

ЗВІТ ЗА РЕЗУЛЬТАТАМИ ДОСЛІДЖЕННЯ

ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА ПЕРЕДАЧУ
ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ЗАДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ
МЕТИ ВИКОРІНЕННЯ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ



Звіт за результатами дослідження

ВИЗНАЧЕННЯ ПРІОРИТЕТНИХ ФАКТОРІВ ВПЛИВУ НА ПЕРЕДАЧУ ВІЛ
ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ ЗАДЛЯ ДОСЯГНЕННЯ НАЦІОНАЛЬНОЇ МЕТИ
ВИКОРІНЕННЯ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

УДК: 616.98:578.828/008.441.4;34.021+001.12

Звіт за результатами дослідження «Визначення пріоритетних факторів впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини заради досягнення національної мети викорінення передачі ВІЛ від матері до дитини». Київ, 2019 – 74 с.

Авторський колектив:

Марциновська Віолетта, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», координатор програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини; ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», с.н.с., к.мед.н.

Якунчикова Олена, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», спеціаліст зі стратегічної інформації

Рингач Наталія, Інститут демографії та соціальних досліджень імені М.В. Птухи НАН України, с.н.с, професор кафедри управління охороною здоров'я

Андріанова Ірина, ДУ «Центр громадського здоров'я МОЗ України», завідувача референс-лабораторії діагностики ВІЛ-інфекції/СНІДу

Нгуєн Ірина, ДУ «Інститут епідеміології та інфекційних хвороб ім. Л.В. Громашевського НАМН України», науковий співробітник

Привалов Юрій, БФ «Інтелектуальна перспектива», Голова правління

Трофименко Олеся, БФ «Інтелектуальна перспектива», менеджер проекту

Тарасова Тетяна, ЮНІСЕФ, консультант

Хейло Олена, ЮНІСЕФ, керівник програм з питань ВІЛ/СНІДу

*Дослідження проведене за фінансової підтримки Дитячого фонду ООН (ЮНІСЕФ).
Зміст матеріалів є виключно відповідальністю авторів і не обов'язково відображає
офіційну позицію ЮНІСЕФ*

ЗМІСТ

Перелік умовних скорочень.....	4
Вступ.....	5
Методологія дослідження	8
Мета та завдання.....	8
Дизайн дослідження.....	8
Учасники дослідження.....	8
Обсяг вибірки.....	8
Збір даних.....	9
Змінні.....	9
Аналіз даних.....	10
Розділ 1. Ситуаційний аналіз щодо реалізації заходів профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні.....	11
Розділ 2. Результати кабінетного дослідження щодо визначення факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	16
2.1. Соціально-демографічні та епідеміологічні дані.....	16
2.2. Материнські фактори ризику.....	22
2.3. Акушерські фактори ризику	35
2.4. Малюкові фактори ризику	38
2.5. Підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини	40
Розділ 3. Узагальнення результатів дослідження	45
3.1. Порівняльна характеристика груп «випадок» та «контроль».....	45
3.2. Пріоритетні фактори ризику передачі ВІЛ від матері до дитини	49
Резюме.....	51
<i>Додаток 1. Форма первинної облікової документації № 501-4/о «Повідомлення №4 про ВІЛ-інфіковану дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою»</i>	54
<i>Додаток 2. Анкета №__про ВІЛ-негативну дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою</i>	65

ПЕРЕЛІК УМОВНИХ СКОРОЧЕНЬ

АРВ	антиретровірусний
АРВП	антиретровірусна профілактика
АРТ	антиретровірусна терапія
ВІЛ	вірус імунодефіциту людини
ВООЗ	Всесвітня організація охорони здоров'я
ЖК	жіноча консультація
ЗОЗ	заклад охорони здоров'я
ЗПВС	Загальнодержавна програма забезпечення профілактики ВІЛ-інфекції, лікування, догляду та підтримки ВІЛ-позитивних і хворих на СНІД
ІБ	імунний блот
ІПСШ	інфекції, що передаються статевим шляхом
ІФА	імуноферментний аналіз
ЛЖВ	люди, які живуть з ВІЛ
ПМД	передача ВІЛ від матері до дитини
ППМД	профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини
ПЛР	полімеразна ланцюгова реакція
СНІД	синдром набутого імунодефіциту
ТБ	туберкульоз
УКПМД	Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги
ЦГЗ	Державна установа «Центр громадського здоров'я Міністерства охорони здоров'я України»
ЦПБС	центр профілактики та боротьби зі СНІДом
ЦСР	Цілі Сталого Розвитку
ЧПМД	частота передачі ВІЛ від матері до дитини
ЮНЕЙДС	Об'єднана програма Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД
ЮНІСЕФ	Дитячий фонд ООН

ВСТУП

Глобальна спільнота прийняла зобов'язання елімінувати передачу ВІЛ від матері до дитини до 2030 року в якості однієї з пріоритетних завдань системи громадського здоров'я.

Відомо, що комплексна своєчасна антиретровірусна профілактика (АРВП) серед ВІЛ-позитивних вагітних та їх дітей дозволяє істотно знизити ризик перинатального інфікування ВІЛ дитини. Однак оскільки ВІЛ-інфекція є проблемою громадського здоров'я, а ефективність заходів профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) є високою, але не 100%, на даний час неможливо знизити до нуля передачу ВІЛ від матері до дитини (ПМД). Тому, Об'єднаною програмою Організації Об'єднаних Націй з ВІЛ/СНІД (ЮНЕЙДС) та Всесвітньою організацією охорони здоров'я (ВООЗ) запропонована ціль зниження та підтримання рівня ПМД на таких низьких рівнях, що вона більше не є проблемою громадського. Це рівень «фактичної елімінації», що означає зниження вертикальної трансмісії ВІЛ до < 2% серед дітей, у яких виключено грудне вигодовування з моменту народження, і до <5% - серед дітей, які перебувають на грудному вигодовуванні¹. Регіон Центральної і Східної Європи та Співдружності Незалежних Держав, до якого належить Україна, – це єдиний регіон світу, де, незважаючи на збільшення охоплення заходами ППМД, кількість нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей не зменшується. При цьому, частота передачі ВІЛ від матері до дитини (ЧПМД) коливається на рівні 4-12%².

В Україні ціль щодо викорінення передачі ВІЛ дітям, народженим ВІЛ-позитивними матерями, визначено у Загальнодержавній цільовій програмі протидії ВІЛ-інфекції/СНІДу на 2014-2018 роки (ЗПВС) – 2,5% у 2016 році (проміжний показник) та 1% у 2018 році (цільовий показник). З часу впровадження програми ППМД Україна досягнула значного прогресу у сфері попередження передачі ВІЛ від матері до дитини. У 2017 році показник ЧПМД був розрахований серед когорти дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2015 р. та склав 3,7%, без урахування даних АР Крим та непідконтрольних Уряду України територій Донецької та Луганської областей. У порівнянні з базовим показником 2001 р. (27,8%) ЧПМД у 2015 р. знизилася в 7,5 рази або на 87%³.

¹ Global guidance on criteria and processes for validation: elimination of mother-to-child transmission (EMTCT) of HIV and syphilis, WHO, 2017.

² Глобальный информационный бюллетень / ЮНЭЙДС, 2018; HIV/AIDS surveillance in Europe 2017 – 2016 data / European Centre for Disease Prevention and Control WHO, Regional Office for Europe. - Stockholm, 2017.

³ Оперативні дані ЦГЗ МОЗ України за формами звітності №63-1 (річна) «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини», № 63 (річна) «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини».

Проте, не зважаючи на певний успіх зниження національного рівня ЧПМД, діагноз ВІЛ-інфекції підтверджується щорічно майже у 80-100 дітей, а показник ЧПМД у половині регіонів не має тенденцію до зниження. Це відбувається на тлі зниження частки жінок, які є споживачами ін'єкційних наркотиків, серед ВІЛ-позитивних вагітних (з 15,2% у 2005 р. до 5,3% у 2017 р.), у яких, як свідчить аналіз даних, ризик передачі ВІЛ новонародженому значно вищий. Збільшення епідемічної значущості статевого шляху передачі ВІЛ, як серед вперше зареєстрованих ВІЛ-позитивних осіб, так і серед ВІЛ-позитивних жінок репродуктивного віку, а також високий рівень поширення ВІЛ серед вагітних в Україні (0,72% у 2017 р.)⁴ свідчать про актуальність сьогодні передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні.

Для досягнення цілі ЗПВС щодо зниження рівня передачі ВІЛ від матері до дитини до 1%, необхідно подолати ряд перешкод на усіх рівнях системи охорони здоров'я, а також на рівні громади та окремої особи.

Передача ВІЛ від матері до дитини є провідним природним шляхом інфікування дітей молодшого віку. За відсутності профілактичних заходів ризик вертикальної трансмісії ВІЛ коливається від 10 до 40%, з них 15-30% припадають на трансплацентарний шлях передачі вірусу, 50-75% випадків зараження мають місце під час пологів та 12-20% – при грудному вигодовуванні⁵.

Згідно з даними літератури на ПМД впливає чимало факторів. До факторів з доказовістю класу А (дані, отримані при мета-аналізі кількох рандомізованих контрольованих досліджень) відносяться⁶:

- 1) *Прогресуюча стадія ВІЛ-інфекції* під час вагітності та пологів, з високим вірусним навантаженням > 10 000 копій / мл. Ступінь імуносупресії <200 клітин CD4 кл/мкл асоціюється з 4-кратним збільшенням ПМР.
- 2) *Відсутність АРВ-профілактики* під час вагітності, пологів та пізнє призначення АРТ; Профілактика одним антиретровірусним препаратом (АРВП) (зидовудин) дозволяє знизити ПМД з 25.5% до 8,3% серед жінок, які не годують грудним молоком. У парах мати-дитина, які отримують схему АРТ, що складається з трьох препаратів та включає інгібітор протеаз ПМД може знизитися до 0,9-1,3%.

⁴ Оперативні дані ЦГЗ МОЗ України за формою звітності № 63 (річна) «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» та ДЗ «Центр медичної статистики МОЗ України» за формою звітності № 21 (річна) «Звіт про медичну допомогу вагітним, роділлям і породіллям».

⁵ Newell et al., 1996; The Working Group on Mother-to-Child Transmission of HIV, 1995; Naver et al., 2006; Townsend et al., 2008; McDonald et al., 2009; Birkhead et al., 2010; Forbes et al., 2012.

⁶ WHO 1999, 2002, 2006, 2012, 2015; John G.C., Kreiss J., 1996; Katzenstein D.A. et al., 1999; Garcia P.M. et al., 2005; Lehman D.A., Farquhar C., 2007; Ellington S.R., King C.C., Kourtis A.P., 2011.

- 3) *Наявність у вагітної інфекцій, що передаються статевим шляхом (ПСПШ) та/або коінфекції гепатиту В/С або туберкульозу, що викликає порушення фетоплацентарного кровообігу і призводить до загрози передчасних пологів, підвищує ризик акушерських ускладнень у 2-9 разів.*
- 4) *Акушерські втручання, а саме плановий кесарів розтин;* Результати досліджень вказують на те, що елективний кесарів розтин знижує ризик вертикальної трансмісії від 50 до 80%. Однак, більшість цих досліджень були здійснені до ери АРВ-профілактики під час вагітності. На сьогодні, за умови широкої практики пренатального застосування АРТ немає суттєвих розбіжностей у ризику ПМД при вагінальних пологах та кесаревому розтині. З огляду на високий ризик післяпологової захворюваності, пов'язаною з кесаревим розтином, у більшості розвинених країн не рекомендують рутинний кесарів розтин для ВІЛ-позитивних вагітних жінок. Проте, поряд з іншими заходами профілактики національним протоколом рекомендується саме елективний КР при високих значеннях ВН.
- 5) *Виключення грудного вигодовування* зменшує ризик ПМД до 12-20%, а за результатами деяких досліджень навіть до 30%.

Передумовою ефективного впровадження стратегії викорінення передачі ВІЛ дітям, народженим ВІЛ-позитивними матерями є відсутність структурних бар'єрів та універсальний доступ до медичної допомоги. Клінічна частина ППМД має бути частиною континуума з догляду для жінок та їх дітей. Послуги з ППМД мають бути асоційовані з відповідними державними та недержавними програмами: лікування та підтримки, репродуктивного здоров'я, педіатричних послуг, лікування наркотичної залежності та психологічної підтримки. Жінки, які вживають наркотики ін'єкційним шляхом, мають мати рівний доступ до всіх послуг з ППМД. Важливим є також регулювання та обмеження доступу до конфіденційної інформації⁷.

Україна, як й інші країни Європейського регіону ВООЗ, підтримує довгострокові глобальні цілі щодо усунення нових випадків зараження ВІЛ серед дітей до 2030 року та ініціативу ВООЗ щодо валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини. Враховуючи існуючу динаміку показника ЧПМД, елімінація випадків передачі ВІЛ від матері до дитини може зіграти важливу роль у забезпеченні універсального доступу всіх ВІЛ-позитивних вагітних до профілактики та лікування. Для цього необхідно знати ключові ризики та бар'єри виконання ефективної програми ППМД. Тому, як у всьому світі, так і в Україні

⁷ Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030 - UNAIDS, 2014; Global health 2035: a world converging within a generation - WHO, 2013.

актуальним залишається визначення пріоритетних впливів на ПМД та розробки шкали оцінювання ризику вертикальної трансмісії ВІЛ, у якій враховуються каскадні дані програми ППМД.

Метою цього дослідження є визначення факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, які мають вирішальний вплив на прогрес у досягненні мети програми ППМД в Україні. Ці фактори будуть враховуватись, як пріоритетні для розробки подальших кроків, спрямованих на викорінення передачі ВІЛ від матері до дитини.

МЕТОДОЛОГІЯ ДОСЛІДЖЕННЯ

Мета дослідження – визначення вирішальних чинників та першочергових факторів, що впливають на прогрес реалізації Програми попередження передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, задля викорінення передачі ВІЛ від матері до дитини.

Завдання дослідження:

- визначення та опис факторів, що впливають на рівень вертикальної трансмісії ВІЛ, на підставі каскадних даних програми ППМД;
- оцінка ступеню пов'язаного з ними ризику ПМД на сучасному етапі розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні;
- визначення пріоритетних ризиків ПМД.

Дизайн дослідження - метод «випадок-контроль». Для з'ясування факторів, що призводять до інфікування ВІЛ дитини, народженою ВІЛ-позитивною жінкою, здійснювався пошук тих факторів ризику, що статистично значуще відрізняються в групі «випадків» і «контролів», при цьому кожен фактор аналізувався окремо від інших.

Учасники дослідження - пари «ВІЛ-позитивна мати – дитина, народжена ВІЛ-позитивною жінкою з встановленим ВІЛ-статусом».

- *ВІЛ-позитивна дитина* – живонароджена дитина, народжена ВІЛ-позитивною жінкою у 2014-2016 роки, з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції;
- *ВІЛ-негативна дитина* - живонароджена дитина, народжена ВІЛ-позитивною жінкою у 2014 році, з встановленим ВІЛ-негативним статусом.

До об'єкту дослідження також відносилися діти, народжені ВІЛ-позитивними жінками, з остаточно встановленим ВІЛ-статусом, які померли після народження. Діти, народжені ВІЛ-позитивною жінкою з неуточненим ВІЛ-статусом, до об'єкту дослідження не відносились.

Обсяг вибірки: Кількість пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» відповідав кількості ВІЛ-позитивних дітей, які зафіксовані у звітній формі № 63-1 «Частота передачі ВІЛ від матері до дитини за 2014 рік» та звітних формах №2 – ВІЛ/СНІД за 2015 і 2016 роки. Для дослідження було відібрано 353 пари «матір-дитина з ВІЛ позитивним статусом» (випадки), що перебували на обліку в 25 регіональних центрах профілактики та боротьби зі СНІДом (ЦПБС). Під час попередньої обробки зібраних даних, 89 випадків були виключені з дослідження через відсутність даних з більшої частини змінних. Отже, кінцева вибірка склала 264 випадки.

У якості ВІЛ-негативного контролю, кількість пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина» відповідала кількості пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина». Частотний підбір (квотування) таких пар відбувався за змінними: місце проживання матері, вік матері, освіта, імовірний шлях інфікування, сімейний стан. Для дослідження було відібрано 363 пари матір-дитина, в яких мати мала ВІЛ-позитивний статус, а дитина була ВІЛ-негативна (контролі), та які перебували на обліку у центрах профілактики та боротьби зі СНІДом у Дніпропетровській (30), Запорізькій (76), Київській (41), Одеській (100), Харківській (20), Черкаській (70) областях та м. Київ (26).

Збір даних. Для випадків (пара «ВІЛ-позитивна мати та ВІЛ-позитивна дитина») для збору даних використовувалась форма медичної документації (Форма № 501-4/о), що передавалась до ЦГЗ МОЗ України з 25 регіональних ЦПБС. Ця форма містить основні соціо-демографічні дані матері, материнські фактори ризику вертикальної трансмісії ВІЛ, відомості про перебіг вагітності та пологів, малюкові фактори ризику вертикальної трансмісії та відомості про підтвердження ВІЛ-статусу дитини.

Для контролів (пара ВІЛ-позитивна мати та ВІЛ-негативна дитина) була розроблена анкета, запитання для якої формувалися на основі Форми № 501-4/о. Анкета заповнювалась медичним персоналом на основі даних медичних карток породіль.

Змінні. *Результуючою (залежною) змінною* був остаточно встановлений ВІЛ-статус дитини – позитивний чи негативний.

Незалежними змінними були:

- Термін вагітності під час взяття на облік;
- Кількість попередніх пологів;
- Вірусне навантаження та кількість клітин CD4 під час вагітності.
- АРВ-профілактика під час вагітності;
- АРВ-профілактика під час пологів;

- Прихильність до АРВ-профілактики;
- Низька тривалість курсу АРВ-профілактики;
- АРВ-профілактика дитини;
- Тип вигодовування з першого дня життя.;
- Звернення вагітної у пологовий будинок у потужному періоді;
- Тривалі пологи;
- Проведення санації пологових шляхів;
- Елективний кесарів розтин.

Аналіз даних. Перший етап аналізу даних складався з описового аналізу соціо-демографічних характеристик та факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини серед випадків та контролів. Для категоріальних змінних визначався частотний розподіл, для інтервальних змінних визначалися середнє та стандартне відхилення (у випадку нормального розподілу) або медіана і інтерквартильний розмах (у випадку ненормального розподілу).

Другий етап аналізу полягав у двомірному аналізі зв'язків між можливими факторами ризику та результуючою змінною (приналежність до групи випадків чи контролів). Для інтервальних змінних застосовувався Т-тест Стюдента, для категоріальних змінних застосовувався тест χ^2 квадрат.

Наступним етапом була побудова логістичної регресійної моделі для кожної змінної та визначення співвідношення шансів. У моделі контролювалися такі фактори як вік матері, шлях передачі, освіта, сімейний стан, місце проживання. Співвідношення шансів, отримані у логістичній регресії використовувалися для оцінки можливого ризику пренатальної трансмісії ВІЛ, пов'язаного з тим чи іншим фактором.

РОЗДІЛ 1

СИТУАЦІЙНИЙ АНАЛІЗ ЩОДО РЕАЛІЗАЦІЇ ЗАХОДІВ ПРОФІЛАКТИКА ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ В УКРАЇНІ

Декларація «Охоплення всіх етапів життя у контексті політики Здоров'я-2020» була підписана від імені всіх держав-членів в Європейському регіоні ВООЗ 21–22 жовтня 2015 р. у Мінську. Мінською Декларацією (2015 р.) було визнано, що принцип охоплення всіх етапів життя людини є найважливішим кроком у реалізації політики Здоров'я-2020 та виконанні Цілей Сталого Розвитку (ЦСР). Відповідно, у розробці та реалізації національної соціальної політики в цілому та політики з охорони здоров'я зокрема, Україна також має орієнтуватися на принципи, визначені ЦСР. Лаконічним гаслом Декларації стало «Діяти раніше, діяти вчасно, діяти разом». Цей принцип якнайбільше відповідає суті і визначає підходи до реалізації завдання з елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини, та якомога більш ранньому виявленню інфікування, в тому числі через розвиток інноваційних технологій для ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у новонароджених, а також вчасного надання необхідної медико-соціальної допомоги вагітним та дітям.

Україна поділяє принципи, задекларовані міжнародною спільнотою, та взяла на себе зобов'язання з реалізації низки завдань у рамках ЦСР. Серед завдань Цілі 3 «Здоров'я і благополуччя» – амбіційне 3.3. «Зупинити епідемії ВІЛ/СНІДу та туберкульозу, у тому числі за рахунок використання інноваційних практик та засобів лікування». Національна доповідь «Цілі Сталого Розвитку: Україна» надає бачення орієнтирів досягнення Україною ЦСР, затверджених на Саміті ООН у 2015 році, і представляє результати адаптації 17 глобальних цілей з урахуванням специфіки національного розвитку, фокусується на нагальних соціально-економічних проблемах країни. Зокрема, в ній наголошено, що майже половину з ВІЛ-позитивних осіб становлять жінки, 88% яких перебувають у репродуктивному віці. Однією з проблем у цій царині визнано також часте запізне діагностування вперше виявлених випадків ВІЛ-інфекції на стадії СНІДу⁸.

