

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Стратегические варианты



Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу
ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

Серия Юнэйдс "Примеры передового опыта"
ОСНОВНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ЮНЭЙДС/01.23R (перевод на русский язык, май 2001 г.)
ISBN 92-9173-070-X

Оригинал: на английском языке, август 1999 г.:
Prevention of HIV transmission from mother to child: Strategic options

Перевод – ЮНЭЙДС

© Объединенная Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС), 2001. Все права охраняются. Настоящий документ, не являющийся официальным изданием ЮНЭЙДС, можно свободно рецензировать, цитировать, воспроизводить или переводить, частично или полностью, при обязательном указании источника. Настоящий документ нельзя продавать или использовать в коммерческих целях без предварительного письменного согласия ЮНЭЙДС (просьба связаться с Информационным центром ЮНЭЙДС).

Выводы, толкования фактов и мнения, приводимые в настоящем издании, необязательно отражают официальную политику, точку зрения или позицию Объединенной Программы Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС).

Употребляемые обозначения и изложение материала в настоящем издании не означают выражения со стороны ЮНЭЙДС какого бы то ни было мнения относительно правового статуса той или иной страны, территории, города, района, или их властей, или относительно делимитации их границ.

Упоминание конкретных компаний либо товаров определенных производителей не подразумевает, что ЮНЭЙДС поддерживает или рекомендует их, отдавая им предпочтение по сравнению с другими компаниями или товарами подобного рода, которые здесь не упоминаются. За исключением возможных ошибок и пропусков, названия патентованных товаров пишутся с заглавной буквы.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку

Стратегические варианты



Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

ЮНЭЙДС
Женева, Швейцария
2001

Содержание

1. Введение	5
1.1 Риск передачи ВИЧ от матери ребенку	6
1.2 Стратегии профилактики	6
1.3 Цена бездействия	8
<hr/>	
2. Основные вопросы при выработке решений	8
2.1 Консультирование и добровольное тестирование	8
2.2 Стигматизация и дискриминация	10
2.3 Системы здравоохранения	11
2.4 Искусственное вскармливание	12
<hr/>	
3. Пилотные проекты	13
<hr/>	
4. Более широкие выгоды от применения пакета мер по вмешательству	13
<hr/>	
5. Вопросы этики	14
<hr/>	
6. Доступность и экономическая эффективность стратегии	16
<hr/>	
7. "Дерево" принятия решений	19
<hr/>	
Перечень документов	22
<hr/>	

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку:

Стратегические варианты

1. Введение

Передача ВИЧ от матери ребенку – это основной источник ВИЧ-инфекции для детей в возрасте до 15 лет. В странах, где проводится регулярный скрининг продуктов крови, и где в достаточном количестве имеются стерильные шприцы и иглы, указанный источник является, по сути, единственным источником инфицирования детей младшей возрастной группы.

До настоящего времени эпидемия СПИДа унесла жизни около 3 млн. детей, а еще 1 млн. детей живет сегодня с ВИЧ-инфекцией. В масштабах всего мира каждый десятый инфицированный в 1998 г. оказался ребенком. Несмотря на то, что в Африке живет лишь 10% населения земного шара, на настоящий момент около девяти десятых всех ВИЧ-инфицированных младенцев родились в этом регионе, что в основном объясняется высокой деторождаемостью в сочетании с высоким уровнем инфицирования. Например, в городских центрах южной Африки 20-30%-ный уровень ВИЧ-инфицирования является обычным среди беременных женщин, прошедших анонимное обследование в дородовых женских консультациях. А в некоторых районах Зимбабве этот показатель был зафиксирован на уровне 59% и даже 70%; в Ботсване – на уровне 43%.

В то же время нет причин для самоуспокоенности и в отношении других регионов. Африканские страны были первыми, где появился ВИЧ, и эпидемия на этом континенте достигла высокой стадии. Однако в настоящее время этот вирус широко распространяется и в других регионах мира, причем везде процентное число женщин среди общего количества инфицированных увеличивается. Во всем мире около 12 млн. женщин детородного возраста являются ВИЧ-инфицированными. В ряде стран, в частности в Индии и Юго-Восточной Африке, число детей, заражающихся вирусом от своих матерей, быстро растет.

Последствия эпидемии среди детей младшего возраста являются серьезными и далеко идущими. СПИД грозит повернуть вспять тенденцию устойчивого роста показателя выживаемости детей, наблюдавшуюся в последние годы, причем уже сейчас это заболевание удвоило показатель детской смертности в тех странах, которых оно коснулось больше других. Например, в Зимбабве с 1990 по 1996 год детская смертность возросла с 30 до 60 детей на 1000. А уровень смертности среди детей в возрасте от одного года до пяти лет, т.е. в возрастной группе, где процент детской смертности в результате СПИДа является самым высоким, увеличивался еще более быстрыми темпами за тот же период – с 8 до 20 детей на 1000.

1.1 Риск передачи ВИЧ от матери ребенку

Вирус может передаваться в период беременности (в основном на поздней стадии), во время родов или при грудном вскармливании. При отсутствии профилактических мер риск заражения новорожденного от инфицированной матери составляет от 15% до 25% в промышленно развитых странах и от 25% до 35% – в развивающихся странах. Это различие в основном обусловлено практикой вскармливания: грудное вскармливание является более общепринятым и более длительным по времени способом вскармливания в развивающихся странах по сравнению с промышленно развитыми странами.

