

УДК 616.981.21/.958.7

DOI 10.24412/2312-2935-2024-2-741-757

## ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ДИСПАНСЕРНОГО НАБЛЮДЕНИЯ ВИЧ-ИНФИЦИРОВАННЫХ БЕРЕМЕННЫХ ЖЕНЩИН

*Д.Р. Набиуллина<sup>1</sup>, А.И. Мазус<sup>1</sup>, З.Л. Гончаревская<sup>2</sup>, Э.В. Зимина<sup>2</sup>, М.В. Нагибина<sup>1,2</sup>, Т.П. Бессараб<sup>1</sup>, Н.А. Смирнов<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, г. Москва*

<sup>2</sup> *ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Министерства здравоохранения Российской Федерации, г. Москва*

**Введение.** Несмотря на значительные достижения в лечении, ВИЧ-инфекция представляет угрозу здоровью населения в целом и остается серьезнейшей проблемой для общественного здоровья и здравоохранения. Актуальной задачей российского здравоохранения является предотвращение перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ребенку.

**Цель.** Проанализировать за период 2018–2022 гг. в г. Москве данные охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных беременных женщин при организации профилактических мероприятий по снижению риска перинатальной передачи ВИЧ ребенку, а также определить особенности организации диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

**Материалы и методы.** Изучены данные федерального статистического наблюдения (форма № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека») по Российской Федерации и г. Москве, медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у-04), обратившихся в Московский городской центр профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы (далее – МГЦ СПИД ДЗМ).

**Результаты.** В г. Москве в 2022 году по сравнению с 2021 годом отмечается на 16 % снижение числа родившихся живыми детей у ВИЧ-инфицированных женщин, что соответствует и общим тенденциям по данным Росстата по снижению рождаемости среди общего населения России за указанный период. С 2011 года на 59,7 % увеличилось количество ВИЧ-инфицированных женщин, у которых беременность наступила на фоне непрерывной антиретровирусной терапии. У женщин, начавших лечение ВИЧ-инфекции в качестве предродовой подготовки, в 100 % случаях родились здоровые дети. В родильных домах г. Москвы с 2011 по 2021 год отмечено снижение числа преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных женщин с 16,4 до 11,2 %, более чем в 4 раза снизился риск перинатального заражения ВИЧ.

С целью раннего выявления ВИЧ-инфекции у женщин в период беременности и улучшения качества оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным пациенткам определены ответственности врача акушера-гинеколога женской консультации и врача-инфекциониста центра профилактики и борьбы со СПИД.

**Заключение.** Раннее выявление ВИЧ-инфекции у женщин с целью последующего пожизненного диспансерного наблюдения и назначения антиретровирусной терапии (далее – АРТ), особенно во время беременности, проведение мероприятий по профилактике

перинатальной передачи ВИЧ-инфекции ребенку (далее – ППМП), позволит значительно снизить заболеваемость новорождённых.

**Ключевые слова:** ВИЧ-инфекция, ВИЧ, АРТ, ВИЧ-инфицированная беременная, профилактика передачи ВИЧ от матери ребёнку, ППМП, профилактика ВИЧ-инфекции, диспансерное наблюдение

## FEATURES OF REGULAR MEDICAL CHECK-UP ORGANIZATION OF HIV-INFECTED PREGNANT WOMEN

*D.R. Nabiullina<sup>1</sup>, A.I. Mazus<sup>1</sup>, Z.L. Goncharevskaya<sup>2</sup>, E.V. Zimina<sup>2</sup>, M.V. Nagibina<sup>1,2</sup>, T.P. Bessarab<sup>1</sup>, N.A. Smirnov<sup>1</sup>*

<sup>1</sup> *Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, Moscow*

<sup>2</sup> *The Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Moscow*

**Background.** Despite significant advances in treatment, HIV infection poses a serious threat to the general population health and remains a major public health problem. Prevention of mother-to-child HIV transmission is an urgent task of the Russian healthcare system.

**Purpose.** To analyze statistical data on the coverage of prevention of mother-to-child HIV transmission among HIV-infected pregnant women in Moscow for the period 2018 – 2022. To summarize the features of regular medical check-up organization of HIV-infected pregnant women.

**Materials and methods.** The data of federal statistical observation (Form № 61 «Information on the disease caused by the human immunodeficiency virus») for the Russian Federation and city of Moscow, medical records of patients receiving medical care on an outpatient basis (form 025/u-04) who applied to the Moscow City Center for AIDS Prevention and Treatment were studied.

**Results.** The number of live births among HIV-infected women decreased by 16 % in Moscow in 2022 compared to 2021, which is also in line with the general trends, according to Federal State Statistics Service, of a decrease in the birth rate among the general population of Russia for the specified period. Since 2011, the number of HIV-infected women who became pregnant while on continuous antiretroviral therapy there has been increased by 59,7 %. Women who started antiretroviral therapy as prenatal preparation gave birth to healthy babies in 100 % of cases. From 2011 to 2021, the number of premature births in HIV-infected women decreased from 16,4 % to 11,2 % in Moscow maternity hospitals, and the mother-to-child HIV transmission risk decreased by more than 4 times. For the purpose of early detection of HIV infection in women during pregnancy and to improve the quality of medical care for HIV-infected pregnant patients, the responsibilities of an obstetrician-gynecologist of a maternity welfare center and an infectious disease doctor have been determined.

**Conclusion.** Early detection of HIV infection in women for the purpose of subsequent lifelong follow-up and prescription of antiretroviral therapy, especially during pregnancy, and measures to prevent mother-to-child HIV transmission, will significantly reduce the incidence of HIV in newborns.

