

ОРИГИНАЛЬНЫЕ СТАТЬИ

УДК 159.9+618.3+616-053:616.98

ПЕРЕДАЧА ВИЧ-ИНФЕКЦИИ ДЕТЯМ, СВЯЗАННАЯ С КОРМЛЕНИЕМ ГРУДНЫМ МОЛОКОМ. ВЕРОЯТНЫЕ СОЦИАЛЬНЫЕ И ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ РИСКИ ЗАРАЖЕНИЯ

¹О.В.Кольцова, ¹П.В.Сафонова, ²С.А.Бессмертная

¹Санкт-Петербургский центр по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, Россия

²Центр оценки, мониторинга персонала и молодежной политики Октябрьской ж.д. — Филиал ОАО «РЖД», Россия

POSSIBLE SOCIAL AND PSYCHOLOGICAL RISKS OF MOTHER-TO-CHILD HIV TRANSMISSION ASSOCIATED WITH BREASTFEEDING

¹O.V.Koltsova, ¹P.V.Safonova, ²S.A.Bessmertnaya

¹Saint-Petersburg Center for Control of AIDS and Infectious Diseases, Russia

²Center for Personnel Monitoring and Qualification and Youth Policy of Oktyabrskaya Branch of ОАО Russian Railways, Saint Petersburg, Russia

© Коллектив авторов, 2015 г.

С целью исследования возможной профилактики передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку в постнатальном периоде, изучен эпидемиологический анамнез 350 детей с ВИЧ-инфекцией, наблюдаемых в Санкт-Петербурге. Установлено, что в 15% случаев отмечено грудное вскармливание детей ВИЧ-инфицированными матерями, которое могло быть вероятным путем инфицирования ребенка. Эта группа матерей и детей оказалась вне системы профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку, в Центре СПИД и родовспомогательных учреждениях. С помощью глубинного интервью изучен семейный анамнез в 36 из 53 случаях ключевой группы, проанализированы ситуации инфицирования ВИЧ-инфекцией детей, родителей и половых партнеров родителей. На основе выявленных признаков риска передачи ВИЧ-инфекции детям, находящимся на грудном вскармливании, предложены рекомендации по адаптации психосоциального консультирования потенциальных родителей при тестировании на ВИЧ в помощь специалистам Центров СПИД, женских консультаций, гинекологических отделений и родильных домов.

Ключевые слова: передача ВИЧ от матери ребенку, риски заражения, грудное вскармливание, глубинное интервью.

To determine opportunities for prevention of postnatal mother-to-child HIV transmission, 350 case histories of HIV-infected children followed-up in Saint Petersburg were examined. In 15% of cases, breastfeeding of children by their HIV-infected mothers is a possible infecting route. This risk group falls outside the system of HIV prevention adopted by AIDS Center and obstetrical facilities. An in-depth questionnaire was used in 36 of 53 cases to investigate family histories for situations associated with infecting children, their parents and the sex partners of the parents with HIV. Based on risk factors suggested by this investigation, recommendation for psychosocial counselling of potential parents tested for HIV at AIDS Centers, Maternity Welfare Centers, gynecological departments, and lying-in hospitals have been worked-out.

Key words: mother-to-child HIV transmission, risks of infection, breastfeeding, in-depth questionnaire.

Введение. Доступ населения к профилактике и лечению ВИЧ-инфекции обеспечивается через систему консультирования и тестирования на ВИЧ [1]. Согласно общемировым данным, примерно половина людей, живущих с ВИЧ, не знают о том, что они инфицированы [2, 3].

Самыми распространенными путями передачи ВИЧ-инфекции являются незащищенный половой контакт с инфицированным человеком и общее

пользование нестерильными иглами в среде наркопотребителей. В Санкт-Петербурге потребители инъекционных наркотиков (ПИН) остаются движущей силой распространения ВИЧ-инфекции [4]. В силу выраженной стигматизации в обществе некоторые ВИЧ-инфицированные люди предпочитают не раскрывать свой статус, в том числе ПИН, у которых употребление наркотиков осталось в прошлом.

Люди, которые знают о своем вероятном инфицировании, часто проходят тестирование с большой задержкой, что не позволяет своевременно назначить им антиретровирусное лечение и предупредить дальнейшую передачу ВИЧ-инфекции [2–6].

Предупреждение перинатальной передачи ВИЧ-инфекции занимает особое место в борьбе с эпидемией. В последнее время увеличилось количество беременных, у которых ВИЧ-инфекция была диагностирована до наступления беременности, что позволило своевременно взять женщин под диспансерное наблюдение и своевременно начать химиопрофилактику [7].

Вероятность передачи ВИЧ-инфекции от матери ребенку существенно отличается при применении профилактических мер и при их отсутствии. Современные высокоактивные схемы химиопрофилактики позволяют снизить риск заражения ребенка от матери до 1–2%, без проведения таких мероприятий в среднем инфицируется 25% детей [8].

При выявлении ВИЧ-инфекции у матери после родов врачи пытаются снизить риск инфицирования новорожденного отменой естественного вскармливания и назначением расширенной химиопрофилактики новорожденному [5, 7].

