

Žmogaus imunodeficito viruso (ŽIV) infekcijos prevencijos tarp nėščiųjų metodinės rekomendacijos



Recenzentė – gyd. Žavinta Kančiauskienė,
Klaipėdos universitetinės ligoninės AIDS centras

Redaktorė – gyd. Irma Čaplinskienė
ŽIV / AIDS, LPI ir hepatitų priežiūros skyriaus vedėja
Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras

ISBN 978-609-454-139-1



9 786094 541391

© Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras, 2014
© UAB „Vitae Litera“, 2014

Žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV) infekcijos prevencijos tarp nėščiųjų metodinės rekomendacijos

Rekomendacijų paskirtis

Šiose rekomendacijose aptariami perinatalinio ŽIV perdavimo rizikos veiksniai, nėščiųjų patikros dėl ŽIV svarba, pateikiami nėščiųjų konsultavimo prieš ir po ŽIV testo, dažniausiai užduodami klausimai. Rekomendacijose pabrėžiamos perinatalinio perdavimo profilaktikos priemonės skirtinguose perinataliniuose etapuose, pateikiamos nacionalinių ir tarptautinių teisės aktų nuorodos apie ŽIV perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos organizavimą ir vykdymą.

Rengiant šias rekomendacijas, vadovautasi Pasaulio sveikatos organizacijos, Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro, Jungtinių Tautų bei kitų tarptautinių organizacijų metodiniais dokumentais, kitais literatūros sąraše nurodytais šaltiniais.

Rekomendacijos skirtos visuomenės sveikatos ir kitų sektorių specialistams.

1. Bendra informacija apie ŽIV infekciją

1.1. ŽIV infekcijos sukėlėjas

ŽIV – tai žmogaus imunodeficitu virusas. ŽIV priklauso retrovirusų grupei, vadinamai lentivirusais (lot. *lenti* – „lėtas“), nes jie vystosi lėtai. Paprastai prabėga ne vieneri metai, kol pasireiškia ŽIV infekcijos simptomai. ŽIV atakuoja žmogaus imuninę sistemą, t. y. sistemą, kurios paskirtis – apsaugoti žmogų nuo infekcijų. Yra du genetiškai šiek tiek skirtingi ŽIV tipai: ŽIV-1 ir ŽIV-2. Virusų tipas turi įtakos ŽIV ligos progresavimo greičiui, perdavimo tikimybei. Abu tipai plinta tais pačiais būdais ir abu sietini su tomis pačiomis oportunistinėmis infekcijomis bei AIDS. Pasaulyje dauguma žmonių yra užsikrėtę ŽIV-1 tipo virusu. ŽIV-2 paplitęs Vakarų Afrikoje ir plinta ne taip lengvai kaip ŽIV-1 bei lėčiau nei ŽIV-1 progresuoja į AIDS. Lietuvoje vyrauja ŽIV-1 tipas. Žmogus gali būti užsikrėtęs ir abiejų tipų virusais vienu metu. Žmogaus imunodeficitu virusui labai būdingas kintamumas. Manoma, kad ŽIV kintamumas yra 30–100 kartų didesnis negu gripo viruso kintamumas.

ŽIV sukelia AIDS – įgytą (akvizitinį) imunodeficitu sindromą, pasireiškiantį įvairiomis (oportunistinėmis) infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. ŽIV infekcijos šaltinis – ŽIV užsikrėtęs žmogus. Didžiausia ŽIV koncentracija būna kraujyje, makštis išskyrose, spermoje, motinos piene. Seilėse, šlapime, ašarose, prakaite ŽIV koncentracija yra nedidelė, todėl nekelia užsikrėtimo pavojaus. Virusui imlūs visi žmonės.

1.2. ŽIV infekcijos patogenezė

ŽIV taikiny – baltieji kraujo kūneliai (CD4 ląstelės). ŽIV naikina šias ląsteles ir taip silpnina imuninę sistemą. Imuninė sistema – tai ląstelių ir organų kompleksas, veikiantis kaip organizmo apsaugos nuo įvairių svetimų medžiagų, mikroorganizmų, su kuriais kasdien susiduria žmogus, mechanizmas. ŽIV, patekęs į žmogaus organizmą, naikina baltuosius kraujo kūnelius (T-limfocitus), imuninėje sistemoje kontroliuojančius infekcijas. ŽIV infekcijai progresuojant imuninė sistema laipsniškai silpsta ir organizmas tampa nepajėgus apsiginti nuo infekcijų ar ligų. Limfocitai yra pagrindinės specifinio imuninio atsako ląstelės, nes jos vienintelės gali specifiskai atpažinti ir atskirti įvairias svetimas medžiagas. Jie lemia organizmo imuninio

atsako įvairovę, specifiškumą, atmintį. Limfocitai nuolat cirkuliuoja kraujyje ir limfoje, migruoja į audinius ir limfinius organus. T-limfocitai (arba kitaip – T-ląstelės) savo apvalkalėlyje turi receptorių (CD4), kurie atpažįsta į organizmą patekusius mikroorganizmus (pvz., žmogaus imunodeficitu virusą). CD4 receptorių turintys limfocitai dar vadinami CD4 ląstelėmis ar T-helperiais. ŽIV užkrečia žmogaus CD4 ląsteles ir naudojasi jomis daugindamasis (kurdamas savo kopijas). ŽIV infekuoto žmogaus organizme CD4 ląstelės laipsniškai sunaikinamos. Kai šios ląstelės žūva, silpsta infekuoto žmogaus imuninė sistema ir padidėja rizika susirgti įvairiomis infekcinėmis ligomis ar tam tikromis vėžio rūšimis. Bet kokia infekcija, skatinanti imuninės sistemos reakciją, gali pagreitinti imuniteto irimą, ir žmogus tampa dar labiau pažeidžiamas.

1.3. Kodėl svarbus CD4 ląstelių skaičius?

Imuninės sistemos būklę atspindi CD4 ląstelių skaičius. ŽIV naikina šias ląsteles ir taip silpnina imuninę sistemą. Nustačius CD4 ląstelių skaičių, galima nustatyti ŽIV ligos stadiją ir prognozuoti galimas šios ligos komplikacijas, įvertinti, kada pradėti ŽIV ligos gydymą. Todėl remiantis CD4 ląstelių skaičiumi galima numatyti galimas grėsmes sveikatai. Kuo mažiau CD4 ląstelių, tuo daugiau yra ŽIV infekcija pažengusi, t. y. ŽIV infekcijai vystantis CD4 ląstelių mažėja. CD4 ląstelių skaičius kraujyje yra vienas iš pagrindinių ŽIV infekcijos eigos rodiklių. CD4 ląstelių skaičius nustatomas laboratorijoje iš kraujo ėminio. CD4 ląstelių kiekis 1 ml kraujo – tai imuniteto būklės (ar imuninio statuso) rodiklis, iš kurio sprendžiama apie ŽIV ligos vystymosi eigą (arba progresavimą). Jei nustatoma mažiau nei 200 CD4 ląstelių, padidėja rizika susirgti gyvybei pavojingomis oportunistinėmis ligomis. CD4 ląstelių skaičius gydymo metu didėja arba išlieka stabilus. Normalus CD4 ląstelių skaičius – 500–1 600/mm³.

1.4. Kas yra viruso koncentracija?

Viruso koncentracija (arba viruso krūvis) – tai ŽIV kopijų (ŽIV RNR) kiekis kraujo plazmoje. Nustatyti viruso koncentraciją (matuojamą ŽIV RNR kieki), kaip ir CD4 ląstelių skaičių, labai svarbu siekiant identifikuoti ŽIV ligos stadiją ir numatyti jos eigą. Žmonės, kurių organizme viruso koncentracija didelė, paprastai greičiau susergera AIDS nei žmonės, kurių organizme viruso koncentracija mažesnė. Pagal viruso koncentracijos pokyčius kraujyje yra vertinama, ar ŽIV liga gydoma veiksmingai. Jei ŽIV ligos gydymas

veiksmingas, tuomet pasiekama stadija, kai ŽIV kraujyje neaptinkamas. Tačiau tai nereiškia, kad žmogus pasveiko ir nebegali užkrėsti kitų. Tiesiog ŽIV koncentracija kraujyje yra tokia maža, kad jos laboratoriskai negalima aptikti. Be to, pažymėtina, kad ŽIV infekcijai gydyti vartojami vaistai viruso nesunaikina, o tik slopina jo dauginimąsi. Moksliniais tyrimais nustatyta, jog kuo didesnė viruso koncentracija kraujyje, tuo labiau tikėtina nuo to kio asmens užsikrėsti ŽIV.