**Key words:** HIV infection, HIV, ART, HIV-infected pregnant woman, prevention of mother-to-child HIV transmission, MTCT, HIV prevention, regular medical check-up.

**Введение.** Доклад ВОЗ указывает, что ВИЧ / СПИД остается серьезной глобальной проблемой общественного здравоохранения: по состоянию на конец 2022 года в мире насчитывалось около 39 млн [33,1 – 45,7 млн] человек, живущих с ВИЧ-инфекцией [1]. По оценкам экспертов, во всем мире ежегодно беременность наступает у 1,3 млн ВИЧ-инфицированных женщин, из которых 82% [64 – 98 %] имели доступ к АРТ для предотвращения перинатальной передачи ВИЧ от матери ребёнку в 2022 году [2].

По данным федерального статистического наблюдения (форма № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека») в Российской Федерации (далее - РФ) в 2022 году зарегистрировано 809 273 ВИЧ-инфицированных лиц. Беременность наступила у 19 836 женщин с ВИЧ-инфекцией, из них у 11 723 беременность завершилась родами. Охват беременных ППМР составил 99,1 % [3].

Многочисленные научные исследования, посвящённые изучению современных методов лечения и результатов проведенной терапии, показали, что в настоящее время не существует лекарственных средств, позволяющих полностью излечить ВИЧ-инфекцию. В 1987 году в практику лечения заболевания была внедрена АРТ, что позволило отнести состояние данной категории пациентов к контролируемым хроническим, а также изменить качество жизни, в т.ч. рожать здоровых детей благодаря возможности использования эффективной профилактики, диагностики и лечения ВИЧ-инфекции [1, 4, 5].

По литературным данным в отсутствие АРТ на всех этапах ППМР у ВИЧ-инфицированных беременных риск передачи ВИЧ ребёнку может составлять 25–35 % [6]. Передача ВИЧ от матери ребёнку возможна во время беременности, родов, а также при грудном вскармливании [6, 7]. Частота инфицирования: 10–15 % – во время родов, 5–20 % – во время грудного вскармливания и 5–10 % – во время беременности [8 – 11].

Научные исследования доказали эффективность применение АРТ в период беременности и родов. Назначение при неопределяемой вирусной нагрузке у ВИЧ-инфицированной матери перед родами новорожденному ребёнку монотерапии раствором зидовудина 10 мг / мл в дозе 4 мг / кг 2 раза в сутки перорально на срок 4 недели снижает риск передачи ВИЧ от матери ребёнку до 1 – 2 % [12, 13].

**Цель.** Проанализировать за период 2018–2022 гг. в г. Москве данные охвата диспансерным наблюдением ВИЧ-инфицированных беременных женщин при организации профилактических мероприятий по снижению риска перинатальной передачи ВИЧ ребёнку, а

также определить особенности организации диспансерного наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин.

**Материалы и методы.** Изучены данные федерального статистического наблюдения (форма № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека») по Российской Федерации и г. Москве, медицинских карт пациентов, получающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях (форма 025/у-04), обратившихся в МГЦ СПИД ДЗМ. Проанализированы два клинических случая наблюдения беременных женщин, с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией у супругов, с обсуждением организационных мероприятий в соответствии реализации клинических рекомендаций.

**Результаты.** В Москве организация мероприятий по ППМР проводится с 2001 года в соответствии с постановлением Правительства Москвы от 31.07.2001 г. № 699-ПП «О неотложных мерах борьбы с ВИЧ-инфекцией в г. Москве» и приказом Комитета здравоохранения Москвы от 15.05.2001 г. № 199 «Об организации мероприятий по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в лечебно-профилактических учреждениях Комитета здравоохранения Москвы».

По данным федерального статистического наблюдения (форма № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека») в 2022 году по сравнению с 2021 годом отмечается снижение числа родившихся живыми детей у ВИЧ-инфицированных женщин на 16 %, что соответствует и общим тенденциям по сведениям Росстата по снижению рождаемости среди общего населения РФ за указанный период [14].

Статистические данные по охвату ППМР у ВИЧ-инфицированных женщин в г. Москве за период 2018–2022 гг. представлены в таблице 1.

**Таблица 1**

Исход беременностей и родов, охват ППМР у ВИЧ-инфицированных женщин в г. Москве.\*

Годы	2018	2019	2020	2021	2022
Число завершившихся беременностей в отчётном году:	697	665	631	625	514
из них закончились родами	559	522	499	506	417
доля сохранённых беременностей, %	80,2	78,5	79,1	81	81,1
родилось живыми детей	565	520	502	502	421
число беременных, получивших ППМР	547	515	494	501	409
охват беременных ППМР, %	97,9	98,7	99,0	99,0	98,1

\* Данные формы № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека»

За исследуемый период времени выявлена тенденция к сокращению абсолютного числа беременностей среди ВИЧ-инфицированных женщин при устойчивости относительных показателей охвата ППМР и процента сохраненных беременностей. В городе Москве в 2022 году наблюдалось 514 ВИЧ-инфицированных беременных, родилось живыми 421 новорожденный, охват трехкомпонентной ППМР составил 98,1 %, риск перинатальной передачи ВИЧ – 0,9 %.