Європейським регіональним комітетом на Шістдесят п'ятій сесії (Вільнюс, Литва, 16.09.2015 р. було прийнято Резолюцію "Пріоритетні завдання в галузі зміцнення систем охорони здоров'я в Європейському регіоні ВООЗ на 2015-2020 рр. Орієнтація на потреби людей: від слів до діла"⁹. Нею було підтверджено прихильність ціннісним принципам солідарності, справедливості і широкої участі, закріпленим в Люблінській хартії, Талліннській

⁸ Цілі Сталого Розвитку: Україна. Національна доповідь – К. : Мінекономіки, ПРООН – 2017. – С. 30.

⁹ Priorities for health systems strengthening in the WHO European Region 2015-2020: walking the talk on people centredness (2015) http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/288376/65rs05e_HSS_150750.pdf?ua=1

хартії і положеннях європейської Політики ВООЗ Здоров'я-2020 в якості базових елементів зміцнення систем охорони здоров'я; та запропоновано адаптувати послуги охорони здоров'я до викликів XXI століття. Це означає передусім переходити до використання превентивного і орієнтованого на потреби людей підходу, який передбачає більш ефективну координацію та проведення заходів зі зміцненню здоров'я, профілактики, надання медичної допомоги та ведення хвороб на всіх етапах життя.

Одним із кроків на шляху запобігання тягарю страждань через хвороби і смерть, обумовлені ВІЛ-інфекцією, є дієва профілактика вертикальної трансмісії, своєчасні діагностика, превентивна терапія і організація нагляду за ВІЛ-позитивними дітьми, медичний і соціальний супровід родини, тощо.

На сьогодні в Україні впровадження заходів програми профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини надало змогу досягти значних успіхів. На законодавчому рівні держава гарантує забезпечення вільного доступу до послуг з профілактики передачі ВІЛ від ВІЛ-позитивних вагітних їхнім новонародженим дітям. З 2003 р., рівень охоплення добровільним тестуванням на ВІЛ серед вагітних жінок перевищує 97%. Рівень охоплення профілактичним антиретровірусним лікуванням жінок, у яких під час вагітності було діагностовано ВІЛ-інфекцію, збільшився з 9% у 1999 р. до 95,0 % з 2008 р. та залишається на високому рівні. Майже всі немовлята отримують АРВ-профілактику та перебувають на штучному вигодовуванні¹⁰ (рис.1).

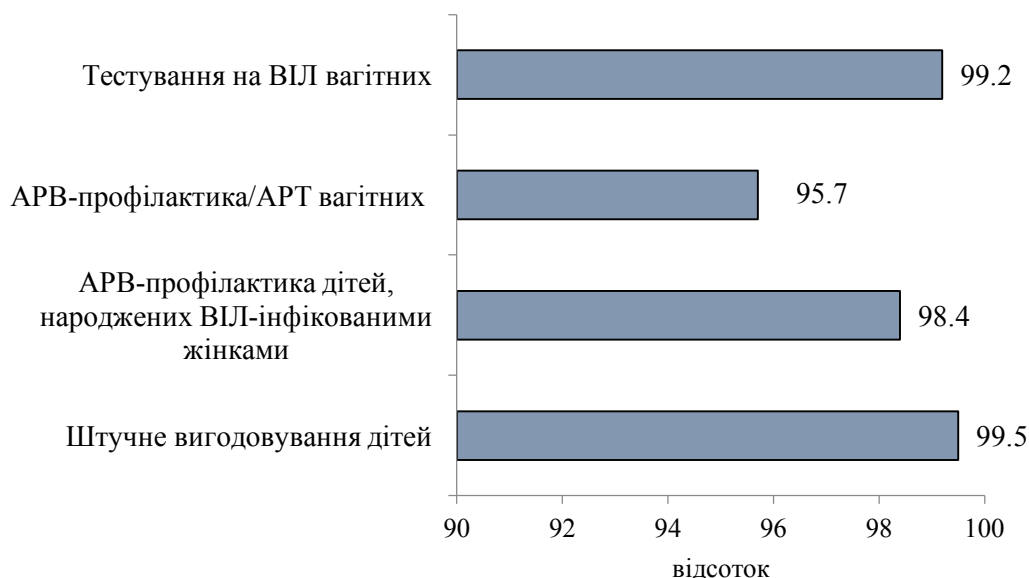


Рисунок 1. Основні профілактичні заходи програми ППМД у 2017 році

¹⁰ ВІЛ-інфекція в Україні: Інформаційний бюлетень № 47 / ЦГЗ, 2017 – 192 с.

У 2017 р. ЧПМД розрахована серед когорти дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками у 2015 р., та складала 3,7% (98 ВІЛ-позитивних дітей). За даними ранньої діагностики ВІЛ-інфекції ЧПМД у 2017 р. становила 2,2% (45 ВІЛ-позитивних дітей) (таблиця 1).

Таблиця 1. Частота передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні, за результатами ранньої та серологічної діагностики у 2017 році

Регіони	когорта 2015 рік (ПЛР, ІФА, ІБ)			2017 рік (ПЛР)		
	ВІЛ-позитивні діти, абс.ч.	ЧПМД, %	ЧПМД ср* %	Охоплення ПЛР, %	ВІЛ-позитивні діти, абс.ч.	ЧПМД, %
Україна	98	3,67	3,77	85,1	45	2,2
Вінницька	3	4,48	3,02	98,1	3	5,9
Волинська	2	3,39	2,05	24,0	0	0,0
Дніпропетровська	24	4,93	5,05	92,0	11	2,8
Донецька	10	4,35	4,03	86,5	3	1,6
Житомирська	2	2,27	1,13	100,0	0	0,0
Закарпатська	2	28,57	10,0	64,3	0	0,0
Запорізька	2	2,60	2,58	98,8	3	3,7
Івано-Франківська	0	0,0	2,94	94,7	0	0,0
Київська	3	2,33	5,04	85,1	2	1,9
Кіровоградська	5	5,95	7,57	63,5	2	3,7
Луганська	0	0,0	3,42	100,0	1	2,6
Львівська	4	6,45	3,52	90,0	2	3,7
Миколаївська	5	3,31	3,52	72,3	4	3,9
Одеська	17	4,29	4,32	93,4	6	2,1
Полтавська	1	1,59	2,84	81,7	3	6,1
Рівненська	1	1,79	1,88	97,6	0	0,0
Сумська	0	0,0	0,00	86,7	0	0,0
Тернопільська	0	0,0	1,96	100,0	1	6,3
Харківська	1	1,0	1,89	46,9	1	2,6
Херсонська	3	2,88	2,86	80,5	0	0,0
Хмельницька	2	4,88	1,32	85,2	0	0,0
Черкаська	0	0,0	2,30	98,6	1	1,4
Чернівецька	1	9,09	4,00	27,8	0	0,0
Чернігівська	1	1,45	3,19	95,9	1	1,4
м. Київ	9	4,31	4,05	75,0	1	0,6

*ЧПМД – середня розрахована методом укрупнення інтервалів, з урахуванням кількості дітей з встановленим ВІЛ-статусом та ВІЛ-позитивних дітей за 2013-2015 роки по кожному регіону та країні в цілому. Даний метод використовується для спостережень, які протягом тривалого часу не завжди дають можливість виявити чітку тенденцію в динаміці певного явища

За підсумками звітності № 63 «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини у 2017 році» в Україні у 2 544 ВІЛ-позитивних жінок вагітність завершилася пологами (2710 у 2016 р., 2 962 у 2015 р.), у 187 ВІЛ-позитивних жінок – перериванням вагітності (180 у 2016 р., 218 у 2015 р.).

Привертає до себе увагу той факт, що в Україні спостерігається поступове зниження кількості та відсотка вагітних з вперше встановленим ВІЛ-позитивним статусом під час вагітності, пологів або після пологів серед загальної кількості ВІЛ-позитивних вагітних – 1 453 (47,2%) у 2015 р., 1 257 (44,7%) у 2016 р., 1 165 (44,7%). Отже, більш половина ВІЛ-позитивних вагітних не знають про свій ВІЛ-позитивний статус ще до вагітності. Із числа жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час звернення у жіночу консультацію (ЖК), діагноз ВІЛ-інфекції був встановлений у термін вагітності до 12 тижнів – у 32,1% жінок, протягом 12 – 26 тижнів – 43,6%, після 26 тижня – 17,2%, під час та після пологів – 7,1%.

Таким чином, у 2017 р. 24,3% (26,6 у 2016 р., 22,4% у 2015 р.) жінок з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус тільки у III триместрі вагітності або не знали взагалі про нього під час вагітності, відповідно не отримали комплекс медичних послуг щодо профілактики вертикальної передачі ВІЛ та мали високий ризик інфікувати ВІЛ свою дитину. Найбільший рівень даного показника встановлено у Миколаївській (20,4%), Вінницькій (20,6%), Черкаській (21,4%), Дніпропетровській (24,2%), Львівській (25,0%), Донецькій (26,7%), Запорізькій (26,9%), Херсонській (30,6%), Одеській (36,7%), Київській (36,9%) областях.

Протягом 2017 року АРВ-профілактикою/АРТ було охоплено 95,7% ВІЛ-позитивних вагітних (95,4 у 2016 р., 95,0% у 2015 р.). Найменший рівень даного показника встановлено у Вінницькій (89,7%), Кіровоградській (90,6%), Чернігівській (92,6%), Черкаській (92,8%) областях. Частка ВІЛ-позитивних вагітних, які продовжують АРТ після пологів, збільшилася до 88,0% (74,2% у 2016 р., 54,8% у 2015 р.).

Згідно із сучасною стратегією профілактики вертикальної передачі ВІЛ, операція елективний кесарів розтин є одним з ефективних методів ППМД. У 2017 р. 31,8% ВІЛ інфікованих жінок народили дітей за допомогою планового кесаревого розтину (35,3% у 2016 р., 32,9% у 2015 р.).

Протягом 2017 р. АРВ-профілактикою було охоплено 98,4% дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками. Майже всі діти знаходилися на штучному вигодовуванні (99,5%).

Охоплення ранньою діагностикою методом полімеразної ланцюгової реакції (ПЛР) дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, в останні 3 роки залишається на недостатньому рівні, у 2017 р. воно складало 89,6%. Найнижчі рівні даного показника зафіксовано у

Чернівецькій (42,9%), Волинській (60,5%), Миколаївській (74,2%), Харківській (75,0%), Закарпатській (76,2%) областях.

У 2017 р. на штучному вигодовуванні знаходилося 99,5% дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками. Випадки грудного вигодовування були зафіксовані у Черкаській (1 дитина), Чернігівській (1) областях; змішаного вигодовування – у Дніпропетровській області (2) та зміна грудного на штучне – у Дніпропетровській (2), Донецькій (2), Закарпатській (1), Луганській (1) та Черкаській (2) областях.

Серед ВІЛ-позитивних дітей віком до 18 років, які перебувають під медичним наглядом у ЗОЗ на кінець 2017 року, 64,5% дітей проживають у сім'ї, разом з матір'ю та/або батьком, 21,9% - у сім'ї під опікою родичів, 5,0% дітей усиновлені, 1,4% - у будинку дитини.

Дані офіційної статистики свідчать, що в Україні досі актуальними є проблеми, що сприяють ПМД. Враховуючи існуючі на сьогодні у країні тенденції показника ЧПМД та ризики вертикальної трансмісії ВІЛ, у елімінації випадків ПМД може зіграти важливу роль забезпечення універсального доступу до заходів з ППМД для всіх ВІЛ-позитивних вагітних, передусім, жінок, які належать до особливо уразливих та соціально незахищених груп населення.

Значним кроком для досягнення міжнародних та національних цілей у сфері профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини (ППМД) стало затвердження наказом МОЗ України від 16.05.2016 р. № 449 медико-технологічної документації¹¹:

- Адаптована клінічна настанова, заснована на доказах, «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ГСТ2016-449-1а);
- Уніфікований клінічний протокол первинної, вторинної (спеціалізованої) та третинної (високоспеціалізованої) медичної допомоги «Профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини» (ГСТ2016-449-1у) (УКПМД).

Оновлена нормативно – правова документація з питань ППМД враховує сучасний контекст розвитку епідемії ВІЛ-інфекції в Україні та ґрунтується на найновіших знаннях та доказових даних, сучасних рекомендаціях щодо оптимізації клінічної тактики та впровадження ефективних методів ліквідації нових випадків ВІЛ-інфекції у дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками. Основною стратегією ППМД для України визначено Опцію «В+». Це підхід, при якому всі вагітні жінки, які живуть з ВІЛ, незалежно від кількості CD4 або клінічної стадії ВІЛ-інфекції, отримують 3-компонентну АРТ, як профілактику не тільки під час вагітності, але далі впродовж всього життя, як додатковий спосіб запобігання подальшого поширення ВІЛ та власне як АРТ.

¹¹ Інноваційні підходи до профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини / Н. Жилка, В. Марциновская, Т. Тарасова, І. Раус // Профілактична медицина. – 2016. – № 3-4 (27). – С. 59-60

РОЗДІЛ 2

РЕЗУЛЬТАТИ КАБІНЕТНОГО ДОСЛІДЖЕННЯ ЩОДО ВИЗНАЧЕННЯ ФАКТОРІВ РИЗИКУ ПЕРЕДАЧІ ВІЛ ВІД МАТЕРІ ДО ДИТИНИ

2.1. Соціально-демографічні та епідеміологічні дані

Дані про пари «ВІЛ-позитивна жінка та її дитина з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції» (основна група, група «випадок») та «ВІЛ-позитивна жінка та її дитина з встановленим ВІЛ-негативним статусом» (основна група, група «випадок»), як уже зазначалося, були отримані з офіційної медичної документації (Форма №501-4/о) для групи «випадок» та спеціально розробленої анкети, що включала адаптовані дані Форми № 501-4/о для групи «контроль».

Відібрано для дослідження 353 пари «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» (група «випадок») та 363 пари «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина» (група контроль). Під час попередньої обробки зібраних даних 89 випадків з першої групи були виключені з дослідження через відсутність даних з більшої частини змінних. Таким чином, остаточна вибірка зменшилась, та склала для пари матір-дитина з позитивним ВІЛ-статусом лише 264 випадки. Таким чином, дані чверті частини від усіх заповнених форм виявились непридатними для подальшої обробки та аналізу (рис.2). У контрольній групі заплановане число (363 пари) залишилось незмінним (рис. 2).

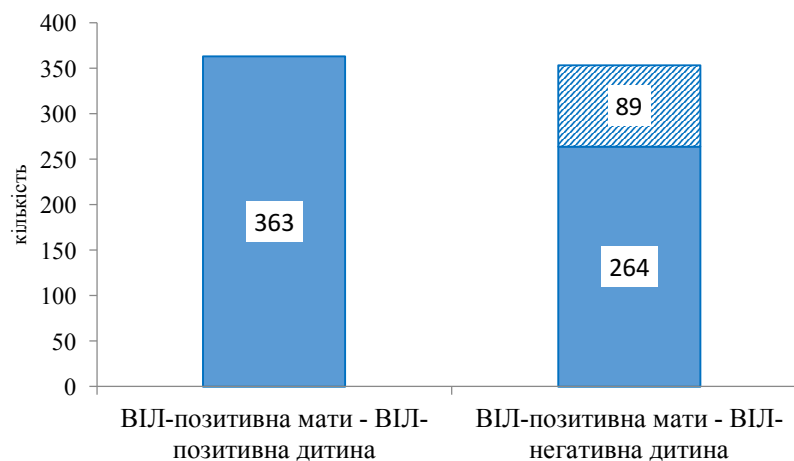


Рисунок 2. Зменшення кількості пар у групі «ВІЛ - позитивна мати - ВІЛ- позитивна дитина» через неповне/неякісне заповнення форми № 501-4/о

Регіональний розподіл досліджуваних пар «мати-дитина». Вибірка для групи «випадок, або «ВІЛ - позитивна мати - ВІЛ- позитивна дитина» охоплювала 25 регіональних ЦПБС (окрім тимчасово окупованої території АР Крим та м. Севастополь). Необхідно також відмітити брак інформації з неконтрольованої урядом України територій Донецької та

Луганської областей. Максимальна кількість анкет була надана Дніпропетровським, Одеським, Донецьким обласним ЦПБС та Київським міським ЦПБС (рис. 3).

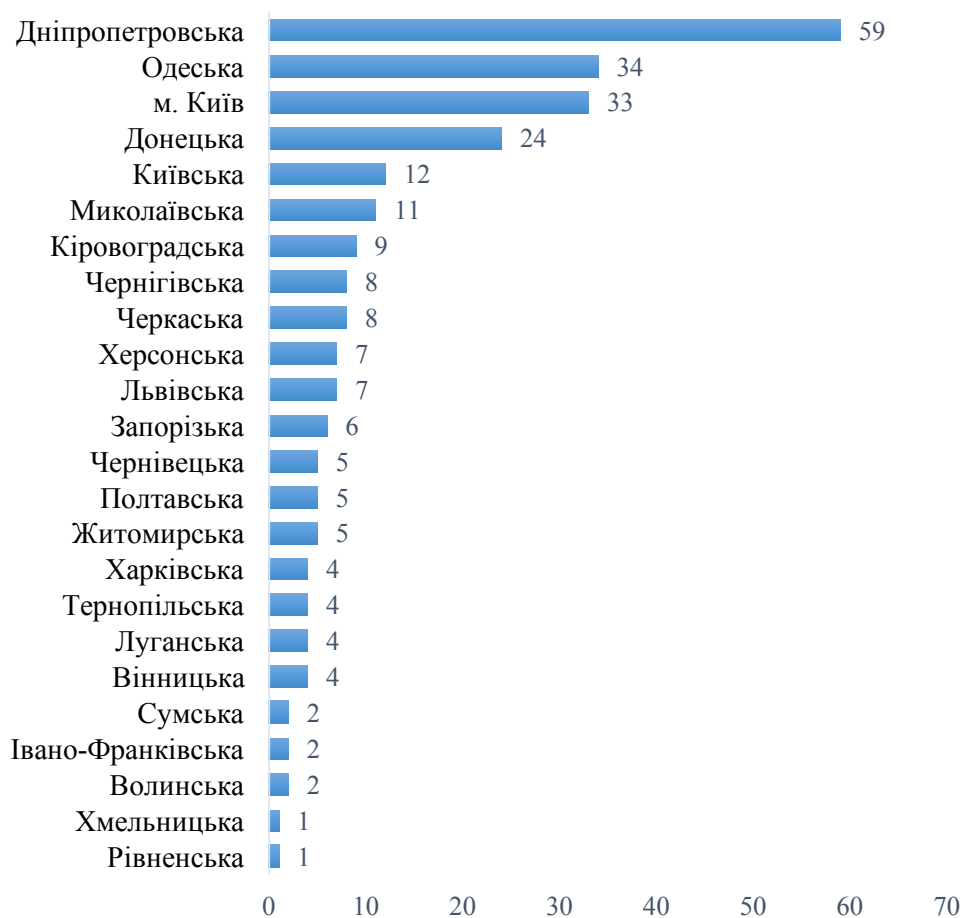


Рисунок 3. Регіональний розподіл пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» групи «випадок», абс. ч.

До групи контролю було відібрано відповідну кількість пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина», що стояли на обліку ЦПБС у Дніпропетровській, Запорізькій, Київській, Одеській, Харківській, Черкаській областях та м. Київ. Кількість пар коливалась від 100 у Дніпропетровській області до 20 у Харківській (рис. 4).

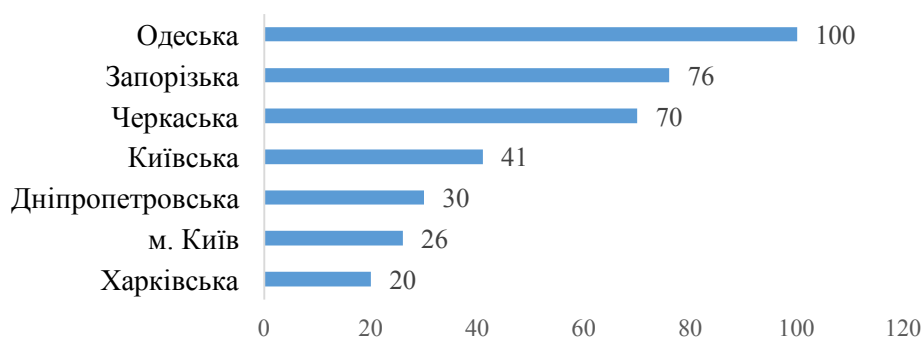


Рисунок 4. Регіональний розподіл пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина» контрольної групи, абс. ч.

Основні характеристики групи «випадок» та групи «контроль». Відповідно до дизайну форми № 501-4/о та розробленої на її основі анкети сформовано табл. 2, у якій за окремими позиціями представлено більш детальний аналіз.