1.2 Стратегии профилактики

До недавнего времени страны использовали только две основные стратегии ограничения числа ВИЧ-инфицированных детей:

первичная профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку – в первую очередь принятие мер по защите женщин детородного возраста от инфицирования ВИЧ;

предоставление услуг по планированию семьи и прекращение беременности там, где это разрешено законодательством, что позволяет женщине избежать нежелательного рождения ребенка.

Эти стратегии, направленные на снижение уровня ВИЧ-инфицирования среди детей младшего возраста, остаются самыми важными и необходимыми видами деятельности в рамках всех национальных кампаний борьбы со СПИДом. Однако в настоящее время имеется третий возможный вариант для ВИЧ-инфицированной женщины, желающей

родить ребенка, а именно: курс лечения антиретровирусными лекарственными препаратами для матери (а иногда и ребенка), а также переход на искусственное вскармливание ребенка. Исследование, проведенное недавно в Таиланде с назначением краткосрочного курса зидовудина, показало, что такая стратегия способна обеспечить снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку до уровня ниже 10% при условии полного исключения грудного вскармливания. В ближайшее время появятся другие схемы лечения, с назначением короткого курса лечения другими антиретровирусными лекарственными препаратами, иногда в комбинации. Кроме того, в настоящее время проводятся исследования по выявлению возможных последствий такой ситуации, когда мать продолжит кормление ребенка грудью вместо того, чтобы применять только искусственное вскармливание. Этот вопрос является критически важным, поскольку большинство ВИЧ-инфицированных матерей, которые рискуют передать вирус своему ребенку, живут в условиях, где грудное вскармливание является нормой, а его замена на искусственное вскармливание сопряжена с большими сложностями для многих женщин.

В то же время следует отметить, что введение стратегии по использованию антиретровирусных лекарственных препаратов и замены режима вскармливания представляет собой сложный процесс. Для того, чтобы воспользоваться преимуществами такого вмешательства, матери должны знать, что они ВИЧ-инфицированы, и, следовательно, им необходимо обеспечить доступ к службам, проводящим добровольное консультирование и тестирование. При этом требуется тщательно взвесить все затраты и выгоды. Лица, ответственные за формирование политики, должны определить, какой тип программы является наиболее реалистичным и приемлемым для их страны, а также определить возможность опробования компонентов стратегии посредством пилотных проектов, прежде чем внедрять такую программу в широком масштабе. Реализация такой программы требует проведения обязательных мероприятий по обеспечению эффективного функционирования системы первичной медико-санитарной помощи, включающей определенные основные услуги, что может послужить в качестве основы для внедрения такой стратегии. Если такие условия отсутствуют, требуется принятие решений по усилению инфраструктуры системы здравоохранения, определению реалистичных временных рамок, а также по решению иных вопросов, связанных с созданием условий для безопасного и успешного внедрения антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания.

Целью настоящего документа является анализ ключевых вопросов, которые должны быть решены при принятии решений, оказывающих влияние на формирование политики, а также внесение предложений, касающихся способов выработки и корректировки стратегии в зависимости от местных условий. Данный документ предназначен для всех тех, кто принимает участие и особо заинтересован в разработке национальной политики по вопросам профилактики ВИЧ-инфекции и ухода за людьми, живущими с ВИЧ/СПИДом.

1.3 Цена бездействия

Цена, которую приходится платить за отсутствие действий по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, в большой степени зависит от распространенности ВИЧ-инфекции среди будущих родителей. В тех районах, где процент ВИЧ-инфицированных беременных женщин составляет 20% и выше, финансовые затраты, которые потребуются для ухода за больными и умирающими ВИЧ-инфицированными детьми, будут огромными; кроме того, здесь будут отмечаться значительные потери тех преимуществ, которые были достигнуты за последние десятилетия благодаря усилиям, направленным на снижение детской заболеваемости и смертности и потребовавшим немалых затрат времени и ресурсов. Там, где распространенность ВИЧ-инфекции невысока, затраты на здравоохранение также будут относительно невысокими, а потери средств, затраченных на обеспечение выживаемости детей, окажутся не столь ощутимыми. В то же время затраты для семей и сообществ нельзя измерить только в финансовом выражении; многим семьям придется нести бремя ухода за инфицированными детьми, часто пытаясь справиться при этом со своим собственным плохим здоровьем.

2. Основные вопросы при выработке решений

Необходимо рассмотреть следующие вопросы:

2.1 Консультирование и добровольное тестирование

Для того чтобы женщины могли воспользоваться мерами, направленными на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку, они должны знать свой ВИЧ-статус и примириться с этим фактом. По этой причине услуги, связанные с добровольным тестированием и консультированием, должны быть широко доступны и приемлемы по своему характеру. В идеальном варианте каждый человек должен иметь доступ к таким услугам, поскольку знание своего серологического

статуса дает очевидные преимущества. Лица, знающие о наличии у них ВИЧ-инфекции, более заинтересованы в том, чтобы уделять внимание своему здоровью с возможной корректировкой своего поведения и образа жизни; кроме того, они будут без промедления обращаться к врачу для решения проблем со своим здоровьем. Они могут принимать решения относительно сексуальной практики, деторождения и вскармливания ребенка на основе полученной информации, а также принимать меры по защите своих партнеров, которые могут не быть ВИЧ-инфицированы. Те лица, у которых результаты тестирования окажутся отрицательными, могут получить консультации по вопросам защиты самих себя и своих детей от инфекции. Кроме того, добровольное тестирование и консультирование играет важную роль в борьбе с эпидемией: оно помогает сообществам, которые в настоящее время только слышали о людях, больных СПИДом, понять, что есть большое число людей, живущих с ВИЧ-инфекцией и не имеющих внешних признаков заболевания. При этом, однако, необходимо подчеркнуть, что проведение теста имеет смысл только тогда, когда людям предоставляется реальный выбор действий после получения результатов тестирования.

