

Перспективи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини: роль лікаря загальної практики–сімейного лікаря

Н.Я. Жилка¹, О.О. Орлова³, А.В. Кудря²

¹Національна медична академія післядипломної освіти імені П.Л. Шупика, м. Київ

²ДУ «Український інститут стратегічних досліджень МОЗ України», м. Київ

³Міністерство охорони здоров'я України, м. Київ

Представлений аналіз перспективи профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини на первинному рівні організації медичної допомоги населенню за участі лікаря загальної практики–сімейного лікаря (ЛЗП–СЛ) свідчить про необхідність застосування ЛЗП–СЛ саме профілактичних технологій задовго до настання вагітності на рівні всієї сім'ї, що буде сприяти запобіганню виникнення ВІЛ-інфекції у жінок та зменшенню кількості ВІЛ-інфікованих вагітних, а також за умови використання рекомендацій ВООЗ щодо сучасних підходів до використання контрацепції вплине на зменшення небажаних вагітностей у ВІЛ-інфікованих жінок. Усе означене стане суттєвою профілактикою ВІЛ-інфекції у дітей.

Ключові слова: лікар загальної практики–сімейний лікар, організація медичної допомоги, ВІЛ-інфекція, профілактика, планування сім'ї, ВООЗ.

Проблема ВІЛ-інфекції понад 30 років залишається актуальною для світової спільноти, масштаби поширення вірусу імунодефіциту людини набули глобального характеру і постають реальною загрозою соціально-економічному розвитку більшості країн світу.

Особливістю вітчизняної системи охорони здоров'я є чітка система нагляду за перебігом вагітності та надання послуг з питань охорони репродуктивного здоров'я.

За останні роки (2009–2013 рр.) в Україні відзначається позитивна тенденція до зниження рівня поширеності ВІЛ серед вагітних за результатами первинного тестування (код 109.1): 0,55%; 0,48%; 0,47%, 0,45%, 0,39% відповідно, що прямо корелює з динамікою реєстрації нових випадків ВІЛ-інфекції серед вагітних. Хоча в країні спостерігається прогрес у профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини, загальна кількість дітей з підтвердженим ВІЛ-позитивним статусом продовжує зростати. Станом на 01.01.2014 р. під наглядом перебували 3129 дітей, у яких діагноз ВІЛ-інфекції підтверджено, у тому числі 849 дітей у стадії СНІД, та 6915 дітей – у стадії підтвердження статусу щодо ВІЛ-інфекції.

Відомо, що ризик внутрішньоутробної передачі ВІЛ від матері до дитини без проведення профілактичних заходів становить 15–40%. У разі проведення профілактики він знижується до 1–10%. За даними експертів ВООЗ (1999 р.), співвідношення вартості лікування та утримання однієї ВІЛ-інфікованої дитини для держави у 200 разів вище за вартість одного профілактичного курсу попередження передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності та пологів.

Мета дослідження: визначення ролі лікарів загальної практики–сімейних лікарів (ЛЗП–СЛ) у профілактиці передачі ВІЛ від матері до дитини.

МАТЕРІАЛИ ТА МЕТОДИ

Методи, що використані в ході виконання дослідження: структурно-логічного аналізу, системного підходу, порівняльного аналізу.

РЕЗУЛЬТАТИ ДОСЛІДЖЕННЯ ТА ЇХ ОБГОВОРЕННЯ

Передача ВІЛ-інфекції від матері до дитини (ПМД), або вертикальна трансмісія ВІЛ, – один із встановлених та попереджувальних шляхів ВІЛ-інфікування. ВІЛ може передаватися під час вагітності, пологів та грудного вигодовування дітей, народжених ВІЛ-інфікованими матерями.

Стратегія ВООЗ з ефективної профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини здійснюється за 4-компонентним підходом – профілактика ВІЛ-інфекції серед жінок, профілактика небажаної вагітності, профілактика передачі ВІЛ-інфекції від матері до дитини, лікування та соціальна підтримка.