1.5. Kaip CD4 ląstelių skaičius susijęs su viruso koncentracija?

CD4 ląstelių skaičius informuoja apie imuninės sistemos būklę, o viruso koncentracija rodo kraujyje cirkuliuojančio viruso kiekį. Daugindamasis virusas naikina CD4 ląsteles ir šių ląstelių nuolat mažėja. Kuo didesnė viruso koncentracija kraujyje, tuo greičiau sunaikinamos CD4 ląstelės. Abu tyrimai yra naudingi skiriant antiretrovirusinius vaistus (antiretrovirusinę terapiją – ART), nustatant ŽIV stadiją ir numatant ŽIV ligos prognozę (galimas komplikacijas).

1.6. Kaip plinta ŽIV infekcija?

1. Lytinių santykių metu. ŽIV gali plisti per visų rūšių lytinius santykius.
2. Per kraują (parenterinis): perpilant kraują arba jo komponentus; per nesterilias injekcijas (pvz., kai narkomanai dalijasi švirkštais arba adatomis).
3. ŽIV užsikrėtusi motina gali užkrėsti savo vaiką (perinatalinis, vertikalus ŽIV perdavimo būdas) nėštumo, gimdymo metu arba žindydamas.

1.7. Kaip pasireiškia ŽIV infekcija?

Žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV) liga – patologinis procesas, sukeliantis laipsnišką imuniteto nykimą, kuris lemia oportunistinių infekcijų, piktybinių navikų ir kitų ligų vystymąsi (TLK-10 koduojama šifrais B20-B24).

Užsikrėtus ŽIV, infekcijos požymiai pasireiškia ne iš karto.

ŽIV infekcijos (arba ŽIV ligos) stadijos [1]:

- ◆ Inkubacinis laikotarpis.
- ◆ Ūmi ŽIV infekcija.
- ◆ Lėtinė besimptomė stadija.
- ◆ Simptominė ŽIV liga.
- ◆ AIDS (įgytas imuniteto nepakankamumo sindromas).

ŽIV infekcijos inkubacijos laikotarpis vidutiniškai trunka apie tris savaites (kartais 3–6 mėnesius). Laikotarpis, kol antikūnų prieš ŽIV aptikti nepavyksta, vadinamas inkubacijos, arba „lango“, laikotarpiu. Serokonversija – tai pasigaminusių prieš ŽIV antikūnų nustatymas praėjus vidutiniškai trimis savaitėms nuo užsikrėtimo. Beveik visiems pacientams serokonversija įvyksta per 6 mėnesius.

Ūmios ŽIV infekcijos simptomai pasireiškia maždaug 50–90 proc. ŽIV užsikrėtusių asmenų, praėjus 2–4 savaitėms po užsikrėtimo, ir išlieka 1–2 savaites. Dažniausi požymiai: karščiavimas, limfmazgių padidėjimas, makulopapulinis išbėrimas, raumenų ar sąnarių skausmai, galvos skausmas, viduriavimas ir kiti (panašūs į gripo). Toliau būna besimptomė stadija.

Lėtinė besimptomė infekcija vidutiniškai trunka nuo penkerių iki aštuonerių metų po užsikrėtimo. Užsikrėtęs ŽIV žmogus jaučiasi gerai, gali dirbti kaip anksčiau – nėra jokių požymių, kad jis sirgtų (todėl šis laikotarpis ir vadinamas besimptomiu). Lėtinė ligos stadija prasideda išnykus ūmios infekcijos stadijai būdingiems simptomams. Kartais besimptomė ŽIV infekcija gali tęstis net iki 20 metų. Šiuo laikotarpiu užsikrėtusiems ŽIV gali nepasireikšti jokie simptomai arba ilgiau nei 3 mėnesius būna nuolat padidėję mažiausiai dviejų sričių, išskyrus kirkšnies, limfmazgiai. Šios stadijos trukmė priklauso nuo konkretaus asmens imuninio reagavimo, bendros sveikatos būklės.

Simptominė ŽIV infekcija (sin. simptominė ŽIV liga)

Intensyvėjant viruso dauginimuisi ir silpnėjant imunitetui, didėja ląstelinio imuniteto nepakankamumas, todėl ima reikštis ŽIV ligos simptomai (uždegimai, grybelių, parazitų, virusų sukeltos ligos, kuriomis, esant nepažeistam imunitetui, susergama retai). Simptominė ŽIV infekcija nustatoma, kai diagnozuojamos šios ligos (arba jų simptomai): burnos pienligė, plaukuotoji burnos leukoplakija, periferinė neuropatija, konstituciniai simptomai (karščiavimas arba viduriavimas, trunkantis ilgiau nei vieną mėnesį), besikartojanti juosianti pūslelinė, išbėrimai ir kitos. ŽIV ligos simptomai išryškėja pasibaigus besimptomiam laikotarpiui.

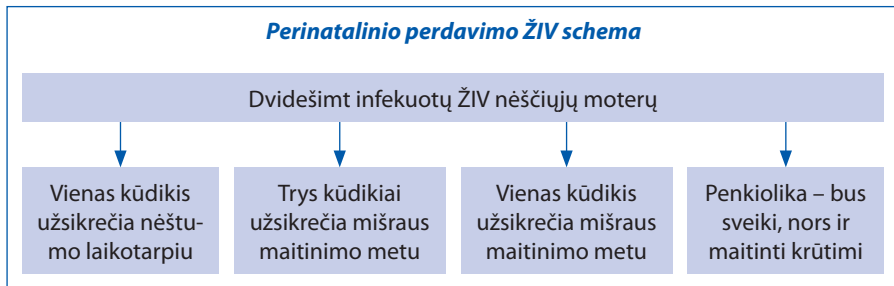
AIDS stadija (įgytas imuniteto nepakankamumo sindromas)

Užsikrėtęs ŽIV žmogus iš karto nesuserga AIDS. Paprastai AIDS suseraga po gana ilgo laikotarpio – vidutiniškai 5–10 metų. AIDS – tai sindromas, t. y. ligos požymių ar tiesiog ligų kompleksas. Paskutinė ŽIV ligos stadija – AIDS pasireiškia oportunistinėmis infekcijomis, navikais ir kitomis ligomis. Laikotarpis nuo didelio imuniteto nusilpimo (imunosupresijos) iki susirgimo AIDS indikacine liga vidutiniškai trunka 12–18 mėn., jei pacientui neskiriamas ŽIV ligos antiretrovirusinis gydymas.

2. Perinatalinis ŽIV perdavimo būdas

ŽIV plinta trimis būdais: per kraują, per lytinius santykius ir iš motinos vaikui (perinataliniu arba vertikaliu būdu), t. y. nėščia ŽIV infekuota moteris gali užkrėsti savo vaiką nėštumo metu, gimdydama ir po gimdymo žindydama kūdikį. Tačiau perinatalinio užsikrėtimo laikas ir tikimybė yra skirtinga nėštumo metu (20–25 proc.), gimdymo metu (60–70 proc.) ir žindant (10–15 proc.).

ŽIV perdavimo iš motinos vaikui tikimybė (jei vaikas nemaitinamas krūtimi) siekia 15–30 proc.; jei maitinamas – 20–45 proc. Taikomos profilaktikos priemonės ŽIV perdavimo iš motinos vaikui tikimybę sumažina iki 2 proc.¹



Ši schema aiškinama taip:

Iš dvidešimties infekuotoms ŽIV motinoms gimusių kūdikių:

- 1) vienas kūdikis užsikrečia nėštumo laikotarpiu;
- 2) trys kūdikiai užsikrečia gimdymo metu;
- 3) vienas kūdikis užsikrečia mišraus maitinimo metu;
- 4) kiti penkiolika – sveiki, krūtimi maitinti kūdikiai.

Perinatalinio perdavimo ŽIV rizikos veiksniai [4, 20]

Perinatalinio perdavimo ŽIV tikimybė priklauso nuo įvairių veiksnių. Skiriami šie užkrėtimo ŽIV riziką didinantys veiksniai:

- 1) viruso veiksniai;
- 2) motinos veiksniai;
- 3) akušeriniai veiksniai;
- 4) vaisiaus ir naujagimio veiksniai.

¹ World Health Organisation. HIV/AIDS treatment and care Clinical protocols for the WHO European Region. WHO, 2007.