По статистическим данным МГЦ СПИД ДЗМ и учреждений родовспоможения города Москвы с 2011 года на 59,7 % увеличилась доля женщин из общего количества ВИЧ-инфицированных беременных, у которых зачатие произошло на фоне непрерывной АРТ (с 69 чел. в 2011 г. до 300 чел. в 2022 г.). Следует отметить, что у женщин, получивших АРТ в качестве предродовой подготовки, в 100 % случаях родились здоровые дети. В родильных домах г. Москвы с 2011 по 2021 год отмечено снижение числа преждевременных родов у ВИЧ-инфицированных женщин с 16,4 до 11,2 %, более чем в 4 раза снизился риск перинатального заражения ВИЧ (с 3,5 % в 2011 году до 0,8 % в 2021 году) [15].

Диспансерное наблюдение ВИЧ-инфицированных беременных организовано в женских консультациях (ЖК) по месту их регистрации на общих основаниях в соответствии со ст. 14 Федерального закона от 30.05.1995 г. № 38-ФЗ «О предупреждении распространения в Российской Федерации заболевания, вызываемого вирусом иммунодефицита человека (ВИЧ-инфекции)» [16, 17]. При этом в обязательном порядке должен быть организован контроль состояния здоровья данной группы беременных врачом-инфекционистом и врачом акушером-гинекологом территориального Центра профилактики и борьбы со СПИД (ЦПБ СПИД) [16, 18, 19].

К примеру, представлены два клинических случая с обсуждением маршрутизации беременных женщин с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией у супругов.

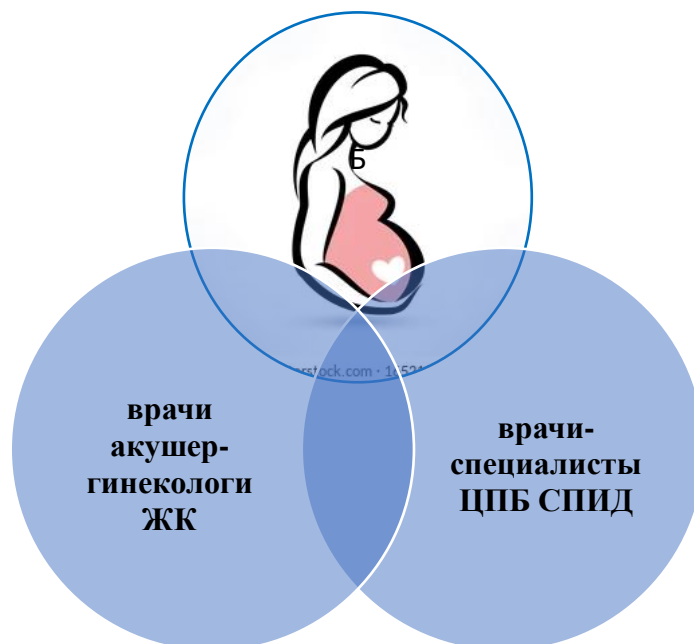
**Клинический пример 1.** Женщина Я., 32-х лет со сроком беременности 31 неделя, обратилась в МГЦ СПИД 19.05.2023 г. с целью обследования на ВИЧ-инфекцию. С 12 недель беременности она наблюдалась в ЖК по месту жительства, дважды была обследована на антитела к ВИЧ на сроке 12 и 28 недель беременности (получены два отрицательных результата). При сборе эпидемиологического анамнеза выяснилось, что её гражданский муж находился с 11.05.2023 г. на стационарном лечении в ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 1 ДЗМ» по поводу двухсторонней полисегментарной пневмонии, где во время обследования были выявлены антитела к ВИЧ. В связи с впервые выявленной ВИЧ-инфекцией

пациент 18.05.2023 г. был переведен в ГБУЗ «Инфекционная клиническая больница № 2 ДЗМ» для дальнейшего лечения. Учитывая данные эпидемиологического анамнеза, 19.05.2023 г. беременная по контакту была проконсультирована врачом-эпидемиологом МГЦ СПИД и направлена на исследование крови на антитела к ВИЧ и ВН РНК ВИЧ-1 количественно. Результаты анализов: антитела к ВИЧ методом ИФА – отрицательный результат, РНК ВИЧ-1 в крови не обнаружена., Врачом-эпидемиологом МГЦ СПИД проведено послетестовое консультирование. Рекомендованы: повторное обследование на антитела к ВИЧ и ВН РНК ВИЧ-1 количественно на сроке 37 недель беременности, защищенные половые контакты с гражданским супругом и продолжить наблюдение в ЖК [19]. На сроке 37 недель беременности получены следующие результаты исследований: антитела к ВИЧ методом ИФА – отрицательный результат, РНК ВИЧ-1 в крови не обнаружена. Учитывая отрицательные результаты анализов, а также минимальную ВН РНК ВИЧ-1 в крови у супруга на фоне проведения эффективной АРТ беременной, после подписания информированного добровольного согласия на проведение ППМР во время беременности и родов, рекомендовано обследование на ВИЧ после родов. 27.07.2023 г. беременность завершилась срочными самостоятельными родами на сроке 40 недель беременности, родился доношенный здоровый мальчик. В послеродовом периоде родильница обследована 31.08.2023 г. – антитела к ВИЧ методом ИФА – отрицательный результат, РНК ВИЧ-1 в крови не обнаружена. Супруг продолжает регулярное диспансерное наблюдение в МГЦ СПИД, получает АРТ, ВН РНК ВИЧ-1 у него в крови не обнаружена.