Заходи з профілактики ПМД (ППМД) в Україні здійснюються у відповідності до вимог спільного наказу Міністерства охорони здоров'я України, Міністерства освіти і науки України, Міністерства України у справах сім'ї, молоді та спорту, Державного департаменту України з питань виконання покарань та Міністерства праці і соціальної політики України від 23.11.2007 р. № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей», який структурно відображає 4-компонентний підхід ВООЗ до ефективної профілактики ВІЛ у дітей, медичної та соціальної допомоги ВІЛ-інфікованим дітям і їхнім сім'ям із чітким визначенням функцій кожного із співвиконавців та їхніх підвідомчих структур. У наказі визначені вимоги міжгалузевого впливу на подолання ВІЛ-інфекції у дітей, а ВІЛ-інфікованим дітям – на забезпечення достойної якості життя. Клінічні аспекти ППМД регламентуються клінічним протоколом «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини», затвердженого наказом МОЗ від 14.11.2007 р. № 716.

Діяльність ЛЗП–СЛ у первинній профілактиці ВІЛ-інфекції серед жінок є основоположною складовою ефективною ППМД, маючи на увазі те, що якщо менше буде ВІЛ-інфікованих жінок, буде менше ВІЛ-інфікованих вагітних та народжених ними ВІЛ-інфікованих дітей.

Питання профілактики поширення ВІЛ-інфекції серед жінок у напрямку вирішення проблеми ППМД розглядається як базова стратегія зменшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку (15–49 років) – потенційних вагітних.

Необхідність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок в Україні пояснюється такими проблемами:

– збільшення кількості ВІЛ-інфікованих жінок репродуктивного віку;

Застосування контрацепції у ВІЛ-інфікованих пацієнтів (класи В003)

Стан пацієнта	КОК	КІК	КП/ВК	ПТП	ДМПА НЕТЕН	ЛНГ/ЕТГ-імпланти	Су-ВМК	ЛНГ-ВМС
ВІЛ/СНІД								
Високий ризик ВІЛ-інфікування	1	1	1	1	1		2	2
ВІЛ-позитивні	1	1	1	1	1	1	2	2
СНІД	1	1	1	1	1	1	3	3
Антиретровірусна терапія	2	2	2	2	2	2	2/3	2/3

- збільшення питомої ваги жінок серед загальної кількості ВІЛ-інфікованих пацієнтів;
- високий рівень поширення ВІЛ-інфекції гетеросексуальним шляхом та через СНІД;
- поширення ВІЛ-інфекції серед вагітних;
- високий рівень захворюваності на ВІЛ-інфекцію жінок молодого віку у порівнянні з чоловіками;
- економічна ефективність первинної профілактики ВІЛ-інфекції серед жінок.

Скорочення кількості ВІЛ-інфікованих серед жінок репродуктивного віку сприятиме зменшенню кількості новонароджених, що піддаються ризику інфікування. Кожний попереджений випадок ВІЛ-інфікування жінки дітородного віку означає запобігання зараження кожного з дітей, яких вона може народити. Первинна профілактика також має непряму дію на благополуччя дітей, оскільки якщо запобігти ВІЛ-інфікуванню батьків, знизиться вірогідність того, що діти залишаться сиротами.

Попередження небажаної вагітності серед ВІЛ-інфікованих жінок. Попередження небажаної вагітності є складовою ефективною ППМД і належить безпосередньо до питань системи планування сім'ї (ПС), зважаючи на те, що ПС – це види діяльності, які допомагають окремим особам та подружнім парам досягти певних репродуктивних результатів: запобігти небажаній вагітності, народити бажаних дітей, регулювати перерви між вагітностями, контролювати вибір часу народження дитини залежно від віку батьків та інших факторів, визначити кількість дітей в сім'ї. Це поняття включає інформацію про шляхи досягнення даних цілей, забезпечення свідомого вибору, можливість скористатися всім спектром безпечних та ефективних методів.

Необхідність здійснення заходів з ПС визначається такими складовими проблемами небажаної вагітності:

- високий рівень абортів у ВІЛ-інфікованих жінок;
- небажана вагітність з наступним штучним перериванням її для ослабленого з імунним дефіцитом організму ВІЛ-інфікованої жінки є серйозним фізичним навантаженням;
- попередження небажаних вагітностей серед ВІЛ-інфікованих жінок не лише попереджає випадки ВІЛ-інфекції у новонароджених, а й сприяє зменшенню кількості соціальних сиріт внаслідок відмови матері від дитини або її смерті;
- особливості, пов'язані з контрацепцією серед ВІЛ-інфікованих жінок, включаючи взаємодію гормональних контрацептивів і АРВ-препаратів;
- проблема прихильності ВІЛ-інфікованої жінки до АРВ-профілактики за умови небажаної вагітності;
- проблема небажаної вагітності у соціально неадаптованих ВІЛ-інфікованих жінок;
- проблема ПС для дискордантних подружніх пар.