1. ŽIV perdavimo iš motinos vaikui laikas ir tikimybė:
 - 1.1. Nėštumo metu (*in utero*): dažniausiai užsikrečiama vėlyvuuoju nėštumo laikotarpiu (20–25 proc.).
 - 1.2. Gimdymo metu (*intrapartum*): užsikrečiama dėl naujagimio odos ar gleivinių sąlyčio su motinos krauju ar gimdos kaklelio išskyromis (60–70 proc.).
 - 1.3. Po gimimo (*postpartum*): užsikrečiama retai. Naujagimius ir kūdikius galima užkrėsti maitinant motinos pienu (10–15 proc.).
2. Veiksniai, didinantys ŽIV perinatalinio perdavimo (PP) tikimybę:
 - 2.1. Viruso veiksniai:
 - 2.1.1. didelė viremija (pvz., ŽIV RNR >100 000 kopijų/ml);
 - 2.1.2. kai kurie ŽIV-1 potipiai (pvz., E potipis);
 - 2.1.3. viruso atsparumas antiretrovirusiniams (ARV) vaistams.
 - 2.2. Motinos veiksniai:
 - 2.2.1. imuniteto nepakankamumas;
 - 2.2.2. diagnozuota AIDS stadija;
 - 2.2.3. nepakankama mityba;
 - 2.2.4. nesaugus elgesys (rūkymas, alkoholio, narkotinių ir psichotropinių medžiagų vartojimas, nesaugūs lytiniai santykiai);
 - 2.2.5. lytiškai plintančios infekcijos;
 - 2.2.6. HCV infekcija;
 - 2.2.7. A vitamino stoka;
 - 2.2.8. ARV vaistų neavartojimas nėštumo ir gimdymo metu.
 - 2.3. Akušeriniai veiksniai:
 - 2.3.1. invazinės procedūros ir invaziniai vaisiaus tyrimo metodai;
 - 2.3.2. bevandenis laikotarpis: kiekvieną valandą perinatalinio ŽIV perdavimo grėsmė padidėja 2 proc.;
 - 2.3.3. gimdymo būdas (gimdymas natūraliais takais perinatalinio ŽIV perdavimo pavojų padidina du kartus, palyginti su plaine cezario pjūvio operacija);
 - 2.3.4. epiziotomija, vakuuminė ekstrakcija, akušerinių replių naudojimas;
 - 2.3.5. kraujavimas gimdymo metu.
 - 2.4. Vaisiaus ir naujagimio veiksniai:
 - 2.4.1. neišnešiotas naujagimis;
 - 2.4.2. daugiavaisis nėštumas;
 - 2.4.3. nesubrendusi naujagimio imuninė sistema;
 - 2.4.4. naujagimio virškinimo trakto ypatybės – mažas rūgštingumas, plona gleivinė, mažas gleivinės IgA aktyvumas.

2.5. Maitinimas krūtimi:

2.5.1. krūtų patologija;

2.5.2. krūtų spenelių įtrūkimai;

2.5.3. naujagimio burnos pažeidimai.

Taikant ŽIV perinatalinio perdavimo grėsmę mažinančias priemones turi būti laikomasi nuostatos, kad vaiko gerovė yra svarbesnė nei motinos gerovė.

3. Profilaktinis nėščiųjų ŽIV tyrimas

Ankstyvoji užsikrėtusios ŽIV moters diagnostika yra svarbi ir jos sveikatai, ir vaiko, kurį ji pagimdo, priežiūrai. Pagal Lietuvoje galiojančią nėščiųjų sveikatos tikrinimo tvarką² numatyta visoms nėščiosioms siūlyti tyrimą dėl ŽIV infekcijos du kartus – iki 12 nėštumo savaitės ir 29–40 nėštumo savaitę. Kraujo imama iš venos. Tyrimų išlaidos apmokamos Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšomis [3]. Nėščiųjų patikra dėl ŽIV pradėta įgyvendinti Lietuvoje nuo 2007 metų. Per tą laikotarpį kasmet ištiriama per 90 proc. visų nėščiųjų ir vidutiniškai nustatoma apie septynias ŽIV užsikrėtusias nėščiąsias (naujų atvejų). Dauguma infekuotų nėščiųjų tariamu infekcijos šaltiniu nurodo sutuoktinį ar sugyventinį. Aktyvus perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktikos metodų taikymas Lietuvoje leido pristabdyti ŽIV perdavimą iš motinos vaikui – Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro duomenimis, iki 2013 m. sausio 1 d. Lietuvoje registruoti du ŽIV infekuoti vaikai. Tai sudaro 0,09 proc. visų registruotų ŽIV atvejų. Pvz., Latvijoje registruotas 41 nuo motinos užsikrėtęs ŽIV vaikas, Estijoje – 40³.

Ankstyvoji ŽIV infekcijos diagnostika antenataliniu laikotarpiu leidžia:

- skirti ŽIV užsikrėtusiai nėščiajai antiretrovirusinį gydymą ir profilaktinį oportunistinių infekcijų gydymą;
- užtikrinti antiretrovirusinę terapiją nėštumo ir gimdymo metu motinai bei naujagimiui iš karto po gimimo, siekiant sumažinti ŽIV perdavimo riziką;
- užsikrėtusias moteris konsultuoti dėl ŽIV perdavimo grėsmės žindant krūtimi ir siūlyti saugesnio kūdikio maitinimo būdo alternatyvą.

² LR SAM 2006 gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1135 „Dėl nėščiųjų sveikatos tikrinimų“.

³ HIV/AIDS surveillance in Europe – 2012. ECDC. 2013.

Nėsčiosios profilaktinis tyrimas dėl ŽIV turi būti savanoriškas (nepivalomas), todėl prieš atliekant tyrimą turi būti gaunamas informuoto paciento (nėsčiosios) sutikimas. Sveikatos priežiūros specialistas (gydytojas, slaugytojas) prieš atliekant ŽIV tyrimą turėtų konsultuoti (suteikti konsultacinę pagalbą, angl. *HIV counselling*) nėsčiąją apie patikros dėl ŽIV svarbą jai ir jos būsimam kūdikiui.

4. Nėsčiosios konsultavimas prieš ŽIV tyrimą ir po jo

Konsultacinė pagalba – tai sveikatos priežiūros specialisto teikiamos informavimo, konsultavimo paslaugos ŽIV infekcijos klausimais (prieš ir po ŽIV tyrimo), siekiant pacientui padėti spręsti iškilusias sveikatos ir psichologines problemas. Konsultacinę pagalbą gali teikti gydytojas ar slaugytojas, išklauses ne trumpesnę kaip 6 valandų trukmės konsultacinės pagalbos mokymo programą ir turintis tai patvirtinantį dokumentą. Paciento pageidavimu konsultacinė pagalba teikiama jo šeimos nariams ir artimiesiems [4].

Praktiniai konsultacinės pagalbos klausimai [5, 28]

Konsultavimo formos ir dažnis

Dažniausiai konsultacijos prieš ir po ŽIV tyrimo, tolesnė konsultacinė pagalba teikiama individualiai. Tačiau kad motina infekcijos neperduotų vaikui, partneriai turėtų būti skatinami dalyvauti konsultacijose iki testo ir po testo kartu. Jei moteris neturi partnerio, jei partneris nepageidauja ateiti ar moteris nenori, kad partneris būtų įtrauktas, labai vertinga artimųjų parama. Tačiau konsultantas turi žinoti, kad riziką derėtų įvertinti individualiai, o tik tada konsultuoti pacientę drauge su partneriu ar ją palaikančiu asmeniu. Kartais moterys pageidauja, kad ŽIV tyrimo rezultatai joms būtų pranešti tik individualiai, nes prieš pasidalijant informacija joms reikia laiko ją perprasti. Konsultuodamas moterį infekcijos perdavimo iš motinos vaikui klausimu, konsultantas turėtų būti lankstus ir prisitaikyti prie aplinkos, atsižvelgti į moters pageidavimus.

Tyrimo rezultatai pranešami ir konsultavimas atlikus tyrimą organizuojamas individualiai (arba poromis, jei partneriai tyrėsi drauge). Jei tyrimo rezultatas neigiamas, konsultuojama po tyrimo gali būti gana trumpai

(pavyzdžiui, surengiama viena konsultacija). Konsultacija turėtų būti suvokiama kaip galimybė pasikalbėti apie apsisaugojimą nuo ŽIV infekcijos ateityje. Jei moters partneriui tyrimas neatliktas arba jei moteris mano, jog apsisaugoti nuo infekcijos bus sunku, jai siūlomos papildomos konsultacijos. ŽIV infekuotoms moterims gali prireikti ilgesnių konsultacijų, taip pat tolesnės paramos, todėl papildomos konsultacijos joms turėtų būti būtinai siūlomos.