**Клинический пример 2.** Женщина К., 30 лет, на сроке 6 недель беременности обратилась в МГЦ СПИД 03.08.2017 г. с целью обследования на ВИЧ-инфекцию, так как у супруга в августе 2017 года была впервые выявлена ВИЧ-инфекция. Из анамнеза: анализ крови на антитела к ВИЧ методом ИФА в ноябре 2016 г. отрицательный. Беременная в день обращения консультирована врачом-эпидемиологом МГЦ СПИД и, учитывая данные эпидемиологического анамнеза, направлена на исследование крови на антитела к ВИЧ [20]. Результаты исследования: антитела к ВИЧ методом ИФА – положительный результат, антитела к ВИЧ методом иммунного блоттинга – положительный результат. Проведено послетестовое консультирование беременной женщины, заполнена форма № 058 / у «Экстренное извещение об инфекционном заболевании, пищевом, остром профессиональном отравлении, необычной реакции на прививку» [20]. Пациентка 05.08.2017 г. направлена в поликлиническое отделение МГЦ СПИД для постановки на диспансерное наблюдение, где проведено исследование крови

на ВН РНК ВИЧ-1, показатели ИС (ВН РНК ВИЧ-1 в крови 6 142 коп / мл, CD4<sup>+</sup> Т-лимфоциты – 461 (23 %) мкл<sup>-1</sup>). С 13 недель беременности, после подписания информированного добровольного согласия на проведение ППМР во время беременности и родов, начала получать АРТ по схеме: тенофовир, таблетки 300 мг в сутки, ламивудин, таблетки 300 мг в сутки, лопинавир / ритонавир, таблетки 400 / 100 мг 2 раза в сутки. Беременная женщина наблюдалась в ЖК по месту жительства и у врача акушера-гинеколога МГЦ СПИД. Назначенное лечение было эффективным и к доношенному сроку беременности была достигнута неопределяемая ВН РНК ВИЧ-1 в крови пациентки. Беременность завершилась срочными самостоятельными родами 15.04.2018 г., родилась доношенная здоровая девочка (ВН РНК ВИЧ-1 в крови у ребёнка не обнаружена). Во время родов роженице вводился зидовудин, раствор для инфузий 10 мг / мл, внутривенно (с началом родовой деятельности: 2 мг / кг в течение 1 часа (доза насыщения), 1 мг / кг / ч (поддерживающая доза) в течение всей родовой деятельности до пересечения пуповины), а новорождённый с рождения получал зидовудин, раствор для приёма внутрь, 10 мг / мл в дозе 4 мг / кг 2 раза в сутки перорально в течение 4-х недель. Ребёнок до 18 мес. наблюдался в амбулаторно-поликлиническом детском отделении МГЦ СПИД с диагнозом R-75 (неокончательный тест на ВИЧ). После получения двух отрицательных анализов крови на антитела к ВИЧ у ребёнка, девочка снята с диспансерного учёта в МГЦ СПИД. Пациентка К. после родов по настоящее время продолжает диспансерное наблюдение и лечение (тенофовир, таблетки 300 мг в сутки; ламивудин, таблетки 300 мг в сутки, ралтегравир, таблетки 800 мг в сутки) в МГЦ СПИД. Отмечается вирусологическая и иммунологическая эффективность АРТ.

Приведенные клинические примеры свидетельствуют об эффективности применения на практике положений клинических рекомендаций Министерства здравоохранения Российской Федерации «ВИЧ-инфекция у беременных» (далее - КР-717) [21] и организационных мероприятий ППМР, которые позволили достигнуть положительных результатов по снижению перинатального риска передачи ВИЧ ребёнку и рождению здоровых новорожденных (рис. 1).



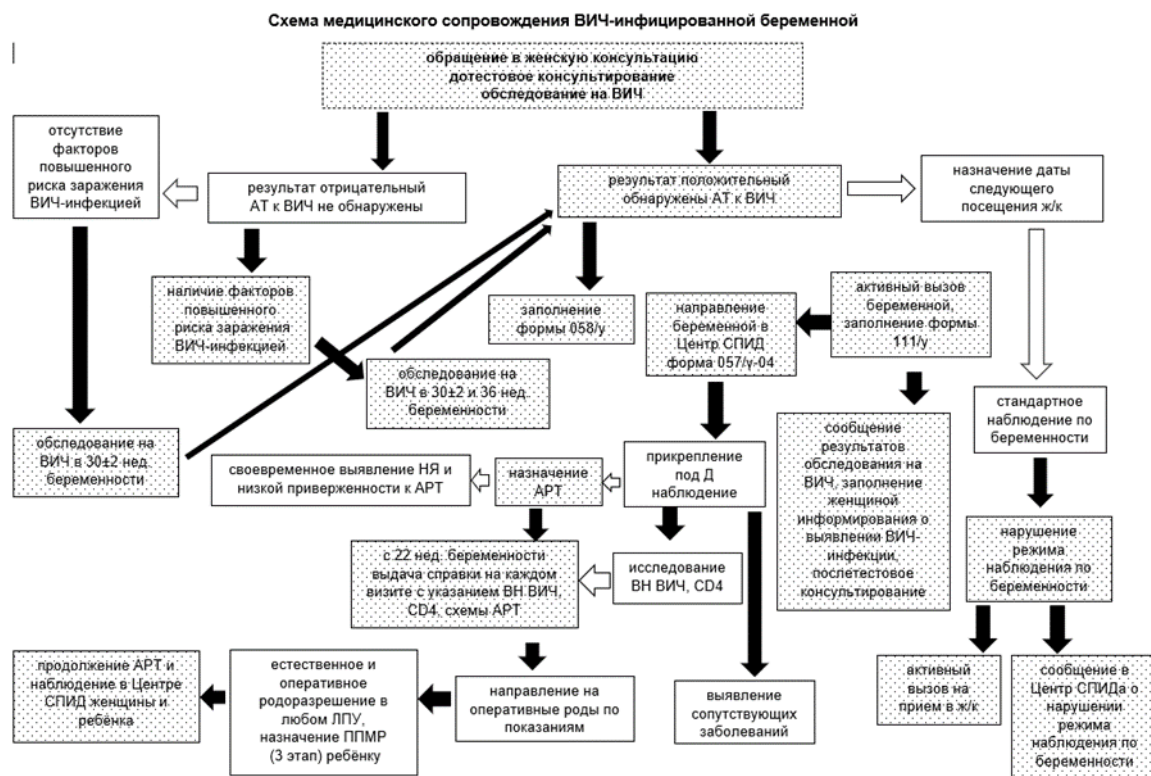
**Рисунок 1.** Междисциплинарное взаимодействие при наблюдении ВИЧ-инфицированных беременных