В Україні рівень абортів, або штучного переривання вагітності, у термін до 12 тиж вагітності за бажанням ВІЛ-інфікованої жінки протягом останніх років утримується на рівні 11–16% від загальної кількості зареєстрованих ВІЛ-інфікованих вагітних.

Дотримуючись ратифікованої в Україні Конвенції про права людини, ВІЛ-інфікована жінка має право на народження дитини. Одним із важливих завдань сімейного ліка-

ря є забезпечення вичерпною інформацією та доступною медичною допомогою цієї категорії пацієнтів з метою підвищення якості та тривалості життя ВІЛ-інфікованої жінки для народження та виховання своїх дітей і, таким чином, здійснення профілактики дитячого сирітства. При проведенні роботи з ПС необхідно дотримуватись етичних норм, визнавати правову незалежність пацієнтів та право на поінформоване самовизначення. Репродуктивний вибір – це невід'ємне право кожної людини. Питання кількості дітей у ВІЛ-інфікованих осіб вирішується індивідуально, враховуючи стан здоров'я та соціальну адаптованість пацієнтки.

ВІЛ-інфікована жінка, яка хоче уникнути вагітності, потребує доступу до ефективних засобів контрацепції. Вибір контрацептиву здійснюється у відповідності до ступеня перебігу ВІЛ-інфекції та вживання АРВ-препаратів. Методичним матеріалом для призначення контрацептивів ВІЛ-інфікованим пацієнтам є навчальний посібник «Комплексна допомога при небажаній вагітності» (2014 р.).

Проблеми прихильності ВІЛ-інфікованої жінки до АРВ-профілактики за умови небажаної вагітності у соціально неадаптованих ВІЛ-інфікованих жінок є важливим чинником перинатальної ВІЛ-інфекції. Вирішення цих проблем через ефективну роботу ЛЗП–СЛ з питань ПС з ВІЛ-інфікованими жінками сприятиме підвищенню результатів ППМД. Загальновідомо, що прихильність до АРВ-профілактики буде значно вищою у разі бажаної вагітності.

Одне із важливих питань, що стосується здоров'я ВІЛ-інфікованих пацієнток, – це особливості застосування контрацептивів з метою попередження небажаної вагітності у зв'язку із взаємодією контрацептивів і АРВ-препаратів.

Застосування різних контрацептивних методів оцінюється з точки зору співвідношення ризику для здоров'я та користі від їхнього використання за відповідного стану здоров'я, який впливає на здійснення методу контрацепції.

Розподіл показань до використання контрацептивів залежно від стану здоров'я пацієнта, в тому числі наявності ВІЛ/СНІДу, здійснюється за рекомендованою класифікацією ВООЗ (таблиця), за якою показання розподіляються на чотири категорії (класи):

- 1 – стан здоров'я, при якому наявні протипоказання до використання даного методу контрацепції відсутні;
- 2 – стан здоров'я, при якому очікувана користь від використання даного методу контрацепції в цілому перевищує теоретичні або доведені ризики;
- 3 – стан здоров'я, при якому теоретичні або доведені ризики в цілому перевищують очікувану користь від використання даного методу контрацепції;
- 4 – стан здоров'я, при якому використання даного методу контрацепції абсолютно протипоказано.

Наведена таблиця є зручною для використання у діяльності практичних спеціалістів, а також для підбору контрацептиву при проведенні індивідуального консультування сімейної пари сімейним лікарем, соціальними працівниками, представниками НУО та іншими спеціалістами.

Медична допомога ВІЛ-інфікованим вагітним на первинному рівні ЛЗП–СЛ базується на своєчасності їхнього виявлення, кваліфікованості консультування щодо перебігу

вагітності, спостереженні за ВІЛ-інфікованими вагітними та народженими ними дітьми з контролем виконання призначень лікарів вторинного та третинного рівнів організації медичної допомоги.

Консультації з питань ППМД є важливою складовою комплексу заходів щодо профілактики подальшого поширення ВІЛ-інфекції серед населення. Надання добровільної консультативної допомоги населенню стосовно шляхів поширення ВІЛ-інфекції та профілактики інфікування сприяє прийняттю добровільного інформованого рішення щодо тестування на ВІЛ, визначення ВІЛ-статусу людини, підтримці подальшої безпечної щодо інфікування ВІЛ поведінки, отриманню своєчасної медичної допомоги (обстеження на туберкульоз, інфекції, що передаються статевим шляхом, опортуністичні інфекції та їхнє лікування, своєчасний початок АРВ-терапії), профілактиці вертикальної трансмісії ВІЛ та отриманню послуг з планування сім'ї, всебічній підтримці, в тому числі за принципом «рівний–рівному».