В то же время добровольное тестирование и консультирование для всего населения не всегда будет оправдано в тех районах, где распространенность ВИЧ невысока, а имеющиеся средства незначительны. И даже если это оправдано с точки зрения распространенности инфекции, тем не менее, в некоторых районах этот вариант может оказаться нереалистичным, если инфраструктура системы здравоохранения недостаточно развита для поддержания таких услуг. Ибо, помимо учета стоимости и практических требований в отношении самой системы консультирования и тестирования, должна присутствовать эффективная система направления к специалистам других базовых служб, потребность в которых люди ощущают только после получения результатов своих тестов. Сюда включаются службы по планированию семьи, профилактике и лечению сексуально передаваемых болезней (СПБ), центры по охране здоровья матери и ребенка, а также медицинские службы для инфицированных людей, включая услуги по профилактике и лечению оппортунистических инфекций, консультированию и оказанию психологической поддержки.

Следовательно, лица, формирующие политику, должны решить с учетом местных условий, какие услуги по консультированию и тестированию являются наиболее подходящими и реалистичными, а также какие меры могут потребоваться для укрепления системы здравоохранения, поддерживающей

такие услуги. В частности, необходимо принять решение относительно того, предоставлять ли такое консультирование и тестирование для всего населения (всеобъемлющее добровольное консультирование и тестирование (ДКТ)), либо нацелить такие услуги на женщин и семьи, пользующиеся услугами по охране репродуктивного здоровья в тех районах, где распространённость ВИЧ особо высока (целевое дородовое ДКТ), либо предоставлять консультирование и тестирование для всех женщин, посещающих женские консультации, в рамках программы, направленной на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку (стандартное дородовое ДКТ).

2.2 Стигматизация и дискриминация

Меры по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, особенно назначение антиретровирусных лекарственных препаратов и отказ от грудного вскармливания, делает практически невозможным для ВИЧ-инфицированной женщины сохранить свой ВИЧ-статус в тайне от семьи и более широкого окружения. По этой причине для обеспечения безопасности и приемлемости системы мер профилактики в случае передачи ВИЧ от матери ребенку важно предпринять эффективные шаги, направленные на предупреждение остракизма в отношении людей, живущих с ВИЧ/СПИДом. Там, где женщины боятся дискриминации, насилия и, возможно, даже убийства в случае установления факта их ВИЧ-инфицирования, они не пожелают или не смогут воспользоваться преимуществами, которые предлагаются с целью защиты их детей от инфекции. Особое внимание следует уделять, в частности, развитию позитивного и непредвзятого отношения к ВИЧ/СПИДу со стороны медицинского персонала для того, чтобы они могли обслуживать своих клиентов с чувством сопереживания. Там, где стигматизация ВИЧ-инфицированных людей представляет собой серьезную проблему, более правильным будет внедрить антиретровирусную стратегию снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку первоначально в рамках пилотной программы, что позволит провести тщательный контроль за факторами риска и проверить на практике методы борьбы со стигматизацией и дискриминацией.

Женщин по-прежнему часто обвиняют в распространении СПБ, включая ВИЧ, невзирая на то что очень часто они инфицируются через мужа или партнера, которому они целиком и полностью верны. Для того, чтобы бороться с этим глубоко укоренившимся предубеждением, а также для поощрения совместной ответственности за деторождение и связанные с этим решения, хорошо было бы предоставлять возможность консультирования и тестирования партнеров беременных женщин, если это реально и желательно.

2.3 Системы здравоохранения

Программу, предусматривающую добровольное консультирование и тестирование, назначение антиретровирусных лекарственных препаратов и переход на искусственное вскармливание, можно организовать только при наличии эффективно работающей системы здравоохранения, включающей определенные ключевые службы. Большое значение имеют службы по охране здоровья матери и ребенка, включая широко доступные и приемлемые дородовые и послеродовые женские консультации и родильные отделения. Базовая система здравоохранения также должна включать консультационные центры, центры по планированию семьи и центры по оказанию медицинской помощи ВИЧ-инфицированным женщинам и их детям. Эти службы должны быть полностью подготовленными для интегрирования новой программы. В частности, необходимо предпринять шаги, направленные на обеспечение:

- а)** доступности таких служб и неприкосновенности частной жизни клиентов, посещающих такие службы. Для этого потребуются провести оценку состояния клинической службы и, возможно, перестроить ее работу;
- б)** непрерывности доступа к услугам по уходу за больными и полноценного обмена информацией между различными отделениями, участвующими в ведении ВИЧ-инфицированных больных;
- в)** технического контроля за службами с целью улучшения качества их работы;
- г)** возможностей для больных выразить свои потребности и точку зрения.

Там, где базовые службы имеются и работают эффективно, затраты на предоставление консультирования и тестирования, назначение антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственное вскармливание, скорее всего, будут правильно распределяться между учреждениями системы здравоохранения; при этом такие расходы относительно легко покрываются. В то же время там, где потребуются значительное усиление инфраструктуры системы здравоохранения, а, возможно, даже создание ее с нуля с целью обеспечения поддержки новой программы, дополнительные расходы будут иметь большее значение. Поскольку от расширения и совершенствования системы здравоохранения выиграет все общество, важно, чтобы на программу по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку не возлагали непомерную часть расходов и ответственность, что может затруднить ее выполнение. В случае, когда планируется соз-

дать устойчивую в долгосрочном плане систему обеспечения антиретровирусными лекарственными препаратами и искусственным питанием, финансовое бремя должно быть распределено равномерно среди всех служб системы здравоохранения. Лица, формирующие политику, должны также учитывать тот факт, что улучшение доступа к услугам и повышение их качества, как правило, сопровождается повышением уровня ожиданий общественности в отношении системы здравоохранения и, следовательно, уровня требований к медицинским услугам.