Современные лучшие практики по организации наблюдения ВИЧ-инфицированных беременных женщин позволяют утверждать, что междисциплинарное сопровождение и ответственное поведение данной категории пациенток на всех этапах диспансерного наблюдения являются залогом максимального снижения риска перинатального инфицирования ВИЧ ребенка, рождения здорового новорожденного, что определяет качество жизни семьи.

Алгоритм взаимодействия врачей специалистов по медицинскому сопровождению ВИЧ-инфицированной беременной при использовании КР-717 представлен на рисунке 2 [21].

Следует отметить, что в соответствии с требованиями действующего нормативного правового регулирования [16, 17, 18, 19, 20, 21] особо актуальным для рождения здорового ребенка и сохранения здоровья матери является организация взаимодействия и определение зон ответственности врачей-специалистов, участвующих в медицинском сопровождении ВИЧ-инфицированных беременных.





**Рисунок 2.** Схема взаимодействия врачей-специалистов в соответствии КР-717 [21]

На этапе обследования беременной женщины при получении положительного результата тестирования на ВИЧ-инфекцию, врачом акушер-гинекологом ЖК составляется план ведения беременной, который должен включать:

- послетестовое консультирование беременной женщины совместно с заведующим ЖК;
- рекомендации обследования на ВИЧ половых партнёров;
- особенности ведения медицинской документации – внести в обменную карту дату, номер и результат обследования на ВИЧ;
- направление беременной женщины в территориальный ЦПБ СПИД для подтверждения диагноза, постановки на диспансерный учёт и назначения ППМР;
- установление срока следующей явки беременной женщины на прием в ЖК, в случае неявки – организация патронажа, активное приглашение на прием в ЖК, информирование по телефону территориального ЦПБ СПИД о нарушении режима диспансерного наблюдения по беременности.

При установленном диагнозе ВИЧ-инфекции у беременной женщины определена ответственность врача акушера-гинеколога ЖК за организацию и выполнение мероприятий:

- направление в ЦПБ СПИД субъекта РФ информации о течении беременности, сопутствующих заболеваниях, осложнениях беременности, результатах лабораторных исследований для корректировки схем АРТ;
- получение из ЦПБ СПИД субъекта РФ информации об особенностях течения ВИЧ-инфекции у беременной, результатах иммунного статуса (ИС) и уровня вирусной нагрузки (ВН) РНК ВИЧ 1 типа (ВИЧ-1) в крови, режиме приёма антиретровирусных препаратов (далее – АРВП);
- согласование с врачом-инфекционистом необходимого объёма обследования и лечения с учётом состояния здоровья женщины и течения беременности;
- в течение всего периода наблюдения ВИЧ-инфицированной беременной в условиях строгой конфиденциальности (с использованием кода) фиксирование в медицинской документации женщины ВИЧ-статус, наличия (отсутствия) и приёма (отказ от приёма) АРВП, необходимых для проведения ППМР, назначенных специалистами ЦПБ СПИД;
- своевременное информирование ЦПБ СПИД субъекта РФ о беременных, которые не получают или отказались от приёма АРВП, для организации проведения междисциплинарного консилиума с участием врача-инфекциониста, врача-гинеколога центра, психолога, социального работника, юрисконсульта с целью проведения разъяснительной работы с беременной;
- получение обратной связи из ЦПБ СПИД субъекта РФ информации о решении консилиума и внесение этой информации в медицинскую документацию беременной.

Врач-инфекционист территориального ЦПБ СПИД при наблюдении и лечении ВИЧ-инфицированной беременной:

- назначает ВИЧ-инфицированным беременным АРТ с обязательным подписанием информированного согласия на проведение ППМР во время беременности и родов, форма которого утверждена приказом МЗ РФ от 19.12.2003 г. № 606;
- определяет объем исследования параметров крови на суммарные антитела – иммуноглобулинов классов М и G (anti-HCV IgG и IgM) к вирусу гепатита С, HBsAg перед началом АРТ;
- назначает исследования ИС, количественного определения ВН РНК ВИЧ-1 в плазме крови методом ПЦР, общеклинического и биохимического анализа крови, общего анализа мочи перед началом АРТ (далее через 1 мес. после начала АРТ, далее – 1 раз в 3 – 4 мес.);

- рекомендует при наличии признаков неэффективности АРТ проведение молекулярно-генетического исследования плазмы крови на наличие мутаций (лекарственной резистентности) в РНК ВИЧ;
- оформляет заключения при каждом визите беременной, начиная с 22 недель беременности, с учётом сведений о наблюдении в ЖК (указывает диагноз, схему АРТ, сведения о результатах ИС и уровня ВН РНК ВИЧ-1 в крови);
- в случае нежелания ВИЧ-инфицированной беременной принимать АРВП, оформляет письменное уведомление об ответственности за отказ от ППМР (документ утвержден в 2021 году и представлен в КР-717);
- определяет тактику ведения родов и выбор схемы ППМР по результатам исследования крови количественным методом ПЦР РНК ВИЧ-1 у женщины на сроке беременности 34 – 36 недель и оформляет заключение с указанием диагноза, схемы АРТ, сведений о результатах ИС и ВН РНК ВИЧ-1 в крови.