Kai nėščiosios ŽIV tyrimo rezultatas teigiamas

Pykštis, depresija ir neigimas – įprasta pradinė reakcija, pasireiškianti sužinojus teigiamą tyrimo rezultatą. Šie jausmai gali būti dar stipresni, jei moteriai tyrimas atliekamas iki gimdymo ir ji iki tol nebuvo užsikrėtusi. Nėščioji turi suprasti ir priimti savo ŽIV statusą. ŽIV užsikrėtusioms nėščiosioms rekomenduojama skirti psichologo konsultacijas.

Kai nėščiosios ŽIV tyrimo rezultatas neigiamas

Tas nėščiasis, kurių ŽIV tyrimo rezultatas neigiamas, labai svarbu supažindinti su užsikrėtimo ŽIV nėštumo metu ir maitinant kūdikį krūtimi padariniais. Išaiškinti, kad jei moteris užsikrečia ŽIV infekcija būdama nėščia, tai rizika, kad vaikas bus užkrėstas, labai padidėja.

Ar atskleisti savo ŽIV ligą partneriui (artimiesiems) arba kitam svarbiam asmeniui?

Atlikus ŽIV tyrimą individualiai asmeniui dažnai yra sunku pranešti rezultatą savo lytiniam partneriui, ypač iškart, kai tik jis sužinomas. Tai padaryti lengviau tik praėjus tam tikram laikui. Tačiau poros yra labai nelinkusios tikrintis dėl ŽIV drauge. Gali būti, kad partneris tyrėsi dėl ŽIV kitoje vietoje. Jei moteris neabejoja galinti pasakyti partneriui, jog ŽIV tyrimo rezultatas teigiamas, ir nebijo neigiamų padarinių (t. y. kad bus palikta, atstumta arba prieš ją bus smurtaujama), jos partneris taip pat galėtų ateiti drauge pas gydytoją konsultuotis atlikus ŽIV tyrimą. Yra moterų, pageidaujančių, kad teikiant konsultacinę pagalbą po ŽIV tyrimo dalyvautų ne jos partneris, o kas nors iš artimųjų (motina, sesuo, geriausia draugė). Sprendimas pranešti partneriui, kad ji infekuota ŽIV, priklauso nuo pačios moters ir nuo socialinių veiksnių. Pasitaiko atveju, kai moteriai, atskleidusiai, kad ji yra infekuota ŽIV, gresia neigiami padariniai, prieš ją gali būti smurtaujama / ji gali būti pamesta, verčiama nutraukti nėštumą. Tačiau perinatalinės profilaktikos priemonės nėštumo metu, pavyzdžiui, gydymas antiretrovirusi-

niais vaistais ir / ar motinos pieno pakaitalų naudojimas, beveik nesudaro galimybių nuslėpti, kad ji infekuota. Todėl būtina apgalvoti ŽIV infekuotos moters apsaugos mechanizmus, nustatyti, kur siųsti pažeidžiamas moteris, kiekvienu atveju gerai pasverti visus diagnozės atskleidimo pranašumus ir trūkumus. Jei moteris nedrįsta ar neapsisprendžia, ar jai verta atskleisti ŽIV tyrimo rezultatus, medikas turi galvoti, kaip jai padėti.

Ar informuoti medikus apie infekuotumą ŽIV?

Kadangi užsikrėtusiai ŽIV nėščiajai galima pritaikyti veiksmingas perinatalinės ŽIV profilaktikos priemones ir taip padidinti tikimybę, kad gimtų neužkrėstas ŽIV kūdikis, rekomenduotina, kad moteris pasakytų apie ŽIV infekciją medikams kuo anksčiau. Medikas turi išaiškinti nėščiajai infekuotumo ŽIV atskleidimo pranašumus.

Išvengti kaltinimų moteriai konsultuojant jos artimuosius

Infekuota moteris dažnai yra kaltinama, kad paskleidė ŽIV infekciją šeimoje, nors paprastai moterį užkrečia jos vyras ar partneris. Kitų šeimos narių, ne tik vyro ar partnerio, pagalba gali padėti sumažinti šias problemas. Šeimos konsultavimas taip pat naudingas planuojant ateitį. Tam reikia specialių įgūdžių, todėl medikas jų gali neturėti. Tuomet moteris reikia siųsti į kitas tokias paslaugas teikiančias įstaigas. Siekiant užtikrinti visapusišką pagalbą moteriai, reikia ją siųsti į kitas tarnybas pagal gyvenamąją vietą, t. y. ten, kur jai patogiau⁴.

Suvokti siūlomas ŽIV infekcijos perdavimo iš motinos vaikui prevencijos priemones

Kad moteris priimtų informacija pagrįstą sprendimą dėl nėštumo, medikas turėtų ją supažindinti su prieinamomis profilaktikos ir gydymo galimybėmis siekiant išvengti perinatalinio ŽIV perdavimo. Siūlant antiretrovirusinį gydymą, kaip infekcijos perdavimo iš motinos vaikui prevencijos priemonę, labai svarbu išsamiai paaiškinti, toliau stebėti moters sveikatą, nes gydymo procesas yra sudėtingas ir apima įvairias paslaugas, įskaitant konsultavimą planuojant šeimą ir pasirenkant kūdikio maitinimą.

Terapinę discipliną (ji labai svarbi) galima pagerinti, jei ir sveikatos priežiūros darbuotojas, ir moteris yra gerai susipažinę su gydymo režimo reikalavimais ir suvokia jo naudą. Kartais terapinė disciplina tarp moterų

⁴ *Scaling up planning guide for the prevention of mother-to-children of HIV and pediatric HIV care, treatment and support. WHO, 2007.*

šlubuoja, daugelis jų nebaigia gydymo iki galo. Medikas turėtų mokėti įvertinti galimas kliūtis moteriai laikytis gydymo režimo reikalavimų ir būdus jas įveikti, o ne tik teikti informaciją apie griežtą antiretrovirusinio gydymo reikalavimų laikymąsi. Konsultantui gali tekti pasikalbėti apie kai kuriuos prietarus dėl sveikatos, įsišaknijusius kultūroje, kurioje gyvena moteris.

Medikas turėtų įspėti, kad antiretrovirusinė terapija ne visada esti sėkminga. Taikant antiretrovirusinį gydymą labai sumažėja kūdikių užsikrėtimo ŽIV pavojus. Tačiau tam tikra dalis kūdikių vis dėlto užsikrečia ŽIV. Šiems kūdikiams prireiks nuolatinės medicininės priežiūros, o motinoms ir artimiesiems – socialinės ir emocinės paramos.

Svarbiausia užsikrėtusiai ŽIV nėščiajai išaiškinti visas ŽIV perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos priemonės ir pabrėžti, kad, taikant visas perinatalinės profilaktikos priemonės, rizika užkrėsti ŽIV sumažinama iki 1 procento⁵.

Konsultuoti dėl kūdikio maitinimo

Sveikatos priežiūros darbuotojas turėtų išmanyti maitinimo krūtimi pavojus ir pranašumus ir aptarti juos su ŽIV infekuota motina. Jei žinoma, kad moteris yra infekuota ŽIV, rekomenduojama nežindyti kūdikio, o jį maitinti motinos pieno pakaitalais. Jei nėščia moteris svarsto, ar verta gydytis antiretrovirusiniais vaistais, kaip maitinti kūdikį (krūtimi ar dirbtiniais pieno mišiniais), būtina išsamiai paaiškinti vieno ar kito sprendimo padarinius. Konsultantas turėtų padėti moteriai pasverti, kas geriau jai pačiai ir jos kūdikiui, ir paremti jos sprendimą, kad ir koks jis būtų⁶.

Lytiškai plintančios infekcijos ir saugesnė lytinė elgsena

Jei moteris užsikrečia ŽIV infekcija nėštumo ar maitinimo krūtimi laikotarpiu, kyla didesnis kūdikio užkrėtimo pavojus, nes esant ankstyvai užsikrėtimo ŽIV infekcija stadijai viruso koncentracija organizme yra ypač didelė. Jei moteris nežino, ar jos partneris infekuotas ŽIV, ar ne, arba jėgu ji jaučia, kad rizikuoja užsikrėsti ŽIV, turėtų paraginti savo partnerį naudoti prezervatyvus. Poras taip pat reikėtų skatinti drauge pasitikrinti dėl ŽIV.

