцінювати за шкалою Фіннеган і при розвитку неонатального абстинентного синдрому (НАС) проводити підтримуючу і, за потреби, медикаментозну терапію НАС [12].

Профілактичні та інформаційно-просвітницькі послуги неонатальної допомоги відіграють дуже важливу роль у мотивуванні матерів співпрацювати з медичними працівниками, своєчасно отримувати спеціалізовані послуги, що дуже важливо для здоров'я їх дітей (табл. 1, п. 7). Наприклад, доведено, що для збереження життя дитини інформація про позитивний результат тесту повинна надаватися лікарю та батькам не пізніше 4 тижнів після взяття зразка крові (1А) [3, 4].

Пропонується наступний алгоритм консультування ВІЛ-інфікованої матері щодо подальшого медичного ведення дитини:

1) інформувати про необхідність подвійного нагляду за дитиною – за місцем проживання та у спеціаліста територіального центру профілактики та боротьби зі СНІДом;

2) мотивувати на проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини;

3) мотивувати на проведення профілактики пневмоцистної пневмонії.

Необхідно пояснити матері, що ретельний медичний нагляд є дуже важливим для збереження здоров'я дитини. Дільничний лікар-педіатр або сімейний лікар здійснює загальне медичне спостереження дитини, контролює його розвиток, лікує гострі захворювання, проводить вакцинацію. Лікар центру з профілактики та боротьби зі СНІДом вирішує питання, пов'язані з ВІЛ-інфекцією (діагностика, профілактика, чи можна вакцинувати дитину). Слід настійно рекомендувати матері не приховувати від медичних працівників інформацію про те, що у дитини був перинатальний контакт з ВІЛ – ця інформація необхідна в інтересах збереження здоров'я дитини. Рання діагностика ВІЛ-інфекції у дитини методом ПЛР проводиться незалежно від того, проведено дослідження методом

ПЛР через 48 годин після народження дитини чи ні. Необхідно провести 2 дослідження на наявність генетичного матеріалу ВІЛ: перше – у віці 1–2 місяці; наступне (при негативному результаті попереднього тесту) – у віці 3–4 місяців; при отриманні позитивного результату тесту в будь-якому віці дитини наступний тест слід провести якомога швидше. Мати інформують, що її дитині з 4-6-тижневого віку до отримання 2 негативних результатів ПЛР на ДНК ВІЛ для профілактики пневмоцистної пневмонії необхідно давати тріметапрім / сульфаметоксазол (котрімоксазол, бісептол) у дозі 5/25 мг/кг в один або два прийоми на добу 3 рази на тиждень.

Пневмоцистна пневмонія – важка опортуністична інфекція, пік захворюваності якої у ВІЛ-інфікованих дітей приходиться на вік 3–6 місяців, а ризик смерті становить 50–70%. Мати інформують, де можна отримати препарат, і мотивують на виконання даної рекомендації. Особливості догляду за дитиною обумовлені тим, що вона, ймовірно, інфікована ВІЛ, а також наявністю ВІЛ-інфекції у матері / батька. Матері рекомендують ретельно захищати дитину від попадання в її організм хвороботворних мікроорганізмів, які можуть

викликати різні, у тому числі, опортуністичні інфекції. Якщо за дитиною доглядають ВІЛ-інфіковані особи, необхідно захищати дитину від потрапляння їх крові на пошкоджену шкіру і слизові оболонки дитини. Якщо в особі (інфікованої або не інфікованої ВІЛ), яка здійснює догляд за дитиною з ризиком інфікування ВІЛ, є рани на руках, їх необхідно заклеїти лейкопластиром, що не промокає.

### Висновки

Для зниження ризику передачі ВІЛ від матері до дитини та підвищення якості медичної допомоги дітям, народженим ВІЛ-інфікованими матерями, необхідна низка неонатальних послуг, а саме: післяконтактна АРВ-профілактика новонародженої дитини, безпечне вигодовування дитини, діагностика антенатального інфікування ВІЛ.

Інформаційно-просвітницькі послуги неонатологів у вигляді алгоритмів консультування ВІЛ-інфікованих матерів з питань прихильності до прийому антиретровірусних препаратів дітьми, медичного ведення дітей до уточнення ВІЛ-статусу сприятимуть збереженню здоров'я та життя дітей, народжених ВІЛ-інфікованими жінками.