2.4 Искусственное вскармливание

Вопрос об искусственном вскармливании – сложный вопрос.¹ Пропаганда грудного вскармливания как наиболее благоприятного режима вскармливания детей была краеугольным камнем стратегии охраны здоровья и обеспечения выживания ребенка в последние два десятилетия, сыграв существенную роль в снижении детской смертности во многих регионах мира. Такой режим вскармливания остается наилучшим вариантом для значительного большинства детей, поэтому при введении рекомендаций по искусственному вскармливанию в рамках стратегии, направленной на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку, лица, формирующие политику, должны учитывать факторы риска, связанные с подрывом принципов грудного вскармливания в целом и с ослаблением жизненноважных механизмов контроля за пропагандой искусственного детского питания со стороны производителей. Кроме того, они должны провести объективную оценку того, насколько безопасно рекомендовать искусственное вскармливание в определенных местных условиях. Например, легко ли всегда найти искусственное детское питание; имеется ли достаточный его запас на длительный промежуток времени; имеется ли доступ к чистой воде и топливу для кипячения такого питания; а также достаточно ли люди проинформированы и подготовлены к тому, чтобы правильно готовить искусственное питание? При неправильном его приготовлении, – например, при смешивании с грязной некипяченой водой или при сильном разбавлении, – заменители грудного молока могут стать причиной инфекции, неполноценного питания и смерти. Там, где риск, связанный с использованием искусственного вскармливания, остается неясным, потребуется проведение исследований с целью установления указанных факторов, а планируемые стратегии следует опробовать в ходе пилотных проектов. Тот факт, что при этом будет "отключен" противозачаточный эффект грудного вскармливания, обуславливает необходимость обязательного участия служб по планированию семьи во время ухода в послеродовой период.

¹ Этот вопрос всесторонне рассмотрен в документе: "ВИЧ и вскармливание младенцев: основные руководящие принципы для лиц, ответственных за принятие решений" - ЮНЭЙДС/98.3.

3. Пилотные проекты

Во многих районах можно порекомендовать ограниченное введение системы дородового добровольного консультирования и тестирования с применением антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания; первоначально это можно сделать в рамках пилотных программ, что позволит извлечь уроки относительно выбора наилучшего варианта управления новой службой, прежде чем вводить такую службу в более широком масштабе. Большое значение приобретает тщательный контроль и оценка таких мероприятий, которые необходимо планировать с самого начала. Пилотные программы имеют особое значение там, где широко распространена стигматизация людей, живущих с ВИЧ/СПИДом, и где нет достаточной уверенности в отношении безопасности введения искусственного вскармливания или приемлемости системы добровольного консультирования и тестирования. При выборе мест проведения пилотных проектов необходимо исходить из наличия хороших базовых медицинских услуг (о чем сказано выше), а также эффективно работающей системы направления к специалистам. Дальнейшее опробование такой практики в более сложных условиях следует проводить только в том случае, если эти проекты дадут положительные результаты в таких тщательно выбранных экспериментальных условиях.

Интеграция услуг представляет собой ключевое условие: меры по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку – это одна из составляющих более широкой программы, направленной на борьбу с ВИЧ/СПИДом в стране, причем эта составляющая должна иметь тесные связи со всеми другими аспектами программы, такими как первичная профилактика инфекции, уход за инфицированными людьми и поддержка сирот.

4. Более широкие выгоды от применения пакета мер по вмешательству

Предоставление услуг по добровольному тестированию и консультированию, назначение антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания с целью снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку имеет свои выгоды и преимущества, которые выходят далеко за пределы непосредственных преимуществ с точки зрения улучшения здоровья и повышения выживаемости детей. Все беременные женщины, матери и дети выиграют от расширения и повышения качества системы здравоохранения, осо-

бенно это касается служб, занимающихся охраной здоровья матери и ребенка, а также дородовых и послеродовых консультаций и родильных отделений. А все население выиграет от общего улучшения инфраструктуры системы здравоохранения, а также от повышения уровня понимания и признания факта существования эпидемии ВИЧ/СПИДа и пострадавших от нее лиц, что будет достигнуто в результате применения системы консультирования и тестирования, и мер борьбы со стигматизацией. Решение по введению пакета мер по вмешательству может, в первую очередь, послужить толчком для социальных изменений, обеспечив при этом возможности и стимул, которые требуются для решения зачастую затянувшихся проблем, связанных с неадекватностью предоставляемых услуг и неприемлемым отношением.

5. Вопросы этики

Руководящим принципом, определяющим внедрение любой меры по снижению риска передачи ВИЧ от матери ребенку, является то, что сама беременная женщина имеет абсолютное право выбирать, на основании полученной полной информации, воспользоваться или не воспользоваться выгодами, вытекающими из применения мер по вмешательству. Принуждение не может быть оправдано ни при каких обстоятельствах, даже если оно используется в наилучших интересах женщины или ее ребенка, а ее выбор должен всегда приниматься и уважаться.