5 *Prevention of HIV transmission from HIV-infected mother to their infants. Optimizing clinical management and effective interventions towards eliminating new pediatric HIV infections. Clinical protocol for the WHO European region (2012 revision). WHO, 2013.*

6 *HIV and infant feeding. WHO, 2003.*

Nemažai moterų sako, kad joms nejauku kalbėtis su vyru ar partneriu apie „sargius“ ir kitais jautriais klausimais. Todėl konsultuojant apie saugesnius lytinius santykius neapsiribojama vien informacija, kaip apsisaugoti – nagrinėjami įsitikinimai, prietarai bei kliūtys, susijusios su saugesne lytine elgsena. Lietuvoje, vadovaujantis sveikatos apsaugos ministro įsakymu Nr. V-1135, visoms nėščiosioms siūloma išsitiirti ne tik dėl ŽIV, bet ir dėl sifilio [3]. Jei nėščioji serga lytiškai plintančia infekcija, persileidimo tikimybė didesnė, ji lengviau gali užsikrėsti ŽIV bei perduoti infekcijas savo būsimam kūdikiui, gresia kiti neigiami padariniai sveikatai.

Užsikrėtusių ŽIV pacienčių klausimai dėl ateities planų

Moterys, užsikrėtusios ŽIV infekcija, dažnai nerimauja dėl to, kas laukia jų vaikų, jei jos susirgs AIDS. Medikai neturėtų vengti kalbėtis šiuo klausimu. Moteriai gali prireikti pagalbos planuojant jos vaikų ateitį ar patarimo, kaip išvengti psichologinės krizės. Pastaraisiais atvejais konsultantas turėtų siųsti moterį pas psichologą bei paaiškinti, kad dabar ŽIV liga gydoma labai veiksmingai. Tai leidžia pristabdyti ŽIV ligos progresavimą, pagerinti gyvenimo kokybę ir trukmę.

Priklausomos nuo narkotikų ŽIV užsikrėtusios nėščiosios

Nuo opioidų priklausoma nėščioji, jei atitinka priklausomybės gydymo kriterijus, turėtų būti gydoma. Pakaitinis gydymas metadonu yra skiriamas nėščiosioms, priklausomoms nuo opioidų. Šis gydymas sumažina nelegalių narkotikų vartojimą, abstinencijos požymius bei mažina nęštumo komplikacijas. Metadono ir antiretrovirusinių vaistų sąveika turėtų būti paaiškinta nėščiajai atsižvelgiant į skiriamus ARV [9].

1 lentelė. Nėščiųjų abstinencijos simptomai pagal vartojamą medžiagą [9]

Narkotinė medžiaga	Simptomai
Alkoholis	Susijaudinimas, drebulys, miego sutrikimas, tachikardija, hipertenzija, pykinimas, išsiplėtę vyzdžiai, traukuliai
Delta-9-tetrahidrokanabinolas (kanapėse, marihuanoje, hašiše)	Nerimas, dirglumas, nedidelis susijaudinimas, nemiga, pykinimas, mėšlungis
Tabakas (pvz., cigaretės)	Dirglumas, nerimas, sutrikusi dėmesio koncentracija, sunkumai atlikti užduotis, nerimas, alkis, svorio didėjimas, miego sutrikimas, tabako troškimas, mieguistumas
Centrinės nervų sistemos raminamosios migdomosios medžiagos: alprazolamas, barbitūratai, chlordiazepoksidai, diazepamai, flurazepamai, glutetimidas, meprobamatas, metakvalonas, kt.	Drebulys, nemiga, nuolatinis mirkčiojimas, susijaudinimas, toksinė psichozė, traukuliai, nerimas, susijaudinimas, raumenų spazmai, miego sutrikimas, hipertenzija, karščiavimas, anoreksija
Centrinės nervų sistemos stimuliuojamosios medžiagos: kokainas, metilfemidatas, fenmetrazinas, dimetiltriptaminas, fenciklidinas (PCP)	Raumenų skausmas, pilvo skausmas, alkis, pailgėjęs miegas, savižudiškos mintys, bradikardija, stimuliantų troškimas, depresija
Opiatai: kodeinas ir oksikodonas, heroinas, hidmorfonas, tripelenaminas	Į gripą panašus sindromas: susijaudinimas, išsiplėtę vyzdžiai, pilvo spazmai, nemiga, nerimas, opiatų troškimas, tachikardija, hipertenzija

Aktyvia tuberkulioze sergančios ŽIV užsikrėtusios nėščiosios

Aktyvia tuberkulioze sergančios ŽIV užsikrėtusios nėščiosios pirmiausia turi būti gydomos dėl tuberkuliozės. Daugumą pirmo pasirinkimo vaistų nuo TB nėštumui nekenkia. Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika (antiretrovirusiniais vaistais) yra skiriami taip pat kaip ir neužsikrėtusioms ŽIV nėščiosioms. Užsikrėtusioms dviguba ŽIV ir TB infekcija nėščiosioms rekomenduojama naudoti prezervatyvus, kad moterys neužsikrėtų pakartotinai ŽIV ar kita lytiškai plintančia infekcija [9].

5. Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika

Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktikos priemonės:

- ◆ antiretrovirusinių vaistų vartojimas nėštumo ir gimdymo metu,
- ◆ tinkamai parinkta gimdymo taktika (rekomenduojama planinė Cezario pjūvio operacija 38-ąją nėštumo savaitę),
- ◆ rekomendacija nežindyti kūdikio krūtimi,
- ◆ prevencinis naujagimio gydymas.

ŽIV infekcijos pirmine prevencija tarp nėščiųjų Lietuvoje rūpinasi bendrosios praktikos (šeimos) gydytojai ir akušeriai ginekologai, prižiūrintys moteris ambulatoriškai (poliklinikose, konsultacijose, šeimos gydytojų centruose ir kt.). Visoms nėščiosioms būtina suteikti pakankamai žinių apie ŽIV infekcijos plitimo būdus, saugią lytinę elgseną, prezervatyvų naudojimą, įvairius šeimos planavimo metodus, lytiškai plintančių ligų prevenciją ir gydymą. Visoms nėščiosioms rekomenduojama siūlyti atlikti tyrimą dėl ŽIV infekcijos du kartus – iki 12-osios nėštumo savaitės ir 29–40-ąją nėštumo savaitę [3]. Ankstyvas ŽIV infekcijos diagnozės nustatymas leidžia laiku pradėti taikyti perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktikos priemones ir taip sumažinti ŽIV perdavimo grėsmę. Perinatalinio perdavimo rizika didėja, kai yra didelė viruso koncentracija motinos kraujyje [21]. Tai gali atsitikti tada, kai motina ŽIV užsikrečia (ar pakartotinai užsikrečia) nėštumo metu arba suseraga AIDS. Kuo didesnė viruso koncentracija kraujyje, tuo didesnė jo koncentracija motinos piene, todėl kūdikį maitinant motinos pienu atitinkamai padidėja rizika jį užkrėsti ŽIV. Jei netaikomas joks gydymas, maždaug vienas iš septynių krūtimi maitinamų ŽIV infekuotų motinų kūdikių užkrečiamas virusu. Užkrėtimo rizika dar labiau padidėja, kai maitinimas krūtimi trunka daugiau negu pirmuosius šešis mėnesius arba kyla komplikacijų (pvz., mastitas, suskilinėję ir kraujuojantys speneliai). ŽIV profilaktikos tikslais šiuo virusu užsikrėtusioms moterims rekomenduojama nemaitinti savo kūdikių krūtimi – motinos pieną pakeisti dirbtiniais pieno mišiniais [13].

5.1. ŽIV užsikrėtusios nėščiosios priežiūra

Nustačius nėščiajai ŽIV infekciją, gydytojas konsultuoja nėščiąją (suteikia konsultacinę pagalbą). Akušeris ginekologas ar šeimos gydytojas ir akušerė atlieka įprastinę antenatalinę priežiūrą pagal šalyje galiojančią

nėščiųjų, gimdyvių sveikatos priežiūros tvarką [4]. ŽIV infekuotos nėščiosios turi būti siunčiamos pas gydytojus specialistus, kad šie įvertintų ŽIV ligos klinikinę, imunologinę, virusologinę būklę, skirtų antiretrovirusinį (ARV) gydymą ir oportunistinių infekcijų profilaktikos priemones nėštumo ir gimdymo metu.

ŽIV perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos organizavimą ir vykdymą Lietuvoje reglamentuoja Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro įsakymas Nr. V-439. Šio įsakymo reikalavimai yra privalomi visoms sveikatos priežiūros paslaugas nėščiosioms, gimdyvėms ir naujagimiams teikiančioms asmens sveikatos priežiūros įstaigoms, nesvarbu, kokia jų nuosavybė, teisinė forma bei pavaldumas [6].