Професійне консультування вагітної жінки щодо можливого ВІЛ-інфікування є необхідним заходом у напрямку поліпшення здоров'я жінки та її новонародженої дитини у разі виявлення ВІЛ-інфекції. Поінформованість працівника допологового медичного закладу про ВІЛ-статус, не визначений раніше або прихований жінкою від медичних працівників, є необхідною передумовою зниження частоти випадків ПМД до рівня менше 1%. Крім того, це є важливим моментом для початку лікування і надання допомоги ВІЛ-інфікованим жінкам та їхнім дітям.

При проведенні консультування ЛЗП–СЛ має пам'ятати, що ВІЛ-інфікована особа має право не повідомляти про свій ВІЛ-позитивний статус.

Завдання ЛЗП–СЛ

Здійснення консультування з наступних питань:

- використання презервативів для профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ);
- ризику передачі ВІЛ плоду і новонародженому та способи її попередження;
- ризику і профілактики перинатальної передачі вірусів гепатиту В і С;
- скринінгу на вживання наркотиків;
- ризику післяпологової передачі ВІЛ під час грудного вигодовування і рекомендацій з вигодовування дитини штучними дитячими сумішами;
- можливостей планування сім'ї та сучасних методів контрацепції для попередження небажаної вагітності в майбутньому.

Допологовий скринінг на ВІЛ дає можливість виявлення якомога раніше ВІЛ-інфікованих вагітних та проведення комплексу заходів для профілактики ПМД і зведення до мінімуму ризику передачі вірусу дитині під час вагітності, пологів та у післяпологовий період. Стандартизація тестування на ВІЛ є важливою частиною допологової і загальної медичної допомоги щодо її своєчасності та якості.

Порядок організації тестування:

1. Вагітні, які були взяті на облік щодо вагітності у I триместрі (до 12 тиж включно):
 - обстеження на ВІЛ при взятті на облік щодо вагітності здійснюється методом ІФА за кодом 109.1;
 - у разі негативного результату друге обстеження проводиться у 20–24 тиж вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
 - у разі негативного результату третє обстеження проводиться у 32–36 тиж вагітності методом ІФА за кодом 109.3;
 - у разі негативного результату обстеження під час пологів не проводиться, за винятком вагітних з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).

2. Вагітні, які були взяті на облік щодо вагітності у II триместрі (13–24 тиж включно):

- обстеження на ВІЛ при взятті на облік щодо вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату друге обстеження проводиться у 32–36 тиж вагітності методом ІФА за кодом 109.2;
- у разі негативного результату обстеження під час пологів не проводиться, за винятком вагітних з груп підвищеного ризику щодо інфікування ВІЛ та у випадках серодискордантних пар (методом експрес-тестування).

3. Вагітні, які були взяті на облік у жіночій консультації у III триместрі (після 24 тиж):

- обстеження на ВІЛ під час взяття на облік щодо вагітності методом ІФА за кодом 109.1;
- у разі негативного результату повторне обстеження методом експрес-тестування за кодом 109.2 проводиться при надходженні до пологового стаціонару для розродження відповідно до алгоритму клінічного протоколу.

4. Вагітні, які не перебували на обліку щодо вагітності у допологовий період:

- у разі звернення вагітної до пологового стаціонару під час пологів з не встановленим ВІЛ-статусом їй проводиться обстеження на ВІЛ методом експрес-тестування (двома або одним швидким тестом) відповідно до Порядку проведення тестування на ВІЛ-інфекцію, який затверджений наказом МОЗ України від 21.12.2010 № 1141 за алгоритмом (алгоритм 4.1).

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

- вагітні, які не перебували під наглядом під час вагітності та не були обстежені на ВІЛ;
- вагітні, які не були обстежені у III триместрі вагітності;
- вагітні, у яких відсутні дані про результати тестування на ВІЛ;
- вагітні з груп ризику (активні споживачі ін'єкційних наркотиків);
- вагітні з дискордантної пари.