Внедрение программ по использованию антиретровирусных лекарственных препаратов для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в странах, где такие препараты, необходимые для лечения ВИЧ-инфицированных людей, отсутствуют, в целом иногда вызывает горячие дебаты по поводу этических аспектов этой проблемы. Задается вопрос: если мать получает доступ к антиретровирусным лекарственным препаратам только в период беременности и родов, означает ли это, что лечение матери проводится только ради ребенка?

На самом деле этот вопрос базируется на ошибочном понимании, поскольку антиретровирусный лекарственный препарат, используемый для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку, в действительности не лечение, а "вакцина" для ребенка. Полезной аналогией в этом плане является вакцина против краснухи, которую прописывают беременным женщинам для защиты будущего ребенка от неблагоприятных последствий материнской инфекции. В отношении

вакцины против краснухи нет никаких этических возражений, несмотря на то что ее также можно рассматривать как лечение матери ради ее ребенка. Тот факт, что антиретровирусные лекарственные препараты могут использоваться для достижения двух различных целей – как вакцина для детей, предупреждающая передачу ВИЧ от матери ребенку, и как лечение ВИЧ-инфицированных больных, – безусловно, имеет очень важное значение. Однако вопрос об антиретровирусном лечении ВИЧ-инфицированных должен рассматриваться отдельно от вопроса о применении антиретровирусных лекарственных препаратов для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку. Обсуждение вопроса об антиретровирусном лечении ВИЧ-инфицированных, а также принятие решений, оказывающих влияние на формирование политики, должно проводиться вне рамок рассмотрения политики, направленной на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку. В то же время принципиальным моментом при принятии стратегии по использованию антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственному вскармливанию является обеспечение ВИЧ-инфицированным беременным женщинам наилучшего медицинского ухода, который может быть предоставлен в их стране. В некоторых районах антиретровирусные лекарственные препараты могут быть использованы также и для лечения; в других такое лечение окажется просто нереальным.

Кроме того, важно отметить, что назначение непродолжительного курса антиретровирусных лекарственных препаратов во время беременности не только увеличивает шанс рождения неинфицированного ребенка, но и безопасно для здоровья ВИЧ-инфицированной женщины. Единственным риском при этом является анемия. Однако при назначении антиретровирусных лекарственных препаратов при ВИЧ-инфекции необходимо проводить скрининг для определения этого состояния с назначением, в случае необходимости, соответствующего лечения. Иногда выражают обеспокоенность в связи с тем, что такая стратегия может привести к развитию штаммов ВИЧ, устойчивых к лекарственным препаратам. Однако при таком коротком периоде назначения лекарственного препарата риск выработки устойчивости оказывается минимальным.

Другим предметом обеспокоенности является то, что внедрение такой стратегии для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку может привести к обострению проблемы детей-сирот, увеличив при этом бремя заботы о них для семьи и общества. Широко распространено мнение, что дети, рожденные у ВИЧ-инфицированных матерей, не живут достаточно долго, чтобы стать сиротами. Однако это – заб-

луждение: при отсутствии профилактических мер для беременных ВИЧ-инфицированных женщин около 65% рожденных у них детей избегают инфекции, но сталкиваются с сиротством: из числа инфицированных детей (35%) многие также живут дольше своей матери. При применении такой стратегии процент неинфицированных детей, которым грозит сиротство, повысится почти до 90%, однако, параллельно число инфицированных сирот значительно уменьшится – в 2-3 раза. Таким образом, в обоих случаях, как при использовании мер вмешательства, так и без них, большому проценту детей, рожденных у ВИЧ-инфицированных матерей, угрожает сиротство. Следовательно, такое вмешательство существенно не влияет на обязанность общества по обеспечению поддержки осиротевшим детям. Однако с точки зрения планирования мероприятий по уходу и распределению средств важно понимать, что при внедрении мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку, намного меньшее число детей-сирот будет ВИЧ-инфицированным и, следовательно, нуждаться в медицинском уходе и поддержке, зачастую долгосрочных. Кроме того, следует отметить, что улучшение ухода в перинатальный период и диагностирование ВИЧ-инфекции с целью обеспечения более раннего доступа к медицинским услугам может способствовать продлению жизни матерей. ВИЧ-инфицированные женщины могут также жить дольше, если им не надо заботиться о больных детях. Тем самым их дети получают материнскую заботу, и перед ними не стоит проблема длительного сиротства в условиях уязвимости и нищеты.

6. Доступность и экономическая эффективность стратегии

Доступность антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания будет во многом зависеть от состояния инфраструктуры системы здравоохранения в стране или регионе, а также от того, какие мероприятия по усилению или расширению таких услуг необходимо обеспечить, прежде чем такая стратегия будет внедрена.

Антиретровирусные лекарственные препараты для ВИЧ-инфицированных матерей и искусственное вскармливание для их детей доступны в большинстве стран или районов внутри стран, где налажена эффективная работа систем здравоохранения. Например, странам, которые смогут определить цену за лекарственные препараты в размере 50 долларов США на одну женщину и 50 долларов США на искусственное питание на одного ребенка за полгода, придется