Когда анализируют опасность передачи ВИЧ от матери ребенку при грудном вскармливании, обычно имеют в виду ВИЧ-инфицированных женщин, которые в силу тяжелого материального положения или из-за непросвещенности не могут отказаться от естественного вскармливания, и в качестве методов поздней послеродовой профилактики обсуждаются приемлемые для данной местности или страны те или иные схемы антиретровирусных препаратов [1, 9]. Грудное вскармливание является фактором, ассоциированным со значительным повышением риска передачи вируса [10], однако мало что известно о том, как предупредить передачу ВИЧ-инфекции ребенку при естественном вскармливании, если его мать во время беременности была ВИЧ-серонегативной, но заразилась после родов, пополнив латентную группу ВИЧ-инфицированных.

Профилактические программы, направленные на предотвращение передачи вируса, успешно используют современные технологии, включая противовирусные препараты, однако их эффективность обеспечивается интенсивной консультативной работой [5, 11], а для таких сложных пациентов, как например, наркопотребители или беременные женщины с продвинутыми стадиями ВИЧ-инфекции, зачастую требуется долговременная социальная поддержка и медико-психологическое сопровождение [7, 12–14].

Исследователи, описывающие динамику эпидемии ВИЧ в России, подчеркивают необходимость увеличения объема и размаха тестирования [15–17], что, в свою очередь, требует изменения нормативной базы, адаптации стандартных протоколов до и послетестового консультирования для специализированных клиник, например, для антенатальных служб.

С учетом социально-поведенческого контекста профилактики и лечения ВИЧ-инфекции с заболевшими активно работают психологи и специалисты по социальной работе, прошедшие специальную подготовку [5, 18, 19]. Чем выше поведенческий риск, чем сложнее по своим социальным характеристикам пациент, нуждающийся в тестировании на ВИЧ, тем более гибкой должна быть тактика психологического вмешательства [20].

ВОЗ настоятельно рекомендует предлагать добровольное консультирование и тестирование на ВИЧ супружеским парам и партнерам, а также оказывать им поддержку, способствующую взаимному раскрытию информации о ВИЧ-статусе. Благодаря семейным формам консультирования и тестирования пар, можно выявить детей, подростков и других членов семьи с ранее не диагностированной ВИЧ-инфекцией [1].

Достаточно ли у специалистов аргументов, чтобы убедить полового партнера потенциальной матери, трижды тестируемой на ВИЧ на протяжении беременности, обследоваться хотя бы однократно? Кто может/должен предложить женщине обследоваться на ВИЧ после того, как она отнимет ребенка от груди? В какой момент необходимо предоставить консультирование семейной паре, чтобы они позаботились о здоровье ребенка?

Цель исследования: выявить вероятные риски передачи ВИЧ-инфекции детям, находящимся на грудном вскармливании у матерей, узнавших о своем положительном ВИЧ-статусе в послеродовой период, определить подходы к оптимизации профилактики заражения.

Материалы и методы исследования. При изучении по картам 350 ВИЧ-инфицированных детей, наблюдавшихся в СПб Центре СПИД в течение февраля 2014 г. — января 2015 г., данных их эпидемиологического анамнеза, обнаружено, что в 15% (53/350) случаев дети были на грудном вскармливании. Это латентная группа матерей и детей, которые оказались вне системы профилактики, сформировавшейся в родовспомогательных учреждениях, и поэтому им не удалось избежать инфицирования ВИЧ.

Эти 53 случая, где у детей было отмечено 2 связанных фактора — естественное вскармливание и заражение ВИЧ-инфекцией от матери — составили

ключевую выборку исследования. По медицинским картам детей и их родителей мы подробно изучили анамнез семьи, выясняли ВИЧ-статус кормящих матерей в перинатальном периоде. Но, чтобы оценить их осведомленность о своем диагнозе ВИЧ-инфекции

представляет информацию по всему спектру и содержанию проблемы, а также разнообразию и глубине чувств, связываемых с людьми с конкретной проблемой или явлением» [22, с. 59].

Этапы исследования представлены на рисунке 1.

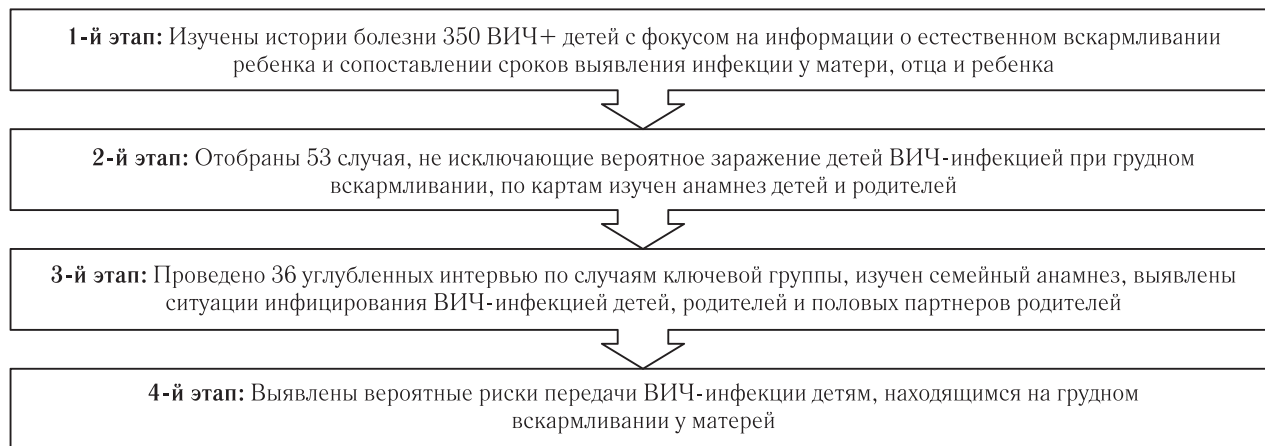


Рис. 1. Этапы исследования.