5.2. Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika nėštumo ir gimdymo metu

ŽIV infekuotai nėščiajai skiriami antiretrovirusiniai vaistai (ARV). Gydymo ARV vaistais nėštumo metu tikslas – maksimali viruso supresija ir veiksminga perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika. Antiretrovirusiniai vaistai (gydymas) nėščiajai Lietuvoje yra skiriami vadovaujantis Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro patvirtinta Žmogaus imunodeficitu viruso ligos diagnostikos ir ambulatorinio gydymo, kompensuojamo iš Privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, metodika [1]. Gydymas ARV vaistais skiriamas vadovaujantis klinikiniais, imunologiniais ir (ar) virusologiniais kriterijais. Gydyti ARV vaistais pradedama pasibaigus pirmajam nėštumo trimestru. Jei pastoja moteris, kuriai pagal klinikinę, imunologinę ir virusologinę būklę nėra indikacijų skirti ARV gydymo, ŽIV perinatalinio perdavimo profilaktika taikoma atsižvelgiant į ŽIV RNR kiekį. Iš motinos vaikui ŽIV perdavimo grėsmė tiesiogiai proporcinga viremijos lygiui.

Nėštumo metu rekomenduojami standartiniai mažiausiai trijų ARV vaistų deriniai.

ŽIV užsikrėtusiai moteriai rekomenduojama gimdyti sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose tretinio lygio akušerijos ir ginekologijos paslaugas⁷. Rekomenduojama planinė Cezario pjūvio operacija, kurios metu siekiama išvengti didelio kraujavimo, sumažina ŽIV perdavimo iš motinos vaikui tikimybę apie 50 proc., palyginti su gimdymu natūraliu būdu. Tačiau naujausiose rekomendacijose pažymima, kad jei 34–36 nėštumo savaitę

⁷ Įstaigų sąrašas nurodytas LR sveikatos ministro įsakyme Nr. V - 439.

viruso kiekis žemesnis nei 50 kopijų/ml, tai Cezario pjūvio operacijos nau-
da negarantuojama ir tuomet siūloma gimdyti natūraliu būdu [7]. Daugia-
vaisio ŽIV užsikrėtusių moterų nėštumo atveju visada atliekama planinė
cezario pjūvio operacija [21].

Visose sveikatos priežiūros įstaigose, teikiančiose sveikatos priežiūros
paslaugas, turi būti laikomasi universalių apsaugos nuo infekcijų priemonių.
Jei kyla profesinio užsikrėtimo ŽIV pavojus pagal Lietuvos Respublikos
sveikatos apsaugos ministro patvirtintą poekspozicinės žmogaus immuno-
deficito viruso profilaktikos skyrimo tvarkos aprašą skiriama poekspozici-
nė ŽIV profilaktika [8].

5.3. Postnatalinė naujagimio priežiūra

Gimdymo metu galimas naujagimio kontaktas su motinos krauju,
makšties sekretu, amniono skysčiu, kuriuose gali būti ŽIV. Naujagimių
kvėpavimo ir virškinimo trakto gleivinė nėra pakankamas barjeras ŽIV, be
to, anacidinis skrandžio turinys nepajėgia inaktyvuoti viruso. Naujagimiui
8–12 valandą po gimimo pradedami skirti antiretrovirusiniai vaistai (pro-
filaktinis ŽIV gydymas). Jei motinai buvo pradėta gydyti ARV vaistais ne
vėliau kaip nuo 32 nėštumo savaitės ir nebuvo gimdymo komplikacijų,
naujagimiui gali būti taikoma 4 savaičių profilaktika AZT [4].

5.4. Susilaikymas nuo natūralaus maitinimo

Rekomenduojama, kad ŽIV užsikrėtusios moterys neturėtų žindyti
krūtimi. Natūraliai maitinami kūdikiai užsikrečia dvigubai dažniau nei vai-
kai, maitinami dirbtiniu būdu. Motinos piene nustatomas ŽIV ir ŽIV užkrės-
ti limfocitai. Spenelių įtrūkimai ar pieno liaukų uždegimai lemia didesnę
infekcijos dažnį. Rizika užkrėsti ŽIV mišriai maitinant (kartu ir žindoma ir
maitinama pieno mišiniais) kūdikį potencialiai didesnė, nes mišrus maiti-
nimas pažeidžia kūdikio virškinimo trakto gleivinės paviršių ir todėl grei-
čiau užsikrečiama virusais [10].

5.5. Postnatalinė vaiko priežiūra

Serologinė naujagimio, kurį pagimdė užsikrėtusi ŽIV moteris, dia-
gnozė yra komplikuota, nes motinos specifiniai anti-ŽIV IgG per placentą
patenka vaisiui. Todėl visiems naujagimiams, kuriuos pagimdo užsikrėtu-
sios ŽIV moterys, nustatoma ŽIV antikūnų. Nors šių antikūnų titrai laikui

bėgant mažėja, jų galima aptikti netgi iki 15–18 mėnesių. Naujagimiams ir kūdikiams pirmaisiais gyvenimo metais ŽIV diagnozei nustatyti taikomi virusologiniai tyrimo metodai. Vaikams, jaunesniems nei 18 mėnesių, ŽIV infekcija diagnozuojama, jei du skirtingų kraujo mėginių virusologinių tyrimų rezultatai yra teigiami. Jei pirmasis tyrimo rezultatas neigiamas, tyrimas kartojamas sulaukus 1–2 mėnesių ir 3–6 mėnesių. ŽIV infekcija atmetama, jei pakartotinai gaunami du neigiami ŽIV RNR tyrimų, atliktų 1–2 ir 3–6 gyvenimo mėnesį, rezultatai. Pakartotinai gavus du neigiamus ŽIV RNR rezultatus, būtina bent kartą nustatyti, ar vaiko organizme išnyko motinos antikūnai. Motinos antikūnai vaiko organizme turi išnykti iki 18 gyvenimo mėnesio. Kol nėra žinoma, ar naujagimis, pagimdytas užsikrėtusios ŽIV motinos, yra užsikrėtęs ŽIV, jo būklė pagal tarptautinę statistinę ligų ir sveikatos problemų klasifikaciją TLK–10 koduojama: R75 laboratoriniai žmogaus imunodeficitu viruso (ŽIV) radiniai (negalutiniai naujagimių ŽIV mėginio radiniai) [2, 4, 9, 21].

6. Dažniausiai užduodami klausimai

Ar ŽIV užsikrėtusi nėščioji būtinai turi vartoti antivirusinius vaistus?

Nėštumo metu antiretrovirusinius vaistus reikės vartoti. Kokius ir kada – priklausys nuo tyrimų rezultatų. Priešvirusiniai vaistai nėštumo metu vartojami dėl dviejų priežasčių: kad būtų pagerinta pačios ŽIV infekuotos nėščiosios sveikata ir sumažinama ŽIV infekcijos perdavimo kūdikiui rizika. Gimdymo metu antiretrovirusiniai vaistai skiriami į veną. Naujagimiui skiriamas profilaktinis gydymas antiretrovirusiniais vaistais (dažniausia zidovudinu) pirmąsias šešias savaites po gimimo.

Jei ŽIV infekuota moteris pastoja, ar gali gimti sveikas vaikas?

Taip gali, tačiau niekas negali pasakyti, ar vaikas gims užsikrėtęs ŽIV, ar ne. Jei moteris lankysis pas gydytoją, laiku pradės vartoti antiretrovirusinius vaistus nėštumo metu, laikysis gydymo režimo, bus tinkamai prižiūrima gimdymo metu, nemaitins vaikelio savo pienu ir laiku girdys vaistus vaikeliui, tikimybė turėti sveiką vaiką yra net 98 procentai.

Kaip viruso krūvis (ŽIV RNR kiekis) susijęs su perinataliniu ŽIV perdavimu?

Pagal viruso koncentracijos pokyčius kraujyje yra vertinamas ŽIV ligos progresavimas bei gydymo veiksmingumas. Skiriant antivirusinę terapiją nėščiajai siekiama sumažinti viruso koncentraciją iki neaptinkamos (< 50 kopijų/ml). Jei nėščiosios viruso krūvis neaptinkamas, perinatalinio perdavimo rizika artima nuliui [11].

Ar saugu nėštumo metu vartoti antiretrovirusinius vaistus?