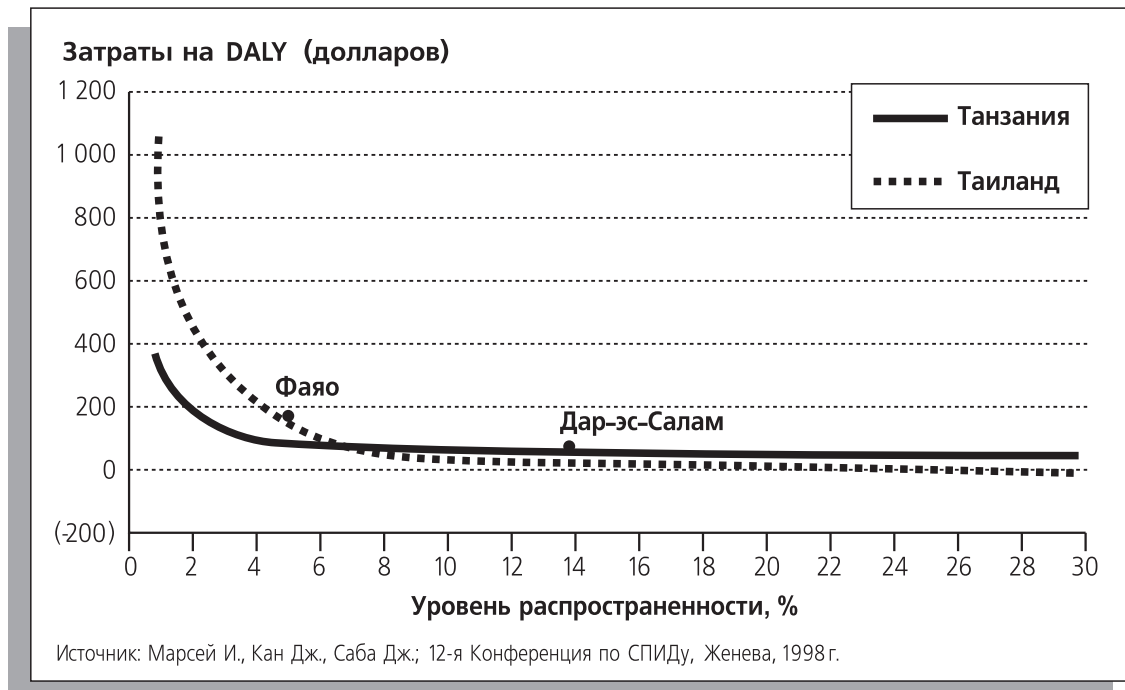
потратить 130 долларов США на каждую ВИЧ-инфицированную беременную женщину, включая расходы на консультирование и иные услуги. В странах, где рождаемость составляет 40 детей на тысячу жителей, а коэффициент распространенности ВИЧ среди беременных женщин - 15%, при условии, что все женщины, знающие о своем статусе (по оценкам - 10%), согласятся с мерами вмешательства, затраты на конкретные мероприятия (т.е. лекарственные препараты и искусственное питание) на одного человека составят 0,08 долларов США.² В эти расчеты не включается экономия, получаемая за счет снижения расходов на медицинские и иные услуги, связанные с уходом за ВИЧ-инфицированными детьми, которые могут составлять существенную сумму в некоторых странах, хотя в других они, безусловно, окажутся очень низкими. Фактически такая экономия может более чем компенсировать средства, затраченные на меры по вмешательству. Кроме того, здесь не учтены более широкие выгоды и преимущества, которые получает население в целом в результате внедрения мер по вмешательству, и которые, как было показано выше, часто оказываются значительными.

Далее, необходимо принимать во внимание консультирование и тестирование, проводимые на добровольной основе. Если затраты по оказанию таких услуг ложатся исключительно на программы, направленные на профилактику передачи ВИЧ от матери ребенку, экономическая эффективность стратегии будет зависеть от уровня распространенности ВИЧ в регионе: чем ниже уровень распространенности, тем больше затраты на идентификацию ВИЧ-инфицированных беременных женщин. Моделирование показывает, что экономическая эффективность остается достаточно устойчивой при уровне распространенности ВИЧ 5-10% и выше, но там, где такой уровень ниже указанного, экономическая эффективность мер по вмешательству стремительно уменьшается по мере падения уровня распространенности инфекции. В таких ситуациях проведение целевого скрининга беременных женщин или женщин, планирующих беременность, среди определенных групп населения повысит экономическую эффективность.

Там, где уровень распространенности инфекции высок, стоимость программы, включающей проведение добровольного тестирования и консультирования, применение антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания, выглядит достаточно убедительно по сравнению с затратами по внедрению мер вмешательства, направленных на решение других медицинских проблем. Например, по оценочным данным при уровне распространенности ВИЧ 5% и выше, стоимость этой стратегии составит приблизительно 35 долларов США на год жизни с

² Затраты на одного человека =
затраты на одну женщину
x рождаемость x коэффициент
распространенности ВИЧ x процент
женщин, знающих о своем статусе:
долларов США 130 x 0,04 x 0,15 x 0,1 =
0,08 долларов США на человека.

Рис.1 Экономическая эффективность на основании серологического анализа распространенности ВИЧ



коррекцией на инвалидность (DALY), по сравнению с 20-40 долларами США на DALY при вакцинации от полиомиелита и дифтерии и 200-400 долларами США на DALY при профилактике речной слепоты (онхоцеркоза).

Определение

Годы жизни с коррекцией на инвалидность (DALY) – это количество лет жизни, спасенных благодаря определенному вмешательству, за незначительным вычетом на каждый последующий год с целью учета фактора ухудшения качества жизни с годами, при одновременном росте риска смерти от какой-либо другой болезни. Таким образом, первый год жизни, спасенной в результате вмешательства, считается за полный год, а каждый последующий год уменьшается на незначительную величину. Сильной стороной показателя DALY является то, что он отражает как качество жизни, так и шансы на выживание, а также обеспечивает возможность проведения простого сравнения между различными видами вмешательства.