при рождении ребенка и о высоком риске передачи инфекции ребенку при кормлении грудью, требовалось провести углубленный опрос родителей.

В карты амбулаторного наблюдения детей, а также в карты их родителей (тех, кто наблюдался) были вклеены «стикеры» с просьбой направить взрослого, ухаживающего за ребенком, к психологу (к одному из авторов статьи). При получении согласия на добровольное интервью, проводился углубленный опрос родителя или опекуна. Изучены истории выявления ВИЧ-инфекции у 36 детей ключевой группы с учетом сроков и причин выбора естественного вскармливания детей матерями, узнавшими о ВИЧ-инфекции через несколько дней, месяцев, лет после рождения ребенка.

Необходимо отметить, что в процессе интервью многих пациентов могло смущать обсуждение их сексуальных привычек и наркомании, нераскрытия партнеру своего положительного ВИЧ-статуса, поэтому важно было создавать и сохранять в процессе всего разговора атмосферу, позволяющую пациентам свободно выражать свои страхи и опасения [21].

Используемый метод неструктурированного (нестандартизированного, или неформализованного) интервью может напоминать дружескую, повседневную беседу, не имеющую заготовленного списка вопросов, направляющих диалог. Однако глубинное интервью позволяет прояснить установки, ценности, убеждения — категории, с которыми работают психологи и социологи. «Этот тип исследования более подходит для разведывательного исследования, когда мало что известно о конкретной проблеме, так как

Результаты исследования и их обсуждение.

Изучены 350 карт детей в возрасте от 0 до 17 лет (средний возраст — 7,7 лет) с установленной передачей ВИЧ-инфекции от матери — 193 девочки (средний возраст — 7,2 г) и 157 мальчиков (средний возраст — 8,3 г.), находившихся под диспансерным наблюдением в Санкт-Петербургском Центре по профилактике и борьбе со СПИД в феврале 2014 г. — январе 2015 г.

Среди детей с ВИЧ-инфекцией много детей-сирот, в том числе, так называемых «социальных» сирот (таблица). В силу высокой смертности среди ВИЧ-инфицированных родителей (рождение больного ребенка часто свидетельствует о том, что родители не смогли позаботиться о собственном здоровье) или из-за лишения/ограничения в родительских правах (из-за наркомании, алкоголизма, которыми страдают некоторые родители), многие дети переходили из семей в социальные учреждения (детские дома), или снова обретали семью. В таблице показано распределение детей в зависимости от «траектории» их перемещения по пребыванию.

Две крайние строки в таблице показывают, что только в 41% (144/350) случаев дети от рождения живут с родными родителями (у 17 детей умер один из родителей) и в 12% (41/350) случаев дети от рождения живут в социальном учреждении, не знают своих родителей (среди них большинство составляют «социальные сироты»; у 7 детей мамы умерли после того, как их лишили родительских прав).

В случае смерти родителей дети чаще всего попадают в семью опекунов из числа родственников, обычно бабушек и дедушек (РС — ОП). Родствен-

ники или приемные родители могут взять в семью ребенка, от которого мать отказалась при рождении (ОС/ПС). Родители, отказывающиеся от своих детей, зачастую зависимы от алкоголя и наркотиков

детей, принятых в семью, все чаще стали появляться родители-усыновители (ДД – ПС / ОС / СУ).

Для задач нашего исследования доступ к сведениям о родителях ВИЧ-инфицированных детей в одних

Таблица
Проживание детей с ВИЧ-инфекцией в семьях* и социальных учреждениях** (СПб, январь 2015 г.)

Проживание / перемены в проживании	Все ВИЧ+ дети (n = 350)	В том числе, сироты (n = 85)	В том числе, ВИЧ+ дети, получившие грудное вскармливание (n = 53)
РС	144	17	39
РС – ОС	32	20	7
РС – {ДД} – РС / ОС	13	3	1
РС – {ДД} – ПС	6	3	1
ОС / ПС	45	15	—
РС – {ОС} – ДД	20	12	5
ДД – ПС / ОС – ДД	2	1	—
ДД – ПС / ОС / СУ	45	5	—
ДД	41	7	—

Примечание: *РС — «родительская семья»; ОС — «опекунская семья»; ПС — «приемная семья»; СУ — «семья усыновителей»; **ДД — «детский дом».

или социально неблагополучные (бездомные, мигранты). Ребенок может быть принят под опеку или в приемную семью, пока родители отбывают срок в местах лишения свободы (МЛС), лечатся от туберкулеза, зависимости от ПАВ. Но и опекуны через некоторое время могут отказаться от ребенка, тогда он попадет в детский дом (РС – {ОС} – ДД). Другие дети из детского дома обретают приемную семью (РС – {ДД} – ПС). Треть таких детей теряют своих родителей, становятся истинными сиротами.

случаях был ограничен (только упоминание о них в детских картах или посредством суждений родственников), а в некоторых случаях — невозможен.

На период проведения исследования 45% ВИЧ-инфицированных детей жили в семьях, где хотя бы один из родителей являлся родным (биологическим), 37% — проживали в семьях опекунов (как правило, родственников), приемных родителей, усыновителей (чаще не являющихся родственниками) и 18% — оставались в детских домах (рис. 2, А).