5. Під час першого обстеження вагітної на ВІЛ для уникнення випадків інфікування під час вагітності жінок з дискордантних пар пропонується (за згодою) тестування на ВІЛ чоловіка (партнера). У разі наявності серодискордантної пари (ВІЛ-негативна вагітна, ВІЛ-позитивний партнер) пропонується: уникати незахищених статевих контактів та безпечної сексуальної поведінки, обстеження ІФА на ВІЛ у кожному триместрі вагітності та експрес-тестування в пологах (швидкий тест).

Обстеження вагітної для визначення стадії ВІЛ-інфекції, стану її здоров'я, перебігу вагітності та стану плода, вибору схеми АРВ-терапії для профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ буде сприяти зниженню частоти ПМД. Для цього ВІЛ-інфіковану вагітну необхідно скерувати на вторинний рівень організації медичної допомоги.

Також завданнями ЛЗП–СЛ є:

1. З'ясування можливості та зручного часу для вагітної для звернення до ЗОЗ, що надають вторинну медичну допомогу.
2. Надання інформації вагітній про необхідність спостереження за перебігом вагітності у лікаря акушера-гінеколога.
3. Направлення до лікаря акушера-гінеколога ЗОЗ, що надає вторинну медичну допомогу, для спостереження за вагітністю із детальною випискою про обстеження пацієнтки для подальшого спостереження за вагітністю із детальним описом обстеження пацієнтки.
4. Здійснення протягом 7 діб після звернення вагітної активного патронажу її вдома для з'ясування ситуації щодо виконання пацієнткою його призначень.

Безперервна медична допомога ВІЛ-інфікованій вагітній, оцінювання прихильності до АРВ-терапії є ефективним засобом ППМД, тому важливою функцією сімейно-

го лікаря є контроль виконання призначень лікаря акушера-гінеколога та спеціаліста центру профілактики та боротьби зі СНІДом, а саме:

1. ЛЗП-СЛ через 14 діб після направлення пацієнтки до лікаря акушера-гінеколога ЗОЗ вторинного рівня здійснює активний патронаж ВІЛ-інфікованої вагітної вдома з метою контролю виконання нею призначень спеціалістів ЗОЗ, що надають вторинну та третинну медичну допомогу.

2. У разі невиконання пацієнткою призначень лікар пояснює важливість їх для здоров'я як для самої вагітної, так і для майбутньої дитини, а також пояснює, що відповідно до чинного законодавства відповідальність за свій стан здоров'я та стан майбутньої дитини у разі невиконання призначень несе жінка (ст. 34 Основ законодавства про охорону здоров'я).

3. У разі необхідності ЛЗП-СЛ залучає соціального працівника у відповідності до вимог наказу МОЗ України від 15.07.2011 № 417 «Про організацію амбулаторної акушерсько-гінекологічної допомоги» (за згодою).

4. ЛЗП-СЛ здійснює контроль прихильності і вживання АРВ-препаратів та інших призначень спеціалістів вищого рівня організації медичної допомоги.

На сьогодні новим викликом сучасності для України стало народження дітей у дискордантних сімейних пар, у яких

один із подружжя є ВІЛ-інфікованим, інший – ВІЛ-позитивним. За даними ВООЗ, кількість дискордантних подружніх пар складає близько 50% усіх ВІЛ-інфікованих. Своєчасне виявлення дискордантних сімейних пар, забезпечення їх інформацією щодо безпечної статевої поведінки та можливості застосування допоміжних репродуктивних технологій сприятиме профілактиці ВІЛ-інфекції у статевого партнера та новонародженої дитини.

Організація медичної допомоги дискордантним парам, які планують народжувати дитину, сімейним лікарем полягає у скеруванні подружньої дискордантної пари до спеціаліста з репродуктології, ПС. Для ВІЛ-неінфікованого партнера рекомендується провести постконтактну профілактику, яка не протипоказана у разі настання вагітності.

ВИСНОВКИ

Завдання лікаря загальної практики-сімейного лікаря у попередженні ВІЛ у новонароджених полягає: у пропаганді здорового способу життя у сім'ї з метою профілактики інфекцій, що передаються статевим шляхом, наркоманії, ВІЛ-інфекції, у своєчасному виявленні вагітності та обстеженні вагітних на ВІЛ, а також у здійсненні контролю виконання вагітними призначень лікарів вищого рівня надання медичної допомоги.