Таблиця 2. Основні характеристики групи «випадок» та групи «контроль»

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Жіноча стать дитини	123 (46,6%)	171 (47,1%)
Проживання дитини: у сім'ї, з матір'ю та/або батьком у сім'ї, під опікою родичів дитина усиновлена у будинку дитини у закладі охорони здоров'я Інше	226 (85,6%) 11 (4,2%) 1 (0,4%) 19 (7,2%) 6 (2,3%) 1 (0,4%)	338 (93,1%) 5 (1,4%) 2 (0,6%) 18 (5,0%)
Імовірне інфікування дитини: під час вагітності та/або пологів при грудному вигодовуванні невідомо	207 (78,7%) 23 (8,7%) 34 (12,6%)	
Померло, дітей	5	0
Причини смерті (заключний клінічний діагноз) пневмонія, анемія СНІД, геморагічний ентероколіт герпетична ЦМВ інфекція, лімфаденома невідомо	1 1 1 2	
Місце смерті вдома заклад охорони здоров'я	1 (25%) 3 (75%)	
Вік матері на час пологів (середнє, стандартне відхилення)	28 ($\pm 5,9$)	29,5 ($\pm 5,8$)
Вік матері на час пологів, років	min: 4,6 max: 46,8	min: 14,9 max: 43,6
Вік матері на час пологів <15 років 15-19 років 20-24 роки 25-29 років 30-39 років 40-49 років	1 (0,4%) 19 (7,3%) 66 (25,0%) 90 (34,0%) 84 (31,8%) 4 (1,5%)	1 (0,3%) 18 (5,0%) 60 (16,5%) 118 (32,5%) 147 (40,5%) 19 (5,2%)
Громадянство матері: Україна	264 (100%)	363 (100%)
Місце проживання матері: у місті у селі	156 (59,1%) 108 (40,9%)	233 (64,2%) 130 (35,8%)
Освіта матері: загальна середня професійно-технічна вища освіта	188 (73,2%) 56 (21,8%) 13 (5,0%)	218 (60,7%) 81 (22,6%) 60 (16,7%)

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Сімейний статус матері:		
шлюб зареєстрований	99 (38,2%)	144 (39,9%)
постійний партнер, незареєстрований шлюб	128 (49,4%)	159 (44,0%)
розлучена	5 (1,9%)	15 (4,2%)
вдова	2 (0,8%)	3 (0,8%)
незаміжня	25 (9,7%)	40 (11,1%)
Імовірний шлях інфікування матері:		
статевий	247 (95,0%)	328 (91,6%)
парентеральний (вживання наркотиків ін'єкційним шляхом)	13 (5,0%)	30 (8,4%)
Наявність маркерів гепатитів у матері:		
гепатит С	25 (9,5%)	73 (20,1%)
гепатит В	15 (5,7%)	13 (3,6%)

Пропущені значення: проживання дитини – 2, освіта – 11, сімейний статус – 7, шлях інфікування матері – 9, стадія ВІЛ матері – 2

Вік матері на час пологів. Близько 90% народжень (як у основній, так і контрольній групі) припадало на інтервал віку від 20 до 40 років. Середній вік ВІЛ-позитивної жінки на момент народження дитини – близько 29 років, у контрольній групі дещо вищий ($29,5 \pm 5,8$ та $28 \pm 5,9$ років). Це загалом співпадає з загальноукраїнською тенденцією народжуваності (так, у 2016 рівень народжуваності у віковій групі 25-29 р. був найвищим і становив 82,3 дітей на 1000 жінок відповідного віку (у 2014 р. – 91,3; 2015 - 82,5 на 1000 жінок відповідного віку). Однак віковий діапазон дітонородження був ширшим, охоплюючи більш ніж 30-річний інтервал, межі якого істотно не відрізнялися в обох групах. Так, наймолодшою була породілля 14,6 років, а найстаршою – жінка 46,8 років (рис. 5).

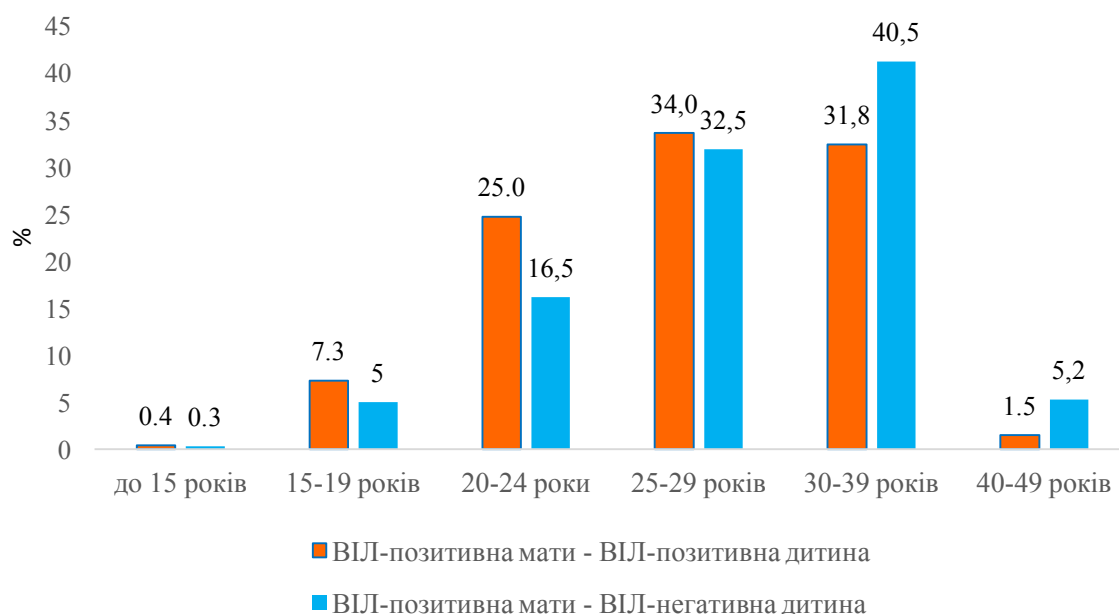


Рисунок 5. Розподіл матерів за віком на момент народження дитини, обидві групи, %.

Місце проживання матері. Більше половини жінок з дітьми проживала у містах - 59,1% серед групи «випадок» та 64,2% серед контрольної групи.

Освітній статус матері. Найчастіше ВІЛ-позитивні жінки повідомляли про наявність лише загальної середньої освіти (73,2% у основній групі та 60,7% у контрольній). Практично кожна п'ята мала професійно-технічну освіту (21,8% та 22,6% відповідно). Однак у контрольній групі більша частка матерів мала вищу освіту (16,7% проти 5,1% групи випадок).

Сімейний стан на момент встановлення вагітності. Абсолютна більшість матерів (близько 80%) проживала у шлюбі (офіційному або неофіційному). Найбільшою виявилась частка жінок, які на момент вагітності проживали з постійним партнером у незареєстрованому шлюбі (дещо вищою – майже половина – у основній групі). Приблизно кожна десята мати була незаміжною (рис. 6).

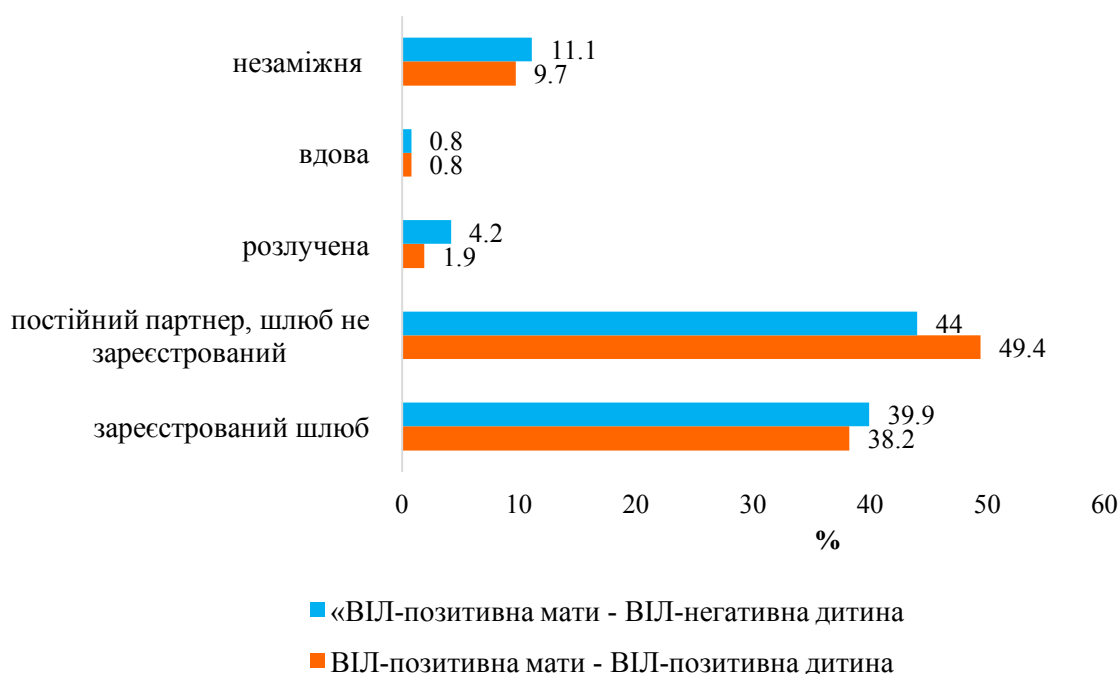


Рисунок 6. Розподіл за сімейним статусом матері, %

Маркери гепатитів. Практично кожна п'ята жінка з контрольної групи мала маркери гепатиту (20,1% – гепатиту В та 3,6% – гепатиту С); у основній групі наявність маркерів зафіксовано у 16,2% випадків (9,5% – гепатиту В та 5,7% – гепатиту С).

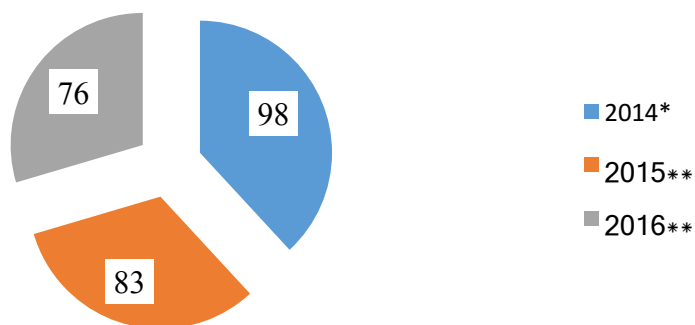
Імовірний шлях інфікування матері. Понад 90% майбутніх матерів інфікувалися статевим шляхом, лише 8,4% у контрольній та 5% в основній повідомили про ймовірний парентеральний шлях інфікування через вживання наркотиків.

Слід зазначити, що парентеральний шлях інфікування ВІЛ був вказаний лише для 13 випадків в основній групі та 30 – у контрольній, маркери гепатитів В/С були виявлені в

більшому числі випадків (40 та 86 відповідно). Це вказує на можливу невідповідність числа облікованих випадків парентерального шляху передачі ВІЛ серед вагітних реальній їх кількості.

Смерть дітей. На момент проведення дослідження померло 5 дітей у групі пар «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина», лише у трьох випадках було вказано заключний клінічний діагноз. Зареєстрована причина смерті – «Хвороба, зумовлена ВІЛ з проявами, уточненими хворобами» (варіанти: B22,0; B22.0, клінічна стадія 4, пневмонія, анемія; СНІД, 4 клінічна стадія, геморагічний ентероколіт, герпетична ЦМВ інфекція, лімфаденома). У контрольній групі випадків смерті дітей не було.

Діти з обох досліджуваних груп були народжені протягом 2014-2016 років та за статтю розподілялися практично ідентично: група «випадок» 46,6% дівчаток та 53,6% хлопчиків; та група «контроль» 47,1% дівчаток і 52,9% хлопчиків (рис. 7).



* за даними ПЛР та серологічних досліджень

** за даними ПЛР

Рисунок 7. Розподіл кількості ВІЛ-позитивних дітей за роком народження

Проживання дитини. Більшість дітей проживали у сім'ї (85,6% серед основної групи та 93,1% серед контрольної). Проте досить значна частина проживала у будинку дитини. Так, виявились інституціалізованими – 7,2% дітей з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції та 5,0% дітей контрольної групи. Ще 6 дітей з встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції перебували у закладах охорони здоров'я (ЗОЗ).

Імовірний період інфікування дітей. 78,7% дітей були інфіковані під час вагітності та/або пологів, лише 8,7% – при грудному вигодовуванні. Для 12,6% дітей був подвійний ризик інфікування збудником – як перинатально, так й під час грудного вигодовування.

2.2. Материнські фактори ризику

Перелік материнських факторів впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини у формі № 501-4/о «Повідомлення про ВІЛ-позитивну дитину, народжену ВІЛ-позитивною жінкою» представляє собою вичерпний список з 23 чинників, які, в свою чергу, часто мають ще й детальний розподіл за низкою позицій (див. Додаток 1). Як зазначалося вище, Анкета дослідження факторів ризику ПМД для ВІЛ-негативних дітей розроблена за аналогічним формі дизайном і відповідає визначеному переліку (див. Додаток 2). У першій, дескриптивній частині аналізу, максимально детально змальовано картину стосовно наявності і ступеню прояву материнських факторів у порівнянні між групами «випадок» і «контроль», тобто парах «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» та «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина» (табл. 3).

Таблиця 3. Основні характеристики групи «випадок» та групи «контроль»

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Термін вагітності під час взяття на облік у ЖК, тижні (медіана)	20	13
Вагітність за рахунком (медіана)	2,5	3
Кількість абортів (медіана)	0	1
Встановлення ВІЛ-позитивного статусу у вагітних залежно від терміну вагітності		
до 12 тижнів вагітності	95 (38,6%)	208 (57,5%)
від 12 до 24 тижнів вагітності включно	38 (15,4%)	99 (27,3%)
після 24 тижнів вагітності	35 (14,1%)	48 (13,3%)
у пологах	4 (1,6%)	1 (0,2%)
після пологів	74 (30,1%)	6 (1,7%)
Встановлення ВІЛ-позитивного статусу під час або після пологів	78 (31,7%)	7 (1,9%)
Багатоплідна вагітність	2 (0,8%)	12 (3,4%)
Кількість пологів (медіана)	2	1
Вагітність за репродуктивним планом		
планована	134 (52,3%)	270 (74,8%)
непланована	122 (47,7%)	91 (25,2%)
Загроза переривання	28 (12,3%)	59 (16,9%)
Збільшення маси тіла вагітної		
менше 10 кг	93 (41%)	93 (25,9%)
10-12 кг	118 (52%)	239 (66,6%)
більше 12 кг	16 (7,0%)	27 (7,5%)
Затримка розвитку плода		
I ступеня	30 (73,2%)	67 (70,5%)
II ступеня	10 (24,4%)	23 (24,2%)
III ступеня	1 (2,4%)	5 (5,3%)

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Кількість навколоплодних вод		
маловоддя	22 (9,8%)	67 (18,9%)
у межах норми	193 (85,8%)	270 (76,3%)
багатоводдя	10 (4,4%)	17 (4,8%)
ВІЛ статус партнера		
позитивний	117 (44,3%)	140 (38,6%)
негативний	36 (13,6%)	82 (22,6%)
невідомо	111 (42,0%)	141 (38,8%)
Кількість статевих партнерів під час вагітності		
0	-	2 (0,6%)
1	136 (95,1%)	300 (96,5%)
2	5 (3,5%)	6 (1,9%)
3	2 (1,4%)	2 (0,6%)
4	-	1 (0,3%)
Використання бар'єрних методів контрацепції під час сексуальних контактів під час вагітності		
завжди, при кожному контакті	3 (1,8%)	86 (27,0%)
не завжди, але частіше ніж у половині випадків	14 (8,4%)	54 (17,0%)
приблизно у половині випадків	18 (10,8%)	50 (15,7%)
рідше ніж у половині випадків	38 (22,8%)	53 (16,7%)
ніколи	94 (56,3%)	75 (23,6%)
Активний споживач ін'єкційних наркотиків		
так	11 (23,9%)	11 (9,8%)
ні	35 (76,1%)	101 (90,2%)
Стаж вживання ін'єкційних наркотиків		
2-3 року	-	3 (12,5%)
3-5 років	4 (33,3%)	9 (37,5%)
5 років і більше	8 (66,4%)	12 (50%)
Учасниця програми ЗПТ		
так	-	8 (7%)
ні	31 (100%)	107 (93%)
Термін початку АРВ-профілактики/АРТ		
до вагітності	10 (8,2%)	82 (100%)
під час вагітності (у тижнях вагітності)	112 (91,8%)	-
Стадія ВІЛ		
I стадія безсимптомна	100 (47,6%)	153 (42,1%)
I стадія ППГЛ	30 (14,3%)	6 (1,7%)
II стадія	27 (12,9%)	70 (19,3%)
III стадія	29 (13,8%)	79 (21,8%)
IV стадія	24 (11,4%)	55 (15,2%)
АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності		
одним препаратом	12 (4,6%)	1 (0,3%)
двома препаратами	1 (0,4%)	-
трьома препаратами	107 (41,0%)	238 (66,3%)
АРТ за станом здоров'я	27 (10,3%)	104 (29,0%)
не проводилося	114 (43,7%)	16 (4,5%)

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів		
продовження АРВ-профілактики	79 (32,5%)	204 (56,7%)
АРВ-профілактика тільки в пологах	26 (10,7%)	36 (10,0%)
продовження АРТ за станом здоров'я	41 (16,9%)	105 (29,2%)
не проводилася	97 (39,9%)	15 (4,2%)
Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності у тижнях (медіана)	11	16
Продовження АРТ після пологів		
так	58 (57,4%)	205 (83,7%)
ні	43 (42,6%)	40 (16,3%)
Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності		
висока	66 (46,2)	306 (88,7)
низька	77 (53,8%)	39 (11,3%)

При цьому, слід зауважити на відносно поширену практику неповного або неякісного заповнення облікової документації, що ускладнює аналіз або не дає можливості визначити статистично достовірні відмінності за певними позиціями (див. вставку 1).

Вставка 1. *Пропущені значення: АРТ під час вагітності – 7, АРТ під час пологів – 24, тривалість курсу АРВ під час вагітності – 187, прихильність до АРТ/АРВ профілактики під час вагітності – 139, термін завершення вагітності – 15, кількість абортів – 110, термін взяття на облік – 78, багатоплідна вагітність – 24, кількість пологів – 56, загроза переривання – 50, вагітність за рахунком – 11, збільшення маси тіла вагітної – 41, затримка розвитку плоду – 491, кількість навколоплідних вод – 48, лабораторний метод при первинному обстеженні на ВІЛ – 13, кількість статевих партнерів – 173, використання методів контрацепції – 142, активний СІН – 469, учасниця ЗПТ – 479, стаж вживання ін'єкційних наркотиків – 591, випадок туберкульозу – 602, локалізація туберкульозу – 605, бактеріовиділення – 608, вживання неін'єкційних наркотиків – 621, термін початку АРТ – 423, продовження АРТ після пологів – 281, вірусне навантаження на момент першого обстеження – 159, вірусне навантаження перед пологами – 289, кількість CD4 на момент першого обстеження – 132, кількість CD4 перед пологами – 362, стадія ВІЛ матері – 54, стадія імуносупресії – 93, час встановлення ВІЛ-статусу матері – 19.*

Взяття на облік та термін вагітності при першому зверненні до ЗОЗ, що здійснює нагляд за вагітними. У парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» термін взяття на облік виявився більш пізнім, аніж у парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» – 20 та 13 тижнів вагітності.

У 52,3% для матерів ВІЛ-позитивних дітей вагітність була неплановою. На противагу цьому, у парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» 75% жінок вказали, що вагітність настала згідно репродуктивним планам, тобто про непланову вагітність повідомила лише кожна четверта жінка контрольної групи.

Для порівняння: у більш ранньому дослідженні, кожна третя (33,0%) з матерів ВІЛ-позитивних дітей, народжених народжені протягом 2008-2012 років, не перебували на обліку у ЖК з приводу вагітності, а у 48,0% випадків – вагітність була неплановою¹².

Кількість попередніх пологів. У середньому у жінок основної групи спостерігалась вдвічі більша кількість попередніх пологів, ніж у контрольній, відповідно, максимальна кількість дітей у них становила 8, тоді як у контрольній – 5. Слід зазначити, що у матерів групи «контроль» вчетверо частіше вагітність була *багатоплідною* (у 3,4% випадків).

Кількість статевих партнерів під час вагітності та їх ВІЛ-статус. Як вже відзначено у першому розділі, більшість (>90%) майбутніх матерів інфікувалися статевим шляхом; 8,4% жінок у контрольній та 5% в основній повідомили про ймовірний парентеральний шлях інфікування через вживання наркотиків. У понад 95% ВІЛ-позитивних матерів як основної, так і контрольної групи під час вагітності був, за їх словами, лише один статевий партнер. Якщо надана інформація щодо частки статевих партнерів з невідомим ВІЛ-статусом практично співпадала, то у парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» частіше було вказано на відомий ВІЛ-негативний статус партнера (22,6% проти 13,6% у основній групі). Співвідношення між кількістю ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних партнерів в основній групі складало 3,4:1, у контрольній – 1,7:1.