А: Все дети с ВИЧ (n=350)



Б: Дети с вероятным заражением ВИЧ при грудном вскармливании (n=53)

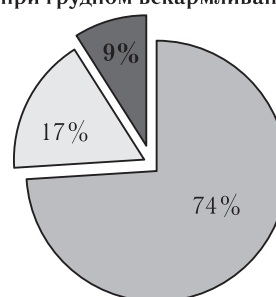


Рис. 2. Проживание ВИЧ-инфицированных детей в семьях и в детских домах СПб, январь 2015 г.

В случае положительного развития ситуации (освобождение из МЛС, прохождение курса лечения и реабилитации) дети могут вернуться к родителям или их из детского дома забирают родственники (РС – {ДД} – РС / ОС). В одном ряду с приемными родителями и опекунами у ВИЧ-инфицированных

Родительская семья с ВИЧ-инфицированным ребенком — это означало, что мама или оба родителя инфицированы ВИЧ-инфекцией. Опекуны, усыновители и приемные родители могут получить ВИЧ-положительного ребенка на воспитание только при условии отрицательного у них ВИЧ-статуса.

53 ребенка ключевой группы при рождении были приложены к груди в роддоме. Период их естественного вскармливания колебался от нескольких дней до 3 лет. Все дети первоначально жили с родителями (см. таблицу). В настоящее время дети живут с родителями в 74% случаев, 17% детей живут в семьях опекунов, приемных родителей и усыновителей и 9% находятся в детских домах (рис. 2, Б).

Среди детей ключевой группы — 25 девочек и 28 мальчиков, их возраст на момент исследования колебался от 6 месяцев до 16 лет (средний возраст 8,6 лет). Только у пятой части детей ВИЧ-инфекция была выявлена до 1 года жизни (рис. 3). Большинство детей ключевой группы из-за позднего

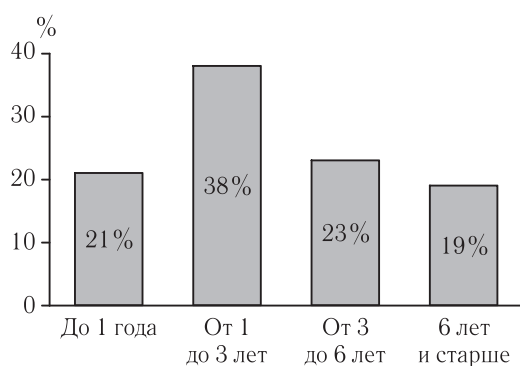


Рис. 3. Распределение ВИЧ-инфицированных детей с грудным вскармливанием по возрасту, в котором у них выявлена инфекция (n=53).

выявления у них ВИЧ-инфекции не могли получать специализированную медицинскую помощь. По имеющимся данным, как можно раньше начатое наблюдение и лечение ВИЧ-инфекции не только подавляет вирус у грудных детей, но и сохраняет функцию иммунной системы [23]. У 19% детей исследуемой группы ВИЧ-инфекция была выявлена в возрасте 6–13 лет. Чем старше ребенок, у которого впервые выявляется ВИЧ-инфекция, тем больше вероятность, что заболевание проявилось через тяжелые сопутствующие симптомы.

Поколение, свободное от СПИДа, возможно при условии защиты детей от заражения с рождения и в последующие периоды детства и юности, а приоритет профилактики новых случаев ВИЧ-инфекции не исключает усилий по улучшению помощи уже страдающим ею и тем, кто заразится в будущем [24].

Проанализировав углубленные интервью с их родителями или опекунами 36 детей, мы выделили 9 факторов риска ВИЧ-инфицирования ребенка от матери в позднем перинатальном и постнатальном периоде при грудном вскармливании.

Риск 1. Женщина заражается и узнает о своем положительном ВИЧ-статусе во время или после

кормления ребенка грудью при неизвестном ВИЧ-статусе ее мужа/полового партнера. Данный фактор встречается чаще других, но в 11 случаях (из 36) является основным.

Ситуацию, типичную для данного риска, можно представить следующим примером. Во время беременности женщина обследована, ВИЧ-серонегативная, инъекционные наркотики не употребляла. Муж/партнер не проходил освидетельствования на ВИЧ во время ее беременности и родов, они не пользовались презервативами. Положительный ВИЧ-статус родителей и ребенка в разной последовательности определялся после родов и кормления ребенка грудью. Повод для обследования на ВИЧ после родов вариативен для разных случаев, например, тяжелая болезнь и госпитализация ребенка; проявившееся после рождения ребенка употребление инъекционных наркотиков мужчиной или его случайные половые контакты с другим партнером.

Риск 2. Смена супруга/полового партнера в период кормления ребенка/детей грудью. ВИЧ-статус половых партнеров неизвестен. В 7 случаях отмечен данный фактор как основной.

Смена полового партнера после родов может быть как у матери, так и у отца ребенка. Во время беременности женщина ВИЧ-серонегативная. Новый половой партнер может появиться у матери, когда она кормит ребенка грудью, или же у отца, который уходит из семьи, а через некоторое время возвращается в нее. ВИЧ-инфекция выявляется у женщины в постнатальном периоде. С учетом риска для ребенка, находившегося на естественном вскармливании, его обследуют и выявляют ВИЧ-инфекцию. Источником заражения может быть как новый половой партнер матери, так и уходящий/возвращающийся прежний партнер.

Риск 3. Отрицание женщиной/обоими партнерами своего положительного ВИЧ-статуса во время беременности, родов и кормления ребенка грудью. Этому фактору риска соответствовали 4 случая.