Перспективи в профілактиці передачі ВІЧ от матери к ребенку: роль врача общей практики-семейного врача Н.Я. Жилка, Е.А. Орлова, А.В. Кудря

Представленный анализ перспектив в профилактике передачи ВІЧ от матери к ребенку на первичном уровне организации медицинской помощи населению при участии врача общей практики-семейного врача (ВОП-СВ) свидетельствует о необходимости применения ВОП-СВ именно профилактических технологий задолго до наступления беременности на уровне всей семьи, что будет способствовать предупреждению возникновения ВІЧ-инфекции у женщин и уменьшению количества ВІЧ-инфицированных беременных, а также при использовании рекомендаций ВОЗ относительно современных подходов к использованию контрацепции повлияет на уменьшение нежелательных беременностей у ВІЧ-инфицированных женщин. Все отмеченное станет существенной профилактикой ВІЧ-инфекции у детей.
Ключевые слова: врач общей практики-семейный врач, организация медицинской помощи, ВІЧ-инфекция, профилактика, планирование семьи, ВОЗ.

Prospects in the prevention of HIV transmission from mother to child: the role of general practitioner-family doctor N. Y. Zhylyka, E. A. Orlova, A. V. Kudrya

The present analysis of prospects for the prevention of HIV transmission from mother to child at the primary level of medical care to the population with the participation of the general practitioner a family doctor suggests the need for GP's-FD's using of preventive technologies long before the onset of pregnancy at the whole family, which will contribute to the prevention of HIV-infection in women and reduce the number of HIV-infected pregnant women, as well as WHO recommendations regarding the use of modern approaches to the use of contraception will affect the reduction of unwanted pregnancies among HIV-infected women. All the marks will be effective prevention of HIV infection in children.

Key words: general practitioner family doctor, the organization of medical care, HIV infection, prevention, family planning, WHO.

Сведения об авторах

Жилка Надежда Яковлевна – Кафедра акушерства, гинекологии и перинатологии Национальной медицинской академии последипломного образования имени П.Л. Шупика, клиническая база ГУ «Институт педиатрии, акушерства и гинекологии НАМН Украины», 04050, г. Киев, ул. Платона Майбороды, 8; тел.: (044) 483-17-05. E-mail: zhylyka.nadya@gmail.com

Орлова Елена Александровна – Отдел акушерско-гинекологической помощи управления материнства и детства Департамента медицинской помощи Минздрава Украины, 01021, г. Киев, ул. Грушевского, 7; тел.: (044) 200-07-91. E-mail: sunny-ooo@i.ua

Кудря Андрей Витальевич – Организация первичной медико-санитарной медицинской помощи населению отдела организации медицинской помощи, ГУ «Институт стратегических исследований», 02099, г. Киев, пер. Волгодонский, 3; тел.: (044) 576-41-20. E-mail: andreykudrja@gmail.com

СПИСОК ЛІТЕРАТУРИ

1. Закон України «Про протидію поширенню хвороб, зумовлених вірусом імунодефіциту людини (ВІЛ), та правовий і соціальний захист людей, які живуть з ВІЛ».

2. Наказ МОЗ України від 23.11.2007 № 740/1030/4154/321/614а «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей».

3. Наказ МОЗ України 14.11.2007 № 716 «Про затвердження клінічного протоколу з акушерської допомоги «Попередження передачі ВІЛ від матері до дитини».

4. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини: клін. посіб. / За ред. Н.Г. Гойди, Н.Я. Жилки. – 2-е вид., перероб., доп. – К., 2008. – 222 с.

5. Неонатологія з позиції сімейного лікаря: навч.-метод. посіб. / Г.О. Слабкий, Т.К. Знаменська,

В.Г. Бідний [та ін.]; МОЗ України, Центр. метод. кабінет з вищої мед. освіти, ВДНЗ України «Українська медична стоматологічна академія», ДУ «Ін-т педіатрії, акушерства і гінекології АМН України». – К., 2009. – 435 с.

6. Планування сім'ї: навч. посіб. / за ред. Н.Я. Жилки, І.Б. Вовк. – 2-е вид., доп. – К., 2009. – 296 с.

7. Планування сім'ї для людей, що живуть з ВІЛ: навч. посіб. / За ред.

Н.Я. Жилки. – К., 2008. – 252 с.

8. Адамова Г.М., Бондаренко О.А., Гойда Н.Г., Грищенко О.В., Жилка Н.Я. Сучасні аспекти планування сім'ї. Навчальний посібник // Київ, 2012. – 320 с.

9. Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини. Колектив авторів. Клінічна настанова. – 2014. – 188 с.

10. Проект уніфікованого клінічного протоколу «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини». – 2015.

Статья поступила в редакцию 22.05.2015