### Література

1. Доклад ЮНЭЙДС о глобальной эпидемии СПИДа, 2012. – Режим доступа: [http://www.unaids.org/globalreport/Global\\_report\\_ru.htm](http://www.unaids.org/globalreport/Global_report_ru.htm)
2. ВІЛ-інфекція в Україні. Інформаційний бюлетень № 39. – Київ, 2012. – 27 с
3. HIV treatment and care for children Clinical Protocol for the WHO European Region (2012 revision) – Режим доступа: [http://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0004/168394/Paediatric-Protocol11-RU-2012-06-27.pdf](http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/168394/Paediatric-Protocol11-RU-2012-06-27.pdf)
4. Guidelines for the Use of Antiretroviral Agents in Pediatric HIV Infection, (Developed by the HHS Panel on Antiretroviral Therapy and Medical Management of HIV-Infected Children—A Working Group of the Office of AIDS Research Advisory Council - OARAC) update the August 11, 2011 (<http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/2/pediatric-arv-guidelines/45/whats-new-in-the-guidelines>)
5. Наказ МОЗ України «Про затвердження та впровадження Примірною переліку послуг перинатальної допомоги на всіх етапах її надання» від 13.04.2011 № 204
6. Аряев Н.Л. Состояние здоровья детей, рожденных ВИЧ-инфицированными женщинами, особенности их медицинского наблюдения в раннем возрасте /Н.Л. Аряев, Н.В. Котова// Журнал Академії медичних наук України. – 2007. – №1. – С. 241–258.
7. Котова Н.В. Аналіз випадків жорстокого поводження з ВІЛ-інфікованими дітьми та стратегія захисту їх прав /Н.В. Котова, Н.В. Грищенко// Перинатологія та педіатрія. – 2012. - №3. – С. 102–105.
8. «Про затвердження Клінічного протоколу з акушерської допомоги: Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини». – Наказ МОЗ України від 14.12.2007 № 716. - К.: МОЗ України, 2007. – 32 с.
9. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med.* 2000;133(1):21-30.
10. Risk Factors for In Utero and Intrapartum Transmission of HIV/ L. S. Magder, L. Mofenson, E. Mary et al. // - *J. AIDS.* – 2005. – N 38(1). – P. 87-95.
11. Котова Н.В. Діагностична цінність дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом полімеразної ланцюгової реакції у дітей народжених ВІН-інфікованими жінками / Н.В. Котова, О.О. Старець // Одеський медичний журнал. – 2006. – № 6 (98). – С. 38–41.
12. Котова Н.В. Використання технології сухої краплі крові для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у немовлят в родопомічних закладах та на рівні первинної медико-санітарної допомоги /Н.В. Котова// Неонатологія, хірургія та перинатальна медицина. – 2012. - № 1 (3). – С. 89 – 96.

**ПЕРЕЧЕНЬ УСЛУГ НЕОНАТАЛЬНОЙ  
ПОМОЩИ НА II–III УРОВНЕ ДЕТЯМ,  
РОЖДЕННЫМ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫМИ  
МАТЕРЯМИ**

*Н. В. Котова*

**Одесский национальный медицинский  
университет МЗ Украины  
(г.Одесса, Украина)**

**Резюме.** В статье представлен перечень услуг неонатальной помощи детям, рождённым ВИЧ-инфицированными матерями: постконтактная АРВ-профилактика новорождённому, безопасное вскармливание ребёнка, диагностика антенатального инфицирования ВИЧ, консультирование матери по вопросам приверженности приему АРВ-препаратов, медицинскому ведению ребёнка до уточнения ВИЧ-статуса. Предлагаются алгоритмы консультирования ВИЧ-инфицированных матерей неонатологами согласно разработанному перечню услуг.

**Ключевые слова:** дети, рождённые ВИЧ-инфицированными матерями, неонатальная помощь.

**THE LIST OF NEONATAL CARE SERVICES  
TO CHILDREN FROM  
HIV-INFECTED  
MOTHERS**

*N.V. Kotova*

**Odessa National Medical  
University  
(Odessa, Ukraine)**

**Summary.** The article presents a list of neonatal care services to children born to HIV-infected mothers: post-exposure antiretroviral prophylaxis in newborn, safe feeding, diagnosis of antenatal HIV-infection, counseling of HIV-infected mothers on adherence to receive antiretroviral drugs, the medical management of their children. We propose algorithms for counseling HIV-infected mothers by neonatologists according to the list of neonatal care services.

**Keywords:** children born to HIV-infected mothers, neonatal care.