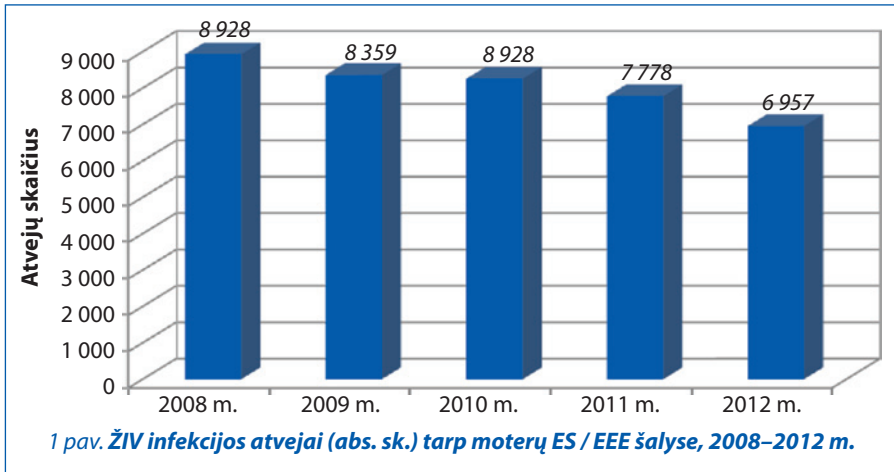
Apskritai nėščiosioms yra nerekomenduojama vartoti jokių vaistų, tačiau ŽIV užsikrėtusioms nėščiosioms antiretrovirusinių vaistų vartojimas yra perinatalinio ŽIV perdavimo viena iš pagrindinių profilaktikos priemonių, sumažinančių ŽIV perdavimo tikimybę. Žinoma, niekas negali pasakyti, kad vaistų vartojimas nėštumo metu yra visiškai saugus. Tačiau tūkstančiai moterų vartojo antiretrovirusinius vaistus ir nebuvo jokių komplikacijų, jos pagimdė sveikus, neužkrėtus ŽIV, vaikus. Vaistų vartojimo galimą žalą ir naudą nėščioji turėtų aptarti su gydytoju.

7. Perinatalinis ŽIV perdavimas – epidemiologinė padėtis

Jungtinių Tautų AIDS programos duomenimis, 2011 m. mažas ir vidutinės pajamas turinčiose šalyse buvo 1,3 mln. nėščiųjų, užsikrėtusių ŽIV. Tais pačiais metais pasaulyje ŽIV užsikrėtė 330 tūkst. vaikų. Tai beveik dvigubai mažiau nei 2003-aisiais ir 29 proc. mažiau nei 2009 m. Prognozuojama, kad pasaulyje su ŽIV gyvena 3,4 mln. vaikų iki 15 metų, 91 proc. iš jų – Afrikoje į pietus nuo Sacharos. Visame pasaulyje 2011 m. 562 tūkst. vaikų skirta antiretrovirusinė terapija (ART) (23 proc. daugiau nei 2010 m.), tačiau ART apimtys sudarė tik 28 proc., t.y. daugiau nei 2010 metais (22 proc.), bet mažiau nei suaugusiųjų ART apimtys (57 proc.)⁸.

ES / EEE šalyse nuo registravimo pradžios nustatyta daugiau nei 128 tūkst. moterų, užsikrėtusių ŽIV. Per pastaruosius penkerius metus ŽIV infekcijos atvejų tarp moterų ES / EEE šalyse sumažėjo (1 pav.).

8 UNAIDS. *A progress report on the Global Plan towards the elimination of the new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive*. Geneva: UNAIDS; 2012. <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2385_ProgressReportGlobalPlan_en.pdf>.



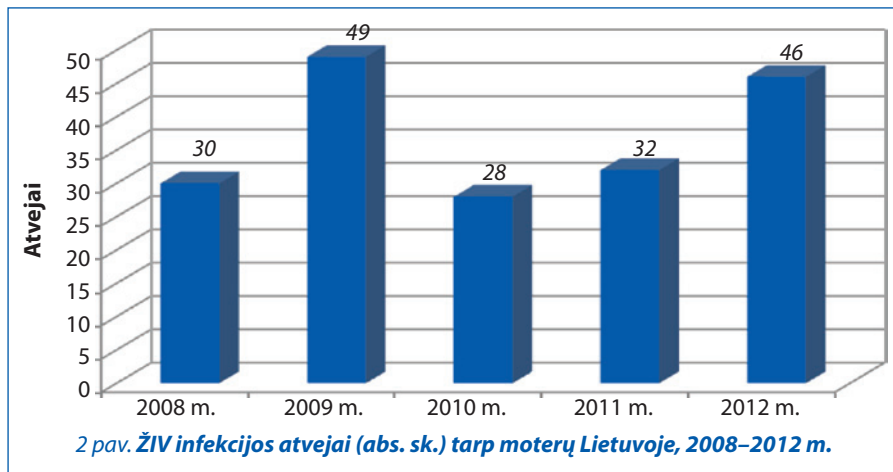
Europos ligų prevencijos ir kontrolės centro duomenimis, 2012 m. ES/EEE šalyse užregistruota 214 perinatalinių ŽIV atvejų. Daugiausia atvejų nustatyta Jungtinėje Karalystėje (76), Prancūzijoje (33), Vokietijoje (20), Rumunijoje (11) ir Belgijoje (10). Perinatalinių atvejų skaičius per penkerius metus (2008–2012 m.) ES / EEE sumažėjo 23, 3 proc. PSO Europos regiono (Vakarų ir Rytų) šalyse 2012 m. taip pat matyti mažesnis ŽIV perdavimo iš motinos vaikui atvejų skaičius, lyginant su 2008 m. (1 pav.)⁹.

2 lentelė. Perinataliniai ŽIV infekcijos atvejai 2008–2012 m. ir atvejų skaičius nuo registravimo pradžios ES / EEE ir kitose PSO Europos regiono šalyse

	2008	2009	2010	2011	2012	Iš viso*
ES / EEE šalys	279	278	305	266	214	5188
PSO Europos regionas:	833	622	709	577	562	8293
Vakarų	261	261	282	250	193	5035
Centrinis	32	36	31	31	33	604
Rytų	540	325	396	296	336	2654

*atvejų skaičius nuo registravimo pradžios.

9 European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe, 2012. Surveillance report. Stockholm: ECDC, 2013.



Per visą ŽIV infekcijos registravimo Lietuvoje laikotarpį (1988–2013 m.) iš viso užregistruotos 425 ŽIV infekuotos moterys. Per pastaruosius penkerius metus naujų ŽIV atvejų tarp moterų skaičius padidėjo (2 pav.).

Per visą ŽIV infekcijos registravimo Lietuvoje laikotarpį (1988–2013 m.) nėščiųjų patikros dėl ŽIV metu 56 moterims nustatyta ŽIV infekcija. Iš viso Lietuvoje gimdė 89 ŽIV užsikrėtusios moterys. Iki 2014 m. sausio 1 d. užregistruoti trys perinataliniai atvejai. Pirmoji užsikrėtusi ŽIV moteris gimdė 2002 m. 2007 m. buvo užregistruotas pirmasis ŽIV perdavimo iš motinos vaikui atvejis Lietuvoje.

Priedas

Perinataliniai ŽIV infekcijos atvejai 2012 m. ir atvejų skaičius nuo registravimo pradžios ES / EEE ir kitose PSO Europos regiono šalyse

Vietovė	Šalis	2012	Iš viso*
ES/EEE			
V	Airija	5	72
V	Austrija	0	51
V	Belgija	10	422
C	Bulgarija	0	14
C	Čekijos Respublika	2	6
V	Danija	4	91
R	Estija	4	44
V	Graikija	0	63
V	Islandija	0	1
V	Italija	9	108
V	Ispanija	6	73
V	Jungtinė Karalystė	76	196
C	Kroatija	0	12
C	Kipras	1	3
R	Latvija	7	49
C	Lenkija	4	190
R	Lietuva	0	2
V	Liuksemburgas	0	6
V	Malta	0	0
V	Nyderlandai	2	260
V	Norvegija	7	75
V	Portugalija	4	249

Vietovė	Šalis	2012	Iš viso*
V	Prancūzija	33	346
C	Rumunija	11	227
C	Slovakija	0	0
C	Slovėnija	0	6
V	Suomija	2	22
V	Švedija	6	196
C	Vengrija	1	10
V	Vokietija	20	304
Iš viso ES / EEE		214	5188
Ne ES/EEE			
C	Albanija	2	22
V	Andora	0	1
R	Armėnija	3	23
R	Azerbaidžanas	14	55
R	Baltarusija	16	214
C	Bosnija ir Hercegovina	0	1
C	Buvusi Jugoslavijos Respublika Makedonija	0	0
R	Gruzija	9	77
V	Izraelis	7	221
C	Juodkalnija	0	3
R	Kazachstanas	30	203
R	Kirgizstanas	33	125
R	Moldova	9	109
V	Monakas	0	1
R	Rusija	–	–
V	San Marinas	0	1

Vietovė	Šalis	2012	Iš viso*
C	Serbija	0	39
V	Šveicarija	2	186
R	Tadžikistanas	34	98
C	Turkija	12	71
R	Turkmėnistanas	0	0
R	Ukraina	177	1292
R	Uzbekistanas	–	363
Iš viso ne ES/EEE		348	3105
Geografinė vietovė			
	Vakarų	193	5035
	Centrinis	33	604
	Rytų	336	2654
Iš viso PSO Europos regione		562	8293

*Atvejų skaičius nuo registravimo pradžios.