7. “Дерево” принятия решений

Безусловно, принятие решений относительно внедрения системы добровольного консультирования и тестирования, применения антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания во многом будет зависеть от национальных и местных обстоятельств. Ниже предлагается “дерево” принятия решений, которое может быть использовано теми, кто занимается выработкой политики на национальном и местном уровне и принятием решений: а) по определению соответствующего уровня обслуживания и б) по выбору наилучшей модели практического использования стратегии.

Определяющие факторы:

уровень ВИЧ-серопозитивности в стране или среди определенного сообщества будет определять цену бездействия и относительную экономическую эффективность различных стратегий проведения скрининга;

отношение к ВИЧ в стране или среди определенного сообщества будет определять риск дискриминации ВИЧ-инфицированных женщин, вероятность ущемления их прав и прогнозируемый уровень приемлемости мер вмешательства;

факторы риска, ассоциируемые с искусственным вскармливанием, будут определять возможность немедленного и широкомасштабного внедрения мер вмешательства или необходимость первоначального осуществления пилотных проектов с целью извлечения уроков относительно повышения безопасности искусственного вскармливания;

состояние существующей системы здравоохранения и уровень услуг по охране здоровья матери и ребенка (включая планирование семьи) будут определять, какие усилия и средства понадобятся для улучшения их работы для обеспечения реализации новой программы;

стадия эпидемии и уровень социальной поддержки, направленной на борьбу с такой эпидемией, будут определять ту нагрузку, которая ляжет на программы по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку в связи с увеличением спроса на услуги системы здравоохранения и консультирование;

при оценке затрат и преимуществ, связанных с внедрением мер вмешательства, необходимо принимать во внимание более широкие выгоды для общества в целом;

при принятии решений значительную роль будет играть наличие средств для реализации мер, направленных на снижение риска передачи ВИЧ от матери ребенку, а также для связанных с ними служб.

Эти факторы будут сильно варьироваться в зависимости от региона и страны. Ниже в таблице приводится процесс принятия решений, который может использоваться лицами, формирующими политику и намеревающимися рассмотреть варианты внедрения стратегии по использованию антиретровирусных лекарственных препаратов и искусственного вскармливания, приемлемой для конкретных условий, которая отражала бы местный уровень распространенности ВИЧ, имеющиеся средства, состояние системы здравоохранения и прогнозируемые риски, связанные с введением искусственного вскармливания.

Таблица 1: Набор услуг в зависимости от обстоятельств

	Местная система здравоохранения	Местный уровень распространенности ВИЧ	
		< 5%	> 5%
Ограниченность в минимально доступных средствах (например, в промышленно развитых странах)		Стандартное дородовое ДКТ Длительный курс АРВ/ИВ	Стандартное дородовое ДКТ Длительный курс АРВ/ИВ
Ограниченные средства	Местная система здравоохранения отвечает требованиям	Известные ВИЧ+/ Целевое дородовое ДКТ	Стандартное дородовое ДКТ
	+ Низкая степень риска, ассоциируемого с ИВ и ДКТ	Краткий курс АРВ/ИВ	Краткий курс АРВ/ИВ
Ограниченные средства	Местная система здравоохранения не отвечает требованиям	Известные ВИЧ+/ Целевое дородовое ДКТ Краткий курс АРВ/ИВ	Пилотное введение стандартного дородового ДКТ + краткий курс АРВ/ИВ (АРВ/ИВ также предлагается для известных ВИЧ-инфицированных женщин)
	и(или) Неизвестные факторы риска, ассоциируемые с ИВ		Подготовка системы здравоохранения

(Сокращения: ДКТ = добровольное консультирование и тестирование; АРВ = антиретровирусные лекарственные препараты; ИВ = искусственное вскармливание.)

Определения

1. Местная система здравоохранения отвечает требованиям

Доступ к адекватным услугам по охране здоровья матери и ребенка, включая дородовые и послеродовые женские консультации, родильные отделения и центры по планированию семьи, а также непрерывная медицинская и психологическая помощь матери и ребенку.

2. Краткий курс АРВ

Схемы назначения, использованные при проведении исследований в Таиланде и Кот-д'Ивуаре:

300 мг зидовудина (ЗДВ) – два раза в день, начиная с 36-й недели;

300 мг ЗДВ – каждые 3 часа во время родов.

(Примечание: в ближайшее время будет разработана другая схема назначения краткого курса АРВ, отличная от схемы, использованной в Таиланде)

3. Длительный курс АРВ

Другие схемы, включая АСТГ 076 и схемы на основе комбинации различных антиретровирусных лекарственных препаратов для новорожденного и матери.

4. Известные ВИЧ-инфицированные (ВИЧ+)

Женщины, обращающиеся по поводу дородовых консультаций, прошедшие тест на ВИЧ вне центров по охране здоровья матери и показавшие положительные результаты.

5. Целевое дородовое ДКТ

Добровольное консультирование и тестирование, предлагаемое беременным женщинам и их партнерам в сообществах (в зависимости от географических или социальных параметров), где уровень распространенности ВИЧ особенно высок.

6. Стандартное дородовое ДКТ

Добровольное консультирование и тестирование, предлагаемое всем женщинам, посещающим дородовые женские консультации, и их партнерам в рамках стандартной программы.

7. Пилотное введение ДКТ и АРВ/ИВ

Введение стратегии в полном объеме в определенных районах, всесторонний мониторинг и оценка процессов и их воздействия с уделением особого внимания искусственному вскармливанию.