Використання бар'єрних методів контрацепції під час сексуальних контактів під час вагітності. Частка жінок, які використовували презерватив при кожному статевому акті та принаймні частіше ніж у половині випадків, виявилась у парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» досить високою – 44% (і ще 15,7% вказали на використання бар'єрних методів «приблизно у половині випадків»). Натомість у основній групі така практика мала місце набагато рідше (10,2% та 10,8% відповідно), а 56,3% жінок ніколи презерватив під час статевих контактів у період вагітності не застосовували.

Лабораторний метод при первинному обстеженні на ВІЛ-інфекцію. У більшості випадків (89,6% у основній та 98,1% у контрольній групах) при первинному обстеженні на ВІЛ-інфекцію використовувався імуноферментний аналіз (ІФА). Частка вагітних, серед яких

¹² Інституційне дослідження «Соціально - демографічні та медичні детермінанти ризику передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні». Анотований звіт. – К., 2013. – 53 с.

був використаний метод імунного блоту (ІБ) для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції, була подібною для обох груп - 28,8% та 23,2% відповідно.

Встановлення ВІЛ-позитивного статусу вагітних. Зрозуміло, що на отримання необхідного комплексу медичних та немедичних послуг щодо ППМД впливає своєчасне, якомога більш раннє встановлення і усвідомлення жінкою власного ВІЛ-позитивного статусу.

Переважна частина жінок дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час вагітності за кодом 109.1 (80,7% у основній та 79,9% у контрольній групах), з них – у 19 вагітних (7,3%) основної групи та 12 вагітних контрольної групи (3,3%) ВІЛ-позитивний статус встановлений при повторному обстеженні за кодом 109.2.

Решта жінок, які вже знали про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності (19,3% у основній та 21,1% у контрольній групах) тестувалися на ВІЛ-інфекцію за наступними причинами: ризикована статевая поведінка, обстеження з профілактичною метою, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, статеві контакти з ВІЛ-інфікованими особами, наявність ППСШ, донорство, наявність захворювань або станів, асоційованих з ВІЛ-інфекцією/СНІД, одержання довідки про свій ВІЛ-статус, анонімне обстеження на ВІЛ.

Серед жінок, які дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час вагітності, пологів та після пологів, дослідження виявило різницю часу встановлення ВІЛ-позитивного статусу (рис. 8).

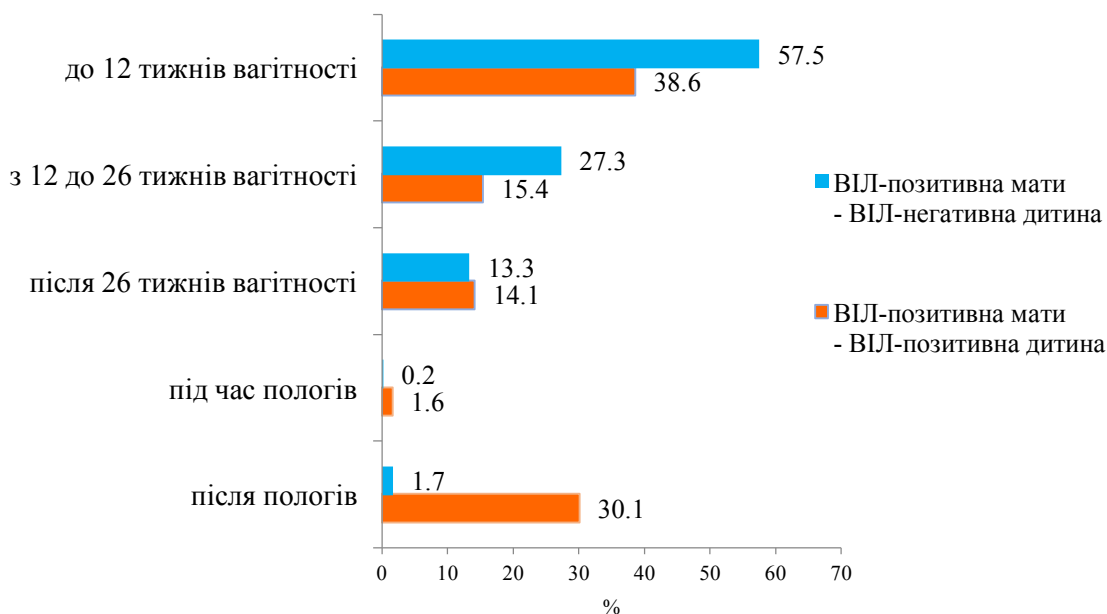


Рисунок 8. Терміни встановлення ВІЛ-позитивного статусу у жінок під час вагітності, пологів та після пологів

За даними дослідження, до 24 тижнів вагітності включно статус було встановлено у 84,8% ВІЛ-позитивних вагітних контрольної групи та 54,1% – серед основної. Пізніше

встановлення ВІЛ-статусу (після 24 тижнів, під час або після пологів) було більш характерним для ВІЛ-позитивних матерів основної групи: 45,9% випадків проти 15,2% у контрольній. Таким чином, значна частина вагітних з уперше в житті встановленим діагнозом ВІЛ-інфекції з основної групи дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус лише під час вагітності і пологів, та не змогли отримати необхідний комплекс медичних та немедичних послуг щодо профілактики вертикальної трансмісії ВІЛ.

Наявність супутніх захворювань. Відомо, що наявність ІПСШ, патологічних станів мікробіоценозу статевих шляхів, гінекологічних захворювань сприяють виникненню ускладнень вагітності, запальних захворювань органів малого тазу тощо, що збільшує ризик трансмісії збудника від матері до плоду, особливо при прогресуванні ВІЛ-інфекції та зростанні вірусного навантаження ВІЛ у крові вагітної.

Згідно проаналізованих форм для матерів з пари «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» позиція «супутні захворювання» була заповнена загалом лише у 129 випадках, причому, лише у 41 формі реально був вказаний діагноз. Натомість, найчастішою поміткою виявилось «невідомо або обстеження не проводилось», наступна за частотою за нею – «не було» та «не виявлено». У такому контексті не зовсім зрозуміло, вагітну обстежили і нічого не виявили (тобто це результат), або ж не виявлено через те, що не обстежили (рис. 9).

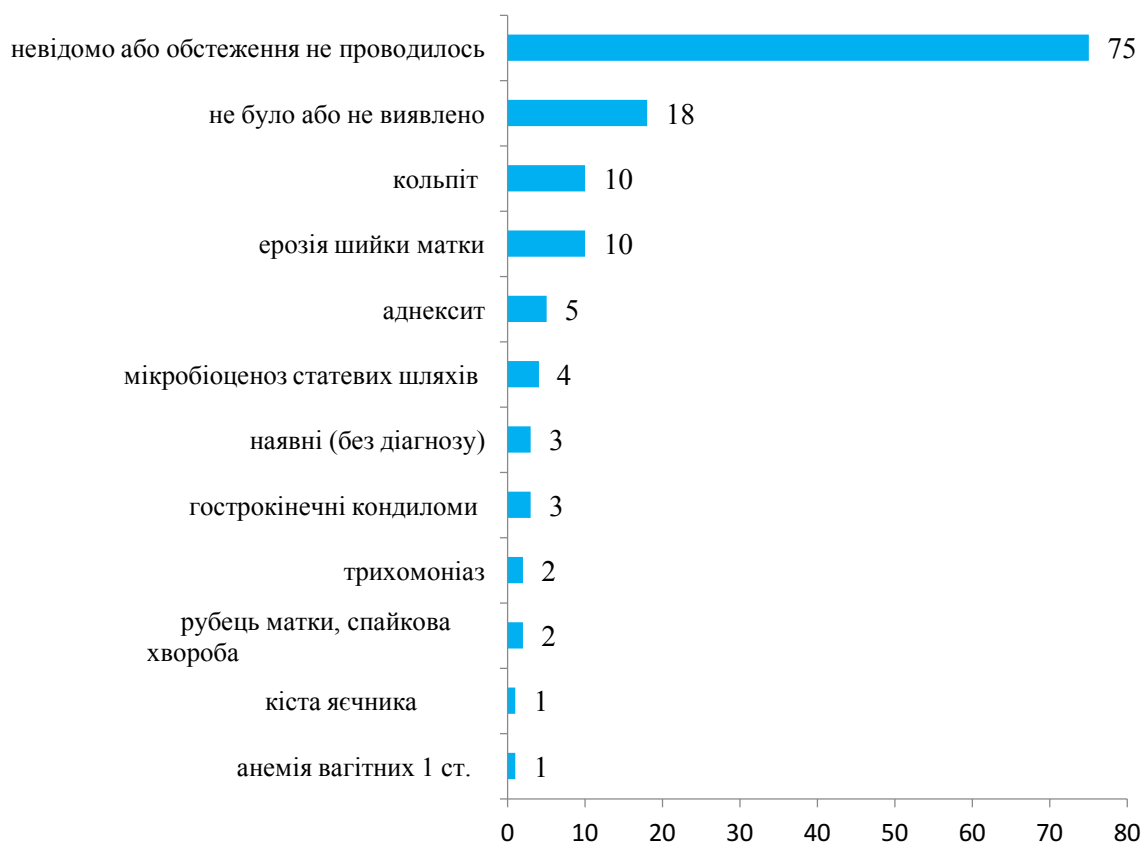


Рисунок 9. Розподіл кількості ВІЛ-позитивних матерів основної групи за наявністю супутніх захворювань

У 41 ВІЛ-позитивної матері, які народили ВІЛ-позитивних дітей, під час вагітності виявлені супутні захворювання. Серед них частіше зустрічалися кольпіти бактеріальної та грибової етіології та ерозія шийки матки (по 10 випадків).

Вірусне навантаження та кількість клітин CD4 під час вагітності. Аналіз довів, що ситуація стосовно вірусного навантаження у матерів пари «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина», як на час першого обстеження, так і перед пологами була більш оптимістичною. Так частка жінок з вірусним навантаженням менше 50 копій/мкл: у основній групі при першому обстеженні складала 0,7%, у контрольній – 21,0%, відповідно перед пологами – 15,9% та 69,1% (табл. 4).

Таблиця 4. Вірусне навантаження на момент першого обстеження при вагітності і перед пологами, у групах «випадок» і «контроль»

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Вірусне навантаження під час даної вагітності на момент першого обстеження, копій/мкл (медіана, інтерквартильний розмах)	39 029 (130 668,2)	5 658,5 (26 533,5)
Вірусне навантаження під час даної вагітності на момент першого обстеження, копій/мкл (N, %):		
≤50	1 (0,7%)	70 (21,0%)
51-500	4 (3,0%)	21 (6,3%)
501-10000	34 (25,4%)	99 (29,6%)
10001-30000	20 (14,9%)	66 (19,8%)
30001-100000	29 (21,6%)	49 (14,7%)
>100000	46 (34,3%)	29 (8,7%)
Вірусне навантаження під час даної вагітності перед пологами, копій/мкл (N, %):		
≤50	10 (15,9%)	190 (69,1%)
51-500	6 (9,5%)	59 (21,5%)
501-10000	16 (25,4%)	20 (7,3%)
10001-30000	15 (23,8%)	3 (1,1%)
30001-100000	5 (7,9%)	3 (1,1%)
>100000	11 (17,5%)	-

Пропущені значення: вірусне навантаження на момент першого обстеження – 159, вірусне навантаження перед пологами – 289

Важливість визначення імунологічного стану є незаперечною, адже вибір клінічного сценарію проведення ППМД, способу розродження вагітної та відстеження ефективності

антиретровірусного лікування ґрунтується на результатах оцінки імунологічного стану та вірусного навантаження ВІЛ у плазмі крові вагітної.

Стадія імуносупресії. Середнє значення ступені імуносупресії CD4, як під час даної вагітності, так і під час пологів було вищим у жінок пари «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина». Так, на момент встановлення вагітності у 21% жінок пари «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» (N=181) рівень CD4 був менше 200 кл/мкл, у контрольній - 9,6%.

Медіанне значення рівня CD4 під час вагітності як на момент першого обстеження, так й перед пологами, було вище у жінок контрольної групи. Так медіанний рівень CD4 на момент першого обстеження складав 360,0 кл/мкл в основній групі і 415,5 кл/мкл у контрольній групі; перед пологами – 384,0 кл/мкл і 510,0 кл/мкл відповідно (табл. 5).

Таблиця 5. Ступінь імуносупресії ВІЛ-позитивних матерів у групах «випадок» і «контроль» під час вагітності

Характеристика	Випадок (N=264)		Контроль (N=363)	
	медіана	інтерквартильний розмах	медіана	інтерквартильний розмах
Стадія імуносупресії на момент встановлення вагітності				
≥ 500 кл/мкл CD4	57 (31,5%)		142 (40,2%)	
350-499 кл/мкл CD4	43 (23,8%)		102 (28,9%)	
200-349 кл/мкл CD4	43 (23,8%)		75 (21,2%)	
< 200 кл/мкл	38 (21,0%)		34 (9,6%)	
CD4 під час даної вагітності на момент першого обстеження, кл/мкл	360,0	314	415,5	272,8
CD4 під час даної вагітності перед пологами, кл/мкл	384,0	262,5	510,0	275,5

Пропущені значення: кількість CD4 на момент першого обстеження – 132, кількість CD4 перед пологами – 362, стадія ВІЛ матері – 54, стадія імуносупресії – 93, час встановлення ВІЛ-статусу матері – 19.

Стадія ВІЛ-інфекції. Більшість ВІЛ-позитивних жінок з обох груп на момент першого їх обстеження у ЦПБС мали І клінічну стадію ВІЛ-інфекції – 61,9% у групі «випадок» і 43,8% у групі «контроль», з них безсимптомну – 47,6% і 42,1% відповідно. З 180 ВІЛ-позитивних жінок, дані щодо стадії ВІЛ-інфекції, представлені в формі, 12,9% мали ІІ клінічну стадію, 13,8% – ІІІ клінічну стадію (у контрольній 19,3% та 21,8%. Стадія СНІДу (ІV клінічна стадія) встановлена у 11,4% жінок, у контрольній – у 15,2%. Однак слід вказати, що дані стосовно стадії ВІЛ-інфекції наявні у всіх 363 випадках.

Одним з найбільш поширеним СНІД-індикаторним захворюванням є туберкульоз (ТБ), що вивчався у рамках дослідження (табл. 6).

Таблиця 6. Випадки туберкульозу, їх локалізація та наявність бактеріовиділення у ВІЛ-позитивних матерів під час вагітності

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Випадок туберкульозу діагностований вперше діагностований повторно	7 (43,8%) 9 (56,2%)	8 (88,9%) 1 (11,1%)
Локалізація туберкульозу легеневий позалегеневий	12 (100%) -	8 (80%) 2 (20%)
Бактеріовиділення МБТ+ МБТ-	2 (22,2%) 7 (77,8)	4 (40%) 6 (60%)

Активний ТБ негативно впливає на стан фетоплацентарного кровообігу, призводить до загрози передчасних пологів, підвищує ризик акушерських ускладнень у 2-9 разів.

За даними дослідження під час вагітності ТБ був діагностований у 16 жінок основної групи, серед них 7 вагітним ТБ діагностовано вперше, у всіх – легеневий ТБ, у двох – з наявністю бактеріовиділення за результатами бактеріологічного дослідження (МБТ+). Серед жінок контрольної групи діагноз ТБ виставлений у 9 жінок (з них у однієї повторно), у двох позалегеневої локалізації, з наявністю бактеріовиділення у чотирьох осіб.

Важливим етапом ППМД є **медикаментозна профілактика АРВ-препаратами у вагітних**.

За даними дослідження, АРВ-профілактика була проведена більшості вагітних з пари «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» (95,5%), тоді як охоплення під час вагітності ВІЛ-позитивних жінок у парі «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» становило лише 46,6%.

АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів. Частка роділь, яким АРВ-профілактика надана **тільки** у пологах, у основній і контрольній групах не відрізнялась (приблизно кожна десята жінка). Не отримали АРВ-профілактику 114 (43,7%) ВІЛ-позитивних вагітних групи «випадок» та 16 (4,5%) матерів з контрольної групи.

Термін початку АРВ-профілактики. Абсолютно **всі** ВІЛ-позитивні матері з контрольної групи, які проходили АРВ-профілактику/АРТ, розпочали її **до** вагітності. Для більшості (91,8%) матерів основної групи початок АРВ-профілактика/АРТ припадав на період вже наявної вагітності.

Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності. Середня тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності (у тижнях) виявилась істотно нижчою у основній групі (11 тижнів у парі «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» та 16 тижнів у парі «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-негативна дитина»).

До того ж **продовження АРТ після пологів** було зафіксовано лише у 57,4% випадків у групі «випадок» проти 83,7% у матерів контрольної групи.

Найбільша частина жінок основної і контрольної груп отримувала терапію трьома препаратами (рис. 10)

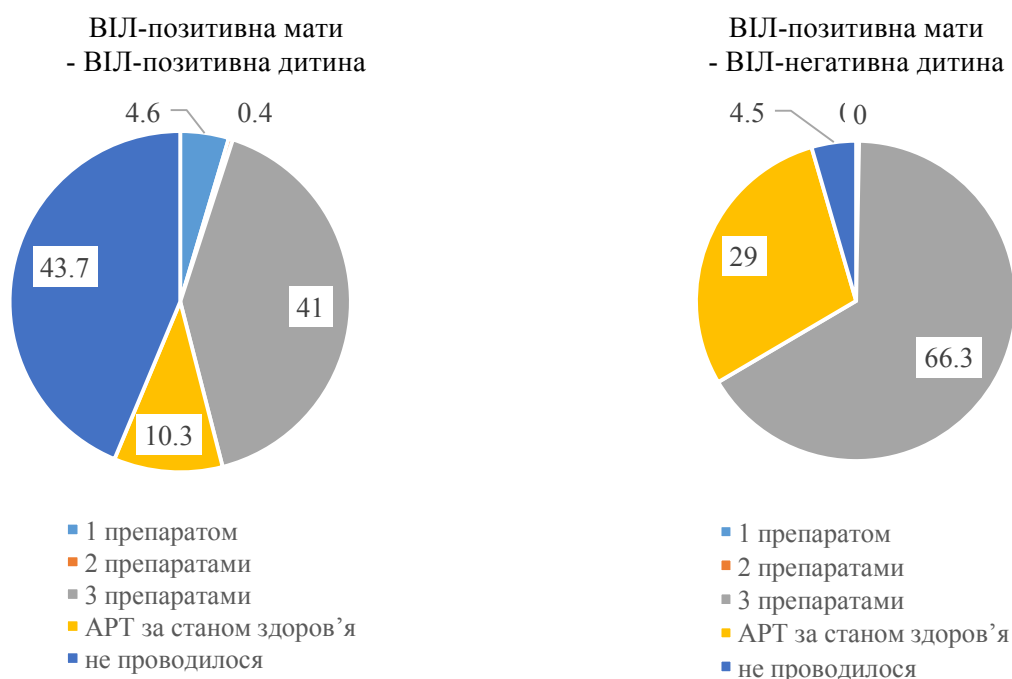


Рисунок 10. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності

Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності. Зрозуміло, що ефективність АРВ-лікування на пряму залежить від чіткого дотримання режиму прийому препаратів.

У цілому дослідження виявило істотну різницю у прихильності до прийому препаратів у основній та контрольній групах: якщо у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» висока прихильність матерів до АРВ-лікування відмічена лише у 46,2%, то у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» висока прихильність спостерігалась у 88,7% випадків. Низька прихильність до АРВ-профілактики спостерігалась частіше у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» – більш ніж у половині випадків (53,8%) та лише у 11,3% випадків у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина».

Підкреслимо, що частка ВІЛ-позитивних матерів з відзначеною високою прихильністю, які народили ВІЛ-позитивних дітей, і у дослідженні 2013 р. була зафіксована практично на тій же відмітці (30,6%).

Дані про прихильність у **139** жінок з основної групи були відсутні.

У рамках дослідження були вивчені причини неотримання АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності та низької прихильності до АРВП у жінок незалежно від групи «випадок» та «контроль»:

Причини неотримання АРВ-профілактики / АРТ	Причини низької прихильності до АРВП
Негативний тест на ВІЛ під час вагітності – 30 жінок	Забуває прийняти АРВП – 29 жінок
Не стала на облік – 22 жінки	Погіршення самопочуття, побічні ефекти, неприйнятна схема лікування, депресія – 20 жінок
Статус виявлено під час пологів – 8 жінок	Активне (систематичне) зловживання алкоголем та інших психоактивних речовин - 12 жінок
Відмова від АРВ-профілактики – 3 жінки	Проблеми з відвідуванням ЗОЗ або отриманням препаратів пацієнткою - 12 жінок
Знаходилась у місцях позбавлення волі – 1 жінка	Стигма, страх – 11 жінок
Приховала ВІЛ-позитивний статус – 1 жінка	Відмова через вагітність – 9 жінок
Низька прихильність – 1 жінка	Відмова через неприйняття свого ВІЛ-позитивного статусу – 6 жінок
Пологи вдома – 1 жінка	Відмова через сумнів у ефективності та якості медичних препаратів – 1 жінка
Вибула в інший район – 1 жінка	Чоловік заборонив лікування – 1 жінка

Наркозалежність. Загальновідомо, що ВІЛ-позитивні вагітні, які активно вживають наркотики під час вагітності, мають підвищений ризик ускладнень, що призводить до збільшення рівня передачі ВІЛ від матері до дитини більш, ніж у 2 рази. За даними дослідження визначено, що на момент встановлення вагітності та впродовж вагітності одинадцять вагітних з основної групи (*відмітка у медичній документації щодо наркологічного статусу була наявною лише для 46 матерів ВІЛ-позитивних дітей*) мали статус активного споживача ін'єкційних наркотиків. Кількість активних споживачів ін'єкційних наркотиків у контрольній групі становила 11 осіб. Досвід вживання ін'єкційних наркотиків більше 5 років

зафіксовано у 66,6% вагітних – в основній групі та у половини вагітних у контрольній групі. Тільки серед контролів були вагітні на ЗПТ (8 жінок).