Duomenų šaltinis: European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe, 2012. Surveillance report. Stockholm: ECDC; 2013.

Literatūros sąrašas

1. Dėl tuberkulioze sergančių asmenų profilaktinio tyrimo dėl žmogaus imunodeficitu viruso infekcijos tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2008 m. balandžio 30 d. įsakymas Nr. V-374. Valstybės žinios. 2008; Nr.: 54-2007.
2. Dėl žmogaus imunodeficitu viruso ligos diagnostikos ir gydymo, kompensuojamo iš privalomojo sveikatos draudimo fondo biudžeto lėšų, tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2010 m. gegužės 3 d. įsakymas Nr. V-384. Valstybės žinios. 2010; Nr.: 54-2661, Nr. 96-5001; Nr. 138-7084; 2012, Nr.: 27-1227.
3. Dėl nėsčiųjų sveikatos tikrinimų: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2006 m. gruodžio 29 d. įsakymas Nr. V-1135. Valstybės žinios. 2007; Nr.: 2-103; 2011-07-16 Nr.: 89-4287.

4. Arlauskienė A, Čaplinskas S, Jarašūnienė R, Nadišauskienė R, Uždavinienė V. Žmogaus imunodeficitu viruso perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos rekomendacijos. Vilnius: Lietuvos AIDS centras. Vilniaus universitetas. Kauno medicinos universitetas; 2007.
5. Čaplinskienė I, red. Konsultacinė pagalba prieš ŽIV tyrimą ir po jo: mokomoji knyga. Vilnius; 2009. Versta iš anglų k.: Family Health International. HIV Voluntary Counseling and Testing (VCT0: a referente guide for counselors and trainers. January 2004).
6. Dėl žmogaus imunodeficitu viruso perdavimo iš motinos vaikui profilaktikos tvarkos aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2011 m. gegužės 4 d. įsakymas Nr. V-439. Valstybės žinios. 2011; Nr.: 57-2723; 2011-05-12, Nr. 57-2723.
7. European AIDS Clinical Society. Guidelines. Version 7.0. EACS; October 2013.
8. Dėl poekspozicinės žmogaus imunodeficitu viruso profilaktikos skyrimo aprašo patvirtinimo: Lietuvos Respublikos sveikatos apsaugos ministro 2004 m. gruodžio 1 d. Nr. V-853 įsakymas. Valstybės žinios. 2004; Nr.: 179-6634; 2009, Nr. 120-5169.
9. World Health Organisation. HIV/AIDS treatment and care clinical protocols for the WHO European Region. Copenhagen: WHO; 2007.
10. European Centre for Disease Control and Prevention. Evaluating HIV treatment as prevention in the European context. Technical report. Stockholm: ECDC; 2012.
11. Guide to HIV, pregnancy & women's health. September 2011. Available from: www.i-Base.info.org.uk
12. Čaplinskas S, Uždavinienė V. ŽIV liga ir jos gydymas: ką tu turi žinoti. Vilnius: Lietuvos AIDS centras; 2005.
13. World Health Organization. New guidance on prevention of mother-to-child transmission of HIV and infant feeding in the context of HIV. WHO, 2010. WHO, 2011. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/>
14. World Health Organization. Scale up planning guide for the prevention of mother-to-children of HIV and pediatric HIV care, treatment and support. WHO; 2007.
15. World Health Organization. Antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infections in infants. 2010 version. Recommendations for a public health approach. Geneva: WHO; 2010. Available from: http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241599818_eng.pdf

16. European Centre for Disease Prevention and Control. HIV/AIDS surveillance in Europe - 2012. Surveillance report. Stockholm: ECDC; 2013. Available from: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicable-diseases/hivaids/publications/2013/hivaids-surveillance-in-europe-2012>
17. UNAIDS. A progress report on the Global Plan towards the elimination of the new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. Geneva: UNAIDS; 2012. Available from: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2012/JC2385_ProgressReportGlobalPlan_en.pdf
18. Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centro informacija. AIDS. Prieiga per internetą: <http://www.ulac.lt/ligos/A/aids>
19. Ambrozaitis A. Infekcinių ligų vadovas. Vilnius: "Vaistų žinios"; 2010.
20. World Health Organisation. HIV in pregnancy: a review. Geneva: UNAIDS; 1999.
21. World Health Organisation. Prevention of HIV transmission from HIV-infected mother to their infants. Optimizing clinical management and effective interventions towards eliminating new pediatric HIV infections. Clinical protocol for the WHO European region (2012 revision). WHO; 2013.
22. World Health Organisation. European action plan for HIV/AIDS 2012-2015. WHO; 2011. Available from: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0011/153875/e95953.pdf
23. World Health Organisation. PMTCT Strategic vision 2010-2015. Preventing mother-to-child transmission of HIV to reach the UNGASS and Millennium Development Goals. WHO; 2011. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/strategic_vision.pdf?ua=1
24. World Health Organisation. Measuring the impact of national PMTCT programmes: Towards the elimination of new HIV infections among children by 2015 and keeping their mothers alive. A short guide on methods. WHO; 2012. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/national_pmtct_guide/en/
25. World Health Organisation. Use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Programmatic update. WHO; 2012. Available from: http://www.who.int/hiv/pub/mtct/programmatic_update2012/en/.
26. World Health Organisation. Kesho Bora Study. Preventing mother-to-child transmission of HIV during breastfeeding. WHO; 2011. Availa-

ble from: <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/keshobora/en/>

27. World Health Organisation. Guidelines on HIV and infant feeding. Principles and recommendations for infant feeding in the context of HIV and a summary of evidence. WHO; 2010. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/mtct/PMTCTfactsheet/en/>
28. World Health Organisation. Testing and counselling for prevention of mother-to-child transmission of HIV support tools. WHO; 2010. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/vct/tc/en/>
29. World Health Organisation. Mother –to- child transmission of HIV. Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/>

Turinys

Rekomendacijų paskirtis	1
1. Bendra informacija apie ŽIV infekciją	2
1.1. ŽIV infekcijos sukėlėjas	2
1.2. ŽIV infekcijos patogenezė	2
1.3. Kodėl svarbus CD4 ląstelių skaičius?	3
1.4. Kas yra viruso koncentracija?	3
1.5. Kaip CD4 ląstelių skaičius susijęs su viruso koncentracija?	4
1.6. Kaip plinta ŽIV infekcija?	4
1.7. Kaip pasireiškia ŽIV infekcija?	4
2. Perinatalinis ŽIV perdavimo būdas	6
3. Profilaktinis nėščiųjų ŽIV tyrimas	8
4. Nėščiosios konsultavimas prieš ŽIV tyrimą ir po jo	9
5. Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika	15
5.1. ŽIV užsikrėtusios nėščiosios priežiūra	15
5.2. Perinatalinio ŽIV perdavimo profilaktika nėštumo ir gimdymo metu	16
5.3. Postnatalinė naujagimio priežiūra	17
5.4. Susilaikymas nuo natūralaus maitinimo	17
5.5. Postnatalinė vaiko priežiūra	17
6. Dažniausiai užduodami klausimai	18
7. Perinatalinis ŽIV perdavimas – epidemiologinė padėtis	19
Priedas	22
Literatūros sąrašas	24

2014-07-04. Tiražas 500 egz.
Leido ir spausdino UAB „Vitaė Litera“,
Kurpių g. 5–3, LT-44280 Kaunas.

Rekomendacijos parengtos įgyvendinant projektą „Užkrečiamųjų ligų valdymo sistemos Lietuvoje stiprinimas“ (VP1-4.3-VRM-02-V-05-009).

Projekto vykdytojas – Užkrečiamųjų ligų ir AIDS centras.



UŽKREČIAMŪJŲ LIGŲ IR AIDS CENTRAS