Диспансерное наблюдение и лечения ВИЧ-инфицированной беременной врачами-специалистами проводится:

- после подписания информированного добровольного согласия на проведение ППМР во время беременности и родов,
- формирование ответственного поведения и приверженности к лечению,
- в случае отказа ВИЧ-инфицированной беременной от приёма АРВП необходимо оформить его в письменной форме, где отдельным пунктом отражена ответственность беременной за свое здоровье и здоровье будущего ребенка.

**Заключение.** Раннее выявление ВИЧ-инфекции у женщин с целью последующего пожизненного диспансерного наблюдения и назначения АРТ, особенно во время беременности, проведение мероприятий по ППМР, позволяет значительно снизить заболеваемость новорождённых.

Соблюдение положений КР-717 обеспечивает повышение качества оказания медицинской помощи ВИЧ-инфицированным беременным женщинам, и, как следствие, снижение заболеваемости детей и распространенности ВИЧ-инфекции в популяции в целом.

Ранняя диагностика ВИЧ-инфекции у женщин, последующее пожизненное диспансерное наблюдение и проведение регулярной АРТ, особенно во время беременности, ответственное соблюдение пациентами мероприятий по ППМР способствуют рождению здоровых новорожденных, что является определяющим критерием в качестве жизни семьи.

### Список литературы

1. ВИЧ и СПИД. Информационный бюллетень ВОЗ. <https://www.who.int/ru/newsroom/fact-sheets/detail/hiv-aids>
2. Глобальная статистика по ВИЧ. Информационный бюллетень ЮНЭЙДС. <https://www.unaids.org/ru/resources/fact-sheet>
3. Форма федерального статистического наблюдения № 61 «Сведения о болезни, вызванной вирусом иммунодефицита человека» по Российской Федерации за 2022 год
4. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *The New England Journal of Medicine*. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816
5. Boender TS, Sigaloff K, McMahon JH et al. Long-term virological outcomes of first-line antiretroviral therapy for HIV-1 in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61 (9):1453-1461. doi:10.1093/cid/civ556
6. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. WHO. 2021;86. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>
7. Myer L, Essajee S, Broyles LN, et al. Pregnant and breastfeeding women: a priority population for HIV viral load monitoring. *PLoS Medicine*. 2017;14(8): e1002375. doi: 10.1371/journal.pmed.1002375
8. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access, progress report 2011. 2011: 229. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/global-hiv-aids-response-2011-en.pdf>
9. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*. 1992;340 (8819):585-588. doi:10.1016/0140-6736(92)92115-V
10. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*. 2000;283(9):1175-1182. doi:10.1001/jama.283.9.1175
11. Lomborg B. Rethink HIV: smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa. 2012: 363. ISBN: 9781107679320
12. HIV and Perinatal Transmission: Preventing Perinatal HIV Transmission. 2023. <https://www.cdc.gov/hiv/group/pregnant-people/transmission.html>

13. Kourtis AP, Lee FK, Abrams EJ, Jamieson DJ, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet InfectDis.* 2006;6 (11):726 -732. doi:10.1016/S1473-3099(06)70629-6

14. Естественное движение населения Российской Федерации за 2022 год. Бюллетень Росстата. <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269>

15. Мазус А.И., Влацкая Ю.Ф., Набиуллина Д.Р. ВИЧ-инфекция и беременность. *Педиатрия сегодня.* 2023;6 (31):6-7. <https://medvedomosti.media/articles/vich-infektsiya-i-beremennost/>

16. Приказ Министерства здравоохранения Российской Федерации от 20.10.2020 г. № 1130н «Об утверждении Порядка оказания медицинской помощи по профилю «акушерство и гинекология» (зарегистрировано в Минюсте России 12.11.2020 г. № 60869). <https://base.garant.ru/74840123/>

17. Федеральный закон от 21.11.2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации». <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>

18. Приказ Департамента здравоохранения города Москвы от 17.08.2018 г. № 563 «О дальнейшем совершенствовании мероприятий по профилактике перинатальной передачи ВИЧ-инфекции в медицинских организациях государственной системы здравоохранения города Москвы». <https://moag.pro/?p=1727>

19. Постановление Главного государственного санитарного врача Российской Федерации от 21.07.2016 г. № 95 «О внесении изменений в СП 3.1.5.2826-10 «Профилактика ВИЧ-инфекции». <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201610210019>

20. Методические рекомендации МР 3.1.5.0076/1-13 от 20.08.2013 г. «До- и послетестовое консультирование как профилактика передачи ВИЧ». <https://docs.cntd.ru/document/1200112076>

21. Клинические рекомендации Министерства здравоохранения Российской Федерации «ВИЧ-инфекция у беременных». КР-717. 2021;93. [https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/717\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/717_1)