Згідно з протоколом дослідження, серед материнських факторів ризику в якості незалежних змінних розглядалися термін вагітності під час взяття на облік, кількість попередніх пологів, вірусне навантаження та кількість клітин CD4/мкл під час вагітності. За розрахунками, в разі встановлення ВІЛ-статусу під час або після пологів співвідношення шансів виявилось максимальним, тобто ймовірність вертикальної трансмісії ВІЛ зростає в 23,55 рази. При відсутності АРВ-профілактики під час вагітності ризик перинатальної передачі ВІЛ збільшується в 15,85 рази, а в разі відсутності АРВ-профілактики під час пологів – в 16,7 рази (табл. 7).

Серед материнських факторів ризику також слід назвати пізній термін вагітності (СШ=1,09) під час взяття на облік та більша кількість попередніх пологів (СШ=1,63), які виявились пов'язаними з відносно вищим шансом передачі ВІЛ від матері до дитини.

Таблиця 7. Оцінка материнських факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини

Змінні	СШ* (95%ДІ *)	Рівень значущості (p)
Встановлення ВІЛ-позитивного статусу матері під час або після пологів	23.55 (11.39-57.16)	<0.001
Пізній термін вагітності під час взяття жінки на облік у ЖК	1.09 (1.06-1.12)	<0.001
Багатоплідна вагітність	0.24 (0.04-0.87)	0.006
Кількість пологів	1.63 (1.4-1.91)	<0.001
АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності		
одним чи двома препаратами	28.92 (5.65-528.66)	0.001
трьома препаратами	1.00 (реф.*)	
АРТ за станом здоров'я	0.58 (0.35-0.92)	0.025
не проводилася	15.85 (9.2-28.99)	0.001
АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів		
продовження АРВ-профілактики	1.00 (реф.*)	
АРВ-профілактика тільки в пологах	1.86 (1.05-3.28)	0.031
АРТ за станом здоров'я	1.01 (0.64-1.57)	0.971
не проводилася	16.7 (9.39-31.56)	<0.001

*СШ - співвідношення шансів, 95% ДІ – 95% довірчий інтервал, реф. – референтна категорія

Перші три позиції у рейтингу за величиною співвідношення шансів материнські чинники впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини представлено на рис. 11.

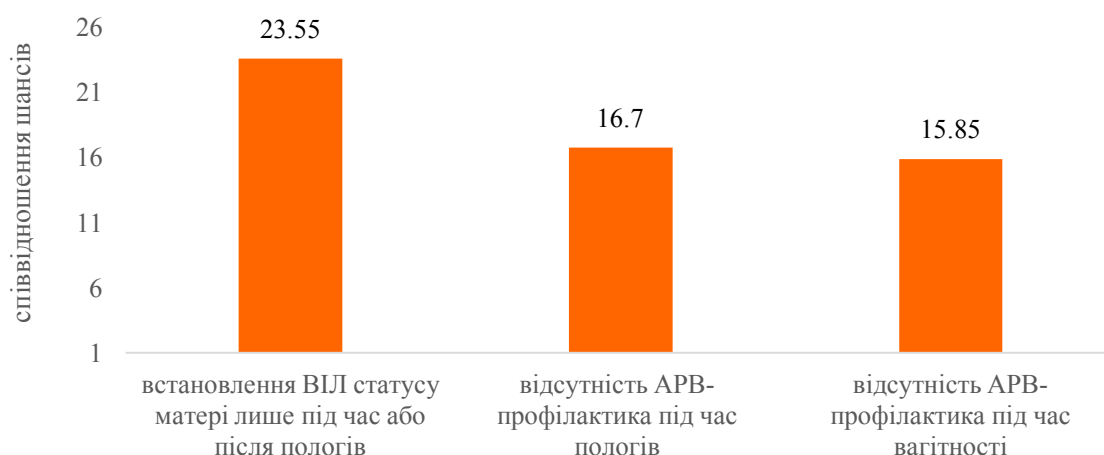


Рисунок 11. Основні материнські чинники впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

Серед групи вагітних, які отримували АРТ, був проведений аналіз залежності від прихильності (висока, низька) до АРВ-профілактики; тривалості курсу АРВ-профілактики, вірусного навантаження та імунного статусу під час вагітності. Показано, що вагітні з низькою прихильністю до АРВ-профілактики мали в 9,4 рази вищу ймовірність передати ВІЛ дитині; з високим вірусним навантаженням (більше 1000 копій/мкл) – в 4 рази вищу ймовірність. Кількість клітин CD4 під час вагітності в даному дослідженні не мала значущого зв'язку з передачею ВІЛ від матері до дитини. Натомість ВІЛ-позитивні матері з довшою тривалістю курсу АРВ-профілактики отримували нижчі шанси передачі ВІЛ від матері до дитини (у 0,9 рази) (табл. 8).

Таблиця 8. Оцінка факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини серед ВІЛ-позитивних жінок, які отримували АРВ профілактику під час вагітності та пологів

Змінні	СШ (95% ДІ)	Рівень значущості (p)
CD4 під час даної вагітності		
<200	1.00	
200-500	0.86 (0.54-1.37)	0.525
≥500	1.36 (0.72-2.55)	0.337
Вірусне навантаження під час даної вагітності, більше 1000 копій / мкл	4.00 (2.09-8.47)	<0.001
Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності у тижнях (медіана, міжквартильний розмах)	0.90 (0.87-0.93)	<0.001
Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності		
висока	1.00	
низька	9.40 (5.87-15.31)	<0.001

2.3. Акушерські фактори ризику

Серед акушерських чинників, що вивчалися у рамках дослідження, слід відзначити, що медіанне значення терміну завершення вагітності пологам в тижнях було однаковим як для випадків, так й для контролів – 39 тижнів. Передчасні пологи частіше були у вагітних, які відносилися до випадків ніж до контролів (29,9% проти 16,0%), запізнілі пологи спостерігалися тільки серед випадків (1; 0,4%). Тривалість безводного періоду (до та понад 4 годин) не мало статистично значущого впливу на ПМД.

Відповідно до чинної нормативно-правової бази ВІЛ-позитивним вагітним рекомендується допологова госпіталізація до акушерського стаціонару в терміні 37-38 тижнів вагітності для визначення плану ведення пологів¹³. Відсоток таких вагітних серед матерів – контролів був вище, ніж серед матерів - випадків, але складав тільки 55% від загальної кількості вагітних, які відносились від контрольних пар. Переважна частина ВІЛ-позитивних жінок зверталися до акушерського стаціонару у першому періоді пологів, потужному періоді, після народження дитини (рис. 12).

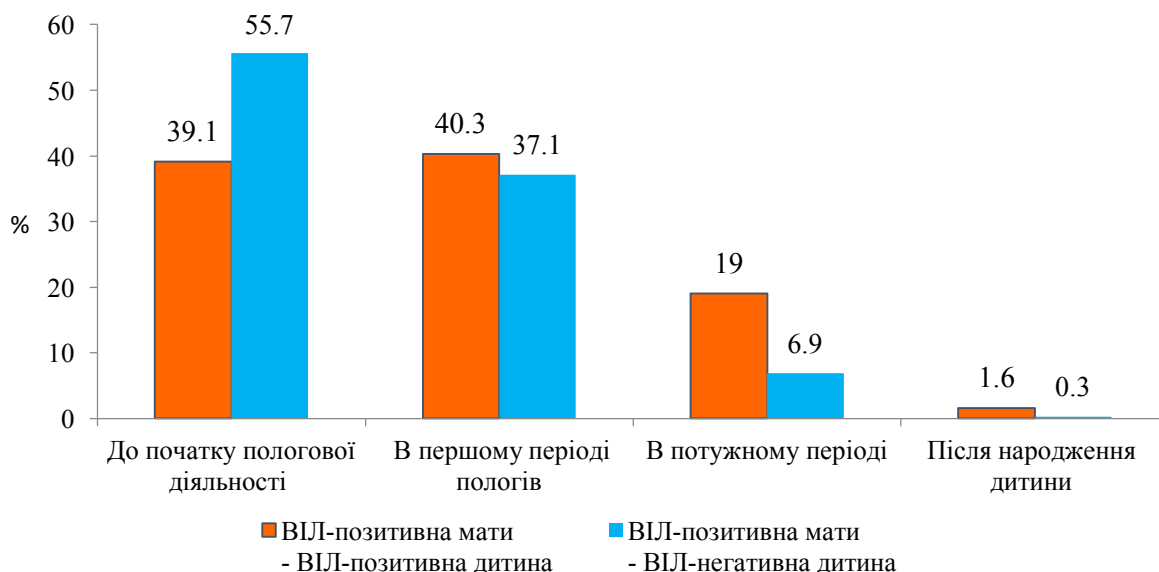


Рисунок 12. Періоди пологів, у яких ВІЛ-інфіковані роділля були доставлені в акушерський стаціонар

За даними дослідження розродження шляхом елективного кесарева розтину частіше відбувалось серед контролів, ніж серед випадків – 33,1% проти 15,1%. Природним родовим

¹³ Спільний наказ 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, Міністерства праці та соціальної політики України № 740/1030/4154/321/614а, від 23.11.2007, «Про заходи щодо організації профілактики передачі ВІЛ від матері до дитини, медичної допомоги і соціального супроводу ВІЛ-інфікованих дітей та їх сімей»

шляхом (мимовільно) частіше народжували жінки, які відносились до випадків (80,2%) (рис.13).

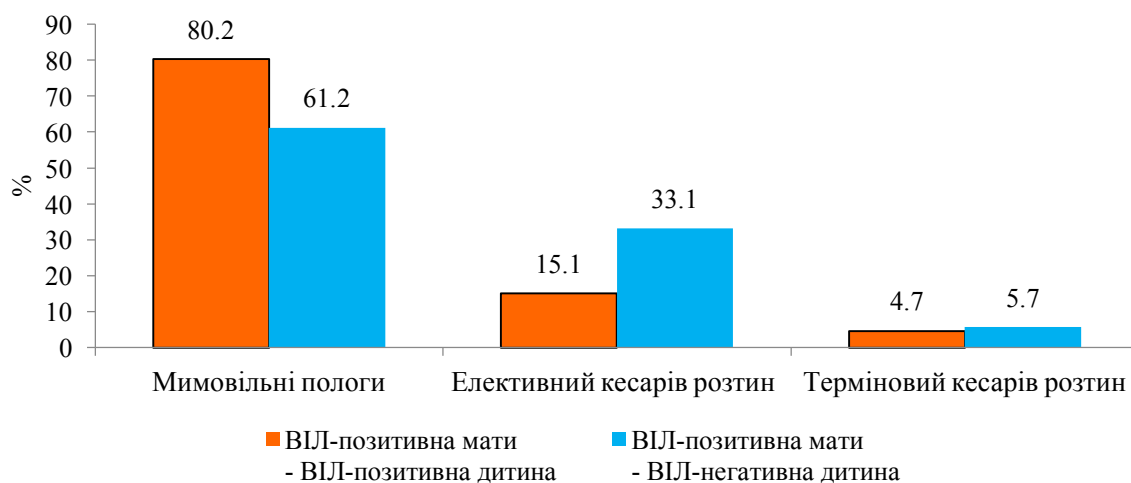


Рисунок 13. Способи розродження у ВІЛ-інфікованих вагітних

Серед ускладнень вагітності та пологів найчастіше були відмічені невиношування, гестоз, передчасне відшарування плаценти, аномалії пологової діяльності, кровотечі під час вагітності або в пологах (у 20-25% випадках). У меншій ступені фіксувались анемія легкого ступеню, багатоводдя, великий плід, дістрес плоду в пологах, однократне обвиття навколо ший плоду пуповиною, пієлонефрит вагітних, дострокове відходження навколоплідних вод, рубець на матці, сідничне передлежання плоду, фізіологічні розриви шийки матки, щільне прикріплення плаценти (до 10%).

Більш детальний аналіз акушерських факторів впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини у групах «випадок» та «контроль» наведений у таблиці 9.

Таблиця 9. Акушерські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Термін завершення вагітності пологами в тижнях (медіана, міжквартильний розмах)	39 (2,0%)	39 (2,0%)
Термін завершення вагітності пологами		
передчасні (з 22 до 37 тижня вагітності включно)	52 (20,9%)	58 (16,0%)
у строк (з 38 до 42 тижня вагітності включно)	196 (78,7%)	305 (84,0%)
запізнілі (після 42-го повного тижня вагітності)	1 (0,4%)	
відсутні дані	15	
Тривалість безводного періоду (кількість годин):		
до 4 годин включно	119 (85,0%)	173 (73,9%)
понад 4 години	21 (15,0%)	61 (26,1%)
відсутні дані	124	129

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Період прибуття вагітної у пологовий будинок		
до початку пологової діяльності	99 (39,1%)	201 (55,7%)
у першому періоді пологів	102 (40,3%)	134 (37,1%)
у потужному періоді	48 (19,0%)	25 (6,9%)
після народження дитини	4 (1,6%)	1 (0,3%)
Спосіб розродження		
мимовільні пологи	207 (80,2%)	222 (61,2%)
елективний кесарів розтин	39 (15,1%)	120 (33,1%)
терміновий кесарів розтин	12 (4,7%)	21 (5,7%)
Санація пологових шляхів		
проводилась	174 (73,4%)	269 (82,8%)
не проводилась	63 (26,6%)	56 (17,2%)
Інвазійні втручання	3 (1,1%)	13 (3,6%)
Тривалість пологів, години (медіана, міжквартильний розмах)	6 (4,0%)	6 (6,0%)
Тривалість пологів		
до 12 годин включно	180 (97,3%)	258 (99,2%)
понад 12 годин	5 (2,7%)	2 (0,8%)
відсутні дані	79	103

Пропущені значення: термін завершення вагітності – 15, період прибуття вагітної до пологового – 13, спосіб розродження – 6, санація – 65, тривалість пологів – 182, тривалість безводного періоду – 253

Згідно з протоколом дослідження, серед акушерських факторів ризику в якості незалежних змінних розглядалися термін завершення вагітності пологами в тижнях, період прибуття вагітної у пологовий будинок, спосіб розродження, санація пологових шляхів, тривалість пологів (години). За розрахунками, в разі прибуття вагітної у пологовий будинок у потужному періоді співвідношення шансів виявилось статистично значимою, тобто ймовірність вертикальної трансмісії ВІЛ зростає в 3,9 рази. Елективний кесарів розтин був захисним фактором (СШ=0.35) (табл. 10).

Таблиця 10. Оцінка акушерських факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини

Змінні	СШ* (95%ДІ *)	Рівень значущості (p)
Термін завершення вагітності пологами в тижнях	1,00 (0,92-1,08)	0.959
Період прибуття вагітної у пологовий будинок		
до початку пологової діяльності	1.00 (реф.)	
у першому періоді пологів	1.55 (1.09-2.2)	0.015
у потужному періоді	3.90 (2.29-6.77)	<0.001
після народження дитини	8.12 (1.18-160)	0.063

Змінні	СШ* (95%ДІ *)	Рівень значущості (p)
Спосіб розродження мимовільні пологи	1.00 (реф.)	
елективний кесарів розтин	0.35 (0.23-0.52)	<0.001
терміновий кесарів розтин	0.61 (0.29-1.26)	0.191
Санація пологових шляхів проводилась не проводилась	1.00 (реф.) 1.74 (1.16-2.62)	0.008
Тривалість пологів, години (медіана, міжквартильний розмах)	1.1 (1.04-1.16)	0.002

*СШ - співвідношення шансів, 95% ДІ – 95% довірчий інтервал, реф. – референтна категорія

2.4. Малюкові фактори ризику

Для визначення основних детермінант передачі ВІЛ від матері до дитини в Україні проведено ретроспективний аналіз медичної документації 627 дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками (264 ВІЛ-позитивних та 363 ВІЛ-негативних), з них 110 дітей народилися недоношеними та 44 дитини – незрілими¹⁴. При цьому на момент народження кількість таких дітей була співставною. Малюкові фактори ризику ПМД надані у таблиці 11.

Таблиця 11. Малюкові фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
АРВ профілактика дитини		
одним препаратом	114 (45,6%)	329 (90,9%)
трьома препаратами	42 (16,8%)	23 (6,4%)
інший алгоритм	33 (13,2%)	8 (2,2%)
не отримувала	61 (24,4%)	2 (0,6%)
Штучне вигодовування з народження	200 (75,8%)	360 (99,2%)
Вигодовування дитини		
тільки грудне	0	-
змішане (грудне та штучне одночасно)	6 (2,3%)	-
тільки штучне	200 (75,8%)	360 (99,2%)
заміна грудного вигодовування на штучне	54 (20,45%)	3 (0,8%)
Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції в дитини після народження у пологовому будинку		
так	197 (78,5%)	357 (98,3%)
ні	54 (21,5%)	6 (1,7%)

¹⁴ Згідно з наказом МОЗ України № 179 від 29.03.2006 року недоношеною дитиною вважається новонароджений, який народився раніше 37-38 тижнів вагітності, вагою менше 2,5 кг; незрілою - новонароджений, який має зріст менше 47 см та /або масу менше 2500 грам.

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Недоношені діти	52 (20,9%)	58 (16,0%)
Незрілі діти	21 (8,1%)	23 (6,3%)

Пропущені значення: АРВ профілактика дитини – 15, штучне вигодовування з народження – 4, обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції в дитини після народження у пологовому будинку – 13, момент початку АРВ-профілактики дитини – 98, тривалість курсу АРВ-профілактики дитини – 89, медикаментозне припинення лактації – 53, недоношені діти – 15, незрілі – 4.

Відсоток дітей, які отримували АРВ-профілактику з метою зниження ПМД, становив 79,0% в основній групі та 99,4% в контрольній (табл. 11). Основними причинами, згідно яких ВІЛ-інфіковані діти не отримали АРВ-профілактику, були відмова матері (11 дітей), мати не перебувала на обліку (5), ВІЛ-позитивний статус матері встановлений після пологів (5), а також низька прихильність матері до профілактичного лікування дитини, фальсифікація даних у обмінній карті вагітної та приховування її ВІЛ-позитивного статусу. Дві дитини з контрольній групи не отримали АРВ-профілактику у зв'язку з відмовою матері.

На штучному вигодовуванні знаходилися 360 (99,4%) ВІЛ-негативних дітей та лише 200 (75,8%) ВІЛ-позитивних дітей досліджуваної когорти.

Відповідно до проаналізованих медичних карток, у період новонародженості у 8,0% ВІЛ-інфікованих дітей та 10% ВІЛ-негативних дітей виявлені різні ускладнення (рис.14). Як видно з представлених даних, основними ускладненнями періоду новонародженості у ВІЛ-позитивних дітей є порушення центральної нервової системи (52,4% від ускладнень), а у ВІЛ-негативних дітей – недоношеність (38,9%) та/або гематологічні порушення (50%).

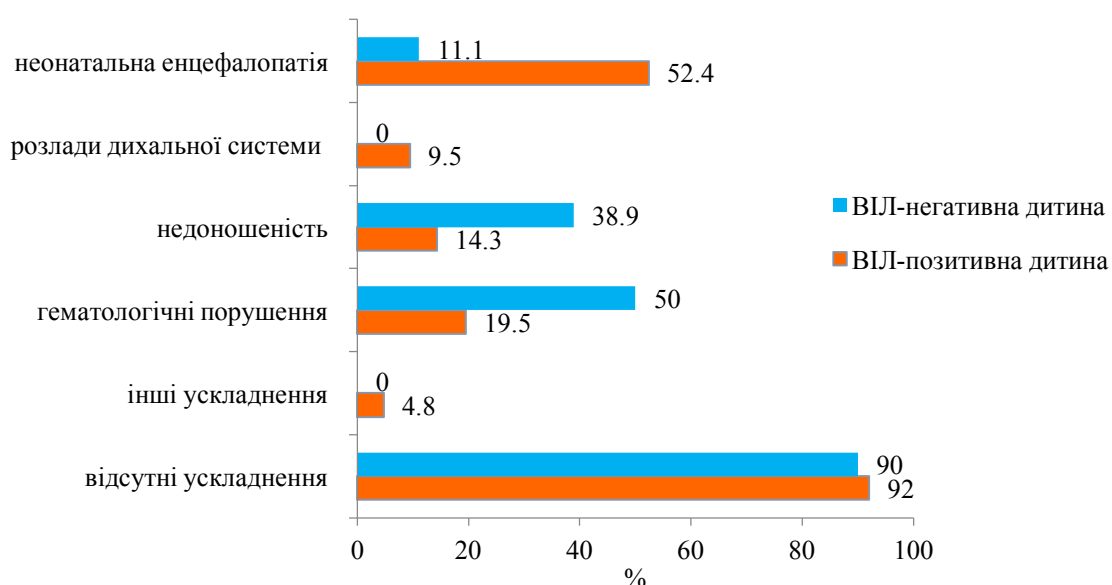


Рисунок 14. Ускладнення у період новонародженості ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних дітей

Встановлено, що 516 (89,9%) ВІЛ-позитивним матерям лактація була припинена у пологовому будинку. При цьому у жінок, які народили здорових дітей, медикаментозне припинення лактації проведено у 98,9% випадків (348 жінок). У той же час у матерів, які народили ВІЛ-позитивних дітей, лактація була припинена тільки у 75,7% випадків (168 жінок). Серед причин, з яких жінкам, які народили ВІЛ-позитивних дітей (29), не було проведено припинення лактації у пологовому будинку, можна зазначити такі: отримання негативного результату дослідження на ВІЛ-інфекцію з використанням швидких тестів при обстеженні жінок під час пологів (51,7%), відмова жінок від припинення лактації; деякі жінки самовільно залишили пологовий будинок або відмовилися від дитини одразу після її народження.

Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції в дитини після народження у пологовому будинку проведено серед контролів у 98,3% випадках, серед основної групи – у 78,5%; причинами непроведення є негативні результати тестування на ВІЛ в матері (30 випадків), відмова матері (2), гемоліз проби крові (1).

Серед малюкових факторів ризику ПМД в якості незалежних змінних розглядалися отримання АРВ-профілактики дитини та спосіб вигодовування. За розрахунками, в разі не отримання АРВ-профілактики дитиною ймовірність вертикальної трансмісії ВІЛ зростає в 88 разів, при змішаному вигодовування – у 31, 2 рази (табл. 12).

Таблиця 12. Оцінка малюкових факторів ризику передачі ВІЛ від матері до дитини

Змінні	СШ* (95%ДІ *)	Рівень значущості (p)
АРВ профілактика дитини одним препаратом	1.00 (реф.)	
трьома препаратами	5.27 (3.06-9.27)	<0.001
інший алгоритм	11.9 (5.6-28.39)	<0.001
не отримувала	88.02 (26.94-542.06)	<0.001
Змішане вигодовування	31.2 (11.3-129.3)	<0.001

*СШ - співвідношення шансів, 95% ДІ – 95% довірчий інтервал, реф. – референтна категорія

2.5. Підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини

Відповідно до рекомендацій ВООЗ раннє вірусологічне тестування на ВІЛ дитини необхідно проводити якомога раніше з метою своєчасного прийняття клінічного рішення на максимально ранній стадії ВІЛ-інфекції у дитини. Відповідно до чинних нормативних актів України перше дослідження методом ПЛР ДНК доцільно проводити дитині, народженій ВІЛ-

позитивною жінкою, у віці 48 тижнів, друге – 1-2 місяців, третє – в 3-5 місяців після народження.

Підставою для остаточного встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини в віці до 18 місяців є отримання двох позитивних результатів дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР ДНК ВІЛ-1 або визначення вірусного навантаження ВІЛ у крові методом ПЛР РНК ВІЛ-1. При отриманні двох негативних результатів дослідження генетичного матеріалу ВІЛ методом ПЛР ДНК ВІЛ-1 дитина вважається ВІЛ-негативна, але її ВІЛ-статус остаточно встановлюється на підставі результатів досліджень з визначення серологічних маркерів ВІЛ у віці 18 місяців і старше.

У рамках дослідження були вивчені методи та результати діагностики ВІЛ-інфекції у дітей, а також своєчасність її проведення. Так, з усієї когорти дітей (264 ВІЛ-позитивні та 363 ВІЛ-негативні) протягом перших двох місяців життя пройшли обстеження з виявлення провірусної ДНК ВІЛ-1 всього 167 дітей (26,6%), з яких охоплення діагностикою ВІЛ-негативних дітей цього віку становило 57,4% та лише 33,2% ВІЛ-позитивних дітей.

Показовим є той факт, що більшість ВІЛ-негативних дітей пройшли перше обстеження у віці 1-2 місяці. У той же час для ВІЛ-позитивних дітей характерне проведення першого обстеження у більш старшому віці – 4-6 та навіть старше 6 місяців (рис. 15).

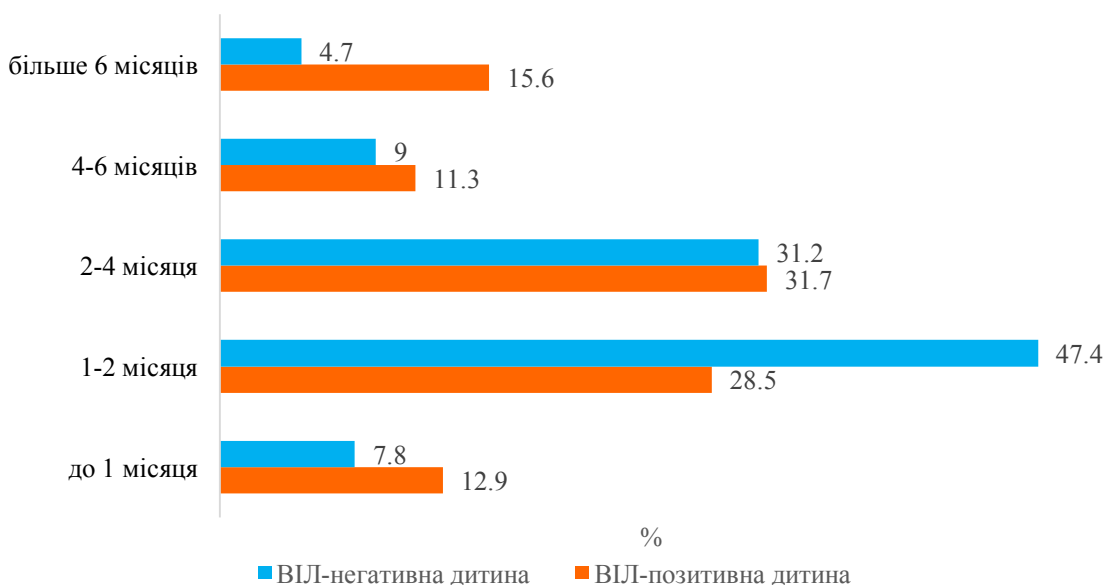


Рисунок 15. Вік першого обстеження дитини з виявлення провірусної ДНК ВІЛ-1

Медіанний вік дитини при встановленні остаточного ВІЛ-позитивного статусу дорівнює 6,4 міс., ВІЛ-негативного статусу – 19,6 міс.

Клінічні прояви ВІЛ-інфекції у дітей потребують всебічного дослідження, моніторингу, аналізу стану дитини. За даними медичної документації встановлено, що 45,1%

дітей на момент остаточного встановлення їм ВІЛ-позитивного статусу мали III-IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції (рис.16).

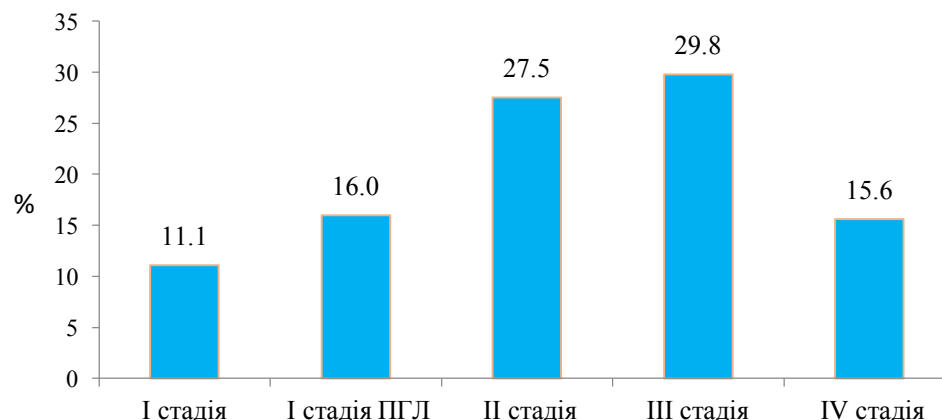


Рисунок 16. Клінічні стадії ВІЛ-інфекції у дітей досліджуваної когорти (N=363)

На момент проведення дослідження встановлено, що 175 ВІЛ-позитивних дітей (66,5%) отримували АРТ та 88 дітей (33,4%) її не отримували; дані про 1 дитину відсутні. Медіанний вік дитини на початок АРТ – 5,5 місяців. Основними причинами неотримання АРТ серед дітей, які її потребували, були підготовка дитини до АРТ, відмова батьків від лікування дитини та низька прихильність батьків до АРВ-лікування дитини.

Первинну профілактику пневмоцистної пневмонії починають дітям, народженим ВІЛ-позитивною матір'ю, у віці 1,5-12 місяців. Відсоток дітей досліджуваної когорти, які отримали профілактику пневмоцистної пневмонії, складав 86,9%. Серед дітей, яким була проведена така профілактика, 97,5% складали ВІЛ-негативні та 75,9% - ВІЛ-позитивні діти. Переважна кількість дітей (81,8%) розпочали її у віці 1,5-2 місяця (табл. 13).

Таблиця 13. Лабораторне та клінічне підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Перший тест на ВІЛ в дитини протягом перших двох місяців життя дитини	84 (33,2%)	183 (57,4%)
Два тести на ВІЛ протягом 2 місяців	10 (6,9%)	23 (7,5%)
Результат першого тесту ПЛР		
позитивний	153 (77,0%)	3 (0,8%)
негативний	44 (22,0%)	336 (92,6%)
сумнівний	2 (1,0%)	6 (1,7%)
Вік дитини на момент першого ПЛР		
До 1 міс.	24 (12,9%)	25 (7,8%)
1-2 міс	53 (28,5%)	152 (47,4%)

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
2-4 міс.	59 (31,7%)	100 (31,2%)
4-6 міс.	21 (11,3%)	29 (9,0%)
Більше 6 міс.	29 (15,6%)	15 (4,7%)
Результат другого тесту ПЛР		
позитивний	137 (87,8%)	2 (0,6%)
негативний	17 (10,9%)	326 (89,8%)
сумнівний	2 (1,3%)	1 (0,3%)
Вік другого тесту ПЛР		
До 1 міс.	1 (0,7%)	1 (0,3%)
1-2 міс	8 (5,6%)	22 (7,2%)
2-4 міс.	64 (44,4%)	123 (40,1%)
4-6 міс.	47 (32,6%)	91 (29,6%)
Більше 6 міс.	24 (16,7%)	70 (22,8%)
Результат третього тесту ПЛР		
позитивний	27 (96,4%)	
негативний	-	49 (100,0%)
сумнівний	1 (3,6%)	
Вік третього тесту ПЛР		
До 1 міс.	4 (15,4%)	-
1-2 міс	1 (3,8%)	1 (4,2%)
2-4 міс.	9 (34,6%)	14 (58,3%)
4-6 міс.	4 (15,4%)	7 (29,2%)
Більше 6 міс.	8 (30,8%)	2 (8,3%)
Вік дитини при встановленні остаточного ВІЛ-статусу (медіана) у місяцях	6,4	19,6
Результат 1-го ІФА		
позитивний	138 (95,2%)	1 (0,3%)
негативний	5 (3,4%)	335 (98,0%)
сумнівний	2 (0,8%)	6 (1,8%)
Результат 2-го ІФА		
позитивний	34 (12,9%)	-
негативний	2 (0,8%)	60 (100%)
сумнівний	1 (1,4%)	-
Результат 3-го ІФА		
позитивний	14 (100%)	-
негативний		44 (100%)
сумнівний		-
Результат імуноблоту тесту		
позитивний	44 (100%)	
негативний		39 (100%)
сумнівний		

Характеристика	Випадок (N=264)	Контроль (N=363)
Профілактика пневмоцистної пневмонії		
так	192 (75,9%)	353 (97,5%)
ні	61 (24,1%)	9 (2,5%)
Термін початку профілактики пневмоцистної пневмонії		
до 2 міс.	178 (100%)	335 (100%)
після 2 міс	-	-
Стадія ВІЛ-інфекції дитини на момент встановлення діагнозу		
I стадія безсимптомна	29 (11,1%)	
I стадія ПГЛ	42 (16,0%)	
II стадія	72 (27,5%)	
III стадія	78 (29,8%)	
IV стадія	41 (15,6%)	
Початок АРТ для дитини		
отримує	175 (66,5%)	
потребує	78 (29,7%)	
не потребує	10 (3,8%)	
Вік дитини на початок АРТ, місяці (медіана)	5,5	
Імунологічний статус у дитини на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції: кількість CD4 кл/мкл (медіана, діапазон)	1 566 (11 730)	
Вірусне навантаження у дитини на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції: копій / мл (медіана, діапазон)	956 334 (109 999 980)	
Вірусне навантаження у дитини на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції: копій / мл		
≤50	1 (0,5%)	
51-500	2 (0,9%)	
501-10000	13 (6,0%)	
10001-30000	8 (3,7%)	
30001-100000	20 (9,2%)	
>100000	173 (79,7%)	

Пропущені значення: початок АРТ дитини – 1, дата першого тесту ПЛР в дитини – 120, результат першого тесту ПЛР дитини - 84, дата другого тесту ПЛР в дитини – 176, результат другого тесту ПЛР в дитини – 142, результат третього тесту ПЛР в дитини – 550, дата третього тесту ПЛР в дитини – 577, вік остаточного встановлення ВІЛ статусу дитини – 39, стадія ВІЛ дитини на момент встановлення ВІЛ статусу – 2, профілактика пневмоцистної пневмонії -11, вік початку профілактики пневмоцистної пневмонії – 94, рівень вірусного навантаження дитини – 47, рівень CD4 дитини - 28.

Дані щодо підтвердження лабораторного та клінічного діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини в якості незалежних змінних з метою встановлення їх впливу на ПМД не розглядалися.

РОЗДІЛ 3

УЗАГАЛЬНЕННЯ РЕЗУЛЬТАТІВ ДОСЛІДЖЕННЯ

3.1. Порівняльна характеристика груп «випадок» та «контроль»

Соціально-демографічні та епідеміологічні дані

1. Середній вік матері ВІЛ-позитивної дитини на момент пологів становив $28 \pm 5,9$ років, ВІЛ-негативної – $29,5 \pm 5,8$ років, що співпадає з загальноукраїнською тенденцією народжуваності. Найбільша частка ВІЛ-позитивних матерів перебувала у віковому інтервалі від 25 до 40 років (66% та 73,1% відповідно). Наймолодшою була породілля 14,6 років найстаршою – жінка 46,8 років.
2. Більше половини жінок з дітьми проживала у містах – 59,1% у групі «випадок» та 64,2% у контрольній групі.
3. Найчастіше ВІЛ-позитивні жінки повідомляли про наявність лише загальної середньої освіти (73,2% у основній групі та 60,7% у контрольній). У контрольній групі частка матерів, мала вищу освіту, була більше (16,7% проти 5,1% групи випадок).
4. Абсолютна більшість матерів (близько 80%) проживала на момент вагітності у офіційному або неофіційному союзі, дещо частіше – з постійним партнером у незареєстрованому шлюбі. Кожна десята мати була незаміжньою.
5. Переважна кількість ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних дітей проживали у сім'ях, а саме: з матір'ю та/або батьком, під опікою родичів, усиновлені тощо (85,6% серед основної групи та 93,1% серед контрольної груп). Проте інституціоналізованою виявилась певна частка дітей, які проживали у будинку дитини чи у закладі охорони здоров'я, а саме практично кожна десята ВІЛ-позитивна дитина проти 5% дітей з негативним ВІЛ-статусом з контрольної групи.
6. У 78,7% випадків інфікування ВІЛ-позитивної дитини здійснилося під час вагітності та пологів. Для 8,7% дітей встановлено факт інфікування ВІЛ через грудне молоко. Для 12,6% дітей був подвійний ризик інфікування збудником – як перинатально, так й під час грудного вигодовування.
7. Тільки у трьох випадках з п'яти у групі «ВІЛ-позитивна мати - ВІЛ-позитивна дитина» було вказано заключний клінічний діагноз померлих дітей.
8. Основний ймовірний шлях інфікування ВІЛ серед ВІЛ-позитивних матерів (понад 90%) є статевий; 8,4% у контрольній та 5% в основній групах вказали на ймовірний парентеральний шлях інфікування через вживання наркотиків. При цьому можна

висловити ствердження щодо можливої недооцінки частки парентерального шляху передачі ВІЛ серед вагітних, про що опосередковано свідчить поширеність маркерів гепатиту С – кожна п'ята жінка (20,1%) з контрольної групи та 5,7% з основній групі мали маркери гепатиту С.

Материнські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. ВІЛ-позитивні матері, у яких народилась ВІЛ-позитивна дитина, пізніше ставали на облік з приводу вагітності, ніж ті, в яких була ВІЛ-негативна дитина – на 20-му та 13-му тижнях вагітності відповідно. У більш ніж половині випадків (52,3%) для матерів ВІЛ-позитивних дітей вагітність була неплановою, для матерів ВІЛ-негативних про непланову вагітність повідомила лише кожна четверта.
2. У середньому в акушерському анамнезі жінок основної групи спостерігалась вдвічі більша кількість попередніх пологів, ніж у контрольній (медіанне значення 2 і 1 пологів відповідно).
3. У понад 95% ВІЛ-позитивних матерів як основної, так і контрольної групи, за інформацією, наданою ВІЛ-позитивними матерями, під час вагітності був лише один статевий партнер: як у групі «випадок, так і групі «контроль».
4. У парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» відносно частіше було вказано на відомий ВІЛ-негативний статус партнера (22,6% проти 13,6% у основній групі). Співвідношення між кількістю ВІЛ-позитивних та ВІЛ-негативних партнерів в основній групі складало 3,4:1, у контрольній – 1,7:1.
5. Переважна частина жінок дізналися про свій ВІЛ-позитивний статус під час вагітності (80,7% у основній та 79,9% у контрольній групах), решта жінок, які вже знали про свій ВІЛ-позитивний статус до вагітності (19,3% у основній та 21,1% у контрольній групах) тестувалися на ВІЛ-інфекцію за різними причинами: ризикована статеву поведінка, обстеження з профілактичною метою, вживання наркотиків ін'єкційним шляхом, наявність ІПСШ, донорство, наявність захворювань або станів, асоційованих з ВІЛ-інфекцією/СНІД тощо.
6. Майже 46% ВІЛ-позитивних матерів основної групи було встановлено ВІЛ-статус після 24 тижнів, під час або після пологів, аналогічна частка у контрольній групі складала тільки 15,2%. У ранній термін (до 12 тижнів вагітності включно) позитивний ВІЛ-статус було встановлено у 38,6% ВІЛ-позитивних вагітних основної групи та у 57,5% – серед контрольної.

7. Серед супутніх захворювань, зафіксованих у реєстраційній формі ВІЛ-позитивних матерів, що народили ВІЛ-позитивних дітей, під час вагітності частіше зустрічалися кольпіти бактеріальної та грибової етіології та ерозія шийки матки.
8. Частка жінок з вірусним навантаженням менше 50 копій/мкл: у основній групі при першому обстеженні складала 0,7%, у контрольній – 21,0%, відповідно перед пологами – 15,9% та 69,1%. Ступінь імуносупресії на момент встановлення вагітності виявився вищим в основній групі.
9. Більшість ВІЛ-позитивних жінок на момент першого їх обстеження мали І клінічну стадію ВІЛ-інфекції – 61,9% у групі «випадок» і 43,8% у групі «контроль», з них безсимптомну – 47,6% і 42,1% відповідно.
10. Для більшості (91,8%) матерів основної групи початок АРВП/АРТ припадав на період вже наявної вагітності. АРВ-профілактика була проведена більшості вагітних з пар «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина» (95,5%), тоді як охоплення під час вагітності ВІЛ-позитивних жінок у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» становило 46,6%. Терапію трьома препаратами отримувала найбільша частина жінок основної і контрольної груп.
11. Середня тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності виявилась істотно нижчою у основній групі (11 тижнів у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» проти 16 тижнів у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина»).
12. Виключно у пологах АРВ-профілактику надано приблизно кожній десятій жінці у обох групах. Взагалі не отримали АРВП 114 (43,7%) ВІЛ-позитивних вагітних групи «випадок» та 16 (4,5%) – з контрольної групи.
13. Для 83,7% ВІЛ-позитивних матерів з контрольної групи АРТ під час пологів стала продовженням АРВ-профілактики, розпочатої під час вагітності або раніше, а в основній групі – досягала тільки 57,4%.
14. Частіше низька прихильність до АРВ профілактики спостерігалась у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-позитивна дитина» – більш ніж у половині випадків (53,8%), і лише у 11,3% матерів – у парах «ВІЛ-позитивна мати – ВІЛ-негативна дитина».

Акушерські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Медіанне значення терміну завершення вагітності пологами в тижнях було однаковим як для випадків, так й для контролів – 39 тижнів.
2. Частота передчасних пологів була вище у вагітних, які відносилися до випадків ніж до контролів - 29,9% проти 16,0%.