Можно привести следующие примеры. В первом случае, у женщины — «свой взгляд на заболевание». Субъективно не чувствуя себя больной ВИЧ-инфекцией, она не верила, что может передать вирус ребенку, поэтому применяла естественное вскармливание. В трех случаях женщины «случайно» получили положительный результат на ВИЧ во время беременности в женской консультации, а во время родов в частной клинике результаты анализа на ВИЧ оказались «отрицательные». Тяжелая болезнь у детей, а в одном случае, смерть матери, побудили остальных членов семьи обследоваться. У детей и родителей выявилась ВИЧ-инфекция. В одном

случае, половой партнер, отрицающий заболевание, морально подавлял кормящую мать, запрещая ей общаться с врачом Центра СПИД («никуда не ходи», «никого не слушай»). Впоследствии он покинул семью, а женщина, осмыслив поведение вдруг исчезнувшего мужа, определила его как «предательство». Но последствия таких взаимоотношений были тяжелыми, она боролась за жизнь инфицированного ею ребенка и долгое время не могла строить новые отношения ни с одним мужчиной.

Риск 4. Отсутствие у беременной женщины/кормящей матери страха заражения от ВИЧ-инфицированного мужа/партнера. Отмечено 3 подобных случая.

Женщина знала о положительном ВИЧ-статусе мужа, она была ВИЧ-серонегативной во время первой и второй беременностей. У матери выявляется ВИЧ-инфекция после рождения двух детей (с разницей в один год) и смерти мужа от СПИДа. Инфекция передается только старшему ребенку, который до года находился на грудном вскармливании. В другом случае, у отца выявлена ВИЧ-инфекция, мать во время беременности обследована, ВИЧ-отрицательная, кормила ребенка грудью. Когда у ребенка и матери выявили ВИЧ-инфекцию, она в диагноз не верила, так как была отрицательной до выявления инфекции у ребенка и мужа. В третьем случае, дискордантная пара решились на ЭКО, используя донорскую сперму, чтобы родить здорового ребенка. Во время беременности женщина сохраняла отрицательный ВИЧ-статус, но заразилась от ВИЧ-положительного мужа после родов в период кормления грудью, передав ВИЧ-инфекцию ребенку.

Риск 5. Женщина заражается ВИЧ-инфекцией через употребление инъекционных наркотиков перед родами или в период кормления ребенка грудью и передает ВИЧ ребенку. Отмечено 3 подобных случая.

Типичный случай. Наркозависимая женщина во время беременности ВИЧ-отрицательная, кормит ребенка грудью. Наступает новая беременность при которой она не наблюдается в женской консультации, и во время родов у нее выявляется ВИЧ-инфекция. О том, что предыдущий ребенок мог заразиться, предположения ни у кого не возникает. ВИЧ-инфекция у первого ребенка выявляется очень поздно в учреждении социального обслуживания, куда его помещают на период решения вопроса о лишении матери родительских прав в связи с наркоманией. Первоначальный источник инфицирования установить сложно, поскольку оба родителя употребляли наркотики.

Риск 6. Нераскрытие потенциальной матери своего положительного ВИЧ-статуса со стороны партнера (2 случая).

В этих случаях, ВИЧ-статус во время беременности у женщин отрицательный. Заражение матерей и детей ВИЧ-инфекцией произошло в период грудного вскармливания от мужей, которые были инфицированы еще до беременности (несколько лет назад), знали свой положительный ВИЧ-статус и скрывали его от женщин. В одном случае ВИЧ-инфекция выявилась сначала у матери при второй беременности, а в другом случае, заболевание обнаружили у ребенка и кормящей его матери при госпитализации ребенка в больницу.

Риск 7. Положительный результат анализа на ВИЧ, полученный во время родов, сообщается матери с опозданием, уже после того, как она начала кормить ребенка грудью (2 случая).

Типичный пример. Женщина не наблюдалась во время беременности в женской консультации, поэтому у нее берут кровь на ВИЧ в родах быстрым тестом. После выписки из роддома результат анализа ей сообщает патронажная медсестра при посещении на дому. ВИЧ-инфекция передается от матери ребенку или в родах, или при грудном вскармливании. Этот признак свидетельствует о слабой инициативе медицинских работников, их неприверженности борьбе с ВИЧ/СПИДом.

Риск 8. Неосведомленность женщин о грудном вскармливании как одного из путей передачи ВИЧ от матери ребенку (2 случая).

При сообщении о положительном результате анализа на ВИЧ в роддоме матерей не предупреждали, что кормить ребенка грудью нельзя. В одном случае ВИЧ-инфицированной маме даже настоятельно рекомендовали естественное вскармливание для ребенка. Этот признак говорит о халатности или неосведомленности по вопросам профилактики передачи ВИЧ от матери ребенку у медицинского персонала.

Риск 9. Вскармливание грудным молоком других ранее рожденных детей (2 случая).

В семье родилось несколько детей. Женщина во время беременностей серонегативная, кормит новорожденного грудным молоком, еще не зная, что инфицировалась ВИЧ в постнатальном периоде. Чтобы не пропали излишки молока, сцеживает в кружку и отдает 4-летнему ребенку. В другом случае мать, покормив младшего ребенка, давала грудь, укладывая спать старшего 2-летнего ребенка, так как «он болел и был очень грустным». В каждой из этих 2 семей при грудном вскармливании заразились по 2 ребенка.