#### References

1. HIV and AIDS. WHO newsletter. <https://www.who.int/ru/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>

2. Global HIV and AIDS statistics — Fact sheet. UNAIDS newsletter. <https://www.unaids.org/en/resources/fact-sheet>

3. Forma federalnogo statisticheskogo nabludeniya № 61 «Svedeniya o bolezni, vizvannoi virusom immunodefishita cheloveka» po Rossiskoy Federatsii za 2022 god [Federal statistical observation form № 61 «Information on Human Immunodeficiency Virus Disease» for the Russian Federation for 2022]. (In Russian)
4. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F et al. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *The New England Journal of Medicine*. 2015;373(9):795-807. doi:10.1056/NEJMoa1506816
5. Boender TS, Sigaloff K, McMahon JH et al. Long-term virological outcomes of first-line antiretroviral therapy for HIV-1 in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Clinical Infectious Diseases*. 2015;61 (9):1453-1461. doi:10.1093/cid/civ556
6. Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission of HIV, syphilis and hepatitis B virus. WHO. 2021;86. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349550/9789240039360-eng.pdf?sequence=1>
7. Myer L, Essajee S, Broyles LN, et al. Pregnant and breastfeeding women: a priority population for HIV viral load monitoring. *PLoS Medicine*. 2017;14(8): e1002375. doi: 10.1371/journal.pmed.1002375
8. Global HIV/AIDS response: epidemic update and health sector progress towards universal access, progress report 2011. 2011: 229. <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/global-hiv-aids-response-2011-en.pdf>
9. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of human immunodeficiency virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet*. 1992;340 (8819):585-588. doi:10.1016/0140-6736(92)92115-V
10. De Cock KM, Fowler MG, Mercier E, et al. Prevention of mother-to-child HIV transmission in resource-poor countries: translating research into policy and practice. *JAMA*. 2000;283(9):1175-1182. doi:10.1001/jama.283.9.1175
11. Lomborg B. Rethink HIV: smarter ways to invest in ending HIV in Sub-Saharan Africa. 2012: 363. ISBN: 9781107679320
12. HIV and perinatal transmission: preventing perinatal HIV transmission. 2023. <https://www.cdc.gov/hiv/group/pregnant-people/transmission.html>
13. Kourtis AP, Lee FK, Abrams EJ, Jamieson DJ, Bulterys M. Mother-to-child transmission of HIV-1: timing and implications for prevention. *Lancet InfectDis*. 2006;6 (11):726 -732. doi:10.1016/S1473-3099(06)70629-6

14. Estestvennoe dvizhenie naseleniya Rossiyskoy Federatsii za 2022 god [Natural movement of the population of the Russian Federation in 2022]. Byulleten Rosstata [Newsletter of Federal State Statistics Service]. <https://rosstat.gov.ru/compendium/document/13269>. (In Russian)

15. Mazus A.I., Vlatshkaya U.F., Nabiullina D.R. VICH-infektsiya i beremennost' [HIV-infection and pregnancy]. *Pediatria segodnya* [Pediatry today]. 2023;6 (31):6-7. <https://medvedomosti.media/articles/vich-infektsiya-i-beremennost/> (In Russian)

16. Prikaz Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii ot 20.10.2020 № 1130n «Ob utverzhdeniye Poryadka okazaniya meditsinskoy pomoshchi po profilyu «akusherstvo i ginecologia». [Decree of the Ministry of Health of the Russian Federation dated 20.10.2020 № 1130n «On approval of the Procedure for the provision of medical care in the field of obstetrics and gynecology». <https://base.garant.ru/74840123/>. (In Russian)

17. Federal'nyy zakon ot 21.11.2011 № 323-FZ «Ob osnovakh okhrany zdorov'ya grazhdan v Rossiyskoy Federatsii». [Federal Law № 323-FZ dated 21.11.2011 «On the Fundamentals of Public Health Protection in the Russian Federation». <https://minzdrav.gov.ru/documents/7025-federalnyy-zakon-323-fz-ot-21-noyabrya-2011-g>. (In Russian)

18. Prikaz Departamenta zdravookhraneniya goroda Moskvi ot 17.08.2018 №563 «O dal'neyshem sovershenstvovanii meropriyatiy po profilaktike perinatal'noy peredachi VICH-infektsii v meditsinskikh organizatsiyakh gosudarstvennoy sistemi zdravookhraneniya goroda Moskvi. [Decree of the Health Department of the City of Moscow dated 17.08.2018 № 563 «On further improvement of measures to prevent mother-to-child HIV transmission in medical organizations of the State Health System of the City of Moscow»]. <https://moag.pro/?p=1727>. (In Russian)

19. Postanovleniye Glavnogo gosudarstvennogo sanitarnogo vracha Rossiyskoy Federatsii ot 21.07.2016 № 95 «O vnesenii izmeneniy v SP 3.1.5.2826-10 «Profilaktika VICH-infektsii». [Decree of the Chief State Sanitary Doctor of the Russian Federation dated 21.07.2016 № 95 "On Amendments to SP 3.1.5.2826-10 «Prevention of HIV Infection»]. <http://publication.pravo.gov.ru/document/0001201610210019>. (In Russian)

20. Metodicheskiye rekomendatsii MP 3.1.5.0076/1-13 ot 20.08.2013 «Do- i posletestovoye konsul'tirovaniye kak profilaktika peredachi VICH». [Methodological recommendations MR 3.1.5.0076/1-13 dated 20.08.2013 «Pre- and post-test counseling as prevention of HIV transmission»]. <https://docs.cntd.ru/document/1200112076>. (In Russian)

21. Klinicheskiye rekomendatsii Ministerstva zdravookhraneniya Rossiyskoy Federatsii «VICH-infektsiya u beremennikh». [Clinical Guidelines of the Health Ministry of the Russian

Federation «HIV Infection in Pregnant Women»]. KR-717. 2021;93.  
[https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/717\\_1](https://cr.minzdrav.gov.ru/schema/717_1). (In Russian)