8. Подготовка системы здравоохранения

Там, где система здравоохранения не отвечает требованиям для успешного введения стратегии, необходимы меры по тщательной подготовке к введению систем добровольного консультирования и тестирования, услуг по охране здоровья матери и ребенка и служб медико-санитарной поддержки для ВИЧ-серопозитивных женщин и их детей.

Перечень документов по проблеме профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, которые можно получить через Информационный центр ЮНЭЙДС или через сайт ЮНЭЙДС в Интернете (www.unaids.org):

Общая информация:

Серия ЮНЭЙДС "Технический обзор":
Передача ВИЧ от матери ребенку. (октябрь 1998 г.)

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку:
Планирование мер по реализации программы.
Отчет о совещании, Женева, 23-24 марта 1998 г.

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку:
Стратегические варианты. (май 1999 г.)

СПИД 5 лет после Международной конференции по вопросам народонаселения и развития: Новые вопросы и проблемы для женщин, молодежи и детей. (1998 г.)

Консультирование и тестирование на ВИЧ:

Консультирование и добровольное тестирование на ВИЧ беременных женщин в странах с высоким уровнем распространенности ВИЧ: Руководство для лиц, оказывающих медицинскую помощь. (май 1999 г.)

Значение простых/быстрых методов тестирования на ВИЧ. Рекомендации ВОЗ/ЮНЭЙДС. (*Weekly Epidemiological Record* 1998, 73, 321-328)

Антиретровирусное лечение:

Рекомендации ВОЗ/ЮНЭЙДС по безопасному и эффективному применению краткого курса лечения ЗДВ для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку. (*Weekly Epidemiological Record* 1998, 73, 313-320)

Применение антиретровирусных лекарственных препаратов для снижения риска передачи ВИЧ от матери ребенку (модуль 6). Девять руководящих модулей по антиретровирусному лечению. (ЮНЭЙДС/98.7)

ВИЧ и вскармливание младенцев:

ВИЧ и вскармливание младенцев: Обзор механизмов передачи ВИЧ в процессе грудного вскармливания. (ЮНЭЙДС/98.5)

ВИЧ и вскармливание младенцев: Руководящие принципы для лиц, принимающих решения. (ЮНЭЙДС/98.3)

ВИЧ и вскармливание младенцев: Руководство для руководящих и контролирующих работников системы здравоохранения. (ЮНЭЙДС/98.4)

Технические консультации ВОЗ/ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ по вопросам реализации программ по ВИЧ и вскармливанию младенцев. Отчет о совещании, Женева, 20-22 апреля 1998 г.

ВИЧ и вскармливание младенцев: Документ с изложением политики ЮНЭЙДС/ЮНИСЕФ/ВОЗ. (май 1997 г.)

Планирование, реализация, мониторинг и оценка:

Вертикальная передача ВИЧ – Руководство по проведению быстрой оценки. (1998 г.)

Местный мониторинг и оценка интегрированной профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку в странах с низким уровнем доходов. (1999 г.).

Профилактика передачи ВИЧ от матери ребенку (ППМР) в Азии:

В.Тайнюа и др. От исследований к практике: Применение краткого курса лечения зидовудином для предупреждения передачи ВИЧ от матери ребенку в контексте оказания стандартной медицинской помощи. (*Журнал по тропической медицине и общественному здравоохранению в странах Юго-Восточной Азии*, 1998 г.).

ППМР в Латинской Америке:

Профилактика вертикальной передачи ВИЧ от матери ребенку. Отчет о семинаре, Буэнос-Айрес, 29-31 июля 1998 г.

ППМР в Африке:

Проект по профилактике передачи ВИЧ от матери ребенку для Зимбабве: Ситуационный анализ.

Объединенная Программа Организации Объединенных Наций по ВИЧ/СПИДу (ЮНЭЙДС) – ведущий пропагандист глобальных мер борьбы с ВИЧ/СПИДом. Она объединяет семь учреждений ООН в общем деле борьбы с эпидемией: Детский фонд Организации Объединенных Наций (ЮНИСЕФ), Программу развития Организации Объединенных Наций (ПРООН), Фонд Организации Объединенных Наций в области народонаселения (ЮНФПА), Программу Организации Объединенных Наций по международному контролю над наркотиками (ЮНДКП), Организацию Объединенных Наций по вопросам образования, науки и культуры (ЮНЕСКО), Всемирную Организацию Здравоохранения (ВОЗ) и Всемирный банк.

ЮНЭЙДС координирует меры борьбы с эпидемией, предпринимаемые семью организациями-соучредителями, а также дополняет их конкретными инициативами. Цель ЮНЭЙДС – возглавлять и способствовать расширению международной борьбы с ВИЧ/СПИДом по всем направлениям: медицина, общественное здравоохранение, социальная сфера, экономика, культура, политика и права человека. ЮНЭЙДС работает с широким кругом партнёров – правительственными и неправительственными организациями, представителями деловых и научных кругов и общественностью – в деле повсеместного и не знающего границ распространения знаний, навыков и передового опыта.



Объединенная Программа ООН по ВИЧ/СПИДу

ЮНЭЙДС

ЮНИСЕФ • ПРООН • ЮНФПА • ЮНДКП
ЮНЕСКО • ВОЗ • Всемирный банк

Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)

20 avenue Appia, 1211 Geneva 27, Switzerland

Tel. (+4122) 791 46 51 – Fax (+4122) 791 41 87

e-mail: unaids@unaids.org – Internet: <http://www.unaids.org>