Таким образом, заражение ребенка ВИЧ от матери при грудном вскармливании (или на поздних этапах беременности и в родах) произошло:

— в 61% (22/36) случаев в результате неиспользования презерватива и заражения женщины

от партнера-мужчины половым путем на поздних этапах беременности или в период грудного вскармливания в случае, когда женщина не знала ВИЧ-статус партнера и имела ВИЧ-отрицательный статус во время беременности;

— в 28% (10/36) случаев в результате осознанного рискованного поведения самой женщины, которая либо была осведомлена о наличии ВИЧ-инфекции у себя и/или партнера, либо практиковала высокорискованное поведение в отношении заражения ВИЧ (инъекционное употребление ПАВ), и при этом кормила ребенка грудью;

— в 11% (4/36) случаев в результате действий медицинского персонала: либо несвоевременное сообщение информации о положительном результа-

тось. Как охватить консультированием и тестированием на ВИЧ родителей, которые пока остаются в латентной группе ВИЧ-инфицированных, возможно еще не заразили своих детей?

Анализ приведенных примеров инфицирования родителей и детей с ВИЧ-инфекцией показывает низкий уровень осведомленности родителей о рискованном поведении, хотя в своем большинстве эти взрослые люди не относятся к традиционным группам риска. Эти примеры представляются нам убедительными, чтобы медицинские работники активно инициировали тестирование на ВИЧ-инфекцию всех потенциальных родителей — мужчин и женщин в зависимости от потребностей, связанных с обращением в то или иное ЛПУ (рис. 4).

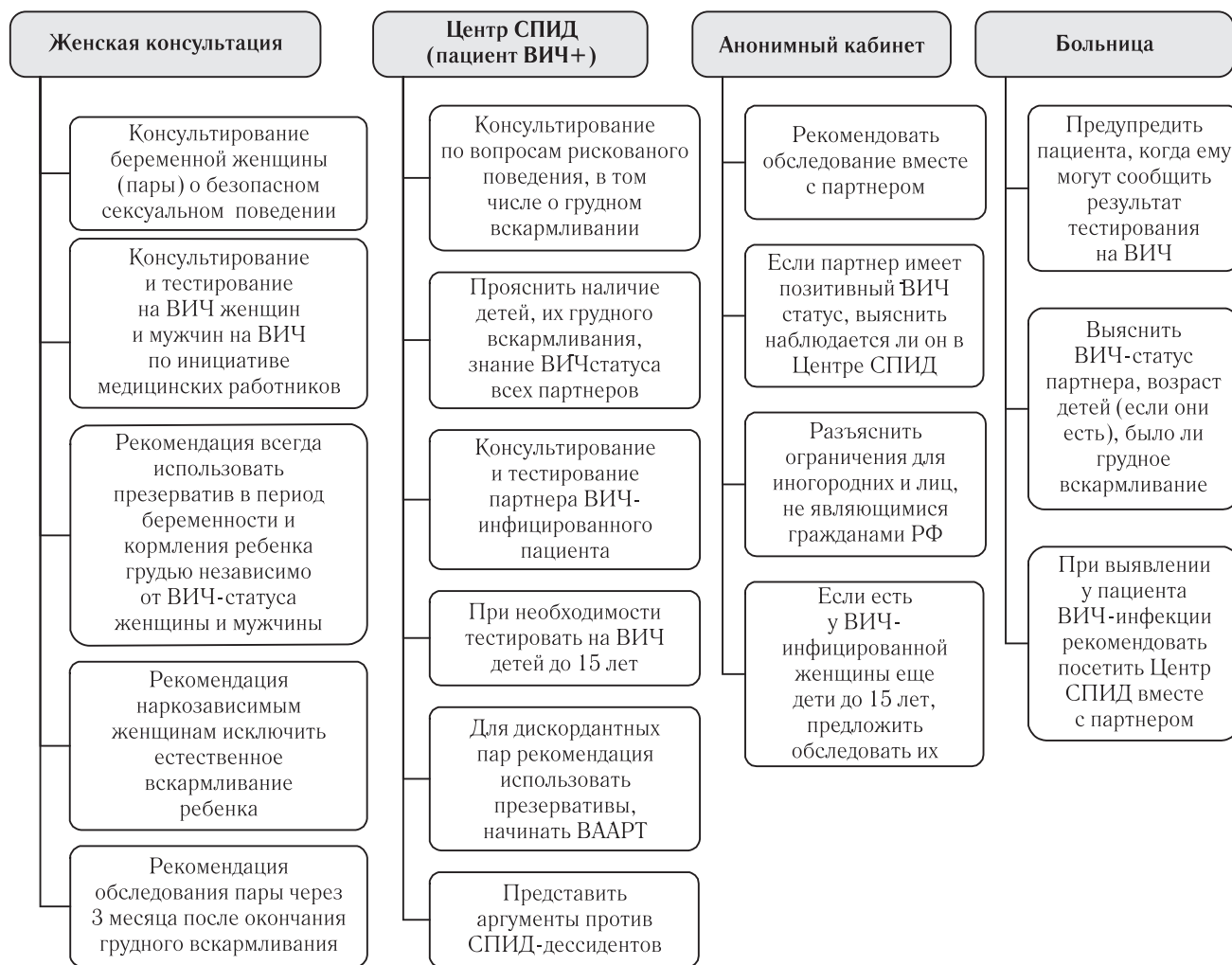


Рис. 4. Темы, дополняющие стандартное консультирование по вопросам ВИЧ-инфекции в ЛПУ.