3. До акушерського стаціонару пізніше зверталися вагітні основної групи дослідження: 40,3% у першому періоді пологів (проти 37,1% у контрольній); 19% – у потужному періоді (проти 6,9% у контрольній); 1,6% – після народження дитини (проти 0,3% у контрольній).
4. Розродження шляхом елективного кесарева розтину частіше відбувалось серед контролів, ніж серед випадків – 33,1% проти 15,1%. Природним родовим шляхами (мимовільно) частіше народжували жінки, які відносились до випадків (80,2%).

Малюкові фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Охоплення АРВ-профілактикою дітей становив 79,0% в основній групі та 99,4% в контрольній.
2. На штучному вигодовуванні знаходилися 99,4% ВІЛ-негативних дітей та 75,8% ВІЛ-позитивних дітей досліджуваної когорти.
3. Встановлено, що 98,9% ВІЛ-позитивним матерям здорових дітей було здійснено припинення лактації у пологовому будинку проти 75,7% жінок, які народили ВІЛ-позитивних дітей.
4. Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції у дитини після народження у пологовому будинку проведено серед контролів у 98,3% випадках, серед основної групи – у 78,5%; причинами непроведення є негативні результати тестування на ВІЛ в матері (30 випадків), відмова матері (2), гемоліз проби крові (1).

Підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини

1. Протягом перших двох місяців життя пройшли обстеження з виявлення провірусної ДНК ВІЛ-1 26,6% дітей, що не відповідає міжнародним рекомендаціям та національним стандартам щодо визначення термінів проведення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дітей. Частка ВІЛ-позитивних дітей, які вперше були обстежені методами ранньої діагностики у віці старше 4 місяців складала 26,9% проти 13,7% дітей з контрольної групи.
2. Медіанний вік дитини при встановленні остаточного ВІЛ-позитивного статусу дорівнює 6,4 міс., ВІЛ-негативного статусу – 19,6 міс.
3. Встановлено, що 45,1% дітей на момент остаточного встановлення їм ВІЛ-позитивного статусу мали III-IV клінічні стадії ВІЛ-інфекції. Медіанний вік дитини на початок АРТ – 5,5 місяців.
4. Профілактика пневмоцистної пневмонії проведена у 86,9% дітей, народжених ВІЛ-позитивними матерями, але охоплення такою профілактикою ВІЛ-негативних дітей

значною мірою відрізнялося від охоплення ВІЛ-позитивних дітей (97,5% та 75,9% відповідно); переважна кількість дітей (81,8%) розпочали її у віці 1,5-2 місяця.

3.2. Пріоритетні фактори ризику передачі ВІЛ від матері до дитини

Для визначення пріоритетних факторів впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини, що є надзвичайно важливим для досягнення національної мети остаточного викорінення передачі ВІЛ від матері до дитини, було виконано пошук тих факторів ризику, які статистично значуще відрізняються в групі «випадок» і «контроль», при цьому, кожен фактор аналізувався окремо від інших. Критерієм залежності виступало співвідношення шансів (схема).

1	• Пізній термін вагітності під час взяття на облік у ЖК • Встановлення ВІЛ-позитивного статусу під час або після пологів	СШ = 1.09 (1.06-1.12) СШ = 23.55 (11.39-57.16)
2	• Кількість пологів у анамнезі • Високе вірусне навантаження під час вагітності	СШ=1.63 (1.4-1.91) СШ = 4.00 (2.09-8.47)
3	• Низька прихильність вагітної до АРВП • Тривала АРВ-профілактика	СШ=9.40 (5.87-15.31) СШ=0.90 (0.87-0.93)
4	• Відсутність АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності • Відсутність АРВ-профілактики під час пологів	СШ=15.85 (9.2-28.99) СШ=16.7 (9.39-31.56)
5	• Звернення породіллі до ЗОЗ у потужному періоді • Спосіб розродження - кесарів розтин	СШ=3.90 (2.29-6.77) СШ=0.35 (0.23-0.52)
6	• Відсутність АРВ-профілактики дитини • Змішане вигодовування дитини	СШ=88.02 (26.94-542.06) СШ=31.2 (11.3-129.3)

Схема. Фактори ризику передачі ВІЛ від матері до дитини ($p < 0.001$)

До материнських факторів ризику, що впливають на ПМД та є статистично значущими ($p < 0.001$), відносяться пізній термін вагітності (після 24 тижня) під час взяття на облік вагітної у жіночу консультацію (СШ=1.09); встановлення ВІЛ-позитивного статусу вагітної під час або після пологів (СШ = 23.55); кількість попередніх пологів (2 і більше) (СШ=1.63); високе вірусне навантаження під час вагітності, більше 1000 копій/мкл (СШ=4.0); низька прихильність до АРВП (СШ = 9.4); відсутність АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності (СШ = 15.85) та під час пологів (СШ = 16.7). Тривалість курсу АРВ-профілактики був захисним

фактором ПМД – ВІЛ-позитивні матері з більш довшою тривалістю курсу АРВ-профілактики отримували нижчі шанси передачі ВІЛ від матері до дитини (СШ = 0.9).

Серед акушерських чинників статистично значущим було звернення ВІЛ-позитивної породіллі у пологовий будинок у потужному періоді (СШ=3.9). Елективний кесарів розтин був захисним фактором (СШ=0.35).

Серед малюкових чинників факторів ризику статистично значущими були неотримання АРВ-профілактики дитиною (СШ=88.02) та змішане вигодовування (СШ=31.2).

Таким чином, за результатами дослідження пріоритетними факторами, що сприяють збільшенню ризику передачі ВІЛ від матері до дитини, у порядку їх значимості є:

- відсутність АРВ-профілактики у дитини – шанс ПМД збільшується в 88.0 рази;
- змішане вигодовування дитини – шанс ПМД збільшується в 31.2 рази;
- встановлення ВІЛ-позитивного статусу під час або після пологів – шанс ПМД збільшується в 23.55 рази;
- відсутність АРВ-профілактики під час пологів – шанс ПМД збільшується в 16.7 разів;
- відсутність АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності – шанс ПМД збільшується в 15.85 рази;
- високе вірусне навантаження під час вагітності, більше 1000 копій/мкл – шанс ПМД збільшується в 4.0 рази;
- звернення вагітної у пологовий будинок у потужному періоді – шанс ПМД збільшується в 3,9 рази;
- кількість попередніх пологів (2 і більше) – шанс ПМД збільшується в 1,63 рази;
- пізній термін вагітності (після 24 тижня) на момент взяття на облік у жіночу консультацію – шанс ПМД збільшується в 1.09 рази.

РЕЗЮМЕ

Досягнення цільового показника «частота передачі ВІЛ від матері до дитини» 2% в рамках Глобального плану елімінації нових випадків ВІЛ-інфекції від матері до дитини та вродженого сифілісу є найближчою метою України у сфері ППМД.

Каскадні дані програми ППМД в Україні свідчать, що успішна реалізація заходів програми запобігання передачі ВІЛ від матері до дитини надала змогу досягти значних результатів, у тому числі в зниженні показника ЧПМД (рис. 17-18).

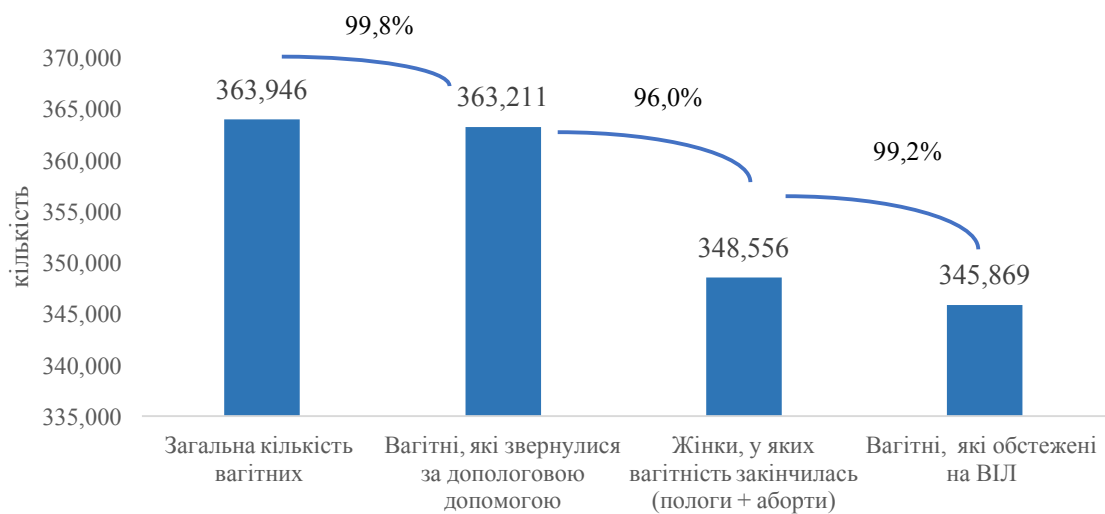


Рисунок 17. Каскадні дані програми ППМД щодо надання вагітним антенатальної допомоги та обстеження на ВІЛ в Україні станом на 01.01.2018 р.

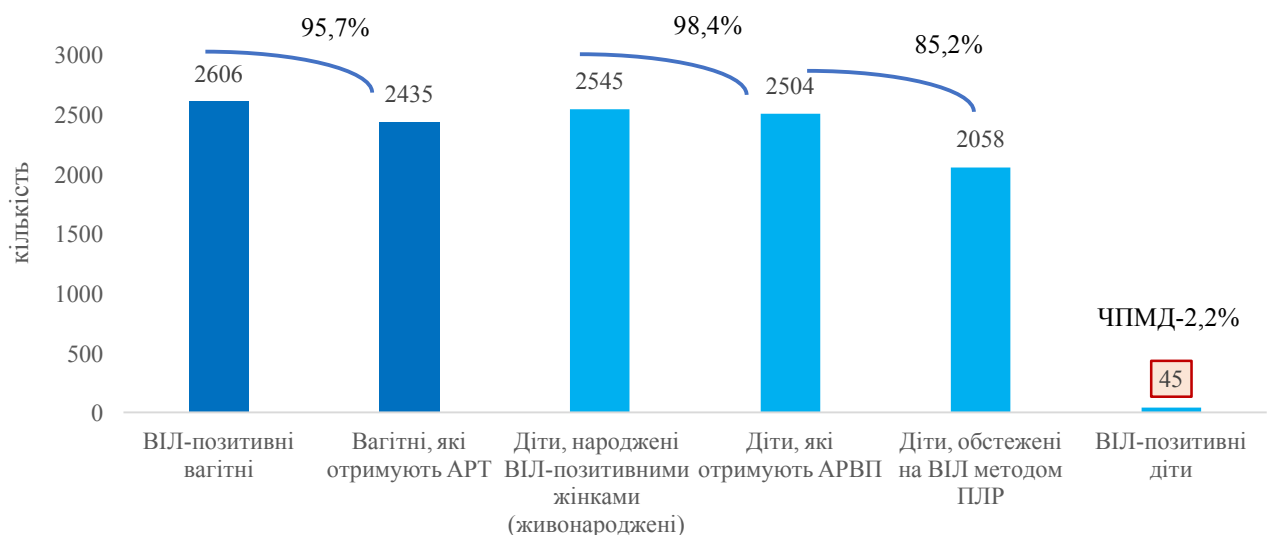


Рисунок 18. Каскадні дані програми ППМД щодо надання медичної допомоги ВІЛ-позитивним вагітним та народженням їх дітям в Україні станом на 01.01.2018 р.

Як вже зазначалося раніше, Україна, як й інші країни Європейського регіону ВООЗ, підтримує довгострокові глобальні цілі щодо усунення нових випадків зараження ВІЛ серед дітей до 2030 року та ініціативу ВООЗ щодо валідації елімінації передачі ВІЛ від матері до дитини¹⁵. У цьому може зіграти важливу роль включення усіх ВІЛ-позитивних вагітних у континуум, у тому числі жінок, які належать до вразливих та соціально незахищених груп населення.

Каскадні дані з ППМД вказують на втрати вагітних та дітей на різних етапах надання медичних послуг з ППМД, а саме: 1) втрачені кількість та відсоток осіб від загальної кількості вагітних та дітей (від перших каскадних даних), 2) втрачені кількість та відсоток осіб від даних попереднього етапу каскаду (табл. 14):

Таблиця 14. Втрати на етапах каскаду ППМД

Каскадні дані	Значення 2017 року	Втрати від загальної кількості		Втрати від попереднього етапу	
		Абсолютна кількість	%	Абсолютна кількість	%
Загальна кількість вагітних	363 946				
Вагітні, які звернулися за допологовою допомогою	363 211	735	0,2%	735	0,2%
Жінки, у яких вагітність закінчилась (пологи та аборти)	348 556				
Вагітні, які обстежені на ВІЛ	345 869	18 077	5,0%	2 687	0,8%
ВІЛ-позитивні вагітні	2606				
Вагітні, які отримують АРТ	2435	171	4,3%	171	4,3%
Загальна кількість дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками (живонароджені)	2545				
Діти, які отримують АРВП	2504	41	1,6%	41	1,6%
Діти, обстежені на ВІЛ методом ПЛР	2058	487	19,1%	446	14,8%

Аналіз забезпеченості безперервності надання послуг для ВІЛ-позитивних вагітних, дітей, народжених ВІЛ-позитивними жінками, та аналіз втрат на різних етапах континууму свідчить, що на сьогодні в Україні ще існують бар'єри у наданні медичної допомоги на різних етапах маршруту вагітних (залучення до антенатального спостереження, тестування на ВІЛ,

¹⁵ Fast-Track strategy to end the AIDS epidemic by 2030. [Електронний ресурс] Режим доступу: <http://www.unaids.org/en/resources/campaigns/World-AIDS-Day-Report-2014>

отримання АРВ-профілактики/АРТ) та дітей (залучення до АРВ-профілактики, ранньої діагностики ВІЛ-інфекції методом ПЛР).

Порівнюючи результати дослідження щодо пріоритетних факторів, що сприяють збільшенню ризику ПМД, з каскадними даними ППМД та предикторами вертикальної трансмісії ВІЛ за даними офіційної статистики¹⁶ можна відмітити, що на рівень ПМД в Україні найбільш впливають наступні фактори: неповне охоплення вагітних антенатальним спостереженням та тестуванням на ВІЛ (втрата 5,2% вагітних у континуумі); відсутність АРВ-профілактики/АРТ у вагітних (втрата 4,3%, шанс ПМД збільшується в 15.85 рази під час вагітності та в 16.7 разів під час пологів); пізнє встановлення ВІЛ-позитивного статусу вагітної (шанс ПМД збільшується в 23.55 рази); високе вірусне навантаження під час вагітності (шанс ПМД збільшується в 4.0 рази); звернення вагітної у пологовий будинок у потужному періоді (шанс ПМД збільшується в 3.9 рази); відсутність АРВ-профілактики у дитини (втрата 1,6%, шанс ПМД збільшується в 88.0 рази); неповне охоплення ранньої діагностики ВІЛ-інфекції (втрата 19,1%) та практика вигодовування дитини грудним молоком (шанс ПМД збільшується в 31.2 рази).

Отже, коло проблем, що необхідно вирішити в першочерговому порядку з метою забезпечення зниження цих ризиків ПМД, повинно бути спрямовано на реалізацію заходів щодо універсального доступу вагітних та дітей до послуг з ППМД та зменшення втрат вагітних та дітей у системі лікувально-профілактичних та організаційних заходів з ППМД.

¹⁶ Предиктори вертикальної трансмісії ВІЛ в Україні / Нізова Н.М., Марциновська В.А. // Профілактична медицина. – 2016. – № 3-4 (27). – С. 112-113

Найменування міністерства, іншого центрального органу виконавчої влади, підприємства, установи, організації, у сфері управління яких перебуває заклад охорони здоров'я Місцезнаходження (повна поштова адреса) закладу охорони здоров'я, в якому заповнюється форма Код за ЄДРПОУ	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold;">МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Форма первинної облікової документації № 501-4/о</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center; font-weight: bold; font-size: 1.2em;">ЗАТВЕРДЖЕНО</td> </tr> <tr> <td colspan="2" style="text-align: center;">Наказ МОЗ України</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">0 3 0 8 2 0 1 2 № 6 1 2</td> <td></td> </tr> </table>	МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ		Форма первинної облікової документації № 501-4/о		ЗАТВЕРДЖЕНО		Наказ МОЗ України		0 3 0 8 2 0 1 2 № 6 1 2	
МЕДИЧНА ДОКУМЕНТАЦІЯ											
Форма первинної облікової документації № 501-4/о											
ЗАТВЕРДЖЕНО											
Наказ МОЗ України											
0 3 0 8 2 0 1 2 № 6 1 2											

ПОВІДОМЛЕННЯ № 4 № _____
про ВІЛ-інфіковану дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою

« _____ » _____ 20____ року
 (дата заповнення)

Номер Реєстраційної карти (форма № 502-1/о), під яким ВІЛ-інфікована дитина обліковується у _____ центрі СНІДу _____
 (назва регіонального/міського центру СНІДу)

I. Соціально-демографічні дані

1. ВІЛ-інфікована дитина

1.1. Причина взяття дитини на облік у закладі охорони здоров'я, що здійснює диспансерний нагляд:

народжена ВІЛ-інфікованою жінкою у даному регіоні	прибуття з іншого регіону України	прибуття з іншої країни
---	-----------------------------------	-------------------------

1.2. Ймовірний період інфікування ВІЛ дитини:

під час вагітності та/або пологів	при грудному вигодовуванні	невідомо
-----------------------------------	----------------------------	----------

1.3. Дата народження дитини _____
 (число, місяць, рік)

1.4. Стать дитини: хлопчик дівчинка

1.5. Дитина проживає: у сім'ї, з матір'ю та/або батьком у сім'ї, під опікою родичів

дитина усиновлена	у будинку дитини	у закладі охорони здоров'я
-------------------	------------------	----------------------------

інше _____

1.6. У випадку смерті дитини/дітей зазначити дату та причину смерті:

дата смерті дитини _____
 (число, місяць, рік)

Заключний клінічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

Патологоанатомічний діагноз (основне захворювання, ускладнення, супутні захворювання):

Основне захворювання (причина), що спричинило(а) смерть дитини _____
(зазначити шифр за МКХ-10)

Місце смерті дитини:

дома		ЗОЗ		невідомо		інше (вказати)	
------	--	-----	--	----------	--	----------------	--

2. ВІЛ-інфікована матір

Відсутні дані про матір ВІЛ-інфікованої дитини ☐

2.1. Дата народження матері

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

2.2. Громадянка:

України	
---------	--

іншої країни	
--------------	--

(зазначити назву країни)

2.3. Мешкає:

у місті	
---------	--

у селі	
--------	--

2.4. Освіта:

базова загальна середня освіта		повна загальна середня освіта		професійно- технічна освіта		вища освіта	
-----------------------------------	--	----------------------------------	--	--------------------------------	--	-------------	--

2.5. Сімейний стан на момент встановлення вагітності:

шлюб зареєстрований		проживає з постійним партнером, шлюб не зареєстрований		розлучена	
---------------------	--	---	--	-----------	--

вдова		інше	
-------	--	------	--

(вписати)

II. Материнські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Дата взяття під нагляд та термін вагітності при першому зверненні до ЗОЗ, що здійснює нагляд за вагітними:

дата взяття на облік

--	--	--	--	--	--	--	--

 термін вагітності у тижнях

--

(цифрами) (число, місяць, рік)

не перебувала на обліку у зв'язку з вагітністю	
--	--

2. Вагітність за рахунком:

--

 кількість пологів

--

 кількість абортів

--

(цифрами) (цифрами) (цифрами)

кількість дітей, їх ВІЛ-статус _____
(вписати)

3. Вагітність: а)

планована	
-----------	--

непланована	
-------------	--

б)

одноплідна	
------------	--

багатоплідна (зазначити кількість плодів)	
--	--

(цифрами)

4. Загроза переривання вагітності:

так (зазначити тиждень вагітності)	
---------------------------------------	--

ні	
----	--

(цифрами)

5. Збільшення маси тіла вагітної:

менше 10 кг	
-------------	--

10-12 кг	
----------	--

більше 12 кг	
--------------	--

6. Затримка розвитку плода:

I ступеня	
-----------	--

II ступеня	
------------	--

III ступеня	
-------------	--

7. Кількість навколоплідних вод:

маловоддя	
-----------	--

у межах норми	
---------------	--

багатоводдя	
-------------	--

8. Наявність супутніх захворювань:

гінекологічні захворювання _____

патологічний мікробіоценоз статевих шляхів, ІПСШ _____

TORCH-інфекція _____

вірусні гепатити _____

екстрагенітальна патологія _____

9. Проведення консультиування під час обстеження на наявність ВІЛ-інфекції:

тільки передтестове		тільки післятестове		перед- та післятестове		консультування не проводилося	
------------------------	--	------------------------	--	---------------------------	--	----------------------------------	--

109.1		109.2		інший код обстеження на наявність ВІЛ-інфекції	
(вписати код)					

ІФА	двох швидких тестів	одного швидкого тесту та одного ІФА	іншого алгоритму тестування
-----	---------------------	-------------------------------------	-----------------------------