**Финансирование.** Исследование не имело спонсорской поддержки.

**Конфликт интересов.** Авторы заявляют об отсутствии конфликта интересов.

**Acknowledgments.** The study did not have sponsorship.

**Conflict of interests.** The authors declare no conflict of interest.

#### Сведения об авторах

**Набиуллина Динара Ринатовна** – врач-инфекционист поликлинического отделения Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, 105275, Россия, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15; корп. 5; e-mail: dinara.nab@gmail.com, ORCID 0000-0003-1862-245X; SPIN: 5137-7597

**Мазус Алексей Израилевич** – д.м.н., руководитель Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИД Департамента здравоохранения города Москвы, главный внештатный специалист по проблемам диагностики и лечения ВИЧ-инфекции МЗ РФ и Департамента здравоохранения города Москвы, 105275, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15; корп. 5; e-mail: lettermazus@spid.ru, ORCID 0000-0003-2581-1443; SPIN: 1719-4005

**Зимина Эльвира Витальевна** – д.м.н., профессор, заместитель заведующего Федерального научно-практического центра подготовки и непрерывного профессионального развития управленческих кадров здравоохранения на базе кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 101000 г., Россия, г. Москва, Милютинский пер., 19/4, корпус 2; e-mail: zev@koziz.ru, ORCID 0000-0002-3590-753X; SPIN: 4683-5052

**Гончаревская Зоя Леонидовна** – кандидат медицинских наук, доцент кафедры общественного здоровья и здравоохранения ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, научный сотрудник лаборатории системного анализа в здравоохранении НИМСИ, 101000, Россия, г. Москва, Милютинский пер., 19/4, корпус 2; e-mail: gzl@koziz.ru, ORCID 0000-0002-9338-4722; SPIN 6666-2315

**Нагибина Маргарита Васильевна** – врач-инфекционист отделения профилактики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, 105275, Россия, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15, корп. 5; доктор медицинских наук, профессор кафедры инфекционных болезней и эпидемиологии ФГБОУ ВО «Российский университет медицины» Минздрава России, 127473, Россия, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15; корп. 4; e-mail: infektor03@gmail.com, ORCID 0000-0001-5327-9824, SPIN: 6779-9405

**Бессараб Тимур Петрович** – кандидат медицинских наук, заведующий отделением профилактики ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, 105275, Россия, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15; корп. 5; bessarab@spid.ru, ORCID 0000-0001-6565-7407; SPIN: 1859-2381



**Смирнов Никита Алексеевич** – врач-инфекционист организационно-методического отдела по ВИЧ-инфекции Московского городского центра профилактики и борьбы со СПИДом Департамента здравоохранения города Москвы, 105275, Россия, г. Москва, 8-я ул. Соколиной Горы, д. 15; корп. 5; e-mail: came4u@mail.ru, ORCID 0000-0003-4991-3241; SPIN: 5508-4101

#### Information about authors

**Nabiullina Dinara Rinatovna** – infectious disease specialist of Outpatient Department, Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 5, Moscow, 105275, Russia; e-mail: dinara.nab@gmail.com, ORCID 0000-0003-1862-245X; SPIN: 5137-7597

**Mazus Alexey Izrailevich** – doctor of medical sciences, Head of Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, Chief specialist in problems of diagnostics and treatment of HIV Infection of the Ministry of Health of the Russian Federation and the Moscow Healthcare Department; 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 5, Moscow, 105275, Russia; e-mail: lettermazus@spid.ru, ORCID 0000-0003-2581-1443; SPIN: 1719-4005

**Zimina Elvira Vitalievna** – doctor of medical sciences, professor, Deputy head of Federal Scientific and Practical Center for the Training and Continuous Professional Development of Healthcare Administrators at the Department of Public Health and Healthcare of the Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation; Milyutinsky lane 19/4, building 2, Moscow, 101000, Russia; e-mail: zev@koziz.ru; ORCID 0000-0002-3590-753X; SPIN: 4683-5052

**Goncharevskaya Zoya Leonidovna** – PhD in medical sciences, Associate Professor of the Department of Public Health and Healthcare, the Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, Milyutinsky lane, 19/4, building 2, Moscow, 101000, Russia; e-mail: gzl@koziz.ru, ORCID 0000-0002-9338-4722; SPIN 6666-2315

**Nagibina Margarita Vasilevna** – infectious disease specialist of HIV Prevention Department, Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 5, Moscow, 105275, Russia; doctor of medical sciences, professor, Infectious diseases and Epidemiology Department, the Federal State Budgetary Educational Institution of the Higher Education «Russian University of Medicine» of the Ministry of Healthcare of the Russian Federation, 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 4, Moscow, 105275, Russia; e-mail: infektor03@gmail.com, ORCID 0000-0001-5327-9824, SPIN: 6779-9405

**Bessarab Timur Petrovich** – PhD in medical sciences, head of HIV Prevention Department, Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 5, Moscow, 105275, Russia; bessarab@spid.ru, ORCID 0000-0001-6565-7407; SPIN: 1859-2381

**Smirnov Nikita Alexeyevich** – infectious disease specialist of Organizational and Methodological Department on HIV infection, Moscow Center for AIDS Prevention and Treatment, 8-aya Sokolinoy Gory str., 15, building 5, Moscow, 105275, Russia; e-mail: came4u@mail.ru, ORCID 0000-0003-4991-3241; SPIN: 5508-4101

Статья получена: 11.04.2024 г.  
Принята к публикации: 25.06.2024 г.