те теста на ВИЧ у женщины, либо отсутствие доступной и понятной информации для женщины о рисках грудного вскармливания при ВИЧ-инфекции.

Мы исследовали случаи, где ВИЧ-инфицирование ребенка при грудном вскармливании реализова-

Осознанное отношение к проблеме профилактики ВИЧ-инфекции можно стимулировать посредством широкого внедрения психосоциального семейно-ориентированного консультирования в учреждениях здравоохранения, привлекая к этой

работе психологов и специалистов по социальной работе.

Если приглашение партнеров беременных женщин для обследования на ВИЧ кому-то покажется неприемлемым, можно внедрять экспресс-тестирование и семейное консультирование в практику патронажных медицинских и социальных служб. Посещение беременных на дому безопасно и чаще дает возможность взять у их половых партнеров кровь для исследования на ВИЧ и получить с их слов информацию о ВИЧ-статусе. Как показывают исследования, практика медицинской патронажной службы в некоторых странах облегчает предупреждение заражения беременных, повышает охват мерами профилактики вертикальной передачи ВИЧ и позволяет чаще диагностировать ВИЧ-инфекцию у мужчин, не знающих о своем заболевании [25].

Заключение. Проводимые профилактические мероприятия полностью не исключают инфицирование ребенка в период кормления грудным молоком (отмечена вероятность заражения 15% ВИЧ-инфицированных детей в этот период). Дополнительными к уже доказавшим свою эффективность стратегиям профилактики передачи ВИЧ должны стать вмешательства, направленные на изменение рискованного поведения партнеров. В рамках психосоциального консультирования до и после теста на ВИЧ важно обсуждать риски заражения на позднем этапе бере-

менности и в период грудного вскармливания. Поэтому в мероприятия по профилактике ВИЧ должны быть вовлечены оба родителя. Специалист в обязательном порядке должен рекомендовать:

— вовлечение в обследование на ВИЧ сексуального партнера женщины в период беременности и кормления грудью;

— в случае отказа от использования презерватива в период кормления грудью при любой мотивировке ребенок должен получать искусственное вскармливание.

Проблема может решаться внедрением семейно-ориентированного психосоциального консультирования при ВИЧ-тестировании в женских консультациях, наркологических и кожно-венерологических диспансерах, районных поликлиниках и многопрофильных стационарах. Информирование может сопровождаться раздачей печатной продукции, в которой доступным языком сообщается информация о путях передачи ВИЧ-инфекции, современной эпидемической ситуации в регионе, о мерах защиты женщины и ребенка. Врачи и психологи, осуществляющие психосоциальное консультирование до и после тестирования на ВИЧ, должны получать регулярную подготовку по вопросам ВИЧ-инфекции и эпидемиологической ситуации в регионе, а также владеть навыками мотивирования к снижению поведенческих рисков.

ЛИТЕРАТУРА

1. *Сводное руководство по использованию антиретровирусных препаратов для лечения и профилактики ВИЧ-инфекции: рекомендации с позиции общественного здравоохранения.* — Всемирная организация здравоохранения. — 2013 г. — Обновленный перевод — апрель 2014 г. — 313 с.
2. *Покровский В.В.* ВИЧ/СПИД в России: ситуация и прогноз // *Эпидемиология и инфекционные болезни.* — 2008. — № 3. — С. 4–12.
3. *Смольская Т.Т., Огурцов С.В.* Обзор состояния эпидемии ВИЧ-инфекции в Северо-Западном федеральном округе // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2011. — Т. 3, № 1. — С. 27–36.
4. *Хеймер Р., Миллс Х.Л., Уайт Э., Векерман П., Колийн К.* Моделирование эпидемии вируса иммунодефицита человека в Санкт-Петербурге // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2014. — Т. 6, № 1. — С. 59–65.
5. *ВИЧ — медико-социальная помощь: Руководство для специалистов /* Под ред. Н.А.Белякова. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. 2011. — 356 с.
6. *Дворак С.И., Крыга Л.Н., Виноградова Т.Н., Сафонова П.В., Жолобов В.Е., Плавинский С.Л., Рассохин В.В.* Медико-социальные особенности «старения» ВИЧ-инфекции в Санкт-Петербурге // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2013. — Т. 5, № 4. — С. 82–89.
7. *Самарина А.В., Беляков Н.А.* Реализация подходов по снижению перинатальной передачи ВИЧ // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2014. — Т. 6, № 2. — С. 7–24.
8. *Женщина, ребенок и ВИЧ /* Под ред. Н.А.Белякова, Н.Ю.Рахманиной и А.Г.Рахмановой. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. — 2012. — 600 с.
9. *Mnyani C.N.* Методы поздней послеродовой профилактики передачи ВИЧ от матери к ребенку: Комментарий БРЗ (последняя редакция: 1 сентября 2009 г.). Библиотека репродуктивного здоровья ВОЗ; Женева: Всемирная организация здравоохранения. — URL: http://apps.who.int/rhl/hiv_aids/Cd006734_Mnyanicn_com/ru/index.html.
10. *Кузоватова Е.Е.* Оценка роли некоторых факторов, ассоциированных с риском перинатального заражения ВИЧ // *ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии.* — 2014. — Т. 6, № 3. — С. 32–38.
11. *Кольцова О.В., Сафонова П.В.* Психосоциальное консультирование при тестировании на ВИЧ-инфекцию / Под ред. Н.А.Белякова. *ВИЧ/СПИД — информационно-аналитический бюллетень.* — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр. — 2014. — 84 с.