ІФА	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table> (цифрами)		результат	 (вписати)
ІФА	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table> (цифрами)		результат	 (вписати)
ІБ	<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td> </td></tr></table> (цифрами)		результат	 (вписати антитіла до окремих білків)

[illegible]

14. Перебуває на обліку у ЗОЗ, що здійснює диспансерний облік за ВІЛ-інфікованими особами	так		ні		невідомо	
---	-----	--	----	--	----------	--

дата взяття під диспансерний нагляд _____
(число, місяць, рік)

15. Ймовірний шлях інфікування ВІЛ матері:

15.1. Статевий

15.1.1. ВІЛ-статус партнера:

позитивний

негативний

невідомо

15.1.2. Кількість статевих партнерів під час вагітності:

(цифрами)

невідомо

15.1.3. Використання бар'єрних засобів та ефективних методів контрацепції під час сексуальних контактів у період вагітності:

завжди, при кожному контакті	
не завжди, але частіше ніж у половині випадків	
приблизно у половині випадків	
рідше ніж у половині випадків	
ніколи	
невідомо	

15.2. Парентеральний:

при вживанні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом

інший

(вписати)

активне вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

так

ні

невідомо

стаж вживання ін'єкційних наркотиків

(цифрами)

учасниця програми замісної підтримувальної терапії

так

ні

невідомо

15.3. Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини

15.4. Шлях інфікування не встановлено або уточнюється

16. Імунологічний статус та вірусне навантаження у матері:

на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

(цифрами)

кл/мкл;

(цифрами)

%

дата проведення дослідження

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

б) рівень вірусного навантаження:

(цифрами)

копій/мл;

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

--

перед пологами:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

--

кл/мкл;

--

%

(цифрами)

(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

--

б) рівень вірусного навантаження:

--

копій/мл;

(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося

--

17. Стадія ВІЛ-інфекції на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності:

17.1. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції:

гострий ретровірусний синдром	
----------------------------------	--

I стадія безсимптомна	
-----------------------	--

II стадія	
--------------	--

III стадія	
---------------	--

IV стадія	
--------------	--

17.2. Ступінь імуносупресії ВІЛ-інфекції:

≥ 500 кл/мкл CD4	
---------------------	--

350-499 кл/мкл CD4	
-----------------------	--

200-349 кл/мкл CD4	
-----------------------	--

< 200 кл/мкл або відносна кількість < 15% CD4	
--	--

17.3. При встановленні діагнозу туберкульозу зазначити:

а) визначення випадку

вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ)

повторний випадок

дата встановлення діагнозу туберкульозу

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дата зняття діагнозу туберкульозу

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

б) локалізація

легеневий

позалегеневий

в) бактеріовиділення

МБТ+

МБТ-

18. Вживання неін'єкційних наркотичних речовин:

19. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності (вказати схему):

одним препаратом _____

двома препаратами _____

трьома препаратами _____

АРТ за станом здоров'я _____

не проводилася (вказати причину) _____

20. Термін, коли була розпочата АРВ-профілактика або АРТ

до вагітності

під час вагітності
(вказати тиждень вагітності)

(цифрами)

21. Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності (вказати у тижнях)

(цифрами)

АРВ-профілактика проводилася тільки під час пологів

22. Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності:

висока

низька

Причина низької прихильності:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

(закреслити позначкою «х»)

інші причини _____

23. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів (вказати схему):

продовження АРВ-профілактики _____

АРВ-профілактика тільки в пологах _____

продовження АРТ за станом здоров'я _____

не проводилася (вказати причину) _____

23.1. Подовження АРТ після пологів

III. Акушерські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Термін завершення вагітності пологами (вказати тиждень вагітності):

(цифрами)

2. Дата завершення вагітності

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

3. У якому періоді пологів ВІЛ-інфіковану вагітну доставлено у пологовий будинок (відділення):

до початку пологової діяльності		у першому періоді пологів		у потужному періоді		після народження дитини	
------------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------	--	----------------------------	--

відмова від госпіталізації (зазначити причину) _____

4. Спосіб розродження (відповідно до шифру за МКХ-10):

мимовільні пологи (O80, O84.0)		елективний кесарів розтин (O82.0)		терміновий кесарів розтин (O82.1)	
-----------------------------------	--	--------------------------------------	--	--------------------------------------	--

5. Тривалість безводного періоду (зазначити кількість годин):

--

(цифрами)

6. Санація пологових шляхів:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

7. Інвазивні втручання під час пологів (амніотомія, епізіотомія, акушерські щипці, інвазійний моніторинг плоду, інші) _____

--

8. Тривалість пологів (зазначити кількість годин):

--

(цифрами)

9. Ускладнення вагітності та пологів (відповідно до шифру за МКХ-10):

IV. Малюкові фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Народилася дитина:

зріст, см		вага, г		оцінка за шкалою Апгар, бали	
(цифрами)		(цифрами)		(цифрами)	

1.1. Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції в дитини після народження у пологовому будинку (відділенні) проведено:

так	
-----	--

ні	
----	--

якщо ні, зазначити з якої причини дитина не була обстежена на ВІЛ-інфекцію: _____

--

2. АРВ-профілактика дитини (зазначити схему):

одним препаратом _____

трьома препаратами _____

інший алгоритм
(зазначити) _____

не отримувала
(зазначити причину) _____

3. Момент початку АРВ-профілактики дитини:

одразу після народження	
-------------------------	--

 через _____ годин після народження
(цифрами)

4. Тривалість курсу АРВ-профілактики дитини (вказати кількість днів):

(цифрами)

5. Вигодовування дитини:

грудне з

 днів/міс. до

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

змішане з

 днів/міс. до

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

штучне з

 днів/міс. до

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

проведення медикаментозного припинення
лактації породіллі у пологовому будинку

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

якщо ні, зазначити причину, з якої медикаментозне припинення лактації в пологовому будинку не проводилося: _____

6. Ускладнення періоду новонародженості (відповідно до шифру за МКХ-10):

V. Лабораторне та клінічне підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції у дитини

1. Результати ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини (ПЛР ДНК):

дані першого дослідження

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 результат _____
(число, місяць, рік) (вписати)

дані другого дослідження

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 результат _____
(число, місяць, рік) (вписати)

дані третього дослідження

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 результат _____
(число, місяць, рік) (вписати)

2. Результати серологічної діагностики ВІЛ-інфекції в дитини при остаточному встановленні ВІЛ-статусу:

ІФА

_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------	-------

 номер зразка

 результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати)

ІФА	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (цифрами)			результат	<table border="1"><tr><td></td></tr></table> (вписати)	
ІФА	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (цифрами)			результат	<table border="1"><tr><td></td></tr></table> (вписати)	
ІБ	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table> (число, місяць, рік)									номер зразка	<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table> (цифрами)			результат	<table border="1"><tr><td></td></tr></table> (вписати антитіла до окремих білків)	

3. Дата остаточно встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції дитині

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

4. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції в дитини на момент встановленого діагнозу ВІЛ-інфекції:

I стадія безсимптомна		I стадія ПГЛ		II стадія		III стадія		IV стадія	
--------------------------	--	-----------------	--	-----------	--	------------	--	-----------	--

5. Імунологічний статус та вірусне навантаження у дитини на момент встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

--

 кл/мкл;

--

 %
(цифрами) (цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

б) рівень вірусного навантаження:

--

 копій/мл;
(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

6. АРТ:

отримує	
---------	--

потребує	
----------	--

не потребує	
-------------	--

якщо дитина отримує АРТ, зазначити дату початку лікування

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

та схему АРТ

7. Профілактика пневмоцистної
пневмонії котримаксозолом:

проводилася

не проводилася

якщо проводилася, зазначити, у якому віці розпочата: з _____ місяців.
(цифрами)

8. Додаткова інформація про дитину:

Форма № 501-4/о направлена до _____

(найменування регіонального центру СНІДу,
ДУ «Український центр СНІДу МОЗ України»)

Дата відправлення форми № 501-4/о до
міського/регіонального центру СНІДу

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Дата відправлення форми № 501-4/о до
ДУ «Український Центр СНІДу МОЗ України»

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону лікаря, який заповнив форму № 501-4/о

(П.І.Б. лікаря, телефон)

(підпис)

Анкета №__ про ВІЛ-негативну дитину, народжену ВІЛ-інфікованою жінкою

_____центр профілактики та боротьби зі СНІДом

I. Соціально – демографічні дані про матір

1. Дата народження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)
2. Громадянка:

України	
---------	--

іншої країни	
--------------	--

(вказати назву країни)
3. Мешкає (на момент вагітності):

у місті	
---------	--

у селі	+
--------	---
4. Освіта:
- | | |
|----------------------------|---|
| загальна
середня освіта | + |
|----------------------------|---|
- | | |
|--------------------------------|--|
| професійно-
технічна освіта | |
|--------------------------------|--|
- | | |
|-------------|--|
| вища освіта | |
|-------------|--|
- | | |
|----------|--|
| невідомо | |
|----------|--|
5. Сімейний стан на момент встановлення вагітності:
- | | |
|---------------------|--|
| шлюб зареєстрований | |
|---------------------|--|
- | | |
|-------------------------------|---|
| перебувала у цивільному шлюбі | + |
|-------------------------------|---|
- | | |
|-----------|--|
| розлучена | |
|-----------|--|
- | | |
|-------|--|
| вдова | |
|-------|--|
- | | |
|------------------------------|--|
| у шлюбі ніколи не перебувала | |
|------------------------------|--|
- | | |
|----------|--|
| невідомо | |
|----------|--|

II. Материнські фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Дата взяття під нагляд та термін вагітності при першому зверненні до ЗОЗ, що здійснює нагляд за вагітними:

дата взяття на облік

--	--	--	--	--	--	--	--

 термін вагітності у тижнях

--

(число, місяць, рік) (цифрами)

не перебувала на обліку у зв'язку з вагітністю	
--	--

2. Вагітність за рахунком:

--

 кількість пологів

--

 кількість абортів

--

(цифрами) (цифрами) (цифрами)

кількість дітей, їх ВІЛ-статус _____
(вказати)

3. Вагітність: а)

планована	
-----------	--

непланована	
-------------	--
- б)

одноплідна	
------------	--

багатоплідна (вказати кількість плодів)	
--	--

(цифрами)

4. Загроза переривання вагітності:

так (зазначити тиждень вагітності) (цифрами)	
--	--

ні	
----	--
5. Збільшення маси тіла вагітної:

менше 10 кг	
-------------	--

10-12 кг	
----------	--

більше 12 кг	
--------------	--
6. Затримка розвитку плода:

I ступеня	
-----------	--

II ступеня	
------------	--

III ступеня	
-------------	--
7. Кількість навколоплідних вод:

маловоддя	
-----------	--

у межах норми	
---------------	--

багатоводдя	
-------------	--

8. Наявність супутніх захворювань:

гінекологічні захворювання _____

патологічний мікробіоценоз статевих шляхів, ІПСШ _____

TORCH-інфекція _____

вірусні гепатити _____

екстрагенітальна патологія _____
(зазначити, якщо було загострення під час вагітності)

9. Код обстеження на наявність антитіл до ВІЛ:

109.1		109.2		інший код обстеження на наявність ВІЛ-інфекції	
-------	--	-------	--	---	--

(вписати код)

10. Лабораторний метод, використаний для первинного обстеження на ВІЛ-інфекцію, у тому числі при застосуванні:

ІФА		двох швидких тестів		одного швидкого тесту та одного ІФА		іншого алгоритму тестування	
-----	--	------------------------	--	--	--	--------------------------------	--

Номер зразка

--

 дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(цифрами) (число, місяць, рік)

11. Лабораторний метод, використаний для підтвердження діагнозу ВІЛ-інфекції:

ІФА

--	--	--	--	--	--	--	--

 номер зразка

--

 результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати)

ІФА

--	--	--	--	--	--	--	--

 номер зразка

--

 результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати)

ІБ

--	--	--	--	--	--	--	--

 номер зразка

--

 результат _____
(число, місяць, рік) (цифрами) (вписати антитіла до окремих білків)

12. Дата встановлення діагнозу ВІЛ-інфекції

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

13. Перебуває на обліку у ЗОЗ, що здійснює диспансерний облік за ВІЛ-інфікованими особами

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

дата взяття під диспансерний нагляд

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

14. Ймовірний шлях інфікування ВІЛ матері:

14.1. Статевий

--

14.1.1. ВІЛ-статус партнера:

позитивний	
------------	--

негативний	
------------	--

невідомо	
----------	--

14.1.2. Кількість статевих партнерів під час вагітності:

--

(цифрами)

невідомо	
----------	--

14.1.3. Використання бар'єрних засобів та ефективних методів контрацепції під час сексуальних контактів у період вагітності:

завжди, при кожному контакті	
не завжди, але частіше ніж у половині випадків	
приблизно у половині випадків	
рідше ніж у половині випадків	
ніколи	
невідомо	

14.2. Парентеральний:

при вживанні наркотичних речовин ін'єкційним шляхом	
---	--

інший	
-------	--

(вписати)

активне вживання наркотиків ін'єкційним шляхом

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

стаж вживання ін'єкційних наркотиків

--

(цифрами)

учасниця програми замісної підтримувальної терапії

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

14.3. Від ВІЛ-інфікованої матері до дитини

--

14.4. Шлях інфікування не встановлено або уточнюється

--

15. Імунологічний статус та вірусне навантаження у матері:

15.1. - на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

--

 кл/мкл;

--

 %
(цифрами) (цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

б) рівень вірусного навантаження:

--

 копій/мл;
(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

15.2 - перед пологами:

а) абсолютна або відносна кількість CD4:

--

 кл/мкл;

--

 %
(цифрами) (цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

б) рівень вірусного навантаження:

--

 копій/мл;
(цифрами)

дата проведення дослідження

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дослідження не проводилося	
----------------------------	--

16. Стадія ВІЛ-інфекції на момент першого обстеження у ЗОЗ, що здійснює диспансерний нагляд за ВІЛ-інфікованими особами, під час даної вагітності:

16.1. Клінічна стадія ВІЛ-інфекції:

гострий ретровірусний синдром	I стадія безсимптомна	II стадія	III стадія	IV стадія

16.2. Ступінь імуносупресії ВІЛ-інфекції:

≥ 500 кл/мкл CD4	350-499 кл/мкл CD4	200-349 кл/мкл CD4	< 200 кл/мкл або відносна кількість < 15% CD4
--------------------------	-----------------------	-----------------------	--

16.3. При встановленні діагнозу туберкульозу зазначити:

а) визначення випадку

вперше діагностований туберкульоз (ВДТБ)
--

повторний випадок

дата встановлення діагнозу туберкульозу

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

дата зняття діагнозу туберкульозу

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

б) локалізація

легеневий

позалегеневий

в) бактеріовиділення

МБТ+

МБТ-

17. Вживання неін'єкційних наркотичних речовин (вписати): _____

18. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час вагітності (зазначити схему):

одним препаратом _____

двома препаратами _____

трьома препаратами _____

АРТ за станом здоров'я _____

не проводилася (зазначити причину) _____

19. Термін, коли була розпочата АРВ-профілактика або АРТ

до вагітності

під час вагітності (зазначити тиждень вагітності)
--

(цифрами)

20. Тривалість курсу АРВ-профілактики під час вагітності (зазначити у тижнях)

--

АРВ-профілактика проводилася тільки під час пологів

(цифрами)

21. Прихильність до АРВ-профілактики/АРТ під час вагітності:

висока

низька

Причина низької прихильності:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----

(закреслити позначкою «х»)

інші причини _____

1 – активне (систематичне) зловживання алкоголем та/або активне вживання психоактивних речовин; 2 – неприйнятна схема лікування; 3 – стигма, страх бути виявленою; 4 – проблеми з відвідуванням ЗОЗ або отриманням препаратів пацієнткою; 5 – погіршення самопочуття, побічні ефекти, депресія; 6 – покращення самопочуття; 7 – відмова пацієнтки, у тому числі через вагітність; 8 – релігійні переконання; 9 – забуває вживати; 10 – втрата ліків; 11 – інше.

22. АРВ-профілактика передачі ВІЛ від матері до дитини під час пологів (зазначити схему):

продовження

АРВ-профілактики

АРВ-профілактика

тільки в пологах

продовження АРТ

за станом здоров'я

не проводилася

(зазначити причину)

22.1. Подовження АРТ після пологів

III. Відомості про перебіг вагітності

1. Термін завершення вагітності пологами (зазначити тиждень вагітності):

(цифрами)

2. Дата завершення вагітності

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

3. У якому періоді пологів ВІЛ-інфіковану вагітну доставлено у пологовий будинок (відділення):

до початку пологової діяльності	
------------------------------------	--

у першому періоді пологів	
------------------------------	--

у потужному періоді	
------------------------	--

після народження дитини	
----------------------------	--

відмова від госпіталізації (зазначити причину)

4. Спосіб розродження (відповідно до шифру за МКХ-10):

мимовільні пологи (O80, O84.0)	
-----------------------------------	--

елективний кесарів розтин (O82.0)	
--------------------------------------	--

терміновий кесарів розтин (O82.1)	
--------------------------------------	--

5. Тривалість безводного періоду (зазначити кількість годин):

(цифрами)

6. Санація пологових шляхів:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

7. Інвазивні втручання під час пологів (амніотомія, епізіотомія, акушерські щипці, інвазійний моніторинг плоду, інші)

8. Тривалість пологів (зазначити кількість годин):

(цифрами)

9. Ускладнення вагітності та пологів (відповідно до шифру за МКХ-10):

IV. Малюкові фактори впливу на передачу ВІЛ від матері до дитини

1. Стать дитини:

хлопчик	
---------	--

дівчинка	
----------	--

2. При народженні:

зріст, см	
-----------	--

 (цифрами)

вага, г	
---------	--

 (цифрами)

оцінка за шкалою Апгар, бали	
------------------------------	--

 (цифрами)

3. Обстеження зразка крові на наявність ВІЛ-інфекції в дитини після народження у пологовому будинку (відділенні) проведено:

так	
-----	--

ні	
----	--

якщо ні, зазначити з якої причини дитина не була обстежена на ВІЛ-інфекцію: _____

4. АРВ-профілактика дитини (зазначити схему):

одним препаратом

трьома препаратами

інший алгоритм
(зазначити)

не отримувала
(зазначити причину)

5. Момент початку АРВ-профілактики дитини:

одразу після народження	
-------------------------	--

через _____ годин після народження
(цифрами)

6. Тривалість курсу АРВ-профілактики дитини (вказати кількість днів):

--

(цифрами)

7. Вигодовування дитини:

грудне з

--

 днів/міс. до

--

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

змішане з

--

 днів/міс. до

--

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

штучне з

--

 днів/міс. до

--

 днів/міс.
(цифрами) (цифрами)

проведення медикаментозного припинення
лактації породіллі у пологовому будинку

так	
-----	--

ні	
----	--

невідомо	
----------	--

якщо ні, зазначити причину, з якої медикаментозне припинення лактації в пологовому будинку не роводилося: _____

8. Ускладнення періоду новонародженості (відповідно до шифру за МКХ-10):

V. Лабораторне підтвердження ВІЛ-негативного статусу дитини

1. Результати ранньої діагностики ВІЛ-інфекції у дитини (ПЛР ДНК):

дані першого дослідження	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									результат	
	(число, місяць, рік)		(вписати)								
дані другого дослідження	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									результат	
	(число, місяць, рік)		(вписати)								
дані третього дослідження	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									результат	
	(число, місяць, рік)		(вписати)								

2. Результати серологічної діагностики ВІЛ-інфекції в дитини при остаточному встановленні ВІЛ-негативного статусу:

ІФА	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									номер зразка	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr></table>		результат	
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)									
ІФА	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									номер зразка	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr></table>		результат	
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)									
ІФА	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									номер зразка	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr></table>		результат	
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати)									
ІБ	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>									номер зразка	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 40px; height: 20px;"></td></tr></table>		результат	
	(число, місяць, рік)		(цифрами)		(вписати антитіла до окремих білків)									

3. Дата остаточно встановленого діагнозу ВІЛ-негативного статусу дитини

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

4. Профілактика пневмоцистної пневмонії котримаксозолом:

проводилася	
-------------	--

не проводилася	
----------------	--

якщо проводилася, зазначити, у якому віці розпочата: з місяців.

(цифрами)

VI. Додаткова інформація

1. Дитина проживає:

у сім'ї, з матір'ю та/або батьком	
-----------------------------------	--

у сім'ї, під опікою родичів	
-----------------------------	--

дитина усиновлена	
-------------------	--

у будинку дитини	
------------------	--

у закладі охорони здоров'я	
----------------------------	--

інше _____

2. У випадку смерті дитини зазначити дату та причину смерті:

дата смерті дитини

--	--	--	--	--	--	--	--

(число, місяць, рік)

Основне захворювання (причина), що спричинило смерть дитини: _____

Місце смерті дитини:

дома	
------	--

ЗОЗ	
-----	--

невідомо	
----------	--

інше (вказати)	_____
----------------	-------

3. Інша Додаткова інформація:

Дата заповнення анкети _____

Прізвище, ім'я, по батькові та номер контактного телефону лікаря, який заповнив анкету