12. Кольцова О.В. Психология работы с наркозависимыми. — СПб.: Речь. — 2007. — 160 с.
13. Шаболтас А.В., Тюсова О.В., Козлов А.П. ВИЧ-инфекция и особенности рискованного поведения потребителей инъекционных наркотиков: результаты лонгитюдного исследования в Санкт-Петербурге. — СПб.: изд-во «Скифия-принт». — 2010. — 120 с.
14. Волкова Г.В., Жолобов В.Е., Кольцова О.В., Рахманова А.Г., Чикадзе Е.З. Медико-психологическая и социальная помощь семьям с ВИЧ/СПИДом / Под ред. А.Г. Рахмановой. — СПб.: Островитянин, 2009. — 128 с.
15. Розенталь В.В., Беляков Н.А., Виноградова Т.Н., Пантелева О.В., Рассохин В.В., Сизова Н.В. Динамическая модель для описания и прогнозирования эпидемии ВИЧ-инфекции // Медицинский академический журнал. — 2012. — Т. 12, № 1. — С. 95–103.
16. Розенталь В.В., Беляков Н.А., Рассохин В.В., Дубикайтис П.А. Подходы к определению оценочного числа ВИЧ-инфицированных больных в популяции // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2011. — Т. 2, № 3. — С. 7–12.
17. Оценка перспектив внедрения в России экспресс-тестирования и раннего начала лечения ВИЧ-инфекции: Фонд развития межсекторального социального партнерства. Отчет по результатам исследования // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 2. — С. 100–105.
18. Беляков Н.А., Рахманова А.Г., Степанова Е.В., Ястребова Е.Б., Жолобов В.Е., Пантелеев А.М. Кафедра социально-значимых инфекций для междисциплинарной подготовки врачей и медицинских психологов // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2014. — Т. 6, № 3. — С. 7–15;
19. ВИЧ и психическое здоровье: Медицинский тематический архив / Под ред. Н.А.Белякова и В.В.Рассохина. — СПб.: Балтийский медицинский образовательный центр, 2013. — № 2. — 142 с.
20. Сандберг Н., Уайнбергер А., Таплин Дж. Клиническая психология. Теория, практика, исследования. — СПб.: Прайм-ЕВРОЗНАК, 2007. — 383 с.
21. Шумлянская В.Е. ВИЧ-инфекция, общество и биоэтика // ВИЧ-инфекция и иммуносупрессии. — 2013. — Т. 5, № 4. — С. 90–95.
22. Романов П.В., Ярская-Смирнова Е.Р. Методы прикладных исследований. Изд. 2-е дополненное. М.: ООО «Вариант», ЦСПГИ, при участии ООО «Норд Медиа», 2008. — 215 с.
23. Yogev R. Balancing the upside und downside of antiretroviral therapy in children // YAMA. — 2005. — № 293 (18). — P. 2272–2274.
24. Kellerman S.E., Sugandhi N., Luo Ch., McClure C., Yogev R. Выбор направлений и улучшение помощи ВИЧ-инфицированным детям: проблемы и их решение // AIDS, русское издание. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 3–5.
25. Osofi O. A., John-Stewart G., Kiarie J. Посещение медицинским персоналом беременных женщин на дому в Кении побуждает их половых партнеров консультироваться и обследоваться на ВИЧ: рандомизированное клиническое исследование // AIDS, русское издание. — 2014. — Т. 7, № 1. — С. 33.

Статья поступила 09.02.2015 г.

Контактная информация: Кольцова Ольга Владимировна, e-mail: OVKoltsova@yandex.ru

Коллектив авторов:

Кольцова Ольга Владимировна — к.психол.н., заведующая отделом медицинской и социальной психологии Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 407-83-15, e-mail: OVKoltsova@yandex.ru;

Сафонова Полина Владимировна — психолог отдела медицинской и социальной психологии Санкт-Петербургского центра по профилактике и борьбе со СПИД и инфекционными заболеваниями, 190103, Санкт-Петербург, наб. Обводного канала, д. 179, (812) 407-83-10, e-mail: polinasafonova@mail.ru;

Бессмертная Светлана Александровна — социолог Центра оценки, мониторинга персонала и молодежной политики Октябрьской ж.д. — Филиал ОАО «РЖД», Санкт-Петербург, Загородный пр., д. 27/21, (812) 436-49-36, e-mail: DCOMP_BessmertnayaSA@spb.org.ru.

Уважаемые коллеги

Издательством «Балтийский медицинский образовательный центр» выпущен сборник статей **Вопросы эпидемиологии и моделирования ВИЧ-инфекции**. Под ред. Н.А.Белякова, В.В.Розенталя, В.В.Рассохина, Т.Н.Виноградовой. Тематический архив. СПб: Балтийский медицинский образовательный центр, — 2015 г. — 368 с.

В сборнике представлены статьи по эпидемиологии ВИЧ-инфекции, моделированию и прогнозированию развития эпидемии ВИЧ в Санкт-Петербурге. Отдельным разделом представлены материалы по ключевым группам по ВИЧ-инфекции. Затронуты вопросы госпитальной эпидемиологии и диагностики ВИЧ.

Сборник предназначен для врачей-инфекционистов, эпидемиологов, терапевтов, врачей общей практики, врачей-лаборантов и других специалистов, принимающих участие в оказании медицинской помощи пациентам с ВИЧ-инфекцией.

Заявки на книгу можно оформить по адресу:

e-mail: infekcijaids@gmail.com